

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**



«Διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής και η συσχέτισή τους με την τάση φυγής πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου»

Ιωάννης Λεοντίου

ΛΕΜΕΣΟΣ 2022

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ**Διδακτορική Διατριβή**

«Διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής και η συσχέτισή τους με την τάση φυγής πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου»

Παρουσιάστηκε από τον Ιωάννη Λεοντίου

Εξεταστική Επιτροπή

Δρ Δάφνη Καϊτελίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Δρ Χριστιάνα Κούτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Δρ Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο

Συμβουλευτική Επιτροπή

Δρ Αναστάσιος Μερκούρης, Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
(Επιβλέπων)

Δρ Παπασταύρου Ευρυδίκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
(Μέλος)

Δρ Νίκος Μίτλεττον Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
(Μέλος)

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Φεβρουάριος 2022

Πνευματικά Δικαιώματα

Copyright © Ιωάννης Λεοντίου [2022].

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

*Στη Στέλλα, στη Ράνια, στη Δέσπω
και φυσικά στη Μυρσίνη*

«Σε έναν οργανισμό η πραγματική ισχύς και η ενέργεια δημιουργείται από τις σχέσεις. Το είδος των σχέσεων και η δυνατότητα να τις αναπτύξουμε είναι πιο σημαντικές από στόχους, ρόλους καθήκοντα και θέσεις»

Margaret Wheatley, Αμερικανίδα συγγραφέας management (1944 -).

Ευχαριστίες

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρα Αναστάσιο Μερκούρη για τη διαχρονική υποστήριξη, συνεχή καθοδήγηση και ενδυνάμωση κατά τη διάρκεια των σπουδών μου στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

Θερμές ευχαριστίες και στα μέλη της Συμβουλευτικής επιτροπής Δρα Ευρυδίκη Παπασταύρου και Δρα Νίκο Μίτλεττον, των οποίων οι συμβουλές και η υποστήριξη ήταν επίσης σημαντικές.

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε επίσης με την υποστήριξη και συνεργασία συναδέλφων και συνεργατών. Ευχαριστίες στις συναδέλφους Δέσπω Κωνσταντίνου, Μαρία Μασσήνη, Μέλια Χαραλάμπους καθώς επίσης και στον καθηγητή Σταύρο Καραγιάννη για την υποστήριξη και συνεργασία στη διαδικασία μετάφρασης του ερωτηματολογίου και στον έλεγχο εγκυρότητας των θεμάτων κατά τη διαδικασία της θεματικής ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων.

Ευχαριστίες στους συνάδελφους: Στέλλα Πλυτά-Λεοντίου, Γιαννάκη Κούσουλο, Παναγιώτη Τσοβίλη, Ξένια Γρηγορίου, Νίκο Χριστοφόρου, Δέσπω Ττοφαρίδου, Φωτεινή Χαρή, Γιαννάκη Νικολάου, Θεοχάρη Ιωάννου, Γιώργο Παπαγεωργίου και Ανδρέα Ερμογένους οι οποίοι ανέλαβαν τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων στα κρατικά νοσηλευτήρια.

Θερμές ευχαριστίες και σε όλους τους συναδέλφους που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμα για συμμετοχή στην έρευνα με συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Καταληκτικά, ευχαριστώ πολύ τη Μυρσίνη, τη Δέσπω, τη Ράνια και τη Στέλλα Λεοντίου για την κατανόηση που επέδειξαν στις πολλές ώρες απουσίας από τις οικογενειακές υποχρεώσεις. Με αυτό τον τρόπο έχουν συνεισφέρει τα μέγιστα στην επίτευξη των στόχων αυτής της δουλειάς.

Τους ευχαριστώ πολύ όλους από καρδιάς!

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η προσωπική εμπλοκή σε ζητήματα που αφορούν στη διοίκηση και στην ηγεσία της νοσηλευτικής αναπόφευκτα έχουν επηρεάσει την επαγγελματική μου καριέρα καθώς και τις αντιλήψεις μου στα θέματα παροχής φροντίδας υγείας στους συνανθρώπους μας.

Οι συνεχείς προβληματισμοί και αναζητήσεις, η μελέτη και η εκπαίδευση, για κάθε ζήτημα που απορρέει από τη νοσηλευτική διοίκηση, αποτέλεσαν το κίνητρο να ενδιατρίψω περαιτέρω σε επίπεδο διδακτορικών σπουδών.

Η πορεία υλοποίησης της εργασίας αυτής δεν μπορούσε παρά να ήταν επίπονη – και κατά πως λέει ο Καβάφης: *μακρά, γεμάτη περιπέτειες γεμάτη γνώσεις*. Η συνεχής μελέτη, η αναζήτηση δεδομένων, η συγγραφή κειμένων, άρθρων για δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά και εργασιών για παρουσίαση σε συνέδρια, μου προσέφερε ανεπανάληπτες και μοναδικές εμπειρίες. Αυτά ενδεχομένως να ακούγονται κοινότυπα από άλλους διδακτορικούς φοιτητές, συναδέλφους ή ακόμα και από καθηγητές. Δεν παύουν όμως να αποτελούν για μένα ξεχωριστές εμπειρίες.

Στο τέλος της μέρας, εκείνο που μετρά είναι να βιώσουμε τις εμπειρίες μόνοι μας για να είμαστε σε θέση να κατανοήσουμε αυτό που μας περιγράφουν οι άλλοι. Φυσικά, κάθε επιμονή στην επίτευξη του στόχου ευοδώθηκε με την εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Καματηρόν το ἄρχειν (είναι κουραστικό να διοικείς) κατά τον Αριστοτέλη. Εξάλλου, όπως έχω διαπιστώσει από τη βιβλιογραφία, η νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία δεν είναι μια απλή υπόθεση. Στο δικό μου μυαλό κυριαρχούσε πάντα ότι η άσκηση της νοσηλευτικής διοίκησης περιλαμβάνει την ανάπτυξη εμπειριών και συναισθηματικής προσέγγισης στις καθημερινές προκλήσεις, κυρίως μέσα από αναστοχασμό και αντανεκλαστική σκέψη. Είναι επίσης πεποίθησή μου ότι οι νοσηλευτές που διοικούν και ηγούνται, ανεξάρτητα από τον τρόπο που επιλέγουν να λειτουργήσουν, χαρακτηρίζονται από την ίδια ορμή, επιθυμούν να μεταμορφώσουν τις παρατηρήσεις τους καθώς συλλαμβάνουν το νόημα τους.

Για αυτό το λόγο, πιστεύω ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές στα διάφορα τμήματα των νοσηλευτηρίων, θα πρέπει να διευκολύνονται ώστε να εργάζονται αποτελεσματικά, αξιοποιώντας όλες τις δυνατότητες τους, τόσο σαν ανεξάρτητοι όσο και σαν αλληλεξαρτώμενοι επαγγελματίες. Πιστεύω επίσης, ότι η επιτυχία του έργου των προϊστάμενων νοσηλευτών, έγκειται μεταξύ άλλων, στο ρόλο που διαδραματίζουν μέσα από τη συμμετοχή τους - στο βαθμό που τους αναλογεί - στη λήψη αποφάσεων και στην

δραστηριότητα ανάπτυξης, εφαρμογής και ανατροφοδότησης προγραμμάτων σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας.

Έχοντας υπόψη τα πιο πάνω, καθώς και τις ιδιαιτερότητες της Κύπρου αναφορικά με τον τρόπο που διοικούνται τα κρατικά νοσηλευτήρια, σε συνδυασμό με τις υπό εξέλιξη μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, προβληματίστηκα και κινητοποιήθηκα για την πιθανότητα διεξαγωγής έρευνας στο πεδίο αυτό. Η σύλληψη της ιδέας εστίαζε αρχικά, στο προτεινόμενο μοντέλο διοίκησης των κρατικών νοσηλευτηρίων και στη συμμετοχή των προϊστάμενων νοσηλευτών. Με τη βοήθεια και υποστήριξη του επιβλέποντα καθηγητή η ιδέα αυτή «σμιλεύτηκε» και έτυχε ενδελεχούς επεξεργασίας ώστε να καταλήξει στην τελική της μορφή.

Αφού διαπιστώσαμε μέσα από τη βιβλιογραφία, ότι η αυτεπάρκεια, η ενδυνάμωση και η ισχύς των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής είναι σημαντικά χαρακτηριστικά τα οποία συνδράμουν στην επίτευξη του έργου που επιτελούν, καταλήξαμε στην απόφαση για διερεύνηση τους.

Η μελέτη εστιάζει στη διερεύνηση του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής (ΜΔΣΝ), ήτοι των Ανώτερων (ΑΝΛ) και Πρώτων Νοσηλευτικών Λειτουργών (ΠΝΛ), πριν και δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο και πως αυτές συσχετίζονται μεταξύ τους. Δευτερευόντως, διερευνήθηκε η τάση φυγής των ΑΝΛ και ΠΝΛ (πρόθεση αλλαγής τμήματος, νοσοκομείου/οργανισμού και επαγγέλματος). Επιπρόσθετα, με βάση και τα ερωτήματα της έρευνας, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις των τριών κύριων μεταβλητών (και των υποδιαίρέσεών τους) καθώς και της τάσης φυγής με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Με τον τρόπο αυτό η έρευνα επιχειρεί να ρίξει φως σε ένα τομέα που δεν έχει τύχει προηγούμενης σχετικής μελέτης στη χώρα μας. Οι συσχετίσεις των διαφόρων παραμέτρων που εξετάστηκαν αποτελεί και το στοιχείο που δίνει στη μελέτη το χαρακτηριστικό της καινοτομίας αφού στη διεθνή βιβλιογραφία, παρόλο που τονίζεται η αξία και η σημασία της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος των ΜΔΣΝ ξεχωριστά, δεν έχει εξεταστεί ο συνδυασμός αυτών σε παρόμοιο περιβάλλον ιδιαίτερα σε σχέση με την τάση φυγής.

Η παρούσα διατριβή χωρίζεται σε δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Το Γενικό μέρος αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια και το Ειδικό μέρος από πέντε. Τα πρώτα δύο κεφάλαια εισάγουν τις έννοιες και το θεωρητικό υπόβαθρο της αυτεπάρκειας, της

ενδυνάμωσης, της ισχύος και της τάσης φυγής. Το τρίτο κεφάλαιο περιγράφει την υφιστάμενη κατάσταση στην Κύπρο και το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Στο Ειδικό Μέρος, στο κεφάλαιο 5 καταγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας με παρουσίαση του σκοπού της έρευνας, του σχεδιασμού, των ερευνητικών ερωτημάτων, της δειγματοληψίας, των εργαλείων του ερωτηματολογίου, τη διαδικασία μετάφρασης τους, τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων και τα ηθικά ζητήματα. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και οι περιορισμοί της έρευνας και στο έβδομο η συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Το όγδοο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη σύνοψη των συμπερασμάτων και τη συζήτηση. Στο ένατο κεφάλαιο καταγράφεται ο επίλογος και τέλος ακολουθεί η σχετική βιβλιογραφία και τα παραρτήματα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας της Κύπρου η μεγαλύτερη πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα κρατικά νοσηλευτήρια είναι η επιβίωση και περαιτέρω ανάπτυξή τους σε καθεστώς αυτονομησης υπό τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας) (Ο.Κ.Υ.Υ). Σε αυτές τις συνθήκες, το ευρύτερο φάσμα δραστηριοτήτων που αναπτύσσουν τα Μεσαία Διοικητικά Στελέχη Νοσηλευτικής (ΜΔΣΝ) πρέπει να συνάδει με τους οργανωσιακούς στόχους και προτεραιότητες.

Η σημασία αυτής της μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι διεξήχθη σε μια ιστορική περίοδο, με την εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας και την αυτονομηση των κρατικών νοσηλευτηρίων με όλες τις αλλαγές, τα προβλήματα και τις προκλήσεις που συνεπάγεται μία μετάβαση από την απουσία συστήματος σε ένα δομημένο και διαφορετικά οργανωμένο σχήμα.

Υπόβαθρο

Η θεωρία του Bandura (1977), παρέχει μια σαφή ερμηνεία της *αυτεπάρκειας* ως την πεποίθηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να οργανώσει και να εκτελέσει με επιτυχία ένα συγκεκριμένο έργο. Τα συστατικά στοιχεία της *ενδυνάμωσης* (structural empowerment) που περιέγραψε η Kanter (1977, 1993) (πρόσβαση σε πληροφόρηση, υποστήριξη, πόρους και ευκαιρίες ανάπτυξης γνώσεων και δεξιοτήτων) ενδυναμώνουν το προσωπικό, προωθούν περαιτέρω την εμπλοκή των εργαζομένων στην εργασία και οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα απόδοσης. Περαιτέρω, η ικανότητα κινητοποίησης ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη της εργασίας (Kanter 1977, σελ. 166) ερμηνεύεται ως *ισχύς* η οποία αποκτάται μέσω των συστατικών στοιχείων της δομικής ενδυνάμωσης στο περιβάλλον εργασίας.

Η αυτεπάρκεια, η ενδυνάμωση και η ισχύς των ΜΔΣΝ αποτελούν σημαντικές παραμέτρους στην επίτευξη του ηγετικού και διοικητικού τους ρόλου στο λειτουργικό επίπεδο, επειδή επιβλέπουν άμεσα νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς. Επιπρόσθετα, το ενδυναμωμένο εργασιακό περιβάλλον παρέχει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να ασκούν το επάγγελμά τους σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα και συνδέεται με υψηλή εργασιακή ικανοποίηση και χαμηλή *πρόθεση φυγής* (Laschinger et al., 2012).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας (διατριβής) ήταν να διερευνήσει τα επίπεδα και τις διαφορές της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης και της ισχύος των ΜΔΣΝ πριν και δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων. Περαιτέρω διερευνήθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια και στην αντιλαμβανόμενη ενδυνάμωση και στην ισχύ και η συσχέτιση των τριών αυτών μεταβλητών με το φύλο, την ηλικία, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τον τίτλο, τη θέση εργασίας και την προϋπηρεσία.

Μεθοδολογία

Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι οιονεί πειραματικός, με μια ομάδα, μια προ-μέτρηση πριν την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων και μια μετά-μέτρηση δώδεκα μήνες μετά. Στο δείγμα συμμετείχαν, στην πρώτη φάση, 175 προϊστάμενοι νοσηλευτές τμημάτων (από όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου) και 178 στη δεύτερη. Το ερωτηματολόγιο συμπεριλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία, το εργαλείο *General Self-Efficacy Scale (GSE)* και το εργαλείο *Conditions for Workplace Effectiveness Questionnaire (CWEQ II)* και μία ερώτηση για εντοπισμό της τάσης φυγής.

Οι μετρήσεις του βαθμού των ανεξάρτητων μεταβλητών (αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση, ισχύς) έγιναν με χρήση της περιγραφικής στατιστικής. Με χρήση της επαγωγικής στατιστικής έγινε έλεγχος των διαφορών ανάμεσα στις ομάδες ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Προκειμένου να επιλέγουν οι κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες προηγήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι κανονικότητας (Kolmogorov - Smirnov και Shapiro - Wilk). Για έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς του βαθμού των ανεξάρτητων μεταβλητών καθώς και σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιήθηκε το Mann-Whitney U test και με τον συντελεστή συνάφειας (r) του Spearman μετρήθηκε ο βαθμός της σχέσης μεταξύ τους. Η μονοπαραγοντική ανάλυση διασποράς (One - Way ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση των βαθμολογιών των ανεξάρτητων μεταβλητών μεταξύ των διοικητικών διευθύνσεων με σκοπό να εκτιμηθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών των ΜΤ και ο έλεγχος Kruskal-Wallis, για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων. Τέλος, η διερεύνηση της σχέσης της τάσης φυγής με τα διάφορα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων έγινε με το *Chi-squared test (X^2 test)*.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό σχετικά ψηλό βαθμό αυτεπάρκειας ($MT_1 = 33,27 \pm 3,83$ VS $MT_2 = 32,52 \pm 4,84$, $p = 0,221$) και μέτριο βαθμό ενδυνάμωσης ($MT_1 = 18,30 \pm 4,13$ VS $MT_2 = 17,61 \pm 4,09$, $p = 0,184$). Η χαμηλότερη βαθμολογία, από τις τέσσερις υποκλίμακες της ενδυνάμωσης, ήταν στην κατηγορία «πόροι» ($MT_1 = 2,62 \pm 0,85$ VS $MT_2 = 2,60 \pm 0,85$, $p = 0,992$) και η υψηλότερη στην κατηγορία «ευκαιρίες» ($MT_1 = 3,81 \pm 0,88$ VS $MT_2 = 3,49 \pm 0,96$, $p = 0,001$). Παρατηρήθηκε επίσης μέτριος βαθμός επίσημης ισχύος ($MT_1 = 2,44 \pm 0,85$ VS $MT_2 = 2,38 \pm 0,90$, $p = 0,581$) και μέτριος βαθμός ανεπίσημης ισχύος ($MT_1 = 3,53 \pm 0,73$ VS $MT_2 = 3,55 \pm 0,79$, $p = 0,922$).

Από τους στατιστικούς ελέγχους συσχέτισης των δεδομένων που προέκυψαν δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις: α) μεταξύ αυτεπάρκειας και συνολικής ενδυνάμωσης ($r = + 0,36$, $p = 0,000$), β) μεταξύ αυτεπάρκειας και επίσημης ισχύος ($r = + 0,26$, $p = 0,000$), γ) μεταξύ αυτεπάρκειας και ανεπίσημης ισχύος ($r = + 0,34$, $p = 0,000$), δ) μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και επίσημης ισχύος ($r = + 0,78$, $p = 0,000$), ε) μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και ανεπίσημης ισχύος ($r = + 0,65$, $p = 0,000$), στ) μεταξύ αυτεπάρκειας και ηλικίας ($r = + 0,34$, $p = 0,000$) και μεταξύ αυτεπάρκειας και προϋπηρεσίας ($r = + 0,36$, $p = 0,000$), ζ) μεταξύ επίσημης ισχύος και ηλικίας ($r = + 0,22$, $p = 0,004$) και μεταξύ επίσημης ισχύος και προϋπηρεσίας ($r = + 0,21$, $p = 0,004$), η) μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και ηλικίας ($r = + 0,15$, $p = 0,042$) και θ) μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και προϋπηρεσίας ($r = + 0,18$, $p = 0,019$).

Στην εξέταση της τάσης φυγής, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, παρατηρήθηκε: α) αύξηση κατά 0,8% της πρόθεσης των συμμετεχόντων για αλλαγή τμήματος, β) 3,7% της πρόθεσης για αλλαγή επαγγέλματος και γ) 5% της πρόθεσης για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου.

Από τα ποιοτικά δεδομένα έχουν εντοπιστεί δηλώσεις δυσαρέσκειας με αποδέκτες τον οργανισμό, το νοσοκομείο ή τη διοίκηση. Άλλοι λόγοι εστίαζαν σε έλλειψη ευκαιριών, απουσία υποστήριξης, αβεβαιότητα για το μέλλον και έλλειψη συνεργασίας. Η κόπωση, το άγχος, ο φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση και η απουσία επιβράβευσης ήταν λόγοι που δηλώθηκαν επίσης από αυτούς που εξέφραζαν προθέσεις φυγής.

Συζήτηση

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, με τα κρατικά νοσηλευτήρια να αντιμετωπίζουν προκλήσεις από τις αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες και τις

απαιτήσεις των πολιτών, την εξέλιξη της τεχνολογίας και το αυξημένο κόστος περίθαλψης, καθίστανται πιο απαιτητικές σε σχέση με τους εργαζόμενους.

Το περιβάλλον εργασίας καθίσταται επίσης περισσότερο απαιτητικό και εστιάζει στην αύξηση της απόδοσης των ΜΔΣΝ για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα των ΜΔΣΝ περιλαμβάνουν την πολυπλοκότητα στις ευθύνες και αρμοδιότητες και την περιορισμένη πρόσβαση σε υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Όσο περισσότερο ενισχυμένα είναι τα ΜΔΣΝ τόσο λιγότερες και οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν την εργασία τους.

Καταληκτικά, η διοίκηση του δημόσιου νοσηλευτηρίου θα ωφεληθεί από μια συστηματική προσέγγιση με ενδελεχή ανάλυση και επεξεργασία των συστατικών στοιχείων της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης, της ισχύος καθώς και της τάσης φυγής των ΜΔΣΝ, όπως αυτά έχουν αποτυπωθεί στην παρούσα έρευνα. Μια τέτοια προσέγγιση θα επιτρέψει το συγκερασμό καλών πρακτικών που θα ακολουθήσει προς βελτίωση της ασκούμενης διοίκησης.

Συμπεράσματα

Η μελέτη αποκάλυψε τη σχέση της αυτεπάρκειας μεταξύ ηλικίας και εργασιακής εμπειρίας καθώς και ότι αυτή συσχετίζεται τόσο με την ενδυνάμωση όσο και με την ισχύ. Σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση και την ισχύ ενδεχομένως να προσδιορίζονται: i) οι προθέσεις των ΜΔΣΝ αναφορικά με την παραμονή ή την φυγή ii) ο βαθμός στον οποίο θα εμπλακούν σε επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και, iii) ο βαθμός αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, έδειξαν μέτρια επίπεδα ενδυνάμωσης με χαμηλότερη βαθμολογία στην κατηγορία πόροι. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι η πρόσβαση σε περισσότερους πόρους έχει άμεση σχέση με την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων. Το γεγονός ότι ο βαθμός της αντιλαμβανόμενης ανεπίσημης ισχύος είναι υψηλότερος από το βαθμό της αντιλαμβανόμενης επίσημης ισχύος υποδεικνύει ότι τα ΜΔΣΝ στρέφονται στην αναζήτηση συνεργασίας, βοήθειας και υποστήριξης μέσα από τις άτυπες μορφές ισχύος αξιοποιώντας τις γνωριμίες και τις διαπροσωπικές σχέσεις, που έχουν αναπτύξει εντός του οργανισμού με τους συνεργάτες και τους συναδέλφους.

Συμπεραίνεται λοιπόν ότι με την ενίσχυση των ΜΔΣΝ και την παροχή περαιτέρω πρόσβασης στις κατηγορίες της ενδυνάμωσης, τους παρέχεται η ευχέρεια να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

ABSTRACT

Introduction

With the recent reforms in the health care sector in Cyprus, the biggest challenge that state hospitals are called to face is their sustainability and further development under the State Health Services Organization (SHSO). Under these emerging conditions, the wider range of activities exercised by nurses in the middle management (Nurse Managers – NMs) need to be in line with organizational goals and priorities.

The importance of this study lies in the fact that it was conducted during a period where the (recently established as autonomous) public hospitals were challenged for their resilience and sustainability under the conditions that emerged through the establishment of the new General Healthcare System (GHS) where the nursing workforce plays a vital role in the achievement of the organisational goals.

Background

Bandura's (1977) theory provides a clear interpretation of self-efficacy as the individual's belief in his or her ability to organize and successfully perform a particular task. The components of the structural empowerment described by Kanter (1977, 1993) (access to information, support, access to resources, opportunities for knowledge and skills development) empower staff and further promote workers' engagement at work and lead to positive performance outcomes. The ability to mobilize human and material resources to get things done (Kanter 1977, p. 166) is interpreted as a power that is acquired through the components of structural empowerment in the working environment.

The self-efficacy, the empowerment and power of NMs are important parameters in achieving their leadership role because they work directly with nurses providing care to patients. In addition, an empowered working environment enables nurses to practice their profession in accordance with professional standards and is associated with job satisfaction and low intention to leave (Laschinger et al., 2012).

Purpose

The aim of this research was to investigate the levels of the perceived self-efficacy, empowerment and power of NMs before and after twelve months of the transition of public hospitals in Cyprus towards administrative and financial autonomy. Furthermore, the study investigated the correlation between self-efficacy and perceived structural empowerment and power. Additionally, the study investigated the correlation between

these three variables and the demographic characteristics of the participants. Secondly, it investigated the intention to leave and its possible correlation with the main variables of the study.

Methodology

This is a quasi-experimental research with a measurement before the autonomy of the state hospitals in Cyprus and a measurement after twelve months. The sample included 175 NMs in the first phase and 178 in the second in all state hospitals in Cyprus. The questionnaire consisted of four parts: *Demographics*, the *General Self-Efficacy Scale (GSE)* and the *Conditions for Workplace Effectiveness Questionnaire (CWEQ II)* and a question to identify the intention to leave.

The measurements of the degree of perceived self-efficacy, empowerment and power as well as the intention to leave were conducted using descriptive statistics.

Using inferential statistics, the study checked the differences between the groups of participants, as they were categorized according to their demographic characteristics. In order to select the appropriate statistical analyses the statistical normality tests (Kolmogorov - Smirnov and Shapiro - Wilk) were performed.

The Mann-Whitney U test was used to check the statistical significance of the difference in the degree of the independent variables as well as in relation to the demographic characteristics and the degree of correlation between them was measured with the Spearman correlation coefficient (r). The correlation between the mean scores of the independent variables (self-efficacy, empowerment and power) was checked with the one-way ANOVA with the three groups of participants as categorized in three regional administrations and the Kruskal-Wallis test to confirm the results. Finally, the relationship between the intention to leave and the demographic characteristics of the participants was investigated using the *Chi-squared test (X^2 test)*.

Results

The results showed a relatively high degree of self-efficacy ($M_1=33.27\pm3.83$ VS $M_2=32.52\pm4.84$, $p=0.221$) and a moderate degree of empowerment ($M_1=18.30\pm4.13$ VS $M_2=17.61\pm4.09$, $p=0.184$). The lowest score (out of the four subscales of empowerment) was in the structure "resources" ($M_1=2.62\pm0.85$ VS $M_2=2.60\pm0.85$, $p=0.992$) and the highest in the structure "opportunities" ($M_1=3.81\pm0.88$ VS $M_2=3.49\pm0.96$, $p=0.001$). A moderate degree of formal power ($M_1=2.44\pm0.85$ VS $M_2=2.38\pm0.90$, $p=0.581$) and a

moderate degree of informal power ($M_1=3.53\pm 0.73$ VS $M_2=3.55\pm 0.79$, $p=0.922$) was also observed.

The statistical correlation tests of the data obtained twelve months after the autonomy of the hospitals revealed statistically significant correlations: a) between self-efficacy and empowerment ($r = + 0.36$, $p = 0.000$), b) between self-efficacy and formal power ($r = + 0.26$, $p = 0.000$), c) between self-efficacy and informal power ($r = + 0.34$, $p = 0.000$), d) between empowerment and formal power ($r = + 0.78$, $p = 0.000$), e) between empowerment and informal power ($r = + 0.65$, $p = 0.000$), f) between self-efficacy and age ($r = + 0.34$, $p = 0.000$) and between self-efficacy and seniority ($r = + 0.36$, $p = 0.000$), g) between formal power and age ($r = + 0.22$, $p = 0.004$) and between formal power and work experience ($r = + 0.21$, $p = 0.004$), h) between empowerment and age ($r = + 0.15$, $p = 0.042$) and i) between empowerment and work experience ($r = + 0.18$, $p = 0.019$).

Examining the intention to leave, twelve months after the autonomy of the hospitals, the study revealed: a) an increase by 0.8% of the participants for the intention to change department, b) an increase by 3.7% for the intention to change profession and c) an increase by 5% for the intention to change organization / hospital.

The statements of dissatisfaction which were retrieved from the qualitative data were addressed to the organization, the hospital or the administration. Other reasons were related to the lack of opportunities, lack of support and uncertainty about the future. Fatigue, stress, workload, understaffing and lack of rewards were also reasons stated by those expressing intention to leave.

Discussion

Health care reforms, with the public hospitals facing challenges emerging from the growing health needs and citizens' demands, the advancing technology and the rising health care costs, are becoming more demanding on staff.

The work environment is also becoming more demanding and focuses on the increasing performance of NMs for the quality of patient care. Obstacles to the effectiveness of NMs include the complexity of their duties and responsibilities and the limited access to material and human resources. The stronger the NMs are the less likely to leave their job. Finally, the public hospital management will benefit from a systematic approach through a thorough analysis and elaboration of the components of self-efficacy, empowerment, power and the intention of NMs to leave, as resulted in this research. Such an approach will allow the implementation of good practices that will improve the administration.

Conclusions

The study revealed the relationship of self-efficacy between age and work experience and that it is associated with both empowerment and power. In combination with the empowerment and power, it may determine: i) the intentions of the NMs regarding their stay or leave ii) the degree to which they will engage in the desired administrative behaviors to achieve the goals of the organization and, iii) the degree of their efficiency and effectiveness.

The results of this study showed moderate levels of empowerment with lower mean scores in the structure of “resources”. This may be due to the prevailing perception that access to more resources is directly related to the achievement of organizational goals.

The fact that the degree of the perceived informal power is higher than the degree of the perceived formal power indicates that the NMs are seeking cooperation, help and support through the informal forms of power, utilizing their interpersonal relationships within the organization with peers and colleagues.

It is therefore concluded that by strengthening the NMs and by providing them further access to empowerment structures for undertaking initiatives in the working environment, the NMs are given the opportunity to influence the efficiency of the organization.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|--------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | xi |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | xv |
| ABSTRACT..... | xix |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ..... | xxiii |
| Κατάλογος πινάκων | xxvi |
| Κατάλογος σχημάτων | xxviii |
| Συντμήσεις – Αρκτικόλεξα – Ακρωνύμια | xxix |
| Εισαγωγή | xxxι |
| A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 1 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 3 |
| ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ | 3 |
| Σημαντικότητα και χρησιμότητα της μελέτης..... | 5 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 9 |
| ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ..... | 9 |
| 2.1 ΑΥΤΕΠΑΡΚΕΙΑ | 9 |
| 2.1.1 Ορισμός..... | 9 |
| 2.1.2 Θεωρητικό υπόβαθρο | 9 |
| 2.1.3. Ερευνητικά δεδομένα | 23 |
| 2.2 ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ | 33 |
| 2.2.1 Ορισμός..... | 33 |
| 2.2.2 Θεωρητικό υπόβαθρο | 33 |
| 2.2.3 Ερευνητικά δεδομένα | 42 |
| 2.3 ΙΣΧΥΣ..... | 68 |
| 2.3.1 Ορισμός..... | 68 |
| 2.3.2 Θεωρητικό υπόβαθρο | 69 |
| 2.3.3 Ερευνητικά δεδομένα | 72 |
| 2.4 ΤΑΣΗ ΦΥΓΗΣ..... | 75 |
| 2.4.1 Ορισμός..... | 75 |
| 2.4.2 Θεωρητικό υπόβαθρο | 75 |
| 2.4.3 Ερευνητικά δεδομένα | 79 |
| 2.5 ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ | 85 |
| 2.6 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ | 92 |
| 2.6.1 Εργαλεία μέτρησης της αυτεπάρκειας..... | 92 |
| 2.6.2 Εργαλεία μέτρησης της ενδυνάμωσης..... | 97 |
| 2.6.3 Εργαλεία μέτρησης της ισχύος | 102 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 106 |
| ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ | 106 |
| 3.1 Ιστορική αναδρομή | 106 |
| 3.2 Επικρατούσες συνθήκες..... | 107 |
| 3.2.1 Γενικό Σύστημα Υγείας | 108 |

| | |
|--|-----|
| 3.2.2 Καθεστώς λειτουργίας και δομή δημόσιων νοσηλευτηρίων | 109 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4..... | 113 |
| ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ..... | 113 |
| 4.1 Εισαγωγή..... | 113 |
| 4.2 Σκοπός..... | 114 |
| 4.3 Υλικό και μέθοδος..... | 114 |
| 4.4 Αποτελέσματα ανασκόπησης..... | 119 |
| 4.5 Συζήτηση..... | 133 |
| 4.6 Συμπεράσματα..... | 134 |
| B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 137 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5..... | 139 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ..... | 139 |
| 5.1 Σκοπός της έρευνας..... | 139 |
| 5.2 Σχεδιασμός της έρευνας | 139 |
| 5.3 Ερευνητικά ερωτήματα | 140 |
| 5.4 Δειγματοληψία | 141 |
| 5.5 Ερευνητικά εργαλεία..... | 142 |
| 5.5.1 Διαδικασία μετάφρασης και πιλοτική δοκιμή..... | 144 |
| 5.6 Συλλογή δεδομένων | 145 |
| 5.7 Επεξεργασία δεδομένων/ Στατιστική ανάλυση..... | 146 |
| 5.8 Ηθικά ζητήματα | 149 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6..... | 152 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 152 |
| 6.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων/ συντελεστής εσωτερικής συνέπειας..... | 152 |
| 6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά | 153 |
| 6.3 Αυτεπάρκεια..... | 160 |
| 6.4 Ενδυνάμωση..... | 162 |
| 6.5 Ισχύς..... | 165 |
| 6.6 Συσχετίσεις αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος | 168 |
| 6.7 Συσχετίσεις αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης, ισχύος και δημογραφικών | 169 |
| 6.8 Τάση φυγής | 201 |
| 6.9 Ποιοτικά δεδομένα | 213 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7..... | 223 |
| ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ..... | 223 |
| 7.1 Αυτεπάρκεια..... | 223 |
| 7.2 Ενδυνάμωση..... | 226 |
| 7.3 Ισχύς | 228 |
| 7.4 Τάση φυγής | 230 |
| 7.5 Περιορισμοί της έρευνας..... | 240 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8..... | 243 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 243 |

| | |
|--|-----|
| 8.1 Αυτεπάρκεια | 244 |
| 8.2 Ενδυνάμωση | 245 |
| 8.3 Ισχύς..... | 246 |
| 8.4 Τάση φυγής..... | 247 |
| 8.5 Εισηγήσεις | 248 |
| 8.5.1 Προτάσεις για βελτιώσεις..... | 248 |
| 8.5.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα | 251 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 | 255 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ | 255 |
| Βιβλιογραφία | 257 |
| Ελληνική..... | 257 |
| Αγγλική..... | 259 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ | 286 |
| Παράρτημα 1 - Ερωτηματολόγιο..... | 287 |
| Παράρτημα 2 - Άδεια χρήσης της Γενικής Κλίμακας Αυτεπάρκειας | 290 |
| Παράρτημα 3 - Άδεια χρήσης του CWEQ II..... | 291 |
| Παράρτημα 4 – Συνοδευτικό πιλοτικής δοκιμής ερωτηματολογίου | 292 |
| Παράρτημα 5 – Γνωμοδότηση ΕΕΒΚ | 293 |
| Παράρτημα 7 - Ενημέρωση διευθύνσεων των νοσηλευτηρίων | 296 |
| Παράρτημα 8 - Συνοπτικό επεξηγηματικό σημείωμα έρευνας | 297 |
| Παράρτημα 9 – Άρθρα που δημοσιεύτηκαν και αφορούν την παρούσα διατριβή... .. | 298 |
| Παράρτημα 10 – Άρθρα που υποβλήθηκαν προς δημοσίευση..... | 322 |
| Παράρτημα 11 – Διάχυση αποτελεσμάτων | 342 |

Κατάλογος πινάκων

| | |
|--|-----|
| Πίνακας 1: Συνοπτικός περιγραφικός πίνακας ερωτηματολογίων CWEQ I και II..... | 101 |
| Πίνακας 2: Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίου CWEQ | 102 |
| Πίνακας 3: Συνδυασμός λέξεων αναζήτησης στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων | 115 |
| Πίνακας 4: Μεθοδολογία ερευνών που ανασκοπήθηκαν..... | 126 |
| Πίνακας 5: Κανονικότητα κατανομής (2019) | 148 |
| Πίνακας 6: Κανονικότητα κατανομής (2020) | 148 |
| Πίνακας 8: Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου GSE | 152 |
| Πίνακας 7: Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου CWEQ-II | 153 |
| Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηματολογίων ανά νοσηλεύτηριο και ποσοστά ανταπόκρισης..... | 154 |
| Πίνακας 10: Στατιστικές τιμές για την αυτεπάρκεια..... | 160 |
| Πίνακας 11: Συχνότητα βαθμού αυτεπάρκειας..... | 161 |
| Πίνακας 12: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων για την αυτεπάρκεια (Mann–Whitney) . | 161 |
| Πίνακας 13: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης - 6 υποκλίμακες..... | 162 |
| Πίνακας 14: Βαθμολογίες ενδυνάμωσης, και ισχύος (Mann–Whitney) | 163 |
| Πίνακας 15: Μέση τιμή βαθμολογίας ισχύος..... | 166 |
| Πίνακας 16: Μέση τιμή επίσημης ισχύος (Mann–Whitney)..... | 166 |
| Πίνακας 17: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος (Mann–Whitney) | 167 |
| Πίνακας 18: Μέση τιμή αυτεπάρκειας, συνολικής ενδυνάμωσης και ισχύος (Mann–Whitney) | 168 |
| Πίνακας 19: Διαφορές βαθμού αυτεπάρκειας μεταξύ δημογραφικών (Mann–Whitney) | 170 |
| Πίνακας 20: Μέση τιμή αυτεπάρκειας κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis) | 172 |
| Πίνακας 21: Επιμέρους συγκρίσεις MT αυτεπάρκειας (1 ^η φάση)..... | 173 |
| Πίνακας 22: Επιμέρους συγκρίσεις MT αυτεπάρκειας (2 ^η φάση)..... | 174 |
| Πίνακας 23: Συσχετίσεις Αυτεπάρκειας, Ενδυνάμωσης, Ισχύος (Spearman) 2020..... | 175 |
| Πίνακας 24: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)..... | 177 |
| Πίνακας 25: Μέση τιμή «ευκαιρίες» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis) | 179 |
| Πίνακας 26: Επιμέρους συγκρίσεις MT «ευκαιρίες» (1 ^η φάση) | 180 |
| Πίνακας 27: Επιμέρους συγκρίσεις MT «ευκαιρίες» (2 ^η φάση) | 180 |
| Πίνακας 28: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney).... | 181 |
| Πίνακας 29: Μέση τιμή «πληροφορίες» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis) | 183 |
| Πίνακας 30: Επιμέρους συγκρίσεις MT «πληροφορίες» (1 ^η φάση)..... | 184 |
| Πίνακας 31: Επιμέρους συγκρίσεις MT «πληροφορίες» (2 ^η φάση)..... | 184 |
| Πίνακας 32: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney) | 185 |
| Πίνακας 33: Μέση τιμή «υποστήριξη» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis) | 187 |
| Πίνακας 34: Επιμέρους συγκρίσεις MT «υποστήριξη» (1 ^η φάση)..... | 188 |
| Πίνακας 35: Επιμέρους συγκρίσεις MT «υποστήριξη» (2 ^η φάση)..... | 188 |
| Πίνακας 36: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «πόρου» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)..... | 189 |
| Πίνακας 37: Μέση τιμή «πόρου» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis) | 191 |
| Πίνακας 38: Διαφορές βαθμού επίσημης ισχύος μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)..... | 192 |
| Πίνακας 39: Μέση τιμή επίσημης ισχύος κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)..... | 194 |
| Πίνακας 40: Διαφορές βαθμού ανεπίσημης ισχύος μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)..... | 195 |
| Πίνακας 41: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)..... | 197 |
| Πίνακας 42: Διαφορές βαθμού συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)..... | 198 |
| Πίνακας 43: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)..... | 200 |
| Πίνακας 44: Επιμέρους συγκρίσεις MT συνολικής ενδυνάμωσης (1 ^η φάση) | 200 |
| Πίνακας 45: Επιμέρους συγκρίσεις MT συνολικής ενδυνάμωσης (2 ^η φάση) | 201 |
| Πίνακας 46: Τάση φυγής κατά διοικητική διεύθυνση..... | 202 |

| | |
|---|-----|
| Πίνακας 47: Συνολική τάση φυγής..... | 203 |
| Πίνακας 48: Διαφορές βαθμού αυτεπάρκειας μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)..... | 204 |
| Πίνακας 49: Διαφορές βαθμού επίσημης ισχύος μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)..... | 205 |
| Πίνακας 50: Διαφορές βαθμού ανεπίσημης ισχύος μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)..... | 205 |
| Πίνακας 51: Διαφορές βαθμού «ευκαιρίες» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney) | 206 |
| Πίνακας 52: Διαφορές βαθμού «πληροφορίες» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)..... | 207 |
| Πίνακας 53: Διαφορές βαθμού «υποστήριξη» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney) | 207 |
| Πίνακας 54: Διαφορές βαθμού «πόροι» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)..... | 208 |
| Πίνακας 55: Διαφορές βαθμού ενδυνάμωσης μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)..... | 208 |
| Πίνακας 56: Σχέσεις πρόθεσης αλλαγής τμήματος και δημογραφικών (X^2 test)..... | 209 |
| Πίνακας 57: Διαφορές στις προθέσεις φυγής με την ηλικία (Mann-Whitney)..... | 210 |
| Πίνακας 58: Διαφορές στις προθέσεις με την προϋπηρεσία (Mann-Whitney)..... | 210 |
| Πίνακας 59: Σχέσεις πρόθεσης αλλαγής επαγγέλματος και δημογραφικών (X^2 test)..... | 211 |
| Πίνακας 60: Σχέσεις πρόθεσης αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου και δημογραφικών (X^2 test) | 212 |
| Πίνακας 61: Κατηγοριοποίηση θεμάτων ποιοτικών χαρακτηριστικών | 215 |

Κατάλογος σχημάτων

| | |
|---|-----|
| Σχήμα 1: Λειτουργική σχέση μορφών προσδοκίας..... | 33 |
| Σχήμα 2: Σχέση εννοιών στη θεωρία της Kanter | 38 |
| Σχήμα 3: Διευρυμένο μοντέλο ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας | 39 |
| Σχήμα 4: Διάγραμμα ροής - Συστηματική ανασκόπηση | 118 |
| Σχήμα 5: Συμμετέχοντες κατά φύλο | 155 |
| Σχήμα 6: Κατανομή δείγματος κατά νοσηλευτήριο..... | 155 |
| Σχήμα 7: Κατανομή δείγματος κατά ηλικιακή ομάδα..... | 156 |
| Σχήμα 8: Ακαδημαϊκά προσόντα συμμετεχόντων | 156 |
| Σχήμα 9: Ειδικότητα συμμετεχόντων | 157 |
| Σχήμα 10: Ιεραρχικά ανώτεροι (προϊστάμενοι) τμημάτων | 158 |
| Σχήμα 11: Προϋπηρεσία (χρόνια υπηρεσίας) | 158 |
| Σχήμα 12: Προϋπηρεσία με ορόσημο το 33 ^ο έτος | 159 |
| Σχήμα 13: Κατανομή δείγματος κατά διοικητική διεύθυνση..... | 160 |
| Σχήμα 14: Βαθμολογία ενδυνάμωσης..... | 164 |
| Σχήμα 15: Μέση τιμή επίσημης ισχύος | 167 |
| Σχήμα 16: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος..... | 168 |
| Σχήμα 17: Μέση τιμή αυτεπάρκειας κατά ηλικιακή ομάδα..... | 171 |
| Σχήμα 18: Μέση τιμή αυτεπάρκειας κατά χρόνια υπηρεσίας | 171 |
| Σχήμα 19: Βαθμός αυτεπάρκειας κατά διοικητική διεύθυνση..... | 172 |
| Σχήμα 20: Αποτελέσματα ενδυνάμωσης και ισχύος κατά διοικητική διεύθυνση | 176 |
| Σχήμα 21: Μέση τιμή «ευκαιρίες» κατά ηλικιακή ομάδα..... | 178 |
| Σχήμα 22: Μέση τιμή «ευκαιρίες» κατά χρόνια υπηρεσίας..... | 178 |
| Σχήμα 23: Μέση τιμή «πληροφορίες» κατά ηλικιακή ομάδα | 182 |
| Σχήμα 24: Μέση τιμή «πληροφορίες» κατά χρόνια υπηρεσίας | 182 |
| Σχήμα 25: Μέση τιμή «υποστήριξη» κατά ηλικιακή ομάδα..... | 186 |
| Σχήμα 26: Μέση τιμή κατηγορίας «υποστήριξη» κατά χρόνια υπηρεσίας | 186 |
| Σχήμα 27: Μέση τιμή «πόροι» κατά ηλικιακή ομάδα..... | 190 |
| Σχήμα 28: Μέση τιμή «πόροι» κατά χρόνια υπηρεσίας..... | 190 |
| Σχήμα 29: Μέση τιμή επίσημης ισχύος κατά ηλικιακή ομάδα | 193 |
| Σχήμα 30: Μέση τιμή επίσημης ισχύος κατά χρόνια υπηρεσίας..... | 193 |
| Σχήμα 31: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος κατά ηλικιακή ομάδα | 195 |
| Σχήμα 32: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος κατά χρόνια υπηρεσίας..... | 196 |
| Σχήμα 33: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης κατά ηλικιακή ομάδα | 198 |
| Σχήμα 34: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης κατά χρόνια υπηρεσίας..... | 199 |
| Σχήμα 35: Τάση φυγής..... | 202 |
| Σχήμα 36: Ποσοστό τάσης φυγής κατά διοικητική διεύθυνση | 203 |

Συντμήσεις – Αρκτικόλεξα – Ακρωνύμια

| | |
|-----------------|--|
| CWEQ | Conditions of Work Effectiveness Questionnaire |
| GSE | General Self-efficacy Scale |
| ICN | International Council of Nurses – Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών |
| ΑΝΑ | Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός |
| ΓΚΑ | Γενική Κλίμακα Αυτεπάρκειας |
| ΕΕΒΚ | Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου |
| ΜΔΣΝ | Μεσαία Διοικητικά Στελέχη Νοσηλευτικής |
| ΝΑ | Νοσηλευτικός Λειτουργός |
| ΝΑ Α΄ | Νοσηλευτικός Λειτουργός Α |
| NM | Νοσηλεύτης/ές Μάνατζερ |
| Ο.Α.Υ | Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας |
| Ο.Κ.Υπ.Υ | Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας |
| ΠΝΑ | Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός |
| ΥΥ | Υπουργείο Υγείας |

Εισαγωγή

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης υφίστανται τεράστια πίεση για βελτίωση της ποιότητας και τη μείωση των αδυναμιών στην παροχή φροντίδας των ασθενών. Ο ρόλος των NM (nurse managers¹) έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και στη σταθερότητα του νοσηλευτικού δυναμικού, ως παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την οικονομική σταθερότητα του οργανισμού. Η αυτοπεποίθηση και η αυτεπάρκεια των NM συμβάλλουν στον προσδιορισμό του βαθμού με τον οποίο θα συμμετάσχουν στις επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές και θα αντισταθούν στα εμπόδια για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων (Van Dyk et al., 2016).

Οι NM είναι τοποθετημένοι στην οργανωτική ιεραρχία και θα πρέπει να διαθέτουν μια εκτεταμένη θεωρητική προοπτική σχετικά με την ηγεσία ώστε να εφαρμόζουν συμπεριφορές που θα καλλιεργούν ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον το οποίο θα συμβάλλει στη θετική έκβαση των ασθενών (Witges & Scanlan, 2014).

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην ανάπτυξη και διαμόρφωση πολιτικής για την υγεία εξασφαλίζει ότι η φροντίδα υγείας είναι ασφαλής, υψηλής ποιότητας, προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητα των ηγετών της νοσηλευτικής ώστε να δραστηριοποιούνται για να επηρεάσουν την ανάπτυξη πολιτικής υγείας είναι αρκετοί (Shariff, 2014).

Εξάλλου, όπως υποδεικνύει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), μέσα στα πλαίσια οικοδόμησης αποτελεσματικής ανάπτυξης υπηρεσιών νοσηλευτικής και δημιουργίας πολιτικής δέσμευσης, απαιτείται η συμμετοχή των κυβερνήσεων, της κοινωνίας των πολιτών και άλλων συναφών επαγγελματιών για τη διασφάλιση σχετικής εκπαίδευσης και έρευνας και ασφαλούς πρακτικής βασισμένης σε αποδεικτικά στοιχεία. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να συνεργαστούν με άλλους εταίρους στον τομέα της υγείας με σκοπό να δημιουργηθούν δομές που θα τους επιτρέπουν να ενδυναμωθούν προκειμένου να συμβάλουν στην ανάπτυξη πολιτικής για την υγεία και να αυξηθεί η ποσότητα και η ποιότητα της παροχής των νοσηλευτικών υπηρεσιών (WHO, 2016).

Νοούμενου ότι η αυτεπάρκεια ερμηνεύθηκε ως η πεποίθηση του ατόμου για την ικανότητά του να οργανώσει και να εκτελέσει μια σειρά δράσεων, τα άτομα με υψηλό

¹ Ο όρος nurse manager που χρησιμοποιείται στη διεθνή βιβλιογραφία αφορά σε μεσαία διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής (ΜΔΣΝ) και αναφέρεται σε νοσηλευτές που προϊστανται τμημάτων σε κλινικούς χώρους. Στην Κύπρο απηχεί στους Ανώτερους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς (ΑΝΛ) και Πρώτους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς (ΠΝΛ). Στα ελληνικά μεταφράζεται για τους σκοπούς της εργασίας ως νοσηλευτές μάντζερ (NM).

βαθμό αυτεπάρκειας πιστεύουν ότι είναι σε θέση να επηρεάσουν το περιβάλλον τους και την πορεία των προσπαθειών τους και ως εκ τούτου, αντιλαμβάνονται το βαθμό της προσπάθειας να το πετύχουν (Bandura, 1995). Τα άτομα αυτά πιστεύουν επίσης, ότι μια εργασία είναι εφικτή και ότι απαιτεί πόρους, εκμάθηση μιας νέας δεξιότητας, αναζήτηση συμβουλών και αφιέρωση πρόσθετου χρόνου για εκπλήρωση της αποστολής τους. Περαιτέρω, τα άτομα με υψηλή αυτεπάρκεια σε ένα εξειδικευμένο τομέα, καταβάλλουν μεγαλύτερη προσπάθεια και έχουν περισσότερη επιμονή όταν τους ανατίθεται ένα δύσκολο έργο από ότι τα άτομα με χαμηλότερη αυτεπάρκεια (Lunenburg, 2013).

Οι NM κατέχουν μοναδικό ηγετικό ρόλο, επειδή εργάζονται άμεσα με νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς. Ωστόσο, ο ρόλος τους εστιάζει περισσότερο στους οργανωσιακούς στόχους και προτεραιότητες σε ένα ευρύτερο πεδίο δραστηριοτήτων. Όταν αντιλαμβάνονται ότι ο οργανισμός υποστηρίζει τις προσπάθειές τους στη δημιουργία ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος, αισθάνονται άξιοι, επιβραβευμένοι και ικανοποιημένοι από το ρόλο τους ως αποτελεσματικοί ηγέτες (Laschinger et al., 2012). Επιπρόσθετα, ο ρόλος που διαδραματίζουν οι προϊστάμενοι νοσηλευτές στον κλινικό χώρο είναι πολύπλευρος και περιεκτικός, αλλά απαιτεί υποστήριξη από τον οργανισμό για τη βελτίωση του εποπτικού τους ρόλου (Currie, 2015).

Με το συνεχώς αυξανόμενο εύρος ελέγχου και του εξελισσόμενου διαρθρωτικού ρόλου και των προσδοκιών τους, οι NM αναφέρουν ότι αισθάνονται συντετριμμένοι, ότι δεν υποστηρίζονται και ότι χρειάζονται πόρους και υποστήριξη στις ευθύνες που αναλαμβάνουν (Cziraki et al., 2014). Είναι λογικό να αναμένεται ότι ένα ενδυναμωμένο εργασιακό περιβάλλον προωθεί την εμπλοκή των εργαζομένων στο έργο που επιτελούν και οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα (Laschinger & Finegan, 2005). Εξάλλου, η ενδυνάμωση των χώρων εργασίας παρέχει στους επαγγελματίες πρόσβαση σε πληροφορίες, υποστήριξη, πόρους και ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης. Η ενδυνάμωση είναι επίσης μια ψυχολογική διαδικασία, η οποία συμβαίνει όταν κάποιος έχει μια αίσθηση κινήτρου σε σχέση με το περιβάλλον στον χώρο εργασίας (Stewart et al., 2010).

Οι θεωρίες της δομικής ενδυνάμωσης της Kanter² (1993) και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης της Spreitzer (1995) έχουν συσχετιστεί με βελτιωμένα αποτελέσματα των

² Καθηγήτρια στο Harvard Business School, ειδικευμένη στη στρατηγική, την καινοτομία και την ηγεσία για αλλαγή. Είναι επίσης πρόεδρος και επικεφαλής της Πρωτοβουλίας Προηγμένης Ηγεσίας (Advanced Leadership Initiative) του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, μια καινοτομία που συν-ίδρυσε το 2008, που αφορά σε ένα αναπτυσσόμενο διεθνές μοντέλο για ενίσχυση των επιτυχημένων ηγετών να εφαρμόζουν τις δεξιότητές τους σε εθνικές και παγκόσμιες

νοσηλευτών και των NM (Laschinger & Finegan 2005, Patrick & Laschinger 2006, Laschinger et al. 2012).

Η αυτοπεποίθηση σχετίζεται με την αυτεπάρκεια, ωστόσο αποτελεί μια ξεχωριστή έννοια. Η αυτεπάρκεια των NM είναι σημαντική, καθώς κάνει τη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο αισθάνονται, σκέπτονται, συμπεριφέρονται και υποκινούνται. Η αυτοπεποίθηση είναι σημαντική καθώς μπορεί να επηρεάσει το βαθμό αυτεπάρκειας. Η αυτοπεποίθηση σημαίνει ότι ένα άτομο ξέρει πώς μπορεί να κάνει κάτι και η αυτεπάρκεια έχει να κάνει με αυτό που ένα άτομο πιστεύει ότι μπορεί να κάνει (Pajares, 1996, 2009).

Όταν οι νοσηλευτικοί ηγέτες χρησιμοποιούν στρατηγικές ψυχολογικής και δομικής ενδυνάμωσης, τα αποτελέσματα οδηγούν σε ασφαλέστερο εργασιακό περιβάλλον και καλύτερα αποτελέσματα για τους νοσηλευτές (MacPhee et al., 2012) και όταν οι ίδιοι διαθέτουν υψηλή πρόσβαση στη δομική ενδυνάμωση (δηλαδή σε πληροφορίες, ευκαιρίες, υποστήριξη και πόρους) είναι πιθανότερο να προωθούν και τους υφιστάμενους τους (Hagerman et al., 2017).

Σημειώνεται ότι κατά την περίοδο που αναπτύχθηκαν οι θεωρίες αυτεπάρκειας και ενδυνάμωσης, οι οργανωσιακοί θεωρητικοί είχαν εντοπίσει και προτείναν μια σειρά πρακτικών διοίκησης που μπορούν να βελτιώσουν την αυτεπάρκεια των ατόμων. Συγκεκριμένα, εισηγήθηκαν όπως η έννοια της αυτεπάρκειας θα έπρεπε να λειτουργήσει και να δοκιμαστεί περαιτέρω και να σχεδιαστούν άμεσες συνδέσεις με τα οργανωσιακά πλαίσια. Ως παραδείγματα αναφέρθηκαν: η ανάγκη ενίσχυσης των υφισταμένων μετά από εξέταση των συνθηκών εντός των οργανισμών (όπως π.χ η εκπλήρωση πολύπλοκων καθηκόντων και η ανάθεση μεγαλύτερης ευθύνης) και οι τεχνικές μοντελοποίησης κατά τη διάρκεια της κατάρτισης. Τέλος, επεσήμαναν ότι οι προσωπικές προσδοκίες επάρκειας επηρεάζονται από την κατάσταση συναισθηματικής διέγερσης. Οι καταστάσεις αυτές που προκύπτουν από το άγχος, το φόβο και την κατάθλιψη, τόσο εντός όσο και εκτός της εργασίας, μπορούν να μειώσουν τις προσδοκίες αυτεπάρκειας. Καταληκτικά, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές, οι πρακτικές ενδυνάμωσης, πρέπει να παρέχουν άμεσα πληροφορίες στους εργαζομένους σχετικά με την προσωπική τους αποτελεσματικότητα (Conger & Kanungo, 1988).

Η ανάγκη ισχυρής νοσηλευτικής ηγεσίας αποτελεί διεθνή επιταγή. Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN), διαπιστώνει ότι οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας

προκλήσεις. Ανέπτυξε τη θεωρία της δομικής ισχύος σε οργανισμούς (theory of structural power in organizations) στην οποία βασίστηκαν πολλοί ερευνητές ανά το παγκόσμιο (Harvard Business School, Faculty and Research, 2018).

βρίσκονται σε εξέλιξη σε όλα τα μέρη του κόσμου και πιστεύει ότι οι νοσηλευτικοί ηγέτες έχουν την ευκαιρία να οδηγήσουν αυτές τις μεταρρυθμίσεις (ICN, 2018). Η ηγεσία είναι κρίσιμο συστατικό στοιχείο στη δημιουργία δυνατοτήτων ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας που να εξυπηρετούν την προσέλκυση και διατήρηση των εργαζομένων. Αυτό οδηγεί σε ενδυναμωμένους, αφοσιωμένους και δεσμευμένους μάνατζερ που ασκούν το καθήκον τους στη βάση επαγγελματικών προτύπων. Θεωρητικά, οι υπάλληλοι ανταποκρίνονται θετικά σε ενδυναμωμένα περιβάλλοντα εργασίας, με αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους και την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων, αφού η ποιοτική φροντίδα των ασθενών εξαρτάται από ένα ενδυναμωμένο νοσηλευτικό δυναμικό το οποίο παρέχει φροντίδα σύμφωνα με βάση τα επαγγελματικά πρότυπα (Laschinger et al., 2009).

Οι αποτελεσματικοί νοσηλευτικοί ηγέτες διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση πολύπλοκων θεμάτων που σχετίζονται με τις μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. Δεδομένης της σημασίας του ρόλου που διαδραματίζουν σε ένα οργανισμό, είναι ιδιαίτερα σημαντικό οι ΝΜ να αισθάνονται σίγουροι ότι θα εμπλακούν στη λήψη αποφάσεων και στην εκτέλεση διαχειριστικών συμπεριφορών. Εξάλλου, η αυτοπεποίθηση είναι ένα από τα κυριότερα χαρακτηριστικά των επιτυχημένων μάνατζερ (Force, 2005).

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Από τη μεταρρύθμιση των канаδικών οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης που έγινε κατά την πρώτη δεκαετία του 2000, διαφάνηκε ότι είχε υποτιμηθεί η συνεισφορά και η προβολή της νοσηλευτικής ηγεσίας και διοίκησης. Οι αλλαγές είχαν οδηγήσει σε συνθήκες εργασίας που αποδυνάμωσαν τους NM³ και επηρέασαν την ικανότητά τους να δημιουργούν θετικά εργασιακά περιβάλλοντα, να καθοδηγούν δυνητικούς ηγέτες νοσηλευτές και να έχουν ικανοποίηση από τον ηγετικό τους ρόλο (Patrick & Laschinger, 2006).

Το παράδειγμα αυτό δεικνύει ότι, αφού και στην Κύπρο βρίσκονται σε εξέλιξη σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, όπως η αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων, ενδεχομένως να χρειαστεί η λήψη μέτρων που να συμπεριλαμβάνουν σχεδιασμούς και υλοποίηση πολιτικών που αφορούν στην οργανωσιακή κουλτούρα και συμπεριφορά με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό εξυπακούει αξιοποίηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών που προΐστανται τμημάτων σε κλινικούς χώρους, λαμβανομένων υπόψη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της οργάνωσης και λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων.

Οι NM εξάλλου, χρειάζεται να έχουν πρόσβαση στους πόρους που απαιτούνται για αποτελεσματική άσκηση της εργασίας τους ώστε να δημιουργούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα εργασίας για τους νοσηλευτές. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή πόρων, όπως γραμματειακή υποστήριξη για μη νοσηλευτικές δραστηριότητες και πρόσβαση σε δεδομένα και τεχνολογική υποστήριξη. Η πρόσβαση στην τεχνολογία τους επιτρέπει να δημιουργούν δίκτυα και επαγγελματικές σχέσεις για συνεχείς ευκαιρίες μάθησης,

³Η χρήση του όρου NM (νοσηλευτές μάνατζερ) αποδίδεται στα μεσαία διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής (ΜΔΣΝ) και χρησιμοποιείται στο κείμενο νοουμένου ότι η σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιεί αυτόν τον ορισμό. Ο NM είναι κάποιος που έχει εξουσίες λήψης αποφάσεων και έλεγχο σε ορισμένες διαδικασίες σε έναν οργανισμό. Ο ρόλος του μπορεί να μην είναι η άμεση φροντίδα των ασθενών, είναι όμως υπεύθυνος για το προγραμματισμό της φροντίδας των ασθενών. Καθοδηγεί το προσωπικό, συνεργάζεται με την διεπιστημονική ομάδα συντονίζοντας τη φροντίδα των ασθενών. Τα βασικά καθήκοντα του NM περιλαμβάνουν τη διοίκηση μικρών ή μεγάλων ομάδων νοσηλευτών, την επίβλεψη και το συντονισμό της εκπαίδευσης του προσωπικού, την επίβλεψη της φροντίδας των ασθενών, τη συνεργασία με άλλους συναδέλφους για την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μέσω τεκμηριωμένων και βέλτιστων πρακτικών. <https://www.americansentinel.edu/> [Πρόσβαση Οκτώβριος 2021].

προωθεί την ανταλλαγή δημιουργικών ιδεών και διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία με συναδέλφους. Από την πλευρά τους τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής μπορούν να υποστηρίξουν τους NM παρέχοντάς τους ευκαιρίες ώστε να συμβάλλουν στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων στον οργανισμό αναθέτοντάς τους συμμετοχή σε ανώτερες διοικητικές επιτροπές. Όταν οι NM αισθάνονται ότι έχουν αξία για τον οργανισμό, θα εμπνευσθούν και θα επηρεάσουν θετικά το προσωπικό ώστε και αυτό με τη σειρά του, να συμμετάσχει στην επίτευξη των εργασιακών στόχων (Patrick & Laschinger, 2006).

Η ενδυνάμωση, όπως γίνεται αντιληπτή από τους NM είναι ζωτικής σημασίας για την άσκηση των διοικητικών καθηκόντων και την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού της πρώτης γραμμής. Η ανώτερη νοσηλευτική διοίκηση χρειάζεται να κατανοήσει τη σημασία μιας ενδυναμωμένης μέσης διοίκησης, ώστε η αυτή να μπορέσει να διευκολύνει την παροχή ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς (Regan & Rodriguez, 2012). Εξάλλου, οι εργαζόμενοι ανταποκρίνονται θετικά σε ενδυναμωμένα περιβάλλοντα εργασίας, με αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους και την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων αφού η ποιοτική φροντίδα των ασθενών εξαρτάται από ένα ενδυναμωμένο νοσηλευτικό δυναμικό που παρέχει φροντίδα σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα (Laschinger et al., 2009).

Γενικά, ο ρόλος των NM είναι απαραίτητος, περίπλοκος και απαιτεί ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων και γνώσεων διοίκησης. Οι NM διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς, καθώς διαχειρίζονται το σχετικό κόστος και τους απαιτούμενους πόρους. Η ικανότητα και οι δεξιότητες τους επηρεάζουν κάθε πτυχή της φροντίδας του ασθενούς όπως και την ευεξία του προσωπικού, καθώς είναι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος εργασίας στο οποίο οι κλινικοί νοσηλευτές θα είναι σε θέση να προσφέρουν υψηλής ποιότητας ολιστική φροντίδα (McSherry et al., 2012).

Επιπρόσθετα, οι NM που διαθέτουν ικανότητες να οδηγούν στην αλλαγή μπορούν να επηρεάσουν σε υψηλότερο βαθμό τα αποτελέσματα της ποιότητας και ασφάλειας για τους ασθενείς και όσοι από αυτούς έχουν αυξημένη αυτεπάρκεια είναι πιο αποτελεσματικοί στη διαχείριση της αλλαγής (Doering, 2017).

Σημαντικότητα και χρησιμότητα της μελέτης

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στην Κύπρο αναδύουν προκλήσεις στα κρατικά νοσηλευτήρια για αντιμετώπιση των αυξανόμενων υγειονομικών αναγκών και απαιτήσεων των πολιτών. Ιδιαίτερα, σε σχέση με την εξέλιξη της τεχνολογίας και το αυξημένο κόστος περίθαλψης, οι προκλήσεις αυτές καθίστανται πιο απαιτητικές σε ό,τι αφορά στους εργαζόμενους. Σε συνδυασμό με τον περιορισμό των πόρων και την ανάγκη για βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας, την αύξηση των επιδόσεων, της ασφάλειας των ασθενών και της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών, τα ΜΔΣΝ καλούνται να διαδραματίσουν ένα δύσκολο έργο.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι κατά τις αντίστοιχες μεταρρυθμίσεις στον Καναδά, την πρώτη δεκαετία του 2000, υποτιμήθηκε η συνεισφορά και η προβολή της νοσηλευτικής ηγεσίας και διοίκησης οι αλλαγές είχαν οδηγήσει σε συνθήκες εργασίας που αποδυναμώσαν τα ΜΔΣΝ επηρεάζοντας την ικανότητά τους να δημιουργούν θετικά εργασιακά περιβάλλοντα, να καθοδηγούν δυναμικούς ηγέτες νοσηλευτές και να έχουν ικανοποίηση από τον ηγετικό τους ρόλο (Patrick & Laschinger, 2006) η μελέτη αυτή, με βάση τα δεδομένα της Κύπρου, φέρνει φως σε ένα τομέα που ενδεχομένως να αντιμετωπίσει παρόμοια φαινόμενα.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες το περιβάλλον επαγγελματικής πρακτικής καθίσταται πιο απαιτητικό. Σε συνδυασμό με την εστίαση στα οικονομικά αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας η συνεισφορά των ΜΔΣΝ σε ό,τι αφορά στην αύξηση της απόδοσης των νοσηλευτών για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών είναι σημαντική. Ωστόσο, τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα των ΜΔΣΝ που περιλαμβάνουν την πολυπλοκότητα των ευθυνών και αρμοδιοτήτων, την περιορισμένη πρόσβαση σε υλικούς, ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους καθιστούν το έργο τους ακόμα πιο δύσκολο. Επομένως, όσο περισσότερα ενισχυμένα (με ψηλή αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση και ισχύ) είναι τα ΜΔΣΝ τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες να επιτύχουν στο έργο τους, στην επίτευξη των οργανωσιακών στόχων και οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν την εργασία τους να είναι λιγότερες. Καθίσταται σαφές ότι η φυγή των νοσηλευτών μπορεί να διαταράξει την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου με αρνητικές επιπτώσεις στο υπόλοιπο προσωπικό και τους ασθενείς.

Συμπερασματικά, η οικοδόμηση ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος εξαρτάται και από τις δραστηριότητες των ΜΔΣΝ ειδικά σε ό,τι αφορά στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών και εισαγωγή καινοτόμων πρακτικών στον κλινικό χώρο. Επομένως, τα

ίδια τα ΜΔΣΝ χρειάζεται να αναζητήσουν περισσότερη πρόσβαση σε ευκαιρίες, πόρους, επαγγελματική υποστήριξη και πρόσβαση σε πληροφορίες.

Η παρούσα μελέτη *προτοτυπεί* ως προς το γεγονός ότι εξετάζει τρεις σημαντικούς παράγοντες (αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση και ισχύ) των ΜΔΣΝ σε συνδυασμό με την τάση φυγής τους. Αυτό την κάνει σημαντική για τη νοσηλευτική επιστήμη γιατί φέρνει στο φως δεδομένα που δεν έχουν καταγραφεί στο παρελθόν από άλλες μελέτες. Όπως προέκυψε από τη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν υπάρχει κάποια δημοσιευμένη έρευνα που συνδυάζει όλες τις πιο πάνω παραμέτρους σε νοσηλευτικό πληθυσμό μέσου επιπέδου διοίκησης. Εξίσου σημαντικό για την νοσηλευτική είναι επίσης το γεγονός ότι η μελέτη επιβεβαίωσε τη σχέση της αυτεπάρκειας μεταξύ ηλικίας και εργασιακής εμπειρίας καθώς και ότι αυτή συσχετίζεται τόσο με την ενδυνάμωση όσο και με την ισχύ. Επιπρόσθετα, σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση και την ισχύ ενδεχομένως να προσδιορίζονται: i) οι προθέσεις των ΜΔΣΝ αναφορικά με την παραμονή ή την φυγή, ii) ο βαθμός στον οποίο θα εμπλακούν σε επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού και iii) ο βαθμός αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας.

Η *σημαντικότητα* της μελέτης έγκειται πρώτιστα στο γεγονός ότι αφορά σε μια ιστορική περίοδο, την εφαρμογή του νέου συστήματος υγείας - με όλες τις αλλαγές, τα προβλήματα και τις προκλήσεις που συνεπάγεται μία μετάβαση από την απουσία συστήματος σε ένα δομημένο και διαφορετικά οργανωμένο σχήμα - στο οποίο τα κρατικά νοσηλευτήρια λειτουργούν κάτω από ένα εντελώς νέο καθεστώς. Επίσης, η έρευνα αποκτά ιδιαίτερη σημασία, αφού δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα από την Κύπρο.

Σε επίπεδο *θεσμικών φορέων και αρμόδιων αρχών* η δυνητική αξιοποίηση των αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει τόσο από το Υπουργείο Υγείας (Υ.Υ) όσο και από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ) καθώς και από άλλους οργανισμούς (π.χ ασφαλιστικοί οργανισμοί).

Τα αποτελέσματα δυνατό να είναι χρήσιμα και για τους ιδιωτικούς παροχείς υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας, όπως τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, με σκοπό την αύξηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών που προΐστανται τμημάτων.

Σε επίπεδο *νοσηλευτηρίων* τα αποτελέσματα μπορεί να αξιοποιηθούν από τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων στη λήψη αποφάσεων σε ό,τι αφορά στους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των ΜΔΣΝ, όπως η αυτεπάρκεια η ενδυνάμωση

και η ισχύς, παρέχοντας σε αυτά περισσότερη πρόσβαση σε πληροφορίες, υποστήριξη, ευκαιρίες και πόρους. Επιπρόσθετα, η υιοθέτηση από τις διοικήσεις των νοσηλευτηρίων, πρακτικών συγκράτησης και διατήρησης μέσα από τη δημιουργία θετικών συνθηκών εργασίας και συνθήκων ενδυνάμωσης των ΜΔΣΝ ενδεχομένως να συμβάλει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της μείωσης της δυσαρέσκειας και της πρόθεσης φυγής.

Σε επίπεδο διοίκησης οργανισμού τα αποτελέσματα μπορεί να τύχουν αξιοποίησης από τον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ). Ειδικά σε σχέση με το νέο καθεστώς οικονομικής και διοικητικής αυτονομίας των κρατικών νοσηλευτηρίων η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας αναμένεται να συνδράμει στις προσπάθειες που καταβάλλονται για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σημαντικότητα της αυτεπάρκειας και της ενδυνάμωσης των ΜΔΣΝ, οι όποιες προσπάθειες για βελτιώσεις στο διοικητικό και διαχειριστικό τομέα των κρατικών νοσηλευτηρίων θα κριθούν και από το βαθμό που θα τους επιτραπεί να εμπλακούν ειδικά σε ό,τι αφορά στη συμμετοχή τους στον προγραμματισμό, στην οργάνωση, στη διοίκηση και στον έλεγχο της παρεχόμενης φροντίδας.

Η συμμετοχή των ΜΔΣΝ στη λήψη αποφάσεων σε ό,τι έχει σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή άλλες που ενδεχομένως να αναπτυχθούν, η αξιοποίηση τους σε διεπιστημονικές ομάδες και επιτροπές του οργανισμού, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και τη μείωση του κόστους, αποτελούν σημαντικά στοιχεία που ενδεχομένως να χρειαστεί να εξεταστούν στα πλαίσια του βαθμού αυτεπάρκειας τους και την πρόσβασή τους στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση.

Καταληκτικά, η διοίκηση του δημόσιου νοσηλευτηρίου θα ωφεληθεί από μια συστηματική προσέγγιση, με ενδελεχή ανάλυση και επεξεργασία των συστατικών στοιχείων της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης, της ισχύος καθώς και της τάσης φυγής των ΜΔΣΝ όπως αυτά έχουν αποτυπωθεί στην παρούσα έρευνα. Μια τέτοια προσέγγιση θα επιτρέψει το συγκερασμό καλών πρακτικών που θα ακολουθήσει προς βελτίωση της ασκούμενης διοίκησης.

Σημειώνεται ότι, εξ' όσων ο συγγραφέας γνωρίζει, δεν έχει προηγηθεί παρόμοια μελέτη στην Κύπρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το θεωρητικό πλαίσιο αυτής της μελέτης βασίζεται κυρίως στο ερευνητικό και συγγραφικό έργο του Albert Bandura, της Rosabeth Moss Kanter, της Heather Laschinger, της Gretchen Spreitzer και άλλων ερευνητών που συνέβαλαν στην ανάπτυξη θεωριών, μοντέλων και πρακτικών για θεμελίωση και ενίσχυση της γνώσης στα θέματα που εξετάζει η παρούσα μελέτη.

2.1 ΑΥΤΕΠΑΡΚΕΙΑ

2.1.1 Ορισμός

Ο αγγλικός όρος *self-efficacy*, μεταφράστηκε σε ελληνικά συγγράμματα και μελέτες και αποδόθηκε με τον όρο *αυτεπάρκεια* ή με τον όρο *αυτοαποτελεσματικότητα*. Ωστόσο, οι ορισμοί των λέξεων αυτών δεν αποδίδονται σε ελληνικά λεξικά. Ο Bandura έχει ορίσει την αυτεπάρκεια ως: *την υποκειμενική κρίση του ατόμου σε ό,τι αφορά στην ικανότητά του να ακολουθήσει μια σειρά ενεργειών που θα αποδειχθεί αποτελεσματική σε μια συγκεκριμένη κατάσταση* (Pervin & John, 2001).

Στην παρούσα εργασία κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί ο όρος αυτεπάρκεια ο οποίος αντλήθηκε από την μετάφραση του βιβλίου των Pervin & John: *Personality, Theory and Research* (2001) από τους Αλεξανδροπούλου & Δασκαλοπούλου.

2.1.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

Μέσα από την κοινωνικογνωστική θεωρία και την εργασία του Bandura (1977), γεννήθηκε η θεωρία της αυτεπάρκειας η οποία ερμηνεύεται από το τρίπτυχο άτομο-συμπεριφορά-περιβάλλον. Η θεωρία παρέχει μια σαφή ερμηνεία της αυτεπάρκειας ως *την πεποίθηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να οργανώσει και να εκτελέσει μια σειρά δράσεων* (να επιτελέσει δηλαδή με επιτυχία ένα συγκεκριμένο έργο). Πολύ σημαντική, σε σχέση με την αυτεπάρκεια, είναι η εικασία ότι τα άτομα μπορούν να επηρεάσουν τις δράσεις τους. Ως εκ τούτου, η εισαγωγή, από τον Bandura της έννοιας της αυτεπάρκειας είναι πολύ σημαντική για την επίτευξη κάποιου στόχου. Μέσα από την παρατήρηση των άλλων, το άτομο αναπτύσσει γνωστικές προσδοκίες όσον αφορά στην

πιθανή δική του επίδοση σε κάποιες μελλοντικές συμπεριφορές και με αυτό τον τρόπο οδηγείται σε αυτορρύθμιση⁴ της συμπεριφοράς του.

Η αυτεπάρκεια αποτελεί βασικό στοιχείο και έχει σημασία στην ακαδημαϊκή υποκίνηση αφού οι πεποιθήσεις αυτεπάρκειας έχουν δείξει συγκλίνουσα ισχύ στην επίδραση βασικών δεικτών ακαδημαϊκού κινήτρου όπως η επιλογή των δραστηριοτήτων, το επίπεδο προσπάθειας, η επιμονή και οι συναισθηματικές αντιδράσεις (Zimmerman, 2000). Η αυτεπάρκεια χαρακτηρίζει μια βασική πεποίθηση που είναι εγγενής σε όλα τα άτομα και αναφέρεται στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου ότι μπορεί να τα καταφέρει, δηλαδή ότι έχει αληθινή εμπιστοσύνη και πίστη στις ικανότητές του (Pervin & John, 2001).

Σύμφωνα με την Παπαδοπούλου (2010), η αυτεπάρκεια είναι σημαντική γιατί τα άτομα τείνουν να επιλέγουν και να αναλαμβάνουν δραστηριότητες για τις οποίες αισθάνονται ικανοί ότι θα ανταπεξέλθουν και αποφεύγουν άλλες για τις οποίες πιστεύουν ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν. Οι πεποιθήσεις των ανθρώπων για την αυτεπάρκεια τους αποτελούν βάση για την υποκίνηση, την ευημερία και την προσωπική ολοκλήρωση. Οι πεποιθήσεις για την αυτεπάρκεια βοηθούν επίσης στον καθορισμό: α) του μεγέθους της προσπάθειας που θα καταβάλουν για την εκτέλεση μιας δραστηριότητας, β) του χρονικού διαστήματος που θα επιμείνουν όταν θα έχουν να αντιμετωπίσουν εμπόδια και δυσκολίες και γ) κατά πόσο θα είναι ευπροσάρμοστοι σε αντίξοες καταστάσεις.

Οι πεποιθήσεις του ατόμου για τον εαυτό του διευκολύνουν στην ερμηνεία των δεξιοτήτων και στην οργάνωση της δράσης του, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται άμεσα η επίδοσή του στην εκτέλεση δραστηριοτήτων. Επίσης, οι αντιλήψεις των ατόμων αποτελούν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης του βαθμού στον οποίο το άτομο θα εμπλακεί σε μια κατάσταση, καθώς και της προσκόλλησης του στον στόχο και αντιμετώπιση των δυσκολιών στην εκτέλεση μιας δραστηριότητας (Bandura, 2009).

Οι πεποιθήσεις αυτεπάρκειας αξιοποιούν τρεις διαστάσεις: (i) *το επίπεδο ή το μέγεθος* (το επίπεδο δυσκολίας των εργασιών), (ii) *την ισχύ* (η βεβαιότητα επιτυχίας ενός συγκεκριμένου επιπέδου δυσκολίας) και (iii) *τη γενικότητα* (ο βαθμός στον οποίο οι πεποιθήσεις μεγέθους και ισχύος γενικεύουν μεταξύ των καθηκόντων και των καταστάσεων) (Zhou, 2015).

⁴ Αυτορρύθμιση (Self-Regulation): Η άσκηση επιρροής πάνω στα δικά του κίνητρα, τις διαδικασίες σκέψης, τις συναισθηματικές καταστάσεις και τα πρότυπα συμπεριφοράς (Bandura, 1994).

Ο Bandura υποστηρίζει ότι ενώ η αυτοπεποίθηση είναι ένα γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που σχετίζεται με το πώς οι άνθρωποι δρουν στις περισσότερες καταστάσεις, η αυτεπάρκεια αφορά συγκεκριμένα καθήκοντα. Ως αποτέλεσμα, οι άνθρωποι μπορούν ταυτόχρονα να έχουν υψηλή αυτεπάρκεια για ορισμένα καθήκοντα και χαμηλή για κάποια άλλα. Για παράδειγμα, ένας μάνατζερ μπορεί να έχει υψηλή αυτεπάρκεια για τις τεχνικές πτυχές του ρόλου του, αλλά να έχει χαμηλή αυτεπάρκεια για άλλες πτυχές όπως η αντιμετώπιση προβλημάτων σε σχέση με την απόδοση του προσωπικού. Ωστόσο, οι γνώσεις, οι μετασχηματιστικές λειτουργίες και οι δεξιότητες είναι απαραίτητες αλλά όχι αρκετές για επιτυχημένες επιδόσεις. Οι άνθρωποι, συχνά δεν συμπεριφέρονται άριστα, παρόλο που γνωρίζουν καλά τι πρέπει να κάνουν. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αυτό-αναφερόμενη σκέψη (self-referent) μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ γνώσης και δράσης (Bandura, 1982).

Ο Bandura υποστήριξε επίσης ότι οι εργαζόμενοι που πιστεύουν στην ικανότητά τους να επιτελούν δεόντως τις εργασίες είναι καλύτεροι. Επειδή η «πίστη στην ικανότητα» δεν είναι η ίδια με την «ικανότητα» ως τέτοια, οι μάνατζερ θα πρέπει να επιδιώξουν ταυτόχρονα δύο πράγματα: τη διευκόλυνση της ανάπτυξης των ικανοτήτων των εργαζομένων και τη δημιουργία ενός εργατικού δυναμικού με αυτοπεποίθηση (Dewettinck et al., 2003).

Οι εργαζόμενοι πρέπει να πιστεύουν ότι μπορούν να επιτύχουν στόχους, ακόμη και αν γνωρίζουν ότι θα είναι δύσκολη η επίτευξη τους. Η συμμετοχή των εργαζομένων στη διαδικασία και τον καθορισμό ενός εύλογου αριθμού στόχων (π.χ. τριών έως επτά στόχων) μπορεί να αυξήσει την αυτεπάρκειά τους, δηλαδή την πεποίθησή τους ότι οι στόχοι είναι εφικτοί (Rotundo, 2009). Επιπρόσθετα, το άτομο, αφού συσχετίσει τις εμπειρίες που έχει αποκομίσει, με τις προσωπικές του φιλοδοξίες και ανάγκες, θα διαμορφώσει με περισσότερη σαφήνεια τους στόχους και τις αξίες του, ενώ η συμπεριφορά του τείνει να ακολουθεί όλο και περισσότερο πρότυπα καθοριζόμενα από παράγοντες του περιβάλλοντός του (Χυτήρης, 2001).

Συμπερασματικά, η αυτεπάρκεια δεν αναφέρεται στο βαθμό που το άτομο είναι ικανό αντικειμενικά, αλλά στις υποκειμενικές προσωπικές πεποιθήσεις του για το αν διαθέτει τις απαραίτητες δεξιότητες να εκτελέσει μια εργασία κάτω από διάφορες συνθήκες, με βάση τις ικανότητές του. Η αυτεπάρκεια είναι πολύ καλύτερος προγνωστικός δείκτης για το πόσο αποτελεσματικά θα εκτελέσουν ένα συγκεκριμένο καθήκον οι άνθρωποι παρά το επίπεδο αυτοπεποίθησης ή αυτοεκτίμησης τους (Bandura, 1997).

Σημειώνεται ότι η θεωρία του Bandura έτυχε κριτικής από συναδέλφους του, οι οποίοι επικαλούνται μεταξύ άλλων επιχειρημάτων, το γεγονός ότι είναι δύσκολο να την καταλάβει κανείς (Vancouver, 2012).

Κατά τον Bandura (1994), οι πεποιθήσεις των ανθρώπων για την αποτελεσματικότητά τους μπορούν να αναπτυχθούν μέσω τεσσάρων κύριων πηγών επιρροής (προσωπικές εμπειρίες, κοινωνικά πρότυπα, κοινωνική πειθώ, σωματική και συναισθηματική κατάσταση).

Συγκεκριμένα:

1. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος δημιουργίας μιας ισχυρής αίσθησης αποτελεσματικότητας είναι μέσω προσωπικών εμπειριών. Οι επιτυχίες ενισχύουν την προσωπική αποτελεσματικότητα του ατόμου ενώ οι αποτυχίες την υπονομεύουν, ειδικά εάν παρουσιάζονται αποτυχίες πριν από την εδραίωση της αίσθησης της αποτελεσματικότητας.
2. Ο δεύτερος τρόπος για να δημιουργηθεί και να ενισχυθεί η πεποίθηση για την αποτελεσματικότητα είναι μέσω αντιπροσωπευτικών εμπειριών που παρέχονται από τα κοινωνικά μοντέλα. Βλέποντας όμοιους ανθρώπους να πετυχαίνουν με συνεχή προσπάθεια, αυξάνονται οι πεποιθήσεις των παρατηρητών, αφού και αυτοί κατέχουν τις ίδιες ικανότητες για να διαχειριστούν συγκρίσιμες δραστηριότητες για να πετύχουν. Αντίστοιχα, η παρατήρηση των αποτυχιών των άλλων, παρά την μεγάλη προσπάθεια, μειώνει τις εκτιμήσεις των παρατηρητών για την αποτελεσματικότητά τους και υπονομεύει τις προσπάθειές τους.
3. Η κοινωνική πειθώ είναι ένας τρίτος τρόπος ενίσχυσης των πεποιθήσεων των ανθρώπων ότι έχουν ό,τι χρειάζεται για να πετύχουν. Οι άνθρωποι που έχουν πεισθεί λεκτικά ότι διαθέτουν τις ικανότητες να κυριαρχήσουν σε συγκεκριμένες δραστηριότητες είναι πιθανό να αφιερώσουν μεγαλύτερη προσπάθεια και να τη διατηρήσουν, παρά όταν έχουν αμφιβολίες και αντιμετωπίζουν προσωπικές ελλείψεις και αδυναμίες όταν προκύψουν προβλήματα. Στο βαθμό που η ώθηση με πειθώ, στην αυτεπάρκεια, οδηγεί τους ανθρώπους να προσπαθήσουν αρκετά για να πετύχουν, τότε προάγεται η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η αίσθηση της προσωπικής αποτελεσματικότητας.
4. Οι άνθρωποι στηρίζονται επίσης, εν μέρει, στις σωματικές και συναισθηματικές τους καταστάσεις όταν κρίνουν τις ικανότητές τους. Ερμηνεύουν τις αγχωτικές αντιδράσεις και τις εντάσεις τους ως ένδειξη ευπάθειας σε κακή απόδοση. Σε δραστηριότητες που

περιλαμβάνουν αντοχή και σθένος, οι άνθρωποι κρίνουν την κόπωση και τους πόνους τους ως σημεία σωματικής αδυναμίας. Η διάθεση επηρεάζει επίσης τις εκτιμήσεις των ανθρώπων για την προσωπική τους αποτελεσματικότητα. Η θετική διάθεση αυξάνει την αυτεπάρκεια ενώ η απελπιστική διάθεση τη μειώνει. Ο τέταρτος τρόπος δημιουργίας ισχυρής αίσθησης αποτελεσματικότητας είναι να μειωθούν οι αγχωτικές αντιδράσεις των ανθρώπων και να μεταβληθούν οι αρνητικές συναισθηματικές τάσεις και οι παρερμηνείες των φυσικών τους καταστάσεων.

Η αυτεπάρκεια έχει κεντρικό ρόλο στις αιτιώδεις δομές επειδή επηρεάζει την ανθρώπινη λειτουργία, όχι μόνο άμεσα, αλλά και μέσω των επιπτώσεών της σε άλλες σημαντικές κατηγορίες καθοριστικών παραγόντων. Αυτοί οι καθοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τις φιλοδοξίες, τα κίνητρα και τα αντικίνητρα που βασίζονται στις προσδοκίες των αποτελεσμάτων και τα αντιληπτά εμπόδια και τις ευκαιρίες στα κοινωνικά συστήματα (Bandura, 2009). Η θεωρία της αυτεπάρκειας ωστόσο, υιοθετεί μια υπό όρους άποψη, σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις μιας αυξημένης αίσθησης προσωπικής αποτελεσματικότητας. Για παράδειγμα, η λειτουργική αξία της υψηλής αυτεπάρκειας διαφέρει στις προπαρασκευαστικές και τις λειτουργικές επιδόσεις (Bandura & Locke, 2003).

Υπάρχει επαρκής συνάφεια μεταξύ της αυτεπάρκειας και της δυνατότητας ελέγχου και για κάποιους ερευνητές οι έννοιες αυτές είναι ταυτόσημες (Κουλιεράκης, 2000). Αυτή η άποψη, στη θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς συνεπάγεται ότι τα μέτρα του αντιληπτού ελέγχου συμπεριφοράς πρέπει να περιέχουν στοιχεία που εκτιμούν την αυτεπάρκεια καθώς και τη δυνατότητα ελέγχου (Ajzen, 2002).

Η αυτεπάρκεια έχει μελετηθεί εκτενώς σε διάφορους τομείς, όπως η διασφάλιση της υγείας μέσω σωματικής δραστηριότητας, η συμπεριφορική θεραπεία, η επαγγελματική κατάρτιση, η απόδοση εργασίας και τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα (Zhou, 2015).

Σε ό,τι αφορά στους εκπαιδευόμενους, για την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων απαιτείται μέτρηση και αύξηση του κινήτρου του εκπαιδευομένου να αποκτήσει τις δεξιότητες της αυτοπεποίθησης και της αυτορρύθμισης (Salas & Stagl, 2009). Σε ό,τι αφορά στους εργαζόμενους, αυτοί χρειάζεται να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες και αυτεπάρκεια για να λειτουργούν στο επιθυμητό επίπεδο (Durham & Bartol, 2009).

Διεργασίες αυτεπάρκειας

Ο Bandura (1994, 1997), καταγράφει τέσσερις κύριες ψυχολογικές διεργασίες, μέσω των οποίων η αυτεπάρκεια επηρεάζει την ανθρώπινη λειτουργία. Αυτές είναι: (i) οι γνωστικές, (ii) οι διεργασίες κινήτρων, (iii) οι συναισθηματικές, και (iv) οι διεργασίες επιλογής.

Η αυτεπάρκεια συνδέεται με τη δράση του ατόμου, τον τρόπο σκέψης, και τον τρόπο που αισθάνεται. Οι πεποιθήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται, σκέφτονται, παρακινούνται και συμπεριφέρονται. Τέτοιες πεποιθήσεις παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα μέσω των προαναφερθέντων διεργασιών. Πιο κάτω περιγράφονται οι τέσσερις διεργασίες όπως διατυπώθηκαν από τον Bandura (1994).

A. Γνωστικές διεργασίες⁵

Τα περισσότερα μαθήματα για ανάληψη δράσης αρχικά οργανώνονται στη σκέψη. Οι πεποιθήσεις των ανθρώπων στην αποτελεσματικότητά τους διαμορφώνουν τους τύπους προληπτικών σεναρίων τα οποία καταρτίζουν και προετοιμάζουν. Μια σημαντική λειτουργία της σκέψης είναι να επιτρέπει στους ανθρώπους να προβλέπουν γεγονότα και να αναπτύσσουν τρόπους για να ελέγχουν αυτά που επηρεάζουν τη ζωή τους. Τέτοιες δεξιότητες απαιτούν αποτελεσματική γνωστική επεξεργασία πληροφοριών που περιέχει πολλές αμφισημίες και αβεβαιότητες. Εκείνοι που έχουν υψηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας, φαντάζονται σενάρια επιτυχίας ενώ εκείνοι που αμφισβητούν την αποτελεσματικότητά τους, φαντάζονται σενάρια αποτυχίας και ασχολούνται με τα πράγματα που μπορεί να πάνε στραβά. Είναι δύσκολη η επιτυχία όταν υπάρχει αυτοαμφισβήτηση.

Απαιτείται ισχυρή αίσθηση αποτελεσματικότητας για να παραμείνει κάποιος προσανατολισμένος στην εργασία, λόγω των πειστικών απαιτήσεων και των αποτυχιών που έχουν σημαντικές επιπτώσεις. Όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν καθήκοντα διαχείρισης δύσκολων περιβαλλοντικών απαιτήσεων υπό πειστικές συνθήκες και αμφισβητούν την αυτοπεποίθησή τους ως προς την αποτελεσματικότητά τους, γίνονται όλο και πιο ασταθείς στην αναλυτική τους σκέψη, μειώνουν τις προσδοκίες τους και επιδεινώνουν την ποιότητα των επιδόσεών τους. Αντίθετα, όσοι διατηρούν μια ανθεκτική

⁵ Γνωστικές διεργασίες (Cognitive Processes): Διαδικασίες σκέψης που εμπλέκονται στην απόκτηση, οργάνωση και χρήση πληροφοριών (Bandura, 1994).

αίσθηση αποτελεσματικότητας θέτουν τους στόχους τους και ασχολούνται με ορθή αναλυτική σκέψη που αποδίδει σε επιτεύγματα της επίδοσης τους.

B. Διεργασίες κινήτρων (παρακίνησης)⁶

Οι σύγχρονες θεωρίες παρακίνησης, ειδικά αυτές που αφορούν στην παρακίνηση για εργασία, έχουν συμβάλει κατά πολύ στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Χυτήρης, 2001).

Η αυτοπεποίθηση, σε σχέση με την αποτελεσματικότητα, διαδραματίζει βασικό ρόλο στην αυτορρύθμιση των κινήτρων. Τα περισσότερα ανθρώπινα κίνητρα δημιουργούνται γνωστικά. Οι άνθρωποι παρακινούνται και καθοδηγούν τις ενέργειές τους προκαταβολικά, με άσκηση της προκαταρκτικής σκέψης. Δημιουργούν πεποιθήσεις για το τι μπορούν να κάνουν. Προβλέπουν πιθανά αποτελέσματα μελλοντικών ενεργειών. Θέτουν στόχους για τον εαυτό τους και σχεδιάζουν μαθήματα δράσης για να συνειδητοποιήσουν τα πολύτιμα μελλοντικά οφέλη.

Υπάρχουν τρεις διαφορετικές μορφές γνωστικών κινήτρων γύρω από τις οποίες έχουν δημιουργηθεί διαφορετικές θεωρίες. Περιλαμβάνουν τα παραγωγικά αίτια⁷ (causal attributions), τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τους γνωστικούς στόχους (cognized goals). Οι αντίστοιχες θεωρίες είναι η θεωρία της απόδοσης, η θεωρία της προσδοκώμενης αξίας και η θεωρία των στόχων, αντίστοιχα.

Οι πεποιθήσεις αυτεπάρκειας λειτουργούν σε κάθε ένα από αυτά τα είδη των γνωστικών κινήτρων και συνεπώς επηρεάζουν τα παραγωγικά αίτια. Οι άνθρωποι που θεωρούν τους εαυτούς τους ως εξαιρετικά αποτελεσματικούς αποδίδουν τις αποτυχίες τους σε ανεπαρκή προσπάθεια. Όσοι θεωρούν τους εαυτούς τους ως ανεπαρκείς αποδίδουν τις αποτυχίες τους σε χαμηλή ικανότητα. Τα παραγωγικά αίτια επηρεάζουν τα κίνητρα, τις επιδόσεις και τις συναισθηματικές αντιδράσεις κυρίως, μέσω των πεποιθήσεων αυτεπάρκειας.

Στη θεωρία της προσδοκώμενης αξίας, το κίνητρο ρυθμίζεται από την προσδοκία ότι μια δεδομένη πορεία συμπεριφοράς θα παραγάγει συγκεκριμένα αποτελέσματα και την αξία αυτών των αποτελεσμάτων. Οι άνθρωποι δρουν για τις πεποιθήσεις τους, για το τι μπορούν να κάνουν, καθώς και για τις πεποιθήσεις για τα πιθανά αποτελέσματα της απόδοσης τους. Επομένως, η παρακινητική επίδραση των προσδοκώμενων

⁶ Παρακίνηση (motivation): Ενεργοποίηση προς δράση. Το επίπεδο κινήτρων αντικατοπτρίζεται στην επιλογή των τρόπων δράσης και στην ένταση και την επιμονή της προσπάθειας (Bandura, 1994).

⁷ Παραγωγικό αίτιο (causal attribution): Η γνωστική διεργασία που κατασκευάζει το άτομο προσπαθώντας να εξηγήσει γιατί του συνέβη ένα γεγονός (Κουλιεράκης, 2000, σελ.29).

αποτελεσμάτων καθοδηγείται εν μέρει από την αυτεπάρκεια. Υπάρχουν αμέτρητες ελκυστικές επιλογές τις οποίες οι άνθρωποι δεν επιδιώκουν επειδή κρίνουν ότι στερούνται δυνατοτήτων. Η προβλεψιμότητα της θεωρίας της προσδοκώμενης αξίας ενισχύεται με τη συμπερίληψη της επιρροής της αυτεπάρκειας.

Η παρακίνηση που βασίζεται στη ρύθμιση στόχων περιλαμβάνει μια γνωστική διαδικασία σύγκρισης. Οι άνθρωποι καθοδηγούν τη συμπεριφορά τους και δημιουργούν κίνητρα για να συνεχίσουν τις προσπάθειές τους μέχρι να εκπληρώσουν τους στόχους τους.

Όταν αντιμετωπίζουν εμπόδια και αποτυχίες οι άνθρωποι οι οποίοι αμφιβάλουν για τις ικανότητές τους, χαλαρώνουν τις προσπάθειές τους ή παραιτούνται γρήγορα. Εκείνοι που έχουν ισχυρή πίστη στις δυνατότητές τους ασκούν μεγαλύτερη προσπάθεια όταν αποτυγχάνουν ώστε να κατακτήσουν την πρόκληση. Η έντονη επιμονή συμβάλλει στην επίτευξη των επιδόσεων.

Γ. Συναισθηματικές διεργασίες⁸

Οι πεποιθήσεις των ανθρώπων, σε σχέση με τις δυνατότητές τους, επηρεάζουν το βαθμό του άγχους και της κατάθλιψης που αντιμετωπίζουν σε απειλητικές ή δύσκολες καταστάσεις, καθώς και το επίπεδο υποκίνησής τους. Η αυτεπάρκεια στην άσκηση ελέγχου των στρεσογόνων παραγόντων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο επίπεδο διέγερσης του άγχους.

Οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι μπορούν να ασκήσουν έλεγχο επί των απειλών δεν πλάθουν ενοχλητικά πρότυπα σκέψης. Ωστόσο, οι άνθρωποι που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν τις απειλές αντιμετωπίζουν ψηλό επίπεδο διέγερσης άγχους. Ασχολούνται με τις ελλείψεις που αντιμετωπίζουν και θεωρούν πολλές πτυχές του περιβάλλοντος τους ως γεμάτες με κίνδυνο. Μεγεθύνουν τη σοβαρότητα πιθανών απειλών και ανησυχούν για πράγματα που σπάνια συμβαίνουν. Μέσω τέτοιας ανεπαρκούς σκέψης αυτοτραυματίζονται και βλάπτουν το επίπεδο λειτουργίας τους. Ο αντιληπτός τρόπος αντιμετώπισης της αυτεπάρκειας ρυθμίζει τη συμπεριφορά αποφυγής καθώς και τη διέγερση άγχους. Όσο ισχυρότερη είναι η αυτεπάρκεια, τόσο οι πιο τολμηροί άνθρωποι αναλαμβάνουν τη αντιμετώπιση απειλητικών δραστηριοτήτων.

⁸ Συναισθηματικές διεργασίες (*Affective Processes*): Διαδικασίες που ρυθμίζουν τις συναισθηματικές καταστάσεις και την πρόκληση συναισθηματικών αντιδράσεων (Bandura, 1994).

Η διέγερση του άγχους δεν επηρεάζεται μόνο από τον αντιλαμβανόμενο μηχανισμό αντιμετώπισης της αποτελεσματικότητας αλλά και από την αυτεπάρκεια για έλεγχο των ενοχλητικών σκέψεων. Δεν είναι τόσο η τεράστια συχνότητα των ενοχλητικών σκέψεων, όσο η αντιλαμβανόμενη αδυναμία απενεργοποίησής τους, η κύρια πηγή δυσφορίας.

Δ. Διεργασίες επιλογής

Οι άνθρωποι είναι εν μέρει προϊόν του περιβάλλοντος τους. Ως εκ τούτου, οι πεποιθήσεις για τη προσωπική αποτελεσματικότητα μπορούν να διαμορφώσουν την πορεία της ζωής τους επηρεάζοντας τους τύπους των δραστηριοτήτων και του περιβάλλοντος που επιλέγουν. Επίσης, αποφεύγουν δραστηριότητες και καταστάσεις που πιστεύουν ότι υπερβαίνουν τις δυνατότητες αντιμετώπισης τους. Ωστόσο, αναλαμβάνουν εύκολα δραστηριότητες και επιλέγουν περιπτώσεις που κρίνουν ότι είναι ικανοί να διαχειριστούν. Με τις επιλογές που κάνουν οι άνθρωποι, καλλιεργούν διαφορετικές ικανότητες, συμφέροντα και κοινωνικά δίκτυα που καθορίζουν τη πορεία της ζωής τους. Οποιοσδήποτε παράγοντας που επηρεάζει τη συμπεριφορά επιλογής μπορεί να επηρεάσει βαθιά την κατεύθυνση της προσωπικής ανάπτυξης.

Η επιλογή και η εξέλιξη της καριέρας, είναι μόνο ένα παράδειγμα της δύναμης των πεποιθήσεων αυτεπάρκειας που επηρεάζουν την πορεία της ζωής μέσω διαδικασιών που σχετίζονται με την επιλογή. Οι επαγγελματικές δραστηριότητες αποτελούν ένα μεγάλο μέρος της ζωής των ανθρώπων και τους παρέχουν μια σημαντική πηγή προσωπικής ανάπτυξης.

Ανάπτυξη και άσκηση αυτεπάρκειας

Διάφορες περίοδοι της ζωής παρουσιάζουν ορισμένα είδη απαιτήσεων επάρκειας για επιτυχή λειτουργία. Υπάρχουν πολλές διαδρομές στη ζωή και σε κάθε δεδομένη χρονική περίοδο οι άνθρωποι διαφέρουν σημαντικά από το πόσο αποτελεσματικά διαχειρίζονται τη ζωή τους.

Ο Bandura (1994, 1997), προχώρησε σε ανάλυση των χαρακτηριστικών των αναπτυξιακών αλλαγών στη φύση και το πεδίο της αυτεπάρκειας κατά τη διάρκεια της ζωής από την περίοδο της γέννησης και εξελικτικά μέχρι την προχωρημένη ηλικία. Οι αναπτυξιακές αλλαγές αφορούν την επιρροή της οικογένειας, του σχολείου και γενικά όλων των κοινωνικών επιρροών κατά τη διάρκεια της ζωής.

Ακολουθεί μια σύντομη ανάλυση των χαρακτηριστικών αναπτυξιακών αλλαγών σε σχέση με την αυτεπάρκεια κατά τη διάρκεια της ζωής όπως περιγράφεται από τον Bandura (1994, 1997).

A. Προέλευση αίσθησης προσωπικής αυτεπάρκειας

Το νεογέννητο έρχεται χωρίς καμία αίσθηση εαυτού. Οι βιωματικές ερευνητικές εμπειρίες στις οποίες θεωρούν ότι παράγουν αποτελέσματα από τις δράσεις τους παρέχουν την αρχική βάση για την ανάπτυξη μιας αίσθησης αποτελεσματικότητας. Το κουνιστό κουδούνισμα δημιουργεί προβλέψιμους ήχους, δυνατές κλοτσιές και κραυγές που προσελκύουν τους ενήλικες. Παρατηρώντας επανειλημμένα τα περιβαλλοντικά αυτά γεγονότα τα βρέφη μαθαίνουν ότι οι δράσεις παράγουν αποτελέσματα. Δεδομένου ότι τα βρέφη αρχίζουν να ωριμάζουν, όσοι βρίσκονται γύρω τους, αναφέρονται σε αυτά και τα αντιμετωπίζουν ως ξεχωριστά άτομα. Με βάση τις αυξανόμενες προσωπικές και κοινωνικές εμπειρίες σχηματίζουν τελικά μια συμβολική εκπροσώπηση του εαυτού τους ως ξεχωριστού εαυτού.

Η ανάπτυξη της αίσθησης προσωπικής αυτεπάρκειας απαιτεί περισσότερα από την απλή παραγωγή αποτελεσμάτων μέσω δράσεων. Αυτές οι ενέργειες πρέπει να γίνονται αντιληπτές ως μέρος του εαυτού μας. Ο εαυτός διαφοροποιείται από τους άλλους μέσω διαφορετικών εμπειριών.

B. Οικογενειακές πηγές αυτεπάρκειας

Τα μικρά παιδιά πρέπει να αποκτήσουν αυτογνωσία για τις δυνατότητες τους αναφορικά με τη διεύρυνση των τομέων λειτουργίας τους. Πρέπει να αναπτύξουν, να αξιολογήσουν και να δοκιμάσουν τις φυσικές και τις κοινωνικές τους ικανότητες, τις γλωσσικές και γνωστικές δεξιότητές τους, για να κατανοήσουν και να διαχειριστούν τις πολλές καταστάσεις που συναντούν καθημερινά. Η ανάπτυξη των αισθητικοκινητικών δυνατοτήτων διευρύνει σημαντικά το εξερευνητικό περιβάλλον των βρεφών και τα μέσα για να ενεργήσουν επ' αυτού. Αυτές οι πρώιμες εξερευνητικές δραστηριότητες και δραστηριότητες παιχνιδιού, οι οποίες καταλαμβάνουν μεγάλο μέρος του χρόνου των παιδιών, παρέχουν ευκαιρίες για τη διεύρυνση του ρεπερτορίου των βασικών δεξιοτήτων και της αίσθησης αποτελεσματικότητας.

Η γονική ανταπόκριση αυξάνει τη νοητική ικανότητα και οι διευρυμένες ικανότητες των βρεφών προκαλούν μεγαλύτερη γονική ανταπόκριση με αμφίδρομη επιρροή. Η ανάπτυξη της γλώσσας παρέχει στα παιδιά τα συμβολικά μέσα για να προβληματιστούν για τις εμπειρίες τους και για το τι λένε οι άλλοι για τις δυνατότητές τους και ως εκ τούτου, για να επεκτείνουν την αυτογνωσία τους σε σχέση με το τι μπορούν και τι δεν μπορούν να κάνουν.

Καθώς ο κοινωνικός κόσμος του αναπτυσσόμενου παιδιού επεκτείνεται γρήγορα, οι συνομήλικοι γίνονται ολοένα και πιο σημαντικοί στην ανάπτυξη της αυτογνωσίας των παιδιών σε σχέση με τις ικανότητές τους. Στο πλαίσιο των σχέσεων μεταξύ των γνωστών η κοινωνική σύγκριση έρχεται έντονα στο παιχνίδι. Στην αρχή, οι πλησιέστεροι συνομήλικοι προς σύγκριση είναι τα αδέρφια. Τα νεαρά αδέρφια βρίσκονται σε δυσμενή θέση να κρίνουν τις ικανότητές τους σε σχέση με τα μεγαλύτερα αδέρφια που μπορεί να έχουν προχωρήσει αρκετά χρόνια στην ανάπτυξή τους.

Γ. Διεύρυνση της αυτεπάρκειας μέσω επιρροών από συμμαθητές

Οι συμμαθητές εξυπηρετούν αρκετές σημαντικές λειτουργίες αποτελεσματικότητας. Εκείνοι που είναι πιο έμπειροι και ικανοί παρέχουν μοντέλα αποτελεσματικών μορφών σκέψης και συμπεριφοράς. Ένας τεράστιος όγκος κοινωνικής μάθησης εμφανίζεται μεταξύ των συμμαθητών. Επομένως, τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα, στη σχετική τους θέση μεταξύ των συνομηλίκων, σε δραστηριότητες που καθορίζουν κύρος και δημοτικότητα.

Τα παιδιά τείνουν να επιλέγουν συνομηλίκους που μοιράζονται ανάλογα ενδιαφέροντα και αξίες. Η επιλεκτική σύνδεση προωθεί την αυτεπάρκεια σε κατευθύνσεις αμοιβαίου ενδιαφέροντος, αφήνοντας κατά μέρος άλλες υποανάπτυκτες δυνατότητες. Επειδή οι συμμαθητές χρησιμεύουν ως σημαντική επιρροή στην ανάπτυξη και στην επικύρωση της αυτεπάρκειας, οι διαταραγμένες ή φτωχές σχέσεις συμμαθητών μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς την ανάπτυξη της προσωπικής αποτελεσματικότητας. Η χαμηλή αίσθηση της κοινωνικής αποτελεσματικότητας μπορεί με τη σειρά της να δημιουργήσει εσωτερικά εμπόδια σε ευνοϊκές σχέσεις συμμαθητών.

Έτσι, τα παιδιά που θεωρούν τους εαυτούς τους ως κοινωνικά ανεπαρκή αποσύρονται κοινωνικά, αντιλαμβάνονται χαμηλή αποδοχή από τους συνομηλίκους τους και έχουν χαμηλή αίσθηση αυτοπεποίθησης. Υπάρχουν κάποιες μορφές συμπεριφοράς όπου η υψηλή αυτεπάρκεια μπορεί να είναι κοινωνικά αποξενωτική και όχι κοινωνική. Για παράδειγμα, τα παιδιά που προσφεύγουν εύκολα στην επιθετικότητα αντιλαμβάνονται ότι είναι πολύ αποτελεσματικά για να πάρουν τα πράγματα που θέλουν με επιθετικά μέσα.

Δ. Το σχολείο ως οργανισμός για την καλλιέργεια αυτεπάρκειας

Κατά τη διάρκεια της κρίσιμης διαμόρφωσης της ζωής των παιδιών, το σχολείο λειτουργεί ως το κύριο περιβάλλον για την καλλιέργεια και την κοινωνική επικύρωση των γνωστικών ικανοτήτων. Το σχολείο είναι ο τόπος όπου τα παιδιά αναπτύσσουν τις

γνωστικές ικανότητες και αποκτούν τις γνώσεις και τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων που είναι απαραίτητες για να συμμετέχουν αποτελεσματικά στην ευρύτερη κοινωνία. Εδώ οι γνώσεις και οι δεξιότητες σκέψης ελέγχονται συνεχώς, αξιολογούνται και συγκρίνονται κοινωνικά.

Καθώς τα παιδιά κατέχουν τις γνωστικές δεξιότητες, αναπτύσσουν μια αυξανόμενη αίσθηση διανοητικής αποτελεσματικότητας. Πολλοί κοινωνικοί παράγοντες, εκτός από την επίσημη εκπαίδευση επηρεάζουν τις αποφάσεις των παιδιών για τη διανοητική τους αποτελεσματικότητα.

Το καθήκον της δημιουργίας μαθησιακού περιβάλλοντός που ευνοεί την ανάπτυξη των γνωστικών δεξιοτήτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ταλέντο και την αυτεπάρκεια των εκπαιδευτικών. Εκείνοι που έχουν υψηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας σχετικά με τις ικανότητες διδασκαλίας τους μπορούν να παρακινήσουν τους μαθητές τους και να ενισχύσουν τη γνωστική τους ανάπτυξη.

E. Ανάπτυξη της αυτεπάρκειας στην εφηβεία

Καθώς οι έφηβοι πλησιάζουν τις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής, πρέπει να μάθουν να αναλαμβάνουν την πλήρη ευθύνη για τον εαυτό τους σχεδόν σε κάθε διάσταση της ζωής. Αυτό απαιτεί τον έλεγχο πολλών νέων δεξιοτήτων και των τρόπων της κοινωνίας των ενηλίκων. Η εκμάθηση του τρόπου αντιμετώπισης των εφηβικών αλλαγών, των τρόπων συναισθηματικής δέσμευσης και της σεξουαλικότητας γίνονται θέματα μεγάλης σημασίας. Αυτοί είναι μόνο μερικοί από τους τομείς στους οποίους πρέπει να αναπτυχθούν νέες ικανότητες και αυτοπεποίθηση ως προς την αποτελεσματικότητα.

Οι έφηβοι διευρύνουν και ενισχύουν την αίσθηση της αποτελεσματικότητάς τους, μαθαίνοντας πώς να αντιμετωπίζουν επιτυχώς τα δυναμικά ενοχλητικά θέματα καθώς και με επωφελή γεγονότα της ζωής. Το αν οι έφηβοι προβλέπουν επικίνδυνες δραστηριότητες ή αν εγκλωβίζονται χρόνια σε αυτές καθορίζεται από την αλληλεπίδραση των προσωπικών ικανοτήτων, την αυτοδιαχείριση της αποτελεσματικότητας και τις επικρατούσες επιρροές στη ζωή τους.

Αν και καμία περίοδος της ζωής δεν είναι απαλλαγμένη από προβλήματα, οι περισσότεροι έφηβοι διαπραγματεύονται τις σημαντικές μεταβάσεις αυτής της περιόδου χωρίς αδικαιολόγητες διαταραχές ή διαφωνίες. Ωστόσο, οι νέοι που εισέρχονται στην εφηβεία με μια αναπηρία αίσθησης ανεπάρκειας μεταφέρουν την ευαισθησία τους σε αγωνία και αδυναμία στις νέες περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Η ευκολία με την οποία γίνεται η μετάβαση από την παιδική ηλικία στις απαιτήσεις της ενήλικης ζωής εξαρτάται

από τη δύναμη της προσωπικής αποτελεσματικότητας που δημιουργήθηκε μέσω προηγούμενων εμπειριών.

ΣΤ. Αυτεπάρκεια κατά την ενηλικίωση

Η ενηλικίωση είναι μια περίοδος κατά την οποία οι άνθρωποι πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν πολλές νέες απαιτήσεις που προκύπτουν από συνεχείς συνεργασίες, συζυγικές και γονικές σχέσεις καθώς και επαγγελματικές σταδιοδρομίες. Μια σταθερή αίσθηση αυτεπάρκειας είναι ένας σημαντικός συντελεστής στην επίτευξη περαιτέρω ικανοτήτων και επιτυχίας κατά την ενηλικίωση. Εκείνοι που εισέρχονται στην ενηλικίωση ελάχιστα εξοπλισμένοι με δεξιότητες και μαστίζονται από αμφιβολίες βρίσκουν πολλές πτυχές της ενήλικης ζωής τους αγχωτικές και καταθλιπτικές. Η έναρξη παραγωγικής επαγγελματικής σταδιοδρομίας αποτελεί μια σημαντική μεταβατική πρόκληση στην πρώιμη ενηλικίωση.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους η αυτεπάρκεια συμβάλλει στην εξέλιξη της σταδιοδρομίας και στην επιτυχία στις επαγγελματικές επιδιώξεις. Οι ψυχοκοινωνικές δεξιότητες συμβάλλουν περισσότερο στην επιτυχία της σταδιοδρομίας από ότι οι επαγγελματικές τεχνικές δεξιότητες. Η ανάπτυξη ικανοτήτων αντιμετώπισης και δεξιοτήτων στη διαχείριση των κινήτρων, των συναισθηματικών καταστάσεων και των διαδικασιών σκέψης αυξάνει την αντιληπτή αυτορρυθμιζόμενη αποτελεσματικότητα.

Η μετάβαση στο ρόλο γονέα οδηγεί ξαφνικά τους νεαρούς ενήλικες στον εκτεταμένο ρόλο τόσο του γονέα όσο και του συζύγου. Τώρα δεν πρέπει μόνο να αντιμετωπίσουν τις συνεχώς μεταβαλλόμενες προκλήσεις της ανατροφής των παιδιών αλλά και να διαχειριστούν αλληλεξαρτώμενες σχέσεις εντός ενός οικογενειακού συστήματος με κοινωνικούς δεσμούς και με πολλά έξω-οικογενειακά κοινωνικά συστήματα, συμπεριλαμβανομένων των εκπαιδευτικών, ψυχαγωγικών και ιατρικών.

Υπάρχει αυξανόμενος αριθμός μητέρων που εντάσσεται στο εργατικό δυναμικό είτε με οικονομική αναγκαιότητα είτε με προσωπική προτίμηση. Ο συνδυασμός της οικογένειας και της καριέρας έχει γίνει πλέον το κανονιστικό πρότυπο. Οι γυναίκες που έχουν μια ισχυρή αίσθηση αποτελεσματικότητας να διαχειριστούν τις πολλαπλές απαιτήσεις της οικογένειας και της εργασίας και έχουν τη βοήθεια των συζύγων τους στην παιδική φροντίδα, έχουν μια θετική αίσθηση ευημερίας. Όμως, όσες έχουν αμφιβολίες για την ικανότητά τους να συνδυάζουν τους διπλούς ρόλους, υποφέρουν από σωματική και συναισθηματική πίεση.

Στη μέση ηλικία, οι άνθρωποι εγκαθίστανται σε καθιερωμένες ρουτίνες που σταθεροποιούν την αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητάς στους κύριους τομείς λειτουργίας. Ωστόσο, η σταθερότητα είναι επισφαλής, επειδή η ζωή δεν παραμένει στατική. Οι ταχείες τεχνολογικές και κοινωνικές αλλαγές απαιτούν συνεχώς προσαρμογές με αναγκαιότητα αυτοαναγνώρισης των ικανοτήτων. Στα επαγγέλματά τους, οι μεσήλικες βρίσκονται υπό πίεση από νεαρούς αμφισβητίες. Οι καταστάσεις στις οποίες οι άνθρωποι πρέπει να ανταγωνίζονται για προαγωγές, καθεστώς και ακόμη και για ίδιο έργο, επιβάλλουν διαρκείς αυτοεκτιμήσεις των δυνατοτήτων μέσω κοινωνικής σύγκρισης με τους νεότερους ανταγωνιστές.

Z. Επαναξιολόγηση της αυτεπάρκειας στην προχωρημένη ηλικία

Τα ζητήματα αυτεπάρκειας των ηλικιωμένων επικεντρώνονται στις επανεκτιμήσεις και τις κακές εκτιμήσεις των δυνατοτήτων τους. Οι βιολογικές αντιλήψεις της γήρανσης επικεντρώνονται εκτενώς στις φθίνουσες ικανότητες. Πολλές φυσικές ικανότητες μειώνονται καθώς οι άνθρωποι γερνούν και συνεπώς απαιτούν επανεκτιμήσεις της αυτεπάρκειας για δραστηριότητες στις οποίες έχουν επηρεαστεί σημαντικά οι βιολογικές λειτουργίες. Ωστόσο, τα κέρδη στις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εμπειρογνωμοσύνη αντισταθμίζουν κάποια απώλεια της φυσικής ικανότητας.

Όταν οι ηλικιωμένοι διδάσκονται να χρησιμοποιούν τις διανοητικές ικανότητές τους, η βελτίωση της γνωστικής τους λειτουργίας υπερβαίνει τη μέση μείωση των επιδόσεων σε διάστημα δύο δεκαετιών. Με τον επηρεασμό του επιπέδου συμμετοχής σε δραστηριότητες, η αυτεπάρκεια μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της κοινωνικής, σωματικής και πνευματικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια της ζωής των ενηλίκων. Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να κρίνουν τις αλλαγές στις πνευματικές ικανότητές τους σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά την απόδοση της μνήμης τους. Εκείνοι που θεωρούν τη μνήμη ως μια βιολογικά συρρικνούμενη ικανότητα με τη γήρανση έχουν χαμηλή πίστη στις ικανότητες μνήμης τους και καταβάλλουν λίγη προσπάθεια για να θυμούνται τα πράγματα. Οι ηλικιωμένοι που έχουν μεγαλύτερη αίσθηση της αποτελεσματικότητας της μνήμης ασκούν μεγαλύτερη γνωστική προσπάθεια για να βοηθήσουν την ανάκληση τους και κατά συνέπεια, να επιτύχουν καλύτερη μνήμη.

Η αντιλαμβανόμενη γνωστική αναποτελεσματικότητα συνοδεύεται από μειωμένες πνευματικές επιδόσεις. Σημαντικές αλλαγές στη ζωή τα επόμενα χρόνια προκαλούνται από τη συνταξιοδότηση, τη μετεγκατάσταση και την απώλεια φίλων ή συζύγων. Τέτοιες αλλαγές θέτουν απαιτήσεις στις διαπροσωπικές δεξιότητες για την καλλιέργεια νέων

κοινωνικών σχέσεων που μπορούν να συμβάλουν στη θετική λειτουργία και την προσωπική ευημερία. Η αντιληπτή κοινωνική αναποτελεσματικότητα αυξάνει την ευαισθησία του ηλικιωμένου ατόμου στο άγχος και την κατάθλιψη, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, εμποδίζοντας την ανάπτυξη κοινωνικών υποστηρίξεων, οι οποίες χρησιμεύουν ως μέσο αποκατάστασης κατά των πιστικών υποχρεώσεων της ζωής.

Απαιτείται μια ισχυρή αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητας για αναμόρφωση και διατήρηση μιας παραγωγικής ζωής σε πολιτισμούς που οδηγούν τους ηλικιωμένους σε αδύναμους ρόλους χωρίς σκοπό. Στις κοινωνίες που δίνεται έμφαση στις δυνατότητες αυτοανάπτυξης καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, αντί της ψυχοφυσικής παρακμής με τη γήρανση, οι ηλικιωμένοι τείνουν να οδηγούνται σε παραγωγικές και ζωές με νόημα.

2.1.3. Ερευνητικά δεδομένα

Η αυτεπάρκεια έχει μελετηθεί εκτενώς στη νοσηλευτική σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ασθενή και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας τους (Lenz & Shortridge, 2002). Οι νοσηλευτές με υψηλή αυτεπάρκεια είναι περισσότερο δεσμευμένοι στη διεπαγγελματική συνεργασία (Costanzo et al., 2019). Επιπρόσθετα, η αυτεπάρκεια, μαζί με άλλους παράγοντες όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η εργασιακή δέσμευση και οι πρακτικές ικανότητες είναι αλληλένδετες και συσχετίζονται αρνητικά με την πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας (De Simone et al., 2018), ωστόσο, υπάρχει ελάχιστη έρευνα σχετικά με την αυτεπάρκεια των ΝΜ (Van Dyk, et al., 2016).

Η αυτεπάρκεια, όπως τεκμηριώνεται από τη σχετική βιβλιογραφία, είναι σημαντική και συνδέεται με την ανάπτυξη επαγγελματικής αυτοπεποίθησης (Van Dyk et al., 2016) την ακαδημαϊκή πρόοδο (Winslow et al., 2014) και την εξέλιξη της σταδιοδρομίας (Cziraki et al., 2018). Όλα αυτά χρησιμεύουν στην ενίσχυση της ανάπτυξης νοσηλευτικής ηγεσίας (Murphy et al., 2016) και στη διαμόρφωση και διεύρυνση της αυτεπάρκειας (Hao et al., 2018). Η ενδυνάμωση των σχεσιακών στιλ ηγεσίας χρησιμεύει στην προώθηση της αυτεπάρκειας. Αντιστρόφως, τα στιλ ηγεσίας και ελέγχου του μικρό-μάνατζμεντ εμποδίζουν την αυτεπάρκεια επηρεάζοντας αρνητικά την υποκίνηση, τη συμπεριφορά και την απόδοση (Jacobs, 2019; Leitch, 2016) ωστόσο τα προγράμματα βελτίωσης της αυτεπάρκειας μπορούν να ενισχύσουν τη νοσηλευτική ηγεσία (Kim & Kim, 2019).

Η σχετική μελέτη των Tyler et al. (2012), διαπιστώνοντας ότι δεν υπάρχει βιβλιογραφία που να εξετάζει το συνδυασμό των μεταβλητών κλινικής επάρκειας, αυτεπάρκειας, και

ικανοποίησης από την εργασία, διερεύνησε την αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την κλινική επάρκεια, την αυτεπάρκεια και την ικανοποίηση τους από την εργασία με σκοπό να προσδιοριστούν ζητήματα νοσηλευτικής επαγγελματικής ανάπτυξης, έτσι που τα δεδομένα να μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη τεκμηριωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η αυτεπάρκεια για την κλινική απόδοση αξιολογήθηκε με τη χρήση του εργαλείου *Αυτεπάρκεια στην Κλινική Απόδοση (Self-Efficacy in Clinical Performance Instrument)*. Το εργαλείο απάντησης Likert 37 θέσεων, επέτρεψε σε κάθε συμμετέχοντα να αναφέρει τα επίπεδα εμπιστοσύνης για μια ποικιλία δεξιοτήτων που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς. Οι απαντήσεις ήταν θετικές, υποδεικνύοντας εμπιστοσύνη, για 22 από τα 37 στοιχεία (60%). Στη μελέτη αυτή έγιναν συσχετίσεις των απαντήσεων που αξιολογούσαν την κλινική ικανότητα, την αυτεπάρκεια και την ικανοποίηση από την εργασία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που αναφέρον έλλειψη επάρκειας σε 11 έως 20 δραστηριότητες ανέφεραν επίσης χαμηλότερη, αλλά όχι στατιστικά σημαντική, αυτεπάρκεια και λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία. Τα άτομα που ανέφεραν έλλειψη επάρκειας για δραστηριότητες 0 - 10 αξιολόγησαν την αυτεπάρκεια τους στις κλινικές ικανότητες υψηλότερα και ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους, αν και καμία από αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Οι Salanova et al. (2011), μέσω συγχρονικής έρευνας στην Πορτογαλία, εντόπισαν αυξημένη απόδοση του ρόλου των κλινικών νοσηλευτών μέσω της αυτεπάρκειας και της εργασιακής δέσμευσης με τελικό αποτέλεσμα, όπως συμπεραίνουν, την αύξηση της αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου. Αυτό επιτυγχάνεται με την εδραίωση αίσθησης αυτεπάρκειας, αλλά και με την ενίσχυση του επιπέδου εμπλοκής των εργαζομένων στο χώρο εργασίας.

Η Doering (2017), χρησιμοποίησε τη *Διαδικασία Επιτάχυνσης Αλλαγής (Change Acceleration Process)* ως βασικό πλαίσιο στη διδασκαλία περιεχομένου, για τεχνικές με οδηγίες και μεθοδολογία για επιτυχημένη αλλαγή σε κλινικούς μάνατζερ. Κατά τη διάρκεια 8 εβδομάδων οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα, αξιολογήθηκαν μέσω του εργαλείου *General Self-Efficacy Scale (GSE)*. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της GSE πραγματοποιήθηκε τόσο πριν από τη συμμετοχή στην ακαδημία, όσο και μετά. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν στατιστικές βελτιώσεις μετά από τη συμμετοχή των μάνατζερ στην ακαδημία. Επιπλέον, η μελέτη πρότεινε ότι οι κλινικοί μάνατζερ που συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές ακαδημίες έχουν

περισσότερες πιθανότητες να αυξήσουν την αυτεπάρκειά τους και συμπεραίνουν ότι συνεπακόλουθα, αυτό μπορεί να βελτιώσει τους στόχους παροχής υπηρεσιών φροντίδας του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τη συνολική επιχειρησιακή του απόδοση.

Από την περιγραφική μελέτη συσχέτισης της Abou (2017), που αποσκοπούσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηγετικής αυτεπάρκειας των NM πρώτης γραμμής και της ηγετικής τους αποτελεσματικότητας φάνηκε ότι η σχέση μεταξύ αυτεπάρκειας και αποτελεσματικότητας της ηγεσίας μπορεί να είναι σημαντική για την εξεύρεση νέων τρόπων επιλογής και ανάπτυξης ηγεσίας σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Τα συμπεράσματα της μελέτης αποκάλυψαν μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής ηγετικής ικανότητας των NM και της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας τους ($r = + 0,190, p = 0,000$). Εντούτοις, διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών υπό διερεύνηση κατηγοριών (νοσηλευτές μάνατζερ, νοσηλευτές προσωπικού – Staff nurses και νοσηλευτών εποπτών – Nursing Supervisors) όσον αφορά τη γενική τους αντίληψη για την αποτελεσματικότητα των NM πρώτης γραμμής ($F = 19,69, p = 0,000$). Με βάση τα πιο πάνω συμπεραίνεται ότι η ηγετική αυτεπάρκεια στη νοσηλευτική θεωρείται χρήσιμη και σημαντική για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ηγεσίας και τη βελτίωση και την ενδυνάμωση του προσωπικού. Τα συνεχή εκπαιδευτικά προγράμματα που επικεντρώνονται στην πρόοδο και τις δύσκολες καταστάσεις στην ηγεσία, στα στρατηγικά ζητήματα, στη διαχείριση αλλαγών και στη διοίκηση μονάδων εργασίας, θα πρέπει να παρέχονται στους NM πρώτης γραμμής, προκειμένου να ενισχύσουν και να υποστηρίξουν την ηγετική τους αυτεπάρκεια και αποτελεσματικότητά τους και για να μπορούν να ευοδωθούν διάφορες εργασιακές προσδοκίες.

Ο Heslin (1999), ξεκινώντας από την παραδοχή ότι *οι μάνατζερ είναι υπεύθυνοι για να γίνουν τα πράγματα και όχι να τα κάνουν οι ίδιοι*, πρότεινε ένα μοντέλο με πρακτικές δράσεις, τις οποίες οι μάνατζερ μπορούν να αναλάβουν προκειμένου να ενισχύσουν την απόδοση του προσωπικού, αυξάνοντας έτσι την αυτεπάρκειά του. Συγκεκριμένα, κατέγραψε ότι με την καθοδήγηση, τη συμμετοχή, την επίδειξη, τη διέγερση και την επιβράβευση, το προσωπικό αποκτά εμπειρίες και μέσω επίτευξης αυτοέλεγχου, μοντελοποίησης ρόλων και λεκτικής πειθούς οι μάνατζερ μπορούν να ενισχύσουν τη διαδικασία που οδηγεί στην αυτεπάρκεια και την ενδυνάμωση του προσωπικού.

Ακριβώς για αυτό υπάρχουν δυνητικά σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τη νοσηλευτική εκπαίδευση όσο και για την κλινική πρακτική. Η αυτεπάρκεια υποστηρίζει αναμφίβολα

όλες τις πτυχές της επαγγελματικής εκπαίδευσης και πρακτικής στον τομέα της υγείας. Συνδέεται με την παροχή βασικών γνώσεων, τις κλινικές τοποθετήσεις, τη δεοντολογία και λήψη αποφάσεων καθώς και την ανάπτυξη ηγετικών δεξιοτήτων. Η αυτεπάρκεια των φοιτητών νοσηλευτικής μπορεί να ενισχυθεί με τη παροχή γνώσης, πριν προχωρήσουν σε κλινικές τοποθετήσεις, ότι μπορεί να παρακολουθήσουν συμπεριφορές στον κλινικό χώρο που έρχεται σε αντίθεση με την καλή κλινική πρακτική όπως την έχουν διδαχτεί στην τάξη (Cox & Simpson, 2016).

Όπως συμπεραίνεται, η αυτεπάρκεια είναι σημαντική έννοια, ακριβώς επειδή επηρεάζει τη συμπεριφορά και τα αποτελέσματα. Η αύξηση της αυτεπάρκειας στη νοσηλευτική μπορεί να βελτιώσει τις συμπεριφορές των επαγγελματιών πρακτικών. Η εύρεση μιας σημαντικής σχέσης (ανεξαρτήτως της επίδρασης της νοσηλευτικής ηγεσίας οποιουδήποτε τύπου), που εκτείνεται από την αυτεπάρκεια έως τις επαγγελματικές συμπεριφορές νοσηλευτικής πρακτικής, είναι ουσιώδης επειδή παρέχει περισσότερες πληροφορίες, όχι μόνο για τους καθοριστικούς παράγοντες συμπεριφοράς της επαγγελματικής πρακτικής αλλά και για τις πηγές αυτών των καθοριστικών παραγόντων (Manojlovich, 2005).

Στην πραγματικότητα, κάποιος μπορεί να υπερεκτιμήσει ή να υποτιμήσει την πραγματική του ικανότητα να επιτελέσει ένα έργο. Η ενθάρρυνση, μέσω της λεκτικής πειθούς, μπορεί να πείσει ένα άλλο άτομο ότι έχει την ικανότητα να επιτύχει και μπορεί να ονομαστεί «εμπυχωτική συζήτηση» (per talk). Αυτή η πειθώ έχει ένα σημαντικό αποτέλεσμα στην ενίσχυση της αυτεπάρκειας, επειδή η επιτυχία εξαρτάται περισσότερο από την προσπάθεια ενός ατόμου και όχι την εγγενή ικανότητα. Ως επικεφαλής ομάδας υπεύθυνης για τη φροντίδα ασθενών, οι NM είναι σημαντικό να επηρεάζουν ορισμένες συμπεριφορές ώστε να επιτυγχάνουν θετικά αποτελέσματα (Zulkosky, 2009).

Δεδομένου ότι οι NM είναι σε θέση να δημιουργήσουν συνθήκες που θα επιτρέψουν στο σύστημα να εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, μέσω της σχέσης τους με τους κλινικούς νοσηλευτές και με τους ηγέτες νοσηλευτές σε εκτελεστικό επίπεδο. Ο εγγενής ρόλος των ηγετών του συστήματος σε σύνθετους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι η προσδοκία ότι οι ηγέτες, όπως οι NM, θα έχουν την ικανότητα αυτοοργάνωσης όπως αυτό που αντικατοπτρίζεται τόσο στην εμπιστοσύνη όσο και στην αυτεπάρκεια (Van Dyk et al., 2016).

Παρόλο που οι μελέτες καταδεικνύουν μια σχέση μεταξύ αυτεπάρκειας και απόδοσης των NM πρώτης γραμμής, συμπεραίνεται ότι περαιτέρω έρευνα θα ενισχύσει τη σημασία

συμβολής τους στη βελτίωση και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών φροντίδας. Η αυτεπάρκεια και η αισιοδοξία αποτελούν σημαντικά ρυθμιστικά στοιχεία κατά της κατάθλιψης. Οι νοσηλευτές με θετική αξιολόγηση και υψηλό βαθμό αυτεπάρκειας τείνουν να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Chang et al., 2011).

Επιπρόσθετα, η κοινωνική υποστήριξη και η αυτεπάρκεια των νοσηλευτών έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στο άγχος / κατάθλιψη. Ειδικά οι νοσηλευτές νυκτερινής βάρδιας φαίνεται να έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης από την ομάδα νοσηλευτών που εργάζεται σε ημερήσια βάρδια (Zou & Li, 2016).

Σε μελέτη των Jiang et al. (2019), στην Κίνα φάνηκε ότι, παρόλο που οι κλινικοί νοσηλευτές είχαν αξιολογηθεί χαμηλά στην ερευνητική ικανότητα, υπήρχε μια θετική σχέση μεταξύ της αυτεπάρκειας και του βαθμού της ερευνητικής τους ικανότητας.

Σε άλλη μελέτη των Jonson et al. (2017), διαφάνηκε η χρησιμότητα της εφαρμογής ασκήσεων προσομοίωσης σε υπολογιστές, ως μεθόδου εκπαίδευσης για βελτίωση των δεξιοτήτων των διαχείρισης και την αύξηση της αυτεπάρκειας των νοσηλευτών που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Από την μελέτη των Hu et al. (2018), διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές στην επείγουσα φροντίδα δεν θεωρούν ότι έχουν αρκετή αυτεπάρκεια και ότι σε αυτό συνδράμουν παράγοντες όπως η μισθοδοσία, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως κίνητρο, και η υποστήριξη από συναδέλφους, οικογένεια, φίλους και σημαντικούς άλλους.

Ο εκφοβισμός (bullying) βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με την αυτεπάρκεια και την ψυχική υγεία και θετικά με την πρόθεση φυγής μεταξύ των νοσηλευτών και όπως συμπεραίνεται στην έρευνα των Hsieh et al. (2019), η αυτεπάρκεια θα μπορούσε να προστατεύσει τα θύματα από τις καταστροφικές συνέπειες των συμπεριφορών εκφοβισμού.

Βαθμός αυτεπάρκειας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αυτεπάρκεια δίνει την εντύπωση ότι είναι καλό να διαθέτει κάποιος υψηλή αυτεπάρκεια. Αυτό οδηγεί σε ευνοϊκές ή ευεργετικές συνέπειες τόσο για το άτομο όσο και για την κοινωνία και παρατηρείται ότι μπορεί να υπάρχει ένα πολιτισμικό στοιχείο σε όλα αυτά (Gecas, 1989).

Η υψηλή αυτεπάρκεια οδηγεί τους ανθρώπους να δουλέψουν σκληρά και να επιμείνουν ενάντια στις αποτυχίες. Βοηθά επίσης το προσωπικό να είναι λιγότερο αμυντικό στην αρνητική ανατροφοδότηση. Όταν οι άνθρωποι δεν είναι σίγουροι για την ικανότητά τους, τείνουν να αντιδρούν κατά τρόπο μη δημιουργικό ώστε να αποδείξουν ότι η απόδοσή

τους πρέπει να βελτιωθεί (Bandura, 1982). Γενικά, άτομα με υψηλό βαθμό αυτεπάρκειας έχουν επιθυμία και προθυμία για δράση και καταβάλλουν προσπάθειες μέσω εκδήλωσης νέας συμπεριφοράς. Επίσης, οι πεποιθήσεις για την αυτεπάρκεια επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης, τα συναισθήματα και τη δράση (επιδρούν δηλαδή στη συμπεριφορά). Τα άτομα αυτά, πιστεύουν ότι είναι σε θέση να επηρεάσουν το περιβάλλον τους και την πορεία των προσπαθειών τους και ως εκ τούτου, αντιλαμβάνονται το βαθμό της προσπάθειας να το πετύχουν (Bandura, 1995).

Σύμφωνα με τον Bandura (1994), οι άνθρωποι που έχουν την πεποίθηση ότι μπορούν να διαμορφώσουν γεγονότα μπορεί να έχουν πιο δραστήρια και αυτοκαθοριζόμενη ζωή που αντικατοπτρίζεται στην πεποίθηση της ικανότητας κυριαρχίας και στις προκλήσεις του περιβάλλοντος μέσω προσαρμοστικής δράσης. Το άτομο μπορεί να διαθέτει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και να θεωρεί ότι είναι ικανό να καταπιαστεί και να πετύχει σε αρκετές δραστηριότητες. Υπάρχει επίσης το ενδεχόμενο να αναγνωρίζει και να πιστεύει ότι είναι ικανό να ανταπεξέλθει μόνο σε συγκεκριμένους τομείς και με αυτό τον τρόπο η αυτεπάρκεια του να διαφοροποιείται ανάλογα με τη δραστηριότητα ή την εργασία.

Οι *αισιόδοξες πεποιθήσεις* ελέγχουν το πώς το άτομο θα αντιληφθεί εμπόδια και ευκαιρίες. Επομένως, η αυτεπάρκεια επηρεάζει στο αν το άτομο θα δώσει πιο πολύ σημασία σε ευκαιρίες ή σε εμπόδια. Οι άνθρωποι με υψηλή αυτεπάρκεια έχουν τη δύναμη να υπομείνουν τα εμπόδια και τους ανασταλτικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν τα δύσκολα εγχειρήματα. Τα άτομα που διαθέτουν υψηλή αυτεπάρκεια αναγνωρίζουν την ικανότητα τους να αντιμετωπίζουν εμπόδια, και επικεντρώνονται στις ευκαιρίες. Έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους ώστε να ασκήσουν έλεγχο άσχετα αν το περιβάλλον έχει εμπόδια και δεν παρέχει ευκαιρίες. Επίσης, τα άτομα με υψηλές πεποιθήσεις αυτεπάρκειας αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες ως προκλήσεις, διαθέτουν υψηλό βαθμό αφοσίωσης για επίτευξη επαγγελματικών στόχων, ασκούν προσωπικό έλεγχο, διερευνούν εναλλακτικές επιλογές και διαθέτουν μεγαλύτερη αποφασιστικότητα. Επιπρόσθετα, η ισχυρή αίσθηση προσωπικής επάρκειας σχετίζεται με καλύτερη κοινωνική ενσωμάτωση και διευκολύνει τη γνωστική διαδικασία και επίδοση σε μία ποικιλία περιστάσεων, όπως για παράδειγμα την ποιότητα της λήψης αποφάσεων και τη στοχοθέτηση (Bandura, 1994).

Σε χώρους όπου η αυτεπάρκεια είναι χαμηλή, οι άνθρωποι συχνά βλέπουν ένα αρνητικό αποτέλεσμα ως επιβεβαίωση της ανικανότητας που οι ίδιοι αντιλαμβάνονται. Τα διαφορούμενα αποτελέσματα μπορούν επομένως να θεωρηθούν ως απόδειξη της

αντιληπτικής τους ανικανότητας, μειώνοντας έτσι την αυτεπάρκεια, την προσπάθεια και την απόδοσή τους (Bandura, 1982).

Η χαμηλή αίσθηση αυτεπάρκειας απαντάται συχνά σε άτομα με χαμηλή αυτοπεποίθηση τα οποία θεωρούν τους εαυτούς τους ανίκανους να πετύχουν ή ότι θα πετύχουν σε ένα πολύ μικρό βαθμό, ο οποίος δεν θα είναι ο επιθυμητός. Τα άτομα με χαμηλές πεποιθήσεις αυτεπάρκειας αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες ως απειλές, έχουν χαμηλούς στόχους, είναι αναποφάσιστα, απρόθυμα για βαθύτερη διερεύνηση και παραιτούνται ευκολά (Bandura, 1997).

Η χαμηλή αίσθηση αυτεπάρκειας μπορεί να οδηγήσει τα άτομα σε άγχος, κατάθλιψη και αίσθημα αβοήθητου κατά την εκτέλεση μιας εργασίας ή και χαμηλή δέσμευση στην προσπάθεια εκπλήρωσης κάποιου στόχου με αποτέλεσμα την επιβεβαίωση της αρχικής τους εκτίμησης ότι δεν μπορούν να τα καταφέρουν (Zimmerman, 2000).

Η αυτεπάρκεια είναι στενά συνδεδεμένη με τις *προσδοκίες αποτελεσμάτων* και δύσκολα διακρίνονται. Η αντίληψη της αυτεπάρκειας δύναται να περιλαμβάνει προσδοκίες αποτελέσματος επειδή τα άτομα πιστεύουν ότι μπορούν να δράσουν με τον απαραίτητο τρόπο ώστε να οδηγηθούν στα επιθυμητά αποτελέσματα. Το θεωρητικό μοντέλο της αυτεπάρκειας του Bandura στηρίζεται στην έννοια της προσδοκίας, η οποία περιλαμβάνει δυο βασικά συστατικά στοιχεία: (i) Την προσδοκία του ατόμου ότι μπορεί να εκδηλώσει επιτυχώς τη συμπεριφορά που απαιτείται για την επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων και (ii) την εκτίμηση του ατόμου ότι μια δεδομένη συμπεριφορά θα φέρει συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Συμπερασματικά, η αυτεπάρκεια, είναι πολύ σημαντικός δείκτης για το αν το άτομο θα δεσμευτεί σε έναν στόχο και συνεπώς αν θα τα καταφέρει αφού όσο υψηλότερη είναι η αυτεπάρκεια τόσο περισσότερα μπορεί να πετύχει το άτομο.

Συσχέτιση αυτεπάρκειας με δημογραφικούς παράγοντες

Σχετική μελέτη μετά από έρευνα των Zhang et al. (2015), όσον αφορά στη σχέση μεταξύ πεποιθήσεων αυτεπάρκειας και επίτευξης κινήτρων σε φοιτητές νοσηλευτικής έδειξε ότι (αν και οι μέσες γενικές βαθμολογίες αυτεπάρκειας του δείγματος ήταν χαμηλές) υπήρχε μια σημαντική θετική σχέση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της επίτευξης κινήτρων. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η αυτεπάρκεια σχετίζεται με την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, παρά με το φύλο και τον τόπο διαμονής.

Μια άλλη, περιγραφική μελέτη συσχέτισης, από τους Van Dyk et al. (2016), επικεντρώθηκε στη λήψη αποφάσεων, των επιπέδων αυτοπεποίθησης και της

αυτεπάρκειας μεταξύ των NM. Η μελέτη διερεύνησε τη σημασία των χρόνων εμπειρίας και τον καθορισμό των επιπέδων αυτοπεποίθησης στην πρόβλεψη του βαθμού αυτεπάρκειας. Στη μελέτη τους φάνηκε ότι ο χρόνος παραμονής νοσηλευτών σε ηγετικό ρόλο και ο βαθμός αυτοπεποίθησης τους, είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης του επιπέδου αυτεπάρκειας και ότι η εμπειρία των NM είναι ένα σημαντικό συστατικό της αυτοπεποίθησης και της αυτεπάρκειας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη να εντοπίζονται οι NM με χαμηλή αυτοπεποίθηση και να αναπτυχθούν εκπαιδευτικά προγράμματα που να ενισχύουν την αυτοπεποίθησή και την αυτεπάρκεια ώστε να εξασφαλίζουν έμπειρους NM.

Μία έρευνα των Soudagar et al. (2015), μεταξύ επαγγελματιών που κατείχαν διαφορετικά επίπεδα νοσηλευτικής ακαδημαϊκής εκπαίδευσης (δίπλωμα, πτυχίο, μεταπτυχιακό), στόχευε στον προσδιορισμό της αυτεπάρκειας και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές διέθεταν διαφορετικό βαθμό αυτεπάρκειας ανά κατηγορία. Οι νοσηλευτές που είχαν περισσότερα από 16 χρόνια εργασιακής εμπειρίας, οι νοσηλευτές με δίπλωμα και όσοι έτυχαν εκπαίδευσης από κρατικά πανεπιστήμια είχαν καλύτερη βαθμολογία αυτεπάρκειας, η οποία συνδέθηκε με την προθυμία να εργαστεί κάποιος σε νοσηλευτική μονάδα καθώς και με το ενδιαφέρον στον τομέα της νοσηλείας. Ο αριθμός των ετών εμπειρίας στον τομέα της νοσηλευτικής ήταν ο μεγαλύτερος προγνωστικός δείκτης της αυτεπάρκειας. Συμπερασματικά, η μελέτη αποφαινεται ότι η αυτεπάρκεια σχετίζεται με την προθυμία να εργαστεί κάποιος σε νοσηλευτική μονάδα και με το ενδιαφέρον στον τομέα της νοσηλείας. Επιπλέον, το ενδιαφέρον για το νοσηλευτικό πεδίο καθίσταται προγνωστικός παράγοντας στην αυτεπάρκεια.

Συσχέτιση αυτεπάρκειας με άλλες έννοιες

Σύμφωνα με τον Bandura (1997), οι άνθρωποι πρέπει να έχουν ισχυρή αυτεπάρκεια για να στηρίζουν την επιμονή προσπάθεια που απαιτείται για επιτυχία. Τα ανθρώπινα επιτεύγματα και η εξασφάλιση ευημερίας απαιτούν μια αισιόδοξη αίσθηση προσωπικής αποτελεσματικότητας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι συνήθεις κοινωνικές πραγματικότητες συνοδεύονται από δυσκολίες. Είναι γεμάτες εμπόδια, αντιξοότητες, αποτυχίες, απογοητεύσεις και ανισότητες.

Όπως αρχικά υποστήριξε ο Bandura (1977), κυριαρχεί ευρέως η αντίληψη ότι η εσφαλμένη κρίση δημιουργεί προσωπικά προβλήματα. Η λειτουργική αξία της ακριβούς αυτοαξιολόγησης εξαρτάται από τη φύση της δραστηριότητας. Οι δραστηριότητες στις

οποίες τα λάθη μπορούν να προκαλέσουν δαπανηρές ή ζημιογόνες συνέπειες απαιτούν ακριβή αυτοεκτίμηση των δυνατοτήτων. Συνεπώς, τα δύσκολα επιτεύγματα μπορούν να επιφέρουν σημαντικά προσωπικά και κοινωνικά οφέλη και το κόστος συνεπάγεται χρόνο, προσπάθεια και αναλώσιμους πόρους. Τα καινοτόμα επιτεύγματα απαιτούν επίσης μια ανθεκτική αίσθηση αποτελεσματικότητας. Οι καινοτομίες απαιτούν μεγάλη επένδυση για μια μακρά περίοδο με αβέβαια αποτελέσματα. Επιπλέον, οι καινοτομίες που έρχονται σε σύγκρουση με τις υπάρχουσες προτιμήσεις και πρακτικές συναντώνται με αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι κάποιος, σπάνια βρίσκει ρεαλιστές στις τάξεις των πρωτοπόρων και των μεγάλων επιδόσεων.

Οι άνθρωποι με υψηλή αίσθηση αποτελεσματικότητας έχουν τη δύναμη να υπομείνουν τα εμπόδια και ανασταλτικούς παράγοντες που χαρακτηρίζουν τα δύσκολα εγχειρήματα. Όταν οι άνθρωποι σφάλλουν στην αυτοαξιολόγησή τους, τείνουν να υπερεκτιμούν τις δυνατότητές τους. Εάν οι πεποιθήσεις αποτελεσματικότητας αντανακλούν πάντα ό,τι οι άνθρωποι μπορούν να κάνουν συνήθως, σπάνια θα αποτύχουν, όμως δεν θα έθεταν τις προσδοκίες πέραν της άμεσης προσέγγισής τους ούτε θα αναλάμβαναν την πρόσθετη προσπάθεια που απαιτείται για να ξεπεράσουν τις συνήθεις επιδόσεις τους. Αν και οι πεποιθήσεις σπάνια πραγματοποιούνται πλήρως, υποστηρίζουν τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που επιτυγχάνουν σημαντικά οφέλη. Οι ρεαλιστές μπορεί να προσαρμοστούν καλά στις υπάρχουσες πραγματικότητες. Όμως, όσοι έχουν μια ανθεκτική αλληλεπίδραση είναι πιθανό να αλλάξουν αυτές τις πραγματικότητες.

Πολλές από τις προκλήσεις της ζωής είναι ομαδικά προβλήματα που απαιτούν συλλογική προσπάθεια για την επίτευξη σημαντικών αλλαγών. Η ισχύς των ομάδων, των οργανισμών ακόμη και των εθνών έγκειται εν μέρει, στην αίσθηση της συλλογικής αποτελεσματικότητας των ανθρώπων ότι μπορούν να λύσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν για να βελτιώσουν τη ζωή τους μέσω ενοποιημένων προσπαθειών. Οι πεποιθήσεις των ανθρώπων στη συλλογική τους αποτελεσματικότητα επηρεάζουν αυτό που επιλέγουν να κάνουν ως ομάδα, πόση προσπάθεια αφιερώνουν σε αυτές, την αντοχή τους (όταν οι συλλογικές προσπάθειες αποτυγχάνουν να επιφέρουν γρήγορα αποτελέσματα) και την πιθανότητα επιτυχίας τους (Bandura, 1977).

Αυτεπάρκεια και προσδοκίες ικανότητας VS προσδοκίες αποτελέσματος

Οι προσδοκίες αποτελεσμάτων (outcome expectancies) που αφορούν στις πεποιθήσεις σχετικά με τις συνέπειες της ενέργειας κάποιου μαζί με την αυτεπάρκεια επηρεάζουν την στοχοθέτηση και την εκπλήρωση των στόχων. Οι πεποιθήσεις του ατόμου για πιθανές

συνέπειες των ενεργειών του πιθανό να έχουν θετικές ή αρνητικές, βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις (Bandura, 1977).

Οι τρεις τύποι προσδοκιών αποτελέσματος σύμφωνα με τον Bandura (1977), είναι:

- 1) Φυσικές προσδοκίες αποτελέσματος (physical outcome expectations) οι οποίες σχετίζονται με την προσδοκία του τί θα βιώσει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα το άτομο μετά την τροποποίηση συμπεριφοράς (π.χ προσδοκίες δυσφορίας ή συμπτωμάτων ασθένειας).
- 2) Κοινωνικές προσδοκίες αποτελέσματος (social outcome expectations) οι οποίες αναφέρονται σε κοινωνικές αντιδράσεις οι οποίες αναμένονται μετά την αλλαγή της συμπεριφοράς.
- 3) Αυτοαξιολογητικές προσδοκίες αποτελέσματος (self-evaluative outcome expectancies) οι οποίες αναφέρονται στην προσδοκία εμπειριών μετά την αλλαγή της συμπεριφοράς, ένεκα εσωτερικών κριτηρίων.

Παρόλο που η αυτεπάρκεια και οι προσδοκίες αποτελεσμάτων υποτίθεται ότι επηρεάζουν την υποκίνηση, ο Bandura πρότεινε ότι η αυτεπάρκεια διαδραματίζει μεγαλύτερο ρόλο επειδή οι τύποι των αποτελεσμάτων που οι άνθρωποι αναμένουν εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις εκτιμήσεις τους για το πόσο καλά θα μπορέσουν να ενεργήσουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Zimmerman, 2000).

Όταν ένα άτομο έχει χαμηλές προσδοκίες, ως προς την ικανότητα και το αποτέλεσμα, κυριαρχείται από απογοητεύσεις και ματαιότητα, που το οδηγούν σε αδυναμία και παθητικότητα. Τα άτομα όμως με υψηλή αυτεπάρκεια ίσως να μην καταβάλουν προσπάθεια, αν θεωρούν ότι γνωρίζουν ήδη κάτι καλά ή δίνουν λίγη αξία σε αυτό, για την περαιτέρω πορεία και ανάπτυξή τους. Επομένως, όσο υψηλότερες οι προσδοκίες της ικανότητας του ατόμου, τόσο περισσότερο χρόνο και προσπάθεια θα καταβάλει για να επίτευξη ενός στόχου ή επίλυσης ενός προβλήματος (Παπαδάτου, 2010).

Με βάση τα πιο πάνω θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι στον τομέα της υγείας η έννοια της προσδοκίας είναι σημαντική τόσο για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας όσο και για τους παροχείς. Οι επαγγελματίες υγείας φιλοδοξούν να πετύχουν μέσα από τη φροντίδα που παρέχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα στην έκβαση της υγείας των ασθενών. Ωστόσο, οι προσδοκίες των ασθενών εξαρτώνται από αρκετούς παράγοντες, όπως οι προηγούμενες τους εμπειρίες, η επικοινωνία με τους επαγγελματίες, οι προσωπικές τους ανάγκες και η στάση τους προς το υγειονομικό σύστημα (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2014).

Σχήμα 1: Λειτουργική σχέση μορφών προσδοκίας



Πηγή: Παπαδοπούλου, Σ. (2010) Θεωρία της αυτεπάρκειας (αξιοσύνης – αυτοϊκανότητας) Self – Efficacy Theory (Παρουσίαση) <https://www.slideshare.net/smapapad/ss-9736289>

2.2 ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

2.2.1 Ορισμός

Ο αγγλικός όρος *empowerment* μεταφράζεται στην ελληνική ως *ενδυνάμωση* και αποδίδεται ως «*το να καθίσταται κάποιος ισχυρότερος, το να ενδυναμώνεται*» (Μπαμπινιώτης, 1998, σ. 615). Η ελληνική βιβλιογραφία χρησιμοποιεί αποκλειστικά τον όρο «ενδυνάμωση» ως απόδοση στα ελληνικά του αγγλικού όρου *empowerment*.

2.2.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

Ο όρος «ενδυνάμωση» εμφανίζεται παντού στον τομέα της κοινωνικής ανάπτυξης. Η ενδυνάμωση έχει καταστεί η απάντηση στα περισσότερα προβλήματα και είναι μια σπάνια αναπτυξιακή πρωτοβουλία. Ο όρος χρησιμοποιείται χαλαρά, ανεξάρτητα από την ποικιλία των εννοιών και τύπων της ισχύος (επίσημη και ανεπίσημη) που τον συνθέτουν, καθιστώντας τον ως μία τυποποιημένη και χωρίς νόημα ορολογία αντί για μια λεπτή και ξεχωριστή λέξη με βαθιές επιπτώσεις στην αναπτυξιακή πολιτική και πρακτική (Chaudhuri, 2016).

Η έννοια της ενδυνάμωσης έχει προσεγγιστεί διαχρονικά από διαφορετικές προοπτικές. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, χρησιμοποιήθηκε για τον εμπλουτισμό της εργασίας (μέσω συμμετοχής των εργαζομένων) και των διοικητικών πρακτικών όπως η μεταβίβαση της οργανωσιακής εξουσίας και η ανάθεση καθηκόντων. Αργότερα, η ενδυνάμωση θεωρήθηκε ως ενεργοποίηση του προσωπικού από την ηγεσία ενισχύοντας την αυτεπάρκεια και αυξάνοντας το ενδογενές κίνητρο για εργασία. Από το 1990 έως

πρόσφατα, πολλοί ερευνητές έχουν διευρύνει περαιτέρω την έννοια της ενδυνάμωσης ως ψυχολογική διαδικασία, ως εσωτερικό κίνητρο και επίσης ως διαδικασία αντιλαμβανόμενου ελέγχου, ικανότητας και ενεργοποίησης για την επίτευξη στόχων (Ahmad & Oranye, 2010).

Οι Zimmerman και Rappaport (1988) χαρακτήρισαν την ενδυνάμωση ως *«την ιδέα που συνδέει τα μεμονωμένα δυνατά σημεία και ικανότητες, τα φυσικά συστήματα επούλωσης και τις προληπτικές συμπεριφορές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής και κοινωνικής αλλαγής»*. Περαιτέρω, ο Zimmerman (1990), χαρακτήρισε την ενδυνάμωση ως πολυεπίπεδη έννοια, η οποία εμφανίζεται σε τρία επίπεδα: *ατομικά, οργανωτικά και κοινωνικά*. Ο τελευταίος αυτός ορισμός υποδηλώνει ότι η ενδυνάμωση επηρεάζει και επηρεάζεται από την ενδυνάμωση σε άλλα επίπεδα. Με άλλα λόγια, η ενδυνάμωση είναι *η ανακατανομή της λήψης αποφάσεων για την προώθηση άμεσης και επιθυμητής αλλαγής στη ζωή των ανθρώπων*. Θεωρείται ότι είναι μια διαδικασία με την οποία *τα άτομα αποκτούν μάθηση ή έλεγχο στη ζωή τους και συμμετέχουν δημοκρατικά στη λειτουργία του οργανισμού ή της κοινότητας τους*.

Η ενδυνάμωση δεν είναι ένα επίτευγμα της μίας φοράς, αλλά μια δια βίου διαδικασία και ένας κύκλος συνεχούς μάθησης. Μπορεί να αφορά μια κοινότητα ή ένα οργανισμό που συμμετέχει στην αλλαγή του κοινωνικού και πολιτικού περιβάλλοντος (Rawlett, 2014). Είναι μια *διαδικασία* κατά την οποία εντοπίζονται και απομακρύνονται συνθήκες που ενισχύουν την αδυναμία παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της αυτεπάρκειας των εργαζόμενων. Μέσω ενός συνδυασμού ενεργειών όπως η μεταβίβαση ευθυνών και εξουσίας, η παρακίνηση και η συνεχής ανάπτυξη των εργαζόμενων, καταβάλλεται προσπάθεια επίτευξης υψηλότερης απόδοσης και ικανοποίησης από την εργασία (Conger & Kanungo, 1988).

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία η ενδυνάμωση χρησιμοποιείται ως έννοια ομπρέλα για την περιγραφή στοιχείων επαγγελματικής ωρίμανσης και ανάπτυξης (Goedhart, et al., 2017). Η ενδυνάμωση επιτυγχάνεται μέσω ανάδειξης της σπουδαιότητας και της επίδρασης που έχει μια εργασία στο τελικό προϊόν ή υπηρεσία και μέσω αυτής αυξάνεται η εσωτερική κινητοποίηση και η αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζόμενων με απώτερο στόχο τη βελτίωση της παραγωγικότητας τους (Μερκούρης, 2008). Αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο διοίκησης και επιφέρει τεράστια οφέλη για τους εργαζομένους και τους οργανισμούς, όπως αποδείχθηκε από πολλές μελέτες και πρακτικές (Laschinger et al., 2012).

Παρά το γεγονός ότι εδώ και μερικές δεκαετίες ερευνητικού ενδιαφέροντος και μελέτης, σχετικά με τις επιδράσεις της ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας, υπάρχει ένας σκεπτικισμός και πολλοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών απέσυραν την ενδυνάμωση από τον κατάλογο των προτιμώμενων πρακτικών διοίκησης. Ενώ ορισμένοι εγκατέλειψαν εντελώς την ιδέα, άλλοι συμπεριλαμβάνουν την προσέγγιση της ενδυνάμωσης με μια ευρύτερη και πιο ισορροπημένη σειρά στρατηγικών διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού για την προώθηση της αποτελεσματικότητας των εργαζομένων και της οργάνωσης. Παρά τη διαπίστωση αυτή, μια μελέτη των Dewettinck et al., (2003), έδειξε ότι οι πρακτικές ενδυνάμωσης οδηγούν σε πιο ικανοποιημένους και δεσμευμένους αλλά όχι απαραίτητα καλύτερους εργαζόμενους.

Η ανάγκη ενδυνάμωσης των εργαζομένων μπορεί να είναι κρίσιμη όταν το προσωπικό αισθάνεται αδύναμο και ως εκ τούτου είναι κρίσιμο να εντοπιστούν οι λόγοι για τους οποίους υπάρχει αυτή η αίσθηση. Με τον εντοπισμό των αιτιών, μπορεί να χρησιμοποιηθούν τακτικές και στρατηγικές ενδυνάμωσης για την άρση τους. Ωστόσο, η επιτυχία κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις, μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο εάν οι τακτικές και οι στρατηγικές παρέχουν πληροφορίες προσωπικής αποτελεσματικότητας.

Σήμερα κυριαρχούν, δύο σημαντικές έννοιες ενδυνάμωσης: Η **δομική ενδυνάμωση** (structural empowerment) και η **ψυχολογική ενδυνάμωση** (psychological empowerment). Οι Laschinger et al. (2004), υποστηρίζουν ότι η ψυχολογική ενδυνάμωση είναι η ανταπόκριση των ατόμων στη δομική ενδυνάμωση ενώ η Spreitzer (1995), θεωρεί ότι η αντίληψη των εργαζομένων για το περιβάλλον εργασίας τους διαμορφώνει τα συναισθήματα ενδυνάμωσης και ότι οι δομικά ενισχυτικές συνθήκες δεν μπορούν να υλοποιηθούν πλήρως εκτός αν το άτομο είναι ψυχολογικά δεκτικό. Επιπρόσθετα, η Spreitzer (1995), υποστηρίζει ότι οι υπάλληλοι με ενδυνάμωση είναι πιθανόν να θεωρηθούν αποτελεσματικοί επειδή λειτουργούν προληπτικά σε σχέση με τις ευθύνες εργασίας τους. Αυτό συμβαίνει επειδή θεωρούν τους εαυτούς τους ως επαρκείς και ικανούς να επηρεάσουν τη δουλειά και το περιβάλλον εργασίας τους με ουσιαστικό τρόπο.

Η ενδυνάμωση σχετίζεται με την αύξηση της **ισχύος** (δύναμης) και την προσωπική αυτονομία στις διαπροσωπικές και θεσμικές σχέσεις σε ένα οργανισμό, κυρίως στις σχέσεις καταπίεσης, διακρίσεων και κοινωνικής κυριαρχίας (Bernardino et al., 2013). Ωστόσο, για να κατανοήσουμε την ενδυνάμωση στο πλαίσιο της ανάπτυξης, υποστηρίζεται ότι πρέπει να εξερευνήσουμε τη φύση και την εκδήλωση της ισχύος στην

κοινωνία. Ένα στοιχείο ισχύος υπάρχει σε κάθε σχέση, συναλλαγή, απόφαση και ρύθμιση γι' αυτό η αξιολόγηση της δυναμικής της ισχύος είναι ζωτικής σημασίας (Chaudhuri, 2016).

Εξάλλου, η πρόσβαση σε ευκαιρίες, πληροφόρηση, υποστήριξη και πόρους όπως απορρέει και από τη θεωρία της Kanter και περιγράφεται πιο κάτω, προϋποθέτουν αθροιστικά την επίσημη και την ανεπίσημη ισχύ.

Θεωρία της Kanter

Η εννοιολογική προσέγγιση της ενδυνάμωσης παρέχει μια χρήσιμη βάση για το σχεδιασμό οργανωσιακών παρεμβάσεων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας σε νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον. Παρόλο που υπάρχουν πολλές αντιλήψεις για την ενδυνάμωση, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, ένα ιδιαίτερα χρήσιμο μοντέλο είναι αυτό που προτάθηκε από την Kanter (1977, 1993) στη θεωρία της για τη δομική ισχύ στους οργανισμούς (structural power in organizations). Η θεωρία της παρέχει ένα συναρπαστικό πεδίο για διερεύνηση των επιπτώσεων της ενδυνάμωσης στους εργαζόμενους και στους οργανισμούς τους (Laschinger et al., 2004; Laschinger & Finegan 2005; Laschinger et al., 2009a).

Η Kanter (1977, 1993) θεωρεί τη δομική ενδυνάμωση ως την παρουσία κοινωνικών δομών στο χώρο εργασίας που επιτρέπουν στους εργαζόμενους να ολοκληρώσουν το έργο τους με ουσιαστικούς τρόπους. Για την Kanter, *η ισχύς είναι η ικανότητα κινητοποίησης ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη της εργασίας* (Kanter 1977, σελ. 66) και υποστηρίζει ότι η ισχύς αποκτάται από την πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες, υποστήριξη και πόρους στο περιβάλλον εργασίας.

Σύμφωνα με την Kanter (1977, 1993), οι δομικοί παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στη στάση και συμπεριφορά των εργαζομένων από ότι οι εγγενείς προδιαθεσικοί παράγοντες ή οι εμπειρίες κοινωνικοποίησης. Αν και τα προσωπικά χαρακτηριστικά παίζουν κάποιο ρόλο στη συμπεριφορά των εργαζομένων, η Kanter υποστηρίζει ότι οι εργασιακές συνθήκες μπορούν να περιορίσουν τη βέλτιστη απόδοση στην εργασία, ανεξάρτητα από τις θετικές προσωπικές τάσεις ή τις προδιαθέσεις, και επομένως, τη χαμηλότερη παραγωγικότητα.

Σύμφωνα με την Kanter (1977, 1993), όταν οι καταστάσεις είναι δομημένες με τρόπο που οι εργαζόμενοι νιώθουν ενδυναμωμένοι, ο οργανισμός ωφελείται υπό την έννοια της βελτιωμένης συμπεριφοράς των εργαζομένων και της αυξημένης οργανωσιακής αποτελεσματικότητας. Οι ιδιότητες της εργασίας και του πλαισίου της, προκαλούν

συμπεριφορές από εκείνους που βρίσκονται σε θέση να καθορίζουν την πιθανότητα επιτυχίας. Η συμπεριφορά των εργαζομένων γίνεται πιο αποτελεσματική και η παραγωγή αυξάνεται και βελτιώνεται όταν ο οργανισμός είναι δομημένος ώστε να προσφέρει ευκαιρίες και δύναμη σε όλους τους εργαζομένους σε όλα τα οργανωσιακά επίπεδα.

Η Kanter περιέγραψε τέσσερις *οργανωσιακές κατηγορίες ενδυνάμωσης*: πρόσβαση σε πληροφορίες, πρόσβαση στην υποστήριξη, πρόσβαση σε πόρους που απαιτούνται για την εκτέλεση της εργασίας, και πρόσβαση σε ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης.

Πρόσβαση στις πληροφορίες σημαίνει ότι υπάρχει γνώση των οργανωσιακών αποφάσεων, των πολιτικών, των αξιών και στόχων, καθώς και ότι διατίθενται οι τεχνικές γνώσεις και η πείρα που απαιτούνται για να είναι κανείς αποτελεσματικός στο ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού. Οι πληροφορίες παρέχουν την αίσθηση του σκοπού και της σημασίας για τους υπαλλήλους και ενισχύουν την ικανότητά τους να λαμβάνουν αποφάσεις που συμβάλλουν σε οργανωσιακούς στόχους. Για να είναι ενδυναμωμένοι οι άνθρωποι, σύμφωνα με τη θεωρία της Kanter, χρειάζεται να αποκτήσουν πρόσβαση στις γνώσεις και τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό περιλαμβάνει τις πληροφορίες που σχετίζονται άμεσα με το δικό τους έργο, καθώς και τις πληροφορίες για τον οργανισμό ως σύνολο.

Η πρόσβαση στην υποστήριξη περιλαμβάνει την επίλυση προβλημάτων, την ανατροφοδότηση και καθοδήγηση από ανώτερους, συναδέλφους και υφισταμένους, καθώς και τη συναισθηματική υποστήριξη, τις χρήσιμες συμβουλές ή την πρακτική βοήθεια που μπορούν να παράσχουν άλλοι.

Η πρόσβαση στους πόρους αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να έχει πρόσβαση στα υλικά, τα χρήματα, τις προμήθειες, το χρόνο και τον εξοπλισμό που απαιτούνται για την επίτευξη των εργασιακών στόχων.

Η πρόσβαση σε ευκαιρίες συνεπάγεται πρόσβαση σε προκλήσεις, επιβράβευση και ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης για τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων.

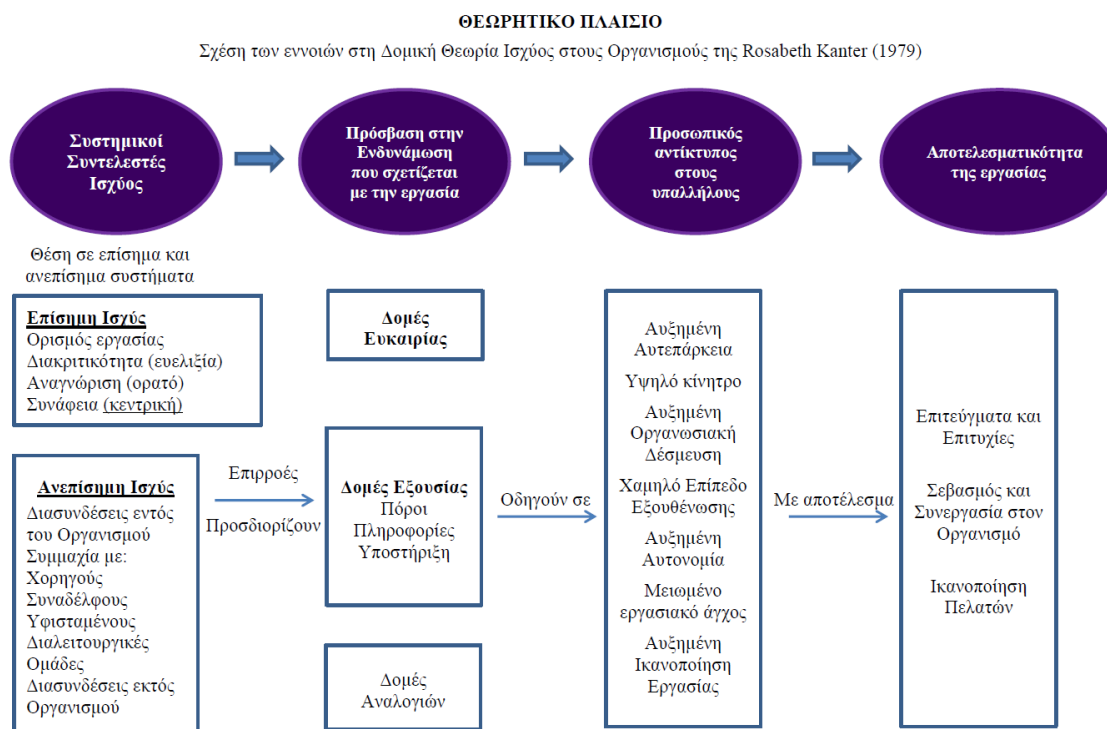
Η συμπεριφορά των εργαζομένων είναι απλώς μια απάντηση στις δομικές συνθήκες που αντιμετωπίζουν στο περιβάλλον εργασίας. Επομένως, οι ιδιότητες της εργασίας και του πλαισίου της, προκαλούν συμπεριφορές από εκείνους που βρίσκονται σε θέση να καθορίζουν την πιθανότητα επιτυχίας. Η συμπεριφορά των εργαζομένων γίνεται πιο αποτελεσματική και η παραγωγή αυξάνεται και βελτιώνεται όταν ο οργανισμός είναι δομημένος ώστε να προσφέρει ευκαιρίες και δύναμη σε όλους τους εργαζομένους σε όλα τα οργανωσιακά επίπεδα (Kanter, 1993).

Η συνδρομή της θεωρίας της Kanter στη νοσηλευτική

Σε σχέση με τη νοσηλευτική, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν ουσιαστικές ενδείξεις για την εγκυρότητα της θεωρίας της οργανωσιακής συμπεριφοράς της Kanter τόσο ανάμεσα στον γενικό νοσηλευτικό πληθυσμό όσο και ανάμεσα στους ΝΜ (Laschinger, 1996). Η θεωρία της δομικής ενδυνάμωσης της Kanter στους οργανισμούς μπορεί να προσφέρει ένα πλαίσιο για την εξέταση των οργανωσιακών δομών στο νοσηλευτικό περιβάλλον εργασίας. Η δομική ενδυνάμωση έχει βρεθεί ότι προβλέπει την ικανοποίηση από την εργασία, την οργανωσιακή δέσμευση, την εμπιστοσύνη στη διοίκηση και το άγχος στην εργασία (Laschinger & Finegan, 2005).

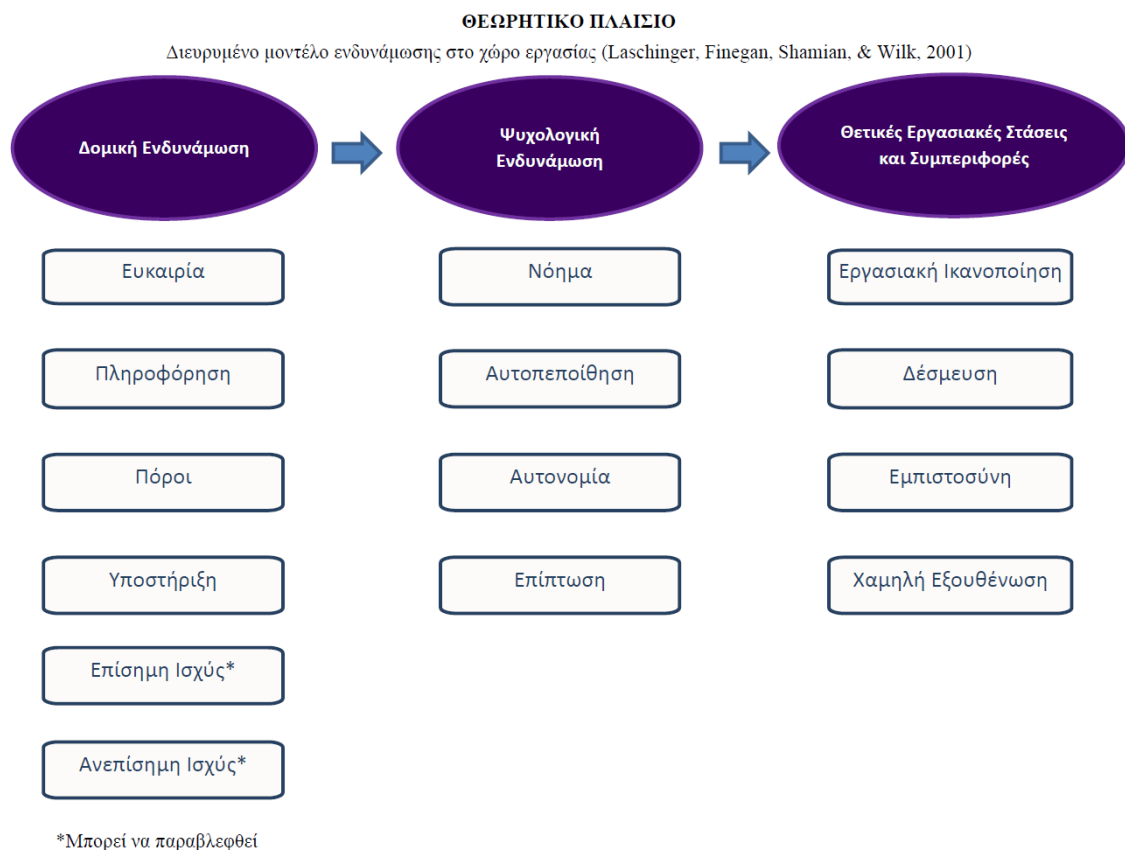
Η δομική ενδυνάμωση της Kanter δοκιμάστηκε σε μία μελέτη από τη Laschinger et al. (2001a), μέσω ενός εκτεταμένου μοντέλου το οποίο διευκρίνισε τις σχέσεις ανάμεσα στη δομική και τη ψυχολογική ενδυνάμωση, την πίεση και την ικανοποίηση από την εργασία.

Σχήμα 2: Σχέση εννοιών στη θεωρία της Kanter



Προσαρμοσμένο από πηγή: <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/> [Πρόσβαση 3 Ιουλίου 2018]

Σχήμα 3: Διευρυμένο μοντέλο ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας



Προσαρμοσμένο από πηγή: <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/> [Πρόσβαση 3 Ιουλίου 2018]

Η προσθήκη στο μοντέλο ψυχολογικής ενδυνάμωσης, ως αποτέλεσμα της δομικής ενδυνάμωσης βοηθά στην κατανόηση των μηχανισμών που παρεμβάλλονται μεταξύ των συνθηκών εργασίας και των σημαντικών οργανωσιακών αποτελεσμάτων και προσφέρει μια ευρύτερη κατανόηση της διαδικασίας ενδυνάμωσης. Στη μελέτη συμπεραίνεται επίσης ότι, οι στρατηγικές που προτείνονται στη θεωρία ενδυνάμωσης της Kanter έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν την πίεση εργασίας και να βελτιώσουν την ικανοποίηση και την απόδοση των εργαζομένων στις τρέχουσες αναδιαρθρωμένες δομές υγειονομικής περίθαλψης (Laschinger et al., 2001a).

Η θεωρία της δομικής ενδυνάμωσης έχει μελετηθεί εκτενώς στο νοσηλευτικό επάγγελμα και έχει καθιερωθεί η εγκυρότητα της σε ό,τι αφορά στις αντιλήψεις για την ενδυνάμωση τόσο των νοσηλευτών όσο και των ΝΜ, αφού έχει εξεταστεί σε ποικίλους οργανισμούς, σε μονάδες νοσηλείας, σε ακαδημαϊκά ιδρύματα (Owen, et al., 2018), σε μικρά κοινοτικά και αγροτικά νοσοκομεία, υπηρεσίες φροντίδας και σε χώρους φροντίδας ηλικιωμένων (Laschinger & Finegan, 2005; Laschinger et al., 2011, 2014; Bish et al., 2014).

Η ενδυνάμωση έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την οργανωσιακή δέσμευση των νοσηλευτών (Bish et al., 2014), την ικανοποίηση από την εργασία (Ahmad & Oranye 2010, Laschinger et al., 2001, 2004, 2011, 2014; Bawafaa et al., 2015; Cicolini et al., 2014), το στιλ ηγεσίας του ΝΜ, το επίπεδο της ιεραρχίας και την αυτονομία (Bawafaa et al., 2015), την παραγωγικότητα καθώς και ότι προβλέπει την εξουθένωση των νοσηλευτών (Laschinger et al., 2004; Cicolini, et al., 2014; Guo et al., 2016).

Καταληκτικά, υποστηρίζεται ότι το μοντέλο δομικής ενδυνάμωσης της Kanter (1977, 1993) είναι χρήσιμο για την εξέταση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών αφού η δομική ενδυνάμωση αναφέρεται στην πρόσβαση των εργαζομένων σε συνθήκες εργασίας που καθιστούν δυνατή την επίτευξη των στόχων εργασίας κατά τρόπο ουσιαστικό (Laschinger et al., 2014).

Ψυχολογική ενδυνάμωση

Η ενδυνάμωση, όπως παρέχεται από το περιβάλλον, από μόνη της δεν αρκεί. Κάποιοι ενδυναμώνουν, επειδή επιτρέπουν στους εργαζόμενους να κάνουν ό,τι οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι είναι απαραίτητο για να γίνει η δουλειά τους. Με άλλα λόγια, αυτά τα περιβάλλοντα εργασίας παρέχουν πηγές ενέργειας. Άλλα περιβάλλοντα εργασίας μπορεί να μην ενδυναμώνουν εξίσου, ωστόσο θα εξακολουθούν να υπάρχουν μερικοί «ανθεκτικοί» άνθρωποι που καταφέρνουν να κάνουν ό,τι χρειάζεται για να είναι αποτελεσματικοί στην εργασία (Manojlovich, 2007).

Ωστόσο, η ψυχολογική ενδυνάμωση και η δομική ενδυνάμωση αποτελούν μέρος της έννοιας της ενδυνάμωσης και επηρεάζουν την απόδοση, δηλαδή την εργασιακή ικανοποίηση και την οργανωσιακή δέσμευση (Frangkos et al. (2020).

Η ψυχολογική ενδυνάμωση, σύμφωνα με τους Boudrias et al. (2004), αντικατοπτρίζει έναν ενεργό και όχι παθητικό προσανατολισμό στην εργασία και εκφράζει την ιδέα ότι τα άτομα όχι μόνο δεν θέλουν, αλλά μπορούν να διαμορφώσουν τον εργασιακό τους ρόλο και το περιβάλλον τους.

Η *δομική ενδυνάμωση διαφέρει από τη ψυχολογική ενδυνάμωση* η οποία αναφέρεται στην ψυχολογική ανταπόκριση των εργαζομένων στην ενδυνάμωση των συνθηκών εργασίας (Spreitzer, 1995). Η ψυχολογική ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία που συμβαίνει όταν κάποιος έχει αίσθηση των κινήτρων σε σχέση με τον χώρο εργασίας (Manojlovich, 2007). Οι MacPhee et al. (2012), αναφέρονται στην εργασία του Bandura (1997), στην οποία περιγράφεται ότι η ψυχολογική ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας αποκτάται και εξασφαλίζεται η αυτοπεποίθηση και η ικανότητα να ενεργεί κανείς με

επιτυχία. Υποστηρίζουν ότι μέσα από στρατηγικές και εκπαίδευση στη βάση του θεωρητικό πλαισίου της ενδυνάμωσης στους NM, είναι δυνατή η προώθηση της ενδυνάμωσης τους, με αποτέλεσμα την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού (MacPhee et al., 2012).

Σε αντίθεση με την εστίαση της Kanter στη δομική ενδυνάμωση, η Spreitzer (1995), επικεντρώθηκε περισσότερο στη ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων που βιώνουν ή όχι την ενδυνάμωση. Με μια πρώτη ματιά η ψυχολογική και δομική ενδυνάμωση μπορεί να μοιάζουν αρκετά. Είναι παρόμοιες, ωστόσο υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο. Ενώ η δομική ενδυνάμωση είναι η αντίληψη για τις συνθήκες ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας, η ψυχολογική ενδυνάμωση είναι η αντίληψη των ψυχολογικών ερμηνειών που δίνουν οι εργαζόμενοι σε αυτές τις συνθήκες (Laschinger & Finegan, 2005).

Η ψυχολογική ενδυνάμωση είναι μια πολιτισμική, κοινωνική ή ψυχολογική διαδικασία με την οποία τα άτομα αποκτούν έλεγχο, εκφράζουν και ικανοποιούν τις ανάγκες τους ή λαμβάνουν αποφάσεις. Είναι μια διαδικασία, γιατί αρχίζει με την αλληλεπίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς οπότε, η αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος με την προσωπικότητα διαμορφώνει τις τέσσερις γνωστικές ικανότητες, οι οποίες με τη σειρά τους παρακινούν την ατομική συμπεριφορά (Spreitzer, 1995).

Οι Conger και Kanungo (1988), θεώρησαν την ενδυνάμωση ως κίνητρο, υποστηρίζοντας ότι εξακολουθεί να αποτελεί μια προσωπική ιδιότητα. Θεώρησαν την ενδυνάμωση ως υποβοηθητική, η οποία ενεργοποιεί την κινητοποίηση μέσω της βελτίωσης της προσωπικής αποτελεσματικότητας. Επιπρόσθετα, η οργανωτική / διοικητική προοπτική της ενδυνάμωσης προϋποθέτει ότι η *ισχύς* είναι μια οργανωσιακή οντότητα που οι ηγέτες μοιράζονται με άλλους. Οι κοινωνικό-ψυχολογικές θεωρίες θεωρούν την ενδυνάμωση ως ένα εγγενές δομικό κίνητρο. Η ψυχολογική ενδυνάμωση αντικατοπτρίζει τις προσωπικές πεποιθήσεις που έχουν οι εργαζόμενοι σχετικά με τους ρόλους και τις ευθύνες τους σε έναν οργανισμό (Spreitzer, 1995).

Η Spreitzer (1995), ανέπτυξε περαιτέρω αυτή την εκδοχή της ενδυνάμωσης. Υποστηρίζοντας ότι η διαδικασία της ψυχολογικής ενδυνάμωσης είναι ένα κίνητρο που εκδηλώνεται ως ένα σύνολο τεσσάρων γνωστικών λειτουργιών που διαμορφώνονται από το εργασιακό περιβάλλον. Η ανάπτυξη και επικύρωση του πολυδιάστατου μέτρου

ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας που καθόρισε η Spreitzer, συμφωνούσε με τις διαστάσεις που προηγούμενοι συγγραφείς μέχρι τότε, είχαν εντοπίσει στο έργο τους.

Η Spreitzer καθόρισε ότι υπάρχουν τέσσερις ξεχωριστές διαστάσεις της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και ότι κάθε διάσταση συνεισφέρει σε ένα συνολικό κατασκεύασμα ψυχολογικής ενδυνάμωσης:

1. *Αντίκτυπος (impact)*: αναφέρεται στην αίσθηση επιρροής ενός ατόμου στο περιβάλλον εργασίας του και στα οργανωσιακά αποτελέσματα.
2. *Επάρκεια (competence)*: αντανακλά την εμπιστοσύνη ενός ατόμου ότι μπορεί να κάνει καλά την εργασία του και είναι γνωστή ως αυτεπάρκεια.
3. *Νόημα (meaning)*: αναφέρεται στη σημασία που αποδίδει ένας άνθρωπος στο έργο του όταν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των πεποιθήσεων, των αξιών και των συμπεριφορών του και των απαιτήσεων εργασίας.
4. *Αυτοπροσδιορισμός (self-determination)*: συνδέεται με τον έλεγχο ενός ατόμου πάνω στο έργο του (αναφέρεται σε συναισθήματα ελέγχου που ασκούνται πάνω στο έργο κάποιου).

Η Spreitzer (1995), η οποία πίστευε ότι τα ατομικά κίνητρα ενισχύουν την ενδυνάμωση και ότι η αναγνώριση και ενίσχυση των προσωπικών ικανοτήτων και η παροχή κινήτρων συμμετοχής, επηρεάζουν τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων στην εργασία, διερεύνησε τη σχέση μεταξύ ατομικής επιβράβευσης και ενδυνάμωσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης της παρέχουν υποστήριξη στο ότι *ένα ατομικό σύστημα επιβράβευσης με βάση την απόδοση συνδέεται θετικά με την ενδυνάμωση*.

Αντί της ανάθεσης εξουσίας, η διαδικασία ψυχολογικής ενδυνάμωσης βασίζεται στην ενίσχυση των συναισθημάτων της αυτεπάρκειας και του αυτοπροσδιορισμού με τη χρήση εναλλακτικών μορφών διαχείρισης που ενθαρρύνουν τη συμμετοχή και τη δέσμευση του προσωπικού (Bandura, 1997).

2.2.3 Ερευνητικά δεδομένα

Η ενδυνάμωση είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την εικόνα της νοσηλευτικής. Διάφοροι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των δυσμενών συνθηκών εργασίας, της έλλειψης προηγμένων εκπαιδευτικών επαρκειών, της φτωχής κρατικής υποστήριξης, της έλλειψης υποδομών και της έλλειψης κινήτρων, λόγω άγνοιας και οικονομικών περιορισμών, συνδράμουν στο βαθμό ενδυνάμωσης των νοσηλευτών (Gulzar et al., 2015).

Οι μάνατζερ αναμένεται να έχουν πολλές ευθύνες σε σχέση με τη δομική ενδυνάμωση. Η ψυχολογική ενδυνάμωση των ΝΜ μπορεί να ενισχύσει τους νοσηλευτές στον προσδιορισμό του νοήματος της νοσηλευτικής εργασίας, στην αύξηση της αυτοπεποίθησης τους, στον αντίκτυπο στην εργασία και στη μείωση της αίσθησης της αποξένωσης από τους γιατρούς (Wang & Liu, 2015). Όταν η δομική και η ψυχολογική ενδυνάμωση εξετάζονται μαζί, μπορεί να θεωρηθούν ως μια ισχυρή προσέγγιση που δημιουργεί ένα εργασιακό περιβάλλον που υποστηρίζει τους ΝΜ, επεκτείνει το ρόλο τους και συμβάλλει στην ανάπτυξή τους (Trus et al., 2018). Για να αναλύσουν την αντίληψη της ενδυνάμωσης, με βάση αυτοαξιολόγηση 193 ΝΜ, οι Trus et al. (2018), προχώρησαν με συγχρονική περιγραφική έρευνα σε επτά πανεπιστημιακά και γενικά νοσοκομεία στη Λιθουανία. Οι μετρήσεις ενδυνάμωσης έγιναν με τη χρήση των ερωτηματολογίων CWEQ II (μέτρηση της δομικής ενδυνάμωσης) και WEQ (Work Empowerment Questionnaire για μέτρηση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης). Η έρευνα αποκάλυψε ότι οι ΝΜ βίωναν τη δομική ενδυνάμωση σε μέτριο επίπεδο, ενώ είχαν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ενδυνάμωσης και ότι δεν είχαν επιβράβευση για τις καινοτομίες που εφάρμοσαν.

Φάνηκε επίσης ότι κάποιοι υποστηρικτικοί παράγοντες σχετίζονταν με πτυχές της ενδυνάμωσης. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση και οι γλώσσες επικοινωνίας σχετιζόταν με την ψυχολογική ενδυνάμωση ($0,001 < p \leq 0,01$), ενώ η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας ως μάνατζερ σχετιζόταν με τη συνολική δομική ενδυνάμωση ($0,01 < p \leq 0,05$). Ωστόσο φάνηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της πρόσβασης σε πόρους, πράγμα που ερμηνεύθηκε ότι οι ΝΜ με ανώτερη εκπαίδευση αξιολόγησαν χαμηλά την πρόσβαση σε πόρους. Συνολικά, διαπιστώθηκε ότι η δομική και η ψυχολογική ενδυνάμωση είχαν μεταξύ τους στατιστικά σημαντική σχέση ($p \leq 0,001$).

Η πιο πάνω έρευνα έτυχε κριτικής (Davies, 2018) με θετικά κυρίως σχόλια. Μεταξύ άλλων σημειώθηκε ότι ο προσδιορισμός των δομικών και ψυχολογικών πτυχών ενδυνάμωσης θα μπορούσε να βοηθήσει στον εντοπισμό τομέων είτε για την ανάπτυξη της ηγεσίας είτε για θέματα οργανωσιακών προγραμμάτων, οδηγώντας έτσι σε άμεση πρακτική εφαρμογή των πορισμάτων της μελέτης.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι και στην έρευνα αυτή, η συνολική δομική ενδυνάμωση κυμαινόταν σε μέτριο επίπεδο ($MT = 21,0 \pm 2,9$) γεγονός που την κάνει να συμβαδίζει με τις προηγούμενες συναφείς έρευνες των Bish et al. (2014), Laschinger et al. (2012), Patrick & Laschinger (2006), Regan & Rodriguez (2011), DeVivo et al. (2013).

Οι Hughes et al. (2015), με σκοπό να αναλύσουν τις δομές αναφορών των νοσηλευτικών ηγετών, διερευνήσαν σε χρηματοδοτούμενα από το δημόσιο νοσοκομεία, τις απόψεις τους σχετικά με τη δομική τοποθέτηση τους στον οργανισμό. Η ποιοτική έρευνα που διεξήγαγαν, με απόψεις από 16 διευθυντές νοσηλευτικής (Directors of Nursing) και 10 εκτελεστικούς νοσηλευτικούς διευθυντές / διευθύνοντες σύμβουλους (Chief Executive Officer/ Chief Operating Officers), έγινε με τη χρήση δύο ημιδομημένων ερωτηματολογίων.

Οι απαντήσεις από την ανάλυση των δεδομένων έδειξαν ότι η *δομική ισχύς* των ηγετών νοσηλευτών που καθορίζεται από τους παράγοντες ευκαιρίες, εξουσία, αναλογία, παρεμποδίζονταν από διπλές γραμμές υποβολής αναφοράς και από έλλειψη ελέγχου. Τα ευρήματα της έρευνας δείχνουν ότι τα διαφορετικά επίπεδα διαφάνειας και συμμετοχής επηρεάζουν τη δομική τοποθέτηση των ηγετών νοσηλευτών, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την ισχύ και την ενδυνάμωση. Ωστόσο, η διαρθρωτική τοποθέτηση των ηγετών νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας για να εξασφαλιστεί ότι αυτοί είναι ικανοί να ανταποκριθούν στις προσαρμογές που απαιτούνται σε ένα μεταβαλλόμενο και υποστηρικτικό περιβάλλον στην παροχή αποτελεσματικής και ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (Hughes, et al., 2015).

Οι Friend & Sieloff (2018), έχουν εντοπίσει ότι η ενδυνάμωση έχει συζητηθεί σε πολλαπλά πλαίσια στη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Η πλειονότητα αυτών των πλαισίων προέρχεται από μη νοσηλευτικά θεωρητικά πλαίσια, συμπεριλαμβανομένης της θεωρίας της δομικής και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, οι οποίες ωστόσο περιορίζουν τις αναλύσεις στο ατομικό επίπεδο. Οι πιο πάνω συγγραφείς υποστήριξαν ότι εφόσον οι νοσηλευτές εργάζονται σε ομάδες για να επιτύχουν τους στόχους τους, η ανάπτυξη μιας νοσηλευτικής θεωρίας ενδυνάμωσης της ομάδας ενδεχομένως να ταιριάζει καλύτερα στην καθοδήγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, της πρακτικής και της έρευνας.

Η νοσηλευτική φροντίδα εξυπακούει ανθρώπινη αλληλεπίδραση, η οποία απαιτεί από τους νοσηλευτές να αφιερώνουν σημαντικούς ψυχικούς και συναισθηματικούς πόρους στις πρακτικές «διάσωσης και φροντίδας υγείας» και αντικατοπτρίζει την ιερότητα της ζωής. Επομένως, αυτή η πτυχή της φροντίδας είναι πολύ πιθανό να ενισχύσει την κατανόηση και την υπερηφάνεια των νοσηλευτών για τη σημασία του επαγγέλματος τους και να προωθήσει τον προσανατολισμό τους προς την αυτοπραγμάτωση (Fan et al., 2016).

Η ενδυνάμωση των νοσηλευτών φαίνεται απαραίτητη για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς. Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ ενδυνάμωσης και ποιοτικών αποτελεσμάτων επιτρέπει στους ΝΜ να κάνουν επιλογές για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Goedhart et al., 2017). Επίσης, η ενδυνάμωση των νοσηλευτών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, ειδικά όταν έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και πόρους, μπορεί να έχουν πιο θετικές πεποιθήσεις σχετικά με την ικανότητά τους να συνεισφέρουν σημαντικά στο χώρο εργασίας με αποτέλεσμα να έχουν βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία (Laschinger et al., 2004; Kinga et al., 2004).

Τέλος, μια μορφή νοσηλευτικής ηγεσίας στο χώρο εργασίας που να περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, ενθουσιασμό, ενθάρρυνση και ενδυνάμωση των εργαζομένων οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την απόδοση του οργανισμού (Shaw, 2007).

Βαθμός ενδυνάμωσης

Η ενδυνάμωση των νοσηλευτών είναι αναγκαία, αφού οι αδύναμοι νοσηλευτές είναι αναποτελεσματικοί, λιγότερο ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους και πιο επιρρεπείς σε εξουθένωση και αποπροσωποποίηση. Η ενδυνάμωση για τους νοσηλευτές μπορεί να αποτελείται από τρία στοιχεία: (i) ένα χώρο εργασίας που διαθέτει τις απαραίτητες δομές για προώθηση της ενδυνάμωσης, (ii) τη ψυχολογική πεποίθηση στην ικανότητά για ενδυνάμωση, και (iii) την αναγνώριση ότι υπάρχει δύναμη στις σχέσεις και τη φροντίδα που προσφέρουν οι νοσηλευτές. Μια πιο εμπειριστατωμένη κατανόηση αυτών των τριών συνιστωσών μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να αποκτήσουν ισχύ και να τη χρησιμοποιήσουν για καλύτερη φροντίδα των ασθενών. Η απάντηση στην αύξηση της ενδυνάμωσης των νοσηλευτών μπορεί να έγκειται στην κατανόηση των πηγών ισχύος στο χώρο εργασίας, επεκτείνοντας την προοπτική της, ώστε να συμπεριλάβει την έννοια της ενδυνάμωσης ως κίνητρο και τελικά να καταστήσει πιο σαφή την ανάπτυξη των σχέσεων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη ισχύος (Manojlovich, 2007).

Τη σχέση μεταξύ της δομικής και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης διερευνήσαν, μέσω περιγραφικής μελέτης συσχέτισης, οι Stewart et al. (2010). Το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 74 άτομα από την πολιτεία Κονέκτικατ των ΗΠΑ (16% ανταπόκριση). Οι συνολικές βαθμολογίες της κλίμακας ψυχολογικής ενδυνάμωσης (*Psychological empowerment Scale - PES*⁹) συσχετίστηκαν με τις υποκλίμακες της δομικής ενδυνάμωσης (της

⁹ Το PES μετρά τις 4 διαστάσεις της ψυχολογικής ενδυνάμωσης (έννοια, ικανότητα, αυτοδιάθεση και αντίκτυπος). Δώδεκα στοιχεία βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert επτά σημείων που κυμαίνεται από την έντονη διαφωνία=1, έως απόλυτη συμφωνία=7. Το άθροισμα για κάθε υποκλίμακα (διάσταση) διαιρείται με το 3 για τη μέση βαθμολογία για αυτήν την υποκλίμακα. Οι υψηλότεροι βαθμοί ψυχολογικής ενδυνάμωσης υποδεικνύονται από υψηλότερες

πρόσβασης στην υποστήριξη, τις ευκαιρίες και την επίσημη ισχύ). Σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων εντοπίστηκαν μεταξύ της επίσημης ισχύος (CWEQ-II) και της συνολικής βαθμολογίας ψυχολογικής ενδυνάμωσης, καθώς και των υποκλιμάκων της ψυχολογικής ενδυνάμωσης (του αυτοπροσδιορισμού, του αντίκτυπου και της επάρκειας). Η συνολική δομική ενδυνάμωση συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με την υποκλίμακα «αντίκτυπος» (impact) της PES και ο αντίκτυπος συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με τις υποκλίμακες της δομικής ενδυνάμωσης (της πρόσβασης σε ευκαιρίες, τις πληροφορίες και την επίσημη ισχύ).

Από τη μελέτη διαφάνηκε ότι υπήρξαν σημαντικοί συσχετισμοί μεταξύ ψυχολογικής και δομικής ενδυνάμωσης στα συνολικά αποτελέσματα και στις 10 υποκλίμακες αυτών των εργαλείων. Οι προηγμένοι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη κατέγραψαν υψηλά ποσοστά αντιλήψεων σχετικά με τη δομική και τη ψυχολογική ενδυνάμωση, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι συμμετέχοντες εκτιμούν την εργασία τους και βρίσκουν νόημα σε αυτό που κάνουν.

Οι υψηλής ποιότητας σχέσεις με τον άμεσα προϊστάμενο συνδέεται με μεγαλύτερη δομική και ψυχολογική ενδυνάμωση των NM και κατά συνέπεια, με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία. Τα αποτελέσματα έρευνας των Laschinger et al. (2007), υποδεικνύουν ότι τόσο οι περιστασιακοί όσο και οι προσωπικοί παράγοντες είναι σημαντικοί και καθοριστικοί για την ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον των NM.

Μία ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με τη σημασία της δομικής ενδυνάμωσης σε σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση από τους Teixeira & Barbieri-Figueiredo (2015), έδειξε ότι η πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν και προωθούν την ενδυνάμωση (ευκαιρίες, πληροφορίες, πόροι και υποστήριξη) παρέχει στους νοσηλευτές τα απαραίτητα εργαλεία για να αντιληφθούν τα επίπεδα αυτονομίας που είναι απαραίτητα για να αυξήσουν την ικανοποίηση από την εργασία, τους οργανωσιακούς στόχους, την αυτεπάρκεια, την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα. Συγκεκριμένα, από τις 22 ερευνητικές εργασίες που συμπεριέλαβαν φάνηκε ότι στις πλείστες (94%), οι νοσηλευτές είχαν μέτριο επίπεδο ενδυνάμωσης, ενώ μόνο στο 6%

βαθμολογίες. Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε περισσότερες από 50 διαφορετικές μελέτες σε περιβάλλοντα που κυμαίνονται από νοσηλευτές έως χαμηλόμισθους εργαζόμενους και εργαζόμενους στον τομέα της μεταποίησης. Η εγκυρότητά περιγράφεται από την Spreitzer. (Spreitzer, 1995)

αυτών φάνηκε ότι οι νοσηλευτές είχαν ψηλό επίπεδο ενδυνάμωσης, αποκαλύπτοντας έτσι τη θετική σχέση μεταξύ ενδυνάμωσης και ικανοποίησης από την εργασία.

Με σκοπό να διερευνηθεί η δομική ενδυνάμωση σε ΝΜ σε θέσεις στη μέση διοίκηση οι Spencer & McLaren (2016), έθεσαν στην έρευνα τους ως στόχους, τον καθορισμό των επιπέδων ενδυνάμωσης και τη σύγκριση τους μεταξύ ομότιμων ομάδων των ηγετών νοσηλευτών.

Σε ποσοτική έρευνα με τη χρήση του CWEQ II, με πληθυσμό στόχο 517 ηγέτες νοσηλευτών (sisters, matrons and senior staff nurses) ανέλυσε τα δεδομένα από το 44,1% που ανταποκρίθηκαν (n = 228). Τα επίπεδα συνολικής και σφαιρικής ενδυνάμωσης ήταν μέτρια και μέτρια έως υψηλά αντίστοιχα. Οι ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά από αυτές τις παραμέτρους ή από τα πέντε στοιχεία της συνολικής ενδυνάμωσης, όμως βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες για την πρόσβαση των ηγετών των μονάδων στις πληροφορίες. Σημαντικά υψηλότερα ποσοστά βρέθηκαν για τους ανώτερους νοσηλευτές προσωπικού (senior staff nurses) σε επιλεγμένες πτυχές της ανεπίσημης ισχύος και της πρόσβασης στους πόρους, αλλά τα αποτελέσματα ήταν σημαντικά χαμηλότερα από τα ηγετικά στελέχη των μονάδων για τα συστατικά υποστήριξης. Η μελέτη έδειξε ότι ένας μέτρια ενδυναμωμένος πληθυσμός από νοσηλευτές ηγέτες διέφερε σε σχέση με την πρόσβαση σε πληροφορίες, τις πτυχές υποστήριξης, τους πόρους και την ανεπίσημη ισχύ, αντικατοπτρίζοντας τις διαφορές στους ρόλους, στις σφαίρες ευθύνης, στην ιεραρχική θέση και στους περιορισμούς στην ενδυνάμωση, που επιβάλλονται από οικονομικές πιέσεις και περιορισμό των πόρων (Spencer & McLaren, 2016).

Επιπρόσθετα, η ενδυνάμωση των νοσηλευτών στις θέσεις μέσης διοίκησης είναι ζωτικής σημασίας δεδομένου του ρόλου που διαδραματίζουν στη διευκόλυνση των νοσηλευτών για παροχή ποιοτικής φροντίδας, που θα ωφελήσει τόσο στα αποτελέσματα των ασθενών όσο και των εργαζομένων. Οι ρόλοι, οι σφαίρες ευθύνης, η ιεραρχική θέση και οι περιορισμοί που επιβάλλονται από τις οικονομικές πιέσεις και περιορισμό των πόρων επηρεάζουν την ενδυνάμωση του νοσηλευτικού ηγέτη γι' αυτό απαιτείται διοικητική υποστήριξη για διατήρηση της εργασιακής δέσμευσης (Spencer & McLaren, 2016).

Σχέση της ενδυνάμωσης με δημογραφικούς παράγοντες

Οι Laschinger et al. (2009b), διαπίστωσαν ότι τα χρόνια στο επάγγελμα και η διαφορά γενεάς μπορεί να επηρεάσουν τη σημαντικότητα των παραγόντων εργασίας και αλληλοεπιδρούν για να επηρεάσουν τις συμπεριφορές εργασίας. Εξέτασαν τον αντίκτυπο της ενδυνάμωσης των συνθηκών εργασίας στη δέσμευση και την αποτελεσματικότητα

της εργασίας των νοσηλευτών και σύγκριναν τις διαφορές μεταξύ αυτών των σχέσεων σε νέους πτυχιούχους και έμπειρους νοσηλευτές. Εκπόνησαν μελέτη μέσω δευτερογενούς ανάλυσης δεδομένων από ερωτηματολόγια που στάλθηκαν ταχυδρομικώς. Τα στοιχεία αφορούσαν δύο έρευνες στο Οντάριο του Καναδά και συγκρίναν το σχήμα των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών ανάμεσα σε δύο ομάδες (185 νοσηλευτές μετά από 2 έτη από την αποφοίτηση και 294 νοσηλευτές με εμπειρία άνω των 2 ετών).

Η έρευνα τους έδειξε ότι η εργασιακή δέσμευση διαμεσολαβούσε σημαντικά στη σχέση ενδυνάμωσης/ αποτελεσματικότητας και στις δύο ομάδες, παρόλο που ο αντίκτυπος της εμπλοκής στην αποτελεσματικότητα της εργασίας ήταν σημαντικά ισχυρότερος για τους έμπειρους νοσηλευτές. Οι Laschinger et al. (2009b), υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές που συμμετέχουν με θετικό τρόπο στη δουλειά τους, με σθένος, αφοσίωση και απορρόφηση στο έργο τους, μπορούν να κάνουν τη διαφορά στην ποιότητα της νοσηλευτικής εργασίας εμπνέοντας τους συναδέλφους τους και κάνοντας τη δουλειά σε αυτό το περιβάλλον ελκυστική για τους νεοεισερχόμενους στο επάγγελμα και τους άλλους νοσηλευτές μέσα στο σύστημα. Συμπερασματικά, η εργασιακή δέσμευση είναι ένας σημαντικός μηχανισμός με τον οποίο η ενδυνάμωση επηρεάζει την αίσθηση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών, αλλά είναι λιγότερο σημαντική για τα συναισθήματα των νέων αποφοίτων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της εργασίας από την ενδυνάμωση. Επίσης, ανεξάρτητα από την πείρα στο επάγγελμα, η ενδυνάμωση έχει ισχυρή επίδραση στην εργασιακή δέσμευση, η οποία στη συνέχεια επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της εργασίας.

Οι Armstrong & Laschinger (2006), υποστήριξαν ότι υπάρχουν ισχυρές σχέσεις όχι μόνο μεταξύ των ιδιοτήτων της δομικής ενδυνάμωσης και των χαρακτηριστικών των νοσοκομείων μαγνητών (Magnet Hospitals¹⁰) αλλά και μεταξύ αυτών των μεταβλητών και των αντιλήψεων για την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών. Η πρόσβαση επομένως,

¹⁰ Τα διαπιστευμένα νοσοκομεία «μαγνήτες» έχουν αποδειχθεί ότι έχουν καλύτερα περιβάλλοντα εργασίας για τους νοσηλευτές και παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες στην έκβαση των ασθενών. Επιπρόσθετα, επιδεικνύουν υψηλότερη συνεργασία νοσηλευτών-ιατρών, και ασφαλέστερο εργασιακό περιβάλλον. Τα νοσοκομεία αποκτούν πιστοποίηση ως magnet[®] hospitals από το American Nurses Credentialing Centre εάν πληρούν όλα τα απαιτούμενα πρότυπα. Το πρώτο νοσοκομείο πιστοποιήθηκε το 1994. Η αναγνώριση επεκταθεί και σε άλλες χώρες (Kelly et al., 2012). Υπάρχουν επί του παρόντος 502 νοσοκομεία διαπιστευμένα σε οκτώ χώρες, αλλά πέραν του 90% βρίσκονται στις ΗΠΑ και μόνο ένα στην Ευρώπη (Anstee et al., 2020).

στους παράγοντες δομικής ενδυνάμωσης και τα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων μαγνητών είναι χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν ισχυρή κουλτούρα για την ασφάλεια των ασθενών.

Αυτό υποδηλώνει επίσης ότι οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν στους νοσηλευτές υψηλό επίπεδο πρόσβασης σε πληροφορίες, υποστήριξη και πόρους, είναι οργανισμοί που παρουσιάζουν χαρακτηριστικά νοσοκομείων μαγνητών, τα οποία υποστηρίζουν την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική. Οι οργανισμοί στους οποίους οι νοσηλευτές έχουν την ευχέρεια να ασκούν το επάγγελμά τους και να εφαρμόζουν τις δυνατότητές τους στο μέγιστο, είναι οι οργανισμοί που βελτιστοποιούν τις συνθήκες για την ασφαλή φροντίδα των ασθενών (Laschinger & Finegan, 2005a; Armstrong & Laschinger, 2006).

Σχέση ενδυνάμωσης με άλλες έννοιες

Οι έρευνες συνδέουν τη δομική ενδυνάμωση με σημαντικούς παράγοντες, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η εργασιακή δέσμευση, η παραγωγικότητα και η αποτελεσματικότητα (Armstrong & Laschinger, 2006; Manojlovich, 2007; Laschinger et al., 2001, 2009a, 2012, 2014; Ahmad & Oranye, 2010; Owen et al., 2018).

A. Ενδυνάμωση και περιβάλλον εργασίας

Οι έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι το περιβάλλον εργασίας που παρέχει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να ασκούν το επάγγελμά τους σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα συνδέονται με υψηλή εργασιακή ικανοποίηση και καλύτερα αποτελέσματα έκβασης των ασθενών (Laschinger et al., 2001, 2004; Armstrong & Laschinger, 2006; Ahmad & Oranye, 2010; DeVivo et al., 2013; Laschinger et al., 2011, 2014; Dahinten et al., 2016).

Το περιβάλλον παρέχει σχετικά περισσότερη ή λιγότερη ενδυνάμωση, ανάλογα με τον αριθμό των τεσσάρων οργανωτικών κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση που υπάρχουν σε αυτό. Η πρόσβαση σε ευκαιρίες, οι πόροι και η υποστήριξη, παρέχουν σε οργανωσιακές στρατηγικές, ενίσχυση στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ενδυνάμωση (Manojlovich, 2007).

Ένα ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον για τους νοσηλευτές σχετίζεται με τη δομική και τη ψυχολογική ενδυνάμωση στο χώρο εργασίας. Η δομική ενδυνάμωση αποτελεί προϋπόθεση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και αυτή η σχέση κορυφώνεται με θετικά αποτελέσματα όπως παραμονή στο επάγγελμα, ικανοποίηση από την εργασία και αύξηση της δέσμευσης προς τον οργανισμό. Εξάλλου, τα αποτελέσματα έρευνας των Laschinger

& Finegan (2005a), έχουν δείξει ότι η δημιουργία συνθηκών μέσα από τις οποίες υπάρχει ενδυνάμωση των νοσηλευτών, ώστε να ασκούν τη νοσηλευτική σύμφωνα με τα πρότυπα του επαγγέλματος και να προωθούν θετικές εργασιακές σχέσεις, μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και σεβασμού, μπορεί να συνδράμει σε μεγάλο βαθμό στην προσέλκυση και διατήρηση ενός βιώσιμου νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού. Επιπρόσθετα, η απουσία ενδυνάμωσης στη νοσηλευτική οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση (Laschinger & Finegan, 2005a; Cicolini et al., 2014). Τα πιο πάνω επιβεβαιώνονται και στην μετα ανάλυση (από 22 μελέτες) των Fragkos et al. (2020) οι οποίοι εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της δομικής ενδυνάμωσης και της οργανωσιακής δέσμευσης και διαπίστωσαν μια θετική ισχυρή συσχέτιση 0,434 ($p < 0,05$).

Μια μεγάλη μελέτη στην Κίνα (με δείγμα 923 νοσηλευτές) των Fan et al. (2016), επιβεβαιώνει τις δομικές διασυνδέσεις μεταξύ της αντίληψης για το εργασιακό περιβάλλον και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης των νοσηλευτών. Η βελτίωση τόσο των περιβαλλοντικών παραγόντων, όσο και των προσωπικών επιπέδων ψυχολογικής ενδυνάμωσης, έχουν ζωτική σημασία στην εργασία. Επιπλέον, υπογραμμίζεται η μεσολαβητική επίδραση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, η οποία δείχνει ότι οι NM δεν πρέπει να κάνουν μόνο προσπάθειες στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και να δοκιμάζουν μεθόδους παρέμβασης για την ενίσχυση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης των νοσηλευτών (Fan et al., 2016).

Πολλοί ερευνητές επέλεξαν τη θεωρία της Kanter υποστηρίζοντας ότι η δομή του εργασιακού περιβάλλοντος και η αντιλαμβανόμενη πρόσβαση στην ισχύ και στις ευκαιρίες έχουν άμεση επίδραση στις στάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων στο χώρο εργασίας (Patrick & Laschinger, 2006; Laschinger et al., 2012; Bish et al., 2014; Yang et al., 2014).

Υποστηρίζεται επίσης ότι οι τεκμηριωμένες στρατηγικές, για την καθοδήγηση των NM στις προσπάθειές τους να αντιμετωπίσουν ελλείψεις στο νοσηλευτικό δυναμικό, επιτυγχάνεται με τη δημιουργία υποστηρικτικών συνθηκών για την επαγγελματική νοσηλευτική πρακτική που τελικά διατηρούν πολύτιμους νοσηλευτικούς πόρους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Laschinger et al., 2011, 2014).

Η αναγνώριση της δομικής ενδυνάμωσης από τους ηγέτες νοσηλευτές μπορεί να βοηθήσει στη διαμόρφωση στρατηγικών για τη διευκόλυνση της ανοικτής και ειλικρινούς κουλτούρας για την ασφάλεια των ασθενών, την αντιμετώπιση ζητημάτων

ενδοτηματικής ισχύος, την απομάκρυνση υποβοσκότων προβλημάτων και ζητημάτων επαγγελματικής κυριαρχίας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Bish et al., 2014).

B. Ενδυνάμωση και εργασιακή ικανοποίηση

Η απαιτητική φύση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος εργασίας σηματοδοτεί μακροχρόνιες και αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με την υγεία των νοσηλευτών και την ικανοποίηση από την εργασία και την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτικοί ηγέτες διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στη δημιουργία υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος για την αποφυγή αρνητικών καταστάσεων και αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Ως εκ τούτου, η εστίαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων συντονιστικής ηγεσίας¹¹ μεταξύ των ηγετών νοσηλευτικής σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης προωθεί τη δημιουργία υγιούς περιβάλλοντος εργασίας που προάγει την ικανοποίηση από την εργασία και τη διατήρηση των νοσηλευτών (Bawafaa et al., 2015; Babaeipour - Divshali et al., 2016).

Η ικανοποίηση από την εργασία θεωρείται σημαντικός παράγοντας για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης λόγω της διασύνδεσης του κύκλου εργασιών των νοσηλευτών με την ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών (Dahinten et al., 2016). Ωστόσο χρειάζονται, στην ιδανική περίπτωση, περισσότερες οιονεί πειραματικές μελέτες που να δείχνουν ότι οι μεταβαλλόμενες συνθήκες εργασίας, προκαλούν αλλαγές ικανοποίησης από την εργασία (Laschinger et al., 2004).

Με σκοπό να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ ικανοποίησης από την εργασία, της δομικής και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης σε νοσηλευτές, οι Dahinten et al. (2016), προχώρησαν σε δευτερογενή ανάλυση δεδομένων από οιονεί πειραματική μελέτη που είχε αξιολογήσει τις επιπτώσεις ανάπτυξης ηγετών σε διάρκεια ενός έτους. Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι η δομική ενδυνάμωση ήταν ο ισχυρότερος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για την ικανοποίηση από την εργασία, ακολουθούμενη από τις ηγετικές συμπεριφορές ενδυνάμωσης και την ψυχολογική ενδυνάμωση.

Οι τέσσερις διαστάσεις της ψυχολογικής ενδυνάμωσης έδειξαν μόνο μικρές ανεξάρτητες επιπτώσεις ενώ η ψυχολογική ενδυνάμωση δεν επηρέαζε στις συνέπειες της δομικής ενδυνάμωσης στην εργασιακή ικανοποίηση. Με βάση τα αποτελέσματα, η έρευνα

¹¹ Συντονιστική ηγεσία: Συντονισμός σημαίνει ενίσχυση του ήχου μετακινώντας τον στο ίδιο μήκος κύματος. Οι ηγέτες έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις των ανθρώπων γύρω τους. Μπορούν να έχουν θετικό αποτέλεσμα, έλκοντας όλους στο ίδιο θετικό μήκος κύματος ή μπορούν να δημιουργήσουν παραφωνία, όταν η αρνητικότητά τους προσκρούει στα συναισθήματα των άλλων. Οι συντονιστικοί ηγέτες χρησιμοποιώντας τη συναισθηματική τους νοημοσύνη μπορούν να κατευθύνουν τα συναισθήματα για να βοηθήσουν μια ομάδα να επιτύχει τους στόχους της (Goleman, et al 2002).

κατέληξε στο σαφές πλέον συμπέρασμα, ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών επηρεάζεται περισσότερο από την δομική ενδυνάμωση και προσθέτει ότι και ο συνδυασμός των τριών παραμέτρων (δομική ενδυνάμωση, ψυχολογική ενδυνάμωση, ηγετικές συμπεριφορές) ενισχύει την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία.

Η μελέτη αυτή φαίνεται να έχει συμβάλλει σημαντικά στην υπάρχουσα γνώση σχετικά με τις θετικές επιδράσεις της ενδυνάμωσης του χώρου εργασίας και στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών και ενισχύει τους Manojlovich & Laschinger (2007) που διαπίστωσαν, μέσω του μοντέλου νοσηλευτικής εργασιακής ζωής (Nursing Worklife Model)¹² ότι η ενδυνάμωση συμβάλει στη δημιουργία θετικών συνθηκών που συμβάλλουν στην ικανοποίηση από την εργασία. Οι νοσηλευτικοί ηγέτες πρέπει να χρησιμοποιούν ποικίλες στρατηγικές ενδυνάμωσης που είναι σημαντικές για την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών και ενδεχομένως για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και του κύκλου εργασιών της νοσηλευτικής υπηρεσίας (Dahinten et al., 2016).

Οι Ahmad & Oranye (2010), σε ερευνά για εξέταση των σχέσεων μεταξύ ενδυνάμωσης των νοσηλευτών, της ικανοποίησης από την εργασία και της οργανωσιακής δέσμευσης σε διαφορετικές κοινωνίες, συμπέραναν ότι ένας επιπρόσθετος παράγοντας που θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη η νοσηλευτική διοίκηση είναι οι πολιτισμικές διαφορές στην ενδυνάμωση, την ικανοποίηση από την εργασία και τη δέσμευση των νοσηλευτών κατά τη διαμόρφωση πολιτικών που αφορούν στο προσωπικό. Ωστόσο, διαπίστωσαν διαφορές μεταξύ δύο ομάδων νοσηλευτών από δύο διαφορετικές χώρες σε διαφορετικές ηπείρους (Αγγλία και Μαλαισία) που δείχνουν ότι η ενδυνάμωση δεν παράγει τα ίδια αποτελέσματα σε όλες τις χώρες και αντανακλά εμπειρικά στοιχεία από τις περισσότερες διαπολιτισμικές μελέτες σχετικά με την ενδυνάμωση.

Γ. Ενδυνάμωση και νοσηλευτές μάνατζερ

Η έννοια του NM στο νοσοκομειακό χώρο ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Κάθε εργοδότης καθορίζει τις ευθύνες, τις αρμοδιότητες, τις επάρκειες και γενικά τις απαιτήσεις για το περιεχόμενο εργασίας του, όμως η κύρια ευθύνη παραμένει παντού η ίδια και αφορά στην

¹² Το μοντέλο νοσηλευτικής εργασιακής ζωής είναι ένα αναδυόμενο θεωρητικό μοντέλο, βασισμένο σε πέντε τομείς πρακτικής νοσοκομειακής φροντίδας, το οποίο περιγράφει τις σχέσεις μεταξύ του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών και των αποτελεσμάτων ασφάλειας των ασθενών. Οι πέντε παράγοντες της εργασιακής ζωής, που περιλαμβάνονται στο μοντέλο, ως χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής, αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν τα αποτελέσματα μέσω μιας διαδικασίας εξουθένωσης /δέσμευσης (Manojlovich & Laschinger 2007).

οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας εντός της μονάδας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, δεν υπάρχουν στατιστικές πληροφορίες σχετικά με το πόσοι νοσηλευτές εργάζονται ως μάνατζερ σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης όπως τα νοσοκομεία (Trus et al., 2018).

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι ο ρόλος του NM στις σύγχρονες δομές υγειονομικής περίθαλψης έχει σημαντικές προκλήσεις σε σχέση με την ικανότητα του να υιοθετεί ηγετική συμπεριφορά ενδυνάμωσης. Είναι επίσης σημαντικό, τόσο για τους σημερινούς όσο και τους μελλοντικούς NM, να μάθουν νέους τρόπους καθοδήγησης που θα δώσουν τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να δεσμεύονται στη δουλειά τους και να παρακινούνται ώστε να παράσχουν υψηλής ποιότητας φροντίδα όπως αξίζει στους ασθενείς (Greco et al., 2006).

Οι NM χρειάζεται να γνωρίζουν το ρόλο της ενδυνάμωσης στην προώθηση της δέσμευσης στην εργασία και την αποτελεσματικότητα καθώς και των διαφορετικών επιπτώσεων στους νοσηλευτές (Laschinger et al., 2009a). Οι συμπεριφορές ενδυνάμωσης των NM μπορεί να είναι καθοριστικές σε ό,τι αφορά στον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές λειτουργούν στο περιβάλλον εργασίας τους (Greco et al., 2006; Yang et al., 2014). Χρειάζεται επίσης να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να εξασφαλίσουν ότι οι νοσηλευτές τυγχάνουν ενδυνάμωσης και εργάζονται σε υψηλής ποιότητας περιβάλλον εργασίας που θα τους επιτρέψει να συνδράμουν καλύτερα στην εργασία τους (Wang & Liu, 2015).

Για τους NM, είναι αναγκαία η πρόσβαση στους πόρους που απαιτούνται για αποτελεσματική άσκηση της εργασίας τους ώστε να δημιουργούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα εργασίας για τους νοσηλευτές. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή πόρων, όπως γραφική υποστήριξη για μη νοσηλευτικές δραστηριότητες και πρόσβαση σε δεδομένα και τεχνολογική υποστήριξη. Η πρόσβαση στην τεχνολογία τους επιτρέπει να δημιουργούν δίκτυα και επαγγελματικές σχέσεις για συνεχείς ευκαιρίες μάθησης, προωθεί την ανταλλαγή δημιουργικών ιδεών και διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία με συναδέλφους. Από την πλευρά τους τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής μπορούν να υποστηρίξουν τους NM παρέχοντάς τους ευκαιρίες να συμβάλλουν στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων στον οργανισμό ορίζοντάς τους για συμμετοχή σε ανώτερες διοικητικές επιτροπές. Όταν οι NM αισθάνονται ότι έχουν αξία για τον οργανισμό, θα εμπνευσθούν και θα επηρεάσουν θετικά το προσωπικό ώστε και

αυτό με τη σειρά του, να συμμετάσχει στην επίτευξη των εργασιακών στόχων (Patrick & Laschinger, 2006).

Η αλλαγή των δομών στο χώρο εργασίας εμπίπτει στο ρόλο των ΝΜ ως υπεύθυνων για την προώθηση ποιοτικής φροντίδας. Οι ΝΜ έχουν τη δυνατότητα να διευκολύνουν τις συνθήκες εργασίας ώστε οι νοσηλευτές να νοιώθουν ότι τυγχάνουν σεβασμού. Επιπρόσθετα, η προώθηση καλών διεπαγγελματικών και ενδομηματικών σχέσεων και η εξασφάλιση συνεχούς υποστήριξης των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικές στρατηγικές για την οικοδόμηση σεβασμού (Faulkner & Laschinger, 2008).

Με μια δευτερογενή ανάλυση δεδομένων (που συλλέχθηκαν ταχυδρομικώς για την Καναδική Μελέτη Νοσηλευτικής Ηγεσίας από τους Laschinger et al. (2008) με μια μη πειραματική, προβλεπτική έρευνα¹³ ελέγχθηκαν 231 μεσαία διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής (60,2% ανταπόκριση) και 788 ΝΜ πρώτης γραμμής (53,9% ανταπόκριση). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 28 ακαδημαϊκά κέντρα υγείας και 38 κοινοτικά νοσοκομεία (με πέραν των 100 κλινών) σε 10 επαρχίες του Καναδά.

Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση τεσσάρων ερωτηματολογίων. Οι αντιλήψεις σχετικά με τις ηγετικές πρακτικές των ανώτερων ΝΜ στους οργανισμούς μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας το Leadership Practices Inventory (LPI)¹⁴ των Kouzes & Posner (2012). Η δομική ενδυνάμωση μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο CWEQ-II, των Laschinger et al. (2001). Η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη μετρήθηκε με τη σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου Perceived Organizational Support Survey¹⁵

¹³ Στην μελέτη αυτή ο *νοσηλευτικός μάνατζερ μέσης διοίκησης* ορίστηκε αυτός που είναι σε θέση με ευθύνη σε χώρους νοσηλευτικής και οξείας περίθαλψης ασθενών με τουλάχιστον ένα επίπεδο διοίκησης πιο κάτω από το δικό τους τους και ένα επίπεδο πιο πάνω. Ο *νοσηλευτικός μάνατζερ πρώτης γραμμής* ορίστηκε αυτός που είναι σε θέση με ευθύνη για τις νοσηλευτικές μονάδες και τις μονάδες ασθενών οξείας περίθαλψης, με τους νοσηλευτές του προσωπικού (staff nurses) να αναφέρουν απευθείας σε αυτόν χωρίς να υπάρχει επίσημο επίπεδο διοίκησης πιο κάτω από αυτόν. Ο *ανώτερος νοσηλευτικός μάνατζερ* ορίστηκε αυτός που κατέχει την πλέον ανώτερη θέση νοσηλευτικής ηγεσίας στον οργανισμό με άμεση ευθύνη για τη νοσηλευτική.

¹⁴ Το LPI είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο 30 στοιχείων το οποίο περιέχει έξι δηλώσεις για καθεμία από τις πέντε θεμελιώδεις πρακτικές ηγεσίας του μοντέλου μετασχηματιστικής ηγεσίας των Posner και Kouzes (2012). Τα στοιχεία για κάθε υποκλίμακα αθροίζονται και υπολογίζονται κατά μέσο όρο για να επιτευχθεί βαθμολογία που κυμαίνεται από 1 έως 10 για κάθε πρακτική ηγεσίας και η συνολική βαθμολογία κλίμακας είναι ο μέσος όρος των 30 στοιχείων. Υψηλότερη βαθμολογία αντιπροσωπεύει συχνότερη χρήση της ηγετικής πρακτικής. Οι πέντε θεμελιώδεις πρακτικές ηγεσίας που περιγράφονται είναι: 1. *Αμφισβήτηση της διαδικασίας (challenging the process)* 2. *Έμπνευση κοινού οράματος (inspiring a shared vision)* 3. *Μοντελοποίηση του τρόπου (modelling the way)* 4. *Ενεργοποίηση των άλλων για δράση (enabling others to act)* και 5. *Ενθάρρυνση της καρδιάς (encouraging the heart)*.

¹⁵ Η επισκόπηση (Perceived Organizational Support Survey) περιλαμβάνει δηλώσεις σχετικά με την αποτίμηση του εργαζομένου από τον οργανισμό και τις ενέργειες που ενδέχεται να αναλάβει σε καταστάσεις που επηρεάζουν την ευημερία του εργαζομένου (Eisenberger et al., 1990). Παραδείγματα των στοιχείων της κλίμακας περιλαμβάνουν: «ο οργανισμός είναι υπερήφανος για τα επιτεύγματά μου στην εργασία» και «αυτός η οργανισμός νοιάζεται για τη γνώμη μου». Η κλίμακα αποτελείται από 13 στοιχεία που βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert 7 σημείων. Σύμφωνα με τους Rhoades και Eisenberger (2002), η αρχική κλίμακα είναι μονοδιάστατη και έχει υψηλή εσωτερική αξιοπιστία η οποία υποστηρίζει τη χρήση συντομότερων μορφών με λιγότερα αντικείμενα. Οι εκτιμήσεις εσωτερικής συνέπειας για αυτήν την κλίμακα κυμαίνονται από 0,83 έως 0,84

(Eisenberger et al., 1986). Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (perceived quality of nursing care) μετρήθηκε χρησιμοποιώντας ένα στοιχείο από τη Διεθνή Έρευνα Στελέχωσης Νοσοκομείου και Οργάνωσης Αποτελεσμάτων των Ασθενών (International Survey of Hospital Staffing and Organization of Patient Outcomes)¹⁶ των Aiken et al. (2002).

Τα ευρήματα της μελέτης επικυρώνουν τον οργανωσιακό ρόλο που διαδραματίζουν τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής στη δημιουργία ενδυναμωμένων συνθηκών εργασίας και της απαραίτητης υποστήριξης τόσο για τους ΝΜ μέσου επιπέδου όσο και για τους ΝΜ πρώτης γραμμής. Επίσης, φαίνεται ότι οι ηγετικές πρακτικές των ανώτερων νοσηλευτικών στελεχών έχουν σημαντικές, άμεσες και έμμεσες, επιπτώσεις στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη (Perceived Organizational Support) των μάνατζερ μέσου επιπέδου αλλά έχουν μόνο έμμεση επίδραση στους μάνατζερ πρώτης γραμμής και ότι η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη ενισχύεται από την δομική ενδυνάμωση. Καθώς τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής αναμένεται να αλληλοεπιδρούν συχνότερα με τους ΝΜ παρά με αυτούς της πρώτης γραμμής αυτό το αποτέλεσμα δεν προκαλεί έκπληξη.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι οι συνολικές αξιολογήσεις των ηγετικών πρακτικών των ανώτερων νοσηλευτικών στελεχών ήταν πολύ παρόμοιες και στις δύο ομάδες. Η ενεργοποίηση των άλλων για δράση (*enabling others to act*) είχε την υψηλότερη βαθμολογία στη σχετική υποκλίμακα και στις δύο ομάδες κάτι που σηματοδοτεί την αξία των ανώτερων νοσηλευτικών στελεχών που συνεργάζονται αποτελεσματικά με τους μάνατζερ, μοιράζονται πληροφορίες και δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης με αυτούς.

Τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας έχουν ρίξει φως στους μηχανισμούς με τους οποίους οι ηγετικές πρακτικές επηρεάζουν τις στάσεις και τα αποτελέσματα της εργασίας των μάνατζερ. Η σημασία της δομικής ενδυνάμωσης ως ενίσχυσης των ηγετικών πρακτικών στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη, η αντιλαμβανόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και οι προθέσεις αποχώρησης από την εργασία και στις δύο ομάδες ήταν ένα σημαντικό εύρημα. Οι μάνατζερ μέσου επιπέδου ($MT = 21,71 \pm 2,88$) ανέφεραν μεγαλύτερη δομική ενδυνάμωση από ότι οι μάνατζερ πρώτης γραμμής ($MT = 20,55 \pm 3,16$) και οι δύο ομάδες στελεχών στη μελέτη αυτή θεώρησαν ότι δεν

¹⁶ Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν: *Γενικά, πώς θα περιγράφατε την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς στη μονάδα σας;* Αυτό το στοιχείο βαθμολογήθηκε σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων που κυμαίνεται από 1 (φτωχή) έως 4 (εξαιρετική).

είχαν πρόσβαση στους πόρους που χρειάζονταν για να εκτελέσουν επιτυχώς το έργο τους (Laschinger et al., 2012). Τέλος, όπως συμπεραίνεται από τους ερευνητές, οι πρακτικές της μετασχηματιστικής ηγεσίας¹⁷ των ανώτερων νοσηλευτών ενδυναμώνουν τους NM μέσης διοίκησης και πρώτης γραμμής, οδηγώντας σε βελτιωμένες αντιλήψεις για την οργανωσιακή υποστήριξη, την ποιοτική φροντίδα και μειωμένη πρόθεση για εγκατάλειψη της εργασίας.

Σε ό,τι αφορά στη μετασχηματιστική ηγεσία του NM, υποστηρίχθηκε ότι αυτή επηρεάζει άμεσα και θετικά τη δομική ενδυνάμωση των νοσηλευτών και συνακόλουθα την εργασιακή δέσμευση (García-Sierra & Fernández-Castro, 2018; Khan et al., 2018). Όπως έχει εξάλλου υποστηριχτεί, οι νοσηλευτές που εργάζονται με έναν μετασχηματιστικό ηγέτη αναφέρουν υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και χαμηλότερη πρόθεση αποχώρησης από το νοσηλευτικό επάγγελμα. Αντίθετα, οι νοσηλευτές που εργάζονται με ένα NM που εμφανίζει τοξικές ηγετικές συμπεριφορές επιδεικνύουν χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία, υψηλότερα επίπεδα στρες, συχνές απουσίες και υψηλότερη πρόθεση να εγκαταλείψουν επάγγελμα (Labrague et al., 2020).

Με σκοπό να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ της δομικής ενδυνάμωσης και της οργανωσιακής υποστήριξης καθώς και την επίδραση τους στην ικανοποίηση του ρόλου των NM στη μέση διοίκηση οι Patrick & Laschinger (2006), προχώρησαν με σχετική έρευνα. Το ερωτηματολόγιο, που μοιράστηκε ταχυδρομικώς, απαντήθηκε από 84 NM (74% ανταπόκριση). Η δομική ενδυνάμωση μετρήθηκε με τη χρήση του CWEQ-II. Η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη (Perceived Organizational Support) μετρήθηκε με τη σύντομη μορφή της Αντιλαμβανόμενης Επισκόπησης Οργανωσιακής Υποστήριξης (Perceived Organizational Support Survey) του Eisenberg (Eisenberger et al., 1986). Η ικανοποίηση του ρόλου μετρήθηκε με την κλίμακα Alienation from Work Scale¹⁸ των Aiken και Hage (1966). Η δομική ενδυνάμωση συσχετίστηκε θετικά με την οργανωσιακή υποστήριξη ($r = +0,654, P = 0,001$) και αντιπροσώπευε το 42% της διακύμανσης της οργανωσιακής υποστήριξης. Επίσης, η δομική ενδυνάμωση και η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη εξηγούσαν από κοινού μια σημαντική

¹⁷ Η ηγεσία μεταμόρφωσης (μετασχηματιστική ηγεσία) βασίζεται στο χάρισμα, στην ύπαρξη οράματος, στην έμπνευση, στη διαλεκτική όθηση και στο εξατομικευμένο ενδιαφέρον και μέριμνα (Μερκούρης, 2008 σ. 245). Η μετασχηματιστική ηγεσία των νοσηλευτών μάντζερ επηρεάζει θετικά τη εργασιακή δέσμευση των νοσηλευτών μέσω της μεσολαβητικής επίδρασης της δομικής ενδυνάμωσης (García-Sierra & Fernández-Castro, 2018).

¹⁸ Οι Aiken και Hage (1966) έχουν ορίσει τη δυσαρέσκεια του ρόλου ως αποξένωση από την εργασία, που εκδηλώνεται από ένα αίσθημα απογοήτευσης από την καριέρα και την επαγγελματική ανάπτυξη, καθώς και απογοήτευση για την αδυναμία εκπλήρωσης των επαγγελματικών προτύπων. Τα στοιχεία αντιστράφηκαν, για να δημιουργηθεί ένα μέτρο ικανοποίησης του ρόλου. Η κλίμακα αποτελείται από έξι στοιχεία τα οποία βαθμολογούνται σε μία κλίμακα Likert 5 βαθμών (Υψηλό αποτέλεσμα αντανάκλα και υψηλή ικανοποίηση του ρόλου).

διακύμανση στην ικανοποίηση του ρόλου των NM ($R^2 = 0,46$, $p = 0,001$). Τόσο η δομική ενδυνάμωση ($\beta = 0,32$) όσο και η οργανωσιακή υποστήριξη ($\beta = 0,42$) ήταν σημαντικοί ανεξάρτητοι παράγοντες πρόβλεψης της ικανοποίησης.

Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ της πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση στον οργανισμό και των αντιλήψεων της οργανωσιακής υποστήριξης και της συνδυασμένης επίδρασης αυτών των μεταβλητών στην ικανοποίηση του ρόλου των NM μέσου επιπέδου. Οι NM μέσου επιπέδου θεώρησαν ότι είχαν πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες του οργανισμού και τις ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης, ωστόσο αισθάνονταν ότι δεν είχαν επαρκείς πόρους για να διεκπεραιώσουν το ρόλο τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Επομένως είναι σημαντικό για τους NM να έχουν πρόσβαση στη γνώση σχετικά με τους στόχους, τις τεχνικές γνώσεις και τα δεδομένα του οργανισμού ώστε να έχουν ενδυνάμωση και να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο. Η ισχυρή σχέση, που εντοπίστηκε στα ευρήματα της μελέτης μεταξύ της ενδυνάμωσης και της οργανωσιακής υποστήριξης, υποδηλώνει ότι όταν οι NM λαμβάνουν θετική ανατροφοδότηση και επιβραβεύονται για καινοτόμες στρατηγικές, αισθάνονται πολύτιμοι από τον οργανισμό και είναι ικανοποιημένοι για την αναγνώριση των προσπαθειών τους.

Συμπερασματικά, τα ευρήματα υποστηρίζουν τα όσα η θεωρία της Kanter (1977, 1993) υποστηρίζει, ότι δηλαδή η ενδυνάμωση των συνθηκών εργασίας έχει αντίκτυπο στα αισθήματα υποστήριξης των εργαζομένων στην εργασία. Οι θετικές αντιλήψεις για την οργανωσιακή υποστήριξη μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των NM και ενδεχομένως στην προσέλκυση μελλοντικών ηγετών σε διευθυντικές θέσεις. Η αξιολόγηση της ενδυνάμωσης μιας ομάδας NM, επιχειρήθηκε επίσης με έρευνα από τους Regan & Rodriguez (2011) σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου CWEQ-II και με δειγματοληψία ευκολίας συγκεντρώθηκαν ηλεκτρονικά δεδομένα από 11 NM και 31 βοηθούς NM (ανταπόκριση 86%). Η μέση βαθμολογία για τη συνολική ενδυνάμωση ήταν $21 \pm 2,91$ για τους NM και $20 \pm 3,36$ για τους βοηθούς NM, αποκαλύπτοντας την έλλειψη ενδυνάμωσης που αισθάνθηκε αυτή η ομάδα των μεσαίων νοσηλευτικών στελεχών.

Οι Wong & Laschinger (2013), διεξήγαγαν μια μη πειραματική, προβλεπτική έρευνα για τη δοκιμή ενός μοντέλου που συνδέει την αυθεντική ηγεσία¹⁹ των μάνατζερ με τις

¹⁹ Η ιδέα της αυθεντικής ηγεσίας είναι σχετικά νέα, αλλά υπήρξαν αρκετές εμπειρικές μελέτες που συνδέουν την αυθεντική ηγεσία με τις στάσεις και τα αποτελέσματα της εργασίας, αλλά πολύ λίγες στην υγειονομική περίθαλψη. Η αυθεντική ηγεσία έχει οριστεί ως "ένα σχήμα διαφανούς και δεοντολογικής ηγετικής συμπεριφοράς που ενθαρρύνει την

αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη δομική ενδυνάμωση, την απόδοση και την ικανοποίηση από την εργασία. Με πληθυσμό στόχο τυχαίο δείγμα 600 εγγεγραμμένων νοσηλευτών που εργάζονταν σε νοσοκομεία οξείας φροντίδας (acute care hospitals) στο Οντάριο του Καναδά (τελικό $n = 280$, 48% ποσοστό ανταπόκρισης) μετρήθηκαν μεταβλητές χρησιμοποιώντας εργαλεία όπως το ερωτηματολόγιο αυθεντικής ηγεσίας (Authentic Leadership Questionnaire), το ερωτηματολόγιο CWEQ (Conditions of Work Effectiveness Questionnaire), τη σφαιρική έρευνα ικανοποίησης εργασίας (Global Job Satisfaction Survey), και τη γενική κλίμακα απόδοσης (General Performance Scale) για να δοκιμάσουν το θεωρητικό μοντέλο.

Το τελικό μοντέλο ταίριαζε ικανοποιητικά στα δεδομένα και φάνηκε ότι η αυθεντική ηγεσία επηρέασε σημαντικά και θετικά τη δομική ενδυνάμωση των νοσηλευτών, γεγονός που με τη σειρά του αύξησε την ικανοποίηση από την εργασία και την αυτοαξιολόγηση των επιδόσεων. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι οι NM που δίνουν έμφαση στη διαφάνεια, στην ισορροπημένη επεξεργασία, στην αυτογνωσία και στα υψηλά δεοντολογικά πρότυπα οδηγούν σε αποτελεσματική αύξηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ενδυνάμωση του χώρου εργασίας, γεγονός που με τη σειρά του βελτιώνει την απόδοση και την ικανοποίηση από την εργασία (Wong & Laschinger, 2013).

Οι αυθεντικοί ηγέτες που δημιουργούν και αναπτύσσουν ένα δομικά ενδυναμωμένο εργασιακό περιβάλλον συνδράμουν στο κοινωνικό κεφάλαιο μεταξύ των απόφοιτων νοσηλευτών οδηγώντας σε θετικά αποτελέσματα ψυχικής υγείας, εργασιακής ικανοποίησης και διατήρησης στο επάγγελμα (Read & Laschinger, 2015).

ανοιχτότητα στην ανταλλαγή πληροφοριών που απαιτούνται για τη λήψη αποφάσεων, ενώ δέχεται εισροές από αυτούς που ακολουθούν" (Avolio et al., 2009).

Η αυθεντική ηγεσία έχει προταθεί ως το βασικό στοιχείο της αποτελεσματικής ηγεσίας που απαιτείται για την οικοδόμηση υγιέστερου περιβάλλοντος εργασίας, επειδή δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ανάπτυξη της ενδυνάμωσης των σχέσεων ηγέτη-ακόλουθου. Αν και η επίδραση του στυλ ηγεσίας και η ενδυνάμωση στην ικανοποίηση από την εργασία είναι καλά τεκμηριωμένη, υπάρχουν λίγες μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της αυθεντικής ηγεσίας στην ενδυνάμωση των νοσοκόμων και τα αποτελέσματα της εργασίας. Αν και η επίδραση του στυλ ηγεσίας και η ενδυνάμωση στην ικανοποίηση από την εργασία είναι καλά τεκμηριωμένη, υπάρχουν λίγες μελέτες που εξετάζουν την επίδραση της αυθεντικής ηγεσίας στην ενδυνάμωση των νοσοκόμων και τα αποτελέσματα της εργασίας.

Ο αυθεντικός ηγέτης οικοδομεί εμπιστοσύνη και προωθεί ένα υγιές περιβάλλον εργασίας μέσα από τέσσερα βασικά στοιχεία: «ισορροπημένη επεξεργασία» (balanced processing), «σχεσιακή διαφάνεια» (relational transparency), «εσωτερικευμένη ηθική προοπτική» (internalized moral perspective) και «αυτογνωσία» (self-awareness). Οι ηγέτες που χρησιμοποιούν με αυθεντικότητα την «ισορροπημένη επεξεργασία» ζητούν από αυτούς που τους ακολουθούν επαρκείς πληροφορίες και απόψεις, τόσο θετικές όσο και αρνητικές, προτού λάβουν σημαντικές αποφάσεις. Δίνει έμφαση στην ειλικρίνεια και φιλαλήθεια «σχεσιακή διαφάνεια» που ενθαρρύνει τους άλλους να προσεγγίσουν τις ιδέες, τις προκλήσεις και τις απόψεις τους. Θέτει και τα πρότυπα ρόλων ένα υψηλό επίπεδο δεοντολογικής και ηθικής συμπεριφοράς «εσωτερικευμένη ηθική προοπτική» και, τέλος, μεταδίδει «αυτογνωσία» με την κατανόηση όχι μόνο των δικών τους δυνάμεων και περιορισμών, αλλά και του πώς επηρεάζουν τους άλλους (Wong & Laschinger, 2013).

Έχει διαπιστωθεί επίσης, μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση συσχετισμών μεταξύ των πρακτικών των νοσηλευτικών ηγετών στη δημιουργία οράματος, υποστήριξης, πόρων στελέχωσης και ηγεσίας, με τις δυνατότητες, τις επάρκειες, τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τα κίνητρα των νοσηλευτών, τα οποία είναι αναπόσπαστα στοιχεία για την επίτευξη καλύτερης έκβασης στους ασθενείς (Boamah, 2018). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η αυθεντική ηγεσία, η δομική ενδυνάμωση και το επαγγελματικό εργασιακό περιβάλλον συνδράμουν στη διεπαγγελματική συνεργασία (Laschinger & Smith, 2013; Regan et al., 2016).

Οι Doherty & Hunter (2020), πολύ πρόσφατα παρουσίασαν τη θεωρία Ενδυνάμωσης της Αυθεντικής Ηγεσίας (TALE – Theory of Authentic Leadership Empowerment). Αποτελεί θεωρητική σύνθεση της θεωρίας της αυθεντικής ηγεσίας και της θεωρίας της δομικής ενδυνάμωσης. Στην ουσία, οι θεωρίες συντέθηκαν με ένθεση των εννοιών της δομικής ενδυνάμωσης στην αυθεντική ηγεσία με κατάληξη την δημιουργία της TALE η οποία παρέχει ένα ολιστικό θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση της ανάπτυξης ηγεσίας σε ατομικό επίπεδο, ενώ ταυτόχρονα λαμβάνει υπόψη τη σημασία συναφών επιρροών.

Η θεωρία TALE προορίζεται να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για την επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών σε ηγετικούς ρόλους και σε αυτήν επισημαίνεται πώς το ατομικό ιστορικό ενός νοσηλευτή, οι προσωπικές αξίες, η ηθική και η δομή του οργανισμού αλληλοεπιδρούν και επηρεάζουν την ανάπτυξη αυθεντικών ηγετών οι οποίοι θα μπορούν να επηρεάσουν θετικά τα αποτελέσματα των ασθενών, τους νοσηλευτές, τις οργανώσεις τους, και τελικά το επάγγελμα και τη φροντίδα υγείας (Doherty & Hunter, 2020),

Η δομική ενδυνάμωση των ΝΜ, με χρήση του ερωτηματολογίου CWEQ διερευνήθηκε σε διάφορους χώρους. Οι Bish et al. (2014), διερεύνησαν τις αντιλήψεις ΝΜ σε αγροτικά και περιφερειακά κέντρα υγείας στη Βικτώρια της Αυστραλίας, στη βάση της εικασίας ότι η ενίσχυση της νοσηλευτικής ηγεσίας στις αγροτικές υπηρεσίες υγείας μπορεί να γίνει και με την απόκτηση γνώσης σχετικά με τις αντιλήψεις των ΝΜ για τη δομική ενδυνάμωση. Στο δείγμα της έρευνας (n = 45), από ολόκληρη την αγροτική Βικτώρια, με τη χρήση του ερωτηματολογίου CWEQ-II φάνηκε ότι αυτή η κατηγορία των ΝΜ ήταν μέτρια ενδυναμωμένοι και όπως διαπιστώθηκε από τους ερευνητές, η έννοια της δομικής ενδυνάμωσης μπορεί να καταστεί χρήσιμη για την ενημέρωση των ηγετικών πρακτικών στις υπηρεσίες υγείας της υπαίθρου.

Για να διερευνηθούν τις σχέσεις μεταξύ των βαθμολογιών της δομικής και ψυχολογικής ενδυνάμωσης των ΝΜ και τις αντίστοιχες βαθμολογίες των υφισταμένων, όσον αφορά στη δομική ενδυνάμωση, καθώς και την αξιολόγηση των επιδόσεων των διευθυντικών στελεχών όσον αφορά στην ηγεσία και διοίκηση, οι Hagerman et al. (2017), διεξήγαγαν έρευνα σε πέντε σουηδικές κοινότητες. Τα 3 ερωτηματολόγια: *CWEQ-II* (για μέτρηση δομικής ενδυνάμωσης), *PES (Psychological Empowerment Scale)* (για μέτρηση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης), και *Leadership and Management Inventory – LaMI²⁰* (για μέτρηση των αντιλήψεων των υφισταμένων για τους μάνατζερ) απαντήθηκαν δύο φορές κατά τη διάρκεια διετούς περιόδου (2010 - 2012). Το δείγμα αποτελείτο από 56 μάνατζερ πρώτης γραμμής και 769 υφισταμένους που εργάζονται σε νοσοκομεία ή υπηρεσίες οικιακής βοήθειας. Η έρευνα, κατά την πρώτη χρονική στιγμή, προέβλεψε εν μέρει τη δομική ενδυνάμωση των ΝΜ και κατά τη δεύτερη χρονική στιγμή, την αξιολόγηση των επιδόσεων των διευθυντικών στελεχών. Οι αλλαγές με την πάροδο του χρόνου αποκάλυψαν εν μέρει, ότι όσο περισσότερη πρόσβαση είχαν οι μάνατζερ στη δομική ενδυνάμωση π.χ αύξηση με το πέρασμα του χρόνου, τόσο υψηλότερες ήταν οι αξιολογήσεις για τη δομική ενδυνάμωση και τη διαχείριση των επιδόσεων μεταξύ των υφισταμένων.

Καταληκτικά, οι Hagerman et al. (2017), συμπεραίνουν ότι τα ευρήματα της έρευνας τους ενισχύουν τις θεωρητικές προτάσεις που συνδέουν τη δομική ενδυνάμωση των ΝΜ με τη δομική ενδυνάμωση των υφισταμένων τους και τις εκτιμήσεις τους για τις επιδόσεις των ανώτερων στελεχών.

Δ. Ενδυνάμωση, εργασιακή δέσμευση, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα

Η εργασιακή δέσμευση θεωρείται ως αντίθεση της εξουθένωσης. Σε αντίθεση με εκείνους που έχουν εξουθένωση, οι εργαζόμενοι με εργασιακή δέσμευση έχουν γενικά μια αίσθηση ενεργητικής και αποτελεσματικής σύνδεσης με το έργο τους, αναφέρουν λιγότερα λάθη, έχουν λιγότερο συχνά εργατικά ατυχήματα και τραυματισμούς και είναι πιο καινοτόμοι στην εργασία τους (Rich et al., 2015).

Η αποδοτικότητα των εργασιών ενός νοσοκομείου συνδέεται άμεσα με την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών. Είναι αρκετές οι νοσηλευτικές υπηρεσίες υγείας

²⁰ Εργαλείο 28 στοιχείων για τη μέτρηση των δεξιοτήτων και ικανοτήτων των νοσηλευτών μάνατζερ πρώτης γραμμής. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα πέντε σημείων. Η συνολική βαθμολογία για την κλίμακα μετατρέπεται σε τιμές μεταξύ 20 και 100, συγκεντρώνοντας τις βαθμολογίες όλων των στοιχείων της κλίμακας, διαιρώντας με τη μέγιστη βαθμολογία και πολλαπλασιάζοντας με 100. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερα επίπεδα επιδόσεων διαχείρισης ηγεσίας (Hagerman et al., 2017).

που παρέχονται σε ένα νοσοκομείο. Οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά όχι μόνο την εικόνα ενός νοσοκομείου αλλά και τις αξιολογήσεις των χρηστών του. Στην πράξη, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής εργασίας σχετίζεται άμεσα με την αύξηση της ανταγωνιστικότητας του νοσοκομείου (Eo et al., 2014).

Οι Goedhart, et al. (2017), προχώρησαν σε μια ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση του μελετών που εξετάζουν άμεσες συσχετίσεις μεταξύ της δομικής ενδυνάμωσης των νοσηλευτών, της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας, της αποδοτικότητας και της κεντρικότητας (centeredness) της περίθαλψης των ασθενών σε νοσοκομεία. Οι δώδεκα συγχρονικές περιγραφικές μελέτες, που εξετάστηκαν και προέρχονταν από τη Βόρεια Αμερική, έδειξαν ποικιλία ποιοτικών αποτελεσμάτων και στατιστικών στοιχείων. Όλες οι μελέτες ανέφεραν θετικές συσχετίσεις μεταξύ της δομικής ενδυνάμωσης των νοσηλευτών και της ποιότητας φροντίδας (όπως αξιολογήθηκε από τους νοσηλευτές), του κλίματος ασφάλειας των ασθενών και της αποτελεσματικότητας της εργασίας και της μονάδας.

Αυτά τα αποτελέσματα επιτρέπουν στους ΝΜ να κάνουν καλύτερες επιλογές για βελτίωση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων. Οι ΝΜ χρειάζεται να αυξήσουν την πρόσβαση στην υποστήριξη και να αυξήσουν τις ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης για τους νοσηλευτές. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές που έχουν πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση παρέχουν υψηλού επιπέδου ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς αφού η δομική ενδυνάμωση συνδέεται περισσότερο με την αποτελεσματικότητα της εργασίας (Goedhart et al., 2017).

Διαχρονική μελέτη με νοσηλευτές (n = 545) από 49 μονάδες στο Οντάριο του Καναδά εξέτασε την αποτελεσματικότητα των μονάδων στη βάση των παραμέτρων: δομικής ενδυνάμωσης, της υποστήριξης της επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής, της αποτελεσματικότητας της εργασίας, της βασικής αυτοαξιολόγησης, της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και της ικανοποίησης από την εργασία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι: (i) Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη δομική ενδυνάμωση επηρέαζαν έμμεσα τις αντιλήψεις τους για την αποτελεσματικότητα της μονάδας, και (ii) η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζεται από ένα συνδυασμό ατομικών και συναφών παραγόντων που αποδεικνύουν χρησιμότητα στην εξέταση τόσο των πηγών ικανοποίησης των νοσηλευτών όσο και της εργασίας τους για τη δημιουργία αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντος. Η αποτελεσματικότητα της μονάδας συνδέθηκε επίσης στενά με την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών ένα χρόνο

αργότερα. Η υψηλότερη βασική αυτοαξιολόγηση συνδέθηκε με αυξημένη ψυχολογική ενδυνάμωση και στη συνέχεια, με υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία (Laschinger et al., 2011, 2014).

Με σκοπό τη δοκιμή ενός προγνωστικού μοντέλου που θα μπορούσε να προβλέψει και να εξηγήσει την αποτελεσματικότητα της εργασίας μεταξύ νοσηλευτών σε δυο τοπικά νοσοκομεία της Νοτίου Κορέας (Ulsan και Yangsan) οι Eo et al. (2014), συνέλεξαν δεδομένα από 340 νοσηλευτές με τη χρήση ερωτηματολογίων τα οποία αναλύθηκαν με τη χρήση Δομικού Μοντέλου Εξισώσεων (structural equation modelling). Η μελέτη διαπίστωσε αλληλεξαρτήσεις μεταξύ παραμέτρων όπως τα χαρακτηριστικά εργασίας, της μετασχηματιστικής ηγεσίας των NM, και της αποτελεσματικότητας της εργασίας. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η μετασχηματιστική ηγεσία των NM και η ενδυνάμωση πρέπει να χρησιμοποιούνται στρατηγικά για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα χαρακτηριστικά της εργασίας έχουν άμεσες και θετικές επιπτώσεις στην ενδυνάμωση. Επιπρόσθετα, τα χαρακτηριστικά της εργασίας, η μετασχηματιστική ηγεσία και η ενδυνάμωση βρέθηκαν να επηρεάζουν άμεσα και θετικά την αποτελεσματικότητα της εργασίας. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι τα χαρακτηριστικά απασχόλησης έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ενδυνάμωση και την αποτελεσματικότητα της εργασίας από ότι άλλοι παράγοντες. Εξάλλου, όπως έχει υποστηριχτεί από τους Trus et al. (2018), η ενδυνάμωση των συνθηκών εργασίας ενισχύει τα συναισθήματα της αυτοεκτίμησης και της αυτεπάρκειας.

Οι Wang & Liu (2015), διαπίστωσαν ότι μελέτες που είχαν προηγηθεί, είχαν αναγνωρίσει το θετικό αντίκτυπο που έχει το νοσηλευτικό περιβάλλον εργασίας και η ψυχολογική ενδυνάμωση στην εργασιακή δέσμευση. Διερεύνησαν την επίδραση του περιβάλλοντος επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής και της ψυχολογικής ενδυνάμωσης στην εργασιακή σχέση των νοσηλευτών υποδεικνύοντας ότι λίγα είναι γνωστά για τους μηχανισμούς που εξηγούν τους δεσμούς μεταξύ τους. Διαπίστωσαν ότι η εργασιακή αφοσίωση, το περιβάλλον επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής και η ψυχολογική ενδυνάμωση συσχετίζονταν θετικά μεταξύ τους, καθώς και με όλες τις διαστάσεις τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ περιβάλλοντος επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής, ψυχολογικής ενδυνάμωσης και εργασιακής δέσμευσης των νοσηλευτών. Επισημάνθηκε, η μεσολαβητική επίδραση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης, η οποία έδωσε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το περιβάλλον επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής επηρεάζει

τη δέσμευση. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία του περιβάλλοντος καλής επαγγελματικής πρακτικής και της αντίληψης των νοσηλευτών για τη ψυχολογική ενδυνάμωση στην αύξηση του επιπέδου εργασιακής δέσμευσης. Υποδηλώνουν τη διασφάλιση του υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος ώστε να ενισχύεται η αύξηση της εργασιακής δέσμευσης και να είναι υπάρχει διαθέσιμο επαρκές νοσηλευτικό προσωπικό και πόροι (Wang & Liu, 2015).

Με σκοπό να δοκιμάσουν ένα μοντέλο, στη βάση της θεωρίας της Kanter, που να συνδέει την ενδυνάμωση των νοσηλευτών με την εργασιακή δέσμευση και την έκβαση της υγείας, οι Laschinger & Finegan (2005), προχώρησαν σε ανάλυση υποσυνόλου δεδομένων από περιγραφική έρευνα συσχέτισης που διεξήχθη για να εξετάσει τη σχέση μεταξύ των νοσηλευτικών συνθηκών εργασίας και της φυσικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών. Με τυχαίο πληθυσμό στόχο (από σχετικό μητρώο) 500 νοσηλευτές που εργάζονταν σε αστικά νοσοκομεία στην επαρχία του Οντάριο (Καναδάς) και τελικό δείγμα $n = 285$ (57% ταχυδρομική ανταπόκριση) η μελέτη εστίασε με τη χρήση εργαλείων διάφορες συναφείς παραμέτρους για το σκοπό της έρευνας. Συγκεκριμένα, εξέτασε τη δομική ενδυνάμωση, την εργασιακή ζωή, τη συναισθηματική εξουθένωση και τη ψυχολογική υγεία.

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν ότι η ενδυνάμωση έχει αντίκτυπο στους τομείς του φόρτου εργασίας που θεωρούνται πρόδρομοι της εμπλοκής των εργαζομένων στην εργασία. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές στην πιο πάνω μελέτη θεώρησαν ότι ένας ενδυναμωμένος χώρος εργασίας είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερα επίπεδα ελέγχου στην εργασία τους, πιο διαχειρίσιμο φόρτο εργασίας, μεγαλύτερη επιβράβευση και αναγνώριση της συμβολής τους στην επίτευξη των οργανωσιακών στόχων, δίκαιες διαδικασίες σε ολόκληρο τον οργανισμό, καλύτερες εργασιακές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων και διοίκησης και μεγαλύτερη συνάφεια μεταξύ προσωπικών και οργανωτικών αξιών. Η σημαντική αυτή μελέτη παρέχει περαιτέρω υποστήριξη για τη θεωρία της Kanter και προσθέτει στις προηγούμενες γνώσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της ενδυνάμωσης των συνθηκών εργασίας στην υγεία των νοσηλευτών.

Οι Greco et al. (2006), προχώρησαν με έρευνα ώστε να δοκιμάσουν ένα μοντέλο, βασισμένο στη θεωρία της Kanter (1977, 1993), που να συνδέει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τις συμπεριφορές ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας των άμεσα προϊστάμενών τους, την προσαρμογή σε βασικούς τομείς της εργασιακής ζωής και την εργασιακή τους δέσμευση σε νοσοκομεία οξείας φροντίδας στο Οντάριο του Καναδά. Τα

ευρήματα τους υποστηρίζουν τις θεωρητικές προτάσεις της Kanter (1977, 1993), ότι δηλαδή οι οργανωσιακές δομές στο χώρο εργασίας είναι απαραίτητες για τη διαμόρφωση και ενίσχυση των εργασιακών εμπειριών και της εργασιακής ζωής των εργαζομένων. Υποστηρίχθηκε επίσης, ότι το μοντέλο στο οποίο ο αντίκτυπος της συμπεριφοράς ενδυνάμωσης των ηγετών στην εξουθένωση/δέσμευση ενισχύεται πλήρως από τη δομική ενδυνάμωση και ταιριάζει στους έξι τομείς της εργασιακής ζωής των Maslach και Leiter.²¹

E. Αντιλήψεις νοσηλευτών για την ενδυνάμωση

Οι ρόλοι των ΝΜ περιλαμβάνουν προκλήσεις λόγω των πολύπλοκων αναγκών των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού, τόσο στις κλινικές όσο και στις οργανωσιακές διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο διεπιστημονικό περιβάλλον της περίθαλψης. Λαμβάνοντας αυτά υπόψη, οι Van Bogaert et al. (2015), διεξήγαγαν μια ποιοτική μελέτη με τη χρήση ημιδομημένων συνεντεύξεων σε βέλγικο πανεπιστημιακό νοσοκομείο με σκοπό να μελετήσουν τις αντιλήψεις των ΝΜ, τις εμπειρίες της δομικής ενδυνάμωσης των νοσηλευτών (staff nurses) και τον αντίκτυπό τους στον ηγετικό ρόλο και στο στιλ των ΝΜ.

Οι οκτώ ΝΜ από το σκόπιμο δείγμα, το οποίο επέτρεψε να διερευνηθούν οι αντιλήψεις και εμπειρίες των μάνατζερ σε σχετικά όμοια περιβάλλοντα νοσηλευτικής πρακτικής, προέρχονταν από παθολογικά και χειρουργικά τμήματα του νοσοκομείου (με 600 κλίνες). Οι ΝΜ βρέθηκαν να είναι εξοικειωμένοι με τη δομική ενδυνάμωση των κλινικών νοσηλευτών στο νοσοκομείο και διατηρούσαν θετικές στάσεις σε ό,τι αφορά στην ενδυνάμωση. Ανέφεραν ότι η δομική ενδυνάμωση είχε θετικό αντίκτυπο στην επαγγελματική στάση των νοσηλευτών και στην ποιότητα της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών στις μονάδες τους, όπως αποδεικνύεται από την αυξημένη ευθύνη, την αυτονομία, τον κριτικό προβληματισμό και τις ενισχυμένες δεξιότητες επικοινωνίας. Οι αλλαγές στους διοικητικούς ρόλους δημιούργησαν διλήμματα στην καθημερινή πρακτική όσον αφορά το στιλ ηγεσίας. Οι σαφείς οργανωσιακοί στόχοι και η ειδική υποστήριξη τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους ΝΜ θεωρήθηκαν

²¹ Οι Leiter και Maslach (1999, 2004) έχουν καθορίσει έξι τομείς της εργασιακής ζωής: α) φόρτος εργασίας (workload), β) έλεγχος (control), γ) επιβράβευση (reward), δ) εργασιακή κοινότητα (community), ε) δικαιοσύνη (fairness) και στ) αξίες (values) και υποστηρίζουν ότι μια αναντιστοιχία μεταξύ των ανθρώπων και των εργασιακών τους συνθηκών σε ορισμένους ή σε όλους από αυτούς συμβάλλει στην εξουθένωση και υποστηρίζουν ότι η εργασιακή δέσμευση είναι ο «θετικός αντίποδας της εξουθένωσης» και χαρακτηρίζεται από ενέργεια, εμπλοκή και θετική αποτελεσματικότητα που προκύπτει από μια αντιστοιχία μεταξύ του ατόμου και των έξι τομέων της επαγγελματικής ζωής.

απαραίτητοι για τη διατήρηση ενός ενδυναμωμένου περιβάλλοντος πρακτικής, εξασφαλίζοντας έτσι τη βέλτιστη φροντίδα.

Στην έρευνα των DeVivo et al. (2013), οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήματα επειγόντων περιστατικών σε 6 νοσοκομεία στις ανατολικές Ηνωμένες Πολιτείες εξετάστηκαν αναφορικά με τις αντιλήψεις τους για την ενδυνάμωση. Από τους 240 εγγεγραμμένους νοσηλευτές που είχαν επιλεγθεί για διερεύνηση λήφθηκαν 167 απαντήσεις (71% ανταπόκριση). Η έρευνα διεξάχθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου CWEQ-II, του οποίου η αξιοπιστία αξιολογήθηκε με Cronbach $\alpha = 0,90$. Η συνολική βαθμολογία δομικής ενδυνάμωσης (άθροισμα MT για τις 6 υποκλίμακες) ήταν 21,25 και κρίνεται ως μέτρια. Το μέτριο επίπεδο ενδυνάμωσης σε αυτό το δείγμα μπορεί να αποδοθεί κατά τους συγγραφείς, στις ευκαιρίες συμμετοχής των νοσηλευτών του δείγματος οι οποίοι καταληκτικά εισηγούνται ότι οι NM θα χρειάζεται να ξεκινήσουν προγράμματα επικεντρωμένα στην ενίσχυση των αντιλήψεων των νοσηλευτών σε σχέση με την ενδυνάμωση.

Με σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων και των εμπειριών των νοσηλευτών σχετικά με τη δομική ενδυνάμωση και τις αντιλήψεις σε ό,τι αφορά στο βαθμό με τον οποίο αυτή υποστηρίζει την ασφαλή φροντίδα των ασθενών οι Van Bogaert et al. (2016), προχώρησαν με τη διεξαγωγή σχετικής ποιοτικής έρευνας μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων ώστε να αναδειχθεί η αντιμετώπιση των περίπλοκων αναγκών των ασθενών, η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στις κλινικές και οργανωτικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο πλαίσιο διεπιστημονικών περιόδων φροντίδας. Το δείγμα αποτέλεσαν 11 νοσηλευτές (παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων) από πανεπιστημιακό νοσοκομείο 600 κλινών του Βελγίου κατά τη διάρκεια που αυτό ετύγχανε μετατροπής από την κλασική ιεραρχική δομή διοίκησης σε επίπεδο διεπιστημονικού μοντέλου. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν τη δομική ενδυνάμωση και ήταν πρόθυμοι να συμμετάσχουν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων κυρίως για την περίθαλψη των ασθενών στο πλαίσιο της παροχής φροντίδας στην μονάδα τους. Ωστόσο, φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες δεν γνώριζαν σε κάθε περίπτωση τις προκλήσεις και την επίδραση της ενδυνάμωσης στην καθημερινή τους πρακτική, την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. Η σημαντικότητα της έρευνας αυτής έγκειται στο γεγονός ότι διεξήχθη κάτω από εξελισσόμενες συνθήκες αλλαγών που υποστήριζαν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για ορισμένα θέματα, παρόλο που διατηρείτο η κλασική ιεραρχική και τμηματική διαδικασία για κάποιες

αποφάσεις. Οι νοσηλευτές αναγνώρισαν τις ευκαιρίες δομικής ενδυνάμωσης που παρέχονταν στην καθημερινή τους πρακτική και θεωρούσαν τους NM και το ενδομηματικό εργασιακό κλίμα ως κρίσιμους παράγοντες για επιτυχία, ενώ η έλλειψη χρόνου και οι απαιτήσεις εργασίας θεωρήθηκαν εμπόδια στην ενδυνάμωση.

Εξάλλου, οι νοσηλευτές που αισθάνονται ότι οι προσπάθειές τους αναγνωρίζονται και επιβραβεύονται είναι πιο πιθανό να αισθάνονται σεβασμό στο χώρο εργασίας τους. Καθώς τα αισθήματα για το σεβασμό των νοσηλευτών συνδέονται με την ικανοποίηση τόσο των ιδίων όσο και της εργασίας τους και της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, είναι σαφές ότι αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τους νοσηλευτές και το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης συνολικά (Laschinger & Finegan, 2005a; Faulkner & Laschinger, 2008).

ΣΤ. Ενδυνάμωση και ανισορροπία προσπάθειας - επιβράβευσης

Η έλλειψη πόρων αυξάνει το φόρτο εργασίας και την προσπάθεια που καταβάλλεται. Οι νοσηλευτές αισθάνονται, όταν ο οργανισμός τους παρέχει τους απαραίτητους πόρους, ότι το έργο τους εκτιμάται και έτσι αισθάνονται επιβράβευση για τις προσπάθειές τους. Η παροχή πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση στο χώρο εργασίας, ιδιαίτερα σε κατάλληλους πόρους, επιτρέπει στους νοσηλευτές που εμπλέκονται άμεσα στην φροντίδα των ασθενών να αισθάνονται ότι οι προσπάθειές τους μπορούν να υλοποιηθούν με επιτυχία. Αυτή η αντίληψη μειώνει την πιθανότητα συναισθηματικής δυσφορίας στην εργασία (Kinga et al., 2004).

Η προσπάθεια στην εργασία θα πρέπει να συνοδεύεται από κατάλληλη επιβράβευση για προώθηση της αυτεπάρκειας και της αυτοεκτίμησης των εργαζομένων και για την πρόληψη του άγχους. Όταν δεν συμβαίνει αυτό, υπάρχει μια ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας και επιβράβευσης (effort–reward imbalance), την οποία ο Siegrist (1996), έχει συνδέσει με αρνητικά αποτελέσματα υγείας των εργαζομένων. Στο μοντέλο του *Effort Reward Imbalance*, η εξωτερική προσπάθεια αναφέρεται σε εργασιακές απαιτήσεις και υποχρεώσεις. Οι επιβραβεύσεις για τις προσπάθειες που καταβάλλονται στην εργασία συνίστανται σε χρήματα, εκτίμηση και έλεγχο της κατάστασης (συμπεριλαμβανομένων της προώθησης προοπτικών και της ασφάλειας στην απασχόληση). Οι επιβραβεύσεις είναι σημαντικοί παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας, καθώς οι αμοιβές περιορίζονται από την εργασιακή αστάθεια, την υποαπασχόληση, τον πλεονασμό, την απόλυση και την υποχρεωτική μετακίνηση (Siegrist, 1996).

Παραδοσιακά, η επιβράβευση είναι λιγότερο σημαντική πηγή ευκαιριών εκτός αν συνδυάζεται με την προαγωγή η οποία αντανακλάται στο ρυθμό προαγωγών, και ανέλιξης κλιμάκων καθώς και στο εύρος και τη διάρκεια της σταδιοδρομίας που προσφέρει η θέση στο άτομο. Τα άτομα που έχουν υψηλό επίπεδο ευκαιριών είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, υψηλότερες φιλοδοξίες και μεγαλύτερη δέσμευση στον οργανισμό. Αυτά τα άτομα τείνουν να είναι πιο ανταγωνιστικά, να προσελκύονται περισσότερο από ισχυρούς ανθρώπους και να θεωρούν τον εαυτό τους ως μέρος του μεγαλύτερου οργανισμού. Αντίθετα, τα άτομα που στερούνται ευκαιριών σε μια θέση τείνουν να έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, χαμηλότερες φιλοδοξίες και λιγότερη δέσμευση. Αυτά τα άτομα τείνουν να αποσυρθούν από την ευθύνη και να στραφούν προς τους συναδέλφους τους για επιδοκιμασία και κοινωνική αναγνώριση, αντί στον οργανισμό. Επιπλέον, είναι πιο πιθανό να είναι επικριτικοί απέναντι σε άτομα με περισσότερη ισχύ και λιγότερο πιθανό να αγκαλιάσουν τις αλλαγές και να ασχοληθούν με τη βασική επιβίωση και τις εξωτερικές επιβραβεύσεις (Kanter, 1993).

Επιπρόσθετα, μια ανισορροπία μεταξύ προσπάθειας - επιβράβευσης οδηγεί σε «συναισθηματική δυσφορία» που χαρακτηρίζεται από ένταση και αισθήματα απειλής, θυμού και κατάθλιψης. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται όταν συνοδεύεται από εργασιακή αστάθεια, υποχρεωτική αλλαγή εργασίας, ή έλλειψη προοπτικών. Έτσι, μια απαιτητική, ασταθής δουλειά, με υψηλές προσδοκίες απόδοσης και λίγες προωθητικές προοπτικές, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, ιδιαίτερα για τα άτομα με υψηλά επίπεδα δέσμευσης (Siegrist, 1996).

Η πρόσβαση στις πληροφορίες, η υποστήριξη, οι ευκαιρίες και οι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε μια ευνοϊκότερη αντιστοιχία μεταξύ προσπάθειας - επιβράβευσης και να αποτρέψουν αυτή την ανισορροπία. Η οργανωσιακή ενδυνάμωση μπορεί να είναι μια χρήσιμη στρατηγική για τη μείωση αυτής της πηγής ανισορροπίας. Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την πρόσβαση στους πόρους διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο ποσό βιώνουν οι νοσηλευτές την ανισορροπία προσπάθειας – επιβράβευσης (Kinga et al., 2004).

Ζ. Σχέσεις δομικής και ψυχολογικής ενδυνάμωσης

Με σκοπό να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ δομικής και ψυχολογικής ενδυνάμωσης και οι επιπτώσεις τους στις αντιλήψεις των νοσηλευτών όσον αφορά στο σεβασμό προς τους ίδιους, οι Faulkner & Laschinger (2008), προχώρησαν σε δευτερογενή ανάλυση δεδομένων (με τη χρήση ερωτηματολογίων που στάλθηκαν ταχυδρομικώς) από μια

ευρύτερη μελέτη σε 500 τυχαία επιλεγμένους νοσηλευτές σε νοσοκομεία του Καναδά. Μέσω ενός μη πειραματικού σχεδιασμού προχώρησαν, στην εξέταση ενός μοντέλου που προέκυψε από την θεωρία της Kanter για την εργασιακή ενδυνάμωση. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: το CWEQ-II (για μέτρηση της δομικής ενδυνάμωσης), το PEQ (Psychological Empowerment Questionnaire) για μέτρηση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και, για μέτρηση του αντιλαμβανόμενου σεβασμού (που τυγχάνουν οι νοσηλευτές), με κάποια τροποποίηση, το ERI²² (*Esteem Subscale of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire*). Τόσο οι δομικές όσο και οι ψυχολογικές μεταβλητές αποτέλεσαν σημαντικούς ανεξάρτητους παράγοντες πρόβλεψης του σεβασμού. Τα ευρήματα υποστηρίζουν τη θεωρία της Kanter αφού οι νοσηλευτές που θεωρούν ότι έχουν ενδυνάμωση (δομική και ψυχολογική) είναι πιο πιθανό να αισθάνονται σεβαστοί στο χώρο εργασίας. Οι νοσηλευτές ανέφεραν μέτρια επίπεδα δομικής και ψυχολογικής ενδυνάμωσης και ότι βίωναν μέτρια επίπεδα σεβασμού από τους μάντζερ και τους συναδέλφους. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι οι εργαζόμενοι που έχουν πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση στο χώρο εργασίας έχουν πιο θετική στάση απέναντι στο έργο τους, και στην περίπτωση αυτή, αισθήματα προσωπικής ενδυνάμωσης και σεβασμού. Η δομική ενδυνάμωση αποτέλεσε ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τον προσδιορισμό του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν το σεβασμό στο πλαίσιο της εργασίας τους.

Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τους ΝΜ οι οποίοι μπορούν να δημιουργήσουν συνθήκες ενδυνάμωσης, προωθώντας καλές εργασιακές σχέσεις και υποστηρίζοντας το προσωπικό, ενισχύοντας έτσι τα αισθήματα της αυτονομίας, του αντίκτυπου και τελικά, την ενίσχυση των νοσηλευτών και της αίσθησης σεβασμού.

2.3 ΙΣΧΥΣ

2.3.1 Ορισμός

Ο αγγλικός όρος *power* μεταφράζεται στην ελληνική ως *δύναμη* και *ισχύς* και αποδίδεται μεταξύ άλλων, ως «η ικανότητα να παράγει κανείς ορισμένο έργο, να επιτελεί ορισμένη

²² Το μοντέλο ERI έχει λειτουργήσει ως ένα τυποποιημένο μέτρο αυτοεξέτασης που αποτελείται από τρεις ψυχομετρικές κλίμακες: προσπάθεια, επιβράβευση και δέσμευση. Υπάρχουν δύο εκδόσεις του ερωτηματολογίου ERI, η αρχική ή η μακροσκελής έκδοση, η οποία αποτελείται από 22 στοιχεία κλίμακας Likert και η σύντομη έκδοση 16 στοιχείων. Η σύντομη έκδοση του αρχικού ερωτηματολογίου εφαρμόζεται ευκολότερα σε μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες. Οι ερωτηθέντες εκτιμούν το βαθμό σεβασμού τους από τους ανώτερους, τους συναδέλφους καθώς και το γενικό σεβασμό στο χώρο εργασίας σε κλίμακα Likert επτά βαθμών. Οι υψηλότεροι βαθμοί αντιλαμβανόμενου σεβασμού υποδεικνύονται από υψηλότερες βαθμολογίες. Οι συνολικές βαθμολογίες σεβασμού καθορίζονται αθροίζοντας και εκτιμώντας κατά μέσο όρο τα τρία στοιχεία (εύρος 1-7) Siegrist, et al (2014).

λειτουργία» και συνεκδοχικά «ως επίδραση πάνω σε άλλον ή άσκηση καθοριστικής επίδρασης» (Μπαμπινιώτης, 1998, σ. 535). Στην ελληνική βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται οι όροι *δύναμη*, *ισχύς* και *εξουσία* ως απόδοση στα ελληνικά του όρου power. Στην παρούσα εργασία ο όρος *power* χρησιμοποιείται με την έννοια που του αποδόθηκε από την Kanter (1993) και στην ελληνική χρησιμοποιείται εναλλακτικά ως *ισχύς* ή ως *δύναμη*.

2.3.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

Η Kanter (1993, σ. 166) χρησιμοποιεί τον όρο *ισχύς* (*power*) υπό μια έννοια που την διακρίνει από την ιεραρχική εξουσία. Η *ισχύς* είναι η ικανότητα να επιτυγχάνουμε πράγματα, να κινητοποιούμε πόρους, να παίρνουμε και να χρησιμοποιούμε ό,τι χρειάζεται ένα άτομο για τους στόχους που προσπαθεί να επιτύχει. Η *ισχύς* αφορά στη δικαιοδοσία των ατόμων να κάνουν πράγματα και πηγάζει από τη θέση που κατέχει ένα άτομο στον οργανισμό. Στο βιβλίο της "*Men and Women of the Corporation*", η Kanter (1993), υποστηρίζει ότι η *ισχύς* σε οργανισμούς προέρχεται από τις δομικές συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον και όχι από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή από τα αποτελέσματα κοινωνικοποίησης.

Σύμφωνα με την Kanter (1993), οι άνθρωποι μπορούν να αποκτήσουν *ισχύ* όταν κάνουν τα σωστά πράγματα και όταν αναπτύσσουν κατάλληλες σχέσεις. Μέσα στα πλαίσια διεκπεραίωσης των σωστών πραγμάτων η *δύναμη* των ανθρώπων αυξάνεται μέσω ασυνήθων καθώς και μέσω εμφανών εργασιών (δραστηριοτήτων). Στα πλαίσια ανάπτυξης κατάλληλων σχέσεων, εάν οι διαπροσωπικές σχέσεις αναπτύσσονται και διατηρούνται από τα άτομα (ανώτεροι, υφιστάμενοι ή συνάδελφοι), τότε υπάρχει συμβολή στην ανάπτυξη της προσωπικής *ισχύος*.

Σύμφωνα με τη θεωρία της, η *ισχύς* προέρχεται από επίσημες και ανεπίσημες πηγές. Η επίσημη *ισχύς* συνιστά το βαθμό της διακριτικής απόφασης που λαμβάνει κάποιος στο χώρο εργασίας (αυτονομία) ενώ η ανεπίσημη *ισχύς* αναφέρεται στην κοινωνική υποστήριξη και την επικοινωνία που έχει κάποιος στο χώρο εργασίας. Η επίσημη *ισχύς*, βρίσκεται σε θέσεις εργασίας που είναι εμφανείς και κεντρικές στο σκοπό του οργανισμού και επιτρέπουν τη διακριτική ευχέρεια στη λήψη αποφάσεων. Εκτός από τις επαγγελματικές δραστηριότητες υψηλού προφίλ, τα άτομα αντλούν *δύναμη* από τις συμμαχίες που σχηματίζουν εντός του οργανισμού με ανώτερους και συναδέλφους, καθώς και με υφισταμένους (Kanter, 1993).

Η Kanter (1979), θεωρεί την ισχύ ως την «ικανότητα κινητοποίησης πόρων για να επιτύχει κανείς πράγματα» και υποστηρίζει ότι η εντολή της διοίκησης είναι να δημιουργηθούν συνθήκες για την αποτελεσματικότητα της εργασίας. Παρομοιάζει την ισχύ με ένα ηλεκτρικό κύκλωμα για να περιγράψει πώς επιτυγχάνεται και διατηρείται η παραγωγική ισχύς στη ρύθμιση της εργασίας. Η ισχύς είναι «ενεργοποιημένη» όταν οι εργαζόμενοι έχουν πρόσβαση σε: (i) γραμμές πληροφόρησης, (ii) υποστήριξης, (iii) σε πόρους και, (iv) σε συνεχείς ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης. Όταν αυτές οι γραμμές ή οι πηγές ενέργειας δεν είναι διαθέσιμες, η ενέργεια είναι απενεργοποιημένη και η επίτευξη αποτελεσματικής εργασίας είναι αδύνατη. Αυτές οι γραμμές ισχύος είναι πηγές δομικής ενδυνάμωσης μέσα στον οργανισμό.

Η πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση αυξάνεται με την πρόσβαση των ατόμων στην επίσημη και στην ανεπίσημη ισχύ. Την επίσημη ισχύ συνοδεύει μια ευέλικτη, εμφανής, κεντρική δουλειά στον οργανισμό ενώ η επίσημη ισχύς εδραιώνεται μέσω σχέσεων και συμμαχιών με υφισταμένους, συναδέλφους και ηγέτες. Ωστόσο, η πρόσβαση σε αυτές τις κατηγορίες και στην εξουσία εξαρτάται από τη θέση του ατόμου στην οργανωσιακή ιεραρχία (Manojlovich, 2007).

Τα άτομα με επίσημη και ανεπίσημη ισχύ είναι σε θέση να αποκτήσουν πρόσβαση σε στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση της εργασίας που τους επιτρέπουν να ολοκληρώσουν τη δουλειά τους (Hauck et al., 2011). Για τους ανθρώπους που ονομάζονται «ηγέτες», η ισχύς υποτίθεται ότι αποτελεί αυτόματα και μέρος της λειτουργίας τους. Τους δίνονται οι επίσημοι ηγετικοί τίτλοι (διευθυντής, μάνατζερ, επόπτης) και αναμένεται να βοηθήσουν στην κινητοποίηση άλλων προς την προσπάθεια επίτευξης στόχων. Έχουν ευθύνη για τα αποτελέσματα και είναι υπόλογοι για το τι γίνεται. Αλλά ως γνωστό, η ισχύς δεν συνοδεύεται απαραίτητα με τον ορισμό των ηγετών, και την ανάθεση επίσημης εξουσίας. Οι άνθρωποι συχνά πρέπει να αντλήσουν την ισχύ όχι από την επίσημη δομή του οργανισμού αλλά από πιο κεκαλυμμένες πολιτικές διαδικασίες (Kanter 1993, σελ. 165).

Η ισχύς δυνατό να πηγάζει από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου και τη θέση του στον οργανισμό. Ως εκ τούτου διακρίνεται σε *ισχύ θέσης* (position power) και *προσωπική ισχύ* (personal power). Η δε *νόμιμη ισχύς* (legitimate power) παραχωρεί εξουσία και δίνει τη δυνατότητα σε κάποιον να υποχρεώνει τα άτομα να λειτουργούν και να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένο τρόπο (Μερκούρης, 2008). Η επίσημη εξουσία και η *νόμιμη δύναμη*, κατά τον Χυτήρη (2001), είναι το ίδιο πράγμα. Η εξουσία,

προσδιορίζεται ως νόμιμη δύναμη (ισχύς) και παρέχεται στο άτομο από τον οργανισμό ή τα κοινωνικά έθιμα και υποστηρίζεται από τη νομιμότητα.

Ο ηγέτης έχει ισχύ και τη χρησιμοποιεί για επίτευξη των στόχων του. Αποτελεί δηλαδή το μέσο για επίτευξη στόχων. Ο ηγέτης επηρεάζει τους υφισταμένους ή τα μέλη ενός συνόλου που ηγείται και έχει τους ίδιους στόχους μαζί τους, ωστόσο η ισχύς μπορεί να έχει αντιστροφή κατεύθυνση. Ο σκοπός άσκησης της ισχύος είναι η επίτευξη αποτελέσματος σύγκρισης, η απόκτηση πληροφόρησης, η κινητοποίηση, η επικοινωνία και η βελτίωση των διαδικασιών (Μερκούρης, 2008).

Με αναφορά στον ορισμό της ισχύος από τον κοινωνιολόγο Max Weber, ο Χυτήρης (2001, σ. 291) επισημαίνει τα πιο κάτω:

- *Δύναμη είναι η ικανότητα να επηρεάζεις τους άλλους. Τα άτομα μπορούν να κατέχουν δύναμη ανεξάρτητα αν την χρησιμοποιούν ή όχι. Αυτή καλείται θεωρητική δύναμη (ή λανθάνουσα).*
- *Τα άτομα κατέχουν δύναμη μόνο στην έκταση που οι άλλοι διακρίνουν ότι (τα άτομα αυτά) κατέχουν δύναμη.*
- *Η δύναμη μέσα στους οργανισμούς αποκτάται, και τα άτομα (θεωρητικά) μπορούν να αυξάνουν ή να μειώνουν τη βάση της δύναμής τους.*

Μέσα στους οργανισμούς η ισχύς προέρχεται από δομικές συνθήκες και όχι από τα προσωπικά χαρακτηριστικά ή τις επιπτώσεις της κοινωνικοποίησης, είναι σχετική και καθορίζει τη συμπεριφορά και την αντίληψη της ικανότητας των ανθρώπων σε διαφορετικά ιεραρχικά επίπεδα (Laschinger, 1996). Στις γραφειοκρατικές διοικήσεις, η ισχύς και η ηγεσία προέρχονται από μία θέση στον οργανισμό. Οι άνθρωποι πρέπει να εργάζονται μαζί αλλά και μέσω άλλων για να κατέχουν αυτή την ισχύ (Kanter, 1993).

Σε σχέση με τη νοσηλευτική, η Benner (2001), υποστηρίζει ότι η ισχύς, μέσω σχέσεων και φροντίδας, αποτελεί τον πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής. Όταν οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα, την ενσυναίσθηση και τη συμπόνια ως συστατικά της ενδυνάμωσης, τότε είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν και να αποδεχθούν την ισχύ ως μέρος της πρακτικής τους.

Η ισχύς κυριαρχεί σε κάθε συναλλαγή μεταξύ των ανθρώπων. «*Ορίζεται ως η ικανότητα (δυνατότητα) του A να επηρεάζει τη συμπεριφορά του B, έτσι ώστε ο B να κάνει πράγματα που δεν θα έκανε σε διαφορετική περίπτωση. Αυτός ο ορισμός εμπεριέχει τρία σημαντικά στοιχεία: τη δυνατότητα, μία σχέση εξάρτησης μεταξύ A και B, και την υπόθεση ότι ο B έχει κάποια αυτονομία στη λήψη της απόφασης*» (Μερκούρης, 2008 σ. 176).

Η ισχύς μέσα στον οργανισμό πηγάζει από τις γραμμές πληροφόρησης, της υποστήριξης και των πόρων. Βασικοί τομείς παρέμβασης περιλαμβάνουν διαδικασίες που επηρεάζουν τη γραφειοκρατία, τη ροή πληροφοριών από ηγέτες νοσηλευτών και την αναγνώριση για την καινοτομία (DeVivo et al., 2013).

Από τη βιβλιογραφία διαφάνηκε ότι η ισχύς στο χώρο εργασίας κατηγοριοποιείται σε πολλές διαφορετικές μορφές και οι ηγέτες χρειάζεται να μάθουν πώς να χειρίζονται τον κάθε τύπο ισχύος για επίτευξη των στόχων. Γίνεται αναφορά σε: (i) *ισχύ ανταμοιβής* (reward power), (ii) *ισχύ τιμωρίας* (punishment power), (iii) *ισχύ ειδικού* (expert power), (iv) *ισχύ θαυμασμού* (referent power), (v) *ισχύ πληροφορίας* (informational power) και (vi) *ισχύ αναφοράς σε άλλον* (connection power) (Χυτήρης, 2001; Μπουραντάς, 2005; Μερκούρης 2008; Giang, 2013). Επιπρόσθετα η *εξουσία κύρους* (image power) αναφέρεται στην περίπτωση που κάποιος δεν διαθέτει επίσημη εξουσία όμως εκτιμάται από τους άλλους ότι έχει και αυτό γίνεται στη βάση της εικόνας που εκπέμπει (Μερκούρης, 2008).

2.3.3 Ερευνητικά δεδομένα

Βαθμός ισχύος

Όταν οι εργασίες σχεδιάζονται με τρόπο ώστε να υπάρχει μεγάλη αυτοπεποίθηση ή ευελιξία όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο επιτυγχάνεται η εργασία, είναι σημαντικές για τον γενικό σκοπό του οργανισμού και είναι ιδιαίτερα ορατές διαθέτοντας *υψηλή επίσημη ισχύ*. Όταν ενθαρρύνονται δυνατές σχέσεις μεταξύ ανώτερων, συναδέλφων και υφισταμένων στο πλαίσιο του εργασιακού περιβάλλοντος, οι συμμαχίες που προκύπτουν παρέχουν ανεπίσημη ισχύ. Τα υψηλά επίπεδα επίσημης και ανεπίσημης ισχύος διευκολύνουν την πρόσβαση στις γραμμές ισχύος και ευκαιριών και επιτρέπουν στους υπαλλήλους να ολοκληρώνουν το έργο τους με ουσιαστικό τρόπο (Kanter, 1993).

Συσχέτιση ισχύος με δημογραφικούς παράγοντες

Από την ερευνητική βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι δημογραφικοί και άλλοι παράγοντες συμβάλλουν στην αντιλαμβανόμενη ισχύ των νοσηλευτών και των ΝΜ.

Όταν δεν υπάρχει ουσιαστική εμπλοκή των νοσηλευτών με τον ΝΜ, η ισχύς διαβιβάζεται στους νοσηλευτές μέσω θεσμικών πρακτικών. Όταν οι ΝΜ παρέχουν καθοδήγηση και αντιμετωπίζουν τους νοσηλευτές ως συνεργάτες, η ισχύς διαμοιράζεται και οι

νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν θετικά τα αποτελέσματα έκβασης των ασθενών (Udod, 2012).

Η έρευνα των Peltomaa et al. (2013), με τη χρήση του ερωτηματολογίου SKAGOO (*Sieloff-King Assessment of Group Outcome Attainment within Organizations*), με δείγμα 289 Φινλανδούς νοσηλευτές, έδειξε ότι η ηλικία, ο τύπος εργοδότησης (πλήρης ή μερική απασχόληση) και η εργασιακή εμπειρία, είχαν αντίκτυπο στον τρόπο αντίληψης της νοσηλευτικής ομάδας. Συγκεκριμένα, υπήρχαν πολλές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών μεταβλητών και της ομαδικής νοσηλευτικής ισχύος. Όσον αφορά το ρόλο της ομάδας στην παροχή και το συντονισμό της φροντίδας, καθοδήγησης και ανάπτυξης στόχων της ομάδας, οι νοσηλευτές ηλικίας κάτω των 30 χρονών φάνηκε ότι αντιλαμβάνονταν υψηλότερα επίπεδα ομαδικής ισχύος από τους νοσηλευτές ηλικίας 31 - 40 ετών ($p = 0,003$).

Μια επίσης εμφανής στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ της εκπαίδευσης των νοσηλευτών και των αντιλήψεών τους για το επίπεδο ισχύος της ομάδας τους αναφορικά με την υποκλίμακα της επικοινωνιακής ικανότητας ($p = 0,014$). Σε σχέση με τον τύπο απασχόλησης των νοσηλευτών (πλήρους ή μερικής απασχόλησης) φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται με μερική απασχόληση αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ισχύος της ομάδας σε σχέση με την εποπτική τους ισχύ από τους νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης ($p = 0,004$). Επιπλέον, οι νοσηλευτές με μερική απασχόληση αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ισχύος της ομάδας σε σχέση με τους πόρους ($p = 0,003$) και τις περιβαλλοντικές δυνάμεις ($p = 0,033$) σε σύγκριση με τους νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές πλήρους απασχόλησης έδειξαν να αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ομαδικής ισχύος σε σχέση με την επίτευξη των στόχων της νοσηλευτικής ομάδας από τους νοσηλευτές με μερική απασχόληση ($p = 0,024$). Οι νοσηλευτές με χαμηλή επαγγελματική εμπειρία (1 - 4 χρόνια) αντιλαμβάνονταν υψηλότερα επίπεδα ομαδικής ισχύος σε σχέση με τις περιβαλλοντικές δυνάμεις, το ρόλο και την εξουσία των εποπτικών αρχών σε σύγκριση με τους νοσηλευτές που είχαν περισσότερα χρόνια εργασιακής εμπειρίας. Η εργασιακή εμπειρία στην ίδια μονάδα εργασίας είχε επίσης μια στατιστικά σημαντική σχέση με το ρόλο ($p = 0,022$) και τις περιβαλλοντικές δυνάμεις ($p = 0,002$).

Στην μελέτη των Trus et al. (2018), φάνηκε ότι οι λόγοι που συμβάλουν στο επίπεδο της αντιλαμβανόμενης ισχύος των ΝΜ οφείλονται σε αρκετούς παράγοντες. Ειδικότερα η συνολική ισχύς συσχετιζόταν με την εργασιακή εμπειρία σε διοικητική θέση (μάνατζερ).

Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την ηλικία, την εργασιακή νοσηλευτική εμπειρία και τις ομιλούμενες γλώσσες. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ΝΜ με περισσότερη επαγγελματική νοσηλευτική εμπειρία έχουν χαμηλότερη ικανότητα να ξεκινήσουν καινοτόμες αλλαγές χωρίς να περάσουν από μια πολυεπίπεδη διαδικασία έγκρισης. Επίσης φάνηκε ότι οι μάνατζερ κάτοχοι μεταπτυχιακού (μάστερ) είχαν υψηλότερη ισχύ από αυτούς με χαμηλότερου επιπέδου ακαδημαϊκή εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενης ισχύος και της ηλικίας ($p = 0,004$), της επαγγελματικής νοσηλευτικής εμπειρίας ($p = 0,002$), της εργασιακής εμπειρίας στην τρέχουσα μονάδα εργασίας ($p = 0,011$) και της εργασιακής εμπειρίας ως μάνατζερ ($p = 0,002$) και την εργασιακή εμπειρία ως νοσηλευτικός προϊστάμενος ($p = 0,002$).

Συσχέτιση ισχύος με άλλες έννοιες

Η ισχύς διαθέτει και μια συναισθηματική διάσταση επειδή οι άνθρωποι μπορεί να κατηγορηθούν ότι στην προσπάθειά τους να πετύχουν αυτό που θέλουν, έχουν ανήθικη συμπεριφορά. Ωστόσο, για να αποφασίσει κανείς κατά πόσο η χρήση της ισχύος είναι ηθική ή ανήθικη θα πρέπει να αξιολογήσει τις προσωπικές του αξίες. Ανεξάρτητα όμως, η δύναμη, η επιρροή και η πολιτική στους οργανισμούς είναι αναπόφευκτα στοιχεία αλλά κάποιες φορές και ωφέλιμα τόσο για τον οργανισμό όσο και τα άτομα. Τα θέματα της ισχύος και των πολιτικών διεργασιών προσδίδουν έναν τρόπο μελέτης των οργανισμών και των επιχειρήσεων διαφορετικό από αυτόν που βασίζεται στον ορθολογισμό και την αποτελεσματικότητα (Χυτήρης, 2001).

Πέραν από την προσωπική ισχύ στους οργανισμούς, υπάρχει και η ισχύς των ομάδων των εργαζομένων και η τμηματική ισχύς (δύναμη ενός τμήματος του οργανισμού). Τα τμήματα και οι ομάδες αποκτούν ισχύ στον οργανισμό μέσω: (i) ελέγχου των πόρων, (ii) ελέγχου στρατηγικών λειτουργιών, (iii) αντιμετώπισης της αβεβαιότητας, (iv) δημιουργίας συνθηκών αναντικατάστατου και, (v) εκτέλεσης βασικών λειτουργιών (Χυτήρης, 2001).

Η επίσημη ισχύς περιλαμβάνει την πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση και διευκολύνεται από τα τυπικά χαρακτηριστικά της εργασίας, όπως η διαφάνεια, η καινοτομία, η ευελιξία και οι δεξιότητες δημιουργικής και κριτικής σκέψης (Stewart et al., 2010). Η επίσημη ισχύς, μέσω της δικτύωσης, και οι αποτελεσματικές σχέσεις συνεργασίας καθώς και η υποστήριξη από τους μάνατζερ, τους συναδέλφους και άλλους επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικές για τις αντιλήψεις σεβασμού, όπως και

για την επαγγελματική αυτονομία (Laschinger & Finegan, 2005a; Faulkner & Laschinger, 2008).

2.4 ΤΑΣΗ ΦΥΓΗΣ

2.4.1 Ορισμός

Για σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιείται κυρίως ο όρος «*τάση φυγής*» αντί του όρου «*κινητικότητα*²³» που συνήθως μεταφράζεται από τον αγγλικό όρο «*turnover*» ο οποίος ερμηνεύεται ως η πρόθεση των νοσηλευτών για μελλοντική εγκατάλειψη ή φυγή ή αποχώρηση από τον οργανισμό στον οποίο απασχολούνται ή από το επάγγελμα. Η επαγγελματική κινητικότητα (*occupational turnover*) αναφέρεται στην αποχώρηση των εργαζομένων από οργανωτική θέση ή σταδιοδρομία μεγάλης διάρκειας (Feldman, 1994). Η πρόθεση παραμονής ορίζεται ως η "*εκτιμώμενη πιθανότητα συνέχισης της συμμετοχής σε έναν οργανισμό*" (Price & Mueller, 1981, σελ. 546).

Ωστόσο, όπως διαπίστωσαν οι Hays et al. (1998), κάποιες μελέτες καθορίζουν το "*turnover*" ως οποιαδήποτε μετακίνηση εργασίας, ενώ άλλες ως την αναλογία του πληθυσμού εργαζομένων που εγκαταλείπει έναν οργανισμό σε ένα δεδομένο έτος. Οι περισσότεροι όμως συγγραφείς συμφωνούν ότι το "*turnover*" σχετίζεται με τον αριθμό των ατόμων που αλλάζουν δουλειά σε έναν οργανισμό σε ένα δεδομένο έτος. Ο όρος αναφέρεται τόσο στην εσωτερική όσο και στην εξωτερική μετακίνηση σε οργανισμούς ή περιβάλλοντα όπως τα νοσοκομεία (Flint & Webster, 2007).

2.4.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

Οι στρατηγικές στρατολόγησης και διατήρησης τονίζουν τη σημασία των υγιών κοινοτήτων στο χώρο εργασίας, για την υποστήριξη και τη διατήρηση του νοσηλευτικού δυναμικού. Η ηγεσία μιας μονάδας, η οποία δημιουργεί συνθήκες ενδυνάμωσης στο χώρο εργασίας, διαδραματίζει βασικό ρόλο στη δημιουργία θετικών συνθηκών εργασίας με αποτέλεσμα να αυξάνεται η αποτελεσματικότητα της εργασίας και να μειώνεται η δυσaréσκεια από την εργασία (Laschinger & Finegan, 2005a Laschinger et al., 2014).

Η διατήρηση των νοσηλευτών αποτελεί πρόκληση. Η κινητικότητα είναι μια αναπόφευκτη συνέπεια των δυνάμεων της αγοράς που μπορούν να έχουν τόσο θετικά

²³ Αντίστοιχη ερμηνεία του όρου δόθηκε στην μελέτη των Σερέτη και Κουλιεράκη (2014).

όσο και αρνητικά αποτελέσματα στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, στους ασθενείς και στους ίδιους τους νοσηλευτές. Τα χαμηλά ποσοστά κινητικότητας μπορούν να είναι ευεργετικά για την ανάπτυξη της επαγγελματικής ικανότητας και τον οργανισμό. Από την άλλη πλευρά, η φυγή από την εργασία συνεπάγεται σχεδόν πάντα το οργανωσιακό κόστος και μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών (WHO, 2020).

Ωστόσο, η φυγή των νοσηλευτών από την εργασία έχει επιπτώσεις στο κόστος και στην παραγωγικότητα και ο οργανισμός θα πρέπει να ανταποκριθεί στο κενό δεξιοτήτων που δημιουργείται. Επιπτώσεις παρατηρούνται επίσης στην ποιότητα της φροντίδας, στο φόρτο εργασίας και στις εργασιακές συνθήκες (Buchan et al., 2018).

Η τάση φυγής περιλαμβάνει νοσηλευτές που μετακινούνται σε άλλο θάλαμο στο ίδιο νοσοκομείο ή αποχωρούν από τον οργανισμό ή το επάγγελμα (Hayes et al., 2006, 2012).

Η κινητικότητα είναι μια διαδικασία που απαιτεί περισσότερη προσοχή και διαχείριση από ό,τι συνήθως λαμβάνει. Αναφέρονται ως παραδείγματα, οι έρευνες για τους εργαζομένους, που σπάνια χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένες και προορατικές παρεμβάσεις, με σκοπό τον έλεγχο της κινητικότητας των εργαζομένων. Αναφέρεται επίσης το γεγονός ότι πολλές εταιρείες ορίζουν τους «βασικούς» υπαλλήλους τους, των οποίων η αποχώρηση θα ήταν σαφώς δυσλειτουργική, αλλά πολύ λίγη ενέργεια αναλαμβάνεται για να κατανοήσουν τα γεγονότα που ωθούν τους εργαζόμενους σε φυγή (Eberly et al., 2009).

Σύμφωνα με τους Eberly et al. (2009), η εμπειρική έρευνα καταδεικνύει ότι υπάρχουν τέσσερις συμπληρωματικές προσεγγίσεις για την κατανόηση της διαδικασίας της κινητικότητας. Δύο από αυτές τις προσεγγίσεις επικεντρώνονται στο άτομο που παραιτείται και τον τρόπο που παραιτείται.

Στην πρώτη προσέγγιση, η φυγή περιγράφεται παραδοσιακά μέσα από μια διαδικασία με αφετηρία τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, η δυσαρέσκεια για την εργασία θεωρείται ότι εισάγει διάφορες συμπεριφορές αναζήτησης εργασίας και αντίστοιχες συγκριτικές αξιολογήσεις για ευκαιρίες απασχόλησης, οι οποίες με τη σειρά τους, καθορίζουν το έδαφος για εγκατάλειψη της εργασίας από τον εργαζόμενο.

Η δεύτερη προσέγγιση ονομάζεται "*μοντέλο εκτυλισσόμενης εθελοντικής αποχώρησης*" (*unfolding model of voluntary turnover*). Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ιδέες, το μοντέλο αυτό: (i) περιγράφει πολλαπλές διαδικασίες παραίτησης, (ii) περιλαμβάνει μη

γνωστικούς και εξωτερικούς προς το άτομο παράγοντες και (iii) εξηγεί πώς η σχετική ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να προκαλέσει την αποχώρηση ενός εργαζομένου. Η τρίτη προσέγγιση, αντί να επικεντρώνεται στο λόγο για τον οποίο οι άνθρωποι αποχωρούν, εξετάζει τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι μένουν. Οι πιο πάνω συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι ευρείες επιρροές που καθορίζουν την επιλογή ενός εργαζομένου να παραμείνει σε μια θέση εργασίας αντιπροσωπεύονται από την έννοια ενσωμάτωσης της εργασίας (*job embeddedness concept*). Η ενσωμάτωση της εργασίας καταγράφει τον βαθμό στον οποίο ο εργαζόμενος συνδέεται με την εργασία, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς εργασιακούς παράγοντες.

Στην τέταρτη προσέγγιση, η κατανόηση επικεντρώνεται στον ορισμό της εταιρείας (οργανισμού) για τις περιστάσεις που περιβάλλουν την αποχώρηση ενός ατόμου. Από την οπτική γωνία του μάνατζερ, τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι εάν η φυγή ενός υπαλλήλου είναι λειτουργική ή δυσλειτουργική, καθώς και αν θα μπορούσε να αποφευχθεί ή αν ήταν αναπόφευκτη.

Με βάση αυτές τις τέσσερις προσεγγίσεις, οι Eberly et al. (2009), διευκρινίζουν πώς η κινητικότητα μπορεί να κατανοηθεί και να τύχει καλύτερης διαχείρισης. Περιγράφουν καθεμία από τις τέσσερις προσεγγίσεις, και συνοψίζουν το σύνολο των στοιχείων για εντοπισμό των ενδείξεων που πρέπει να παρακολουθεί η διοίκηση προκειμένου να προβλεφθεί η πιθανή μελλοντική αποχώρηση των υπαλλήλων. Επίσης, επεξηγούν τις αναγκαίες ενέργειες στην περίπτωση που παρατηρηθούν ενδείξεις φυγής και τέλος, προτείνουν τις συνθήκες κάτω από τις οποίες οι πιθανές ενέργειες της διοίκησης μπορεί να έχουν λιγότερο ή περισσότερο νόημα.

Εισηγούνται όπως αρχικά παρακολουθηθούν οι στάσεις (*attitudes*) εργασίας με τον ισχυρισμό ότι κάθε παραδοσιακή θεωρία σχετικά με την κινητικότητα των υπαλλήλων περιλαμβάνει τη δυσαρέσκεια προς την εργασία ως το σημείο αφετηρίας ή ως πρώιμο στάδιο της διαδικασίας της αποχώρησης. Υποστηρίζουν επίσης ότι υπάρχει τεκμηρίωση στις μεγάλες συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και των ενδιάμεσων μεταβλητών (π.χ. οργανωσιακή δέσμευση, πρόθεση αναζήτησης ή αποχώρησης) πριν από την πραγματοποίηση της φυγής/ αποχώρησης των υπαλλήλων.

Όσον αφορά τον έλεγχο της κινητικότητας, οι Eberly et al. (2009), συμβουλεύουν να εξεταστεί εάν η επιλεκτική διατήρηση του εργατικού δυναμικού είναι αρκετά σημαντική στην κατάσταση της συγκεκριμένης επιχείρησης/ οργανισμού. Αν είναι, τότε χρειάζεται

να αποφασιστεί εάν η παραίτηση ενός υπαλλήλου είναι λειτουργική και εάν είναι αναπόφευκτη. Συνιστούν επίσης την πρόβλεψη αποχώρησης ενός εργαζομένου παρακολουθώντας τις εργασιακές στάσεις, την ενσωμάτωση στην εργασία και τη γενική τάση αποχώρησης. Ακολουθώντας, όπως εισηγούνται, χρειάζεται να εξεταστούν οι κρίσεις ή οι λόγοι της δυσαρέσκειας ώστε να αποφασιστεί αν υπάρχει κάτι που μπορεί να κάνει ο οργανισμός.

Τα υψηλά ποσοστά εθελουσίας αποχώρησης μεταξύ των νοσηλευτών οδηγούν συχνά σε δυσλειτουργίες, σε οργανωσιακό επίπεδο, προκαλώντας αύξηση του κόστους και του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών (Hayes et al., 2006). Ως αποτέλεσμα, αυτή η κατάσταση επιφέρει ένα αρνητικό αντίκτυπο στην ευημερία και τις επιδόσεις των νοσηλευτών καθώς και στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών (Aiken et al., 2012). Η ενδυνάμωση της ηγεσίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των νοσηλευτών, ωστόσο η έρευνα για να εξηγηθούν οι μηχανισμοί με τους οποίους η ηγεσία επηρεάζει τις προθέσεις εργασίας του ΝΜ είναι περιορισμένη (Laschinger et al., 2012). Όταν οι μάνατζερ θεωρούν ότι δεν υποστηρίζονται από τον οργανισμό, μπορεί να απογοητευτούν από τους ρόλους τους και να εξετάσουν το ενδεχόμενο να εγκαταλείψουν τις οργανισμούς τους (Eisenberger et al., 1986).

Η σοβαρή έλλειψη και η υψηλή κινητικότητα των νοσηλευτών έχουν εξεταστεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι μελέτες διαπιστώνουν ότι η φυγή των νοσηλευτών συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την ικανοποίηση από την εργασία (Baernholdt & Mark, 2009). Μελέτες που αφορούν νοσηλευτές και εξετάζουν την αποχώρηση έχουν επίσης διαπιστώσει ότι οι μεταβλητές που σχετίζονται με την εργασία, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, σχετίζονται με την απόφαση αποχώρησης/συνταξιοδότησης (Lu et al., 2002).

Επίσης, οι λόγοι για τους οποίους οι εργαζόμενοι εγκαταλείπουν έναν οργανισμό συσχετίζονται πολύ συχνά με τους άμεσα προϊστάμενους και την εμπιστοσύνη που οι εργαζόμενοι αναπτύσσουν προς τους ανωτέρους τους. Ανεξάρτητα από τους υποκείμενους λόγους, η διατήρηση των υπαλλήλων είναι κρίσιμη για την αποφυγή δαπανών που σχετίζονται με την αποχώρηση από τον οργανισμό ή την εργασία (Colquitt & Salam, 2009).

Σύμφωνα με την Takase (2010), η πρόθεση φυγής είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που απορρέει από αρνητική ψυχολογική αντίδραση σε συγκεκριμένες επαγγελματικές ή οργανωσιακές συνθήκες και η αντίδραση αυτή οδηγεί είτε στη λήψη απόφασης για φυγή

είτε σε συμπεριφορές απόσυρσης που μπορεί να συνεπάγονται εθελοντική εγκατάλειψη της τρέχουσας εργασίας ή δράσεις για την επίτευξη καλύτερων ευκαιριών απασχόλησης.

2.4.3 Ερευνητικά δεδομένα

Λόγοι φυγής

Οι λόγοι για τις προθέσεις παραμονής ή φυγής των ΝΜ είναι πολυπαραγοντικοί. Ως κύριοι παράγοντες αναφέρονται η ικανοποίηση από την εργασία, η οργανωσιακή δέσμευση, η οργανωσιακή κουλτούρα, η αίσθηση ότι η εργασία τυγχάνει εκτίμησης και η έλλειψη χρόνου για την ολοκλήρωση εργασιών (Brown et al., 2013).

Συνακόλουθα, οι αξίες της διοίκησης και ηγεσίας των ΝΜ έχουν συσχετιστεί με την πρόθεση αποχώρησης των νοσηλευτών. Ο ρόλος των ΝΜ στη διατήρηση των νοσηλευτών καθίσταται όλο και πιο σημαντικός, ιδιαίτερα λόγω της επιρροής τους στην ποιότητα και τη σταθερότητα του εργασιακού περιβάλλοντος (Roche et al., 2015).

Τα ευρήματα έρευνας των Cai et al. (2009), έδειξαν ότι ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας οδηγεί σε χαμηλότερη επαγγελματική δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία και ενισχύει την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Ως εκ τούτου, είναι λογικό να αναμένεται ότι οι νοσηλευτές που αναφέρουν υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης θα αναφέρουν επίσης υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και χαμηλό επίπεδο πρόθεσης φυγής (Cai et al., 2009).

Μελέτη των Li et al. (2011), σε επτά ευρωπαϊκές χώρες, έδειξε ότι οι νοσηλευτές με υψηλότερα επίπεδα πρόθεσης να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους βρίσκονται στην Ιταλία, τη Γαλλία και τη Γερμανία. Οι ερευνητές συμπεραίνουν, μεταξύ άλλων, ότι η βελτίωση του ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος και συγκεκριμένα των επαγγελματικών ανταμοιβών, μπορεί να βοηθήσουν στη διατήρηση των νοσηλευτών και κατά συνέπεια στη μείωση της έλλειψης νοσηλευτών στην Ευρώπη.

Στην έρευνα των Laschinger et al. (2008), η πρόθεση φυγής από την εργασία (*turnover intention*) μετρήθηκε με ένα από τα στοιχεία της προαναφερθείσας έρευνας των Aiken et al., (2002)²⁴. Η συγκεκριμένη μελέτη πρωτοτυπεί ως προς το γεγονός ότι είναι η πρώτη που διερευνά τους ΝΜ σε σχέση με τις ηγετικές πρακτικές, τη δομική ενδυνάμωση, την αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη, την αντιλαμβανόμενη ποιότητα

²⁴ Χρησιμοποιήθηκε το ερώτημα: *Σκοπεύετε να εγκαταλείψετε τη σημερινή νοσηλευτική σας θέση;* Αυτό το στοιχείο έχει κλίμακα ανταπόκρισης τριών σημείων (1 = Ναι, στους επόμενους 6 μήνες, 2 = Ναι, στους επόμενους 12 μήνες, 3 = Δεν έχω σχέδια στους επόμενους 12 μήνες).

νοσηλευτικής φροντίδας και την πρόθεση για αποχώρηση από την εργασία. Το μέγεθος της αρνητικής επίδρασης από την αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη, στις προθέσεις να εγκαταλείψουν την εργασία ήταν σημαντικά μεγαλύτερο μεταξύ των δύο ομάδων μανάτζερ, που προέρχονταν από διαφορετικό επίπεδο διοίκησης, υποδηλώνοντας ότι άλλοι παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας μπορεί να επηρεάζουν αυτές τις προθέσεις των ΝΜ.

Συσχετίσεις τάσης φυγής με δημογραφικούς παράγοντες

Η εγκατάλειψη της εργασίας εξαρτάται σημαντικά από την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και τις προοπτικές απασχόλησης. Σε μια ερευνητική επισκόπηση των Dewanto & Wardhani (2018), που διεξήχθη μεταξύ ΝΜ βρέθηκε ότι οι κύριοι λόγοι εγκατάλειψης της εργασίας ήταν: προσωπικοί (36%), προσφορά εργασίας από άλλο οργανισμό (33%), οι εργασιακές συνθήκες (10%) και άλλοι λόγοι (3%). Στην ίδια ερευνα οι προϊστάμενοι των νοσοκομείων δήλωσαν ότι η φυγή των νοσηλευτών διαταράσσει τις νοσοκομειακές λειτουργίες και υπηρεσίες εξυπηρέτησης και ότι επηρεάζει αρνητικά τους ασθενείς, τους νοσηλευτές, τους γιατρούς και τα νοσοκομεία.

Οι Laschinger et al., (2012), προχώρησαν στην εξέταση πρακτικών ηγεσίας, στις εμπειρίες από την ενδυνάμωση και την οργανωσιακή υποστήριξη και στις αντιλήψεις για την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών και τις προθέσεις αποχώρησης από την εργασία *μεταξύ νοσηλευτών σε θέσεις μέσης και πρώτης γραμμής διοίκησης*. Όπως συμπεραίνεται από τους ερευνητές, οι πρακτικές της μετασχηματιστικής ηγεσίας των ανώτερων στελεχών νοσηλευτικής ενδυναμώνουν τους ΝΜ μέσου επιπέδου διοίκησης, οδηγώντας σε βελτιωμένες αντιλήψεις για την οργανωσιακή υποστήριξη, την ποιοτική φροντίδα και μειωμένη πρόθεση για εγκατάλειψη της εργασίας.

Συσχέτιση τάσης φυγής με άλλες έννοιες

Υπάρχουν προβλέψιμες συσχετίσεις μεταξύ των ενδιάμεσων μεταβλητών και της πραγματικής φυγής. Όταν εξετάζονται από κοινού, η ικανοποίηση από την εργασία και η οργανωσιακή δέσμευση χρειάζεται να παρακολουθούνται ως σαφείς δείκτες μελλοντικής εγκατάλειψης των εργαζομένων. Ωστόσο δεν αρκεί απλώς η ανάλυση της ικανοποίησης από την εργασία και της οργανωσιακής δέσμευσης των εργαζομένων. Είναι αναγκαίο να εξεταστούν οι τάσεις της συμπεριφοράς με την πάροδο του χρόνου. Οι εργαζόμενοι μπορεί να παρουσιάσουν σημαντικές επιδεινώσεις στις στάσεις τους με την πάροδο του χρόνου και αυτές οι αλλαγές μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της

προσπάθειας, αναζήτηση άλλης εργασίας και αποχώρησης από ένα οργανισμό (Eberly et al., 2009).

A. Τάση φυγής, περιβάλλον εργασίας και εργασιακή ικανοποίηση

Στους οργανισμούς υγείας, υπάρχει ανάγκη να υπάρχει καλή επικοινωνία και σχέσεις μεταξύ των προϊσταμένων και του νοσηλευτικού τους προσωπικού, για αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν τους ηγέτες να παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της πρόθεσης φυγής των νοσηλευτών και επιτρέπουν τη δημιουργία οργανωσιακής κουλτούρας στην οποία οι νοσηλευτές μπορούν να έχουν καλή μεταξύ τους επικοινωνία (Kim & Yi, 2019).

Το περιβάλλον εργασίας που παρέχει ανοιχτή πρόσβαση στις πληροφορίες, τους πόρους, την υποστήριξη και τις ευκαιρίες μάθησης και ανάπτυξης, ενισχύει και διευκολύνει τους νοσηλευτές να ολοκληρώνουν με επιτυχία το έργο τους (Kinga et al., 2004 Wong & Laschinger 2013).

Η δυσαρέσκεια με το περιβάλλον εργασίας είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη λήψη απόφασης ενός υπαλλήλου για να εγκαταλείψει τον οργανισμό ή το επάγγελμα. Τα χαρακτηριστικά του άμεσου εργασιακού περιβάλλοντος έχουν βρεθεί ότι προβλέπουν την ικανοποίηση από την εργασία (Maertz & Campion, 1998; Griffeth et al., 2000). Επιπλέον, η εργασιακή ικανοποίηση σχετίζεται με την πρόθεση φυγής (από το επάγγελμα ή τον οργανισμό). Οι ΝΜ διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία θετικών εργασιακών χώρων για το νοσηλευτικό προσωπικό. Η εργασιακή δέσμευση έχει εντοπιστεί ως το αντίθετο της εξουθένωσης και συνδέεται με τη θετική υγεία και ευημερία. Η σχέση μεταξύ εμπλοκής των εργαζομένων και της πρόθεσης φυγής διαπιστώθηκε σε διάφορες ερευνητικές μελέτες (Lashinger et al., 2009b).

Σε συγχρονική έρευνα των Σερέτη και Κουλιεράκη (2014), με δείγμα 602 νοσηλευτές, (ανταπόκριση 67,3%) σε δύο ελληνικά νοσοκομεία, φάνηκε ότι υπήρχε πρόθεση των νοσηλευτών να αποχωρήσουν από τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται, μόνιμα από το νοσηλευτικό επάγγελμα και από την κλινική άσκηση η οποία σχετιζόταν στατιστικώς σημαντικά με την επαγγελματική ικανοποίηση. Συγκεκριμένα, φάνηκε χαμηλός βαθμός ικανοποίησης ο οποίος σχετιζόταν με την πρόθεση των νοσηλευτών να αποχωρήσουν από την κλινική άσκηση, την πρόθεση της αποχώρησης από τον οργανισμό και την πρόθεση εγκατάλειψης του επαγγέλματος. Οι συγγραφείς προτείνουν, σε επίπεδο διοίκησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών, την περιοδική αξιολόγηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην πρόθεση φυγής, όπως για παράδειγμα η επαγγελματική

ικανοποίηση, με στόχο τη συγκράτηση του προσωπικού. Επιπρόσθετα, υποστηρίζουν μεταξύ άλλων, τη δημιουργία ευκαιριών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για την ενδυνάμωση του προσωπικού και την αύξηση του επαγγελματικού του κύρους και τη ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ συναδέλφων και με τους ιατρούς. Οι προθέσεις φυγής, η απουσία και η καθυστέρηση είναι όλες σημαντικές και σχετίζονται αρνητικά με την αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη (Rhoades & Eisenberger, 2002).

B. Τάση φυγής, ενδυνάμωση και εργασιακή δέσμευση

Οι ΝΜ που επιθυμούν να βελτιώσουν την εργασιακή δέσμευση των νοσηλευτών, να τους διατηρήσουν στην εργασία και να επιτύχουν αποτελεσματική διοίκηση, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τόσο την αντιλαμβανόμενη ενδυνάμωση στο χώρο εργασίας όσο και την ψυχολογική ενδυνάμωση (Fan et al., 2016). Πέραν από την απόκτηση τεχνικών δεξιοτήτων, οι ΝΜ θα χρειάζεται να αναπτύσσουν δεξιότητες για οικοδόμηση σχέσεων με τους υφισταμένους τους για περιορισμό του εργασιακού εκφοβισμού και κατά συνέπεια και της τάσης φυγής (Fontes et al., 2019).

Περαιτέρω, η ποιότητα των σχέσεων επηρεάζει τον πιθανό αντίκτυπο των στρατηγικών που αυξάνουν τη δέσμευση των νοσηλευτών στη μονάδα εργασίας τους. Σε μονάδες με καλύτερες εργασιακές σχέσεις, η εργασιακή δέσμευση είναι πιο πιθανό να σχετίζεται με μεγαλύτερη διατήρηση του εργατικού δυναμικού. Ως εκ τούτου, οι οργανισμοί θα πρέπει να εφαρμόζουν διοικητικές πρακτικές που προωθούν ποιοτικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών – προϊσταμένων και νοσηλευτών - γιατρών αφού η ποιότητα της σχέσης μεταξύ των μελών του προσωπικού είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην πρόθεση φυγής των νοσηλευτών (Galletta et al., 2013).

Υπό το πρίσμα της έλλειψης νοσηλευτών, η εστίαση στις πρακτικές ηγεσίας των ΝΜ μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη για τη διατήρηση των νεοεισερχομένων νοσηλευτών με δέσμευση στην παροχή ποιοτικής φροντίδας. Σέ ένα οργανισμό όπου οι ηγέτες της υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζουν καταχρηστική μορφή ηγεσίας μπορεί να παρουσιαστούν υψηλά επίπεδα φυγής νοσηλευτών και χειρότερη φροντίδα ασθενών και δημιουργεί συνθήκες που θα μπορούσαν να βλάψουν την πρακτική της νοσηλευτικής (Lavoie-Tremblay et al., 2015).

Υποστηρίζεται, ότι η δομική ενδυνάμωση μπορεί να αυξήσει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, βελτιστοποιώντας τη χρήση της επαγγελματικής εμπειρογνωμοσύνης και των νοσηλευτικών δεξιοτήτων. Η δομική ενδυνάμωση και η οργανωσιακή δέσμευση συνδέονται και η δυσαρέσκεια προς την εργασία είναι η κύρια αιτία εγκατάλειψης του

νοσηλευτικού πληθυσμού (Yang et al., 2014). Η δομική ενδυνάμωση προωθεί την ικανοποίηση από την εργασία, τη δέσμευση στους οργανωσιακούς στόχους και την ασφάλεια των ασθενών (Hauck et al., 2011).

Η οργανωσιακή δέσμευση θεωρείται μια μεταβλητή στάσης που συνδέεται στενά με την ικανοποίηση από την εργασία η οποία θα πρέπει να ενδιαφέρει τους οργανισμούς επειδή προβλέπει ποιος είναι πιθανό να εγκαταλείψει τον οργανισμό αντί να τον βοηθήσει να πετύχει τους στόχους του. Αφορά την εμπλοκή ενός ατόμου στον οργανισμό, τα αισθήματα υποχρέωσης προς τον οργανισμό και τις αντιλήψεις για το κόστος που συνδέεται με την φυγή του. Εξάλλου η εγκατάλειψη/ κινητικότητα αποτελεί σημαντικό κόστος για τους εργοδότες και κατά συνέπεια, πολλοί προσπαθούν να προσλάβουν εργαζόμενους που όχι μόνο αποδίδουν καλά αλλά έχουν πρόθεση παραμονής στην εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επιπρόσθετα, τα άτομα με ευσυνειδησία και με συναισθηματική σταθερότητα είναι πιθανότερο να παραμείνουν στον οργανισμό (Barrick & Mount, 2009).

Η σχέση μεταξύ των αντιλήψεων ενδυνάμωσης και φυγής υποστηρίζεται σε αρκετές μελέτες (Laschinger et al., 2001a; Laschinger et al., 2009a; Zurmehly et al., 2009).

Η μελέτη της Manning (2014), στόχευε στη διερεύνηση της επίδρασης της ηγεσίας του ΝΜ στη δομική ενδυνάμωση του νοσηλευτικού προσωπικού, στην εργασιακή δέσμευση και στην πρόθεση παραμονής (με τη χρήση του ερωτηματολογίου Intent To Stay - ITS²⁵). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι συναφή με νοσηλευτικές έρευνες που αφορούν στο στιλ ηγεσίας, στην εμπλοκή στην εργασία και στη δομική ενδυνάμωση.

Η οργανωσιακή δέσμευση έχει επιπτώσεις στην πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν τη θέση που κατέχουν όχι όμως και τη νοσηλευτική. Πτυχές της εργασίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης προβλέπουν τόσο την πρόθεση για αποχώρηση από την τρέχουσα θέση όσο και από τη νοσηλευτική με αποτέλεσμα τη μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού (Lynn & Redman, 2005). Η δέσμευση στον οργανισμό, ως προσδιοριστικός παράγοντας κινητικότητας, σχετίζεται αρνητικά με την πρόθεση αποχώρησης (Tourangeau & Cranley, 2006).

²⁵ Το θεωρητικό μοντέλο Πρόθεσης Παραμονής των Κλινικών Νοσηλευτών αναπτύχθηκε αρχικά από την Price και Mueller το 1981. Η κλίμακα Intend to Stay (ITS) χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των προθέσεων του νοσηλευτή για τη συνέχιση της συμμετοχής σε έναν οργανισμό. Το αρχικό εργαλείο συνίστατο σε μια ερώτηση με απαντήσεις κλίμακας Likert.

Το ερώτημα ήταν: "Ποια από τις ακόλουθες δηλώσεις αντανάκλα καλύτερα τα συναισθήματά σας σχετικά με το μέλλον σας στο νοσοκομείο; (1) Σίγουρα δεν θα φύγω, (2) Πιθανώς δεν θα φύγω, (3) Αβέβαιος, (4) Πιθανώς θα φύγω και (5) Σίγουρα θα φύγω" (Price & Mueller, 1981, p. 546).

Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την ενδυνάμωση των νοσηλευτών, όπως υποστηρίζεται από το πλαίσιο της Laschinger, καταδεικνύει ότι τα περιβάλλοντα εργασίας που προωθούν την ενδυνάμωση των νοσηλευτών μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές και τις στάσεις που σχετίζονται με την πρόθεση να παραμείνουν εντός ενός οργανισμού (Nedd, 2006). Η Nedd (2006), συνέδεσε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη δομική ενδυνάμωση με την πρόθεση τους για παραμονή στην εργασία. Οι ισχυρές σχέσεις μεταξύ της ενδυνάμωσης και των δεικτών ικανοποίησης από την εργασία, όπως η οργανωσιακή δέσμευση και οι προθέσεις φυγής, υποδηλώνουν ότι η δομική ενδυνάμωση έχει σημασία για τους νοσηλευτές και υποστηρίζεται η χρήση στρατηγικών ενδυνάμωσης στις προσπάθειες διατήρησης των νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, υποστήριξε την άποψη της Kanter ότι η πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση σχετίζεται με τις συμπεριφορές και τις στάσεις των εργαζομένων, όπως η πρόθεση παραμονής.

Τα αποτελέσματα έρευνας των Hauck et al. (2011), για διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ενδυνάμωσης των νοσηλευτών και της αναμενόμενης φυγής με τη χρήση και του ερωτηματολογίου ATTS (*Anticipated Turnover Scale*) υποστηρίζουν τη θεωρία της Kanter ότι η πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά και τη στάση ενός εργαζομένου, όπως η πρόθεση φυγής. Η μελέτη έδειξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της αντίληψης των νοσηλευτών στην πρόσβασή τους στις ευκαιρίες, στην πληροφόρηση, στην υποστήριξη, στους πόρους και στην αντίληψή τους για τη δυνατότητα να εγκαταλείψουν οικειοθελώς την εργασία τους.

Τα χαρακτηριστικά της ενδυνάμωσης των νοσηλευτών, όπως ο ισορροπημένος φόρτος εργασίας και το εύρος λήψης αποφάσεων συνδέονται με την ικανοποίηση από την εργασία, την πρόθεση για εγκατάλειψη από τον οργανισμό και από το νοσηλευτικό επάγγελμα (Van Bogaert et al., 2015). Ο NM χρειάζεται να εκτιμήσει τα επίπεδα δέσμευσης των νοσηλευτών για να κατανοήσει καλύτερα τα κίνητρα τους. Η οργανωσιακή δέσμευση έχει αποδειχθεί ότι συνδράμει στη σχέση των αντιλήψεων για το εργασιακό περιβάλλον με την πρόθεση φυγής (Liou & Grobe, 2008).

Γ. Τάση φυγής και εξουθένωση

Το αυξημένο στρες και ο φόρτος εργασίας μπορούν να οδηγήσουν σε εξουθένωση και τελικά σε φυγή των νοσηλευτών (Nelson III, 2017). Οι Leiter και Maslach (2004), υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση είναι μια σημαντική ενδιάμεση απάντηση στις αρνητικές συνθήκες εργασίας και πρόδρομος της δυσαρέσκειας και της κινητικότητας.

Επιπρόσθετα, έχει επίσης διαπιστωθεί ότι το στιλ ηγεσίας των NM καθορίζει το βαθμό εξουθένωσης και την πρόθεση φυγής (Pishgooie et al., 2019).

Οι Van Bogaert et al. (2014), διαπίστωσαν ότι οι παράγοντες εργασιακού περιβάλλοντος, όπως η νοσηλευτική, οι σχέσεις νοσηλευτών-γιατρών και ο φόρτος εργασίας, είναι παράγοντες πρόβλεψης των αποτελεσμάτων της εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της πρόθεσης φυγής, της ποιότητας της περίθαλψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Δ. Τάση φυγής και αυτεπάρκεια

Πολλοί οργανισμοί επιλέγουν να λειτουργούν με λιγότερους NM για να μειώσουν το κόστος εργασίας. Ωστόσο, οι μεγαλύτερες περίοδοι ελέγχου των νοσηλευτών από τους μάνατζερ συμβάλλουν σε υψηλότερο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών των ασθενών (Hewko et al., 2015).

Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη για την πρόθεση φυγής με δείγμα 291 NM διαπίστωσε ότι αυτοί που επιθυμούν να παραμείνουν στη δουλειά τους επιβλέπουν λιγότερους υπαλλήλους από εκείνους που σκοπεύουν να φύγουν και ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και ικανοποίηση από την αλληλεπίδραση με το προσωπικό τους (Hewko et al., 2015). Έχει επίσης βρεθεί ότι διάφοροι παράγοντες όπως η ανατροφοδότηση, η υποστήριξη και η ηγεσία επηρεάζουν τις προθέσεις των NM να εγκαταλείψουν ή να παραμείνουν στους ρόλους τους (Skytt et al., 2007).

2.5 ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Εισαγωγή

Οι νοσηλευτές δεσμεύονται να λειτουργούν βασισμένοι στη φιλοσοφία της ολιστικής προσέγγισης για την εξατομικευμένη παροχή φροντίδας υγείας. Ως επαγγελματίες, χρειάζεται να εργάζονται σε ένα περιβάλλον στο οποίο θα αναγνωρίζεται το έργο τους με βάση το πλαίσιο αρμοδιοτήτων τους, όπως αυτό καθορίζεται από τη ρυθμιστική νομοθεσία της χώρας (ICN, 2018). Περαιτέρω, έχει υποστηριχθεί ότι το περιβάλλον εργασίας που παρέχει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να ασκούν το επάγγελμά τους σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα συνδέεται με υψηλή εργασιακή ικανοποίηση (Ahmad & Oranye, 2010; DeVivo et al., 2013; Laschinger et al., 2011, 2014; Dahinten et al., 2016).

Θεωρητικό υπόβαθρο

Η θεωρία της Kanter παρέχει τη δυνατότητα εξέτασης του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών αφού εστιάζει στις οργανωσιακές δομές. Όπως έχει επίσης υποστηριχθεί από τη θεωρία, οι δομικοί παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας έχουν αντίκτυπο στους εργαζόμενους. (Kanter 1977, 1993). Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, οι οποίοι αξιοποίησαν τη θεωρία, υποστηρίχθηκε ότι η δομή του εργασιακού περιβάλλοντος έχει άμεση επίδραση στις στάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων στον εργασιακό χώρο (Laschinger et al., 2012; Bish et al., 2014; Yang et al., 2014; Fan et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, σε ένα περιβάλλον εργασίας όπου παρέχονται: α) η πρόσβαση στην πληροφόρηση β) η πρόσβαση στην υποστήριξη, γ) η πρόσβαση σε πόρους και δ) η πρόσβαση σε ευκαιρίες, το προσωπικό ενδυναμώνεται και η εργασία μπορεί να ολοκληρωθεί επιτυχώς καθώς ενισχύει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ενδυνάμωση και διευκολύνει τους νοσηλευτές να ολοκληρώνουν με επιτυχία το έργο τους (Kinga et al., 2004; Manojlovich, 2007; Wong & Laschinger 2013).

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στη συμπεριφορά των εργαζομένων, ωστόσο σύμφωνα με την Kanter (1977, 1993) οι συνθήκες εργασίας μπορούν να περιορίσουν τη βέλτιστη απόδοση στην εργασία, ανεξάρτητα από τις θετικές προσωπικές τάσεις ή διαθέσεις. Το μοντέλο της δομικής ενδυνάμωσης της Kanter έχει κριθεί ως χρήσιμο για την εξέταση του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών αφού η δομική ενδυνάμωση αναφέρεται στην πρόσβαση των εργαζομένων σε συνθήκες εργασίας που καθιστούν δυνατή την επίτευξη των στόχων εργασίας κατά τρόπο ουσιαστικό (Laschinger et al., 2014).

Καταληκτικά, η συμπεριφορά των εργαζομένων είναι απλώς μια απάντηση στις συνθήκες που αντιμετωπίζουν στο περιβάλλον εργασίας. Επομένως, οι ιδιότητες της εργασίας και του πλαισίου της, προκαλούν συμπεριφορές από εκείνους που βρίσκονται σε θέση να καθορίζουν την πιθανότητα επιτυχίας. Η βελτιωμένη συμπεριφορά των εργαζομένων καθορίζει την αποτελεσματικότητα και την παραγωγικότητα όταν ο οργανισμός είναι δομημένος με τρόπο που να παρέχει ευκαιρίες και να ενδυναμώνει όλους τους εργαζομένους (Kanter, 1993).

Υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον

Το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον έχει οριστεί αυτό που υποστηρίζει την τελειότητα και έχει τη δυνατότητα να προσελκύει και να διατηρεί τους νοσηλευτές. Ως τέτοιο, χαρακτηρίζεται από καινοτόμα πλαίσια πολιτικής (με έμφαση στην πρόσληψη

και τη διατήρηση του προσωπικού), στρατηγικές για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, κατάλληλες οικονομικές παροχές, προγράμματα αναγνώρισης, επαρκείς παροχές πόρων και εξοπλισμού και ασφάλεια στον εργασιακό χώρο (ICN, 2007).

Οι NM εξάλλου, χρειάζεται να έχουν πρόσβαση στους πόρους που απαιτούνται για αποτελεσματική άσκηση της εργασίας τους ώστε να δημιουργούν υποστηρικτικά περιβάλλοντα εργασίας για τους νοσηλευτές περιλαμβανομένης της γραφικής υποστήριξης για μη νοσηλευτικές δραστηριότητες και της πρόσβασης σε δεδομένα και σε τεχνολογία. Η πρόσβαση στην τεχνολογία τους επιτρέπει να δημιουργούν δίκτυα και επαγγελματικές σχέσεις για συνεχείς ευκαιρίες μάθησης, προωθεί την ανταλλαγή δημιουργικών ιδεών και διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία με συναδέλφους. Από την πλευρά τους τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής μπορούν να υποστηρίξουν τους NM παρέχοντάς τους ευκαιρίες ώστε να συμβάλλουν στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων στον οργανισμό αναθέτοντάς τους συμμετοχή σε ανώτερες διοικητικές επιτροπές. Όταν οι NM αισθάνονται ότι έχουν αξία για τον οργανισμό, θα εμπνευσθούν και θα επηρεάσουν θετικά το προσωπικό ώστε και αυτό με τη σειρά του, να συμμετάσχει στην επίτευξη των εργασιακών στόχων (Patrick & Laschinger, 2006).

Επιπρόσθετα, οι σαφείς οργανωσιακοί στόχοι και η υποστήριξη στους νοσηλευτές θεωρούνται απαραίτητα στοιχεία για τη διατήρηση ενός ενδυναμωμένου περιβάλλοντος, εξασφαλίζοντας έτσι τη βέλτιστη φροντίδα (Van Bogaert et al., 2015).

Αντίκτυπος υποστηρικτικού περιβάλλοντος

Τάση φυγής

Η διασφάλιση υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να παραμείνουν στα νοσοκομεία που εργάζονται καθώς υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της τάσης φυγής των νοσηλευτών και την ικανοποίησή τους από την εργασία. Επομένως, οι οργανισμοί χρειάζονται ηγέτες που προβλέπουν προβλήματα και να προσπαθούν να τα επιλύσουν μέσω αλληλεπίδρασης με τους εργαζομένους (Pishgooie et al. 2019).

Οι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως οι σχέσεις νοσηλευτών - γιατρών και ο φόρτος εργασίας, είναι παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης φυγής, της ποιότητας της περίθαλψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Van Bogaert et al., 2014). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα έρευνας των Laschinger & Finegan (2005a), έχουν δείξει ότι η δημιουργία συνθηκών προώθησης θετικών εργασιακών σχέσεων μέσα σε ένα κλίμα

εμπιστοσύνης και σεβασμού, μπορεί να συνδράμει σε μεγάλο βαθμό στην προσέλκυση και διατήρηση του νοσηλευτικού δυναμικού.

Τα υποστηρικτικά περιβάλλοντα εργασίας που προωθούν την ενδυνάμωση των νοσηλευτών μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές και τις στάσεις που σχετίζονται με την πρόθεση να παραμείνουν εντός ενός οργανισμού (Nedd, 2006). Η μελέτη των Li et al. (2011), σε επτά ευρωπαϊκές χώρες, συμπέρανε μεταξύ άλλων, ότι η βελτίωση του ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος και των επαγγελματικών επιβραβεύσεων, συνδράμουν στη διατήρηση των νοσηλευτών και κατά συνέπεια στη μείωση της έλλειψης νοσηλευτών στην Ευρώπη. Οι επιβραβεύσεις είναι σημαντικοί παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας, καθώς οι αμοιβές περιορίζονται από την εργασιακή αστάθεια, την υποαπασχόληση, τον πλεονασμό, την απόλυση και την υποχρεωτική μετακίνηση (Siegrist, 1996).

Καταληκτικά, τα ευρήματα έρευνας των Cai et al. (2009), έδειξαν ότι ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας οδηγεί σε χαμηλότερη επαγγελματική δέσμευση και ικανοποίηση από την εργασία και ενισχύει την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείμουν το επάγγελμα.

Αποτελεσματικότητα

Οι διοικήσεις των οργανισμών πρέπει να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να εξασφαλίσουν ότι οι νοσηλευτές εργάζονται σε υψηλής ποιότητας περιβάλλον εργασίας που θα τους επιτρέψει να συνδράμουν καλύτερα στην εργασία τους (Wang & Liu, 2015).

Συνεργασία/ σχέσεις προσωπικού

Η διεπαγγελματική συνεργασία υποβοηθείται και ενισχύεται από την αυθεντική ηγεσία, τη δομική ενδυνάμωση και το επαγγελματικό εργασιακό περιβάλλον (Laschinger & Smith, 2013; Regan et al., 2016) και όσοι νοσηλευτές διαθέτουν υψηλή αυτεπάρκεια είναι περισσότερο δεσμευμένοι στη διεπαγγελματική συνεργασία (Costanzo et al., 2019).

Οι υψηλής ποιότητας σχέσεις συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία. Τόσο οι περιστασιακοί όσο και οι προσωπικοί παράγοντες είναι σημαντικοί και καθοριστικοί για την ικανοποίηση από το εργασιακό περιβάλλον (Laschinger et al., 2007). Οι νοσηλευτές που συμμετέχουν με θετικό τρόπο στην εργασία, με σθένος, αφοσίωση και απορρόφηση στο έργο τους, μπορούν να κάνουν τη διαφορά στην ποιότητα της νοσηλευτικής εργασίας εμπνέοντας τους συναδέλφους τους και κάνοντας τη δουλειά σε αυτό το περιβάλλον ελκυστική για τους νεοεισερχόμενους στο επάγγελμα (Laschinger et al., 2009b).

Εργασιακή Ικανοποίηση

Τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος προβλέπουν την ικανοποίηση από την εργασία (Maertz & Campion, 1998; Griffeth et al., 2000). Περαιτέρω, η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζεται από ένα συνδυασμό ατομικών και συναφών παραγόντων που αποδεικνύουν χρησιμότητα στην εξέταση τόσο των πηγών ικανοποίησης των νοσηλευτών όσο και της εργασίας τους για τη δημιουργία αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντός (Laschinger et al., 2011, 2014).

Ωστόσο, η φύση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος εργασίας είναι απαιτητική και σηματοδοτεί μακροχρόνιες και αυξανόμενες ανησυχίες σχετικά με την υγεία των νοσηλευτών, την ικανοποίηση από την εργασία και την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, η εστίαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων συντονιστικής ηγεσίας μεταξύ των ηγετών νοσηλευτικής προωθεί τη δημιουργία υγιούς περιβάλλοντος εργασίας που προάγει την ικανοποίηση από την εργασία και τη διατήρηση των νοσηλευτών (Bawafaa et al., 2015; Babaeipour - Divshali et al., 2016).

Ποιότητα φροντίδας

Διάφοροι παράγοντες στο νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον, όπως οι σχέσεις νοσηλευτών-γιατρών και ο φόρτος εργασίας, είναι παράγοντες πρόβλεψης των αποτελεσμάτων της εργασίας, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας της φροντίδας (Van Bogaert et al., 2014).

Η έκθεση για την κατάσταση της νοσηλευτικής ανά τον κόσμο για το 2020 (State of the World 's nursing 2020) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2020) αναφέρει ότι καταγράφονται περισσότεροι από 8 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, οι οποίοι αποδίδονται σε κακή ποιότητα φροντίδας. Στην έκθεση διαπιστώνεται ότι οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και στην ασφάλεια των ασθενών μέσω της πρόληψης ανεπιθύμητων ενεργειών, νοουμένου ότι εργάζονται στο πλαίσιο των δυνατοτήτων τους, εντός ισχυρών ομάδων και σε ένα καλό εργασιακό περιβάλλον. Η εξουθένωση μεταξύ των νοσηλευτών και γιατρών λόγω του υψηλού φόρτου εργασίας, και των αναποτελεσματικών διαπροσωπικών σχέσεων έχει συσχετιστεί με την επιδείνωση της ασφάλειας των ασθενών ενώ στα καλά εργασιακά περιβάλλοντα, η ασφαλής στελέχωση και η εκπαίδευση σε ομάδες μικτών δεξιοτήτων συσχετίζονται με μειωμένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, χαμηλότερη συχνότητα επιπλοκών και μειωμένη συνολική θνησιμότητα.

Η ασφαλής φροντίδα των ασθενών συνδέεται άμεσα και θετικά με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών. Τα υγιή²⁶ εργασιακά περιβάλλοντα συνδέονται επίσης, μεταξύ άλλων, με την ικανοποίηση των ασθενών τη μείωση της τάσης φυγής, την ικανοποίηση από την εργασία και τον χαμηλότερο βαθμό εργασιακού στρες και της εξουθένωσης των νοσηλευτών (Kramer & Schmalenberg, 2008).

Στις προσαρμογές που απαιτούνται σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την παροχή αποτελεσματικής και ποιοτικής φροντίδας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο οι ηγέτες νοσηλευτικής (Hughes, et al., 2015). Η ικανότητα και οι δεξιότητες τους επηρεάζουν κάθε πτυχή της φροντίδας του ασθενή όπως και την ευεξία του προσωπικού, καθώς είναι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι για τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος εργασίας στο οποίο οι κλινικοί νοσηλευτές θα είναι σε θέση να προσφέρουν υψηλής ποιότητας ολιστική φροντίδα (McSherry et al., 2012).

Άγχος

Εξάλλου, οι εργαζόμενοι ανταποκρίνονται θετικά σε ενδυναμωμένα περιβάλλοντα εργασίας, με αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους και την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων αφού η ποιοτική φροντίδα των ασθενών εξαρτάται από ένα ενδυναμωμένο νοσηλευτικό δυναμικό που παρέχει φροντίδα σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα (Laschinger et al., 2009).

Ψυχολογική ενδυνάμωση

Ένα ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον για τους νοσηλευτές σχετίζεται με τη δομική και τη ψυχολογική ενδυνάμωση. Η δομική ενδυνάμωση αποτελεί προϋπόθεση της ψυχολογικής ενδυνάμωσης και αυτή η σχέση κορυφώνεται με θετικά αποτελέσματα όπως η παραμονή στο επάγγελμα, ικανοποίηση από την εργασία και αύξηση της δέσμευσης προς τον οργανισμό. Με άλλα λόγια, αυτό το περιβάλλον εργασίας παρέχει πηγές ενέργειας. Άλλα περιβάλλοντα εργασίας μπορεί να μην ενδυναμώνουν εξίσου, ωστόσο θα εξακολουθούν να υπάρχουν μερικοί «ανθεκτικοί» άνθρωποι που

²⁶ Ο όρος *υγιές εργασιακό περιβάλλον εργασίας* κρίνεται ως συνώνυμος του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και όπως εξηγούν οι Kramer & Schmalenberg (2008) σημαίνει παραγωγικό, ικανός να παρέχει ποιοτική φροντίδα, ικανοποιητικό και ικανό να καλύψει προσωπικές ανάγκες. Το American Association of Critical-Care Nurses (AACN) ορίζει το υγιές εργασιακό περιβάλλον ως εκείνο στο οποίο οι δομές έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να επιτύχουν δύο αποτελέσματα: να επιτύχουν τους οργανωσιακούς στόχους και την προσωπική ικανοποίηση στην εργασία τους (Shirey, 2006).

καταφέρνουν να κάνουν ό,τι χρειάζεται για να είναι αποτελεσματικοί στην εργασία (Manojlovich, 2007).

Νοσοκομεία Μαγνήτες

Ο όρος «Νοσοκομείο - Μαγνήτης» χρησιμοποιείται συχνά προκειμένου να γίνει αναφορά στη δυνατότητα προσέλκυσης και διατήρησης καλά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού, με συνέπεια την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (ICN, 2007). Τα διαπιστευμένα νοσοκομεία «μαγνήτες» (magnet[©] hospitals) έχουν αποδειχθεί ότι έχουν καλύτερα περιβάλλοντα εργασίας για τους νοσηλευτές και παρουσιάζουν καλύτερους δείκτες στην έκβαση των ασθενών. Επιπρόσθετα, επιδεικνύουν υψηλότερη συνεργασία νοσηλευτών-ιατρών, και ασφαλέστερο εργασιακό περιβάλλον.

Πολλά νοσοκομεία χρησιμοποιούν τη διαδικασία διαπίστευσης Magnet ως οδικό χάρτη για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας καθώς και του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσοκομείου τους. Τα νοσοκομεία αποκτούν πιστοποίηση ως magnet[©] hospitals²⁷ από το American Nurses Credentialing Centre εάν πληρούν όλα τα απαιτούμενα πρότυπα. Το πρώτο νοσοκομείο πιστοποιήθηκε το 1994. Η αναγνώριση επεκταθεί και σε άλλες χώρες (Kelly et al., 2012). Υπάρχουν επί του παρόντος 502 νοσοκομεία διαπιστευμένα σε οκτώ χώρες, αλλά πέραν του 90% βρίσκονται στις ΗΠΑ και μόνο ένα στην Ευρώπη (Anstee et al., 2020).

Τα έξι βασικά πρότυπα (standards) του Αμερικάνικου Συνδέσμου Νοσηλευτών Εντατικής (American Association of Critical Care Nurses) που χαρακτηρίζουν τα νοσοκομεία μαγνήτες είναι: αποτελεσματική επικοινωνία, ειλικρινής συνεργασία, αποτελεσματική λήψη αποφάσεων, κατάλληλη στελέχωση, ουσιαστική αναγνώριση και αυθεντική ηγεσία για τα οποία υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι η απουσία τους επηρεάζει την ασφάλεια και την ποιότητα της φροντίδας (Ulrich et al., 2014). Μέσω αυτών μπορεί να επιτευχθούν οι οργανωσιακοί στόχοι και η προσωπική ικανοποίηση στην εργασία των νοσηλευτών (American Association of Critical-Care Nurses, 2005).

Τα νοσοκομεία μαγνήτες παρουσιάζουν χαμηλά ποσοστά εναλλαγής προσωπικού και οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται αυτές τις δομές ως καλούς εργοδότες που προσφέρουν ελκυστικό περιβάλλον εργασίας. Σημαντικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων αυτών

²⁷ Οι επαγγελματικές οργανώσεις: American Association of Critical-Care Nurses (AACN), Joint Commission for Accreditation of Hospitals, Institute of Medicine, American Nurses' Credentialing Center, American Organization of Nurse Executives, American Association of Colleges of Nursing, and Nursing Organizations Alliance έχουν εντοπίσει και καθιερώσει κριτήρια για τα υγιή, επαγγελματικά, ελκυστικά, άριστα, αποτελεσματικά και ικανοποιητικά περιβάλλοντα εργασίας (Kramer & Schmalenberg, 2008).

είναι η διοικητική δέσμευση ως προς τους νοσηλευτές και τη νοσηλευτική, ισχυρή νοσηλευτική ηγεσία και ανταγωνιστικοί μισθοί και οφέλη (ICN, 2007).

Συμπεράσματα

Η βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας μπορεί να είναι μια στρατηγική, σχετικά χαμηλού κόστους, για τη βελτίωση της ασφάλειας και της ποιότητας στην ενδονοσοκομειακή φροντίδα και στην ικανοποίηση των ασθενών (Aiken et al., 2012). Για να προωθηθεί η ανάπτυξη υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος είναι αναγκαία η συνεχής προώθηση του νοσηλευτικού έργου, η κατοχύρωση της ασφαλείας στο περιβάλλον εργασίας, η δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, η βελτίωση της επικοινωνίας, η λήψη μέτρων για προστασία των εργαζομένων, η εξασφάλιση όλου του αναγκαίου υλικοτεχνικού και τεχνολογικού εξοπλισμού και αναλωσίμων.

2.6 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

2.6.1 Εργαλεία μέτρησης της αυτεπάρκειας

Η αυτεπάρκεια έχει μελετηθεί στην ψυχολογία, στην κοινωνιολογία, στην κινησιολογία, στη δημόσια υγεία, στην ιατρική, στη νοσηλευτική και σε άλλους τομείς. Ωστόσο, από την αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, για τους σκοπούς της παρούσας διατριβής, φάνηκε ότι η έρευνα για την αυτεπάρκεια των μεσαίων διοικητικών νοσηλευτικής (NM) είναι περιορισμένη.

Από τις περίπου έξι κλίμακες που έχουν αναπτυχθεί και υποστηρίζεται ότι μετρούν αυτό που ονομάζεται γενική αυτεπάρκεια οι τρεις που έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο είναι η κλίμακα Self-Efficacy των Sherer and Adams (1983), η General Self-Efficacy Scale των Matthias Jerusalem και Ralf Schwarzer (2014) και η New General Self-Efficacy των Chen et al. (2001) (Maddux 2017). Όλες στηρίζονται στη θεωρία της αυτεπάρκειας του Bandura.

1. Self-Efficacy Scale – SES (Κλίμακα Αυτεπάρκειας)

Η κλίμακα Self-Efficacy των Sherer and Adams (1983), κατασκευάστηκε για τη μέτρηση της αυτεπάρκειας. Τα στοιχεία που περιλαμβάνει απευθύνονται στις γενικές προσδοκίες των ατόμων σε νέες καταστάσεις μέσω των επιτυχιών και αποτυχιών που βιώνουν σε διάφορους τομείς εργασίας κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Η κλίμακα αυτή, όπως διαπιστώθηκε από την σχετική αναζήτηση, έχει τύχει σποραδικής χρήσης στη νοσηλευτική έρευνα.

Περιέχει 17 στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακα πέντε σημείων που κυμαίνονται από τη δήλωση «*συμφωνώ έντονα*» έως «*διαφωνώ έντονα*» και αξιολογούν το γενικό σύνολο των προσδοκιών του ατόμου σε νέες καταστάσεις» (Sherer et al., 1982, σελ. 664).

Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερη γενική αυτεπάρκεια. Ένα παράδειγμα είναι «*Όταν κάνω σχέδια, είμαι βέβαιος ότι μπορώ να τα κάνω να λειτουργήσουν*». Η κλίμακα έχει μεταφραστεί σε Κινέζικα, Κορεάτικα, Τουρκικά, Αραβικά, Περσικά και σε πολλές άλλες γλώσσες. Το αρχικό άρθρο έχει αναφερθεί πάνω από 3100 φορές, και παρόλο που δεν είναι γνωστό πόσα από αυτά τα άρθρα χρησιμοποίησαν την κλίμακα στην αναφερόμενη έρευνα, πάνω από 100 μελέτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ 2011 και 2016 χρησιμοποίησαν την κλίμακα, μερικές φορές σε μεταφρασμένη έκδοση και μερικές φορές με μερικές τροποποιήσεις (Maddux, 2017).

Στο αρχικό δείγμα 376 φοιτητών πανεπιστημίου, ο συντελεστής Cronbach α ήταν 0,86 (Sherer et al. 1982). Οι Chen et al. (2001), βρήκαν συντελεστές 0,88 και 0,91 σε δύο διαφορετικούς χρόνους μέτρησης και η αξιοπιστία εξέτασης - επανεξέτασης (test-retest reliability) ήταν 0,74 (20 ημέρες διαφορά) για την κλίμακα των Sherer and Adams.

Μια παραγοντική ανάλυση βρήκε μια μονοδιάστατη δομή παραγόντων (Scherbaum et al., 2006). Η κλίμακα αυτή φαίνεται να σχετίζεται, μεταξύ άλλων, με υψηλότερη βαθμολογία που επιτυγχάνεται στο στρατό, σε επιτεύγματα υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (Sherer et al., 1982), και σε καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή καθώς και σε αποφάσεις για αναζήτηση εργασίας (Chen et al., 2001).

2. General Self-Efficacy Scale - GSE (Γενική Κλίμακα Αυτεπάρκειας - ΓΚΑ)

Η Γενική Κλίμακα Αυτεπάρκειας (General Self-Efficacy Scale - GSE) (Schwarzer, 2014, 2018) αναπτύχθηκε από τους Matthias Jerusalem και Ralf Schwarzer το 1979. Η αρχική της έκδοση ήταν στα γερμανικά. Αναθεωρήθηκε και μεταφράστηκε αργότερα σε 32 άλλες γλώσσες από διάφορους συν-συγγραφείς (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Η κλίμακα δημιουργήθηκε για να μπορεί να εκτιμά μια γενική αίσθηση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας με στόχο να προβλέπει την αντιμετώπιση καθημερινών ενοχλήσεων καθώς και της προσαρμογής μετά από κάθε είδους αγχωτικά συμβάντα ζωής. Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί για το γενικό ενήλικα πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένων των εφήβων. Τα άτομα ηλικίας κάτω των 12 ετών δεν πρέπει να δοκιμάζονται με χρήση της Γ.Κ.Α.

Η κλίμακα συνήθως συμπληρώνεται ατομικά, ως μέρος ενός πιο ολοκληρωμένου ερωτηματολογίου. Κάθε στοιχείο αναφέρεται στην επιτυχή αντιμετώπιση και

συνεπάγεται μια εσωτερική σταθερή απόδοση επιτυχίας. Η αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια είναι μια λειτουργική δομή, σχετίζεται δηλαδή με μεταγενέστερη συμπεριφορά και συνεπώς είναι σχετική με την κλινική πρακτική και την αλλαγή συμπεριφοράς.

Χρειάζονται κατά μέσο όρο 4 λεπτά για να συμπληρωθεί. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα 4 σημείων (κλίμακα Likert) που κυμαίνονται από Το άθροισμα στις απαντήσεις και των 10 στοιχείων δίνει το τελικό σύνθετο βαθμό με εύρος από 10 έως 40 και δεν υπάρχει κωδικοποίηση. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία, αφού σε δείγματα από 23 έθνη, τα Cronbach's alphas κυμαίνονταν από 0,76 έως 0,90 με την πλειοψηφία στις υψηλές βαθμίδες του 0,80.

Η κλίμακα όπως διαφάνηκε από παραγοντική ανάλυση σε διάφορες χώρες και γλώσσες είναι μονοδιάστατη (Scholz et al., 2002; Scherbaum et al., 2006). Η αξιοπιστία εξέτασης - επανεξέτασης (test-retest reliability) της αρχικής γερμανικής έκδοσης σε περίοδο δύο χρόνων κυμαινόταν μεταξύ 0,47 and 0,75 (Scholz et al., 2002).

Η εγκυρότητα κριτήριου τεκμηριώνεται σε πολυάριθμες μελέτες συσχέτισης όπου βρέθηκαν θετικοί συντελεστές με ευνοϊκά συναισθήματα, αισιοδοξία διάθεσης και ικανοποίηση από την εργασία. Οι αρνητικοί συντελεστές βρέθηκαν με κατάθλιψη, ανησυχία, άγχος, εξάντληση και προβλήματα υγείας (Luszczynska et al., 2005)

Η Γ.Κ.Α έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία διεθνώς τις τελευταίες δεκαετίες. Είναι κατάλληλη για ευρύ φάσμα εφαρμογών. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόβλεψη προσαρμογής μετά από μεταβολές της ζωής και είναι κατάλληλη ως δείκτης ποιότητας ζωής σε κάθε χρονική στιγμή. Ως γενικό μέτρο, δεν αξιοποιεί συγκεκριμένη αλλαγή συμπεριφοράς (Schwarzer & Jerusalem, 1995).

Στον ελληνικό χώρο το εργαλείο GSE των Schwarzer & Jerusalem (1995), χρησιμοποιήθηκε σε έρευνες στον τομέα της υγείας μεταξύ ασθενών (Mystakidou et al. 2008, 2012, 2013), φροντιστών υγείας (Mystakidou et al., 2010) και στο τομέα της εκπαίδευσης (Καλτσονούδη, 2015)

3. New General Self-Efficacy (NGSE)

Το εργαλείο New General Self-Efficacy Scale των Chen et al. (2001) περιέχει οκτώ στοιχεία που βαθμολογούνται σε κλίμακα πέντε σημείων που κυμαίνονται μεταξύ του «διαφωνώ έντονα» έως «συμφωνώ έντονα». Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας κυμαίνεται από 0,85 έως 0,90 (Chen et al., 2001, 2004). Αρκετές αναλύσεις παραγόντων διαπίστωσαν ότι η κλίμακα είναι μονοδιάστατη (Chen et al., 2001, 2004; Scherbaum et

al., 2006). Οι Chen et al. (2001) βρήκαν επίσης συντελεστές αξιοπιστίας εξέτασης - επανεξέτασης (test-retest reliability) 0,65, 0,66 και 0,62. Η κλίμακα NGSE έχει χρησιμοποιηθεί κυρίως στην έρευνα, στη βιομηχανική / οργανωσιακή ψυχολογία και διαχείριση. Έχει βρεθεί ότι προβλέπει, για παράδειγμα, τόσο την ικανοποίηση από την εργασία όσο και την απόδοση της εργασίας (Judge & Bono, 2001).

4. Work Self-Efficacy Inventory (WSEI ©)

Το εργαλείο WSEI ©, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Joseph Raelin είναι μια κλίμακα 30 στοιχείων που αξιολογεί την αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων για την ολοκλήρωση μιας σειράς δραστηριοτήτων στο χώρο εργασίας. Αποτελείται από επτά υποκατηγορίες. Η συμπλήρωση του διαρκεί περίπου δέκα λεπτά. Οι υποκατηγορίες μετρούν την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με την αυτοπεποίθηση του να εκτελέσει δραστηριότητες που περιλαμβάνουν κυρίως μάθηση, επίλυση προβλημάτων, προσδοκίες ρόλων, ομαδική εργασία και πολιτική στο χώρο εργασίας.

Για κάθε ένα από τα 30 στοιχεία, τα άτομα καλούνται να αξιολογήσουν το επίπεδο αυτοπεποίθησης τους σε μια κλίμακα Likert από 1 έως 5. Ο συνολικός βαθμός υπολογίζεται με άθροισμα των βαθμολογιών των υποκλιμάκων. Η συνολική σύνθετη βαθμολογία έδειξε αξιοπιστία με Cronbach alpha 0,97 και οι αντίστοιχες υποκατηγορίες είχαν αξιοπιστία με Cronbach alpha μεταξύ 0,82 και 0,88 (Raelin et al., 2007). Δεν έχουν εντοπιστεί έρευνες με χρήση του εργαλείου αυτού. Εξάιρεση αποτελεί η μελέτη των Van Dyk et al. (2016), στην οποία το Cronbach alpha για τη συνολική βαθμολογία του WSEI ήταν 0,96.

5. Nursing Profession Self-Efficacy Scale

Το 2016 δημιουργήθηκε από τους Caruso et al. η κλίμακα μέτρησης της αυτεπάρκειας σε νοσηλευτές (Nursing Profession Self-Efficacy Scale) βασισμένη στην κλίμακα GSE η οποία έδειξε στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Εξετάστηκαν η εγκυρότητα όψεως και περιεχομένου και η εγκυρότητα δομής. Ο δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου αξιολογήθηκε από 12 ειδικούς που πρότειναν τη διαγραφή έντεκα 11 στοιχείων που κρίθηκαν περιττά. Το τελικό εργαλείο που αναπτύχθηκε δοκιμάστηκε για ανάλυση δομής χωρίζοντας τυχαία το συνολικό δείγμα 917 νοσηλευτών σε δύο υποομάδες.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας σχετικά με την αξιολογήθηκαν μετά από επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis) στην μια υποομάδα ώστε να εκτιμηθεί εάν τα στοιχεία κάθε υποκλίμακας μετρούσαν την ίδια δομή. Το Cronbach a στα χαρακτηριστικά της υποκλίμακας *καταστάσεων φροντίδας* (12 στοιχεία) ήταν 0,86

και εκείνο της υποκλίμακας *επαγγελματικών καταστάσεων* (7 στοιχεία) ήταν 0,84. Στο συνολικό εργαλείο, το Cronbach's α ήταν 0,83. Κατά την μέθοδο εξέτασης – επανεξέτασης, σε ομάδα 20 ατόμων, για την αξιολόγηση της σταθερότητας, υπήρξε ανταπόκριση 100%. Οι βαθμοί είχαν κανονική κατανομή όπως φάνηκε στο Kolmogorov–Smirnov test. Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson μεταξύ των δύο μετρήσεων ήταν 0,92 ($p < 0,001$).

Το εργαλείο GSE χορηγήθηκε ταυτόχρονα σε ολόκληρο το δείγμα. Η συσχέτιση Pearson για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ αυτών των δύο εργαλείων έδειξε μια σημαντική και υψηλή θετική συσχέτιση ($r = +0,63, p < 0,001$) (Caruso et al., 2016).

Η συγκεκριμένη κλίμακα έτυχε μετάφρασης και προσαρμογής σε δύο άλλες γλώσσες. Στην αναθεωρημένη κινεζική έκδοση (Zhang et al., 2017) υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα και στην τούρκικη προσαρμογή (Vicdan et al., 2019), τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εξετάσεων έδειξαν επίσης ικανοποιητική αξιοπιστία και εγκυρότητα. Σημειώνεται ότι η αναζήτηση ερευνών με χρήση της κλίμακας αυτής στη νοσηλευτική δεν έφερε αποτελέσματα.

6. Clinical Nurse Leader Self-Efficacy Scale (CNLSSES)

Το Clinical Nurse Leader Self-Efficacy Scale (CNLSSES) είναι ένα σχετικά νέο εργαλείο, που κατασκευάστηκε και δοκιμάστηκε το 2011. Προορίζεται για μέτρηση της αυτοπεποίθησης των ατόμων αναφορικά με την εκτέλεση των βασικών δραστηριοτήτων που σχετίζονται με το ρόλο τους ως κλινικοί ηγέτες νοσηλευτών (Clinical Nurse Leaders - CNL). Σημειώνεται ότι το χαρακτηριστικό γνώρισμα της πρακτικής των Clinical Nurse Leaders (Κλινικοί Ηγέτες Νοσηλευτών – KHN) είναι η διαχείριση της πελατοκεντρικής φροντίδας και της κλινικής αριστείας στο σημείο της περίθαλψης. Επιπρόσθετα, διευκρινίζεται ότι ο στόχος εφαρμογής του θεσμού των CNL στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου εφαρμόζεται, είναι να επιστρέψουν οι ειδικοί κλινικοί γιατροί στο σημείο της φροντίδας για να ενισχύσουν τη συνδρομή των νοσηλευτών για βελτίωση της ποιότητας, της ασφάλειας και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας (Gilmartin, 2014). Οι συγγραφείς δημιούργησαν το εργαλείο συνδυάζοντας τα στοιχεία αυτοπεποίθησης του Bandura όπως π.χ «Στην πρακτική σας ως CNL®, πόσο σίγουροι είστε...» με προσαρμοσμένα στοιχεία από το εργαλείο αξιολόγησης απόδοσης του Αμερικάνικου Συνδέσμου Νοσηλευτών Επειγόντων (American Association of Critical-Care Nurses – AACN) (*Performance Evaluation Tool of the Practice Setting*) που αξιολογεί την επάρκεια των νοσηλευτών (Gilmartin & Nokes, 2015) .

Αποτελείται από 35 στοιχεία που έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου στην απόδοση για κάθε μία από τις εννέα επάρκειες της κλινικής πρακτικής του κλινικού ηγέτη νοσηλευτών (Clinical Nurse Leader - CNL). Οι σχετικές επάρκειες αφορούν στην φροντίδα με βάση τον πληθυσμό, στο σχεδιασμό της φροντίδας, στην ηγεσία με βάση τη μονάδα, στη διαχείριση οικονομικών πόρων, στη διαχείριση ομάδων, στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, στην κινητοποίηση άλλων, στην επαγγελματική ηγεσία και καθοδήγηση. Συνολικά, η έρευνα μετρά την αυτεπάρκεια του ατόμου σε καθεμία από τις επάρκειες σε κλίμακα Likert 5 σημείων που κυμαίνεται από: 1) «καθόλου σίγουρος» έως 5) «απόλυτα σίγουρος».

Ωστόσο, λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, οι Gilmartin & Nokes (2015), δεν μπόρεσαν να αξιολογήσουν την εγκυρότητα και / ή την αξιοπιστία του CNLSES με επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων. Παρ' όλα αυτά, το εργαλείο ορίστηκε ως αξιόπιστο με εναλλακτικές μεθόδους, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης κύριων συνιστωσών (*Principal Component Analysis*) και της ανάλυσης με τον συντελεστή Cronbach's α των δεικτών. Λόγω της περιορισμένης μεταβλητότητας στις απαντήσεις, κάθε στοιχείο διχοτομήθηκε ως «καθόλου βέβαιο έως κάπως σίγουρο» έναντι του «πολύ σίγουρο / εξαιρετικά σίγουρο» για σκοπούς ανάλυσης (Gilmartin & Nokes, 2015).

Από την βιβλιογραφική αναζήτηση δεν βρέθηκε σημαντικός αριθμός μελετών με χρήση του εργαλείου αυτού.

7. Εργαλεία μέτρησης της αυτεπάρκειας σε φοιτητές νοσηλευτικής

Περαιτέρω, έχουν βρεθεί και εργαλεία προσαρμοσμένα για διερεύνηση της αυτεπάρκειας των φοιτητών νοσηλευτικής όπως το “*The Nursing Competence Self-Efficacy Scale*” (NCSES) των Kennedy et al. (2015), και το “*Self-Efficacy in Clinical Performance*” (SECP) των Cheraghi et al. (2009), για τα οποία δεν κρίθηκε σκόπιμη η παρουσίαση τους στην παρούσα μελέτη.

2.6.2 Εργαλεία μέτρησης της ενδυνάμωσης

Εργαλείο Conditions for Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ – II)

Η αναζήτηση εργαλείων που αφορά στην μέτρηση της ενδυνάμωσης των νοσηλευτών στον εργασιακό χώρο έφερε στο φως ένα μόνο ερωτηματολόγιο με μια παραλλαγή. Το εργαλείο Conditions for Work Effectiveness Questionnaire (CWEQ) είναι το μοναδικό

που βρέθηκε να μετρά την δομική ενδυνάμωση (structural empowerment) σε νοσηλευτικό πληθυσμό.

Τα στοιχεία για το αρχικό εργαλείο (CWEQ-I) προέκυψαν από τη μελέτη της Kanter σχετικά με την ενδυνάμωση στην εργασία και σχεδιάστηκε από την Chandler (1986), για χρήση σε νοσηλευτικό πληθυσμό. Το 1995, στο ερωτηματολόγιο προστέθηκε ένα γενικό μέτρο αξιολόγησης της ενδυνάμωσης ως δείκτης εγκυρότητας (validation index). Αυτό το μέτρο είναι η βαθμολογία της σφαιρικής ενδυνάμωσης η οποία προκύπτει από το άθροισμα και τη μέση τιμή δύο στοιχείων στο τέλος του ερωτηματολογίου. Το εύρος των τιμών στα δύο στοιχεία της σφαιρικής ενδυνάμωσης είναι μεταξύ 1 και 5. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν ισχυρότερες αντιλήψεις για την εργασία σε ένα ενδυναμωμένο εργασιακό περιβάλλον.

Το CWEQ-II είναι μια τροποποίηση του ερωτηματολογίου CWEQ-I. Είναι σημαντικά μικρότερο από το αρχικό και είναι διαμορφωμένο για χρήση σε ερευνητικές μελέτες, καθώς η έκταση και η λεπτομέρεια που αποκτήθηκαν μέσω του αρχικού, το καθιστούν πιο πολύτιμο στις περιπτώσεις που αναπτύσσονται πρωτοβουλίες βελτίωσης. Το CWEQ-II δημιουργήθηκε το 2001 από τους Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk. Από την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων (confirmatory factor analysis) προέκυψε ότι τρεις δείκτες ανά λανθάνουσα μεταβλητή ήταν αρκετοί για τη μέτρηση της δομικής ενδυνάμωσης (Laschinger et al., 2001).

Το CWEQ-I αποτελείται από έξι υποκλίμακες και 58 στοιχεία σε κλίμακα Likert ενώ το CWEQ-II αποτελείται από έξι υποκλίμακες και 19 στοιχεία σε κλίμακα Likert. Οι πρώτες τέσσερις υποκλίμακες μετρούν την πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση που περιέγραψε η Kanter (*ευκαιρίες, πληροφορία, πόρους και υποστήριξη*). Οι άλλες δυο υποκλίμακες μετρούν την επίσημη και την ανεπίσημη ισχύ. Οι δύο μορφές του CWEQ παρουσιάζονται συνοπτικά στον πίνακα 1.

Περιγραφή υποκλιμάκων - Εκτίμηση και Ερμηνεία

1. Πρόσβαση στις ευκαιρίες: Αναφέρεται στη δυνατότητα ανάπτυξης και κινητικότητας εντός του οργανισμού, καθώς και στις ευκαιρίες αύξησης των γνώσεων και των δεξιοτήτων. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο η εργασία τους προσφέρει: α) προκλήσεις, β) δυνατότητες απόκτησης νέων δεξιοτήτων και γνώσεων και γ) καθήκοντα που αξιοποιούν όλες τις δεξιότητες και γνώσεις τους. Κάθε στοιχείο της ερώτησης αξιολογείται σε κλίμακα Likert από 1 – 5. Η διακύμανση αφορά τις δηλώσεις *Καθόλου (1) έως Πάρα Πολλές (5)*.

Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας επιτυγχάνεται αθροίζοντας και υπολογίζοντας το μέσο όρο των τριών πιο πάνω στοιχείων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε ευκαιρίες.

2. Πρόσβαση στην πληροφόρηση: Αφορά στην επίσημη και ανεπίσημη γνώση που είναι απαραίτητες για την αποτελεσματικότητα στον εργασιακό χώρο (τεχνικές γνώσεις και εμπειρογνωμοσύνη που απαιτούνται για την επίτευξη της εργασίας και κατανόηση των οργανωσιακών πολιτικών και αποφάσεων). Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο η εργασία τους προσφέρει πρόσβαση σε πληροφορίες σε σχέση με: α) *Την τρέχουσα κατάσταση του νοσοκομείου*, β) *τις τρέχουσες αξίες της ανώτατης διοίκησης και* γ) *τους στόχους της ανώτατης διοίκησης*. Κάθε στοιχείο της ερώτησης αξιολογείται σε κλίμακα Likert από 1 – 5. Η διακύμανση αφορά τις δηλώσεις *Καθόλου (1) έως Πάρα Πολύ (5)*. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας επιτυγχάνεται αθροίζοντας και υπολογίζοντας το μέσο όρο των τριών πιο πάνω στοιχείων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε πληροφόρηση.

3. Πρόσβαση στην υποστήριξη: Περιλαμβάνει τη λήψη ανατροφοδότησης και καθοδήγησης από τους υφισταμένους, τους συναδέλφους και τους ανωτέρους. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο έχουν υποστήριξη στην εργασία σε σχέση με: α) *Συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με πράγματα που κάνουν καλά*, β) *συγκεκριμένα σχόλια για πράγματα που θα μπορούσαν να βελτιώσουν και* γ) *χρήσιμες εισηγήσεις ή συμβουλές για επίλυση προβλημάτων*. Κάθε στοιχείο της ερώτησης αξιολογείται σε κλίμακα Likert από 1 – 5. Η διακύμανση αφορά τις δηλώσεις *Καθόλου (1) έως Πάρα Πολύ (5)*. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας επιτυγχάνεται αθροίζοντας και υπολογίζοντας το μέσο όρο των τριών πιο πάνω στοιχείων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε υποστήριξη.

4. Πρόσβαση σε πόρους: Σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να αποκτήσει τα υλικά και οικονομικά μέσα, το χρόνο καθώς και τις προμήθειες που απαιτούνται για την εκτέλεση της εργασίας. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν κατά πόσο στην εργασία έχουν: α) *Διαθέσιμο χρόνο για την απαραίτητη γραφική δουλειά*, β) *διαθέσιμο χρόνο για διεκπεραίωση των εργασιακών απαιτήσεων και* γ) *απόκτηση προσωρινής βοήθειας όταν χρειάζεται*. Κάθε στοιχείο της ερώτησης αξιολογείται σε κλίμακα Likert από 1 – 5. Η διακύμανση αφορά τις δηλώσεις *Καθόλου (1) έως Πάρα Πολύ (5)*. Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας επιτυγχάνεται αθροίζοντας και υπολογίζοντας το μέσο όρο

των τριών πιο πάνω στοιχείων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε πόρους.

5. Επίσημη ισχύς (Κλίμακα Δραστηριοτήτων Εργασίας – Job Activities Scale):

Προέρχεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της θέσης εργασίας όπως η ευελιξία, η προσαρμοστικότητα, η δημιουργικότητα που συνδέεται με τη διακριτική λήψη αποφάσεων, η διαφάνεια και η κεντρική θέση σε οργανωσιακούς σκοπούς και στόχους. Οι ερωτώμενοι καλούνται να αξιολογήσουν: α) Την ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία, β) το βαθμό ευελιξίας στη δουλειά και γ) το βαθμό προβολής των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία στο πλαίσιο του ιδρύματος. Κάθε στοιχείο της ερώτησης αξιολογείται σε κλίμακα Likert από 1 – 5. Η διακύμανση αφορά τις δηλώσεις «Ανύπαρκτη» έως «Πολύ μεγάλη». Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας επιτυγχάνεται αθροίζοντας και υπολογίζοντας το μέσο όρο των τριών πιο πάνω στοιχείων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερο βαθμό επίσημης ισχύος.

6. Ανεπίσημη ισχύς (Κλίμακα Οργανωσιακών Σχέσεων - Organisational Relationships Scale):

Προέρχεται από τις κοινωνικές διασυνδέσεις και την ανάπτυξη διαύλων επικοινωνίας και πληροφόρησης με συναδέλφους, υφισταμένους και διεπιστημονικές ομάδες. Οι ερωτώμενοι καλούνται να αξιολογήσουν τις ευκαιρίες για: α) Συνεργασία με τους γιατρούς στην φροντίδα των ασθενών, β) βοήθεια από συναδέλφους για επίλυση προβλημάτων, γ) αναζήτηση βοήθειας από τον προϊστάμενο για επίλυση προβλημάτων και δ) αναζήτηση ιδεών από επαγγελματίες εκτός από γιατρούς, π.χ. φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγους. Κάθε στοιχείο της ερώτησης αξιολογείται σε κλίμακα Likert από 1 – 5. Η διακύμανση αφορά τις δηλώσεις «Καθόλου» έως «Πάρα Πολλές». Η μέση βαθμολογία της υποκλίμακας επιτυγχάνεται αθροίζοντας και υπολογίζοντας το μέσο όρο των τεσσάρων πιο πάνω στοιχείων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν υψηλότερο βαθμό ανεπίσημης ισχύος.

Η συνολική ενδυνάμωση μπορεί να υπολογιστεί είτε με τις τέσσερις υποκλίμακες (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη, πόροι) είτε με τις έξι, με συμπερίληψη των υποκλιμάκων της επίσημης και της ανεπίσημης ισχύος.

Υπολογισμός με βάση τις τέσσερις υποκλίμακες: Το εύρος βαθμολογίας μπορεί να είναι μεταξύ 4 και 20. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν ισχυρότερες αντιλήψεις για την εργασία σε ένα ενδυναμωμένο περιβάλλον εργασίας. Οι βαθμολογίες που κυμαίνονται από 4 έως 9 περιγράφονται ως χαμηλά επίπεδα ενδυνάμωσης, από 10 έως 14 ως μέτρια επίπεδα ενδυνάμωσης και από 16 έως 20 ως υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης.

Έκδοση έξι υποκλιμάκων: Το εύρος βαθμολογίας μπορεί να είναι μεταξύ 6 και 30. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αντιπροσωπεύουν ισχυρότερες αντιλήψεις για την εργασία σε ένα ενδυναμωμένο περιβάλλον εργασίας. Οι βαθμολογίες που κυμαίνονται από 6 έως 13 περιγράφονται ως χαμηλά επίπεδα ενδυνάμωσης, από 14 έως 22 ως μέτρια επίπεδα ενδυνάμωσης και από 23 έως 30 ως υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης.

Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha για το CWEQ-I και II φαίνονται στον πίνακα 2. Η εγκυρότητα δομής (Construct validity) για τα CWEQ-I (Chandler, 1986) και CWEQ-II (Laschinger, Finegan, Shamian, & Wilk, 2001) έχει καθιερωθεί.

Πίνακας 1: Συνοπτικός περιγραφικός πίνακας ερωτηματολογίων CWEQ I και II

| Κατηγορία Ενδυνάμωσης | Βαθμολόγηση | Κλίμακα Likert | # ερωτήσεων | |
|--|--|---|-------------|-----------|
| | | | CWEQ-I | CWEQ-II |
| Πρόσβαση σε <i>Ευκαιρίες</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Καθόλου (1) - Πάρα πολύ (5) | 7 | 3 |
| Πρόσβαση σε <i>Πληροφορίες</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Καθόλου (1) - Πάρα πολύ (5) | 8 | 3 |
| Πρόσβαση σε <i>Υποστήριξη</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Καθόλου (1) - Πάρα πολύ (5) | 9 | 3 |
| Πρόσβαση σε <i>Πόρους</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Καθόλου (1) - Πάρα πολύ (5) | 7 | 3 |
| Συνολική Ενδυνάμωση (<u>Έκδοση 4 Υποκλιμάκων</u>) | | | | |
| Αθροισμα βαθμολογίας Υποκλιμάκων | | | 31 | 12 |
| Κλίμακα Δραστηριοτήτων Εργασίας (JAS) | | | | |
| <i>Επίσημη Ισχύς</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Καθόλου (1) - Πάρα πολύ (5) | 9 | 3 |
| Κλίμακα Οργανωτικών Σχέσεων (ORS) | | | | |
| <i>Ανεπίσημη Ισχύς</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Καθόλου (1) - Πάρα πολύ (5) | 18 | 4 |
| Συνολική Ενδυνάμωση (<u>Έκδοση 6 Υποκλιμάκων</u>) | | | | |
| Αθροισμα βαθμολογίας Υποκλιμάκων | | | 58 | 19 |
| Σφαιρική Ενδυνάμωση (GE) | | | | |
| <i>Έλεγχος εγκυρότητας για το CWEQ</i> | Συνολικός βαθμός διαιρούμενος με # ερωτήσεων | Διαφωνώ Απόλυτα (1) μέχρι Συμφωνώ Απόλυτα (5) | 2 | 2 |

Προσαρμοσμένο από πηγή: Laschinger H.K.S (2012) Conditions for work effectiveness questionnaire I AND II - User manual, Western University of Canada, <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/cweq.html> [Πρόσβαση 6 Ιανουαρίου 2019]

Πίνακας 2: Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίου CWEQ

Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha για το CWEQ-I και II

| | Ευκαιρία | Πληροφόρηση | Υποστήριξη | Πόροι | Κλίμακα Δραστηριοτήτων Εργασίας - JAS | Κλίμακα Οργανωτικών Σχέσεων- ORS | ΣΥΝΟΛΟ | ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ (GE) |
|----------------------|----------|-------------|------------|-------|---|--|--------|--------------------------------|
| CWEQ-I ¹ | .80 | .86 | .88 | .81 | .69 | .89 | .93 | .88 |
| CWEQ-II ² | .81 | .80 | .89 | .84 | .69 | .67 | .89 | .87 |

¹ Laschinger, H.K.S., Wong, C., McMahon, L., Kaufmann, C. (1999). Leader behaviour on staff nurse empowerment, job tension, and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29(5), 28-39.

² Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., & Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured healthcare setting: Effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, 30(9), 413-425.

Προσαρμοσμένο από πηγή: Laschinger H.K.S (2012) Conditions for work effectiveness questionnaire I AND II - User manual, Western University of Canada, <https://www.uwo.ca/fhs/hkl/cweq.html> [Πρόσβαση 6 Ιανουαρίου 2018].

2.6.3 Εργαλεία μέτρησης της ισχύος

1. Job Activities Scale (JAS) και Organisational Relationships Scale (ORS)

Η αναζήτηση εργαλείων μέτρησης της ισχύος στη νοσηλευτική έφερε στο φως τις κλίμακες *Job Activities Scale (JAS)*, η οποία μετρά την επίσημη ισχύ και την κλίμακα *Organisational Relationships Scale (ORS)*, η οποία μετρά την ανεπίσημη ισχύ. Οι δύο αυτές κλίμακες αποτελούν μέρος του ερωτηματολογίου CWEQ-II και έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στις νοσηλευτικές μελέτες που διερευνούν την ενδυνάμωση. Περιγράφονται στο πιο πάνω κεφάλαιο (2.6.2).

Επιπρόσθετα, έχουν βρεθεί τα ερωτηματολόγια SKAGOAO, Nurse Managers' Power Instrument, Managers Activity Scale και το Perceived Leadership Power Survey.

2. Ερωτηματολόγιο SKAGOAO (Sieloff-King Assessment of Group Power within Organizations):

Είναι το μοναδικό ερωτηματολόγιο που μετρά την ισχύ νοσηλευτικής ομάδας εντός οργανισμών. Διαθέτει 36 στοιχεία. Τα στοιχεία ή οι υποκλίμακες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του επιπέδου της ισχύος της νοσηλευτικής ομάδας και περιλαμβάνουν: τον έλεγχο των επιπτώσεων των περιβαλλοντικών δυνάμεων (επτά στοιχεία), της θέσης (τέσσερα στοιχεία), του ρόλου (τρία στοιχεία), των πόρων (τέσσερα στοιχεία), την επάρκεια επικοινωνίας (τρία στοιχεία), επάρκεια/ έκβαση στόχων (τέσσερα στοιχεία), την εποπτική επάρκεια επίτευξης αποτελεσμάτων της ομάδας (τέσσερα στοιχεία) και την προοπτική ισχύος (πέντε στοιχεία). Περιέχει μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων που

διακυμαίνονται από «πλήρη συμφωνία» (1), «συμφωνώ» (2), «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ» (3), «διαφωνώ» (4) και «διαφωνώ απόλυτα» (5).

Στην σημασιολογική του αναθεώρηση, ο δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου (Content Validity Index - CVI) για επτά ερωτήσεις ήταν ή υπερέβαινε το 83%. Συνολικά, ο CVI για οκτώ αναθεωρημένες ερωτήσεις, ήταν 93,75%.

Όταν το εργαλείο χρησιμοποιείται από νοσηλευτικές ομάδες για να εκτιμήσει το επίπεδο επίτευξης των αποτελεσμάτων τους, θα πρέπει σύμφωνα με τους κατασκευαστές, να συνεχίσει να αξιολογείται ψυχομετρικά. Όπως επίσης υποδεικνύουν μια νοσηλευτική ομάδα οποιουδήποτε μεγέθους, μπορεί να χρησιμοποιήσει το SKAGOAO τόσο για να εκτιμήσει το επίπεδο επίτευξης αποτελεσμάτων ή ενδυνάμωσης της ομάδας όσο και για να κατευθύνει το σχεδιασμό για περαιτέρω βελτίωση αυτού του επιπέδου (Sieloff, & Bularzik, 2011). Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε σε πολύ λίγες έρευνες (Sieloff et al., 2011; Peltomaa et al., 2013; Viinikainen et al., 2015).

3. Ερωτηματολόγιο: Nurse Managers' Power Instrument

Το εργαλείο Nurse Managers' Power Instrument περιλαμβάνει 31 στοιχεία σε τρεις υποκλίμακες οι οποίες αξιολογούν το ρόλο, τη θέση και τους πόρους. Η ισχύς μετριέται για καθεμία από αυτές τις κατηγορίες. Οι NM καλούνται να αποτυπώσουν το βαθμό που αντιλαμβάνονται την ισχύ που απορρέει από τις πιο πάνω κατηγορίες. Τα στοιχεία αξιολογούνται σε κλίμακα Likert 5 σημείων (1 = Συμφωνώ απόλυτα, 5 = Διαφωνώ απόλυτα). Όπως προέκυψε από την βιβλιογραφική αναζήτηση το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε σε πολύ λίγες έρευνες. Οι Viinikainen et al. (2015), αναφέρουν εσωτερική συνέπεια της συνολικής κλίμακας $\alpha = 0,847$. Όπως επίσης αναφέρουν, οι υποκλίμακες, είχαν ικανοποιητική αξιοπιστία (Ρόλος: $\alpha = 0,632$, Θέση: $\alpha = 0,599$, Πόροι: $\alpha = 0,669$) νοουμένου ότι ένας συντελεστής Cronbach's α 0,70 είναι αποδεκτός για νέες κλίμακες. Η συνολική αξιοπιστία δια της διχοτόμησης (split-half), που δοκιμάστηκε με την Equal-Length Spearman - Brown Formula ήταν 0,77. Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε σε πολύ λίγες έρευνες (Trus et al., 2017; Viinikainen et al., 2015).

4. Ερωτηματολόγιο Managers' Activity Scale (MAS)

Η κλίμακα MAS μετρά τις ικανότητες των ηγετών νοσηλευτών να κινητοποιήσουν τους απαραίτητους πόρους για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων, από την προοπτική όμως του προσωπικού τους, και αποτελείται από 11 στοιχεία. Τα στοιχεία βασίζονται σε αντιπροσωπευτικές συμπεριφορές ισχυρών ηγετών νοσηλευτών. Το εργαλείο έχει υψηλή εσωτερική συνέπεια (0,82 - 0,94) και αξιοπιστία εξέτασης - επανεξέτασης. Οι υψηλές

βαθμολογίες σχετίζονται με πιο ισχυρούς ηγέτες νοσηλευτές. Το εργαλείο MAS χρησιμοποιήθηκε σε πολύ λίγες έρευνες (Manolovich, 2005; Trus, 2017).

Τέλος, από τη σχετική αναζήτηση προέκυψαν και άλλα εργαλεία τα οποία είχαν πολύ περιορισμένη χρήση στη νοσηλευτική έρευνα. Για παράδειγμα το Perceived Leadership Power Questionnaire (PLPQ) χρησιμοποιήθηκε σε τέσσερις τουλάχιστο έρευνες στην Τουρκία, δύο από τις οποίες ήταν μεταπτυχιακές εργασίες και δεν έχουν δημοσιευθεί (Vatan et al., 2015). Μεμονωμένα εργαλεία χωρίς ευρεία χρήση ή/ και στάθμιση έχουν κατασκευαστεί για να εξυπηρετήσουν αποκλειστικά το σκοπό συγκεκριμένων ερευνών (Basaran et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

3.1 Ιστορική αναδρομή

Διαχρονικά, από την εποχή της τουρκοκρατίας μέχρι και την αγγλοκρατία, ο προγραμματισμός ίδρυσης και λειτουργίας δημόσιων νοσηλευτηρίων αποτελούσε ζήτημα που απασχόλησε τους εκάστοτε κυβερνώντες του τόπου. Από την παντελή έλλειψη υγειονομικής φροντίδας και την λειτουργία ενός μόνο στρατιωτικού νοσοκομείου επί τουρκοκρατίας κάθε εξαγγελία για μεταρρύθμιση που προνοούσε τη λειτουργία νοσοκομείου, δεν υλοποιήθηκε ποτέ. Εξαίρεση αποτελούσε η ίδρυση και λειτουργία του λεπροκομείου το 1835 στη Λευκωσία. Το νοσηλευτήριο στον οίκο των Καλογραιών το 1844 (στη Λάρνακα) αφότου διαχωρίστηκε στο Γαλλικό και Αγγλικό νοσοκομείο το 1878 συνέχισε το φιλανθρωπικό του έργο με επιχορήγηση από την αγγλική διοίκηση, μέχρι το 1922.

Τα πρώτα νοσοκομεία στην Κύπρο ιδρύθηκαν στην αρχική περίοδο της Αγγλοκρατίας την περίοδο 1878 - 1883 τα νοσοκομεία Λεμεσού, Λάρνακας, Αμμοχώστου και Πάφου. Το 1890 αποπερατώθηκε και λειτούργησε το νοσοκομείο Λευκωσίας και το 1898 το νοσοκομείο Κερύνειας. Το ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρέτησε στα αρχικά στάδια ήταν από την Αγγλία το οποίο συνεπικουρείτο από νοσοκομειακούς φροντιστές. Από το 1897, με την ίδρυση του αποικιακού νοσηλευτικού συνδέσμου, μέχρι το 1955 η νοσηλευτική εκπαίδευση διεξαγόταν στο Γ.Ν Λευκωσίας, στην Αγγλία και στη Βηρυτό. Το 1944 ιδρύθηκε η νοσηλευτική σχολή στην Κύπρο η οποία παρείχε εκπαίδευση αρχικά σε βοηθούς νοσοκόμους. Μέχρι την ανεξαρτησία τη νοσηλευτική διοίκηση στα νοσοκομεία ασκούσαν Αγγλίδες νοσηλεύτριες.

Από την ίδρυση της Κυπριακής Δημοκρατίας και έπειτα, τις νοσηλευτικές διευθύνσεις ανέλαβαν σταδιακά κύπριες/οι νοσηλευτές/τριες. Σημειώνεται ότι μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 2000 - 2010 οι νοσηλευτικές διευθύνσεις των κρατικών νοσηλευτηρίων υπάγονταν, σε επίπεδο νοσηλευτηρίου, στον επαρχιακό ιατρικό λειτουργό και κεντρικά στη διεύθυνση ιατρικών υπηρεσιών και υπηρεσιών δημόσιας υγείας του Υ.Υ (Γεωργιάδης, 2001).

Γενικότερα, υποστηρίχθηκε ότι η εξέλιξη της νοσηλευτικής στην Κύπρο είναι σχετικά νέα και οι προσπάθειες ενδυνάμωσής της πέρασαν από διάφορα στάδια μέχρι και την ανωτατοποίηση της εκπαίδευσης με την ίδρυση και λειτουργία τμημάτων νοσηλευτικής

στα πανεπιστήμια της Κύπρου. Με βάση αυτά, υποδεικνύεται ότι οι νοσηλευτές επιβάλλεται να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους σε θέματα διοίκησης και να συνεχίσουν να προσφέρουν τα μέγιστα για την ποιότητα, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καταλληλότητα των υπηρεσιών υγείας. Εξάλλου, εκτός από τα επί μέρους διοικητικά καθήκοντα οι νοσηλευτές είναι υπόλογοι και για τη χρήση και διαφύλαξη των νοσηλευτικών πόρων, ρόλος που εξυπακούει στενή συνεργασία με τη διεύθυνση του νοσηλευτηρίου (Κυριακίδου, 2019).

3.2 Επικρατούσες συνθήκες

Ο κυπριακός πληθυσμός είναι από τους υγιέστερους στην Ευρώπη παρόλο που το ποσοστό των δημόσιων δαπανών (43 %) επί του συνόλου των δαπανών για την υγεία είναι το χαμηλότερο στην Ε.Ε (OECD, 2019). Σε ευρωπαϊκή έρευνα για την ποιότητα ζωής οι συμμετέχοντες από την Κύπρο αξιολόγησαν τις υπηρεσίες υγείας και των νοσοκομείων σε βαθμό χαμηλότερο από τον μέσο όρο των υπολοίπων χωρών της Ε.Ε (Eurofound, 2016).

Το ύψος των δημοσίων δαπανών για την υγεία στην Κύπρο δεν ξεπερνά το 10% και συγκαταλέγεται μέσα στα χαμηλότερα της Ε.Ε. Η Κύπρος είναι η μόνη χώρα της Ε.Ε όπου χρηματοδοτήθηκαν λιγότερο από το ήμισυ του συνόλου των δαπανών για την υγεία μέσω κυβερνητικών ή υποχρεωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων. Στην Ε.Ε φαίνεται (σε σχετικούς όρους) ότι το Βέλγιο και η Αυστρία ήταν οι μεγαλύτεροι καταναλωτές επενδύσεων κεφαλαίου στον τομέα της υγείας το 2018, έχοντας διαθέσει περίπου 0,7% του αντίστοιχου Α.Ε.Π τους. Η Κύπρος μαζί με την Ουγγαρία βρίσκονται στο τελευταία βαθμίδα αφού επένδυσαν λιγότερο από 0,2% του Α.Ε.Π τους το 2018 σε κεφαλαιουχικές υποδομές και εξοπλισμό στον τομέα της υγείας (OECD, 2020).

Μέχρι πρόσφατα, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν, μέσω ενός συστήματος υγείας χρηματοδοτούμενου από το κράτος. Στο σύστημα αυτό τα τρία τέταρτα του πληθυσμού μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε δωρεάν περίθαλψη στο σημείο χρήσης. Μέσω του ιδιωτικού τομέα υγείας, ο οποίος δεν υπόκειται σε καμία ρύθμιση, η παροχή υπηρεσιών υγείας οδηγούσε σε υψηλές άμεσες ιδιωτικές πληρωμές.

Το νέο Γενικό Σύστημα Υγείας ψηφίστηκε το 2017 και βρίσκεται στα αρχικά στάδια υλοποίησης (από τον Ιούνιο του 2019). Στόχος του είναι η παροχή καθολικής κάλυψης

του πληθυσμού, η βελτίωση της προσβασιμότητας και η αντιμετώπιση των ανεπαρειών όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών.

Βάσει του νέου συστήματος κάποιες αρμοδιότητες του Υ.Υ μεταβιβάζονται στον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος αποτελεί τον μοναδικό αγοραστή υπηρεσιών τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς παρόχους. Ορισμένες άλλες αρμοδιότητες του Υπουργείου έχουν μεταβιβαστεί στον νέο Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (Ο.Κ.Υπ.Υ), ο οποίος είναι επιφορτισμένος με την ανάπτυξη, τη διαχείριση, τον έλεγχο και την εποπτεία των αυτόνομων δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Κατά τη διαδικασία αυτής της μεταρρύθμισης, τα δημόσια νοσοκομεία ετοιμάζονται να ανταγωνιστούν τις ιδιωτικές κλινικές σε ό,τι αφορά στην ποιότητα, στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητα (OECD, 2019; Council of the European Union, 2019).

3.2.1 Γενικό Σύστημα Υγείας

Η μεγαλύτερη πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα κρατικά νοσηλευτήρια είναι η επιβίωση και η περαιτέρω ανάπτυξή τους στις συνθήκες που διαμορφώθηκαν από τη λειτουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας (Γε.Σ.Υ).

Το Γε.Σ.Υ αποτελεί σχετικά πρόσφατο κοινωνικό θεσμό ο οποίος καθιδρύθηκε το 2001 με σχετική νομοθεσία, η οποία εκσυγχρονίστηκε/ τροποποιήθηκε μέχρι το 2020 πέντε φορές (Ο περί του Γενικού Συστήματος Υγείας Νόμος 89(Ι)/2001). Τα κύρια χαρακτηριστικά και βασικές αρχές του είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότιμη μεταχείριση όλων των δικαιούχων, η παροχή ενός ολοκληρωμένου πακέτου υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η ελεύθερη επιλογή παροχέα υπηρεσιών φροντίδας υγείας και η κοινωνική αλληλεγγύη (Γε.Σ.Υ, 2020; Επίσημη Εφημερίδα, 2001).

Για την εφαρμογή του Γε.Σ.Υ συστάθηκε, δυνάμει του Νόμου 89(Ι)/2001, ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου στη Δημοκρατία, ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (Ο.Α.Υ). Ο Ο.Α.Υ διευθύνεται από Διοικητικό Συμβούλιο στο οποίο συμμετέχουν με εκπρόσωπο η κυβέρνηση, οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι. Ο Ο.Α.Υ αποτελεί θεσμικά την αρμόδια αρχή για την εφαρμογή του Γε.Σ.Υ και διαθέτει ως κύριες αρμοδιότητες: α) τη διαχείριση του Ταμείου του Γε.Σ.Υ, β) την εξασφάλιση πρόσβασης και παροχής στους δικαιούχους υπηρεσιών φροντίδας υγείας χωρίς οποιεσδήποτε δυσμενείς διακρίσεις και γ) τη συμβολή του με τους παροχείς υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Ο.Α.Υ, 2016).

Η υλοποίηση του Γε.Σ.Υ ξεκίνησε κατά φάσεις από την 1^η Ιουνίου 2019. Στην πρώτη φάση συμπεριλήφθηκε η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας από τους προσωπικούς και ειδικούς ιατρούς, τους φαρμακοποιούς και τα εργαστήρια. Η δεύτερη φάση, η οποία περιλαμβάνει όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (ενδονοσοκομειακή φροντίδα υγείας, τη φροντίδα υγείας από νοσηλευτές και μαίες, τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τα Τμήματα Ατυχημάτων & Επειγόντων Περιστατικών, τις υπηρεσίες ασθενοφόρων, τους οδοντιάτρους, την ανακουφιστική φροντίδα υγείας και την ιατρική αποκατάσταση), έχει ξεκινήσει από την 1^η Σεπτεμβρίου 2020 (Γε.Σ.Υ, 2020). Μεταξύ των νοσηλευτηρίων που θα συνάψουν σχετική σύμβαση με τον Ο.Α.Υ περιλαμβάνονται και τα κρατικά νοσηλευτήρια υπό τη διεύθυνση του Ο.Κ.Υπ.Υ που καλούνται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο σε ένα πλέον ανταγωνιστικό περιβάλλον και παρέχουν το μεγαλύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας στην Κύπρο.

3.2.2 Καθεστώς λειτουργίας και δομή δημόσιων νοσηλευτηρίων

Η προσπάθεια αναδιοργάνωσης τόσο του Υ.Υ όσο και των κρατικών νοσηλευτηρίων είχε ξεκινήσει από την δεκαετία του 1990 με τη πρόσκληση εμπειρογνομόνων από το Ηνωμένο Βασίλειο. Συγκεκριμένα, δύο εκθέσεις του Nuffield Institute (1993, 1998) υποστηρίζαν ότι η διοικητική, κανονιστική και παθητική προσέγγιση λειτουργίας των δημόσιων νοσηλευτηρίων της Κύπρου, σε σχέση με το συγκεντρωτικό τρόπο λήψης αποφάσεων, συνιστούσε σοβαρό εμπόδιο στη συνεχή ανάπτυξη και στην αποτελεσματική διαχείριση. Τα χαρακτηριστικά της αυστηρής προσήλωσης σε κανόνες, η δυσκαμψία, ο απρόσωπος χαρακτήρας των μελών και η αγνόηση των άτυπων σχέσεων στα δημόσια νοσηλευτήρια με βάση αυτές τις εκθέσεις, αποτελούσαν μειονεκτήματα της γραφειοκρατικής θεώρησης αναφορικά με τον τρόπο διοίκησης.

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια αναδιοργάνωσης του Υ.Υ υποστηρίχθηκε και επιτεύχθηκε η δημιουργία Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (Δ.Ν.Υ) με σχετική τεκμηρίωση και κατόπιν συνδικαλιστικών διεκδικήσεων. Η αναγκαιότητα ίδρυσης της Δ.Ν.Υ στηρίχθηκε στις προαναφερθείσες εκθέσεις και σε επιχειρήματα που αφορούσαν στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη του νοσηλευτικού προσωπικού των κρατικών νοσηλευτηρίων καθώς και των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Ταπακούδη, 2001).

Έκτοτε έγιναν αρκετές προσπάθειες για βελτίωση του τρόπου λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων μέχρι την πρόσφατη κατάληξη για την αυτονόμησή τους. Τα δημόσια

νοσηλευτήρια στην Κύπρο αποτελούσαν, μέχρι την 31^η Δεκεμβρίου 2018, ιδιοκτησιακό καθεστώς του κράτους. Από την 1^η Ιανουαρίου 2019, και με βάση τη ψήφιση του νόμου 73(I)/2017, που προνοούσε τη δημιουργία του Ο.Κ.Υπ.Υ, τα κρατικά νοσηλευτήρια έχουν υπαχθεί σε αυτόν.

Ο Ο.Κ.Υπ.Υ ανέλαβε την πλήρη διαχείριση όλων των κρατικών νοσηλευτηρίων. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες των κρατικών νοσηλευτηρίων εξακολουθούν να στελεχώνονται από δημόσιους λειτουργούς διοριζόμενους από την Επιτροπή Δημόσιας Υπηρεσίας ενώ οι νέες προσλήψεις γίνονται κατευθείαν από τον Ο.Κ.Υπ.Υ με διαδικασίες που ο ίδιος ο οργανισμός έχει θεσπίσει (Επίσημη Εφημερίδα, 2017).

Το πρότερο θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσηλευτηρίων καθόριζε διάρθρωση σε τέσσερις υπηρεσίες (Νοσηλευτικές, Ιατρικές, Τεχνικές, Διοικητικές) που ιεραρχικά υπάγονταν στο διευθυντή ο οποίος ήταν γιατρός. Γενικά, υπήρχε, σχετική ομοιομορφία ως προς την κάθετη διοικητική δομή τους.

Με την αυτονόμησή τους και την υπαγωγή τους στον Ο.Κ.Υπ.Υ η μορφή της δομής διαφοροποιήθηκε στο ανώτερο επίπεδο. Με βάση τις πρόνοιες της νομοθεσίας δημιουργήθηκαν 3 περιφέρειες με δημιουργία θέσεων εκτελεστικού διευθυντή για κάθε μία (Λευκωσίας, Λεμεσού - Πάφου και Λάρνακας- Αμμοχώστου). Επιπρόσθετα λειτουργούν οι διευθύνσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Ψυχικής Υγείας και της Υπηρεσίας Ασθενοφόρων. Η νέα κατάσταση καθορίζει την διοίκηση του νοσηλευτηρίου στον εκτελεστικό διευθυντή ο οποίος συνεπικουρείται από τον επιστημονικό διευθυντή και τον οικονομικό διευθυντή που αποτελούν νέες θέσεις στο οργανόγραμμα ωστόσο φαίνεται ότι στη διεύθυνση του οργανισμού να παραμέναν μέχρι τον Ιούνιο του 2020 κενές οι θέσεις του επιχειρησιακού διευθυντή και του οικονομικού διευθυντή. Στις θέσεις Ιατρικού διευθυντή και διευθυντή νοσηλευτικής υπηρετούν προσωρινά ένας γιατρός και μια νοσηλεύτρια αντίστοιχα (Ο.Κ.Υπ.Υ, 2020).

Οι πρόνοιες της προαναφερθείσας νομοθεσίας και των κανονισμών (για τον Ο.Κ.Υπ.Υ) επιτρέπει την αξιοποίηση επιστημόνων από άλλους τομείς (επαγγελματίες υγείας) μέσα στα πλαίσια λειτουργίας νέων δομών και διαδικασιών όπως για παράδειγμα του επιστημονικού συμβουλίου (σε κεντρικό επίπεδο) και των επιστημονικών επιτροπών (σε επίπεδο των νοσηλευτηρίων) για επίλυση ιδιαίτερων προβλημάτων που θα συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων εκ μέρους της διοίκησης (Ο.Κ.Υπ.Υ, 2020α).

Εξασφάλιση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των κρατικών νοσηλευτηρίων

Όπως απορρέει από το υφιστάμενο σύστημα δημόσιας διοίκησης η δημιουργία θέσεων προσωπικού αξιολογείται σε κεντρικό επίπεδο. Κατόπιν προτάσεων που κατατίθενται καθώς και διαβουλεύσεων με τους εμπλεκόμενους φορείς, περιλαμβανομένων και των συνδικαλιστικών εκπροσώπων, συμφωνούνται στο επίπεδο της Μικτής Επιτροπής Προσωπικού. Δρομολογούνται, από το Υπουργείο Οικονομικών, μέσω διαδικασιών που διέπονται από τις αρχές της δημόσιας διοίκησης, προς τη Βουλή για έγκριση μέσω των προϋπολογισμών του κράτους. Για την έγκριση προϋπολογισμών και εξασφάλιση των απαραίτητων οικονομικών πόρων ακολουθείται παρόμοια διαδικασία. Οι προϋπολογισμοί των κρατικών φορέων και οργανισμών, περιλαμβανομένου και του Ο.Κ.Υπ.Υ, εγκρίνονται από τη Βουλή και αποδεσμεύονται τα απαιτούμενα κονδύλια (Υπουργείο Οικονομικών, 2020)

Όπως προαναφέρθηκε, με την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων, η ευθύνη για τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού και του καταρτισμού του προϋπολογισμού μεταβιβάζεται στον Ο.Κ.Υπ.Υ. Οι πρώτοι μήνες λειτουργίας του Ο.Κ.Υπ.Υ έφεραν στην επιφάνεια αρκετές αδυναμίες (υποστελέχωση, ελλείψεις φαρμάκων, αναλωσίμων και εξοπλισμού) τις οποίες κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν (πέραν από το προσωπικό σε όλες τις βαθμίδες, ειδικότητες και υπηρεσίες) οι πρόεδροι και τα μέλη του Συμβουλίου του Ο.Κ.Υπ.Υ καθώς και οι εκτελεστικοί διευθυντές. Από το 2018 μέχρι σήμερα έχουν παραιτηθεί δύο πρόεδροι του συμβουλίου και ένας εκτελεστικός γενικός Διευθυντής καθώς και η πρώτη οικονομική διευθύντρια του οργανισμού (Υγεία - news, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση, ισχύς και τάση φυγής των ΝΜ

4.1 Εισαγωγή

Όπως προαναφέρθηκε η θεωρία της αυτεπάρκειας του Bandura (1977) ερμηνεύεται από το τρίπτυχο άτομο-συμπεριφορά-περιβάλλον. Η θεωρία ερμηνεύει την αυτεπάρκεια ως την *πεποίθηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να ολοκληρώσει επιτυχώς ένα συγκεκριμένο έργο*. Γενικότερα, τα άτομα με υψηλό επίπεδο αυτεπάρκειας ασκούν μεγαλύτερη προσπάθεια όταν έχουν να αντιμετωπίσουν μια δύσκολη εργασία από άτομα με χαμηλότερο βαθμό αυτεπάρκειας (Lunenburg, 2011).

Επίσης, τα συστατικά στοιχεία της ενδυνάμωσης που περιέγραψε η Kanter (1993) (*πρόσβαση στην πληροφόρηση, υποστήριξη, πρόσβαση σε πόρους, ευκαιρίες ανάπτυξης γνώσεων και δεξιοτήτων*) ενδυναμώνουν το προσωπικό, προωθούν περαιτέρω την εμπλοκή των εργαζομένων στην εργασία και οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα απόδοσης.

Επιπρόσθετα, για την Kanter, *η ισχύς είναι η ικανότητα κινητοποίησης ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη της εργασίας* (Kanter 1993, σ. 166) και αυτή αποκτάται από την πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες, υποστήριξη και πόρους στο περιβάλλον εργασίας. Η ισχύς αφορά στη δικαιοδοσία των ατόμων να κάνουν πράγματα και εκπηγάζει από τη θέση που κατέχει ένα άτομο στον οργανισμό. Στο βιβλίο της "*Men and Women of the Corporation*", η Kanter (1993), υποστηρίζει ότι η ισχύς σε οργανισμούς προέρχεται από τις δομικές συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον και όχι από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή από τα αποτελέσματα κοινωνικοποίησης. Αν και τα προσωπικά χαρακτηριστικά παίζουν κάποιο ρόλο στη συμπεριφορά των εργαζομένων, η Kanter υποστηρίζει ότι οι εργασιακές συνθήκες μπορούν να περιορίσουν τη βέλτιστη απόδοση στην εργασία, ανεξάρτητα από τις θετικές προσωπικές τάσεις ή τις προδιαθέσεις, και επομένως, τη χαμηλότερη παραγωγικότητα.

Η ενδυνάμωση σχετίζεται με την αύξηση της *ισχύος* και την προσωπική αυτονομία στις διαπροσωπικές και θεσμικές σχέσεις σε ένα οργανισμό, κυρίως στις σχέσεις καταπίεσης, διακρίσεων και κοινωνικής κυριαρχίας (Bernardino et al., 2013). Ωστόσο, για να κατανοήσουμε την ενδυνάμωση στο πλαίσιο της ανάπτυξης, υποστηρίζεται ότι πρέπει να

εξερευνήσουμε τη φύση και την εκδήλωση της ισχύος στην κοινωνία αφού αυτή υπάρχει σε κάθε σχέση, συναλλαγή, απόφαση και ρύθμιση (Chaudhuri, 2016).

Η ενδυνάμωση της ηγεσίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των νοσηλευτών, ωστόσο η έρευνα για να εξηγηθούν οι μηχανισμοί με τους οποίους η ηγεσία επηρεάζει τις προθέσεις εργασίας των NM είναι περιορισμένη (Laschinger et al., 2012). Η νοσηλευτική πρόθεση/ τάση φυγής περιλαμβάνει νοσηλευτές που μετακινούνται σε άλλο θάλαμο στο ίδιο νοσοκομείο ή αποχωρούν από τον οργανισμό ή το επάγγελμα (Hayes et al., 2012). Σύμφωνα με τους Pishgooie et al. (2019), η διασφάλιση υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να παραμείνουν στα νοσοκομεία που εργάζονται. Οι οργανισμοί χρειάζονται ηγέτες που προβλέπουν προβλήματα και προσπαθούν να τα επιλύσουν μέσω αλληλεπίδρασης με τους εργαζομένους. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν επίσης ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της τάσης φυγής των νοσηλευτών και την ικανοποίηση τους από την εργασία.

4.2 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης επικεντρώνεται στη διερεύνηση της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος καθώς και της τάσης φυγής των NM.

Πιο συγκεκριμένα, τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα: (i) ποιος ο βαθμός αυτεπάρκειας, (ii) ποιος ο βαθμός ενδυνάμωσης και ισχύος και (iii) ποια η τάση φυγής των NM καθώς και η συσχέτιση τους με άλλους παράγοντες

4.3 Υλικό και μέθοδος

Για διευκόλυνση της ανασκόπησης και αποφυγής σφαλμάτων αναζήτησης της σχετικής βιβλιογραφίας ακολουθήθηκε σχετική μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης όπως περιγράφεται στις κατευθυντήριες του Centre for Reviews and Dissemination (2009) καθώς και στα άρθρα των Πατελάρου & Μπροκαλάκη (2010), Μπελλάλη (2011), Bartels (2013) και τον πρακτικό οδηγό των Atkinson & Cipriani (2018).

Στρατηγική Αναζήτησης

Η προκαταρκτική αναζήτηση για σχετικά άρθρα στην ελληνική δεν έφερε αποτελέσματα γι' αυτό το λόγο η συστηματική αναζήτηση που ακολούθησε έγινε για άρθρα στην Αγγλική γλώσσα. Η αναζήτηση διεξήχθη την περίοδο Ιουλίου 2020 – Αυγούστου 2020. Από την προκαταρκτική αναζήτηση διαπιστώθηκε η ύπαρξη πληθώρας ερευνών μεταξύ

νοσηλευτών σε ποικίλους εργασιακούς χώρους καθώς και φοιτητών νοσηλευτικής με χρήση της GSE²⁸ και της CWEQ-II²⁹. Ωστόσο, η σχετική και πιο ενδεδειγμένη αναζήτηση για εξεύρεση άρθρων για τους σκοπούς της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ανέδειξε περιορισμένο αριθμό μελετών μεταξύ NM.

Σημειώνεται ότι η αναζήτηση με συνδυασμό όλων των όρων που είχε σκοπό τον εντοπισμό άρθρων πρότερης συστηματικής ανασκόπησης από άλλους συγγραφείς και συνεπώς εντοπισμό προϋπάρχουσας γνώσης, δεν έφερε στην επιφάνεια κανένα άρθρο. Για το λόγο αυτό η τελική επιλογή άρθρων συμπεριέλαβε μελέτες που εξετάζαν συσχετίσεις με άλλες παραμέτρους (π.χ ηγετικές πρακτικές, οργανωσιακή κουλτούρα κ.α).

Η αναζήτηση έγινε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων CINAHL, SCOPUS και PUMBED. Οι όροι αναζήτησης, έγιναν με βάση τον πιο κάτω συνδυασμό (Πίνακας 3) και ακολουθήθηκαν τα βήματα: αναγνώριση, διαλογή, καταλληλόλητα και επιλογή. Τα βήματα αυτά υποδεικνύονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA³⁰ (Moher et al., 2009; Liberati et al., 2009).

Πίνακας 3: Συνδυασμός λέξεων αναζήτησης στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων

| |
|--|
| <p>Nurse* manager* OR Nursing Manager* OR Nurse* Leader* OR Nursing Leader* OR front line manager* OR front line Nurse* manager* OR Nurse* Supervisor* OR Nursing Supervisor* OR Nurse* Administrator* OR Nursing Administrator* OR Head Nurse* (TI)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ...AND Self-Efficacy (TI, AB) 2. ...AND Empowerment OR Power (TI, AB) 3. ...AND turnover intention OR intention to leave OR intention to quit (TI, AB) 4. ...AND Empowerment OR Power (TI, AB) AND CWEQII OR CWEQ II OR CWEQ-II (TX All TEXT) 5. ...AND Self-Efficacy (TI, AB) AND GSE OR GSES OR Generalised Self Efficacy Scale OR Generalized Self Efficacy Scale OR General Self Efficacy Scale (TX All TEXT). |
|--|

Κριτήρια Επιλογής

Τέθηκαν ως κριτήρια εισόδου τα πιο κάτω:

1. Ποσοτικές έρευνες στην αγγλική γλώσσα
2. Χρονικό διάστημα δημοσίευσης Ιανουάριος 2010 - Αύγουστος του 2020.
3. Το δείγμα να αφορά μεσαία διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής (νοσηλευτές μάνατζερ).
4. Πρόσβαση στο πλήρες άρθρο.

²⁸ General Self-Efficacy Scale: Γενική Κλίμακα Αυτεπάρκειας (Εργαλείο μέτρησης αυτεπάρκειας)

²⁹ Conditions for Work Effectiveness Questionnaire-II: Προϋποθέσεις για την Αποτελεσματικότητα του Εργασιακού χώρου (Εργαλείο μέτρησης Ενδυνάμωσης)

³⁰ Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses (Προτιμώμενα Στοιχεία Αναφοράς για Συστηματικές Ανασκοπήσεις και Μετα-Αναλύσεις)

Κριτήρια Αποκλεισμού

Ως κριτήρια αποκλεισμού τέθηκαν:

1. Εργασίες που εμφανίζονταν διπλές.
2. Εργασίες που δεν κατέστη εφικτή η εξασφάλιση ολόκληρου του άρθρου μετά από εξαντλητική αναζήτηση από άλλες βάσεις δεδομένων ή μέσω του δια-δανεισμού άρθρων από την παρεχόμενη υπηρεσία της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου.
3. Το δείγμα να αφορά άλλους επαγγελματίες υγείας ή φοιτητές νοσηλευτικής ή νοσηλευτές που εργάζονται εκτός νοσηλευτηρίων (π.χ Πρωτοβάθμια Κέντρα Υγείας).

Η αρχική αναζήτηση για σχετικά άρθρα στην ελληνική δεν έφερε αποτελέσματα γι' αυτό το λόγο η συστηματική αναζήτηση έγινε για άρθρα στην Αγγλική γλώσσα. Αριθμός ερευνητικών άρθρων ($n = 6$) που βρέθηκαν κατά την αναζήτηση αν ήταν στην αγγλική γλώσσα, ενδεχομένως να εμπλουτίζαν περαιτέρω την ανασκόπηση, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη ο τελικός αριθμός των άρθρων που έχουν συμπεριληφθεί.

Αποκλείστηκαν επίσης άρθρα που αφορούσαν ΝΜ που εργάζονταν σε χώρους πέραν των νοσοκομείων (π.χ κέντρα υγείας και στην κοινοτική φροντίδα) που ενδεχομένως να έδιναν την ευκαιρία για περαιτέρω εξέταση των πιο πάνω μεταβλητών καθώς επίσης και περισσότερες συγκρίσεις.

Δεν βρέθηκε κάποια μελέτη που να ερευνά και να συσχετίζει παράλληλα όλες τις μεταβλητές. Ως εκ τούτου, η ανασκόπηση των άρθρων δεν περιορίστηκε στη μέτρηση των υπό εξέταση μεταβλητών με τη χρήση ενός συγκεκριμένου εργαλείου.

Επιλογή και αξιολόγηση των σχετικών άρθρων

Η διαδικασία αναζήτησης έγινε χωριστά από δύο ερευνητές (ΙΑ και ΑΜ) χρησιμοποιώντας τους ίδιους όρους αναζήτησης και ακολουθώντας τα ίδια βήματα (αναγνώριση, διαλογή, καταλληλόλητα και επιλογή) με βάση τον τίτλο, περίληψη και το πλήρες άρθρο. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης παρουσιάζονται σε διάγραμμα ροής (Σχήμα 4).

Η αξιολόγηση των εργασιών (πλήρες άρθρο) έγινε με αξιοποίηση των κατευθυντήριών του Centre for Reviews and Dissemination (2009). Οι βασικές κατηγορίες αξιολόγησης σε αυτή τη λίστα ελέγχου περιλαμβάνουν: τον τίτλο, την περίληψη, την εισαγωγή, τη μέθοδο, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τη χρηματοδότηση.

Όπου υπήρξαν διαφορές διεξαγόταν συζήτηση μεταξύ των ερευνητών για σκοπούς συναίνεσης και τελικής απόφασης.

Αρχικά, ανασκοπήθηκαν 205 τίτλοι άρθρων (Scopus $n=70$, CINAHL $n=61$, PUBMED $n=74$). Κατά τη διαδικασία *αναγνώρισης* αποκλείστηκαν 119 δημοσιεύσεις οι οποίες εμφανίστηκαν διπλές.

Στο στάδιο *της διαλογής* που ακολούθησε αποκλείστηκαν οι μελέτες εκτός αγγλικής γλώσσας ($n=6$), οι επιστολές σύνταξης και οι ανασκοπήσεις ($n=6$), οι ποιοτικές έρευνες ($n=5$), οι διδακτορικές διατριβές ($n=3$). Ακολούθως, αποκλείστηκαν 20 άρθρα από τον τίτλο και 15 μετά από ανάγνωση της περίληψης.

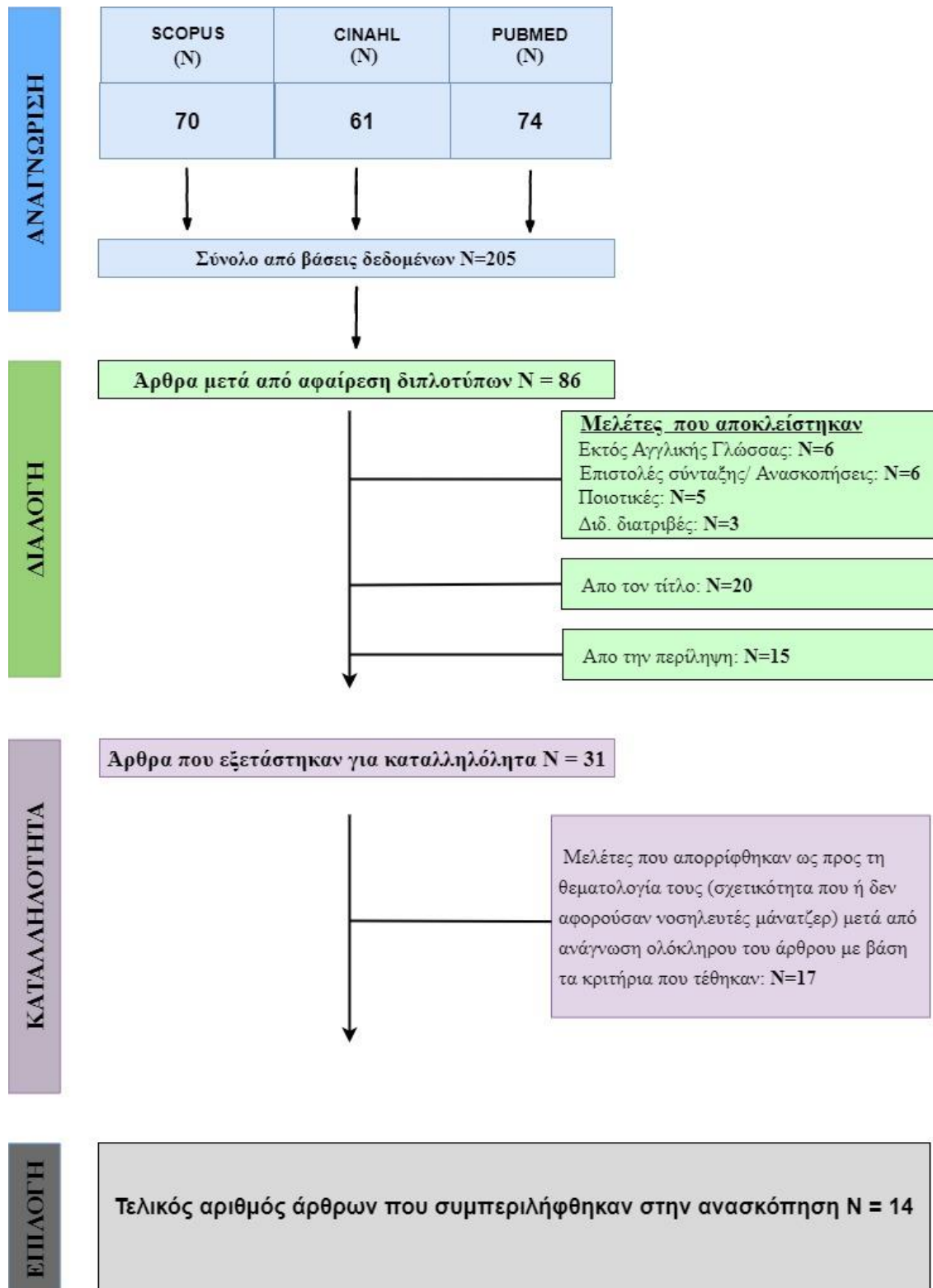
Στο στάδιο, *της καταλληλότητας*, από τις εναπομείναντες 31 απορρίφθηκαν ως προς τη θεματολογία τους (σχετικότητα ή που δεν αφορούσαν νοσηλευτές μάνατζερ) μετά από ανάγνωση ολόκληρου του άρθρου 17 μελέτες. Ο τελικός αριθμός των μελετών που προέκυψαν για ανάλυση (*στάδιο επιλογής*) με βάση το σκοπό της παρούσας εργασίας ήταν 14 (Σχήμα 4, Πίνακας 4).

Αξιολόγηση της ποιότητας των άρθρων

Κάθε μελέτη εξετάστηκε δύο φορές ως προς την μεθοδολογική της ποιότητα από τον πρώτο συγγραφέα, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που συστήνει το Centre for Reviews and Dissemination (2009 σελ. 33-44). Εξετάστηκαν ως προς: (i) την καταλληλότητα του σχεδιασμού της μελέτης, (ii) ως προς τον ερευνητικό στόχο, (iii) τον κίνδυνο προκατάληψης, (iv) τα στατιστικά θέματα, (v) την ποιότητα αναφοράς, (vi) τη χρησιμότητα και (vii) τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Κανένα από τα επιλεγμένα άρθρα δεν αφαιρέθηκε με βάση την πιο πάνω αξιολόγηση της ποιότητας.

Τα άρθρα έτυχαν εξέτασης και ως προς τις συσχετίσεις των μεταβλητών που εξέταζε η κάθε μελέτη. Η διαδικασία έγινε ανεξάρτητα από τους δύο ερευνητές (ΙΛ, ΑΜ) και κατόπιν συναίνεσης και συμφωνίας, αφού δεν προέκυψε καμμιά ουσιαστική διαφορά, τα άρθρα που τελικά περιλήφθηκαν αναφέρονταν σαφώς στις υπό εξέταση έννοιες. Οι μελέτες που επιλέγηκαν ($n=14$) παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Σχήμα 4: Διάγραμμα ροής - Συστηματική ανασκόπηση³¹



³¹ Από την επισκόπηση των παραπομπών στις έρευνες που ανασκοπήθηκαν δεν βρέθηκαν επιπρόσθετα άρθρα που να πληρούσαν τα κριτήρια που είχαν τεθεί στην αναζήτηση μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων

4.4 Αποτελέσματα ανασκόπησης

Όπως διαφάνηκε κατά τη διάρκεια της αναζήτησης, η αυτεπάρκεια, η ενδυνάμωση, η ισχύς και η τάση φυγής έχουν διερευνηθεί ευρέως στην παγκόσμια κοινότητα των νοσηλευτών. Ωστόσο οι έρευνες μεταξύ των ΝΜ είναι περιορισμένες. Από τις 14 μελέτες που εξετάστηκαν οι πλείστες ήταν περιγραφικές και συσχέτισης και προέρχονταν από διάφορες χώρες της υφελίου.

Συγκεκριμένα, από την Αγγλία προερχόταν μία εργασία, από τις ΗΠΑ τρεις, από το Ιράν μία, από τον Καναδά δύο, την Κίνα μία, τη Λιθουανία τρεις, τη Ταϊβάν μία, τις Φιλιππίνες μία και από τη Φινλανδία επίσης μία. Οι μελέτες, όπως αναφέρονταν από τους συγγραφείς, ήταν περιγραφικές συσχέτισης ($n = 7$) και περιγραφικές ($n = 6$). Μία ακολούθησε μικτό ερευνητικό σχεδιασμό (ποσοτική και ποιοτική). Η αυτεπάρκεια των ΝΜ εξεταζόταν σε δύο άρθρα, η ενδυνάμωση σε πέντε, η ισχύς σε τρία και η τάση φυγής σε δύο.

Στις πλείστες έρευνες παρατηρήθηκε ανταπόκριση πέραν του 60%. Τρεις έρευνες είχαν ανταπόκριση μεταξύ 30 – 45%. Μία μελέτη που είχε 8% ανταπόκριση και μία με δείγμα ευκολίας, δεν ανέφερε ποσοστό ανταπόκρισης. Οι δύο αυτές έρευνες δικαιολογούσαν τον τελικό αριθμό του δείγματος με ανάλυση ισχύος.

Οι μελέτες παρουσίασαν ποικιλία εργαλείων μέτρησης, αναλόγως των μεταβλητών που εξετάζαν. Τα κύρια εργαλεία μέτρησης της ενδυνάμωσης ήταν το CWEQ-II (*Conditions for Work Effectiveness Questionnaire*) και της αυτεπάρκειας το GSE (*General Self-Efficacy Scale*).

Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων των μελετών, εκτιμήθηκε με χρήση του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α . Τα επίπεδα αξιοπιστίας κρίνονται *αποδεκτά* (0,70 – 0,79) έως *καλά* (0,80 – 0,89) για κάποιες μελέτες και για κάποιες άλλες ως *άριστα* (0,90 – 0,94) (Γαλάνης, 2013). Σε ό,τι αφορά στην εγκυρότητα, έξι μελέτες αναφέρουν εγκυρότητα δομής (με παραγοντική ανάλυση), τρεις αναφέρουν εγκυρότητα όψεως, δύο αναφέρουν εγκυρότητα περιεχομένου, μία αναφέρει εγκυρότητα όψεως και περιεχομένου και σε δύο έρευνες δεν γίνεται αναφορά.

Σημειώνεται ότι από την αναζήτηση μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων δεν προέκυψε κάποια ολοκληρωμένη ανασκόπηση που να περιλαμβάνει όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές (αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση, ισχύς, τάση φυγής). Ωστόσο, βρέθηκαν μόνο δύο ανασκοπήσεις που αφορούσαν την ενδυνάμωση των νοσηλευτών μέσου επιπέδου διοίκησης. Η μία αφορούσε την δομική ενδυνάμωση σε σχέση με το εργασιακό

περιβάλλον και η δεύτερη αφορούσε όλες τις μορφές ενδυνάμωσης (ψυχολογική, ομαδική, δομική) σε όλο το φάσμα της νοσηλευτικής και όχι μόνο των NM.

Κάποια κοινά χαρακτηριστικά που εντοπίζονται και αφορούν κυρίως στην ηλικία, στο επίπεδο εκπαίδευσης, στην επαγγελματική εμπειρία και στα χρόνια υπηρεσίας είναι καθοριστικοί παράγοντες των αποτελεσμάτων των μεταβλητών που έχουν εξεταστεί (αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση, ισχύς, τάση φυγής). Ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι ενδεχόμενες διαφορές στις προσεγγίσεις των NM απορρέουν ή και επηρεάζονται από την τοπική κουλτούρα και σαφώς από τις συνθήκες που επικρατούν στα συστήματα υγείας κάθε χώρας καθώς και στο εργασιακό περιβάλλον.

Βαθμός αυτεπάρκειας και συσχέτιση με άλλους παράγοντες

Στις μελέτες που περιλήφθηκαν φάνηκε ότι ο βαθμός της αυτεπάρκειας των NM κυμαινόταν από χαμηλός - μέτριος έως υψηλός. Η αυτεπάρκεια των NM στην μελέτη των Xie et al. (2020) παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με τη διαχείριση του χρόνου, ο οποίος θα μπορούσε να προβλεφθεί από το βαθμό αυτεπάρκειας. Έχει υποστηριχθεί ότι η βελτίωση της αυτεπάρκειας είναι απαραίτητη καθώς μπορεί να συμβάλει στην προώθηση της αξιοποίησης και της διαχείρισης του χρόνου.

Μια άλλη μελέτη (Van Dyk et al., 2016) που επιχείρησε να προσδιορίσει τις σχέσεις μεταξύ αυτεπάρκειας και αυτοπεποίθησης, διαπίστωσε ότι η συνολική αυτοπεποίθηση συσχετιζόταν με την αυτεπάρκεια και ότι η αυτεπάρκεια συσχετίζεται σημαντικά με την προϋπηρεσία και ότι αυτή θα μπορούσε να προβλεφθεί από την ηγετική εμπειρία. Όπως συμπερασματικά αναφέρουν οι ερευνητές, τα αποτελέσματα της μελέτης τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν από την ανώτερη διοίκηση του οργανισμού προκειμένου να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διατήρηση και περαιτέρω βελτίωση της αυτεπάρκειας των NM και παράλληλα να δημιουργήσουν συνθήκες που θα επιτρέψουν στο σύστημα να εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου μέσω της σχέσης τους με τους κλινικούς νοσηλευτές και τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής (Van Dyk et al., 2016). Υποστηρίχθηκε επίσης (Oliver et al., 2014), ότι κάποια μορφή δομημένης εκπαίδευσης και υποστήριξης για τη βελτίωση των ηγετικών δεξιοτήτων, της διευθυντικής ισχύος μπορεί να βελτιώσει την αυτεπάρκεια των NM και να ενισχύσει τις αντιλήψεις για την ανεπίσημη ισχύ.

Σε άλλη έρευνα (Farokhzadian et al., 2015) στην οποία παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα αυτεπάρκειας στις δεξιότητες τεκμηριωμένης πρακτικής, εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ του βαθμού αυτεπάρκειας και i) της ηλικίας ii) των ακαδημαϊκών

προσόντων και iii) της κατάρτισης των NM. Το γεγονός ότι η μέτρια θετική σχέση μεταξύ αυτεπάρκειας και στάσεων των NM η οποία οδηγεί σε θετικές συμπεριφορές, ερμηνεύεται ότι αυτοί είναι πιο σίγουροι και ικανοί σε δραστηριότητες τεκμηριωμένης πρακτικής. Ενώ στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι η απαίτηση για εκπαίδευση ήταν μέτρια, υπήρχε χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των αναγκών κατάρτισης και αυτεπάρκειας. Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η αυτεπάρκεια των νοσηλευτικών ηγετών μπορεί να συμβάλει στην παροχή ασφαλούς φροντίδας.

Στην εξέταση της επιρροής των πρακτικών ηγεσίας των ανώτερων νοσηλευτών (Senior Nurse Leaders - SNLs) στις εμπειρίες ενδυνάμωσης και οργανωσιακής υποστήριξης των νοσηλευτών μάνατζερ μέσου επιπέδου (Middle Managers) και πρώτης γραμμής (First Line Managers - FLMs) καθώς και τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα φροντίδας των ασθενών και τις προθέσεις φυγής, οι Laschinger et al., (2012), συμπέραναν ότι όταν οι NM έχουν υψηλό βαθμό αυτεπάρκειας και αντιλαμβάνονται ότι υποστηρίζονται από τον οργανισμό, είναι σε θέση να δημιουργήσουν και να προωθήσουν ένα ενισχυμένο εργασιακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, αισθάνονται ικανοποιημένοι και ανταμείβονται ως αποτελεσματικοί ηγέτες.

Βαθμός ενδυνάμωσης και ισχύος και συσχέτιση με άλλους παράγοντες

Αρκετές έρευνες υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στο συνολικό βαθμό ενδυνάμωσης μεταξύ NM διαφορετικής θέσης, ωστόσο ενδέχεται να υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις υποκλίμακες των κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση (*ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη, πόροι, επίσημη και ανεπίσημη ισχύς*). Από τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών διαφάνηκε ότι τον μικρότερο βαθμό λαμβάνει η υποκλίμακα για τους πόρους με τη συνολική ενδυνάμωση να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (Spencer & McLaren, 2016; Regan & Rodriguez, 2011; Laschinger et al., 2012; Kang et al., 2012; Viinikainen et al., 2015; Trus et al., 2018).

Η ανεπίσημη ισχύς επίσης φαίνεται ότι λάμβανε πιο ψηλή βαθμολογία σε κάποιες έρευνες ειδικά στα ζητήματα που αφορούσαν στη συνεργασία με τους γιατρούς, με τους συναδέλφους και στην αναζήτηση ιδεών από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Spencer & McLaren, 2016; Kang et al., 2012; Trus et al., 2018).

Η επίσημη ισχύς φαίνεται να είναι ψηλότερη μεταξύ NM που έχουν περισσότερη εκτελεστική εξουσία και υπηρετούν σε πιο ψηλή θέση (Spencer & McLaren, 2016; Kang et al., 2012).

Η μελέτη των Spencer & McLaren (2016), έδειξε ότι η μέση βαθμολογία της συνολικής ενδυνάμωσης ήταν μετρίως υψηλή χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο υπό εξέταση ομάδων (προϊστάμενοι τμημάτων/ προϊστάμενοι νοσηλευτηρίων και ανώτεροι νοσηλευτές). Οι ερευνητές συμπέραναν ότι ο μέτρια ενδυναμωμένος πληθυσμός, που διαφέρει σε σχέση με την πρόσβαση σε πληροφορίες, την πρόσβαση σε πτυχές της κατηγορίας υποστήριξη, την πρόσβαση σε πόρους και της επίσημης ισχύος, αντικατοπτρίζει τις διαφορές στους ρόλους, τις σφαίρες ευθύνης, την ιεραρχική θέση και τους περιορισμούς στην ενδυνάμωση που επιβάλλονται από τις οικονομικές πιέσεις και τους περιορισμούς των πόρων. Για αυτό απαιτείται διοικητική υποστήριξη για διατήρηση της εργασιακής δέσμευσης των μεσαίων στελεχών διοίκησης νοσηλευτικής.

Οι Regan & Rodriguez (2011), αξιολόγησαν επίσης την ενδυνάμωση δύο ομάδων NM. Μια ομάδα μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής (νοσηλευτές μάνατζερ – NM) και μια ομάδα με βοηθούς νοσηλευτές μάνατζερ - BNM). Η μέση βαθμολογία για τη συνολική ενδυνάμωση ήταν ψηλότερη για τους NM από τους BNM. Τα ευρήματά τους έχουν δείξει ότι οι NM και οι BNM ήταν σχετικά άπειροι στη διοίκηση και ότι δεν διέθεταν τις απαραίτητες πληροφορίες, την υποστήριξη και τους πόρους που απαιτούντο για την ολοκλήρωση της απαιτούμενης εργασίας. Οι ερευνητές συμπέραναν επίσης ότι οι NM διαπίστωσαν έλλειψη οργανωσιακής υποστήριξης και ότι παρόλο που μερικοί NM αντιλαμβάνονταν κάποια ενδυνάμωση στη δουλειά τους, αυτοί με λιγότερη εμπειρία χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη και πρόσβαση σε πόρους. Όπως σημειώνεται από τους Regan & Rodriguez (2011), σημαντικός περιορισμός της μελέτης τους ήταν το γεγονός ότι τα ευρήματά της προέρχονταν από ένα μόνο ιατρικό κέντρο.

Οι Laschinger et al. (2012), εξετάζοντας δυο διαφορετικές ομάδες NM διαπίστωσαν ότι και οι δύο ομάδες θεώρησαν ότι δεν είχαν πρόσβαση στους πόρους που χρειάζονταν για επιτυχή εκτέλεση των ρόλων τους. Στη μελέτη τους διαπιστώθηκε ότι η ενδυνάμωση είχε σημαντική θετική άμεση επίδραση στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη και έμμεσες επιπτώσεις στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα καθώς και στην πρόθεση φυγής των NM. Ομοίως, οι πρακτικές ηγεσίας είχαν σημαντική και θετική άμεση επίδραση στην ενδυνάμωση και στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη και έμμεσες επιπτώσεις στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη, στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα και στην πρόθεση φυγής. Η μελέτη τους αποκάλυψε ότι η οργανωσιακή υποστήριξη είχε σημαντική θετική άμεση επίδραση στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα και σημαντική άμεση αρνητική επίδραση στις προθέσεις φυγής. Καταληκτικά, όταν οι NM

αντιλαμβάνονται ότι ο οργανισμός υποστηρίζει τις προσπάθειές τους να δημιουργήσουν ένα δυναμικό εργασιακό περιβάλλον, αισθάνονται ότι τυγχάνουν εκτίμησης, ότι ανταμείβονται και τελικά ικανοποιούνται από το ρόλο τους ως αποτελεσματικοί ηγέτες της νοσηλευτικής (Laschinger et al., 2012).

Οι Kang et al. (2012), εκτίμησαν το επίπεδο και τις διαφορές στις διοικητικές επάρκειες (ικανότητα έρευνας, διαχείριση χρόνου, εκτελεστική ισχύς, φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος) των νοσηλευτών διοίκησης (Head Nurses, και Nurse Executives). Η εκτελεστική ισχύς ήταν υψηλότερη στους εκτελεστικούς διευθυντές νοσηλευτικής (Nurse Executives) από τους επικεφαλής νοσηλευτές (Head Nurses) μάλιστα με στατιστικά σημαντική διαφορά στη μεταξύ τους μέση βαθμολογία. Η εκτελεστική ισχύς και οι προαναφερθείσες διοικητικές επάρκειες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Επίσης διαφάνηκε ότι η εκτελεστική ισχύς σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως η ερευνητική ικανότητα, ο φόρτος εργασίας και η ηλικία (νοούμενου ότι έχει προηγηθεί εκπαίδευση) θα μπορούσαν να εξηγήσουν το 63,2% του βαθμού των διοικητικών ικανοτήτων (Kang et al., 2012).

Οι Viinikainen et al (2015), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ισχύος των NM και της ισχύος νοσηλευτικής ομάδας σε δημόσιους οργανισμούς υγείας. Στην μελέτη τους φάνηκε ότι οι NM αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ισχύος στο ρόλο τους ως μάνατζερ και χαμηλότερα σε σχέση με τους πόρους που διαθέτουν. Οι εννέα στους δέκα ανέφεραν ότι αντλούν δύναμη από τη θέση τους ως NM, ενώ η προσωπική ισχύς αναφέρθηκε μόνο από το 65%.

Η έρευνα των Trus et al. (2017), έδειξε ότι η ισχύς των NM και η βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής ήταν σε υψηλό επίπεδο. Στην ίδια ερευνά διαφάνηκε χαμηλότερο επίπεδο ισχύος σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για το τμήμα με χαμηλότερη αξιολόγηση στην ισχύ για διευκόλυνση της ερευνητικής δραστηριότητας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διέθεταν υψηλότερη οργανωσιακή ισχύ από αυτούς με λιγότερη εκπαίδευση.

Ωστόσο, η αντίληψη των NM για την προσωπική τους ισχύ σε επίπεδο οργανισμού ήταν μέτρια, αποτέλεσμα που συνάδει με τα ευρήματα των Viinikainen et al. (2015). Φάνηκε επίσης μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, επαγγελματικής εμπειρίας στη νοσηλευτική, εργασιακής εμπειρίας στο τμήμα και ισχύος σε επίπεδο οργανισμού. Τέλος, όλες οι κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση (πρόσβαση σε πληροφορίες,

υποστήριξη, πόροι, ευκαιρίες, επίσημη και ανεπίσημη ισχύς) και όλες οι πτυχές της ψυχολογικής ενδυνάμωσης (λεκτική, συμπεριφορική και έκβαση) συσχετίστηκαν θετικά με το συνολικό επίπεδο ισχύος τόσο σε επίπεδο μονάδας όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο (Trus et al., 2017).

Σε δεύτερη δημοσίευση για την ίδια έρευνα οι Trus et al. (2018), παρουσίασαν ανάλυση της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση των ΝΜ. Στην μελέτη φάνηκε ότι οι λόγοι που συμβάλουν στο επίπεδο της αντιλαμβανόμενης ισχύος των ΝΜ οφείλονται σε αρκετούς παράγοντες. Ειδικότερα η συνολική ισχύς συσχετιζόταν με την εργασιακή εμπειρία σε διοικητική θέση. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την ηλικία, την εργασιακή νοσηλευτική εμπειρία και τις ομιλούμενες γλώσσες. Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ΝΜ με περισσότερη επαγγελματική νοσηλευτική εμπειρία, έχουν χαμηλότερη ικανότητα να ξεκινήσουν καινοτόμες αλλαγές χωρίς να περάσουν από μια πολυεπίπεδη διαδικασία έγκρισης. Επίσης φάνηκε ότι οι μάνατζερ κάτοχοι μεταπτυχιακού (μάστερ) είχαν υψηλότερη ισχύ από αυτούς με χαμηλότερου επιπέδου ακαδημαϊκή εκπαίδευση.

Σε τρίτη αναφορά για την ίδια έρευνα οι Trus et al. (2019), κατέγραψαν τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και του οργανωσιακού κλίματος και της ενδυνάμωσης που σχετίζεται με την εργασία, και παρουσίαση των χαρακτηριστικών της κουλτούρας και του κλίματος σε επίπεδο ομάδας και οργανισμού. Διαπίστωσαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα συνδέονται με την ενδυνάμωση που σχετίζεται με την εργασία των νοσηλευτών. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν πολύ χαμηλές (συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ $-0,30$ και $0,30$).

Τάση φυγής και συσχετίσεις με άλλους παράγοντες

Σε ό,τι αφορά στη τάση φυγής, ο πιο σημαντικός παράγοντας που αναφέρθηκε από τους ΝΜ που σκοπεύουν να παραμείνουν ήταν η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής ακολουθούμενη από επαρκή υποστήριξη από τον άμεσα προϊστάμενό τους και την ικανότητα διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας (Hewko et al., 2015). Ανέφεραν επίσης επαρκή ενδυνάμωση για διεκπεραίωση της εργασίας και ότι η συνάφεια μεταξύ του στιλ ηγεσίας του προϊστάμενου τους και της ασφάλειας της εργασίας τους ήταν επίσης σημαντικά. Οι τέσσερις πιο σημαντικοί παράγοντες για τους μάνατζερ που σκόπευαν να αποχωρήσουν ήταν ο φόρτος εργασίας η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής η ανεπαρκής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των

ασθενών οι ανεπαρκείς ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι και η ανεπαρκής ενδυνάμωση για την εκτέλεση της εργασίας. Μικρότερης σημασίας ήταν η ασφάλεια της εργασίας, οι οικογενειακοί λόγοι και η ασυμφωνία μεταξύ του στιλ ηγεσίας τους και των εποπτών τους (Hewko et al., 2015).

Ο Labrague (2020), διαπίστωσε από τα ευρήματα της ερευνάς τους ότι ο σύνθετος βαθμός στην επαγγελματική πρόθεση φυγής ήταν χαμηλότερο από αυτό της οργανωσιακής πρόθεσης φυγής. Η ηλικία είχε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση φυγής. Η σύγκρουση εργασίας – οικογένειας και η δυσφορία από την εργασία είχαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την πρόθεση φυγής. Η εργασιακή ικανοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση φυγής. Φάνηκε ότι υπάρχει υψηλότερη πρόθεση φυγής μεταξύ των μάνατζερ που κατείχαν θέσεις μερικής απασχόλησης ή με σύμβαση εργασίας σε σύγκριση με εκείνους που κατείχαν θέσεις πλήρους απασχόλησης. Εντοπίστηκαν επίσης διαφορές στις μέσες βαθμολογίες φυγής με βάση την ομαδοποίηση που έγινε σε σχέση με την αποκτηθείσα εκπαίδευση, την δυναμικότητα των τμημάτων, του αριθμού των υπαλλήλων και το μέγεθος κάθε εγκατάστασης. Μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών, το μέγεθος του νοσοκομείου (εγκαταστάσεις μεγάλου μεγέθους) αναγνωρίστηκε ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας στην πρόθεση φυγής. Το υψηλότερο αντιλαμβανόμενο άγχος συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερη πρόθεση φυγής (Labrague, 2020).

Τέλος, οι Laschinger et al. (2012) στην ερέυνα τους εντόπισαν μέτρια ως υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης σε δύο ομάδες NM και όπως διαφάνηκε και οι δύο ομάδες είχαν χαμηλές προθέσεις εγκατάλειψης του ρόλου τους.

Πίνακας 4: Μεθοδολογία ερευνών που ανασκοπήθηκαν

| Συγγραφείς Έτος δημοσίευσης Χώρα | Σκοπός | Σχεδιασμός (σύμφωνα με τον συγγραφέα) / Δείγμα | Εργαλεία / Αξιοπιστία - Εγκυρότητα | Αποτελέσματα |
|---|---|---|---|--|
| Regan & Rodríguez (2011) ΗΠΑ | Αξιολόγηση της ενδυνάμωσης μιας ομάδας νοσηλευτών μέσου επιπέδου διοίκησης (νοσηλευτές μάνατζερ - NMs και βοηθούς νοσηλευτές μάνατζερ ANMs) | Περιγραφική (Συγχρονική σ.σ) Δειγματοληψία: Ευκολίας N=11+31 (42), RR=86% (1 νοσοκομείο) | 1) CWEQ-II A: a= 0,91 (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα δομής | Η μέση βαθμολογία για τη συνολική ενδυνάμωση ήταν 21±2,91 για τους νοσηλευτές μάνατζερ (NMs) και 20±3,36 για τους βοηθούς νοσηλευτές μάνατζερ (ANMs) Στην υποκλίμακα της σφαιρικής ενδυνάμωσης λιγότερο από το ήμισυ (45%) των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι το τρέχον περιβάλλον εργασίας τους τους έδωσε τη δυνατότητα να ολοκληρώσουν την εργασία με αποτελεσματικό τρόπο και μόνο το 37% θεώρησε ότι ο χώρος εργασίας ήταν ένα ισχυρό περιβάλλον 51% των ερωτηθέντων ανέφεραν, στην κλίμακα εργασιακών δραστηριοτήτων (επίσημη ισχύς), ότι πίστευαν ότι υπήρχαν ανταμοιβές για την καινοτομία στην εργασία. Λιγότερο από το 46% ανέφεραν ότι η εργασία τους επέτρεπε ευελιξία, αλλά οι μισοί (50%) ανέφεραν ότι είχαν δυνατότητα ανάπτυξης δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία. 50% των ερωτηθέντων ανέφεραν, στην κλίμακα οργανωσιακών σχέσεων (ανεπίσημη ισχύς), ότι συνεργάστηκαν με γιατρούς για τη φροντίδα των ασθενών. Λιγότερο από το ήμισυ (48%) ανέφεραν ότι αναζητούν βοήθεια από τους συναδέλφους για βοήθεια σε προβλήματα και το 48% ανέφεραν ότι τους ζητήθηκε βοήθεια από μάνατζερ. Μόνο το 41% ανέφερε ότι ζητήθηκαν συμβουλές από άλλους επαγγελματίες, όπως διαιτολόγους ή φυσιοθεραπευτές. |
| Laschinger et al. (2012) Καναδάς (10 επαρχίες) | Εξέταση της επιρροής των πρακτικών ηγεσίας των ανώτερων νοσηλευτών (SLNs) στις εμπειρίες ενδυνάμωσης και οργανωσιακής υποστήριξης των νοσηλευτών μάνατζερ μέσου επιπέδου (MMs) και πρώτης γραμμής (FLMs) καθώς και τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα φροντίδας των | Περιγραφική Από δευτερογενή ανάλυση δεδομένων που συνελέχθησαν μέσω ταχυδρομικής αποστολής Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=231+788 (1019) RR=60,2% (28 ακαδημαϊκά κέντρα υγείας και 38 | Leadership practices inventory (LPI) A: a=0.96 (0.72-0.85)* E: Δ/Α CWEQ-II A: a=0,77, 0,87 (0,79-0,82)* E: Εγκυρότητα δομής Survey of Perceived Organizational Support (SPOS) A: a=0,90 (0,74-0,95)* E: Δ/Α | Τόσο οι MMs όσο και οι FLMs αξιολόγησαν τις πρακτικές ηγεσίας των SNLs σε μέτρια υψηλό επίπεδο (MT=7,82 και MT=8,07, αντίστοιχα). Και οι δύο ομάδες είχαν μέτρια ενδυνάμωση, αλλά οι MMs (MT=21,71±2,88) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δομικής ενδυνάμωσης από τους FLMs (MT=20,55 ± 3,16). Οι μάνατζερ ανέφεραν μόνο μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης, όμως επίσης οι MMs ανέφεραν υψηλότερο βαθμό POS (MT=4,16 ± 1,11) από τα FLM (MT= 3,77 ± 1,19). Οι αντιλήψεις για την ποιοτική φροντίδα ήταν μετρίως υψηλές και στις δύο ομάδες καθώς και οι δύο ομάδες ανέφεραν χαμηλές προθέσεις να εγκαταλείψουν τον ρόλο τους (MT=3,77 ± 1,19). |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | ασθενών και τις προθέσεις φυγής | κοινωνικά νοσοκομεία) | 2 ερωτήσεις από ερωτηματολόγιο έρευνας International Survey of Hospital Staffing and Organization of Patient Outcomes (αντιλαμβανόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και Προθέσεις φυγής) A: Δ/Α E: Δ/Α | |
| Kang C.M. et al. (2012) Ταϊβάν | Εκτίμηση του επιπέδου και των διαφορών στις διοικητικές επάρκειες, (ικανότητα έρευνας, διαχείριση χρόνου, εκτελεστική ισχύς, φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος) των νοσηλευτών διοίκησης - Nurse Administrators) και ο καθορισμός των καλύτερων προγνωστικών παραγόντων των διοικητικών ικανοτήτων | (Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=330 RR=86,8% νοσηλευτές διοίκησης (head nurses, supervisors, deputy directors and directors of nursing - μόνο γυναίκες), 16 νοσοκομεία. | Ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για το σκοπό της έρευνας με βάση τα 13 στοιχεία διοικητικής επάρκειας των νοσηλευτών μάνατζερ (Scoble and Russell, 2003). A: Δ/Α E: Εγκυρότητα περιεχομένου | Υψηλή αυτοαξιολόγηση όλων στην αντιλαμβανόμενη ακεραιότητα (MT=8,32), και υψηλό βαθμό εργασιακού στρες (MT=8,10). Χαμηλή αξιολόγηση των ικανοτήτων στη διαχείριση οικονομικών, προϋπολογισμού και επιχειρηματικής οξύνοιας (MT=5,79 στις επικεφαλής νοσηλευτές και MT=6,59 στις εκτελεστικούς διευθυντές νοσηλευτικής). Στις μεταβλητές της διοικητικής επάρκειας (ικανότητα έρευνας, διαχείριση χρόνου, εκτελεστική ισχύς, φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος) παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$). Η ανάλυση βηματικής παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι η ηλικία (νοούμενου ότι έχει προηγηθεί: εκπαίδευση, και ότι έχει ολοκληρωθεί πρόγραμμα νοσηλευτικής) και οι βαθμολογίες για την ερευνητική ικανότητα, την εκτελεστική ισχύ και τον φόρτο εργασίας θα μπορούσαν να εξηγήσουν το 63,2% της συνολικής διακύμανσης στις διοικητικές ικανότητες. |
| Oliver et al. (2014) ΗΠΑ (Βορειοανατολικές πολιτείες) | Περιγραφή των αντιλήψεων για τη δομική ενδυνάμωση των κλινικών νοσηλευτικών μάνατζερ (Clinical Nurse Managers-CNMs) σε 1 μεγάλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης | (Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=140, RR=66,7%, 15 νοσοκομεία | 1) CWEQ-II A: $a=0,80$ E: Εγκυρότητα δομής (ανάλυση παραγόντων) | Η συνολική δομική ενδυνάμωση ήταν σε μέτριο επίπεδο (MT=21,38, $\pm 0,48$) Η υψηλότερη αξιολόγηση ήταν στην πρόσβαση στις πληροφορίες (MT=4,21 $\pm 0,69$), ακολουθεί η πρόσβαση σε Ευκαιρίες MT=4,11 $\pm 0,77$), η πρόσβαση στην υποστήριξη (MT=3,46 $\pm 0,86$) και η χαμηλότερη ήταν η πρόσβαση σε πόρους (MT=2,57 $\pm 0,71$) Η επίσημη ισχύς παρουσίαζε χαμηλότερη βαθμολογία (MT=3,17 $\pm 0,82$) από την ανεπίσημη ισχύ (MT=3,86 $\pm 0,75$) |
| Viinikainen et al (2015) Φινλανδία | Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ισχύος των νοσηλευτών μάνατζερ και της ισχύος νοσηλευτικής ομάδας σε | (Συγχρονική σ.σ) Συσχέτισης Δειγματοληψία: Ευκολίας N=264, RR=8% | 1) Nursing Managers' Power Instrument A: Spearman - Brown Formula half reliability = 0,77 E: Εγκυρότητα περιεχομένου | Οι νοσηλευτές μάνατζερ της πρώτης γραμμής αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ισχύος στο <u>ρόλο</u> τους ως μάνατζερ (MT=2,11, εύρος=1-5), ακολούθως ως προς τη <u>θέση</u> τους ως μάνατζερ (M=2,43, εύρος=1-5) και χαμηλότερα σε σχέση με τους πόρους που διέθεταν (MT= 2,58, εύρος= 1-5). |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | δημόσιους οργανισμούς υγείας. | (νοσηλευτές μάντζερ πρώτης γραμμής), 11 νοσοκομεία. | 2) SKAGPO © A: Spearman- Brown Formula - half reliability = 0,86 E: Εγκυρότητα δομής και εγκυρότητα περιεχομένου | <p>Η ισχύς νοσηλευτών μάντζερ και η ισχύς της νοσηλευτικής ομάδας είχαν σχετικά μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους ($r=0,468, p<0,01$).</p> <p>Η ισχύς είχε πολύ χαμηλή αρνητική συσχέτιση με τη θέση των NM ($r=-0,178, p<0,01$), τους πόρους ($r=-0,197, p<0,01$) και το ρόλο τους ($r=-0,275, p<0,01$).</p> <p>Η ισχύς των νοσηλευτών μάντζερ και η ισχύς της νοσηλευτικής ομάδας είχαν σχετικά μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους ($r = + 0,468, p < 0,01$). Η αυτοαναφερόμενη όμως ισχύς των ερωτηθέντων, αξιολογήθηκε αρχικά σε μια οπτική αναλογική κλίμακα από το 0 έως το 10. Αυτό το επίπεδο ισχύος είχε πολύ μικρή αρνητική συσχέτιση με τη θέση των NM ($r = -0,178, p < 0,01$), με τους πόρους ($r = - 0,197, p < 0,01$), και με το ρόλο των NM ($r = - 0,275, p < 0,01$). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (92%, $n = 264$) ανέφεραν ότι αντλούν δύναμη από τη θέση τους ως NM, ενώ η προσωπική ισχύς αναφέρθηκε μόνο από το 65%.</p> |
| Farokhzadian et al (2015) Ιράν (Νοτιοανατολική περιοχή) | Εξέταση των αντιλήψεων των ηγετών νοσηλευτικής, για την αυτεπάρκεια και τις ανάγκες κατάρτισης αναφορικά με την εφαρμογή της τεκμηριωμένης πρακτικής | (Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Σκόπιμη $N=70$, $RR=74\%$ (επικεφαλής νοσηλευτές, κλινικοί επόπτες, επόπτες εκπαίδευσης, νοσηλευτές προϊστάμενοι νοσηλευτηρίων), 4 νοσοκομεία. | Questionnaire of perceptions of nurses of evidence-based practice (EBP) A: $a = 0,89$ (Δ/A)* E: Εγκυρότητα όψεως και εγκυρότητα περιεχομένου | <p>Δυσμενής στάση απέναντι στην τεκμηριωμένη πρακτική $MT=2,55 \pm 0,88$.</p> <p>Σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των στάσεων των συμμετεχόντων με βάση τη διάρκεια της εμπειρίας ($f=4,89, p=0,02$), την ηλικιακή ομάδα ($f=4,03, p=0,01$) και την βάρδια εργασίας ($t=2,67, p=0,03$). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ στάσεων και εκπαίδευσης στην τεκμηριωμένη πρακτική καθώς και άλλων δημογραφικών μεταβλητών ($P>0,05$).</p> <p>Χαμηλά επίπεδα αυτεπάρκειας στις δεξιότητες τεκμηριωμένης πρακτικής ($MT=2,64 \pm 1,31$):</p> <p>Σημαντική διαφορά μεταξύ βαθμού αυτεπάρκειας και των ηλικιακών ομάδων ($f=5,53, p=0,002$), ακαδημαϊκών προσόντων ($t=2,44, p=0,03$) και παρακολούθησης προγραμμάτων κατάρτισης ($t=3,25, p=0,002$). Μέτρια θετική σχέση μεταξύ της αυτεπάρκειας και στάσεων ($r=+0,46, p=0,001$) οδηγεί σε θετικές συμπεριφορές και ερμηνεύεται ότι είναι πιο σίγουροι και ικανοί σε δραστηριότητες τεκμηριωμένης πρακτικής.</p> <p>Η απαίτηση για εκπαίδευση ήταν μέτρια ($MT=3,89 \pm 0,97$). Χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των αναγκών κατάρτισης και αυτεπάρκειας ($r=+0,32, p=0,006$). Χωρίς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων για τις εκπαιδευτικές ανάγκες και στάσεις καθώς και των δημογραφικών μεταβλητών ($p>0,05$).</p> |
| Hewko et al. (2015) | Εντοπισμός της σχετικής σημασίας παραγόντων που επηρεάζουν τις | (Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική | Modified Stanford Instrument (MSI) A: $a=0,66$ | Ο πιο σημαντικός παράγοντας που ανέφεραν οι μάντζερ που σκοπεύουν να παραμείνουν ήταν η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής ($MT=4,55 \pm 0,58$), ακολουθούμενη από επαρκή |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Καναδάς (1 Δυτική πόλη)</p> | <p>προθέσεις των νοσηλευτών μάντζερ να παραμείνουν ή να εγκαταλείψουν την τρέχουσα εργασιακή τους θέση</p> | <p>(2^η φάση μεγαλύτερης έρευνας 3 φάσεων, Διαδικτυακή έρευνα) Δειγματοληψία: Σκόπιμη, Απογραφική N=95, RR=33% 36 τριτοβάθμια νοσοκομεία, 33 γενικά νοσοκομεία, 26 μακράς φροντίδας</p> | <p>E: Δ/Α Resonant Leadership Scale A a=0,93 (0,96)* E: Δ/Α Global Empowerment Scale-II A: a=0,95 (0,86)* E: Δ/Α Global Job Satisfaction Scale A: a=0,69 (0,92)* E: Δ/Α Maslach Burnout Inventory (MBI) A: a=0,69 (0,68-0,79)* E: Εγκυρότητα όψεως (Έγινε μερική χρήση ερωτήσεων από τα πιο πάνω εργαλεία)</p> | <p>υποστήριξη από τον άμεσο επόπτη τους (MT=4,52 ± 0,58) και την ικανότητα διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας (MT=4,52 ± 0,56) Ανέφεραν επίσης επαρκή ενδυνάμωση για διεκπεραίωση της εργασίας (MT=4,37 ± 0,67), ότι η συνάφεια μεταξύ του στιλ ηγεσίας τους και του επιβλέποντος (MT=4,37 ± 0,81) και της ασφάλειας της εργασίας τους (MT=4,31 ± 0,80) ήταν επίσης σημαντικά. Οι τέσσερις πιο σημαντικοί παράγοντες για τους μάντζερ που σκοπεύουν να αποχωρήσουν ήταν ο φόρτος εργασίας η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (MT=4,00 ± 1,21), η ανεπαρκής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών (MT=3,96 ± 1,13), οι ανεπαρκείς ανθρόπιοι / οικονομικοί πόροι (MT=3,68 ± 1,36) και η ανεπαρκής ενδυνάμωση για την εκτέλεση της εργασίας (MT=3,46 ± 1,45). Μικρότερης σημασίας ήταν η ασφάλεια της εργασίας (MT=2,50 ± 1,26), οι οικογενειακοί λόγοι (MT=2,61, ± 1,59) και η ασυμφωνία μεταξύ του στιλ ηγεσίας τους και των εποπτών τους (MT=3,07 ± 1,38)</p> |
| <p>Van Dyk et al. (2016) ΗΠΑ-Μεσοδυτικές Πολιτείες</p> | <p>Προσδιορισμός σχέσεων μεταξύ επιπέδων αυτοπεποίθησης και αυτεπάρκειας των νοσηλευτών μάντζερ.</p> | <p>Περιγραφική, Συσχέτιση Δειγματοληψία: Σκόπιμη, Απογραφική N= 85, RR=43% (νοσηλευτές μάντζερ) 9 Νοσοκομεία.</p> | <p>1) Work Self-Efficacy Inventory (WSEI ©) A: a = 0,97 (0,96)* E: Δ/Α 2) Nurse Manager Confidence Survey (NMCS) A: a = 0,94 (0,98)* E: Εγκυρότητα δομής (ανάλυση παραγόντων)</p> | <p>Συσχέτιση μεταξύ ετών προϋπηρεσίας και αυτεπάρκειας ($r = + 0,675, p = 0,000$) Μετά από έλεγχο για την ηλικία, η συνολική αυτοπεποίθηση εξηγούσε το 36% της μεταβλητότητας της αυτεπάρκειας [R^2 change=0,36; $F(2,82)=53,66, p<0,000$].</p> |
| <p>Spencer & McLaren (2016) Αγγλία</p> | <p>Διερεύνηση της δομικής ενδυνάμωσης σε ηγέτες νοσηλευτές του μέσου επιπέδου διοίκησης, καθορισμός των επιπέδων ενδυνάμωσης και η σύγκριση τους μεταξύ των ομάδων των ηγετών νοσηλευτών</p> | <p>Μεικτή (Ποσοτική και Ποιοτική) Δειγματοληψία: Σκόπιμη, Απογραφική N=228, RR=44.1% (Ανώτεροι νοσηλευτές, Προϊστάμενοι τμημάτων, Προϊστάμενοι νοσηλευτηρίων -</p> | <p>1) CWEQ-II A: a = 0,87 (0,89)* 2) <i>Ημιδομημένες συνεντεύξεις (Unpublished data)</i> E: Εγκυρότητα δομής</p> | <p>Η μέση βαθμολογία της συνολικής ενδυνάμωσης ήταν σχετικά ψηλή (MT=20,32 ± 3,23) χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι βαθμοί πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση ήταν: Στις «πληροφορίες» MT=3,38 ± 0,77, στην «υποστήριξη» MT=3,21 ± 0,89, στους «πόρους» MT=2,7 ± 0,79 και στις «ευκαιρίες» MT=4,05 Η βαθμολογία της επίσημης ισχύος ήταν MT=3,01 ± 0,83 και για την ανεπίσημη ισχύ MT=3,96 ± TA=0,70. Η βαθμολογία της σφαιρικής ενδυνάμωσης ήταν MT=3,45 ± 0,89 Παρόλο που οι ομάδες δεν διέφεραν στις δευτερεύουσες βαθμολογίες (υποκλίμακες), σε δύο ερωτήσεις, οι ανώτεροι νοσηλευτές (senior</p> |

| | | | | |
|---------------------------------|---|--|---|--|
| | | nursing sisters, senior staff nurses and matrons) Νοσοκομείο NHS (Δ/Α αριθμό) | | staff nurses) σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία: σε θέματα που σχετίζονται με τη συνεργασία με τους γιατρούς (MT=4,11 ± 0,93) και στην αναζήτηση ιδεών από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (MT= 3,89 ± 1,00). |
| Trus et al. (2019) Λιθουανία | Διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακού κλίματος και της ενδυνάμωσης που σχετίζεται με την εργασία, και παρουσίαση των χαρακτηριστικών της κουλτούρας και του κλίματος σε επίπεδο ομάδας και οργανισμού. | Περιγραφική, Συσχέτιση Δειγματοληψία: Ευκολίας N=193, RR=97% (νοσηλεύτες μάντζερ - μόνο γυναίκες), 7 νοσοκομεία. | 1) Organizational Social Context instrument (OSCQ) A: a = 0,66 - 0,88 (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως 2) CWEQ-II) A: a= 0,80 (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως 3) Work Empowerment Questionnaire (WEQ) A: a = 0,92 (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως | Η οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα συνδέονται με την ενδυνάμωση που σχετίζεται με την εργασία των νοσηλευτών. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν πολύ χαμηλές (συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ -0,30 και 0,30). |
| Trus et al. (2017) Λιθουανία | Διερεύνηση θεμάτων ισχύος και ενδυνάμωσης των νοσηλευτών μάντζερ | Περιγραφική, Συσχέτιση Δειγματοληψία: Ευκολίας N=193, RR=97% (μόνο γυναίκες) 7 νοσοκομεία | 1) CWEQ-II A: a= 0,71-0,94 (στην πιλοτική) 2) Work Empowerment Questionnaire. A: Δ/Α 3) Manager's Activity Scale (MAS) A: Δ/Α 4) 2 ερωτήσεις σχετικές με την ισχύ από τους ερευνητές A: Δ/Α E: Εγκυρότητα όψεως | Το συνολικό επίπεδο ισχύος των μάντζερ στα τμήματά τους ήταν αρκετά υψηλό (MT=7,6, ± 1,3) Η ισχύς για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής (MT=8,2 ± 1,7) και η βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής (MT=8,3 ± 1,4) ήταν επίσης σε υψηλό επίπεδο Φάνηκε χαμηλότερο επίπεδο ισχύος σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για το τμήμα (MT=6,7 ± 2,1) με χαμηλότερη αξιολόγηση στην ισχύ διευκόλυνσης της ερευνητικής δραστηριότητας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού (MT=6,1 ± 3,0) Η αντίληψη των μάντζερ για την προσωπική τους ισχύ (MAS) σε επίπεδο οργανισμού ήταν μέτρια (MT=2,7 ± 0,8). Οι νοσηλεύτες μάντζερ που εργάζονται σε χειρουργικά τμήματα αξιολογούν την ισχύ τους υψηλότερη (MT=7,5 ± 1,8) από αυτούς των παθολογικών (MT=6,9 ± 1,5) ($p < 0,05$). Φάνηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας ($r=-0,175$, $p=0,016$), επαγγελματικής εμπειρίας στη νοσηλευτική ($r=-0,151$, $p=0,038$), εργασιακής εμπειρίας στο τμήμα ($r=-0,013$, $p=0,013$), και ισχύος σε επίπεδο οργανισμού. |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | | <p>Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού αξιολόγησαν την οργανωσιακή τους ισχύ υψηλότερη ($MT=3,2 \pm 0,7$) από αυτούς με λιγότερη εκπαίδευση ($p<0,05$).</p> <p>Όλες οι κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση (πρόσβαση σε πληροφορίες, υποστήριξη, πόροι, ευκαιρίες, επίσημη και ανεπίσημη ισχύς) και όλοι οι τομείς της ψυχολογικής ενδυνάμωσης (λεκτική, συμπεριφορική και έκβαση) συσχετίστηκαν θετικά με το συνολικό επίπεδο ισχύος τόσο σε επίπεδο μονάδας όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο και τα περισσότερα από αυτά συσχετίστηκαν σε πολύ σημαντικό επίπεδο $p \leq 0,001$).</p> |
| Trus et al. (2018) Λιθουανία | Ανάλυση της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση των νοσηλευτών μάντζερ, παρουσιάζοντάς την ως δομική και ψυχολογική ενδυνάμωση. | Περιγραφική, Συσχέτιση Δειγματοληψία: Ευκολίας N=193, RR=97% (μόνο γυναίκες) 7 νοσοκομεία | 1) CWEQ-II A: $a=0,80$ 2) Work Empowerment Questionnaire. A: $a=0,90$ E: Εγκυρότητα όψεως 3) Ερωτήσεις σχετικές με την εργασία (π.χ. Τμήμα, εμπειρία, φόρτος εργασίας, κίνητρα για την εργασία, άγχος στην εργασία, ικανοποίηση από την εργασία, δεξιότητες για τη διαχείριση της εργασίας) από τους ερευνητές | <p>Η συνολική δομική ενδυνάμωση ήταν σε μέτριο επίπεδο ($MT=21,0 \pm 2,90$)</p> <p>Η υψηλότερη αξιολόγηση ήταν στην πρόσβαση σε ευκαιρίες ($MT=4,0 \pm 0,6$) και η χαμηλότερη ήταν αυτή της επίσημης ισχύος ($MT=2,5 \pm 0,9$)</p> <p>Στην επίσημη ισχύ, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν είχαν ανταμοιβή για την επίδειξη καινοτομιών στην εργασία ($MT=1,6 \pm 1,0$), αλλά είχαν ακόμα κάποιο βαθμό ευελιξίας στην εργασία ($MT=3,1 \pm 1,2$)</p> <p>Στην ανεπίσημη ισχύ, τα αποτελέσματα ήταν σχεδόν ίδια. Οι συμμετέχοντες είχαν ευκαιρίες να συνεργαστούν με γιατρούς σε θέματα φροντίδας ασθενών ($MT=4,2 \pm 1,0$) και ευκαιρίες στην αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους ($MT=4,3 \pm 0,7$) και άλλους μάντζερ ($MT=4,0$, $TA=1,0$) καθώς και βοήθεια για επίλυση προβλημάτων.</p> <p>Οι συμμετέχοντες είχαν αρκετά ισχυρό επίπεδο ψυχολογικής ενδυνάμωσης ($MT=8,3 \pm 1,0$)</p> <p>Η εκπαίδευση και οι ομιλούμενες γλώσσες συσχετίστηκαν με την ψυχολογική ενδυνάμωση ($0,001 < p \leq 0,01$), ενώ η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας ως νοσηλευτής μάντζερ σχετίζεται με τη συνολική δομική ενδυνάμωση ($0,01 < p \leq 0,05$).</p> |
| Xie et al. (2020) Κίνα (7 περιοχές, 13 επαρχίες, 15 πόλεις) | Γενική επισκόπηση της διάθεσης του χρόνου διαχείρισης των κλινικών νοσηλευτών μάντζερ στην Κίνα και σχετικών παραγόντων | (Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Τυχαία N=531, RR=30% | Middle-level Managers' Time Management Disposition Scale (MMTMDS) A: $a=0,57 - 0,85 (0,83)^*$ E: Δ/A Three-Dimensional Inventory of Character Strengths (TICS) A: $a=0,74 (\Delta/A)^*$ E: Δ/A | <p>Η μέση βαθμολογία της αυτεπάρκειας (GSES) ήταν $2,74 \pm 0,60$ και η μέση βαθμολογία της αυτό αξιολογούμενης κατάθλιψης (SDS) ήταν $42,37 \pm 12,58$.</p> <p>Οι μέσες βαθμολογίες ήταν: για την φροντίδα $4,18 \pm 0,48$, για το ενδιαφέρον $3,36 \pm 0,56$ και για τον αυτοέλεγχο $3,57 \pm 0,60$</p> <p>Η διαχείριση του χρόνου των νοσηλευτών μάντζερ ήταν σε ευνοϊκό επίπεδο ($MT=3,55 \pm 0,56$).</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | | (31 νοσοκομεία: 20 κατηγορίας I, 11 κατηγορίας II) | General Self-Efficacy Scale (GSES) A: $a=0,83$ (0,87)* E: Δ/Α Self-Rating Depression Scale (SDS) A: $a=Δ/Α$ (0,87)* E: Δ/Α | Οι μεταβλητές: φροντίδα, ενδιαφέρον, αυτοέλεγχος, η βαθμολογία GSES και η βαθμολογία SDS είχαν σημαντική συσχέτιση με τη διαχείριση του χρόνου των νοσηλευτών μάντζερ ($p < 0,001$). Η διαχείριση του χρόνου των μάντζερ είχε προβλεφθεί από την GSES ($\beta=0,594$, $p=0,000$), το SDS ($\beta=-0,243$, $p=0,000$), τη διοικητική εμπειρία ($\beta=0,095$, $p=0,001$), την ισχύ του αυτοέλεγχου ($\beta=0,093$, $p=0,005$) και τον αριθμό παιδιών ($\beta=0,055$, $p=0,046$). Αυτές οι προβλέψεις ερμήνευαν το 60,8% της διακύμανσης στη διαχείριση του χρόνου. |
| Labrague (2020) Φιλιππίνες (Κεντρική περιοχή) | Εξέταση των παραγόντων που σχετίζονται με την οργανωσιακή και επαγγελματική πρόθεση φυγής μεταξύ των νοσηλευτών μάντζερ | (Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Ευκολίας N=240 RR=Δ/Α (17 νοσοκομεία στις Κεντρικές Φιλιππίνες) | Work-Family Conflict Scale (WFCS) A: $a=0,87$ (0,84)* E: Δ/Α Job Satisfaction Index (JSI) A: $a=0,85$ (0,87)* E: Δ/Α 4-item Perceived Stress Scale (PSS) A: $a=0,89$ (0,83)* E: Δ/Α Ερωτήσεις για οργανωσιακούς και επαγγελματικούς λόγους πρόθεσης φυγής A: $a=0,76$ (0,91)* E: Δ/Α | Το σύνθετο σκορ της επαγγελματικής πρόθεσης φυγής ήταν 1,97, χαμηλότερο από αυτό της οργανωσιακής πρόθεσης φυγής (2,75). Οι σύνθετες βαθμολογίες των άλλων μέτρων ήταν: 2,99 (WFCS), 3,05 (PSS) και 3,47 (JSI). Η ηλικία ($r=-0,188$; $p<0,01$) είχε σημαντική αλλά αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση φυγής. Η Σύγκρουση Εργασίας - οικογένειας ($r = 0,198$, $p < 0,01$) και η δυσφορία από την εργασία ($r = +0,377$, $p < 0,01$) είχαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την πρόθεση φυγής Η εργασιακή ικανοποίηση ($r = - 0,317$, $p < 0,01$) συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση φυγής Υπάρχει υψηλότερη πρόθεση φυγής μεταξύ των μάντζερ που κατείχαν θέσεις μερικής απασχόλησης ή με σύμβαση εργασίας σε σύγκριση με εκείνους που κατείχαν θέσεις πλήρους απασχόλησης ($t = -2,465$; $p<0,05$) Υπάρχουν διαφορές στις μέσες βαθμολογίες φυγής με βάση την ομαδοποίηση που έγινε σε σχέση με την αποκτηθείσα εκπαίδευση ($F = 6,944$, $p < 0,001$), την δυναμικότητα των τμημάτων ($F = 5,748$, $p < 0,001$), του αριθμού των υπαλλήλων ($F=5,074$, $p<0,001$) και το μέγεθος κάθε εγκατάστασης ($F=5,168$, $p<0,001$). Μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών, το μέγεθος του νοσοκομείου (εγκαταστάσεις μεγάλου μεγέθους) ($\beta = 0,303$, $p < 0,001$) αναγνωρίστηκε ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας στην πρόθεση φυγής. Το υψηλότερο αντιλαμβανόμενο άγχος ($\beta=0,200$, $p < 0,01$) συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερη πρόθεση φυγής. |

Δ/Α = Δεν αναφέρεται

* Cronbach's α του ερωτηματολογίου του δημιουργού ή πρότερων ερευνών

σ.σ = Σημείωση συγγραφέα

4.5 Συζήτηση

Αυτεπάρκεια

Η έλλειψη διευθυντικής επάρκειας ενός NM μπορεί να μειώσει την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών, η οποία με τη σειρά της θα επηρεάσει τη συνολική ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών. Ιδιαίτερα, αν η διευθυντική επάρκεια περιλαμβάνει την ικανότητα του NM να οργανώνει, να διαθέτει αυτεπάρκεια και να είναι αποτελεσματικός (Widyana et al., 2019). Οι Widyana et al. (2019), προτείνουν τη βελτίωση της διευθυντικής ικανότητας του νοσηλευτή που προΐσταται σε θάλαμο, ειδικά όσον αφορά τη βελτίωση των δεξιοτήτων οργάνωσης και αυτεπάρκειας και προσθέτουν ότι η εφαρμογή προγραμμάτων για τη βελτίωση της ικανότητας είναι πιθανό να βελτιώσει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Στις μελέτες που έχουν εξεταστεί εντοπίστηκε διακύμανση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας των NM (χαμηλή - μέτρια έως υψηλή). Διαπιστώθηκε επίσης ότι η αυτεπάρκεια των NM είναι σημαντική καθώς κάνει τη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο αισθάνονται, σκέφτονται, συμπεριφέρονται και παρακινούνται. Οι έρευνες εντοπίζουν επίσης ότι σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση, η αυτεπάρκεια βοηθά στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο εμπλέκονται στις επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

Ο βαθμός αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας επιδρά και συσχετίζεται σημαντικά με την προϋπηρεσία (Van Dyk et al., 2016) την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης (ακαδημαϊκά προσόντα) και των στάσεων των NM (Farokhzadian et al., 2015). Οι NM με υψηλή αυτεπάρκεια που υποστηρίζονται από τον οργανισμό, συνδράμουν στην προώθηση ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος και αισθάνονται ικανοποιημένοι (Laschinger et al., 2012).

Ενδυνάμωση και ισχύς

Η ενδυνάμωση και η ισχύς των NM είναι θεμελιώδη στοιχεία της διαχειριστικής και οργανωσιακής αποτελεσματικότητας και είναι σημαντικά στη διοικητική πρακτική. Οι NM αποτελούν ζωτικό συνδετικό κρίκο μεταξύ εκτελεστικών διευθυντών νοσηλευτικής και νοσηλευτών. Η ηγεσία που ασκείται από τους NM είναι πολύτιμη για την προώθηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της θετικής έκβασης των ασθενών (Trus et al., 2012).

Όπως διαφάνηκε από την ανασκόπηση, έχει καθιερωθεί ένα παγκόσμιο μοτίβο όσον αφορά τα επίπεδα ενδυνάμωσης των NM, τα οποία κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα. Σε

όλες τις σχετικές μελέτες η χαμηλότερη βαθμολογία παρατηρείται στη πρόσβαση σε πόρους» (Spencer & McLaren 2016; Regan & Rodriguez, 2011; Laschinger et al., 2012; Kang et al., 2012; Viinikainen et al., 2015; Trus et al., 2018) και θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι αυτό οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι η παροχή περισσότερων πόρων έχει άμεση σχέση με την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Ο βαθμός της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης των ΝΜ συσχετίζεται με το φόρτο εργασίας, την ηλικία (νοουμένου ότι έχει προηγηθεί εκπαίδευση), την επαγγελματική εμπειρία, την ακαδημαϊκή εκπαίδευση, ακόμα και με τις ομιλούμενες γλώσσες (Trus et al., 2017; Trus et al., 2018; Kang et al., 2012) και επιδρά στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη καθώς και στην πρόθεση φυγής των ΝΜ (Laschinger et al., 2012).

Στον ψηλό βαθμό της ανεπίσημης ισχύος των ΝΜ φαίνεται να συνδράμουν οι παράγοντες συνεργασίας με τους γιατρούς, τους συναδέλφους και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Spencer & McLaren, 2016; Kang et al., 2012; Trus et al., 2018). Αντιθέτως, φαίνεται ότι η επίσημη ισχύς είναι ψηλότερη μεταξύ ΝΜ που υπηρετούν σε πιο ψηλή θέση και επομένως τους παρέχεται περισσότερη εκτελεστική εξουσία (Spencer & McLaren, 2016; Kang et al., 2012).

Τάση φυγής

Η ηλικία, η εργασιακή ικανοποίηση, ο φόρτος εργασίας, το άγχος, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η υποστήριξη από τον άμεσα προϊστάμενό, η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, η ενδυνάμωση για διεκπεραίωση της εργασίας, οι ανεπαρκείς ανθρωπίνους και οικονομικούς πόροι και η ασφάλεια στην εργασία είναι παράγοντες που συσχετίζονται με τις προθέσεις φυγής των ΝΜ (Hewko et al., 2015; Labrague, 2020).

Ωστόσο η τάση φυγής φαίνεται να εξαρτάται από την αποκτηθείσα εκπαίδευση, το μέγεθος του νοσοκομείου, τη δυναμικότητα των τμημάτων, τον αριθμό των υπαλλήλων (Labrague, 2020) και οι ΝΜ με μέτρια έως υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης παρουσιάζουν χαμηλές προθέσεις εγκατάλειψης του ρόλου τους (Laschinger et al., 2012).

4.6 Συμπεράσματα

Η αυτεπάρκεια των ΝΜ είναι σημαντική καθώς κάνει τη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο αισθάνονται, σκέφτονται, συμπεριφέρονται και παρακινούνται. Σε συνδυασμό με

την ενδυνάμωση βοηθούν στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο εμπλέκονται στις επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

Ο ψηλός βαθμός αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος των ΝΜ είναι σημαντικοί παράγοντες στην εφαρμογή καλών πρακτικών αποτελεσματικής διοίκησης και μπορεί να συμβάλει στην παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας. Ειδικότερα, η υποστήριξη των ΝΜ από τον οργανισμό συνδράμει ώστε να δημιουργήσουν και να προωθήσουν ένα ενισχυμένο εργασιακό περιβάλλον. Συνδράμουν επίσης στην ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης βελτιστοποιώντας τη χρήση της επαγγελματικής εμπειρογνομosύνης, τη δέσμευση στους οργανωσιακούς στόχους και την αξιοποίηση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων.

Είναι λοιπόν σημαντικό η ανώτερη διοίκηση του οργανισμού, να διασφαλίζει ότι λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διατήρηση και περαιτέρω βελτίωση της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος των ΝΜ και για αυτό απαιτείται διοικητική υποστήριξη μέσα από την παροχή πληροφόρησης, ευκαιριών και όλων των απαραίτητων πόρων για διευκόλυνση του έργου τους.

Διαφάνηκε από τις έρευνες που διεξήχθησαν διαχρονικά ότι καθιερώθηκε ένα παγκόσμιο μοτίβο όσον αφορά τα επίπεδα ενδυνάμωσης των ΝΜ. Σε όλες σχεδόν τις μελέτες η χαμηλότερη βαθμολογία παρατηρείται στην πρόσβαση σε πόρους. Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι αυτό οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι ο παροχή περισσότερων πόρων έχει άμεση σχέση με την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Όσο περισσότερο ενισχυμένοι (με ψηλή αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση και ισχύ) είναι οι ΝΜ τόσο λιγότερες και οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Η εγκατάλειψη όμως της εργασίας εξαρτάται σημαντικά και από άλλους παράγοντες όπως π.χ το εργασιακό στρες, ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και οι προοπτικές απασχόλησης. Καθίσταται σαφές ότι φυγή των νοσηλευτών μπορεί να διαταράξει την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου με αρνητικές επιπτώσεις στο υπόλοιπο προσωπικό και τους ασθενείς.

Υπό το πρίσμα και των πιο πάνω, ο οργανισμός χρειάζεται να υιοθετεί πρακτικές συγκράτησης και διατήρησης μέσα από την υποστήριξη του νοσηλευτικού δυναμικού και μέσα από τη δημιουργία θετικών συνθηκών εργασίας και συνθηκών ενδυνάμωσης των ΝΜ στο χώρο εργασίας με αποτέλεσμα να αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και να μειώνεται η δυσαρέσκεια και η πρόθεση φυγής.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μεθοδολογία της ερευνητικής εργασίας, με σκοπό την περιγραφή των διαδικασιών για επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί μέσα από βασικές μεθοδολογικές αρχές.

Κατ' αρχήν τίθενται ο σκοπός της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα και περιγράφεται ο ερευνητικός σχεδιασμός. Πρόκειται για περιγραφική και ποσοτική έρευνα συσχέτισης. Ο σχεδιασμός της μελέτης είναι οιονεί πειραματικός, με μια ομάδα, μια προ-μέτρηση (πριν την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο) και μια μετά-μέτρηση (12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο).

Ακολουθεί αναφορά στον υπό μελέτη πληθυσμό, στην επιλογή του δείγματος και περιγράφονται αναλυτικά τα ερευνητικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για διεκπεραίωση της έρευνας συμπεριλαμβανομένης της διαδικασίας μετάφρασης και της πιλοτικής δοκιμής.

Αμέσως μετά ακολουθούν οι διαδικασίες διανομής και συλλογής των ερωτηματολογίων και του τρόπου επεξεργασίας των δεδομένων και της στατιστικής ανάλυσης. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ηθικά ζητήματα και η διαδικασία εξασφάλισης σχετικών αδειών για διεξαγωγή της έρευνας από τους αρμόδιους φορείς (Ε.Ε.Β.Κ και Υ.Υ).

Τα αποτελέσματα της έρευνας, η συζήτηση και τα συμπεράσματα παρουσιάζονται στα αμέσως επόμενα κεφάλαια της διατριβής.

5.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των επίπεδων της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος των ανώτερων και των πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο.

5.2 Σχεδιασμός της έρευνας

Ο βασικός σχεδιασμός της μελέτης είναι οιονεί πειραματικός, με μια ομάδα, μια προ-μέτρηση (πριν την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο) και μια μετά-μέτρηση (12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο).

Πρόκειται για περιγραφική και ποσοτική έρευνα συσχέτισης. Το περιγραφικό σχέδιο έρευνας επιλέγηκε γιατί έχει ως σκοπό:

- α) την περιγραφή διάφορων μεταβλητών,
- β) τη σύγκριση ομάδων,
- γ) τον εντοπισμό συσχετίσεων ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές και
- δ) την πρόβλεψη συμπεριφοράς με βάση τη γνώση μίας ή περισσότερων μεταβλητών.

Η επιλογή αυτού του σχεδιασμού επιτρέπει:

- α) τυπική, συστηματική και αντικειμενική διαδικασία χρησιμοποίησης αριθμητικών δεδομένων και
- β) αποσκοπεί στην περιγραφή, ερμηνεία ή και πρόβλεψη ή έλεγχο φαινομένων (Μερκούρης, 2008).

Επιπρόσθετα, στο συγκεκριμένο τύπο, δίνεται η δυνατότητα περιγραφής των αποτελεσμάτων με τη χρήση δεικτών όπως η μέση τιμή, η εκατοστιαία αναλογία και στατιστικές δοκιμασίες (Dempsey & Dempsey, 1996).

5.3 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποιο το επίπεδο και ποια η διαφορά της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών, πριν και 12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο;
2. Ποιο το επίπεδο και ποια η διαφορά της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών πριν και 12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο;
3. Ποιο το επίπεδο και ποια η διαφορά της αντιλαμβανόμενης ισχύος (επίσημης και ανεπίσημης) των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών πριν και 12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο;
4. Ποια η συσχέτιση ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια και την ενδυνάμωση και την ισχύ των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου;
5. Σχετίζονται η αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια, η αντιλαμβανόμενη ενδυνάμωση και η ισχύς των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών με το φύλο, την ηλικία, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τον τίτλο, την ιεραρχία και την εργασιακή πείρα; Και δευτερευόντως:

6. Ποια η τάση φυγής των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών από την εργασία τους και
7. Ποια η συσχέτιση της τάσης φυγής με τα δημογραφικά και τις κύριες μεταβλητές της μελέτης και ποιες οι απόψεις των με βάση τα σχόλια τους;

5.4 Δειγματοληψία

Υπό μελέτη πληθυσμός

Όπως προαναφέρθηκε η έννοια του ΝΜ στο νοσοκομειακό χώρο ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Κάθε εργοδότης καθορίζει τις ευθύνες, τις αρμοδιότητες, τις επάρκειες και γενικά τις απαιτήσεις για το περιεχόμενο εργασίας του, όμως η κύρια ευθύνη παραμένει παντού η ίδια και αφορά στην οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας εντός της μονάδας. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, δεν υπάρχουν στατιστικές πληροφορίες σχετικά με το πόσοι νοσηλευτές εργάζονται ως μανάτζερ σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης όπως τα νοσοκομεία (Trus et al., 2018).

Κριτήρια συμμετοχής

Στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου, την κύρια ευθύνη στην οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας εντός μιας μονάδας ή τμήματος αναλαμβάνουν ως επί το πλείστον οι νοσηλευτές που φέρουν τον τίτλο Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός (ΑΝΛ) ή/και Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός (ΠΝΛ). Με τις προδιαγραφόμενες εξελίξεις και την αλλαγή στους εργασιακούς τίτλους των ΑΝΛ και ΠΝΛ, σε Νοσηλευτικούς Λειτουργούς (ΝΛ) και Νοσηλευτικούς Λειτουργούς Α΄ (ΝΛ Α΄) αντίστοιχα, η προσέγγιση για συμμετοχή έγινε στους προϊστάμενους νοσηλευτές που ιεραρχικά προϊστάμενοι των μονάδων ή τμημάτων και θα είχαν την κύρια ευθύνη στην οργάνωση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας εντός μιας μονάδας ή τμήματος ασκώντας διοικητικά καθήκοντα.

Επομένως, τον πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν όλοι οι ΑΝΛ και ΠΝΛ που προϊστάμενοι τμημάτων (απογραφικός τύπος δειγματοληψίας) των πέντε μεγάλων κρατικών νοσηλευτηρίων (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ, Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου) και των δύο μικρότερων νοσοκομείων Πόλης Χρυσοχούς και Κυπερούνας.

Επιλογή δείγματος

Δεν τέθηκαν περιορισμοί στο χώρο εργασίας και ως εκ τούτου στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν όλοι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές ανεξαρτήτως κλινικού χώρου ή νοσοκομειακής μονάδας ή τμήματος (απογραφική μέθοδος).

Επιπρόσθετα, με τη μέθοδο αυτή διασφαλίστηκε η αντιπροσωπευτικότητα της ομάδας των προϊστάμενων νοσηλευτών σε τμήματα αφού όλοι διαθέτουν κοινά χαρακτηριστικά σε ό,τι αφορά στον προγραμματισμό, οργάνωση διεύθυνση και έλεγχο των κλινικών χώρων που προΐστανται.

Με την προαναφερθείσα μέθοδο είναι εφικτή η μεγαλύτερη δυνατή γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αφού δόθηκε η ευκαιρία σε όλους τους προϊστάμενους νοσηλευτές τμημάτων των κρατικών νοσηλευτηρίων να συμμετάσχουν. Δίνεται δηλαδή, η δυνατότητα εκτίμησης των απόψεων όλου του πληθυσμού και η εκτίμηση των διαφορών και των σχέσεων (Procter et al., 2010).

5.5 Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης αποτελείτο από 4 μέρη (Παράρτημα 1):

A. Δημογραφικά στοιχεία.

B. General Self-Efficacy Scale – GSE (*Γενική Κλίμακα Αυτεπάρκειας*)

Γ. Conditions for Workplace Effectiveness Questionnaire – CWEQ-II (*Ερωτηματολόγιο Προϋποθέσεις για την Αποτελεσματικότητα του Εργασιακού Χώρου*).

Δ. Ερώτηση για εντοπισμό της τάσης φυγής.

Οι άδειες χρήσης των εργαλείων GSE και CWEQ - II παρουσιάζονται στα παραρτήματα 2 και 3 αντίστοιχα.

A. Δημογραφικά και αλλά στοιχεία

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορά στη συλλογή δημογραφικών δεδομένων και επαγγελματικών στοιχείων που αφορούν στην εκπαίδευση, τα ακαδημαϊκά προσόντα και ακαδημαϊκό τίτλο, το νοσοκομείο, τον τίτλο εργασίας, τη θέση και την εργασιακή πείρα.

B. General Self-Efficacy Scale - GSE

Για την παρούσα έρευνα κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί για μέτρηση της αυτεπάρκειας, το εργαλείο General Self-Efficacy Scale των Schwarzer & Jerusalem το οποίο περιγράφεται στο κεφάλαιο 2.6.1. Το GSE έχει χρησιμοποιηθεί σε νοσηλευτές, όχι

όμως αρκετά σε NM. Άλλα σχετικά εργαλεία εκτίμησης της αυτεπάρκειας σε νοσηλευτές, τα οποία επίσης περιγράφονται στο κεφάλαιο 2.6.1, είναι σχετικά πρόσφατα και δεν έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό. Επίσης δεν υπερτερούν, σε σχέση με το στόχο της παρούσας έρευνας που διερευνούσε τη γενική αυτεπάρκεια των NM. Το GSE υπερτερεί στο βαθμό χρήσης από ερευνητές έναντι των άλλων αντίστοιχων εργαλείων μέτρησης της αυτεπάρκειας. Όπως διαφάνηκε από την εξέταση τους στο κεφάλαιο 2.6.1 δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στην εγκυρότητα και αξιοπιστία μεταξύ των εργαλείων μέτρησης της αυτεπάρκειας.

Γ. Conditions for Workplace Effectiveness Questionnaire – CWEQ-II

Για μέτρηση της ενδυνάμωσης και της ισχύος χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο CWEQ-II (περιγράφεται στο κεφάλαιο 2.6.2). Το εργαλείο αυτό είναι το μοναδικό που βρέθηκε να μετρά τη δομική ενδυνάμωση (structural empowerment) σε νοσηλευτικό πληθυσμό και έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών μεταξύ διαφόρων κατηγοριών νοσηλευτικού προσωπικού ανά το παγκόσμιο. Πέραν από τη μοναδικότητα του διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

Η εκτίμηση της ισχύος έγινε με χρήση των *Job Activities Scale (JAS)* και *Organisational Relationships Scale (ORS)*. Τα εργαλεία αυτά μετρούν αντίστοιχα την επίσημη και την ανεπίσημη ισχύ και αποτελούν μέρος του ερωτηματολογίου CWEQ II. Όπως περιγράφεται στο κεφάλαιο 2.6.2 έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στις νοσηλευτικές μελέτες που διερευνούν ενδυνάμωση και την ισχύ. Παρόλο που βρέθηκαν και άλλα εργαλεία μέτρησης της ισχύος (κεφ. 2.5.2) προτιμήθηκε η χρήση των κλιμάκων JAS και ORS γιατί αποτελούσαν μέρος ενός ενιαίου, έγκυρου, αξιόπιστου, μοναδικού, με ευρεία χρήση εργαλείου στη νοσηλευτική.

Δ. Ερώτηση για την τάση φυγής

Η ερώτηση για την τάση φυγής αριθμήθηκε ως ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 1) και αφορά στην πρόθεση αλλαγής στην εργασία, (τμήματος, οργανισμού/νοσοκομείου ή επαγγέλματος) των υπό διερεύνηση προϊστάμενων νοσηλευτών. Κλήθηκαν να απαντήσουν ΝΑΙ ή ΟΧΙ στην κλειστού τύπου ερώτηση: «*Αν σας δινόταν η ευκαιρία και λαμβάνοντας υπόψη τα ωφέληματα και τις υποχρεώσεις σας (τι παίρνεις και τι δίνεις στην εργασία σου) θα επιθυμούσατε να αλλάξετε: τμήμα, οργανισμό/νοσοκομείο, επάγγελμα;*». Επιπρόσθετα τους δόθηκε η δυνατότητα να δηλώσουν τους δύο κύριους λόγους για την απάντηση που έδωσαν.

Τα αποτελέσματα της απάντησης αυτής συσχετίστηκαν, όπως προαναφέρθηκε, με τις απαντήσεις που λήφθηκαν από τις ερωτήσεις των εργαλείων του ερωτηματολογίου αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια, την ενδυνάμωση και την ισχύ καθώς και με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

5.5.1 Διαδικασία μετάφρασης και πιλοτική δοκιμή

Η διαδικασία μετάφρασης των ερωτηματολογίων, πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με καθορισμένα πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες (MAPI Research Trust, 2018; Beaton et al., 2007). Έγινε δηλαδή *μετάφραση προς δύο κατευθύνσεις* (forward translation, backward translation) και *πολιτισμική προσαρμογή* (cultural adaptation), με πιλοτική δοκιμή σε ομάδα 10 νοσηλευτών που δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα. Η διαδικασία αυτή διασφαλίζει την καλύτερη δυνατή διατύπωση των ερωτήσεων στην ελληνική ώστε αυτές να καταστούν κατανοητές και να αποφευχθεί η συμπερίληψη δύσκολα κατανοητών εννοιών.

Αρχικά, το αγγλικό ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα από τρεις ανεξάρτητους επαγγελματίες υγείας. Για διασφάλιση των σχετικών προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών οι μεταφραστές προέρχονταν από διαφορετικούς τομείς. Ένας μεταφραστής προερχόταν από τον τομέα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης ως άτομο με εξοικείωση στη σημασία των ορισμών, μία νοσηλεύτρια με πτυχίο ψυχολογίας που διέθετε εμπειρία στη μετάφραση και χρήση εργαλείων με ανάλογο περιεχόμενο και ένας καθηγητής αγγλικής φιλολογίας ως ειδικός στα θέματα γλώσσας. Κατά τη διάρκεια της μετάφρασης στα ελληνικά διαφάνηκε ότι το ερωτηματολόγιο διατηρούσε τα κύρια χαρακτηριστικά του. Δεν υπήρξαν μεγάλες διαφορές, μεταξύ των μεταφραστών. Για επίλυση κάποιων μικρών διαφορών ως προς την ερμηνεία λέξεων ή συντακτικών διαφορών ακολούθησε δια ζώσης συνάντηση με πρωτοβουλία του ερευνητή κατά την οποία συμφωνήθηκε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου.

Στη συνέχεια, ειδική επιτροπή που αποτελείτο από τρεις νοσηλευτές προϊστάμενους και δύο πανεπιστημιακούς καθηγητές, λαμβάνοντας υπόψη την προαναφερθείσα διαδικασία μετάφρασης έκανε σύγκριση της σημασιολογικής απόδοσης και ισοδυναμίας των μεταφρασμένων όρων και εννοιών. Η ομάδα ενέκρινε και έλαβε τις τελικές αποφάσεις για τη διαμόρφωσή του ερωτηματολογίου με ανάλογη λεκτική προσαρμογή για τον κυπριακό πληθυσμό.

Σε κατοπινό στάδιο, έγινε η μετάφρασή του πίσω στην αγγλική από άλλους τρεις ανεξάρτητους μεταφραστές που προέρχονταν επίσης από διαφορετικούς τομείς. Σε συνάντηση μεταξύ τους, στην παρουσία του ερευνητή και με τη συμμετοχή ενός καθηγητή αγγλικής φιλολογίας, έγινε σύγκριση της μετάφρασης με το αρχικό ερωτηματολόγιο. Από τη σύγκριση διαπιστώθηκε ομόφωνα ότι το ερωτηματολόγιο αποδόθηκε σε πάρα πολύ ικανοποιητικό βαθμό και διατηρούσε τα κύρια χαρακτηριστικά του με τις βασικές έννοιες να αποδίδονται ορθά.

Για την πολιτισμική προσαρμογή, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε πιλοτικά σε ένα δείγμα 10 έμπειρων νοσηλευτών με προσόντα προαγωγής στις θέσεις προϊσταμένων (οι οποίοι δεν συμπεριλήφθηκαν στο τελικό δείγμα), όπως προτείνεται και στη διαδικασία γνωστικού απολογισμού (cognitive debriefing process). Ο γνωστικός απολογισμός βοηθά τους ερευνητές να διασφαλίσουν ότι ζητούν τις σωστές ερωτήσεις για να αποκτήσουν ουσιαστικές απαντήσεις σχετικά με τον τομέα της έρευνας (Responsive Translation Services, 2015).

Στα άτομα που συμμετείχαν στη πιλοτική δοκιμή, με σκοπό να ελεγχθεί η κατανόηση και η σαφήνεια των ερωτήσεων, δόθηκαν οι σχετικές εξηγήσεις (Παράρτημα 4) και τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στην παρουσία του ερευνητή. Τα άτομα ερωτήθηκαν κατά πόσο κάθε ερώτηση ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με δικά τους λόγια ή αν προτιμούσαν να γίνουν αλλαγές κάποιων συγκεκριμένων λέξεων σε κάποια ερώτηση έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (*γνωστική συνέντευξη απολογισμού* - cognitive debriefing interview). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είχαν κανένα πρόβλημα σε ό,τι αφορά την κατανόηση. Δυο επισημάνσεις για τον όρο «πρώτος τη τάξει» οδήγησαν τον ερευνητή να προσθέσει τον όρο «ιεραρχικά ανώτερος» για αποφυγή δυσκολιών στη συμπλήρωση του κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Σε κατοπινό στάδιο με την ολοκλήρωση της έρευνας, οι τιμές των συντελεστών Cronbach's alpha έδειξαν ότι υπάρχει σταθερότητα και εσωτερική συνοχή στις μετρήσεις των στοιχείων του ερωτηματολογίου.

5.6 Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν με επισκέψεις του ερευνητή σε κάθε νοσοκομείο τόσο το Μάρτιο του 2019 όσο και το Μάρτιο του 2020. Ένας τοπικός συνεργάτης ανέλαβε την ευθύνη να μοιράσει και να συλλέξει τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια με βάση τις οδηγίες για συμμετοχή των προϊστάμενων νοσηλευτών του νοσοκομείου με κύρια

ευθύνη την οργάνωση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας εντός μιας μονάδας ή τμήματος ασκώντας διοικητικά καθήκοντα. Οι συνεργάτες προσφέρθηκαν να συμμετάσχουν εθελοντικά κατόπιν πρόσκλησης από τον ερευνητή.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν, προφορικά και γραπτώς, με συνοπτικό επεξηγηματικό σημείωμα (Παράρτημα 8), για το σκοπό της μελέτης και ότι η συμμετοχή τους ήταν σε εθελοντική βάση. Με αυτό τον τρόπο, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση συμμετοχής.

Τα συμπληρωμένα ανώνυμα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε σφραγισμένο φάκελο και συλλέχθηκαν από τον τοπικό συνεργάτη που τα κράτησε με ασφάλεια σε κλειδωμένο συρτάρι στο γραφείο του έως ότου παραδόθηκαν στον ερευνητή μετά από περίοδο 2 εβδομάδων. Η ίδια διαδικασία ακολουθήθηκε και στις δύο χρονικές περιόδους συλλογής δεδομένων σε μη εργάσιμο χρόνο (Μάρτιος 2019 και Μάρτιος 2020).

5.7 Επεξεργασία δεδομένων/ Στατιστική ανάλυση

Η καταχώρηση των δεδομένων σε ηλεκτρονική μορφή έγινε από τον ερευνητή και τηρήθηκαν όλες οι απαραίτητες ενέργειες ασφαλούς φύλαξης με τη χρήση κωδικών πρόσβασης. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν αρχικά στο λογισμικό πρόγραμμα Microsoft Excel από όπου εισάχθηκαν στην έκδοση 25 του στατιστικού πακέτου κοινωνικών επιστημών (Statistical Package for the Social Sciences – SPSS) για τους σκοπούς της στατιστικής ανάλυσης. Ακολουθεί η περιγραφή των στατιστικών αναλύσεων που εφαρμοστήκαν και η αιτιολόγηση της επιλογής τους.

Αρχικά, με τη χρήση του συντελεστή αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha έγινε αξιολόγηση της ομοιογένειας των στοιχείων του ερωτηματολογίου και ακολούθως οι συγκρίσεις με τα ευρήματα των κατασκευαστών των ερωτηματολογίων καθώς και με έρευνες που χρησιμοποίησαν τα ίδια ερωτηματολόγια (Κεφάλαιο 6).

Περιγραφική Στατιστική

Με χρήση της περιγραφικής στατιστικής έγιναν οι μετρήσεις του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος καθώς και της τάσης φυγής (ερωτήματα 1,2,3 και 6). Οι βαθμολογίες αυτές εξετάστηκαν τόσο στο σύνολο όσο και με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, ακαδημαϊκά προσόντα, θέση, ιεραρχία, προϋπηρεσία) και κατά διοικητική διεύθυνση. Εξετάστηκε για κάθε υπό εξέταση μεταβλητή (αυτεπάρκεια, ισχύς, ενδυνάμωση) η

ελάχιστη, η διάμεση, η μέση και η μέγιστη τιμή και έγινε ποσοστιαία παρουσίαση των δεδομένων, των αντιπροσωπευτικών τιμών διασποράς και των τυπικών αποκλίσεων.

Σε σχέση με το ερώτημα 2 ως προς το βαθμό ενδυνάμωσης τα αποτελέσματα υπολογίστηκαν ξεχωριστά για τη σφαιρική ενδυνάμωση, η οποία όπως προαναφέρθηκε, χρησιμοποιείται ως δείκτης εγκυρότητας. Σε σχέση με το ερώτημα 3 ως προς την ισχύ τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ξεχωριστά για την επίσημη και την ανεπίσημη ισχύ.

Τα περιγραφικά αποτελέσματα παρουσιάζονται και συνοπτικά, με τη χρήση πινάκων (συχνοτήτων και συνάφειας), ραβδογραμμάτων και κυκλικών διαγραμμάτων. Επιπρόσθετα, επιχειρούνται συγκριτικές αποτυπώσεις με βάση τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και σχολιάζονται ανάλογα.

Επαγωγική Στατιστική

Με τη χρήση της επαγωγικής στατιστικής έγινε έλεγχος των διαφορών των κύριων μεταβλητών της έρευνας (αυτεπάρκεια, ισχύς, ενδυνάμωση, τάση φυγής) ανάμεσα στις ομάδες των συμμετεχόντων, όπως αυτές κατηγοριοποιήθηκαν ως προς τα χαρακτηριστικά τους (φύλο, ηλικία, ακαδημαϊκά προσόντα, θέση, ιεραρχία, προϋπηρεσία) και τη διοικητική διεύθυνση με βάση τα ερωτήματα 4, 5 και 7).

Οι μετρήσεις που αφορούν στην αυτεπάρκεια, στην ενδυνάμωση και στην ισχύ αντιπροσωπεύουν τη βαθμολογία του κάθε συμμετέχοντα στις αντίστοιχες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου. Η συνολική βαθμολογία της αυτεπάρκειας μέσω της κλίμακας GSE, κυμαίνεται μεταξύ 10-40. Μέσω του CWEQ-II η συνολική βαθμολογία της επίσημης ισχύος κυμαίνεται μεταξύ 1-3, της ανεπίσημης ισχύος 1-4 και της ενδυνάμωσης μεταξύ 6-30.

Προκειμένου να επιλέγουν οι κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες (παραμετρικές ή μη παραμετρικές) προηγήθηκαν έλεγχοι κανονικότητας των δεδομένων με τους συντελεστές ασυμμετρίας (skewness) και κύρτωσης (kurtosis) και τους στατιστικούς ελέγχους Kolmogorov - Smirnov και Shapiro – Wilk³². Τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας φαίνονται στους πίνακες 5 και 6.

³² Στη διαδικασία εξαγωγής αποτελεσμάτων μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS εμφανίζονται και οι δύο δείκτες (Kolmogorov - Smirnov και Shapiro – Wilk), γεγονός που επέτρεψε την επιβεβαίωση του ελέγχου για τους δείκτες κανονικότητας.

Πίνακας 5: Κανονικότητα κατανομής (2019)

| Μεταβλητή | Εύρος τιμών | Μέση τιμή | Διάμεσος τιμή | Τυπική απόκλιση | Δείκτης ασυμμετρίας | Δείκτης κύρτωσης | K-S sig. | S-W Sig. |
|----------------------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|---------------------|------------------|----------|----------|
| Αυτεπάρκεια | 27 | 33,27 | 33,00 | 3,83 | -0,832 | 3,505 | 0,021 | 0,000 |
| Ευκαιρίες | 4 | 3,81 | 4,00 | 0,88 | -0,590 | -0,045 | 0,000 | 0,000 |
| Πληροφορίες | 4 | 2,91 | 3,00 | 1,00 | 0,017 | -0,707 | 0,000 | 0,000 |
| Υποστήριξη | 4 | 2,99 | 3,00 | 0,99 | -0,034 | -0,537 | 0,000 | 0,000 |
| Πόροι | 4 | 2,62 | 2,67 | 0,85 | 0,362 | -0,322 | 0,000 | 0,000 |
| Επίσημη ισχύς | 4 | 2,44 | 2,33 | 0,90 | 0,339 | -0,495 | 0,000 | 0,000 |
| Ανεπίσημη ισχύς | 3,75 | 3,53 | 3,62 | 0,79 | -0,293 | -0,374 | 0,000 | 0,006 |
| Σφαιρική ενδυνάμωση | 4 | 2,95 | 3,00 | 1,05 | 0,070 | -0,567 | 0,000 | 0,000 |
| Συνολική ενδυνάμωση | 20,83 | 18,30 | 18,00 | 4,13 | 0,129 | -0,266 | 0,200 | 0,802 |

Πίνακας 6: Κανονικότητα κατανομής (2020)

| Μεταβλητή | Εύρος τιμών | Μέση τιμή | Διάμεσος τιμή | Τυπική απόκλιση | Δείκτης ασυμμετρίας | Δείκτης κύρτωσης | K-S sig. | S-W Sig. |
|----------------------------|-------------|-----------|---------------|-----------------|---------------------|------------------|----------|----------|
| Αυτεπάρκεια | 30 | 32,52 | 33,00 | 4,84 | -1,148 | 3,268 | 0,000 | 0,000 |
| Ευκαιρίες | 4 | 3,49 | 3,33 | 0,96 | -0,305 | -0,197 | 0,000 | 0,000 |
| Πληροφορίες | 4 | 2,75 | 3,00 | 1,01 | 0,028 | -0,496 | 0,000 | 0,000 |
| Υποστήριξη | 4 | 2,82 | 3,00 | 0,99 | -0,223 | -0,900 | 0,000 | 0,000 |
| Πόροι | 4 | 2,60 | 2,67 | 0,85 | 0,176 | -0,328 | 0,000 | 0,001 |
| Επίσημη ισχύς | 4 | 2,38 | 3,00 | 0,85 | 0,351 | -0,349 | 0,000 | 0,000 |
| Ανεπίσημη ισχύς | 3 | 3,55 | 3,50 | 0,73 | 0,170 | -0,801 | 0,000 | 0,000 |
| Σφαιρική ενδυνάμωση | 4 | 2,85 | 3,00 | 1,02 | 0,157 | -0,479 | 0,000 | 0,000 |
| Συνολική ενδυνάμωση | 19,42 | 17,61 | 17,96 | 4,09 | -0,88 | -0,568 | 0,200 | 0,302 |

Στα πιο πάνω αποτελέσματα των ελέγχων κανονικότητας παρατηρήθηκε, πέραν από το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας των δεικτών Kolmogorov - Smirnov και Shapiro – Wilk, ότι: α) οι αποκλίσεις της μέσης τιμής από τη διάμεσο είναι μικρές, β) η τυπική απόκλιση ισούται περίπου με το 1/6 του εύρους και γ) οι δείκτες ασυμμετρίας και κύρτωσης δεν ξεπερνούν το όριο του +1 ή του -1. Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις εξήχθη το συμπέρασμα της ύπαρξης μικρού βαθμού μη κανονικής κατανομής.

Επιπρόσθετα προς τα πιο πάνω, λαμβάνοντας επίσης υπόψη ότι: α) δεν υπάρχει η ιδανική μορφή της κανονικής κατανομής, β) οι παραμετρικές δοκιμασίες είναι πιο ισχυρές και γ) το δείγμα δεν ήταν αρκετά μεγάλο ($200 <$) χρησιμοποιήθηκαν:

1. Το Mann-Whitney U test, για έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς του βαθμού (σκορ) της αυτεπάρκειας, της ισχύος και της ενδυνάμωσης (ως συνεχείς μεταβλητές) με το φύλο, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τη θέση, την ιεραρχία και την τάση φυγής (ως κατηγορικές μεταβλητές) καθώς και για τον εντοπισμό των στατιστικά σημαντικών διαφορών στο βαθμό αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος πριν και μετά την αυτονόμηση.

2. Ο συντελεστής συνάφειας (r) του Spearman για έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ του βαθμού της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος³³.
3. Η μονοπαραγοντική ανάλυση διασποράς (One - Way ANOVA), για σύγκριση των βαθμολογιών (ως συνεχείς μεταβλητές) της αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος μεταξύ των διοικητικών διευθύνσεων με σκοπό να εκτιμηθεί η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών των ΜΤ.
4. Ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, ως ο αντίστοιχος της παραμετρικής δοκιμασίας ANOVA, για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις. Χρησιμοποιήθηκε παράλληλα με τη δοκιμασία ANOVA για επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων.
5. Ο έλεγχος της ομοιογένειας των διασπορών (test of homogeneity of variances) και ανάλογα οι επιμέρους συγκρίσεις με το Tukey's HSD Test για εντοπισμό των σημαντικών διαφορών στο βαθμό της αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος μεταξύ των συμμετεχόντων στις διάφορες διοικητικές διευθύνσεις.
6. Το *Chi-squared test* (X^2 test) για διερεύνηση της σχέσης της τάσης φυγής (πρόθεση για αλλαγή τμήματος, επαγγέλματος, οργανισμού/νοσοκομείου) με βάση τα διάφορα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση εργασίας, ιεραρχία).

5.8 Ηθικά ζητήματα

Η ερευνητική πρόταση εξασφάλισε σχετική γνωμοδότηση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Παράρτημα 5) και ακολούθως από την Επιτροπή Προώθησης Επιστημονικών Ερευνών του Υ.Υ (Παράρτημα 6). Για τη διεξαγωγή της έρευνας ενημερώθηκαν σχετικά τα οι διευθύνσεις των κρατικών νοσηλευτηρίων ώστε να υπάρχει πρόσβαση στα διάφορα τμήματα για συναντήσεις με τους προϊστάμενους (παράρτημα 7). Νοείται ότι τηρήθηκε πλήρως η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η δημιουργία και τήρηση αρχείου έγινε λαμβάνοντας υπόψη τις πρόνοιες του Νόμου περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και το ηλεκτρονικό αρχείο χρησιμοποιήθηκε αποκλειστικά για τους ερευνητικούς και τους στατιστικούς σκοπούς.

³³ Ο βαθμός των συσχετίσεων χαρακτηρίζεται με βάση τις ακόλουθες διαβαθμίσεις: α) μηδενική =0, β) πολύ μικρή (25<), γ) μικρή (0,25 – 0,49), δ) μέτρια (0,50 – 0,69), ε) υψηλή (0,70 -0,89), στ) πολύ υψηλή (>0,90) και απόλυτη =1 (Μερκούρης, 2008).

Για τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν υπήρχε έγκριση και άδεια για χρήση από τους κατασκευαστές (Παραρτήματα 2 και 3). Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και συνοδεύονταν με συνοπτικό επεξηγηματικό σημείωμα (Παράρτημα 8) αναφορικά με το σκοπό και τους λόγους διεξαγωγής της έρευνας. Επεξηγείτο ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν εξυπακούει αξιοποίηση εργασιακού χρόνου και δεν επρόκειτο να επηρεάσει τα καθήκοντα ή την εργασία των συμμετεχόντων. Η συμπλήρωσή των ερωτηματολογίων βασιζόταν στην ελεύθερη βούληση και συγκατάθεση για συμμετοχή των ατόμων που θα συμμετείχαν σε εθελοντική βάση.

Νοείται, ότι καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, ο ερευνητής κατέβαλε κάθε δυνατή προσπάθεια αντικειμενικής προσέγγισης για περιορισμό και εξάλειψη πιθανών και απρόβλεπτων ζητημάτων που θα διακύβευαν την εγκυρότητα της έρευνας. Το πλεονέκτημα αυτής της μελέτης είναι το υψηλό ποσοστό απόκρισης, το οποίο μας δίνει πιο ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφονται πιο κάτω με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, αρχής γενομένης από την αξιοπιστία των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν. Ακολουθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα περιγραφικά στατιστικά και στη συνέχεια τα αποτελέσματα για κάθε ερευνητικό ερώτημα. Τα συμπεράσματα και οι συγκρίσεις με συναφείς έρευνες ακολουθούν στο κεφάλαιο 7.

6.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων/ συντελεστής εσωτερικής συνέπειας

Για την ανάλυση των ερωτηματολογίων κρίθηκε απαραίτητη η εκτίμηση της αξιοπιστίας τους με χρήση του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha.

Αξιοπιστία ερωτηματολογίου για την αυτεπάρκεια – GSE

Η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha για τα 10 στοιχεία του ερωτηματολογίου GSE ήταν 0,85. Η τιμή αυτή επιβεβαιώνει τη σταθερότητα και εσωτερική συνέπεια των 10 ερωτημάτων της κλίμακας του εργαλείου GSE (Πίνακας 8). Αυτή η τιμή συγκρίνεται πάρα πολύ ευνοϊκά με τα δείγματα από 23 έθνη, στα οποία, όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο 5, ο συντελεστής Cronbach's alpha κυμαίνονταν από 0,76 έως 0,90 με την πλειοψηφία να βρίσκεται στις υψηλές βαθμίδες του 0,80.

Πίνακας 7: Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου GSE

| Αξιοπιστία ερωτηματολογίου GSE | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 ^η Φάση 2019 | 2 ^η Φάση 2020 |
| N of Items | Cronbach's alpha | Cronbach's alpha |
| 10 | 0,85 | 0,91 |

Αξιοπιστία ερωτηματολογίου για την ενδυνάμωση - CWEQ II

Οι τιμές των συντελεστών Cronbach's alpha για τα 8 στοιχεία του ερωτηματολογίου CWEQ II κυμαίνονται, στην πρώτη φάση μεταξύ 0,75 – 0,95 και στη δεύτερη φάση μεταξύ 0,75 – 0,93. Οι συντελεστές αυτοί υποδεικνύουν ότι υπάρχει σταθερότητα και εσωτερική συνοχή στις μετρήσεις των στοιχείων του ερωτηματολογίου. Επιπρόσθετα, υπάρχει συνάφεια και συγκρίνονται πολύ ευνοϊκά με τους αντίστοιχους συντελεστές της σχετικής έρευνας των Laschinger et al. (2000), οι οποίοι κατασκεύασαν το ερωτηματολόγιο (Πίνακας 7).

Πίνακας 8: Συντελεστής εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου CWEQ-II

| Στοιχεία Ερωτηματολογίου CWEQ-II | Cronbach's α | | |
|---|---------------------|-------------|-------------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Ευκαιρίες | 0,88 | 0,89 | 0,81 |
| Πληροφόρηση | 0,91 | 0,93 | 0,80 |
| Υποστήριξη | 0,95 | 0,93 | 0,89 |
| Πόροι | 0,84 | 0,84 | 0,84 |
| Επίσημη ισχύς | 0,83 | 0,85 | 0,69 |
| Κλίμακα Εργασιακών Δραστηριοτήτων (Job Activity Scale – JAS) | | | |
| Ανεπίσημη ισχύς | 0,75 | 0,75 | 0,67 |
| Κλίμακα Οργανωσιακών Σχέσεων Organisational Relationship Scale-ORS) | | | |
| Σφαιρική ενδυνάμωση (Global Empowerment) | 0,91 | 0,93 | 0,87 |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ (Total Empowerment) | 0,92 | 0,93 | 0,89 |

¹ Αποτελέσματα 1^{ης} φάσης της παρούσας έρευνας (2019)

² Αποτελέσματα 2^{ης} φάσης της παρούσας έρευνας (2020)

³ Αποτελέσματα της έρευνας των Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J., & Casier, S. (2000). Organizational trust and empowerment in restructured healthcare setting: Effects on staff nurse commitment. *Journal of Nursing Administration*, 30 (9), 413 - 425.

6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο 5 τον πληθυσμό στόχο αποτελέσαν και στις δύο φάσεις (Μάρτιος 2019 και Μάρτιος 2020) όλοι νοσηλευτές που προΐσταντο τμημάτων (απογραφικός τύπος δειγματοληψίας) των πέντε μεγάλων κρατικών νοσηλευτηρίων (Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας, Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III (NAM III), Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, Γενικό Νοσοκομείο Πάφου) και των δύο μικρότερων νοσοκομείων Πόλης Χρυσοχούς και Κυπερούντας.

Οι οργανικές θέσεις των ΑΝΛ ήταν 147 και των ΠΝΛ ήταν 345 (σύνολο 482) (Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 2018). Ωστόσο, κατά την περίοδο της έρευνας οι θέσεις αυτές ήταν λιγότερες ένεκα μικρού αριθμού αφυπηρητήσεων και προαγωγών στην αμέσως επόμενη θέση (Προϊστάμενου Νοσηλευτικού Λειτουργού). Το προσωπικό αυτό δεν απασχολείται μόνο εντός των νοσηλευτηρίων. Ένας μεγάλος αριθμός υπηρετεί με απόσπαση σε Αστικά ή Αγροτικά Κέντρα Υγείας, σε Κέντρα Μητρικού Θηλασμού, στη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, σε διοικήσεις νοσηλευτηρίων, στις φυλακές, στα αεροδρόμια, στη σχολιατρική, στην εκπαίδευση (πυρήνες μάθησης και τομέα εκπαίδευσης), στην υπηρεσία αναζωογόνησης, σε βιβλιοθήκες και σε γραφεία όπως π.χ το γραφείο λοιμώξεων, το γραφείο ποιότητας και το γραφείο κωδικοποίησης.

Επομένως, οι ΑΝΛ και ΠΝΛ που ήταν τοποθετημένοι ως επικεφαλής μονάδων και τμημάτων στα κρατικά νοσηλευτήρια ήταν πολύ λιγότεροι από τις οργανικές θέσεις γι' αυτό και ο πληθυσμός στόχος ήταν και στις δύο φάσεις της έρευνας οι 186 που υπηρετούσαν ως επικεφαλής μονάδων ή τμημάτων στον κλινικό χώρο. Λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά ανταπόκρισης στην πρώτη φάση (94%, n = 175) και στη δεύτερη φάση (95,6% n = 178) οι συμμετέχοντες ήταν σχεδόν οι ίδιοι. Επειδή κατά τη διάρκεια

των δώδεκα μηνών δεν προβλέπονταν διαφοροποιήσεις σε ό,τι αφορά στην ανάθεση ρόλων και τα ερωτηματολόγια στόχευαν στον ίδιο πληθυσμό και για προστασία τόσο της ανωνυμίας όσο και των προσωπικών δεδομένων κρίθηκε σκόπιμο να μην γίνει αντιστοίχιση ατόμων και στη στατιστική ανάλυση κρίθηκαν ως δύο ανεξάρτητα δείγματα και έγιναν οι ανάλογες συγκρίσεις μεταξύ τους.

Σε κάθε φάση της έρευνας διανεμήθηκαν 186 ερωτηματολόγια. Σημειώνεται ότι σε τμήματα που υπηρετούσαν πέραν του ενός προϊστάμενου (είτε στο βαθμό του ΑΝΛ είτε στο βαθμό του ΠΝΛ) δόθηκε και σε δεύτερο άτομο ερωτηματολόγιο. Συνελέχθησαν 175 ερωτηματολόγια στην πρώτη φάση (94% συνολική ανταπόκριση) και 178 (95,6 % συνολική ανταπόκριση) στη δεύτερη φάση. Οι αριθμοί διανομής των ερωτηματολογίων και τα ποσοστά ανταπόκρισης ανά νοσοκομείο φαίνονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηματολογίων ανά νοσηλευτήριο και ποσοστά ανταπόκρισης

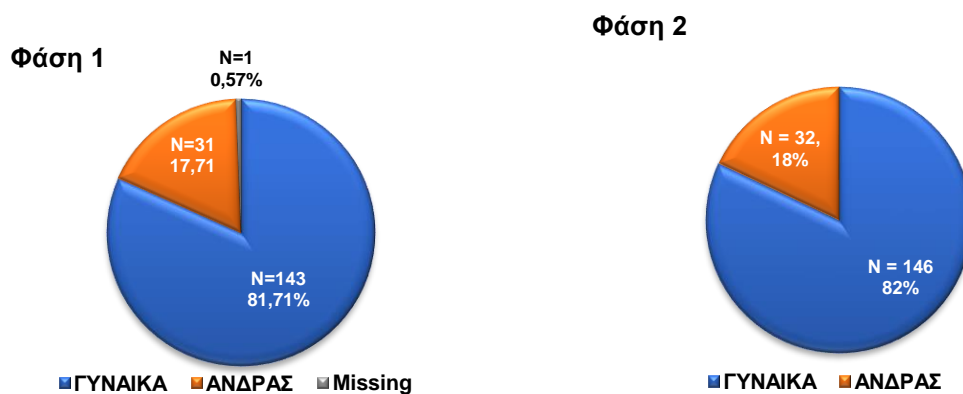
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟ | N | | ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ | | | |
|-------------------|------------|------------------|----------------------------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| | | | 1 ^η Φάση (2019) | | 2 ^η Φάση (2020) | |
| ΓΝ Αμμοχώστου | 14 | (7,6 %) | 13 | (92,8 %) | 14 | (100,0 %) |
| ΓΝ Λάρνακας | 21 | (11,3 %) | 20 | (95,2 %) | 21 | (100,0 %) |
| ΓΝ Λεμεσού | 30 | (16,1 %) | 25 | (83,3 %) | 27 | (90,0 %) |
| ΓΝ Λευκωσίας | 54 | (29,0 %) | 53 | (98,1 %) | 53 | (98,1 %) |
| ΓΝ Πάφου | 30 | (16,1 %) | 28 | (93,3 %) | 27 | (90,0 %) |
| NAM III Λευκωσίας | 30 | (16,1 %) | 30 | (100,0 %) | 29 | (96,6 %) |
| N Πόλης | 3 | (1,7 %) | 3 | (100,0 %) | 3 | (100,0 %) |
| N Κυπερούντας | 4 | (2,1 %) | 3 | (75,0 %) | 4 | (100,0 %) |
| ΣΥΝΟΛΟ | 186 | (100,0 %) | 175 | (94,0 %) | 178 | (95,6 %) |

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του έγκυρου δείγματος για κάθε φάση φαίνονται στους πίνακες που ακολουθούν.

Φύλο

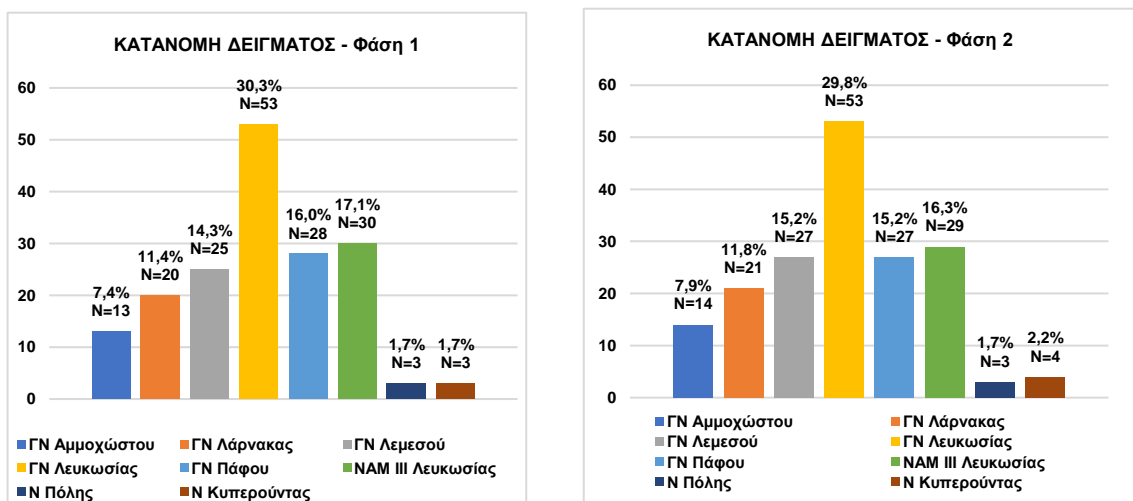
Στα πιο κάτω κυκλικά διαγράμματα (Σχήμα 5), φαίνεται ότι από το σύνολο των 175 συμμετεχόντων στην πρώτη φάση, οι 143 (81,7%) ήταν γυναίκες και οι 31 (17,7%) ήταν άνδρες. Στη δεύτερη φάση το ποσοστό μεταξύ φύλου ήταν σχεδόν το ίδιο. Οι 146 (82%) ήταν γυναίκες και οι 32 (18%) ήταν άνδρες.

Σχήμα 5: Συμμετέχοντες κατά φύλο



Στο πιο κάτω ραβδόγραμμα (Σχήμα 6) παρουσιάζεται, η κατανομή του δείγματος κατά νοσηλευτήριο. Ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετοχής, επί του συνόλου, προέρχεται (και στις δύο φάσεις) από το Γ.Ν Λευκωσίας. Σημειώνεται ότι το Γ.Ν Λευκωσίας διαθέτει τον μεγαλύτερο αριθμό τμημάτων και προϊσταμένων από κάθε άλλο κρατικό νοσηλευτήριο.

Σχήμα 6: Κατανομή δείγματος κατά νοσηλευτήριο

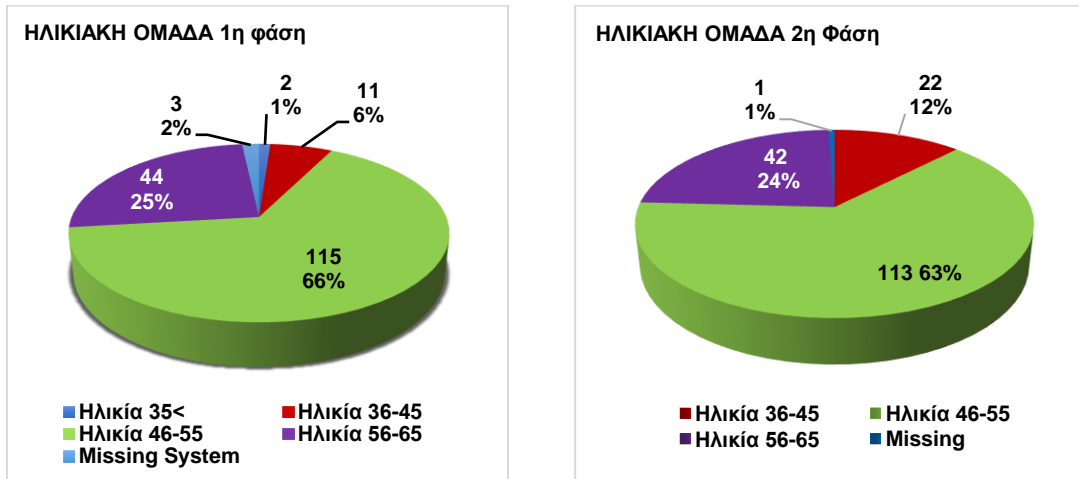


Ηλικία

Κατά την πρώτη φάση της έρευνας, οι ηλικίες των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από 33 μέχρι 64 χρόνων ($MT_1 = 52,01 \pm 5,26$). Οι ηλικίες των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν σε πέντε ηλικιακές ομάδες (ανά δεκαετία όπως φαίνεται πιο κάτω) για σκοπούς απλούστερης παρουσίασης των αποτελεσμάτων. Όπως φαίνεται στο πιο κάτω κυκλικό διάγραμμα, περίπου επτά στους δέκα (66%, N = 115) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 46 – 55 χρονών. Η δεύτερη σε αριθμό ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή

μεταξύ 56 - 65 χρόνων (25%, N = 44). Εννέα στους δέκα ήταν πέραν των 46 χρονών, γεγονός που εξηγείται από την απαιτούμενη προϋπηρεσία για σκοπούς προαγωγής σε θέση προϊστάμενου. Η ίδια εικόνα παρουσιάζεται και κατά τη δεύτερη φάση (Σχήμα 7).

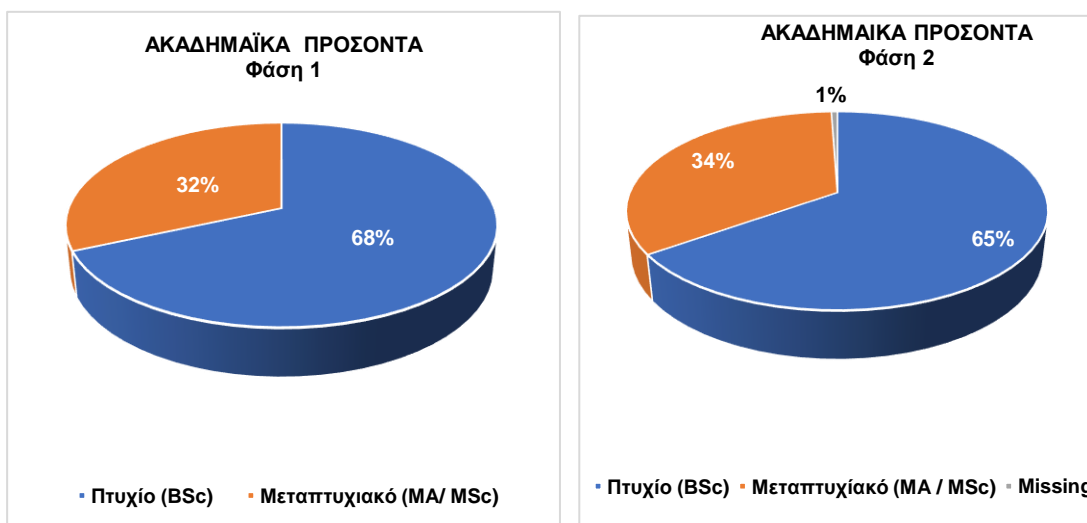
Σχήμα 7: Κατανομή δείγματος κατά ηλικιακή ομάδα



Ακαδημαϊκά Προσόντα

Η ποσοστιαία αναλογία κατοχής ακαδημαϊκών προσόντων φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα πιο κάτω (Σχήμα 8). Περίπου τρεις στους δέκα συμμετέχοντες (32% στην πρώτη φάση και 34% στη δεύτερη φάση) δήλωσαν κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου ενώ οι υπόλοιποι κατοχή πτυχίου. Σημειώνεται ότι στην Κύπρο σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές είναι κάτοχοι πτυχίου.

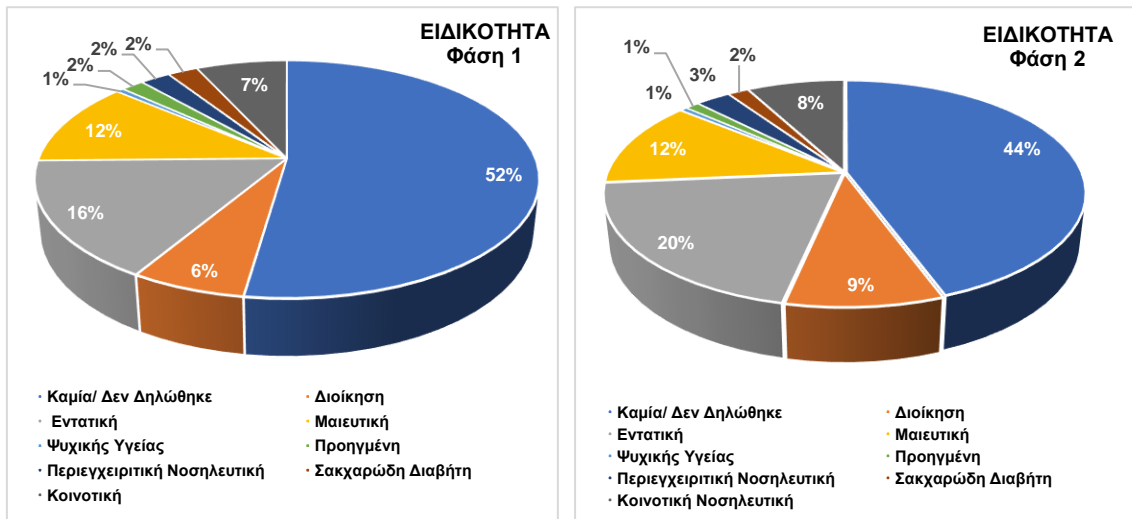
Σχήμα 8: Ακαδημαϊκά προσόντα συμμετεχόντων



Ειδικότητα

Στην πρώτη φάση το 52% δεν δήλωσε κατοχή οποιασδήποτε ειδικότητας ενώ στη δεύτερη το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 44%. Οι πιο συχνές ειδικότητες είναι η εντατική νοσηλεία (16 - 20%), η μαιευτική (12%), η κοινοτική νοσηλευτική (7 - 8%) και η νοσηλευτική διοίκηση (6 - 9%) (Σχήμα 9).

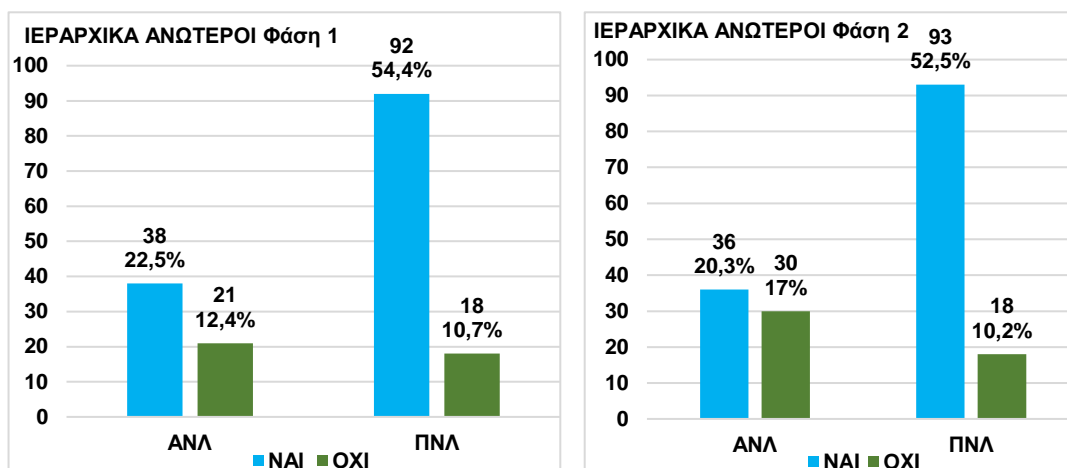
Σχήμα 9: Ειδικότητα συμμετεχόντων



Τίτλος/ Θέση και Ιεραρχία

Την πλειοψηφία του δείγματος αποτελούσαν οι ΠΝΛ (N = 110, 65,1%). Οι ΑΝΛ αποτελούσαν το υπόλοιπο 34,9% (N = 59). Ιεραρχικά ανώτεροι (επικεφαλής τμημάτων) ήταν οι 130 εκ των οποίων 92 ήταν ΠΝΛ και οι υπόλοιποι 38 ΑΝΛ. Από τους υπόλοιπους 39 που δεν ήταν επικεφαλής στο τμήμα τους σχεδόν οι μισοί (N = 18) ήταν ΠΝΛ. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι σε κάποια τμήματα ήταν τοποθετημένοι πέραν του ενός ΠΝΛ. Αντίστοιχα, για τη θέση του ΑΝΛ συμπεραίνεται ότι υπάρχουν τμήματα που υπάρχει είτε ιεραρχικά ανώτερος ΑΝΛ είτε ΠΝΛ (Σχήμα 10).

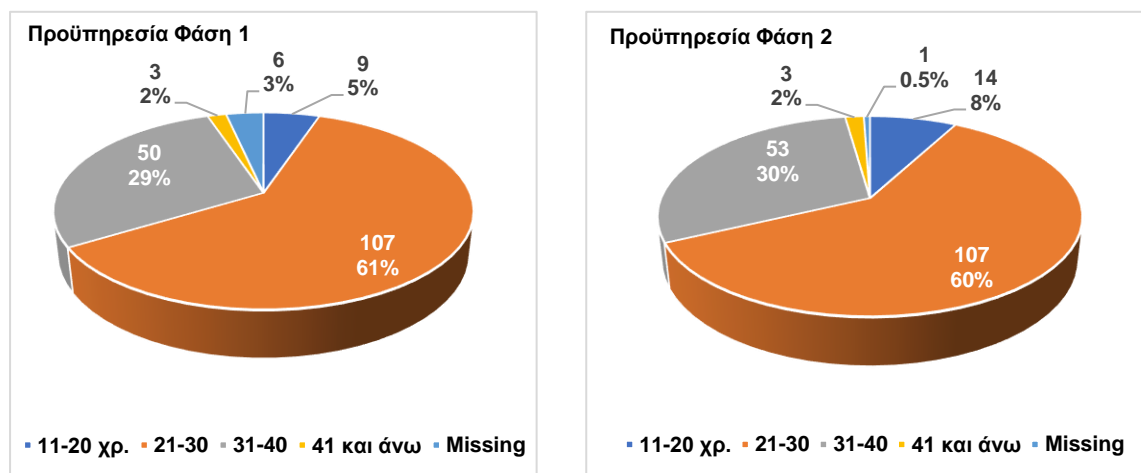
Σχήμα 10: Ιεραρχικά ανώτεροι (προϊστάμενοι) τμημάτων



Προϋπηρεσία

Όπως και για την ηλικία, η προϋπηρεσία κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες (ανά δεκαετία όπως φαίνεται πιο κάτω) για σκοπούς απλούστερης παρουσίασης των αποτελεσμάτων. Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα προϋπηρεσίας, στην πρώτη φάση (ΜΤ₁ 28,96 ± 5,48), δηλαδή πέραν των 41 χρόνων, είχαν μόνο τρεις συμμετέχοντες. Προϋπηρεσία μεταξύ 31- 40 χρόνων είχαν περίπου οι τρεις στους δέκα και έξι στους δέκα είχαν προϋπηρεσία μεταξύ 21 - 30 χρόνων. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονταν και στη δεύτερη φάση (ΜΤ₂ = 28,68 ± 5,22) (Σχήμα 11).

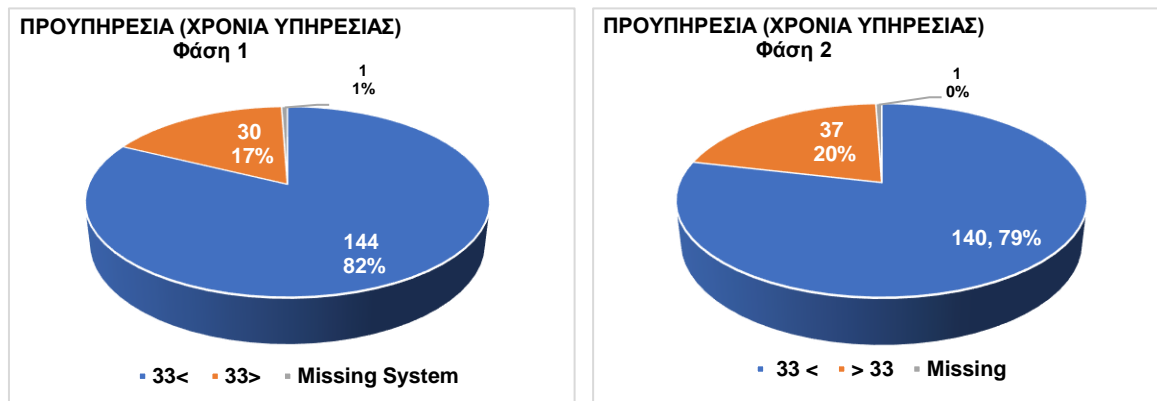
Σχήμα 11: Προϋπηρεσία (χρόνια υπηρεσίας)



Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε ο αριθμός αυτών που υπηρετούσαν μετά το 33^ο έτος υπηρεσίας. Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία οι υπάλληλοι του δημοσίου έχουν την ευχέρεια μετά από συμπλήρωση των 33 χρόνων (400 μηνών) να αφυπηρετήσουν

πρώωρα. Νοουμένου ότι έχουν συμπληρώσει και το πεντηκοστό πέμπτο έτος της ηλικίας τους εξασφαλίζουν σχεδόν πλήρως τα συνταξιοδοτικά τους οφέλη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σχεδόν μόνο δύο στους δέκα (17% - 20%) συνεχίζουν να υπηρετούν μετά το 33^ο έτος υπηρεσίας και περίπου οι 8 στους 10 έχουν υπηρεσία κάτω από 33 χρόνια (Σχήμα 12).

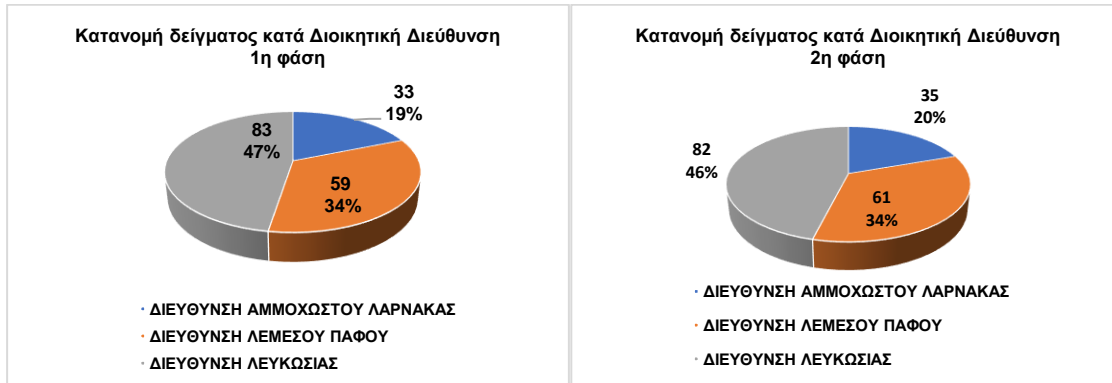
Σχήμα 12: Προϋπηρεσία με ορόσημο το 33^ο έτος



Περιγραφικά αποτελέσματα κατά διοικητικές διευθύνσεις

Με την αυτονόμησή των νοσηλευτηρίων και την ένταξή τους κάτω από τις τρεις διευθύνσεις (Λευκωσίας, Λεμεσού - Πάφου και Λάρνακας - Αμμοχώστου) κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθούν τα αποτελέσματα των κύριων μεταβλητών της έρευνας κατά διεύθυνση. Ο μεγαλύτερος αριθμός συμμετεχόντων προέρχεται από τη διεύθυνση Λευκωσίας η οποία είναι η μεγαλύτερη και στην οποία υπάγονται το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας και το Νοσοκομείο Αρχ. Μακάριος III. Ακολουθεί η διεύθυνση Λεμεσού-Πάφου (δεύτερη μεγαλύτερη), στην οποία υπάγονται τα Γενικά Νοσοκομεία Λεμεσού και Πάφου, και τα Νοσοκομεία Πόλης και Κυπερούντας. Ακολουθεί το δείγμα από την μικρότερη σε μέγεθος διοικητική διεύθυνση Λάρνακας - Αμμοχώστου στην οποία υπάγονται τα Γενικά Νοσοκομεία των αντίστοιχων επαρχιών. Η κατανομή του δείγματος παρουσιάζεται στο Σχήμα 13.

Σχήμα 13: Κατανομή δείγματος κατά διοικητική διεύθυνση



6.3 Αυτεπάρκεια

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «Ποιο το επίπεδο και ποια η διαφορά της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και 12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο;»

Όπως επεξηγήθηκε στο κεφάλαιο 5 οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο δίνονται σε κλίμακα 4 σημείων. Το άθροισμα στις απαντήσεις και των 10 στοιχείων δίνει τον τελικό σύνθετο βαθμό με εύρος από 10 έως 40 και δεν υπάρχει κωδικοποίηση.

Συνολική βαθμολογία αυτεπάρκειας

Όπως προκύπτει από τα στατιστικά αποτελέσματα, η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 13 στην πρώτη φάση και 10 στη δεύτερη, ενώ η μέγιστη ήταν και στις δυο φάσεις 40. Το 50% των παρατηρούμενων τιμών (βαθμός αυτεπάρκειας) και στις δύο φάσεις της έρευνας κυμαινόταν από 30 - 31 μέχρι 36. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (74,3% στην πρώτη φάση και 66,4% στη δεύτερη φάση) παρουσίαζε βαθμό αυτεπάρκειας μεταξύ 31 - 40.

Η διάμεση τιμή της αυτεπάρκειας ήταν στην πρώτη φάση 33,00 ($IQR = 31,00 - 36,00$) όπως επίσης και στη δεύτερη 33,00 ($IQR = 30,00 - 36,00$). Η MT της αυτεπάρκειας ήταν χαμηλότερη στη δεύτερη φάση ($MT_1 = 33,27 \pm 3,83$ VS $MT_2 = 32,52 \pm 4,84$, $p = 0,221$) (Πίνακες 10,11,12).

Πίνακας 10: Στατιστικές τιμές για την αυτεπάρκεια

| ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΕΠΑΡΚΕΙΑΣ | | | |
|-------------------------|---------|----------------|----------------|
| | | N ₁ | N ₂ |
| | Valid | 172 | 178 |
| | Missing | 3 | 0 |
| Μέση τιμή | | 33,27 | 32,52 |
| Διάμεση Τιμή | | 33,00 | 33,00 |
| Ελάχιστη τιμή | | 13,00 | 10,00 |
| Μέγιστη τιμή | | 40,00 | 40,00 |
| Εκατοστημόρια | 25 | 31,00 | 30,00 |
| | 50 | 33,00 | 33,00 |
| | 75 | 36,00 | 36,00 |

Πίνακας 11: Συχνότητα βαθμού αυτεπάρκειας

| Βαθμός | Συχνότητα | Ποσοστό % | Έγκυρο Ποσοστό % | Αθροιστικό Ποσοστό % | Σκορ | Συχνότητα | Ποσοστό % | Έγκυρο Ποσοστό % | Αθροιστικό Ποσοστό % |
|----------------|------------|--------------|------------------|----------------------|----------------|------------|--------------|------------------|----------------------|
| 10-20 | 1 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 10-20 | 1 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| 21-30 | 41 | 23,4 | 23,9 | 24,5 | 21-30 | 59 | 33,0 | 33,0 | 33,6 |
| 31-40 | 130 | 74,3 | 75,5 | 100,0 | 31-40 | 118 | 66,4 | 66,4 | 100,0 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 172 | 98,3 | 100,0 | | ΣΥΝΟΛΟ | 178 | 100,0 | 100,0 | |
| Missing System | 3 | 1,7 | | | Missing System | 0 | | | |
| ΣΥΝΟΛΟ | 175 | 100,0 | | | ΣΥΝΟΛΟ | 178 | 100,0 | | |

1^η φάση2^η φάση

Στο ερωτηματολόγιο για την αυτεπάρκεια, τη χαμηλότερη MT (Ελάχιστη τιμή = 1 και μέγιστη τιμή = 4) είχε η ερώτηση: «Εάν κάποιος μου αντιτίθεται μπορώ να βρω τα μέσα και τους τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ» ($MT_1 = 2,86 \pm 0,66$ VS $MT_2 = 2,79 \pm 0,72$, $p = 0,356$). Την υψηλότερη MT, με την ίδια διακύμανση, είχε η ερώτηση: «Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα συνήθως σκέφτομαι τρόπους να το λύσω» ($MT_1 = 3,60 \pm 0,52$ VS $MT_2 = 3,48 \pm 0,60$, $p = 0,068$) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ερωτήσεων για την αυτεπάρκεια (Mann-Whitney)

| | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P |
|---|----------------|---------------------|----------------|---------------------|-------------|-------|
| | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| 1. Πάντα καταφέρνω να λύσω δύσκολα προβλήματα εάν προσπαθήσω αρκετά. | 175 | 3,40 ± 0,57 | 178 | 3,24 ± 0,64 | 0,17 ± 0,07 | 0,010 |
| 2. Εάν κάποιος μου αντιτίθεται μπορώ να βρω τα μέσα και τους τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ. | 175 | 2,86 ± 0,66 | 178 | 2,79 ± 0,72 | 0,07 ± 0,06 | 0,356 |
| 3. Μου είναι εύκολο να παραμείνω σταθερός/ή στους στόχους μου και να εκπληρώσω τους σκοπούς μου | 175 | 3,22 ± 0,65 | 178 | 3,16 ± 0,72 | 0,07 ± 0,07 | 0,465 |
| 4. Είμαι σίγουρος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά απροσδόκητα γεγονότα | 174 | 3,30 ± 0,60 | 178 | 3,25 ± 0,63 | 0,05 ± 0,03 | 0,536 |
| 5. Λόγω της επινοητικότητας μου ξέρω πως να χειριστώ απρόοπτες καταστάσεις | 175 | 3,35 ± 0,58 | 178 | 3,31 ± 0,62 | 0,05 ± 0,04 | 0,573 |
| 6. Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα εάν αφιερώσω την αναγκαία προσπάθεια | 175 | 3,54 ± 0,56 | 178 | 3,46 ± 0,66 | 0,09 ± 0,10 | 0,256 |
| 7. Όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες παραμένω ήρεμος/η επειδή μπορώ να βασίζομαι στις προσαρμοστικές μου ικανότητες | 174 | 3,34 ± 0,61 | 178 | 3,31 ± 0,65 | 0,04 ± 0,34 | 0,639 |
| 8. Όταν βρεθώ αντιμέτωπος/η με ένα πρόβλημα συνήθως βρίσκω αρκετές λύσεις | 175 | 3,36 ± 0,56 | 178 | 3,31 ± 0,62 | 0,07 ± 0,06 | 0,371 |
| 9. Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα συνήθως σκέφτομαι τρόπους να το λύσω | 174 | 3,60 ± 0,52 | 178 | 3,48 ± 0,60 | 0,12 ± 0,08 | 0,068 |
| 10. Συνήθως, μπορώ να διαχειριστώ οτιδήποτε βρεθεί μπροστά μου | 175 | 3,29 ± 0,51 | 178 | 3,21 ± 0,63 | 0,08 ± 0,12 | 0,331 |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΕΠΑΡΚΕΙΑΣ | 172 | 33,27 ± 3,83 | 178 | 32,52 ± 4,84 | 0,75 ± 1,01 | 0,221 |

6.4 Ενδυνάμωση

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «Ποιο το επίπεδο και ποια η διαφορά της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργών πριν και 12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο;»

Όπως επεξηγήθηκε στο κεφάλαιο 2.5.2 η συνολική ενδυνάμωση (Total Empowerment) μπορεί να υπολογιστεί με το άθροισμα των πρώτων τεσσάρων (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη και πόροι) ή και όλων των έξι επιμέρους κλιμάκων (υποκλιμάκων) με συμπερίληψη των υποκλιμάκων της επίσημης και της ανεπίσημης ισχύος.

Στην παρούσα έρευνα, αν και η συνολική ενδυνάμωση υπολογίστηκε με τους δύο τρόπους, στους ελέγχους συσχέτισης παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των MT από τις έξι υποκλίμακες, αφού διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχε διαφοροποίηση στις MT που υπολογίστηκαν με βάση τον υπολογισμό των τεσσάρων υποκλιμάκων. Παράλληλα, υπολογίστηκαν όλες οι υποκλίμακες ξεχωριστά.

Συνολική ενδυνάμωση

Η συνολική ενδυνάμωση του δείγματος κρίνεται ως *Μέτρια*, τόσο με τον υπολογισμό των τεσσάρων υποκλιμάκων ($MT_1 = 12,34 \pm 3,08$ VS $MT_2 = 11,67 \pm 2,91$, $p = 0,352$) όσο και με βάση τον υπολογισμό των έξι υποκλιμάκων ($MT_1 = 18,30 \pm 4,13$ VS $MT_2 = 17,61 \pm 4,09$, $p = 0,184$) και ήταν χαμηλότερη στη δεύτερη φάση. Υπάρχει μείωση στις MT όλων των στοιχείων στις υποκλίμακες της συνολικής ενδυνάμωσης στη δεύτερη φάση (Πίνακας 14).

Η διάμεση τιμή της συνολικής ενδυνάμωσης ήταν στην πρώτη φάση 18,00 ($IQR = 15,37 - 20,91$) και στη δεύτερη 17,95 ($IQR = 14,68 - 20,85$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης - 6 υποκλίμακες

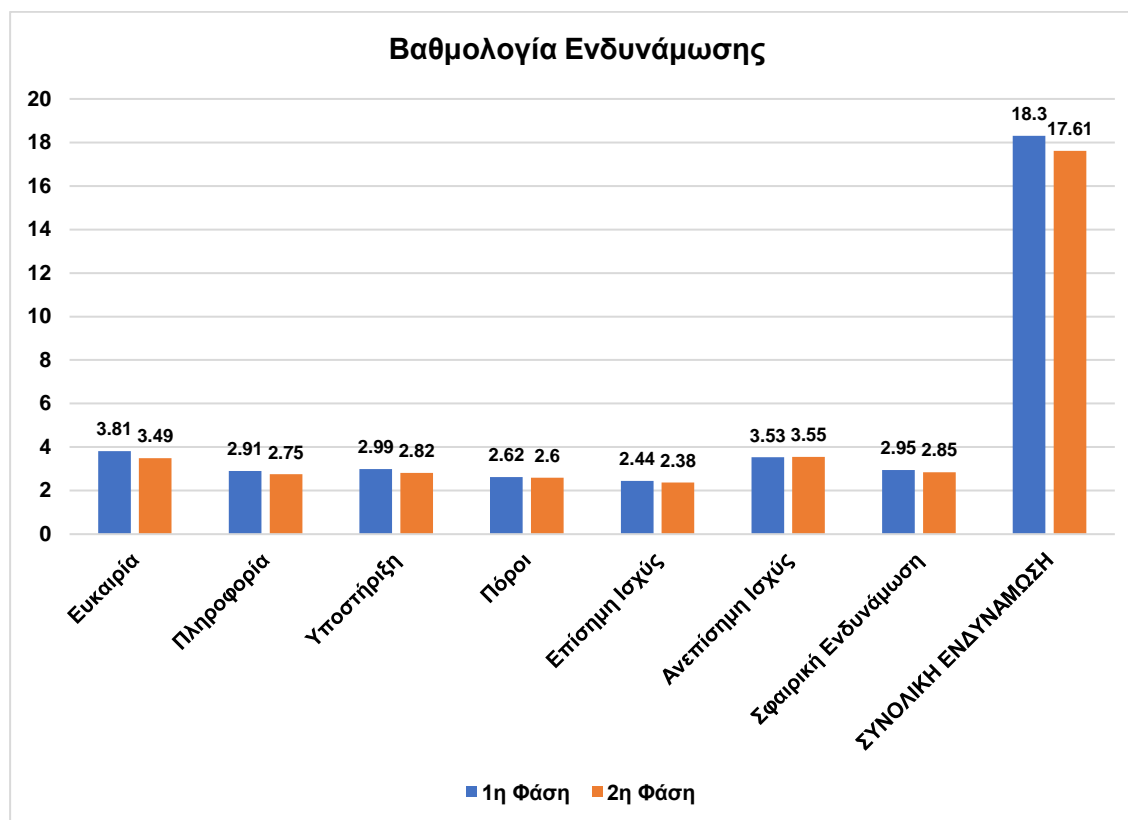
| ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ (6 υποκλίμακες) | | | |
|---|----------------|-------|-------|
| | | N_1 | N_2 |
| | Valid | 173 | 178 |
| | Missing | 2 | 0 |
| Μέση τιμή | | 18,30 | 17,61 |
| Διάμεσος τιμή | | 18,00 | 17,95 |
| Ελάχιστη τιμή | | 8,25 | 7,00 |
| Μέγιστη τιμή | | 29,08 | 26,42 |
| Εκατοστημόρια | 25 | 15,37 | 14,68 |
| | 50 | 18,00 | 17,95 |
| | 75 | 20,91 | 20,85 |

Η χαμηλότερη βαθμολογία ήταν στην υποκλίμακα «πόροι» ($MT_1 = 2,62 \pm 0,85$ VS $MT_2 = 2,60 \pm 0,85$, $p = 0,992$). Στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάζεται στην κατηγορία «ευκαιρίες» ($MT_1 = 3,81 \pm 0,88$ VS $MT_2 = 3,49 \pm 0,96$, $p = 0,001$) (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Βαθμολογίες ενδυνάμωσης, και ισχύος (Mann–Whitney)

| | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P |
|---|----------------|---------------------|----------------|---------------------|-------------|-------|
| | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| (Ελάχιστη MT = 1, Μέγιστη MT = 5) | | | | | | |
| Πόσες ευκαιρίες έχετε στην παρούσα εργασία σας σε σχέση με τα παρακάτω; | | | | | | |
| Εργασία με προκλήσεις | 175 | 3,88 ± 1,02 | 178 | 3,54 ± 1,07 | 0,24 ± 0,05 | 0,003 |
| Δυνατότητες αποκτήσετε νέες δεξιότητες και γνώσεις στην εργασία | 173 | 3,78 ± 0,97 | 178 | 3,42 ± 1,08 | 0,36 ± 0,11 | 0,002 |
| Εργασίες που αξιοποιούν όλες τις δεξιότητες και τις γνώσεις σας | 173 | 3,80 ± 0,94 | 178 | 3,51 ± 1,03 | 0,29 ± 0,09 | 0,004 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 173 | 3,81 ± 0,88 | 178 | 3,49 ± 0,96 | 0,32 ± 0,08 | 0,001 |
| Πόση πρόσβαση έχετε σε πληροφορίες στην παρούσα εργασία σας σε σχέση με: | | | | | | |
| Την τρέχουσα κατάσταση του νοσοκομείου | 174 | 3,13 ± 1,13 | 178 | 2,90 ± 1,04 | 0,23 ± 0,09 | 0,107 |
| Τις τρέχουσες αξίες της ανώτατης διοίκησης | 173 | 2,86 ± 1,05 | 178 | 2,84 ± 1,04 | 0,02 ± 0,01 | 0,300 |
| Τους στόχους της ανώτατης διοίκησης | 174 | 2,74 ± 1,12 | 178 | 2,73 ± 1,09 | 0,01 ± 0,03 | 0,128 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 173 | 2,91 ± 1,00 | 178 | 2,75 ± 1,02 | 0,16 ± 0,02 | 0,185 |
| Πόση πρόσβαση έχετε σε υποστήριξη στην παρούσα εργασία σας σε σχέση με: | | | | | | |
| Συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με πράγματα που κάνετε καλά | 174 | 3,04 ± 1,00 | 178 | 2,90 ± 1,04 | 0,14 ± 0,04 | 0,305 |
| Συγκεκριμένα σχόλια για πράγματα που θα μπορούσατε να βελτιώσετε | 173 | 3,01 ± 1,02 | 178 | 2,84 ± 1,04 | 0,17 ± 0,02 | 0,185 |
| Χρήσιμες εισηγήσεις ή συμβουλές επίλυσης προβλημάτων | 174 | 2,94 ± 1,10 | 178 | 2,73 ± 1,09 | 0,21 ± 0,01 | 0,100 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 173 | 2,99 ± 0,99 | 178 | 2,82 ± 0,99 | 0,17 ± 0,00 | 0,206 |
| Πόση πρόσβαση έχετε σε πόρους στην παρούσα εργασία σας, όπως: | | | | | | |
| Διαθέσιμο χρόνο για την απαραίτητη γραφική δουλειά | 174 | 2,63 ± 1,02 | 178 | 2,62 ± 0,99 | 0,01 ± 0,03 | 0,957 |
| Διαθέσιμο χρόνο για διεκπεραίωση των εργασιακών απαιτήσεων | 174 | 2,86 ± 0,97 | 178 | 2,79 ± 0,94 | 0,07 ± 0,03 | 0,517 |
| Απόκτηση προσωρινής βοήθειας όταν χρειάζεται | 173 | 2,38 ± 0,97 | 178 | 2,42 ± 1,00 | 0,04 ± 0,03 | 0,756 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 173 | 2,62 ± 0,85 | 178 | 2,60 ± 0,85 | 0,02 ± 0,00 | 0,992 |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ (4 υποκλίμακες) | 174 | 12,34 ± 3,08 | 178 | 11,67 ± 2,91 | 0,67 ± 0,17 | 0,352 |
| Επίσημη ισχύς (ΚΕΔ) | 173 | 2,44 ± 0,85 | 178 | 2,38 ± 0,90 | 0,06 ± 0,05 | 0,581 |
| Ανεπίσημη ισχύς (ΚΟΣ) | 172 | 3,53 ± 0,73 | 178 | 3,55 ± 0,79 | 0,02 ± 0,06 | 0,922 |
| Γενικά, το τρέχον εργασιακό μου περιβάλλον με ενδυναμώνει να ολοκληρώνω το έργο μου με αποτελεσματικό τρόπο | 175 | 3,02 ± 1,11 | 178 | 2,90 ± 1,04 | 0,12 ± 0,07 | 0,232 |
| Γενικά, θεωρώ ότι ο χώρος εργασίας μου είναι ένα ενδυναμωτικό περιβάλλον | 174 | 2,89 ± 1,08 | 178 | 2,80 ± 1,07 | 0,09 ± 0,01 | 0,508 |
| Σφαιρική ενδυνάμωση | 174 | 2,95 ± 1,05 | 178 | 2,85 ± 1,02 | 0,10 ± 0,03 | 0,352 |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ (6 υποκλίμακες) | 173 | 18,30 ± 4,13 | 177 | 17,61 ± 4,09 | 0,69 ± 0,04 | 0,184 |

Σχήμα 14: Βαθμολογία ενδυνάμωσης



Κατηγορία «ευκαιρίες»

Η ΜΤ στην κατηγορία «ευκαιρίες» ήταν η υψηλότερη από όλες ($MT_1 = 3,81 \pm 0,88$ VS $MT_2 = 3,49 \pm 0,96$, $p = 0,001$). Η υψηλότερη ΜΤ αφορά στο στοιχείο «εργασία με προκλήσεις» ($MT_1 = 3,88 \pm 1,02$ VS $MT_2 = 3,54 \pm 1,07$, $p = 0,003$) και η χαμηλότερη το στοιχείο «δυνατότητες απόκτησης νέων δεξιοτήτων και γνώσεων στην εργασία» ($MT_1 = 3,78 \pm 0,97$ VS $MT_2 = 3,42 \pm 1,08$, $p = 0,002$) (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Κατηγορία «πληροφορίες»

Η ΜΤ στη κατηγορία «πληροφορίες» κατείχε την τρίτη θέση ($MT_1 = 2,91 \pm 1,00$ VS $MT_2 = 2,75 \pm 1,02$, $p = 0,185$). Η υψηλότερη ΜΤ αφορούσε το στοιχείο της πληροφόρησης σχετικά με την «τρέχουσα κατάσταση του νοσοκομείου» ($MT_1 = 3,13 \pm 1,13$ VS $MT_2 = 2,90 \pm 1,04$, $p = 0,107$). Όλα τα στοιχεία της κατηγορίας «πληροφορίες» παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στη δεύτερη φάση (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Κατηγορία «υποστήριξη»

Η ΜΤ στην κατηγορία «υποστήριξη» κατείχε τη δεύτερη θέση ($MT_1 = 2,99 \pm 0,99$ VS $MT_2 = 2,82 \pm 0,99$, $p = 0,206$). Η υψηλότερη ΜΤ αφορούσε το στοιχείο: «Συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με πράγματα που κάνετε καλά» ($MT_1 = 3,04 \pm 1,00$ VS $MT_2 = 2,90$

$\pm 1,04$, $p = 0,305$). Παρατηρείται επίσης μείωση όλων των MT των στοιχείων της ερώτησης για την πρόσβαση σε «υποστήριξη» στη δεύτερη φάση (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Κατηγορία «πόροι»

Η χαμηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην κατηγορία «πόροι» ($MT_1 = 2,62 \pm 0,85$ VS $MT_2 = 2,60 \pm 0,85$, $p = 0,992$). Η υψηλότερη MT αφορούσε το στοιχείο: «*Διαθέσιμος χρόνος για διεκπεραίωση των εργασιακών απαιτήσεων*» ($MT_1 = 2,86 \pm 0,97$ VS $MT_2 = 2,79 \pm 0,94$, $p = 0,517$). Όπως και στις άλλες περιπτώσεις όλα τα στοιχεία της κατηγορίας «πόροι» παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στη δεύτερη φάση (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Σφαιρική ενδυνάμωση

Η σφαιρική ενδυνάμωση, ως γενικό μέτρο ενδυνάμωσης και ως δείκτης εγκυρότητας (validation index) ($MT_1 = 2,95 \pm 1,05$ VS $MT_2 = 2,85 \pm 1,02$, $p = 0,352$) είναι ενδεικτική της γενικής εικόνας που παρουσιάζεται στη συνολική ενδυνάμωση. Ερμηνεύεται επίσης, ως μέτρια αντίληψη για την ενδυνάμωση στο εργασιακό περιβάλλον. Η υψηλότερη τιμή αφορούσε την ερώτηση: «*Γενικά, το τρέχον εργασιακό μου περιβάλλον με ενδυναμώνει να ολοκληρώνω το έργο μου με αποτελεσματικό τρόπο*» ($MT_1 = 3,02 \pm 1,11$ VS $MT_2 = 2,90 \pm 1,04$, $p = 0,232$) και ακολούθως η ερώτηση: «*Γενικά, θεωρώ ότι ο χώρος εργασίας μου είναι ένα ενδυναμωτικό περιβάλλον*» ($MT_1 = 2,89 \pm 1,08$ VS $MT_2 = 2,80 \pm 1,07$, $p = 0,508$) (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

6.5 Ισχύς

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «*Ποιο το επίπεδο και ποια η διαφορά της αντιλαμβανόμενης ισχύος (επίσημης και ανεπίσημης) των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και 12 μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο;*»

Όπως επεξηγήθηκε στο κεφάλαιο 5 η επίσημη και ανεπίσημη ισχύς μπορεί να υπολογιστούν με το άθροισμα των MT των στοιχείων των αντίστοιχων δυο υποκλιμάκων (Κλίμακα Εργασιακών Δραστηριοτήτων - Job Activity Scale και της Κλίμακας Οργανωσιακών Σχέσεων - Organization Relationships Scale) του ερωτηματολογίου CWEQ-II.

Η διάμεση τιμή της ανεπίσημης ισχύος ήταν στην πρώτη φάση 3,62 ($IQR = 3,00 - 4,00$) και στη δεύτερη 3,50 ($IQR = 3,00 - 4,00$). Αντίστοιχα η διάμεση τιμή της επίσημης

ισχύος ήταν τόσο στην πρώτη φάση όσο και στη δεύτερη 2,33 ($IQR = 1,66 - 3,00$) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Μέση τιμή βαθμολογίας ισχύος

| MT ΙΣΧΥΟΣ | ΑΝΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΧΥΣ | | ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΧΥΣ | | |
|-----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|------|
| | N ₁ | N ₂ | N ₁ | N ₂ | |
| N | | | | | |
| | Valid | 172 | 178 | 173 | 178 |
| | Missing | 3 | 0 | 2 | 0 |
| Μέση τιμή | | 3,53 | 3,55 | 2,44 | 2,38 |
| Διάμεσος τιμή | | 3,62 | 3,50 | 2,33 | 2,33 |
| Τυπική απόκλιση | | 0,79 | 0,73 | 0,90 | 0,85 |
| Ελάχιστη τιμή | | 1,25 | 2,00 | 1,00 | 1,00 |
| Μέγιστη τιμή | | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 |
| Εκατοστημόρια | 25 | 3,00 | 3,00 | 1,66 | 1,66 |
| | 50 | 3,62 | 3,50 | 2,33 | 2,33 |
| | 75 | 4,00 | 4,00 | 3,00 | 3,00 |

Επίσημη ισχύς - Κλίμακα Εργασιακών Δραστηριοτήτων (ΚΕΔ)

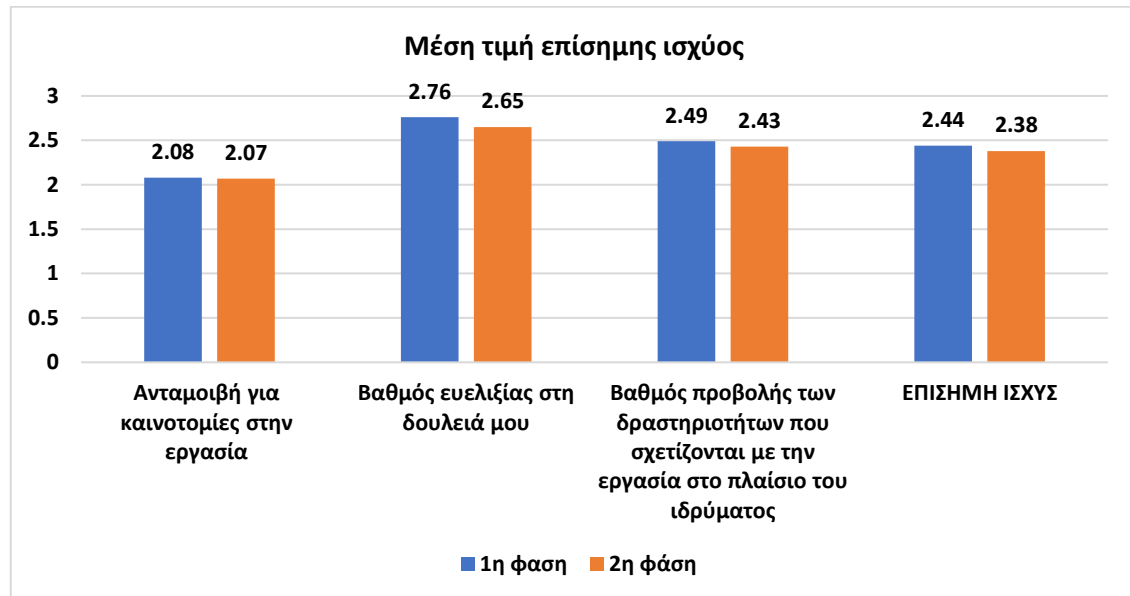
Η MT της επίσημης ισχύος ήταν υψηλότερη στην πρώτη φάση ($MT_1 = 2,44 \pm 0,90$ VS $MT_2 = 2,38 \pm 0,85$, $p = 0,581$).

Η πιο ψηλή αξιολόγηση παρατηρείται στο στοιχείο: «βαθμός ευελιξίας στη δουλειά», ($MT_1 = 2,76 \pm 1,02$ VS $MT_2 = 2,65 \pm 0,96$, $p = 0,313$). Ακολουθεί η αξιολόγηση στο στοιχείο: «βαθμός προβολής των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία στο πλαίσιο του ιδρύματος» ($MT_1 = 2,49 \pm 1,02$ VS $MT_2 = 2,43 \pm 0,93$, $p = 0,636$). Την πιο χαμηλή αξιολόγηση είχε το στοιχείο: «ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία» ($MT_1 = 2,08 \pm 1,07$ VS $MT_2 = 2,07 \pm 1,02$, $p = 0,918$) (Πίνακας 16, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Μέση τιμή επίσημης ισχύος (Mann–Whitney)

| ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΧΥΣ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P |
|---|----------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------|
| | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία | 173 | 2,08 ± 1,07 | 178 | 2,07 ± 1,02 | 0,01 ± 0,05 | 0,918 |
| Βαθμός ευελιξίας στη δουλειά μου | 175 | 2,76 ± 1,02 | 178 | 2,65 ± 0,96 | 0,11 ± 0,06 | 0,313 |
| Βαθμός προβολής των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία στο πλαίσιο του ιδρύματος | 174 | 2,49 ± 1,02 | 178 | 2,43 ± 0,93 | 0,06 ± 0,09 | 0,636 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 173 | 2,44 ± 0,90 | 178 | 2,38 ± 0,85 | 0,06 ± 0,05 | 0,581 |

Σχήμα 15: Μέση τιμή επίσημης ισχύος



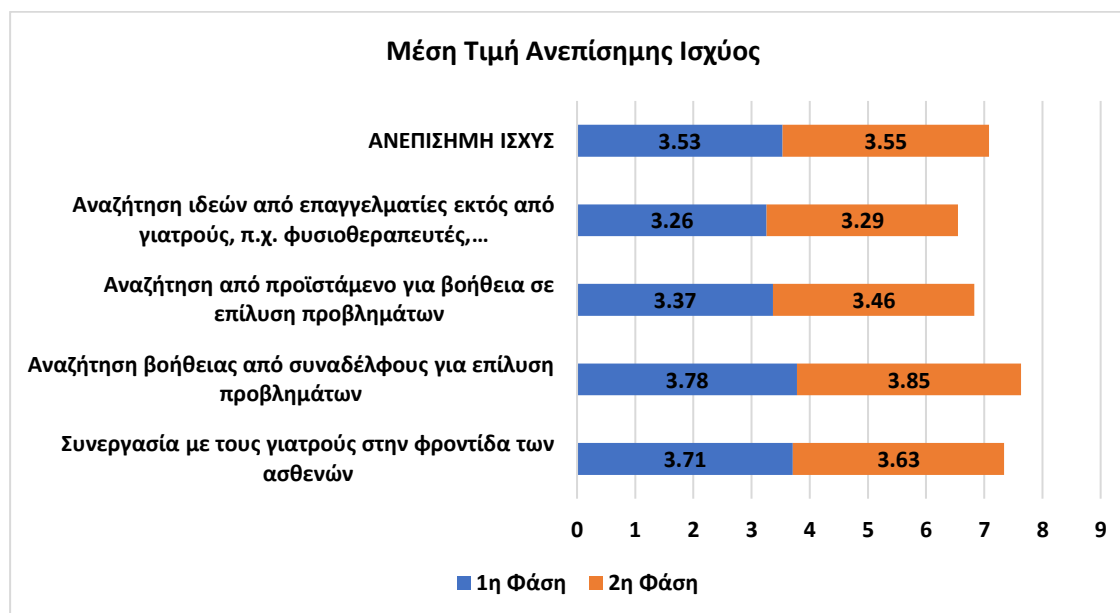
Ανεπίσημη ισχύς - Κλίμακα Οργανωσιακών Σχέσεων (ΚΟΣ)

Η υψηλότερη MT παρατηρείται στην ερώτηση που αφορά στην αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους για την επίλυση προβλημάτων ($MT_1 = 3,78 \pm 0,97$, VS $MT_2 = 3,85 \pm 0,84$, $p = 0,764$). Η χαμηλότερη MT παρουσιάζεται στο στοιχείο: «Αναζήτηση ιδεών από επαγγελματίες εκτός από γιατρούς, π.χ. φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγους» ($MT_1 = 3,26 \pm 1,08$ VS $MT_2 = 3,29 \pm 1,02$, $p = 0,971$). Η MT και για τα τέσσερα στοιχεία αυξάνεται ελαφρώς στη δεύτερη φάση ($MT_1 = 3,53 \pm 0,79$ VS $MT_2 = 3,55 \pm 0,73$, $p = 0,581$) (Πίνακας 17, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος (Mann–Whitney)

| ΑΝΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΧΥΣ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P |
|--|----------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------|
| | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Συνεργασία με τους γιατρούς στην φροντίδα των ασθενών | 173 | 3,71 ± 0,99 | 178 | 3,63 ± 0,97 | 0,08 ± 0,02 | 0,444 |
| Αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους για επίλυση προβλημάτων | 173 | 3,78 ± 0,97 | 178 | 3,85 ± 0,84 | 0,07 ± 0,11 | 0,764 |
| Αναζήτηση από προϊστάμενο για βοήθεια σε επίλυση προβλημάτων | 173 | 3,37 ± 1,14 | 178 | 3,46 ± 1,02 | 0,09 ± 0,12 | 0,625 |
| Αναζήτηση ιδεών από επαγγελματίες εκτός από γιατρούς, π.χ. φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγους | 173 | 3,26 ± 1,08 | 178 | 3,29 ± 1,02 | 0,03 ± 0,06 | 0,971 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 173 | 3,53 ± 0,73 | 178 | 3,55 ± 0,79 | 0,02 ± 0,06 | 0,922 |

Σχήμα 16: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος



6.6 Συσχετίσεις αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «Ποια η συσχέτιση ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια και στην αντιλαμβανόμενη ενδυνάμωση και ισχύ των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου;»

Οι ΜΤ αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον πίνακα 18.

Πίνακας 18: Μέση τιμή αυτεπάρκειας, συνολικής ενδυνάμωσης και ισχύος (Mann–Whitney)

| | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P |
|--------------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|-------------|-------|
| | N ₁ | ΜΤ (ΤΑ) | N ₂ | ΜΤ (ΤΑ) | | |
| ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΕΠΑΡΚΕΙΑΣ | 172 | 33,27 ± 3,83 | 178 | 32,52 ± 4,84 | 0,75 ± 1,01 | 0,221 |
| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ | 173 | 18,30 ± 4,13 | 177 | 17,61 ± 4,09 | 0,69 ± 0,04 | 0,184 |
| Σφαιρική ενδυνάμωση | 174 | 2,95 ± 1,05 | 178 | 2,85 ± 1,02 | 0,10 ± 0,03 | 0,352 |
| ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΧΥΣ | 173 | 2,44 ± 0,90 | 178 | 2,38 ± 0,85 | 0,06 ± 0,05 | 0,581 |
| ΑΝΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΧΥΣ | 172 | 3,53 ± 0,79 | 178 | 3,55 ± 0,73 | 0,02 ± 0,06 | 0,922 |

Συσχέτιση αυτεπάρκειας με την ενδυνάμωση

Από τους στατιστικούς ελέγχους συσχέτισης των δεδομένων που προέκυψαν μετά την αυτονόμηση παρατηρείται, μία στατιστικά σημαντική, μικρή συσχέτιση μεταξύ αυτεπάρκειας και συνολικής ενδυνάμωσης ($r = + 0,36$, $p = 0,000$) και στατιστικά σημαντική, πολύ μικρή συσχέτιση ($r = + 0,20$, $p = 0,006$) μεταξύ της αυτεπάρκειας και της σφαιρικής ενδυνάμωσης (Πίνακας 23).

Παρατηρούνται επίσης στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτεπάρκειας και των κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση: «ευκαιρίες», «υποστήριξη», «πόροι», «πληροφορίες». Συγκεκριμένα εντοπίζεται στατιστικά σημαντική: (α) μικρή συσχέτιση της αυτεπάρκειας και της κατηγορίας «ευκαιρίες» ($r = + 0,32, p = 0,000$), (β) πολύ μικρή συσχέτιση της αυτεπάρκειας και της κατηγορίας «πληροφορίες» ($r = + 0,28, p = 0,000$), (γ) μικρή συσχέτιση μεταξύ της αυτεπάρκειας και της κατηγορίας «υποστήριξη» ($r = + 0,26, p = 0,000$) και μικρή συσχέτιση μεταξύ της αυτεπάρκειας και της κατηγορίας «πόροι» ($r = + 0,23, p = 0,002$) (Πίνακας 23).

Συσχέτιση αυτεπάρκειας με την ισχύ

Από τους ίδιους ελέγχους παρατηρείται επίσης στατιστικά σημαντική, μικρή συσχέτιση μεταξύ αυτεπάρκειας και επίσημης ισχύος ($r = + 0,26, p = 0,000$) και στατιστικά σημαντική μικρή συσχέτιση μεταξύ αυτεπάρκειας και ανεπίσημης ισχύος ($r = + 0,34, p = 0,001$) (Πίνακας 23).

Συσχέτιση συνολικής ενδυνάμωσης με την ισχύ

Από τους στατιστικούς ελέγχους συσχέτισης εντοπίστηκε επίσης, στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση ($r = + 0,78, p = 0,000$) μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και επίσημης ισχύος. Παρομοίως, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική, υψηλή συσχέτιση μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και ανεπίσημης ισχύος ($r = + 0,65, p = 0,000$) (Πίνακας 23).

6.7 Συσχετίσεις αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης, ισχύος και δημογραφικών

Συσχετίσεις αυτεπάρκειας και δημογραφικών

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «*Σχετίζονται η αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια, η αντιλαμβανόμενη ενδυνάμωση και η ισχύς των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών με το φύλο, την ηλικία, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τον τίτλο, την ιεραρχία και την εργασιακή πείρα;*»

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η ΜΤ αυτεπάρκειας δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Γυναικών ($MT_2 = 32,38 \pm 4,99$) και ανδρών ($MT_2 = 33,15 \pm 4,12$) ($p_2 = 0,384$).
2. Αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 32,77 \pm 4,85$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 31,95 \pm 4,80$) ($p_2 = 0,161$).
3. Αυτών που κατέχουν κάποια νοσηλευτική ειδικότητα ($MT_2 \pm 32,91 \pm 3,95$) και αυτών που δεν κατέχουν ειδικότητα ($MT_2 \pm 33,02 \pm 5,76$) ($p_2 = 0,548$).

4. Μεταξύ ΑΝΛ ($MT_2 = 32,21 \pm 4,04$) και ΠΝΛ ($MT_2 = 32,63 \pm 5,07$) ($p_2 = 0,220$).
5. Μεταξύ ιεραρχικά ανώτερων ($MT_2 = 32,63 \pm 5,31$) και ιεραρχικά κατώτερων ($MT_2 = 32,20 \pm 5,27$) ($p_2 = 0,226$) (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Διαφορές βαθμού αυτεπάρκειας μεταξύ δημογραφικών (Mann–Whitney)

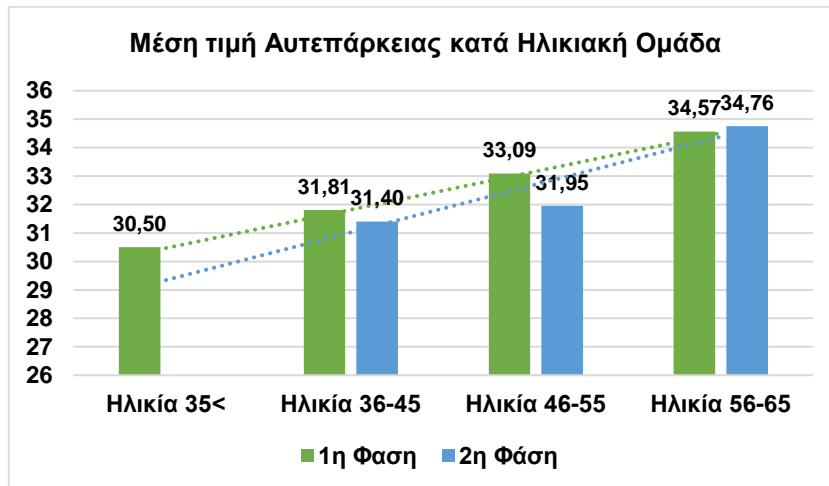
(ελάχιστη τιμή = 10, μέγιστη τιμή = 40)

| | | Αυτεπάρκεια | | | | Διαφορά | P_2 |
|----------------------------|---------------------|-------------|--------------|--------|--------------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 29 | 33,55 ± 2,19 | 32 | 33,15 ± 4,12 | 0,40 ± 1,93 | 0,384 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 142 | 33,26 ± 4,07 | 146 | 32,38 ± 4,99 | 0,88 ± 0,92 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 116 | 33,50 ± 3,62 | 116 | 32,77 ± 4,85 | 0,73 ± 1,23 | 0,161 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 32,90 ± 4,20 | 61 | 31,95 ± 4,80 | 0,05 ± 0,60 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 82 | 33,40 ± 3,69 | 79 | 32,91 ± 3,95 | 0,49 ± 0,26 | 0,548 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 33,16 ± 4,00 | 99 | 33,02 ± 5,76 | 0,14 ± 1,76 | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 59 | 32,79 ± 3,40 | 66 | 32,21 ± 4,04 | 0,58 ± 0,64 | 0,220 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 108 | 33,66 ± 4,07 | 111 | 32,63 ± 5,07 | 0,03 ± 1,00 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 130 | 33,47 ± 3,82 | 130 | 32,63 ± 5,31 | 0,84 ± 1,49 | 0,226 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 32,80 ± 3,80 | 48 | 32,20 ± 5,27 | 0,60 ± 1,47 | |

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική μικρή συσχέτιση ($r = + 0,34$, $p = 0,000$), μετά την αυτονόμηση, μεταξύ αυτεπάρκειας και ηλικίας (Πίνακας 23).

Ο βαθμός αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας είναι υψηλότερος στις μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες. Διαφάνηκε ότι την υψηλότερη αυτεπάρκεια παρουσιάζει η ηλικιακή ομάδα ($N = 42$) μεταξύ 56-65 χρονών ($MT_1 = 34,57 \pm 3,65$ VS $MT_2 = 34,76 \pm 5,18$) (Σχήμα 17).

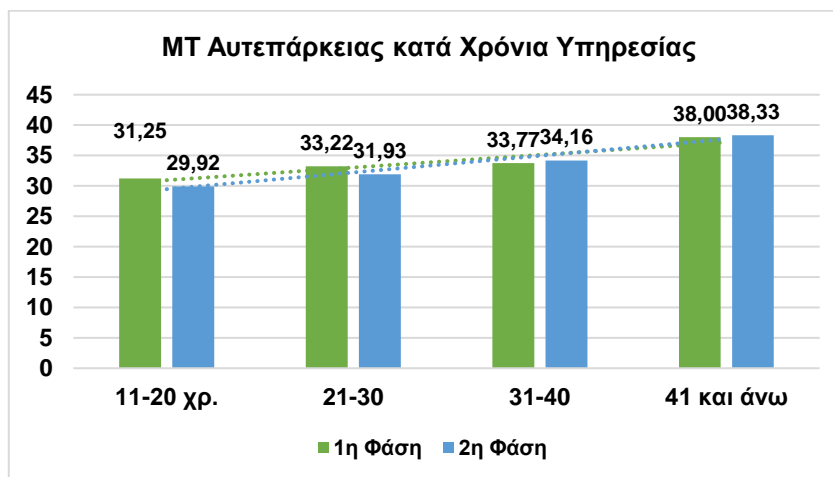
Σχήμα 17: Μέση τιμή αυτεπάρκειας κατά ηλικιακή ομάδα



Η εξέταση της αυτεπάρκειας με βάση την προϋπηρεσία (χρόνια υπηρεσίας) φαίνεται να παρουσιάζει παρόμοια αποτελέσματα όπως και με βάση την ηλικία. Παρατηρείται ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική μικρή συσχέτιση ($r = + 0,36, p = 0,000$) μεταξύ αυτεπάρκειας και προϋπηρεσίας μετά την αυτονόμηση (Πίνακας 23).

Την υψηλότερη αυτεπάρκεια και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 38,00 \pm 1,41$ VS $MT_2 = 38,33 \pm 0,57$) παρουσιάζει η ομάδα με προϋπηρεσία 41 χρόνων και άνω (Σχήμα 18).

Σχήμα 18: Μέση τιμή αυτεπάρκειας κατά χρόνια υπηρεσίας

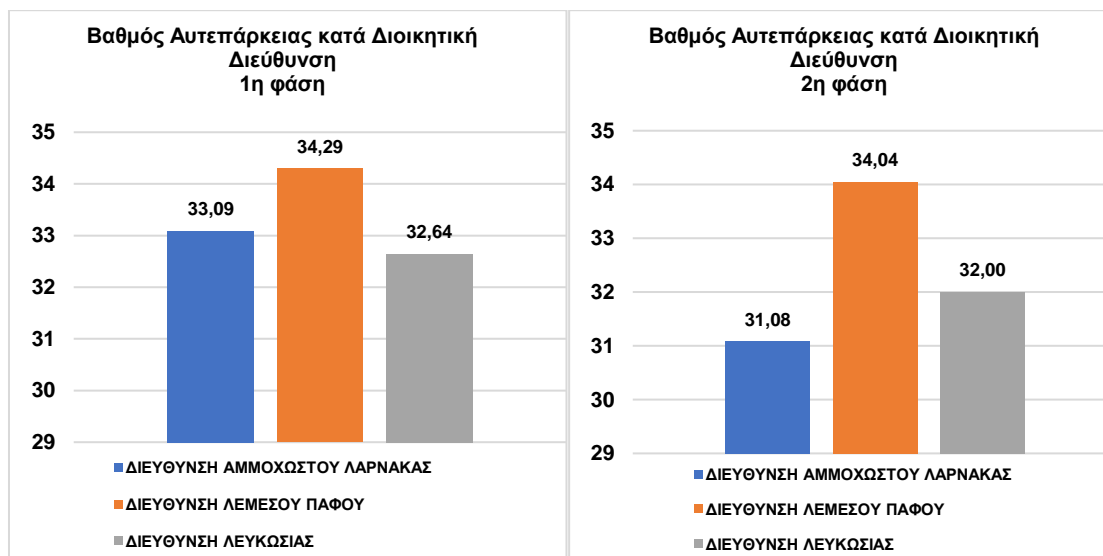


Αποτελέσματα αυτεπάρκειας κατά διοικητική διεύθυνση

Για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις χρησιμοποιήθηκαν η παραμετρική δοκιμασία ANOVA και η μη παραμετρική Kruskal-Wallis.

Γενικά παρατηρείται μια πτώση του επιπέδου αυτεπάρκειας κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας σε όλα τα νοσηλευτήρια. Από τα αποτελέσματα των ΜΤ Αυτεπάρκειας φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη αυτεπάρκεια και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 34,29 \pm 3,22$ VS $MT_2 = 34,04 \pm 3,79$). Ακολουθούν, στην πρώτη φάση μόνο, οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 33,09 \pm 3,83$ VS $MT_2 = 31,08 \pm 5,85$) και της Λευκωσίας ($MT_1 = 32,64 \pm 4,11$ VS $MT_2 = 32,00 \pm 4,83$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας. Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του βαθμού αυτεπάρκειας κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων, τουλάχιστο μεταξύ δύο ομάδων, τόσο στην πρώτη φάση ($F_1(2, 169) 3,247, p_1 = 0,041$), όσο και στη δεύτερη ($F(2, 175) 5,287, p_2 = 0,006$) (Σχήμα 19, Πίνακας 20).

Σχήμα 19: Βαθμός αυτεπάρκειας κατά διοικητική διεύθυνση



Πίνακας 20: Μέση τιμή αυτεπάρκειας κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | Kruskal-Wallis | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------|-------|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | | |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 33,09 ± 5,85 | 35 | 31,08 ± 3,83 | 2,01 ± 2,02 | 3,247 | 0,041 | 5,287 | 0,006 | 0,013 | 0,046 |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 34,29 ± 3,22 | 61 | 34,04 ± 3,79 | 0,25 ± 0,57 | | | | | | |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 82 | 32,64 ± 4,11 | 82 | 32,00 ± 4,83 | 0,64 ± 0,72 | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή = 10, μέγιστη τιμή = 40)

Από τον έλεγχο ομοιογένειας των διασπορών (test of homogeneity of variances) διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διασπορές των δειγμάτων ($p_1 = 0,636$, $p_2 = 0,127$). Στις επιμέρους συγκρίσεις (*Tukey's HSD Test*) εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των MT αυτεπάρκειας μεταξύ των συμμετεχόντων της διεύθυνσης Λεμεσού - Πάφου και της διεύθυνσης Λευκωσίας στην πρώτη φάση ($p_1 = 0,033$, 95% C.I. = [3,19, 0,10]). Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT αυτεπάρκειας των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λεμεσού - Πάφου ($p_1 = 0,314$) ή των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας ($p_1 = 0,837$) (Πίνακας 21).

Από τα αντίστοιχα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις MT αυτεπάρκειας μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων: α) Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λεμεσού – Πάφου ($p_2 = 0,010$, 95% C.I. = [-5,33, -0,59]) και β) μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Λεμεσού – Πάφου και Λευκωσίας ($p_2 = 0,030$, 95% C.I. = [0,10, 3,19]). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT αυτεπάρκειας μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Λευκωσίας και Αμμοχώστου – Λάρνακας ($p_2 = 0,605$) (Πίνακας 22).

Πίνακας 21: Επιμέρους συγκρίσεις MT αυτεπάρκειας (1^η φάση)

| | | Multiple Comparisons | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός αυτεπάρκειας | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -1,20734 | 0,82866 | 0,314 | -3,1667 | 0,7521 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,44457 | 0,78097 | 0,837 | -1,4021 | 2,2912 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 1,20734 | 0,82866 | 0,314 | -0,7521 | 3,1667 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 1,65190* | 0,65330 | 0,033 | 0,1071 | 3,1967 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | -0,44457 | 0,78097 | 0,837 | -2,2912 | 1,4021 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -1,65190* | 0,65330 | 0,033 | -3,1967 | -0,1071 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 22: Επιμέρους συγκρίσεις ΜΤ αυτεπάρκειας (2^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός αυτεπάρκειας | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -2,96347* | 1,00355 | 0,010 | -5,3357 | -0,5913 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | -0,91429 | 0,95555 | 0,605 | -3,1730 | 1,3445 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 2,96347* | 1,00355 | 0,010 | 0,5913 | 5,3357 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 2,04918* | 0,80020 | 0,030 | 0,1576 | 3,9407 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,91429 | 0,95555 | 0,605 | -1,3445 | 3,1730 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -2,04918* | 0,80020 | 0,030 | -3,9407 | -0,1576 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

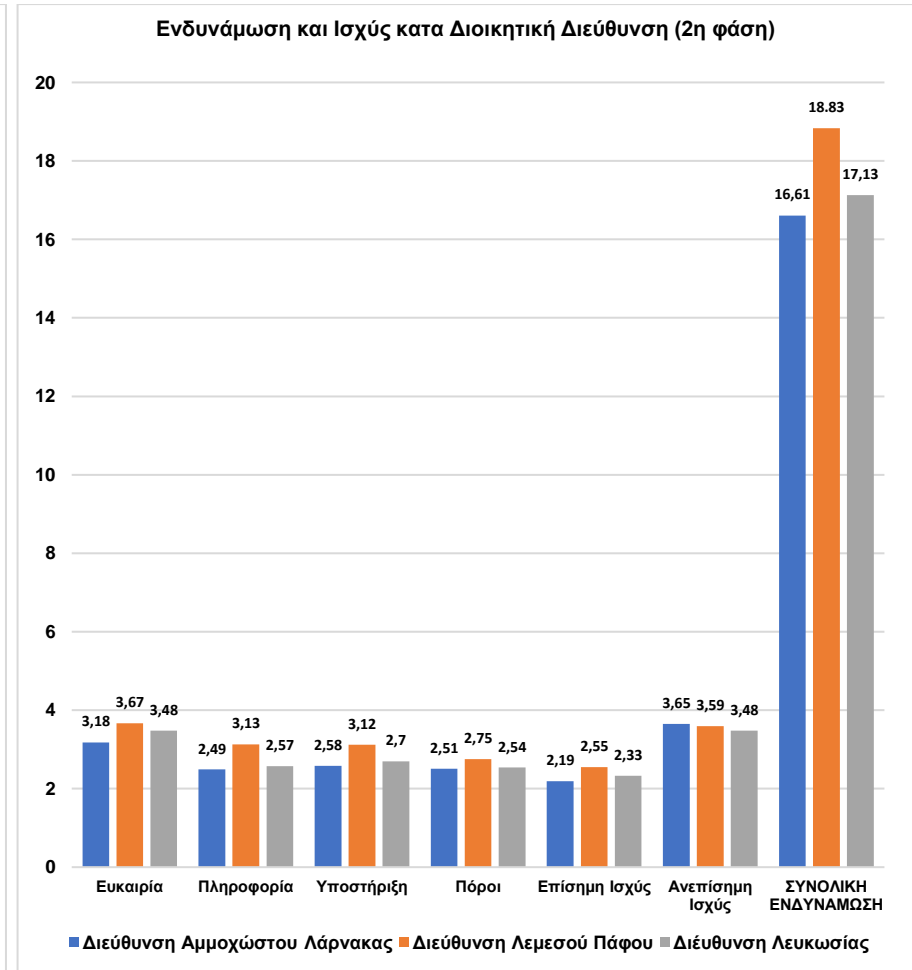
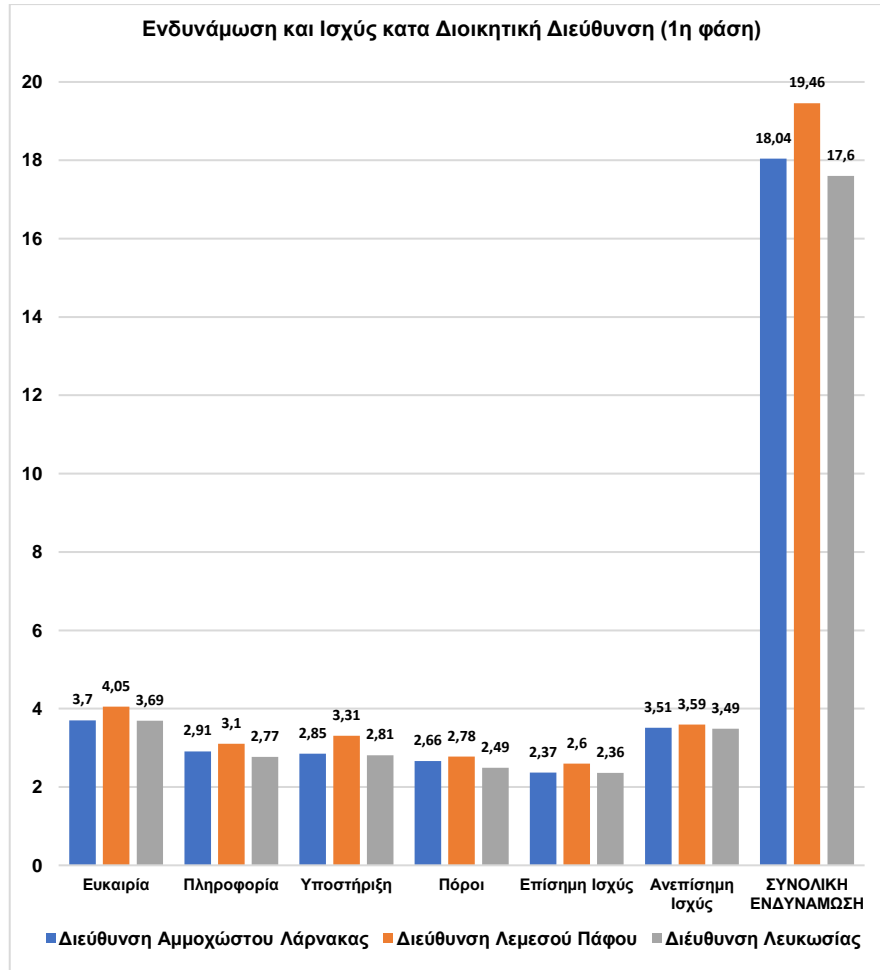
Πίνακας 23: Συσχετίσεις Αυτεπάρκειας, Ενδυνάμωσης, Ισχύος (Spearman) 2020

| | | V1 Ηλικία | V2 Προϋπηρεσία | V3 Αυτεπάρκεια | V4 Ευκαιρίες | V5 Πληροφορίες | V6 Υποστήριξη | V7 Πόροι | V8 Επίσημη Ισχύς | V9 Ανεπίσημη Ισχύς | V10 Σφαιρική Ενδυνάμωση | V11 Συνολική Ενδυνάμωση |
|-------------------------------|---|--------------|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| V1 Ηλικία | r | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | p | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | N | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V2 Προϋπηρεσία | r | 0,898** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | p | 0,000 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | N | 177 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V3 Αυτεπάρκεια | r | 0,342** | 0,357** | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | p | 0,000 | 0,000 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V4 Ευκαιρίες | r | 0,066 | 0,131 | 0,317** | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | p | 0,379 | 0,083 | 0,000 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V5 Πληροφορίες | r | 0,127 | 0,141 | 0,277** | 0,513** | - | - | - | - | - | - | - |
| | p | 0,092 | 0,060 | 0,000 | 0,000 | - | - | - | - | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | 178 | - | - | - | - | - | - | - |
| V6 Υποστήριξη | r | 0,164* | 0,203** | 0,261** | 0,540** | 0,712** | - | - | - | - | - | - |
| | p | 0,029 | 0,007 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - | - | - | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | 178 | 178 | - | - | - | - | - | - |
| V7 Πόροι | r | 0,120 | 0,139 | 0,235** | 0,363** | 0,471** | 0,572** | - | - | - | - | - |
| | p | 0,111 | 0,066 | 0,002 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - | - | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | 178 | 178 | 178 | - | - | - | - | - |
| V8 Επίσημη Ισχύς | r | 0,217** | 0,213** | 0,259** | 0,366** | 0,547** | 0,665** | 0,591** | - | - | - | - |
| | p | 0,004 | 0,004 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | 178 | 178 | 178 | 178 | - | - | - | - |
| V9 Ανεπίσημη Ισχύς | r | 0,100 | 0,072 | 0,339** | 0,299** | 0,384** | 0,449** | 0,411** | 0,442** | - | - | - |
| | p | 0,184 | 0,340 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | 178 | 178 | 178 | 178 | 178 | - | - | - |
| V10 Σφαιρική Ενδυνάμωση | r | 0,131 | 0,096 | 0,203* | 0,421** | 0,567** | 0,678** | 0,524** | 0,629** | 0,483** | - | - |
| | p | 0,081 | 0,203 | 0,006 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - | - |
| | N | 177 | 177 | 178 | 178 | 178 | 178 | 178 | 178 | 178 | - | - |
| V11 Συνολική Ενδυνάμωση | r | 0,153* | 0,177* | 0,360** | 0,675** | 0,806** | 0,869** | 0,729** | 0,777** | 0,654** | 0,720** | - |
| | p | 0,042 | 0,019 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | - |
| | N | 176 | 176 | 178 | 177 | 177 | 177 | 177 | 177 | 177 | 177 | - |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Σχήμα 20: Αποτελέσματα ενδυνάμωσης και ισχύος κατά διοικητική διεύθυνση



Συσχετίσεις κατηγοριών ενδυνάμωσης και δημογραφικών

Συσχετίσεις κατηγορίας «ευκαιρίες»

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της κατηγορίας «ευκαιρίες» δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Γυναικών ($MT_2 = 3,58 \pm 1,00$) και ανδρών ($MT_2 = 3,15 \pm 1,11$) ($p_2 = 0,124$).
2. Αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 3,61 \pm 0,96$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 3,31 \pm 1,15$) ($p = 0,529$).
3. Αυτών που δήλωσαν ότι κατέχουν κάποια ειδικότητα ($MT_2 = 3,49 \pm 1,04$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή ειδικότητας $MT_2 = 3,52 \pm 1,02$) ($p = 0,400$).
4. Αυτών που κατέχουν τη θέση (τίτλο) του ΑΝΛ ($MT_2 = 3,53 \pm 0,95$) και αυτών που κατέχουν τη θέση του ΠΝΛ ($MT_2 = 3,48 \pm 1,08$) ($p_2 = 0,977$).
5. Αυτών που είναι επικεφαλής των τμημάτων (ιεραρχικά ανώτεροι) ($MT_2 = 3,55 \pm 1,08$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 3,40 \pm 0,89$) ($p_2 = 0,530$) (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

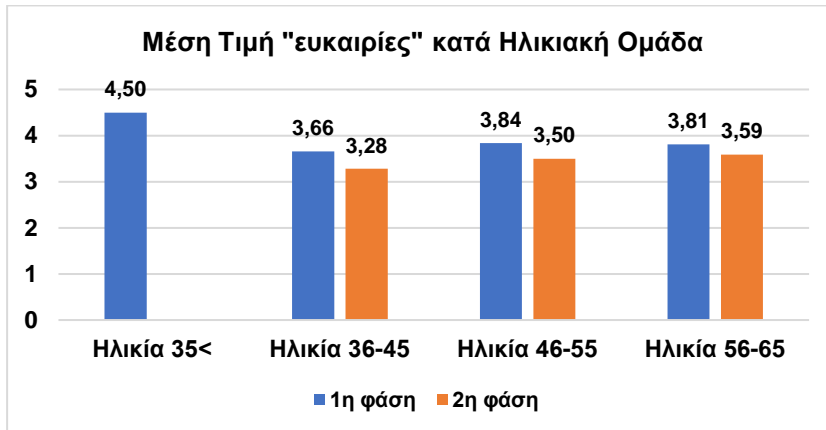
| | | Κατηγορία «ευκαιρίες» | | | | Διαφορά | P_2 |
|----------------------------|---------------------|-----------------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 141 | 3,80 ± 0,85 | 146 | 3,58 ± 1,00 | 0,22 ± 0,15 | 0,124 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 31 | 3,98 ± 0,89 | 32 | 3,15 ± 1,11 | 0,83 ± 0,22 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 3,83 ± 0,84 | 116 | 3,61 ± 0,96 | 0,22 ± 0,12 | 0,529 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 3,85 ± 0,90 | 61 | 3,31 ± 1,15 | 1,37 ± 0,25 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 83 | 3,88 ± 0,87 | 79 | 3,49 ± 1,04 | 0,39 ± 0,17 | 0,400 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 3,76 ± 0,90 | 99 | 3,52 ± 1,02 | 0,24 ± 0,12 | |
| Θέση | <i>ΑΝΛ</i> | 59 | 3,78 ± 0,83 | 66 | 3,53 ± 0,95 | 0,24 ± 0,12 | 0,977 |
| | <i>ΠΝΛ</i> | 109 | 3,83 ± 0,93 | 111 | 3,48 ± 1,08 | 0,35 ± 0,15 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 131 | 3,86 ± 0,86 | 130 | 3,55 ± 1,08 | 0,31 ± 0,22 | 0,530 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 3,76 ± 0,85 | 48 | 3,40 ± 0,89 | 0,36 ± 0,04 | |

Η εξέταση της MT κατά ηλικιακή ομάδα στην πρώτη φάση, αναδεικνύει υψηλότερη MT στην ομάδα ($N=2$) κάτω των 35 χρόνων ($MT_1 = 4,50 \pm 0,23$) στην οποία όμως ανήκουν μόνο δύο άτομα. Στη δεύτερη φάση δεν υπήρχαν άτομα στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 χρόνων. Όλες οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν χαμηλότερες MT στη δεύτερη φάση

με υψηλότερη την ηλικιακή ομάδα 56-65 ($MT_1 = 3,81 \pm 0,91$ VS $MT_2 = 3,59 \pm 0,98$) (Σχήμα 21).

Παρατηρείται ότι, *δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση* μεταξύ της κατηγορίας «ευκαιρίες» και της ηλικίας ($r = + 0,07, p = 0,379$) (Πίνακας 23).

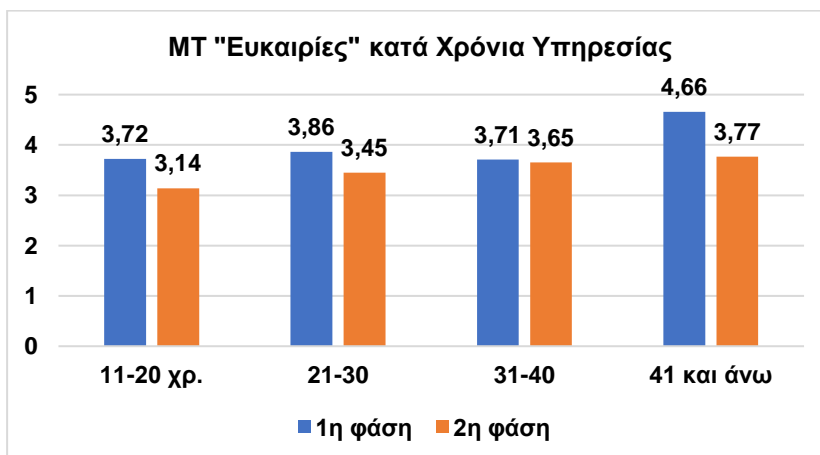
Σχήμα 21: Μέση τιμή «ευκαιρίες» κατά ηλικιακή ομάδα



Η εξέταση της κατηγορίας «ευκαιρίες» με βάση την προϋπηρεσία (χρόνια υπηρεσίας) φαίνεται να παρουσιάζει παρόμοια αποτελέσματα όπως και με βάση την ηλικία. Την υψηλότερη MT και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 4,66 \pm 0,47$ VS $MT_2 = 3,77 \pm 1,34$) παρουσιάζει η ομάδα με προϋπηρεσία 41 χρόνων και άνω (Σχήμα 22).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας «ευκαιρίες» και της προϋπηρεσίας ($r = + 0,13, p = 0,08$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 22: Μέση τιμή «ευκαιρίες» κατά χρόνια υπηρεσίας



Αποτελέσματα κατηγορίας «ευκαιρίες» κατά διοικητική διεύθυνση

Για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της κατηγορίας «ευκαιρίες» ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις χρησιμοποιήθηκαν η παραμετρική δοκιμασία ANOVA και η μη παραμετρική Kruskal-Wallis. Παρατηρείται μια πτώση του βαθμού της κατηγορίας «ευκαιρίες» κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας σε όλα τα νοσηλευτήρια. Από τα αποτελέσματα των MT φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη MT στην κατηγορία «ευκαιρίες» και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 4,06 \pm 0,77$ VS $MT_2 = 3,67 \pm 0,92$). Ακολουθούν, στην πρώτη φάση μόνο, οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 3,71 \pm 0,93$ VS $MT_2 = 3,18 \pm 1,09$) και της Λευκωσίας ($MT_1 = 3,70 \pm 0,92$ VS $MT_2 = 3,48 \pm 0,90$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της MT της κατηγορίας «ευκαιρίες» κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων, τουλάχιστο μεταξύ δύο ομάδων, τόσο στην πρώτη φάση ($F_1(2, 170) 3,200, p_1 = 0,043$), όσο και στη δεύτερη ($F(2, 175) 2,976, p_2 = 0,054$) (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Μέση τιμή «ευκαιρίες» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ | |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 3,71 ± 0,93 | 35 | 3,18 ± 1,09 | 0,53 ± 0,16 | | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 4,06 ± 0,77 | 61 | 3,67 ± 0,92 | 0,39 ± 0,25 | 3,200 | 0,043 | 2,976 | 0,054 | 0,044 | 0,054 | |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 83 | 3,70 ± 0,92 | 82 | 3,48 ± 0,90 | 0,64 ± 0,02 | | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη τιμή 5)

Από τον έλεγχο ομοιογένειας των διασπορών (test of homogeneity of variances) διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διασπορές των δειγμάτων ($p_1 = 0,067, p_2 = 0,261$). Στις επιμέρους συγκρίσεις (Tukey's HSD Test) εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των MT της κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ των συμμετεχόντων της διεύθυνσης Λεμεσού - Πάφου και της διεύθυνσης Λευκωσίας στην πρώτη φάση ($p_1 = 0,046, 95\% \text{ C.I.} = [0,36, 0,15]$). Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT αυτεπάρκειας των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λεμεσού - Πάφου ($p_1 = 0,160$) ή των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας ($p_1 = 0,999$) (Πίνακας 26).

Από τα αντίστοιχα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις ΜΤ της κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων: Αμμοχώστου – Λάρνακας και Λεμεσού Πάφου ($p_2 = 0,041$, 95% C.I. = [-0,49, 0,20]). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ΜΤ της κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου – Λάρνακας και Λευκωσίας ($p_2 = 0,248$) ή μεταξύ Λευκωσίας και Λεμεσού – Πάφου ($p_2 = 0,486$) (Πίνακας 27).

Πίνακας 26: Επιμέρους συγκρίσεις ΜΤ «ευκαιρίες» (1^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός «ευκαιρίες» | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,35141 | 0,19104 | 0,160 | -0,8031 | 0,1003 |
| ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,00828 | 0,17973 | 0,999 | -0,4167 | 0,4332 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,35141 | 0,19104 | 0,160 | -0,1003 | 0,8031 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,35968* | 0,15024 | 0,046 | 0,0045 | 0,7149 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | -0,00828 | 0,17973 | 0,999 | -0,4332 | 0,4167 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,35968* | 0,15024 | 0,046 | -0,7149 | -0,0045 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 27: Επιμέρους συγκρίσεις ΜΤ «ευκαιρίες» (2^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός «ευκαιρίες» | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,49118* | 0,20135 | 0,041 | -0,9671 | -0,0152 |
| ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | -0,30685 | 0,19172 | 0,248 | -0,7600 | 0,1463 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,49118* | 0,20135 | 0,041 | 0,0152 | 0,9671 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,18433 | 0,16055 | 0,486 | -0,1952 | 9,5638 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,30685 | 0,19172 | 0,248 | -0,1463 | 0,7600 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,18433 | 0,16055 | 0,486 | -0,5638 | 0,1952 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Συσχετίσεις κατηγορίας «πληροφορίες»

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η ΜΤ της κατηγορίας «πληροφορίες» δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Ανδρών ($MT_2 = 2,76 \pm 1,00$) και γυναικών ($MT_2 = 2,71 \pm 1,08$) ($p_2 = 0,928$).

2. Αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 2,79 \pm 0,97$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 2,68 \pm 1,11$) ($p_2 = 0,427$).
3. Αυτών που κατέχουν κάποια ειδικότητα ($MT_2 = 2,74 \pm 1,00$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή ειδικότητας ($MT_2 = 2,76 \pm 1,04$) ($p_2 = 0,923$).
4. Αυτών που κατέχουν τη θέση (τίτλο) του ΑΝΛ ($MT_2 = 2,76 \pm 1,01$) και αυτών που κατέχουν τη θέση του ΠΝΛ ($MT_2 = 2,73 \pm 1,01$) ($p_2 = 0,745$).
5. Αυτών που είναι ιεραρχικά ανώτεροι ($MT_2 = 2,77 \pm 1,03$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 2,71 \pm 0,99$) ($p_2 = 0,734$) (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ δημογραφικών (Mann Whitney)

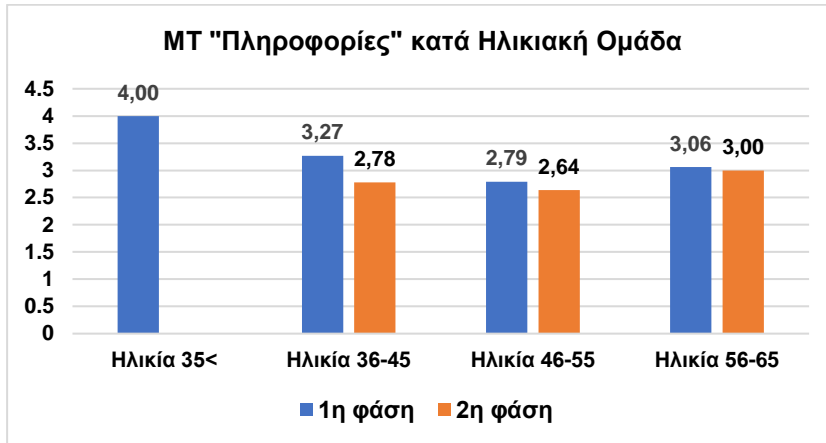
(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| | | N ₁ | Κατηγορία «πληροφορίες» | | Διαφορά | P ₂ |
|----------------------------|---------------------|----------------|-------------------------|----------------|-------------|----------------|
| | | | Φάση 1 MT (TA) | N ₂ | | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 141 | 2,94 ± 1,00 | 146 | 2,76 ± 1,00 | 0,928 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 31 | 2,76 ± 1,01 | 32 | 2,71 ± 1,08 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 2,88 ± 0,95 | 116 | 2,79 ± 0,97 | 0,427 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 2,97 ± 1,12 | 61 | 2,68 ± 1,11 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 83 | 3,03 ± 0,97 | 99 | 2,74 ± 1,00 | 0,923 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 2,80 ± 1,03 | 79 | 2,76 ± 1,04 | |
| Θέση | <i>ΑΝΛ</i> | 59 | 2,88 ± 1,06 | 66 | 2,76 ± 1,01 | 0,745 |
| | <i>ΠΝΛ</i> | 109 | 2,90 ± 0,99 | 111 | 2,73 ± 1,01 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 131 | 2,89 ± 1,04 | 130 | 2,77 ± 1,03 | 0,734 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 2,98 ± 0,90 | 48 | 2,71 ± 0,99 | |

Η εξέταση της MT κατά ηλικιακή ομάδα στην πρώτη φάση, αναδεικνύει υψηλότερη MT στην ομάδα (N=2) κάτω των 35 χρόνων ($MT_1 = 4,00 \pm 0,47$) στην οποία όμως ανήκουν μόνο δύο άτομα. Στη δεύτερη φάση δεν υπήρχαν άτομα στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 χρόνων. Όλες οι ηλικιακές ομάδες παρουσιάζουν χαμηλότερες MT στη δεύτερη φάση με υψηλότερη την ηλικιακή ομάδα 56-65 ($MT_1 = 3,06 \pm 1,07$ VS $MT_2 = 3,00 \pm 1,19$) (Σχήμα 23).

Παρατηρήθηκε επίσης ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας «πληροφορίες» και της ηλικίας ($r = + 0,13$, $p = 0,092$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 23: Μέση τιμή «πληροφορίες» κατά ηλικιακή ομάδα

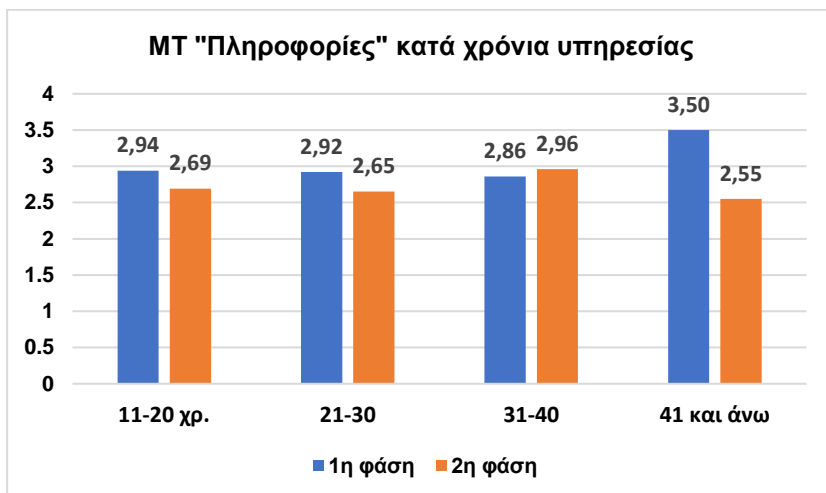


Στην εξέταση της MT για την κατηγορία «πληροφορίες» κατά χρόνια υπηρεσίας βρέθηκε ότι την υψηλότερη τιμή, στην πρώτη φάση, είχαν τα άτομα με υπηρεσία άνω των 41 χρόνων ($MT_1 = 3,50 \pm 2,12$ VS $MT_2 = 2,55 \pm 1,68$). Ωστόσο, ο αριθμός του δείγματος σε αυτή την ομάδα είναι μικρός ($N_1 = 2, N_2 = 3$).

Ο μεγαλύτερος αριθμός του δείγματος ($N_1 = 108, N_2 = 107$) έχει 21-30 χρόνια υπηρεσίας και διαθέτει την τρίτη κατά σειρά MT ($MT_1 = 2,92 \pm 1,00$ VS $MT_2 = 2,65 \pm 0,93$). Στη δεύτερη φάση την υψηλότερη βαθμολογία ($MT_2 = 2,96 \pm 1,10$) είχαν τα άτομα με προϋπηρεσία 31- 40 χρονών ($N_2 = 53$) (Σχήμα 24).

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας «πληροφορίες» και προϋπηρεσίας ($r = + 0,14, p = 0,060$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 24: Μέση τιμή «πληροφορίες» κατά χρόνια υπηρεσίας



Αποτελέσματα κατηγορίας «πληροφορίες» κατά διοικητική διεύθυνση

Για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της κατηγορίας «πληροφορίες» ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις χρησιμοποιήθηκαν η παραμετρική δοκιμασία ANOVA και η μη παραμετρική Kruskal-Wallis. Παρατηρείται μια πτώση του βαθμού της κατηγορίας «πληροφορίες» κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας σε όλες τις νοσηλευτικές διευθύνσεις εκτός από τη διεύθυνση Λεμεσού Πάφου στην οποία φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες διαθέτουν την υψηλότερη MT στην κατηγορία «πληροφορίες» και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 3,10 \pm 1,11$ VS $MT_2 = 3,13 \pm 1,05$). Ακολουθούν, στην πρώτη φάση μόνο, οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 2,92 \pm 0,89$ VS $MT_2 = 2,49 \pm 0,95$) και της Λευκωσίας ($MT_1 = 2,78 \pm 0,96$ VS $MT_2 = 2,58 \pm 0,94$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της MT της κατηγορίας «πληροφορίες» κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων, τουλάχιστο μεταξύ δύο ομάδων, στη δεύτερη φάση ($F(2, 175) 6,993, p_2 = 0,001$) (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Μέση τιμή «πληροφορίες» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ | |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 2,92 ± 0,89 | 35 | 2,49 ± 0,95 | 0,43 ± 0,06 | | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 3,10 ± 1,11 | 61 | 3,13 ± 1,05 | 0,03 ± 0,06 | 1,790 | 0,170 | 6,993 | 0,001 | 0,172 | 0,002 | |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 82 | 2,78 ± 0,96 | 82 | 2,58 ± 0,94 | 0,20 ± 0,02 | | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή 1, μέγιστη τιμή 5)

Από τον έλεγχο ομοιογένειας των διασπορών (test of homogeneity of variances) διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διασπορές των δειγμάτων ($p_1 = 0,459, p_2 = 0,676$). Στις επιμέρους συγκρίσεις (*Tukey's HSD Test*) δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των MT της κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων (Πίνακας 30).

Από τα αντίστοιχα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις MT της κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου – Λάρνακας και Λεμεσού- Πάφου ($p_2 = 0,008, 95\% \text{ C.I.} = [-0,64, 0,21]$) και μεταξύ Λεμεσού – Πάφου και Λευκωσίας ($p_2 = 0,003, 95\% \text{ C.I.} = [-0,55, 0,17]$). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT της κατηγορίας

«πληροφορίες» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Λευκωσίας και Λεμεσού – Πάφου ($p_2 = 0,911$) (Πίνακας 31).

Πίνακας 30: Επιμέρους συγκρίσεις MT «πληροφορίες» (1^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός «πληροφορίες» | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,18607 | 0,21923 | 0,673 | -0,7044 | 0,3323 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,14008 | 0,20626 | 0,776 | -0,3476 | 0,6278 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,18607 | 0,21923 | 0,673 | -0,3323 | 0,7044 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,32615 | 0,17241 | 0,144 | -0,0815 | 0,7338 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | -0,14008 | 0,20626 | 0,776 | -0,6278 | 0,3476 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,32615 | 0,17241 | 0,144 | -0,7338 | 0,0815 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 31: Επιμέρους συγκρίσεις MT «πληροφορίες» (2^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός «πληροφορίες» | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,63591* | 0,20896 | 0,008 | -1,1298 | -0,1420 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | -0,08200 | 0,19896 | 0,911 | -0,5523 | 0,3883 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,63591* | 0,20896 | 0,008 | 0,1420 | 1,1298 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,55391* | 0,16662 | 0,003 | 0,1601 | 0,9478 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,55391* | 0,16662 | 0,003 | 0,1601 | 0,9478 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 0,08200 | 0,19896 | 0,911 | -0,3883 | 0,5523 |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Συσχετίσεις κατηγορίας «υποστήριξη»

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της κατηγορίας «υποστήριξη» δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Ανδρών ($MT_2 = 2,69 \pm 0,99$) και γυναικών ($MT_2 = 2,85 \pm 0,99$) ($p_2 = 0,399$).
2. Αυτών που δήλωσαν ότι κατέχουν κάποια ειδικότητα ($MT_2 = 2,78 \pm 0,96$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή ειδικότητας ($MT_2 = 2,87 \pm 1,04$) ($p_2 = 0,644$).
3. Αυτών που κατέχουν τη θέση (τίτλο) του ΑΝΛ ($MT_2 = 2,98 \pm 0,96$) και των ΠΝΛ ($MT_2 = 2,72 \pm 1,00$) ($p_2 = 0,120$).
4. Αυτών που είναι ιεραρχικά ανώτεροι ($MT_2 = 2,77 \pm 1,01$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 2,96 \pm 0,95$) ($p_2 = 0,335$).

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 2,96 \pm 0,99$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 2,57 \pm 0,95$) ($p_2 = 0,012$) (Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| | | Κατηγορία «υποστήριξη» | | | | | P_2 |
|----------------------------|---------------------|------------------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 31 | 2,83 ± 1,04 | 32 | 2,69 ± 0,99 | 0,14 ± 0,05 | 0,399 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 141 | 3,03 ± 0,99 | 146 | 2,85 ± 0,99 | 0,18 ± 0,00 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 3,04 ± 0,98 | 116 | 2,96 ± 0,99 | 0,08 ± 0,01 | 0,012 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 2,89 ± 1,03 | 61 | 2,57 ± 0,95 | 0,32 ± 0,08 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 83 | 2,93 ± 0,96 | 99 | 2,78 ± 0,96 | 0,15 ± 0,00 | 0,644 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 3,04 ± 1,02 | 79 | 2,87 ± 1,04 | 0,17 ± 0,02 | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 59 | 2,92 ± 1,00 | 66 | 2,98 ± 0,96 | 0,06 ± 0,04 | 0,120 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 109 | 2,99 ± 0,99 | 111 | 2,72 ± 1,00 | 0,27 ± 0,01 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 131 | 2,97 ± 0,99 | 130 | 2,77 ± 1,01 | 0,20 ± 0,02 | 0,335 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 3,05 ± 0,99 | 48 | 2,96 ± 0,95 | 0,87 ± 0,04 | |

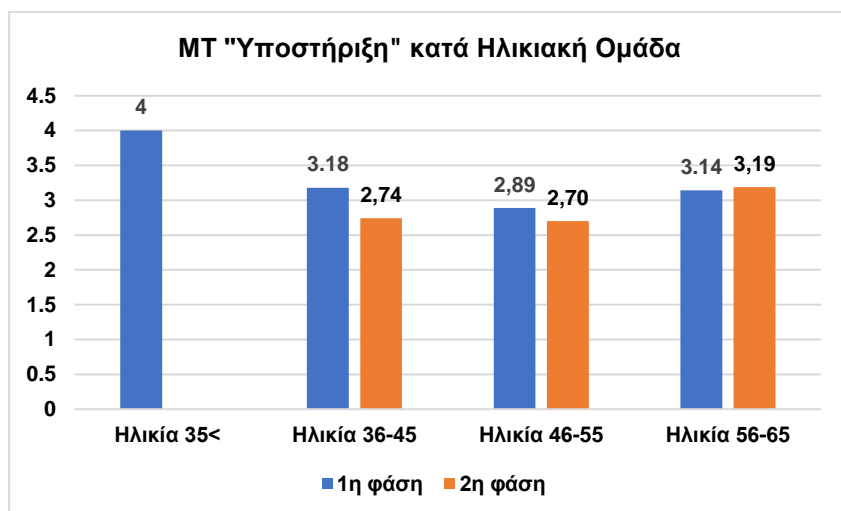
Στην εξέταση κατά ηλικιακή ομάδα της κατηγορίας «υποστήριξη» παρατηρήθηκε στην πρώτη φάση ότι την υψηλότερη MT είχε η ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 χρόνων ($MT_1 = 4,00 \pm 0,00$) ωστόσο αυτή αφορά σε ένα πολύ μικρό δείγμα ($N_1 = 2, N_2 = 0$), στην οποία δεν υπήρχαν άτομα στη δεύτερη φάση.

Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 56 - 65 χρόνων ($N_1 = 42, N_2 = 42$) η οποία στη δεύτερη φάση παρουσίασε μια μικρή αύξηση ($MT_1 = 3,14 \pm 1,04$ VS $MT_2 = 3,19 \pm 1,07$).

Την χαμηλότερη ($MT_1 = 2,89 \pm 1,00$ VS $MT_2 = 2,70 \pm 0,95$) παρουσίασε η ηλικιακή ομάδα 46 - 55 η οποία ήταν και η μεγαλύτερη ($N_1 = 115, N_2 = 113$). Στη δεύτερη φάση, παρουσιάζεται η ίδια εικόνα με τις MT να είναι χαμηλότερες σε όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες (Σχήμα 25).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική πολύ μικρή συσχέτιση ($r = + 0,16, p = 0,029$) μεταξύ της κατηγορίας «υποστήριξη» και της ηλικίας (Πίνακας 23).

Σχήμα 25: Μέση τιμή «υποστήριξη» κατά ηλικιακή ομάδα

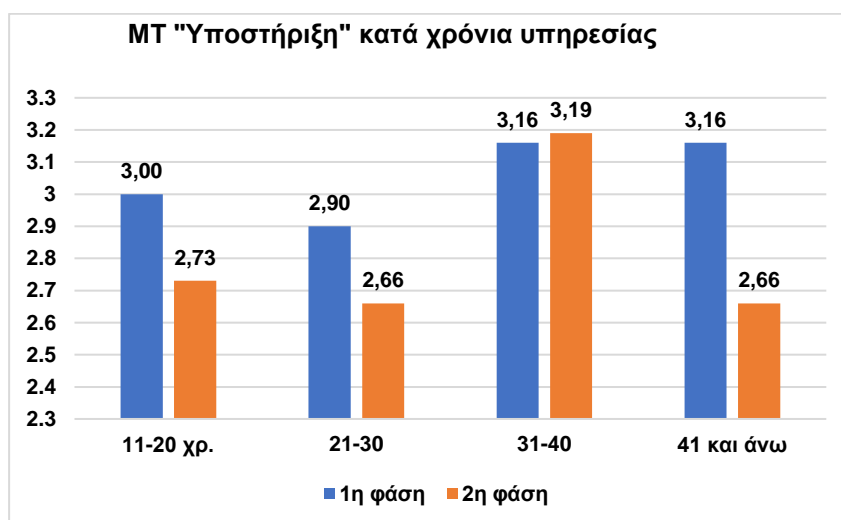


Στην εξέταση της ΜΤ για την κατηγορία «υποστήριξη» κατά χρόνια υπηρεσίας βρέθηκε ότι την υψηλότερη τιμή, στην πρώτη φάση, είχαν τα άτομα ($N_1 = 50, N_2 = 53$) με υπηρεσία 31- 40 χρόνων ($MT_1 = 3,16 \pm 0,93$ VS $MT_2 = 3,19 \pm 1,00$) και τα άτομα με υπηρεσία άνω των 41 χρόνων ($MT_1 = 3,16 \pm 2,59$ VS $MT_2 = 2,66 \pm 1,53$). Ωστόσο, ο αριθμός του δείγματος σε αυτή την ομάδα είναι μικρός ($N_1 = 2, N_2 = 3$).

Στον μεγαλύτερο αριθμό του δείγματος ($N_1 = 108, N_2 = 107$) με 21-30 χρόνια υπηρεσίας παρουσιάζεται η χαμηλότερη βαθμολογία στην κατηγορία «υποστήριξη» ($MT_1 = 2,90 \pm 1,01$ VS $MT_2 = 2,66 \pm 0,91$) και στις δύο φάσεις (Σχήμα 26).

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική πολύ μικρή θετική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας «υποστήριξη» και προϋπηρεσίας ($r = + 0,20, p = 0,007$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 26: Μέση τιμή κατηγορίας «υποστήριξη» κατά χρόνια υπηρεσίας



Αποτελέσματα κατηγορίας «υποστήριξη» κατά διοικητική διεύθυνση

Για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της κατηγορίας «υποστήριξη» ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις χρησιμοποιήθηκαν η παραμετρική δοκιμασία ANOVA και η μη παραμετρική Kruskal-Wallis. Παρατηρείται μια πτώση του βαθμού της κατηγορίας «Υποστήριξη» κατά τη δεύτερη φάση της έρευνας σε όλα τα νοσηλευτήρια. Από τα αποτελέσματα των MT φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη MT στην κατηγορία «υποστήριξη» και στις δύο φάσεις ($3,32 \pm 1,06$ VS $3,13 \pm 0,99$). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 2,86 \pm 0,79$ VS $MT_2 = 2,58 \pm 1,10$) και της Λευκωσίας ($2,81 \pm 0,97$ VS $2,70 \pm 0,90$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της MT της κατηγορίας «υποστήριξη» κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων, τουλάχιστο μεταξύ δύο ομάδων, τόσο στην πρώτη φάση ($F_1(2, 170) 4,784, p_1 = 0,010$), όσο και στη δεύτερη ($F(2, 175) 4,637, p_2 = 0,011$) (Πίνακας 33).

Πίνακας 33: Μέση τιμή «υποστήριξη» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ | |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 2,86 ± 0,79 | 35 | 2,58 ± 1,10 | 0,28 ± 0,31 | | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 3,32 ± 1,06 | 61 | 3,13 ± 0,99 | 0,19 ± 0,07 | 4,784 | 0,010 | 4,637 | 0,011 | 0,014 | 0,011 | |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 82 | 2,81 ± 0,97 | 82 | 2,70 ± 0,90 | 0,11 ± 0,07 | | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

Από τον έλεγχο ομοιογένειας των διασπορών (test of homogeneity of variances) διαφάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διασπορές των δειγμάτων ($p_1 = 0,197, p_2 = 0,152$). Στις επιμέρους συγκρίσεις (*Tukey's HSD Test*) εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των MT της κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ των συμμετεχόντων της διεύθυνσης Λεμεσού - Πάφου και της διεύθυνσης Λευκωσίας στην πρώτη φάση ($p_1 = 0,010, 95\% \text{ C.I.} = [0,50, 0,17]$). Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT του βαθμού της κατηγορίας «υποστήριξη» των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λεμεσού - Πάφου ($p_1 =$

0,083) ή των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας ($p_1 = 0,979$) (Πίνακας 34).

Από τα αντίστοιχα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις MT της κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων: Αμμοχώστου – Λάρνακας και Λεμεσού Πάφου ($p_2 = 0,025$, 95% C.I. = [-0,54, 0,21]) και Λεμεσού - Πάφου και Λευκωσίας ($p_2 = 0,030$, 95% C.I. = [0,42, 0,16]). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT της κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Λευκωσίας και Λάρνακας - Αμμοχώστου ($p_2 = 0,809$) (Πίνακας 35).

Πίνακας 34: Επιμέρους συγκρίσεις MT «υποστήριξη» (1^η φάση)

| | | Multiple Comparisons | | | | | 95% Confidence Interval | |
|---|-------------------------------|----------------------|------------|-------|-------------|-------------|-------------------------|--|
| Dependent Variable: Βαθμός «υποστήριξη» | | Mean | | Sig. | Lower Bound | Upper Bound | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Difference (I-J) | Std. Error | | | | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,45720 | 0,21261 | 0,083 | -0,9599 | 0,0455 | | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,03931 | 0,20003 | 0,979 | -0,4336 | 0,5123 | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,45720 | 0,21261 | 0,083 | -0,0455 | 0,9599 | | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,49651* | 0,16721 | 0,010 | 0,1012 | 0,8919 | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | -0,03931 | 0,20003 | 0,979 | -0,5123 | 0,4336 | | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,49651* | 0,16721 | 0,010 | -0,8919 | -0,1012 | | |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Πίνακας 35: Επιμέρους συγκρίσεις MT «υποστήριξη» (2^η φάση)

| | | Multiple Comparisons | | | | | 95% Confidence Interval | |
|---|-------------------------------|----------------------|------------|-------|-------------|-------------|-------------------------|--|
| Dependent Variable: Βαθμός «υποστήριξη» | | Mean | | Sig. | Lower Bound | Upper Bound | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Difference (I-J) | Std. Error | | | | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,54473* | 0,20673 | 0,025 | -1,0334 | -0,0560 | | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | -0,12230 | 0,19685 | 0,809 | -0,5876 | 0,3430 | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,54473* | 0,20673 | 0,025 | 0,0560 | 1,0334 | | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,42243* | 0,16484 | 0,030 | 0,0328 | 0,8121 | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 0,12230 | 0,19685 | 0,809 | -0,3430 | 0,5876 | | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,42243* | 0,16484 | 0,030 | -0,8121 | -0,0328 | | |

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Συσχετίσεις κατηγορίας «πόροι»

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της κατηγορίας «πόροι» δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Ανδρών ($MT_2 = 2,66$) και γυναικών ($MT_2 = 2,60$) ($p_2 = 0,838$).
2. Αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 2,62$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 2,60$) ($p_2 = 0,706$).
3. Αυτών που δήλωσαν ότι κατέχουν κάποια ειδικότητα ($MT_2 = 2,63$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή ειδικότητας ($MT_2 = 2,59$) ($p_2 = 0,797$).
4. Αυτών που κατέχουν τη θέση του ΑΝΛ ($MT_2 = 2,66$) και αυτών που κατέχουν τη θέση (τίτλο) του ΠΝΛ ($MT_2 = 2,56$) ($p_2 = 0,332$).
5. Αυτών που είναι επικεφαλής των τμημάτων (ιεραρχικά ανώτεροι) ($MT_2 = 2,59$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 2,65$) ($p_2 = 0,651$) (Πίνακας 36).

Πίνακας 36: Διαφορές βαθμού κατηγορίας «πόροι» μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)

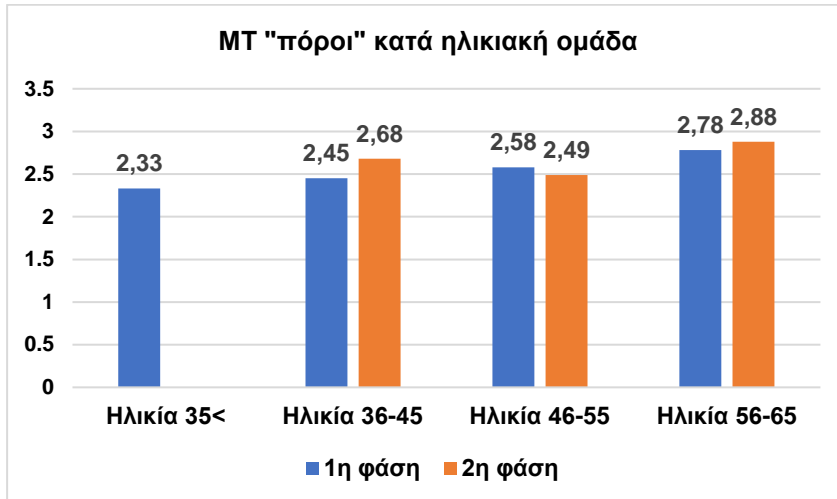
(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| | | Φάση 1 | | Κατηγορία «πόροι» Φάση 2 | | Διαφορά | P_2 |
|----------------------------|---------------------|--------|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------|
| | | N_1 | ΜΤ (ΤΑ) | N_2 | ΜΤ (ΤΑ) | | |
| Φύλο | <i>Άντρας</i> | 31 | 2,92 ± 0,97 | 32 | 2,66 ± 0,99 | 0,26 ± 0,02 | 0,838 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 141 | 2,57 ± 0,81 | 146 | 2,60 ± 0,82 | 0,03 ± 0,01 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 2,66 ± 0,84 | 116 | 2,62 ± 0,85 | 0,04 ± 0,01 | 0,706 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 2,57 ± 0,88 | 61 | 2,60 ± 0,85 | 0,03 ± 0,03 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 83 | 2,63 ± 0,86 | 79 | 2,63 ± 0,85 | 0,00 ± 0,01 | 0,797 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 2,62 ± 0,85 | 99 | 2,59 ± 0,85 | 0,03 ± 0,00 | |
| Θέση | <i>ΑΝΛ</i> | 59 | 2,66 ± 0,85 | 66 | 2,66 ± 0,82 | 0,00 ± 0,03 | 0,332 |
| | <i>ΠΝΛ</i> | 109 | 2,60 ± 0,86 | 111 | 2,56 ± 0,85 | 0,04 ± 0,01 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 131 | 2,67 ± 0,88 | 130 | 2,59 ± 0,85 | 0,08 ± 0,03 | 0,651 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 2,50 ± 0,74 | 48 | 2,65 ± 0,83 | 0,05 ± 0,07 | |

Στην εξέταση κατά ηλικιακή ομάδα της κατηγορίας «πόροι» παρατηρήθηκε στην πρώτη φάση ότι την υψηλότερη ΜΤ είχε η ηλικιακή ομάδα 56 - 65 χρόνων ($N_1 = 42$, $N_2 = 42$) η οποία στη δεύτερη φάση παρουσίασε μια μικρή αύξηση ($MT_1 = 2,78 \pm 0,90$ VS $MT_2 = 2,88 \pm 0,90$). Παρατηρείται επίσης μείωση της ΜΤ στην ηλικιακή ομάδα 46 - 55 στη δεύτερη φάση ($MT_1 = 2,58 \pm 0,84$ VS $MT_2 = 2,49 \pm 0,81$) και αύξηση στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Στη δεύτερη φάση δεν υπήρχε δείγμα στην ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 χρόνων (Σχήμα 27).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r = + 0,12$, $p = 0,111$) μεταξύ της κατηγορίας «πόροι» και της ηλικίας (Πίνακας 23).

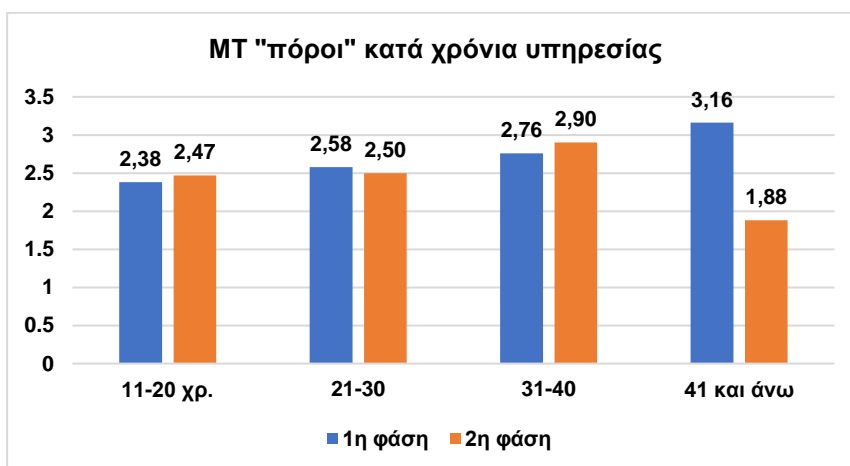
Σχήμα 27: Μέση τιμή «πόροι» κατά ηλικιακή ομάδα



Στην εξέταση της ΜΤ για την κατηγορία «πόροι» κατά χρόνια υπηρεσίας βρέθηκε ότι την υψηλότερη τιμή, στην πρώτη φάση, είχαν τα άτομα με υπηρεσία πέραν των 41 ($MT_1 = 3,16 \pm 1,64$ VS $MT_2 = 1,88 \pm 0,84$). Ωστόσο, ο αριθμός του δείγματος σε αυτή την ομάδα είναι μικρός ($N_1 = 2$, $N_2 = 3$). Στον μεγαλύτερο αριθμό του δείγματος ($N_1 = 108$, $N_2 = 107$) με 21-30 χρόνια υπηρεσίας η βαθμολογία στην κατηγορία «πόροι» ήταν, όπως για όλες τις ομάδες, χαμηλότερη στη δεύτερη φάση ($MT_1 = 2,58 \pm 0,84$ VS $MT_2 = 2,50 \pm 0,83$) (Σχήμα 28).

Ωστόσο, δεν υπάρχει, στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας «πόροι» και των χρόνων υπηρεσίας (προϋπηρεσίας) ($r = + 0,14$, $p = 0,066$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 28: Μέση τιμή «πόροι» κατά χρόνια υπηρεσίας



Αποτελέσματα κατηγορίας «πόροι» κατά διοικητική διεύθυνση

Για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της κατηγορίας «υποστήριξη» ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις χρησιμοποιήθηκαν η παραμετρική δοκιμασία ANOVA και η μη

παραμετρική Kruskal-Wallis. Από τα αποτελέσματα των MT φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη MT στην κατηγορία «πόροι» και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 2,78 \pm 0,97$ VS $MT_2 = 2,75 \pm 0,84$). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 2,67 \pm 0,73$ VS $MT_2 = 2,51 \pm 0,97$) και της Λευκωσίας ($MT_1 = 2,50 \pm 0,81$ VS $MT_2 = 2,54 \pm 0,79$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της MT της κατηγορίας «πόροι» κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων ούτε στην πρώτη φάση ($F_1(2, 170) 1,955, p_1 = 0,145$), ούτε στη δεύτερη ($F(2, 175) 1,381, p_2 = 0,254$) (Πίνακας 37).

Πίνακας 37: Μέση τιμή «πόροι» κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 2,67 ± 0,73 | 35 | 2,51 ± 0,97 | 0,16 ± 0,24 | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 2,78 ± 0,97 | 61 | 2,75 ± 0,84 | 0,03 ± 0,13 | 1,955 | 0,145 | 1,381 | 0,254 | 0,160 | 0,273 |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 83 | 2,50 ± 0,81 | 82 | 2,54 ± 0,79 | 0,04 ± 0,02 | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

Συσχετίσεις ισχύος και δημογραφικών

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της επίσημης ισχύος δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Ανδρών ($MT_2 = 2,15 \pm 0,67$) και γυναικών ($MT_2 = 2,44 \pm 0,89$) ($p_2 = 0,124$).
2. Αυτών που δήλωσαν ότι κατέχουν κάποια ειδικότητα ($MT_2 = 2,37 \pm 0,89$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή ειδικότητας ($MT_2 = 2,40 \pm 0,82$) ($p_2 = 0,715$).
3. Αυτών που κατέχουν τη θέση του ΑΝΛ ($MT_2 = 2,44 \pm 0,86$) και αυτών που κατέχουν τη θέση (τίτλο) ΠΝΛ ($MT_2 = 2,34 \pm 0,85$) ($p_2 = 0,440$).
4. Αυτών που είναι επικεφαλής των τμημάτων (ιεραρχικά ανώτεροι) ($MT_2 = 2,37 \pm 0,86$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 2,42 \pm 0,86$) ($p_2 = 0,635$).

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 2,52 \pm 0,86$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 2,16 \pm 0,81$) ($p_2 = 0,010$) (Πίνακας 38).

Πίνακας 38: Διαφορές βαθμού επίσημης ισχύος μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| | | Επίσημη ισχύς | | | | Διαφορά | P_2 |
|----------------------------|---------------------|---------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 31 | 2,28 ± 0,95 | 32 | 2,15 ± 0,67 | 0,13 ± 0,28 | 0,124 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 141 | 2,49 ± 0,89 | 146 | 2,44 ± 0,89 | 0,05 ± 0,00 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 2,53 ± 0,91 | 116 | 2,52 ± 0,86 | 0,01 ± 0,05 | 0,010 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 2,29 ± 0,88 | 61 | 2,16 ± 0,81 | 0,13 ± 0,07 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 83 | 2,35 ± 0,84 | 79 | 2,37 ± 0,89 | 0,02 ± 0,05 | 0,715 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 2,53 ± 0,96 | 99 | 2,40 ± 0,82 | 0,13 ± 0,14 | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 59 | 2,42 ± 0,94 | 66 | 2,44 ± 0,86 | 0,02 ± 0,08 | 0,440 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 109 | 2,44 ± 0,90 | 111 | 2,34 ± 0,85 | 0,10 ± 0,05 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 131 | 2,43 ± 0,92 | 130 | 2,37 ± 0,86 | 0,06 ± 0,06 | 0,635 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 2,52 ± 0,86 | 48 | 2,42 ± 0,86 | 0,10 ± 0,00 | |

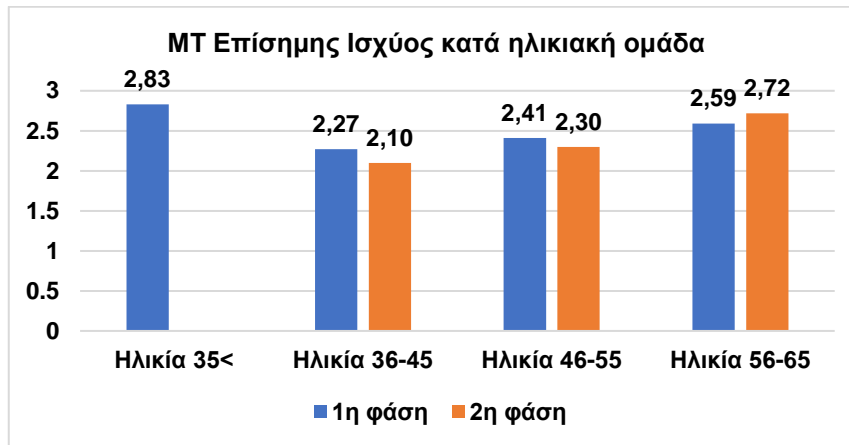
Στην εξέταση κατά ηλικιακή ομάδα της επίσημης ισχύος παρατηρήθηκε στην πρώτη φάση ότι την υψηλότερη MT είχε η ηλικιακή ομάδα κάτω των 35 χρόνων ($MT_1 = 2,83 \pm 0,23$) ωστόσο αυτή αφορά σε ένα πολύ μικρό δείγμα ($N_1 = 2$, $N_2 = 0$), στην οποία δεν υπήρχαν άτομα στη δεύτερη φάση.

Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 56 - 65 χρόνων ($N_1 = 43$, $N_2 = 42$) η οποία στη δεύτερη φάση παρουσίασε μια μικρή αύξηση ($MT_1 = 2,59 \pm 0,93$ VS $MT_2 = 2,72 \pm 0,99$).

Την χαμηλότερη ($MT_1 = 2,27 \pm 0,76$ VS $MT_2 = 2,10 \pm 0,83$) παρουσίασε η ηλικιακή ομάδα 46 - 55 η οποία ήταν και η μεγαλύτερη ($N_1 = 115$, $N_2 = 113$). Στη δεύτερη φάση, παρουσιάζεται η ίδια εικόνα με τις MT να είναι χαμηλότερες σε όλες σχεδόν τις ηλικιακές ομάδες (Σχήμα 29).

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική πολύ μικρή συσχέτιση μεταξύ της επίσημης ισχύος και της ηλικίας ($r = + 0,22$, $p = 0,004$) (Πίνακας 23).

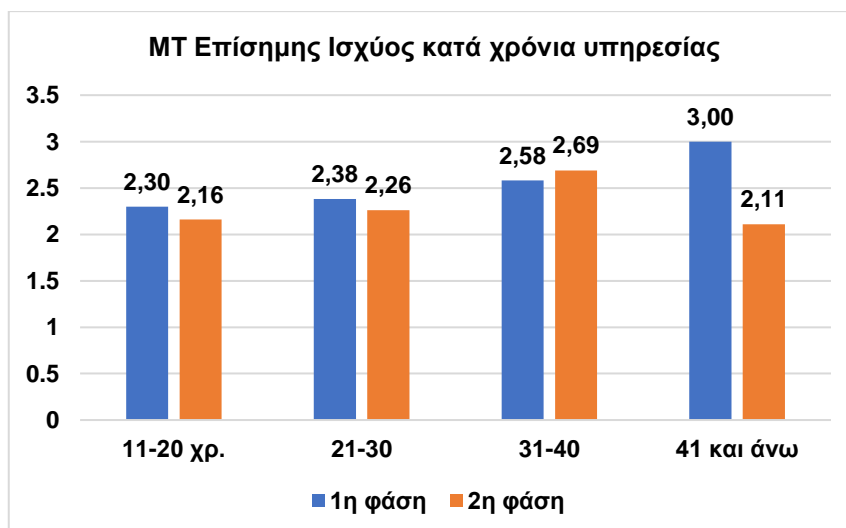
Σχήμα 29: Μέση τιμή επίσημης ισχύος κατά ηλικιακή ομάδα



Στην εξέταση της επίσημης ισχύος κατά χρόνια υπηρεσίας, παρατηρήθηκε στην πρώτη φάση ότι την υψηλότερη MT είχαν οι συμμετέχοντες με 41 χρόνια προϋπηρεσία ($MT_1 = 3,00 \pm 1,41$ VS $MT_2 = 2,11 \pm 1,39$) ωστόσο αυτή αφορά σε ένα πολύ μικρό δείγμα ($N_1 = 2$, $N_2 = 3$). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες με υπηρεσία 31 - 40 χρόνια ($N_1 = 50$, $N_2 = 53$) οι οποίοι στη δεύτερη φάση παρουσίασαν μια μικρή αύξηση ($MT_1 = 2,58 \pm 0,90$ VS $MT_2 = 2,69 \pm 0,90$). Την χαμηλότερη παρουσίασαν οι συμμετέχοντες ($N_1 = 12$, $N_2 = 14$) με προϋπηρεσία 11 - 20 χρόνια ($MT_1 = 2,30 \pm 0,54$ VS $MT_2 = 2,16 \pm 0,93$) (Σχήμα 30).

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική, πολύ μικρή θετική συσχέτιση ($r = + 0,21$, $p = 0,004$) μεταξύ της επίσημης ισχύος και προϋπηρεσίας (Πίνακας 23).

Σχήμα 30: Μέση τιμή επίσημης ισχύος κατά χρόνια υπηρεσίας



Αποτελέσματα επίσημης ισχύος κατά διοικητική διεύθυνση

Για τη διερεύνηση της διαφοράς του βαθμού της κατηγορίας «υποστήριξη» ανάμεσα στις διοικητικές διευθύνσεις χρησιμοποιήθηκαν η παραμετρική δοκιμασία ANOVA και η μη παραμετρική Kruskal-Wallis. Από τα αποτελέσματα των MT φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη MT επίσημης ισχύος και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 2,61 \pm 1,08$ VS $MT_2 = 2,56 \pm 0,90$). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 2,37 \pm 0,75$ VS $MT_2 = 2,19 \pm 0,88$) και της Λευκωσίας ($MT_1 = 2,36 \pm 0,82$ VS $MT_2 = 2,33 \pm 0,86$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της MT της επίσημης ισχύος κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων ούτε στην πρώτη φάση ($F_1(2, 170) 1,395, p_1 = 0,251$), ούτε στη δεύτερη ($F(2, 175) 2,289, p_2 = 0,104$) (Πίνακας 39).

Πίνακας 39: Μέση τιμή επίσημης ισχύος κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ | |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 2,37 ± 0,75 | 35 | 2,19 ± 0,88 | 0,18 ± 0,13 | | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 2,61 ± 1,08 | 61 | 2,56 ± 0,90 | 0,05 ± 0,18 | 1,395 | 0,251 | 2,289 | 0,104 | 0,343 | 0,185 | |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 83 | 2,36 ± 0,82 | 82 | 2,33 ± 0,86 | 0,03 ± 0,04 | | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της ανεπίσημης ισχύος μεταξύ:

1. Ανδρών ($MT_2 = 3,57 \pm 0,77$) και γυναικών ($MT_2 = 3,55 \pm 0,73$) δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,941$).
2. Αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 3,66 \pm 0,72$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 3,36 \pm 0,73$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,016$).
3. Αυτών που δήλωσαν κατοχή ειδικότητας ($MT_2 = 3,49 \pm 0,69$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή ειδικότητας ($MT_2 = 3,64 \pm 0,78$) δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,243$).
4. Αυτών που κατέχουν τη θέση του ΑΝΛ ($MT_2 = 3,71 \pm 0,79$) και αυτών που κατέχουν τη θέση (τίτλο) του ΠΝΛ ($MT_2 = 3,45 \pm 0,69$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,029$).

5. Αυτών που είναι επικεφαλής των τμημάτων (ιεραρχικά ανώτεροι) ($MT_2 = 3,52 \pm 0,72$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 3,65 \pm 0,77$) ($p_2 = 0,412$) (Πίνακας 40).

Πίνακας 40: Διαφορές βαθμού ανεπίσημης ισχύος μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)

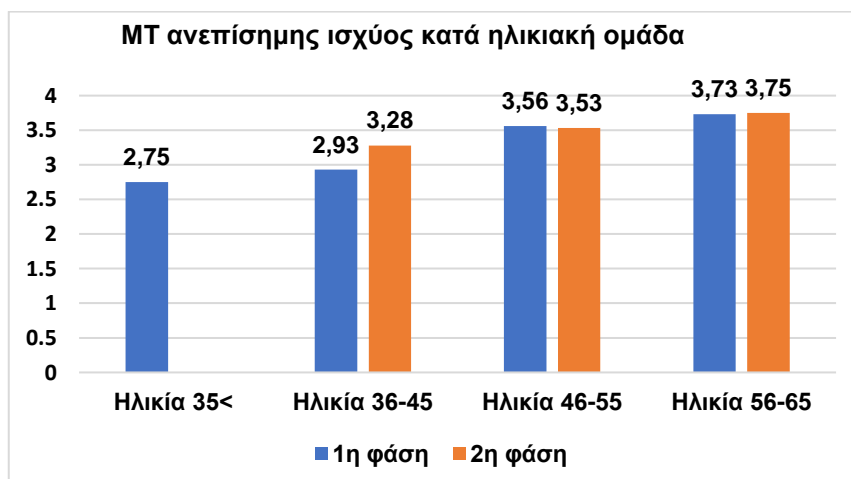
(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| | | Φάση 1 | | Ανεπίσημη ισχύς Φάση 2 | | Διαφορά | P ₂ |
|----------------------------|---------------------|----------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------|----------------|
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Φύλο | <i>Άντρας</i> | 31 | 3,49 ± 0,81 | 32 | 3,57 ± 0,77 | 0,08 ± 0,04 | 0,941 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 140 | 3,56 ± 0,77 | 146 | 3,55 ± 0,73 | 0,01 ± 0,04 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 3,63 ± 0,73 | 116 | 3,66 ± 0,72 | 0,03 ± 0,01 | 0,016 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 54 | 3,34 ± 0,85 | 61 | 3,36 ± 0,73 | 0,02 ± 0,12 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 82 | 3,56 ± 0,65 | 79 | 3,49 ± 0,69 | 0,07 ± 0,04 | 0,243 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 3,51 ± 0,91 | 99 | 3,64 ± 0,78 | 0,13 ± 0,13 | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 58 | 3,43 ± 0,87 | 66 | 3,71 ± 0,79 | 0,28 ± 0,08 | 0,050 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 109 | 3,61 ± 0,76 | 111 | 3,45 ± 0,69 | 0,16 ± 0,07 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 130 | 3,51 ± 0,77 | 130 | 3,52 ± 0,72 | 0,01 ± 0,05 | 0,412 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 3,65 ± 0,81 | 48 | 3,65 ± 0,77 | 0,00 ± 0,04 | |

Στην εξέταση της ανεπίσημης ισχύος κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρήθηκε ότι την υψηλότερη MT είχαν οι συμμετέχοντες (N₁ = 42, N₂ = 42) ηλικίας 56 – 65 χρονών (MT₁ = 3,73 ± 0,74 VS MT₂ = 3,75 ± 0,74). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες (N₁ = 114, N₂ = 113) στην ηλικιακή ομάδα 46 – 55 χρονών (MT₁ = 3,56 ± 0,75 VS MT₂ = 3,53 ± 0,73). Την χαμηλότερη (MT₁ = 2,93 ± 0,87 VS MT₂ = 3,28 ± 0,69) παρουσίασαν οι συμμετέχοντες (N₁ = 11, N₂ = 22) στην ηλικιακή ομάδα 36 – 45 χρόνων οι οποίοι στη δεύτερη φάση είχαν παρουσιάσει υψηλότερη MT (Σχήμα 31).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική, συσχέτιση μεταξύ της ανεπίσημης ισχύος και της ηλικίας ($r = + 0,10$, $p = 0,184$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 31: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος κατά ηλικιακή ομάδα



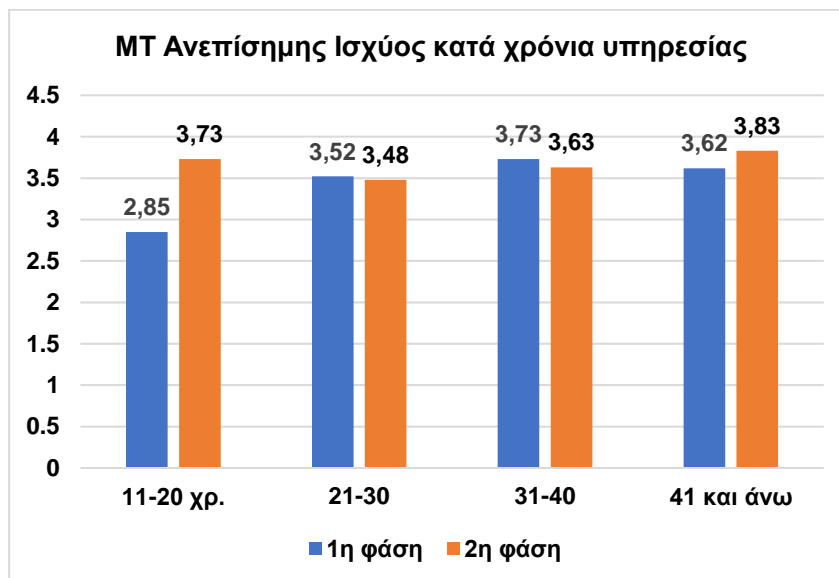
Στην εξέταση της ανεπίσημης ισχύος κατά χρόνια υπηρεσίας, στην πρώτη φάση, την υψηλότερη MT είχαν οι συμμετέχοντες ($N_1 = 50, N_2 = 53$) με 31 - 40 χρόνια υπηρεσίας ($MT_1 = 3,73 \pm 0,75$ VS $MT_2 = 3,63 \pm 0,72$).

Ακολουθούν οι συμμετέχοντες με υπηρεσία πέραν των 41 χρόνων υπηρεσίας ($N_1 = 2, N_2 = 3$) οι οποίοι στη δεύτερη φάση παρουσίασαν μια μικρή αύξηση ($MT_1 = 3,62 \pm 1,94$ VS $MT_2 = 3,83 \pm 1,13$).

Την χαμηλότερη MT παρουσίασαν οι συμμετέχοντες ($N_1 = 12, N_2 = 14$) με προϋπηρεσία 11 – 20 χρόνια οι οποίοι στη δεύτερη φάση παρουσίασαν μια σημαντική αύξηση ($MT_1 = 2,85 \pm 0,88$ VS $MT_2 = 3,73 \pm 0,96$) (Σχήμα 32).

Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r = + 0,07, p = 0,340$) μεταξύ της ανεπίσημης ισχύος και της προϋπηρεσίας (Πίνακας 23).

Σχήμα 32: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος κατά χρόνια υπηρεσίας



Αποτελέσματα ανεπίσημης ισχύος κατά διοικητική διεύθυνση

Από τα αποτελέσματα των MT φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη MT ανεπίσημης ισχύος και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 3,60 \pm 0,92$ VS $MT_2 = 3,59 \pm 0,77$).

Ακολουθούν οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Λευκωσίας ($MT_1 = 3,53 \pm 0,79$ VS $MT_2 = 3,49 \pm 0,69$) και Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 3,51 \pm 0,68$ VS $MT_2 = 3,66 \pm 0,79$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Λευκωσίας και Αμμοχώστου - Λάρνακας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της MT της ανεπίσημης ισχύος κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων ούτε στην πρώτη φάση ($F_1(2, 169) 0,288, p_1 = 0,750$), ούτε στη δεύτερη ($F(2, 175) 0,748, p_2 = 0,475$) (Πίνακας 41).

Πίνακας 41: Μέση τιμή ανεπίσημης ισχύος κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | N ₁ | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | | F ₁ | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 3,51 ± 0,68 | 35 | 3,66 ± 0,79 | 0,15 ± 0,11 | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 3,60 ± 0,92 | 61 | 3,59 ± 0,77 | 0,01 ± 0,15 | 0,288 | 0,750 | 0,748 | 0,475 | 0,696 | 0,550 |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 82 | 3,53 ± 0,79 | 82 | 3,49 ± 0,69 | 0,04 ± 0,10 | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

Συσχετίσεις συνολικής ενδυνάμωσης και δημογραφικών

Η συσχέτιση της συνολικής ενδυνάμωσης με τα δημογραφικά έγινε με βάση το βαθμό που λήφθηκε από το άθροισμα των 6 στοιχείων (*ευκαιρίες, πόροι, πληροφορίες, υποστήριξη, Κλίμακα Εργασιακών Δραστηριοτήτων και Κλίμακα Οργανωσιακών Σχέσεων*). Η μέθοδος επιλέγηκε γιατί όπως προαναφέρθηκε και διαφάνηκε πιο πάνω, το επίπεδο ενδυνάμωσης (χαμηλό, μέτριο ή υψηλό) με βάση τη βαθμολογία δεν διαφοροποιείται με τον τρόπο υπολογισμού (4 ή 6 υποκλίμακες).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της συνολικής ενδυνάμωσης δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ:

1. Ανδρών ($MT_2 = 17,00 \pm 4,06$) και γυναικών ($MT_2 = 17,74 \pm 4,14$) ($p_2 = 0,408$).
2. Αυτών που κατέχουν πτυχίο ($MT_2 = 18,08 \pm 3,94$) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό ($MT_2 = 16,76 \pm 4,38$) ($p_2 = 0,078$).
3. Αυτών που δήλωσαν ότι κατέχουν κάποια ειδικότητα ($MT_2 = 17,53 \pm 4,13$) και αυτών που δεν δήλωσαν κατοχή κάποιας ειδικότητας ($MT_2 = 17,70 \pm 4,15$) ($p_2 = 0,899$).
4. Αυτών που κατέχουν τη θέση του ΑΝΛ ($MT_2 = 18,05 \pm 4,11$) και αυτών που κατέχουν τη θέση του ΠΝΛ ($MT_2 = 17,27 \pm 4,06$) ($p_2 = 0,237$).
5. Αυτών που είναι επικεφαλής των τμημάτων (ιεραρχικά ανώτεροι) ($MT_2 = 17,53 \pm 4,21$) και αυτών που είναι ιεραρχικά κατώτεροι ($MT_2 = 17,82 \pm 3,91$) ($p_2 = 0,786$) (Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Διαφορές βαθμού συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ δημογραφικών (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

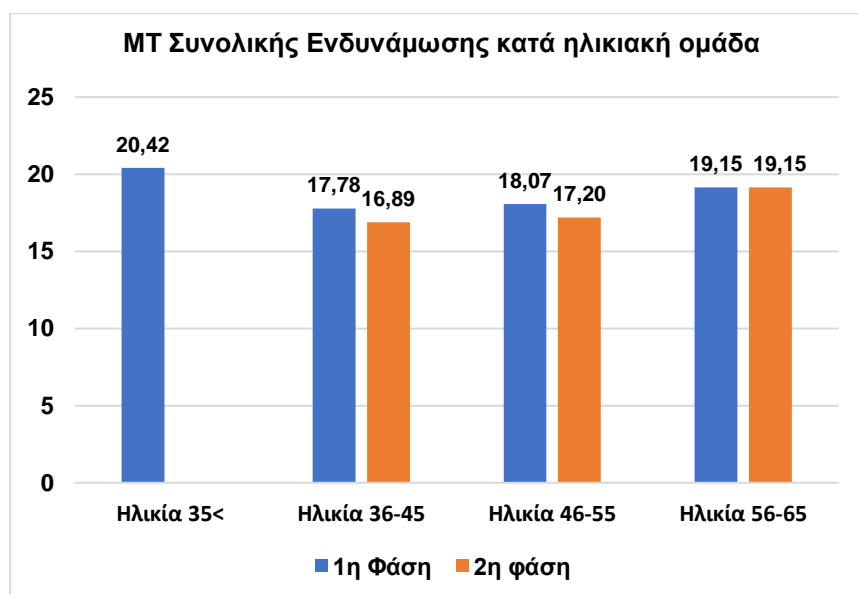
| | | Συνολική Ενδυνάμωση | | | | Διαφορά | P ₂ |
|----------------------------|---------------------|---------------------|-------------------|----------------|-------------------|-------------|----------------|
| | | N ₁ | Φάση 1 MT (TA) | N ₂ | Φάση 2 MT (TA) | | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 31 | 18,26 ± 4,15 | 32 | 17,00 ± 4,06 | 0,74 ± 0,09 | 0,408 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 141 | 18,36 ± 4,06 | 146 | 17,74 ± 4,14 | 0,50 ± 0,13 | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 117 | 18,43 ± 4,26 | 116 | 18,08 ± 3,94 | 0,35 ± 0,32 | 0,078 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 17,85 ± 4,22 | 61 | 16,76 ± 4,38 | 1,09 ± 0,16 | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 83 | 18,34 ± 3,72 | 79 | 17,53 ± 4,13 | 0,29 ± 0,41 | 0,899 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 90 | 18,08 ± 4,72 | 99 | 17,70 ± 4,15 | 0,38 ± 0,57 | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 59 | 18,04 ± 4,12 | 66 | 18,05 ± 4,11 | 0,01 ± 0,01 | 0,237 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 109 | 18,23 ± 4,42 | 111 | 17,27 ± 4,06 | 0,04 ± 0,36 | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 131 | 18,18 ± 4,37 | 130 | 17,53 ± 4,21 | 0,25 ± 0,16 | 0,786 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 41 | 18,44 ± 3,82 | 48 | 17,82 ± 3,91 | 0,62 ± 0,09 | |

Στην εξέταση της συνολικής ενδυνάμωσης κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρήθηκε ότι την υψηλότερη MT είχαν οι συμμετέχοντες (N₁ = 2, N₂ = 0) ηλικίας κάτω των 35 χρονών (MT₁ = 20,42 ± 2,24) στην πρώτη φάση, αφού στη δεύτερη δεν υπήρχαν άτομα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Ακολουθούν οι συμμετέχοντες (N₁ = 42, N₂ = 42) στην ηλικιακή ομάδα 56 – 65 χρονών (MT₁ = 19,15 ± 4,49 VS MT₂ = 19,15 ± 4,14). Την χαμηλότερη παρουσίασαν οι συμμετέχοντες (N₁ = 11, N₂ = 11) στην ηλικιακή ομάδα 36 – 45 χρόνων (MT₁ = 17,78 ± 0,82 VS MT₂ = 16,89 ± 3,20) (Σχήμα 33).

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική πολύ μικρή συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και συνολικής ενδυνάμωσης ($r = + 0,15, p = 0,042$) (Πίνακας 23).

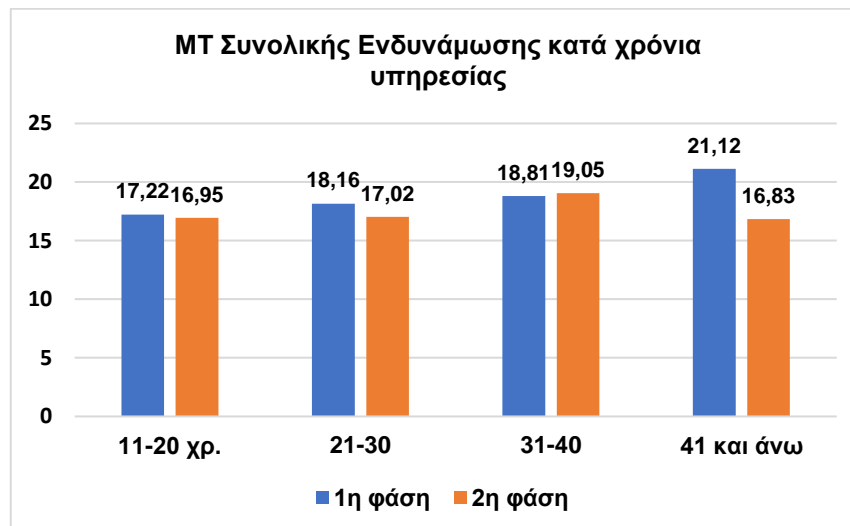
Σχήμα 33: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης κατά ηλικιακή ομάδα



Στην εξέταση της συνολικής ενδυνάμωσης κατά χρόνια υπηρεσίας, στην πρώτη φάση, την υψηλότερη MT είχαν οι συμμετέχοντες με υπηρεσία πέραν των 41 χρόνων υπηρεσίας ($MT_1 = 21,12 \pm 10,19$ VS $MT_2 = 16,83 \pm 6,14$). Ωστόσο την ομάδα αυτή αποτελούσαν πολύ λίγα άτομα ($N_1 = 2$, $N_2 = 3$). Ακολουθούν οι συμμετέχοντες ($N_1 = 50$, $N_2 = 53$) με υπηρεσία 31 - 40 χρόνων υπηρεσίας ($MT_1 = 18,81 \pm 4,17$ VS $MT_2 = 19,05 \pm 4,34$). Την χαμηλότερη MT παρουσίασαν οι συμμετέχοντες ($N_1 = 12$, $N_2 = 14$) με προϋπηρεσία 11 - 20 χρόνια οι οποίοι στη δεύτερη φάση παρουσίασαν μια μικρή αύξηση ($MT_1 = 17,22 \pm 2,89$ VS $MT_2 = 16,95 \pm 4,58$) (Σχήμα 34).

Υπάρχει στατιστικά σημαντική, πολύ μικρή συσχέτιση μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και προϋπηρεσίας ($r = +0,18$, $p = 0,019$) (Πίνακας 23).

Σχήμα 34: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης κατά χρόνια υπηρεσίας



Από τα αποτελέσματα των MT φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη MT συνολικής ενδυνάμωσης και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 19,47 \pm 4,62$ VS $MT_2 = 18,83 \pm 4,27$).

Ακολουθούν οι συμμετέχοντες της διοικητικής διεύθυνσης Αμμοχώστου – Λάρνακας ($MT_1 = 18,04 \pm 3,10$ VS $MT_2 = 16,62 \pm 4,69$) και Λευκωσίας ($MT_1 = 17,61 \pm 3,92$ VS $MT_2 = 17,13 \pm 3,58$). Στη δεύτερη φάση αλλάζει η κατάταξη μεταξύ διοικητικών διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας.

Διαπιστώνεται επίσης από το στατιστικό έλεγχο One way ANOVA, ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της MT της συνολικής ενδυνάμωσης κατά διοικητική διεύθυνση νοσηλευτηρίων τόσο στην πρώτη φάση ($F_1(2, 170) 3,678$, $p_1 = 0,027$), όσο στη δεύτερη ($F(2, 175) 4,373$, $p_2 = 0,014$) (Πίνακας 43).

Πίνακας 43: Μέση τιμή συνολικής ενδυνάμωσης κατά διεύθυνση (ANOVA και Kruskal-Wallis)

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | N _i | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | ANOVA | | | | Kruskal-Wallis | | |
|---------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|---------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--|--|
| | | MT ₁ ± TA ₁ | N ₂ | MT ₂ ± TA ₂ | F ₁ | | P ₁ | F ₂ | P ₂ | P ₁ | P ₂ | | |
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 33 | 18,04 ± 3,10 | 35 | 16,62 ± 4,69 | 1,42 ± 1,59 | | | | | | | | |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 57 | 19,47 ± 4,62 | 61 | 18,83 ± 4,27 | 0,16 ± 0,64 | 3,678 | 0,027 | 4,373 | 0,014 | 0,050 | 0,012 | | |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 83 | 17,61 ± 3,92 | 82 | 17,13 ± 3,58 | 0,48 ± 0,34 | | | | | | | | |

(ελάχιστη τιμή = 6, μέγιστη τιμή = 30)

Από τον έλεγχο ομοιογένειας των διασπορών (test of homogeneity of variances) διαφάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διασπορές των δειγμάτων ($p_1 = 0,026$, $p_2 = 0,021$).

Στις επιμέρους συγκρίσεις (Tukey’s HSD Test) εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά των MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ των συμμετεχόντων της διεύθυνσης Λεμεσού - Πάφου και της διεύθυνσης Λευκωσίας στην πρώτη φάση ($p_1 = 0,022$, 95% C.I. = [1,86, 0,69]).

Ωστόσο, δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT του βαθμού της συνολικής ενδυνάμωσης των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου - Λάρνακας και Λευκωσίας ($p_1 = 0,861$) ή Λεμεσού - Πάφου ($p_1 = 0,241$) (Πίνακας 44).

Από τα αντίστοιχα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων: Αμμοχώστου – Λάρνακας και Λεμεσού Πάφου ($p_2 = 0,029$, 95% C.I. = [-2,21, 0,86]) και Λεμεσού - Πάφου και Λευκωσίας ($p_2 = 0,038$, 95% C.I. = [1,70, 0,69]). Δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ των συμμετεχόντων των διευθύνσεων Αμμοχώστου – Λάρνακας και Λευκωσίας ($p_2 = 0,804$) (Πίνακας 45).

Πίνακας 44: Επιμέρους συγκρίσεις MT συνολικής ενδυνάμωσης (1^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------------|------------|-------|-------------------------|-------------|
| Dependent Variable: Βαθμός συνολικής ενδυνάμωσης | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ | Mean | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Difference (I-J) | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -1,42743 | 0,88218 | 0,241 | -3,5133 | 0,6584 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 0,43197 | 0,82997 | 0,861 | -1,5304 | 2,3944 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 1,42743 | 0,88218 | 0,241 | -0,6584 | 3,5133 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 1,85940* | 0,69377 | 0,022 | 0,2190 | 3,4998 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 1,85940* | 0,69377 | 0,022 | 0,2190 | 3,4998 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -0,43197 | 0,82997 | 0,861 | -2,3944 | 1,5304 |

* The mean difference is significant at the 0,05 level

Πίνακας 45: Επιμέρους συγκρίσεις MT συνολικής ενδυνάμωσης (2^η φάση)

| Multiple Comparisons | | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------|------------|-------|-------------------------|----------------|
| Dependent Variable: Βαθμός συνολικής ενδυνάμωσης | | | | | | |
| Tukey HSD | | | | | | |
| (I) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | (J) ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΩΝ | Mean Difference (I-J) | Std. Error | Sig. | 95% Confidence Interval | |
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | -2,21155* | 0,85991 | 0,029 | -4,2442 | -0,1789 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | -0,51510 | 0,81878 | 0,804 | -2,4505 | 1,4203 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 2,21155* | 0,85991 | 0,029 | 0,1789 | 4,2442 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 1,69645* | 0,68566 | 0,038 | 0,0757 | 3,3172 |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 1,69645* | 0,68566 | 0,038 | 0,0757 | 3,3172 |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 0,51510 | 0,81878 | 0,804 | -1,4203 | 2,4505 |

* The mean difference is significant at the 0,05 level

6.8 Τάση φυγής

Το έκτο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «Ποια η τάση φυγής των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών από την εργασία τους;»

Η τάση φυγής διερευνήθηκε με την ερώτηση: «Αν σου δινόταν η ευκαιρία και λαμβάνοντας υπόψη τα ωφελήματα και τις υποχρεώσεις σου (τι παίρνεις και τι δίνεις στην εργασία σου) θα επιθυμούσες να αλλάξεις τμήμα, επάγγελμα, νοσοκομείο/οργανισμό;» (Ναι/Όχι).

Παρατηρήθηκε αύξηση της τάσης φυγής στη δεύτερη φάση της έρευνας σε ό,τι αφορά και στις τρεις υπό εξέταση παραμέτρους (Σχήμα 35).

Πρόθεση για αλλαγή τμήματος

Σε ό,τι αφορά στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος παρατηρείται αύξηση, στο σύνολο των συμμετεχόντων, κατά 0,8% στη δεύτερη φάση. Παρατηρείται ωστόσο μεταβολή του ποσοστού κατά διοικητική διεύθυνση. Συγκεκριμένα, στη δεύτερη φάση υπάρχει μείωση του ποσοστού, στο σύνολο των συμμετεχόντων, στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος στις διευθύνσεις Αμμοχώστου – Λάρνακας (-4,6%) και Λεμεσού - Πάφου (-15,6%). Ωστόσο, παρατηρείται μια μεγάλη αύξηση στη διοικητική διεύθυνση Λευκωσίας (+20,2%) (Σχήμα 35, 36, Πίνακες 46, 47).

Πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος

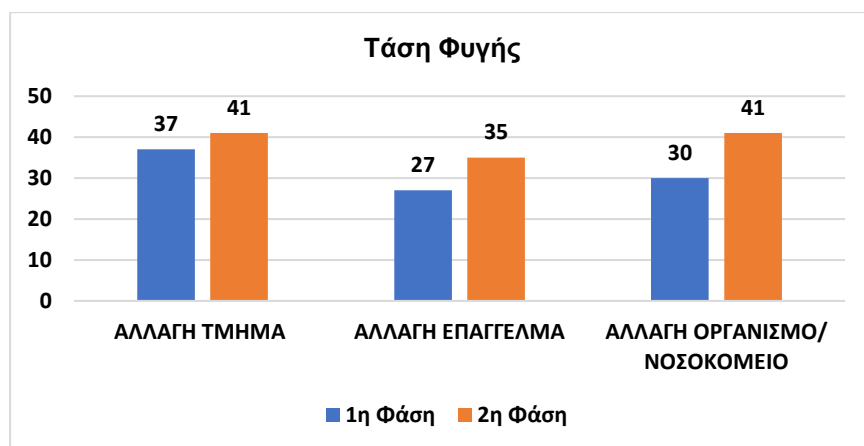
Στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος παρατηρείται αύξηση στο σύνολο των συμμετεχόντων κατά 3,7% στη δεύτερη φάση. Παρατηρείται επίσης μεταβολή του ποσοστού κατά διοικητική διεύθυνση. Συγκεκριμένα, στη δεύτερη φάση υπάρχει μείωση του ποσοστού των συμμετεχόντων στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος των

συμμετεχόντων στη διεύθυνση Λεμεσού - Πάφου (-11,3%), αύξηση στη διοικητική διεύθυνση Λευκωσίας (+9,1%) και στη διεύθυνση Αμμοχώστου – Λάρνακας (+2,2%) (Σχήμα 35, 36, Πίνακας 46, 47).

Πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου

Στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου παρατηρείται αύξηση στο σύνολο των συμμετεχόντων κατά 5% στη δεύτερη φάση. Παρατηρείται επίσης μεταβολή του ποσοστού κατά διοικητική διεύθυνση. Συγκεκριμένα, στη δεύτερη φάση υπάρχει μείωση του ποσοστού στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου των συμμετεχόντων στις διευθύνσεις Αμμοχώστου – Λάρνακας (-1,3%) και Λεμεσού - Πάφου (-0,8%) και αύξηση στη διοικητική διεύθυνση Λευκωσίας (+2,1%) (Σχήμα 35, 36, Πίνακες 46, 47).

Σχήμα 35: Τάση φυγής



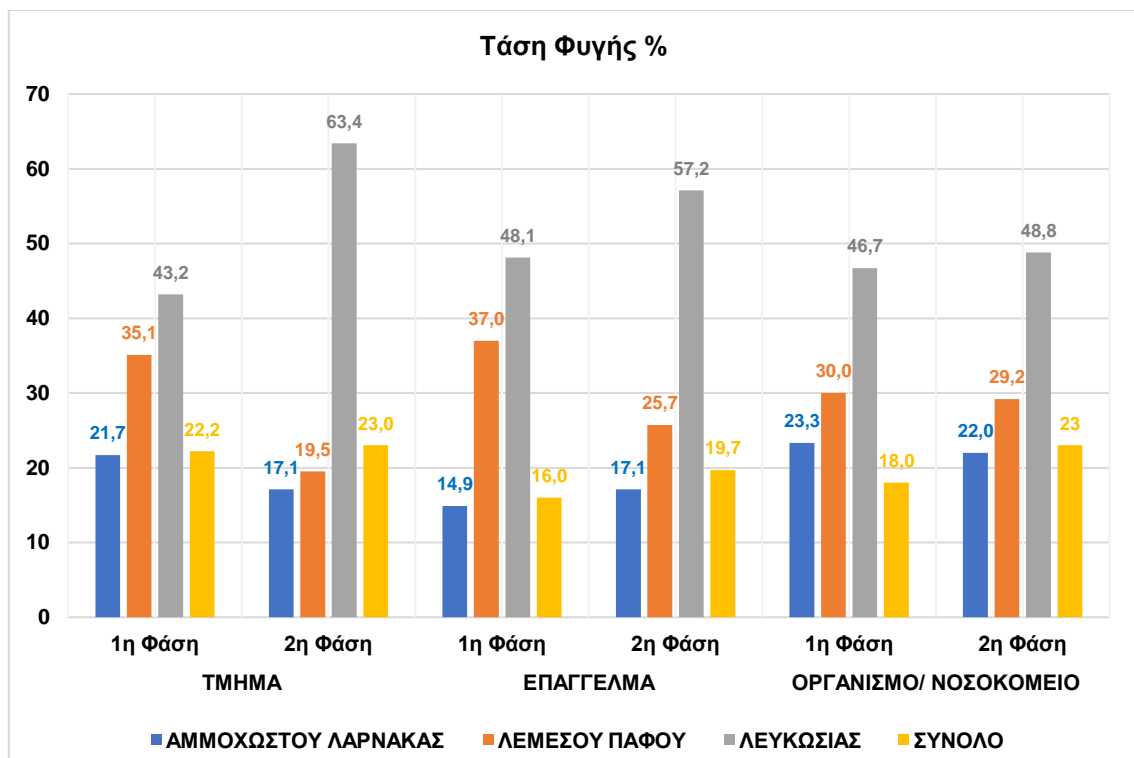
Πίνακας 46: Τάση φυγής κατά διοικητική διεύθυνση

| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ | ΑΛΛΑΓΗ ΤΜΗΜΑ 1 ^η φάση | ΑΛΛΑΓΗ ΤΜΗΜΑ 2 ^η φάση | ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 1 ^η φάση | ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ 2 ^η φάση | ΑΛΛΑΓΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ/ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 1 ^η φάση | ΑΛΛΑΓΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ/ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ 2 ^η φάση |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|--|--|
| ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΥ ΛΑΡΝΑΚΑΣ | 8 (21,7%) | 7 (17,1%) | 4 (14,9%) | 6 (17,1%) | 7 (23,3%) | 9 (22,0%) |
| ΛΕΜΕΣΟΥ ΠΑΦΟΥ | 13 (35,1%) | 8 (19,5%) | 10 (37,0%) | 9 (25,7%) | 9 (30,0%) | 12 (29,2%) |
| ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ | 16 (43,2%) | 26 (63,4%) | 13 (48,1%) | 20 (57,2%) | 14 (46,7%) | 20 (48,8%) |
| N (%) | 37 (100,0%) | 41 (100,0%) | 27 (100,0%) | 35 (100,0%) | 30 (100,0%) | 41 (100,0%) |
| % ΣΥΝΟΛΟΥ | 22,2% | 23,0% | 16,0% | 19,7% | 18,0% | 23,0% |

Πίνακας 47: Συνολική τάση φυγής

| | ΑΛΛΑΓΗ ΤΜΗΜΑ | | | | ΑΛΛΑΓΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ/ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | | | | ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ | | | |
|---------------|--------------|-------|--------|-------|------------------------------|-------|--------|-------|------------------|-------|--------|-------|
| | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Φάση 1 | | Φάση 2 | |
| | N | (%) | N | (%) | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ΝΑΙ | 37 | 22,2 | 41 | 23,0 | 30 | 18,0 | 41 | 23,0 | 27 | 16,0 | 35 | 19,7 |
| ΟΧΙ | 130 | 77,8 | 137 | 77,0 | 137 | 82,0 | 137 | 77,0 | 142 | 84,0 | 143 | 80,3 |
| ΣΥΝΟΛΟ | 167 | 100,0 | 178 | 100,0 | 167 | 100,0 | 178 | 100,0 | 169 | 100,0 | 178 | 100,0 |

Σχήμα 36: Ποσοστό τάσης φυγής κατά διοικητική διεύθυνση



Συσχετίσεις τάσης φυγής με την αυτεπάρκεια την ισχύ και την ενδυνάμωση

Το έβδομο ερευνητικό ερώτημα ήταν: «Ποια η συσχέτιση της τάσης φυγής με τα δημογραφικά και τις κύριες μεταβλητές της μελέτης και ποιες οι απόψεις των με βάση τα σχόλια τους;»

Ακολουθούν τα στατιστικά που αφορούν στις διαφορές του βαθμού αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος με τις προθέσεις για αλλαγή τμήμα, επάγγελμα και οργανισμό/νοσοκομείο δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση.

Διαφορές βαθμού αυτεπάρκειας μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT αυτεπάρκειας μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 31,39 \pm 4,33$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 32,86 \pm 4,95$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,048$).
2. Στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος η MT αυτεπάρκειας μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ ($MT_2 = 31,80 \pm 4,32$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 32,69 \pm 4,96$) δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,229$).
3. Η MT αυτεπάρκειας μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 32,48 \pm 4,30$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 32,53 \pm 5,01$) δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,776$) (Πίνακας 48).

Πίνακας 48: Διαφορές βαθμού αυτεπάρκειας μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 10, μέγιστη τιμή = 40)

| Πρόθεση | | Φάση 1 | | Αυτεπάρκεια Φάση 2 | | Διαφορά | P_2 |
|-----------------------------------|-----|--------|--------------|-----------------------|--------------|-------------|-------|
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | ΝΑΙ | 36 | 32,47 ± 2,25 | 41 | 31,39 ± 4,33 | 1,08 ± 2,08 | 0,048 |
| | ΟΧΙ | 128 | 33,55 ± 3,38 | 137 | 32,86 ± 4,95 | 0,69 ± 1,57 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | ΝΑΙ | 26 | 33,00 ± 4,00 | 35 | 31,80 ± 4,32 | 1,20 ± 0,32 | 0,229 |
| | ΟΧΙ | 140 | 33,40 ± 3,77 | 143 | 32,69 ± 4,96 | 0,71 ± 1,19 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | ΝΑΙ | 28 | 34,39 ± 3,30 | 41 | 32,48 ± 4,30 | 1,91 ± 1,00 | 0,776 |
| | ΟΧΙ | 136 | 33,08 ± 3,90 | 137 | 32,53 ± 5,01 | 0,55 ± 1,11 | |

Διαφορές βαθμού επίσημης ισχύος μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της επίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 2,06 \pm 0,66$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,48 \pm 0,89$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,010$).
2. Στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος η MT της επίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ ($MT_2 = 1,97 \pm 0,65$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,48 \pm 0,87$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,002$).
3. Η MT της επίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 1,93 \pm 0,65$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,52 \pm 0,87$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$) (Πίνακας 49).

Πίνακας 49: Διαφορές βαθμού επίσημης ισχύος μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| Πρόθεση | | Φάση 1 | | Επίσημη ισχύς Φάση 2 | | Διαφορά | P ₂ |
|-----------------------------------|-----|----------------|-------------|-------------------------|-------------|-------------|----------------|
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | NAI | 35 | 2,12 ± 0,81 | 41 | 2,06 ± 0,66 | 0,17 ± 0,40 | 0,010 |
| | OXI | 130 | 2,55 ± 0,90 | 137 | 2,48 ± 0,89 | 0,07 ± 0,01 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | NAI | 26 | 2,04 ± 0,73 | 35 | 1,97 ± 0,65 | 0,07 ± 0,08 | 0,002 |
| | OXI | 141 | 2,54 ± 0,91 | 143 | 2,48 ± 0,87 | 0,06 ± 0,04 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | NAI | 29 | 2,07 ± 0,71 | 41 | 1,93 ± 0,65 | 0,14 ± 0,06 | 0,000 |
| | OXI | 136 | 2,51 ± 0,93 | 137 | 2,52 ± 0,87 | 0,01 ± 0,06 | |

Διαφορές βαθμού ανεπίσημης ισχύος μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της ανεπίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος (MT₂ = 3,27 ± 0,67) και αυτών που δήλωσαν OXI (MT₂ = 3,64 ± 0,73) διαφέρει στατιστικά σημαντικά (p₂ = 0,005).
2. Στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος η MT της ανεπίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI (MT₂ = 3,39 ± 0,68) και αυτών που δήλωσαν OXI (MT₂ = 3,60 ± 0,74) δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά (p₂ = 0,164).
3. Η MT ανεπίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου (MT₂ = 3,33 ± 0,74) και αυτών που δήλωσαν OXI (MT₂ = 3,62 ± 0,72) διαφέρει στατιστικά σημαντικά (p₂ = 0,025) (Πίνακας 50).

Πίνακας 50: Διαφορές βαθμού ανεπίσημης ισχύος μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| Πρόθεση | | Φάση 1 | | Ανεπίσημη ισχύς Φάση 2 | | Διαφορά | P ₂ |
|-----------------------------------|-----|----------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------|----------------|
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | NAI | 35 | 3,22 ± 0,92 | 41 | 3,27 ± 0,67 | 0,05 ± 0,25 | 0,005 |
| | OXI | 129 | 3,65 ± 0,71 | 137 | 3,64 ± 0,73 | 0,01 ± 0,02 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | NAI | 26 | 3,12 ± 0,88 | 35 | 3,39 ± 0,68 | 0,27 ± 0,20 | 0,164 |
| | OXI | 140 | 3,63 ± 0,72 | 143 | 3,60 ± 0,74 | 0,03 ± 0,02 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | NAI | 29 | 3,26 ± 0,90 | 41 | 3,33 ± 0,74 | 0,07 ± 0,16 | 0,025 |
| | OXI | 135 | 3,59 ± 0,75 | 137 | 3,62 ± 0,72 | 0,03 ± 0,03 | |

Συσχετίσεις τάσης φυγής με την ενδυνάμωση

Πιο κάτω παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των MT του βαθμού της ενδυνάμωσης (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη και πόροι) και την τάση φυγής δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση.

Διαφορές βαθμού κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 3,04 \pm 0,98$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 3,62 \pm 0,91$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,001$).
2. Η MT της κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος ($MT_2 = 3,16 \pm 1,12$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 3,57 \pm 0,90$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,047$).
3. Η MT της κατηγορίας «ευκαιρίες» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 3,22 \pm 1,14$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 3,56 \pm 0,88$) δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p = 0,098$) (Πίνακας 51).

Πίνακας 51: Διαφορές βαθμού «ευκαιρίες» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| Πρόθεση | | Κατηγορία «ευκαιρίες» | | | | Διαφορά | P_2 |
|-----------------------------------|-----|-----------------------|-----------------|--------|-----------------|-----------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | ΝΑΙ | 35 | $3,47 \pm 1,07$ | 41 | $3,04 \pm 0,98$ | $0,43 \pm 0,09$ | 0,001 |
| | ΟΧΙ | 130 | $3,91 \pm 0,82$ | 137 | $3,62 \pm 0,91$ | $0,29 \pm 0,09$ | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | ΝΑΙ | 26 | $3,58 \pm 0,94$ | 35 | $3,16 \pm 1,12$ | $0,42 \pm 0,18$ | 0,047 |
| | ΟΧΙ | 141 | $3,89 \pm 0,82$ | 143 | $3,57 \pm 0,90$ | $0,32 \pm 0,08$ | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | ΝΑΙ | 29 | $3,74 \pm 0,98$ | 41 | $3,22 \pm 1,14$ | $0,52 \pm 0,16$ | 0,098 |
| | ΟΧΙ | 136 | $3,84 \pm 0,85$ | 137 | $3,56 \pm 0,88$ | $0,28 \pm 0,01$ | |

Διαφορές βαθμού κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 2,19 \pm 0,93$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,91 \pm 0,98$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$).
2. Η MT της κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος ($MT_2 = 2,26 \pm 0,89$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,86 \pm 1,01$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,004$).
3. Η MT της κατηγορίας «πληροφορίες» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 2,18 \pm 0,98$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,91 \pm 0,97$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$) (Πίνακας 52).

Πίνακας 52: Διαφορές βαθμού «πληροφορίες» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| Πρόθεση | | Κατηγορία «πληροφορίες» | | | | | |
|-----------------------------------|-----|-------------------------|-------------|----------------|-------------|-------------|----------------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P ₂ |
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | NAI | 35 | 2,53 ± 0,98 | 41 | 2,19 ± 0,93 | 0,34 ± 0,05 | 0,000 |
| | OXI | 130 | 3,05 ± 0,98 | 137 | 2,91 ± 0,98 | 0,14 ± 0,00 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | NAI | 26 | 2,58 ± 0,93 | 35 | 2,26 ± 0,89 | 0,32 ± 0,04 | 0,004 |
| | OXI | 141 | 2,97 ± 1,01 | 143 | 2,86 ± 1,01 | 0,11 ± 0,00 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | NAI | 29 | 2,58 ± 0,93 | 41 | 2,18 ± 0,98 | 0,40 ± 0,05 | 0,000 |
| | OXI | 136 | 2,99 ± 1,01 | 137 | 2,91 ± 0,97 | 0,08 ± 0,04 | |

Διαφορές βαθμού κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 2,26 \pm 0,88$) και αυτών που δήλωσαν OXI ($MT_2 = 2,99 \pm 0,96$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$).
2. Η MT της κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος ($MT_2 = 2,33 \pm 0,95$) και αυτών που δήλωσαν OXI ($MT_2 = 2,94 \pm 0,96$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,002$).
3. Η MT της κατηγορίας «υποστήριξη» μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 2,23 \pm 0,97$) και αυτών που δήλωσαν OXI ($MT_2 = 3,00 \pm 0,93$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$) (Πίνακας 53).

Πίνακας 53: Διαφορές βαθμού «υποστήριξη» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| Πρόθεση | | Κατηγορία «υποστήριξη» | | | | | |
|-----------------------------------|-----|------------------------|-------------|----------------|-------------|-------------|----------------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | Διαφορά | P ₂ |
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | NAI | 35 | 2,70 ± 1,05 | 41 | 2,26 ± 0,88 | 0,44 ± 0,17 | 0,000 |
| | OXI | 130 | 3,05 ± 0,98 | 137 | 2,99 ± 0,96 | 0,06 ± 0,02 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | NAI | 26 | 2,70 ± 0,93 | 35 | 2,33 ± 0,95 | 0,37 ± 0,02 | 0,002 |
| | OXI | 141 | 3,03 ± 0,99 | 143 | 2,94 ± 0,96 | 0,09 ± 0,03 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | NAI | 29 | 2,68 ± 1,01 | 41 | 2,23 ± 0,97 | 0,45 ± 0,04 | 0,000 |
| | OXI | 136 | 3,03 ± 0,98 | 137 | 3,00 ± 0,93 | 0,03 ± 0,05 | |

Διαφορές βαθμού κατηγορίας «πόροι» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της κατηγορίας «πόροι» μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 2,39 \pm 0,80$) και αυτών που δήλωσαν OXI ($MT_2 = 2,67 \pm 0,85$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,037$).
2. Η MT της κατηγορίας «πόροι» μεταξύ αυτών που δήλωσαν NAI στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος ($MT_2 = 2,28 \pm 0,89$) και αυτών που δήλωσαν OXI ($MT_2 = 2,68 \pm 0,82$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,010$).

3. Η MT της κατηγορίας «πόροι» μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 2,30 \pm 0,83$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 2,69 \pm 0,83$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,005$) (Πίνακας 54).

Πίνακας 54: Διαφορές βαθμού «πόροι» μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 1, μέγιστη τιμή = 5)

| Πρόθεση | | Κατηγορία «πόροι» | | | | Διαφορά | P_2 |
|-----------------------------------|-----|-------------------|-------------|--------|-------------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | ΝΑΙ | 35 | 2,38 ± 0,86 | 41 | 2,39 ± 0,80 | 0,01 ± 0,06 | 0,037 |
| | ΟΧΙ | 130 | 2,69 ± 0,85 | 137 | 2,67 ± 0,85 | 0,02 ± 0,00 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | ΝΑΙ | 26 | 2,38 ± 0,87 | 35 | 2,28 ± 0,89 | 0,10 ± 0,02 | 0,010 |
| | ΟΧΙ | 141 | 3,58 ± 0,94 | 143 | 2,68 ± 0,82 | 0,90 ± 0,12 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | ΝΑΙ | 29 | 2,32 ± 0,86 | 41 | 2,30 ± 0,83 | 0,02 ± 0,03 | 0,005 |
| | ΟΧΙ | 136 | 2,67 ± 0,85 | 137 | 2,69 ± 0,83 | 0,02 ± 0,02 | |

Διαφορές βαθμού συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής

1. Η MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος ($MT_2 = 15,23 \pm 3,50$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 18,32 \pm 4,04$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$).
2. Η MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος ($MT_2 = 15,41 \pm 3,47$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 18,15 \pm 4,11$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,001$).
3. Η MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT_2 = 15,21 \pm 3,75$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT_2 = 18,33 \pm 3,97$) διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,000$) (Πίνακας 55).

Πίνακας 55: Διαφορές βαθμού ενδυνάμωσης μεταξύ προθέσεων τάσης φυγής (Mann-Whitney)

(ελάχιστη τιμή = 6, μέγιστη τιμή = 30)

| Πρόθεση | | Συνολική ενδυνάμωση | | | | Διαφορά | P_2 |
|-----------------------------------|-----|---------------------|--------------|--------|--------------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N_1 | MT (TA) | N_2 | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | ΝΑΙ | 35 | 16,44 ± 4,14 | 41 | 15,23 ± 3,50 | 1,11 ± 0,64 | 0,000 |
| | ΟΧΙ | 130 | 18,90 ± 3,98 | 137 | 18,32 ± 4,04 | 0,58 ± 0,06 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | ΝΑΙ | 26 | 16,42 ± 3,35 | 35 | 15,41 ± 3,47 | 1,01 ± 0,12 | 0,001 |
| | ΟΧΙ | 141 | 18,72 ± 4,04 | 143 | 18,15 ± 4,11 | 0,57 ± 0,07 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | ΝΑΙ | 29 | 16,67 ± 3,70 | 41 | 15,21 ± 3,75 | 1,46 ± 0,05 | 0,000 |
| | ΟΧΙ | 136 | 18,62 ± 4,10 | 137 | 18,33 ± 3,97 | 0,29 ± 0,13 | |

Συσχετίσεις τάσης φυγής με τα δημογραφικά

Σχέσεις πρόθεσης για αλλαγή τμήματος με τα δημογραφικά

Περαιτέρω, διερευνήθηκε η πιθανή σχέση της τάσης φυγής με βάση τα διάφορα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση εργασίας, ιεραρχία). Στις πλείστες περιπτώσεις το ποσοστό αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής τμήματος ήταν υψηλότερο στη δεύτερη φάση.

Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ πρόθεσης για αλλαγή τμήματος και:

1. Φύλου: $X^2(1, N=178) = 1,4, p = 0,223$.
2. Κατοχής ειδικότητας: $X^2(1, N=178) = 0,6, p = 0,431$.
3. Θέσης εργασίας: $X^2(1, N = 177) = 1,4, p = 0,226$.
4. Ιεραρχίας: $X^2(1, N=178) = 1,34, p = 0,238$.

Ωστόσο παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ πρόθεσης για αλλαγή τμήματος και ακαδημαϊκών προσόντων, $X^2(1, N = 177) = 4,8, p = 0,028$ (Πίνακας 56).

Πίνακας 56: Σχέσεις πρόθεσης αλλαγής τμήματος και δημογραφικών (X^2 test)

| | | Αλλαγή Τμήμα | | | | P_2 |
|---------------------|---------------------|--------------|-------------|--------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | |
| | | N_1 | % (n_1) | N_2 | % (n_2) | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 31 | 12,9 (4) | 32 | 31,3 (10) | 0,223 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 135 | 23,7 (32) | 146 | 21,2 (31) | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 113 | 18,6 (21) | 116 | 18,1 (21) | 0,028 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 53 | 28,3 (15) | 61 | 32,8 (20) | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 81 | 18,5 (15) | 99 | 25,3 (25) | 0,431 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 86 | 25,6 (22) | 79 | 20,3 (16) | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 55 | 18,2 (10) | 66 | 18,2 (12) | 0,226 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 107 | 24,3 (26) | 111 | 26,1 (29) | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 127 | 20,5 (26) | 130 | 20,8 (27) | 0,238 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 39 | 25,6 (10) | 49 | 29,2 (14) | |

Βρέθηκε επίσης ότι δεν διαφοροποιείται σημαντικά η πρόθεση για αλλαγή τμήματος με βάση:

1. Την ηλικία, ($p_2 = 0,066$). Η μέση ηλικία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής τμήματος κυμαινόταν μεταξύ 46 – 56 χρονών ($MT_1 = 51 \pm 5,05$ VS $MT_2 = 50 \pm 4,28$) (Πίνακας 57).
2. Την προϋπηρεσία, ($p_2 = 0,104$). Η μέση προϋπηρεσία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής τμήματος κυμαινόταν μεταξύ 23 – 33 χρονών ($MT_1 = 28,5 \pm 4,64$ VS $MT_2 = 27,5 \pm 4,26$) (Πίνακας 58).

Πίνακας 57: Διαφορές στις προθέσεις φυγής με την ηλικία (Mann-Whitney)

| Πρόθεση | | Ηλικία | | | | Διαφορά | P ₂ |
|-----------------------------------|------------|----------------|-----------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | <i>ΝΑΙ</i> | 36 | 51 ± 5,05 | 41 | 50 ± 4,28 | 1,00 ± 0,77 | 0,066 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 128 | 52 ± 5,39 | 136 | 52 ± 5,47 | 0,00 ± 0,08 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | <i>ΝΑΙ</i> | 26 | 50 ± 6,76 | 35 | 50 ± 4,52 | 0,00 ± 2,24 | 0,018 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 141 | 52 ± 5,00 | 142 | 52 ± 5,33 | 0,00 ± 0,33 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | <i>ΝΑΙ</i> | 29 | 51 ± 4,72 | 41 | 51 ± 4,36 | 0,00 ± 0,36 | 0,308 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 135 | 52 ± 5,42 | 136 | 52 ± 5,49 | 0,00 ± 0,07 | |

Πίνακας 58: Διαφορές στις προθέσεις με την προϋπηρεσία (Mann-Whitney)

| Πρόθεση | | Προϋπηρεσία | | | | Διαφορά | P ₂ |
|-----------------------------------|------------|----------------|-------------|----------------|-------------|-------------|----------------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | | |
| | | N ₁ | MT (TA) | N ₂ | MT (TA) | | |
| Αλλαγή τμήματος | <i>ΝΑΙ</i> | 37 | 28,5 ± 4,64 | 41 | 27,5 ± 4,26 | 1,00 ± 0,38 | 0,104 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 129 | 29 ± 5,72 | 136 | 29 ± 5,45 | 0,00 ± 0,27 | |
| Αλλαγή επαγγέλματος | <i>ΝΑΙ</i> | 27 | 27 ± 6,91 | 35 | 27 ± 4,49 | 0,00 ± 2,42 | 0,022 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 141 | 29 ± 5,21 | 142 | 29 ± 5,32 | 0,00 ± 0,11 | |
| Αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου | <i>ΝΑΙ</i> | 29 | 28 ± 5,40 | 41 | 28 ± 3,96 | 0,00 ± 1,44 | 0,288 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 137 | 29 ± 5,53 | 136 | 29 ± 5,54 | 0,00 ± 0,01 | |

Σχέσεις πρόθεσης για αλλαγή επαγγέλματος με τα δημογραφικά

Εντοπίστηκαν επίσης διαφοροποιήσεις στην πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος μεταξύ των ομάδων στα διάφορα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση εργασίας, ιεραρχία). Σε όλες τις περιπτώσεις το ποσοστό αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος ήταν υψηλότερο στη δεύτερη φάση.

Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ πρόθεσης για αλλαγή επαγγέλματος και:

1. Φύλου: $X^2(1, N = 178) = 0,70, p = 0,402$.
2. Ακαδημαϊκών προσόντων: $X^2(1, N=177) = 0,59, p = 0,442$.
3. Κατοχής ειδικότητας: $X^2(1, N=178) = 0,31, p = 0,578$.
4. Θέσης εργασίας: $X^2(1, N=177) = 0,000, p = 0,984$.
5. Ιεραρχίας: $X^2(1, N=178) = 1,18, p = 0,276$ (Πίνακας 59).

Πίνακας 59: Σχέσεις πρόθεσης αλλαγής επαγγέλματος και δημογραφικών (X^2 test)

| | | Αλλαγή Επάγγελμα | | | | P_2 |
|----------------------------|---------------------|------------------|-------------|--------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | |
| | | N_1 | % (n_1) | N_2 | % (n_2) | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 31 | 22,6 (7) | 32 | 25,0 (8) | 0,402 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 138 | 14,5 (20) | 146 | 18,5 (27) | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 114 | 17,5 (20) | 116 | 18,1 (21) | 0,442 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 55 | 12,7 (7) | 61 | 23,0 (14) | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 82 | 14,6 (12) | 99 | 18,2 (18) | 0,578 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 87 | 17,2 (15) | 79 | 21,5 (17) | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 58 | 19,0 (11) | 66 | 19,7 (13) | 0,984 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 106 | 14,2 (15) | 111 | 19,8 (22) | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 130 | 16,9 (22) | 130 | 17,7 (23) | 0,276 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 39 | 12,8 (5) | 48 | 25,0 (12) | |

Βρέθηκε επίσης ότι διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά η πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος με βάση:

1. Την ηλικία ($p_2 = 0,018$). Η μέση ηλικία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος κυμαινόταν μεταξύ 44 – 56 χρονών ($MT_1 = 50 \pm 6,76$ VS $MT_2 = 50 \pm 4,52$ (Πίνακας 57).
2. Την προϋπηρεσία, ($p_2 = 0,022$). Η μέση προϋπηρεσία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος κυμαινόταν μεταξύ 21 – 33 χρονών ($MT_1 = 27 \pm 6,91$ VS $MT_2 = 27 \pm 4,49$) (Πίνακας 58).

Σχέσεις πρόθεσης για αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου με τα δημογραφικά

Εντοπίστηκαν επίσης διαφοροποιήσεις της πρόθεσης αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου μεταξύ των ομάδων στα διάφορα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση εργασίας, ιεραρχία). Σε όλες τις περιπτώσεις το ποσοστό αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου ήταν υψηλότερο στη δεύτερη φάση.

Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ πρόθεσης για αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου και:

1. Φύλου: $X^2 (1, N=178) = 0,030, p = 0,864$.
2. Ακαδημαϊκών προσόντων: $X^2 (1, N=177) = 1,15, p = 0,282$.
3. Κατοχής ειδικότητας: $X^2 (1, N=178) = 2,26, p = 0,133$.
4. Θέσης εργασίας: $X^2 (1, N=177) = 0,71, p = 0,399$.
5. Ιεραρχίας: $X^2 (1, N=178) = 0,14, p = 0,705$ (Πίνακας 60).

Πίνακας 60: Σχέσεις πρόθεσης αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου και δημογραφικών (X^2 test)

| | | Αλλαγή Οργανισμό/ Νοσοκομείο | | | | P_2 |
|----------------------------|---------------------|------------------------------|-------------|--------|-------------|-------|
| | | Φάση 1 | | Φάση 2 | | |
| | | N_1 | % (n_1) | N_2 | % (n_2) | |
| Φύλο | <i>Αντρας</i> | 31 | 19,4 (6) | 32 | 21,9 (7) | 0,864 |
| | <i>Γυναίκα</i> | 135 | 17,8 (24) | 146 | 23,3 (34) | |
| Ακαδημαϊκά Προσόντα | <i>Πτυχίο</i> | 112 | 16,1 (18) | 116 | 20,7 (24) | 0,282 |
| | <i>Μεταπτυχιακό</i> | 54 | 22,2 (12) | 61 | 27,9 (17) | |
| Ειδικότητα | <i>ΝΑΙ</i> | 81 | 18,5 (15) | 99 | 27,3 (27) | 0,133 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 86 | 17,4 (15) | 79 | 17,7 (14) | |
| Θέση | <i>ΑΝΑ</i> | 57 | 17,5 (10) | 66 | 19,7 (13) | 0,399 |
| | <i>ΠΝΑ</i> | 105 | 19,0 (20) | 111 | 25,2 (28) | |
| Ιεραρχία | <i>ΝΑΙ</i> | 127 | 19,7 (25) | 130 | 22,3 (29) | 0,705 |
| | <i>ΟΧΙ</i> | 39 | 12,8 (5) | 48 | 25,0 (12) | |

Βρέθηκε επίσης ότι δεν διαφοροποιείται σημαντικά η πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου με βάση:

1. Την ηλικία ($p_2 = 0,308$). Η μέση ηλικία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου κυμαινόταν μεταξύ 47 – 55 χρονών ($MT_1 = 51 \pm 4,72$ VS $MT_2 = 51 \pm 4,36$) (Πίνακας 57).
2. Την προϋπηρεσία ($p_2 = 0,288$). Η μέση προϋπηρεσία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου κυμαινόταν μεταξύ 23 – 33 χρονών ($MT_1 = 28 \pm 5,40$ VS $MT_2 = 28 \pm 3,96$) (Πίνακας 58).

6.9 Ποιοτικά δεδομένα

Εισαγωγή

Η τελευταία, ανοικτού τύπου ερώτηση στο ερωτηματολόγιο επιχειρούσε να εντοπίσει δύο κύριους λόγους για την πρόθεση των συμμετεχόντων να αλλάξουν τμήμα ή οργανισμό/νοσοκομείο ή επάγγελμα. Συγκεκριμένα, η ερώτηση αριθμός 8 ήταν: «*Αν σου δινόταν η ευκαιρία και λαμβάνοντας υπόψη τα ωφελήματα και τις υποχρεώσεις σου (τι παίρνεις και τι δίνεις στην εργασία σου) θα επιθυμούσες να αλλάξεις α) Τμήμα β) Οργανισμό/ νοσοκομείο γ) Επάγγελμα*»; (ναι/όχι). «*Αναφέρετε τους δύο κύριους λόγους που δικαιολογούν την πιο πάνω απάντησή σας*».

Στην πρώτη φάση, από τους 175 συμμετέχοντες, κατέγραψαν λόγους για τις προθέσεις τους οι 132. Στη δεύτερη φάση, από τους 178 συμμετέχοντες, ανέφεραν λόγους για τις προθέσεις τους οι 128. Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας η τάση φυγής διαφοροποιείται ανοδικά στη δεύτερη φάση.

Όπως επίσης προέκυψε από την εξέταση των ερωτηματολογίων, κάποιοι από αυτούς που ανταποκρίθηκαν στην υπό εξέταση ερώτηση ανέφεραν μόνο ένα λόγο για τις προθέσεις τους, αντί δύο όπως τους ζητείτο.

Ανάλυση και αξιολόγηση

Σημειώνεται ότι δεν χρησιμοποιήθηκε κανένα εξειδικευμένο λογισμικό πρόγραμμα για την κωδικοποίηση και τη θεματική ανάλυση.

Η διαδικασία για την ανάλυση, αξιολόγηση και περιγραφή των αποτελεσμάτων έγινε με συστηματική διαχείριση, ταξινόμηση, κατηγορική οργάνωση και κωδικοποίηση των δεδομένων με βάση συγκεκριμένα βήματα όπως υποδεικνύεται από σχετική βιβλιογραφία (Μαντζούκας, 2007; Ίσαρη & Πουρκός, 2015; Γαλάνης, 2018). Χρησιμοποιήθηκε η επαγωγική μέθοδος για τη θεματική ανάλυση, η οποία προϋποθέτει προσεκτική συγκριτική εξέταση των δεδομένων όλων των περιπτώσεων (Μερκούρης, 2008).

Ανάγνωση, αναζήτηση και κωδικοποίηση

Αρχικά, ο συγγραφέας αφού ανέγνωσε τις απαντήσεις και εξοικειώθηκε με το υλικό, συνόψισε χειροκίνητα όσα καταγράφηκαν με τη χρήση εννοιών ή φράσεων διεκπεραιώνοντας με αυτό τον τρόπο την *ανοικτή κωδικοποίηση*.

Οι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχοντες εξέφραζαν ή όχι πρόθεση αλλαγής δεν διαφοροποιούνταν μεταξύ των δύο φάσεων. Ωστόσο, στη δεύτερη φάση αυτοί που δήλωσαν πρόθεση αποχώρησης από το τμήμα, ή/και τον οργανισμό/νοσοκομείο ή/και το επάγγελμα, ήταν περισσότεροι και ειδικότερα μεταξύ αυτών που εξέφραζαν λόγους κόπωσης. Σε κάποιες δηλώσεις που δυνατό να περιλάμβαναν διαφορετικό νόημα αποδόθηκαν πέραν του ενός κωδικού όπως π.χ: *«έχω να κάνω με χρόνιους πάσχοντες και είμαστε με τους συναδέλφους σαν οικογένεια. Το νοσοκομείο βρίσκεται στην πόλη που διαμένω και έτσι δεν θέλω να αλλάξω. Όσον αφορά στο επάγγελμα αν μπορούσα θα άλλαζα αλλά είναι αργά πλέον»* που υποδηλούν προσωπικούς λόγους & συνεργασία με συναδέλφους. Ως παράδειγμα αναφέρεται επίσης η δήλωση: *«μου αρέσει το επάγγελμα και το τμήμα μου αλλά από το νοσοκομείο καμία στήριξη»* που υποδηλοί επαγγελματική ικανοποίηση και ταυτόχρονα δυσαρέσκεια από τη διοίκηση.

Κάποιες δηλώσεις που δεν απαντούσαν το ερώτημα ή δεν ήταν συγκεκριμένες όπως π.χ: *«αβεβαιότητα»* ή *«δεν πιστεύω ότι σε άλλους χώρους ισχύουν διαφορετικές συνθήκες»* ή *«πιστεύω πως το κάθε τμήμα και το κάθε νοσοκομείο έχει τα θετικά και τα αρνητικά του στοιχεία»* δεν κωδικοποιήθηκαν. Αν οι απαντήσεις αυτές λαμβάνονταν μέσω συνέντευξης, ένεκα της αμεσότητας με τους συμμετέχοντες, ο ερευνητής θα είχε την ευχέρεια να διευκρινίσει με μια επιπρόσθετη ερώτηση ή σχόλιο την απάντηση, ωστόσο αυτό θα ήταν πιο χρονοβόρο και δεν θα εξυπηρετούσε κατά πολύ περισσότερο τους σκοπούς της έρευνας.

Η αρχική κωδικοποίηση ανέδειξε αρκετούς λόγους οι οποίοι συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί. Η αναζήτηση των θεμάτων έγινε με σχολαστικό συνδυασμό των κωδικών οι οποίοι ανέδειξαν και τα κύρια θέματα τα οποία επίσης φαίνονται στον πίνακα 61.

Πίνακας 61: Κατηγοριοποίηση θεμάτων ποιοτικών χαρακτηριστικών

| ΘΕΜΑ | ΑΡΧΙΚΗ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ | N | % |
|---|---|-----|-------|
| Δηλώσεις Ικανοποίησης (Χωρίς πρόθεση αλλαγής) | Ικανοποίηση από το επάγγελμα Ικανοποίηση από την εργασία Προκλήσεις στην Εργασία | 185 | 36,2 |
| Δηλώσεις ΜΗ Ικανοποίησης (Με πρόθεση αλλαγής) | Δυσaréσκεια προς το επάγγελμα Δυσaréσκεια από την εργασία Προκλήσεις στην εργασία Δυσaréσκεια από τη Διοίκηση Δυσaréσκεια από τον Οργανισμό | 103 | 20,1 |
| Περιβάλλον Εργασίας | Εκτίμηση/ αξιολόγηση του περιβάλλοντος | 55 | 10,8 |
| Κόπωση (Με πρόθεση αλλαγής) | Κούραση, Εξάντληση, άγχος Φόρτος Εργασίας Υποστελέχωση | 45 | 8,9 |
| Δυσκολίες προσαρμογής (Χωρίς πρόθεση αλλαγής) | Εμπειρία/ Προϋπηρεσία Συνήθεια Ηλικία Ειδικότητα/ Κατάρτιση | 49 | 9,6 |
| Αναγνώριση | Αναγνώριση/ εκτίμηση/ σεβασμός από πελάτες/ Διοίκηση/ Οργανισμό | 13 | 2,5 |
| Προσωπικοί Λόγοι | Απόσταση από το σπίτι Αδιευκρίνιστοι προσωπικοί λόγοι/υγείας Αδιευκρίνιστοι οικογενειακοί λόγοι | 12 | 2,3 |
| Κίνητρα | Απολαβές Επιβράβευση | 19 | 3,7 |
| Συνεργασία με συναδέλφους | Εκτίμηση του βαθμού συνεργασίας | 30 | 5,9 |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 511 | 100,0 |

Επανεξέταση θεμάτων

Ακολούθως έγινε επανεξέταση των θεμάτων με άλλους τρεις ερευνητές νοσηλευτές, εκ των οποίων ο ένας είχε πρότερη σχετική εμπειρία στη θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων, ένας διέθετε πτυχίο στη ψυχολογία και ο τρίτος μεταπτυχιακό στη διοίκηση. Κατά την διαδικασία επανεξέτασης των θεμάτων διαφάνηκε η ανάγκη να καταγραφεί ως ξεχωριστό θέμα το «*περιβάλλον εργασίας*» και η «*συνεργασία με συναδέλφους*» λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι αρκετές απαντήσεις έκαναν ιδιαίτερη αναφορά σε αυτούς τους παράγοντες όπως π.χ: «*θεωρώ ότι το εργασιακό μου περιβάλλον με ενδυναμώνει σε ικανοποιητικό βαθμό για να είναι αποτελεσματική η εργασιακή μου ικανοποίηση*» και «*δεν θέλω να αλλάξω τμήμα διότι έχω καλή συνεργασία με τους συναδέλφους μου*».

Ορισμός θεμάτων

Τα θέματα ορίστηκαν για περαιτέρω εξέταση και ανάλυση ήταν: η ικανοποίηση, το περιβάλλον εργασίας, η κόπωση, οι δυσκολίες προσαρμογής, η αναγνώριση, οι προσωπικοί λόγοι, τα κίνητρα και η συνεργασία με τους συναδέλφους.

Ικανοποίηση (χωρίς πρόθεση αλλαγής)

Η θεματική αυτή κατηγορία περιλαμβάνει δηλώσεις των συμμετεχόντων που δήλωναν ικανοποίηση και εκφράζονταν θετικά προς κάποιες καταστάσεις. Σημειώνεται ότι κανένας συμμετέχοντας δεν επικαλέστηκε λόγους που αφορούσαν ικανοποίηση με θετικά σχόλια για τη διοίκηση ή τον οργανισμό σε καμία από τις δύο φάσεις.

Ικανοποίηση από το επάγγελμα

Από όσους δεν ανέφεραν κάποια πρόθεση αλλαγής (τμήματος, οργανισμού/νοσοκομείου ή επαγγέλματος) υπήρχαν σαφείς δηλώσεις για την ικανοποίηση τους από το επάγγελμα, όπως π.χ: «αγαπώ το επάγγελμα μου», «η νοσηλευτική είναι επάγγελμα που επέλεξα και με χαρακτηρίζει» και «το επάγγελμα μου είναι ολοκληρωμένη ζωή μου και δεν διαπραγματεύεται».

Κάποιες άλλες δηλώσεις παρουσίαζαν διττό νόημα αφού περιλάμβαναν και άλλα στοιχεία από την εργασία όπως π.χ: «παρόλο που υπάρχει φόρτος εργασίας υπάρχει επαγγελματική ικανοποίηση».

Ικανοποίηση από την εργασία

Σε σχέση με τη φύση και τις συνθήκες εργασίας οι συμμετέχοντες, που επίσης δεν επιθυμούσαν αλλαγή, έγραψαν λόγους όπως: «γνωρίζω το τμήμα μου και το νοσοκομείο μου και ότι ακούγονται κάποιες από τις εισηγήσεις μου», «εργασιακή ικανοποίηση παρά τα προβλήματα που υπάρχουν» και «είμαι πλήρως ευχαριστημένη με την εργασία μου». Εξαίρεση σε αυτή την κατηγορία αποτελούσε ένας συμμετέχοντας που δήλωσε πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος και εξηγούσε ότι: «στο τμήμα που εργάζομαι περνώ καλά» και πρόσθετε ότι «νομίζω ότι θα έπαιρνα περισσότερα από συγκεκριμένα άλλα επαγγέλματα».

Προκλήσεις στην εργασία

Ικανοποίηση προσέδιδαν και αναφορές συμμετεχόντων με εστίαση σε προκλήσεις που αναφύονταν στο χώρο που εργάζονται δηλώνοντας: «προσφέρει αρκετές προκλήσεις και ταυτόχρονα αναπτύσσει το γνωσιολογικό επίπεδο», «θέλω να ολοκληρώσω ένα μεγάλο έργο που έχω αναλάβει» και «μου αρέσουν οι προκλήσεις της δουλειάς μου».

Μη Ικανοποίηση (με πρόθεση αλλαγής)

Η θεματική αυτή κατηγορία περιλαμβάνει απαντήσεις των συμμετεχόντων που δήλωναν δυσαρεστημένοι, εξέφραζαν τη δυσαρέσκεια τους και δήλωναν πρόθεση αλλαγής.

Μη ικανοποίηση από το επάγγελμα

Από όσους ανέφεραν κάποια πρόθεση αλλαγής (τιμήματος, οργανισμού/νοσοκομείου ή επαγγέλματος) υπήρχαν δηλώσεις για τη μη ικανοποίηση τους από το επάγγελμα όπως π.χ: «θα άλλαζα επάγγελμα διότι συγκριτικά με τα χρόνια σπουδών και τις ευθύνες δεν υπάρχει καμία αναγνώριση ούτε ανέλιξη που να εναρμονίζεται με τόση προσπάθεια και αυτό με απογοήτευσε πλήρως», «θα άλλαζα τμήμα για διεύρυνση των γνώσεων μου και για επαγγελματική ικανοποίηση» και «καμία επαγγελματική καταξίωση».

Μη ικανοποίηση από την εργασία

Με απαντήσεις που εξέφραζαν δυσαρέσκεια κάποιοι συμμετέχοντες δήλωσαν: «στον υφιστάμενο οργανισμό/νοσοκομείο που εργάζομαι το εργασιακό περιβάλλον και η φύση της δουλειάς συνεχώς τείνει προς το χειρότερο/λιγότερο ενδιαφέρον και υποστήριξη από την νοσηλευτική διοίκηση, συνεπώς μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση, απογοήτευση και θυμός για την κακοδιαχείριση του νοσηλευτηρίου» και «νοιώθω ότι δίνεις πολλά και παίρνεις λίγα και ως αποτέλεσμα η εργασιακή ικανοποίηση είναι σε χαμηλό επίπεδο».

Προκλήσεις στην εργασία

Ένας συμμετέχοντας που δήλωσε πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου έγραψε ως λόγο: «με διαφορετική διοίκηση και άλλες νέες προκλήσεις».

Δυσαρέσκεια από τη Διοίκηση

Αρκετοί συμμετέχοντες που δήλωσαν κυρίως, πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου κατέγραψαν λόγους που αναφέρονταν σε αδυναμίες της διοίκησης, απογοήτευση και δυσαρέσκεια για τη μη επίλυση προβλημάτων, τη μη παραχώρηση των αναγκαίων πόρων και την απουσία υποστήριξης και συνεργασίας. Παραδείγματα των λόγων που αναφέρθηκαν ήταν: «αδυναμία επίλυσης προβλημάτων άμεσα λόγω αδυναμιών της διοίκησης του οργανισμού», «η διοίκηση του νοσοκομείου να χειρίζεται τους υπευθύνους των τμημάτων και να τους βοηθά στο έργο τους και να τους ενδυναμώνει. Δεν σημαίνει διοίκηση απολυταρχία. Πιστεύω να υπάρξει αποκεντρωτική διοίκηση αλλιώς συνεχίζει το ίδιο αδιόρθωτο μοτίβο», «πολύ σημαντικό είναι η διοίκηση να στηρίζει τους υπεύθυνους των τμημάτων που έχουν όραμα που θέλουν να φέρουν αλλαγή στο τμήμα και όχι να θεωρούν ανταγωνιστές και τους πολεμούν», «δεν υπάρχει στήριξη και συνεργασία από τη νοσηλευτική διοίκηση», «η διοίκηση δεν μας λαμβάνει υπόψη στη λήψη αποφάσεων», «θα ήθελα περισσότερη συνεργασία με τη διοίκηση, ενημέρωση και διάλογο για επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουμε», «αναποτελεσματική διοίκηση και διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού και πόρων» και «απόλυτα απογοητευμένος από τη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία και τη διοίκηση».

Δυσaréσκεια από τον Οργανισμό

Πολλοί συμμετέχοντες, που δήλωσαν επίσης πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου κατέγραψαν αντίστοιχους λόγους που αναφέρονταν σε:

1. Αδυναμίες του οργανισμού: «ανεπάρκεια διοικητικών, οργανωτικών και λειτουργικών δομών οργανισμού», «ανεπάρκεια επιστημοσύνης/πραγματογνωμοσύνης των κέντρων λήψεως αποφάσεων» και «ο οργανισμός/νοσοκομείο διοικείται από άτομα που στην πραγματικότητα είναι διοικητικά ανίκανοι».
2. Έλλειψη ευκαιριών: «δεν υπάρχουν ευκαιρίες για εκπαίδευση/ανέλιξη».
3. Απουσία υποστήριξης: «χαμηλή δέσμευση και υποστήριξη από τον οργανισμό», «δεν έχω την κατάλληλη στήριξη για το έργο μου».
4. Μη επίλυση προβλημάτων: «αρκετά άλματα προβλήματα που δεν επιλύονται», «υπάρχουν πολλά προβλήματα χωρίς δραστικές λύσεις».
5. Αβεβαιότητα για το μέλλον και απουσία οράματος: «οργανισμό ναι θα ήθελα να αλλάξω γιατί όλα είναι απρόσωπα και απρόβλεπτα» και «οργανισμός χωρίς όραμα, οργάνωση, δομή κλπ».
6. Έλλειψη συνεργασίας και συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων: «εισηγήσεις για καινοτόμες αλλαγές για την εξέλιξη του οργανισμού δεν γίνονται αποδεκτές» και «λαμβάνονται αποφάσεις εν τη απουσία των ενδιαφερομένων»

Περιβάλλον εργασίας

Σε ό,τι αφορά στο εργασιακό περιβάλλον οι λόγοι που έδιναν αυτοί που δεν θα επιθυμούσαν καμία αλλαγή περιλάμβαναν θετικά σχόλια όπως: «σταθερό εργασιακό περιβάλλον», «με ικανοποιεί το εργασιακό μου περιβάλλον».

Κάποιες δηλώσεις το συνέδεαν και με άλλους παράγοντες όπως τη συνεργασία με τους συναδέλφους όπως: «Το επαγγελματικό περιβάλλον και οι σχέσεις με τους συναδέλφους μου» ή ότι αυτό αποτελεί πηγή ενδυνάμωσης: «Το εργασιακό μου περιβάλλον με ενδυναμώνει να ολοκληρώνω το έργο μου».

Κόπωση

Όσοι εξέφρασαν λόγους που ενέπιπταν σε αυτήν την θεματική ενότητα ανήκαν στις ομάδες που είχαν πρόθεση αλλαγής ενός ή περισσότερων ή συνδυασμό δύο ή όλων των επιλογών που ήταν στην ερώτηση. Στην ενότητα αυτή συνοψίστηκαν οι δηλώσεις που περιείχαν αυτούσιους (ή αντίστοιχα συνώνυμους) τους όρους «κόπωση», «κούραση» και «άγχος» και δηλώσεις που αφορούσαν στον φόρτο εργασίας και στην υποστελέχωση

όπως π.χ: «κούραση», «μεγάλος όγκος εργασίας και μειωμένο προσωπικό», «φόρτος εργασίας κάτω από έντονα στρεσογόνο περιβάλλον» και «ψυχοφθόρο επάγγελμα με πολλές ευθύνες και άγχος όταν είσαι διοικητικός και συνεπής».

Αυτή η κατηγορία, όπως διαφάνηκε, περιλάμβανε επίσης διττές απαντήσεις όπως: «μου αρέσει η δουλειά μου στο χώρο που βρίσκομαι παρ' όλο που έχει πολύ κούραση, στρες και θέλει μεγάλες αντοχές κυρίως όταν εργάζεσαι για χρόνιους ασθενείς και ότι 30 χρόνια είναι πάρα πολλά για να μπορώ να αλλάξω επάγγελμα ή οργανισμό» και «μου αρέσει το επάγγελμα μου αλλά έχει άγχος».

Δυσκολίες προσαρμογής

Στη θεματική αυτή ενότητα περιλήφθηκαν δηλώσεις συμμετεχόντων που δεν επιθυμούσαν καμία αλλαγή. Οι λόγοι αφορούσαν στην «εμπειρία», στη «συνήθεια» στην «ηλικία» και στην κατοχή «ειδικότητας/ κατάρτισης». Παραδείγματα απαντήσεων που δοθήκαν σε ό,τι αφορά στην «εμπειρία/ προϋπηρεσία» ήταν: «μετά από 33 χρόνια δύσκολη η αλλαγή», «λόγω αυξημένων χρόνων υπηρεσίας», «με τόσα χρόνια προϋπηρεσία δεν θα ήθελα να αλλάξω ούτε τμήμα ούτε επάγγελμα» και «έχω την εμπειρία και τις γνώσεις για το συγκεκριμένο χώρο»

Σε ό,τι αφορά στη συνήθεια παραδείγματα δηλώσεων ήταν: «Η συνήθεια σε αυτό που κάνω τόσα χρόνια», «το άγνωστο της αλλαγής», «δεν μου αρέσουν οι αλλαγές» και «δύσκολη η αλλαγή και η προσαρμογή σε ένα καινούργιο οργανισμό μετά από 25 χρόνια εργασία στον ίδιο χώρο».

Λόγοι που επικαλούντο την ηλικία περιλάμβαναν: «η ηλικία δεν μου επιτρέπει να κάνω αλλαγές», «είμαι ηλικιωμένη για νέο επάγγελμα», «μετά από 40 χρόνια σε αυτό το νοσοκομείο μου είναι δύσκολο» και «δεν μπορώ να ασχοληθώ με άλλο επάγγελμα μετά από 30 χρόνια νοσηλεύτρια».

Δηλώσεις που αφορούσαν στην κατοχή ειδικότητας/ κατάρτισης περιλάμβαναν: «λόγω της εξειδίκευσης στον συγκεκριμένο τομέα που εργάζομαι», «η εξειδίκευση μου δεν μου δίνει περιθώρια αλλαγής», «εργάζομαι στο Τμήμα που σχετίζεται με τον τομέα εξειδίκευσης μου» και «έχω εκπαίδευση (ειδικότητα) που αφορά σε γνώσεις στο συγκεκριμένο τμήμα»

Αναγνώριση

Σε σχέση με το θέμα «αναγνώριση» συνοψίστηκαν οι δηλώσεις που ανέφεραν αυτούσια τον όρο και δηλώσεις που εξέφραζαν απουσία εκτίμησης και σεβασμού από τους πελάτες, το κοινό ή τη διοίκηση. Οι πλείστες απαντήσεις εξέφραζαν δυσαρέσκεια και οι συμμετέχοντες που τις κατέγραψαν είχαν πρόθεση αλλαγής ενός από τους τρεις παράγοντες. Χαρακτηριστικά παραδείγματα ήταν: «μηδενική αναγνώριση του έργου που

επιτελείται και απουσία επιβράβευσης», «δεν υπάρχει η απαιτούμενη εκτίμηση/αναγνώριση από τους προϊσταμένους και το κοινό», «επιθυμώ επάγγελμα με περισσότερη αναγνώριση» και «22 χρόνια προσφοράς, ΣΕΑ χωρίς ανάλογη επιβράβευση. Όλοι στο ίδιο καζάνι».

Ωστόσο, υπήρξαν πολύ λίγοι συμμετέχοντες, οι οποίοι δεν επιθυμούσαν κάποια αλλαγή, και οι δηλώσεις τους έδειχναν ότι υπήρχε αναγνώριση. Οι απαντήσεις που έδωσαν ήταν: «αναγνώριση των αποτελεσμάτων της δουλειάς μου», «εξασκώ το λειτούργημα και έχουμε αναγνώριση από τους πελάτες που εξυπηρετούμε» και «η λήψη θετικών σχολίων από τους ασθενείς».

Προσωπικοί λόγοι

Στην θεματική ενότητα «Προσωπικοί λόγοι» καταχωρήθηκαν οι απαντήσεις αυτών που δεν επιθυμούσαν καμία αλλαγή και περιλάμβαναν κυρίως την απόσταση από το νοσοκομείο και την οικογένεια όπως π.χ: «το νοσοκομείο είναι κοντά στο τόπο διαμονής μου», «είμαι κοντά στην οικογένεια μου», «οικογενειακοί λόγοι και προβλήματα υγείας» και «δεν επιθυμώ να αλλάξω ούτε τμήμα ούτε νοσοκομείο όμως επιθυμώ να έχω το χρόνο, το προσωπικό και τα αναλώσιμα που χρειάζομαι».

Δύο από τους συμμετέχοντες που θα επιθυμούσαν να αλλάξουν τμήμα ανέφεραν: «δεν θα ήθελα να αλλάξω νοσοκομείο για προσωπικούς λόγους» και «αγαπώ το επάγγελμά μου, όχι άλλο νοσοκομείο λόγω απόστασης».

Κίνητρα

Στην κατηγορία «κίνητρα» περιλήφθηκαν απαντήσεις που αφορούσαν κυρίως στις απολαβές και στην επιβράβευση. Οι απαντήσεις αυτών που δήλωναν απουσία κινήτρων και επιθυμία κάποιας αλλαγής περιλάμβαναν μεταξύ άλλων τις δηλώσεις: «δεν υπάρχουν κίνητρα από τη διοίκηση για διασφάλιση της ποιότητας», «απουσία κινήτρων/ επιβράβευσης», «αν μου δίνονταν περισσότερα κίνητρα» και «δεν υπάρχουν κίνητρα που να με κάνουν να προσπαθήσω περισσότερο από όσο προσφέρω ενώ μπορώ να προσφέρω περισσότερα».

Ωστόσο, δυο δηλώσεις που εκφράστηκαν από συμμετέχοντες που δεν επιθυμούσαν αλλαγή ήταν: «λόγω αμοιβών» και «είμαι ευχαριστημένος οικονομικά».

Συνεργασία με συναδέλφους

Διαφάνηκε ότι ο παράγοντας συνεργασία ήταν καθοριστικός στις προθέσεις των συμμετεχόντων καθώς εκεί που φαίνεται ότι υπήρχε καλή εκτίμηση του βαθμού συνεργασίας δεν υπήρχε πρόθεση για αλλαγή. Παραδείγματα θετικών δηλώσεων ήταν:

«υπάρχει καλή συνεργασία με τους συναδέλφους του τμήματος» και «η συνεργασία, η αλληλοκατανόηση μεταξύ των συναδέλφων είναι σε υψηλά επίπεδα».

Ωστόσο, οι συμμετέχοντες που έδιναν επίσης σημασία σε αυτό τον παράγοντα και παρατηρούσαν απουσία συνεργασίας, δήλωναν προθέσεις αλλαγής τμήματος, οργανισμού/νοσοκομείου και επαγγέλματος. Χαρακτηριστικές δηλώσεις ήταν: *«στο εργασιακό περιβάλλον δεν υπάρχει ικανοποιητική συνεργασία», «δεν υπάρχει ομαδικότητα-συνεργασία μεταξύ συναδέλφων και σεβασμός από τους γιατρούς» δεν υπάρχει καλή συνεργασία με τις προϊστάμενες», «δεν υπάρχει συνεργασία από νοσηλευτική διοίκηση» και «νιώθω ότι δεν υπάρχει κατανόηση, συνεργασία με την διοίκηση, η οποία δεν είναι καθόλου υποστηρικτική αλλά κάθετη στις αποφάσεις χωρίς συζήτηση και αδιάλλακτη και επιτακτική λειτουργεί καθ' έδρας».*

Συμπεράσματα

Όπως προαναφέρθηκε, από τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας προκύπτει ότι η τάση φυγής διαφοροποιείται ανοδικά στη δεύτερη φάση. Παρουσιάζεται δηλαδή, αύξηση του αριθμού των συμμετεχόντων που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα, οργανισμό/νοσοκομείο και επάγγελμα.. Με βάση αυτά τα πιο πάνω αποτελέσματα θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ένα χρόνο μετά τη μετάβαση στη νέα μορφή διοίκησης των νοσηλευτηρίων εξακολουθούν να υφίστανται οι ίδιοι λόγοι που οι συμμετέχοντες επικαλούνται για τις προθέσεις αλλαγής. Συνδυάζοντας τους λόγους που κατέγραψαν με τα ποσοτικά δεδομένα εντοπίζονται στοιχεία που έχουν σχέση με την ενδυνάμωση όπως ελλιπής πληροφόρηση και υποστήριξη των προϊσταμένων των τμημάτων, μειωμένες ευκαιρίες και περιορισμένοι πόροι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Εισαγωγή

Η διεξαγωγή της έρευνας σε δύο χρονικές περιόδους επέτρεψε την σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο φάσεων. Οι συγκρίσεις έχουν βαρύνουσα σημασία λαμβανομένου υπόψη του γεγονότος ότι στο χρονικό διάστημα των δώδεκα μηνών που μεσολάβησε, επήλθαν αλλαγές αναφορικά με το καθεστώς διοίκησης και λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων καθώς και στους εργασιακούς τίτλους των ΜΔΣΝ που έχουν την κύρια ευθύνη στην οργάνωση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας εντός μιας μονάδας ή τμήματος ασκώντας διοικητικά καθήκοντα.

Οι αλλαγές αυτές, όπως έχουν καταγραφεί στο κεφάλαιο 3, τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής στον οιονεί πειραματικό σχεδιασμό της έρευνας. Η προ-μέτρηση και η μετά-μέτρηση τυγχάνουν προσέγγισης λαμβάνοντας υπόψη τις ενδεχόμενες επιπτώσεις από τις συνθήκες που επικρατούσαν τη χρονική περίοδο που μεσολάβησε και που είχαν επίδραση στα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος είναι σχεδόν τα ίδια αφού είχαν τον ίδιο πληθυσμό στόχο και στις δύο φάσεις. Δεν παρατηρείται καμία σημαντική διαφορά στο ποσοστό ανταπόκρισης του δείγματος, ούτε στη σύνθεση του όσον αφορά στο φύλο, στην ηλικία, στα ακαδημαϊκά προσόντα, στην κατοχή ειδικότητας, στη θέση εργασίας, στην ιεραρχία και στην προϋπηρεσία.

7.1 Αυτεπάρκεια

Εντοπίστηκε σχετικά υψηλό επίπεδο αυτεπάρκειας ($MT_1 = 33,27$ VS $MT_2 = 32,52$, $p = 0,313$). Εξετάζοντας τα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης παρατηρείται μειωμένος βαθμός της αντιλαμβανομένης αυτεπάρκειας, σε σχέση με την πρώτη φάση, σε όλα τα υπό διερεύνηση δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση, ιεραρχία) χωρίς ωστόσο να εντοπίζεται κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Οι συμμετέχοντες που προέρχονται από τη διοικητική διεύθυνση Λεμεσού – Πάφου διαθέτουν την υψηλότερη αυτεπάρκεια και στις δύο φάσεις ($MT_1 = 34,29$ VS $MT_2 = 34,04$). Το γεγονός αυτό δείχνει ότι και κάτω από τις συνθήκες διοίκησης των

νοσηλευτηρίων από το Υπουργείο Υγείας, αλλά και κάτω από τις συνθήκες διοίκησης του Ο.Κ.Υπ.Υ οι προϊστάμενοι τμημάτων διατηρούσαν υψηλότερο βαθμό αυτεπάρκειας από όλους τους υπόλοιπους. Επειδή τα ίδια περίπου αποτελέσματα βρέθηκαν και για την ενδυνάμωση και την ισχύ θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οι επιπτώσεις των αλλαγών στη συγκεκριμένη διοικητική διεύθυνση δεν ήταν τόσο επιβαρυντικές όσο στις άλλες διοικητικές διευθύνσεις. Ωστόσο, για να μπορεί να τύχει τεκμηριωμένης ερμηνείας αυτό το εύρημα σε μελλοντική μελέτη ενδεχομένως να χρειαστεί η διερεύνηση του βαθμού αυτεπάρκειας σε σχέση με τις προσωπικές εμπειρίες, τα κοινωνικά πρότυπα, την κοινωνική πειθώ, τη σωματική και συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων.

Σε ό,τι αφορά την αυτεπάρκεια τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν υψηλότερη βαθμολογία από αυτά της πρόσφατης έρευνας των Xie et al. (2020), οι οποίοι χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο μέτρησης, ανάμεσα σε ΝΜ στην Κίνα. Άλλοι ερευνητές (Van Dyk et al. 2016), με χρήση διαφορετικών εργαλείων μέτρησης της αυτεπάρκειας σε ΝΜ, βρήκαν επίσης χαμηλότερα επίπεδα αυτεπάρκειας από την παρούσα έρευνα.

Οι λόγοι που συνέβαλαν στα σχετικά υψηλά επίπεδα της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας των ΜΔΣΝ στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου δεν αποτελούσαν σκοπό της παρούσας εργασίας. Ωστόσο, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με τις εμπειρίες που απέκτησαν μέσω ενός οργανισμού υγείας, ο οποίος διαφέρει ως προς τη δομή και την οργανωσιακή κουλτούρα από άλλους (π.χ. ιδιωτικά νοσοκομεία). Συγκεκριμένα, αυτό μπορεί να οφείλεται στον βαθμό αυτονομίας που λαμβάνουν από το πρόγραμμα υπηρεσίας τους, ο οποίος με τη σειρά του τους δίνει σημαντικές ευθύνες στο ρόλο τους ως ΝΜ.

Μία μελλοντική έρευνα που θα εστιάζει στις τέσσερις κύριες πηγές επιρροής (προσωπικές εμπειρίες, κοινωνικά πρότυπα, κοινωνική πειθώ, σωματική και συναισθηματική κατάσταση), που εντοπίστηκαν από τον Bandura (1994), ενδεχομένως να διευκρινίσει τους παράγοντες που συμβάλουν στον υψηλό βαθμό αυτεπάρκειας.

Η αυτεπάρκεια επηρεάζει την ανθρώπινη λειτουργία, όχι μόνο άμεσα αλλά και μέσω των επιπτώσεών της σε άλλες σημαντικές κατηγορίες καθοριστικών παραγόντων όπως οι φιλοδοξίες, τα κίνητρα και τα αντικίνητρα (που βασίζονται στις προσδοκίες των αποτελεσμάτων, τα αντιληπτά εμπόδια και την πρόσβαση σε ευκαιρίες στα κοινωνικά συστήματα) (Bandura, 2009). Ως εκ τούτου, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι τα ΜΔΣΝ

θα μπορούσαν να διατηρήσουν ή και να βελτιώσουν το βαθμό αυτεπάρκειας τους, αν μέσα από τις μεταρρυθμίσεις για την αυτονομία των κρατικών νοσηλευτηρίων υποστηρίζονταν με ανάλογα μέτρα από τις διευθύνσεις του νεοσύστατου οργανισμού στον οποίο έχουν υπαχθεί τα νοσηλευτήρια.

Έχει επίσης παρατηρηθεί πολύ μικρή στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της αυτεπάρκειας με την ηλικία ($r = + 0,34, p = 0,000$) και την προϋπηρεσία ($r = + 0,36, p = 0,000$). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, συμφωνούν μεν, αλλά δεν συνάδουν απόλυτα με τα ευρήματα της μελέτης των Van Dyk et al (2016) οι οποίοι υποστήριξαν ότι υπάρχει μεγάλη στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της αυτεπάρκειας με την προϋπηρεσία και ότι αυτή θα μπορούσε να προβλεφθεί από την ηγετική εμπειρία.

Επιπρόσθετα, συμφωνούν επίσης εν μέρει με τα αποτελέσματα των Farokhzadian et al. (2015), στην έρευνα των οποίων όμως εντοπίστηκαν χαμηλά επίπεδα αυτεπάρκειας, και βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του βαθμού αυτεπάρκειας και i) της ηλικίας, ii) των ακαδημαϊκών προσόντων και iii) της κατάρτισης των ΝΜ.

Τα σχετικά με την αυτεπάρκεια ευρήματα επιβεβαιώνουν την προϋπάρχουσα γνώση, ωστόσο οι διαφορές που προκύπτουν μεταξύ των ερευνών ενδεχομένως να οφείλονται στο πολιτισμικό υπόβαθρο, την προϋπηρεσία, εμπειρία και ηλικία των συμμετεχόντων στο μέγεθος του δείγματος και αναμφίβολα στις επικρατούσες συνθήκες και το διοικητικό καθεστώς λειτουργίας των αντίστοιχων νοσηλευτηρίων.

Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το γεγονός ότι αυτή η μελέτη αποκάλυψε επίσης στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτεπάρκειας και ενδυνάμωσης ($r = + 0,36, p = 0,000$) και μεταξύ αυτεπάρκειας και ισχύος, τόσο επίσημης ($r = + 0,26, p = 0,000$) όσο και ανεπίσημης ($r = + 0,34, p = 0,000$).

Το αποτέλεσμα επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ της θεωρίας του Bandura (1977), η οποία υποστηρίζει ότι η αυτεπάρκεια είναι η πεποίθηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να οργανώσει και να εκτελέσει μια σειρά δράσεων (να επιτελέσει δηλαδή με επιτυχία ένα συγκεκριμένο έργο) και της θεωρίας της Kanter (1977), η οποία υποστηρίζει ότι η ισχύς, μπορεί να ερμηνευθεί ως η ικανότητα κινητοποίησης ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη της εργασίας και η οποία αποκτάται μέσω των συστατικών στοιχείων της δομικής ενδυνάμωσης στο περιβάλλον εργασίας.

Καταληκτικά θα μπορεί να υποστηριχθεί το γεγονός ότι τα ΜΔΣΝ στα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου έχουν σχετικά υψηλά επίπεδα αυτεπάρκειας και μέτρια

επίπεδα ισχύος και ενδυνάμωσης, αποτελεί απόδειξη της πιθανότητας επίτευξης περισσότερων οργανωσιακών στόχων.

7.2 Ενδυνάμωση

Η έρευνα έδειξε μέτρια επίπεδα ενδυνάμωσης ($MT_1 = 18,30$ VS $MT_2 = 17,61$, $p = 0,379$) με χαμηλότερη βαθμολογία στη δεύτερη φάση. Οι βαθμολογίες πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση κατατάσσονται ομοιοτρόπως με τις βαθμολογίες της δεύτερης φάσης να είναι χαμηλότερες, όπως αντίστοιχα εντοπίστηκε και για την αυτεπάρκεια. Συγκεκριμένα, την υψηλότερη βαθμολογία λάμβανε η κατηγορία «ευκαιρίες» ($MT_1 = 3,81$ VS $MT_2 = 3,49$, $p = 0,001$) με δεύτερη τη κατηγορία «υποστήριξη» ($MT_1 = 2,99$ VS $MT_2 = 2,82$, $p = 0,264$) και τρίτη τη κατηγορία «πληροφορίες» ($MT_1 = 2,91$ VS $MT_2 = 2,75$, $p = 0,183$). Τελευταία κατατάσσεται η κατηγορία «πόροι» ($MT_1 = 2,62$ VS $MT_2 = 2,60$, $p = 0,789$).

Τα πιο πάνω αποτελέσματα συνάδουν με παρόμοιες πρότερες έρευνες στις οποίες βρέθηκαν επίσης μέτρια επίπεδα ενδυνάμωσης των NM στους αντίστοιχους εργασιακούς χώρους (Bish et al., 2014; DeVivo et al., 2013; Laschinger et al., 2012; Spencer & McLaren, 2017; Trus et al., 2018) με κάποιες διαφοροποιήσεις ως προς τις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση με την υψηλότερη βαθμολογία, όπως για παράδειγμα η μεγάλη έρευνα των Spencer & McLaren (2017), στην οποία βρέθηκε ότι η κατηγορία «πληροφορίες» λάμβανε υψηλότερη βαθμολογία από τις υπόλοιπες. Η ερμηνεία που μπορεί να δοθεί στις διαφορές μεταξύ των ερευνών είναι ότι ο κάθε οργανισμός ή διοίκηση νοσηλευτηρίου δίνει ενδεχόμενα διαφορετική βαρύτητα στην παροχή πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση.

Με βάση τις πρότερες σχετικές έρευνες, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν την καθιέρωση ενός παγκόσμιου πλέον μοτίβου όσον αφορά τα επίπεδα ενδυνάμωσης των NM. Ειδικά σε ό,τι αφορά στην κοινή διαπίστωση για τη χαμηλή βαθμολογία που λαμβάνει η κατηγορία «πόροι», θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη μεταξύ των NM, όχι μόνο στην Κύπρο αλλά παντού, ότι η πρόσβαση στους πόρους έχει άμεση σχέση με τη δυνατότητα επιτυχούς έκβασης των οργανωσιακών στόχων.

Όπως και στην περίπτωση της αυτεπάρκειας η έρευνα αποκάλυψε επίσης ότι στην διοικητική διεύθυνση Λεμεσού - Πάφου παρουσιάζεται υψηλότερος βαθμός συνολικής

ενδυνάμωσης ($MT_1 = 19,47$ VS $MT_2 = 18,83$). Οι λόγοι για τους οποίους βρέθηκε αυτό το αποτέλεσμα χρειάζεται ενδεχομένως να αναζητηθούν μέσα από τις διοικητικές πρακτικές που εφαρμόζονται στη διοικητική αυτή διεύθυνση και το περιβάλλον εργασίας σε σύγκριση με το τι εφαρμόζεται στις άλλες δύο διευθύνσεις.

Σημειώνεται ωστόσο ότι η διαφορά της βαθμολογίας της συνολικής ενδυνάμωσης ήταν υψηλότερη στους κατόχους πτυχίου. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αντίστοιχα των Spencer & McLaren (2017), οι οποίοι βρήκαν επίσης ότι οι βαθμολογίες ενδυνάμωσης των συμμετεχόντων δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ κάτοχων πτυχίου και κάτοχων μεταπτυχιακού.

Εντοπίστηκε επίσης, *στατιστικά σημαντική υψηλή συσχέτιση* ($r = + 0,78, p = 0,000$) μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και επίσημης ισχύος και *στατιστικά σημαντική, υψηλή συσχέτιση* μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και ανεπίσημης ισχύος ($r = + 0,65, p = 0,000$). Το εύρημα αυτό μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως επιβεβαιωτικό στοιχείο στη θεωρία της Kanter. Υποστηρίζεται λοιπόν ότι ο υψηλός βαθμός ενδυνάμωσης συνοδεύεται και με υψηλό βαθμό ισχύος.

Από τα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συνολικής ενδυνάμωσης με την ηλικία ($r = + 0,15, p = 0,042$) και την προϋπηρεσία ($r = + 0,18, p = 0,019$) όπως αντίστοιχα βρέθηκε και για την αυτεπάρκεια. Το αποτέλεσμα αυτό θεωρείται αναμενόμενο δεδομένης της πολύ υψηλής συσχέτισης των δύο (αυτεπάρκειας και ενδυνάμωσης) όπως αναφέρθηκε πιο πάνω.

Τα τρία χαρακτηριστικά στοιχεία που αξιολογήθηκαν στην σχετική υποκλίμακα αξιολόγησης των εργασιακών δραστηριοτήτων για την επίσημη ισχύ (*ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία, βαθμός ευελιξίας στη δουλειά και βαθμός προβολής των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία στο πλαίσιο του ιδρύματος*) πηγάζουν από την ευελιξία, την προσαρμοστικότητα, τη δημιουργικότητα - που συνδέεται με τη διακριτική λήψη αποφάσεων, τη διαφάνεια και την κεντρική θέση σε οργανωσιακούς σκοπούς και στόχους και απορρέουν από τα χαρακτηριστικά της θέσης εργασίας (Laschinger et al., 2001).

Αντίστοιχα, τα τέσσερα στοιχεία που αξιολογήθηκαν στην άλλη υποκλίμακα αξιολόγησης των οργανωσιακών σχέσεων για την επίσημη ισχύ (*η συνεργασία με τους γιατρούς στη φροντίδα των ασθενών, η αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους για επίλυση*

προβλημάτων, η αναζήτηση από προϊστάμενο για βοήθεια σε επίλυση προβλημάτων και η αναζήτηση ιδεών από επαγγελματίες εκτός από γιατρούς) προέρχονται από τις κοινωνικές διασυνδέσεις και την ανάπτυξη διαύλων επικοινωνίας και πληροφόρησης με χορηγούς, συναδέλφους, υφισταμένους και διαλειτουργικές ομάδες (Laschinger et al., 2001).

Με βάση τα πιο πάνω, το εύρημα της *στατιστικά σημαντικής υψηλής συσχέτισης*, μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και επίσημης ισχύος ($r = + 0,78, p = 0,000$) όπως επίσης και μεταξύ συνολικής ενδυνάμωσης και ανεπίσημης ισχύος ($r = + 0,65, p = 0,000$) επιβεβαιώνει τη σημαντική συμβολή των παραγόντων που συνθέτουν τις δύο αυτές κατηγορίες στο βαθμό της αντιλαμβανόμενης συνολικής ενδυνάμωσης.

Γενικά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο μέτριος βαθμός συνολικής ενδυνάμωσης των ΝΜ, με τις διαφορές στις βαθμολογίες των κατηγοριών που την συνθέτουν (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη, πόροι) αντανακλά στις διαφορές των ρόλων, των ευθυνών, της θέσης, της ιεραρχίας και στους περιορισμούς που τίθενται τόσο από τις οικονομικές πιέσεις και στους περιορισμούς των πόρων όσο και από το διοικητικό πλαίσιο. Επομένως, συνίσταται πέραν από την εργασιακή δέσμευση των ΜΔΣΝ και η απαραίτητη υποστήριξη από τις διευθύνσεις του οργανισμού των νοσηλευτηρίων.

7.3 Ισχύς

Η μελέτη έχει αναδείξει μέτρια επίπεδα ισχύος με τις βαθμολογίες της ανεπίσημης ισχύος ($MT_1 = 3,53$ VS $MT_2 = 3,55, p = 0,849$) να είναι υψηλότερες από την επίσημη ισχύ ($MT_1 \pm 0,90$ VS $MT_2 = 2,38, p = 0,728$).

Η ανεπίσημη ισχύς είναι η μόνη που στη δεύτερη φάση παρουσιάζει αύξηση. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι τα ΜΔΣΝ αξιοποιούν περισσότερο τις κοινωνικές τους διασυνδέσεις και κανάλια επικοινωνίας με τους συναδέλφους, τους συνεργάτες, τους υφισταμένους και τις διαλειτουργικές ομάδες, από τα οποία πηγάζει η ανεπίσημη ισχύς, παρά από τα χαρακτηριστικά των εργασιακών δραστηριοτήτων (*ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία, βαθμός ευελιξίας στη δουλειά και βαθμός προβολής των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία στο πλαίσιο του ιδρύματος*).

Η έρευνα διαπιστώνει επίσης, όπως για την αυτεπάρκεια και την ενδυνάμωση, ότι στην διοικητική διεύθυνση Λεμεσού - Πάφου παρουσιάζεται υψηλότερος βαθμός επίσημης ισχύος ($MT_1 = 2,61 \pm$ VS $MT_2 = 2,56$) καθώς επίσης και ανεπίσημης ισχύος ($MT_1 = 3,60$ VS $MT_2 = 3,59$). Όπως προαναφέρθηκε για την αυτεπάρκεια και την ενδυνάμωση, μια

μελλοντική έρευνα σε ό,τι αφορά στις διοικητικές πρακτικές που εφαρμόζονται στη διοικητική αυτή διεύθυνση και στο περιβάλλον εργασίας, σε σύγκριση με το τι εφαρμόζεται στις άλλες δυο διευθύνσεις του Ο.Κ.Υπ.Υ ενδεχομένως να δώσει τις απαντήσεις.

Σημειώνεται επίσης ότι δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, η MT της *επίσημης ισχύος*, διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,010$) μεταξύ αυτών που κατέχουν πτυχίο (MT = 2,52) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό (MT = 2,16) όπως επίσης διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p_2 = 0,016$) και η MT της *ανεπίσημης ισχύος* μεταξύ αυτών που κατέχουν πτυχίο (MT₁ = 3,66) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό (MT = 3,36).

Παρατηρήθηκε επίσης *στατιστικά σημαντική μικρή συσχέτιση* μεταξύ επίσημης ισχύος και ηλικίας ($r = + 0,22$, $p = 0,004$) και μεταξύ επίσημης ισχύος και προϋπηρεσίας ($r = + 0,21$, $p = 0,004$).

Τα αποτελέσματα αυτά είναι επίσης συναφή με παρόμοιες έρευνες (Oliver et al., 2014; Peltomaa et al., 2013; Regan & Rodriguez, 2011; Spencer & McLaren, 2017). Η ανεπίσημη ισχύς, φαίνεται ότι λάμβανε πιο υψηλή βαθμολογία σε κάποιες από τις έρευνες, ειδικά στα ζητήματα που αφορούσαν στη συνεργασία με τους γιατρούς ή με τους συναδέλφους και στην αναζήτηση ιδεών από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Spencer & McLaren, 2016; Kang et al., 2012; Trus et al., 2018).

Σε κάποιες άλλες έρευνες διαπιστώθηκε ότι η επίσημη ισχύς φαίνεται να είναι υψηλότερη μεταξύ NM που έχουν περισσότερη εκτελεστική εξουσία και υπηρετούν σε πιο υψηλή θέση (Viinikainen et al., 2015; Spencer & McLaren, 2016; Kang et al., 2012) από την οποία αντλούν περισσότερη δύναμη.

Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε επίσης ότι η επίσημη και ανεπίσημη ισχύς των ΜΔΣΝ είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με όλες τις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση (πληροφορίες, ευκαιρίες υποστήριξη, πόροι). Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και στη μελέτη των Trus et al. (2017), η οποία ωστόσο μέτρησε την ισχύ μέσω της κλίμακας MAS (Managers Activity Scale) και δύο άλλων ερωτήσεων. Στην ίδια μελέτη με τη χρήση επιπρόσθετων εργαλείων, βρέθηκε ότι η ισχύς των NM και η βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής ήταν σε υψηλό επίπεδο. Οι Trus et al. (2017), βρήκαν επίσης, ότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διέθεταν υψηλότερη επίσημη ισχύ από αυτούς με λιγότερη εκπαίδευση, κάτι που δεν βρέθηκε στην παρούσα έρευνα. Ένα άλλο εύρημα της έρευνας τους με το οποίο η παρούσα δεν φαίνεται

να συμφωνεί είναι ότι στην μελέτη των Trus et al. (2017), φάνηκε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, επαγγελματικής εμπειρίας στη νοσηλευτική και ισχύος σε επίπεδο οργανισμού.

Σε δεύτερη δημοσίευση για την ίδια έρευνα οι Trus et al. (2018), παρουσίασαν ανάλυση της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση των ΝΜ. Στην μελέτη φάνηκε ότι οι λόγοι που συμβάλουν στο επίπεδο της αντιλαμβανόμενης ισχύος των ΝΜ οφείλονται σε αρκετούς παράγοντες. Ειδικότερα η συνολική ισχύς συσχετιζόταν με την εργασιακή εμπειρία σε διοικητική θέση. Το αποτέλεσμα αυτό βρέθηκε να συμφωνεί εν μέρει με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μόνο για την επίσημη ισχύ.

Στην παρούσα μελέτη, σε ό,τι αφορά στην ισχύ δεν φαίνεται να ισχύει ότι και για την αυτεπάρκεια, η οποία αξιολογήθηκε σχετικά υψηλή και στην οποία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με την εργασιακή εμπειρία και την ηλικία. Ωστόσο, όπως αντίστοιχα και για την ενδυνάμωση, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο μέτριος βαθμός ισχύος των ΜΔΣΝ, αντανάκλα επίσης στις διαφορές των ρόλων, των ευθυνών, της θέσης, της ιεραρχίας και στους περιορισμούς που τίθενται τόσο από τις επικρατούσες συνθήκες όσο και από το θεσμικό πλαίσιο διοίκησης και λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων.

7.4 Τάση φυγής

Στο τελευταίο ερευνητικό ερώτημα της έρευνας που επιχειρούσε να διερευνήσει την τάση φυγής, η αποτύπωση των αποτελεσμάτων έδωσε σημαντικές πληροφορίες.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν χαμηλότερα ποσοστά στην πρόθεση φυγής στην πρώτη φάση (Μάρτιος 2019), ενώ δώδεκα μήνες μετά (Μάρτιος 2020) τα ποσοστά ήταν υψηλότερα και για τις τρεις υπό εξέταση επιλογές (πρόθεση αλλαγής τμήματος, επαγγέλματος ή αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου). Η έρευνα επιχειρήσε να προχωρήσει και πιο κάτω ζητώντας από τους συμμετέχοντες να διευκρινίσουν τους δύο κύριους λόγους για την απάντηση που έδωσαν στο πιο πάνω ερώτημα.

Σημειώνεται ότι πρότερη συναφής έρευνα των Hewko et al. (2015), βρήκε ότι οι τέσσερις πιο σημαντικοί παράγοντες για τους ΝΜ που σκόπευαν να αποχωρήσουν ήταν ο φόρτος εργασίας, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η ανεπαρκής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, οι ανεπαρκείς ανθρωπίνι και οικονομικοί πόροι και η ανεπαρκής ενδυνάμωση για την εκτέλεση της εργασίας.

Μικρότερης σημασίας βρέθηκε η ασφάλεια της εργασίας, οι οικογενειακοί λόγοι και η ασυμφωνία μεταξύ του στίλ ηγεσίας τους και των εποπτών τους. Παράλληλα, ο πιο σημαντικός παράγοντας για τους ΝΜ που σκοπεύουν να παραμείνουν ήταν η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής ακολουθούμενη από επαρκή υποστήριξη από τον άμεσα προϊστάμενό τους και την ικανότητα διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας.

Πρόθεση αλλαγής τμήματος

Εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις στην πρόθεση αλλαγής τμήματος μεταξύ των ομάδων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση εργασίας, ιεραρχία). Η πρόθεση αλλαγής τμήματος κυμαίνεται περίπου στα ίδια επίπεδα και στις δυο φάσεις αν και στη δεύτερη φάση παρουσιάζεται υψηλότερη κατά 2% στο σύνολο των συμμετεχόντων. Στη δεύτερη φάση υπάρχει μείωση του ποσοστού στις διευθύνσεις Αμμοχώστου – Λάρνακας (-4,6%) και Λεμεσού - Πάφου (-15,6%). Ωστόσο, παρατηρείται μια μεγάλη αύξηση στη διοικητική διεύθυνση Λευκωσίας (+20,2%).

Δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ακαδημαϊκών προσόντων και της πρόθεσης για αλλαγή τμήματος ($p = 0,028$). Το αποτέλεσμα αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι στη δεύτερη φάση οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ήταν περισσότεροι ($N = 61$) από ότι ήταν στην πρώτη φάση ($N = 53$) και το ποσοστό πρόθεσης για αλλαγή τμήματος μεταξύ τους ήταν μεγαλύτερο (από 28,3% σε 32,8%).

Δεν διαφοροποιείται σημαντικά η πρόθεση για αλλαγή τμήματος με βάση την ηλικία και την προϋπηρεσία. Παρατηρήθηκε, ωστόσο ότι μεταξύ αυτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 46 - 55 χρονών και μεταξύ αυτών που ανήκουν στην ομάδα με προϋπηρεσία 21 - 30 χρόνων βρίσκεται το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών με πρόθεση για αλλαγή τμήματος. Το αποτέλεσμα αυτό ενδεχομένως να οφείλεται αφενός μεν στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες με την πάροδο των δώδεκα μηνών πέρασαν σε άλλη ηλικιακή ομάδα και αφετέρου στο γεγονός ότι ο αριθμός αυτών που επιθυμούσαν αλλαγή τμήματος ήταν μεγαλύτερος στη δεύτερη φάση.

Παρατηρήθηκε ότι όσοι δήλωσαν πρόθεση για αλλαγή τμήματος είχαν και στις δύο φάσεις χαμηλότερο βαθμό αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος από αυτούς που δεν δήλωσαν πρόθεση αλλαγής. Αναζητώντας τις σχέσεις μεταξύ του βαθμού της

αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος αυτών που δήλωναν πρόθεση αλλαγής τμήματος δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με: α) Τη ΜΤ αυτεπάρκειας μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος (MT = 31,39) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ (MT = 32,86) ($p = 0,048$), β) τη ΜΤ της επίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος (MT = 2,06) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ (MT = 2,48) ($p = 0,010$), γ) τη ΜΤ της ανεπίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος (MT = 3,27) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ (MT = 3,64) ($p = 0,005$) και δ) τη ΜΤ της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή τμήματος (MT = 15,23) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ (MT = 18,32) ($p = 0,000$).

Επίσης, από την εξέταση των τεσσάρων κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη και πόροι), βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές για κάθε κατηγορία είναι χαμηλότερες σε αυτούς που δήλωναν πρόθεση αλλαγής τμήματος και στις δύο φάσεις.

Πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος

Στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος παρατηρείται αύξηση στο σύνολο των συμμετεχόντων κατά 3,7% στη δεύτερη φάση. Παρατηρείται επίσης μεταβολή του ποσοστού κατά διοικητική διεύθυνση. Συγκεκριμένα, στη δεύτερη φάση υπάρχει μείωση του ποσοστού των συμμετεχόντων στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος των συμμετεχόντων στη διεύθυνση Λεμεσού - Πάφου (-11,3%), αύξηση στη διοικητική διεύθυνση Λευκωσίας (+8,9%) και στη διεύθυνση Αμμοχώστου – Λάρνακας (+6,2%).

Δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας ($p = 0,018$) και προϋπηρεσίας ($p = 0,022$) και της πρόθεσης για αλλαγή επαγγέλματος. Η μέση ηλικία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος κυμαινόταν μεταξύ 44 – 56 χρονών και η μέση προϋπηρεσία αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος κυμαινόταν μεταξύ 21 – 33 χρονών.

Όσοι δήλωναν πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος είχαν και στις δύο φάσεις χαμηλότερο βαθμό αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος (επίσημης και ανεπίσημης) από αυτούς που δεν δήλωναν πρόθεση αλλαγής. Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι πέραν από το βαθμό αυτεπάρκειας των ΜΔΣΝ (ο οποίος καθορίζεται κυρίως από άλλους παράγοντες, με βάση τη θεωρία του Bandura) η πρόθεσης φυγής από

το επάγγελμα συνδέεται με το βαθμό στον οποίο ο οργανισμός παρέχει ευκαιρίες, πληροφόρηση, υποστήριξη και πόρους στα ΜΔΣΝ.

Αναζητώντας τις σχέσεις μεταξύ του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος αυτών που δήλωναν ΝΑΙ στην πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος και αυτών που δήλωναν ΟΧΙ, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με: α) Τη ΜΤ της επίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ (ΜΤ = 1,97) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ (ΜΤ = 2,48) ($p = 0,002$) και β) τη ΜΤ της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή επαγγέλματος (ΜΤ = 15,41) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ (ΜΤ = 18,15) ($p = 0,001$).

Επίσης, από την εξέταση των τεσσάρων κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη και πόροι) βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές για κάθε κατηγορία είναι χαμηλότερες σε αυτούς που δήλωσαν πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος και στις δύο φάσεις.

Πρόθεση αλλαγής οργανισμού/ νοσοκομείου

Όπως και στην εξέταση της πρόθεσης για αλλαγή τμήματος, εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις στην πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου μεταξύ των ομάδων με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, προϋπηρεσία, ακαδημαϊκά προσόντα, ειδικότητα, θέση εργασίας, ιεραρχία). Η πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου παρουσιάζει μια αύξηση στο σύνολο των συμμετεχόντων κατά 5% στη δεύτερη φάση.

Παρατηρείται επίσης μεταβολή του ποσοστού κατά διοικητική διεύθυνση. Συγκεκριμένα, στη δεύτερη φάση υπάρχει μείωση του ποσοστού στο σύνολο των συμμετεχόντων στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/ νοσοκομείου στις διευθύνσεις Αμμοχώστου – Λάρνακας (-1,3%) και Λεμεσού - Πάφου (-0,8%) και αύξηση στη διοικητική διεύθυνση Λευκωσίας (+2,1%)

Δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται σημαντικά η πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου με βάση την ηλικία ή την προϋπηρεσία.

Όσοι δήλωναν πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου είχαν και στις δύο φάσεις χαμηλότερο βαθμό αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος (επίσημης και ανεπίσημης) από αυτούς που δεν επιθυμούσαν αλλαγή.

Αναζητώντας τις σχέσεις μεταξύ του βαθμού της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος αυτών που δήλωναν ΝΑΙ στην πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου και αυτών που δήλωναν ΟΧΙ, δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με: α) τη MT της επίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT = 1,93$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT = 2,52$) ($p = 0,000$), β) τη MT της ανεπίσημης ισχύος μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT = 3,33$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT = 3,62$) ($p = 0,025$) και γ) τη MT της συνολικής ενδυνάμωσης μεταξύ αυτών που δήλωσαν ΝΑΙ στην πρόθεση για αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου ($MT = 15,21$) και αυτών που δήλωσαν ΟΧΙ ($MT = 18,33$) ($p = 0,000$).

Επίσης, από την εξέταση των τεσσάρων κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση (ευκαιρίες, πληροφορίες, υποστήριξη και πόροι) βρέθηκε ότι οι μέσες τιμές για κάθε κατηγορία είναι χαμηλότερες σε αυτούς που δήλωσαν πρόθεση αλλαγής οργανισμού/νοσοκομείου και στις δύο φάσεις.

Ο Labrague (2020), διαπίστωσε από τα ευρήματα της ερευνάς του ότι η επαγγελματική πρόθεση φυγής ήταν χαμηλότερη από την οργανωσιακή πρόθεσης φυγής. Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι η πιο υψηλή πρόθεση φυγής είναι η αλλαγή οργανισμού/νοσοκομείου η οποία αυξήθηκε περισσότερο από τις άλλες δύο στην δεύτερη φάση. Οι παράγοντες που έχουν συμβάλει στην αύξηση του ποσοστού της τάσης φυγής στη δεύτερη φάση χρειάζεται να αναζητηθούν περαιτέρω σε μελλοντική έρευνα που θα εξετάζει και τις διοικητικές πρακτικές του οργανισμού και ενδεχόμενες συνθήκες που έχουν μεταβληθεί με το νέο καθεστώς λειτουργίας.

Επιπρόσθετα, ο Labrague (2020), στην έρευνα του βρήκε ότι η ηλικία είχε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση φυγής κάτι που δεν εντοπίστηκε στην παρούσα μελέτη.

Όπως επίσης βρέθηκε στην παρούσα έρευνα, οι προθέσεις φυγής των ΜΔΣΝ με υψηλότερες βαθμολογίες συνολικής ενδυνάμωσης είναι λιγότερες από αυτές με χαμηλό βαθμό, αντίστοιχα οι Laschinger et al. (2012), στην έρευνα τους εντόπισαν ότι οι ΝΜ με μέτρια ως υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης είχαν χαμηλές προθέσεις εγκατάλειψης του ρόλου τους.

Πιθανοί λόγοι για την τάση φυγής

Η μελέτη δεν περιορίστηκε στη διερεύνηση μετρήσιμων δεδομένων και συσχετίσεων μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών. Επιχείρησε να διερευνήσει και πιθανούς λόγους για την τάση φυγής των συμμετεχόντων ζητώντας από τους συμμετέχοντες να *«αναφέρουν τους δύο κύριους λόγους που θα δικαιολογούσαν την απάντησή τους»*.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων έδωσε την ευκαιρία στον ερευνητή να διευκρινίσει περαιτέρω τις ερμηνείες της τάσης φυγής πέρα από τις απόλυτες μεταβλητές του ερωτηματολογίου. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι παράλληλα διερευνήθηκε έμμεσα και η πρόθεση παραμονής αφού οι συμμετέχοντες κατέγραψαν και λόγους που δεν επιθυμούσαν οποιαδήποτε αλλαγή.

Κάποιες από τις θεματικές κατηγορίες που προέκυψαν από τα ποιοτικά χαρακτηριστικά περιλάμβαναν την πρόθεση φυγής, την πρόθεση παραμονής ή ακόμα και εμπόδια στην πρόθεση φυγής. Τα θέματα (ενότητες) που προέκυψαν ήταν: η ικανοποίηση (εργασιακή) ή ΜΗ ικανοποίηση (δυσαρέσκεια από τη διεύθυνση ή τον οργανισμό), το περιβάλλον εργασίας, η κόπωση (άγχος, υποστελέχωση, φόρτος εργασίας), οι δυσκολίες προσαρμογής, η αναγνώριση (εκτίμηση/ σεβασμός από πελάτες ή από οργανισμό/ διοίκηση), οι προσωπικοί λόγοι (οικογενειακοί, υγείας, απόσταση από το σπίτι), τα κίνητρα (απολαβές, επιβράβευση) και η συνεργασία με συναδέλφους.

Ικανοποίηση

Έχουν εντοπιστεί δηλώσεις δυσαρέσκειας από κάποιους συμμετέχοντες με πρόθεση φυγής, οι οποίες είχαν αποδέκτες τον οργανισμό το νοσοκομείο ή τη διοίκηση. Άλλοι λόγοι εστιάζονταν σε έλλειψη ευκαιριών, αβεβαιότητα για το μέλλον, στην απουσία συνεργασίας και απογοήτευση από τη δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία.

Η σημαντικότητα των πιο πάνω, στο ευρύτερο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, συνδέεται και τεκμαίρεται από πρότερες σχετικές έρευνες που υποστηρίζουν ότι η δομική ενδυνάμωση σχετίζεται με την ικανοποίηση από την εργασία (Ahmad & Oranye, 2010; Laschinger et al., 2011, 2014; Bawafaa et al., 2015; Cicolini, et al., 2014). Επιπρόσθετα, η πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν τη δομική ενδυνάμωση (ευκαιρίες, πληροφορίες, πόροι και υποστήριξη) παρέχει στους νοσηλευτές τα απαραίτητα εργαλεία για να αντιληφθούν τα επίπεδα αυτονομίας που είναι απαραίτητα για να αυξήσουν την ικανοποίηση από την εργασία Teixeira & Barbieri-Figueiredo (2015). Η ικανοποίηση από την εργασία επηρεάζεται από ένα συνδυασμό ατομικών και συναφών παραγόντων

που αποδεικνύουν χρησιμότητα στην εξέταση τόσο των πηγών ικανοποίησης των νοσηλευτών όσο και της εργασίας τους για τη δημιουργία αποτελεσματικού εργασιακού περιβάλλοντός (Laschinger et al., 2011, 2014).

Οι νοσηλευτές που αναφέρουν υψηλά επίπεδα ενδυνάμωσης αναφέρουν επίσης υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και χαμηλό επίπεδο πρόθεσης αποχώρησης από τον οργανισμό και εγκατάλειψης του επαγγέλματος (Cai et al., 2009; Σερέτη και Κουλιεράκη, 2014). Στην μελέτη του Labrague (2020), η εργασιακή ικανοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση φυγής. Ειδικότερα φάνηκε ότι υπάρχει υψηλότερη πρόθεση φυγής μεταξύ των μάνατζερ που κατείχαν θέσεις μερικής απασχόλησης ή με σύμβαση εργασίας σε σύγκριση με εκείνους που κατείχαν θέσεις πλήρους απασχόλησης. Ωστόσο, οι μάνατζερ που επιθυμούν να παραμείνουν στη δουλειά τους επιβλέπουν λιγότερους υπαλλήλους από τους μάνατζερ που σκοπεύουν να φύγουν ενώ υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της τάσης φυγής των νοσηλευτών και την ικανοποίηση τους από την εργασία (Hewko et al., 2015).

Περιβάλλον

Οι απόψεις των συμμετεχόντων για το εργασιακό περιβάλλον εκτιμήθηκαν και μέσα από το δομημένο ερωτηματολόγιο στην υποκλίμακα για τη σφαιρική ενδυνάμωση με τα ερωτήματα: *«Γενικά, το τρέχον εργασιακό μου περιβάλλον με ενδυναμώνει να ολοκληρώνω το έργο μου με αποτελεσματικό τρόπο»* και *«Γενικά, θεωρώ ότι ο χώρος εργασίας μου είναι ένα ενδυναμωτικό περιβάλλον»*. Ωστόσο, η ανοικτού τύπου ερώτηση έδωσε την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να καταγράψουν ελεύθερα λόγους που αφορούσαν στο περιβάλλον εργασίας.

Από τα θετικά σχόλια σε σχέση με το εργασιακό περιβάλλον, οι συμμετέχοντες που δεν εξέφρασαν πρόθεση φυγής, αναγνώριζαν σταθερότητα και ικανοποίηση ενώ κάποιοι άλλοι το συνέδεαν και με άλλους παράγοντες όπως τη συνεργασία με τους συναδέλφους. Το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον, μπορεί να εξεταστεί μέσα από τη θεωρία της Kanter με εξέταση των οργανωσιακών δομών, αφού όπως έχει υποστηριχθεί, οι δομικοί παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στη στάση και στη συμπεριφορά των εργαζομένων Kanter (1977, 1993). Συγκεκριμένα, σε ένα περιβάλλον εργασίας όπου παρέχονται η πρόσβαση στην πληροφόρηση στην υποστήριξη, στους πόρους και στις ευκαιρίες υπάρχει ενδυνάμωση του προσωπικού και η εργασία μπορεί να ολοκληρωθεί επιτυχώς (Wong & Laschinger, 2013). Εξάλλου, αρκετοί ερευνητές

αξιοποιώντας τη θεωρία της Kanter υποστήριξαν ότι η δομή του εργασιακού περιβάλλοντος έχει άμεση επίδραση στις στάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων στον εργασιακό χώρο (Laschinger et al., 2012; Bish et al., 2014; Yang et al., 2014; Fan et al., 2016). Περαιτέρω, έχει υποστηριχθεί ότι το περιβάλλον εργασίας που παρέχει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να ασκούν το επάγγελμά τους σύμφωνα με τα επαγγελματικά πρότυπα συνδέεται με υψηλή εργασιακή ικανοποίηση (Ahmad & Oranye, 2010; DeVivo et al., 2013; Laschinger et al., 2011, 2014; Dahinten et al., 2016).

Καταληκτικά αναφέρεται ότι η διασφάλιση υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος διατηρεί τους νοσηλευτές στα νοσοκομεία που εργάζονται (Pishgooie et al., 2019) και ότι οι διοικήσεις των οργανισμών πρέπει να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να εξασφαλίσουν ότι οι νοσηλευτές τυγχάνουν ενδυνάμωσης και εργάζονται σε υψηλής ποιότητας περιβάλλον εργασίας που θα τους επιτρέψει να συνδράμουν καλύτερα στην εργασία τους (Wang & Liu, 2015).

Κόπωση

Οι δηλώσεις των συμμετεχόντων σε αυτή την ενότητα περιλάμβαναν αυτούσιες αναφορές με χρήση των όρων: «κόπωση», «εξουθένωση» και «άγχος» καθώς και λόγους που αφορούσαν στο φόρτο εργασίας και στην υποστελέχωση.

Η απουσία ενδυνάμωσης στη νοσηλευτική προβλέπει την εξουθένωση των νοσηλευτών (Cicolini, et al., 2014; Guo et al., 2016) η οποία μπορεί να προκληθεί από το αυξημένο στρες και το φόρτο εργασίας που συνακόλουθα μπορεί να προκαλέσουν φυγή των νοσηλευτών (Nelson III, 2017; Labrague, 2020). Σύμφωνα με τους Maslach και Leiter (2004), η εξουθένωση είναι μια σημαντική ενδιάμεση επίπτωση στις αρνητικές συνθήκες εργασίας και πρόδρομος της δυσαρέσκειας και της φυγής. Καταληκτικά, όπως έχει υποστηριχθεί από τους Van Bogaert et al. (2014), οι παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως οι σχέσεις νοσηλευτών - γιατρών και ο φόρτος εργασίας, είναι παράγοντες πρόβλεψης της πρόθεσης φυγής, της ποιότητας της περίθαλψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Δυσκολίες προσαρμογής

Από τους συμμετέχοντες που δεν είχαν πρόθεση φυγής καταγράφηκαν λόγοι, που κατηγοριοποιήθηκαν σε αυτή την ενότητα και αφορούσαν στην «εμπειρία», στη «συνήθεια» στην «ηλικία» και στην κατοχή «ειδικότητας/ κατάρτισης».

Από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για την ενδυνάμωση, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι την μεγαλύτερη πρόθεση φυγής είχαν συμμετέχοντες που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 46 - 55 και συμμετέχοντες με προϋπηρεσία 21- 30 χρόνια. Ο μικρότερος αριθμός αυτών που είχαν πρόθεση αλλαγής και ανήκαν σε μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα και με περισσότερα από 30 χρόνια υπηρεσίας φαίνεται από τις δηλώσεις: «*μετά από 33 χρόνια δύσκολη η αλλαγή*» και «*η ηλικία δεν μου επιτρέπει να κάνω αλλαγές*»

Σε σχέση με την κατοχή ειδικότητας η παρούσα μελέτη βρήκε ότι η πρόθεση φυγής ήταν υψηλότερη μεταξύ αυτών που δεν κατείχαν κάποια ειδικότητα και που επίσης φαίνεται από δηλώσεις όπως: «*η εξειδίκευση μου δεν μου δίνει περιθώρια αλλαγής*».

Αναγνώριση

Στη θεματική ενότητα «αναγνώριση» συνοψίστηκαν δηλώσεις που περιλάμβαναν αυτούσια τον όρο και δηλώσεις που εξέφραζαν *απουσία εκτίμησης* από τους πελάτες, το κοινό ή τη διοίκηση. Οι περισσότερες δηλώσεις διατύπωναν δυσαρέσκεια και οι συμμετέχοντες που τις κατέγραψαν είχαν πρόθεση αλλαγής για ένα από τους τρεις παράγοντες. Ωστόσο, πολύ λίγοι συμμετέχοντες, οι οποίοι δεν επιθυμούσαν κάποια αλλαγή, δήλωναν ότι υπήρχε αναγνώριση.

Η απουσία θετικής ανατροφοδότησης και επιβράβευσης ενδεχομένως να αποτελεί και την αιτία οι ΝΜ να μην αισθάνονται πολύτιμοι στον οργανισμό και να μην είναι ικανοποιημένοι για την αναγνώριση των προσπαθειών τους. Εξάλλου, οι νοσηλευτές που αισθάνονται ότι η εργασία τους τυγχάνει εκτίμησης και ότι οι προσπάθειές τους αναγνωρίζονται και επιβραβεύονται είναι πιο πιθανό να αισθάνονται σεβασμό στο χώρο εργασίας τους (Laschinger et al. 2012; Brown et al., 2013).

Κίνητρα

Οι δηλώσεις από τη θεματική ενότητα «κίνητρα» περιλάμβαναν απαντήσεις που αφορούσαν κυρίως στις απολαβές και στην επιβράβευση.

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε, μέσα από την κλίμακα της επίσημης ισχύος, ότι «η ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία» λάμβανε τη μικρότερη μέση βαθμολογία από τα άλλα δύο στοιχεία που την συνέθεταν. Η σημαντικότητα της επιβράβευσης και των κινήτρων έχει αποτυπωθεί τόσο μέσα από τις θεωρίες όσο και μέσα από τις σχετικές έρευνες.

Συγκεκριμένα, η επιβράβευση συνδέεται με την ενδυνάμωση (Spreitzer, 1995) ενώ τα κίνητρα των νοσηλευτών είναι αναπόσπαστα στοιχεία για την επίτευξη καλύτερης

έκβασης στους ασθενείς (Boamah, 2018). Η πρόσβαση σε ευκαιρίες (κινητικότητα και ανάπτυξης) συνεπάγεται πρόσβαση σε προκλήσεις, επιβράβευση και ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης για τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων. Ωστόσο, οι επιβραβεύσεις που αντλούνται από τη θέση αφορούν κίνητρα, αυξημένη αυτονομία και αυξημένη συμμετοχή για καλές επιδόσεις. Παραδοσιακά, η επιβράβευση είναι λιγότερο σημαντική πηγή ευκαιριών, εκτός αν συνδυάζεται με προαγωγή, η οποία αντανακλάται στο ρυθμό προαγωγών, και ανέλιξης κλιμάκων καθώς και στο εύρος και τη διάρκεια της σταδιοδρομίας που προσφέρει η θέση στο άτομο (Kanter, 1993). Συνακόλουθα, όταν οι ΝΜ αντιλαμβάνονται ότι ο οργανισμός υποστηρίζει τις προσπάθειές τους αισθάνονται άξιοι, επιβραβευμένοι και ικανοποιημένοι από το ρόλο τους ως αποτελεσματικοί νοσηλευτικοί ηγέτες (Laschinger et al., 2012). Καταληκτικά αναφέρεται ότι η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και των επαγγελματικών ανταμοιβών, μπορεί να βοηθήσουν στη διατήρηση των νοσηλευτών (Li et al., 2011).

Συνεργασία με συναδέλφους

Η συνεργασία αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στις προθέσεις των συμμετεχόντων. Όπου υπήρχε καλή εκτίμηση του βαθμού συνεργασίας δεν εντοπίστηκε πρόθεση φυγής. Στην παρούσα μελέτη οι διαπροσωπικές σχέσεις και συνεργασίες μεταξύ των ΜΔΣΝ διερευνήθηκαν μέσα από την κλίμακα οργανωσιακών σχέσεων που μετρούσε την ανεπίσημη ισχύ. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά στις σχέσεις με τους γιατρούς εκτιμήθηκε από το στοιχείο της κλίμακας: «*Συνεργασία με τους γιατρούς στην φροντίδα των ασθενών*» η βαθμολογία του οποίου ήταν υψηλότερη από το στοιχείο: «*Αναζήτηση από προϊστάμενο για βοήθεια σε επίλυση προβλημάτων*» χαμηλότερα όμως από το στοιχείο «*Αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους για επίλυση προβλημάτων*».

Η ανεπίσημη ισχύς, όπως εκτιμήθηκε στην παρούσα έρευνα να λαμβάνει δηλαδή πιο υψηλή βαθμολογία από την επίσημη ισχύ φαίνεται και σε άλλες έρευνες, ειδικά στα ζητήματα που αφορούσαν στη συνεργασία με τους γιατρούς, με τους συναδέλφους και στην αναζήτηση ιδεών από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Kang et al., 2012; Spencer & McLaren, 2016; Trus et al., 2018). Ενισχυτικά αναφέρεται ότι η διεπαγγελματική συνεργασία υποβοηθείται και ενισχύεται από την αυθεντική ηγεσία, τη δομική ενδυνάμωση και το επαγγελματικό εργασιακό περιβάλλον (Laschinger & Smith, 2013; Regan et al., 2016) και όσοι νοσηλευτές διαθέτουν υψηλή αυτεπάρκεια είναι περισσότερο δεσμευμένοι στη διεπαγγελματική συνεργασία (Costanzo et al., 2019).

Προσωπικοί λόγοι

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες που δεν επιθυμούσαν καμία αλλαγή κατέγραψαν προσωπικούς (οικογενειακούς) λόγους όπως ή απόσταση από το νοσοκομείο, ή προβλήματα υγείας.

Ο παράγοντας οικογένεια σε συνδυασμό με πιθανές δυσκολίες ή δυσαρέσκεια από την εργασία είναι σημαντικός στην πρόθεση φυγής. Από την πρόσφατη έρευνα του Labrague (2020), φάνηκε ότι η σύγκρουση εργασίας – οικογένειας και η δυσφορία από την εργασία είχαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την πρόθεση φυγής.

7.5 Περιορισμοί της έρευνας

1. Τα ευρήματα της παρούσας απεικονίζουν τις αντιλήψεις των προϊστάμενων νοσηλευτών σε τμήματα ή μονάδες των κρατικών νοσηλευτηρίων. Δεν επιχειρήθηκε εξέταση των αντιλήψεων των ΜΔΣΝ στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ένεκα της ποικιλομορφίας και ανομοιογένειας στην ιεραρχική δομή του προσωπικού, της δυναμικότητας και μεγέθους των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων καθώς και του διαφορετικού τρόπου με τον οποίο υπολογίζεται η στελέχωση. Επομένως, τα ευρήματα μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν αυστηρά άλλους οργανισμούς, παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έχουν επίσης παρατηρηθεί σε προηγούμενες έρευνες, σε διάφορες χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας και περιβάλλοντα εργασίας.
2. Παρόλο που τα ερωτηματολόγια ήταν προσωπικά και η συμπλήρωσή τους ήταν ατομική υπόθεση του κάθε συμμετέχοντα, δεν υπήρξε έλεγχος στο κατά πόσο αυτά απαντήθηκαν σε μη εργάσιμο χρόνο στο χώρο εργασίας υπό την πίεση του περιορισμένου χρόνου (π.χ χρόνο διαλείμματος) ή αν αυτά αποτέλεσαν αντικείμενο συζήτησης μεταξύ των συμμετεχόντων με τρόπο που να επηρεάζονταν μεταξύ τους.
3. Όπως είναι γνωστό οι άνθρωποι «ταξινομούν» τα πράγματα σε πρότυπα και ομάδες μέχρι να ενταχθούν σε ένα σχήμα το οποίο μπορεί να γίνει κατανοητό. Η αντίληψη εξαρτάται πάντα από το βαθμό κατανόησης του καθενός. Καθώς όλοι που αντιλαμβάνονται το ίδιο πράγμα έχουν διαφορετική προηγούμενη γνώση, διαφορετικές προσδοκίες και στάσεις, διαφορετικά πρότυπα σύγκρισης, κανένας δεν μπορεί να αντιλαμβάνεται το ίδιο γεγονός με τον ίδιο ακριβώς τρόπο (Altschul & Sinclair, 1986). Επομένως, οι απόψεις των συμμετεχόντων σε ό,τι αφορά στην

αυτοαξιολόγηση του βαθμού αυτεπάρκειας και ενδυνάμωσης τους είναι υποκειμενικές. Δεν διασταυρώνονται με τις απόψεις ανώτερων νοσηλευτικών στελεχών ή με τις απόψεις των κλινικών νοσηλευτών. Μια μελλοντική συγκριτική έρευνα ενδεχομένως να δείξει ομοιότητες και διαφορές μεταξύ αυτών των ομάδων και να αποδώσει μια πιο ακριβή και αντικειμενικότερη εικόνα.

4. Η έρευνα διεξήχθη στο αρχικό στάδιο λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων υπό τον Ο.Κ.Υπ.Υ. Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι την περίοδο αυτή δεν έχουν εδραιωθεί οι επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις και ενδεχόμενη έρευνα σε κατοπινό στάδιο να καταδείξει πολύ διαφορετικά αποτελέσματα. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν τις διαφορές στους πρώτους δώδεκα μήνες και θα αποτελέσουν τη βάση για συγκρίσεις σε περαιτέρω έρευνα.
5. Η μη εύρεση στατιστικά σημαντικής διαφοράς ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά πιθανό να οφείλεται στο μικρό μέγεθος του δείγματος παρόλο που αφορά σε απογραφική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του ερευνητή βασιζόμενη στις θεωρίες της αυτεπάρκειας του Bandura (1977) και της δομικής ενδυνάμωσης της Kanter (1993). Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος των προϊσταμένων των τμημάτων πριν και δώδεκα μήνες μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο. Επιπρόσθετα, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στην *αυτεπάρκεια* και στην *ενδυνάμωση* και στην *ισχύ* και η συσχέτιση των τριών αυτών μεταβλητών με το φύλο, την ηλικία, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τον τίτλο, τη θέση εργασίας και την εργασιακή πείρα (χρόνια υπηρεσίας). Διερευνήθηκε επίσης η τάση φυγής των συμμετεχόντων από την εργασία τους και η συσχέτισή της με τις κύριες μεταβλητές της μελέτης. Εξ όσων είναι σε θέση ο ερευνητής να γνωρίζει, τα θέματα που διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη δεν έτυχαν προηγούμενης έρευνας στην Κύπρο.

Πιο κάτω αποτυπώνονται περιληπτικά τα συμπεράσματα που εξάγονται από την έρευνα και ακολούθως εκτεταμένα για κάθε υπό εξέταση παράμετρο και ακολουθούν οι προτάσεις για βελτιώσεις και οι εισηγήσεις για περαιτέρω έρευνα στο θέμα.

Η μελέτη βρήκε σχετικά *υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, μέτρια επίπεδα ενδυνάμωσης και ισχύος* των ΜΔΣΝ τόσο στην πρώτη φάση της έρευνας όσο και στη δεύτερη. Ωστόσο, δώδεκα μήνες μετά και αφού τα νοσηλευτήρια είχαν υπαχθεί υπό τη διοίκηση του Ο.Κ.Υπ.Υ ο βαθμός αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος ήταν χαμηλότερος. Επιπρόσθετα η μελέτη επιβεβαίωσε τη σχέση της αυτεπάρκειας μεταξύ ηλικίας και εργασιακής εμπειρίας καθώς και ότι αυτή συσχετίζεται σημαντικά με την ενδυνάμωση και με την ισχύ. Οι λόγοι που συνέβαλαν στον εντοπισμό σχετικά υψηλού βαθμού αυτεπάρκειας ενδεχομένως να οφείλεται στις εμπειρίες των ΜΔΣΝ στον συγκεκριμένο οργανισμό και μπορεί να οφείλεται στον βαθμό αυτονομίας που λαμβάνουν από το πρόγραμμα υπηρεσίας τους, ο οποίος με τη σειρά του τους παρέχει συγκεκριμένες αρμοδιότητες και ευθύνες στο ρόλο τους ως προϊστάμενοι τμημάτων.

Ο χαμηλότερος βαθμός στην κατηγορία «πόροι» συμφωνεί με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών γεγονός που μπορεί να ερμηνευθεί ότι αυτό οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι η πρόσβαση σε περισσότερους πόρους συνδέεται άμεσα με την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Η υψηλότερη ανεπίσημη ισχύς από την επίσημη ισχύ υποδεικνύει ότι τα ΜΔΣΝ στρέφονται στην αναζήτηση συνεργασίας, βοήθειας και υποστήριξης μέσα από τις άτυπες μορφές ισχύος αξιοποιώντας τις γνωριμίες και τις διαπροσωπικές σχέσεις, που έχουν αναπτύξει εντός του οργανισμού με συνεργάτες και συναδέλφους.

Το γεγονός ότι η τάση φυγής ήταν αυξημένη στη δεύτερη φάση συνάδει με τα ευρήματα για την αυτεπάρκεια την ενδυνάμωση και την ισχύ όπου αναδείχθηκαν μειωμένες βαθμολογίες στη δεύτερη φάση.

8.1 Αυτεπάρκεια

Η μελέτη αποκάλυψε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα είχαν σχετικά υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, αν και στη δεύτερη φάση, δώδεκα μήνες μετά και αφού τα νοσηλευτήρια είχαν υπαχθεί υπό τη διοίκηση του Ο.Κ.Υπ.Υ τα επίπεδα ήταν χαμηλότερα. Επιβεβαίωσε επίσης τη σχέση της αυτεπάρκειας μεταξύ ηλικίας και εργασιακής εμπειρίας καθώς και ότι συσχετίζεται τόσο με την ενδυνάμωση όσο και με την ισχύ.

Οι λόγοι που συνέβαλαν στον εντοπισμό σχετικά υψηλού βαθμού αυτεπάρκειας στα ΜΔΣΝ ήταν εκτός του πεδίου αυτής της μελέτης. Ωστόσο, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι το εύρημα αυτό μπορεί να σχετίζεται με τις εμπειρίες που απέκτησαν μέσω ενός οργανισμού υγείας, ο οποίος διαφέρει ως προς τη δομή και τον πολιτισμό από άλλους (π.χ. ιδιωτικά νοσοκομεία). Συγκεκριμένα, αυτό μπορεί να οφείλεται στον βαθμό αυτονομίας που λαμβάνουν από το πρόγραμμα υπηρεσίας τους, ο οποίος με τη σειρά του τους δίνει σημαντικές ευθύνες στο ρόλο τους ως ΜΔΣΝ.

Ο βαθμός αυτεπάρκειας των ΜΔΣΝ είναι καθοριστικός στον τρόπο που αυτοί αισθάνονται, σκέφτονται και λειτουργούν στα πλαίσια της εργασίας τους. Σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση και την ισχύ καθορίζονται και οι προθέσεις τους αναφορικά με την παραμονή ή την φυγή. Επίσης, βοηθούν στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο θα εμπλακούν σε επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Η υιοθέτηση καλών πρακτικών διοίκησης για παράδειγμα, όταν ο βαθμός αυτεπάρκειας των ΜΔΣΝ είναι ψηλός, μπορεί να συμβάλει στην παρακίνηση και περαιτέρω ενδυνάμωση των νοσηλευτών του τμήματος με αποτέλεσμα την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας.

Ωστόσο, τα ΜΔΣΝ με υψηλό βαθμό αυτεπάρκειας, θα χρειάζεται να ενδυναμώνουν τους εαυτούς τους, μέσω προσπαθειών ενίσχυσης των δομών του εργασιακού περιβάλλοντος, στο βαθμό φυσικά που η θέση τους και οι αρμοδιότητες τους τους επιτρέπουν, προτού ενισχύσουν με τους ίδιους όρους το προσωπικό τους.

Επιπρόσθετα από τις δικές τους προσπάθειες, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ο βαθμός υποστήριξης από τον οργανισμό ώστε να καταστεί εφικτή η δημιουργία ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος με χαρακτηριστικά στοιχεία την ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης, της δέσμευσης στους οργανωσιακούς στόχους, του αισθήματος αυτονομίας και αυτεπάρκειας καθώς και τη διατήρηση του ανθρώπινου δυναμικού.

Μέσα από αυτές τις διεργασίες και λαμβάνοντας υπόψη τους λόγους που οι συμμετέχοντες ανέφεραν για τις προθέσεις φυγής, υποστηρίζεται ότι οι εργαζόμενοι θα καταστούν πιο παραγωγικοί και πιο αποτελεσματικοί.

8.2 Ενδυνάμωση

Η μελέτη αποκάλυψε επίσης ότι τα ΜΔΣΝ είχαν μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης. Δώδεκα μήνες μετά και αφού τα νοσηλευτήρια είχαν υπαχθεί υπό τη διοίκηση του Ο.Κ.Υπ.Υ παρατηρήθηκε μείωση στο βαθμό ενδυνάμωσης των ΜΔΣΝ. Με βάση και αυτό το εύρημα, σε συνδυασμό με τις δηλώσεις για την πρόθεση φυγής των συμμετεχόντων διαφαίνεται ότι έχει υποτιμηθεί η σημασία και η συνεισφορά του έργου που επιτελείται από τα ΜΔΣΝ στα κρατικά νοσηλευτήρια εκ μέρους της διοίκησης του οργανισμού.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σε σχέση με τα ευρήματα αντίστοιχων προηγούμενων ερευνών δείχνουν ότι καθιερώθηκε ένα παγκόσμιο μοτίβο όσον αφορά τα επίπεδα ενδυνάμωσης των ΜΔΣΝ. Σε όλες σχεδόν τις μελέτες η χαμηλότερη βαθμολογία παρατηρείται στην κατηγορία «πόροι». Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι αυτό οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι η πρόσβαση σε περισσότερους πόρους έχει άμεση σχέση με την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Επομένως, στη βάση αυτών των αποτελεσμάτων ο οργανισμός χρειάζεται να εστιάσει στην ενδυνάμωση των ΜΔΣΝ με σκοπό τη δημιουργία θετικού περιβάλλοντος εργασίας μέσα από την ενίσχυση της πρόσβασης στις τέσσερις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση (ευκαιρίες, υποστήριξη, πληροφορίες, πόροι). Εξάλλου, όπως έχει βρεθεί

και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, η πρόσβαση στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση ενισχύουν την προσωπική ανάπτυξη και προωθούν σχέσεις υποστήριξης με προϊστάμενους, συναδέλφους, και υφισταμένους. Όπως επίσης οι μελέτες έχουν εντοπίσει, με βάση τη θεωρία της Kanter (1993), η ενδυνάμωση επιδρά στο νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον και στα αποτελέσματα των ασθενών, μέσα από την κινητοποίηση όλων των απαραίτητων πόρων για την παροχή καλύτερης φροντίδας.

Η κατανόηση της σημασίας της έννοιας της , τόσο από τα ίδια τα ΜΔΣΝ όσο και από τις διοικήσεις των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, νοουμένου ότι τηρούνται οι προϋποθέσεις αξιοποίησης σχετικών ερευνητικών αποτελεσμάτων και της τεκμηριωμένης πρακτικής, θα καταστήσει ευκολότερη την αντιμετώπιση εσωτερικών διαρθρωτικών προβλημάτων και προκλήσεων στα σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω υποστηρίζεται ότι τόσο τα ανώτερα διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής όσο και οι ανώτατες διοικήσεις των νοσηλευτηρίων και του Ο.Κ.Υπ.Υ μπορούν να υποστηρίξουν τα ΜΔΣΝ παρέχοντάς τους ευκαιρίες για να συμβάλουν στη στρατηγική λήψη αποφάσεων στον οργανισμό μέσω επιτροπών και ομάδων εργασίας. Ένας άλλος τρόπος θα μπορούσε να είναι η παροχή υποστήριξης μέσω σχετικής ανατροφοδότησης και καθοδήγησης, η παροχή ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης και η ουσιαστική αναγνώριση των προσπαθειών τους για κάθε καινοτομία και πρωτοβουλία που αναλαμβάνουν.

8.3 Ισχύς

Όπως αντίστοιχα για την ενδυνάμωση η μελέτη αποκάλυψε ότι τα ΜΔΣΝ είχαν μέτρια επίπεδα ισχύος (επίσημης και ανεπίσημης) και ότι στη δεύτερη φάση είχαν χαμηλότερο βαθμό αντιλαμβανόμενης ισχύος γεγονός που επίσης αντανακλά στην ενδεχόμενη αδυναμία ή απροθυμία των διοικήσεων να ενισχύσουν τα ΜΔΣΝ.

Το γεγονός ότι ο βαθμός της αντιλαμβανόμενης ανεπίσημης ισχύος είναι υψηλότερος από το βαθμό της αντιλαμβανόμενης επίσημης ισχύος των συμμετεχόντων υποδεικνύει ότι τα ΜΔΣΝ στρέφονται στην αναζήτηση συνεργασίας, βοήθειας και υποστήριξης μέσα από τις άτυπες μορφές ισχύος αξιοποιώντας τις γνωριμίες και τις διαπροσωπικές σχέσεις, που έχουν αναπτύξει εντός του οργανισμού με τους συνεργάτες και τους συναδέλφους.

Τόσο η διοίκηση του οργανισμού όσο και των νοσηλευτηρίων χρειάζεται με βάση τα ευρήματα αυτά, να εκτιμήσει και να βελτιώσει με σοφία τις συνθήκες που δυνατό να ενισχύσουν τις δεξιότητές και τις γνώσεις των ΜΔΣΝ ώστε να καταστούν ικανότεροι στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν καθημερινά στον εργασιακό χώρο. Από την πλευρά τους τα ΜΔΣΝ, είναι αναγκαίο όπως αναζητήσουν τρόπους βελτίωσης της συνεργασίας με τις διοικήσεις για υιοθέτηση πρακτικών που θα τους δίνει την ευχέρεια για εφαρμογή όλων των δυνατοτήτων τους.

Τα ΜΔΣΝ στα κρατικά νοσηλευτήρια βρίσκονται στο επίκεντρο της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Αποτελούν το συνδετικό κρίκο μεταξύ των κλινικών νοσηλευτών και της νοσηλευτικής διοίκησης. Για να εξακολουθούν να επιδιώκουν επιτυχή έκβαση στους στόχους της διοίκησης του οργανισμού, με εστίαση στον ασθενή και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας χρειάζεται να τυγχάνουν και της ανάλογης υποστήριξης με πρόσβαση στα δομικά χαρακτηριστικά της επίσημης ισχύος. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι η πορεία πραγματοποίησης όλων των επιθυμητών και επιδιωκόμενων αλλαγών τόσο για τη βελτίωση της λειτουργίας όσο και της παροχής ποιοτικής φροντίδας περνά μέσα και από το δικό τους πεδίο δράσης. Επομένως, υποστηρίζεται ότι το αντιλαμβανόμενο επίπεδο ισχύος των ΜΔΣΝ στην Κύπρο θα μπορούσε βελτιωθεί μέσα από διάφορους παράγοντες όπως η εκπαίδευση για τη βελτίωση των ηγετικών δεξιοτήτων και η ανάλογη υποστήριξη από τα ανώτερα διευθυντικά στελέχη.

8.4 Τάση φυγής

Η τάση φυγής, όπως αναζητήθηκε μέσα από το ερώτημα για τις προθέσεις αλλαγής τμήματος, οργανισμού/ νοσοκομείου και επαγγέλματος, αναδείχθηκε αυξημένη στη δεύτερη φάση. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα ευρήματα για την αυτεπάρκεια την ενδυνάμωση και την ισχύ όπου αναδείχθηκαν μειωμένες βαθμολογίες στη δεύτερη φάση. Ο συνδυασμός των αποτελεσμάτων για την τάση φυγής με τα αποτελέσματα των τριών κύριων μεταβλητών της έρευνας ενισχύει και επιβεβαιώνει το συμπέρασμα ότι μέσα στους πρώτους δώδεκα μήνες λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων υπό τον Ο.Κ.Υπ.Υ υπήρξε οπισθοδρόμηση αναφορικά με την ενίσχυση των στελεχών μέσου επιπέδου διοίκησης. Η αναζήτηση περισσότερων στοιχείων για τεκμηρίωση των ευρημάτων και εξαγωγή όσο το δυνατό ακριβέστερων συμπερασμάτων η έρευνα

προχώρησε ζητώντας από τους συμμετέχοντες να διευκρινίσουν τους δύο κύριους λόγους για την απάντηση που έδωσαν στο πιο πάνω ερώτημα.

Όπως διαπιστώθηκε η τάση φυγής των συμμετεχόντων συνδεόταν κυρίως με την κόπωση, το φόρτο εργασίας, το άγχος, την απουσία υποστήριξης και συνεργασίας εκ μέρους της διοίκησης/ οργανισμού, την απουσία κινήτρων και επιβράβευσης πάρα με τους προσωπικούς λόγους ή τη συνεργασία με τους συναδέλφους. Εξάλλου, όπως διαπιστώθηκε και από τα ευρήματα για την αντιλαμβανόμενη ισχύ τα ΜΔΣΝ αναζητούσαν υποστήριξη και ενδυνάμωση αξιοποιώντας τις γνωριμίες και τις διαπροσωπικές σχέσεις, που είχαν αναπτύξει εντός του οργανισμού με τους συνεργάτες και τους συναδέλφους (άτυπες μορφές ισχύος).

Συμπεραίνεται λοιπόν ότι μέσω της εκχώρησης εξουσίας, μέσα από τα συστατικά στοιχεία της επίσημης και ανεπίσημης ισχύος, είναι δυνατή η μείωση της τάσης φυγής. Σε συνδυασμό με την ενίσχυση της παροχής πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση για ανάληψη πρωτοβουλιών σε εργασιακά ζητήματα παρέχεται η ευχέρεια στα ΜΔΣΝ να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του οργανισμού.

8.5 Εισηγήσεις

8.5.1 Προτάσεις για βελτιώσεις

Αυτή η μελέτη παρέχει σημαντικές πληροφορίες που μπορεί να αξιοποιηθούν από τους αρμόδιους στη λήψη αποφάσεων σε ό,τι αφορά στους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των ΜΔΣΝ στα δημόσια νοσηλευτήρια, όχι μόνο στην Κύπρο αλλά και σε άλλα δημόσια νοσοκομεία, όπου τα ΜΔΣΝ διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στην Κύπρο, με τα κρατικά νοσηλευτήρια να αντιμετωπίζουν προκλήσεις από τις αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες και απαιτήσεις των πολιτών, την εξέλιξη της τεχνολογίας και το αυξημένο κόστος περίθαλψης, καθίστανται πιο απαιτητικές σε σχέση με τους εργαζόμενους. Σε συνδυασμό με τον περιορισμό των πόρων απαιτείται βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας, αύξηση των επιδόσεων, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας για να καταστούν βιώσιμα και ανταγωνιστικά. Η συνεχιζόμενη αναδιάρθρωση στο πλαίσιο των νοσοκομειακών δομών και η εστίαση στα οικονομικά αποτελέσματα των υπηρεσιών

υγείας χρειάζεται να λαμβάνει υπόψη τη συνεισφορά των ΜΔΣΝ. Περαιτέρω, το περιβάλλον επαγγελματικής πρακτικής καθίσταται ολοένα και περισσότερο απαιτητικό και εστιάζει στην αύξηση της απόδοσης των ΜΔΣΝ για την ποιότητα και την ασφάλεια της φροντίδας των ασθενών. Σημειώνεται ότι τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητα των ΜΔΣΝ περιλαμβάνουν την πολυπλοκότητα στις ευθύνες και αρμοδιότητες, την αυξημένη ευθύνη, την περιορισμένη πρόσβαση σε υλικούς, ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους.

Ο οργανισμός (Ο.Κ.Υπ.Υ) χρειάζεται να εστιάσει τις προσπάθειες του για παροχή ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης στα ΜΔΣΝ και να αναγνωρίσει τις προσπάθειές τους με θετική ανατροφοδότηση και ανάλογη επιβράβευση ώστε να θεωρηθεί ως υποστηρικτικός και ότι προωθεί την ενδυνάμωσή τους. Ανεξαρτήτως από τις οποιοσδήποτε δημοσιονομικές πιέσεις, η ανάγκη για ενίσχυση των κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση στο εργασιακό περιβάλλον, μετά από αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, είναι προφανής.

Επιπρόσθετα, ο οργανισμός και οι διοικήσεις των νοσοκομείων χρειάζεται να ανταποκριθούν στις προκλήσεις διατήρησης και ενίσχυσης των ΜΔΣΝ. Οι παρεμβάσεις για παροχή υποστηρικτικών συνθηκών στον εργασιακό χώρο προϋποθέτει εντοπισμό της πιο αποτελεσματικής πολιτικής για βελτιώσεις. Επομένως ο οργανισμός χρειάζεται να λάβει υπόψη τις εμπειρίες και τα κίνητρα των ΜΔΣΝ και να διασφαλίσει ότι αυτοί έχουν προτεραιότητα πρόσβασης στις κατηγορίες ενδυνάμωσης, περιλαμβανομένης της επίσημης και ανεπίσημης ισχύος. Εξάλλου, όπως έχει βρεθεί στην ποιοτική έρευνα των Cathcart και Greenspan (2012), η εργασία των ΜΔΣΝ βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις σχέσεις και στην προσωπική αλληλεπίδραση (που αποτελούν στοιχεία της ανεπίσημης ισχύος).

Ειδικά σε ό,τι αφορά στην κατηγορία «ευκαιρίες», όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φάσεων, τα διοικητικά μέτρα που δύναται να ληφθούν εκ μέρους του οργανισμού ενδείκνυται να εστιάζουν στα τρία χαρακτηριστικά στοιχεία που τη συνθέτουν (*προκλήσεις στην εργασία, δυνατότητες απόκτησης νέων δεξιοτήτων και γνώσεων και εργασία που αξιολογεί όλες τις γνώσεις και δεξιότητες*). Για να καταστεί αυτό δυνατό θα πρέπει να προηγηθεί εξέταση των παραγόντων που ενδεχομένως να επηρέασαν το εργασιακό περιβάλλον στο διάστημα των δώδεκα μηνών που μεσολάβησε.

Εξάλλου, πρότερη έρευνα των Cziraki et al. (2014), που διερεύνησε τους παράγοντες που συμβάλουν στη διατήρηση των ΜΔΣΝ βρήκε ότι οι ευκαιρίες συνεχούς απόκτησης νέων γνώσεων, δεξιοτήτων ή εξειδίκευσης ήταν ένας από τους πέντε λόγους που αυτοί παρέμεναν στη θέση τους. Τα ΜΔΣΝ έχουν επίσης αναγνωρίσει, στην ποιοτική έρευνα των Cathcart and Greenspan's (2012), την ανάγκη για συνεχή ανάπτυξη ώστε να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις ενός μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, η ικανοποίηση των αναπτυξιακών αναγκών των ΜΔΣΝ όχι μόνο τους καθιστά πιο αποτελεσματικούς αλλά και τους διατηρεί στο ρόλο για τον οποίο ο οργανισμός ενδέχεται να έχει επενδύσει πόρους.

Ανεξάρτητα επίσης από το γεγονός της μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας και το καθεστώς διοίκησης και λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων απαιτείται όπως ο Ο.Κ.Υπ.Υ λάβει υπόψη τις αλληλεξαρτήσεις και αλληλοσχετίσεις των κατηγοριών που συνθέτουν την ενδυνάμωση στο εργασιακό περιβάλλον, να ενθαρρύνει, να υποκινεί, να αναγνωρίζει, να επιβραβεύει και γενικότερα να υποστηρίζει τα ΜΔΣΝ ώστε να προωθούν θετικές δράσεις, να αναπτύσσουν ευκαιρίες, να προγραμματίζουν και να υλοποιούν προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και να ενημερώνονται σχετικά με τη δράση του οργανισμού.

Εάν η ενδυνάμωση των ΜΔΣΝ αποτελεί αναγκαιότητα και είναι επιθυμητή τότε τα ΜΔΣΝ χρειάζεται να συνεργαστούν με την ανώτερη νοσηλευτική διοίκηση ώστε να προωθηθούν όλες εκείνες οι λύσεις που θα τους διευκολύνουν στο έργο τους για επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Επιπρόσθετα, χρειάζεται να αναζητήσουν περισσότερη πρόσβαση σε ευκαιρίες, πόρους, επαγγελματική υποστήριξη και πρόσβαση σε πληροφορίες. Τυχόν αποτυχίες στην ενδυνάμωση των ΜΔΣΝ ενδεχομένως να οδηγήσουν σε επιπτώσεις τόσο στους υφισταμένους όσο και στους αποδέκτες της φροντίδας.

Λαμβάνοντας επίσης υπόψη τα ειδικά χαρακτηριστικά του οργανισμού, τα ΜΔΣΝ που προΐστανται τμημάτων στα κρατικά νοσηλευτήρια χρειάζεται επίσης να συμμετάσχουν στη λήψη αποφάσεων, στο μελλοντικό σχεδιασμό, στην οργάνωση και στον έλεγχο, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της φροντίδας. Λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα των καθηκόντων και των ευθυνών τους, τα ΜΔΣΝ μπορούν να αξιοποιήσουν τα αποτελέσματα της έρευνας για να πείσουν την ανώτερη διοίκηση να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διατήρηση και περαιτέρω βελτίωση των επιπέδων αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος και παράλληλα τη μείωση της πρόθεσης φυγής.

Όσο περισσότερο ενισχυμένα (με υψηλή αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση και ισχύ) είναι τα ΜΔΣΝ τόσο λιγότερες και οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Η εγκατάλειψη όμως της εργασίας εξαρτάται σημαντικά και από άλλους παράγοντες όπως π.χ το εργασιακό στρες, ο φόρτος εργασίας, η κόπωση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και οι προοπτικές απασχόλησης. Καθίσταται σαφές ότι φυγή των νοσηλευτών μπορεί να διαταράξει την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου με αρνητικές επιπτώσεις στο υπόλοιπο προσωπικό και τους ασθενείς.

Επιπρόσθετα, τα ΜΔΣΝ του οργανισμού χρειάζεται να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τους υφιστάμενους τους ως άτομα και να εργαστούν από κοινού για την επίτευξη των στόχων που αφορούν στην υγεία και ευημερία των ασθενών. Η οικοδόμηση ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος εξαρτάται και από τις δικές τους δραστηριότητες ειδικά σε ό,τι αφορά στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών και εισαγωγή καινοτόμων πρακτικών στον κλινικό χώρο.

Τίθεται επίσης και ο προβληματισμός σε σχέση με την όποια μεταρρύθμιση επιχειρηθεί στη μορφή διοίκησης των κρατικών νοσηλευτηρίων, που ενδεχομένως να μην επιφέρει ουσιαστικά αποτελέσματα αν δεν προβλεφθούν σημαντικοί παράγοντες σε ό,τι αφορά στον τρόπο εμπλοκής των ΜΔΣΝ στη διαδικασία λήψης αποφάσεων ειδικότερα σε σχέση με τη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, που ενδεχομένως να επέλθει από την υιοθέτηση διοικητικών μέτρων και στρατηγικών του Ο.Κ.Υπ.Υ με σχετικά χαμηλό κόστος.

Καταληκτικά, η διοίκηση του δημόσιου νοσηλευτηρίου θα ωφεληθεί από μια συστηματική προσέγγιση με ενδελεχή ανάλυση και επεξεργασία των συστατικών στοιχείων της αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης, ισχύος καθώς και της τάσης φυγής των ΜΔΣΝ όπως αυτά έχουν αποτυπωθεί στην παρούσα έρευνα. Μια τέτοια προσέγγιση θα επιτρέψει το συγκερασμό καλών πρακτικών που θα ακολουθήσει προς βελτίωση της ασκούμενης διοίκησης.

8.5.2 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Παρόλο που τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευτούν σε άλλες ομάδες, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για συγκρίσεις με όποια μελλοντική συναφή έρευνα. Τα ευρήματα που έχουν προκύψει μπορούν να αξιοποιηθούν κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων από τον Ο.Κ.Υπ.Υ ειδικά επειδή προέρχονται από λειτουργούς που

απασχολούνται σε αυτόν, έχουν συλλεχθεί με συστηματική μέθοδο και ανάλυση των δεδομένων.

Με σκοπό την εξεύρεση λύσεων, μέσα από τις εισηγήσεις των ιδίων των ΜΔΣΝ, μια μελλοντική ποιοτική μελέτη θα μπορούσε να στοχεύει στην ερμηνεία των απαντήσεων τόσο για την αντιλαμβανόμενη αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση και ισχύ όσο και για τις προθέσεις φυγής. Τα αποτελέσματά της θα διευρύνουν περαιτέρω τη γνώση γύρω από το θέμα και ενδεχομένως να συμβάλουν στο στρατηγικό σχεδιασμό του Ο.Κ.Υπ.Υ για την καθιέρωση σχετικής εκπαίδευσης και την λήψη διοικητικών μέτρων για βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος. Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα στοχεύει στη βελτίωση απόδοσης των ΜΔΣΝ ενδεχομένως να καταδείξει αντίστοιχα αποτελέσματα με τη σχετική μελέτη της Doering (2017), η οποία έδειξε στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στο βαθμό αυτεπάρκειας μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης συμπεραίνοντας ότι με αυτό τον τρόπο μπορεί να βελτιωθεί ο βαθμός επίτευξης των στόχων παροχής φροντίδας καθώς και η συνολική επιχειρησιακή απόδοση του οργανισμού.

Η έρευνα διεξήχθη στο αρχικό στάδιο της αυτονόμησης των κρατικών νοσηλευτηρίων. Το γεγονός ότι το χρονικό περιθώριο των δώδεκα μηνών που μεσολάβησε μεταξύ των δύο φάσεων, υποδεικνύει την αναγκαιότητα επανάληψης της έρευνας. Με την επανάληψη της έρευνας σε μια τρίτη φάση ενδεχομένως να διαφανεί μια καλύτερη εικόνα σε ό,τι αφορά στον αντίκτυπο της αυτονόμησης στην αυτεπάρκεια, στην ενδυνάμωση, στην ισχύ αλλά και στην τάση φυγής των ΜΔΣΝ. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι εν τω μεταξύ έχει προκύψει η πανδημία το εγχείρημα αυτό ίσως να παρουσιάσει δυσκολίες. Μια ενδεχόμενη μελλοντική έρευνα στις ίδιες εγκαταστάσεις θα ήταν να καλό να εξετάσει ποιες συγκεκριμένες συμπεριφορές και ενέργειες από την ανώτερη νοσηλευτική διοίκηση και από στελέχη της ανώτατης διοίκησης του Ο.Κ.Υπ.Υ πιθανό να επηρεάζουν το βαθμό αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης, ισχύος και τάσης φυγής των ΜΔΣΝ. Με αυτό τον τρόπο θα καταστεί δυνατή η ερμηνεία των διαλειτουργικών σχέσεων μεταξύ των διάφορων βαθμίδων διοίκησης και πως αυτές επηρεάζουν το βαθμό αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος των ΜΔΣΝ καθώς και τις επιπτώσεις στην τάση φυγής.

Περαιτέρω διεθνής έρευνα σχετικά με την αυτεπάρκεια, την ενδυνάμωση, την ισχύ και τις προθέσεις φυγής των ΜΔΣΝ που να εστιάζει στον αντίκτυπο των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, των οργανωσιακών δομών και των πολιτικών διοίκησης και διαχείρισης των νοσοκομείων θα παράσχει περισσότερες πληροφορίες και μπορεί να γεφυρώσει το χάσμα μέσα από θέσπιση πολιτικών ενδυνάμωσης και διατήρησης των

ΜΔΣΝ. Ειδικά για την ενδυνάμωση έχει υποστηριχθεί από τους Friend & Sieloff (2018) ότι εφόσον οι νοσηλευτές εργάζονται σε ομάδες για να επιτύχουν τους στόχους τους, η ανάπτυξη μιας νοσηλευτικής θεωρίας ενδυνάμωσης της ομάδας ενδεχομένως να ταιριάζει καλύτερα στην καθοδήγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Τέλος, όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 5 δεν επιχειρήθηκε η εξέταση των αντιλήψεων των ΜΔΣΝ στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ένεκα της ποικιλομορφίας και ανομοιογένειας στην ιεραρχική δομή του προσωπικού, της δυναμικότητας και μεγέθους των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων καθώς και του διαφορετικού τρόπου με τον οποίο υπολογίζεται η στελέχωση. Ωστόσο, μια μελλοντική έρευνα, που θα λαμβάνει υπόψη αυτές τις ιδιαιτερότητες, θα αντλήσει χρήσιμες πληροφορίες από ένα χώρο στον οποίο δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα και θα επιτρέψει συγκρίσεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αποτελεί πεποίθησή μου ότι ο κάθε άνθρωπος διαθέτει ικανότητες τις οποίες μπορεί να αναπτύξει περαιτέρω μέσω ατομικής προσπάθειας αλλά κυρίως μέσω καθοδήγησης, ενθάρρυνσης και υποστήριξης από άλλους που είναι πιο έμπειροι και πιο ειδικοί. Επομένως, η εκπόνηση της παρούσας διατριβής, οφείλεται μεν στις προσπάθειες που έχω καταβάλει, αλλά σαφώς δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση και υποστήριξη από τον επιβλέποντα καθηγητή μου τον Δρ Αναστάσιο Μερκούρη και τους καθηγητές στην τριμελή επιτροπή Δρ Νίκο Μίτλεττον και Δρ Ευριδίκη Παπασταύρου τους οποίους ευχαριστώ από καρδιάς. Η διαδρομή προς επίτευξη αυτού του πονήματος οφείλεται σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό στη δική τους συνεισφορά η οποία εκτιμάται ιδιαίτερα.

Οι γνώσεις και εμπειρίες που αποκόμισα μέσα από την συστηματική, πολύωρη, και επίπονη μελέτη στα πλαίσια των διδακτορικών μου σπουδών και ειδικά μέσα από την εκπόνηση της διατριβής μου επιτρέπει να καταλήξω λέγοντας ότι όλοι οι αρμόδιοι φορείς θα χρειάζεται να εστιάσουν τις στρατηγικές του στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες, όχι μόνο σε αριθμό αλλά και σε επάρκεια όχι μόνο των ΜΔΣΝ αλλά και όλων των επαγγελματιών υγείας στη βάση των συνεχώς μεταβαλλόμενων συνθηκών οι οποίες δημιουργούν νέες ανάγκες. Όλα αυτά συνδέονται άμεσα τόσο με το ζήτημα της ασφάλειας των ασθενών όσο και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Σε Διοικητικό/Οργανωσιακό επίπεδο, οι επιπτώσεις όσον αφορά την κατανομή των πόρων για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών, χρειάζονται προσεκτική αξιολόγηση και εκτίμηση.

Καταληκτικά πιστεύω ότι η νοσηλευτική μπορεί να έχει καταλυτική επίδραση στην προστασία της υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα. ***Ωστόσο θα πρέπει να θυμόμαστε ότι το δικαίωμα στην υγεία ισχύει και για τους νοσηλευτές.*** Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και της ασφάλειας των ασθενών εξαρτάται από το περιβάλλον εργασίας. Αυτό σημαίνει δικαίωμα σε ασφαλές εργασιακό περιβάλλον, πρόσβαση σε πληροφόρηση, υποστήριξη, ευκαιρίες, πρόσβαση σε πόρους και εκπαίδευση. Στην εξίσωση αυτή θα πρέπει να προστεθεί και το δικαίωμα των νοσηλευτών να ακούγονται και η φωνή τους να επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων και την εφαρμογή της αναπτυξιακής πολιτικής στον ευρύτερο τομέα της υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Γαλάνης, Π. (2013) Μεθοδολογία δειγματοληψίας στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1), 97-110. Προσβάσιμο στην: <https://www.mednet.gr/archives/2013-1/pdf/97.pdf>. [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2020].
- Γαλάνης, Π. (2018) Ανάλυση δεδομένων στην ποιοτική έρευνα: Θεματική ανάλυση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(3), 416 - 421. Προσβάσιμο στην: [http:// mail.mednet.gr/archives/2018-3/pdf/416.pdf](http://mail.mednet.gr/archives/2018-3/pdf/416.pdf) [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2020].
- Γε.Σ.Υ (2020) Βασικές Αρχές, Προσβάσιμο στην: <https://www.gesy.org.cy/> [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2020].
- Γεωργιάδης, Π.Α. (2001) Ιστορία της Κυπριακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής κατά την Αγγλοκρατία (1878-1960): Κοινωνικοί και Νομοθετικοί θεσμοί, Ιδρύματα, Κοινωνικό Πλαίσιο και Κοινωνικές Αντιλήψεις, Λιθογραφία Κυριακίδη, Λευκωσία.
- Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών (2018) Κατάσταση νοσηλευτικού προσωπικού και επισκεπτών/τριών υγείας το οποίο στελεχώνει τα κρατικά νοσηλευτήρια/αγροτικά και αστικά κέντρα υγείας και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (σελ. 24). Προσβάσιμο στην: [https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/FBCE8EA2FCD2654AC225784800383F45/\\$file/2012.%CE%94%CE%B9%CE%B5%CF%8D%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%83%CE%B7%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD.docx](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/FBCE8EA2FCD2654AC225784800383F45/$file/2012.%CE%94%CE%B9%CE%B5%CF%8D%CE%B8%CF%85%CE%BD%CF%83%CE%B7%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8E%CE%BD%20%CE%A5%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD.docx) [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2018].
- Επίσημη Εφημερίδα (2001) ΝΟΜΟΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΣΥΝΑΦΗ ΘΕΜΑΤΑ, Ε.Ε.Ε . Παρ.Ι (Ι), Αρ.3497, 4.5.2001.
- Επίσημη Εφημερίδα (2017) Ο Περί Ίδρυσης Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας Νόμος του 2017-73(I)/2017, Ε.παρ. Ι(Ι) Ν. αρ. 4606, 26.6.2017.
- Ίσαρη, Φ., & Πουρκός, Μ. (2015) Οργάνωση, Ταξινόμηση, Ανάλυση και Αξιολόγηση Ποιοτικών Δεδομένων. Προσβάσιμο στην: [https:// repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5822/3/02_chapter_05.pdf](https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5822/3/02_chapter_05.pdf) [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2020].

- Καλτσονούδη, Κ. (2015) *Πεποιθήσεις αυτεπάρκειας διευθυντών σχολικών μονάδων ως προς την αξιολόγηση της απόδοσης των εκπαιδευτικών* (Master's thesis). [https:// ir.lib.uth. gr/xmlui/bitstream/handle/11615/45690/14715.pdf?sequence=2](https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/45690/14715.pdf?sequence=2) [Πρόσβαση 21 Απριλίου 2021].
- Κουλιεράκης, Γ. (2000) Κοινωνικό-Ψυχολογικά Μοντέλα της Συμπεριφοράς σε σχέση με την Υγεία και την αρρώστια Στους Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., Πάντζου, Π. *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Β: Συμπεριφορές Υγείας Πρότυπα και Μεταβολές*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, Ελλάδα.
- Κουτελέκος, Ι., Χαλιάσος, Ν. (2014) Προσδοκίες, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(2), 134-142.
- Κυριακίδου, Φ.Σ. (2019) Το οδοιπορικό της Νοσηλευτικής στη Μηχανή του Χρόνου, Εκδόσεις EN ΤΥΠΟΙΣ, Λευκωσία – Κύπρος, ISBN: 978-9925-568-09-3 (σελ. 17-45).
- Μαντζούκας, Σ. (2007) Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. *Νοσηλευτική*, 46(1), 236-246. Προσβάσιμο στην: http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-65.pdf [Πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2020].
- Μερκούρης, Α. (2008) *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, (1η έκδοση), Αθήνα: ΙΩΝ, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
- Μπαμπινιώτης, Γ.Δ. (1998) *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας, σελίδες: 210, 615, 535.
- Μπελλάλη, Θ. (2011) Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 50(1), 10–22.
- Μπουραντάς, Δ. (2005) *Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας*, (1η έκδοση), Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική Α.Ε.
- Ο.Α.Υ (2016) Ετήσια Έκθεση, Ρόλος και Αρμοδιότητες, σελ. 3. Προσβάσιμο στην: [https:// www. gesy. org.cy/el-gr/annualreport/annualreport2016-0.pdf](https://www.gesy.org.cy/el-gr/annualreport/annualreport2016-0.pdf) [Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2020].
- Ο.Κ.Υπ.Υ (2020) Διεύθυνση Οργανισμού, Προσβάσιμο στην: <https://www.shso.org.cy/> [Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2020].
- Ο.Κ.Υπ.Υ (2020α) Επιστημονικό Συμβούλιο, Προσβάσιμο στην: <https://www.shso.org.cy/> [Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2020].

- Παπαδάτου, Δ., Μπελλάλη, Θ. (2008) Η Συμπεριφορική Προσέγγιση. Στο *Βασικές Γνώσεις Ψυχολογίας για Επαγγελματίες Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ.
- Παπαδοπούλου, Σ. (2010) Θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας (αξιοσύνης αυτοϊκανότητας) Self – Efficacy Theory (Παρουσίαση), Προσβάσιμο στην: <https://www.Slideshare.net/smapapad/ss-9736289> [Πρόσβαση Αύγουστος 2018].
- Πατελάρου, Ε., Μπροκαλάκη, Η. (2010) Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-ανάλυσης. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 49(2), 122–130.
- Σερέτη, Ο., Κουλιεράκης, Γ. (2014) Κινητικότητα και Επαγγελματική Ικανοποίηση του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε δύο Ελληνικά Νοσοκομεία, *Νοσηλευτική*, 53(3), 289–299.
- Ταπακούδη, Α. (2001) Γιατί πρέπει να ιδρυθεί ανεξάρτητο Τμήμα Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*, 2(3), 42-45.
- Υγεία-news (2020) Δημόσιος Τομέας: Κρατικά Νοσηλευτήρια, Προσβάσιμο στην: <https://ygeia-news.com/> [Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2020].
- Υπουργείο Οικονομικών (2020) Διεύθυνση Προϋπολογισμού, Προσβάσιμο στην: <http://mof.gov.cy/> [Πρόσβαση Σεπτέμβριος 2020].
- Χυτήρης, Λ. Σ. (2001) Προσδιοριστικοί παράγοντες ανθρώπινης συμπεριφοράς, (3η έκδοση), Αθήνα: Interbooks.

Αγγλική

- Abou, E. (2017) Relationship between Leadership Self-Efficacy and Leadership Effectiveness of First-Line Nurse Managers, *Arts and Social Sciences Journal*, 8(6), 1-9. <http://doi:10.4172/2151-6200.1000310>
- Ahmad, N., Oranye, N.O. (2010) Empowerment, job satisfaction and organizational commitment: a comparative analysis of nurses working in Malaysia and England, *Journal of Nursing Management*, 18,582–591. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01093.x>
- Aiken, L H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Kutney-Lee, A. (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344:e1717. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2002) Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings, *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>
- Aiken, M., Hage, J. (1966) Organizational alienation: a comparative analysis, *American Sociological Review*, **31**, 497–507.
- Ajzen, I. (2002) Perceived Behavioural Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior, *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683.
- American Association of Critical-Care Nurses. (2005) AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments: a journey to excellence. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187-197.
- Altschul, A., Sinclair, H. (1986) *Psychology for Nurses*. 6th ed, England: Publisher Bailliere Tindall, Eastbourne, East Sussex.
- Anstee, S., Ball, J., Saville, J. (2020) Evaluating the evidence: are Magnet hospitals better for staff and patients. *Nursing Times*, 116(11), 49-50.
- Armstrong, K.J., Laschinger, H.K.S. (2006) Structural Empowerment, Magnet Hospital Characteristics, and Patient Safety Culture Making the Link, *Journal of Nursing Care Quality*, 21(2), 124-132.
- Atkinson, L., & Cipriani, A. (2018) How to carry out a literature search for a systematic review: A practical guide. *BJPsych Advances*, 24(2), 74-82. <https://doi:10.1192/bja.2017.3>
- Avolio, B.J., Walumbwa, F.O., Weber, T.J. (2009) Leadership: Current Theories, Research, and Future Directions, *Annual Review of Psychology*, **60**, 421-449. <https://doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>
- Babaeipour-Divshali, M., Amrollahimishavan, F., Vanaki, Z., Abdollahimohammad, A., Firouzkouhi, M. (2016) Effect of head nurse empowerment program on staff nurses' job satisfaction at two educational hospitals in Rasht, Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(3), 306-309. <https://doi:10.4103/1735-9066.180379>
- Baernholdt, M., Mark, B.A. (2009) The nurse work environment, job satisfaction and turnover rates in rural and urban nursing units, *Journal of Nursing Management*, 17 (8), 994–1001. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2009.01027.x>

- Bandura, A. (1977) Self-Efficacy Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982) Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1994) Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human Behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Bandura, A. (1995) On personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (ed.) *Self-Efficacy in Changing Societies*, New York: Cambridge University Press, 1-45.
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H Freeman and Company.
- Bandura, A. (2009) Cultivate Self-efficacy for Personal and Organizational Effectiveness. In Edwin, A. Locke (ed.) *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence Based Management*, UK: John Wiley and Sons, Ltd, 179-200.
- Bandura, A., Locke, E.A. (2003) Negative Self-Efficacy and Goal Effects Revisited, *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87–99. <http://doi:10.1037/0021-9010.88.1.87>
- Barrick, M. R., Mount, M. K. (2009) Select on Conscientiousness and Emotional Stability. In Edwin, A. Locke (ed.) *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence Based Management*, 6th ed, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 19-56.
- Bartels, E.M. (2013) How to perform a systematic search. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27(2), 295-306. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2013.02.001>.
- Basaran, S., Duygulu, S. (2015) Turkish nurses' assessments of their power and the factors that affect it. *Journal of Nursing Management*. 23(8), 1039-49. <https://doi:10.1111/jonm.12250>.
- Bawafaa, E., Wong, C.A., Laschinger, H. (2015) The influence of resonant leadership on the structural empowerment and job satisfaction of registered nurses, *Journal of Research in Nursing*, 20(7), 610 - 622. <http://doi:10.1177/1744987115603441>

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Bosi, F. (2007) *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Illinois: Institute for Work and Health.
- Benner, P. (2001) *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (commemorative ed.) Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Bernardino, E., Dyniewicz, A. M., Carvalho, K. L. B., Kalinowski, L.C., Bonat, W.H. (2013) Transcultural adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness – Questionnaire-II instrument, *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 2(5), 1112-1118. <http://doi:10.1590/S0104-11692013000500014>
- Bish, M., Kenny, A., Nay, R. (2014) Perceptions of structural empowerment: nurse leaders in rural health services, *Journal of Nursing Management*, 22, 29–37. <http://doi:10.1111/jonm.12029>
- Boamah, S. (2018) Linking nurses' clinical leadership to patient care quality: The role of transformational leadership and workplace empowerment. *Canadian Journal of Nursing Research*, 50(1), 9-19. <https://doi.org/10.1177/0844562117732490>
- Boudrias, J.S., Gaudreau, P., Laschinger, H.K.S. (2004) Testing the structure of psychological empowerment: Does gender make a difference? *Educational and Psychological Measurement*, 64(5), 861-877.
- Brown, P., Fraser, K., Wong, C.A., Muise, M., Cummings, G. (2013) Factors influencing intentions to stay and retention of nurse managers: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 21(3), 459-472.
- Buchan, J., Shaffer, F.A. and Catton, H. (2018) Policy brief: Nurse retention. *International Centre on Nurse Migration (ICNM)*, 1-28. Available from https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf [Accessed 13th January 2021].
- Cai, C., Zhou, Z. (2009) Structural empowerment, job satisfaction, and turnover intention of Chinese clinical nurses. *Nursing and Health Sciences* 11, 397–403 <https://doi:10.1111/j.1442-2018.2009.00470.x>
- Caruso, R., Pittella, F., Zaghini, F., Fida, R., Sili, A. (2016) Development and validation of the nursing profession self-efficacy scale. *International nursing review*, 63(3), 455-464. <https://doi.org/10.1111/inr.12291>

- Cathcart, E. B., & Greenspan, M. (2012) A new window into nurse manager development: teaching for the practice. *JONA: the Journal of Nursing Administration*, 42(12), 557-561. <https://doi:10.1097/NNA.0b013e318274b52d>
- Centre for Reviews and Dissemination (2009) *Systematic Reviews: CRDs guidance for undertaking reviews in health care*. ISBN 978-1-900640-47-3, University of York.
- Chandler, G.E. (1986) The relationship of nursing work environments to empowerment and powerlessness (Doctoral dissertation, University of Utah, 1986). Dissertation Abstracts International, 47(12), 4822.
- Chang, Y., WANG, P.C., LI, H.H., LIU, Y.C. (2011) Relations among depression, self-efficacy and optimism in a sample of nurses in Taiwan. *Journal of nursing management*, 19(6), 769-776. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01180.x>
- Chaudhuri, A. (2016) Understanding 'Empowerment', *Journal of Development Policy and Practice*, 1(2), 121–141. <http://doi:10.1177/2455133315612298>
- Chen, G., Gully, S.M., & Eden, D. (2001) Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4(1), 62–83.
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2004) General Self-Efficacy and self-esteem: Toward theoretical and empirical distinction between correlated self-evaluations. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 375–395. <https://doi.org/10.1002/job.251>
- Cheraghi, F., Hassani, P., Yaghmaei, F., & Alavi-Majed, H. (2009) Developing a valid and reliable self-efficacy in clinical performance scale. *International Nursing Review*, 56(2), 214-221. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00685.x>
- Cicolini, G., Comparcini D., Simonetti, V. (2014) Work place empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855–871.
- Colquitt, A.J., Salam, S.C. (2009) Foster Trust through Ability, Benevolence, and Integrity. In Edwin, A. Locke (ed.) *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence Based Management*, 2nd ed, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 389-404.
- Conger, J. A., Kanungo, R.N. (1988) The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice, *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.

- Costanzo, A.J., Gormley, D.K., Hill-Clark, J., Israel, J., Goetz, J., Staubach, K., Pritchard, T.J., Little, M. (2019) Leadership Development and Interprofessional Nurse-Led Bedside Rounding Improves Nurse Leadership Self-Efficacy. *Nurse Leader*, 17(3), pp.257-262. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2018.10.004>
- Council of the European Union (2019) Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Cyprus, Available from <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10166-2019-INIT/en/pdf> [Accessed 13th October 2020].
- Cox, J., Simpson, M.D. (2016) Exploring the link between self-efficacy, workplace learning and clinical practice, *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, 17(3), 215-225.
- Currie, V., L. (2015) Review: An exploration of the working life and role of the ward manager within an acute care hospital organisation. *Journal of Research in Nursing*. 20(4), 329-330. <https://doi:10.1177/1744987115586314>
- Cziraki, K., McKey, C., Peachey, G., Baxter, P., Flaherty, B. (2014) Factors that facilitate Registered Nurses in their first-line nurse manager role, *Journal of Nursing Management*, 22,(8), 1005–1014. <https://doi:10.1111/jonm.12093>
- Cziraki, K., Read, E., Spence Laschinger, H.K., & Wong, C. (2018) Nurses' leadership self-efficacy, motivation, and career aspirations. *Leadership in health services (Bradford, England)*, 31(1), 47–61. <https://doi.org/10.1108/LHS-02-2017-0003>
- Dahinten, V.S., Lee, S.E., Macphee, M. (2016) Disentangling the relationships between staff nurses' workplace empowerment and job satisfaction, *Journal of Nursing Management*, 24, 1060–1070. <https://doi:10.1111/jonm.12407>
- Davies, N. (2018) Review: Perception of work-related empowerment of nurse managers, *Journal of Research in Nursing*, 23(4), 331–333. <https://doi:10.1177/1744987117748388>
- De Simone, S., Planta, A., Cicotto, G. (2018) The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction, *Applied Nursing Research*, 39, 130–140. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.004>
- Dempsey, P.A., Dempsey D.A. (1996) *Nursing Research: Text and Workbook*. 4th ed, USA: Little Brown and Company.

- DeVivo, D., Griffin, M.T., Donahue, M., Fitzpatrick, J.J., Commack, N.Y., Cleveland, O.H., Danbury, C.T. (2013) Perceptions of Empowerment Among ED Nurses, *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 529-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.011>
- Dewanto, A., Wardhani, V. (2018) Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia, *BMC Nursing*, 17(2): 52. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-018-0317-8> [Accessed January 29th 2018].
- Dewettinck, K., Singh, J., Buyens, D. (2003) Psychological empowerment in the workplace: reviewing the empowerment effects on critical work outcomes, Vlerick Leuven Gent Management School Working Paper Series 2003-29, Vlerick Leuven Gent Management School. Available at: <https://ideas.repec.org/p/vlg/vlgwps/2003-29.html> [Accessed 29th October 2018].
- Doering, Chet Hurley III (2017) Enhancing Clinical Manager Self-Efficacy through a Change Management Academy. *A Scholarly Project submitted to the College of Nursing in partial fulfilment of the requirements for the degree Doctor of Nursing Practice*, University of New Mexico, College of Nursing, Albuquerque, New Mexico. Available at: <http://digitalrepository.unm.edu/dnp/5> [Accessed 23rd September 2020].
- Doherty, D.P. & Hunter Revell, S.M. (2020) Developing nurse leaders: Toward a theory of authentic leadership empowerment. In *Nursing Forum*. <https://doi.org/10.1111/nuf.12446>
- Durham, C.C., Bartol M.K. (2009) Pay for Performance, 217-238. In *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence Based Management*, 217-238. Edwin A. Locke (Ed.). A John Wiley and Sons, Ltd, Publication.
- Eberly, B. M., Brooks, C.H., Lee, W.T, Mitchell, R.T. (2009) Control Voluntary Turnover by Understanding its Causes. In Edwin, A. Locke (ed.) *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence Based Management*, 2nd ed. UK: John Wiley & Sons, Ltd, 123 -142.
- Eisenberger, R., Fasolo, P., Davis-LaMastro, V. (1990) Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology*, 75(1), 51–59.

- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., Sowa, D. (1986) Perceived organizational support, *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507.
- Eo, Y.S., Kim, Y.H., Lee, N.Y. (2014) Path Analysis of Empowerment and Work Effectiveness among Staff Nurses, *Asian Nursing Research*, 8, 42-48 <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.001>
- Eurofound (2016) *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*, Luxembourg. <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-lifesurveys/european-quality-of-life-survey-2016> [Accessed 23rd March 2021].
- Fan, Y., Zheng, Q., Liu, S., Li, Q. (2016) Construction of a new model of job engagement, psychological empowerment and perceived work environment among Chinese registered nurses at four large university hospitals: implications for nurse managers seeking to enhance nursing retention and quality of care, *Journal of Nursing Management*, 24, 646–655. <http://doi:10.1111/jonm.12369>
- Farokhzadian, J., Nayeri, N.D., Borhani, F., & Zare, M.R. (2015). Nurse leaders' attitudes, self-efficacy and training needs for implementing evidence-based practice: is it time for a change toward safe care?. *British journal of medicine and medical research*, 7(8), 662. <https://doi:10.9734/BJMMR/2015/16487>
- Faulkner, J., Laschinger H.K.S. (2008) The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurses, *Journal of Nursing Management*, 16, 214–221 <http://doi:10.1111/j.1365-2934.2007.00781.x>
- Feldman, D.C. (1994) The decision to retire early: a review and conceptualization. *Academy of Management Review*, 19(2), 285–311 Available at: https://www.jstor.org/stable/258706?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents [Accessed 29th January 2019].
- Flint, A., Webster, J. (2011) The use of the exit interview to reduce turnover amongst healthcare professionals. *Cochrane database of systematic reviews*, (1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006620>
- Fontes, K.B., Alarcão, A.C.J., Santana, R.G., Peloso, S.M., de Barros Carvalho, M.D. (2019) Relationship between leadership, bullying in the workplace and turnover intention among nurses. *Journal of nursing management*, 27(3), 535-542. <https://doi.org/10.1111/jonm.12708>

- Force, M.V. (2005) The relationship between effective nurse managers and nursing retention, *Journal of Nursing Administration*, 35,(7/8), 336–341. <http://doi.10.1097/00005110-200507000-00005>
- Fragkos, K. C., Makrykosta, P., & Frangos, C. C. (2020) Structural empowerment is a strong predictor of organizational commitment in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 939-962. <https://doi.org/10.1111/jan.14289>
- Friend, M.L., Sieloff, C.L. (2018) Empowerment in Nursing Literature: An Update and Look to the Future. *Nursing Science Quarterly*, 31(4), 355–361. <https://doi.org/10.1177/0894318418792887>
- Galletta, M., Portoghese, I., Battistelli, A., Leiter, M.P. (2013) The roles of unit leadership and nurse–physician collaboration on nursing turnover intention. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1771-1784. <https://doi.org/10.1111/jan.12039>
- García-Sierra, R., Fernández-Castro, J. (2018) Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *Journal of advanced nursing*, 74(12), 2809-2819. <https://doi.org/10.1111/jan.13805>
- Gecas, V. (1989) The Social Psychology of Self-Efficacy, *Annual Review of Sociology*, **15**, 291-316.
- Giang, V. (2013) The 7 Types of Power that shape the workplace, Business Insider, Available at: <https://www.businessinsider.com/the-7-types-of-power-that-shape-the-workplace-2013-7> [Accessed 1st November 2018].
- Gilmartin, M.J. & Nokes, K. (2015) A self-efficacy scale for clinical nurse leaders®: results of a pilot study. *Nursing Economics*, 33(3), 133.
- Gilmartin, M.J., (2014) Variations in clinical nurse leaders' confidence with performing the core role functions. *Journal of Professional Nursing*, 30(4), 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2013.11.002>
- Goedhart, N.S., Van Oostveen, C. J., Vermeulen, H. (2017) The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review, *Journal of Nursing Management*, **25**, 194–206. <http://doi:10.1111/jonm.12455>
- Goleman, D., Boyatzis R., McKee, A. (2002) *The New Leaders: Transforming the Art of Leadership into the science of results*, London : Little Brown, Time warner Books.

- Greco, P., Laschinger, H.K.S., Wong, C. (2006) Leader Empowering Behaviours, Staff Nurse Empowerment and Work Engagement/Burnout Nursing leadership, *Nursing Leadership*, 19(4), 41-56. <http://doi:10.12927/cjnl.2006.18599>
- Griffeth, R.W., Hom, P.W., Gaertner, S. (2000) A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator test, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, 26(3), 463–488. [https://doi.org/10.1016/S0149-2063\(00\)00043-X](https://doi.org/10.1016/S0149-2063(00)00043-X)
- Gulzar, S., Karmaliani, R., Vertejee, S., Khan, K.S., Amarsi, Y., Macfarlane, J. (2015) A qualitative study of nursing leader's perceptions of professional empowerment amongst Pakistani nurses. *International Journal of Nursing Education*, 7(3), 247-251.
- Guo, J., Chen, J., Fu, J., Ge, X., Chen, M., Liu, Y. (2016) Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China, *Applied Nursing Research*, 31, 41–45. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.007>
- Hagerman, H., Högberg, H., Skytt, B., Wadensten, B., Engström, M. (2017) Empowerment and performance of managers and subordinates in elderly care: A longitudinal and multilevel study, *Journal of Nursing Management*, 25, 647–656. <http://doi:10.1111/jonm.12504>
- Hao, P., He, W. & Long, L-R. (2018) ‘Why and When Empowering Leadership Has Different Effects on Employee Work Performance: The Pivotal Roles of Passion for Work and Role Breadth Self-Efficacy’, *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 25(1), 85–100. <https://doi:10.1177/1548051817707517>
- Harvard Business School, Faculty and Research (2018) Rosabeth M. Kanter, Available from: <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/profile.aspx?facId=6486>. [Accessed 19th September 2018].
- Hauck, A., Griffin Quinn, M.T., Fitzpatrick J.J. (2011) Structural empowerment and anticipated turnover among critical care nurses, *Journal of Nursing Management*, 19(2), 269 - 276. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01205.x>
- Hayes, L. J., O' Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N., Stone, P. W. (2006) Nurse turnover: A literature review, *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237–263. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007>.

- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K., North, N. (2012) Nurse turnover: A literature review – An update, *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887–905. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>.
- Heslin, P.A. (1999) Boosting Empowerment by Developing Self-efficacy, *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 37(1), 52-64.
- Hewko, S.J., Brown, P., Fraser, K.D., Wong, C.A., Cummings, G.G. (2015) Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: a quantitative analysis *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1058-1066. <https://doi:10.1111/jonm.12252>
- Hsieh, Y.H., Wang, H.H., Ma, S.C. (2019) The mediating role of self-efficacy in the relationship between workplace bullying, mental health and an intention to leave among nurses in Taiwan. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 32(2), 245-254 <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01322>
- Hu, S.H., Yu, Y.M., Chang, W.Y., Lin, Y.K. (2018) Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), 876-882 <https://doi.org/10.1111/jocn.14129>
- Hughes, K.A., Carryer, J.B., White, J. (2015) Structural positioning of nurse leaders and empowerment, *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2125–2132, <http://doi:10.1111/jocn.12839>
- ICN (2007). Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care, Information and Action toolkit, Geneva, Switzerland.
- International Council of Nursing (ICN) (2018) Leadership for Change. Available at: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/global-nursing-leadership-institute-gnli> [Accessed 23rd June 2019].
- Jacobs, S. (2019) 7 Ways Micromanagement Negatively Affects Employees. Available at: <https://www.eleapsoftware.com/7-ways-micromanagement-negatively-affects-employees/> [Accessed 29th January 2021].
- Jiang, W., Yuan, Y. & Zhang, L. (2019) Self-Efficacy and Research Capacity of Clinical Nurses in China. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(11), 509-516 <https://doi.org/10.3928/00220124-20191015-07>
- Jonson, C.O., Pettersson, J., Rybing, J., Nilsson, H., Prytz, E. (2017) Short simulation exercises to improve emergency department nurses' self-efficacy for initial disaster

- management: Controlled before and after study. *Nurse education today*, **55**, 20-25. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.020>
- Judge, T.A., & Bono, J.E. (2001) Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology*, **8** (1), 80. <https://doi:10.1037//0021-9010.86.1.80>
- Kang, C.M., Chiu, H.T., Hu, Y.C., Chen, H.L., Lee, P.H., Chang, W.Y. (2012) Comparisons of self-ratings on managerial competencies, research capability, time management, executive power, workload and work stress among nurse administrators. *Journal of nursing management*, **20**(7), 938-947. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01383.x>
- Kanter, R.M. (1977) *Men and women of the corporation*. Basic Books. New York, NY.
- Kanter, R.M. (1979) Power failure in management circuits. *Harvard Business Review*, **57**(4), 65-75.
- Kanter, R.M. (1993) *Men and women of the corporation* (2nd ed). New York:, Basic Books.
- Kelly, L.A., McHugh, M.D., & Aiken, L.H. (2012) Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of nursing administration*, **42**(10 Suppl), S44. <https://doi:10.1097/01.NNA.0000420394.18284.4f>
- Kennedy, E., Murphy, G.T., Misener, R.M., & Alder, R. (2015) Development and psychometric assessment of the nursing competence self-efficacy scale. *Journal of nursing education*, **54**(10), 550-558. <https://doi:10.3928/01484834-20150916-02>
- Khan, B.P., Griffin, M.T.Q., Fitzpatrick, J.J. (2018) Staff Nurses' Perceptions of Their Nurse Managers' Transformational Leadership Behaviors and Their Own Structural Empowerment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, **48**(12), 609-614. <https://doi:10.1097/NNA.0000000000000690>
- Kim, H. & Kim, K. (2019) Impact of self-efficacy on the self-leadership of nursing preceptors: The mediating effect of job embeddedness. *Journal of Nursing Management*, **27**(8), 1756-1763. <https://doi.org/10.1111/jonm.12870>
- Kim, M.H., Yi, Y.J. (2019) Impact of leader-member-exchange and team-member-exchange on nurses' job satisfaction and turnover intention. *International Nursing Review*, **66**(2), 242-249. <https://doi.org/10.1111/inr.12491>

- Kinga, M., Kluska, K.M., Laschinger, H.K.S., Kerr, M.S. (2004) Staff Nurse Empowerment and Effort-Reward Imbalance, *Nursing Leadership*, 17(1), 112 -128.
- Kouzes, J. M., Posner, B. Z. (2012) *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*. 5th ed, San Francisco: Josey-Bass. CA 94104-4594.
- Kramer, M., Schmalenberg, C. (2008) Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63. <https://doi.org/10.4037/ccn2008.28.2.56>
- Labrague, L.J. (2020) Organisational and professional turnover intention among nurse managers: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1275-1285. <https://doi.org/10.1111/jonm.13079>
- Labrague, L.J., Nwafor, C.E., Tsaras, K. (2020) Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, psychological distress, absenteeism, and turnover intention. *Journal of Nursing Management*. 28(5), 1104-1113. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>.
- Laschinger, H.K.S (1996) A theoretical approach to studying work empowerment in nursing: A review of studies testing Kanter's theory of structural power in organizations, *Nursing Administration Quarterly*, 20(2), 25-41.
- Laschinger, H.K.S, Finegan, J, Wilk, P. (2009) Context matters: The impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 228–235. <http://doi:10.1097/NNA.0b013e3181a23d2b>
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J. (2005a) Using Empowerment to Build Trust and Respect in the Workplace: A Strategy for Addressing the Nursing Shortage, *Nursing Economics*, 23(1), 6-13.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Shamian, J. (2001) Promoting nurses health: effect on empowerment on job strain and work satisfaction, *Nurse Economics*, 19(2), 42-52.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, E. J., Shamian, J., Wilk, P. (2004) A Longitudinal Analysis of the Impact of Workplace Empowerment on Work Satisfaction, *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 527-545. <http://doi:10.1002/job.256>
- Laschinger, H.K.S., Nosko, A., Wilk, P., Finegan, J. (2014) Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: A time-lagged study, *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1615-1623. <http://doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010>.

- Laschinger, H.K.S., Purdy, N., Almost, J. (2007) The Impact of Leader-Member Exchange Quality, Empowerment and Core Self-evaluation on Nurse Manager's Job Satisfaction, *The Journal of Nursing Administration*, 37(5), 221-229. <http://doi:10.1097/01.NNA.0000269746.63007.08>
- Laschinger, H.K.S., Wilk, P., Cho, J., Greco, P. (2009b) Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environments: Does experience matter? *Journal of Nursing Management*, 17(5), 636-646. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00907.x>.
- Laschinger, H.K.S., Wong, C.A., Grau, A.L., Read, E.A., Stam, L.M.P. (2012) The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes, *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877–888. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x>
- Laschinger, H.K.S., Wong, C.A., Richie J., D'Amour, D., Vincent. L., Wilk, P., Stassen, M.A., Matthews, S., Saxe-Braithwaite, M., Grinspun, D., Shamian, J., McCutcheon, A., Kerr, M., Macdonald-Rencz, S., Oke, B., Denney, D., White, J., Almost, J. (2008) A profile of the structure and impact of nursing management in Canadian hospitals. *Health Care Quarterly*, 6(1), 85–94.
- Laschinger, H.K., Finegan, J. (2005) Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 439 – 449.
- Laschinger, H.K.S., Finegan, J., Wilk, P. (2011) Situational and Dispositional Influences on Nurses' Workplace Well-being: The Role of Empowering Unit Leadership, *Nursing Research*, 60(2), 124–131 <http://doi:10.1097/NNR.0b013e318209782e>
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., Wilk, P. (2001a) Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Laschinger, H., Leiter, M., Day, A., Gilin, D. (2009a) Workplace empowerment, incivility and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes, *Journal of Nursing Management*, 17(3), 302-311. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x>.
- Laschinger, H.K. & Smith, L.M. (2013) The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional

- collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 43(1), 24-29. [https://doi:10.1097/NNA.0b013e3182786064](https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786064)
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G.L., Austin, S. (2016) Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of advanced nursing*, 72(3), 582-592. <https://doi.org/10.1111/jan.12860>
- Leitch, C. (2016) The Devastating Effects of Micromanagement Available at: <https://www.careeraddict.com/the-devastating-effects-of-micromanagement> [Accessed 27th January 2021].
- Leiter, M. P., Maslach, C. (1999) Six Areas of Worklife: A Model of the Organizational Context of Burnout, *Journal of Health and Human Services Administration*, 21(4), 472–89.
- Leiter, M.P., Maslach, C. (2004) Areas of Worklife: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. In Perrewe, P.L. & Ganster, D.C. (Eds.) *Research in Occupational Stress and Well Being*. Oxford, UK: JAI Press/Elsevier Science.
- Lenz, E.R., Shortridge-Baggett, L.M. (2002) *Self-Efficacy in Nursing: Research and Measurement Perspectives*. New York: Springer.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B.H., Hasselhorn, H.M. (2011) Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession—Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628–635. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011>.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J., Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*. 6(7) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lious, S.R., Grobe, S. J. (2008) Perception of practice environment, organizational commitment, and intention to leave among Asian nurses working in U.S. hospitals, *Journal of Nursing Staff Development*, 24(6), 276 - 282. <https://doi:10.1097/01.NND.0000342235.12871.ba>

- Lu, K.Y., Lin, P.L., Wu, C.M., Hsieh, Y.L., Chang, Y.Y (2002) The relationships among turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses, *Journal of Professional Nursing*; 18(4), 214–219.
- Lunenburg, F.C. (2011) Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. *International Journal of Management Business and Administration*, 14(1), 1–6.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., Schwarzer, R. (2005) General Self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries, *International Journal of Psychology*, 40(2), 80–89. <http://doi:10.1080/00207590444000041>
- Lynn, M.R., Redman, R. W (2005) Faces of the nursing shortage: Influences on staff nurses' intentions to leave their positions or nursing, *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 264-270.
- MacPhee, M., Skelton-Green, J., Bouthillette, F., Suryaprakash, N. (2012) An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence, *Journal of Advanced Nursing*, 68(1), 159–169. <http://doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05746.x>
- Maddux J.E. (2017) Measurement of General Self-Efficacy. In: Zeigler-Hill V., Shackelford T. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_57-1
- Maertz, C.P., Campion, M.A. (1998) 25 years of voluntary turnover research: A review and critique. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. **13**, 49-81. Available at: https://www.researchgate.net/publication/234021717_25_Years_of_Voluntary_Turnover_Research_A_Review_and_Critique [Accessed 23rd January 2019].
- Manning, M.J (2014) *The Influence of Nurse Manager Leadership Style Factors On The Perception Of Staff Nurse Structural Empowerment, Work Engagement And Intend to Stay*. PhD. Louisiana State University Health Sciences Center School of Nursing. Available at: https://www.researchgate.net/publication/288838811_The_Influence_of_Nurse_Manager_Leadership_Style_on_Staff_Nurse_Structural_Empowerment_Work_Engagement_and_Intent_to_Stay [Accessed 23rd January 2019].

- Manojlovich, M. (2005) Promoting Nurses' Self-efficacy: A Leadership Strategy to Improve Practice, *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 271-278.
- Manojlovich, M. (2005) The effect of nursing leadership on hospital nurses' professional practice behaviors. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(7/8), 366–374. <https://doi.org/10.1097/00005110-200507000-00009>
- Manojlovich, M. (2007) Power and empowerment in nursing: looking backward to inform the future, *Online Journal of Issues in Nursing*, 12, 1-25. <http://doi:10.3912/OJIN.Vol12No01Man01>
- Manojlovich, M., Laschinger, H. (2007) The Nursing Worklife Model: Extending and Refining a New Theory, *Journal of Nursing Management*, 15(3), 256–263, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00670.x>
- MAPI Research Trust (2018) Linguistic Validation Methodology, Available at: Available at: <https://mapigroup.com/services/language-services/linguistic-validation/> [Accessed 23rd December 2018].
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., McSherry, W. (2012) The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care, *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7–19. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6 (7) e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Murphy, S. E., & Johnson, S. K. (2016) Leadership and Leader Developmental Self-Efficacy: Their Role in Enhancing Leader Development Efforts. *New directions for student leadership*, (149), 73–84. <https://doi.org/10.1002/yd.20163>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Panagiotou, I., Tsilika, E., Galanos, A., Gouliamos, A. (2013) Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 188-195. <https://doi.org/10.1111/ecc.12012>
- Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2008) General perceived self-efficacy: validation analysis in Greek cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 16(12), 1317-1322.

- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Theodorakis, P., Vlahos, L. (2010) Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *European journal of cancer care*, 19(2), 205-211. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.01039.x>
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Panagiotou, I., Galanos, A., Gouliamos, A. (2012) Differences in levels of self-efficacy and anxiety between cancer and chronically-ill patients attending a palliative care unit. *Journal of BUON*, 17(4), 785-790.
- Nedd, N. (2006) Perceptions of empowerment and intent to stay, *Nursing Economics*, 24(1), 13–18.
- Nelson III, E, K. (2017) Nurse Manager Perceptions of Work Overload and Strategies to Address It, *Nurse Leader*, 15(6), 406-408. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2017.09.009>
- Nuffield Institute for Health (1993) Review of the management and organization of the Ministry of Health, Republic of Cyprus. UK: Nuffield Institute for Health, University of Leeds.
- Nuffield Institute for Health (1998) Review of the management and organization of Ministry of Health in the Republic of Cyprus. UK: Nuffield Institute for Health, University of Leeds.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019) *Cyprus: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: <https://www.oecd.org/publications/cyprus-country-health-profile-2019-2078ba2a-en.htm> [Accessed 23rd March 2021].
- OECD/European Union (2020) Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Oliver, B., Gallo, K., Griffin, M.Q., White, M., Fitzpatrick, J. (2014) Structural empowerment of clinical nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 44(4), 226-31. <https://doi:10.1097/NNA.0000000000000059>
- Owen, D.C., Boswell, C., Opton, L., Franco, L., Meriwether, C. (2018) Engagement, empowerment, and job satisfaction before implementing an academic model of shared governance, *Applied Nursing Research*, 41, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.02.001>

- Pajares, F. (1996) Self-efficacy Beliefs in Academic Settings. *Review of Educational Research*, 66, 543-578.
- Pajares, F. (2009) Towards a positive psychology of academic motivation: the role of self-efficacy beliefs. In *Handbook of Positive Psychology in Schools*. R. Gilman, E.S. Huebner & M.J. Furlong (Eds), 149–160. Taylor & Francis, New York, NY. Available at: [https://books.google.com.cy/books?hl=el&lr=&id=1pKOA_gAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA149&dq=Pajares+F.\(2009\)+Towards+a+positive+psychology+of+academic+motivation:+the+role+of+self-efficacy+beliefs.+In+Handbook+of+Positive+Psychology+in+Schools+\(R.+Gilman,+E.S.+Huebner+%26+M.J.+Furlong+eds\),+pp.+149%E2%80%93160.+Taylor+%26+Francis,+New+York,+NY&ots=9KpJvpyJ7b&sig=cDJAxwLaPNZjbpYnX0SfCEEe8CU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.cy/books?hl=el&lr=&id=1pKOA_gAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA149&dq=Pajares+F.(2009)+Towards+a+positive+psychology+of+academic+motivation:+the+role+of+self-efficacy+beliefs.+In+Handbook+of+Positive+Psychology+in+Schools+(R.+Gilman,+E.S.+Huebner+%26+M.J.+Furlong+eds),+pp.+149%E2%80%93160.+Taylor+%26+Francis,+New+York,+NY&ots=9KpJvpyJ7b&sig=cDJAxwLaPNZjbpYnX0SfCEEe8CU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) [Accessed 23rd March 2021].
- Patrick, A., Laschinger, H.K.S. (2006) The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction, *Journal of Nursing Management*, 14, 13–22.
- Peltomaa, K., Viinikainen, S., Rantanen, A., Sieloff, C., Asikainen, P., Suominen, T., (2013) Nursing power as viewed by nursing professionals, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3) 580-588 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01069.x>
- Pervin, L.A., John, O.P. (2001) Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές (σ.σ 519-552). (μτφρ. Α. Αλεξανδροπούλου και Ε. Δασκαλοπούλου). Αθήνα, Δαρδάνος.
- Pishgooie, A.H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., Lotfi, Z. (2019) Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 527-534. <https://doi:10.1111/jonm.12707>
- Price, J., Mueller, C. (1981) A causal model for turnover for nurses. *Academy of Management*. 24(3), 543-65.
- Procter, S., Allan, T., & Lacey, A. (2010) Sampling. In K. Gerrish, & A. Lacey (Eds.), *The research process in nursing* (6th ed.) 142–152. John Wiley & Sons.
- Rawlett, K. E. (2014) Journey from Self-Efficacy to Empowerment, *Health Care*, 2(1), 1-9. <http://doi:10.12966/hc.02.01.2014>
- Read, E.A. & Laschinger, H.K. (2015) The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction

- over the first year of practice. *Journal of advanced nursing*, 71(7), 1611-1623.
<https://doi.org/10.1111/jan.12625>
- Regan, L.C., Rodriguez, L. (2011) Nurse empowerment from a middle-management perspective: nurse managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *The Permanente Journal*, 15(1), e101.
- Regan, S., Laschinger, H.K., Wong, C.A. (2016) The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of nursing management*, 24(1), E54-E61. <https://doi.org/10.1111/jonm.12288>
- Responsive Translation Services (2015) What Is Cognitive Debriefing and How Does It Improve Instrument Validity? Available at: <https://www.responsivetranslation.com/blog/cognitive-debriefing/> [Accessed 23rd December 2018].
- Rhoades, L., Eisenberger, R. (2002) Perceived organizational support: a review of the literature, *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714. <http://doi:10.1037//0021-9010.87.4.698>
- Rich, B.L., Lepine, J.A., Crawford, E.R. (2015) Job engagement: antecedents and effects on job performance. *Academy of Management Journal*, 53(3), 617–635. <https://doi.org/10.5465/amj.2010.51468988>
- Roche, M.R., Duffield, C.M., Dimitrelis, S., Frew, B. (2015) Leadership skills for nursing unit managers to decrease intention to leave. *Nursing: Research and Reviews*, 5, 57-64 <https://doi:10.2147/NRR.S46155>
- Rotundo, M. (2009) Conduct Performance Appraisals to Improve Individual and Firm Performance. In Edwin A. Locke (Ed.) *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable Knowledge for Evidence Based Management*. 2nd ed. UK: John Wiley & Sons, Ltd. 85-104.
- Salanova, M., Lorente L., Chambel, M. J., Martinez, I. M. (2011) Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: the mediating role of self-efficacy and work engagement, *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2256–2266. <http://doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05652.x>
- Salas, E., Stagl, C.K. (2009) Design Training Systematically and Follow the Science of Training. In *Handbook of Principles of Organizational Behavior: Indispensable*

- Knowledge for Evidence-Based Management*,. Edwin A. Locke (Ed.) A John Wiley and Sons, Ltd, Publication, 59-84.
- Scherbaum, C.A., Cohen-Charash, Y., & Kern, M.J. (2006) Measuring general self-efficacy: A comparison of three measures using item response theory. *Educational and Psychological Measurement*, 66(6), 1047–1063. <https://doi.org/10.1177/0013164406288171>
- Scholz, U., Doña, B.G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002) Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242>
- Schwarzer, R. (2014) Everything you wanted to know about the General Self-Efficacy Scale but were afraid to ask. Documentation of the General Self-Efficacy Scale, Available at: http://userpage.fu-berlin.de/~health/faq_gse.pdf [Accessed 19th September 2018].
- Schwarzer, R. (2018) General Self Efficacy Available at: www.RalfSchwarzer.de [Accessed 19th September 2018].
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995) Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. 35-37. Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Shariff, N.J. (2014) Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders ' participation in health policy development. *BMC Nursing*, 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-20>
- Shaw, S. (2007) The 'soul' of leadership and leadership development. In International Council of Nurses (Ed.) *Nursing Leadership* United Kingdom, Chichester: Blackwell publishing. 98-115.
- Sherer, M. & Adams, C. (1983) The Self-Efficacy Scale: A Construct Validity Study. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED233274.pdf> [Πρόσβαση Δεκέμβριος 2019]
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice- Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982) The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.1982.51.2.663> [Accessed 21st April 2021].
- Siegrist, J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41.

- Siegrist, J., Li, J., Montano, D. (2014) Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire, *Department of Medical Sociology, Faculty of Medicine, Düsseldorf, Germany*. Available from: https://www.uniklinikduesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/PsychometricProperties.pdf [Accessed 19th September 2018].
- Sieloff, C. L., & Bularzik, A. M. (2011) Group power through the lens of the 21st century and beyond: further validation of the Sieloff–King Assessment of Group Power within Organizations. *Journal of Nursing Management*, 19(8), 1020-1027. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01314.x>
- Skytt B., Ljunggren, B., Carlson, M. (2007) Reasons to leave: the motives of first-line nurse managers' for leaving their posts, *Journal of Nursing Management*, 15(3), 294–302. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00651.x>
- Soudagar, S., Rambod, M., Beheshtipour, N. (2015) Factors associated with nurses' self-efficacy in clinical setting in Iran, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 20(2), 226–231.
- Spencer, C., McLaren, S. (2016) Empowerment in nurse leader groups in middle management: a quantitative comparative investigation, *Journal of Clinical Nursing*, 26, 266–279, <http://doi:10.1111/jocn.13426>
- Spreitzer, G.M., (1995) Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation, *Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Stewart, J.G., Rita McNulty, R.Sr., Griffin, M.T.Q., Fitzpatrick, J.J. (2010) Psychological empowerment and structural empowerment among nurse practitioners, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22, 27–34. <http://doi:10.1111/j.1745-7599.2009.00467.x>
- Takase, M. (2010) A concept analysis of turnover intention: Implications for nursing Management, *Collegian*, 17(1), 3–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2009.05.001>.
- Taylor, K.M., Betz, N.E. (1983) Applications of self-efficacy theory to the understanding and treatment of career indecision, *Journal of Vocational Behavior*, 22, 63-81.
- Teixeira, A. C., Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2015) Nursing empowerment and job satisfaction: an integrative review according the Structural Theory, *Journal of Nursing Referência*, 4(6), 151 - 158. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14024>

- Tourangeau, A.E., Cranley, L.A (2006) Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants, *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497-509 <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x>
- Trus, M., Razbadauskas, A., Doran, D., Suominen, T., (2012) Work - related empowerment of nurse managers: A systematic review. *Nursing and Health Sciences*, 14(3), 412-420 <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00694.x>
- Trus, M., Galdikiene, N., Balciunas, S., Green, P., Helminen, M., & Suominen, T. (2019) Connection between organizational culture and climate and empowerment: The perspective of nurse managers. *Nursing & health sciences*, 21(1), 54-62. <https://doi.org/10.1111/nhs.12549>
- Trus, M., Martinkenas, A., & Suominen, T. (2017) International Nursing: How Much Power Do Nurse Managers Have?. *Nursing administration quarterly*, 41(4), 337-345. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000247>
- Trus, M., Doran, D., Martinkenas, A., Asikainen, P., Suominen, T. (2018) Perception of work-related empowerment of nurse managers, *Journal of Research in Nursing*, 23(4), 317–330 <http://doi:10.1177/1744987117748347>
- Tyler, S., Bourbon, E., Cox, S., Day, N., Fineran, C., Rexford, D., Rinas, J., Shumate, K., Ward-Smith, P. (2012) Clinical competency, self-efficacy, and job satisfaction: Perceptions of the staff nurse, *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(1), 32–35. <https://doi:10.1097/NND.0b013e318240a703>
- Udod, S.A., (2012) Process of seeking connectivity: social relations of power between staff nurses and nurse managers. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 25(4), 29-47. <https://doi:10.12927/cjnl.2012.23262>
- Ulrich, B. T., Lavandero, R., Woods, D., & Early, S. (2014). Critical care nurse work environments 2013: a status report. *Critical care nurse*, 34(4), 64-79. <https://doi.org/10.4037/ccn2014731>
- Van Bogaert P., Van Heusden D., Timmermans O., Franck, E. (2014) Nurse work engagement impacts job outcome and nurse assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology* 5(2), 1261–1270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261>
- Van Bogaert, P., Peremans, L., De Wit, M., Van heusden, D., Franck, E., Timmermans, O., Havens D.S. (2015) Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff

- nurse empowerment: a qualitative study, *Frontiers in Psychology*, 6:1585, <http://doi:10.3389/fpsyg.2015.01585>
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Diltour, N., Van Heusden, D., Dilles, T., Van Rompaey, B., Havens, D.S. (2016) Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: Qualitative Phenomenological Study. *PLoS One*, 11(4): e0152654. <http://doi:10.1371/journal.pone.0152654>
- Van Dyk, V.J., Siedlecki, S.L., Fitzpatrick, J.J. (2016) Frontline nurse managers confidence and self-efficacy, *Journal of Nursing Management*, **24**, 533–539. <http://doi:10.1111/jonm.12355>
- Vancouver, J.B. (2012) Rhetorical Reckoning: A Response to Bandura, *Journal of Management*, **38**, 465-474.
- Vicdan, A.K. & Taştekin, A. (2019) A STUDY OF ADAPTING THE NURSING PROFESSION SELF-EFFICACY SCALE TO TURKISH. *Acıbadem Ünvrsitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3) 504-510. <https://doi.org/10.31067/0.2019.183>
- Viinikainen, S., Asikainen, P., Sieloff, C., Helminen, M., & Suominen, T. (2015) Is the first-line nursing managers' power congruent with that of the nursing group?. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1), 3-9. <https://doi.org/10.1177/0107408314560324>
- Wang, S., Liu, Y. (2015) Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling, *Journal of Nursing Management*, 23(3), 287–296. <https://doi:10.1111/jonm.12124>
- Widyana, R., Handiyani, H. (2019) Self-efficacy and organizing competency of head nurse dominant factors determining of nursing job satisfaction implemented in two hospitals in Riau Province. *Enfermeria Clinica*, Suppl. 2(29), 625-628. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.095>
- Winslow, S., DeGuzman, P., Kulbok, P., Jackson, S. (2014) Nurses' self-efficacy and academic degree advancement. *Journal for nurses in professional development*, 30(3), 110–E2. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000038>
- Witges, K.A. & Scanlan, J.M. (2014) Understanding the role of the nurse manager: The full-range leadership theory perspective. *Nurse Leader*, 12(6), 67-70. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2014.02.007>

- Wong, C.A., & Laschinger, H.K.S. (2013) Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment, *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 947–959. <http://doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x>.
- World Health Organization (2020) State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organization (2016) Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275453/9789241510455-ita.pdf>
- World Health Organization. (2020) State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership. <https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>
- Xie, J., Liu, M., Ding, S., Zhuqing, Z., Zeng, S., Liu, A., Zhou, J., Wang, S., Cheng, A.S. (2020) Time management disposition and related factors among nursing managers in China: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(1), 63-71. <https://doi.org/10.1111/jonm.12890>
- Yang, J., Yanhui Liu, Y., Chen, Y., Pan, X. (2014) The effect of structural empowerment and organizational commitment on Chinese nurses' job satisfaction, *Applied Nursing Research*, 27, 186–191. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.12.001>
- Zhang, Y., Yufeng, L.I., Cui, C., Song, W., Jin, C. (2017) The reliability and validity of Chinese version of Nursing Profession Self-Efficacy Scale. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 33(22), 1728-1731.
- Zhang, Ze-Ju., Zhang, Chuan-Lin., Zhang, Xian-Geng., Liu, Xiang-Min., Zhang, H., Wang, J., Liu, S. (2015) Relationship between self-efficacy beliefs and achievement motivation in student nurses, *Chinese Nursing Research*, 2, 67-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnre.2015.06.001>
- Zhou, M. (2015) A Revisit of General Self-Efficacy Scale: Uni - or Multi-dimensional? *Current Psychology*, 35, 427–436. <https://doi:10.1007/s12144-015-9311-4>
- Zimmerman, B.J. (2000) Self efficacy an essential motive to learn, *Educational Psychology*, 25, 82–91. <http://doi:10.1006/ceps.1999.1016>

- Zimmerman, M. (1990) Toward a theory of learned hopefulness: a structural model of analysis of participation and empowerment, *Journal of Research in Personality*, 24(1), 71-86.
- Zimmerman, M., Rappaport, J. (1988), Citizen participation, perceived control and psychological empowerment, *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 725-50.
- Zou, H., Lan, X. & Li, C. (2016) Relationship among Anxiety, Depression, Social and Self-Efficacy in Night-Shift Nurse. *International Medical Journal*, 23(3), 275-278.
- Zulkosky, K. (2009) Self-Efficacy: A Concept Analysis, *Nursing Forum*, 44(2), 93-102.
- Zurmehly, J., Martin, P.A., Fitzpatrick, J.J. (2009) Registered nurse empowerment and intent to leave current position and/or profession. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 383-391. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00940.x>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1 - Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο για την Αυτεπάρκεια, την Ενδυνάμωση και την Ισχύ

ΜΕΡΟΣ Α

1. Φύλο:

Γυναίκα Άνδρας

2. Ηλικία: χρονών.

3. Ακαδημαϊκά προσόντα (Σημειώστε όσα ισχύουν):

Πτυχίο (BSc) Μάστερ (MSc, MA) Διδακτορικό (PhD)

Εάν κατέχετε κάποια νοσηλευτική ειδικότητα παρακαλώ δηλώστε:

4. Τίτλος και θέση εργασίας:

Θέση εργασίας κατά την 31/12/2018:

Ανώτερος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός Πρώτος/η Νοσηλευτικός Λειτουργός

Ήσασταν ο/η πρώτος/η τη τάξει στο Τμήμα σας;

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

5. Προϋπηρεσία στη Νοσηλευτική: χρόνια

6. Νοσοκομείο που εργάζεστε:

Γ.Ν Αμμόχωστου Γ.Ν Λάρνακας Γ.Ν Λεμεσού

Γ.Ν Λευκωσίας Γ.Ν. Πάφου Ν.Α.Μ ΙΙΙ Λευκωσίας

Νοσοκομείο Πόλης Νοσοκομείο Κυπερούντας

ΜΕΡΟΣ Β

Οδηγίες Συμπλήρωσης

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες εργασίας σας μέχρι την 31/12/2018, σκεφτείτε και σημειώστε με ένα **κύκλο** το βαθμό που σας εκφράζει (εξέφραξε) κάθε μία από τις παρακάτω δηλώσεις. Σε κάθε μία υπάρχουν τέσσερις πιθανές απαντήσεις από 1 έως το 4 ως ακολούθως:

| | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | <i>Δεν με εκφράζει καθόλου</i> | <i>Με εκφράζει ελάχιστα</i> | <i>Με εκφράζει αρκετά</i> | <i>Με εκφράζει απόλυτα</i> |
| 1. Πάντα καταφέρνω να λύσω δύσκολα προβλήματα εάν προσπαθησω αρκετά. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Εάν κάποιος μου αντιτίθεται μπορώ να βρω τα μέσα και τους τρόπους να κάνω αυτό που θέλω εγώ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Μου είναι εύκολο να παραμείνω σταθερός/ή στους στόχους μου και να εκπληρώσω τους σκοπούς μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Είμαι σίγουρος/η ότι μπορώ να αντιμετωπίσω αποτελεσματικά απροσδόκητα γεγονότα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Λόγω της επινοητικότητας μου ξέρω πως να χειριστώ απρόοπτες καταστάσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Μπορώ να λύσω τα περισσότερα προβλήματα εάν αφιερώσω την αναγκαία προσπάθεια. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Όταν αντιμετωπίζω δυσκολίες παραμένω ήρεμος/η επειδή μπορώ να βασίζομαι στις προσαρμοστικές μου ικανότητες. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Όταν βρεθώ αντιμέτωπος/η με ένα πρόβλημα συνήθως βρίσκω αρκετές λύσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Όταν αντιμετωπίζω ένα πρόβλημα συνήθως σκέφτομαι τρόπους να το λύσω. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Συνήθως, μπορώ να διαχειριστώ οτιδήποτε βρεθεί μπροστά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ΜΕΡΟΣ Γ

Οδηγίες Συμπλήρωσης

Λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες εργασίας σας, μέχρι την 31/12/2018, σκεφτείτε και σημειώστε με ένα κύκλο το βαθμό που σας εκφράζει (εξέφραζε) κάθε μία από τις παρακάτω δηλώσεις. Σε κάθε μία ερώτηση υπάρχουν πέντε πιθανές απαντήσεις σε κλίμακα από 1 έως 5:

| | Καθόλου | | | | | Πάρα πολλές |
|--|---------|---|---|---|---|-------------|
| 1. Πόσες ευκαιρίες έχετε στην παρούσα εργασία σας σε σχέση με τα παρακάτω; | | | | | | |
| (Α) Εργασία με προκλήσεις | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Β) Δυνατότητες να αποκτήσετε νέες δεξιότητες και γνώσεις στην εργασία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Γ) Εργασίες που αξιοποιούν όλες τις δεξιότητες και τις γνώσεις σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2. Πόση πρόσβαση έχετε σε πληροφορίες στην παρούσα εργασία σας σε σχέση με: | | | | | | Πάρα πολύ |
| (Α) Την τρέχουσα κατάσταση του νοσοκομείου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Β) Τις τρέχουσες αξίες της ανώτατης διοίκησης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Γ) Τους στόχους της ανώτατης διοίκησης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3. Πόση πρόσβαση έχετε σε υποστήριξη στην παρούσα εργασία σας σε σχέση με: | | | | | | Πάρα πολύ |
| (Α) Συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με πράγματα που κάνετε καλά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Β) Συγκεκριμένα σχόλια για πράγματα που θα μπορούσατε να βελτιώσετε | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Γ) Χρήσιμες εισηγήσεις ή συμβουλές επίλυσης προβλημάτων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4. Πόση πρόσβαση έχετε σε πόρους στην παρούσα εργασία σας, όπως: | | | | | | Πάρα πολύ |
| (Α) Διαθέσιμο χρόνο για την απαραίτητη γραφική δουλειά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Β) Διαθέσιμο χρόνο για διεκπεραίωση των εργασιακών απαιτήσεων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Γ) Απόκτηση προσωρινής βοήθειας όταν χρειάζεται | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

5. Στο εργασιακό μου περιβάλλον:

| | Ανύπαρκτη | | | | | Πολύ μεγάλη |
|---|-----------|---|---|---|---|-------------|
| (Α) Η ανταμοιβή για καινοτομίες στην εργασία είναι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Β) Ο βαθμός ευελιξίας στη δουλειά μου είναι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Γ) Ο βαθμός προβολής των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία στο πλαίσιο του ιδρύματος είναι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

6. Πόσες ευκαιρίες έχετε για τις κάτωθι δραστηριότητες στην παρούσα εργασία σας:

| | Καθόλου | | | | | Πάρα πολλές |
|--|---------|---|---|---|---|-------------|
| (Α) Συνεργασία με τους γιατρούς στην φροντίδα των ασθενών | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Β) Αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους για επίλυση προβλημάτων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Γ) Αναζήτηση από προϊστάμενο για βοήθεια σε επίλυση προβλημάτων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| (Δ) Αναζήτηση ιδεών από επαγγελματίες εκτός από γιατρούς, π.χ. φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, διαιτολόγους | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

7. Πόσο συμφωνείτε με τις πιο κάτω δηλώσεις:

| | Διαφωνώ απόλυτα | | | | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|--------------------|---|---|---|--------------------|
| (Α) Γενικά, το τρέχον εργασιακό μου περιβάλλον με ενδυναμώνει να ολοκληρώνω το έργο μου με αποτελεσματικό τρόπο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (Β) Γενικά, θεωρώ ότι ο χώρος εργασίας μου είναι ένα ενδυναμωτικό περιβάλλον | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Αν σου δινόταν η ευκαιρία και λαμβάνοντας υπόψη τα ωφελήματα και τις υποχρεώσεις σου (τι παίρνεις και τι δίνεις στην εργασία σου) θα επιθυμούσες να αλλάξεις:

| | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (Α) Τμήμα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Β) Οργανισμό/ Νοσοκομείο | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Γ) Επάγγελμα | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Αναφέρετε τους δύο κύριους λόγους που δικαιολογούν την πιο πάνω απάντησή σας

1.
2.

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας!

Παράρτημα 2 - Άδεια χρήσης της Γενικής Κλίμακας Αυτεπάρκειας

Documentation of the General Self-Efficacy Scale

8



Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (PF 10),
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-
wissenschaft und Psychologie
- Gesundheitspsychologie -
Professor Dr. Ralf Schwarzer
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin, Germany

Fax +49 30 838 55834
health@zedat.fu-berlin.de
www.fu-berlin.de/gesund

Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer
www.ralfschwarzer.de

Παράρτημα 3 - Άδεια χρήσης του CWEQ II

12/8/2018

CWEQ Download - Heather K. Laschinger Research Measurement Tools - Western University

Heather K. Laschinger Research Tools



Research Tools

About the CWEQ

- > [Download CWEQ Tool](#)
- > [Scale Information](#)

About the PSNCQQ

- > [Download PSNCQQ Tool](#)
- > [Scale Information](#)


Inquiries

For more information,
please contact:

- > hklttools@uwo.ca

CWEQ Download

By downloading the CWEQ tool below, you are awarded permission to use and translate the tool.

 [Download CWEQ here](#)

© 1878 - 2018 Western University

1151 Richmond Street
London, Ontario, Canada, N6A 3K7
[Privacy](#) | [Web Standards](#) | [Terms of Use](#) | [Accessibility](#)



Παράρτημα 4 – Συνοδευτικό πιλοτικής δοκιμής ερωτηματολογίου

Πιλοτική Δοκιμή Ερωτηματολογίου για την έρευνα σε σχέση με την αυτεπάρκεια, την ενδυνάμωση την ισχύ και την τάση φυγής στους Ανώτερους και Προϊστάμενους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς των κρατικών νοσηλευτηρίων

Αγαπητή/ε συνάδελφε,

Στα πλαίσια της διαδικασίας ολοκλήρωσης του ερωτηματολογίου που θα χρησιμοποιήσω για σκοπούς της πιο πάνω έρευνας παρακαλώ όπως αφιερώσετε 10 λεπτά από το χρόνο σας συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο που επισυνάπτω.

Μπορείτε, αφού θα είμαι παρών, να με ρωτήσετε οτιδήποτε που πιθανό να μην είναι κατανοητό ή υπάρχει κάποια δυσκολία.

Με τη συμπλήρωσή του, παρακαλώ αν έχετε οποιαδήποτε σχόλια καταγράψετε τα πιο κάτω.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

Ημερομηνία:.....

Σας Ευχαριστώ

Ιωάννης Λεοντίου

Μάρτιος 2019

Παράρτημα 5 – Γνωμοδότηση ΕΕΒΚ

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2019.01.43
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

25 Φεβρουαρίου, 2019

Κύριο Ιωάννη Λεοντίου
Ταγματάρχου Πουλίου 1
Διαμ. 101
1101 Λευκωσία

Αγαπητέ κύριε Λεοντίου,

Αίτηση γνωμοδότησης για την πρόταση με τίτλο:
«Διερεύνηση της αυτεπάρκειας, της αντιλαμβανόμενης δομικής ενδυνάμωσης και ισχύος των
ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και μετά την αυτονόμηση των
κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο»

Αναφέρομαι στην αίτηση σας ημερομηνίας 19 Φεβρουαρίου 2019 για το πιο πάνω θέμα, και επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι από τη μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει, που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) **γνωμοδοτεί υπέρ της διεξαγωγής της εν λόγω έρευνας.**

2. Η Επιτροπή επιθυμεί να τονίσει ότι παραμένει ευθύνη δική σας η διεξαγωγή της έρευνας με τρόπο που να τηρούνται οι πρόνοιες του νέου Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (2016/679) και του περί της Προστασίας των Φυσικών Προσώπων Έναντι της Επεξεργασίας των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και της Ελεύθερης Κυκλοφορίας των Δεδομένων αυτών Νόμος του 2018 (Ν. 125(I)/2018).

3. Σας ενημερώνουμε ότι για σκοπούς καλύτερου συντονισμού και αποφυγής επανάληψης ερευνών με το ίδιο θέμα ή/και υπό εξέταση πληθυσμό μέσα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, η ΕΕΒΚ δημοσιεύει στην ιστοσελίδα της το θέμα της έρευνας, τον φορέα και τον υπό εξέταση πληθυσμό.

4. Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της έρευνας, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώνει την ΕΕΒΚ για κάθε τροποποίηση των αρχικά κατατεθειμένων εγγράφων (πρωτόκολλο ή άλλα ερευνητικά έγγραφα) και θα υποβάλλει τις απαιτούμενες έντυπες τροποποιήσεις στην Επιτροπή.

5. Σε περίπτωση διακοπής της έρευνας, ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει γραπτώς την Επιτροπή κάνοντας αναφορά και στους λόγους διακοπής της έρευνας.

.../2

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Γωνία Μακεδονίας και Νίκου Κρανιδιώτη, 1ος όροφος, 2411 Λευκωσία
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy, **Ιστοσελίδα:** www.bioethics.gov.cy

-2-

6. Ο συντονιστής/ επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει την Επιτροπή σε περίπτωση αδυναμίας να συνεχίσει ως συντονιστής και θα υποβάλει τα στοιχεία επικοινωνίας του αντικαταστάτη του.

7. Με το πέρας της ερευνητικής πρότασης, ο συντονιστής / επιστημονικός υπεύθυνος θα ενημερώσει εγγράφως την Επιτροπή ότι το υπό αναφορά ερευνητικό πρωτόκολλο ολοκληρώθηκε.

8. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνάς σας.

Με εκτίμηση,



Καθ. Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Παράρτημα 6 - Άδεια από Επιτροπή Προώθησης Επιστημονικών Ερευνών ΥΥ

ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6^Ε
Αρ. τηλ. 22605738
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου:0504/2019

19 Μαρτίου 2019

κ. Ιωάννη Λεοντίου
Μελπομένης 35β, Αγλανζιά

Θέμα : Ερευνητική Πρόταση με θέμα: «Διερεύνηση της αυτεπάρκειας, της αντιλαμβανόμενης δομικής ενδυνάμωσης και ισχύος των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο»

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας σχετικά με το πιο πάνω θέμα που υποβλήθηκε στην Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας με ημερομηνία 28 Φεβρουαρίου 2019 και να σας ενημερώσω ότι το αίτημα σας έχει εγκριθεί.

Σημειώνεται ότι το Υπουργείο Υγείας δεν φέρει οποιαδήποτε ευθύνη για την έκβαση των αποτελεσμάτων σας.

Νοείται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεσή σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- Περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας.

(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενική Διευθύντρια

Παράρτημα 7 - Ενημέρωση διευθύνσεων των νοσηλευτηρίων

**ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Αρ. φακ: 5.34.01.7.6^F
Αρ. τηλ. 22605738
Email:igeorgiou@moh.gov.cy

19 Μαρτίου 2019

Γενικό (Εκτελεστικό) Διευθυντή
Διεύθυνσης Λευκωσίας

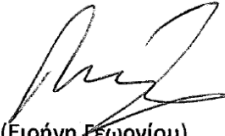
Γενικό (Εκτελεστικό) Διευθυντή
Διεύθυνσης Λάρνακας - Αμμοχώστου

Γενικό (Εκτελεστικό) Διευθυντή
Διεύθυνσης Λεμεσού - Πάφου

Θέμα : Εγκρίσεις Ερευνητικών Προτάσεων από Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο πιο πάνω θέμα και να σας ενημερώσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών σε συνεδρία της ημερομηνίας 8 Μαρτίου 2019 έχει εγκρίνει το αίτημα του κ. Ιωάννη Λεοντίου με θέμα «Διερεύνηση της αυτεπάρκειας, της αντιλαμβανόμενης δομικής ενδυνάμωσης και ισχύος των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και μετά την αυτονόμηση των νοσηλευτηρίων στην Κύπρο».

Σημειώνεται ότι η μελέτη θα διεξαχθεί σε όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια. Συγκεκριμένα για σκοπούς διεξαγωγής της έρευνας θα ζητηθεί από τους Ανώτερους και Πρώτους Νοσηλευτικούς λειτουργούς, από τον ερευνητή, να συμπληρώσουν σχετικό με την έρευνα ερωτηματολόγιο.


(Ειρήνη Φαωργίου)
για Γενική Διευθύντρια

κοιν. CEO ΟΚΥΠΥ
Διευθυντή ΝΥ

Παράρτημα 8 - Συνοπτικό επεξηγηματικό σημείωμα έρευνας

Ιωάννης Λεοντίου
Μελλομένης 35β,
Αγλαντζιά, 2102
+357 99438156
i.leontiou@cytanet.com.cy

Μάρτιος 2019

Έρευνα: «Διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της δομικής ενδυνάμωσης και ισχύος των ανώτερων και πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων στην Κύπρο»

Αγαπητή/έ Συνάδελφε,

Μέσα στα πλαίσια του Διδακτορικού Προγράμματος του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου (ΤΕ.ΠΑ.Κ), έχω αναλάβει τη διεξαγωγή έρευνας αναφορικά με το πιο πάνω θέμα.

Η έρευνα διεξάγεται σε παγκύπρια βάση και καλύπτει όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια.

Προσκαλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα, αφιερώνοντας λίγο από τον πολύτιμο σας χρόνο για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που επισυνάπτεται. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και οι απόψεις σας είναι σημαντικές και πολύτιμες για την έρευνα.

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει και να περιγράψει τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος των προϊστάμενων νοσηλευτών μέσω επιπέδου διοίκησης στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου και πως αυτά συσχετίζονται με την πρόθεση φυγής από την εργασία. Σημειώνεται ότι, εξ όσων γνωρίζω, δεν έχει προηγηθεί παρόμοια μελέτη στην Κύπρο.

Οι σύγχρονες εξελίξεις στον τομέα της υγείας, σε συνάρτηση με την προδιαγραφόμενη εφαρμογή του Γενικού Σχεδίου Υγείας (Γε.Σ.Υ) στην Κύπρο, επιβάλλουν την υιοθέτηση μιας ολοκληρωμένης λύσης σε ό,τι αφορά στην υιοθέτηση πρακτικών ενίσχυσης των νοσηλευτικών διοικητικών στελεχών και περαιτέρω ενδυνάμωσης τους. Τυχόν σχεδιασμός και υλοποίηση πολιτικών που αφορούν στην οργανωσιακή κουλτούρα και συμπεριφορά με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της νοσηλευτικής φροντίδας επιβάλλει αξιοποίηση των γνώσεων και δεξιοτήτων των διοικητικών νοσηλευτικών στελεχών λαμβανομένων υπόψη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της οργάνωσης και λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων.

Η έρευνα αποκτά ιδιαίτερη σημασία ένεκα της δυναμικής αξιοποίησης των αποτελεσμάτων από το Υπουργείο Υγείας ή/και του Οργανισμού Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΠΥ) ειδικά σε σχέση με καθεστώς των κρατικών νοσηλευτηρίων και την παραχώρηση σε αυτά οικονομικής και διοικητικής αυτονομίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί επίσης να αξιοποιηθούν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και άλλους αρμόδιους φορείς και οργανισμούς (π.χ ασφαλιστικοί οργανισμοί και ιδιωτικοί παροχείς νοσηλευτικής φροντίδας όπως τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια).

Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και διατηρείται ανωνυμία, αφού κανένα από τα στοιχεία του ερωτηματολογίου δεν δίνει τη δυνατότητα στον ερευνητή να εντοπίσει την ταυτότητα οποιουδήποτε συμμετέχοντα.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέγονται στο χώρο εργασίας σας με τοποθέτηση τους σε κλειστό κιβώτιο από όπου θα συλλεχθούν από τον ερευνητή. Ο χρόνος συμπλήρωσής του δεν ξεπερνά τα 10 λεπτά.

Είμαι στη διάθεσή σας για οποιοσδήποτε επιπρόσθετος διευκρινίσεις ή λεπτομέρειες.

Σας ευχαριστώ,

Ιωάννης Λεοντίου

Παράρτημα 9 – Άρθρα που δημοσιεύτηκαν και αφορούν την παρούσα διατριβή

Received: 15 November 2020 | Revised: 2 January 2021 | Accepted: 5 January 2021

DOI: 10.1111/jonm.13247



ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Self-efficacy, empowerment and power of middle nurse managers in Cyprus: A correlational study

Ioannis Leontiou RN, MA, PhD (c), Senior Nursing Officer, President, Board Member^{1,2,3} |
Anastasios Merkouris RN, PhD, Associate Professor⁴ |
Evrudiki Papastavrou RN, PhD, Associate Professor⁴ | Nicos Middleton PhD, Associate Professor⁴

¹A&E Nicosia General Hospital, Nicosia, Cyprus

²Cyprus Nurses and Midwives Association (CYNMA), Aglandjia, Cyprus

³International Council of Nurses (ICN), Geneva, Switzerland

⁴Department of Nursing, Cyprus University of Technology (CUT), Limassol, Cyprus

Correspondence

Ioannis Leontiou, 35b, Melpomenis Street, Aglandjia 2102, Cyprus.
Email: i.leontiou@cytanet.com.cy

Abstract

Aim: To investigate the perceived self-efficacy, structural empowerment and power of middle nurse managers before the implementation of a major reform of public hospitals in Cyprus.

Background: Nurse managers' self-efficacy is important as it makes a difference in nurses' motivation and the way they feel, think and behave. Empowerment promotes workers' engagement at work, leading to positive performance outcomes.

Methods: This is a descriptive correlational study with a sample of 175 nurse managers. It was conducted during March–April 2019.

Results: The results showed that nurse managers perceived relatively high scores of self-efficacy, moderate levels of empowerment and moderate levels of both formal and informal power. Access to resources has been recorded as low. Statistically significant correlations have been found between self-efficacy, age and work experience. Nurse managers with a bachelor's degree had a higher informal power than those with a master's degree.

Conclusions: The present study provides recommendations for maintaining and enhancing the self-efficacy, empowerment and power of nurse managers in the evolving conditions of health care reforms.

Implications for Nursing Management: Nurse managers need to improve their access to empowerment structures and be involved in policy decision-making, future planning, organisation and control, aiming for the improvement of services and care that they provide.

KEYWORDS

empowerment, nurse managers, power, self-efficacy

1 | INTRODUCTION

Health care organisations and health systems are undergoing rapid changes globally. As a result, they are under enormous pressure to improve the quality of services and reduce deficiencies in patient care. The role of nurse managers (NMs) has a significant impact on

the quality of nursing care provided and safety outcomes and on the stability and reliability of the nursing workforce. Quality and stability directly affect the financial viability of the organisation since NMs act as positive change agents, and they are engaged in policy formulation across different sectors, including workforce management and research (Van Dyk et al., 2016; WHO, 2016).

According to WHO (2020), many studies around the world revealed that leadership styles of managers have a direct impact on nurses' job satisfaction and turnover, and may affect the quality of care.

Cyprus has been spending less resources on health than the majority of the European Union countries. Until recently, health services were delivered mainly through a publicly funded health system. A new health care system is currently being implemented (as of June 2019) with the aim of providing universal health coverage, improving accessibility and addressing inefficiencies in service delivery. There are ongoing efforts to ensure that the new health system becomes fully operational in 2020, as planned, while preserving its long-term sustainability. Another planned reform aims to reorganise the way public hospitals (where most nurses are employed) are managed, granting them more autonomy through the establishment of a new entity named: *State Health Services Organisation*. In the process of this reform, public hospitals are preparing to compete with private clinics in terms of efficiency, quality and effectiveness (Council of the European Union, 2019; OECD, 2019).

The importance of this study lies in the fact that it was conducted under evolving conditions created by two landmark changes taking place almost concurrently: (a) the establishment of a new health system and (b) the reorganisation of public hospitals.

1.1 | Background

The conceptual framework that guided our research was based on organisational empowerment as described by Kanter (1977, 1993) and the theory of self-efficacy as described by Bandura (1977). Kanter (1977, 1993) interpreted the ability to mobilize human and material resources to get things done as 'power'. Bandura's theory provides a clear interpretation of self-efficacy as one's belief in his or her ability to organise and perform a series of actions with a view to performing a particular task successfully.

Individuals with a high level of self-efficacy in a given area exert a higher level of effort when they are dealing with a difficult task than individuals with a low level of self-efficacy (Lunenburg, 2011). The relationship between self-efficacy and effective leadership is important in finding new ways of selecting and developing leadership in health care organisations (Abou, 2017). The self-confidence and self-efficacy of NMs help to determine the extent to which they are engaged in the desired management behaviours for achieving organisational goals. In addition, NMs are able to create conditions that will allow the system to evolve over time through their relationship with clinical nurses and executive nurse leaders (Van Dyk et al., 2016).

Research has shown that self-efficacy serves to promote the value of time management by NMs (Xie et al., 2020). Self-efficacy along with other factors, such as job satisfaction and work engagement, is negatively correlated with turnover (De Simone et al., 2018). Van Dyk et al. (2016) reported a strong positive correlation between

years in a formal leadership role and self-efficacy scores and that self-efficacy could be predicted by years of leadership experience. It has also been suggested that some form of structured training and support for the improvement of leadership skills, managing power and politics might improve NMs' self-efficacy and boost perceptions of informal power (Oliver et al., 2014). When NMs have a high degree of self-efficacy and perceive that they are supported by the organisation, they are able to create and promote an empowered working environment. Moreover, they feel satisfied and rewarded as effective leaders and are more likely to offer their full support to their staff (Hagerman et al., 2017; Laschinger et al., 2011).

The components of empowerment include access to information, support, resources and opportunities for knowledge and skills development. In an environment where these components are available, the staff is empowered and the job can be successfully completed (Kanter, 1977, 1993). Kanter proceeded further by describing power as the condition where someone mobilizes the available human and material resources in order to achieve goals and that power is acquired through the structures of empowerment.

Empowerment, as perceived by NMs, plays a vital role in the exercise of managerial duties and, in turn, influences positively the empowerment of front-line nursing staff. Senior nursing management needs to understand the importance of empowered middle management so that they can use this understanding to facilitate the provision of safe and high-quality patient care (Regan & Rodriguez, 2011). Understanding the relationship between empowerment and quality outcomes may enable NMs to make choices that improve the quality of care (Goedhart et al., 2017).

Structural empowerment has a significant positive direct effect on perceived organisational support and indirect effects on perceived quality and intentions to leave. Similarly, leadership practices have a significant and positive direct effect on structural empowerment and perceived organisational support and also indirect effects on perceived quality and intentions to leave (Laschinger et al., 2011).

Trus et al. (2017) have found that all structures of empowerment were correlated positively with the overall level of power at both unit and organisational levels. Furthermore, they examined and reported that there was a statistically significant association between unit-level power and organisational-level power. In another study, Trus et al. (2019) have concluded that within organisational climate dimensions, when the climate was engaged and functional, NMs had access to opportunity information, and support, and experienced formal and informal power. Viinikainen et al. (2015) have found that the level of power correlated negatively, but weakly, with the NMs' position, with resources, and with the NMs' role. In their study, the big majority of the respondents (92%) reported that they drew power from their position as a NM, while an indication of personal power was only reported by 65% of the respondents.

Power, empowerment and self-efficacy have been investigated among the nursing community globally, even though relevant research among NMs is very scarce. This study aspires to contribute further to the issues of self-efficacy, power and empowerment among NMs.

1.2 | Aim of the study

The aim of this study was to explore and identify levels of the perceived self-efficacy, structural empowerment and the power of NMs before the implementation of a major health care reform in Cyprus with respect to the establishment of a new organisation, which would undertake the responsibility of the operation and management of all public hospitals. Furthermore, the study investigates the association between levels of the perceived self-efficacy, empowerment and power of NMs, and differences according to the demographic and professional characteristics of the participants.

2 | METHOD

2.1 | Research design

This study follows a descriptive correlational research design conducted in March 2019 when no particular changes were introduced during evolving conditions in the health care settings (as described above) in order to serve as a baseline for future studies among NMs in Cyprus. This design allowed us to determine the direction and the strength of the relationships of the variables we were investigating.

2.2 | Setting and sample

The study was conducted in the public health care system that includes six tertiary general hospitals (one in each province) and two rural hospitals. These settings were used because of the homogeneity in the hierarchical structure of the staff and the fact that the NMs' role and responsibilities are under the provisions of the same scheme of service.

The inclusion criterion for each subject was his or her current role as a head of department or clinical ward (nurse manager). The target population was all ($n = 186$) NMs, and a census procedure was followed. Based on the target population, the returned questionnaires ($n = 175$) reflected a high response rate (94%). A high representativeness of the sample increases the potential of generalizing the findings for the target population and gives more accurate and complete information (Procter et al., 2010).

2.3 | Instruments

Data collection was carried out by applying two widely used and reliable tools combined in a single questionnaire.

2.4 | Demographic characteristics

The demographic data collected were as follows: age, gender, academic qualifications, work position, work experience (years in service) and seniority in the department (yes or no).

2.5 | General Self-Efficacy Scale (GSE)

The GSE developed by Schwarzer & Jerusalem in 1979 (Schwarzer & Jerusalem, 1995) and was used to assess general sense of perceived self-efficacy. The GSE consists of 10 items. Each item refers to successful action and implies an internal/stable attribution of success with a 4-point response scale. The sum of all 10 items yields the final composite score, with a theoretical range of 10 to 40. In samples of many studies from 23 nations, Cronbach's alphas ranged from 0.76 to 0.90, with the majority in the high 0.80s (Schwarzer & Jerusalem, 1995). In this study, the Cronbach's alpha was 0.85.

2.6 | Conditions for Workplace Effectiveness Questionnaire (CWEQ-II)

The CWEQ-II developed by Laschinger et al. (2001) was used to assess the perceived empowerment and both forms of power (formal and informal). The CWEQ-II, which is a modification of the original (Laschinger et al., 2001), is significantly shorter and therefore easier to complete. It is targeted for use in research studies, whereas the length and detail of the original version makes it more valuable in the context of quality improvement initiatives. The CWEQ-II is comprised of 6 subscales: Opportunity, Resources, Information, and Support each of which is comprised of three items; the Job Activity Scale that is comprised of three items; and the Organization Relationships Scale that is comprised of four items.

The Job Activity Scale and the Organization Relationships Scale measure the formal and informal power, respectively. A mean score is obtained by summing and averaging the items of each subscale. Score range for all items is between 1 and 5. Higher scores represent stronger perceptions of working in an empowered environment.

The global empowerment (GE) as a global measure and as a validation index (mean of the sum of two items) was added in 1995 as a seventh subscale at the end of the CWEQ-II. The total empowerment (TE) score can be calculated by summing either the first four subscales (Opportunity, Resources, Information and Support) or all six subscales (including Job Activity Scale and Organization Relationships Scale).

The six-subscale version, which was used in the current study, gives a score range between 6 and 30. Scores ranging from 6 to 13 are described as low levels of empowerment, 14–22 as moderate levels of empowerment and 23–30 as high levels of empowerment. In this study, Cronbach's alpha for all items of the CWEQ-II questionnaire ranges from 0.88 to 0.90.

2.7 | Translation process, cultural adaptation and pilot testing

The process of translating the questionnaire was conducted in accordance with defined standards and guidelines (Beaton et al., 2007;

MAPI Research Trust, 2018). To achieve the Greek version of the English instrument in order to perform the same way, a translation was conducted in two directions (forward translation and backward translation) and a cultural adaptation as designated for the cognitive debriefing process. It was piloted on a group of 10 NMs who were excluded from the main sample. It was apparent from their responses that the Greek questionnaire was generally understood, so there were no further suggestions for changing the wording or rephrasing any of the questions.

2.8 | Data collection

The questionnaires were distributed by the researchers' local collaborators in each hospital, who took the responsibility to collect and share the completed questionnaires. Participants were informed, verbally and in writing, about the purpose of the study and that their participation was on a voluntary basis. The completed anonymous questionnaires were placed in a sealed envelope and collected by the local collaborator who kept them safely in a locked drawer in his or her office until they were handed to the researcher after a 2-week period.

2.9 | Data analysis

Descriptive statistics were used to describe the participants' characteristics. The *t* test for independent samples was used to determine whether there was a significant difference between the means of the following groups: (a) *men and women*; (b) *NMs with a bachelor's degree and NMs with a master's degree*; (c) *NMs with a specialization and NMs with no specialization*; and (d) *senior NMs and inferior NMs* and the scores of self-efficacy and empowerment structures (including formal and informal power). Correlations using the Pearson correlation coefficient were used for testing relationships between the scores of self-efficacy and empowerment structures (including formal and informal power) and between the age and work experience of the participants. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) was used for all analyses.

2.10 | Ethical considerations

The Cyprus Bioethics Committee (according to the national law) approved the study protocol (No 0504/2019), and a permission was granted by the research committee of the Ministry of Health. Participants were informed about the purpose of the study and were assured of confidentiality and anonymity. A statement of this was enclosed with the questionnaire, and therefore, informed consent was implied when the participants completed and returned the questionnaires. Licences to use the GSE and CWEQ-II were obtained.

3 | RESULTS

3.1 | Sample characteristics

All NMs working in the public hospitals ($n = 186$) were recruited through personal letters shared by the local collaborator at each hospital. The response rate was 94% ($n = 175$).

Within the overall sample ($n = 175$), 81.7% were women ($n = 143$) and 17.7% were men ($n = 31$). There was no identification of gender in one questionnaire (0.6%). The mean age of the participants was 52 ± 5.26 years (range 33–64 years). Seven out of ten participants (66%) were in the age group 46–55 years. Furthermore, three out of ten (31.6%, $n = 55$) had a master's degree, and the remaining 68.4% ($n = 119$) had a bachelor's degree.

Slightly more than half of the participants (52%, $n = 91$) responded as having no specialization. Of those who recorded otherwise, the most commonly recorded specialties were as follows: intensive care (16%, $n = 28$), midwifery (11.5%, $n = 20$), community nursing (7%, $n = 12$) and nursing administration (6.3%, $n = 11$). The 77% of the sample ($n = 130$) were senior staff in their departments. This means that, in some departments, there were more than one NM. Finally, as many as 62.3% ($n = 109$) reported employment of 21–30 years, and only 1.7% ($n = 3$) reported the longest period of employment (over 41 years).

3.2 | Self-efficacy

The results showed that the mean scores of self-efficacy of the NMs do not vary greatly among hospitals (from 31 to 35). The total mean score for self-efficacy was 33.33 ($SD = 0.38$). Half of the observed scores ranged from 31 to 36. Across items of the GSE scale, the lowest score ($M = 2.86$, $SD = 0.66$) was on the item '*If someone opposes me, I can find the means and ways to get what I want*'. The highest score ($M = 3.60$, $SD = 0.52$) was on the item '*If I am in trouble, I can usually think of a solution*' (Table 1).

The average score of self-efficacy between men ($M = 33.55$, $SD = 2.19$) and women ($M = 33.26$, $SD = 4.07$) was almost the same [$t_{(169)} = -0.534$, $p = .595$]. Similarly, it was observed that there was no difference in the average score of self-efficacy between those possessing a bachelor's degree ($M = 33.50$, $SD = 3.62$) and a master's degree ($M = 32.90$, $SD = 4.20$). The same applies between those who have a specialty in nursing and those who do not. Finally, there did not seem to be any difference in self-efficacy among those who were senior in a department and those who were not (Table 2).

There was a low but statistically significant ($p = .007$) positive correlation between self-efficacy and the age of the participants ($r = .209$), and similarly between self-efficacy and work experience ($r = .197$). Also, there were low but statistically significant correlations between self-efficacy and formal power ($r = .191$) and informal power ($r = .219$) (Table 3).

TABLE 1 Scores for each item and total score of self-efficacy (N = 175, range = 1–4)

| Item | Mean | SD |
|--|-------|-------|
| I can always manage to solve difficult problems if I try hard enough | 3.41 | 0.569 |
| If someone opposes me, I can find the means and ways to get what I want | 2.86 | 0.664 |
| It is easy for me to stick to my aims and accomplish my goals | 3.23 | 0.647 |
| I am confident that I could deal efficiently with unexpected events | 3.30 | 0.591 |
| Thanks to my resourcefulness, I know how to handle unforeseen situations | 3.36 | 0.579 |
| I can solve most problems if I invest the necessary effort | 3.55 | 0.564 |
| I can remain calm when facing difficulties because I can rely on my coping abilities | 3.35 | 0.616 |
| When I am confronted with a problem, I can usually find several solutions | 3.38 | 0.563 |
| If I am in trouble, I can usually think of a solution | 3.60 | 0.525 |
| I can usually handle whatever comes my way | 3.29 | 0.515 |
| Total | 33.33 | 0.383 |

3.3 | Empowerment

Total empowerment (TE) was considered to be moderate (M = 18.30, SD = 4.09). The scores of TE displayed a median of 18.00 (IQR = 15.37–20.91). However, there appears to be a differentiation in the mean scores of the 6 subscales (ranging from 2.44 to 3.81). The ‘access to resources’ subscale had the lowest score (M = 2.62, SD = 0.85), and the ‘access to opportunity’ had the highest (M = 3.81, SD = 0.88). Global empowerment (GE), as a general empowerment measure, had a mean score of 2.95 (SD = 1.05) and is indicative of the overall picture presented in TE (Table 4).

There was a significant difference in the mean scores between men (M = 8.77, SD = 2.90) and women (M = 7.70, SD = 2.44) on the empowerment structure Resources [$t_{(170)} = -2.135, p = .034$] (Table 2).

Correlational tests used the mean scores of the six subscales of CWEQ-II. There was a fair positive significant correlation between TE and self-efficacy ($r = .278$). No significant correlation was observed between TE and age ($r = .143$) and between TE and work experience ($r = .141$) (Table 3).

3.4 | Power

Formal power (FP) and informal power (IP) were calculated by summing up the mean scores of the items of the subscales *Job Activity Scale* and *Organization Relationships Scale*. The results showed that mean scores of FP (from 2.25 to 2.45) and IP (from 3.19 to 3.72) did not vary much between the NMs of the hospitals investigated.

The mean score of FP was 2.44 (SD = 0.90). There was a very low rating on the item ‘rewards for innovation on the job’ (M = 2.08, SD = 1.07). With regard to ‘the amount of flexibility in my job’, the mean score was 2.76 (SD = 1.02); and concerning ‘the amount of visibility of my work-related activities within the institution’, the mean score was 2.49 (SD = 1.02) (Table 5).

There were no statistically significant relationships between perceived FP, demographic data and the NM’s professional profile (gender, academic degree, nursing specialty and seniority). Furthermore, there were no statistically significant correlations between FP, the age and the work experience of the participants (Table 2).

The mean score for all four items of the *Organization Relationships Scale* subscale was 3.53 (SD = 0.79) revealing a moderate degree of IP. The highest mean score was observed on the item: ‘Being sought out by peers for help with problems’ (M = 3.78, SD = 0.97), and the lowest was observed on the item ‘Seeking out ideas from professionals’ (M = 3.26, SD = 1.08) (Table 5).

There were no statistically significant associations between the perceived IP and gender, nursing specialty or seniority. However, there was a statistically significant relationship between academic qualifications and IP [$t_{(169)} = 2.351, p = .02$]. NMs with a BSc (M = 14.55, SD = 2.90) had a higher IP than those with a master’s degree (M = 13.37, SD = 2.38) (Table 2).

There was a statistically significant correlation between IP and the age of the participants ($p = .001, r = .261$) and their work experience ($p = .002, r = .237$). Finally, as mentioned above, there was a statistically significant correlation between FP ($r = .191$), IP ($r = .219$) and self-efficacy (Table 3).

4 | DISCUSSION

This study revealed that NMs perceived their self-efficacy as being relatively high. In the recent study of Xie et al. (2020), which was the only one found in the literature to be measuring NMs’ self-efficacy with the use of GSE scale, the mean score of self-efficacy among NMs was found to be lower than the present study.

The exact causes for the levels of self-efficacy presented can be sought in a future study focusing on the four main sources of influence identified by Bandura (1994): (a) mastery experiences, (b) vicarious experiences provided by social models, (c) social persuasion and (d) inferences from somatic and emotional states.

This study confirms the relation of age and work experience to the levels of self-efficacy with previous studies. In particular, the statistically significant poor positive correlation between self-efficacy and age of the participants, self-efficacy and work experience, and, finally, self-efficacy and formal power differs with the findings of Van Dyk et al. (2016) who report strong positive correlation between years in a formal leadership role and self-efficacy scores. A possible explanation to this difference is the sizes of the samples (ours was double) and the mean age of the participants (ours was 5 years older).

TABLE 2 Comparisons between empowerment structures and gender, academic qualifications, speciality and seniority

| | Opportunity | Information | Support | Resources | FP (JAS) | IP (ORS) | GE | TE | SE |
|---------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| Gender | | | | | | | | | |
| t test | -1.024 | 0.887 | 1.015 | -2.135 | 1.158 | 0.422 | 0.080 | -0.023 | -0.534 |
| df | 170 | 170 | 170 | 170 | 171 | 169 | 171 | 171 | 169 |
| Sig. (2-tailed) | 0.307 | 0.376 | 0.312 | 0.034 | 0.248 | 0.673 | 0.936 | 0.981 | 0.595 |
| M, Mean (SD) | 11.41 (2.56) | 8.29 (3.03) | 8.48 (3.11) | 8.77 (2.90) | 6.83 (2.86) | 13.96 (3.24) | 5.90 (1.75) | 18.26 (4.15) | 33.55 (2.19) |
| F, Mean (SD) | 11.93 (2.67) | 8.82 (3.02) | 9.08 (2.95) | 7.70 (2.44) | 7.45 (2.65) | 14.22 (3.08) | 5.93 (2.15) | 18.24 (4.27) | 33.26 (4.07) |
| Degree | | | | | | | | | |
| t test | -0.201 | -0.511 | 0.915 | 0.654 | 1.584 | 2.351 | 1.268 | 0.829 | 0.959 |
| df | 170 | 170 | 170 | 170 | 171 | 169 | 171 | 171 | 169 |
| Sig. (2-tailed) | 0.841 | 0.611 | 0.362 | 0.514 | 0.115 | 0.020 | 0.206 | 0.408 | 0.339 |
| BSc, Mean (SD) | 11.47 (2.53) | 8.64 (2.86) | 9.11 (2.94) | 7.98 (2.52) | 7.56 (2.71) | 14.55 (2.90) | 6.06 (2.01) | 18.43 (4.26) | 33.50 (3.62) |
| Master's, Mean (SD) | 11.56 (2.70) | 8.90 (3.36) | 8.67 (3.08) | 7.70 (2.64) | 6.87 (2.65) | 13.37 (2.38) | 5.63 (2.22) | 17.85 (4.22) | 32.90 (4.20) |
| Nursing speciality | | | | | | | | | |
| t test | -0.923 | -0.1496 | 0.745 | -0.92 | 1.248 | -0.414 | -1.202 | -0.402 | -0.401 |
| df | 171 | 171 | 171 | 171 | 171 | 170 | 172 | 172 | 170 |
| Sig. (2-tailed) | 0.357 | 0.136 | 0.457 | 0.927 | 0.214 | 0.679 | 0.231 | 0.688 | 0.689 |
| Yes, Mean (SD) | 11.65 (2.61) | 9.09 (2.90) | 8.79 (2.88) | 7.89 (2.59) | 7.06 (2.50) | 14.03 (3.62) | 5.72 (2.07) | 18.34 (3.72) | 33.40 (3.69) |
| No, Mean (SD) | 11.27 (2.69) | 8.41 (3.10) | 9.13 (3.06) | 7.85 (2.55) | 7.57 (2.86) | 14.23 (2.60) | 6.10 (2.12) | 18.08 (4.72) | 33.16 (4.00) |
| Seniority | | | | | | | | | |
| t test | 0.674 | -0.484 | -0.416 | 1.171 | -0.580 | 11.013 | 0.526 | -0.343 | 0.982 |
| df | 170 | 170 | 170 | 170 | 171 | 169 | 171 | 171 | 169 |
| Sig. (2-tailed) | 0.501 | 0.629 | 0.678 | 0.243 | 0.562 | 0.312 | 0.599 | 0.732 | 0.327 |
| Yes, Mean (SD) | 11.58 (2.59) | 8.66 (3.12) | 8.92 (2.99) | 8.02 (2.65) | 7.28 (2.73) | 14.04 (3.06) | 5.97 (2.11) | 18.18 (4.37) | 33.47 (3.82) |
| No, Mean (SD) | 11.26 (2.55) | 8.92 (2.69) | 9.14 (2.97) | 7.48 (2.21) | 7.56 (2.58) | 14.60 (3.23) | 5.78 (2.00) | 18.44 (3.82) | 32.80 (3.80) |

Abbreviations: FP, formal power (JAS, Job Activity Scale); GE, global empowerment, IP, informal power (ORS, Organization Relationships Scale); SE, self-efficacy; TE, total empowerment.

TABLE 3 Correlations between self-efficacy, empowerment structures and age and work experience

| | V1 | V2 | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | V8 | V9 | V10 | V11 |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|-----|-----|
| V1 | | | | | | | | | | | |
| Age | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V2 | | | | | | | | | | | |
| Work experience | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .892** | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .000 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 172 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V3 | | | | | | | | | | | |
| Self-efficacy | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .209** | .197** | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .007 | .010 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 169 | 171 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V4 | | | | | | | | | | | |
| Opportunity | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .001 | -.011 | .186* | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .986 | .883 | .015 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 170 | 172 | 171 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| V5 | | | | | | | | | | | |
| Information | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | -.007 | .024 | .145 | .351** | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .932 | .750 | .059 | .000 | - | - | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 170 | 172 | 171 | 173 | - | - | - | - | - | - | - |
| V6 | | | | | | | | | | | |
| Support | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .052 | .079 | .232** | .352** | .665** | - | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .497 | .303 | .002 | .000 | .000 | - | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 170 | 172 | 171 | 173 | 173 | - | - | - | - | - | - |
| V7 | | | | | | | | | | | |
| Resources | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .184* | .130 | .269** | .359** | .506** | .578** | - | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .016 | .088 | .000 | .000 | .000 | .000 | - | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 170 | 172 | 171 | 173 | 173 | 173 | - | - | - | - | - |
| V8 | | | | | | | | | | | |
| Formal power (JAS) | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .142 | .130 | .191* | .358** | .509** | .601** | .609** | - | - | - | - |
| <i>p</i> | .064 | .090 | .012 | .000 | .000 | .000 | .000 | - | - | - | - |
| <i>N</i> | 170 | 172 | 171 | 173 | 173 | 173 | 173 | - | - | - | - |
| V9 | | | | | | | | | | | |
| Informal power (ORS) | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .261** | .237** | .219** | .358** | .414** | .482** | .467** | .542** | - | - | - |
| <i>p</i> | .001 | .002 | .004 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | - | - | - |
| <i>N</i> | 169 | 171 | 170 | 172 | 172 | 172 | 172 | 172 | - | - | - |

(Continues)

TABLE 3 (Continued)

| | V1 | V2 | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | V8 | V9 | V10 | V11 |
|--------------------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----|
| V10 | | | | | | | | | | | |
| Global empowerment | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .094 | .111 | .099 | .454** | .494** | .478** | .459** | .557** | .542** | - | - |
| <i>p</i> | .222 | .147 | .196 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | - | - |
| <i>N</i> | 171 | 173 | 172 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 172 | - | - |
| V11 | | | | | | | | | | | |
| Total empowerment | | | | | | | | | | | |
| <i>r</i> | .143 | .141 | .278** | .601** | .768** | .827** | .758** | .796** | .736** | .662** | - |
| <i>p</i> | .063 | .065 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | .000 | - |
| <i>N</i> | 170 | 172 | 171 | 173 | 173 | 173 | 173 | 173 | 172 | 173 | - |

*Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

**Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

JAS = Job Activities Scale; ORS = Organization Relationships Scale

| | <i>N</i> | Minimum | Maximum | Mean | <i>SD</i> |
|---|----------|---------|---------|-------|-----------|
| How much of each kind of opportunity do you have in your present job? | | | | | |
| Challenging work | 175 | 1.00 | 5.00 | 3.88 | 1.02 |
| The chance to gain new skills and knowledge on the job | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.78 | 0.96 |
| Tasks that use all of your own skills and knowledge | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.80 | 0.94 |
| Total | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.81 | 0.88 |
| How much access to information do you have in your present job? | | | | | |
| The current state of the hospital | 174 | 1.00 | 5.00 | 3.13 | 1.12 |
| The values of top management | 173 | 1.00 | 5.00 | 2.86 | 1.05 |
| The goals of top management | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.74 | 1.12 |
| Total | 173 | 1.00 | 5.00 | 2.91 | 1.00 |
| How much access to support do you have in your present job? | | | | | |
| Specific information about things you do well | 174 | 1.00 | 5.00 | 3.04 | 1.00 |
| Specific comments about things you could improve | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.01 | 1.02 |
| Helpful hints or problem solving advice | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.94 | 1.10 |
| Total | 173 | 1.00 | 5.00 | 2.99 | 0.99 |
| How much access to resources do you have in your present job? | | | | | |
| Time available to do necessary paperwork | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.63 | 1.02 |
| Time available to accomplish job requirements | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.86 | 0.96 |
| Acquiring temporary help when needed | 173 | 1.00 | 5.00 | 2.38 | 0.96 |
| Total | 173 | 1.00 | 5.00 | 2.62 | 0.85 |
| Global empowerment | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.95 | 1.05 |
| Total empowerment | 173 | 8.25 | 29.08 | 18.30 | 4.09 |

TABLE 4 Scores for the items of structural empowerment, global empowerment and total empowerment

It is of particular interest that this study also revealed statistically significant correlations between self-efficacy and empowerment and between self-efficacy and power. This result confirms a link

between the theory of Bandura, which supports that self-efficacy is one's belief in his or her *ability to organise and perform a series of actions with a view to performing a particular task successfully*, and the

LEONTIOU ET AL.

WILEY | 9

TABLE 5 Scores of formal and informal power

| | N | Minimum | Maximum | Mean | SD |
|---|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Formal power (JAS) | | | | | |
| In my work setting/job | | | | | |
| The rewards for innovation on the job are | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.08 | 1.07 |
| The amount of flexibility in my job is | 175 | 1.00 | 5.00 | 2.76 | 1.02 |
| The amount of visibility of my work-related activities within the institution is | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.49 | 1.02 |
| Total | 174 | 1.00 | 5.00 | 2.44 | 0.90 |
| Informal power (ORS) | | | | | |
| How much opportunity do you have for these activities in your present job | | | | | |
| Collaborating on patient care with physicians | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.71 | 0.99 |
| Being sought out by peers for help with problems | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.78 | 0.97 |
| Being sought out by managers for help with problems | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.37 | 1.14 |
| Seeking out ideas from professionals other than physicians, for example physiotherapists, occupational therapists, dieticians | 173 | 1.00 | 5.00 | 3.26 | 1.08 |
| Total | 172 | 1.25 | 5.00 | 3.53 | 0.79 |

theory of Kanter, which maintains that power may be interpreted as the ability to mobilize human and material resources to get things done.

The study revealed moderate levels of structural empowerment. The highest score was obtained for access to *Opportunity* followed by access to *Support* and access to *Information*. The lowest score was observed for access to *Resources*. These are consistent with similar previous studies, which also reported a moderate level of empowerment in their respective workplaces (Bish et al., 2014; DeVivo et al., 2013; Laschinger et al., 2011; Spencer & McLaren, 2017; Trus et al., 2018). Based on these findings, the results suggest that a global pattern is established in terms of empowerment levels of NMs. One may argue that this is probably due to the prevailing perception among NMs, not just in Cyprus but everywhere, that the richness of resources has a direct relationship with the organisational goals that can be achieved.

The study also revealed a moderate degree of informal power, though higher than formal power. These findings suggest that Cypriot NMs were making more use of social connections, communication and information channels with sponsors, peers, subordinates and cross-functional groups (from which formal power is derived according to Laschinger et al., 2001) rather than the specific job characteristics.

Formal power and informal power were significantly correlated with age and work experience. These findings are also consistent with similar research (Oliver et al., 2014; Peltomaa et al., 2013; Regan & Rodriguez, 2011; Spencer & McLaren, 2017). In accordance

with these findings, we may also conclude that the perceived level of power of NMs in Cyprus could be influenced by several factors such as training for the improvement of leadership skills and managing power and support from the senior management.

The fact that NMs in the public hospitals of Cyprus have demonstrated relatively high levels of self-efficacy and moderate levels of power and empowerment may be interpreted as firm evidence of the possibility of achieving more goals. The causes for the high self-efficacy of Cypriot NMs were beyond the scope of this study. However, one may argue that this may be related to the experiences they gained through a health organisation, which differs in structure and culture than others (e.g. private hospitals). Specifically, this may be due to the degree of autonomy they get from their scheme of service, which in turn gives them important responsibilities in their role as NMs.

4.1 | Limitations

The study included public hospitals only. Private hospitals were not included because of the diversity and heterogeneity in the hierarchical structure of the staff, their capacity and size. Therefore, findings may not strictly represent other organisations despite the fact that most of this study's results have also been observed in previous research in various countries with different health system environments. The strength of this census survey is the

high response rate, which gives us more accurate and complete information.

5 | CONCLUSIONS

This correlational study revealed that the NMs rated themselves as having relatively high levels of self-efficacy and moderate levels of power and empowerment. The study also confirmed the relationship between age and work experience with self-efficacy and that self-efficacy is correlated with both empowerment and power. The results brought to light important findings that can be utilized by decision-makers regarding the key factors that have an impact on the effectiveness of NMs in public hospitals not only in Cyprus but also in other public hospitals where NMs play a key role in managing human and material resources to achieve organisational goals.

6 | IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT

The study findings indicate the importance of providing NMs access to empowerment structures to carry out their work efficiently and effectively in order to succeed in the organisation's mission.

NMs need to seek more access to opportunities, resources and professional support and access to information.

Taking into account the specific characteristics of the organisation, NMs who lead departments in clinical settings also need to be involved in policy decision-making, future planning, organisation and control, aiming for the improvement of services and care to be provided.

Finally, taking into consideration the complexity of their duties and responsibilities and, as reported in the study, their limited access to resources, NMs need to utilize these results as evidence to persuade the senior management to take all necessary measures for maintaining and further improving their self-efficacy, power and empowerment.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors would like to thank all local collaborators and especially NMs who spent valuable time in responding to the questionnaire.

CONFLICT OF INTEREST

None for any of the authors.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

IL, AM, EP and NM designed the study. IL, AM, EP and NM collected the data. IL, AM, EP and NM analysed the data. IL, AM, EP and NM were responsible for study supervision and administrative support. IL wrote the manuscript. IL, AM, EP and NM critically revised the manuscript for important intellectual content.

ETHICAL APPROVAL

The Scientific Committee for the Promotion of Research, Ministry of Health (Protocol No: 0504/2019), and the Cyprus Bioethics Committee (EEBK EII 2019.01.43) approved the study.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

ORCID

Ioannis Leontiou  <https://orcid.org/0000-0002-4313-6106>

REFERENCES

- Abou, E. (2017). Relationship between leadership self-efficacy and leadership effectiveness of first-line nurse managers. *Arts and Social Sciences Journal*, 8(6), 1-9. <https://doi.org/10.4172/2151-6200.1000310>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Bosi, F. (2007). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Institute for Work and Health.
- Bish, M., Kenny, A., & Nay, R. (2014). Perceptions of structural empowerment: Nurse leaders in rural health services. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 29-37. <https://doi.org/10.1111/jonm.12029>
- Council of the European Union (2019). *Council recommendation on the 2019 national reform programme of Cyprus*. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10166-2019-INIT/en/pdf>
- De Simone, S., Planta, A., & Cicotto, G. (2018). The role of job satisfaction, work engagement, self-efficacy and agentic capacities on nurses' turnover intention and patient satisfaction. *Applied Nursing Research*, 39, 130-140. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.004>
- DeVivo, D., Griffin, M. T., Donahue, M., Fitzpatrick, J. J., Commack, N. Y., Cleveland, O. H., & Danbury, C. T. (2013). Perceptions of empowerment among ED nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 529-533. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.011>
- Goedhart, N. S., Van Oostveen, C. J., & Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194-206. <https://doi.org/10.1111/jonm.12455>
- Hagerman, H., Högberg, H., Skytt, B., Wadensten, B., & Engström, M. (2017). Empowerment and performance of managers and subordinates in elderly care: A longitudinal and multilevel study. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 647-656. <https://doi.org/10.1111/jonm.12504>
- Kanter, R. M. (1977). *Men and women of the corporation*. Basic Books.
- Kanter, R. M. (1993). *Men and women of the corporation* (2nd ed.). Basic Books.
- Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>
- Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., Grau, A. L., Read, E. A., & Stam, L. M. P. (2011). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing*

Ανασκόπηση

Αυτεπάρκεια, Ενδυνάμωση, Ισχύς και Τάση Φυγής των Νοσηλευτών Μάνατζερ

Self-efficacy, Empowerment, Power and Turnover Intention of Nurse Managers

Λεοντίου Ιωάννης
RN, MA, PhD (c)
Νοσηλευτικός Λειτουργός Α'
ΤΑΕΠ Γ.Ν Λευκωσίας, Κύπρος

Παπασάουρου Ευρυδίκη
RN, MSc, PhD
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μίλλεττον Νίκος
PhD
Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μερκούρης Αναστάσιος
RN, MSc, PhD
Αναπληρωτής Καθηγητής
Τμήμα Νοσηλευτικής
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:
Ιωάννης Λεοντίου
email: i.leontiou@cytanet.com.cy

Leontiou Ioannis
RN, MA, PhD (c)
Senior Nursing Officer
A&E Nicosia General Hospital

Papastavrou Evridiki
RN, MSc, PhD
Associate Professor
Department of Nursing
Cyprus University of Technology, Cyprus

Middleton Nicos
PhD
Associate Professor
Department of Nursing
Cyprus University of Technology

Merkouris Anastasios
RN, MSc, PhD
Associate Professor
Department of Nursing
Cyprus University of Technology

Corresponding author:
Ioannis Leontiou
Email: i.leontiou@cytanet.com.cy

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αυτεπάρκεια, η ενδυνάμωση και η ισχύς των νοσηλευτών μέσω επιπέδου διοίκησης (νοσηλευτών μάνατζερ - NM) αποτελούν σημαντικές παραμέτρους στην επίτευξη του ηγετικού και διοικητικού τους ρόλου επειδή επιβλέπουν άμεσα νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς.

Σκοπός: Η διερεύνηση της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος καθώς και της τάσης φυγής των νοσηλευτών μέσω επιπέδου διοίκησης (NM).

Υλικό και μέθοδος: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Scopus, Pubmed και CINAHL χρησιμοποιώντας τις λέξεις: "nurse manager", "self-efficacy", "empowerment", "power", "turnover intention", "intention to leave", για άρθρα που είχαν δημοσιευτεί στην αγγλική την περίοδο Ιανουάριου 2010 – Αύγουστου 2020.

Αποτελέσματα: Η αυτεπάρκεια των NM μπορεί να συμβάλει στην παροχή ασφαλούς φροντίδας, να οδηγήσει σε θετικές συμπεριφορές, σε ένα ενδυναμωμένο εργασιακό περιβάλλον και συσχετίζεται σημαντικά με τη διαχείριση του χρόνου, την ηλικία και την προϋπηρεσία.

Όλες οι σχετικές έρευνες διαπίστωσαν ότι η συνολική ενδυνάμωση των NM κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα και ότι τον μικρότερο βαθμό λαμβάνει η δομή «πόρο». Οι κύριοι παράγοντες που συνδέονται με την ενδυνάμωση είναι η οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα.

Η επίσημη ισχύς φαίνεται να είναι ψηλότερη μεταξύ NM που έχουν περισσότερη εκτελεστική εξουσία ενώ η ανεπίσημη ισχύς επίσης φαίνεται να λαμβάνει πιο ψηλή βαθμολογία σε ζητήματα που αφορούν στη συνεργασία με τους γιατρούς και με τους συναδέλφους.

Οι κύριοι παράγοντες που συσχετίζονται και έχουν σημαντική, αρνητική ή θετική επίδραση, στις προθέσεις φυγής είναι ο φόρτος εργασίας, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η ανεπαρκής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, οι ανεπαρκείς ανθρωπίνι και οικονομικοί πόροι και η οργανωσιακή υποστήριξη.

Συμπεράσματα: Η αυτεπάρκεια των NM είναι σημαντική καθώς κάνει τη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο αισθάνονται, σκέφτονται, συμπεριφέρονται και παρακινούνται. Σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση βοηθά στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο εμπλέκονται στις επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

Παράγοντες όπως, η ηλικία, η εργασιακή ικανοποίηση, ο φόρτος εργασίας, το άγχος, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η υποστήριξη από τον άμεσα προϊστάμενο, η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, οι ανεπαρκείς ανθρωπίνι και οικονομικοί πόροι και η ασφάλεια στην εργασία συσχετίζονται με τις προθέσεις φυγής των NM.

Λέξεις - κλειδιά: nurse manager, self-efficacy, empowerment, power, turnover intention, intention to leave

Abstract

Introduction: The self-efficacy, the empowerment and the power of mid-level nurses (Nurse Managers - NM) are important in achieving their leadership and administrative role since they supervise nurses who provide care to patients.

Aim: To investigate the self-efficacy, empowerment and power as well as the turnover intention of mid-level nurse managers.

Methods: The literature review was carried out using the electronic databases Scopus, PubMed and CINAHL using specific keywords for articles that were published in English from January 2010 to August - 2020.

Results : The self-efficacy of NMs may contribute to the provision of safe care, lead to positive behaviours, promote an empowered working environment and is significantly correlated with time management, age and seniority.

All relevant studies found a moderate level of perceived Total Empowerment of NMs and that the structure "Resources" presents the lowest score. The main factors associated with empowerment are organizational culture and organizational climate.

Formal Power seems to be higher among NMs who have more executive power while Informal Power seems to receive higher scores on issues related to collaboration with doctors and colleagues.

The main factors that are correlated and have a significant, negative or positive effect on turnover intention are the workload, the work-life balance, the inadequate quality of patient care, the inadequate human and financial resources and the organizational support.

Conclusions: The self-efficacy of the NM is important as it makes a difference in the way they feel, think, behave and motivated. In relation with empowerment it helps to determine the degree to which the NMs are involved in the desired administrative behaviors in order to achieve the goals of the organization.

Factors such as the age, the job satisfaction, the workload, the stress, the work-life balance, the direct support from the supervisor, the quality of patient care, the empowerment to deal with the work demands, the inadequate human and financial resources and safety at work are correlated with NM's turnover intentions.

Keywords: nurse manager, self-efficacy, empowerment, power, turnover intention, intention to leave

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεωρία της αυτεπάρκειας του Bandura (1977) τυγχάνει εννοιολόγησης από το τρίπτυχο άτομο-συμπεριφορά-περιβάλλον. Η θεωρία ερμηνεύει την αυτεπάρκεια ως την πεποίθηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να ολοκληρώσει επιτυχώς ένα συγκεκριμένο έργο. Γενικότερα, τα άτομα με υψηλό επίπεδο αυτεπάρκειας ασκούν μεγαλύτερη προσπάθεια όταν έχουν να αντιμετωπίσουν μια δύσκολη εργασία από άτομα με χαμηλότερο βαθμό αυτεπάρκειας (Lunenburg, 2011).

Επιπρόσθετα, στη θεωρία της η Kanter (1993), περιέγραψε τα συστατικά στοιχεία της δομικής ενδυνάμωσης (πρόσβαση στην πληροφόρηση, υποστήριξη, πρόσβαση σε πόρους, ευκαιρίες ανάπτυξης γνώσεων και δεξιοτήτων) τα οποία ενδυναμώνουν το προσωπικό, προωθούν περαιτέρω την εμπλοκή των εργαζομένων στην εργασία και οδηγούν σε θετικά αποτελέσματα απόδοσης. Για την Kanter, η ισχύς είναι η ικανότητα κινητοποίησης ανθρώπων και υλικών πόρων για την επίτευξη της εργασίας (Kanter 1993, σ. 166) και αυτή αποκτάται από την πρόσβαση στις απαραίτητες πληροφορίες, υποστήριξη και πόρους στο περιβάλλον εργασίας.

Η ισχύς αφορά στη δικαιοδοσία των ατόμων να κάνουν πράγματα και εκπηγάζει από τη θέση που κατέχει ένα άτομο στον οργανισμό. Η Kanter (1993), υποστηρίζει ότι η ισχύς σε οργανισμούς προέρχεται από τις δομικές συνθήκες στο εργασιακό περιβάλλον και όχι από τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου ή από τα αποτελέσματα κοινωνικοποίησης.

Η ενδυνάμωση σχετίζεται με την αύξηση της ισχύος και την προσωπική αυτονομία στις διαπροσωπικές και θεσμικές σχέσεις σε ένα οργανισμό, κυρίως στις σχέσεις καταπίεσης, διακρίσεων και κοινωνικής κυριαρχίας (Bernardino et al., 2013).

Οι νοσηλευτές μάνατζερ (NM) που διαθέτουν ικανότητες που οδηγούν στην αλλαγή μπορούν να επηρεάσουν σε υψηλότερο βαθμό τα αποτελέσματα ποιότητας και ασφάλειας για τους ασθενείς και όσοι από αυτούς έχουν αυξημένη αυτεπάρκεια είναι πιο αποτελεσματικοί στη διαχείριση της αλλαγής (Doering, 2017). Οι NM αποτελούν ζωτικό συνδετικό κρίκο μεταξύ εκτελεστικών διευθυντών νοσηλευτικής και νοσηλευτών. Η ηγεσία που ασκείται από τους NM είναι πολύτιμη για την προώθηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της θετικής έκβασης των ασθενών (Trus et al., 2012).

Η νοσηλευτική πρόθεση/τάση φυγής περιλαμβάνει νοσηλευτές που μετακινούνται σε άλλο θάλαμο στο ίδιο νοσοκομείο ή αποχωρούν από τον οργανισμό ή το επάγγελμα (Hayes et al.,

2012). Σύμφωνα με τους Pishgoosie et al., (2019) η διασφάλιση υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να παραμείνουν στα νοσοκομεία που εργάζονται. Η ενδυνάμωση της ηγεσίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των νοσηλευτών, ωστόσο η έρευνα για να εξηγηθούν οι μηχανισμοί με τους οποίους η ηγεσία επηρεάζει τις προθέσεις εργασίας των NM είναι περιορισμένη (Laschinger et al., 2012). Οι Widjiana et al., (2019) προτείνουν τη βελτίωση της διευθυντικής ικανότητας του νοσηλευτή που προΐσταται σε θάλαμο, ειδικά όσον αφορά τη βελτίωση των δεξιοτήτων οργάνωσης και αυτεπάρκειας και προσθέτουν ότι η εφαρμογή προγραμμάτων για τη βελτίωση της ικανότητας είναι πιθανό να βελτιώσει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης επικεντρώνεται στη διερεύνηση της αυτεπάρκειας, της ενδυνάμωσης και της ισχύος καθώς και της τάσης φυγής των νοσηλευτών μέσω του επιπέδου διοίκησης (NM).

Πιο συγκεκριμένα, τέθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα: (i) ποιος ο βαθμός αυτεπάρκειας, (ii) ποιος ο βαθμός ενδυνάμωσης και ισχύος και (iii) ποια η τάση φυγής των NM καθώς και η συσχέτιση τους με άλλους παράγοντες.

Υλικό και μέθοδος

Για διευκόλυνση της ανασκόπησης και αποφυγής σφαλμάτων αναζήτησης της σχετικής βιβλιογραφίας ακολουθήθηκε σχετική μεθοδολογία συστηματικής ανασκόπησης όπως περιγράφεται στις κατευθυντήριες του Centre for Reviews and Dissemination (2009) καθώς και στα άρθρα των Πατελάρου & Μπροκαλάκη (2010), Μπελλάλη (2011), Bartels (2013) και τον πρακτικό οδηγό των Atkinson & Cipriani (2018).

Στρατηγική Αναζήτησης

Η αναζήτηση για τους σκοπούς της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, διεξήχθη την περίοδο Ιουλίου 2020 – Αυγούστου 2020, όπου ανέδειξε περιορισμένο αριθμό μελετών, μεταξύ NM.

Η αναζήτηση έγινε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων CINAHL, SCOPUS και PUBMED. Οι λέξεις κλειδιά έγιναν με βάση τον συνδυασμό που φαίνεται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 1) και ακολουθήθηκαν τα βήματα: αναγνώριση, διαλογική, καταλληλότητα και επιλογή. Τα βήματα αυτά υποδεικνύονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες PRISMA (Moher et al., 2009, Liberati et al., 2009).

Πίνακας 1: Συνδυασμός λέξεων αναζήτησης στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων

Nurse* manager* OR Nursing Manager* OR Nurse* Leader* OR Nursing Leader* OR front line manager* OR front line Nurse* manager* OR Nurse* Supervisor* OR Nursing Supervisor* OR Nurse* Administrator* OR Nursing Administrator* OR Head Nurse* (TI)

1. ...AND Self-Efficacy (TI, AB)
2. ...AND Empowerment OR Power (TI, AB)
3. ...AND turnover intention OR intention to leave OR intention to quit (TI, AB)
4. ...AND Empowerment OR Power (TI, AB) AND CWEQII OR CWEQ II OR CWEQ-II (TX All TEXT)
5. ...AND Self-Efficacy (TI, AB) AND GSE OR GSES OR Generalised Self Efficacy Scale OR Generalized Self Efficacy Scale OR General Self Efficacy Scale (TX All TEXT).

Κριτήρια Επιλογής

Τέθηκαν ως κριτήρια εισόδου τα πιο κάτω:

1. Ποσοτικές έρευνες στην αγγλική γλώσσα.
2. Χρονικό διάστημα δημοσίευσης Ιανουάριος 2010 - Αύγουστος του 2020.
3. Το δείγμα να αφορά νοσηλευτές μέσου επιπέδου διοίκησης (νοσηλευτές μάντζερ).
4. Πρόσβαση στο πλήρες άρθρο.

Κριτήρια Αποκλεισμού

Ως κριτήρια αποκλεισμού τέθηκαν:

1. Εργασίες που εμφανίζονταν διπλές.
2. Εργασίες που δεν κατέστη εφικτή η εξασφάλιση ολόκληρου του άρθρου μετά από εξαντλητική αναζήτηση από άλλες βάσεις δεδομένων ή μέσω του δια-δανεισμού άρθρων από την παρεχόμενη υπηρεσία της βιβλιοθήκης του πανεπιστημίου.
3. Το δείγμα να αφορά άλλους επαγγελματίες υγείας ή φοιτητές νοσηλευτικής ή νοσηλευτές που εργάζονται εκτός νοσηλευτηρίων (π.χ. Πρωτοβάθμια Κέντρα Υγείας).

Επιλογή και αξιολόγηση των σχετικών άρθρων

Η διαδικασία αναζήτησης έγινε χωριστά από δύο ερευνητές (ΙΛ και ΑΜ) χρησιμοποιώντας τους ίδιους όρους αναζήτησης και ακολουθώντας τα ίδια βήματα (αναγνώριση, διαλογή, καταλληλότητα και επιλογή) με βάση τον τίτλο, περίληψη και το πλήρες άρθρο. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης παρουσιάζονται σε διάγραμμα ροής (Σχήμα 1).

Η αξιολόγηση των εργασιών (πλήρες άρθρο) έγινε με αξιοποίηση των κατευθυντήριων του Centre for Reviews and Dissemination (2009). Οι βασικές κατηγορίες αξιολόγησης σε αυτή τη λίστα

ελέγχου περιλαμβάνουν: τον τίτλο, την περίληψη, την εισαγωγή, τη μέθοδο, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τη χρηματοδότηση. Όπου υπήρξαν διαφορές διεξαγόταν συζήτηση μεταξύ των ερευνητών για σκοπούς συναίνεσης και τελικής απόφασης.

Αρχικά, ανασκοπήθηκαν 205 τίτλοι άρθρων (Scopus n=70, CINAHL n=61, PUBMED n=74). Κατά τη διαδικασία **αναγνώρισης** αποκλείστηκαν 119 δημοσιεύσεις οι οποίες εμφανίστηκαν διπλές.

Στο στάδιο **της διαλογής** που ακολούθησε αποκλείστηκαν οι μελέτες εκτός αγγλικής γλώσσας (n=6), οι επιστολές σύνταξης και οι ανασκοπήσεις (n=6), οι ποιοτικές έρευνες (n=5), οι διδακτορικές διατριβές (n=3). Ακολούθως, αποκλείστηκαν 20 άρθρα από τον τίτλο και 15 μετά από ανάγνωση της περίληψης.

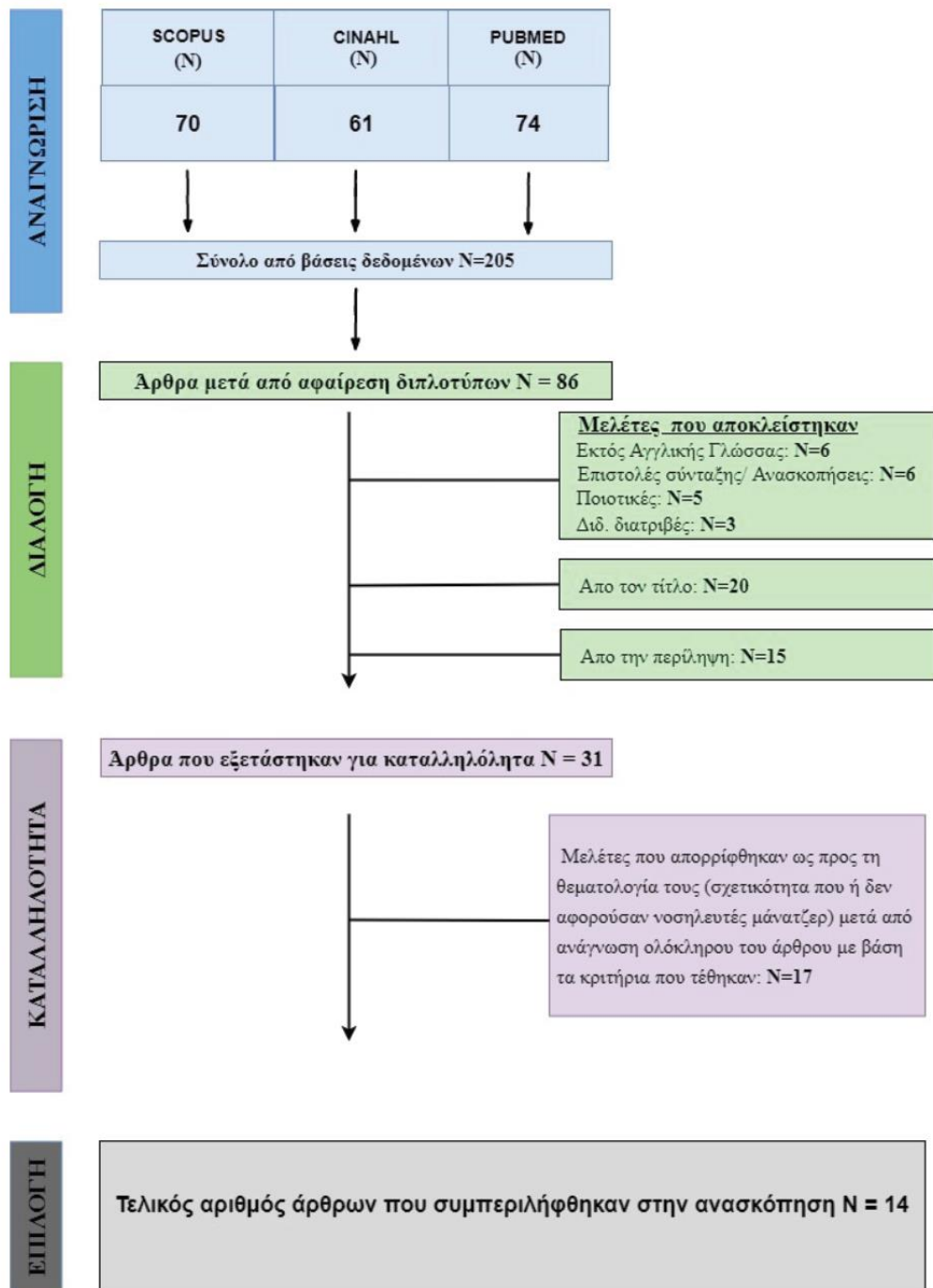
Στο στάδιο, **της καταλληλότητας**, από τις εναπομείναντες 31 απορρίφθηκαν ως προς τη θεματολογία τους (σχετικότητα ή που δεν αφορούσαν νοσηλευτές μάντζερ) μετά από ανάγνωση ολόκληρου του άρθρου 17 μελέτες. Ο τελικός αριθμός των μελετών που προέκυψαν για ανάλυση (**στάδιο επιλογής**) με βάση το σκοπό της παρούσας εργασίας ήταν 14 (Σχήμα 1, Πίνακας 2).

Κάθε μελέτη εξετάστηκε δύο φορές ως προς την μεθοδολογική της ποιότητα από τον πρώτο συγγραφέα, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες που συστήνει το Centre for Reviews and Dissemination (2009 σελ. 33 - 44). Εξετάστηκαν ως προς: (i) την καταλληλότητα του σχεδιασμού της μελέτης, (ii) ως προς τον ερευνητικό στόχο, (iii) τον κίνδυνο προκατάληψης, (iv) τα στατιστικά θέματα, (v) την ποιότητα αναφοράς, (vi) τη χρησιμότητα και (vii) τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Οι μελέτες που επιλέχθηκαν (n=14) και εξετάστηκαν ήταν περιγραφικές, συγχρονικές και συσχέτισης και παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Η αυτεπάρκεια των ΝΜ εξεταζόταν σε δύο άρθρα, η ενδυνάμωση σε πέντε, η ισχύς σε τρία και η τάση φυγής σε δύο.

Σχήμα 1: Διάγραμμα ροής - Συστηματική Ανασκόπηση



Αποτελέσματα

Τα σχετικά άρθρα αποτελούσαν ερευνητικές μελέτες που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες της υψηλίου. Συγκεκριμένα, από την Αγγλία προερχόταν μία εργασία, από τις ΗΠΑ τρεις, από το Ιράν μία, από τον Καναδά δύο, την Κίνα μία, τη Λιθουανία τρεις, τη Ταϊβάν μία, τις Φιλιππίνες μία και από τη Φινλανδία επίσης μία.

Όπως διαφάνηκε κατά τη διάρκεια της αναζήτησης, η αυτεπάρκεια, η ενδυνάμωση, η ισχύς και η τάση φυγής έχουν διερευνηθεί ευρέως στην παγκόσμια κοινότητα των νοσηλευτών. Ωστόσο οι έρευνες μεταξύ των ΝΜ είναι περιορισμένες.

Βαθμός Αυτεπάρκειας και συσχέτιση με άλλους παράγοντες

Στις μελέτες φάνηκε ότι ο βαθμός της αυτεπάρκειας των ΝΜ κυμαινόταν από χαμηλός - μέτριος έως υψηλός. Η αυτεπάρκεια των ΝΜ στην μελέτη των Χιό et al., (2020) παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με τη διαχείριση του χρόνου, ο οποίος θα μπορούσε να προβλεφθεί από το βαθμό αυτεπάρκειας. Μια άλλη μελέτη (Van Dyk et al., 2016), που επικείμενη να προσδιορίσει τις σχέσεις μεταξύ αυτεπάρκειας και αυτοπεποίθησης, διαπίστωσε ότι η συνολική αυτοπεποίθηση συσχετιζόταν με την αυτεπάρκεια και ότι η αυτεπάρκεια συσχετίζεται σημαντικά με την προϋπηρεσία και ότι αυτή θα μπορούσε να προβλεφθεί από την ηγετική εμπειρία.

Σε άλλη έρευνα (Farokhzadian et al., 2015), στην οποία παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα αυτεπάρκειας στις δεξιότητες τεκμηριωμένης πρακτικής, εντοπίστηκε σημαντική διαφορά μεταξύ του βαθμού αυτεπάρκειας και i) της ηλικίας ii) των ακαδημαϊκών προσόντων και iii) της κατάρτισης των ΝΜ. Ενώ στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι η απαίτηση για εκπαίδευση ήταν μέτρια, υπήρχε χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των αναγκών κατάρτισης και αυτεπάρκειας.

Οι Laschinger et al., (2012), συμπέραναν ότι όταν οι ΝΜ έχουν υψηλό βαθμό αυτεπάρκειας και αντιλαμβάνονται ότι υποστηρίζονται από τον οργανισμό, είναι σε θέση να δημιουργήσουν και να προωθήσουν ένα ενισχυμένο εργασιακό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, αισθάνονται ικανοποιημένοι και ανταμείβονται ως αποτελεσματικοί ηγέτες.

Βαθμός Ενδυνάμωσης και Ισχύος και συσχέτιση με άλλους παράγοντες

Από τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών διαφάνηκε ότι τον μικρότερο βαθμό λαμβάνει η υποκλίμακα για τη δομή των πόρων με τη συνολική ενδυνάμωση να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (Spencer & McLaren 2016, Regan & Rodríguez 2011; Laschinger et al., 2012; Kang et al., 2012; Viinikainen et al., 2015; Trus et al., 2018).

Υποστηρίχθηκε επίσης (Oliver et al., 2014), ότι κάποια μορφή δομημένης εκπαίδευσης και υποστήριξης για τη βελτίωση των ηγετικών δεξιοτήτων, της διευθυντικής ισχύος μπορεί να βελτιώσει την αυτεπάρκεια των ΝΜ και να ενισχύσει τις αντιλήψεις για την ανεπίσημη ισχύ.

Η ανεπίσημη ισχύς επίσης φαίνεται ότι λάμβανε πιο υψηλή βαθμολογία σε κάποιες έρευνες ειδικά στα ζητήματα που αφορούσαν στη συνεργασία με τους γιατρούς, με τους συναδέλφους

και στην αναζήτηση ιδεών από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Spencer & McLaren 2016; Kang et al., 2012; Trus et al., 2018).

Η επίσημη ισχύς φαίνεται να είναι ψηλότερη μεταξύ ΝΜ που έχουν περισσότερη εκτελεστική εξουσία και υπηρετούν σε πιο υψηλή θέση (Spencer & McLaren 2016; Kang et al., 2012).

Η μελέτη των Spencer & McLaren 2016, έδειξε ότι η μέση βαθμολογία της συνολικής ενδυνάμωσης ήταν μετρίως υψηλή χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο υπό εξέταση ομάδων (προϊστάμενοι τμημάτων/ προϊστάμενοι νοσηλευτριών και ανώτεροι νοσηλευτές).

Οι Regan & Rodríguez (2011) αξιολόγησαν την ενδυνάμωση δύο ομάδων ΝΜ. Μια ομάδα νοσηλευτών μέσου επιπέδου διοίκησης (νοσηλευτές μάντζερ - ΝΜ) και μια ομάδα με βοηθούς νοσηλευτές μάντζερ - ΒΝΜ). Η μέση βαθμολογία για τη συνολική ενδυνάμωση ήταν ψηλότερη για τους ΝΜ από τους ΒΝΜ. Τα ευρήματά τους έχουν δείξει ότι οι ΝΜ και οι ΒΝΜ ήταν σχετικά άπειροι στη διοίκηση και ότι δεν διέθεταν τις απαραίτητες πληροφορίες, την υποστήριξη και τους πόρους που απαιτούντο για την ολοκλήρωση της απαιτούμενης εργασίας.

Οι Laschinger et al., (2012) εξετάζοντας επίσης δυο διαφορετικές ομάδες ΝΜ διαπίστωσαν ότι και οι δύο ομάδες θεώρησαν ότι δεν είχαν πρόσβαση στους πόρους που χρειαζόνταν για επιτυχή εκτέλεση των ρόλων τους. Στη μελέτη τους διαπιστώθηκε ότι η ενδυνάμωση είχε σημαντική θετική άμεση επίδραση στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη και έμμεσες επιπτώσεις στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα καθώς και στην πρόθεση φυγής των ΝΜ.

Οι Kang et al., (2012) εκτίμησαν το επίπεδο και τις διαφορές στις διοικητικές επάρκειες (ικανότητα έρευνας, διαχείριση χρόνου, εκτελεστική ισχύς, φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος) των νοσηλευτών διοίκησης (Head Nurses, και Nurse Executives). Διαφάνηκε ότι η εκτελεστική ισχύς σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες όπως η ερευνητική ικανότητα, ο φόρτος εργασίας και η ηλικία (νοουμένου ότι έχει προηγηθεί εκπαίδευση) θα μπορούσαν να εξηγήσουν το 63,2% του βαθμού των διοικητικών ικανοτήτων (Kang et al., 2012).

Οι Viinikainen et al (2015), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της ισχύος των ΝΜ και της ισχύος νοσηλευτικής ομάδας σε δημόσιους οργανισμούς υγείας. Στην μελέτη τους φάνηκε ότι οι ΝΜ αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ισχύος στο ρόλο τους ως μάντζερ και χαμηλότερα σε σχέση με τους πόρους που διέθεταν. Οι εννέα στους δέκα ανέφεραν ότι αντλούν δύναμη από τη θέση τους ως ΝΜ, ενώ η προσωπική ισχύς αναφέρθηκε μόνο από το 65%.

Η έρευνα των Trus et al., (2017), έδειξε ότι η ισχύς των ΝΜ και η βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής ήταν σε υψηλό επίπεδο. Στην ίδια ερευνά διαφάνηκε χαμηλότερο επίπεδο ισχύος σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για το τμήμα με χαμηλότερη αξιολόγηση στην ισχύ για διευκόλυνση της ερευνητικής δραστηριότητας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διέθεταν υψηλότερη οργανωσιακή ισχύ από αυτούς με λιγότερη εκπαίδευση. Φάνηκε επίσης μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας, επαγγελματικής εμπειρίας στη νοσηλευτική, εργασιακής

εμπειρίας στο τμήμα και ισχύος σε επίπεδο οργανισμού (Trus et al., 2017).

Σε δεύτερη δημοσίευση για την ίδια έρευνα οι Trus et al., (2018) παρουσίασαν ανάλυση της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση των ΝΜ. Στην μελέτη φάνηκε ότι η ισχύς συσχετιζόταν με την εργασιακή εμπειρία σε διοικητική θέση. Επιπρόσθετα, φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την ηλικία, την εργασιακή νοσηλευτική εμπειρία και τις ομιλούμενες γλώσσες. Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ΝΜ με περισσότερη επαγγελματική νοσηλευτική εμπειρία, έχουν χαμηλότερη ικανότητα να ξεκινήσουν καινοτόμες αλλαγές χωρίς να περάσουν από μια πολυεπίπεδη διαδικασία έγκρισης.

Σε τρίτη αναφορά για την ίδια έρευνα οι Trus et al., (2019) διαπίστωσαν ότι η οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα συνδέονται με την ενδυνάμωση που σχετίζεται με την εργασία των νοσηλευτών. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν πολύ χαμηλές (συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ - 0,30 και + 0,30).

Τάση φυγής και συσχετίσεις με άλλους παράγοντες

Οι τέσσερις πιο σημαντικοί παράγοντες για τους ΝΜ που σκόπευαν να αποχωρήσουν ήταν ο φόρτος εργασίας η ισορροπία

μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής η ανεπαρκής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών οι ανεπαρκείς ανθρωπικοί και οικονομικοί πόροι και η ανεπαρκής ενδυνάμωση για την εκτέλεση της εργασίας. Μικρότερης σημασίας ήταν η ασφάλεια της εργασίας, οι οικογενειακοί λόγοι και η ασυμφωνία μεταξύ του σπλ ηγεσίας τους και των εποπών τους (Hewko et al., 2015).

Ο Labrague (2020), διαπίστωσε ότι το σύνθετο σκορ στην επαγγελματική πρόθεση φυγής ήταν χαμηλότερο από αυτό της οργανωσιακής πρόθεσης φυγής. Η ηλικία είχε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση φυγής. Η σύγκρουση εργασίας – οικογένειας και η δυσφορία από την εργασία είχαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις με την πρόθεση φυγής ενώ η εργασιακή ικανοποίηση συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση φυγής. Φάνηκε ότι υπάρχει υψηλότερη πρόθεση φυγής μεταξύ των ΝΜ που κατείχαν θέσεις μερικής απασχόλησης ή με σύμβαση εργασίας σε σύγκριση με εκείνους που κατείχαν θέσεις πλήρους απασχόλησης. Εντοπίστηκαν επίσης διαφορές στις μέσες βαθμολογίες φυγής με βάση την ομαδοποίηση που έγινε σε σχέση με την αποκτιθείσα εκπαίδευση, την δυναμικότητα των τμημάτων, του αριθμού των υπαλλήλων και το μέγεθος κάθε εγκατάστασης. Μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών, το μέγεθος του νοσοκομείου (εγκαταστάσεις μεγάλου μεγέθους) αναγνωρίστηκε ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας στην πρόθεση φυγής (Labrague, 2020).

Πίνακας 2: Μεθοδολογία ερευνών που ανασκοπήθηκαν

| Συγγραφείς Έτος δημοσίευσης Χώρα | Σκοπός | Σχεδιασμός (σύμφωνα με τον συγγραφέα) / Δείγμα | Εργαλεία / Αξιοπιστία - Εγκυρότητα | Αποτελέσματα |
|--|---|--|--|--|
| Regan & Rodriguez (2011) ΗΠΑ | Αξιολόγηση της ενδυνάμωσης μιας ομάδας νοσηλευτών μέσω επιπέδου διοίκησης (νοσηλευτές μάντζερ – ΝΜs και βοηθούς νοσηλευτές μάντζερ ANMs). | Περιγραφική (Συγχρονική σ.σ) Δειγματοληψία: Ευκολίας N=11+31 (42), RR=86% (1 νοσοκομείο) | 1) CWEQ-II A: α= 0,91 (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα δομής | Η μέση βαθμολογία για τη συνολική ενδυνάμωση ήταν 21±2,91 για τους νοσηλευτές μάντζερ (ΝΜs) και 20±3,36 για τους βοηθούς νοσηλευτές μάντζερ (ANMs). Στην υποκλίμακα της σφαιρικής ενδυνάμωσης λιγότερο από το ήμισυ (45%) των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι το τρέκον περιβάλλον εργασίας τους τους έδωσε τη δυνατότητα να ολοκληρώσουν την εργασία με αποτελεσματικό τρόπο και μόνο το 37% θεώρησε ότι ο χώρος εργασίας ήταν ένα ισχυρό περιβάλλον. 51% των ερωτηθέντων ανέφεραν, στην κλίμακα εργασιακών δραστηριοτήτων (επίσημη ισχύς), ότι πίστευαν ότι υπήρχαν ανταμοιβές για την καινοτομία στην εργασία. Λιγότερο από το 46% ανέφεραν ότι η εργασία τους επέτρεπε ευελιξία, αλλά οι μισοί (50%) ανέφεραν ότι είχαν δυνατότητα ανάπτυξης δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την εργασία. 50% των ερωτηθέντων ανέφεραν, στην κλίμακα οργανωσιακών σχέσεων (ανεπίσημη ισχύς), ότι συνεργάστηκαν με γιατρούς για τη φροντίδα των ασθενών. Λιγότερο από το ήμισυ (48%) ανέφεραν ότι αναζητούν βοήθεια από τους συναδέλφους για βοήθεια σε προβλήματα και το 48% ανέφεραν ότι τους ζητήθηκε βοήθεια από μάντζερ. Μόνο το 41% ανέφερε ότι ζητήθηκαν συμβουλές από άλλους επαγγελματίες, όπως διαπολογούς ή φυσιοθεραπευτές. |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>Laschinger et al., (2012) Καναδάς (10 επαρχίες)</p> | <p>Εξέταση της επιρροής των πρακτικών ηγεσίας των ανώτερων νοσηλευτών (SLNs) στις εμπειρίες ενδυνάμωσης και οργανωσιακής υποστήριξης των νοσηλευτών μάντζερ μέσω του επιπέδου (MMs) και πρώτης γραμμής (FLMs) καθώς και τις αντιλήψεις τους για την ποιότητα φροντίδας των ασθενών και τις προθέσεις φυγής.</p> | <p>Περιγραφική Από δευτερογενή ανάλυση δεδομένων που συνελέχθησαν μέσω ταχυδρομικής αποστολής. Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=231+788 (1019) RR=60,2% (28 ακαδημαϊκά κέντρα υγείας και 38 κοινοτικά νοσοκομεία).</p> | <p>Leadership practices inventory (LPI) A: $a=0,96 (0,72-0,85)^*$ E: Δ/Α CWEQ-II A: $a=0,77, 0,87 (0,79-0,82)^*$ E: Εγκυρότητα δομής Survey of Perceived Organizational Support (SPOS) A: $a=0,90 (0,74-0,95)^*$ E: Δ/Α 2 ερωτήσεις από ερωτηματολόγιο έρευνας International Survey of Hospital Staffing and Organization of Patient Outcomes (αντιλαμβανόμενη ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και Προθέσεις φυγής) A: Δ/Α E: Δ/Α</p> | <p>Τόσο οι MMs όσο και οι FLMs αξιολόγησαν τις πρακτικές ηγεσίας των SLNs σε μέτρια υψηλό επίπεδο (MT=7,82 και MT=8,07, αντίστοιχα). Και οι δύο ομάδες είχαν μέτρια ενδυνάμωση, αλλά οι MMs (MT=21,71±2,88) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δομικής ενδυνάμωσης από τους FLMs (MT=20,55 ± 3,16). Οι μάντζερ ανέφεραν μόνο μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης, όμως επίσης οι MMs ανέφεραν υψηλότερο βαθμό POS (MT=4,16 ± 1,11) από τα FLM (MT= 3,77 ± 1,19). Οι αντιλήψεις για την ποιοτική φροντίδα ήταν μετρίως υψηλές και στις δύο ομάδες καθώς και οι δύο ομάδες ανέφεραν χαμηλές προθέσεις να εγκαταλείψουν το ρόλο τους (MT=3,77 ± 1,19).</p> |
| <p>Kang C.M. et al., (2012) Ταϊβάν</p> | <p>Εκτίμηση του επιπέδου και των διαφορών στις διοικητικές επάρκειες, (ικανότητα έρευνας, διαχείριση χρόνου, εκτελεστική ισχύς, φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος) των νοσηλευτών διοίκησης - Nurse Administrators) και ο καθορισμός των καλύτερων προγνωστικών παραγόντων των διοικητικών ικανοτήτων.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=330 RR=86,8% νοσηλευτές διοίκησης (head nurses, supervisors, deputy directors and directors of nursing – μόνο γυναίκες), 16 νοσοκομεία.</p> | <p>Ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για το σκοπό της έρευνας με βάση τα 13 στοιχεία διοικητικής επάρκειας των νοσηλευτών μάντζερ (Sooble and Russell, 2003). A: Δ/Α E: Εγκυρότητα περιεχομένου</p> | <p>Υψηλή αυτοαξιολόγηση όλων στην αντιλαμβανόμενη ακεραιότητα (MT=8,32), και υψηλό βαθμό εργασιακού στρες (MT=8,10). Χαμηλή αξιολόγηση των ικανοτήτων στη διαχείριση οικονομικών, προϋπολογισμού και επιχειρηματικής οξύνους (MT=5,79 στις επικεφαλής νοσηλευτές και MT=6,59 στις εκτελεστικούς διευθυντές νοσηλευτικής). Στις οι μεταβλητές στις διοικητικές επάρκειες (ικανότητα έρευνας, διαχείριση χρόνου, εκτελεστική ισχύς, φόρτος εργασίας και εργασιακό άγχος) παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$). Η ανάλυση βηματικής παλινδρόμησης αποκάλυψε ότι η ηλικία (νοουμένου ότι έχει προηγηθεί εκπαίδευση, και ότι έχει ολοκληρωθεί πρόγραμμα νοσηλευτικής) και οι βαθμολογίες για την ερευνητική ικανότητα, την εκτελεστική ισχύ και τον φόρτο εργασίας θα μπορούσαν να εξηγήσουν το 63,2% στις συνολικές διακύμανσης στις διοικητικές ικανότητες.</p> |
| <p>Oliver et al., (2014) ΗΠΑ (Βορειοανατολικές πολιτείες)</p> | <p>Περιγραφή των αντιλήψεων για τη δομική ενδυνάμωση των κλινικών νοσηλευτικών μάντζερ (Clinical Nurse Managers- CNMs) σε 1 μεγάλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=140, RR=66,7%, 15 νοσοκομεία</p> | <p>1) CWEQ-II A: $a=0,80$ E: Εγκυρότητα δομής (ανάλυση παραγόντων)</p> | <p>Η συνολική δομική ενδυνάμωση ήταν σε μέτριο επίπεδο (MT=21,38, ± 0,48). Η υψηλότερη αξιολόγηση ήταν στην πρόσβαση στην πληροφορία (MT=4,21 ± 0,69), ακολουθεί η πρόσβαση σε Ευκαιρίες MT=4,11 ± 0,77), η πρόσβαση στην υποστήριξη (MT=3,46 ± 0,86) και η χαμηλότερη ήταν η πρόσβαση σε Πόρους (MT=2,57 ± 0,71). Η επίσημη ισχύς παρουσίαζε χαμηλότερη βαθμολογία (MT=3,17 ± 0,82) από την ανεπίσημη ισχύ (MT=3,86 ± 0,75)</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>Viinikainen et al., (2015) Φινλανδία</p> | <p>Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ισχύος των νοσηλευτών μάντζερ και της ισχύος νοσηλευτικής ομάδας σε δημόσιους οργανισμούς υγείας.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Συσχέτιση Δειγματοληψία: Ευκολίας N=264, RR=8% (νοσηλευτές μάντζερ πρώτης γραμμής), 11 νοσοκομεία.</p> | <p>1) Nursing Managers' Power Instrument A: Spearman - Brown Formula half reliability = 0,77 E: Εγκυρότητα περιεχομένου 2) SKAGPO © A: Spearman- Brown Formula - half reliability = 0,86 E: Εγκυρότητα δομής και εγκυρότητα περιεχομένου</p> | <p>Οι νοσηλευτές μάντζερ της πρώτης γραμμής αντιλαμβάνονται υψηλότερα επίπεδα ισχύος στο ρόλο τους ως μάντζερ (MT=2,11, εύρος=1-5), ακολούθως ως προς τη θέση τους ως μάντζερ (M= 2,43, εύρος=1-5) και χαμηλότερα σε σχέση με τους πόρους που διέθεταν (MT= 2,58, εύρος= 1-5). Η ισχύς νοσηλευτών μάντζερ και η ισχύς της νοσηλευτικής ομάδας είχαν σχετικά μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους (r=0,468, p<0,01). Η ισχύς είχε πολύ χαμηλή αρνητική συσχέτιση με τη θέση των NM (r=-0,178, p<0,01), τους πόρους (r=-0,197, p<0,01) και το ρόλο τους (r=-0,275, p<0,01). Η ισχύς των νοσηλευτών μάντζερ και η ισχύς της νοσηλευτικής ομάδας είχαν σχετικά μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους (r = + 0,468, p < 0,01). Η αυτοαναφερόμενη όμως ισχύς των ερωτηθέντων, αξιολογήθηκε αρχικά σε μια οπτική αναλογική κλίμακα από το 0 έως το 10. Αυτό το επίπεδο ισχύος είχε πολύ μικρή αρνητική συσχέτιση με τη θέση των NM (r = -0,178, p < 0,01), με τους πόρους (r = - 0,197, p < 0,01), και με το ρόλο των NM (r = - 0,275, p < 0,01). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (92%, n = 264) ανέφεραν ότι αντλούν δύναμη από τη θέση τους ως NM, ενώ η προσωπική ισχύς αναφέρθηκε μόνο από το 65%.</p> |
| <p>Farokhzadian et al., (2015) Ιράν (Νοτιοανατολική περιοχή)</p> | <p>Εξέταση των αντιλήψεων των ηγετών νοσηλευτικής, για την αυτεπάρκεια και τις ανάγκες κατάρτισης αναφορικά με την εφαρμογή της τεκμηριωμένης πρακτικής.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Σκόπιμη N=70 , RR=74% (επικεφαλής νοσηλευτές, κλινικοί επόπτες, επόπτες εκπαίδευσης, νοσηλευτές προϊστάμενοι νοσηλευτριών), 4 νοσοκομεία.</p> | <p>Questionnaire of perceptions of nurses of evidence-based practice (EBP) A: a = 0,89 (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως και εγκυρότητα περιεχομένου</p> | <p>Δυσμενής στάση απέναντι στην τεκμηριωμένη πρακτική MT=2,55 ± 0,88. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των στάσεων των συμμετεχόντων με βάση τη διάρκεια της εμπειρίας (f=4,89, p=0,02), την ηλικιακή ομάδα (f=4,03, p=0,01) και την βάρδια εργασίας (t=2,67, p=0,03). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ στάσεων και εκπαίδευσης στην τεκμηριωμένη πρακτική καθώς και άλλων δημογραφικών μεταβλητών (P>0,05). Χαμηλά επίπεδα αυτεπάρκειας στις δεξιότητες τεκμηριωμένης πρακτικής (MT=2,64 ± 1,31): Σημαντική διαφορά μεταξύ βαθμού αυτεπάρκειας και των ηλικιακών ομάδων (f=5,53, p=0,002), ακαδημαϊκών προσόντων (t=2,44, p=0,03) και παρακολούθησης προγραμμάτων κατάρτισης (t=3,25, p=0,002). Μέτρια θετική σχέση μεταξύ της αυτεπάρκειας και στάσεων (r=+0,46, p=0,001) οδηγεί σε θετικές συμπεριφορές και ερμηνεύεται ότι είναι πιο σίγουροι και ικανοί σε δραστηριότητες τεκμηριωμένης πρακτικής. Η απαίτηση για εκπαίδευση ήταν μέτρια (MT=3,89 ± 0,97). Χαμηλή θετική συσχέτιση μεταξύ των αναγκών κατάρτισης και αυτεπάρκειας (r=+0,32, p=0,006). Χωρίς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων για τις εκπαιδευτικές ανάγκες και στάσεις καθώς και των δημογραφικών μεταβλητών (p>0,05).</p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| <p>Hewko et al. (2015) Καναδάς (1 Δυτική πόλη)</p> | <p>Εντοπισμός της σχετικής σημασίας παραγόντων που επηρεάζουν τις προθέσεις των νοσηλευτών μάντζερ να παραμείνουν ή να εγκαταλείψουν την τρέχουσα εργασιακή τους θέση.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική (2^η φάση μεγαλύτερης έρευνας 3 φάσεων, Διαδικτυακή έρευνα). Δειγματοληψία: Σκόπιμη, Απογραφική N=95, RR=33% 36 τριτοβάθμια νοσοκομεία, 33 γενικά νοσοκομεία, 26 μακράς φροντίδας.</p> | <p>1) Modified Stanford Instrument (MSI) A: a=0,66 E: Δ/A 2) Resonant Leadership Scale A: a=0,93 (0,96)* E: Δ/A 3) Global Empowerment Scale-II A: a=0,95 (0,86)* E: Δ/A 4) Global Job Satisfaction Scale A: a=0,69 (0,92)* E: Δ/A 5) Maslach Burnout Inventory (MBI) A: a=0,69 (0,68-0,79)* E: Εγκυρότητα όψεως (Έγινε μερική χρήση ερωτήσεων από τα πιο πάνω εργαλεία).</p> | <p>Ο πιο σημαντικός παράγοντας που ανέφεραν οι μάντζερ που σκοπεύουν να παραμείνουν ήταν η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (MT=4,55 ± 0,58), ακολουθούμενη από επαρκή υποστήριξη από τον άμεσο επόπτη τους (MT=4,52 ± 0,58) και την ικανότητα διασφάλισης της ποιότητας της φροντίδας (MT=4,52 ± 0,56) Ανέφεραν επίσης επαρκή ενδυνάμωση για διεκπεραίωση της εργασίας (MT=4,37 ± 0,67), ότι η συνάφεια μεταξύ του σπλ ηγεσίας τους και του επιβλέποντος (MT=4,37 ± 0,81) και της ασφάλειας της εργασίας τους (MT=4,31 ± 0,80) ήταν επίσης σημαντικά. Οι τέσσερις πιο σημαντικοί παράγοντες για τους μάντζερ που σκοπεύουν να αποχωρήσουν ήταν ο φόρτος εργασίας η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (MT=4,00 ± 1,21), η ανεπαρκής διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών (MT=3,96 ± 1,13), οι ανεπαρκείς ανθρώπινοι / οικονομικοί πόροι (MT=3,68 ± 1,36) και η ανεπαρκής ενδυνάμωση για την εκτέλεση της εργασίας (MT=3,46 ± 1,45). Μικρότερης σημασίας ήταν η ασφάλεια της εργασίας (MT=2,50 ± 1,26), οι οικογενειακοί λόγοι (MT=2,61, ± 1,59) και η ασυμφωνία μεταξύ του σπλ ηγεσίας τους και των εποπτών τους (MT=3,07 ± 1,38).</p> |
| <p>Van Dyk et al., (2016) ΗΠΑ- Μεσοδυτικές Πολιτείες</p> | <p>Προσδιορισμός σχέσεων μεταξύ επιπέδων αυτοπεποίθησης και αυτεπάρκειας των νοσηλευτών μάντζερ.</p> | <p>Περιγραφική, Συσχέτισης Δειγματοληψία: Σκόπιμη, Απογραφική N= 85, RR=43% (νοσηλευτές μάντζερ) 9 Νοσοκομεία.</p> | <p>1) Work Self-Efficacy Inventory (WSEI ©) A: a = 0,97 (0,96)* E: Δ/A 2) Nurse Manager Confidence Survey (NMCS) A: a = 0,94 (0,98)* E: Εγκυρότητα δομής (ανάλυση παραγόντων)</p> | <p>Συσχέτιση μεταξύ ετών προϋπηρεσίας και αυτεπάρκειας (r = + 0,675, p = 0,000) Μετά από έλεγχο για την ηλικία, η συνολική αυτοπεποίθηση εξηγήσε το 36% της μεταβλητότητας της αυτεπάρκειας [R² change=0,36; F (2,82)=53,66, p<0,000].</p> |
| <p>Spencer & McLaren (2016) Αγγλία</p> | <p>Διερεύνηση της δομικής ενδυνάμωσης σε ηγέτες νοσηλευτές του μέσου επιπέδου διοίκησης, καθορισμός των επιπέδων ενδυνάμωσης και η σύγκριση τους μεταξύ των ομάδων των ηγετών νοσηλευτών.</p> | <p>Μεικτή (Ποσοτική και Ποιοτική) Δειγματοληψία: Σκόπιμη, Απογραφική N=228, RR=44.1% (Ανώτεροι νοσηλευτές, Προϊστάμενοι τμημάτων, Προϊστάμενοι νοσηλευτριών -nursing sisters, senior staff nurses and matrons) Νοσοκομεία NHS (Δ/Α αριθμό).</p> | <p>1) CWEQ-II A: a = 0,87 (0,89)* 2) Ημιδομημένες συνεντεύξεις (Unpublished data) E: Εγκυρότητα δομής</p> | <p>Η μέση βαθμολογία της συνολικής ενδυνάμωσης ήταν σχετικά ψηλή (MT=20,32 ± 3,23) χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Οι βαθμοί πρόσβασης στις κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση ήταν: Στην «πληροφρορία» MT=3,38 ± 0,77, στην «υποστήριξη» MT=3,21 ± 0,89, στους «πόρους» MT=2,7 ± 0,79 και στις «ευκαιρίες» MT=4,05. Η βαθμολογία της επίσημης ισχύος ήταν MT=3,01 ± 0,83 και για την ανεπίσημη ισχύ MT=3,96 ± TA=0,70. Η βαθμολογία της σφαιρικής ενδυνάμωσης ήταν MT=3,45 ± 0,89 Παρόλο που οι ομάδες δεν διέφεραν στις δευτερεύουσες βαθμολογίες (υποκλίμακες), σε δύο ερωτήσεις, οι ανώτεροι νοσηλευτές (senior staff nurses) σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία: σε θέματα που σχετίζονται με τη συνεργασία με τους γιατρούς (MT=4,11 ± 0,93) και στην αναζήτηση ιδεών από άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (MT= 3,89 ± 1,00).</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| <p>Trus et al., (2019) Λιθουανία</p> | <p>Διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της οργανωσιακής κουλτούρας και οργανωσιακού κλίματος και της ενδυνάμωσης που σχετίζεται με την εργασία, και παρουσίαση των χαρακτηριστικών της κουλτούρας και του κλίματος σε επίπεδο ομάδας και οργανισμού.</p> | <p>Περιγραφική, Συσχέτισης Δειγματοληψία: Ευκολίας N=193, RR=97% (νοσηλευτές μάντζερ - μόνο γυναίκες), 7 νοσοκομεία.</p> | <p>1) Organizational Social Context instrument (OSCCQ) A: $a = 0,66 - 0,88$ (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως 2) CWEQ-II) A: $a = 0,80$ (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως 3) Work Empowerment Questionnaire (WEQ) A: $a = 0,92$ (Δ/Α)* E: Εγκυρότητα όψεως</p> | <p>Η οργανωσιακή κουλτούρα και το οργανωσιακό κλίμα συνδέονται με την ενδυνάμωση που σχετίζεται με την εργασία των νοσηλευτών. Ωστόσο, οι περισσότερες από τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν πολύ χαμηλές (συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ $-0,30$ και $0,30$).</p> |
| <p>Trus et al., (2017) Λιθουανία</p> | <p>Διερεύνηση θεμάτων ισχύος και ενδυνάμωσης των νοσηλευτών μάντζερ.</p> | <p>Περιγραφική, Συσχέτισης Δειγματοληψία: Ευκολίας N=193, RR=97% (μόνο γυναίκες) 7 νοσοκομεία.</p> | <p>1) CWEQ-II A: $a = 0,71-0,94$ (στην πιλοτική) 2) Work Empowerment Questionnaire. A: Δ/Α 3) Manager's Activity Scale (MAS) A: Δ/Α 4) 2 ερωτήσεις σχετικές με την ισχύ από τους ερευνητές A: Δ/Α E: Εγκυρότητα όψεως</p> | <p>Το συνολικό επίπεδο ισχύος των μάντζερ στα τμήματά τους ήταν αρκετά υψηλό (MT=7,6, ± 1,3). Η ισχύς για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής (MT=8,2 ± 1,7) και η βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό για βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής (MT=8,3 ± 1,4) ήταν επίσης σε υψηλό επίπεδο. Φάνηκε χαμηλότερο επίπεδο ισχύος σχετικά με τη λήψη αποφάσεων για το τμήμα (MT=6,7 ± 2,1) με χαμηλότερη αξιολόγηση στην ισχύ διεκδίκησης της ερευνητικής δραστηριότητας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού (MT=6,1 ± 3,0). Η αντίληψη των μάντζερ για την προσωπική τους ισχύ (MAS) σε επίπεδο οργανισμού ήταν μέτρια (MT=2,7 ± 0,8). Οι νοσηλευτές μάντζερ που εργάζονται σε χειρουργικά τμήματα αξιολογούν την ισχύ τους υψηλότερη (MT=7,5 ± 1,8) από αυτούς των παθολογικών (MT=6,9 ± 1,5) ($p < 0,05$). Φάνηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας ($r = -0,175$, $p = 0,016$), επαγγελματικής εμπειρίας στη νοσηλευτική ($r = -0,151$, $p = 0,038$), εργασιακής εμπειρίας στο τμήμα ($r = -0,013$, $p = 0,013$), και ισχύος σε επίπεδο οργανισμού. Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού αξιολόγησαν την οργανωσιακή τους ισχύ υψηλότερη (MT=3,2 ± 0,7) από αυτούς με λιγότερη εκπαίδευση ($p < 0,05$). Όλες οι κατηγορίες που συνθέτουν την ενδυνάμωση (πρόσβαση σε πληροφορίες, υποστήριξη, πόροι, ευκαιρίες, επίσημη και ανεπίσημη ισχύς) και όλοι οι τομείς της ψυχολογικής ενδυνάμωσης (λεκτική, συμπεριφορική και έκβραση) συσχετίστηκαν θετικά με το συνολικό επίπεδο ισχύος τόσο σε επίπεδο ομάδας όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο και τα περισσότερα από αυτά συσχετίστηκαν σε πολύ σημαντικό επίπεδο $p \leq 0,001$.</p> |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>Trus et al., (2018) Λιθουανία</p> | <p>Ανάλυση της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης σύμφωνα με την αυτοαξιολόγηση των νοσηλευτών μάντζερ, παρουσιάζοντάς την ως δομική και ψυχολογική ενδυνάμωση.</p> | <p>Περιγραφική, Συσχέτιση Δειγματοληψία: Ευκολίας N=193, RR=97% (μόνο γυναίκες) 7 νοσοκομεία.</p> | <p>1) CWEQ-II A: $\alpha=0,80$ 2) Work Empowerment Questionnaire. A: $\alpha=0,90$ E: Εγκυρότητα όψεως 3) Ερωτήσεις σχετικές με την εργασία (π.χ. Τμήμα, εμπειρία, φόρτος εργασίας, κίνητρα για την εργασία, άγχος στην εργασία, ικανοποίηση από την εργασία, δεξιότητες για τη διαχείριση της εργασίας) από τους ερευνητές.</p> | <p>Η συνολική δομική ενδυνάμωση ήταν σε μέτριο επίπεδο (MT=21,0 ± 2,90). Η υψηλότερη αξιολόγηση ήταν στην πρόσβαση σε ευκαιρίες (MT=4,0 ± 0,6) και η χαμηλότερη ήταν αυτή της επίσημης ισχύος (MT=2,5 ± 0,9). Στην επίσημη ισχύ, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν είχαν ανταμοιβή για την επίδειξη καινοτομιών στην εργασία (MT=1,6 ± 1,0), αλλά είχαν ακόμα κάποιο βαθμό ευελιξίας στην εργασία (MT=3,1 ± 1,2). Στην ανεπίσημη ισχύ, τα αποτελέσματα ήταν σχεδόν ίδια. Οι συμμετέχοντες μπόρεσαν είχαν ευκαιρίες να συνεργαστούν με γιατρούς σε θέματα φροντίδας ασθενών (MT=4,2 ± 1,0) και ευκαιρίες στην αναζήτηση βοήθειας από συναδέλφους (MT=4,3 ± 0,7) και άλλους μάντζερ (MT=4,0, TA=1,0) καθώς και βοήθεια για επίλυση προβλημάτων. Οι συμμετέχοντες είχαν αρκετά ισχυρό επίπεδο ψυχολογικής ενδυνάμωσης (MT=8,3 ± 1,0). Η εκπαίδευση και οι ομιλούμενες γλώσσες συσχετίστηκαν με την ψυχολογική ενδυνάμωση (0,001 < p ≤ 0,01), ενώ η διάρκεια της εργασιακής εμπειρίας ως νοσηλευτής μάντζερ σχετίζεται με τη συνολική δομική ενδυνάμωση (0,01 < p ≤ 0,05).</p> |
| <p>Xie et al., (2020) Κίνα (7 περιοχές, 13 επαρχίες, 15 πόλεις)</p> | <p>Γενική επισκόπηση της διάθεσης του χρόνου διαχείρισης των κλινικών νοσηλευτών μάντζερ στην Κίνα και σχετικών παραγόντων.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Τυχαία N=531, RR=30% (31 νοσοκομεία: 20 κατηγορίας I, 11 κατηγορίας II).</p> | <p>1) Middle-level Managers' Time Management Disposition Scale (MMTMDS) A: $\alpha=0,57 - 0,85 (0,83)^*$ E: Δ/A 2) Three-Dimensional Inventory of Character Strengths (TICS) A: $\alpha=0,74 (\Delta/A)^*$ E: Δ/A 3) General Self-Efficacy Scale (GSES) A: $\alpha=0,83 (0,87)^*$ E: Δ/A 4) Self-Rating Depression Scale (SDS) A: $\alpha=\Delta/A (0,87)^*$ E: Δ/A</p> | <p>Η μέση βαθμολογία της αυτεπάρκειας (GSES) ήταν 2,74 ± 0,60 και η μέση βαθμολογία της αυτό αξιολογούμενης κατάθλιψης (SDS) ήταν 42,37 ± 12,58. Οι μέσες βαθμολογίες ήταν: για την φροντίδα 4,18 ± 0,48, για το ενδιαφέρον 3,36 ± 0,56 και για τον αυτοέλεγχο 3,57 ± 0,60. Η διαχείριση του χρόνου των νοσηλευτών μάντζερ ήταν σε ευνοϊκό επίπεδο (MT=3,55 ± 0,56). Οι μεταβλητές: φροντίδα, ενδιαφέρον, αυτοέλεγχος, η βαθμολογία GSES και η βαθμολογία SDS είχαν σημαντική συσχέτιση με τη διαχείριση του χρόνου των νοσηλευτών μάντζερ (p < 0,001). Η διαχείριση του χρόνου των μάντζερ είχε προβλεφθεί από την GSES ($\beta=0,594, p=0,000$), το SDS ($\beta=-0,243, p=0,000$), τη διοικητική εμπειρία ($\beta=0,095, p=0,001$), την ισχύ του αυτοέλεγχου ($\beta=0,093, p=0,005$) και τον αριθμό παιδιών ($\beta=0,055, p=0,046$). Αυτές οι προβλέψεις ερμήνευαν το 60,8% της διακύμανσης στη διαχείριση του χρόνου.</p> |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>Labrague (2020) Φιλιππίνες (Κεντρική περιοχή)</p> | <p>Εξέταση των παραγόντων που σχετίζονται με την οργανωσιακή και επαγγελματική πρόθεση φυγής μεταξύ των νοσηλευτών μάντζερ.</p> | <p>(Συγχρονική σ.σ) Περιγραφική Δειγματοληψία: Ευκολίας N=240 RR=Δ/Α (17 νοσοκομεία στις Κεντρικές Φιλιππίνες)</p> | <p>1) Work-Family Conflict Scale (WFCS) A: a=0,87 (0,84)* E: Δ/Α 2) Job Satisfaction Index (JSI) A: a=0,85 (0,87)* E: Δ/Α 3) 4-item Perceived Stress Scale (PSS) A: a=0,89 (0,83)* E: Δ/Α 4) Ερωτήσεις για οργανωσιακούς και επαγγελματικούς λόγους πρόθεσης φυγής A: a=0,76 (0,91)* E: Δ/Α</p> | <p>Το σύνθετο σκορ της επαγγελματικής πρόθεσης φυγής ήταν 1,97, χαμηλότερο από αυτό της οργανωσιακής πρόθεσης φυγής (2,75). Οι σύνθετες βαθμολογίες των άλλων μέτρων ήταν: 2,99 (WFCS), 3,05 (PSS) και 3,47 (JSI). Η ηλικία ($r=-0,188$; $p<0,01$) είχε σημαντική αλλά αρνητική συσχέτιση με την πρόθεση φυγής. Η Σύγκρουση Εργασίας – οικογένειας ($r = 0,198$, $p <0,01$) και η δυσαφορία από την εργασία ($r = +0,377$, $p <0,01$) είχαν σημαντικές θετικές συσχέτισεις με την πρόθεση φυγής. Η εργασιακή ικανοποίηση ($r = -0,317$, $p <0,01$) συσχετίστηκε σημαντικά με την πρόθεση φυγής. Υπάρχει υψηλότερη πρόθεση φυγής μεταξύ των μάντζερ που κατείχαν θέσεις μερικής απασχόλησης ή με σύμβαση εργασίας σε σύγκριση με εκείνους που κατείχαν θέσεις πλήρους απασχόλησης ($t = -2,465$; $p <0,05$) Υπάρχουν διαφορές στις μέσες βαθμολογίες φυγής με βάση την ομαδοποίηση που έγινε σε σχέση με την αποκτηθείσα εκπαίδευση ($F = 6,944$, $p <0,001$), την δυναμικότητα των τμημάτων ($F = 5,748$, $p <0,001$), του αριθμού των υπαλλήλων ($F = 5,074$, $p <0,001$) και το μέγεθος κάθε εγκατάστασης ($F = 5,168$, $p <0,001$). Μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών, το μέγεθος του νοσοκομείου (εγκαταστάσεις μεγάλου μεγέθους) ($\beta = 0,303$, $p <0,001$) αναγνωρίστηκε ως ισχυρός προγνωστικός παράγοντας στην πρόθεση φυγής. Το υψηλότερο αντιλαμβανόμενο άγχος ($\beta = 0,200$, $p <0,01$) συσχετίστηκε επίσης με υψηλότερη πρόθεση φυγής.</p> |
|--|---|--|---|--|

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτεπάρκεια

Εντοπίστηκε διακύμανση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας των NM στις μελέτες που έχουν εξεταστεί (χαμηλή - μέτρια έως υψηλή). Σε συνδυασμό με την ενδυνάμωση βοηθά στον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο εμπλέκονται στις επιθυμητές διοικητικές συμπεριφορές για την επίτευξη των στόχων του οργανισμού.

Ο βαθμός αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας επιδρά και συσχετίζεται σημαντικά με την προϋπηρεσία (Van Dyk et al., 2016) την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης (ακαδημαϊκά προσόντα) και των στάσεων των NM (Farokhzadian et al., 2015). Οι NM με υψηλή αυτεπάρκεια που υποστηρίζονται από τον οργανισμό, συνδράμουν στην προώθηση ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος και αισθάνονται ικανοποιημένοι (Laschinger et al., 2012).

Ενδυνάμωση και Ισχύς

Διαφάνηκε ότι καθιερώθηκε ένα παγκόσμιο μοτίβο όσον αφορά τα επίπεδα ενδυνάμωσης των NM, τα οποία κυμαίνονται σε μέ-

τρια επίπεδα. Σε όλες τις σχετικές μελέτες η χαμηλότερη βαθμολογία παρατηρείται στη δομή «πόροι» (Spencer & McLaren 2016; Regan & Rodriguez 2011; Laschinger et al., 2012; Kang et al., 2012; Viinikainen et al., 2015; Trus et al., 2018) και θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι αυτό οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι ο παροχή περισσότερων πόρων έχει άμεση σχέση με την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Ο βαθμός της αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης των NM συσχετίζεται με το φόρτο εργασίας την ηλικία (νοούμενο ότι έχει προηγηθεί εκπαίδευση), την επαγγελματική εμπειρία, την ακαδημαϊκή εκπαίδευση, ακόμα και με τις ομιλούμενες γλώσσες (Trus et al., 2017; Trus et al., 2018; Kang et al., 2012,) και επιδρά στην αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη καθώς και στην πρόθεση φυγής των NM. (Laschinger et al., 2012).

Στον ψηλό βαθμό της ανεπίσημης ισχύος των NM φαίνεται να συνδράμουν οι παράγοντες συνεργασίας με τους γιατρούς, τους συναδέλφους και τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Spencer & McLaren 2016; Kang et al., 2012; Trus et al., 2018). Αντιθέτως, φαίνεται ότι η Επίσημη Ισχύς είναι ψηλότερη μεταξύ NM που υπηρετούν σε πιο ψηλή θέση και επομένως

τους παρέχεται περισσότερη εκτελεστική εξουσία (Spencer & McLaren 2016; Kang et al., 2012).

Τάση φυγής

Η ηλικία, η εργασιακή ικανοποίηση, ο φόρτος εργασίας, το άγχος, η ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, η υποστήριξη από τον άμεσα προϊστάμενο, η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας, η ενδυνάμωση για διεκπεραίωση της εργασίας, οι ανεπαρκείς ανθρωπίνι και οικονομικοί πόροι και η ασφάλεια στην εργασία είναι παράγοντες που συσχετίζονται με τις προθέσεις φυγής των ΝΜ (Hewko et al., 2015; Labrague 2020).

Ωστόσο η τάση φυγής φαίνεται να εξαρτάται από την αποκτηθείσα εκπαίδευση, το μέγεθος του νοσοκομείου, τη δυναμικότητα των τμημάτων, τον αριθμό των υπαλλήλων (Labrague, 2020) και οι ΝΜ με μέτρια έως υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης ενδυνάμωσης παρουσιάζουν χαμηλές προθέσεις εγκατάλειψης του ρόλου τους (Laschinger et al., 2012).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η αναζήτηση για σχετικά άρθρα στην ελληνική δεν έφερε αποτελέσματα γι' αυτό το λόγο η συστηματική αναζήτηση έγινε για άρθρα στην Αγγλική γλώσσα. Αριθμός ερευνητικών άρθρων (n=6) που βρέθηκαν κατά την αναζήτηση αν ήταν στην αγγλική γλώσσα, ενδεχομένως να εμπλουτίζαν περαιτέρω την ανασκόπηση.

Αποκλειστικά επίσης άρθρα που αφορούσαν ΝΜ που εργάζονταν σε χώρους πέραν των νοσοκομείων (π.χ κέντρα υγείας και στην κοινοτική φροντίδα) που ενδεχομένως να έδιναν την ευκαιρία για περαιτέρω εξέταση των πιο πάνω μεταβλητών καθώς επίσης και περισσότερες συγκρίσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτή η μελέτη παρέχει σημαντικές πληροφορίες που μπορεί να αξιοποιηθούν από τους αρμόδιους στη λήψη αποφάσεων σε ό,τι αφορά στους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των ΝΜ στα δημόσια νοσηλευτήρια, όχι μόνο στην Κύπρο αλλά και σε άλλα δημόσια νοσοκομεία, όπου οι ΝΜ διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη διαχείριση ανθρώπινων και υλικών πόρων για την επίτευξη των οργανωσιακών στόχων.

Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στην Κύπρο, με τα κρατικά νοσηλευτήρια να αντιμετωπίζουν προκλήσεις από τις αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες και απαιτήσεις των πολιτών, την εξέλιξη της τεχνολογίας και το αυξημένο κόστος περίθαλψης, καθίστανται πιο απαιτητικές σε σχέση με τους εργαζόμενους. Σε συνδυασμό με τον περιορισμό των πόρων απαιτείται βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας, αύξηση των επιδόσεων, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας για να καταστούν βιώσιμα και ανταγωνιστικά. Η συνεχιζόμενη αναδιάρθρωση στο πλαίσιο των νοσοκομειακών δομών και η εστίαση στα οικονομικά αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να μειώνει τη συνεισφορά των ΝΜ.

Ο οργανισμός (Ο.Κ.Υπ.Υ) θα πρέπει να εστιάσει τις προσπάθειές του για παροχή ευκαιριών επαγγελματικής ανάπτυξης στα μεσαία διοικητικά στελέχη νοσηλευτικής και να αναγνωρίσει τις προσπάθειές τους με θετική ανατροφοδότηση και ανάλογη επιβράβευση ώστε να θεωρηθεί ως υποστηρικτικός και ότι προωθεί την ενδυνάμωσή τους. Ανεξαρτήτως από τις οποιοσδήποτε δημοσιονομικές πιέσεις, η ανάγκη για ενίσχυση των δομών ενδυνάμωσης στο εργασιακό περιβάλλον, μετά από αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, είναι προφανής.

Ανεξάρτητα επίσης από το γεγονός της μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας και το καθεστώς διοίκησης και λειτουργίας των κρατικών νοσηλευτηρίων συνίσταται όπως ο Ο.Κ.Υπ.Υ λά-

βει υπόψη τις αλληλεξαρτήσεις και αλληλοσχετίσεις των δομών ενδυνάμωσης στο εργασιακό περιβάλλον, να ενθαρρύνει, να υποκινεί, να αναγνωρίζει, να επιβραβεύει και γενικότερα να υποστηρίζει τους ΝΜ ώστε να προωθούν θετικές δράσεις, να αναπτύξουν ευκαιρίες, να προγραμματίζουν και να υλοποιούν προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και να ενημερώνονται σχετικά με τη δράση του οργανισμού.

Οι ΝΜ θα πρέπει να συνεργαστούν με την ανώτερη νοσηλευτική διοίκηση ώστε να προωθηθούν όλες εκείνες οι λύσεις που θα τους διευκολύνουν στο έργο τους για επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναζητήσουν περισσότερη πρόσβαση σε ευκαιρίες, πόρους, επαγγελματική υποστήριξη και πρόσβαση σε πληροφορίες.

Επιπρόσθετα, οι ΝΜ του οργανισμού χρειάζεται να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τους υφιστάμενους τους ως άτομα και να εργαστούν από κοινού για την επίτευξη των στόχων που αφορούν στην υγεία και ευημερία των ασθενών. Η οικοδόμηση ενός ενδυναμωμένου εργασιακού περιβάλλοντος εξαρτάται και από τις δικές τους δραστηριότητες ειδικά σε ό,τι αφορά στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών και εισαγωγή καινοτόμων πρακτικών στον κλινικό χώρο.

Όσο περισσότερο ενισχυμένοι (με υψηλή αυτεπάρκεια, ενδυνάμωση και ισχύ) είναι οι ΝΜ τόσο λιγότερες και οι πιθανότητες να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Η εγκατάλειψη όμως της εργασίας εξαρτάται σημαντικά και από άλλους παράγοντες όπως π.χ το εργασιακό στρες, ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και οι προοπτικές απασχόλησης. Καθίσταται σαφές ότι φυγή των νοσηλευτών μπορεί να διαταράξει την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου με αρνητικές επιπτώσεις στο υπόλοιπο προσωπικό και τους ασθενείς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Μπελλάλη, Θ. (2011) Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 50 (1):10–22.
2. Πατελάρου, Ε., Μηροκαλάκη, Η. (2010) Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-ανάλυσης. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 49 (2):122–130.

Αγγλική

1. Atkinson, L., & Cipriani, A. (2018) How to carry out a literature search for a systematic review: A practical guide. *BJPsych Advances*, 24 (2):74-82. <https://doi:10.1192/bja.2017.3>
2. Bandura, A. (1977) Self-Efficacy Toward a Unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, 84 (2):191-215.
3. Bartels, E.M. (2013) How to perform a systematic search. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 27 (2):295-306. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2013.02.001>.
4. Bernardino, E., Dyniewicz, A.M., Carvalho, K.L.B., Kulinowski, L.C., Bonat, W.H. (2013) Transcultural adaptation and validation of the Conditions of Work Effectiveness – Questionnaire-II instrument. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 2 (5):1112-1118. <http://doi:10.1590/S0104-11692013000500014>
5. Centre for Reviews and Dissemination (2009). *Systematic Reviews: CRDs guidance for undertaking reviews in health care*. ISBN 978-1-900640-47-3, University of York

6. Chaudhuri, A. (2016). Understanding 'Empowerment'. *Journal of Development Policy and Practice*, 1(2):121–14. <http://doi:10.1177/2455133315612298>
7. Doering, Chet Hurley III (2017) Enhancing Clinical Manager Self-Efficacy through a Change Management Academy. A Scholarly Project submitted to the College of Nursing in partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor of Nursing Practice, University of New Mexico, College of Nursing, Albuquerque, New Mexico. Available at: <http://digitalrepository.unm.edu/dnp/5> [Accessed September 2020].
8. Farokhzadian, J., Nayeri, N. D., Borhani, F., & Zare, M. R. (2015) Nurse leaders' attitudes, self-efficacy and training needs for implementing evidence-based practice: is it time for a change toward safe care?. *British journal of medicine and medical research*, 7 (8): 662.
9. Friend, M. L., Sieloff, C. L. (2018) Empowerment in Nursing Literature: An Update and Look to the Future. *Nursing Science Quarterly*, 31(4):355–361. <https://doi.org/10.1177/0894318418792887>
10. Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K., North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review – An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7):887–905. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001>.
11. Hewko, S. J., Brown, P., Fraser, K. D., Wong, C. A., & Cummings, G. G. (2015). Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: a quantitative analysis. *Journal of nursing management*, 23(8):1058-1066. <https://doi.org/10.1111/jonm.12252>
12. Kang, C.M., Chiu, H.T., Hu, Y.C., Chen, H.L., Lee, P.H., Chang, W.Y. (2012) Comparisons of self ratings on managerial competencies, research capability, time management, executive power, workload and work stress among nurse administrators. *Journal of nursing management*, 20 (7), 938-947. <https://doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01383.x>
13. Kanter, R.M. (1993) *Men and women of the corporation* (2nd ed). New York: Basic Books.
14. Labrague, L.J., Nwafor, C.E., Tsaras, K. (2020) Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, psychological distress, absenteeism, and turnover intention. *Journal of Nursing Management*. 28(5):1104-1113. <https://doi.org/10.1111/jonm.13053>.
15. Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., G tzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J., Moher, D. (2009) The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*. 6(7) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
16. Lunenburg, F.C. (2011) Self-efficacy in the workplace: implications for motivation and performance. *International Journal of Management Business and Administration*, 14(1):1–6.
17. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009) Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7) e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
18. Oliver, B., Gallo, K., Griffin, M.Q., White, M., Fitzpatrick, J. (2014) Structural empowerment of clinical nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 44(4):226-31. <https://doi:10.1097/NNA.0000000000000059>
19. Pishgooie, A.H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falc-Pegueroles, A., Lotfi, Z. (2019) Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, 27(3):527-534. <https://doi:10.1111/jonm.12707>
20. Regan, L.C., Rodriguez, L. (2011) Nurse empowerment from a middle-management perspective: nurse managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *The Permanente Journal*, 15(1) e101.
21. Laschinger, H.K., Wong, C.A., Grau, A.L., Read, E A., & PINEAU STAM, L.M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of nursing management*, 20 (7):877-888. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x>
22. Spencer, C., McLaren, S. (2017) Empowerment in nurse leader groups in middle management: a quantitative comparative investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2):266-279. <https://doi:10.1111/jocn.13426>
23. Trus, M., Doran, D., Martinkenas, A., Asikainen, P., & Suominen, T. (2018) Perception of work-related empowerment of nurse managers. *Journal of Research in Nursing*, 23(4):317-330. <https://doi.org/10.1177/1744987117748347>
24. Trus, M., Galdikiene, N., Balciunas, S., Green, P., Helminen, M., & Suominen, T. (2019) Connection between organizational culture and climate and empowerment: The perspective of nurse managers. *Nursing & health sciences*, 21(1):54-62. <https://doi.org/10.1111/nhs.12549>
25. Trus, M., Martinkenas, A., & Suominen, T. (2017) *International Nursing: How Much Power Do Nurse Managers Have?*. *Nursing administration quarterly*, 41(4):337-345. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000247>
26. Trus, M., Razbadauskas, A., Doran, D., Suominen, T., (2012). Work-related empowerment of nurse managers: A systematic review., *Nursing and Health Sciences*, 14(3):412-420 <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00694.x>
27. Van Dyk, V. J., Siedlecki, S. L., Fitzpatrick, J. J. (2016) Front-line nurse managers confidence and self-efficacy, *Journal of Nursing Management*, (24): 533–539. <http://doi:10.1111/jonm.12355>
28. Viinikainen, S., Asikainen, P., Sieloff, C., Helminen, M., & Suominen, T. (2015). Is the first-line nursing managers' power congruent with that of the nursing group?. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(1):3-9. <https://doi.org/10.1177/0107408314560324>
29. Widyana, R., Handiyani, H. (2019) Self-efficacy and organizing competency of head nurse dominant factors determining of nursing job satisfaction implemented in two hospitals in Riau Province. *Enfermeria Clinica, Suppl. 2*(29):625-628. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.095>
30. Xie, J., Liu, M., Ding, S., Zhuqing, Z., Zeng, S., Liu, A., Zhou, J., Wang, S. and Cheng, A.S. (2020) Time management disposition and related factors among nursing managers in China: A cross sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(1):63-71. <https://doi.org/10.1111/jonm.12890>

Παράρτημα 10 – Άρθρα που υποβλήθηκαν προς δημοσίευση**Empowerment and turnover of nurse managers before and after a major healthcare reform in Cyprus**

| | |
|-------------------|--|
| Journal: | <i>Journal of Nursing Management</i> |
| Manuscript ID: | Draft |
| Manuscript Type: | Original Article |
| Topic Areas: | Health Care Reform, Leadership, Nurse Managers, Nursing Leadership, Nursing Management |
| Research Methods: | Quantitative Methods, Health Services Research |
| | |

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4 **Empowerment and turnover of nurse managers before and after a major healthcare**
5 **reform in Cyprus**
6

7
8 **Abstract**
9

10 **Aim:** To investigate the perceived empowerment and turnover intention of middle nurse managers
11 before and after the implementation of a major reform of the healthcare system in Cyprus, which
12 also includes the transition of public hospitals towards administrative and financial autonomy.
13

14
15 **Background:** The empowerment of Nurse Managers is important since previous studies have
16 shown that it is associated with performance at work and may have an impact on their turnover
17 intention.
18

19
20
21 **Methods:** This is a repeated cross-sectional study, which was conducted in March 2019 (first
22 phase) and was repeated in March 2020 (second phase), after the introduction of major changes.
23 The target population was all nurse managers of the public hospitals. The final sample consisted
24 of 175 (RR 94%) participants in the first phase and 178 (RR 95.6%) in the second.
25

26
27
28 **Results:** Measurements at both time points revealed moderate levels of perceived empowerment
29 among Cyprus Nurse Managers (theoretical range = 6 - 30). Empowerment appeared slightly lower
30 at the repeat measurement compared to the first ($M_1 = 18.30$, $SD_1 = 4.13$ VS $M_2 = 17.61$, $SD_2 =$
31 4.09 , $p = 0.379$), but the observed difference was not statistically significant. Among the categories
32 of empowerment «opportunities» was presenting statistically significant differences between the
33 two phases $M_1 = 3.81$, $SD_1 = 0.88$ VS $M_2 = 3.49$, $SD_2 = 0.96$, $p = 0.001$
34

35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
At the second phase, mean scores of empowerment were consistently lower among those who
stated YES compared to those who stated NO in relation to: a) the intention to change department
($M_1 = 15.23$ $SD_1 = 3.50$ VS $M_2 = 18.32$, $SD_2 = 4.04$, $p = 0.000$), b) the intention to change
profession ($M_1 = 15.41$, $SD_1 = 3.47$ VS $M_2 = 18.15$, $SD_2 = 4.11$, $p = 0.001$) and c) the intention to
change organization / hospital ($M_1 = 15.21$, $SD_1 = 3.75$ VS $M_2 = 18.33$, $SD_2 = 3.97$, $p = 0.000$).

Conclusions: This study demonstrated lower levels of empowerment among Nurse Managers with
turnover intentions. It is therefore needed to be investigated further whether lower empowerment
levels are the main reason for turnover intentions. It also suggests the need for senior management
to create opportunities and to develop and implement interventions which aim to maintain and

1
2
3 further improve the empowerment of the Nurse Managers and assess their effectiveness in terms
4 of turnover intention in the organization.
5
6

7 **Implications for Nursing Policy:** The senior management of the hospitals need to adopt retention
8 strategies by establishing an empowered positive working environment for Nurse Managers. Nurse
9 Managers need to collaborate with the senior management and seek more access to opportunities,
10 information, support and resources which will enable them to perform their duties with efficiency
11 and be more effective.
12
13
14

15
16 **Keywords:** Empowerment, Nurse Managers, Turnover Intention
17

18 **Empowerment and turnover of nurse managers before and after a major healthcare**
19 **reform in Cyprus**
20
21

22 **Introduction**
23

24 The need for strong nursing leadership is an international imperative. The International Nursing
25 Council (ICN) notes that health care reforms are under way around the world and believes that
26 nursing leaders have the opportunity to lead these reforms (ICN, 2018).
27
28

29 Nurse Managers (NMs) have a unique leadership role because they work directly with nurses who
30 provide patient care. However, their role focuses more on organizational goals and priorities across
31 a wider range of activities and when they realize that the organization supports their efforts they
32 feel worthy, rewarded and satisfied (Laschinger et al., 2011).
33
34

35 Empowerment, as perceived by middle NMs, is vital to the exercise of administrative duties and
36 the empowerment of front-line nurses. It is important for senior management to recognize the
37 importance of a strong middle nursing management and use this understanding to facilitate the
38 provision of safe and high quality patient care (Regan & Rodriguez, 2011). In addition, it is
39 important to understand that both organizational and individual factors may influence a nurse's
40 intention to leave or stay in a given job (WHO, 2020).
41
42

43 Cyprus is the only EU country where less than half of all health expenditure was financed through
44 government or insurance programs. The establishment of a new national health care system is in
45 the initial stages of implementation (since June 2019). Its aim is to provide universal coverage to
46 the population, to improve accessibility to healthcare services provided by the public and private
47 sector and to address inequities in the provision of health care services.
48
49
50
51
52
53
54
55
56

1
2
3 Thus, under the new system, some responsibilities of the Ministry of Health are transferred to the
4 Health Insurance Organization (HIO) and some others have been transferred to the new entity
5 (State Health Services Organization - SHSO), which is responsible for the development,
6 management, control and supervision of the public hospitals and for leading them toward
7 administrative and financial autonomy (OECD, 2019; Council of the European Union, 2019).
8
9

10
11 The importance of this study lies in the fact that it was conducted in a period during which the
12 recently established autonomous public hospitals were challenged for their resilience and
13 sustainability under the conditions that emerged through the establishment of the new General
14 Healthcare System (GHS).
15
16
17
18
19

20 21 22 **Background**

23
24 This research study was guided by the theory of Kanter on structural empowerment. The
25 components of structural empowerment described by Kanter (1977, 1993) are access to
26 *information, support, resources* and *opportunities* for knowledge and skills development. These
27 structures empower staff and further promote workers' engagement at work and lead to positive
28 performance outcomes.
29
30
31
32

33
34 The theory of structural empowerment has been extensively studied in the nursing profession
35 (Owen et al., 2018). Since empowerment is an effective management tool and brings enormous
36 benefits to employees and organizations understanding the relationship between empowerment
37 and quality outcomes allows NMs to make choices about improving the quality of care (Laschinger
38 et al., 2011; Goedhart et al., 2017).
39
40
41

42
43 The roles of NMs include challenges due to the complex needs of patients and the nursing staff,
44 both in the clinical and in the organizational decision-making processes in a multidisciplinary care
45 environment (Van Bogaert et al., 2015). NMs' must make every effort to ensure that nurses are
46 empowered and work in a high-quality work environment that will enable them to perform better
47 in their work (Wang & Liu, 2015). Previous studies have reported that empowerment is related to
48 nurses' organizational commitment, job satisfaction and productivity (Laschinger et al., 2014; Bish
49 et al., 2014; Cicolini et al., 2014; Guo et al., 2016; Owen et al., 2018).
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Low turnover rates can be beneficial for the professional development of individuals and the growth of the organization. On the other hand, a high turnover rate almost always entails organizational costs and may have a negative impact on patient care (WHO, 2020). When nurses leave their job, the organization shall respond to the skills gap that is being created with implications on the workload, working conditions and quality of care (Buchan et al., 2018).

The reasons for the intentions of the NMs to stay or leave are due to many factors. The main ones are workload, nurses-doctors relationships, job satisfaction, burnout, organizational commitment, organizational culture and the feeling that their work is valued (Van Bogaert et al. 2014; Van Bogaert et al., 2015; Nelson III, 2017).

Many organizations choose to operate with fewer NMs in order to reduce labor costs. However, longer periods of no administrative control of nurses by managers contribute to a higher rate of patient adverse reactions (Hewko et al., 2015). Organizations need leaders who anticipate problems and try to solve them through collaboration with employees (Pishgooie et al., 2019). Finally, the turnover of nurses disrupts hospital operations and services and adversely affects patients, nurses, doctors and organizations, so ensuring a supportive work environment encourages nurses to stay in the hospitals they work (Dewanto & Wardhani (2018).

Aim

The aim of this study was to investigate the perceived empowerment and turnover intention of middle nurse managers before and after the implementation of a major reform of the healthcare system in Cyprus.

Furthermore, the study investigated the relationship of perceived empowerment and turnover intention with demographics. Since, nurses' turnover disrupts the function of the hospitals the results would contribute further to the existing scientific knowledge on the subject.

Research design

The study employed a repeated cross-sectional study pre and post-test quasi-experimental research design. The first phase of the study took place in March 2019 before the autonomy of the state hospitals in Cyprus. The measurement was repeated twelve months after the autonomy of the state hospitals (March 2020), when the SHSO assumed the responsibility of the management of the public hospitals in Cyprus.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Setting and sample

In the eight public hospitals of Cyprus, the NMs have the main responsibility for organizing the nursing care within a unit or department. In these settings, there is homogeneity in the hierarchical structure of the staff. Therefore, the criterion for participants to be included in the study was his/her role as a NM leading a clinical ward or department. The target population was all 186 NMs satisfying this criterion according to the list provided by the Ministry of Health. There have been no significant changes within the period of the twelve months among the two samples since no retirements or promotions took place. Therefore, a census sampling procedure was followed through which a 94% (n=175) response rate was achieved in 2019; and 95.6% (n=178) in 2020. An explanation of this high response rate could be the fact that due to the transition NMs were seeking an opportunity to be heard through the research findings. A high response rate largely ensures the representativeness of the findings and hence it allows generalizing the findings to the target population (Procter et al., 2010).

Instruments

The Conditions for Workplace Effectiveness Questionnaire – (CWEQ-II) was used for the purpose of measuring the variables of interest with an added question referring to turnover intention. The CWEQ-II has been developed by Laschinger et al. (2001) and has been widely used in the nursing profession. It assesses the perceived empowerment and both forms of power (formal and informal). The CWEQ-II, which is a modification of the original tool (Laschinger et al., 2001), is significantly shorter and therefore easier to complete. It is appropriate for use in the context of research studies, whereas the length and detail of the original version makes it more valuable for quality improvement initiatives. The CWEQ-II is comprised of six subscales: Opportunities, Resources, Information, and Support, each with three items; the Job Activity Scale that is comprised of three items; and the Organization Relationships Scale that is comprised of four items. Cronbach's alpha for all items of the CWEQ-II in the original study ranges from 0.67 to 0.89.

The Job Activity Scale and the Organization Relationships Scale measure the formal and informal power, respectively. A mean score is obtained by summing and averaging the items of each subscale. Score range for all items and subscales is between 1 and 5. Higher scores represent stronger perceptions of working in an empowered environment.

1
2
3 The global empowerment (GE) as a global measure and as a validation index (mean of the sum of
4 two items) was added in 1995 as a seventh subscale at the end of the CWEQ-II. The total
5 empowerment (TE) score can be calculated by summing either the first four subscales
6 (Opportunities, Resources, Information and Support) or, alternatively, all six subscales (including
7 Job Activity Scale and Organization Relationships Scale).

8
9
10
11
12 The six-subscale version, which was used in the current study, gives a theoretical score range
13 between 6 and 30. Scores ranging from 6 to 13 are described as *low* levels of empowerment, 14 -
14 22 as *moderate* levels of empowerment and 23 - 30 as *high* levels of empowerment.

15 16 17 Turnover intention

18
19
20 The turnover intention was explored through a single question with three sub-items question,
21 namely: "*If you were given the opportunity; taking into account your benefits and obligations*
22 *(what you get and what you give at work); would you change i) department, ii)*
23 *organization/hospital iii) profession?"*, each with a binary (Yes or No) response.

24 25 26 **Demographic characteristics**

27
28
29 The demographic data collected were: age, gender, academic qualifications, work position, work
30 experience (years in service), speciality and seniority in the department (Yes/No).

31 32 33 **Translation process, cultural adaptation and pilot testing**

34
35
36 The translation process of the questionnaire was carried out according to defined standards and
37 guidelines (MAPI Research Trust, 2018; Beaton et al., 2007), using a forward and backward
38 translation process. This procedure was done by two people in parallel and independently of each
39 other at each stage. Since cognitive debriefing helps researchers to ensure that they ask the right
40 questions in order to get meaningful answers (Responsive Translation Services, 2015), a cultural
41 adaptation, as designated for the cognitive debriefing process, was also performed. A pilot test was
42 carried out with a group of ten nurses who did not participate in the main study. This process
43 ensured the best possible wording of the questions in Greek. As concluded from the process, all
44 questions were clearly understood and no further changes were made.

45 46 47 **Data collection**

48
49
50 The questionnaires were distributed in each hospital by local collaborators who took the
51 responsibility of circulating and collecting the completed questionnaires. Participants were

1
2
3 informed verbally and in writing, about the purpose of the study and that their participation was
4 on a voluntary basis. Participation in the study was anonymous and the completed questionnaires
5 were returned in a sealed envelope to the local collaborator, who kept them securely in a locked
6 drawer in his or her office until they were handed over to the main researcher within a two weeks
7 period. The same procedure was followed in both phases of the study (2019 and 2020). The
8 researchers were aware that keeping anonymity would assess changes only at group level and not
9 at individual level, in the two different time points. This might be considered not ideal but keeping
10 anonymity was important since the sample from each hospital was not large enough and therefore
11 difficult to keep the information provided anonymous.
12
13
14
15
16
17
18

19 **Data analysis**

20
21 Descriptive statistics were used for the description of the participants' characteristics and the main
22 variables of interest. The decision to maintain anonymity defined the inferential statistical tests.
23 This means that data were not paired and the comparisons made were at group level.
24
25
26

27 The Mann-Whitney U test was used to determine whether there was a difference between the
28 means of the following groups: (a) *men and women*; (b) *NMs with a bachelor's degree and NMs*
29 *with a master's degree*; (c) *NMs with a specialization and NMs with no specialization*; and (d)
30 *senior NMs and inferior NMs* and the scores of empowerment (including formal and informal
31 power) in relation to their intention to leave. Furthermore, it was used to identify the statistical
32 differences in the mean scores of empowerment of the groups before and after the autonomy of
33 the hospitals. Correlations using Spearman correlation coefficient were used for testing
34 relationships between the mean scores of empowerment (including formal and informal power)
35 and between the age and work experience of the participants.
36
37
38
39
40
41
42

43 Finally, the Chi Square (X^2) test was used to investigate the relationship between the participants'
44 characteristics (*gender, academic qualifications, specialization and seniority*) and their turnover
45 intention. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) was used for all analyses.
46 Cronbach's alpha for all items of the CWEQ-II in the current study ranges from 0.75 to 0.93.
47
48
49

50 **Ethical considerations**

51 The study protocol was submitted to the Cyprus Bioethics Committee (No 0504/2019) and
52 exempted from further assessment. Access permission was also granted by the Committee for
53 Promotion of Research of the Ministry of Health. Participants were informed about the purpose of
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 the study and were assured of confidentiality and anonymity. An information sheet and consent
4 statement were attached to the front of the questionnaire and therefore informed consent was
5 implied when the participants completed and returned the questionnaires. License to use the
6 CWEQ-II was obtained through access to the relevant websites following the terms and conditions
7 for each questionnaire.
8
9

10 **Results**

11 Sample characteristics

12 The NMs of the public hospitals were recruited ($n = 186$) through personal invitations shared by
13 collaborators at each hospital. The responders of the first measurement ($n = 175$) consisted of 143
14 women (81.7%) and 31 men (17.7%). There was no identification of gender in one questionnaire
15 (0.6%). During the second phase, 146 (82%) of the participants were women and 32 (18%) were
16 men.
17

18 The mean age of the participants was 52 (SD = 5.26) years, with a range of 33 - 64 years. In both
19 phases, the majority were in the age group of 46 - 55 years (66% and 64% respectively). Their
20 work experience ranged from 13 to 43 years (M = 29, SD = 5.5). About three out of ten had 31 -
21 40 years of work experience and six out of ten between 21-30 years.
22

23 In the first measurement, three out of ten (32%, $n = 55$) had a master's degree, and the remaining
24 68% ($n = 119$) had a bachelor's degree whereas in the second measurement 35% ($n = 62$) had a
25 master's and 65% ($n=116$) had a bachelor's degree. Furthermore, in the first measurement, slightly
26 more than half of the participants (52%, $n = 92$) responded as having no specialization and in the
27 second measurement a slightly lower percentage reported having no specialization (44%, $n = 79$).
28 The above differences can be attributed to the fact that some NMs completed their master's degree
29 and specialization in the period between the two phases of the study. Finally, 77% of the sample
30 ($n_1 = 130$, $n_2 = 129$) were senior staff in their departments. This means that, in some departments,
31 there were more than one NM (Table 1).
32

33 Levels of Empowerment

34 Total empowerment score is the sum of the mean scores of all six subscales of CWEQ-II. Total
35 empowerment scores had a median of 18.00 (IQR = 15.37–20.91) in the first measurement and a
36 median of 17.95 (IQR = 14.68 – 20.85) in the second measurements. Even though, the second
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

measurement was slightly lower ($M_1 = 18.30$, $SD_1 = 4.13$ VS $M_2 = 17.61$, $SD_2 = 4.09$, $p = 0.184$), the difference is negligible and both are considered to be in the moderate range.

All components of empowerment (*Opportunities, Information, Support, and Resources*) and Global Empowerment also presented lower mean scores in the second measurement. The lowest score across the four subscales of empowerment was in the component "resources" ($M_1 = 2.62$, $SD_1 = 0.85$ VS $M_2 = 2.60$, $SD_2 = 0.85$, $p = 0.992$) and the highest in the component "opportunities" ($M_1 = 3.81$, $SD_1 = 0.88$ VS $M_2 = 3.49$, $SD_2 = 0.96$, $p = 0.001$). The global empowerment, as a general measure of empowerment and as a validation index was also moderate ($M_1 = 2.95$, $SD_1 = 1.05$ VS $M_2 = 2.85$, $SD_2 = 1.05$, $p = 0.352$).

All items of "opportunities" were presenting statistically significant differences between the two phases: a) "Challenging work" ($M_1 = 3.88$, $SD_1 = 1.02$ VS $M_2 = 3.54$, $SD_2 = 1.07$, $p = 0.003$); b) "The chance to gain new skills and knowledge on the job" ($M_1 = 3.78$, $SD_1 = 0.97$ VS $M_2 = 3.42$, $SD_2 = 1.08$, $p = 0.002$) and c) "Tasks that use all of your own skills and knowledge" ($M_1 = 3.80$, $SD_1 = 0.94$ VS $M_2 = 3.51$, $SD_2 = 1.03$, $p = 0.004$).

Formal Power was also lower in the post test ($M_1 = 2.44$, $SD_1 = 0.85$ VS $M_2 = 2.38$, $SD_2 = 0.90$, $p = 0.581$) but Informal Power was slightly increased ($M_1 = 3.53$, $SD_1 = 0.73$ VS $M_2 = 3.55$, $SD_2 = 0.79$, $p = 0.922$) (Table 2).

The statistical correlation tests of the data obtained twelve months after the autonomy of the hospitals revealed: a) statistically significant weak correlation between "formal power" and age ($r = +0.22$, $p = 0.004$) and between "formal power" and work experience ($r = +0.21$, $p = 0.004$); b) statistically significant very weak correlation between the component of "support" and age ($r = 0.16$, $p = 0.029$) and statistically significant very weak correlation between "support" and work experience ($r = +0.20$, $p = 0.007$) (Table 3).

Turnover intention

A. Change Department

The study found that twelve months after the autonomy; there was a minor increase by 0,8% (From 22,2%, $n_1 = 37$ to 23%, $n_2 = 41$) in the proportion of NMs who reported the intention to change department (Table 4). Those who stated *their intention to change department* had lower empowerment ($M_1 = 16.44$, $SD_1 = 4.14$ VS $M_2 = 15.23$, $SD_2 = 3.50$) than those who reported

negatively ($M_1 = 18.90$ $SD_1 = 3.98$ *VS* $M_2 = 18.32$ $SD_2 = 4.04$). The difference in the mean scores of empowerment between those who reported the intention to change department and those who reported negatively was statistically significant ($p_1 = 0.002$, $p_2 = 0.000$) (Table 4).

Additionally, a statistically significant correlation was found between the intention to change department and the academic qualifications $X^2(1, N = 177) = 4.8$, $p = 0.028$. The percentage among those with a master's degree (32.8%, $n = 61$) was higher than those with a bachelor's (18.1%, $n = 116$) in relation to the intention to change department.

B. Change Profession

Similarly, the study showed that after the autonomy, there was a minor increase by 3.7% (from 16%, $n_1 = 27$, $n_2 = 35$) in the proportion of NMs who reported the intention to change profession. Those who stated *their intention to change profession* ($M_1 = 16.42$, $SD_1 = 3.35$ *VS* $M_2 = 15.41$, $SD_2 = 3.47$) had lower empowerment than those who reported negatively ($M_1 = 18.72 \pm 4.04$ *VS* 18.15 ± 4.11). The difference in the mean scores of empowerment between those who reported the intention to change profession and those who reported negatively was statistically significant ($p_1 = 0.010$, $p_2 = 0.001$) (Table 4).

Furthermore, the results showed that after the autonomy there was a statistically significant difference on the intention to change profession in relation to age ($p = 0.018$) and work experience ($p = 0.022$). The mean age of those who intended to change profession was between 46 - 54 years ($M = 50$, $SD = 4.52$) and their mean work experience was between 23 - 31 years ($M = 27$, $SD = 4.49$).

C. Change Organization/ Hospital

An increase by 5% (from 18%, $n_1=30$ to 23%, $n_2 = 41$) was also found after the autonomy in the proportion of NMs who reported the intention to change organization/hospital. Similar to the above results, the level of empowerment was lower among those who stated *their intention to change organization/hospital* ($M_1 = 16.67$, $SD_1 = 3.70$ *VS* $M_2 = 15.21$, $SD_2 3.75$) than among those who reported negatively ($M_1 = 18.62$, $SD_1 = 4.10$ *VS* $M_2 = 18.33$, $SD_2 = 3.97$).

The difference in the mean scores of empowerment between those who reported the intention to change organization/hospital and those who reported negatively was statistically significant ($p_1 = 0.025$, $p_2 = 0.000$) (Table 4).

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Discussion

The perceived empowerment was found to be moderate in both time points though the second measurement showed slightly lower scores. A number of previous studies have similar results (Bish et al., 2014; DeVivo et al., 2013; Laschinger et al., 2011; Spencer & McLaren, 2016; Trus et al., 2018). These findings suggest the existence of moderate levels of empowerment among NMs worldwide. A moderately empowered population though may reflect on restrictions on access to the components of empowerment and the empowerment constraints imposed by economic pressures and resource constraints (Spencer & McLaren, 2016).

This study doesn't shed any light in any of the mechanisms through which leadership influences NMs work intentions. As has been suggested by Laschinger et al. (2011), leadership empowerment plays an important role in retaining nurses, however relevant research to explain the mechanisms through which leadership influences NMs work intentions is limited. Based on the research findings future qualitative research may proceed further to gain a more in-depth understanding of the mechanisms and shed more light on the reasons behind intention to leave.

It is worth noting that similar to Cyprus, health care reforms took place in Canada in the mid-2000s. Those reforms have underestimated the contribution and promotion of nursing leadership and management and, as noted, the restructuring had led to working conditions that weakened NMs and affected their ability to create positive work environments (Patrick & Laschinger, 2006). Therefore, even though the observed differences is small, the decreased level of perceived empowerment of Cypriot NMs even after twelve months (second measurement) might be worrying and call for a systematic and regular assessment of the situation as time progresses.

Based on the findings that there were statistically significant differences in the mean scores of all items of the empowerment components "*opportunities*"; which presented statistically significant differences between the two phases; the low mean scores of "*resources*" and the decrease of the mean scores of "*information*" and "*support*"; one may suggest that the senior management of the SHSO need to re-examine its policies towards the provision of more access to NMs in these components of empowerment in order to improve their level of empowerment and become more efficient and effective.

1
2
3 However, one may suggest that the lower scores of empowerment which were observed twelve
4 months after the autonomy of the hospitals might be connected to either the possible additional
5 stress of the NMs and possibly the usual resistance to change that accompanied the transition.
6
7

8
9 The study also showed an increase in turnover intention among NMs twelve months after the
10 autonomy of the public hospitals took place. Furthermore, it revealed that the NMs with higher
11 levels of empowerment presented lower turnover intention. It is also noted that most of the
12 participants had many years in service and probably couldn't tolerate easily such a major change
13 which in turn may led them to express their desire to leave.
14
15

16
17 According to Hewko et al. (2015) the reasons which may force NMs to leave include, among
18 others, the inadequate human and financial resources, insufficient empowerment to get the job
19 done, inadequate quality assurance of patient care and their leadership style and that of their
20 supervisors. Finally, Laschinger et al. (2012) who found in their research moderate to high levels
21 of empowerment among NMs concluded that these had low intentions to leave their role.
22
23

24
25 Taking into account the above studies, in relation to our findings, it can be argued that the results
26 of the present study reflect upon the managerial practices of the newly established organization
27 (SHSO) and in particular the issues of human resource management and the necessary provision
28 of access to the components of empowerment to the NMs. However, the results of this study may
29 serve as evidence which may be used by the SHSO to make improvements and support NMs to
30 achieve more goals.
31
32

33 34 35 36 37 38 **Study limitations**

39
40 The present study refers to NMs of the public sector where a major reform took place. The private
41 hospitals were not included since there are differences concerning the managerial structure, the
42 hierarchy of the staff, the size and capacity. As a result, and with no other published studies on the
43 topic, no comparisons can be drawn as to how empowerment compares between the public and
44 private sector.
45
46

47
48 As mentioned above the comparisons made were at the group rather than the individual level and
49 as explained this was based on the decision to give emphasis on the anonymity and the protection
50 of personal information of the participants a measure that could secure higher response.
51
52

53 54 55 **Conclusions**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

This study revealed that the perceived empowerment of the NMs was moderate. Among the six categories of empowerment, the results revealed statistically significant differences in the category of “opportunities” between the two phases and that in the second measurement the level of empowerment was lower. Additionally, the turnover intention was higher twelve months after the establishment of the SHSO which took the responsibility of the management of the public hospitals.

Therefore, it can be supported that the more empowered the NMs are, the less likely are to leave their job, profession, organization/hospital. It is therefore needed to be investigated further whether lower empowerment levels are the main reason for turnover intentions.

The results may be utilized by decision makers and senior management of the hospitals to shape and adjust their policies regarding the important role of NMs in the management of material and human resources. It is important that the senior management ensures that all necessary measures are taken to maintain and further improve the empowerment of the NMs and therefore to retain them in the organization.

Implications for Nursing and Health Policy

The results of this study indicate the importance of having empowered NMs. Especially for “opportunities”, for which the results revealed statistically significant differences, it is suggested that during any major reforms in the management of hospitals the organization: i) need to give more emphasis on the creation of a challenging work, ii) provide the chance to NMs to gain new skills and knowledge on the job and iii) allocate them tasks that use all their skills and knowledge.

It also designates that the management of the organization need to adopt retention strategies by supporting the nursing staff through the establishment of an empowered and positive working environment.

Organisations need to institutionalise the systematic and regular assessment of empowerment among NMs as well as other staff. Any relevant interventions to be developed and implemented need to be assessed for their effectiveness to retain and improve empowerment.

On the other hand, NMs need to utilize these results as evidence to collaborate with the management of the organization and seek more access to opportunities, information, support and resources which will enable them to perform their duties with efficiency and be more effective.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Acknowledgments

We thank all local collaborators and especially nurse managers who spent time and effort in responding to the questionnaire.

References

- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Bosi, F. (2007). *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures*. Illinois: Institute for Work and Health.
- Bish, M., Kenny, A., Nay, R. (2014). Perceptions of structural empowerment: nurse leaders in rural health services, *Journal of Nursing Management*, 22(1), 29-37. <http://doi:10.1111/jonm.12029>
- Buchan, J., Shaffer, F.A. and Catton, H. (2018). Policy brief: Nurse retention. *International Centre on Nurse Migration (ICNM)*, pp.1-28. https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf [Accessed January 2021].
- Cicolini, G., Comparcini D., Simonetti, V. (2014). Work place empowerment and nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *Journal of Nursing Management*, 22(7), 855–871.
- Council of the European Union (2019). Council Recommendation on the 2019 National Reform Programme of Cyprus, <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-10166-2019-INIT/en/pdf> [Accessed 1 October 2020].
- DeVivo, D., Griffin, M. T., Donahue, M., Fitzpatrick, J. J., Commack, N. Y., Cleveland, O. H., Danbury, C. T. (2013). Perceptions of Empowerment Among ED Nurses, *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 529-33. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2010.10.011>
- Dewanto, A., Wardhani, V. (2018). Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia, *BMC Nursing*, 17 (Suppl. 2): 52 <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-018-0317-8> [Accessed January 2021].
- Goedhart, N. S., Van Oostveen, C. J., Vermeulen, H. (2017). The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review, *Journal of Nursing Management*, 25(3), 194-206. <http://doi:10.1111/jonm.12455>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Guo, J., Chen, J., Fu, J., Ge, X., Chen, M., Liu, Y. (2016). Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China, *Applied Nursing Research*, 31, 41–45.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.007>

Hewko, S.J., Brown, P., Fraser, K.D., Wong, C.A., Cummings, G.G. (2015). Factors influencing nurse managers' intent to stay or leave: a quantitative analysis *Journal of Nursing Management*, 23(8), 1058-1066. <https://doi:10.1111/jonm.12252>.

International Council of Nursing (2018). Leadership for Change <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/global-nursing-leadership-institute-gnli> [Accessed September 2018].

Kanter, R.M. (1977). *Men and women of the corporation*. Basic Books. New York, NY.

Kanter, R.M. (1993). *Men and women of the corporation* (2nd ed). New York:, Basic Books.

Laschinger, H. K. S., Wong, C. A., Grau, A. L., Read, E. A., Stam, L. M. P. (2011). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes, *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877-888. <http://doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x>

Laschinger, H.K.S., Nosko, A., Wilk, P., Finegan, J. (2014). Effects of unit empowerment and perceived support for professional nursing practice on unit effectiveness and individual nurse well-being: A time-lagged study, *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1615-1623. <http://doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.010>.

Laschinger, H., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk, P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260–272. <https://doi.org/10.1097/00005110-200105000-00006>

MAPI Research Trust (2018). Linguistic Validation Methodology, Available at: <https://mapigroup.com/services/language-services/linguistic-validation/> [Accessed 6 December 2018].

Nelson III, E. K. (2017) Nurse Manager Perceptions of Work Overload and Strategies to Address It, *Nurse Leader*, 15(6), 406 - 408 <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2017.09.009>

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Cyprus: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Systems and Policies, Brussels. <https://www.oecd.org/publications/cyprus-country-health-profile-2019-2078ba2a-en.htm>

Owen, D.C., Boswell, C., Opton, L., Franco, L., Meriwether, C. (2018). Engagement, empowerment, and job satisfaction before implementing an academic model of shared governance, *Applied Nursing Research*, 41, 29-35. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.02.001>

Patrick A., Laschinger, H. K. S. (2006). The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse managers' role satisfaction, *Journal of Nursing Management*, 14, 13-22.

Pishgooie, A.H., Atashzadeh-Shoorideh, F., Falcó-Pegueroles, A., Lotfi, Z. (2019). Correlation between nursing managers' leadership styles and nurses' job stress and anticipated turnover. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 527-534. <https://doi:10.1111/jonm.12707>

Procter, S., Allan, T., & Lacey, A. (2010). Sampling. In K. Gerrish, & A. Lacey (Eds.), *The research process in nursing* (6th ed.). (pp. 142–152). John Wiley & Sons.

Regan, L.C., Rodriguez, L. (2011). Nurse empowerment from a middle-management perspective: nurse managers' and assistant nurse managers' workplace empowerment views. *The Permanente Journal*, 15(1), e101.

Responsive Translation Services (2015). What Is Cognitive Debriefing and How Does It Improve Instrument Validity? Available at: <https://www.responsivetranslation.com/blog/cognitive-debriefing/> [Accessed 6 December 2018].

SPENCE LASCHINGER, H.K., Wong, C.A., Grau, A.L., Read, E A., & PINEAU STAM, L.M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of nursing management*, 20(7), 877-888. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x>

Spencer, C., McLaren, S. (2016). Empowerment in nurse leader groups in middle management: a quantitative comparative investigation, *Journal of Clinical Nursing*, 26, 266–279, <http://doi:10.1111/jocn.13426>

Trus, M., Doran, D., Martinkenas, A., Asikainen, P., Suominen, T. (2018). Perception of work-related empowerment of nurse managers, *Journal of Research in Nursing*, 23(4), 317–330 <http://doi:10.1177/1744987117748347>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Van Bogaert P., Van Heusden D., Timmermans O., Franck, E. (2014). Nurse work engagement impacts job outcome and nurse assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology* 5(2), 1261–1270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01261>

Van Bogaert, P., Peremans, L., De Wit, M., Van heusden, D., Franck, E., Timmermans, O., Havens D.S. (2015). Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study, *Frontiers in Psychology*, 6:1585, <http://doi:10.3389/fpsyg.2015.01585>

Wang, S., Liu, Y. (2015). Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 287–296. <https://doi:10.1111/jonm.12124>

WHO (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization, License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Table 1: Socio-demographic characteristics of the sample participants in the two phases of the study

| | Phase 1 | | Phase 2 | |
|-------------------------------|----------------|-----------|----------------|-----------|
| | N ₁ | Mean (SD) | N ₂ | Mean (SD) |
| Age (Years) | 175 | 52 ± 5.26 | 178 | 52 ± 5.26 |
| Work experience (Years) | 174 | 29 ± 5.5 | 177 | 29 ± 5.5 |
| | N ₁ | % | N ₂ | % |
| Gender | | | | |
| Men | 143 | 81.7% | 146 | 82% |
| Women | 31 | 17.7% | 32 | 18% |
| Academic qualification | | | | |
| Bachelor | 119 | 68% | 116 | 65% |
| Master's | 55 | 32% | 62 | 35% |
| Seniority (Yes) | 130 | 77% | 129 | 77% |
| Specialization (No) | 92 | 52% | 79 | 44% |

Table 2: Scores for the subscales of the empowerment questionnaire (CWEQ-II) in the two phases of the study

(minimum = 1, maximum = 5)

| | Phase 1 | | Phase 2 | | P-Value |
|--|----------------|---------------------|----------------|---------------------|--------------|
| | N ₁ | Mean (SD) | N ₂ | Mean (SD) | |
| How much of each kind of opportunity do you have in your present job? | | | | | |
| Challenging work | 175 | 3.88 ± 1.02 | 178 | 3.54 ± 1.07 | 0.003 |
| The chance to gain new skills and knowledge on the job | 173 | 3.78 ± 0.97 | 178 | 3.42 ± 1.08 | 0.002 |
| Tasks that use all of your own skills and knowledge | 173 | 3.80 ± 0.94 | 178 | 3.51 ± 1.03 | 0.004 |
| Total | 173 | 3.81 ± 0.88 | 178 | 3.49 ± 0.96 | 0.001 |
| How much access to information do you have in your present job? | | | | | |
| The current state of the hospital | 174 | 3.13 ± 1.13 | 178 | 2.90 ± 1.04 | 0.107 |
| The values of top management | 173 | 2.86 ± 1.05 | 178 | 2.84 ± 1.04 | 0.300 |
| The goals of top management | 174 | 2.74 ± 1.12 | 178 | 2.73 ± 1.09 | 0.128 |
| Total | 173 | 2.91 ± 1.00 | 178 | 2.75 ± 1.02 | 0.185 |
| How much access to support do you have in your present job? | | | | | |
| Specific information about things you do well | 174 | 3.04 ± 1.00 | 178 | 2.90 ± 1.04 | 0.305 |
| Specific comments about things you could improve | 173 | 3.01 ± 1.02 | 178 | 2.84 ± 1.04 | 0.185 |
| Helpful hints or problem-solving advice | 174 | 2.94 ± 1.10 | 178 | 2.73 ± 1.09 | 0.100 |
| Total | 173 | 2.99 ± 0.99 | 178 | 2.82 ± 0.99 | 0.206 |
| How much access to resources do you have in your present job? | | | | | |
| Time available to do necessary paperwork | 174 | 2.63 ± 1.02 | 178 | 2.62 ± 0.99 | 0.957 |
| Time available to accomplish job requirements | 174 | 2.86 ± 0.97 | 178 | 2.79 ± 0.94 | 0.517 |
| Acquiring temporary help when needed | 173 | 2.38 ± 0.97 | 178 | 2.42 ± 1.00 | 0.756 |
| Total | 173 | 2.62 ± 0.85 | 178 | 2.60 ± 0.85 | 0.992 |
| Formal Power (JAS) | 173 | 2.44 ± 0.85 | 178 | 2.38 ± 0.90 | 0.581 |
| Informal Power (ORS) | 172 | 3.53 ± 0.73 | 178 | 3.55 ± 0.79 | 0.922 |
| Global Empowerment | 174 | 2.95 ± 1.05 | 178 | 2.85 ± 1.05 | 0.352 |
| Total Empowerment | 173 | 18.30 ± 4.13 | 177 | 17.61 ± 4.09 | 0.184 |

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 3: Correlations between empowerment components and age and work experience (2020)

| | | Age | Experience |
|--------------------------|----------|---------|------------|
| Opportunity | <i>r</i> | 0.066 | 0.131 |
| | <i>p</i> | 0.379 | 0.083 |
| | N | 177 | 177 |
| Information | <i>r</i> | 0.127 | 0.141 |
| | <i>p</i> | 0.092 | 0.060 |
| | N | 177 | 177 |
| Support | <i>r</i> | 0.164* | 0.203** |
| | <i>p</i> | 0.029 | 0.007 |
| | N | 177 | 177 |
| Resources | <i>r</i> | 0.120 | 0.139 |
| | <i>p</i> | 0.111 | 0.066 |
| | N | 177 | 177 |
| Formal Power | <i>r</i> | 0.217** | 0.213** |
| | <i>p</i> | 0.004 | 0.004 |
| | N | 177 | 177 |
| Informal Power | <i>r</i> | 0.100 | 0.072 |
| | <i>p</i> | 0.184 | 0.340 |
| | N | 177 | 177 |
| Total Empowerment | <i>r</i> | 0.153* | 0.177* |
| | <i>p</i> | 0.042 | 0.019 |
| | N | 176 | 176 |

Table 4: Comparisons of empowerment in relation to the turnover intention

| Intention | | N | % | Empowerment Scores | | | | | |
|-------------------------------------|--------------|-----|-------|--------------------|-------|---------|-------|--------------|-------|
| | | | | Phase 1 | | Phase 2 | | | |
| | | | | M± SD | P | N | % | M± SD | P |
| Change department | Yes | 37 | 22.2 | 16.44 ± 4.14 | 0.002 | 41 | 23.0 | 15.23 ± 3.50 | 0.000 |
| | No | 130 | 77.8 | 18.90 ± 3.98 | | 137 | 77.0 | 18.32 ± 4.04 | |
| | Total | 167 | 100.0 | | | 178 | 100.0 | | |
| Change Profession | Yes | 27 | 16 | 16.42 ± 3.35 | 0.010 | 35 | 19.7 | 15.41 ± 3.47 | 0.001 |
| | No | 142 | 84 | 18.72 ± 4.04 | | 143 | 80.3 | 18.15 ± 4.11 | |
| | Total | 169 | 100.0 | | | 178 | 100.0 | | |
| Change Organization/hospital | Yes | 30 | 18 | 16.67 ± 3.70 | 0.025 | 41 | 23 | 15.21 ± 3.75 | 0.000 |
| | No | 137 | 82 | 18.62 ± 4.10 | | 137 | 77 | 18.33 ± 3.97 | |
| | Total | 167 | 100.0 | | | 178 | 100.0 | | |

Παράρτημα 11 – Διάχυση αποτελεσμάτων

Λεοντίου Ιωάννης, Μίτλεττον Νίκος, Παπασταύρου Ευρυδίκη, Μερκούρης Αναστάσιος (3 Μαρτίου, 2020) «Διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής και η συσχέτισή τους με την τάση φυγής πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου» Παρουσίαση αποτελεσμάτων 1^{ης} φάσης της έρευνας, Κτήριο «Ανδρέας Θεμιστοκλέους» ΤΕΠΑΚ, Λεμεσός.

Λεοντίου Ιωάννης, Μίτλεττον Νίκος, Παπασταύρου Ευρυδίκη, Μερκούρης Αναστάσιος «Αυτεπάρκεια, Ενδυνάμωση και Ισχύς των νοσηλευτών μάνατζερ στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου», 27^ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 26-28 Νοεμβρίου 2020.

Λεοντίου Ιωάννης, Μίτλεττον Νίκος, Παπασταύρου Ευρυδίκη, Μερκούρης Αναστάσιος «Λόγοι φυγής των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής στα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου», 28^ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, 26-28 Νοεμβρίου 2020.

Λεοντίου Ιωάννης, Μίτλεττον Νίκος, Παπασταύρου Ευρυδίκη, Μερκούρης Αναστάσιος (18 Ιανουαρίου, 2022) «Διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης αυτεπάρκειας, ενδυνάμωσης και ισχύος των μεσαίων διοικητικών στελεχών νοσηλευτικής και η συσχέτισή τους με την τάση φυγής πριν και μετά την αυτονόμηση των κρατικών νοσηλευτηρίων της Κύπρου» Παρουσίαση αποτελεσμάτων ολόκληρης της έρευνας, Κτήριο «Ανδρέας Θεμιστοκλέους» ΤΕΠΑΚ, Λεμεσός