

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού**  
**για το συναδελφικό απόρρητο»**

**ΑΝΤΙΓΟΝΗΣ ΚΑΡΚΑΣΙΝΑ**  
**Νοσηλεύτριας**

Μάρτιος 2012  
ΣΠΑΡΤΗ

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού**  
**για το συναδελφικό απόρρητο»**

**ΑΝΤΙΓΟΝΗΣ ΚΑΡΚΑΣΙΝΑ**  
**Νοσηλεύτριας**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**  
Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια  
Μέλος: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής  
Μέλος: Δήμητρα Ιορδάνογλου, Λέκτορας

Μάρτιος 2012  
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright ©ANTIGONH KAPKASINA, 2012

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

**1.ΜΑΡΙΑ ΤΣΙΡΩΝΗ**

**2.ΣΟΦΙΑ ΖΥΓΑ**

**3.ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΡΕΖΕΡΑΚΟΣ**

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Καρκασίνα Αντιγόνη

## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν για την ολοκλήρωσή της και ιδιαίτερα τη *Δρ Σοφία Ζυγά*, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, της οποίας η καθοδήγηση και το ενδιαφέρον έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην πορεία διεξαγωγής και ολοκλήρωσης του συγκεκριμένου έργου.

Εκφράζω θερμές ευχαριστίες στον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου *Δρ Παναγιώτη Πρεζεράκο* και στη Λέκτορα του Τμήματος Επικοινωνίας, Μέσων και Πολιτισμού του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών *Δρ Ιορδάνογλου Δήμητρα*, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Ευχαριστώ, το Επιστημονικό Συμβούλιο του ΓΝ Σπάρτης, του ΓΝ Μολάων και του Παναρκαδικού ΓΝ Τρίπολης για τη θετική τους ανταπόκριση, όσον αφορά στην πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της διπλωματικής εργασίας στους χώρους των νοσοκομείων. Ακόμα, ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζει σε όλους τους συναδέλφους νοσηλευτές του ΓΝ Σπάρτης, του ΓΝ Μολάων και του Παναρκαδικού ΓΝ Τρίπολης που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό μέρος της εργασίας και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Ευχαριστώ, επίσης τον Δρ Μιχάλη Ηγουμενίδη για την πολύτιμη βοήθεια του και τη στήριξή του.

Τέλος, το πιο μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στη Βασιλική Παναγάκου και στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη, συμπαράσταση και υπομονή τους!

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το συναδελφικό απόρρητο, η κάλυψη του συναδέλφου ή του συνεργάτη και η αποφυγή δημόσιας αποδοκιμασίας του ίδιου ή του έργου του, αποτελεί παραδοσιακή ηθική αξία στον χώρο της υγείας. Όμως, οι σύγχρονες τάσεις επιτάσσουν την απόλυτη προτεραιότητα του συμφέροντος του ασθενή κι έτσι συχνά επίσημοι φορείς παρακινούν τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν ανήθικες, απρεπείς ή επικίνδυνες στάσεις και συμπεριφορές των συναδέλφων και των συνεργατών τους. Οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ή την πληροφόρηση ώστε να κρίνουν ποιοι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται με μη ενδεδειγμένο τρόπο, είτε από άποψη επιστημονικής κατάρτισης, είτε από άποψη ηθικής προσέγγισης. Στη χώρα μας δεν υπάρχει προς το παρόν κάποια σχετική οδηγία ή παρακίνηση από επίσημο φορέα, αλλά η μελλοντική διαμόρφωσή της και η συνακόλουθη ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας προς αναφορές, καταγγελίες ή ίσως δημοσιοποίηση, πιθανότατα θα λειτουργούσε υπέρ του συμφέροντος των ασθενών.

Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή των σχετικών οδηγιών στην πράξη αποδεικνύεται συνήθως προβληματική, για διάφορους λόγους. Η δημόσια επίκριση ενός συναδέλφου ενέχει πολλές δυσκολίες και πιθανότατα αρνητικές συνέπειες για τον επικριτή. Είναι συνεπώς απαραίτητο να εκτιμηθούν οι στάσεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας πριν αναλογιστούμε τη μελλοντική ύπαρξη παρόμοιας οδηγίας, ώστε να γνωρίζουμε τι επίδραση μπορεί να έχει στις σχέσεις συναδέλφων μεταξύ τους, στην προθυμία τους να συμμορφωθούν με αυτήν, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά. Η δημοσκοπική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίων αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο για τη συλλογή αυτών των στοιχείων. Δεν επαρκεί από μόνη της για να αιτιολογήσει την εφαρμογή ή την αποφυγή μίας σχετικής μελλοντικής οδηγίας, αλλά είναι σίγουρα ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση.

## Περίληψη

### Στάσεις και Αντιλήψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού για το Συναδελφικό Απόρρητο

Της Αντιγόνης Καρκασίνα

Υπό την επίβλεψη της Επίκουρης Καθηγήτριας Δρ Σοφίας Ζυγά

Μάρτιος 2012

**Εισαγωγή:** Οι σχέσεις συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού είναι στενά συνδεδεμένες με τη διαφύλαξη του Συναδελφικού Απορρήτου, σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και τη Νοσηλευτική Ηθική.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείων της περιφέρειας για το Συναδελφικό Απόρρητο και η συσχέτισή τους με κοινωνικούς και άλλους παράγοντες.

**Μεθοδολογία:** Τον ερευνητικό πληθυσμό απετέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων της Περιφέρειας Πελοποννήσου (N= 177 άτομα, 9,7% άνδρες και 90,3% γυναίκες). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 1 Ιουλίου έως 30 Νοεμβρίου 2011. Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αντιλήψεων και ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων ειδικά σχεδιασμένα για το σκοπό της έρευνας. Η συνέπεια των δεδομένων ελέγχθηκε με το συντελεστή Cronbach  $\alpha$ , όπου  $\alpha = 0,81$  (τιμές που βρίσκονται πλησίον του 1 υποδηλώνουν καλή αξιοπιστία). Μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια, από τα οποία τελικά απαντήθηκαν τα 177 (ποσοστό απαντητικότητας 88,5%). Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA). Σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p$  value)  $< 0.05$  το αποτέλεσμα θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.

**Αποτελέσματα:** Το μεγαλύτερο ποσοστό του ερευνητικού πληθυσμού δήλωσε πως ανέφερε λάθος που υπέπεσε στην αντίληψή του, αλλά δεν έκανε καταγγελία. Η κυριότερη αιτία της μη καταγγελίας ήταν η διαφύλαξη της συναδελφικής αλληλεγγύης. Το 48% γνώριζε την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου περί συναδελφικού απορρήτου. Το 32,5% των συμμετεχόντων θεωρούσε πως σε πιθανή αναφορά λάθους



το νοσοκομείο θα ανταποκρινόταν καλά, ενώ το 29,6% πίστευε πως θα υπήρχε πρόβλημα.

**Συμπεράσματα:** Η συναδελφική αλληλεγγύη αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι στην επαγγελματική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού αφού από αυτήν επηρεάζονται οι αποφάσεις του για την αναφορά και καταγγελία κάποιου λάθους. Η διαφύλαξη του συναδελφικού απορρήτου συμβάλλει ουσιαστικά στην αποτελεσματική επικοινωνία και στη βελτίωση των επαγγελματικών και διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο εργασίας.

**Λέξεις- Κλειδιά:** Συναδελφικό απόρρητο, Συνεργασία Νοσηλευτών, Καταγγελίες, Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

## **Abstract**

### **Attitudes and perceptions about nursing colleague's confidentiality**

By Antigoni Karkasina

Supervisor Professor: Dr. Zyga Sofia, Assistant Professor in Fundamentals of Nursing, Nursing Department, University of Peloponnese

March 2012

**Introduction:** The relationship between nurses is associated with the Colleague's Confidentiality Protection, according to the Code of Ethics for Nurses, and the code of Ethics for Nurses is also a guide for each nurse.

**The purpose** of this study was to research the attitudes and the perceptions about the Colleague's Confidentiality between nurses from the General Hospital of Sparta, the hospital of Molaoi and from the Parancadian General Hospital of Tripoli and the correlation between social factors or any other factors.

**Methodology:** The study sample included 177 Nurses (9,7% men and 90,3% women). The research took place from 1 July to 30 November 2011. We used specially designed questionnaires for personal perceptive and social demographic data (Cronbach  $\alpha= 0,81$ ). A total of 200 questionnaires were distributed and 177 were returned. Statistical program SPSS for Windows (*SPSS Inc., 2003, Chicago, USA*) was used for the statistical analysis. In statistical significance testing (p value)  $<0.05$  the result was considered to be statistically significant.

**Results:** The majority of the participants said that they had understudy an error but they made no official report. The main reason for a non-reporting was because of the Colleague's Confidentiality's Protection. A rate of 48% of the nurses knew the Code of Ethics for Nurses and the law. A rate of 32.5% of the participants considered that by reporting an error, the hospital would have a positive response but 29.6% thought it would be difficult for the hospital to handle the problem.

**Conclusions:** The colleague's cooperation and confidentiality is an essential part of the professional life of the nurse, as it effects decisions about reporting an error. The Colleague's Confidentiality Protection contributes significantly to the improvement of relations among nurses.

**Key-words:** Colleague Confidentiality, Nursing cooperation, Whistle blower, Code of Ethics for Nurses.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	4
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Συνεργασία .....	4
1.1 Η Έννοια της Συνεργασίας .....	4
1.2 Συνεργασία Νοσηλευτή και Νοσοκομειακής Μονάδας .....	5
1.3 Συνεργασία Νοσηλευτικού προσωπικού και Ιατρικού Προσωπικού .....	7
1.4 Συνεργασία Νοσηλευτή και Ασθενών .....	9
1.5 Συνεργασία Νοσηλευτή με Νοσηλευτή και Βοηθό Νοσηλευτή .....	11
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Συναδελφικό Απορρήτο .....	13
2.1 Ερμηνεία του απορρήτου .....	13
2.2 Νομοθετική Ρύθμιση .....	16
2.3 Άρση του συναδελφικού απορρήτου .....	17
2.4 Ιστορικές περιπτώσεις .....	18
2.4.1 Υπόθεση Stephen Borsini .....	18
2.4.2 Υπόθεση Nancy Fern Olivieri .....	19
2.4.3 Υπόθεση Graham Pink .....	20
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Ηθική και Κώδικας Δεοντολογίας .....	21
3.1 Ηθικά διλήμματα .....	21
3.2 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας .....	24
3.3 Ρόλος και Καθήκοντα Νοσηλευτή .....	25
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> : Ανάπτυξη Υγιούς Περιβάλλοντος .....	29
4.1 Ηθική ικανότητα .....	29
4.2 Εκπαίδευση .....	30
4.3 Αξιολόγηση .....	30
4.4 Επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων .....	32
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	34
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> : Μεθοδολογία .....	34
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> : Στατιστική Ανάλυση .....	39
2.1. Περιγραφή των Δεδομένων του Συνολικού Δείγματος .....	39
2.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία .....	39
2.1.2 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία .....	48
2.2 Περιγραφή των Δεδομένων ανά Νοσοκομείο .....	61
2.2.1 Δημογραφικά Στοιχεία .....	61
2.2.2 Συσχέτιση των κυριότερων δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση, τις αντιλήψεις και συμπεριφορές του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο .....	67
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> : Συζήτηση- Συμπεράσματα .....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	113

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έννοια του επαγγέλματος προϋποθέτει μεταξύ άλλων την κατοχή ορισμένης εξειδικευμένης γνώσης, η οποία διαχωρίζει τον επαγγελματία από το κοινωνικό σύνολο. Στη σύγχρονη εποχή της πληροφόρησης είναι εξαιρετικά σπάνιο να υπάρχουν γνώσεις που να παραμένουν αποκλειστικό προνόμιο μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας. Αυτό δεν σημαίνει βεβαία ότι δεν υπάρχουν σαφώς διαχωρισμένες επαγγελματικές γνώσεις, θεωρητικά όμως όλοι μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτές, ανεξάρτητα από το αν έχουν πρακτική χρησιμότητα ή όχι για άτομα εκτός της σχετικής επαγγελματικής ομάδας.

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της σχέσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς στη σύγχρονη εποχή είναι η έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης. Αυτό σημαίνει ότι, στο πλαίσιο της αυτονομίας του ασθενούς, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να τον ενημερώνει σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που προτίθεται να πραγματοποιήσει και να εξηγήσει λεπτομερώς σε τι συνίστανται αυτές, προκειμένου να εξασφαλίσει τη συναίνεση του ασθενούς ή των οικείων του, όπου αυτό προβλέπεται. Η συγκεκριμένη απαίτηση ωστόσο, όχι μόνο δεν προέλαβε ως αναγκαία, αλλά επιπλέον δεν ήταν καθόλου αποδεκτή σε προηγούμενες εποχές.

Οι περισσότερες συζητήσεις περί απορρήτου στον χώρο της υγείας επικεντρώνονται σε θέματα ασθενών και τη διασφάλιση των ευαίσθητων προσωπικών τους δεδομένων. Η όποια κοινοποίηση τέτοιων δεδομένων σε τρίτους -ακόμα και στους οικείους ενός ασθενούς – είναι δυνατόν να επηρεάσει σημαντικά την απόλαυση σειράς θεμελιωδών δικαιωμάτων του. Οι κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας επιτάσσουν γενικά την τήρηση του απορρήτου, με ορισμένες εξαιρέσεις που μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο αποδεκτές από τους επαγγελματίες υγείας και το κοινό. Συχνά παρατηρείται μια μορφή σύγκρουσης μεταξύ του δικαιώματος του ασθενούς για τήρηση της εμπιστευτικότητας των προσωπικών του πληροφοριών από τη μία πλευρά, και του κοινού συμφέροντος από την άλλη. Επειδή όμως αυτές οι εξαιρέσεις έχουν μεγάλο εύρος, η κάθε περίπτωση πρέπει να εξετάζεται ξεχωριστά. Τα διλήμματα που σχετίζονται με την άρση του απορρήτου του ασθενούς παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον από ηθικής και νομικής άποψης, δεν είναι όμως πάντα εύκολο να αποσαφηνιστεί ο ενδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης τους.

Η συγκεκριμένη έννοια μπορεί να χαρακτηριστεί ως «συναδελφικό απόρρητο» και εντάσσεται γενικά στο πλαίσιο της συναδελφικής αλληλεγγύης που διέπει ορισμένα

επαγγέλματα. Το συναδελφικό απόρρητο επιχειρεί να διασφαλίσει κάποια επαγγελματικά μυστικά, η φύση των οποίων μπορεί να ποικίλει. Σε κάθε περίπτωση το συναδελφικό απόρρητο φαίνεται να προστατεύει ένα συγκεκριμένο επάγγελμα και τα άτομα που ασκούν απέναντι στο κοινωνικό σύνολο. Εξυπακούεται βέβαια ότι αποτελεί θέμα ευρείας συζήτησης το κατά πόσο κάτι τέτοιο είναι εφικτό ή αποδεκτό στη σύγχρονη εποχή.

Συναδελφικό απόρρητο «η κάλυψη του συναδέλφου ή του συνεργάτη και η αποφυγή δημόσιας αποδοκιμασίας του ίδιου ή του έργου του» αποτελεί παραδοσιακή ηθική αξία στον χώρο της υγείας. Όμως, οι σύγχρονες τάσεις επιτάσσουν την απόλυτη προτεραιότητα του συμφέροντος του ασθενή κι έτσι συχνά επίσημοι φορείς παρακινούν τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν ανήθικες, απρεπείς ή επικίνδυνες στάσεις και συμπεριφορές των συναδέλφων και των συνεργατών τους. Οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ή την πληροφόρηση ώστε να κρίνουν ποιοι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται με μη ενδεδειγμένο τρόπο, είτε από άποψη επιστημονικής κατάρτισης, είτε από άποψη ηθικής προσέγγισης. Στη χώρα μας δεν υπάρχει προς το παρόν κάποια σχετική οδηγία ή παρακίνηση από επίσημο φορέα, αλλά η μελλοντική διαμόρφωσή της και η συνακόλουθη ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας προς αναφορές, καταγγελίες ή ίσως δημοσιοποίηση, πιθανότατα θα λειτουργούσε υπέρ του συμφέροντος των ασθενών.

Στον ελληνικό χώρο της Νοσηλευτικής το συναδελφικό απόρρητο εξασφαλίζεται σε επίσημο κείμενο από το άρθρο 14 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας το οποίο αναφέρει:

***Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.***

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η αποτύπωση των στάσεων, αντιλήψεων και των συμπεριφορών του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στη σχέση των συναδέλφων μεταξύ τους, στη σχέση με τους ασθενείς, στη σχέση με το νοσοκομείο, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά, καθώς και ο έλεγχος της διαφοροποίησης της στάσης και των αντιλήψεών τους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό προφίλ, την επαγγελματική κατάσταση και θέση, καθώς και την επαγγελματική προϋπηρεσία που διαθέτουν.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>:Συνεργασία

### 1.1 Η Έννοια της Συνεργασίας

Σπουδαίο ρόλο σε οποιαδήποτε ομάδα, που θέλει να υλοποιήσει τους στόχους που έχει θέσει, κατέχει η συνεργασία. Με τον όρο συνεργασία εννοούμε το να εργάζεται κανείς από κοινού με άλλον για την επίτευξη κοινού στόχου (Μπαμπινιώτης, 2004). Είναι, δηλαδή, η ανάπτυξη σχέσεων αλληλοβοήθειας μεταξύ ατόμων ή ομάδων με κοινούς στόχους, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των εμπλεκόμενων ατόμων. Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου και μια ευκαιρία συλλογικής προσπάθειας και προσφοράς. Η συνεργασία περιλαμβάνει την άμεση και ανοιχτή επικοινωνία, το σεβασμό των διαφορετικών προοπτικών, και την αμοιβαία ευθύνη για την επίλυση προβλήματος (Baggs, 1989; Baggs & Schmitt, 1997; Γαρυφάλλου & συν., 2009).

Βασικός πυλώνας της αποτελεσματικότητας μιας ομάδος είναι η συνεργασία, την οποία διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν τα ειδικά χαρακτηριστικά της ομάδας. Κύριος παράγοντας είναι το μέγεθος της ομάδας, αφού όσο μεγαλύτερη είναι τόσο δυσκολότερη είναι η συμμετοχή όλων των μελών, με αποτέλεσμα να λειτουργεί σπασμωδικά όντας περισσότερο δύσκαμπτη (Dechario et al., 2001; Hojat et al., 2000; Pavlovich Danis et al., 1998; Stichler, 1995; Walton, 1995). Σε αυτές τις περιπτώσεις, δεδομένης της διάκρισης των ρόλων του κάθε εμπλεκόμενου, η εξοικονόμηση του χρόνου και της ενέργειας καθώς η ευελιξία μιας ομάδας επιτυγχάνεται με την συνεργασία των επιμέρους ομάδων. Επιπρόσθετα, για την επιτυχία μιας ομάδας, τα μέλη της οφείλουν λειτουργούν βάσει των θεσπισμένων κανόνων προσαρμόζοντας τη συμπεριφορά τους (Baggs & Schmitt, 1997; Μπουραντάς,2002). Προφανώς η ύπαρξη κοινού οράματος αποτελεί τη συνεκτική δύναμη και το κλειδί για μια ουσιαστική συνεργασία.

Στο χώρο της υγείας, όπως άλλωστε σε κάθε εργασιακό χώρο, σπουδαία θέση κατέχει η συνεργασία των μελών της, τα οποία συνεταιριστικά εργαζόμενα μοιράζονται την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων και τη λήψη σημαντικών αποφάσεων (Γαρυφάλλου & συν., 2009). Ας μη λησμονούμε ότι στις υπηρεσίες υγείας αυτές οι σημαντικές αποφάσεις επηρεάζουν τις ζωές των ανθρώπων, αφού επικεντρώνονται στο υπέρτατο αγαθό της υγείας.

Για την εύρυθμη λειτουργία μιας νοσηλευτικής υπηρεσίας προϋπόθεση είναι η συνεργασία. Ειδικότερα για να υπάρχει ένα κλίμα αρμονίας και όχι συνεχών εντάσεων και συγκρούσεων, ένας νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργάζεται από κοινού με το ίδιο το νοσοκομείο, με το ιατρικό προσωπικό, με τους ασθενείς και φυσικά με τους συναδέλφους τους, δηλαδή με το άλλο νοσηλευτικό προσωπικό (*Baggs, 1989; Baggs & Schmitt, 1997; Miller et al., 2008*).

## 1.2 Συνεργασία Νοσηλευτή και Νοσοκομειακής Μονάδας

Η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με τις υπηρεσίες υγείας είναι αντίστοιχη της σχέσης του υπαλλήλου με την οποιαδήποτε επιχείρηση: στηρίζεται στην εδραίωση ενός θετικού κλίματος. Οι προσπάθειες και των δύο πρέπει να κινούνται προς την κατεύθυνση της καλλιέργειας εμπιστοσύνης, της ειλικρίνειας και της υποστήριξης (*Baggs & Schmitt, 1997; Ξύγγη 2000*). Για την ομαλή συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με την εκάστοτε νοσοκομειακή μονάδα οφείλουν να τηρούνται ορισμένες βασικές αρχές.

Το κάθε άτομο από το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι τυπικό αλλά και ουσιαστικό στα καθήκοντά του έτσι ώστε να καταφέρνει επιτυχές αποτέλεσμα και να μην προκαλεί δυσλειτουργία στο νοσοκομείο. Έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις και τα απαραίτητα προσόντα πρέπει να εργάζεται με αίσθημα εντιμότητας και όχι με ιδιοτελή σκοπό και διάθεση εξαπάτησης του συστήματος, όπως για παράδειγμα σωστή και ενδεδειγμένη διαχείριση χρηματικών ποσών για προμήθειες. Άλλωστε, ηθικό καθήκον του ευσυνείδητου νοσηλευτή είναι να συνεισφέρει στην εξυγίανση του συστήματος υγείας και στην ανάδειξη της ανθρωποκεντρικής φύσης της Ιατρικής επιστήμης.

Η λειτουργία του νοσοκομείου, όπως και όλων των οργανισμών ιδιωτικών και μη, διέπεται από κάποιους βασικούς κανόνες (*Μπουραντάς, 2002*). Επομένως, η συμμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού και εν τέλει κάθε εργαζόμενου σε αυτούς, είναι αναγκαία και επιβεβλημένη. Αυτονόητη είναι, για παράδειγμα, η τήρηση των ωραρίων καθώς και των εφημεριών.

Πέρα από τα τυπικά προσόντα και την συμμόρφωση στους κανόνες, ένας νοσηλευτής, όπως κάθε άνθρωπος που σέβεται την επιστήμη του και ενδιαφέρεται για την βελτίωση του είναι του, ενημερώνεται για τις σύγχρονες έρευνες. Η επιστήμη, ως ένας εξελισσόμενος οργανισμός, αναπτύσσεται και παρέχει πληθώρα μέσων και εξελιγμένων μεθόδων, με τις οποίες πρέπει να συμβαδίζουν οι νοσηλευτές (*Λανάρα, 2004*). Με τη μελέτη και την ανάλυση



των πληροφοριών που αντλούνται από τις νέες έρευνες καταφέρνουν να γίνονται ακόμα πιο αποτελεσματικοί.

Εν τέλει, για την επίτευξη μιας ομαλής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και νοσοκομείου, ο προαναφερθείς οφείλει να έχει πνεύμα συνεργασίας και με το ιατρικό προσωπικό αλλά και με τους ασθενείς (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004; Γαρυφάλλου & συν., 2009*). Ταυτόχρονα, η ύπαρξη ουσιαστικών συναδελφικών σχέσεων και αλληλεγγύης αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της επιτυχούς λειτουργίας της νοσοκομειακής μονάδας και επιτυγχάνεται η συνεργασία στον μεγαλύτερο βαθμό.

Η συνεργασία είναι μια αμφίδρομη σχέση και όπως το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις, έτσι και το νοσοκομείο, από την δική του πλευρά, οφείλει να ανταποκρίνεται στο προσωπικό του. Ως μονάδα, οφείλει να σέβεται και να εκτιμά το νοσηλευτικό προσωπικό, κάτι το οποίο θα έπρεπε να είναι αυτονόητο σε οποιονδήποτε οργανισμό για τους εργαζομένους του (*Ξύγγη, 2000*).

Στο πλαίσιο της υγιούς επικοινωνίας, η νοσοκομειακή μονάδα καθιστά σαφείς τις αξίες και τις αρχές με τις οποίες κινείται και λειτουργεί (*Eubanks, 1991*). Η γνώση της φιλοσοφίας και του οράματος βοηθά τους νοσηλευτές να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του οργανισμού τους αποφεύγοντας συγκρούσεις (*Μπουραντάς, 2002; Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003*). Το νοσηλευτικό προσωπικό προσηλωμένο στους ορισθέντες στόχους κατανοεί το ρόλο του και μελετά τις αποτελεσματικές στρατηγικές.

Για την ανάπτυξη στενών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη, το νοσοκομείο πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα της άμεσης επικοινωνίας των ανωτέρων ιεραρχικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και εν γένει με όλα τα υπόλοιπα ιεραρχικά επίπεδα. Κάτι τέτοιο βοηθά τη συνεργασία αφού το νοσηλευτικό προσωπικό νιώθει ότι ανήκει στη μονάδα. Το αίσθημα του ανήκειν είναι πολύ σημαντικό αφού αισθάνεται υπολογίσιμο και θέτει υπόψη του οργανισμού τις ιδέες του αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες (*Παπαλεξανδρή, 2001; Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003*).

Κατά την διάρκεια των κρίσεων για ανέλιξη θέσεων, υποχρέωση του νοσοκομείου είναι η εγγύηση και η διασφάλιση της νομιμότητας. Όταν η αξιοκρατία βασιλεύει, κατάλληλοι και ικανοί άνθρωποι καταλαμβάνουν αντίστοιχες θέσεις και κερδίζουν τον σεβασμό των υπόλοιπων εργαζόμενων με το μέγιστο αποτέλεσμα που παράγουν (*Bolton, 2000; Λανάρα, 2004*). Συμπερασματικά, η επικέντρωση σε ουσιαστικά προσόντα και γνώσεις ωφελεί όλους

τους εμπλεκόμενους και στις δύσκολες εποχές που διανύουμε, ενισχύει την ανταγωνιστικότητα του οργανισμού.

Τελειώνοντας, για να μπορεί το νοσηλευτικό προσωπικό να συμβαδίζει με την πρόοδο και την εξέλιξη των πραγμάτων, η ίδια η νοσοκομειακή μονάδα δύναται ή οφείλει να παρέχει συνεχόμενη εκπαίδευση. Με τη βοήθεια σεμιναρίων και επιμορφώσεων παρουσιάζεται μεγάλη βελτίωση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (*Blum, 1963; Λανάρα, 2004*).

### **1.3 Συνεργασία Νοσηλευτικού προσωπικού και Ιατρικού Προσωπικού**

Παραδοσιακά, η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με τους ιατρούς είναι κυρίως σχέση αλληλεπίδρασης αφού αρκετές φορές η επικοινωνία τους συνεπάγεται λήψη κλινικής απόφασης (*Baggs, 1989; Shortell et al., 1994*). Στο πλαίσιο, λοιπόν, της υγειονομικής περίθαλψης η συνεργασία τους είναι απαραίτητο συστατικό για κατάλληλα προσανατολισμένες και έγκαιρες αποφάσεις (*Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001*).

Ειδικότερα, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει, με βάση τα καθήκοντά του, να σέβεται τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες έτσι ώστε ο ασθενής να έχει την κατάλληλη περίθαλψη. Αυτό όμως δεν αποκλείει ή δεν πρέπει να αποκλείει τη διατήρηση της επιστημονικής αυτοτέλειας του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού είναι ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας (*Baggs & Schmitt, 1997*). Βασιζόμενο το νοσηλευτικό προσωπικό στις γνώσεις του αναλαμβάνει ουσιαστικό τμήμα της περίθαλψης (*Ashworth, 2000; Keenan et al., 1998*).

Επικοινωνώντας με σεβασμό και προσοχή με τον ιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό αποκτά επιπλέον γνώσεις. Οι συμβουλές και η εμπειρία των ιατρών είναι χρήσιμες στο νοσηλευτικό προσωπικό αφού είναι πιθανό να αντιμετωπίσει απρόβλεπτα οξεία συμβάντα. Σε αυτές τις περιπτώσεις εφαρμόζει το πρωτόκολλο επειγουσών ενεργειών και είναι έτοιμο να αναλάβει άμεσα δράση (*Baggs, 1989*).

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συνέχεια αντιμέτωπο με τον πόνο των ασθενών, είτε αυτόν της ασθένειας είτε τον μετεγχειρητικό. Όμως δεν πρέπει να ξεχνά, ότι η υπογραφή για τη ζωή του ασθενούς μπαίνει από τον ίδιο το ιατρό, ο οποίος αναλαμβάνει το βάρος της ευθύνης και φυσικά είναι υπεύθυνος για την λήψη λανθασμένης απόφασης, είτε αυτή αποβεί μοιραία για τον ασθενή είτε όχι (*Γαρυφάλλου & συν., 2009*).

Αρκετές φορές παρατηρείται το φαινόμενο, οι νοσηλευτές να πέφτουν θύματα υποτιμητικής συμπεριφοράς από το ιατρικό προσωπικό (*Fagin, 1992*). Σε αυτό, με βάση τον Farrell (2001),

ευθύνη έχει και το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο υπονομεύει τη θέση του εξ αιτίας της επιθετικότητας και της εχθρότητας που έχουν μεταξύ τους (Farrell, 2001). Επομένως, η ενδεδειγμένη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού επιβάλλεται για την απόκτηση σεβασμού και εκτίμησης από τους ιατρούς (Γαρυφάλλου & συν., 2009).

Οι ιατροί, από την άλλη, υπακούοντας στον Κώδικα Δεοντολογίας τους, ασκούν ένα από τα αρχαιότερα λειτουργήματα. Οφείλουν να συνεργάζονται αρμονικά με όλα τα μέλη. Ειδικότερα με τους νοσηλευτές η επικοινωνία είναι συχνή και γι' αυτό πρέπει να είναι ουσιαστική (Eubanks, 1991; Keir-Weis-Krebs, 2002; Kimball, 2002). Οι ιατροί δεν πρέπει να διακατέχονται από αισθήματα ανωτερότητας, γιατί αυτό μόνο συμπλεγματοειδές χαρακτήρα δείχνει. Τυπικοί και ουσιαστικοί στην εργασία τους, οι ιατροί δε θα πρέπει να υποτιμούν το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού, ο οποίος είναι καίριος. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι συνεργάτες και όχι κάποιο βοηθητικό προσωπικό. Ιστορικά, οι θέσεις των ιατρών και των νοσηλευτών έχουν μεταβληθεί, αφού στις απαρχές οι ιατροί ήταν ανώτεροι και οι μόνοι κάτοχοι της γνώσης, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό ένα είδος ανειδίκευτου εργάτη (Radcliffe, 2000). Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα οι νοσηλευτές έχουν τις κατάλληλες γνώσεις έτσι ώστε να ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις και οποιαδήποτε μεσαιωνική συμπεριφορά είναι απαράδεκτη (Γαρυφάλλου & συν., 2009).

Οι ιατροί γνωρίζουν ότι για μια πλήρη διάγνωση, δηλαδή για μια συνεργατική, απαιτούνται η ιατρική και η νοσηλευτική διάγνωση. Πράγματι, στη συνεργατική διάγνωση απεικονίζονται τα θέματα υγείας και από ιατρικής αλλά και από νοσηλευτικής σκοπιάς (Saunders, 1997). Ο ιατρός δίνει την αρχική διάγνωση και ο νοσηλευτής παρακολουθεί από την αρχή την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς, παρατηρεί για τυχόν αλλαγές, στις οποίες ανταποκρίνεται και αναλύει γενικότερα το πρόβλημα. Επομένως, η λήψη ορισμένων αποφάσεων για την υγεία του ασθενούς γίνονται με τη βοήθεια των νοσηλευτών, με τους ιατρούς ανοιχτούς στις ιδέες τους. Ας μη λησμονά το ιατρικό προσωπικό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τις γνώσεις και την εμπειρία (Arcangelo et al., 1996).

Τέλος, οι ιατροί οφείλουν να έχουν υπομονή με το νοσηλευτικό προσωπικό γιατί όπως αυτοί έτσι και το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζονται με ασφυκτικό ωράριο και η πίεση των επαγγελματιών τους είναι σχεδόν ισόποση. Άλλωστε ο στόχος τους είναι κοινός : η αποθεραπεία των ασθενών και η διαφύλαξη της υγείας και της ζωής. (Arcangelo et al., 1996).

Η σχέση της ιατρικής με τη νοσηλευτική θα πρέπει να είναι εγκάρδια και συνεργάσιμη. Μόνο μέσω της συνεργασίας και της επικοινωνίας λαμβάνονται σωστές αποφάσεις. Νοσηλευτικό

και ιατρικό προσωπικό λογοδοτούν άμεσα στην κοινωνία και είναι επιφορτισμένοι με σοβαρές ευθύνες (Albert et al., 1992; Γαρυφάλλου και συν, 2009). Δεν είναι, λοιπόν, δυνατόν να λειτουργούν ανεξάρτητα.

#### 1.4 Συνεργασία Νοσηλευτή και Ασθενών

Η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή είναι προφανώς στενότερη. Βάσει του Κώδικα Δεοντολογίας, ο νοσηλευτής οφείλει να περιθάλπει τον ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Συνεργαζόμενο με τους ιατρούς το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να βελτιώσει την υγεία του ασθενούς, έχοντας έντονο το αίσθημα του σεβασμού της ζωής (Καμπούρα-Νιφλή, 2008). Αντιμετωπίζει τον παθόντα με αξιοπρέπεια και με σεβασμό στην ιδιωτική του ζωή. Απέχει από πράξεις ή παραλείψεις που ενδέχεται από το να βλάψουν την υγεία του ασθενούς μέχρι το να αποβούν μοιραίες. Με τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος, ο ασθενής νιώθει εμπιστοσύνη και ηρεμία. Επιπλέον, στο τελικό στάδιο του ασθενούς το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να ανακουφίσει τόσο τον φυσικό όσο και τον ηθικό πόνο και να διασφαλίσει την ποιότητα της ζωής του (Γαρυφάλλου & συν., 2009).

Ένας νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να παρέχει ισότιμα φροντίδα στους ασθενείς και να τους επιμελείται με ενδιαφέρον (Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001). Προφανώς, πρέπει να είναι απαλλαγμένος από αισθήματα που, εν τέλει, δεν αρμόζουν σε κανέναν άνθρωπο. Ρατσιστικές αντιλήψεις δεν έχουν θέση πουθενά. Ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα της περίθαλψης και της παρακολούθησης ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις του, καθώς και από το χρώμα και τη φυλή του. Η αφοσίωση του νοσηλευτικού προσωπικού δεν συνεπάγεται από την κοινωνική και οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Όλοι οι ασθενείς έχουν τα ίδια δικαιώματα και υποχρεώσεις εισερχόμενοι στο χώρο του νοσοκομείου. (Θεωδοσοπούλου & συν., 2011).

Σύμφωνα με τους Baines (1991) και Bellack (1999), η φροντίδα που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια που περιλαμβάνει το έντονο ενδιαφέρον για κάποιον ή κάτι, την ανταπόκριση και την υποστήριξη άλλων (Smith, 1992; Strauss et al., 1982). Έτσι λοιπόν, το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει και ψυχολογική υποστήριξη τους ασθενείς (Baines et al., 1991; Bellack, 1999; Γαρυφάλλου & συν., 2009). Κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό και απαιτείται όχι μόνο για ανθρωπιστικούς λόγους αλλά μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα αφού συχνά παρατηρείται μείωση των συμπτωμάτων.

Σημαντικό τμήμα της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αυτό της πληροφόρησης (Moret et al., 2008). Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερώνει ορθά τον ασθενή για τη διάγνωση, τη θεραπεία, καθώς και για τους κινδύνους και τα πιθανά οφέλη πριν από οποιαδήποτε πράξη, λαμβάνοντας έτσι την συγκατάθεσή του (Καμπούρα-Νιφλή, 2008; Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001). Ο ασθενής βλέπει το νοσηλευτικό προσωπικό σαν στήριγμα και το νοσηλευτικό προσωπικό ακούγοντάς τον ενεργητικά και όχι παθητικά του λύνει τις απορίες (Benner & Wrubel, 1989; Hogan et al., 2002). Για τους οικείους του ασθενούς η πιο εμφανής πηγή πληροφόρησης είναι το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο με προθυμία τους προσφέρει τις γνώσεις του.

Ο ασθενής όπως έχει δικαιώματα έχει και υποχρεώσεις. Επομένως, οφείλει να μιλά με απόλυτη ειλικρίνεια κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού. Είναι κουτό και μάταιο να αποκρύπτει ενσυνείδητα στοιχεία και πληροφορίες. Αυτή του η πράξη είναι ανεύθυνη και επικίνδυνη και εν τέλει δεν αποσκοπεί στην αποθεραπεία του. Ειλικρίνεια πρέπει να υπάρχει και στο τι νιώθει: πόνο, δυσαρέσκεια, κόπωση κ.ά. έτσι ώστε να λαμβάνονται υπόψη (Καμπούρα-Νιφλή, 2008). Η απόκρυψη τέτοιων πληροφοριών από φόβο δε διευκολύνει κανέναν.

Επιπρόσθετα, ο ασθενής τηρεί με υπακοή τις οδηγίες και τις συμβουλές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Η πειθαρχία σε εντολές που έχουν μελετηθεί προσεκτικά είναι το σπουδαιότερο τμήμα για τη βελτίωση της υγείας του αλλά και για τη διατήρηση αυτής. Το νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργεί με βάση τις επιστημονικές γνώσεις τους, οι οποίες έχουν αποδειχθεί ως προς την ορθότητα και την αποτελεσματικότητα.

Η υπομονή που πρέπει να διακατέχει τον ασθενή, διευκολύνει τη λειτουργία ολόκληρης της νοσοκομειακής μονάδας. Όταν έρθει η κατάλληλη χρονική στιγμή, το νοσηλευτικό προσωπικό ελέγχει την πορεία της υγείας του. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει οργανώσει και προγραμματίσει το χρόνο τους έτσι ώστε να επιμεληθούν τους ασθενείς τους με το καλύτερο δυνατό τρόπο (Baines et al., 1991). Η κατάσταση συνεχούς πόνου σίγουρα δεν είναι ευχάριστη αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απαιτεί παράλογα πράγματα και να συμπεριφέρεται ανάρμοστα (Bellack, 1999).

### 1.5 Συνεργασία Νοσηλευτή με Νοσηλευτή και Βοηθό Νοσηλευτή

Όπως προαναφέραμε, για να λειτουργήσει αποτελεσματικά μια ομάδα, πρέπει να συνεργάζονται οι επιμέρους ομάδες. Έτσι λοιπόν και στον χώρο της Υγείας, οι νοσηλευτές οφείλουν να εργάζονται σαν ομάδα για την επίτευξη των στόχων (Μπουραντάς 1992, 2002). Κάθε ομάδα, έτσι και το νοσηλευτικό προσωπικό, διέπεται από κανονισμούς για την ομαλή λειτουργία της, όπου το κάθε μέλος οφείλει να υπακούει σε αυτούς. Όλοι οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να τηρούν τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας. Ο σεβασμός μεταξύ των νοσηλευτών είναι η βάση για αγαστή συνεργασία. Αναγνωρίζοντας ο κάθε νοσηλευτής το έργο του και το μέρος της φροντίδας δεν εμποδίζει την εργασία του συναδέλφου του. Καθένας έχει συγκεκριμένη λειτουργία και συγκεκριμένα καθήκοντα (Barrere & Ellis, 2003). Στους τομείς που πρέπει να συνεργάζονται, αυτό πρέπει να γίνεται με προθυμία και συναδελφική αλληλεγγύη. Με κατανόηση και αλληλοϋποστήριξη οι απαιτούμενες εργασίες γίνονται ομαλά, εξοικονομώντας και πολύτιμο χρόνο (Μπουραντάς 1992, 2002).

Ο κάθε νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζει με εμπιστοσύνη τους συναδέλφους του και να τους βοηθά με αισθήματα αλτρουισμού (American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems, 2002; Barrere & Ellis, 2003). Εκτιμώντας τις γνώσεις του καθενός κάθε βαθμίδας εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, ο νοσηλευτής δείχνει το σεβασμό του. Έτσι επιτυγχάνεται και διασφαλίζεται η προστασία της αξιοπρέπειας του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Στοιχεία εκφοβισμού και ανεπαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις μόνο προβλήματα και δυσλειτουργία σε μια ομάδα προκαλούν (Farrell, 1997). Όλα αυτά οδηγούν σε σχέσεις στηριγμένες στη δυσπιστία και αυτό με τη σειρά του σε χρόνια πίεση και δυσαρέσκεια. Αυτό είναι ιδιαίτερα σοβαρό, αφού λόγω τέτοιων καταστάσεων έχει παρατηρηθεί ότι αρκετοί νοσηλευτές εγκαταλείπουν την εργασιακή θέση του και μέρος αυτών εγκαταλείπουν το επάγγελμα και την επιστήμη! (Γαρυφάλλου και συν, 2009) Κάθε νοσηλευτής οφείλει να παραμερίζει τις όποιες διαφορές με τους συναδέλφους του και να μην μπαίνει στη διαδικασία συνεχών διαφωνιών και υστεριών. Κάθε ολοκληρωμένη προσωπικότητα γνωρίζει πως για να επιλυθούν σοβαρές διαφωνίες χρησιμοποιείται ο διάλογος. Τα προβλήματα επιλύονται μέσω μιας εποικοδομητικής συζήτησης και όχι άγονων αντιπαραθέσεων (Barrere & Ellis, 2003).

Ο κάθε νοσηλευτής καταλαμβάνει αξιοκρατικά ανώτερες θέσεις και τα μη θετικά μέσα δεν πρέπει να έχουν χώρο στον τομέα της Υγείας και γενικότερα σε κάθε εργασιακό περιβάλλον (Λανάρα, 2004). Δολιότητες και παραβατικές συμπεριφορές δυσφημούν τον τομέα της εργασίας και δυσχεραίνουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Ίντριγκες και συγκρούσεις ευτελίζουν τον κλάδο, και πάνω σε αυτό στηρίζονται, οι άσχημες επαγγελματικές σχέσεις ιατρών και νοσηλευτών.

Στο χώρο της Υγείας, το ευρύ κοινό γνωρίζει και ασχολείται με το απόρρητο ως προς τα στοιχεία των ασθενών και τη διασφάλιση αυτών. Παρόλα αυτά υπάρχουν και 'άλλου είδους' απόρρητα όπως αυτό μεταξύ των νοσηλευτών. Έτσι λοιπόν, με θρησκευτική ευλάβεια, πρέπει να τηρούν οι νοσηλευτές το επωνομαζόμενο «νοσηλευτικό απόρρητο», το οποίο αναφέρεται σε νομική ρύθμιση: *απαγορεύεται να προβαίνουν οι νοσηλευτές σε επικρίσεις ή αποδοκimasίες του έργου των συναδέλφων του και του υπόλοιπου προσωπικού (Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001).*

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>:Συναδελφικό Απόρρητο

### 2.1 Ερμηνεία του απορρήτου

Η έννοια του απορρήτου κάνει αισθητή την παρουσία της στον επαγγελματικό τομέα και δεν αποτελεί άγραφο κανόνα πια αλλά συγκεκριμένη νομοθετική διάταξη. Με τον όρο απόρρητο (από + ρητός < λέγω) εννοούμε την υποχρέωση ή το δικαίωμα της μη δημοσιοποίησης και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, δεδομένων που πρέπει να μείνουν μυστικά προς τρίτους (*Μπαμπινιώτης, 2004*).

Το ευρύ κοινό πολλές φορές γνωρίζει το επαγγελματικό απόρρητο κάποιων επαγγελμάτων. Για παράδειγμα, είναι γνωστό το τραπεζικό απόρρητο, σύμφωνα με το οποίο, οι τράπεζες είναι υποχρεωμένες να προστατεύουν τα δεδομένα των πελατών τους, χωρίς να προβαίνουν σε κατάχρηση και δημοσιοποίηση αυτών καθώς και να μην επιτρέπουν την παρακολούθηση των συναλλαγών. Με την έννοια δημοσιογραφικό απόρρητο, επισημαίνεται το δικαίωμα των δημοσιογράφων να μην αποκαλύπτουν τις πηγές και τις αναφορές τους στις αρχές. Ακόμα, πολιτική απορρήτου έχουν και οι ιστοσελίδες στο διαδίκτυο, όπου διαβεβαιώνονται οι χρήστες ότι τα δοθέντα στοιχεία τους δε διαρρέουν. Υπάρχει απόρρητο και σε μυστήριο της χριστιανικής θρησκείας. Ο ιερέας είναι υποχρεωμένος να μην αποκαλύπτει στοιχεία και πληροφορίες που έχει αποκτήσει κατά τη διάρκεια του μυστηρίου της εξομολόγησης. Η έννοια του απορρήτου, το οποίο θα μπορούσε να ενταθεί στο συναδελφικό απόρρητο που μελετάμε πιο κάτω, απαντάται και σε άλλους «ιδιαίτερους» επαγγελματικούς τομείς. Στην περιοχή της Σικελίας, όπου δρουν παράνομες τρομοκρατικές οργανώσεις (μαφία), καθοριστικό ρόλο παίζει ο Νόμος της σιωπής, ή αλλιώς ομερτά, και ο όρος αυτός αποδίδεται με την έννοια της μη συνεργασίας και της διακίνησης πληροφοριών στις αρχές (*Θεοδοσοπούλου & συν., 2011*).

Στο χώρο της υγείας, όλοι είναι κοινωνοί με τον όρο απόρρητο, γνωρίζοντας τη σχέση ιατρού με ασθενή, που ο πρώτος εγγυάται τη διασφάλιση των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων του ασθενούς, αφού η δημοσίευση αυτών αποτελεί βάνανση καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του δεύτερου. Η άρση αυτού του απορρήτου γίνεται σε εξαιρετικά σοβαρές περιπτώσεις όπου υπάρχει εμπλοκή νομικών ζητημάτων. Η έννοια του συναδελφικού απορρήτου, που θα μας απασχολήσει, δεν είναι ιδιαίτερος διαδεδομένη στο κοινωνικό σύνολο. Ο όρος αυτός προσδιορίζει τις συναδελφικές σχέσεις και χρησιμοποιείται για τη



διασφάλιση επαγγελματικών μυστικών διαφόρων θεμάτων. Έτσι, επιτυγχάνεται η προστασία των μελών του κλάδου από την πολλές φορές αδηφάγο κοινωνία). Το κατά πόσο κάτι τέτοιο είναι εφικτό ή ακόμα και αποδεκτό είναι υπό συζήτηση όπου σοβαρά νομοθετικά ερωτήματα εγείρονται.

Το συναδελφικό απόρρητο πηγάζει πρωτίστως από τη φύση των ίδιων των επαγγελμάτων, όπου ο επαγγελματίας διαχωρίζεται από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο με τις εξειδικευμένες και ειδικές γνώσεις που κατέχει. Στο χώρο της υγείας, όπως προαναφέρθηκε, σε αυτές τις γνώσεις εμπεριέχονται και προσωπικά δεδομένα, πέρα από τα ιδιαίτερα συναδελφικά μυστικά. Οι απαρχές του συναδελφικού απορρήτου εντοπίζονται στα αρχαία χρόνια με σκοπό τη διατήρηση του κύρους του επαγγέλματος της Ιατρικής. Έτσι, λοιπόν, ο πατέρας της Ιατρικής Ιπποκράτης, ο οποίος διαχώρισε την επιστημονική γνώση από κομπογιαννίτικες πρακτικές, στον Όρκο του αναφέρεται στη μετάδοση των επιστημονικών γνώσεων σε αυτούς που έχουν εγγραφεί ως μαθητές και έχουν ορκιστεί για τη διαφύλαξη αυτών και σε κανέναν άλλο. Ουσιαστικά, ζητούσε την απόκρυψη των λεπτομερειών και των τρόπων της λειτουργίας της ιατρικής (Θεοδοσοπούλου & συν., 2011).

Μέχρι τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, η τήρηση των μυστικών του επαγγέλματος αποτελούσε άγραφο κανόνα. Το 1803 ο Thomas Percival στο Manchester της Αγγλίας συντάσσει τον πρώτο σύγχρονο Κώδικα Ιατρικής Ηθικής, στον οποίο εντάσσει το απόρρητο και το επεκτείνει και σε συναδελφικό. Σε κάποια από τις διατάξεις του αναφέρεται στην ευθύνη που έχει ένας ιατρός για την τιμή και την αξιοπρέπεια των συναδέλφων του. Θεσπίζει νομοθετικά τη μη αποκάλυψη συμβάντων, τα οποία είναι ικανά να βλάψουν τη φήμη του άλλου.

Η σημαντικότητα της διασφάλισης της φήμης του συναδέλφου έγκειται σε δύο παράγοντες. Αρχικά, ο ιατρός αλλά και ο νοσηλευτής καλύπτουν τους συναδέλφους τους έτσι ώστε, αν έρθει η ώρα και υποπέσουν οι ίδιοι σε κάποιο σφάλμα, να δεχτούν αντίστοιχη συμπεριφορά. Ουσιαστικά στο σημείο αυτό απεικονίζεται η έννοια της αλληλεγγύης και των στενών εργασιακών σχέσεων. Με τη διασφάλιση της φήμης, επιπλέον, διασφαλίζεται και προφυλάσσεται ολόκληρος ο κλάδος (Θεοδοσοπούλου & συν., 2011). Πράγματι, οποιεσδήποτε επικρίσεις και κακόβουλοι σχολιασμοί μεταξύ συναδέλφων αντανακλούν αρνητικά στο επάγγελμα και η κοινή γνώμη αποδοκιμάζει και αποστρέφεται όλους τους εμπλεκόμενους του χώρου της Υγείας.

Η Νοσηλευτική, όπως έχει αναφερθεί, με την Ιατρική είναι αλληλένδετες επιστήμες και τα αντίστοιχα επαγγέλματα αλληλοεξαρτώμενα. Καθώς, η Δεοντολογία της Νοσηλευτικής επηρεάζεται από αυτή της Ιατρικής, οι γενικές αρχές ισχύουν αντίστοιχα. Επομένως, υπάρχει αντιστοιχία του συναδελφικού απορρήτου με ιατρικό και νοσηλευτικό απόρρητο να πηγάζουν από το ίδιο σημείο (Θεοδοσοπούλου & συν., 2011). Η διασφάλιση της φήμης που αναφέρθηκε είναι για τους ίδιους ακριβώς λόγους σπουδαία και σημαντική στο νοσηλευτικό σώμα.

Η σπουδαιότητα της προστασίας της φήμης εντοπίζεται και σε ολόκληρο τον οργανισμό ή την επιχείρηση. Η επιτυχία ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης μετράται από το παραγόμενο αποτέλεσμα είτε αυτό είναι κέρδη σε χρηματικό επίπεδο είτε εκπληρωμένους στόχους. Επομένως, αποτελεί συμφέρον γι' αυτές η εφαρμογή του απορρήτου. Στην αντίθετη περίπτωση, όπου εκδηλώνεται δημοσίως η δυσαρέσκεια και η απόρριψη κάποιου ιατρού ή νοσηλευτή για το πρόσωπο άλλου, διακυβεύεται η φήμη όχι μόνο του καταγγέλλοντος άλλα ολόκληρου το οργανισμού (Θεοδοσοπούλου & συν., 2011). Στον ιδιωτικό τομέα, κάτι τέτοιο μπορεί να αποβεί καταστροφικό για την επιχείρηση σε βαθμό αναστολής της λειτουργίας της. Η εφαρμογή του απορρήτου είναι, όπως βλέπουμε, σημαντική έως και καθοριστική για τις επιχειρήσεις. Αυτό όμως δε δίνει το δικαίωμα της απόκρυψης σοβαρών πληροφοριών που εμπλέκονται ζητήματα νομικής φύσεως και που μπορεί να επηρεάζουν την κοινωνία ολόκληρη (Fagin & Garelick, 2004).

Από αναφορές της διαπρεπούς νομικού Margaret Brazier το 1992, γνωρίζουμε ότι υπήρξαν διοικήσεις αγγλικών νοσοκομείων, οι οποίες ζητούσαν στους ιατρούς και τους νοσηλευτές που εργάζονταν εκεί, να υπογράφουν συμβόλαια, σύμφωνα με τα οποία απαγορευόταν να γίνονται συζητήσεις ή κριτικές ενάντια στο νοσοκομείο. Αυτό βέβαια σήμαινε και συγκάλυψη σε σοβαρά θέματα, για παράδειγμα, ανεπαρκείς δομές και κακομεταχείριση ασθενών! Η εχεμύθεια ενός εργαζομένου είναι ακραίο και υπερβολικό να ζητείται εγγράφως και με ύπαρξη συμβολαίου. Αυτό γίνεται με τη δημιουργία θετικού εργασιακού περιβάλλοντος. Επιπλέον, καμία διοίκηση δεν έχει το δικαίωμα να ζητά την σιωπή των εργαζομένων της και να τους ζητά να αποκρύπτουν βίαιες καταπατήσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

## 2.2 Νομοθετική Ρύθμιση

Η εφαρμογή του συναδελφικού απορρήτου έχει κατοχυρωθεί με νομική ρύθμιση. Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας το άρθρο 21 της αναθεωρημένης έκδοσης του 2005 αναφέρεται η τήρηση του συναδελφικού απορρήτου.

*‘Ο ιατρός πρέπει να έχει επαγγελματική συνείδηση, να διατηρεί καλές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους του, να βοηθά αυτούς πρόθυμα και να σέβεται τη διαφορετική τους άποψη σε επαγγελματικά και επιστημονικά θέματα. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επικρίνει δημοσίως τους συναδέλφους του ούτε να υψωνίζεται οποιαδήποτε υπεροχή έναντι αυτών. Η συμπεριφορά αυτή δε θα πρέπει να εξαρτάται από την τυχόν διαφορά των χρόνων άσκησης του επαγγέλματος, το οικονομικό επίπεδο των συναδέλφων του, τη διαφορά ιεραρχίας ή τίτλων σπουδών που έχουν μεταξύ τους.’*

Στην μορφή του κώδικά του 1955, όπου έχει στηριχθεί και η νεότερη έκδοση, υπάρχουν άρθρα που ασχολούνται με ειδικές περιπτώσεις. Με λίγα λόγια δηλώνει, ότι ο ιατρός δεν επιτρέπεται να επικρίνει και να αποδοκιμάζει τους συναδέλφους του με οποιονδήποτε τρόπο λεκτικό ή μη. Στην περίπτωση που ο ιατρός αντιληφθεί εσκεμμένες παραλείψεις ή πράξεις συναδέλφων του, οι οποίες θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του ασθενούς οφείλει να τις αναφέρει στον Ιατρικό σύλλογο. Περιπτώσεις όπου εμπεριέχονται πράξεις ενάντια της ηθικής και της τιμής του σώματος, οφείλουν να καταγγέλλονται από τους ιατρούς. Επιπροσθέτως, κάθε επαγγελματική διαφωνία που λαμβάνει χώρα μεταξύ ιατρών επιλύεται με διάλογο και ειρηνικά μέσα. Όταν αυτά εξαντλούνται, τότε ακολουθεί η προσφυγή στον ιατρικό σύλλογο. Διαφορές επιστημονικές ή επαγγελματικές απαγορεύεται να δημοσιοποιούνται.

Σε αντιστοιχία με το συναδελφικό απόρρητο των ιατρών είναι το συναδελφικό απόρρητο που αφορά τους νοσηλευτές (*Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001*). Αυτό αναφέρεται και διασφαλίζεται στο άρθρο 14 του κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας του 2001:

*‘Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού.’*

Χωρίς επικρίσεις και αποδοκιμασίες μεταξύ νοσηλευτών, δηλαδή με τη διατήρηση του συναδελφικού απορρήτου, διαφυλάσσεται η φήμη του Νοσηλευτικού σώματος και αποτρέπεται η αμαύρωση, η διαβολή και εν τέλει ο ευτελισμός του οργανισμού. Δημιουργούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για δημιουργία θετικού κλίματος και αρμονικών συνεργασιών (*Ξύγγη, 2000*).

Στον ίδιο κώδικα υπάρχουν και δύο άρθρα (άρθρο 8 και άρθρο 9 του παραρτήματος) τα οποία μπορούν να έρθουν σε αντίθεση με τη διαφύλαξη του απορρήτου. Τα άρθρα αυτά μιλούν για το καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει τις υπηρεσίες του με μόνο σκοπό το συμφέρον του ασθενούς καθώς και για τη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος στον ασθενή, όπου ο δεύτερος προστατεύεται και δεν κινδυνεύει. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις δεν περιγράφουν αναλυτικά τις περιπτώσεις που εξαιρούνται από το άρθρο 14. Γι' αυτό το λόγο αρκετές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται σε δίλημμα για το τι πρέπει να συγκαλύψει και τι όχι. Σε γενικές γραμμές, αν το συμφέρον του ασθενούς κινδυνεύει από συναδέλφους του, τότε είναι δυνατή η άρση του απορρήτου.

Στις χώρες του εξωτερικού ισχύουν αντίστοιχες νομοθετικές διατάξεις όπου ζητείται και απαιτείται η αρμονική σχέση μεταξύ των νοσηλευτών. Παρόλα αυτά παρατηρείται ευκολία της άρσης του απορρήτου καθώς και ενθάρρυνση προς την κατεύθυνση των καταγγελιών.

### **2.3 Άρση του συναδελφικού απορρήτου**

Τα λάθη και οι παραλείψεις δεν εκλείπουν και στον τομέα της Υγείας, όπως άλλωστε σε κάθε επάγγελμα. Στο χώρο της Υγείας βέβαια, τα λάθη μπορεί και να κοστίζουν ανθρώπινες ζωές (Θεοδοσοπούλου & συν., 2011; Μαραυγάκη, 2007). Επομένως επιτακτική ανάγκη είναι, οι πράξεις αυτές να καταγράφονται και να μελετώνται έτσι ώστε να εντοπίζεται κάθε φορά η αιτία τους και να εξαλείφεται έτσι ώστε να μην επαναληφθούν στο μέλλον.

Αρκετές φορές, όμως, η καταγραφή αυτών των λαθών πολλές φορές συγκρούεται με τη νομοθετική διάταξη περί συναδελφικού και νοσηλευτικού απορρήτου. Τα όρια δεν είναι σαφή και διακριτά με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε προβληματισμό για το αν πρέπει να καταγγείλουν πράξεις που έχουν υποπέσει στην αντίληψή τους. Άρση νοσηλευτικού απορρήτου έχουμε στις περιπτώσεις που διαπράττονται κακουργηματικού βαθμού λάθη ή πράξεις που καθιστούν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών. Στις χώρες του εξωτερικού και ιδιαίτερα στην Αγγλία, οι νοσηλευτές ενθαρρύνονται στο να αναφέρουν οτιδήποτε θεωρούν ότι παραβιάζει δεοντολογικούς ή επαγγελματικούς κανόνες.

Η πράξη της αναφοράς και της δημοσιοποίησης ανήθικων ή επαγγελματικά ανεπαρκών στάσεων, συμπεριφορών και συγκεκριμένων πράξεων περιγράφεται διεθνώς με την ονομασία 'whistle-blowing'. Ο όρος αυτός είναι αρκετά πρόσφατος και αυτό γιατί τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανούσα προσοχή στα ηθικά διλήμματα που παρουσιάζονται στον επαγγελματικό χώρο.

Η τεκμηρίωση της ανικανότητας και της ανήθικης συμπεριφοράς ενός συναδέλφου είναι δύσκολη και αρκετές φορές μπορεί να αποτελείται από ανακριβείς και επισφαλείς εικασίες (Μαραυγάκη, 2007). Γι' αυτό το λόγο, οι νοσηλευτές έρχονται σε δύσκολη θέση και τελικά δεν προβαίνουν σε καταγγελίες.

Η αναφορά και η καταγγελία ενός συναδέλφου συνεπάγει προβλήματα στη μετέπειτα συνεργασία τους. Για την ακρίβεια, χάνεται κάθε είδους αρμονική και ήρεμη επαγγελματική σχέση, και τότε εμφανίζονται έντονα προβλήματα σε επίπεδο επικοινωνίας με απαράδεκτες και ανήθικες συμπεριφορές που αναπτύσσονται μεταξύ του καταγγέλλοντος και του καταγγελλθέντος.

Ένας επιπλέον σημαντικός λόγος, που το νοσηλευτικό προσωπικό δεν αναφέρει προβληματικές καταστάσεις είναι το γεγονός ότι δεν προστατεύονται μετά την καταγγελία. Σε αρκετές περιπτώσεις η καταγγελία αποτελεί την επαγγελματική τους αυτοκτονία, όπως βλέπουμε παρακάτω στην υπόθεση του ιατρού Bolsin.

## **2.4 Ιστορικές περιπτώσεις**

Παρουσιάζονται τρεις περιπτώσεις που συντάραξαν τον διεθνή χώρο της Υγείας αυτή του Stephen Bolsin, της Nancy Fern Olivieri και του Graham Pink, όπου αναφέρθηκαν και δημοσιοποιήθηκαν ανεπαρκείς και επικίνδυνες επαγγελματικές συμπεριφορές.

### **2.4.1 Υπόθεση Stephen Bolsin**

Ο Stephen Bolsin προσελήφθη ως αναισθησιολόγος στο Royal Infirmary του Bristol το 1988. Αντιλήφθηκε αμέσως ότι τα ποσοστά θνησιμότητας των παιδιών που έκαναν καρδιοχειρουργική επέμβαση ήταν υψηλά. Πέρασε τα επόμενα έξι χρόνια συλλέγοντας στοιχεία ώστε να επιβεβαιώσει τις παρατηρήσεις του και να βοηθήσει στην υπηρεσία αυτή. Αυτό οδήγησε σε μια μείωση των ποσοστών θνησιμότητας των παιδιών που υποβάλλονταν σε εγχείρηση καρδιάς στο Bristol από 30% σε λιγότερο από 5%. Οι νύξεις και οι ανησυχίες του Bolsin δεν αξιολογήθηκαν, απλά το νοσοκομείο υποσχέθηκε ότι θα διερευνηθούν. Τελικά οδηγήθηκε σε άμεση αντιπαράθεση με το τμήμα της παιδιατρικής καρδιοχειρουργικής, τους οποίους το νοσοκομείο δεν ερεύνησε. Τότε ο Bolsin δημοσιοποίησε στα στοιχεία που είχε συλλέξει. Οι ενέργειες Bolsin οδήγησαν άμεσα σε μια σημαντική έρευνα της κυβέρνησης και σε προτάσεις για την εξυγίανση του συστήματος. Από επισταμένη έρευνα, διεγράφησαν δύο ιατροί, οι οποίοι όμως είχαν συνταξιοδοτηθεί.

Μετά την αποκάλυψη του σκανδάλου αυτού, ο Bolsin θεώρησε ότι δεν μπορούσε να παραμείνει στο Bristol. Παρόλα αυτά δεν μπόρεσε να βρει κάποια θέση εργασίας στην Αγγλία και έτσι αναγκάστηκε να μετακομίσει στην Αυστραλία. Οι εκδιωχθέντες ιατροί υποστηρίζουν ακόμα ότι δεν είχαν γίνει λάθη, ενώ πολλοί συνάδελφοί του θεωρούν ότι η συμπεριφορά του δεν ήταν δίκαια. Ο Bolsin θυσίασε εν γνώσει του τη δουλειά του, την επαγγελματική του φήμη και τελικά τη ζωή της οικογένειάς του στην Αγγλία προκειμένου να πράξει αυτό που θεωρούσε ηθικά σωστό ([http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen\\_Bolsin](http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Bolsin)).

#### **2.4.2 Υπόθεση Nancy Fern Olivieri**

Η Dr Nancy Fern Olivieri εργαζόμενη σε νοσοκομείο για παιδιά στο Τορόντο, συμμετείχε σε ερευνητική ομάδα όπου μελετούσαν ένα νέο φάρμακο της εταιρείας Apotex για την αντιμετώπιση της θalasσαιμίας.

Από το 1996, που η Olivieri συμμετείχε σε αυτή την ομάδα, η οποία διεξήγαγε την κλινική δοκιμή, σκοπός ήταν η αξιολόγηση της χρήσης του φαρμάκου. Κατά τη διάρκεια της έρευνας, η Olivieri αντιλήφθηκε ότι οι ενδείξεις για την τοξικότητα του φαρμάκου ήταν υψηλές και το φάρμακο αναποτελεσματικό. Η Olivieri ενημέρωσε τόσο την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας όσο και την ίδια τη φαρμακευτική εταιρία, την Apotex. Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας ζήτησε στη Olivieri, μεταξύ άλλων, να ενημερώσει τους συμμετέχοντες για τις ανησυχίες της. Η Apotex όμως επισήμανε στην Olivieri ότι είχε υπογράψει συμβόλαιο εμπιστευτικότητας, στο πλαίσιο του οποίου δεν επιτρεπόταν η αποκάλυψη ευρημάτων, πόσο μάλλον η ενημέρωση των συμμετεχόντων για τις ανησυχίες της, τις οποίες η εταιρία αμφισβητούσε και δε δεχόταν. Επιπλέον, η Apotex απείλησε την Olivieri ότι θα προχωρούσε με αποφασιστικότητα στα ένδικο μέσα εναντίον της εάν αποκαλυφθούν τα συμπεράσματά της για τους ασθενείς. Η Olivieri το 1998 αποκάλυψε τα ευρήματά της και διέκοψε τη συνεργασία με την εταιρία.

Αν και η Olivieri έγινε υποκείμενο θαυμασμού για την υπεράσπιση της ακεραιότητας της έρευνας και της ακαδημαϊκής ελευθερίας υπήρξαν και ορισμένοι επικριτές της, όπου θεωρούν ότι οι ενέργειές της έγιναν για προσωπικό όφελος και δημοσιότητα. Το φάρμακο εγκρίθηκε και χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες εκτός Αμερικής και Καναδά. Η υπόθεση αυτή δεν έχει διαλευκανθεί και ενώ το 2004 η Olivieri ήρθε σε συμβιβασμό με την εταιρεία, το 2008 ανακινήθηκαν εκ νέου οι διαδικασίες (Θεοδοσοπούλου & συν., 2011) Η Olivieri ζητούσε μεγαλύτερη ακαδημαϊκή ελευθερία και απηύθυνε έκκληση για λιγότερο

έλεγχο της έρευνας από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Το 2009 απονεμήθηκε στην Olivieri το βραβείο για την ελευθερία και την επιστημονική ευθύνη για την «ακούραστη αποφασιστικότητά της» να υπερασπίζεται το ότι η ασφάλεια των ασθενών και η ακεραιότητα των ερευνών προέχουν των θεσμικών και εμπορικών συμφερόντων, καθώς και για το θάρρος της για την υπεράσπιση αυτών των αρχών ([http://en.wikipedia.org/wiki/Nancy\\_Fern\\_Olivieri](http://en.wikipedia.org/wiki/Nancy_Fern_Olivieri)).

### **2.4.3 Υπόθεση Graham Pink**

Ο Graham Pink ήταν νοσηλευτής στο Stepping Hill Hospital του Stockport σε μια μονάδα με τρεις γηριατρικές πτέρυγες. Η μονάδα αυτή αποτελείτο από άτομα ηλικίας άνω των 75 με όλα τα προβλήματα υγείας που μπορεί να περιέχουν οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας. Για σχεδόν 70 ηλικιωμένους η βραδινή βάρδια στελεχωνόταν με τρεις νοσηλευτές και 5 εκπαιδευόμενους νοσηλευτές. Ο Pink θεωρούσε ότι ο αριθμός των νοσηλευτών ήταν ανεπαρκής και ζητούσε συνεχώς για αύξηση του αριθμού τους. Η νοσηλευτική υπηρεσία του Νοσοκομείου δεν του διέθετε επιπλέον νοσηλευτές και έτσι με επιστολές απευθύνθηκε σε αρκετούς δημόσιους φορείς, όπως στο υπουργείο υγείας, σε βουλευτές ακόμα και στον ίδιο στον Πρωθυπουργό. Τελικά απευθύνθηκε στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, όπου με τη βοήθεια του περιοδικού Nursing Times, ανατέθηκε σε ειδικό να εκτιμήσει τη στελέχωση της συγκεκριμένης μονάδας.

Το 1990, ο Pink εκλήθη σε απολογία από το πειθαρχικό συμβούλιο του νοσοκομείου, το οποίο τον απήλλαξε προσωρινά από τα καθήκοντά του. Το νοσοκομείο θεωρούσε τον Pink υπεύθυνο για τη δυσφήμισή του, ενώ θεωρούσε ότι οι πράξεις του αποδοκίμαζαν το έργο των συναδέλφων του καθώς και των εργοδοτών του. Θεωρώντας τον ένοχο του προσέφεραν μια υποτιμητική απόσπαση αντί απολύσεως. Ο ίδιος, λόγω οικονομικής ευχέρειας, προτίμησε την απόλυση. Τρία χρόνια μετά δικαιώνεται δικαστικά και συνεχίζει ακόμα και τώρα να υποστηρίζει νοσηλευτές που θέλουν να αναφέρουν και να καταγγείλουν περιστατικά και προβληματικές καταστάσεις.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> :Ηθική και Κώδικας Δεοντολογίας

### 3.1 Ηθικά διλήμματα

Η ηθική αποτελούσε ανέκαθεν ένα από τα βασικότερα πεδία του φιλοσοφικού στοχασμού. Από την εποχή του Σωκράτη, πολλοί φιλόσοφοι ασχολήθηκαν με γενικά προβλήματα που αναφέρονται στα ιδεώδη του ‘ευ ζην’ και στους κώδικες και κανόνες που καθοδηγούν την ανθρώπινη πράξη (Βιρβιδάκης, 2009).

Με τον όρο ηθική (< ήθος) εννοούμε τον κλάδο της φιλοσοφίας που ασχολείται αρχικά με το παρακάτω ερώτημα: ποιες ανθρώπινες πράξεις είναι αποδεκτές και ορθές και ποιες ανάρμοστες και λανθασμένες; (Μπαμπινιώτης, 2009) Ωστόσο, στα θέματα ηθικής σπάνια υπάρχει γενική συμφωνία απόψεων και ακόμα και ο προσδιορισμός ποιο είναι το κεντρικό ή θεμελιώδες ζήτημα είναι κι αυτός αντικείμενο διαφωνιών. Οι συνεπειοκρατικές και δεοντολογικές ηθικές θεωρίες θέτουν ως κεντρικό ζήτημα τα κριτήρια ορθότητας ή μη-ορθότητας των πράξεων, αν και διαφέρουν ως προς το ποια είναι αυτά τα κριτήρια, ενώ οι αρεταϊκές ηθικές θεωρούν ως κεντρικό ζήτημα τα στοιχεία που καθορίζουν το ήθος, τις ηθικές αρετές του χαρακτήρα ή τον τρόπο ζωής που θα πρέπει να ακολουθεί κανείς.

Η νοσηλευτική επιστήμη ανήκει στις επιστήμες υγείας και ασχολείται με την ύψιστη αξία της ζωής. Επομένως αποτελεί αδήριτη ανάγκη η ύπαρξη στέρεων και συμπαγών ηθικών και δεοντολογικών θεμελίων. Οι νοσηλευτές οφείλουν να υπηρετούν την επιστήμη τους με συνέπεια, όντες υπεύθυνοι και σωστοί στο έργο τους. Το έργο και η συμπεριφορά τους έχουν άμεσο αντίκτυπο στην κοινωνία (Oughtibridge, 1998; Walsh & Ford, 1994).

Έχοντας στο επίκεντρο τον άνθρωπο η επιστήμη της νοσηλευτικής έχει ως διαρκές σημείο αναφοράς τις ανθρώπινες αξίες. Αυτό όμως σημαίνει, ότι αρκετές φορές είναι δυνατόν προσωπικές και επαγγελματικές αξίες να συγκρούονται. Η μη ταύτιση της συνείδησης του νοσηλευτικού προσωπικού με τις διατάξεις των νόμων δημιουργεί καταστάσεις ηθικών, συνεχώς, ερωτημάτων (Φώτης & συν., 2007). Σημεία που τα δικαιώματα του ασθενούς ή του ιδίου συγκρούονται, παρουσιάζονται στην εργασία του. Έτσι, νοσηλευτικές συνθήκες, από την καθημερινή εμπειρία έως τα έκτακτα οξέα περιστατικά που διακυβεύονται ζωές, απαιτούν άμεση λήψη αποφάσεων με αποτέλεσμα να αλληλοσυγκρούονται οι αξίες (Oughtibridge, 1998; Walsh & Ford 1994).



Παραθέτουμε ορισμένα ηθικά διλήμματα που ενδέχεται να παρουσιαστούν στην επαγγελματική ζωή ενός νοσηλευτή. Τα ερωτήματα αυτά εμπεριέχουν φιλοσοφικό στοχασμό και η απάντηση αυτών σε θεωρητικό επίπεδο εξαρτάται από τις πεποιθήσεις και την κουλτούρα του νοσηλευτή (*Oughtibridge, 1998; Walsh & Ford, 1994; Φώτης & συν., 2007*). Σε πρακτικό επίπεδο, αρκετά απαντώνται στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Με τον όρο Βιοηθική εννοούμε την επιστήμη που ασχολείται με τα ηθικά προβλήματα που προέκυψαν από τις νέες ανακαλύψεις της Βιολογίας και τις εφαρμογές της Γενετικής Μηχανικής και συνίσταται στην προσπάθεια αποφυγής μη αντιστρεπτών καταστάσεων που σχετίζονται και με τον χειρισμό του γενετικού υλικού.

Η ραγδαία ανάπτυξη των Βιολογικών επιστημών και η δυνατότητα παρέμβασης του ανθρώπου σε διάφορες βιολογικές διαδικασίες έκαναν απαραίτητη την ανάπτυξη ενός νέου γνωστικού αντικειμένου, αυτού της Βιοηθικής (*Φώτης & συν., 2007*). Από τη φύση της η Βιοηθική είναι το σημείο τομής διαφορετικών επιστημονικών πεδίων της Βιολογίας που περιλαμβάνουν τη Γενετική, τη Βιοτεχνολογία, τη Βιοϊατρική ενώ εμπλέκονται και τελείως διαφορετικοί γνωστικοί τομείς όπως η Νομική ή η Θεολογία.

Για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια απασχολεί το ερώτημα κατά πόσο έχουν το δικαίωμα ιατροί και νοσηλευτές να προβαίνουν σε ενέργειες διακοπής τεχνητής υποστήριξης της ζωής. Το ερώτημα αυτό εμπλέκεται με το φιλοσοφικό ερώτημα του τι ορίζουμε ως καλή ζωή (*Μαραυγάκη & συν., 2007; Φώτης & συν., 2007*). Από θρησκευτικής άποψης η διαδικασία αυτή είναι ένα είδος αυτοκτονίας και ένας νοσηλευτής, λόγω αυτής της πεποίθησης, είναι δυνατόν να μην επιθυμεί να συμμετάσχει.

Το αντικείμενο της Βιοηθικής ανέκυψε έπειτα από την αλματώδη πρόοδο που συντελέστηκε στην Ιατρική πρώτα και έπειτα στη Βιολογία, κυρίως από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και μετά. Πράγματι με το πέρασ του τελευταίου η διεθνής επιστημονική κοινότητα αντιλήφθηκε ότι υπήρχε έντονη η ανάγκη της καταδίκης των εγκληματικών, αποτρόπαιων πειραμάτων που πραγματοποίησαν οι ναζί γιατροί και βιολόγοι στα στρατόπεδα συγκέντρωσης. Ποτέ μέχρι τότε ο άνθρωπος δεν είχε τη δυνατότητα πειραματισμού, τουλάχιστον σε τόσο μεγάλη κλίμακα, πάνω σε συνανθρώπους του και ποτέ ξανά δεν θα έπρεπε να επαναληφθεί η φρικώδης περιπέτεια των ανθρώπινων πειραματόζωων (<http://el.wikipedia.org/wiki/Βιοηθική>).

Επομένως, και οι έρευνες είναι δυνατόν να προκαλούν ηθικά διλήμματα στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Αν και οι έρευνες αυτές οφείλουν να σέβονται τους ασθενείς και να πληρούν ορισμένες βασικές προδιαγραφές με δεδομένη την συγκατάθεση των συμμετεχόντων, είναι πιθανό ένας νοσηλευτής να διερωτάται ηθικώς (Μαραυγάκη, 2007). Ενδέχεται να θεωρεί ότι με τις έρευνες αυτές ο άνθρωπος αποκτά τεράστια δύναμη και παρουσιάζει τον εαυτό του με θεϊκές ικανότητες.

Άλλη μια περίπτωση ηθικής σύγκρουσης είναι η έναρξη της ανθρώπινης ζωής. Διερωτάται ο νοσηλευτής αν είναι δολοφονία η άμβλωση ή όχι. Από τη θρησκευτική σκοπιά η απάντηση είναι θετική στο παραπάνω ερώτημα. Επομένως, η οποιαδήποτε συμμετοχή στη διαδικασία αυτή είναι συνενοχή σε έγκλημα. Επειδή το θέμα αυτό ήγειρε πολλά ερωτήματα και προβλήματα τις συνεργασίες προβλέπεται στον κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, στο άρθρο 20 του παραρτήματος, στο οποίο αναφέρεται το εξής: *‘Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.’* (Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001)

Ζώντας σε πολυπολιτισμική κοινωνία, παρουσιάζεται σύγκρουση αξιών μεταξύ των διαφορετικών τρόπων ζωής. Άρα, εμφανίζονται ηθικά διλήμματα που προκύπτουν από τις διαφορετικές κουλτούρες και θρησκείες του ασθενούς. Η ασθενής, για παράδειγμα, που πιστεύει στη μουσουλμανική θρησκεία, μπορεί να αρνείται ειδική φροντίδα νοσηλευτή. Με βάση τα θρησκευτικά της πιστεύω, απαγορεύεται να θεαθεί χωρίς ενδυμασία από άνδρα. Το νοσηλευτικό προσωπικό διερωτάται για το τι πρέπει να πράξει όταν η ασθενής αυτή δε βρίσκεται σε κατάλληλη κλινική θέση για να το απαιτήσει.

Ηθικά ζητήματα προκύπτουν συνεχώς, όχι μόνο στη νοσηλευτική πρακτική καθημερινότητα, αλλά και στις διοικήσεις. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών μονάδων καθώς και η ανισομερής κατανομή πόρων ανθρώπινων και υλικών ανήκουν στα σοβαρά δεοντολογικά προβλήματα (Φώτης & συν., 2007). Επιπλέον, θέματα που άπτονται του νοσηλευτικού απορρήτου είναι δυνατό να οδηγούν σε συγκρούσεις. Για την διευθέτηση πράξεων ηθικής χροιάς δημιουργήθηκαν οι Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας. Έργο αυτών είναι η τήρηση των κανόνων δεοντολογίας, οι οποίοι περιβάλλονται με νομική ισχύ. Η επιτροπή εξετάζει την απομάκρυνση και την παραβίαση αυτών.

Η νοσηλευτική άσκηση συναντά ποικιλία ηθικών προβλημάτων σχετικά με το επάγγελμα. Η σωστή εκπαίδευση και η ηθική διαγωγή των νοσηλευτών αποτελεί τη λύση των προβλημάτων. Μέσω αυτών και με τη βοήθεια του κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ξεπερνιούνται τα ηθικά διλήμματα (Μαραυγάκη, 2007).

### **3.2 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας**

Η επαγγελματική δεοντολογία δεν αποτελεί ένα νέο θέμα συζήτησης. Από τα αρχαία κιόλας χρόνια οι άνθρωποι ασχολούνταν με τέτοιου είδους ζητήματα. Η αρχαιολογική έρευνα έχει φέρει στο φως έναν κώδικα από την Περσία, το γνωστό κώδικα Hammurabi, ο οποίος χρονολογείται γύρω στο 2250 π.Χ. Ο κώδικας αυτός ασχολείτο με θέματα αμοιβών και ποινών. Στην Ινδία συναντήσαμε τη Γιατζούρ Βέδα, η οποία είναι θρησκευτικό έργο. Το περιεχόμενό της αποτελείται από θέματα σχετικά με την προσφορά υπηρεσιών σε οικονομικά κραταιούς ή μη χωρίς διακρίσεις (Μαραυγάκη, 2007).

Στον τομέα της Νοσηλευτικής, πρώτη η Λιβερία εξέδωσε κώδικα ηθικών καθηκόντων το 1949. Εν συνεχεία, το 1950, οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής εξέδωσαν δικό τους κώδικα. Το παράδειγμα αυτών ακολουθούν πολλές χώρες τα επόμενα χρόνια. Στο Σαν Πάολο, το 1953, ψηφίστηκε ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Νοσηλευτών (Μαραυγάκη, 2007; Φώτης & συν., 2007).

Στην Ελλάδα ισχύει ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας με μορφή προεδρικού διατάγματος του 2001 (Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001). Ο αναγνώστης μπορεί να μελετήσει ολόκληρο τον Κώδικα στο παράρτημα που παρατίθεται.

Δεοντολογία ονομάζεται εκείνο το σύστημα ηθικής για το οποίο ηθικές πράξεις είναι οι πράξεις σύμφωνα με το καθήκον και ανεξάρτητα από το ποιες μπορεί να είναι οι συνέπειες (για αυτόν που εκτελεί το ηθικό καθήκον ή και συνολικά) (Μπαμπινιώτης, 2004). Η δεοντολογική ηθική αντιπαράκειται συνήθως με τη συνεπειοκρατική ηθική, και συχνά θεωρείται ότι διορθώνει την τάση της συνεπειοκρατίας να μοιάζει με μια κατά περίπτωση ηθική ή να καταλήγει να αποδέχεται ότι "ο σκοπός αγιάζει τα μέσα".

Η δεοντολογικού τύπου ηθική λαμβάνει συνήθως τη μορφή συγκεκριμένων, κωδικοποιημένων κανόνων για το ποιες είναι οι ηθικά αποδεκτές πράξεις και συμπεριφορές. Παρά την αντιπαράθεση της με τη συνεπειοκρατία, ωστόσο, η δεοντολογία μπορεί να λάβει και τη μορφή μιας συνεπειοκρατίας των κανόνων. Δηλαδή το δέον ή το καθήκον μπορεί να

προσδιοριστεί ως σύνολο από κανόνες που αν τους ακολουθούσαν όλοι θα είχαμε το βέλτιστο αποτέλεσμα (<http://el.wikipedia.org/wiki/Δεοντολογία>).

Με τον όρο Νοσηλευτική Δεοντολογία, εννοούμε το σύνολο των γνώσεων και κανόνων που καθορίζει τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την άσκηση των καθηκόντων του και ρυθμίζει γενικότερα τις συμπεριφορές του τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό βίο, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά (Μαραυγάκη, 2007; Φώτης & συν., 2007).

Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, του 2001, αποτελείται από 24 άρθρα (Προεδρικό Διάταγμα 216, 2001). Με βάση το περιεχόμενό τους μπορούν να διακριθούν σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος περιγράφονται οι γενικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών απέναντι στις δημόσιες αρχές, στο κοινωνικό σύνολο, στους ασθενείς, στους συναδέλφους τους και στο υπόλοιπο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό (άρθρα 1-15 και 18-20). Στο δεύτερο μέρος, εξειδικεύονται οι νοσηλευτικές υποχρεώσεις στις επιμέρους περιπτώσεις της παιδιατρικής, ψυχιατρικής και κοινοτικής νοσηλευτικής, καθώς επίσης και στην περίπτωση διεξαγωγής νοσηλευτικής έρευνας (άρθρα 16,17,21,22,23) (Μαραυγάκη, 2007; Φώτης & συν., 2007). Τα άρθρα αυτά, ουσιαστικά, αποτελούν τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού, τα οποία αναπτύσσονται παρακάτω ενώ σημεία αυτών αναλύονται σε όλη τη διάρκεια της παρούσας εργασίας.

Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας αποτελεί ένα κείμενο το οποίο αναφέρει και προσδίδει κάποιες κατευθύνσεις και αρχές. Σε κανένα σημείο του δεν προβλέπονται κυρώσεις για συγκεκριμένες παραβιάσεις. Δεν αναγράφεται πουθενά τι θα συμβεί, αν ένας νοσηλευτής δεν ενεργήσει με βάση τον κώδικα.

Τελειώνοντας, ένα σοβαρό ζήτημα είναι η άγνοια της ύπαρξης του κώδικα από αρκετούς νοσηλευτές. Στις μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής οι κώδικες Δεοντολογίας αποτελούν εγχειρίδιο άσκησης του επαγγέλματος και βασικό οδηγό για την καθημερινή αντιμετώπιση των προβλημάτων αλλά και πολύτιμο βοήθημα για τη διευκόλυνση των επιλογών βάσει των ηθικών αλλά και των ισχυόντων νόμων (Μαραυγάκη, 2007).

### **3.3 Ρόλος και Καθήκοντα Νοσηλευτή**

Τα καθήκοντα των νοσηλευτών ταξινομούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται. Οι τρεις αυτές κατηγορίες είναι: τα γενικά καθήκοντα

του νοσηλευτικού προσωπικού, τα καθήκοντα προς τους ασθενείς και τα καθήκοντα προς τους συναδέλφους, προς τους ιατρούς και προς το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου (Ζήλλη & συν., 2009).

### **Γενικά καθήκοντα νοσηλευτή:**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα (Ζήλλη & συν., 2009).

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια με σκοπό την προαγωγή της υγείας του ασθενούς.

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί η φροντίδα του ασθενούς διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσιοθεραπευτές, διοικητικούς κ.ά (Ζήλλη & συν., 2009).

### **Καθήκοντα προς τους ασθενείς:**

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενούς.

Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και ν' απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενούς (Ζήλλη & συν., 2009).

Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της (Ζήλλη & συν., 2009).

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο (Ζήλλη & συν., 2009). Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Ακόμη ο νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενούς και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενούς θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενούς, απέχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του (Ζήλλη & συν., 2009).

Καθήκοντα προς τους συναδέλφους, προς τους ιατρούς και προς το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου:

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών (Ζήλλη & συν., 2009).

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδας, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία (*Bolton, 2000*).

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας (*Ζήλλη & συν., 2009*).

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: Ανάπτυξη Υγιούς Περιβάλλοντος

### 4.1 Ηθική ικανότητα

Η ανάπτυξη της ηθικής ικανότητας των νοσηλευτών καθώς και η διαπαιδαγώγηση αυτών με αξίες αποτελεί, ή θα έπρεπε, απαραίτητο τμήμα της εκπαίδευσής τους (*McQueen, 2004*). Νοσηλευτικό προσωπικό χωρίς ηθική και δεοντολογική θωράκιση δεν είναι δυνατό να υπάρχουν στις νοσοκομειακές μονάδες, αφού οι υπηρεσίες που θα παρέχουν θα είναι χαμηλότατου επιπέδου, ενώ θα δημιουργούν προβλήματα στους συναδέλφους τους. Η διασάλευση του αρμονικού κλίματος δεν εξυπηρετεί κανέναν και μόνο συγκρούσεις επιφέρει, πράγμα οδυνηρό για ένα εργασιακό περιβάλλον.

Ένας νοσηλευτής δρα με ηθική ικανότητα όταν μπορεί προσωρινά να αποστασιοποιείται από τον τυπικό του ρόλο, προκειμένου να προσλάβει την οπτική γωνία των άλλων δρώντων προσώπων που εμπλέκονται στην απόφαση που θα ληφθεί. Η ικανότητα ενός νοσηλευτή να εξετάζει εναλλακτικούς τρόπους θεώρησης και λύσεων στα ζητήματα που ανακύπτουν, θεωρείται μέρος της ηθικής του ικανότητας (*Τριανταφυλλίδου, 2011*).

Η γνωσεολογική κατάρτιση και η ειδίκευση σε τουλάχιστον μία προσέγγιση του πεδίου ενασχόλησης του επαγγελματία υγείας, όπως και η καλή γνώση των βασικών δεοντολογικών αρχών, είναι απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου στη συνέχεια να επιστρατευτεί δημιουργικά η ηθική κριτική ικανότητα (*Τριανταφυλλίδου, 2011*).

Η μη ηθική συμπεριφορά παρουσιάζεται λόγω έλλειψης εκπαίδευσης σε κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές δεξιότητες. Στο κομμάτι αυτό της εκπαίδευσης ρόλο παίζει αρχικά η οικογένεια που αναπτύσσεται ο μελλοντικός επαγγελματίας υγείας, το σχολείο αλλά και τα ανώτατα ιδρύματα. Σκοπός τους οφείλει να είναι η δημιουργία προσωπικοτήτων με κριτικό στοχασμό, ηθική κριτική ικανότητα αλλά και η γαλούχησή τους με αξίες και ιδανικά.

Το νοσηλευτικό προσωπικό υιοθετώντας την αξία του ανθρωπισμού, δίνοντας έμφαση στα ανθρώπινα δικαιώματα αλλά και στην ατομική του συνείδηση είναι σε θέση να επιλύει προβλήματα, να λαμβάνει σωστές αποφάσεις και να συνεργάζεται στο βέλτιστο βαθμό με τους συναδέλφους του. Αν κάθε νοσοκομειακή μονάδα είναι στελεχωμένη από τέτοιου είδους επαγγελματίες, λειτουργεί ομαλά ανταποκρινόμενη στους στόχους της.



## **4.2 Εκπαίδευση**

Η μάθηση είναι η διαδικασία στο πλαίσιο της οποίας το υποκείμενο αποκτά γνώσεις, δεξιότητες, συμπεριφορές και αξίες μέσα από γνωστικές διαδικασίες. Είναι διαρκής και, φυσικά, δε σταματά με την απόκτηση ενός πτυχίου. Η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση ξεκινά με τις σπουδές που κάνει το άτομο και εκτείνεται σε ολόκληρη την επαγγελματική του σταδιοδρομία (Λανάρα, 2004).

Μέσω διαλέξεων, σεμιναρίων και συνεδρίων επιτυγχάνεται η δια βίου μάθηση. Οι γενικοί σκοποί της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι να προσφέρουν ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό να μαθαίνει καινούριες δεξιότητες, να αναθεωρεί και να προσθέτει νέες γνώσεις σε αυτά που ήδη γνωρίζει, να διερευνά νέες ανακαλύψεις και τεχνικές και να ισχυροποιεί τις κλινικές του ικανότητες.

Η δια βίου μάθηση του νοσηλευτή, με επίκεντρο πάντα τον άνθρωπο και με σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή, βοηθά στην αλλαγή στάσης και συμπεριφοράς του με προσαρμογή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις, πέρα από την ανατροφοδότηση των γνώσεων και την καλλιέργεια δεξιοτήτων (Λανάρα, 2004). Τμήμα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αποτελεί και η ανάπτυξη προσωπικού. Με τον όρο αυτό εννοούμε τη διδασκαλία που είναι σχεδιασμένη να συμπληρώσει την ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και παρέχει ευρύτερη βάση εκπαιδευτικών ευκαιριών αύξησης της μάθησης.

Όπως γίνεται αντιληπτό, είναι πολύ σημαντικό και σπουδαίο μια νοσοκομειακή μονάδα να παρέχει τέτοιου είδους ευκαιρίες στους νοσηλευτές της. Μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης το νοσηλευτικό προσωπικό βελτιώνεται καθώς και οι υπηρεσίες που προσφέρει. Έτσι, βοηθά και στην ανάπτυξη ουσιαστικού και θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος.

## **4.3 Αξιολόγηση**

Η αξιολόγηση του προσωπικού αναφέρεται στην αξιολόγηση της απόδοσης των εργαζομένων και εφαρμόζεται πολύ συχνά στις επιχειρήσεις και στους οργανισμούς, είτε επίσημα είτε ανεπίσημα. Η αξιολόγηση είναι δύσκολη και υπεύθυνη εργασία, είναι δυνατόν να γίνουν λάθη ή και αδικίες εις βάρος των αξιολογούμενων (Λανάρα, 2004; Παπαλεξανδρή, 2001). Τα πιο συχνά λάθη που παρατηρούνται είναι να βαθμολογηθεί ο εργαζόμενος χαμηλότερα ή υψηλότερα από την απόδοσή του λόγω υποκειμενικών απόψεων του προϊσταμένου.

Η αξιολόγηση της απόδοσης συνήθως δεν αποτελεί μια συνολική εκτίμηση ή ένα γενικό χαρακτηρισμό του εργαζόμενου, αλλά αφορά σε επιμέρους διαστάσεις. Οι διαστάσεις αυτές προκύπτουν από την ανάλυση της εργασίας και σχετίζονται με ξεχωριστές δεξιότητες που πρέπει να επιδείξει ο εργαζόμενος προκειμένου να ανταποκριθεί επαρκώς σε κάθε αρμοδιότητα που περιλαμβάνεται στην εργασία του (Λανάρα, 2004; Παπαλεξανδρή, 2001; Παπαλεξανδρή & Μπουραντάς, 2003).

Η διαδικασία της αξιολόγησης έχει τους παρακάτω κύριους σκοπούς:

- Ο προσδιορισμός ικανότητας απόδοσης του εργαζομένου.
- Η προώθηση ανάπτυξης και υποκίνησης του προσωπικού για μεγαλύτερα επιτεύγματα.
- Η ανακάλυψη των φιλοδοξιών του εργαζομένου και η αναγνώριση των επιτευγμάτων του.
- Η βελτίωση επικοινωνίας μεταξύ του προϊσταμένου και προσωπικού για καλύτερη κατανόηση των αντικειμενικών σκοπών της εργασίας και του ιδρύματος.
- Η βελτίωση διεκπεραίωσης εργασιών με τη μελέτη και ενθάρρυνση ανάπτυξης καλύτερων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των υπαλλήλων.
- Η κατάρτιση προϊσταμένων για τη βελτίωση της συμβουλευτικής τους αρμοδιότητας.
- Ο προσδιορισμός εκπαιδευτικών και αναπτυξιακών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η καταγραφή προσόντων και ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού του ιδρύματος και επανεκτίμηση τοποθέτησής τους.
- Η επιλογή νοσηλευτικού προσωπικού που έχουν τα προσόντα για προαγωγή και αύξηση αποδοχών.
- Η εξακρίβωση των εργαζομένων με μη ικανοποιητική απόδοση (Λανάρα, 2004; Παπαλεξανδρή, 2001).

Η αξιολόγηση του προσωπικού γίνεται με διάφορες μεθόδους. Μέσω συνεντεύξεων είναι δυνατό να πραγματοποιείται μια αξιολόγηση και να καταγράφεται στις εκθέσεις- δελτία. Με την κρίση συναδέλφων το νοσηλευτικό προσωπικό αξιολογεί ο ένας την απόδοση του άλλου. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η προσωπική και επιστημονική ή επαγγελματική ανάπτυξη

καθώς και η ικανοποίηση από την εργασία λόγω της αναγνώρισης από τους συναδέλφους (*Robertson et al., 1995*). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό αφού νοσηλευτές με αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία τους λειτουργούν καλύτερα και παρέχουν βελτιωμένες υπηρεσίες (*Λανάρα, 2004*).

#### **4.4 Επίλυση προβλημάτων και λήψη αποφάσεων**

Στους οργανισμούς, έτσι και στο χώρο της Υγείας, παρατηρείται συνεχής παρουσία προβλημάτων όπου σπαταλείται χρόνος για την επίλυση αυτών, με αποτέλεσμα ουσιαστικές εργασίες να μην προχωρούν (για παράδειγμα θέματα ηγεσίας, αξιοκρατικές κρίσεις και άλλα). Αρκετές φορές πραγματοποιούνται συσκέψεις για την αντιμετώπιση εμποδίων στις Υπηρεσίες Υγείας χωρίς να παράγεται αποτέλεσμα, κάτι που δυσχεραίνει το έργο όλων.

Σύμφωνα με τον Huber (1980), με τον όρο πρόβλημα εννοούμε τη διαφορά της υπάρχουσας κατάστασης από την επιθυμητή. Όσο η διαφορά αυτή αυξάνεται, τόσο σοβαρότερο και μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα. Επομένως, επιτακτική ανάγκη, για τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται, είναι η επίλυση αυτών.

Με τον όρο απόφαση εννοούμε την επιλογή μεταξύ εναλλακτικών λύσεων με κριτήριο την αντιληπτική ικανότητα. Η λήψη των αποφάσεων γίνεται μέσω των τεχνικών οργανωμένης επίλυσης προβλημάτων, όπου τα άτομα μελετούν από κάθε σκοπιά το ζήτημα (*Παπανικολάου, 2007*). Η λήψη των αποφάσεων σκοπό έχει αφενός την ανάπτυξη της απόδοσης του οργανισμού, εδώ του Νοσοκομείου, και αφετέρου την παροχή διαδικασίας όπου το κάθε άτομο μπορεί να συνεισφέρει σε μέγιστο βαθμό.

Τα προβλήματα επιλύονται με διάφορους τρόπους. Περιγράφουμε συνοπτικά δύο: τη μέθοδο επίλυσης προβλημάτων με βήματα και τη μέθοδο Κύκλου PDCA. Η επίλυση των προβλημάτων βοηθά στη βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος και εξοικονομείται χρόνος έτσι ώστε το νοσηλευτικό, το ιατρικό προσωπικό και όλοι εργαζόμενοι να ασχολούνται με θέματα της επιστήμης τους και όχι να αναλώνονται σε διοικητικά ζητήματα (*Παπανικολάου, 2007*).

Με βάση την πρώτη μέθοδο, η επίλυση του προβλήματος γίνεται σε βήματα. Το πρώτο βήμα αφορά την αναγνώριση του προβλήματος καθώς και στο βαθμό προτεραιότητας. Για παράδειγμα, υπάρχει πρόβλημα στην προμήθεια νοσηλευτικών υλικών. Σε δεύτερο στάδιο γίνεται η ανάλυση των αιτιών του προβλήματος, όπου συγκεντρώνονται όλα τα δεδομένα. Στο ειδικό πρόβλημα, η αιτία είναι η αργοπορία και ανεύθυνη στάση κατά τη διάρκεια των

παραγγελιών. Στο τρίτο βήμα βρίσκεται η εύρεση δυνατών λύσεων, όπου ζητείται η ανάπτυξη των απόψεων των μελών που ασχολούνται με το πρόβλημα. Για παράδειγμα, προειδοποίηση του υπευθύνου ή απομάκρυνση αυτού. Το τέταρτο βήμα είναι η επιλογή και η σχεδίαση της λύσης. Τα μέλη συζητούν ποια λύση είναι η καλύτερη και βοηθά στην ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου, επιλέγοντας την πρώτη. Το πέμπτο βήμα αποτελείται από την εφαρμογή της λύσης. Άρα, ζητείται από τον υπεύθυνο παραγγελιών ιδιαίτερη προσοχή στο χρόνο των παραγγελιών και όχι άσκοπη καθυστέρηση. Το έκτο και τελευταίο βήμα είναι αυτό της αξιολόγησης της λύσης. Μετά από τις συστάσεις οι προμήθειες γίνονται εγκαίρως, επομένως έχουμε λύση του προβλήματος.

Ο δεύτερος τρόπος επίλυσης είναι η μέθοδος κύκλου: Προγραμματίζω- Ενεργώ-Ελέγχω- Δρω (PDCA, plan-do-check-act). Στο στάδιο του προγραμματισμού γίνεται η κατασκευή σχεδίου βελτίωση προβληματικών καταστάσεων. Αυτό μπορεί να γίνεται σε μια υπηρεσία, πριν από την εμφάνιση εμποδίων, με υποθετικά προβλήματα έτσι ώστε να υπάρχει ετοιμότητα στην εμφάνισή τους. Στη δεύτερη φάση (ενεργώ) γίνεται η εφαρμογή του σχεδίου και τυχόν βελτιώσεις που απαιτούνται. Κατά τη διαδικασία του ελέγχου μελετούμε τα αποτελέσματα, ενώ κατά τη δράση γίνονται οι απαραίτητες ρυθμίσεις. Έπειτα, επαναλαμβάνουμε τον κύκλο ξεκινώντας από την αρχή. Το παραπάνω ειδικό πρόβλημα μεταφέρεται εύκολα και προσαρμόζεται σε αυτή τη μέθοδο επίλυσης.

Η λήψη αποφάσεων είναι σημαντικό τμήμα επίλυσης των προβλημάτων, αφού βάσει αυτών εξασφαλίζεται η ποιότητα αλλά και η συνέχιση λειτουργίας του οργανισμού, εδώ του νοσοκομείου. Χρησιμοποιώντας και νέες στρατηγικές, μια απόφαση εφαρμόζεται και εν συνεχεία αξιολογείται (Λανάρα, 2004; Παπανικολάου, 2007). Η αξιολόγηση των αποφάσεων γίνεται με την εξέταση των αποτελεσμάτων αλλά και με την εξέταση της διαδικασίας που χρησιμοποιήθηκε. Ενδέχεται να υπάρχει διαδικασία με εσωτερικά λάθη αλλά επιτυχές αποτέλεσμα.

Για τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων ακολουθούνται τα παρακάτω βήματα. Αρχικά προσδιορίζεται και αναλύεται το πρόβλημα. Εν συνεχεία, αναπτύσσονται οι εναλλακτικές λύσεις και αξιολογούνται. Επιλέγοντας την καλύτερη λύση, γίνεται η εφαρμογή της. Σε τελικό στάδιο αξιολογείται ως προς τις κατευθύνσεις που αναφέρθηκαν.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: Μεθοδολογία

### Σκοπός της μελέτης

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία αφορούν στη διερεύνηση των στάσεων και των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για το συναδελφικό απόρρητο στον οργανισμό του δημόσιου και ιδιωτικού φορέα έδωσε το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας ερευνητικής μελέτης.

Ως εκ τούτου, στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η αποτύπωση των στάσεων, αντιλήψεων και των συμπεριφορών του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στη σχέση των συναδέλφων μεταξύ τους, στη σχέση τους με τους ασθενείς, στη σχέση τους με το νοσοκομείο, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά, καθώς και στον έλεγχο της διαφοροποίησης της στάσης και των αντιλήψεών τους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό προφίλ, την επαγγελματική κατάσταση και θέση, καθώς και την επαγγελματική προϋπηρεσία που διαθέτουν.

### Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, από τον Ιούλιο του 2011 έως τον Νοέμβριο του 2011. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευτές του Γ Ν Σπάρτης, του Γ Ν Μολάων και του Παναρκαδικού Γ Ν Τρίπολης. Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

- Τα άτομα να είναι ενήλικα (άνω των 18 ετών).
- Να διαθέτουν μορφωτικό επίπεδο τουλάχιστον αποφοίτου δημοτικού σχολείου, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις.
- Την επιθυμία των ίδιων των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
- Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

- Τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, να καταγράψουν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.
- Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη να έχουν ενημερωθεί για το σκοπό της και να έχουν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο να έχει δημιουργήσει έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό με τον οποίον θα συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του).

Εξάλλου, όλη η διεκπεραίωση της διαδικασίας θα γινόταν από το ίδιο άτομο, πράγμα το οποίο θα μείωνε τις πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και θα διασφάλιζε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

### **Δείγμα**

Συνολικά τα άτομα, από το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων που πληρούσαν τις προϋποθέσεις και δέχθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα ήταν 200. Μοιράστηκαν 200 ερωτηματολόγια, από τα οποία τελικά απαντήθηκαν τα 177 (ποσοστό απαντητικότητας 88,5%).

### **Διαδικασία**

Οι ερευνητές χορήγησαν σε ενήλικα άτομα, τα αυτο-συμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ερωτηματολογίων και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

### **Ερευνητικά εργαλεία**

Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο αποτυπώνει τις γνώμες, στάσεις και αντιλήψεις που σχετίζονται με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τη μεταξύ τους συνεργασία, τη συνεργασία με τους ασθενείς και το νοσοκομείο. Αρχικά, οι ερωτήσεις που διατυπώνονται αφορούν στις ενέργειες που προέβη ο ερωτώμενος σε περίπτωση που ένας συνάδελφός τους έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή ή σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιου ασθενούς. Δηλαδή, αν στην περίπτωση αυτή έκανε αναφορά και ποιον ενημέρωσε. Επίσης, καταγράφηκε η προσωπική πρόθεση των συμμετεχόντων σε παρόμοιες μελλοντικές καταστάσεις.

Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο αναφέρεται στη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τη μεταξύ τους συνεργασία. Διατυπώνει ερωτήσεις αναφορικά με τη γνώση του συναδελφικού απόρρητου και καταγράφει αν οι συμμετέχοντες στη μελέτη χρειάστηκε να καταφύγουν στη δικαιοσύνη για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική που εργάζονται. Επιπλέον, διερευνά αν το γεγονός αυτό επέφερε σοβαρές συνέπειες στην επαγγελματική καριέρα τους. Παράλληλα, το ερωτηματολόγιο διερευνά αν ο συμμετέχων δέχθηκε αναφορά για λάθος που είχε διαπράξει ο συνάδελφός του ή αν χρειάστηκε να προστατέψει κάποιον συνάδελφο. Ακόμα, οι συμμετέχοντες ερωτούνται πως αντιμετώπισαν κάποιον συνάδελφό τους που αρνούνταν να επιτελέσει το νοσηλευτικό καθήκον του αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση.

Στο τέλος του ερωτηματολογίου διατυπώνονται ερωτήσεις που διερευνούν τις αντιλήψεις που σχετίζονται με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τη συνεργασία τους με το νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, διερευνά το βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού από τις ενέργειες του νοσοκομείου σε περίπτωση που έκαναν αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που είχε γίνει στην κλινική που εργάζονται. Ακόμα, αποτυπώνει την περιγραφή της σχέσης του Νοσοκομείου με το προσωπικό του, καθώς και με τους ασθενείς και επισκέπτες.

### **Στοιχεία Δεοντολογίας**

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή έρευνας. Ειδικότερα:

- Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.

- Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
- Τα αποτελέσματα που προέκυψαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.
- Η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων περιορίστηκε στο ελάχιστο.

Η αξιοπιστία των πορισμάτων που προέκυψαν διασφαλίστηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

### **Στατιστική Επεξεργασία**

Εξετάστηκαν και αναλύθηκαν οι περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών. Έγινε χρήση των βασικών μέτρων θέσης και διασποράς, καθώς και των συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων του βασικού ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, έγινε σύγκριση των απαντήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των νοσοκομείων, καθώς και σύγκριση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων περί της σχέσης των συναδέλφων νοσηλευτών μεταξύ τους, τη σχέση τους με τους ασθενείς και με το νοσοκομείο.

Για τους παραπάνω σκοπούς εφαρμόστηκαν οι εξής στατιστικοί έλεγχοι: ο έλεγχος  $\chi^2$  ή όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις, ο έλεγχος του Fisher's exact test, ο παραμετρικός έλεγχος t-test για σύγκριση των μέσων τιμών 2 ανεξάρτητων δειγμάτων ή όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις ο αντίστοιχος μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney, ο παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης άνω των 2 μέσων τιμών ανάλυσης διακύμανσης κατά μία κατεύθυνση (one-way ANOVA) ή όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις ο αντίστοιχος μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, καθώς και ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman (rho).

Συγκεκριμένα, για τον έλεγχο της συσχέτισης των ερωτήσεων του βασικού ερωτηματολογίου με τα δημογραφικά ποιοτικά χαρακτηριστικά έγινε χρήση του έλεγχου  $\chi^2$  ή του Fisher's exact test, καθώς και του ελέγχου Mann-Whitney (όσο αφορά στις ερωτήσεις 17-19). Στη συνέχεια, για τον έλεγχο της ηλικίας και των ετών της επαγγελματικής προϋπηρεσίας με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Τέλος, για τον έλεγχο της συσχέτισης των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων του βασικού ερωτηματολογίου με την έδρα του



νοσοκομείου που εργάζονται οι συμμετέχοντες έγινε εφαρμογή της ανάλυσης διακύμανσης κατά μία κατεύθυνση (one-way ANOVA) και του ελέγχου Kruskal-Wallis. Τα p-value που αναφέρονται βασίζονται σε αμφίπλευρους ελέγχους. Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0,05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS (*SPSS Inc., 2003, Chicago, USA*).

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: Στατιστική Ανάλυση

### 2.1. Περιγραφή των Δεδομένων του Συνολικού Δείγματος

#### 2.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Η συλλογή των δημογραφικών στοιχείων στη συγκεκριμένη έρευνα περιλάμβανε την καταγραφή βασικών δημογραφικών δεδομένων των ατόμων, όπως για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό προφίλ (επίπεδο εκπαίδευσης και έδρα νοσοκομείου που εργάζονται), την εθνικότητα, την επαγγελματική κατάσταση (δημόσιος υπάλληλος ή συμβασιούχος, θέση και τμήμα εργασίας) και την επαγγελματική προϋπηρεσία. Αρχικά, παρουσιάζονται τα στατιστικά μέτρα των δημογραφικών ποιοτικών χαρακτηριστικών των ατόμων του συνολικού δείγματος. Έτσι, από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως το 9,7% των συμμετεχόντων είναι άντρες και το υπόλοιπο 90,3% γυναίκες. Όσο αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, το 36,7% των ατόμων είναι άγαμοι, το 57,1% έγγαμοι, ενώ το 5,1% και 1,1% είναι διαζευγμένοι και χήροι αντίστοιχα. Από το σύνολο των ατόμων που έχουν παιδιά, το 80,3% δηλώνει πως είναι ανήλικα και το 92,1% πως έχει την ευθύνη τους. Από τον Πίνακα 1 φαίνεται ότι το 53,1% και 36,6% είναι απόφοιτοι ανώτερης (ΤΕΙ) και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αντίστοιχα. Το 4,6% είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης (ΑΕΙ), ενώ το 5,1% διαθέτει επιπλέον μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης, ενώ μόλις το 0,6% διδακτορικό δίπλωμα. Αναφορικά με την εθνικότητα, το σύνολο του δείγματος έχει ελληνική, το 100%. Σχετικά με το επαγγελματικό προφίλ, το 45,2% εργάζεται στο Παναρκαδικό ΓΝ Τρίπολης, το 43,2% στο ΓΝ Σπάρτης και το υπόλοιπο 11,3% στο ΓΝ Μολάων. Το 94,8% των συμμετεχόντων στη μελέτη είναι δημόσιοι υπάλληλοι, ενώ το 5,2% συμβασιούχοι. Όσο αφορά στην επαγγελματική θέση, 0,6% των συμμετεχόντων κατέχει διευθυντικές θέσεις, το 12% είναι προϊστάμενος/η Νοσηλευτικού Τμήματος, το 2,9% είναι Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος και η πλειοψηφία του δείγματος, δηλαδή το 84,6% είναι κλινικό νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, το 26,9% δηλώνει ότι εργάζεται στο χειρουργικό τμήμα, το 17,5% στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, το 10,5% στο Παθολογικό, το 8,2% στο Τμήμα Ορθοπαιδικής, το 8,8% στο Καρδιολογικό Τμήμα, το 7,6% στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, το 5,9% στο Ουρολογικό Τμήμα, το 5,3% στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, το 4% στην Αιμοδοσία, το 2,3% στο Παιδιατρικό Τμήμα, το 1,2% στα Εξωτερικά Ιατρεία, το 0,6% στο Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα, το 0,6% στο γραφείο

λοιμώξεων και το 0,6% στη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 1.

**Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των δημογραφικών ποιοτικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.**

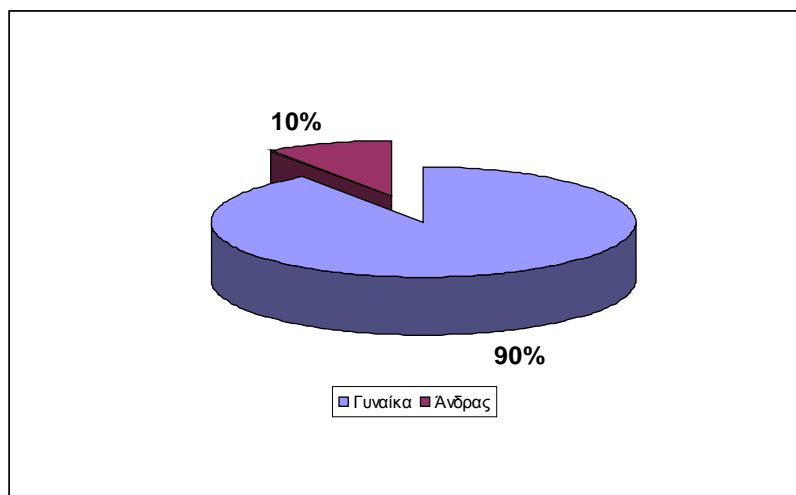
<b>Δημογραφικά Στοιχεία</b>	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Φύλο</b>		
Γυναίκα	159	89,8
Άνδρας	17	9,6
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>		
Άγαμος/η	65	36,7
Έγγαμος/η	101	57,1
Διαζευγμένος/η	9	5,1
Χήρος/α	2	1,1
<b>Ανήλικα Παιδιά</b>		
Όχι	16	19,8
Ναι	65	80,2
<b>Ευθύνη Παιδιών από Ιδίους</b>		
Όχι	5	7,9
Ναι	58	92,1
<b>Επίπεδο Εκπαίδευσης</b>		
Δευτεροβάθμια	64	36,6
Απόφοιτος ΤΕΙ	93	53,1
Τριτοβάθμια ΑΕΙ	8	4,6
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης	9	5,1
Διδακτορικό Δίπλωμα	1	0,6
<b>Εθνικότητα</b>		
Ελληνική	175	100,0
Άλλη		
<b>Επαγγελματική Προφίλ</b>		
<b>Έδρα Νοσοκομείου</b>		
Γ.Ν. Σπάρτης	77	43,5
Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολης	80	45,2
Γ.Ν.Μολάων	20	11,3

<b>Επαγγελματική Κατάσταση</b>		
Δημόσιος Υπάλληλος	164	94,8
Συμβασιούχος	9	5,2
<b>Επαγγελματική Θέση</b>		
Διευθυντής/τρια	1	0,6
Προϊστάμενος/η Νοσηλευτικού Τμήματος	21	12,0
Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος	5	2,9
Νοσηλεύτης/τρια	148	84,6
<b>Τμήμα Εργασίας</b>		
Αιμοδοσία	7	4,1
Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	1	0,6
Εξωτερικά Ιατρεία	2	1,2
Γραφείο Λοιμώξεων	1	0,6
Καρδιολογική	15	8,8
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ)	9	5,3
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού(MTN)	13	7,6
Ωτορινολαρυγγολογική (ΩΡΛ)	1	0,6
Ορθοπαιδική	14	8,2
Ουρολογική	10	5,9
Παιδιατρική	4	2,3
Παθολογική	18	10,5
Τμήμα Επειγόντων	30	17,5
Περιστατικών(ΤΕΠ)		
Χειρουργική	46	26,9

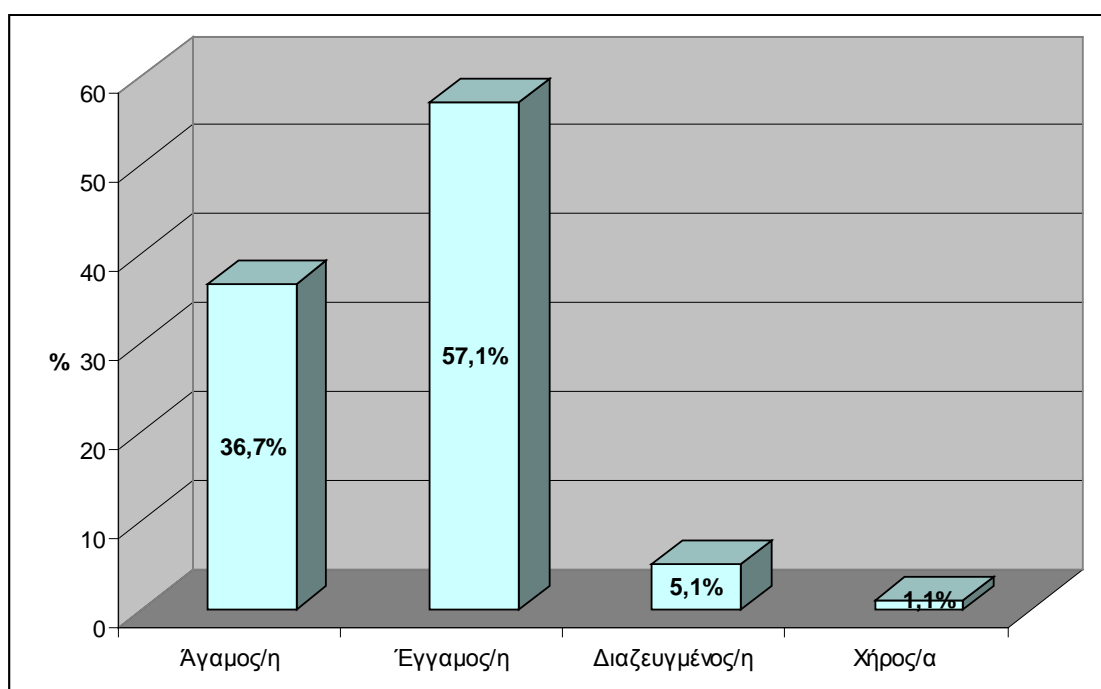
---

**Σχήμα 1. Γράφημα των δημογραφικών ποιοτικών χαρακτηριστικών (Α. Φύλο, Β. Οικογενειακή κατάσταση, Γ. Εκπαιδευτικό Προφίλ, Δ. Επαγγελματικό Προφίλ, Ε. Επαγγελματική κατάσταση, ΣΤ. Επαγγελματική Θέση και Ζ. Τμήμα Εργασίας) για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.**

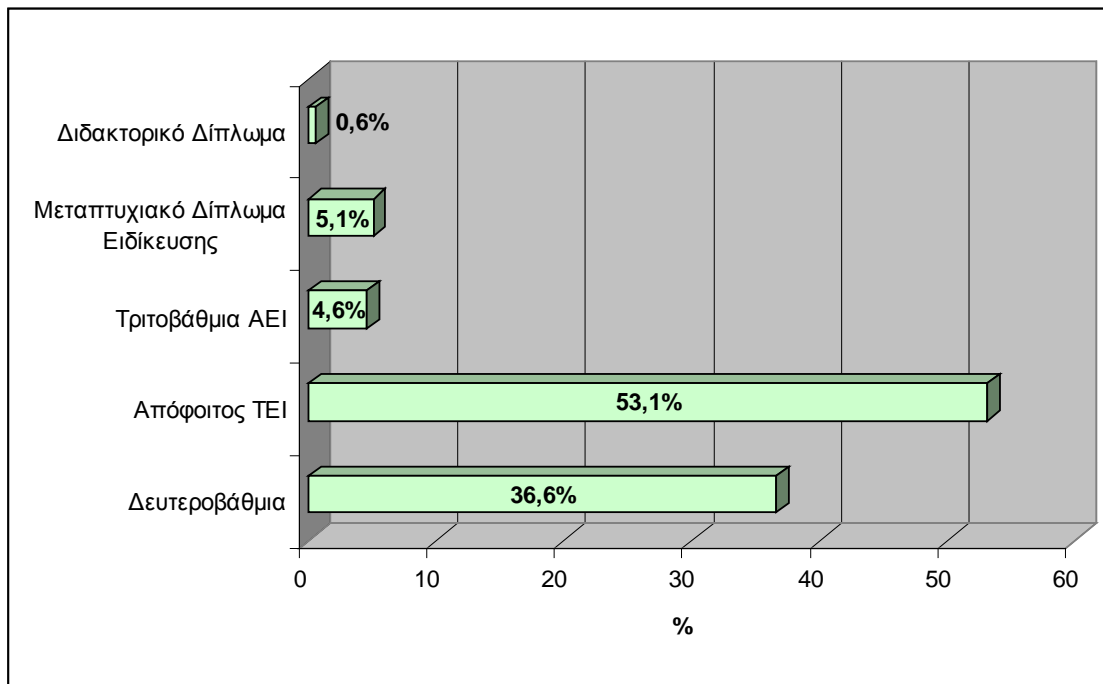
A.



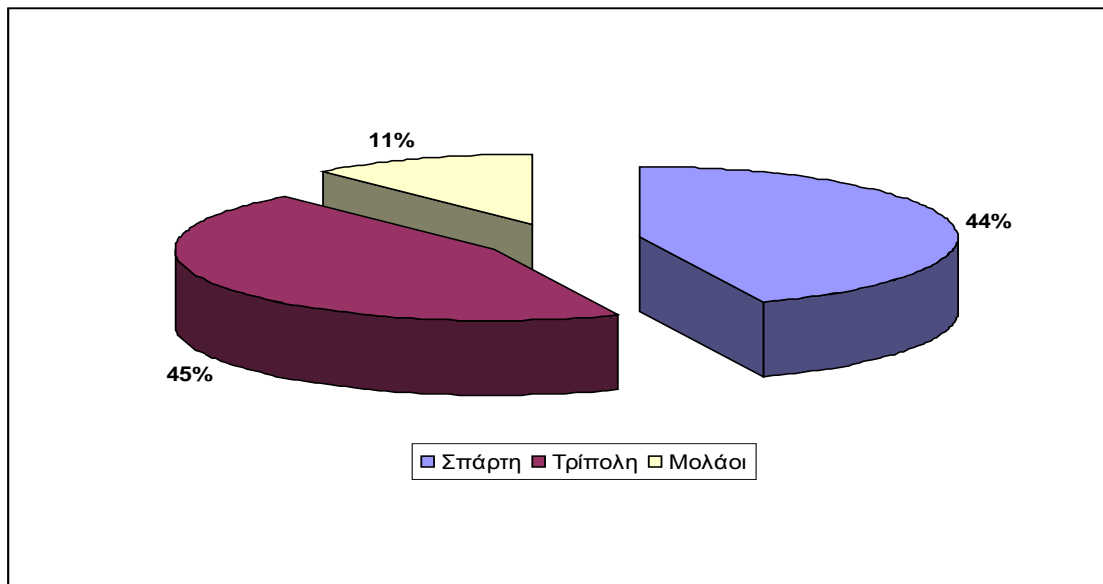
B.



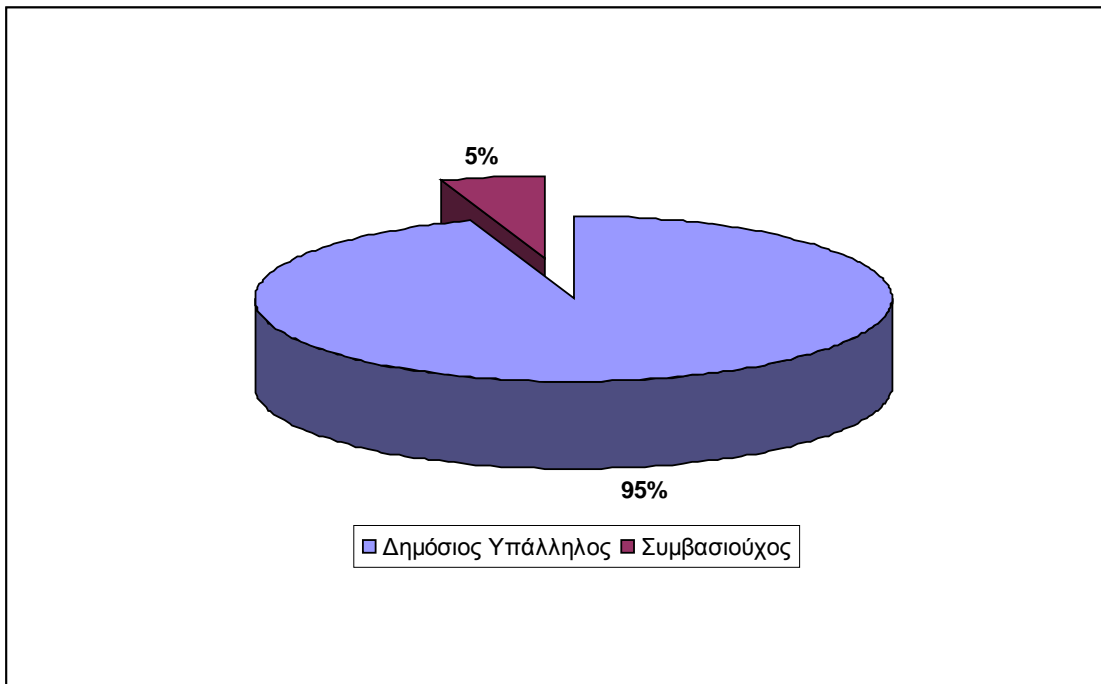
Γ.



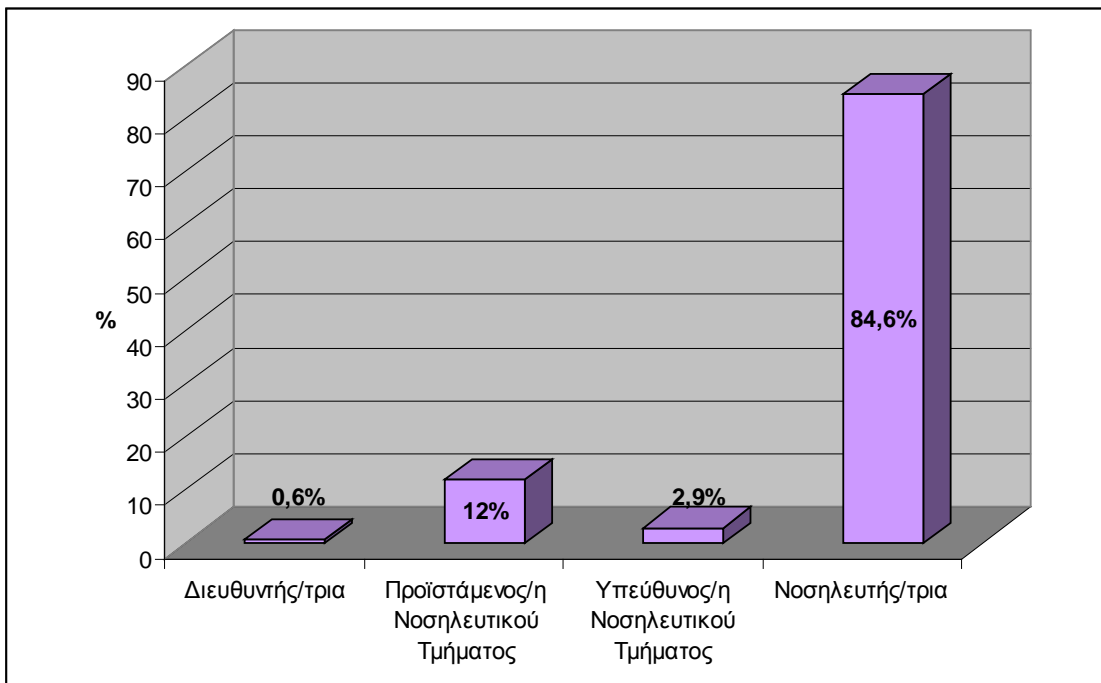
Δ.



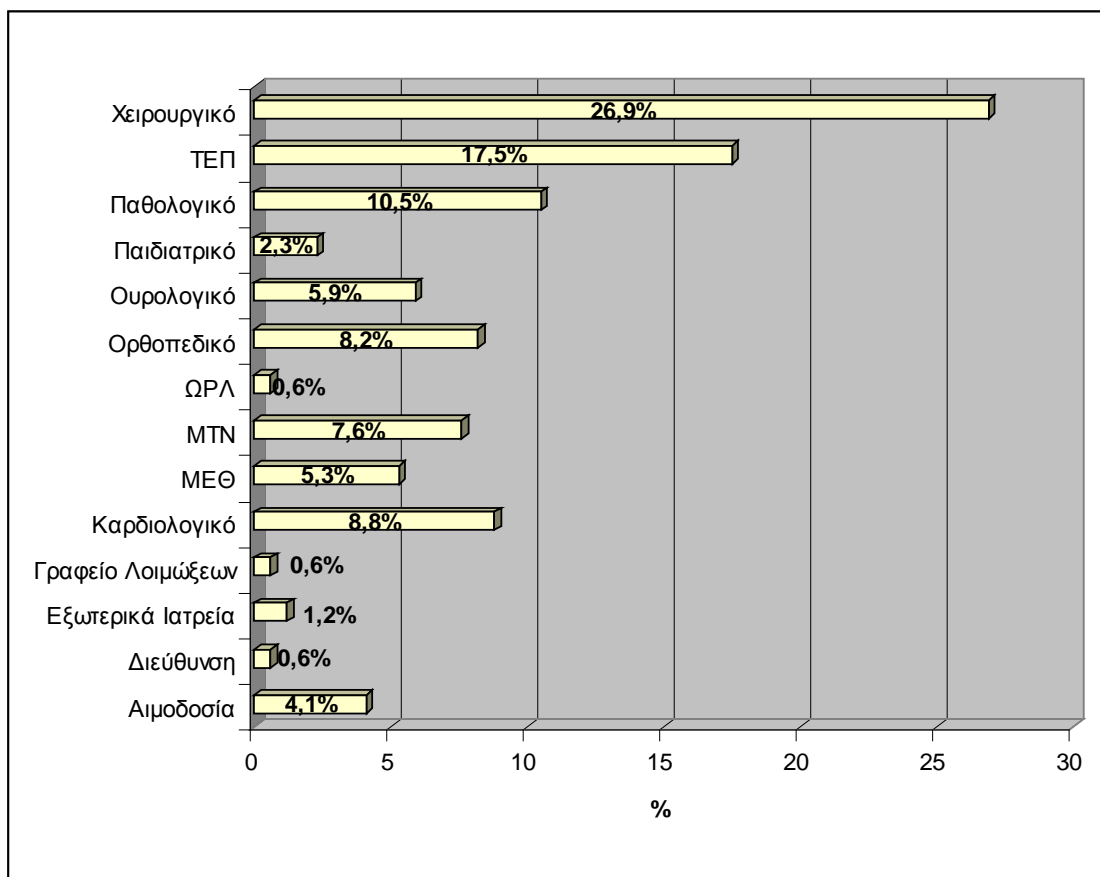
Ε.



ΣΤ.



Z.



Ακολουθούν τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τα δημογραφικά ποσοτικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος. Έτσι, η μέση ηλικία (αντ. τυπική απόκλιση) του νοσηλευτικού προσωπικού του δείγματος είναι τα 36,8έτη (αντ. 7,63) έτη με μικρότερη ηλικία τα 20 έτη και μεγαλύτερη τα 58 έτη. Η μεταβλητή της ηλικίας φαίνεται να ακολουθεί την κανονική κατανομή (παρουσιάζει συμμετρία). Ακόμα, από τους 93 (61,6%) συμμετέχοντες στη μελέτη που έχουν παιδιά, έχουν κατά μέσο όρο 2 παιδιά (0,73). Τέλος, η μέση τιμή (αντ. τυπική απόκλιση) των ετών επαγγελματικής προϋπηρεσίας είναι τα 13,4 έτη (αντ. 8,61) έτη, με λιγότερη επαγγελματική προϋπηρεσία το 0,5 έτος και περισσότερη τα 30 έτη. Η κατανομή των ετών της επαγγελματικής προϋπηρεσίας παρουσιάζει μια ελαφρά ασυμμετρία. Τα παραπάνω περιγραφικά στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 2.

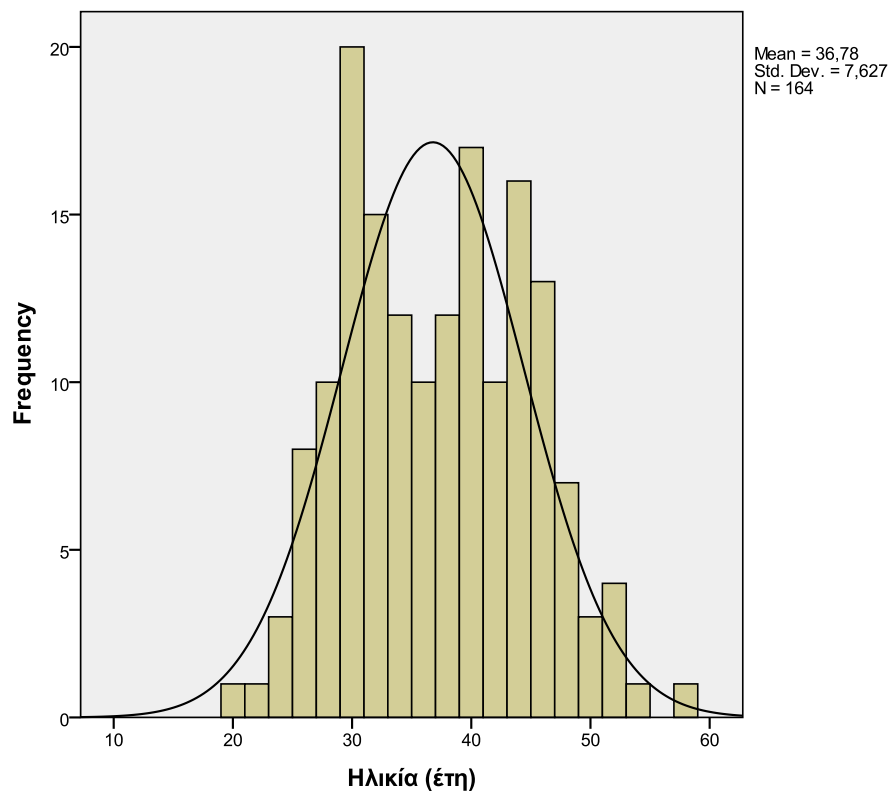


**Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των δημογραφικών ποσοτικών χαρακτηριστικών για το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.**

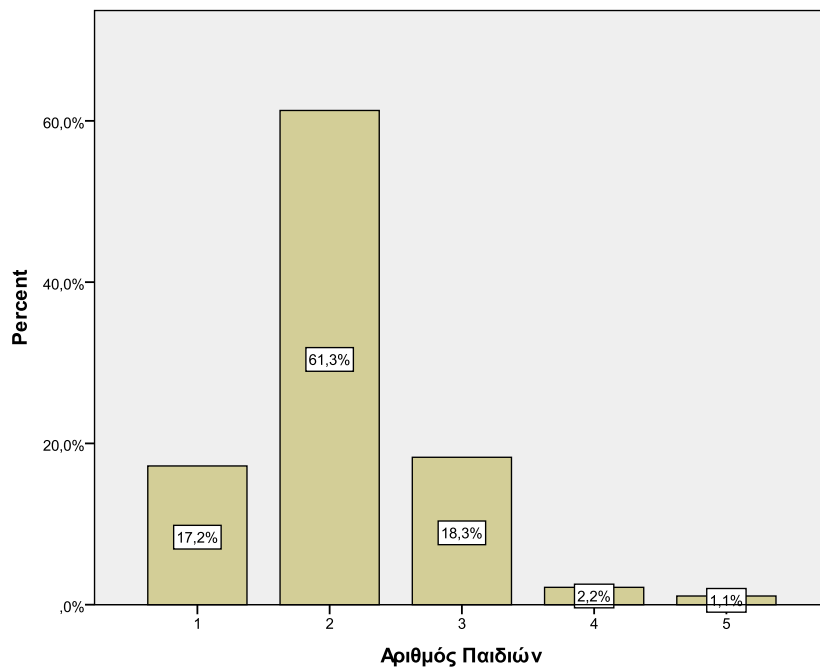
Δημογραφικά Στοιχεία	Μέση Τιμή	Σταθερή Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Ηλικία (έτη)	36,8	7,63	20	58
Αριθμός Παιδιών	2	0,73	1	5
Επαγγελματική Προϋπηρεσία (έτη)	13,4	8,61	0,5	30

**Σχήμα 2. Ιστόγραμμα Συχνοτήτων των δημογραφικών ποσοτικών χαρακτηριστικών (Α. Ηλικία, Β. Αριθμός Παιδιών και Γ. Επαγγελματική Προϋπηρεσία)**

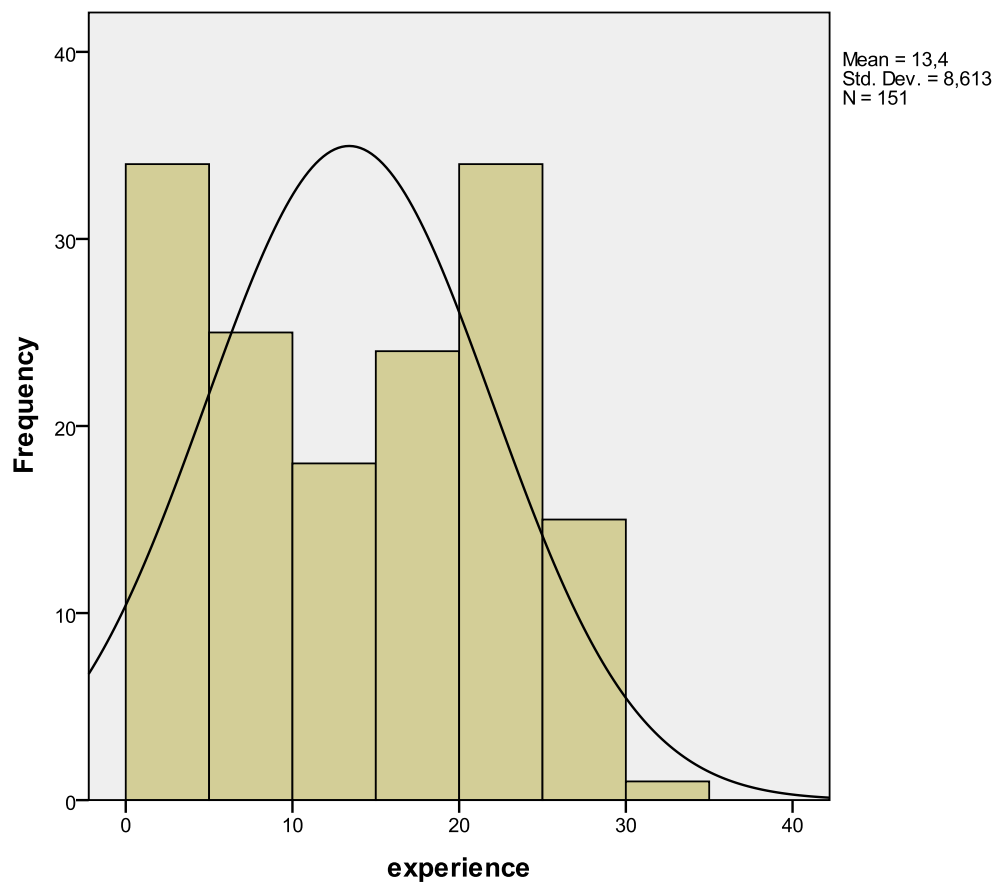
A.



B.



Γ.



### 2.1.2 Περιγραφικά Στατιστικά Στοιχεία

Στη συνέχεια, ακολουθούν τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία (συχνότητες και σχετικές συχνότητες) των ερωτήσεων σχετικές με τη στάση, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στη σχέση των συναδέλφων μεταξύ τους, τη σχέση με τους ασθενείς, τη σχέση με το νοσοκομείο, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά. Από τον Πίνακα 3 παρατηρείται ότι το 36,7% των συμμετεχόντων δηλώνει πως κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας τους, συνάδελφος έχει κάνει λάθος που έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή ασθενούς. Από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν θετικά, το 36,9% έκανε αναφορά του γεγονότος. Επίσης, το 28,3% των συμμετεχόντων δηλώνει πως κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας τους, συνάδελφος έχει κάνει λάθος που έθεσε τον ασθενή σε κίνδυνο λοίμωξης. Ενώ, από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν θετικά, το 40% έκανε αναφορά (γραπτή ή προφορική) για το γεγονός. Ειδικότερα, το 68,2% δήλωσε πως ανέφερε το γεγονός στον Προϊστάμενο/η, το 4,6% στον Τομεάρχη και το 18,2% στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Παράλληλα, το 15,9% το ανέφερε στον Αναπληρωτή Διευθυντή Ιατρό και το 22,7% στον Διευθυντή Ιατρό. Ένα μικρό ποσοστό, το 2,3% το δήλωσε στο Σωματείο Εργαζομένων, ενώ κανένας δεν έκανε αναφορά του γεγονότος στον Διοικητή του Νοσοκομείου ή στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Παρατηρείται ότι το 15,9% δεν το ανέφερε σε κανέναν, ενώ το 6,8% το είπε σε κάποιον άλλο. Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, το 24,7% δηλώνει ότι γνωρίζει αν το λάθος που έγινε προκάλεσε τελικά κάποιο σοβαρό μη αναστρέψιμο πρόβλημα στην υγεία του ασθενή. Αντίθετα το 45,2% και το 30,1% δηλώνει πως όχι ή πως δεν γνωρίζει. Επιπλέον, το 91,5% απαντά πως αν μέσα στον επόμενο χρόνο γίνει ένα σοβαρό νοσηλευτικό λάθος από μέρους τους ότι σκοπεύουν να το αναφέρουν. Από την άλλη, μόλις το 8,5% απαντά ότι δεν θα το αναφέρει.

Η επόμενη ερώτηση αφορά στη γνώση του νόμου για το συναδελφικό απόρρητο, με το 48% του δείγματος να απαντά ότι το γνωρίζει. Στη συνέχεια, μόλις το 4,1% απαντά ότι στην επαγγελματική τους καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγει στη δικαιοσύνη για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες το λάθος αποδίδεται κυρίως στον ιατρό. Από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν καταφατικά στην προηγούμενη ερώτηση, το 28,6% δηλώνει ότι το γεγονός αυτό επέφερε σοβαρές συνέπειες στην επαγγελματική τους καριέρα. Παρακάτω, το 6,4% δηλώνει ότι κάποιος συνάδελφος

τους έχει κάνει αναφορά στον συμμετέχοντα για να προστατέψει τον εαυτό του από κάποιο λάθος που έγινε κατά τη διάρκεια της ίδιας βάρδιας. Από την άλλη, το 47% απαντά ότι κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας τους έχουν προστατέψει συνάδελφο από κάποιο λάθος που έγινε. Σύμφωνα με όσους απάντησαν θετικά, ο κυριότερος λόγος ήταν λόγω συναδελφικής αλληλεγγύης σε ποσοστό 61,5%. Αντίθετα, από όσους απάντησαν αρνητικά, το 100% θεωρεί ότι το γεγονός αυτό δεν είχε συνέπειες στη μεταξύ τους σχέση και συνεργασία. Έπειτα, μόλις το 5,3% αναφέρει ότι ήρθε αντιμέτωπο με το γεγονός ότι κάποιος από τους συναδέλφους του δεν επιτελούσε το νοσηλευτικό καθήκον του αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση. Μόνο 1 άτομο του δείγματος απάντησε ότι το ανέφερε, ενώ κάποιοι απάντησαν ότι ο λόγος μη αναφοράς του γεγονότος ήταν ο φόβος.

Ακολουθεί η υποθετική ερώτηση *«Αν εσείς κάνετε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική σας, πόσο ικανοποιητικά πιστεύετε ότι το νοσοκομείο θα αντιμετωπίζει μια τέτοια κατάσταση;»*. Έτσι, σύμφωνα με το 10,7% θα το αντιμετωπίζει «πολύ καλά», σύμφωνα με το 32,5% «καλά», 21,9% «αδιάφορα», 29,6% «δύσκολα» και σύμφωνα με το 5,3% «πολύ δύσκολα». Ακόμα, το 45,5% περιγράφει τη σχέση του Νοσοκομείου (ως οργανισμού) στο οποίο εργάζονται με το προσωπικό του ως «Καλή», ακολουθεί το 30,1% που την περιγράφει ως «αδιάφορη», το 13,6% ως «δύσκολη», το 8% ως «πολύ καλή» και το 2,8% ως πολύ δύσκολη. Τέλος, το 54% περιγράφει τη σχέση του Νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται με τους ασθενείς και επισκέπτες ως «Καλή», ακολουθεί το 22,7% που την περιγράφει ως «πολύ καλή», το 17% ως «αδιάφορη», το 5,7% ως «δύσκολη» και το 0,6% ως «πολύ δύσκολη». Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 3.4

**Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση, τις αντιλήψεις και συμπεριφορές των νοσηλευτών αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο στο σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.**

Ερωτήσεις Βασικού Ερωτηματολογίου	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
<b>7. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει κάνει κάποιος συνάδελφός σας λάθος που να έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή κάποιου αρρώστου;</b>		
Ναι	65	36,7
Όχι	112	63,3
<i>Αν ΝΑΙ, κάνατε αναφορά για το γεγονός;</i>		
Ναι	24	36,9
Όχι	41	63,1
<b>8. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει κάνει κάποιος συνάδελφός σας λάθος που να έθεσε σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιον άρρωστο;</b>		
Ναι	50	28,3
Όχι	127	71,8
<i>Αν ΝΑΙ, κάνατε αναφορά για το γεγονός;</i>		
Ναι	20	40,0
Όχι	30	60,0
<b>9. Ποιον ενημερώσατε για το λάθος που έγινε;</b>		
Προϊστάμενος/η	30	68,2
Τομεάρχης	2	4,6
Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	8	18,2
Αναπληρωτής Διευθυντής Ιατρός	7	15,9
Διευθυντής Ιατρός	10	22,7
Διοικητή Νοσοκομείου	0	0,0
Σωματείο εργαζομένων	1	2,3

Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης	0	0,0
Κανέναν	7	15,9
Άλλο	3	6,8

**10. Γνωρίζετε αν το λάθος που έγινε προκάλεσε τελικά κάποιο σοβαρό μη αναστρέψιμο πρόβλημα στην υγεία του ασθενή;**

Ναι	18	24,7
Όχι	33	45,2
Δεν γνωρίζει	22	30,1

**11. Αν μέσα στον επόμενο χρόνο γίνει ένα σοβαρό νοσηλευτικό λάθος από μέρους σας θα το αναφέρετε;**

Ναι	161	91,5
Όχι	15	8,5

**12. Γνωρίζετε τι ορίζει ο νόμος για το συναδελφικό απόρρητο;**

Ναι	83	48,0
Όχι	90	52,0

**13. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγετε στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική σας (από εσάς, συνάδελφο νοσηλεύτη, ιατρό);**

Ναι	7	4,1
Όχι	163	95,9

*Αν ΝΑΙ, επέφερε αυτό σοβαρές συνέπειες στην επαγγελματική σας καριέρα;*

	Ναι	2	28,6
	Όχι	5	71,4

---

**14. Κάποιος συνάδελφος σας, σας έχει κάνει πότε αναφορά για να προστατέψει τον εαυτό του από κάποιο λάθος που έγινε ενώ ήσαστε μαζί στη βάρδια;**

	Ναι	11	6,4
	Όχι	160	93,6

---

**15. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχετε προστατέψει πότε κάποιον συνάδελφο σας από κάποιο λάθος που έγινε;**

	Ναι	78	47,0
	Όχι	88	53,0

*Αν ΝΑΙ, για ποιο λόγο το κάνατε;*

Συναδελφικής αλληλεγγύης	40	61,5
Δεν ήταν επικίνδυνο για την υγεία του ασθενούς	9	13,8
Δεν έγινε ηθελημένα	12	18,5
Εξαιτίας Φόρτου Εργασίας	1	1,5

*Αν ΟΧΙ, είχε αυτό συνέπειες στην μεταξύ σας σχέση και συνεργασία;*

	Ναι	0	0
	Όχι	18	100,0

---

**16. Ήρθατε πότε αντιμέτωπος με το γεγονός κάποιος από τους συναδέλφους σας να μην επιτελέσει το νοσηλευτικό του καθήκον, αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση;**

	Ναι	9	5,3
	Όχι	162	94,7

*Αν ΝΑΙ, το αναφέρατε;*

Ναι	1	11,1
Όχι	8	88,9

---

**17. Αν εσείς κάνετε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική σας, πόσο ικανοποιητικά πιστεύετε ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση;**

Πολύ καλά	18	10,7
Καλά	55	32,5
Αδιάφορα	37	21,9
Δύσκολα	50	29,6
Πολύ δύσκολα	9	5,3

---

**18. Πώς θα περιγράφατε τη σχέση του Νοσοκομείου που εργάζεστε (ως οργανισμού) με το προσωπικό του;**

Πολύ καλή	14	8,0
Καλή	80	45,5
Αδιάφορα	53	30,1
Δύσκολη	24	13,6
Πολύ δύσκολη	5	2,8

---

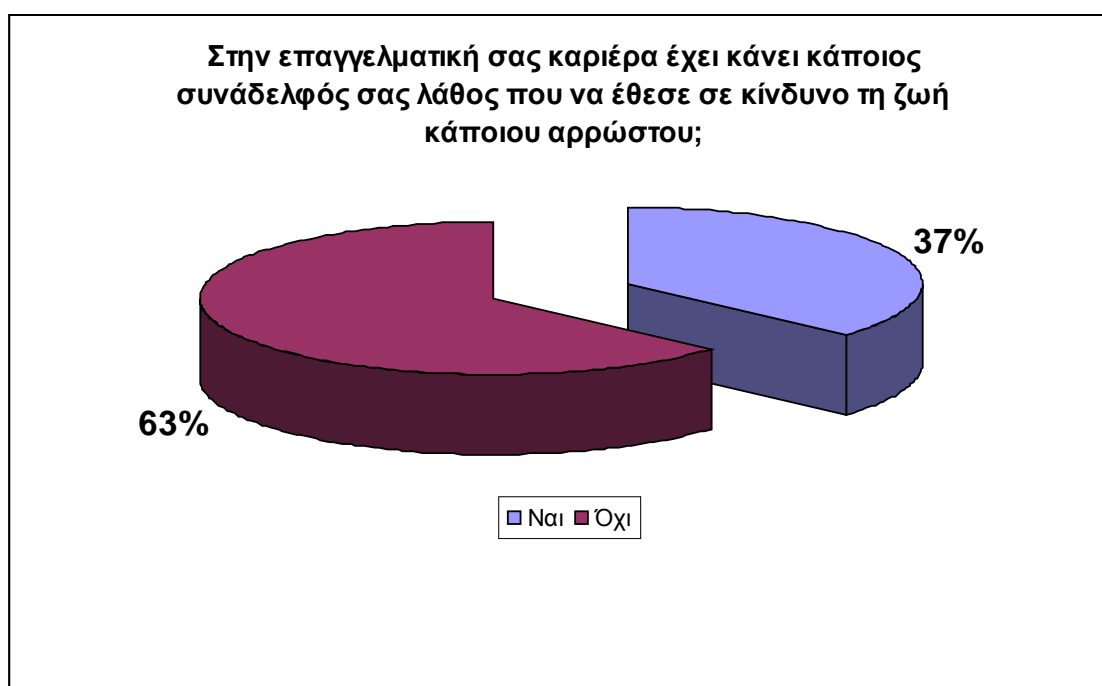
**19. Πώς θα περιγράφατε τη σχέση που έχει το νοσοκομείο που εργάζεστε με τους ασθενείς και τους επισκέπτες;**

Πολύ καλή	40	22,7
Καλή	95	54,0
Αδιάφορα	30	17,0
Δύσκολη	10	5,7

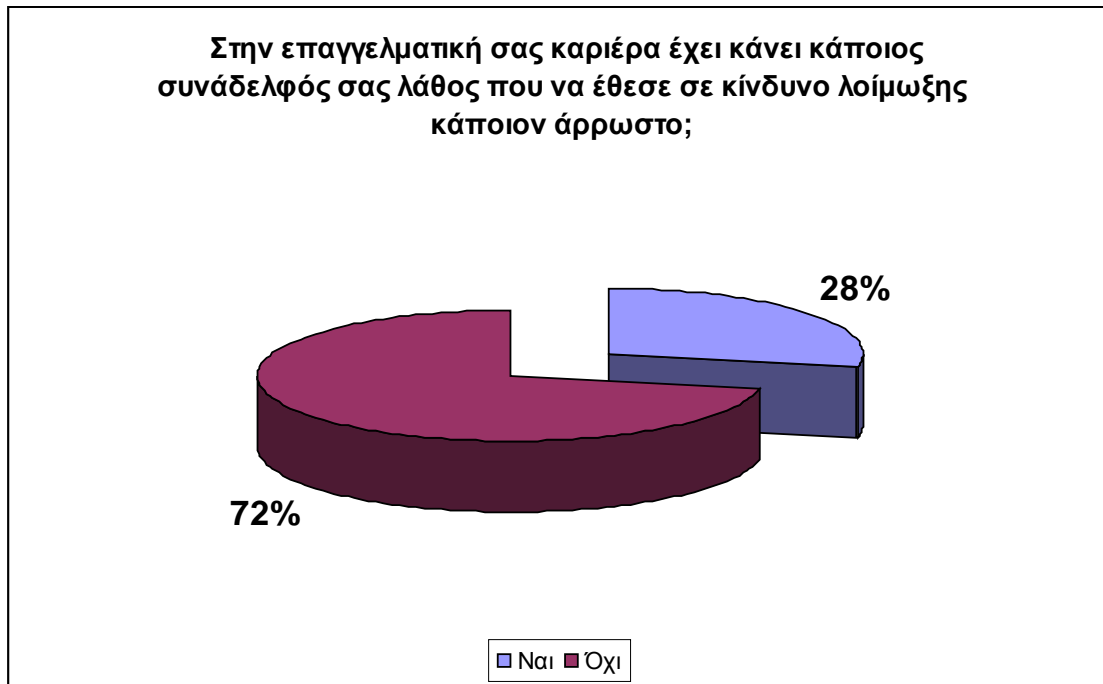


**Σχήμα 3.** Γράφημα των ερωτήσεων για την καταγραφή της στάσης, των αντιλήψεων και συμπεριφορών των νοσηλευτών αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο στο σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

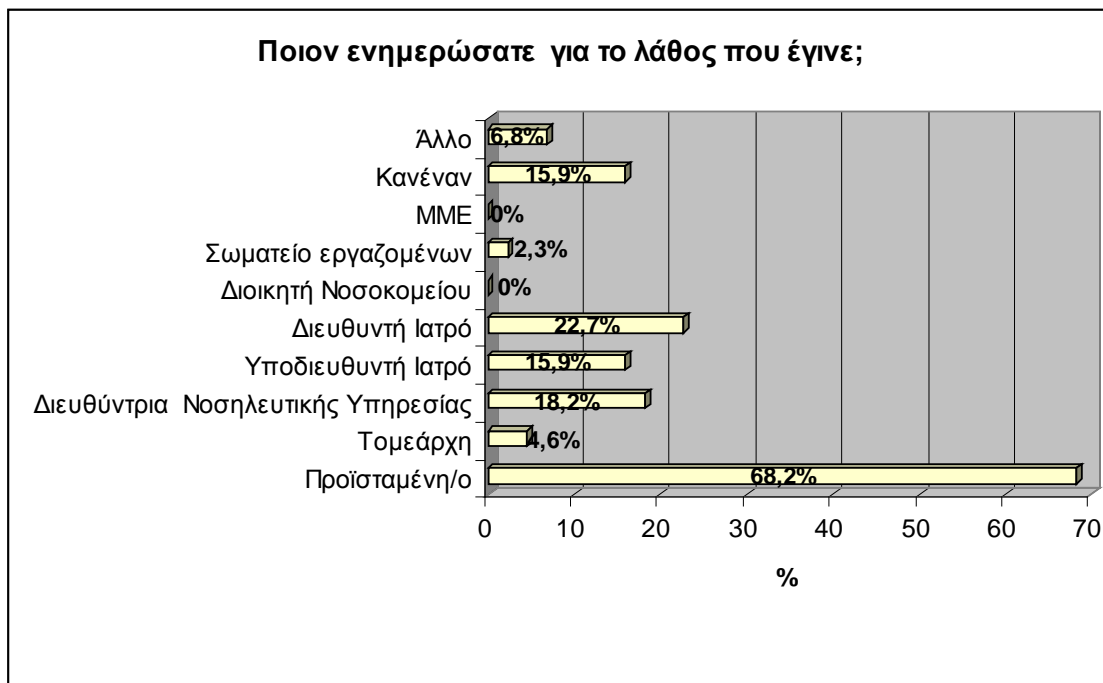
Ερώτηση 7



Ερώτηση 8



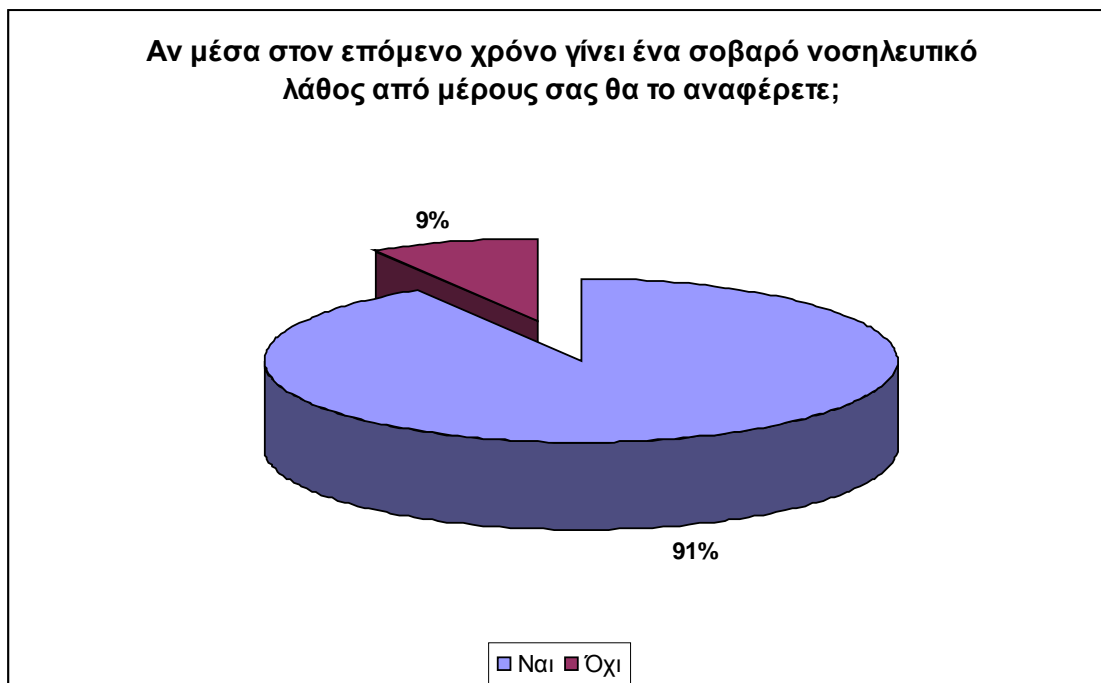
Ερώτηση 9



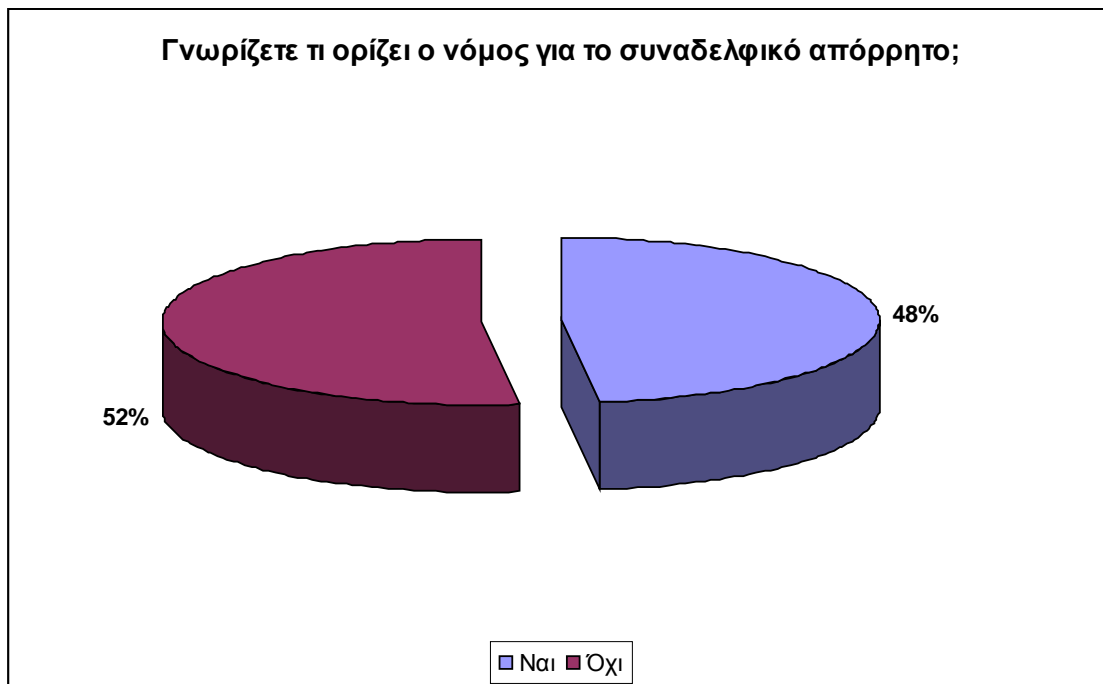
Ερώτηση 10



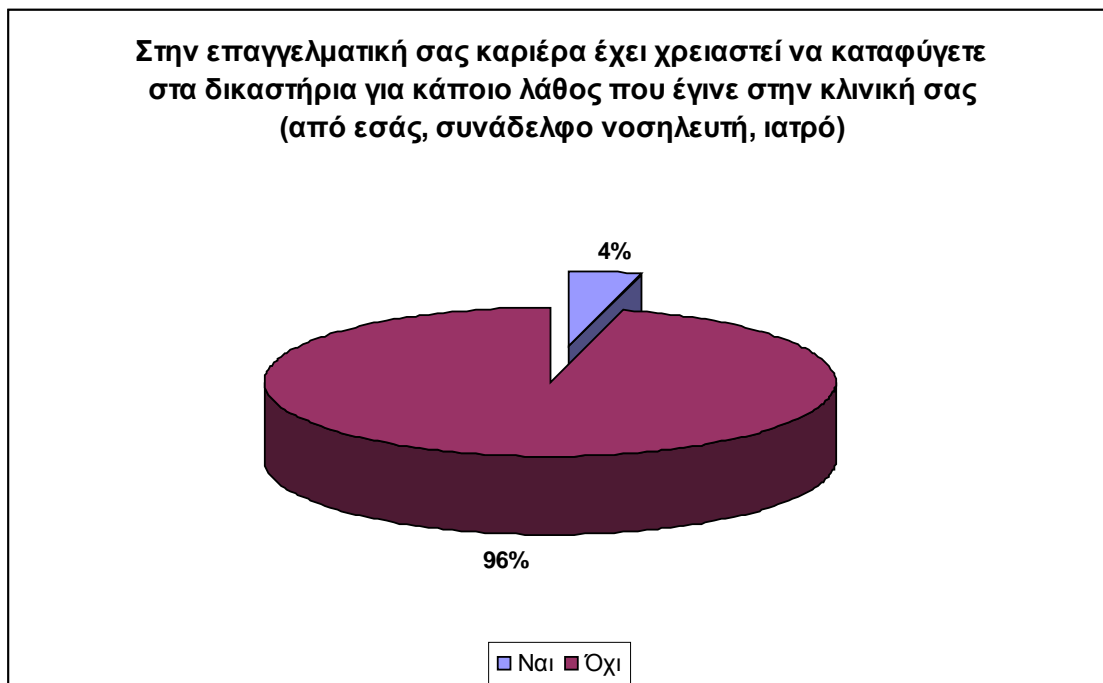
Ερώτηση 11



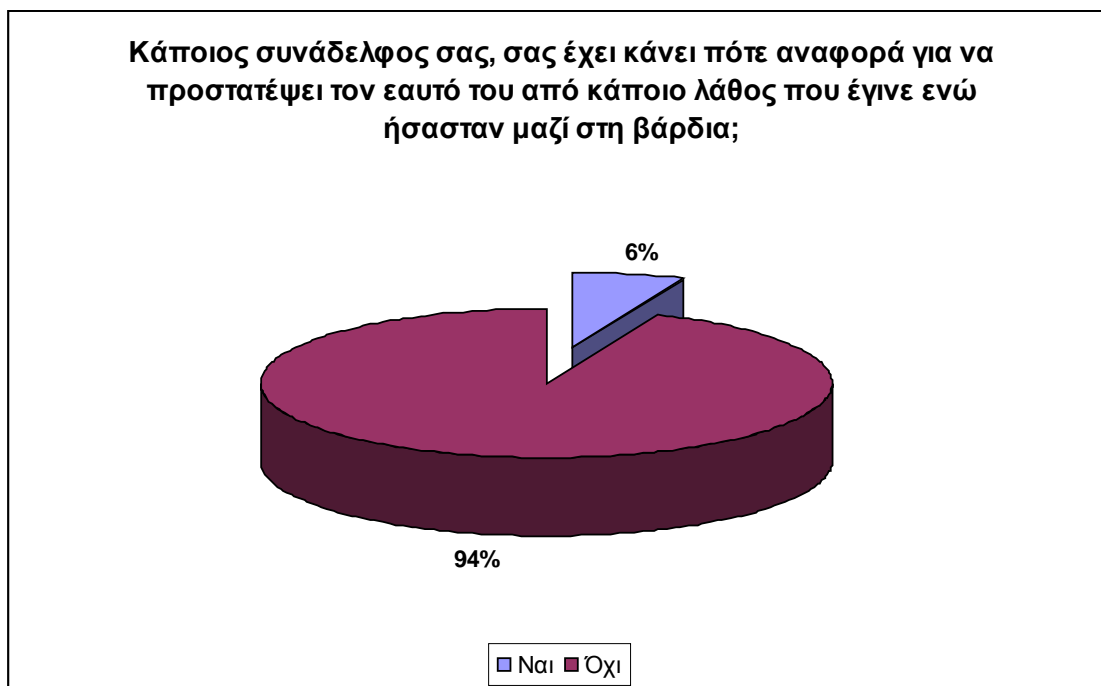
Ερώτηση 12



Ερώτηση 13



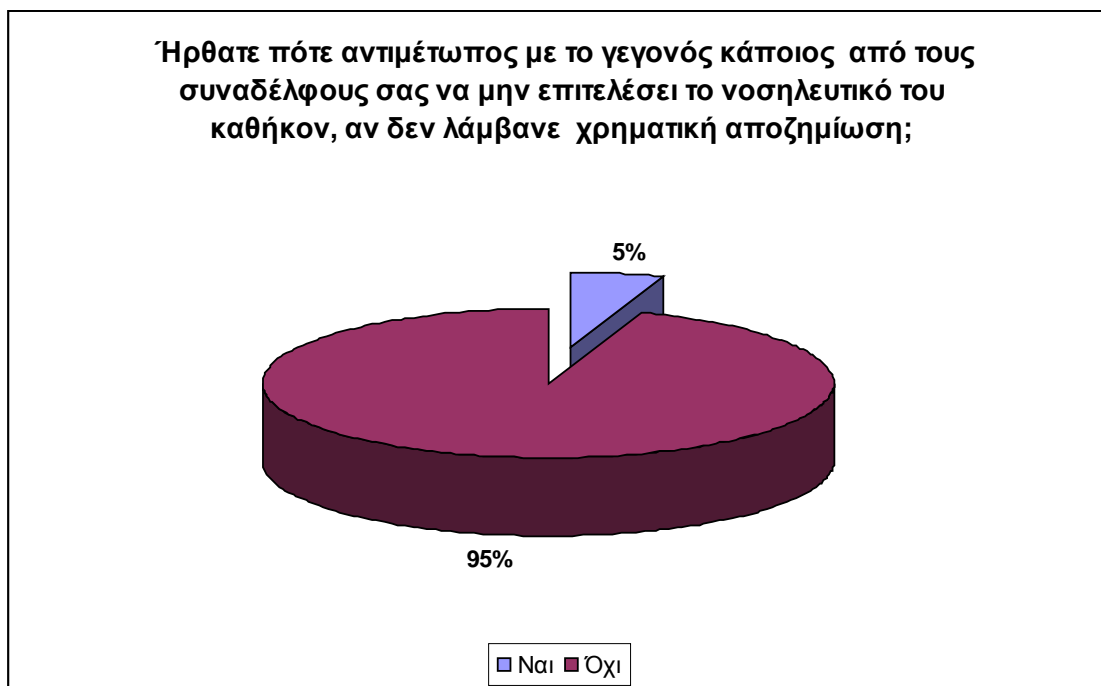
Ερώτηση 14



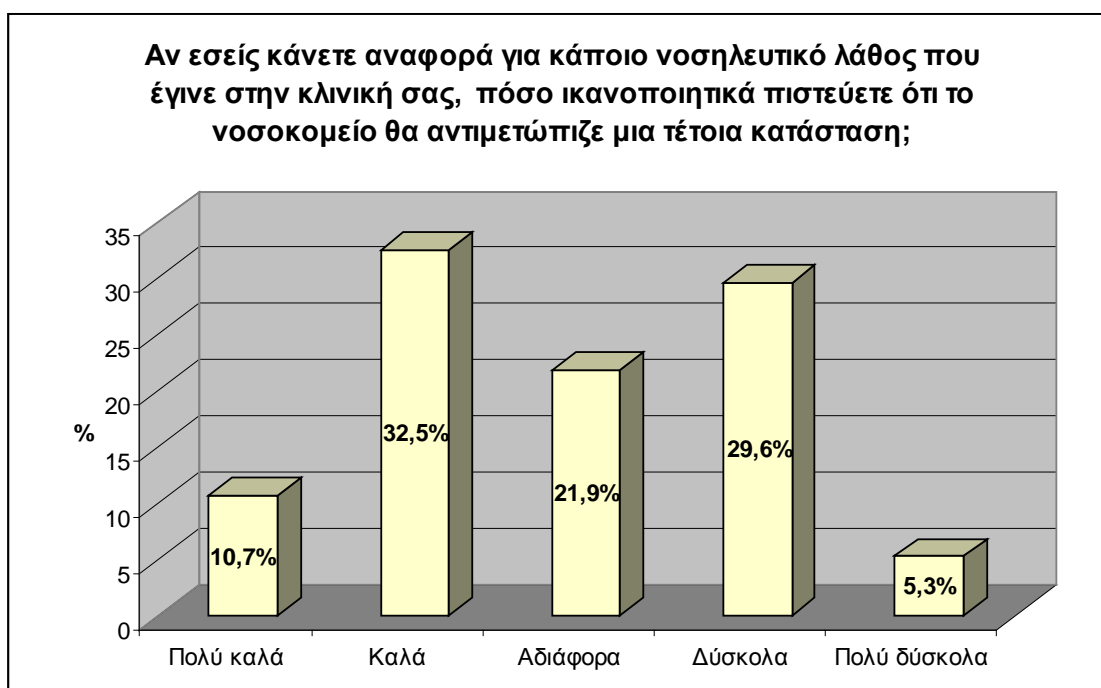
Ερώτηση 15



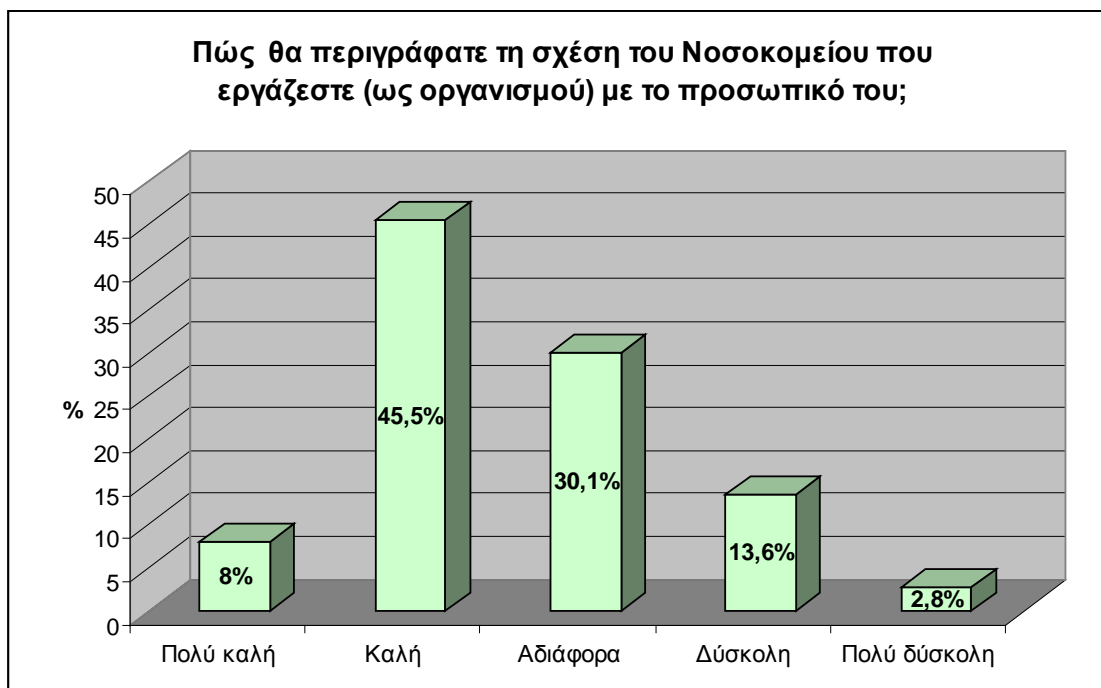
Ερώτηση 16



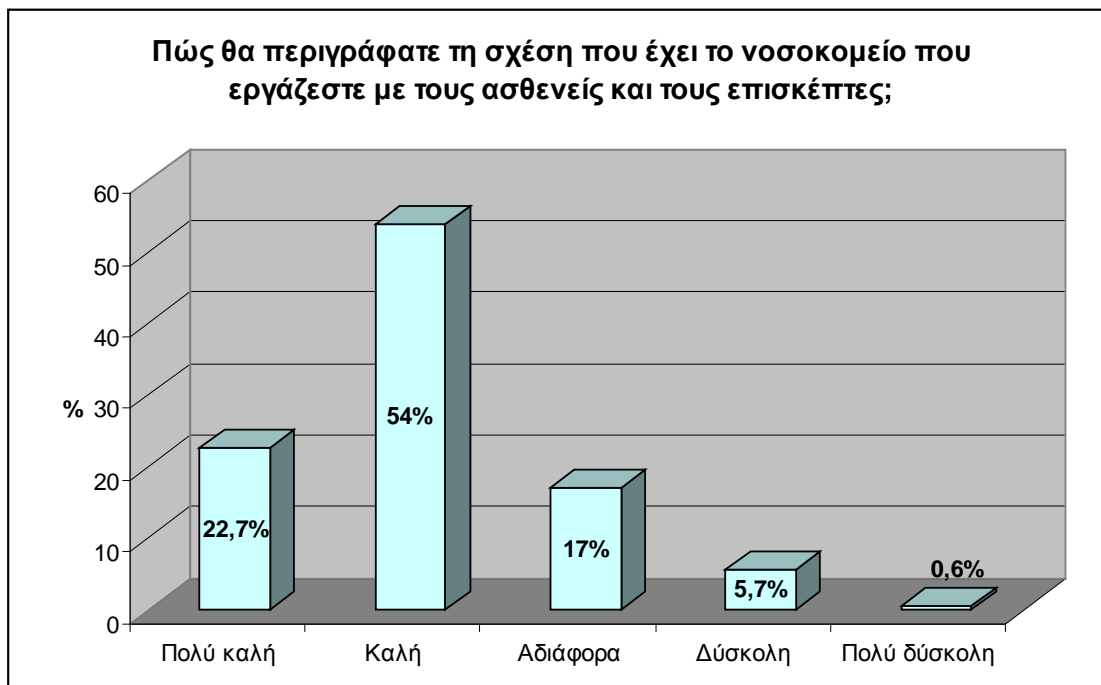
Ερώτηση 17



Ερώτηση 18



Ερώτηση 19



## 2.2 Περιγραφή των Δεδομένων ανά Νοσοκομείο

### 2.2.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Στη συνέχεια, δίνονται τα περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των δημογραφικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στη μελέτη ανά νοσοκομείο στο οποίο εργάζονται. Ειδικότερα, ως Νοσοκομείο «Α» ορίζεται το ΓΝ Σπάρτης, ως Νοσοκομείο «Β» το Παναρκαδικό ΓΝ Τρίπολης και ως Νοσοκομείο «Γ» το ΓΝ Μολάων. Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά που αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία. Προκειμένου να ελεγχθούν τυχόν διαφορές των δημογραφικών χαρακτηριστικών ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό των 3 νοσοκομείων εφαρμόστηκαν οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι. Έτσι, στην περίπτωση σύγκρισης του φύλου, προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του ποσοστού των αντρών/γυναικών μεταξύ των 3 διαφορετικών νοσοκομείων ( $X^2= 2,981$  και  $p\text{-value}= 0,225 > 0,05$ ). Επίσης, προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης ηλικίας του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των 3 νοσοκομείων (Ανάλυση Διακύμανσης κατά μία κατεύθυνση – ANOVA F-test= 2,832 και  $p\text{-value}= 0,062 > 0,05$ ). Παρακάτω, από τον στατιστικό έλεγχο δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της οικογενειακής κατάστασης ( $X^2= 2,788$  και  $p\text{-value}= 0,248 > 0,05$ ), καθώς και του εκπαιδευτικού επιπέδου του νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των 3 νοσοκομείων ( $X^2= 2,788$  και  $p\text{-value}= 0,360 > 0,05$ ). Αντίθετα, όσο αφορά στην επαγγελματική θέση υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των αναλογιών των διαφορετικών κατηγοριών επαγγέλματος μεταξύ των 3 νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες από το Γ.Ν Σπάρτης είναι στο 93,3% κλινικό νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ από τα άλλα 2 νοσοκομεία το ποσοστό είναι μικρότερο, 77,5% και 80% για το Παναρκαδικό ΓΝ Τρίπολης και το ΓΝ Μολάων αντίστοιχα, στα οποία ρωτήθηκαν και άτομα άλλης επαγγελματικής θέσης σε μεγαλύτερα ποσοστά. Το αποτέλεσμα του ελέγχου είναι στατιστικά σημαντικό ( $x^2= 2,788$  και  $p\text{-value} = 0,020 < 0,05$ ). Παράλληλα, προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της μέσης επαγγελματικής προϋπηρεσίας (σε έτη) του νοσηλευτικού μεταξύ των 3 νοσοκομείων (Ανάλυση Διακύμανσης κατά μία κατεύθυνση – ANOVA F-test= 0,497 και  $p\text{-value}= 0,610 > 0,05$ ).



Σημειώνεται πως για τις ανάγκες των στατιστικών ελέγχων, προκειμένου να υπάρχει επάρκεια συχνοτήτων σε κάθε κατηγορία, έγινε ομαδοποίηση κατηγοριών για τις μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική θέση. Ειδικότερα, η οικογενειακή κατάσταση περιλαμβάνει 2 κατηγορίες (1= αν το άτομο είναι άγαμο ή διαζευγμένο ή έχει χηρέψει και 2= αν το άτομο είναι έγγαμο). Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, κατηγοριοποιήθηκε σε 2 ομάδες (1= αν το άτομο είναι απόφοιτο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 2= αν το άτομο είναι απόφοιτο ΤΕΙ ή ΑΕΙ ή αν κατέχει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο). Όσον αφορά στην επαγγελματική θέση, έγινε κατηγοριοποίηση ως εξής: 1= αν το άτομο εργάζεται στον κλινικό χώρο και 2= αν το άτομο κατέχει «άλλη» θέση, δηλαδή αν είναι Διευθυντής/τρια ή Προϊστάμενος/μένη ή αν είναι Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος. Τα παραπάνω αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 4 και απεικονίζονται γραφικά στο Σχήμα 4.

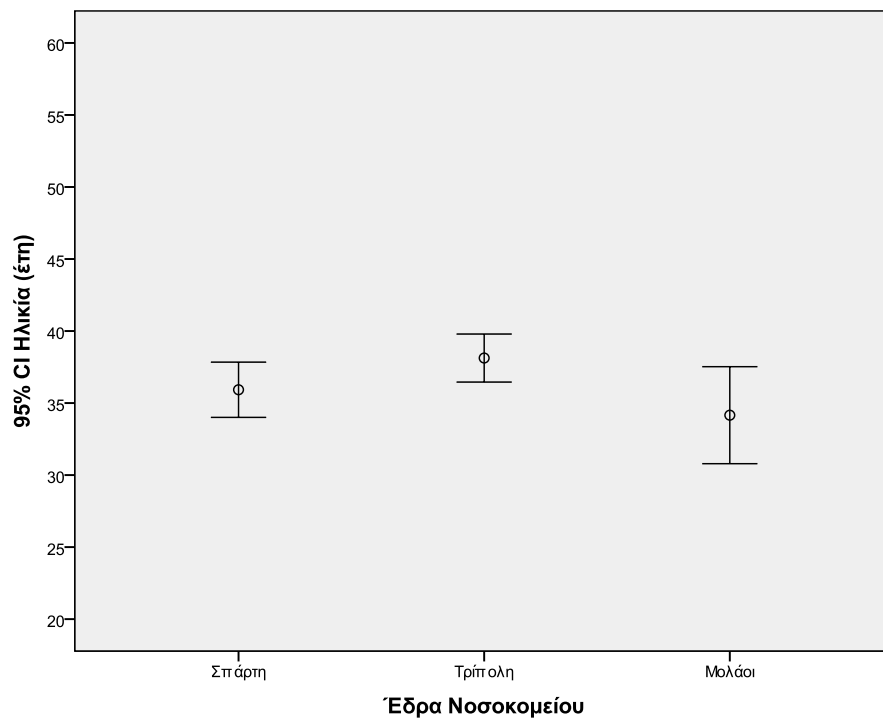
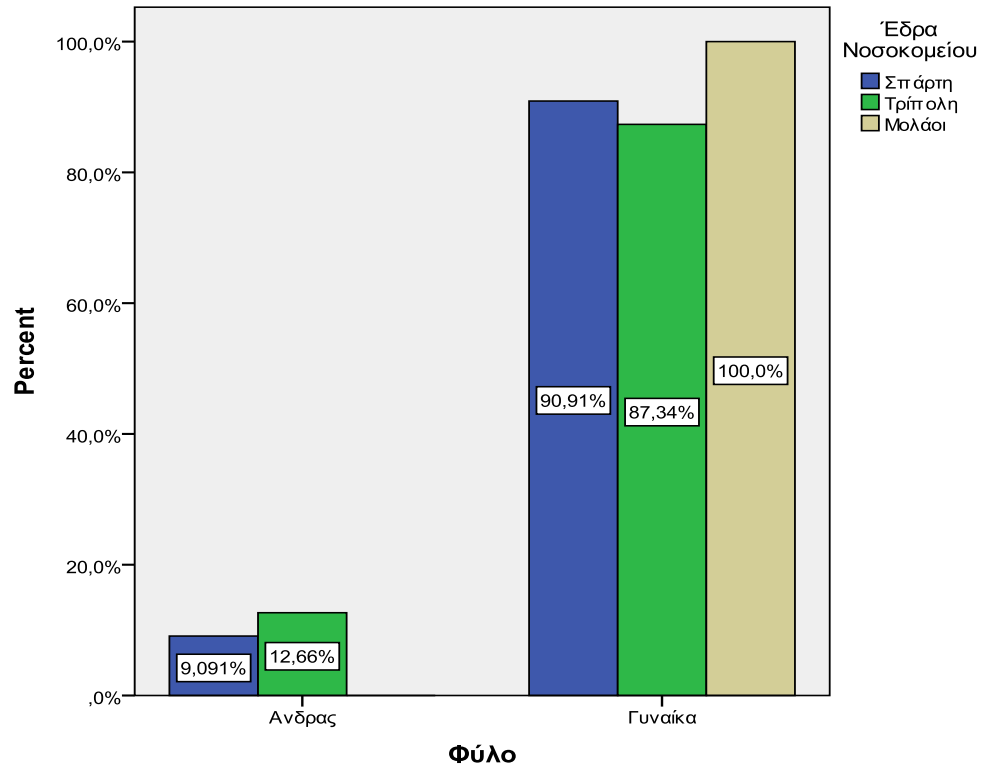
**Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά δημογραφικά στοιχεία του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα με την έδρα του νοσοκομείου**

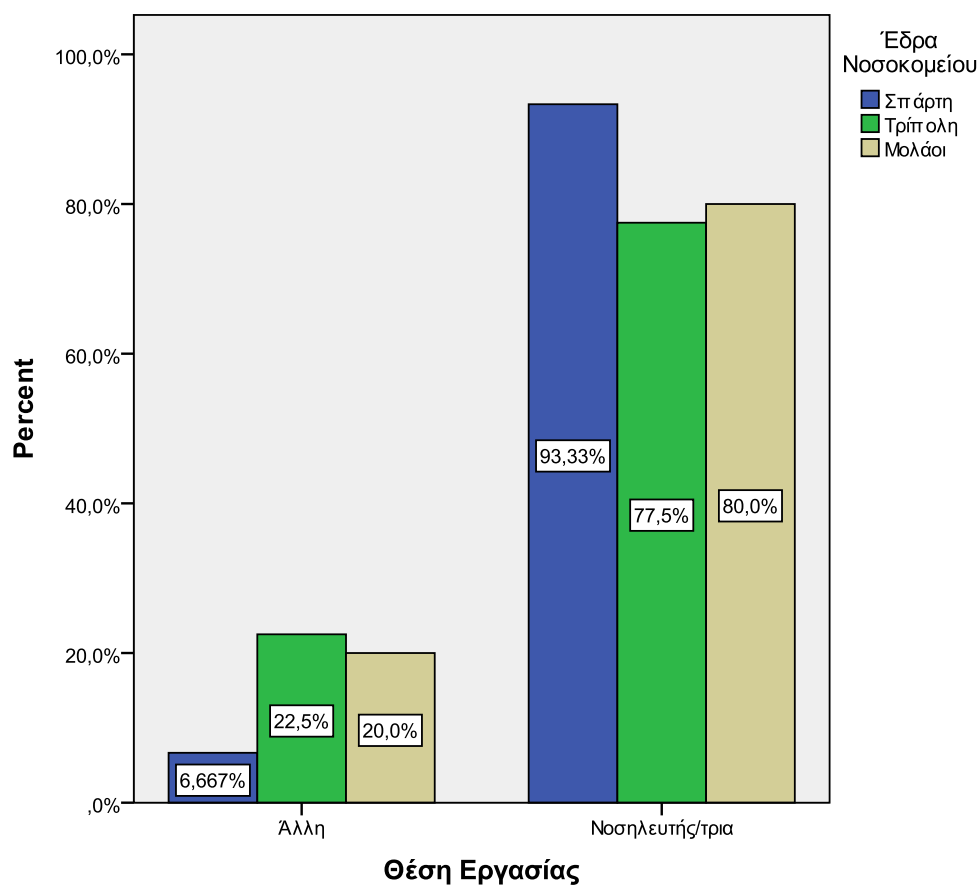
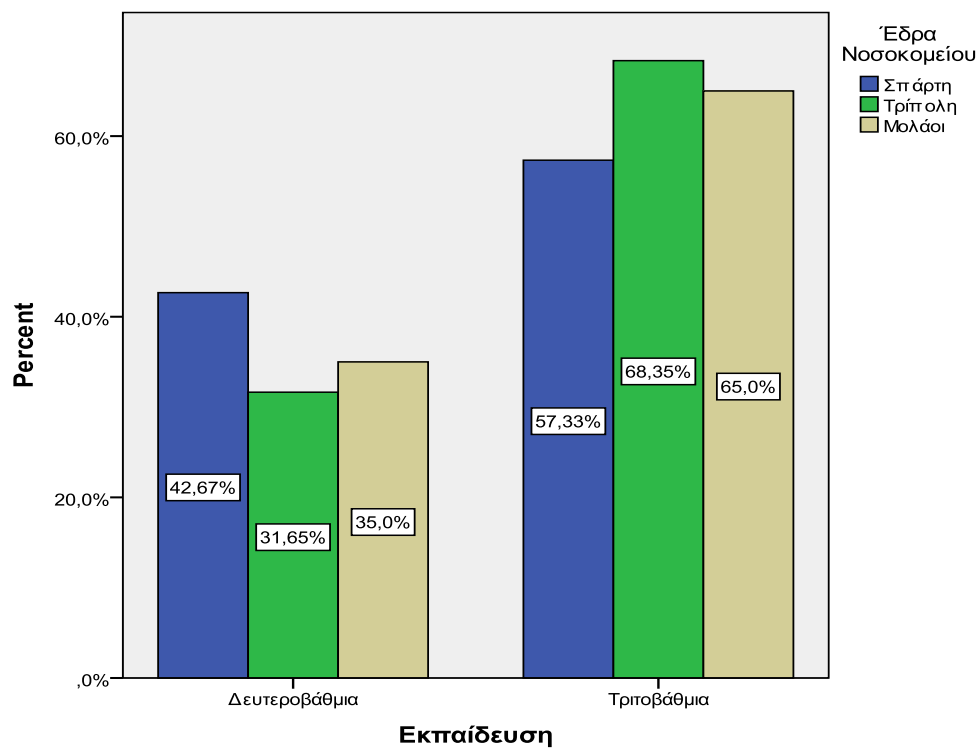
Δημογραφικά Στοιχεία	Έδρα Νοσοκομείου				Στατιστικός Έλεγχος
	A (n=77)	B (n=80)	Γ (n=20)	Σύνολο	
<b>Φύλο (n, %)</b>					
<i>Άντρας</i>	7 (9,1)	10 (12,7)	0 (0)	17	$X^2= 2,981$
<i>Γυναίκα</i>	70 (90,9)	69 (87,3)	20 (100,0)	159	$P= 0,225$
<b>Ηλικία</b> (έτη: μέση τιμή, SD)	35,9 (7,80)	38,1 (7,44)	34,2 (7,0)	36,8	ANOVA F- test=2,832 $P= 0,062$
<b>Οικογενειακή Κατάσταση (n, %)</b>					
<i>Άγαμος ή</i>	38 (49,4)	29 (36,3)	9 (45,0)	76	$X^2= 2,788$

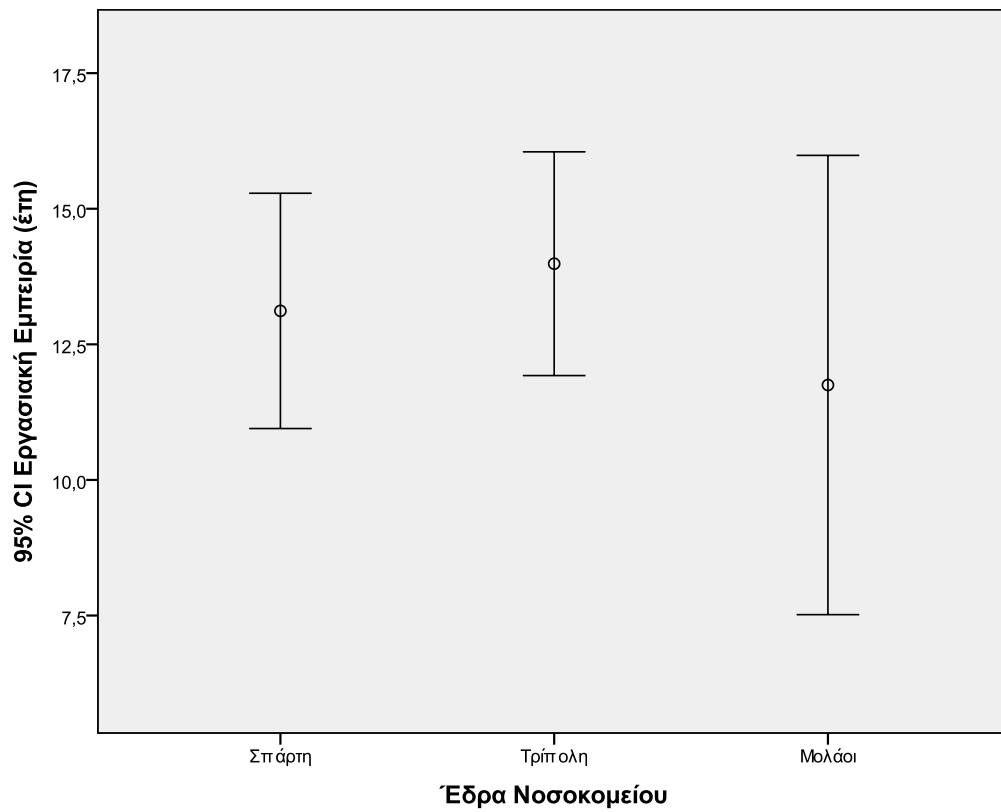
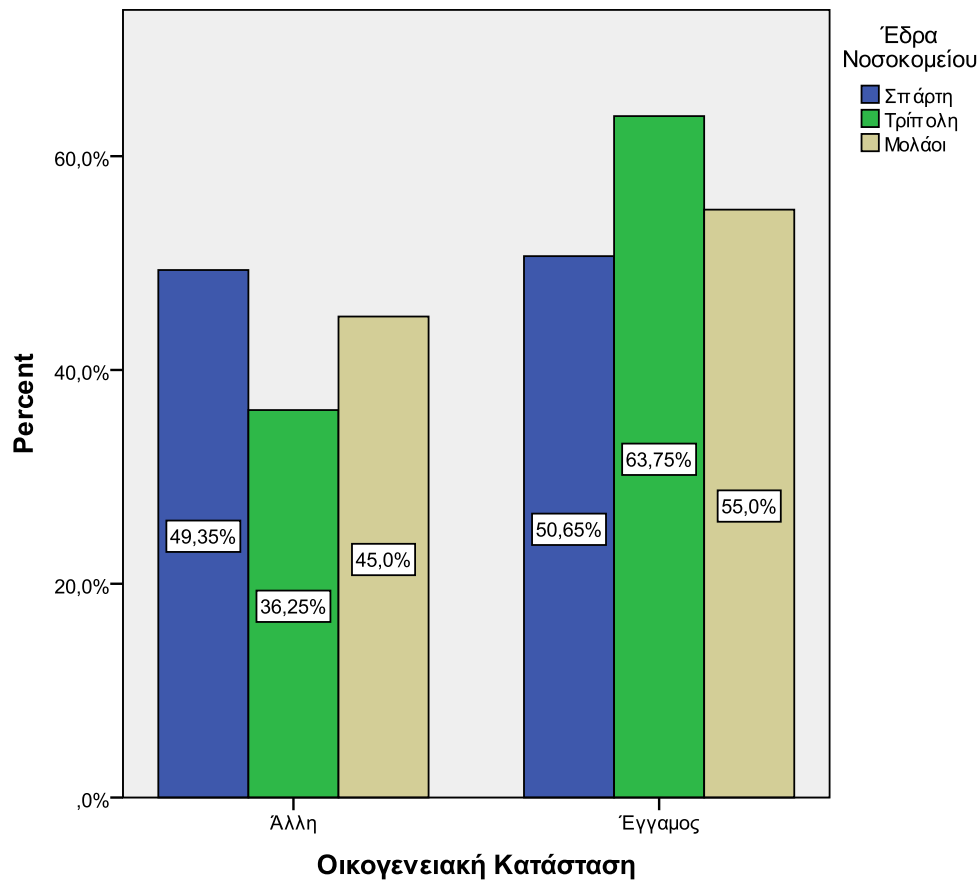
<i>Διαζευγμένος ή Χήρος</i>						P= 0,248
<i>Έγγαμος</i>	39 (50,6)	51 (63,8)	11 (55,0)	101		
<hr/>						
<b>Εκπαίδευση (n, %)</b>						
<i>Δευτεροβάθμια</i>	32 (42,7)	25 (31,6)	7 (35,0)	64		X <sup>2</sup> = 2,788
<i>Ανώτερη ή Ανώτατη</i>	43 (57,3)	54 (68,4)	13 (65,0)	110		P= 0,360
<hr/>						
<b>Επαγγελματική Θέση (n, %)</b>						
<i>Νοσηλεύτης/τρια</i>	70 (93,3)	62 (77,5)	16 (80,0)	148		X <sup>2</sup> = 7,799
<i>Άλλη</i>	5 (6,7)	18 (22,5)	4 (20,0)	27		p= 0,020*
<hr/>						
<b>Εργασιακή Εμπειρία (έτη: μέση τιμή, SD)</b>						ANOVA F- test=0,497 P= 0,610
	13,1 (8,40)	14,0 (8,97)	11,8 (7,9)	13,4		

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**Σχήμα 4. Γράφημα των δημογραφικών στοιχείων των νοσηλευτών ανάλογα με την έδρα του νοσοκομείου.**







## 2.2.2 Συσχέτιση των κυριότερων δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση, τις αντιλήψεις και συμπεριφορές του νοσηλευτικού προσωπικού αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο

Για τη συσχέτιση των διαφόρων ερωτήσεων αναφορικά με τη συνεργασία των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο και των δημογραφικών ποιοτικών χαρακτηριστικών, εφαρμόστηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  και όπου δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις ο έλεγχος Fisher's exact test. Για τη συσχέτιση με τα δημογραφικά ποσοτικά χαρακτηριστικά, εφαρμόστηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test, καθώς και ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney, Kruskal-Wallis και Spearman.

Από τον Πίνακα 5 παρατηρείται πως προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , δηλαδή  $p\text{-value} < 0,05$ ) της έδρας του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες στη μελέτη με τις ακόλουθες:

- Συσχέτιση της έδρας του νοσοκομείου με την ενημέρωση του Προϊστάμενου/νης για το λάθος που έγινε. Ειδικότερα, προκύπτει ότι το 100% των ατόμων του δείγματος που εργάζονται στο Γ.Ν Σπάρτης ενημέρωσαν την Προϊστάμενη για το λάθος που έγινε. Επίσης, μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολης το 60,9% απάντησε ότι ενημέρωσε την Προϊστάμενη, ενώ μόνο το 28,6% των εργαζομένων στο Γ.Ν Μολάων δήλωσε πως ενημέρωσε την Προϊστάμενη. Η διαφορά των αναλογιών της έδρας του νοσοκομείου και της ενημέρωσης της Προϊστάμενης για το λάθος που έγινε είναι στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test  $p\text{-value} = 0,001 < 0,05$ ).
- Συσχέτιση της έδρας του νοσοκομείου με την ερώτηση 17 «*Αν εσείς κάνετε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική σας, πόσο ικανοποιητικά πιστεύετε ότι το νοσοκομείο θα αντιμετωπίζε μια τέτοια κατάσταση;*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η διάμεση τιμή των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 17 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των 3 διαφορετικών νοσοκομείων. Από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Γ.Ν Μολάων θεωρεί ότι αν έκανε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική του ότι το νοσοκομείο θα αντιμετωπίζε μια τέτοια κατάσταση «δύσκολα». Όσοι εργάζονται στο Γ.Ν Σπάρτης θεωρούν ότι το νοσοκομείο θα ήταν «αδιάφορο» σε μια τέτοια κατάσταση, ενώ όσοι εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολη πιστεύουν ότι το νοσοκομείο θα το

αντιμετώπιζε «καλά». Η διαφορά των διαμέσων τιμών στις απαντήσεις της ερώτησης 17 και της έδρας του νοσοκομείου είναι στατιστικά σημαντική (Kruskal-Wallis p-value= 0,026< 0,05).

- Συσχέτιση της έδρας του νοσοκομείου με την ερώτηση 19 «*Πώς θα περιγράφατε τη σχέση που έχει το νοσοκομείο που εργάζεστε με τους ασθενείς και τους επισκέπτες;*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η διάμεση τιμή των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 19 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των 3 διαφορετικών νοσοκομείων. Από τον Πίνακα 5 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Γ.Ν Σπάρτης θεωρεί ότι η σχέση του νοσοκομείου που εργάζεται έχει «καλή» έως και «αδιάφορη» σχέση με τους ασθενείς και επισκέπτες. Από την άλλη, όσοι εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολης και στο Γ.Ν Μολάων, πιστεύουν ότι η σχέση του νοσοκομείου με τους ασθενείς και επισκέπτες κυμαίνεται από «καλή» έως και «πολύ καλή». Η διαφορά στο εύρος των απαντήσεων της ερώτησης 19 και της έδρας του νοσοκομείου είναι στατιστικά σημαντική (Kruskal-Wallis p-value= 0,009< 0,05).

Επομένως, αυτό που προκύπτει σαν γενικό συμπέρασμα από τις συσχετίσεις της έδρας του νοσοκομείου με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζονται στο Γ.Ν. Σπάρτης ενημερώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την Προϊστάμενη τους σε περίπτωση λάθους σε σχέση με τα 2 άλλα νοσοκομεία. Ακόμα, οι εργαζόμενοι στο Γ.Ν Μολάων θεωρούν ότι αν έκαναν αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική τους ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση «δύσκολα». Από την άλλη, όσοι εργάζονται στο Γ.Ν Σπάρτης θεωρούν ότι το νοσοκομείο θα ήταν «αδιάφορο» σε μια τέτοια κατάσταση, ενώ όσοι εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολης πιστεύουν ότι το νοσοκομείο θα το αντιμετώπιζε «καλά». Επιπλέον, προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Γ.Ν Σπάρτης θεωρούν ότι η σχέση του νοσοκομείου που εργάζονται έχει «καλή» έως και «αδιάφορη» σχέση με τους ασθενείς και επισκέπτες. Από την άλλη, όσοι εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολης και στο Γ.Ν Μολάων, πιστεύουν ότι η σχέση του νοσοκομείου με τους ασθενείς και επισκέπτες κυμαίνεται από «καλή» έως και «πολύ καλή».

Οι παραπάνω διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (p-value< 0,05) και τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 5 και απεικονίζονται στο Σχήμα 5. Αναφορικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκαν οι

αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι, ωστόσο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναλογίες της έδρας του νοσοκομείου μεταξύ των απαντήσεων περί συνεργασίας των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, όπως και περί της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο.

**Πίνακας 5. Πίνακας συσχέτισης μεταξύ της έδρας του νοσοκομείου και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη συνεργασία των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, όπως και τη σχέση τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.**

Βασικό Ερωτηματολόγιο	Έδρα Νοσοκομείου				Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
	A (n=77)	B (n=80)	Γ (n=20)			
<b>Ερώτηση 7</b>						
Όχι	51 (66,2)	50 (62,5)	11 (55,0)	112	X <sup>2</sup> = 0,900	
Ναι	26 (33,8)	30 (37,5)	9 (45,0)	65	p= 0,638	
<b>Ερώτηση 8</b>						
Όχι	51 (66,2)	63 (78,8)	13 (65,0)	127	X <sup>2</sup> = 3,540	
Ναι	26 (33,8)	17 (21,3)	7 (35,0)	50	p= 0,170	
<b>Ερώτηση 9</b>						
Προϊσταμένος/η					Fisher's exact test p-value=	
Όχι	0 (0)	9 (39,1)	5 (71,4)	14	0,001*	
Ναι	<b>14 (100)</b>	<b>14 (60,9)</b>	<b>2 (28,6)</b>	30		
Τομέαρχης					Fisher's exact test p-value=	
Όχι	14 (100)	21 (91,3)	7 (100)	42	0,660	
Ναι	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	2		
Διευθύντριας/τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας					Fisher's exact test p-value= 0,510	



	Όχι	11 (78,6)	18 (78,3)	7 (100)	36	
	Ναι	3 (21,4)	5 (21,7)	0 (0)	8	
<b>Αναπληρωτής</b>						
<b>Διευθυντής Ιατρός</b>						Fisher's exact
	Όχι	13 (92,9)	18 (78,3)	6 (85,7)	37	test p-value=
	Ναι	1 (7,1)	5 (21,7)	1 (14,3)	7	0,647
<b>Διευθυντής Ιατρός</b>						Fisher's exact
	Όχι	10 (71,4)	17 (73,9)	7 (100)	34	test p-value=
	Ναι	4 (28,6)	6 (26,1)	0 (0)	10	0,343

#### Ερώτηση 10

	Όχι	17 (50,0)	10 (33,3)	6 (66,7)	33	Fisher's exact
	Ναι	8 (23,5)	8 (26,7)	2 (22,2)	18	test p-value=
	Δεν γνωρίζει	9 (26,5)	12 (40,0)	1 (11,1)	22	0,389

#### Ερώτηση 11

	Όχι	6 (7,8)	6 (7,6)	3 (15,0)	15	$X^2 = 1,216$
	Ναι	71 (92,2)	73 (92,4)	17 (85,0)	161	$p = 0,544$

#### Ερώτηση 12

	Όχι	46 (60,5)	33 (42,9)	11 (55,0)	90	$X^2 = 4,865$
	Ναι	30 (39,5)	44 (57,1)	9 (45,0)	83	$p = 0,088$

#### Ερώτηση 13

	Όχι	72 (94,7)	71 (95,9)	20 (100)	163	Fisher's exact
	Ναι	4 (5,3)	3 (4,1)	0 (0)	7	test p-value=
						0,873

#### Ερώτηση 14

	Όχι	70 (93,3)	70 (92,1)	20 (100)	160	Fisher's exact
	Ναι	5 (6,7)	6 (7,9)	0 (0)	11	test p-value=

0,646

**Ερώτηση 15**

Όχι	37 (49,3)	43 (58,1)	8 (47,1)	88	$X^2= 1,421$
Ναι	38 (50,7)	31 (41,9)	9 (52,9)	78	$p= 0,491$

**Ερώτηση 16**

Όχι	70 (92,1)	73 (96,1)	19 (100)	162	Fisher's exact
Ναι	6 (7,9)	3 (3,9)	0 (0)	9	test p-value= 0,429

**Ερώτηση 17**

Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	<b>3 (2 – 4)</b>	<b>2 (2 – 4)</b>	<b>4 (3 – 4)</b>	3 (2 – 4)	Kruskal-Wallis p-value= 0,026*
----------------------------------	------------------	------------------	------------------	-----------	-----------------------------------

**Ερώτηση 18**

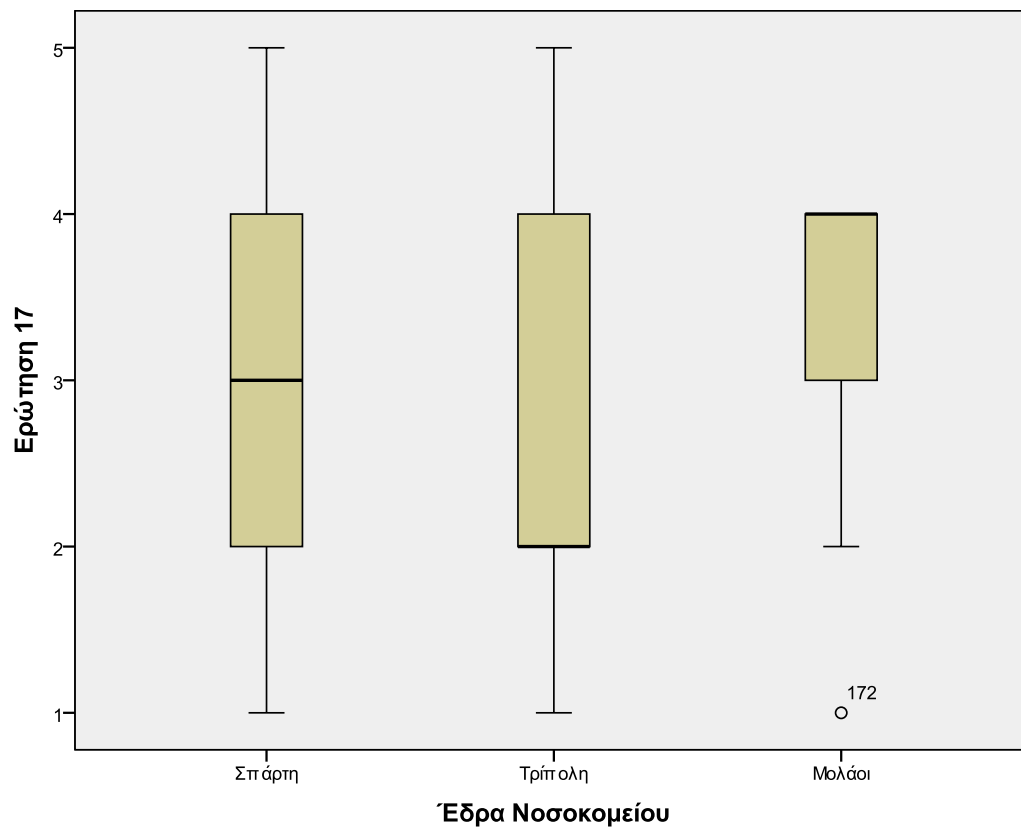
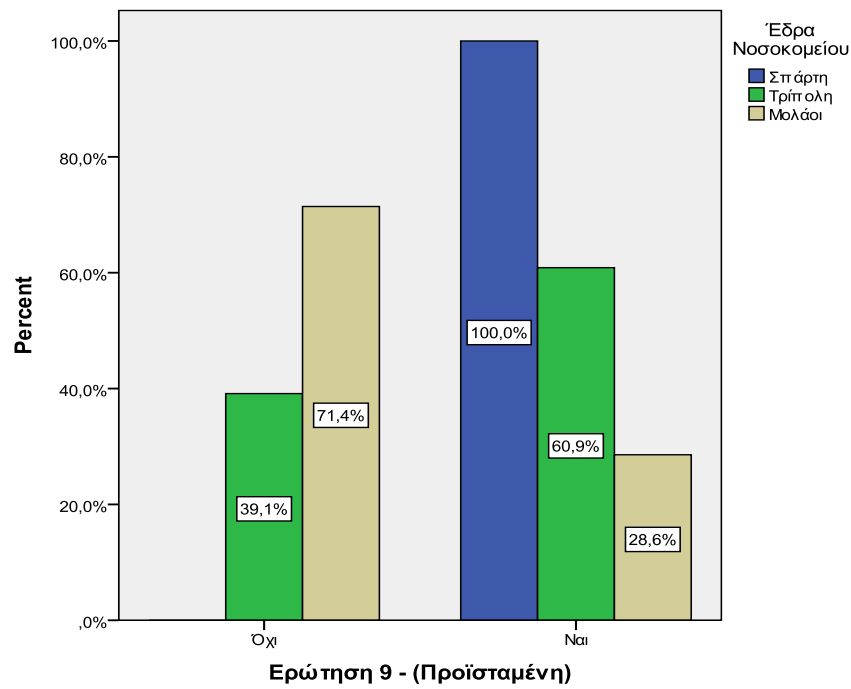
Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	2 (2 – 3)	2 (2 – 3)	3 (2 – 3)	2 (2 – 3)	Kruskal-Wallis p-value= 0,173
----------------------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------------------------------

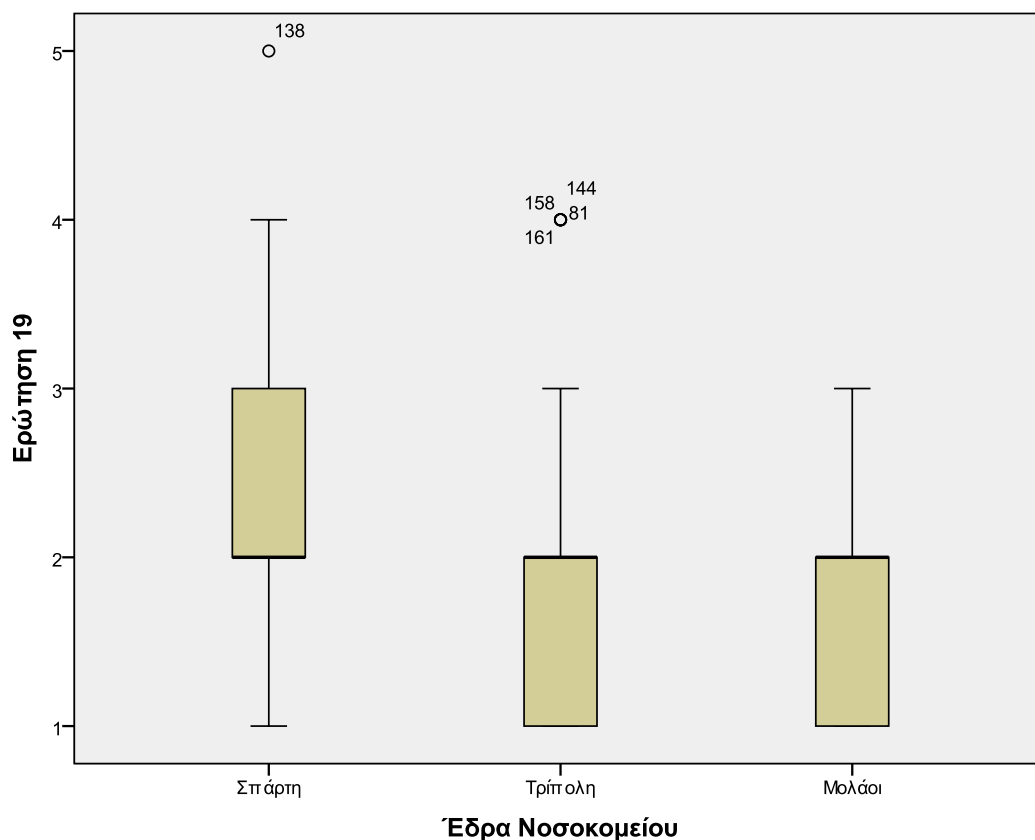
**Ερώτηση 19**

Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	<b>2 (2 – 3)</b>	<b>2 (1- 2)</b>	<b>2 (1 – 2)</b>	2 (2 – 2)	Kruskal-Wallis p-value= 0,009*
----------------------------------	------------------	-----------------	------------------	-----------	-----------------------------------

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**Σχήμα 5. Ραβδόγραμμα των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση των ατόμων αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο, ανά έδρα του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται.**





1= Πολύ καλά, 2= Καλά, 3= Αδιάφορα, 4= Δύσκολα και 5= Πολύ δύσκολα  
 Από τον Πίνακα 6 προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , δηλαδή  $p\text{-value} < 0,05$ ) του φύλου στο οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες στη μελέτη με τις ακόλουθες:

- Συσχέτιση του φύλου με την ενημέρωση της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για το λάθος που έγινε. Ειδικότερα, προκύπτει ότι το 62,5% των γυναικών του δείγματος ενημέρωσαν την Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για το λάθος που έγινε, σε αντίθεση με το 37,5% των αντρών. Η διαφορά των αναλογιών του φύλου και της ενημέρωσης της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για το λάθος που έγινε είναι στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test  $p\text{-value} = 0,035 < 0,05$ ).

Επομένως, αυτό που προκύπτει σαν γενικό συμπέρασμα από τις συσχετίσεις του φύλου με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι από το νοσηλευτικό προσωπικό οι γυναίκες ενημερώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε περίπτωση λάθους σε σχέση με τους άνδρες.

Η παραπάνω διαφορά είναι η μόνη που προκύπτει στατιστικά σημαντική σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ( $p\text{-value} < 0,05$ ) και τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά

στον Πίνακα 6 και απεικονίζονται στο Σχήμα 6. Αναφορικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι, ωστόσο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναλογίες του φύλου μεταξύ των απαντήσεων περί συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και περί της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο.

**Πίνακας 6. Πίνακας συσχέτισης μεταξύ του φύλου και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη συνεργασία των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, όπως και τη σχέση τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.**

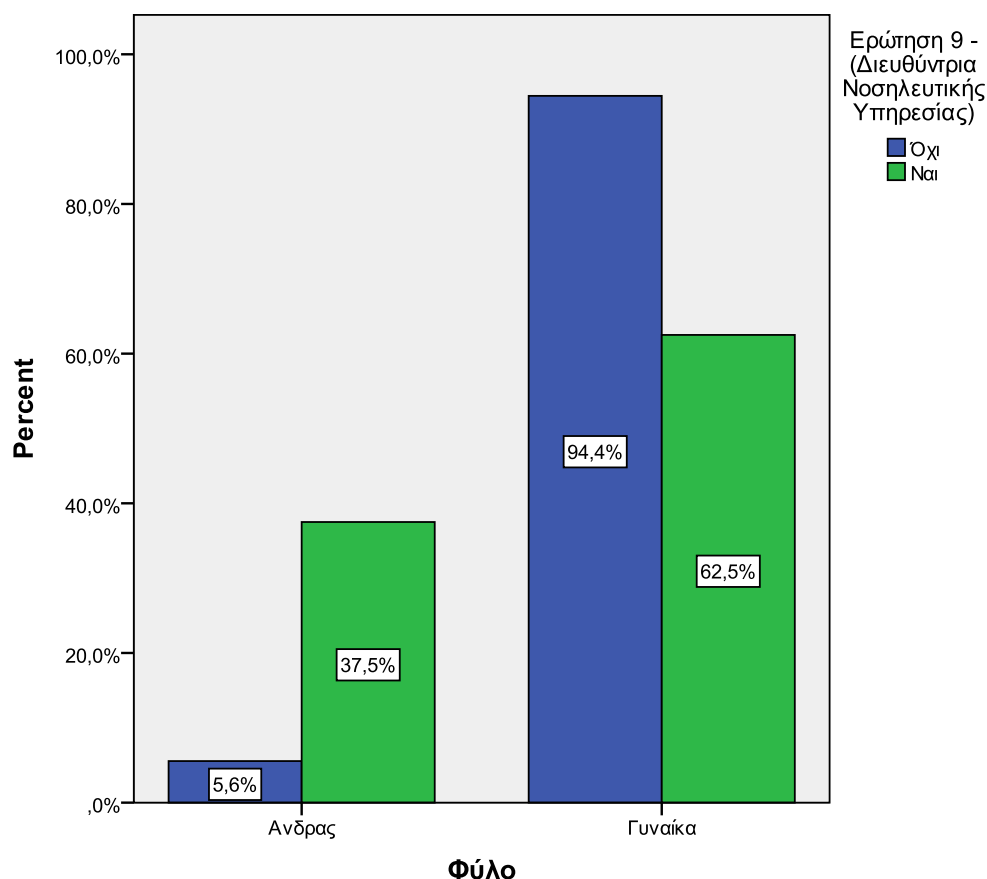
Βασικό Ερωτηματολόγιο	Φύλο		Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
	Άνδρες (n=17)	Γυναίκες (n=159)		
<b>Ερώτηση 7</b>				
Όχι	9 (8,1)	102 (91,9)	111	X <sup>2</sup> = 0,829 p= 0,363
Ναι	8 (12,3)	57 (87,7)	65	
<b>Ερώτηση 8</b>				
Όχι	12 (9,5)	114 (90,5)	126	Fisher's exact test p- value> 0,999
Ναι	5 (10,0)	45 (90,0)	50	
<b>Ερώτηση 9</b>				
Προϊστάμενος/η				Fisher's exact test p- value> 0,999
Όχι	1 (7,1)	13 (92,9)	14	
Ναι	4 (13,3)	26 (86,7)	30	
Τομεάρχης				Fisher's exact test p- value= 0,217
Όχι	4 (9,5)	38 (90,5)	42	
Ναι	1 (50,0)	1 (50,0)	2	
Διευθύντης/τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας				Fisher's exact test p- value= 0,035*

	Όχι	2 (5,6)	34 (94,4)	36	
	Ναι	<b>3 (37,5)</b>	<b>5 (62,5)</b>	8	
Αναπληρωτής					
Διευθυντής Ιατρός					
	Όχι	4 (10,8)	33 (89,2)	37	Fisher's exact test p-value > 0,999
	Ναι	1 (14,3)	6 (85,7)	7	
Διευθυντής Ιατρός					
	Όχι	2 (5,9)	32 (94,1)	34	Fisher's exact test p-value = 0,069
	Ναι	3 (30,0)	7 (70,0)	10	
<hr/>					
<b>Ερώτηση 10</b>					
	Όχι	2 (6,1)	31 (93,9)	33	
	Ναι	2 (11,1)	16 (88,9)	18	Fisher's exact test p-value = 0,600
	Δεν γνωρίζει	3 (13,6)	19 (86,4)	22	
<hr/>					
<b>Ερώτηση 11</b>					
	Όχι	2 (13,3)	13 (86,7)	15	Fisher's exact test p-value = 0,642
	Ναι	15 (9,3)	146 (90,7)	161	
<hr/>					
<b>Ερώτηση 12</b>					
	Όχι	6 (6,7)	83 (93,3)	89	$X^2 = 2,044$
	Ναι	11 (13,3)	72 (86,7)	83	p = 0,202
<hr/>					
<b>Ερώτηση 13</b>					
	Όχι	17 (10,5)	145 (89,5)	162	Fisher's exact test p-value = 0,469
	Ναι	0 (0)	7 (100)	7	
<hr/>					
<b>Ερώτηση 14</b>					
	Όχι	16 (10,1)	143 (89,9)	159	Fisher's exact test p-value > 0,999
	Ναι	1 (9,1)	10 (90,9)	11	
<hr/>					

<b>Ερώτηση 15</b>					
Όχι	8 (9,1)	80 (90,9)	88	$X^2= 0,079$	
Ναι	8 (10,4)	69 (89,6)	77	$p= 0,798$	
<b>Ερώτηση 16</b>					
Όχι	14 (8,7)	147 (91,3)	161	Fisher's exact test p-	
Ναι	1 (11,1)	8 (88,9)	9	value= 0,574	
<b>Ερώτηση 17</b>					
Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	Mann-Whitney test p-value= 0,991	
<b>Ερώτηση 18</b>					
Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	3 (2 – 3,5)	2 (2 – 3)	2 (2 – 3)	Mann-Whitney test p-value= 0,601	
<b>Ερώτηση 19</b>					
Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	2 (1,5 – 2)	2 (2- 2)	2 (2 – 2)	Mann-Whitney test p-value= 0,616	

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**Σχήμα 6. Ραβδόγραμμα των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση των ατόμων αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο, ανά φύλο.**



Από τον Πίνακα 7 προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , δηλαδή  $p\text{-value} < 0,05$ ) της ηλικίας των συμμετεχόντων στη μελέτη με τις ακόλουθες:

- Συσχέτιση της ηλικίας με την ερώτηση 13 «*Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγετε στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική σας (από εσάς, συνάδελφο νοσηλευτή, ιατρό);*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η μέση τιμή της ηλικίας των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 13 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των 2 διαφορετικών απαντήσεων. Από τον Πίνακα 7 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απάντησε θετικά στην ερώτηση 13 έχει κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ηλικία (42 έτη) σε σχέση με τα άτομα που απάντησαν αρνητικά. Η διαφορά της μέσης τιμής της ηλικίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει χρειαστεί να καταφύγει στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους σε σχέση με τη μέση τιμή της ηλικίας όσων



δεν έχει χρειαστεί κάτι ανάλογο, είναι στατιστικά σημαντική (t-test p-value= 0,006< 0,05).

- Συσχέτιση της ηλικίας με την ερώτηση 16 «*Ήρθατε ποτέ αντιμέτωπος με το γεγονός κάποιος από τους συναδέλφους σας να μην επιτελέσει το νοσηλευτικό του καθήκον, αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση;*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η μέση τιμή της ηλικίας των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 16 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των 2 διαφορετικών απαντήσεων. Από τον Πίνακα 7 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απάντησε θετικά στην ερώτηση 16 έχει κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ηλικία (42,3 έτη) σε σχέση όσα άτομα απάντησαν αρνητικά. Η διαφορά της μέσης τιμής της ηλικίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει έρθει αντιμέτωπος με συνάδελφό τους που αρνούνταν να επιτελέσει το νοσηλευτικό του καθήκον αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση, σε σχέση με τη μέση τιμή της ηλικίας όσων δεν έχουν αντιμετωπίσει κάτι ανάλογο, είναι στατιστικά σημαντική (t-test p-value= 0,023< 0,05).

Επομένως, αυτό που προκύπτει σαν γενικό συμπέρασμα από τις συσχετίσεις της ηλικίας με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει χρειαστεί να καταφύγει στη δικαιοσύνη για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει έρθει αντιμέτωπο με συνάδελφό του που αρνούνταν να επιτελέσει το νοσηλευτικό του καθήκον αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας.

Οι παραπάνω διαφορές προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (p-value< 0,05) και τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 7 και απεικονίζονται στο Σχήμα 7. Αναφορικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι, ωστόσο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναλογίες της ηλικίας μεταξύ των απαντήσεων περί συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και περί της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο.

**Πίνακας 7. Πίνακας συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και τη σχέση τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.**

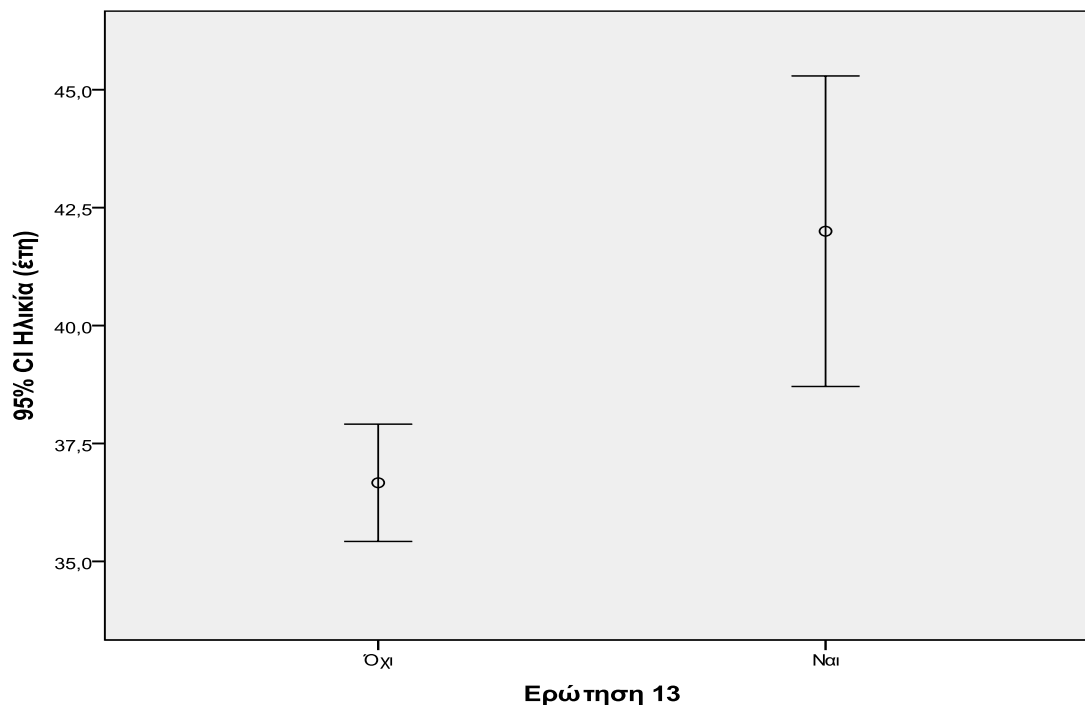
Ηλικία σε έτη	Μέση Τιμή (ΣΑ)		Στατιστικός Έλεγχος
	Βασικό Ερωτηματολόγιο		
	Όχι	Ναι	
<b>Ερώτηση 7</b>	36,2 (7,85)	37,7 (7,23)	t-test= -1,220 p-value= 0,224
<b>Ερώτηση 8</b>	36,4 (7,91)	37,8 (6,83)	t-test= -1,051 p-value= 0,295
<b>Ερώτηση 9</b>			
<i>Προϊστάμενος/η</i>	41,7 (7,94)	37,4 (6,47)	t-test= 1,875 p-value= 0,068
<i>Τομέαρχης</i>	38,9 (7,25)	38,0 (8,49)	t-test= 1,171 p-value= 0,865
<i>Διευθυντής/τρια</i>			
<i>Νοσηλευτικής</i>	38,3 (7,20)	41,1 (7,16)	t-test= -0,991 p-value= 0,328
<i>Υπηρεσίας</i>			
<i>Αναπληρωτής</i>			
<i>Διευθυντής Ιατρός</i>	39,2 (7,28)	37,1 (7,03)	t-test= 0,686 p-value= 0,496
<i>Διευθυντής Ιατρός</i>	38,9 (7,68)	38,6 (5,68)	t-test= 0,128 p-value= 0,899
<b>Ερώτηση 10</b>	39,3 (7,48)	35,8 (7,29)	t-test= 1,575 p-value= 0,122
<b>Ερώτηση 11</b>	34,6 (7,14)	37,0 (7,66)	t-test= -1,097 p-value= 0,274
<b>Ερώτηση 12</b>	36,1 (7,41)	37,4 (7,89)	t-test= -1,048 p-value= 0,296
<b>Ερώτηση 13</b>	<b>36,7 (7,71)</b>	<b>42,0 (3,56)</b>	t-test= -3,591 p-value= 0,006*
<b>Ερώτηση 14</b>	36,9 (7,55)	38,0 (8,83)	t-test= -0,437

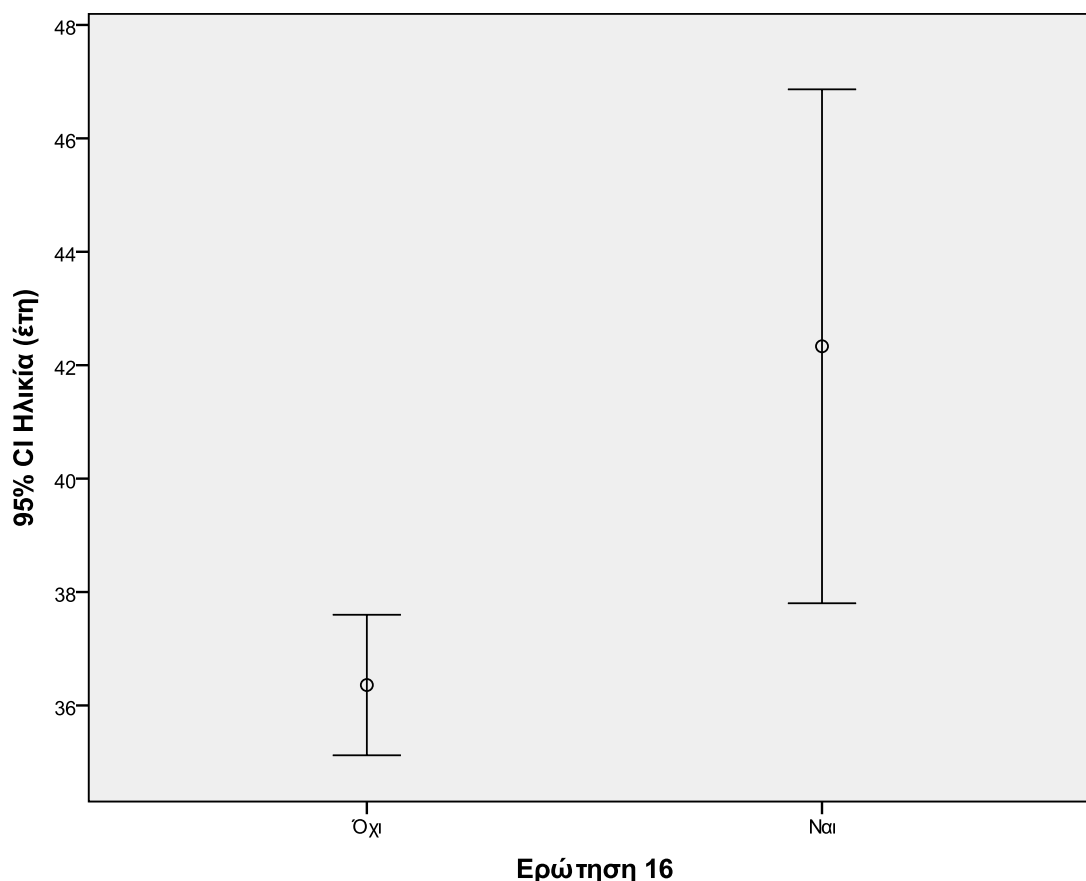
<b>Ερώτηση 15</b>	36,2 (7,66)	37,9 (7,49)	p-value= 0,663 t-test= -1,436
<b>Ερώτηση 16</b>	<b>36,4 (7,68)</b>	<b>42,3 (5,90)</b>	p-value= 0,153 t-test= -2,291 p-value= 0,023*

Συσχέτιση	Spearman's rho	p-value
Ηλικίας και Ερώτησης 17	-0,06	0,484
Ηλικίας και Ερώτησης 18	-0,04	0,638
Ηλικίας και Ερώτησης 19	-0,11	0,172

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**Σχήμα 7.** Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης της ηλικίας, ανάλογα με τις απαντήσεις των 177 νοσηλευτών του συνολικού δείγματος.





**Ερώτηση 16**

Από τον Πίνακα 8 προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , δηλαδή  $p\text{-value} < 0,05$ ) της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στη μελέτη με τις ακόλουθες:

- Συσχέτιση της εκπαίδευσης με την ερώτηση 13 «*Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγετε στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική σας (από εσάς, συνάδελφο νοσηλεύτη, ιατρό);*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι το 85,7% των ατόμων που έχουν χρειαστεί να καταφύγουν στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους είναι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, σε αντίθεση με το 14,3% όσων είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η διαφορά των αναλογιών του εκπαιδευτικού επιπέδου και των απαντήσεων της ερώτησης 13 είναι στατιστικά σημαντική (Fisher's exact test  $p\text{-value} = 0,012 < 0,05$ ).
- Συσχέτιση της εκπαίδευσης με την ερώτηση 15 «*Στην επαγγελματική σας καριέρα έχετε προστατέψει τότε κάποιον συνάδελφο σας από κάποιο λάθος που έγινε;*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ όσων απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, το 27,6% είναι άτομα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σχέση με το 72,4% των ατόμων που είναι

τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η διαφορά των αναλογιών του εκπαιδευτικού επιπέδου και των απαντήσεων της ερώτησης 15 είναι στατιστικά σημαντική ( $X^2= 4,523$   $p\text{-value}= 0,033 < 0,05$ ).

- Συσχέτιση της εκπαίδευσης με την ερώτηση 17 «*Αν εσείς κάνετε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική σας, πόσο ικανοποιητικά πιστεύετε ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση;*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η διάμεση τιμή των απαντήσεων των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 17 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου. Από τον Πίνακα 8 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θεωρεί ότι αν έκανε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική τους ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση «καλά». Αντίθετα, όσοι είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούν ότι το νοσοκομείο θα ήταν «αδιάφορο» σε μια τέτοια κατάσταση. Η διαφορά των διαμέσων τιμών στις απαντήσεις της ερώτησης 17 και της εκπαίδευσης είναι στατιστικά σημαντική (Mann-Whitney test  $p\text{-value}= 0,003 < 0,05$ ).

Επομένως, αυτό που προκύπτει σαν γενικό συμπέρασμα από τις συσχετίσεις της εκπαίδευσης με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ ή ΑΕΙ ή με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα) έχουν προστατέψει σε μεγαλύτερο ποσοστό συνάδελφό τους από κάποιο λάθος που έγινε, κυρίως για λόγους συναδελφικής αλληλεγγύης σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ακόμα, οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούν ότι αν έκαναν αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική τους ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση «αδιάφορα». Από την άλλη, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι το νοσοκομείο θα το αντιμετώπιζε «καλά». Επιπλέον, προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχει χρειαστεί να καταφύγει στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική του σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Οι παραπάνω διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% ( $p\text{-value} < 0,05$ ) και τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 8 και απεικονίζονται στο Σχήμα 8. Αναφορικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι, ωστόσο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναλογίες της εκπαίδευσης μεταξύ των απαντήσεων περί συνεργασίας

του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και περί της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο.

**Πίνακας 8. Πίνακας συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη συνεργασία των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, όπως και τη σχέση τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.**

Βασικό Ερωτηματολόγιο	Εκπαίδευση		Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος
	Δευτεροβάθμια (n=64)	Τριτοβάθμια (n=110)		
<b>Ερώτηση 7</b>				
Όχι	43 (39,1)	67 (60,9)	110	$X^2= 0,686$
Ναι	21 (32,8)	43 (67,2)	64	$p= 0,408$
<b>Ερώτηση 8</b>				
Όχι	50 (40,3)	74 (59,7)	124	$X^2= 2,327$
Ναι	14 (28,0)	36 (72,0)	50	$p= 0,127$
<b>Ερώτηση 9</b>				
Προϊστάμενος/η				Fisher's exact test
Όχι	2 (15,4)	11 (84,6)	13	$p\text{-value}= 0,164$
Ναι	12 (40,0)	18 (60,0)	30	
Τομεάρχης				Fisher's exact test
Όχι	14 (34,1)	27 (65,9)	41	$p\text{-value}= 0,550$
Ναι	0 (0)	2 (100)	2	
Διευθυντής/τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας				Fisher's exact test
Όχι	11 (31,4)	24 (68,6)	35	$p\text{-value}>0,999$
Ναι	3 (37,5)	6 (62,5)	8	

Αναπληρωτής Διευθυντής Ιατρός				Fisher's exact test
Όχι	13 (36,1)	23 (63,9)	36	p-value= 0,396
Ναι	1 (14,3)	6 (85,7)	7	
Διευθυντής Ιατρός				Fisher's exact test
Όχι	10 (30,3)	23 (69,7)	33	p-value= 0,704
Ναι	4 (40,0)	6 (60,0)	10	

<b>Ερώτηση 10</b>				
Όχι	12 (37,5)	20 (62,5)	32	X <sup>2</sup> = 3,068 p= 0,216
Ναι	3 (16,7)	15 (83,3)	18	
Δεν γνωρίζει	9 (40,9)	13 (59,1)	22	

<b>Ερώτηση 11</b>				
Όχι	7 (50,0)	7 (50,0)	14	X <sup>2</sup> = 1,105 p= 0,293
Ναι	57 (35,8)	102 (64,2)	159	

<b>Ερώτηση 12</b>				
Όχι	32 (36,4)	56 (63,6)	88	X <sup>2</sup> = 0,001 p= 0,976
Ναι	30 (36,6)	52 (63,4)	82	

<b>Ερώτηση 13</b>				
Όχι	57 (35,6)	103 (64,4)	160	Fisher's exact test p-value= 0,012*
Ναι	<b>6 (85,7)</b>	<b>1 (14,3)</b>	7	

<b>Ερώτηση 14</b>				
Όχι	60 (38,2)	97 (61,8)	157	Fisher's exact test p-value= 0,217
Ναι	2 (18,2)	9 (81,8)	11	

**Ερώτηση 15**

Όχι	38 (43,7)	49 (56,3)	87	$X^2= 4,523$
Ναι	<b>21 (27,6)</b>	<b>55 (72,4)</b>	76	$p= 0,033^*$

---

#### Ερώτηση 16

Όχι	57 (35,8)	102 (64,2)	159	Fisher's exact test
Ναι	4 (44,4)	5 (55,6)	9	p-value= 0,725

---

#### Ερώτηση 17

Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	<b>2 (2 – 3)</b>	<b>3 (2 – 4)</b>	3 (2 – 4)	Mann-Whitney test p-value= 0,003*
----------------------------------	------------------	------------------	-----------	---

---

#### Ερώτηση 18

Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	2 (2 – 3)	2 (2 – 3)	2 (2 – 3)	Mann-Whitney test p-value= 0,715
----------------------------------	-----------	-----------	-----------	--

---

#### Ερώτηση 19

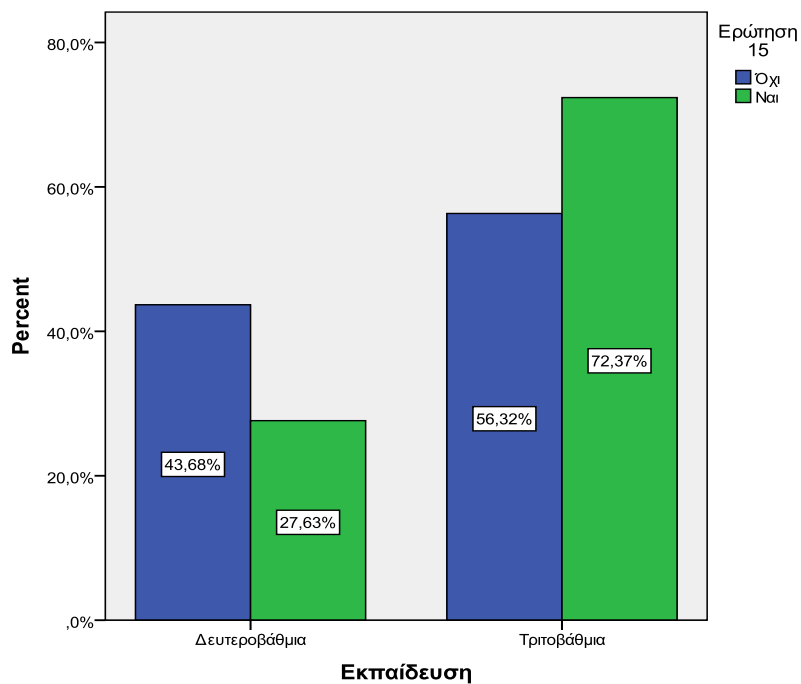
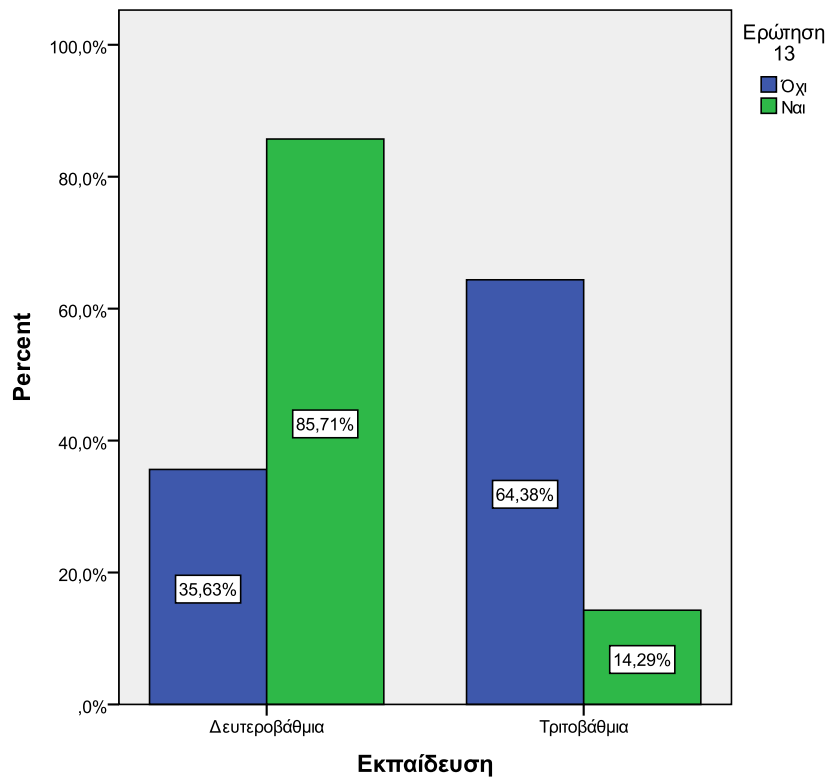
Διάμεση τιμή (25°-75° σημείο)	1 (2 – 2)	2 (2- 2,25)	2 (2 – 2)	Mann-Whitney test p-value= 0,535
----------------------------------	-----------	-------------	-----------	--

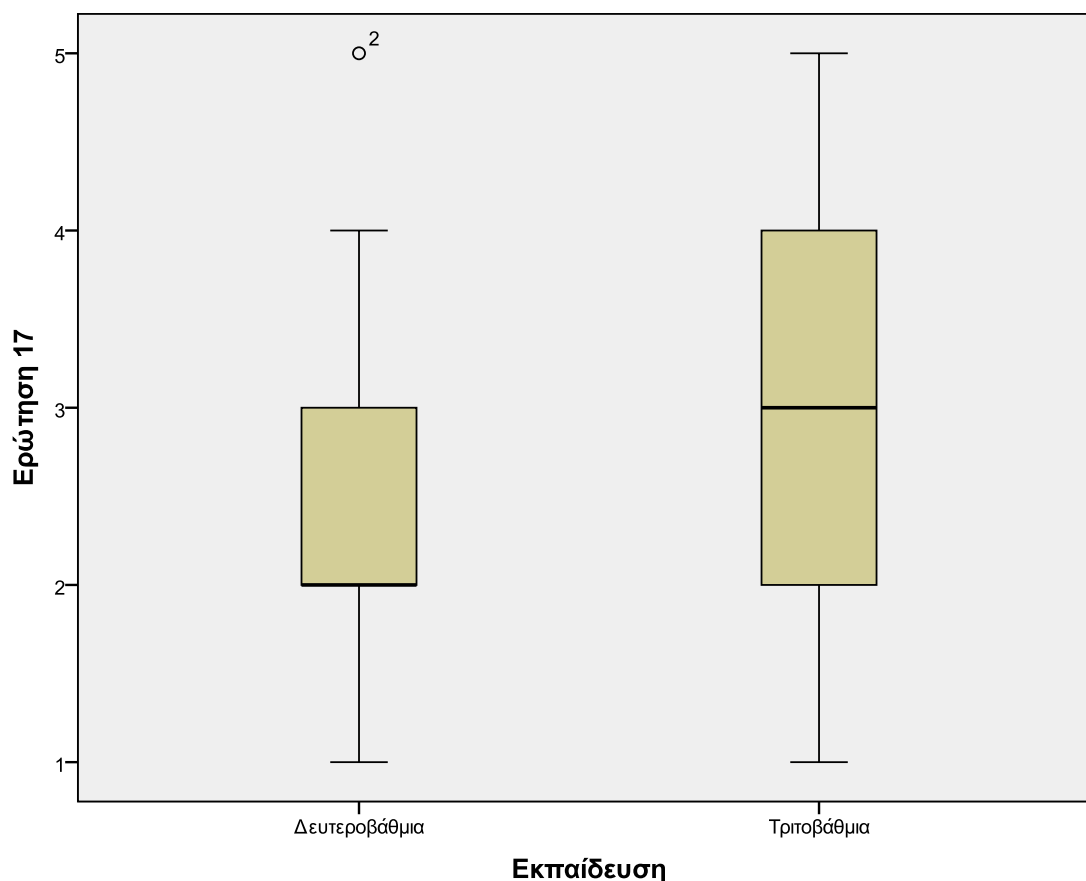
---

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%



**Σχήμα 8. Ραβδόγραμμα των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση των ατόμων αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο, ανά εκπαιδευτικό επίπεδο.**





1= Πολύ καλά, 2= Καλά, 3= Αδιάφορα, 4= Δύσκολα και 5= Πολύ δύσκολα

Από τον Πίνακα 9 προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , δηλαδή  $p\text{-value} < 0,05$ ) της θέσης εργασίας των συμμετεχόντων στη μελέτη με τις ακόλουθες:

- Συσχέτιση της εκπαίδευσης με την ερώτηση 8 «*Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει κάνει κάποιος συνάδελφός σας λάθος που να έθεσε σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιον άρρωστο;*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ των ατόμων που στην επαγγελματική τους καριέρα κάποιος συνάδελφός τους έχει κάνει λάθος που να έθεσε σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιον άρρωστο, το 75,5% είναι νοσηλευτικό προσωπικό σε αντίθεση με το 24,5% όσων επίσης απαντούν θετικά αλλά κατέχουν κάποια άλλη θέση (Διευθυντής/τρια ή Προϊστάμενος/μένη ή Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος). Η διαφορά των αναλογιών της θέσης εργασίας και των απαντήσεων της ερώτησης 8 είναι στατιστικά σημαντική  $\chi^2=4,282$   $p\text{-value}=0,039 < 0,05$ ).

- Συσχέτιση της θέσης εργασίας με την ερώτηση 15 «Στην επαγγελματική σας καριέρα έχετε προστατέψει ποτέ κάποιον συναδέλφο σας από κάποιο λάθος που έγινε;». Ειδικότερα, προκύπτει ότι μεταξύ όσων απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, το 77,9% είναι κλινικό νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με το 22,1% των ατόμων που κατέχουν κάποια άλλη θέση. Η διαφορά των αναλογιών της θέσης εργασίας και των απαντήσεων της ερώτησης 15 είναι στατιστικά σημαντική ( $X^2 = 5,247$  p-value= 0,022 < 0,05).

Επομένως, αυτό που προκύπτει σαν γενικό συμπέρασμα από τις συσχετίσεις της θέσης εργασίας με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει προστατέψει σε μεγαλύτερο ποσοστό συναδέλφους από κάποιο λάθος που έγινε, κυρίως για λόγους συναδελφικής αλληλεγγύης σε σύγκριση όσους κατέχουν άλλη θέση (Διευθυντής/τρια ή Προϊστάμενος/μένη ή Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος). Επιπλέον, προκύπτει ότι κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του καριέρας το νοσηλευτικό προσωπικό στο μεγαλύτερο ποσοστό του, θεωρεί ότι υπάρχει συναδέλφος που έκανε λάθος και έθεσε σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιον άρρωστο, σε σύγκριση με τα άτομα που κατέχουν κάποια άλλη θέση.

Οι παραπάνω διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (p-value < 0,05) και τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 9 και απεικονίζονται στο Σχήμα 9. Αναφορικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι, ωστόσο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναλογίες της θέσης εργασίας μεταξύ των απαντήσεων περί συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και περί της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο.

**Πίνακας 9. Πίνακας συσχέτισης μεταξύ της θέσης εργασίας και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και τη σχέση τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.**

Θέση Εργασίας				
Βασικό Ερωτηματολόγιο	Άλλη** (n=27)	Νοσηλευτής/τρια (n=148)	Σύνολο	Στατιστικός Έλεγχος

<b>Ερώτηση 7</b>					
	Όχι	16 (14,3)	96 (85,7)	112	$X^2= 0,311$
	Ναι	11 (17,5)	52 (82,5)	63	$p= 0,577$
<b>Ερώτηση 8</b>					
	Όχι	15 (11,9)	111 (88,1)	126	$X^2= 4,282$
	Ναι	<b>12 (24,5)</b>	<b>37 (75,5)</b>	49	$p= 0,039^*$
<b>Ερώτηση 9</b>					
Προϊστάμενος/η					Fisher's exact test
	Όχι	6 (42,9)	8 (57,1)	14	$p\text{-value}= 0,055$
	Ναι	4 (13,8)	25 (86,2)	29	
Τομεάρχης					Fisher's exact test
	Όχι	9 (22,0)	32 (78,0)	41	$p\text{-value}= 0,415$
	Ναι	1 (50,0)	1 (50,0)	2	
Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας					Fisher's exact test
	Όχι	9 (25,7)	26 (74,3)	35	$p\text{-value}= 0,656$
	Ναι	1 (12,5)	7 (87,5)	8	
Αναπληρωτής Διευθυντής Ιατρός					Fisher's exact test
	Όχι	7 (19,4)	29 (80,6)	36	$p\text{-value}= 0,325$
	Ναι	3 (42,9)	4 (57,1)	7	
Διευθυντής Ιατρός					Fisher's exact test
	Όχι	9 (27,3)	24 (72,7)	33	$p\text{-value}= 0,407$
	Ναι	1 (10,0)	9 (90,0)	10	
<b>Ερώτηση 10</b>					
	Όχι	6 (18,8)	26 (81,3)	32	Fisher's exact test
	Ναι	6 (33,3)	12 (66,7)	18	$p\text{-value}= 0,368$

Δεν γνωρίζει	3 (14,3)	18 (85,7)	21	
<b>Ερώτηση 11</b>				
Όχι	0 (0)	14 (100)	14	Fisher's exact test
Ναι	26 (16,3)	134 (83,8)	160	p-value= 0,133
<b>Ερώτηση 12</b>				
Όχι	11 (12,5)	77 (87,5)	88	$X^2= 1,029$
Ναι	15 (18,1)	68 (81,9)	83	p= 0,310
<b>Ερώτηση 13</b>				
Όχι	25 (15,5)	136 (84,5)	161	Fisher's exact test
Ναι	0 (0)	7 (100)	7	p-value= 0,596
<b>Ερώτηση 14</b>				
Όχι	24 (15,2)	134 (84,8)	158	Fisher's exact test
Ναι	3 (27,3)	8 (72,7)	11	p-value= 0,385
<b>Ερώτηση 15</b>				
Όχι	8 (9,2)	79 (90,8)	87	$X^2= 5,247$
Ναι	<b>17 (22,1)</b>	<b>60 (77,9)</b>	77	p= 0,022*
<b>Ερώτηση 16</b>				
Όχι	24 (14,8)	138 (85,2)	162	Fisher's exact test
Ναι	2 (28,6)	5 (71,4)	7	p-value= 0,293
<b>Ερώτηση 17</b>				
Διάμεση τιμή (25 <sup>ο</sup> -75 <sup>ο</sup> σημείο)	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	Mann-Whitney test p-value= 0,408

---

**Ερώτηση 18**

Διάμεση τιμή (25 <sup>ο</sup> -75 <sup>ο</sup> σημείο)	2 (2 – 3)	2 (2 – 3)	2 (2 – 3)	Mann-Whitney test p-value= 0,800
---	-----------	-----------	-----------	--

---

**Ερώτηση 19**

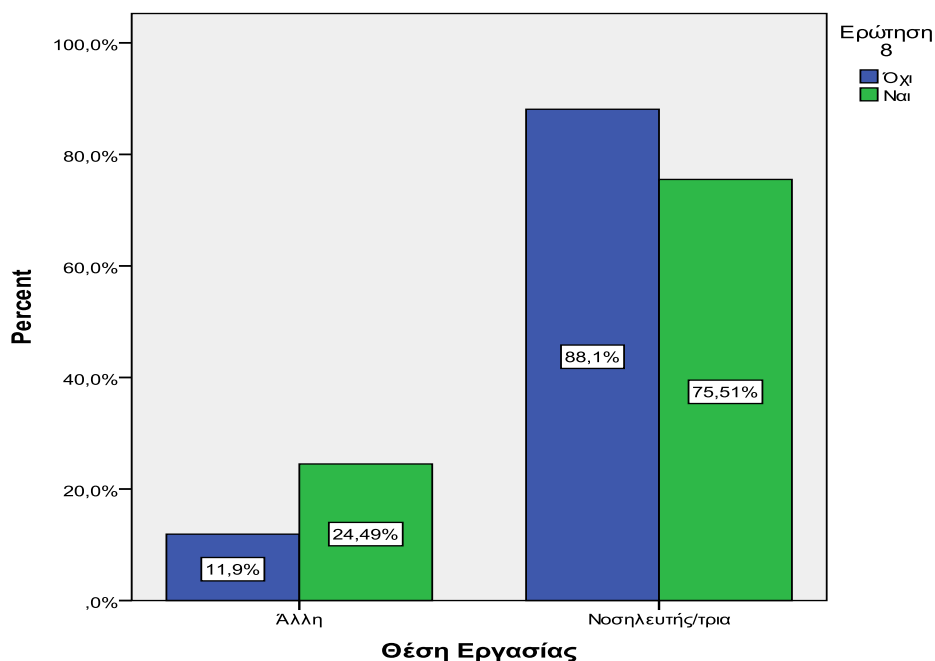
Διάμεση τιμή (25 <sup>ο</sup> -75 <sup>ο</sup> σημείο)	2 (2 – 2)	2 (2- 3)	2 (2 – 2)	Mann-Whitney test p-value= 0,356
---	-----------	----------	-----------	--

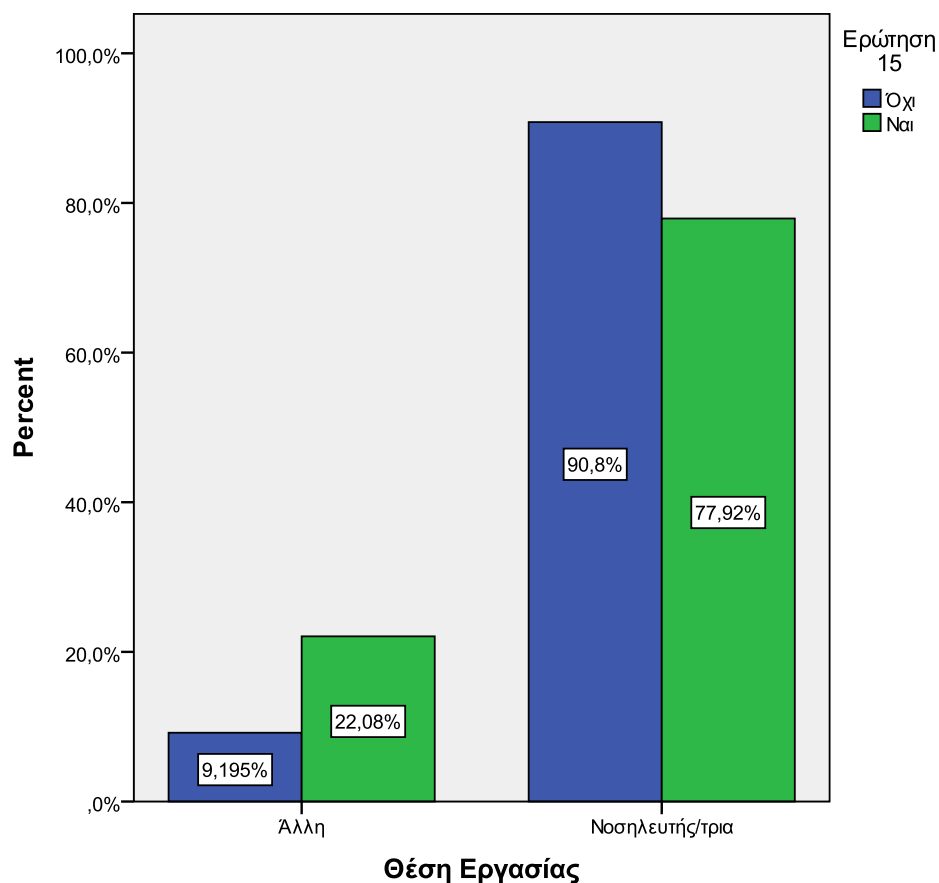
---

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

\*\* Διευθυντής/τρια ή Προϊστάμενος/μένη ή Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος

**Σχήμα 9. Ραβδόγραμμα των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη στάση των ατόμων αναφορικά με τους συναδέλφους, ασθενείς και το νοσοκομείο, ανά θέση εργασίας.**





Από τον Πίνακα 10 προκύπτει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=5\%$ , δηλαδή  $p\text{-value} < 0,05$ ) της εργασιακής εμπειρίας (σε έτη) των συμμετεχόντων στη μελέτη με τις ακόλουθες:

- Συσχέτιση της εργασιακής εμπειρίας με την ερώτηση 9 «*ενημέρωση του Προϊστάμενου/νης για το λάθος που έγινε*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η μέση τιμή της εργασιακής εμπειρίας των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 9 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των 2 διαφορετικών απαντήσεων. Από τον Πίνακα 10 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απάντησε θετικά στην ερώτηση 9 έχει κατά μέσο όρο μικρότερη εργασιακή εμπειρία (13,6 έτη) σε σχέση με τα άτομα που απάντησαν αρνητικά. Η διαφορά της μέσης τιμής της εργασιακής εμπειρίας μεταξύ του νοσηλευτικού που ενημέρωσαν την Προϊστάμενη για το λάθος που έγινε, σε σχέση με τη μέση τιμή της εργασιακής εμπειρίας όσων δεν ενημέρωσαν, είναι στατιστικά σημαντική ( $t\text{-test } p\text{-value} = 0,032 < 0,05$ ).

- Συσχέτιση της εργασιακής εμπειρίας με την ερώτηση 13 «*Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγετε στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική σας (από εσάς, συνάδελφο νοσηλεύτη, ιατρό);*». Ειδικότερα, προκύπτει ότι η μέση τιμή της εργασιακής εμπειρίας των ατόμων του δείγματος στην ερώτηση 13 διαφέρει στατιστικά σημαντικά μεταξύ των 2 διαφορετικών απαντήσεων. Από τον Πίνακα 10 προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που απάντησε θετικά στην ερώτηση 13 έχει κατά μέσο όρο μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία (19,2 έτη) σε σχέση με τα άτομα που απάντησαν αρνητικά. Η διαφορά της μέσης τιμής της εργασιακής εμπειρίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού που έχει χρειαστεί να καταφύγει στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική του σε σχέση με τη μέση τιμή της εργασιακής εμπειρίας όσων δεν έχει χρειαστεί κάτι ανάλογο, είναι στατιστικά σημαντική (t-test p-value= 0,019< 0,05).

Επομένως, αυτό που προκύπτει σαν γενικό συμπέρασμα από τις συσχετίσεις της εργασιακής εμπειρίας (σε έτη) με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει χρειαστεί να καταφύγει στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική του, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν ενημερώνει την Προϊστάμενη σε για κάποιο λάθος, έχει κατά μέσο όρο μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία.

Οι παραπάνω διαφορές προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% (p-value< 0,05) και τα αποτελέσματα φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 10 και απεικονίζονται στο Σχήμα 10. Αναφορικά με τις υπόλοιπες ερωτήσεις, πραγματοποιήθηκαν οι αντίστοιχοι στατιστικοί έλεγχοι, ωστόσο δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις αναλογίες της εργασιακής εμπειρίας μεταξύ των απαντήσεων περί συνεργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και περί της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο.



**Πίνακας 10.** Πίνακας συσχέτισης μεταξύ της εργασιακής εμπειρίας και των ερωτήσεων που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους του, όπως και τη σχέση τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, για το σύνολο των 177 ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη.

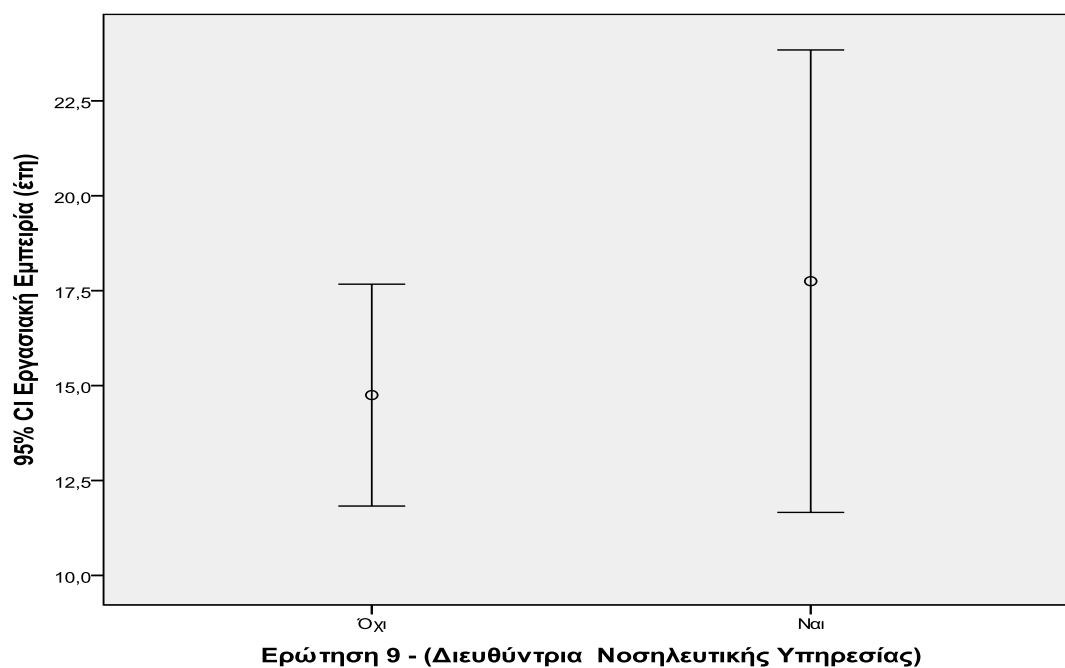
Εργασιακή Εμπειρία σε έτη	Βασικό Ερωτηματολόγιο		Στατιστικός Έλεγχος
	Μέση Τιμή (ΣΑ)	Όχι	
<b>Ερώτηση 7</b>	13,1 (9,10)	13,9 (7,86)	t-test= -0,612 p-value= 0,542
<b>Ερώτηση 8</b>	13,2 (9,01)	13,9 (7,69)	t-test= -0,479 p-value= 0,611
<b>Ερώτηση 9</b>			
<i>Προϊστάμενος/η</i>	<b>19,4 (6,54)</b>	<b>13,6 (7,96)</b>	t-test= 2,222 p-value= 0,032*
<i>Τομέαρχης</i>	15,4 (7,99)	14,0 (9,90)	t-test= 0,243 p-value= 0,809
<i>Διευθυντής/τρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας</i>	14,8 (8,10)	17,8 (7,29)	t-test= -0,953 p-value= 0,346
<i>Αναπληρωτής Διευθυντής Ιατρός</i>	16,0 (7,63)	12,1 (9,28)	t-test= 1,181 p-value= 0,245
<i>Διευθυντής Ιατρός</i>	15,2 (8,25)	15,9 (7,37)	t-test= -0,250 p-value= 0,804
<b>Ερώτηση 10</b>	15,9 (7,62)	11,3 (8,43)	t-test= 1,885 p-value= 0,066
<b>Ερώτηση 11</b>	12,2 (7,93)	13,4 (8,66)	t-test= -0,428 p-value= 0,669
<b>Ερώτηση 12</b>	12,3 (8,88)	14,4 (8,08)	t-test= -1,563 p-value= 0,120

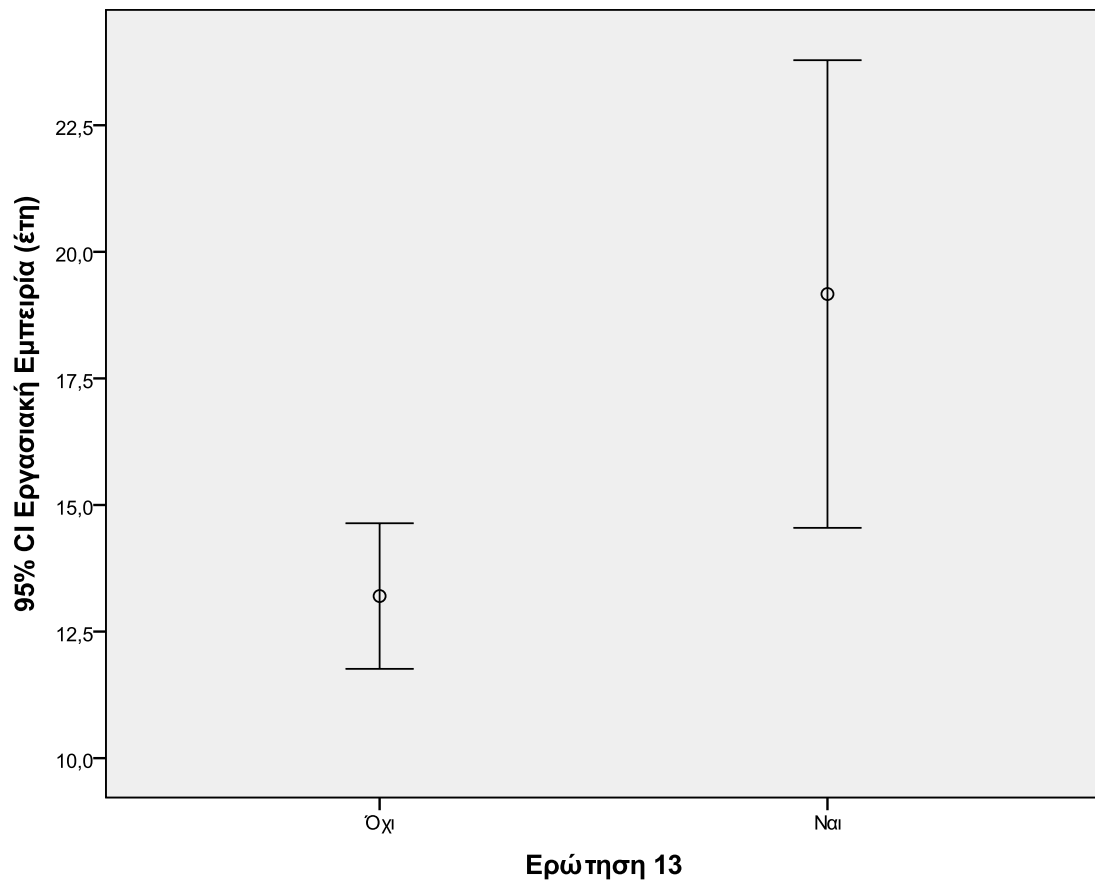
<b>Ερώτηση 13</b>	<b>13,2 (8,57)</b>	<b>19,2 (4,40)</b>	t-test= -3,078 p-value= 0,019*
<b>Ερώτηση 14</b>	13,5 (8,52)	14,7 (8,90)	t-test= -0,475 p-value= 0,636
<b>Ερώτηση 15</b>	12,4 (8,84)	14,6 (8,29)	t-test= -1,544 p-value= 0,125
<b>Ερώτηση 16</b>	12,9 (8,63)	18,1 (7,39)	t-test= -1,768 p-value= 0,079

<b>Συσχέτιση</b>	<b>Spearman's rho</b>	<b>p-value</b>
Εργασιακής Εμπειρίας και Ερώτησης 17	-0,044	0,601
Εργασιακής Εμπειρίας και Ερώτησης 18	-0,018	0,831
Εργασιακής Εμπειρίας και Ερώτησης 19	-0,113	0,170

\* στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%

**Σχήμα10.** Γράφημα της μέσης τιμής και 95% διάστημα εμπιστοσύνης της εργασιακής εμπειρίας, ανάλογα με τις απαντήσεις των 177 νοσηλευτών του συνολικού δείγματος.





## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Συζήτηση- Συμπεράσματα

Στη παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 177 άτομα, τα οποία αποτέλεσαν το συνολικό δείγμα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η συνεργασία του νοσηλευτικού με τους συναδέλφους τους, όπως και η σχέση τους με τους ασθενείς και το νοσοκομείο. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η αποτύπωση των στάσεων, αντιλήψεων και των συμπεριφορών του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στη σχέση των συναδέλφων μεταξύ τους, στη σχέση με τους ασθενείς, στη σχέση με το νοσοκομείο, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά, καθώς και ο έλεγχος της διαφοροποίησης της στάσης και των αντιλήψεών τους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό προφίλ, την επαγγελματική κατάσταση και θέση, καθώς και την επαγγελματική προϋπηρεσία που διαθέτουν.

Προκειμένου να επιτευχθεί ο παραπάνω στόχος, δόθηκε στους συμμετέχοντες της μελέτης ένα συνολικό ερωτηματολόγιο που αποτυπώνει τις γνώμες, στάσεις και αντιλήψεις που σχετίζονται με την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά τη μεταξύ τους συνεργασία, τη συνεργασία με τους ασθενείς και το νοσοκομείο. Αρχικά, οι ερωτήσεις που διατυπώνονται αφορούν στις ενέργειες που προέβη ο ερωτώμενος σε περίπτωση που ένας συνάδελφός τους έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή ή σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιου ασθενούς. Δηλαδή, αν στην περίπτωση αυτή έκανε αναφορά και ποιον ενημέρωσε. Επίσης, καταγράφει την προσωπική πρόθεση των συμμετεχόντων σε παρόμοιες μελλοντικές καταστάσεις.

Αρχικά, διερευνήθηκαν οι συχνότητες και σχετικές συχνότητες των απαντήσεων στις ερωτήσεις που αφορούσαν την αποτύπωση της στάσης των συμμετεχόντων αναφορικά με τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και για τη σχέση του με τους ασθενείς και με το νοσοκομείο. Στη συνέχεια, εξετάστηκε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική συνάφεια μεταξύ των ερωτήσεων αυτών ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και την έδρα του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται οι συμμετέχοντες. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η συσχέτιση των απαντήσεων με την έδρα του νοσοκομείου εργασίας, με το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη θέση εργασίας και με τα έτη της εργασιακής εμπειρίας.

Τα αποτελέσματα των παραπάνω αναλύσεων συγκριτικά με την έδρα του νοσοκομείου εργασίας μπορούν να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Γ.Ν Σπάρτης ενημερώνει σε μεγαλύτερο ποσοστό το Προϊστάμενο/η τους σε περίπτωση λάθους σε σχέση με τα 2 άλλα νοσοκομεία. Ακόμα, στο ότι οι εργαζόμενοι στο Γ.Ν Μολάων θεωρούν ότι αν έκαναν αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική τους ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση «δύσκολα». Από την άλλη, όσοι εργάζονται στο Γ.Ν Σπάρτης θεωρούν ότι το νοσοκομείο θα ήταν «αδιάφορο» σε μια τέτοια κατάσταση, ενώ όσοι εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν Τρίπολης πιστεύουν ότι το νοσοκομείο θα το αντιμετώπιζε «καλά». Επιπλέον, προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Γ.Ν Σπάρτης θεωρεί ότι η σχέση του νοσοκομείου που εργάζεται έχει «καλή» έως και «αδιάφορη» σχέση με τους ασθενείς και επισκέπτες. Από την άλλη, όσοι εργάζονται στο Παναρκαδικό Γ.Ν. Τρίπολης και στο Γ.Ν Μολάων, πιστεύουν ότι η σχέση του νοσοκομείου με τους ασθενείς και επισκέπτες κυμαίνεται από «καλή» έως και «πολύ καλή».

Όσον αφορά στο φύλο, προκύπτει πως οι γυναίκες ενημερώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό την Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε περίπτωση λάθους σε σχέση με τους άνδρες. Αναφορικά με την ηλικία, συμπεραίνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει χρειαστεί να καταφύγει στη δικαιοσύνη για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει έρθει αντιμέτωπο με συνάδελφό του που αρνούσαν να επιτελέσει το νοσηλευτικό του καθήκον αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας.

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΤΕΙ ή ΑΕΙ ή με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα) έχουν προστατέψει σε μεγαλύτερο ποσοστό συνάδελφό τους από κάποιο λάθος που έγινε, κυρίως για λόγους συναδελφικής αλληλεγγύης σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ακόμα, οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούν ότι αν έκαναν αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική τους ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση «αδιάφορα». Από την άλλη, οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πιστεύουν ότι το νοσοκομείο θα το αντιμετώπιζε «καλά». Επιπλέον, προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχει χρειαστεί να καταφύγει στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους σε μεγαλύτερο ποσοστό.

Σχετικά με τη θέση εργασίας προκύπτει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει προστατέψει σε μεγαλύτερο ποσοστό συνάδελφό του από κάποιο λάθος που έγινε, κυρίως για λόγους συναδελφικής αλληλεγγύης σε σύγκριση όσους κατέχουν άλλη θέση (Διευθυντής/τρια ή Προϊστάμενος/μένη ή Υπεύθυνος/η Νοσηλευτικού Τμήματος). Επιπλέον, προκύπτει ότι κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας του νοσηλευτικού προσωπικού σε μεγαλύτερο ποσοστό, έχει υπάρξει συνάδελφός τους που να έκανε λάθος και να έθεσε σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιον άρρωστο, σε σύγκριση με τα άτομα που κατέχουν κάποια άλλη θέση.

Όσον αφορά στις συσχετίσεις της εργασιακής εμπειρίας με τις επιμέρους ερωτήσεις που αποτυπώνουν τη συνεργασία του νοσηλευτικού προσωπικού με τους συναδέλφους τους, όπως και της σχέσης τους με τους ασθενείς και νοσοκομείο, είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει χρειαστεί να καταφύγει στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική του, καθώς και το νοσηλευτικό προσωπικό που δεν ενημερώνει την Προϊστάμενη για κάποιο λάθος, έχει κατά μέσο όρο μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται έρευνες από τις Ηνωμένες Πολιτείες και από το Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με τους νοσηλευτές και τη σχέση τους με τις καταγγελίες και τις αναφορές συναδέλφων ή μη. Αντίστοιχες έρευνες στον Ελλαδικό χώρο δεν ανευρέθησαν.

### **Ηνωμένες Πολιτείες**

Στις Ηνωμένες Πολιτείες παρατηρείται ότι μόνο ένα μικρό μέρος των καταγγελιών από τους καταγγέλλοντες λαμβάνουν ευνοϊκή έκβαση (*Γερουσία των ΗΠΑ, 2009; Angus et al., 2009*).

Σε έρευνα του Waters παρουσιάζονται οι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλεύτριες δεν αναφέρουν τους κινδύνους (*Waters, 2008*):

- Τίποτα δεν θα γίνει (58%)
- Δεν επιθυμούμε να εμπλέξουμε τους συναδέλφους στο πρόβλημα (50%)
- Ο φόβος του να θεωρηθεί ως ένα «καρφί» (48%)
- Ο φόβος της απόλυσης ή να τιμωρηθεί (46%)
- Δεν αισθάνονται ασφαλείς (25%)
- Δεν γνωρίζουν σε ποιον να μιλήσουν (22%)
- Η ανησυχία είναι μόνο μια υποψία (20%)

- Είμαι μόνο νοσηλευτής και όχι ελεγκτής (11%)

Μια κουλτούρα ηθικής είναι απαραίτητη για την πρόληψη και τη διαχείριση των καταγγελιών δυσλειτουργίας. Η καταγγελία είναι συχνά το αποτέλεσμα της οργανωτικής κουλτούρας (νοοτροπίας) που δεν έχει την ευθύνη για υιοθέτηση κάποιων αξιών (*Angus et al, 2009*).

Το έτος 2002 στην Αμερική καταγράφηκαν τα εξής στατιστικά δεδομένα:

- 90% των πληροφοριοδοτών έχασαν τις δουλειές τους ή υποβιβάστηκαν, ανεξάρτητα από τον οργανισμό
- 27% αντιμετώπισαν αγωγές
- 26% είχε ψυχιατρικές ή άλλες ιατρικές παραπομπές (σαν τιμωρία για την καταγγελία που έκαναν)
- 17% έχασαν τα σπίτια τους
- 8% χρεοκόπησαν (*Waters, 2008*)

Από 752 νοσηλευτές που ρωτήθηκαν στην έρευνα αυτή το 68% είπαν ότι είχαν σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών στα τελευταία 3 χρόνια. Από αυτό το 68%, το 87% το ανέφερε στον προϊστάμενό τους. Μόνο το 29% των υπευθύνων εξέτασαν και αντιμετώπισαν τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν ενώ το 47% των νοσηλευτών αναφοράς είπε ότι το θέμα είχε αποτελέσει αντικείμενο ανεπαρκούς χειρισμού ή δεν διαχειρίστηκε καθόλου (έλλειψη διάθεσης αντιμετώπισης). Τέλος, το 23% δήλωσε ότι η κατάσταση αυτή δημιουργήθηκε για να προκαλέσει βλάβη στους ασθενείς (*Waters, 2008; Angus et al., 2009*)). Στην παρούσα έρευνα παρατηρείται ότι το 36,7% των συμμετεχόντων δηλώνει πως κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας τους, συνάδελφος έχει κάνει λάθος που έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή ασθενούς. Από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν θετικά, το 36,9% έκανε αναφορά του γεγονότος. Επίσης, το 28,3% των συμμετεχόντων δηλώνει πως κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής καριέρας τους, συνάδελφος έχει κάνει λάθος που έθεσε τον ασθενή σε κίνδυνο λοίμωξης. Ενώ, από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν θετικά, το 40% έκανε αναφορά (γραφτή ή προφορική) για το γεγονός. Ειδικότερα, το 68,2% δήλωσε πως ανέφερε το γεγονός στον Προϊστάμενο/η, το 4,6% στον Τομεάρχη και το 18,2% στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Πολιτεία της Νεβάδα, υπήρξε ένα σύνολο από 564 έγκυρες απαντήσεις ελήφθησαν, που αντιστοιχούν στο 33% των ερωτηθέντων (*Black, 2011*). Ο αριθμός των απαντήσεων σε κάθε μία από τις ερωτήσεις ποικίλλει, καθώς περισσότεροι από τους ερωτηθέντες άφησαν ένα ή περισσότερα στοιχεία κενά. Εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά, τα ποσοστά υπολογίστηκαν με βάση το συνολικό αριθμό των ερωτηθέντων (N = 564). Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων ήταν τα 49 έτη και είχε αποφοιτήσει από ένα βασικό πρόγραμμα νοσηλευτικής εκπαίδευσης 23 χρόνια πριν από τη συλλογή δεδομένων. Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες εργάζονται κάτι λιγότερο από 38 προγραμματισμένες ώρες και τρεις μη προγραμματισμένες υπερωρίες κάθε εβδομάδα. Το 91% (δηλαδή οι 513) των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες, το 79% (δηλαδή οι 448) είναι λευκοί, το 72% (δηλαδή οι 403) ήταν παντρεμένοι, και μόλις λίγοι παραπάνω από τους μισούς (οι 322) είχαν τουλάχιστον έναν προστατευόμενο μέλος στο σπίτι τους. Το 94% (δηλαδή οι 529) από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι εργάζονταν σε μια θέση που απαιτεί άδεια RN(άδεια πιστοποίησης), και το 62% (δηλαδή οι 349) εργάστηκαν σε μονάδα εντατικής φροντίδας. Σαράντα τοις εκατό (δηλαδή οι 223) από τους ερωτηθέντες ανέφεραν ότι κατέχουν πιστοποίηση στην ειδικότητα τους, το 31% (δηλαδή οι 173) εκπροσωπούνται από κάποιο εργατικό συνδικάτο στο περιβάλλον εργασίας τους και το 39% (δηλαδή οι 218) εργάστηκαν σε εγκαταστάσεις μαγνητικού τομογράφου (*Black,2011*). Ως προς τα ερωτήματα περί καταγγελιών το 73% (δηλαδή οι 412) των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αναφέρουν πρώτα μη ασφαλή φροντίδα των ασθενών για τους ανθρώπους τους οποίους θεωρούν ότι είναι θα είναι σε θέση να διορθώσουν τη συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ το 34% (δηλαδή οι 194) δήλωσε ότι γνώριζε μια κατάσταση που μπορούσε να έχει προκαλέσει βλάβη σε έναν ασθενή, αλλά δεν το ανέφερε. Οι απαντήσεις στο αν ένας συμμετέχων γνώριζε επικίνδυνη κατάσταση στη φροντίδα των ασθενών που δεν αναφέρθηκε, διέφεραν από τον τομέα που ανήκε ο καθένας ( $\chi^2 = 62,3, P <0,001$ ): 38% των νοσηλευτών που εργάζονται σε συνθήκες εντατικής παρακολούθησης (δηλαδή οι 134 από τους 349 νοσηλευτές) και το 29% των νοσηλευτές που εργάζονται σε μη-εντατική μονάδα θεραπείας (δηλαδή οι 60 από τους 210 νοσηλευτές) απάντησαν ότι είχαν επίγνωση της επικίνδυνης κατάστασης στη φροντίδα των ασθενών που δεν είχαν αναφέρει. Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά δεν διέφεραν σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο του νοσηλευτή.



Οι ερωτηθέντες, οι οποίοι είχαν αναφέρει επικίνδυνη κατάσταση στη φροντίδα των ασθενών κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποιον φορέα απευθύνθηκαν. Από αυτούς που απάντησαν, το 93% (δηλαδή οι 368) ανέφερε την κατάσταση στον επόπτη νοσηλευτή. Λίγοι μόνο νοσηλευτές ανέφεραν τέτοιες καταστάσεις στο διευθυντή της νοσοκομειακής μονάδας ή σε μια συλλογική οργάνωση. Κανένας τους δεν απευθύνθηκε στον κρατικό μηχανισμό για τον ιατρικό έλεγχο της Νεβάδα (NSBME) (Black, 2011). Στην παρούσα έρευνα το 68,2% δήλωσε πως ανέφερε το γεγονός στον Προϊστάμενο/η, το 4,6% στον Τομεάρχη και το 18,2% στην Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Το 15,9% το ανέφερε στον Υποδιευθυντή Ιατρό και το 22,7% στον Διευθυντή Ιατρό. Ένα μικρό ποσοστό, το 2,3% το δήλωσε στο Σωματείο Εργαζομένων, ενώ κανένας δεν έκανε αναφορά του γεγονότος στον Διοικητή του Νοσοκομείου ή στα ΜΜΕ. Παρατηρείται ότι το 15,9% δεν το ανέφερε σε κανέναν, ενώ το 6,8% το είπε σε κάποιον άλλο.

Οι ερωτηθέντες, οι οποίοι είχαν λάβει γνώση της επικίνδυνης φροντίδας των ασθενών και δεν το είχαν αναφέρει, κλήθηκαν να επιλέξουν τον πιο σημαντικό λόγο που δεν ανέφεραν την ανησυχία τους αυτή. Από αυτούς που απάντησαν, το 44% (δηλαδή οι 79) ανέφεραν ότι ανησυχούσαν ότι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν αντίποινα για το γεγονός ότι προέβησαν σε τέτοιου είδους καταγγελία, ενώ το 38% (δηλαδή οι 68) ανέφεραν ότι πίστευαν ότι δε θα άλλαζε τίποτα με μια καταγγελία. Λιγότεροι νοσηλευτές ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν πώς ή σε ποιον να αναφέρουν την κατάσταση αυτή. Άλλοι δήλωσαν ότι δεν είχαν το χρόνο να υποβάλλουν μια τέτοιου είδους έκθεση, ή αισθάνθηκαν ότι η κατάσταση αυτή της επικίνδυνης φροντίδας ήταν εκτός των δικών τους ανησυχιών (Black, 2011).

Στην παρούσα έρευνα, μόλις το 4,1% απαντά ότι στην επαγγελματική τους καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγει στη δικαιοσύνη για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική τους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες το λάθος αποδίδεται κυρίως στον ιατρό. Από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν καταφατικά στην προηγούμενη ερώτηση, το 28,6% δηλώνει ότι το γεγονός αυτό επέφερε σοβαρές συνέπειες στην επαγγελματική τους καριέρα.

Οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι έχουν εμπλακεί σε διάφορες καταγγελίες και αναφορές. Σχεδόν τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν αναμειχθεί σε τέτοιου είδους αναφορές του με κάποιον νοσηλευτή (62%, δηλαδή οι 352) ή με ένα γιατρό (64%, δηλαδή οι 362). Περίπου το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι έχουν ασχοληθεί με την αναφορά δράσεων του επόπτη νοσηλευτή (27%, δηλαδή οι 153) ή κάποιου γιατρού (27%, δηλαδή οι

154). 60% (δηλαδή οι 342) θεώρησαν ότι θα μπορούσαν να αναφέρουν μια ανησυχία τους ως προς την ασφάλεια των ασθενών, χωρίς να αντιμετωπίσουν αντίποινα στο χώρο εργασίας τους. Ωστόσο, πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι έχουν υποστεί τέτοια αντίποινα ως απάντηση σε κάποια αναφορά τους από κάποιον νοσηλευτή σε ποσοστό 18% (δηλαδή οι 88) ή από ένα γιατρό (σε ποσοστό 15%, δηλαδή οι 76). Το 41% (230) ανέφεραν ότι γνώριζαν κάποιον νοσηλευτή ή είχαν ενημερωθεί για κάποιον συνάδελφό τους που είχε βιώσει αντίποινα στο χώρο εργασίας μετά από αναφορά του για κάποιον άλλο νοσηλευτή. Σχεδόν το ένα τρίτο των ερωτηθέντων γνώριζαν κάποιον νοσηλευτή ή είχαν ενημερωθεί για κάποιον συνάδελφό τους που είχε βιώσει αντίποινα στον χώρο εργασίας μετά από αναφορά του για τον επόπτη νοσηλευτή σε ποσοστό 30% (δηλαδή οι 170) ή για ένα γιατρό (30%, οι 167) (*Black, 2011*).

Η γνώση ή η ενημέρωση ότι κάποιος νοσηλευτής αντιμετώπισε αντίποινα στο χώρο εργασίας του ύστερα από αναφορά του για την ανησυχία του ως προς τη φροντίδα κάποιου ασθενούς συνδέθηκε έντονα με τη μη αναφορά επικίνδυνης φροντίδας ασθενούς λόγω της ανησυχίας για τη δική τους ασφάλεια ( $\chi^2 = 131,96$ ,  $P < 0,0001$ ). 62% των ερωτηθέντων (δηλαδή οι 142) που γνώριζαν καταστάσεις αντιποίνων νοσηλευτών λόγω αναφοράς τους για συναδέλφους ανέφεραν ότι είχαν επίγνωση του επισφαλούς φροντίδας ασθενούς η οποία δεν είχε αναφερθεί. Συγκριτικά, μόνο το 15% (οι 48) των ερωτηθέντων που δεν γνωρίζουν ή δεν έχουν ενημερωθεί για κάποιον νοσηλευτή που είχε βιώσει αντίποινα στο χώρο εργασίας, ανέφεραν ότι είχαν επίγνωση επικίνδυνης φροντίδας ασθενούς η οποία δεν είχε αναφερθεί. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν όταν συμμετέχοντες ρωτήθηκαν κατά πόσον γνώριζαν κάποιον νοσηλευτή που είχε υποστεί αντίποινα στο χώρο εργασίας μετά την αναφορά του για κάποιον ιατρό. Οι νοσηλευτές που γνώριζαν τέτοιες περιπτώσεις είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να μην αναφέρουν μια επισφαλή κατάσταση από αυτούς που δε γνώριζαν (*Black, 2011*).

Σχεδόν όλοι από τους ερωτηθέντες (90%, δηλαδή οι 508) συμφωνούν με τη δήλωση "Ξέρω πώς να καταγγείλω ανασφαλής φροντίδα ασθενούς." 62% (δηλαδή οι 351) θεώρησαν ότι οι εγκαταστάσεις, στις οποίες εργάζονται ήταν υποστηρικτικές στους νοσηλευτές, και το 76% (δηλαδή οι 429) αισθάνθηκε ότι υπήρχε ενθάρρυνση στους νοσηλευτές στο να αναφέρουν τέτοιου είδους περιέργες συνθήκες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβη στους ασθενείς. Ωστόσο, περισσότερο από το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (36%, δηλαδή οι 200) θεώρησαν ότι οι εγκαταστάσεις τους δεν ήταν υποστηρικτικές, και σχεδόν το ένα τέταρτο

(23%, δηλαδή οι 127) αισθάνθηκε ότι δεν υπήρχε ενθάρρυνση στους νοσηλευτές στο να αναφέρουν συνθήκες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν βλάβη στους ασθενείς. Περισσότερο από το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων δεν πιστεύουν ότι θα μπορούσαν να αναφέρουν τις ενέργειες ενός άλλου νοσηλευτή (28%, οι 158) χωρίς να αντιμετωπίζουν αντίποινα στο χώρο εργασίας (Black, 2011).

Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (44%, οι 250) θεώρησαν ότι δεν μπορούσαν να αναφέρουν έναν ιατρό. Επίσης, σαράντα δύο τοις εκατό των ερωτηθέντων (οι 236) δε θα μπορούσαν να αναφέρουν μια ανησυχία τους σχετικά με κάποιον νοσηλευτή χωρίς να αντιμετωπίσουν αντίποινα στο χώρο εργασίας.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν, ήταν ικανοποιημένοι τόσο με την τρέχουσα θέση τους (71%, οι 398) και με το νοσηλευτικό επάγγελμα ως καριέρα (75%, οι 423). Υπήρχε μια πολύ ισχυρή σχέση μεταξύ του επιπέδου ενός νοσηλευτή, της ικανοποίησης της θέσης με την πιθανότητα ότι αυτός ή αυτή θα μπορούσε υποβάλει κάποια αναφορά ( $F = 128,4$ ,  $P < 0,001$ ) (Black, 2011).

Από τους νοσηλευτές οι οποίοι είχαν συμφωνήσει με τη δήλωση "είμαι ικανοποιημένος με την τρέχουσα θέση μου," μόνο το 15% (οι 25) ανέφεραν ότι είχαν ανησυχία για την ασφάλεια ασθενούς η οποία δεν είχε αναφερθεί. Ωστόσο, από αυτούς που διαφώνησαν έντονα με τη δήλωση αυτή, το 72% (οι 28) είχε λάβει γνώση τέτοιας κατάστασης που δεν είχε αναφερθεί (Black, 2011).

Περισσότερο από το ένα τρίτο των ερωτηθέντων που γνώριζαν αλλά δεν είχαν αναφέρει ανησυχία για την ασφάλεια ασθενούς δήλωσαν ότι "δεν νομίζουν ότι κάτι θα μπορούσε να γίνει μετά από την αναφορά."

### **Ηνωμένο Βασίλειο**

Το Royal College of Nursing το Μάιο του 2009 έκανε μια έρευνα στην οποία ερωτήθηκαν 5.428 μέλη του, συμπεριλαμβανομένων 571 από τη Σκωτία, και διαπίστωσε ότι σχεδόν τα δύο τρίτα του νοσηλευτικού προσωπικού (64%) δεν γνωρίζουν αν το Διοικητικό Συμβούλιο για θέματα του τομέα της Υγείας ή ο εργοδότης τους είχε μια πολιτική σχετικά με τις καταγγελίες για τις δυσλειτουργίες. Περίπου το 80% του προσωπικού ανησυχούσαν ότι αν αναφέρουν κάτι αυτό θα επηρεάσει την καριέρα τους. Από αυτούς που είχαν προβεί σε αναφορά, μόνο το 24% είπε ότι οι εργοδότες τους είχαν λάβει άμεση δράση και το 38% είπε δεν έχουν ληφθεί μέτρα (<http://www.nhsreformgroup.com>).

Στην παρούσα έρευνα, το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι αν κάποιος θα έκανε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική του τότε το νοσοκομείο σε ποσοστό 10,7% θα το αντιμετώπιζε «πολύ καλά» μια τέτοια κατάσταση, το 32,5% «καλά», 21,9% «αδιάφορα», 29,6% «δύσκολα» και το 5,3% «πολύ δύσκολα».

Τον Ιούνιο του 2009, η BMA κυκλοφόρησε μια έρευνα που ονομάζεται «Speak Up για τους ασθενείς». Από το 70 % που είχε εκφράσει ανησυχίες, το 46% δεν γνωρίζουν αν κάτι είχε συμβεί ως αποτέλεσμα. Το 15% δεν ενδιαφέρθηκε για περισσότερες πληροφορίες και 9% είπαν ότι οι πληροφορίες που παρέχονταν ήταν ελεγχόμενες και αποτελούσαν υποθέσεις απλές. Το 16% που δήλωσαν ότι είχαν προειδοποιήσει, ή αναφέρει κάποιον, είχαν το φόβο ότι η πράξη τους αυτή θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την απασχόληση τους. Στην μειονότητα των περιπτώσεων όπου οι γιατροί δεν είχαν εκφράσει ανησυχίες τους, η πιο συχνή αιτία ήταν ότι δεν ήταν βέβαιοι πως αυτό θα κάνει τη διαφορά (81%) (<http://www.nhsreformgroup.com>).

Αντίθετα, το 2004, η ιστοσελίδα Doctors.net.uk πραγματοποίησε έρευνα σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, όπου 2.500 γιατροί ανταποκρίθηκαν. Το 81% είπε ότι δεν υπέβαλε αναφορά για τα λάθη.

Με την παρούσα έρευνα έγινε προσδιορισμός των χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού που επηρεάζουν τη στάση, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές τους όσο αφορά στη σχέση των συναδέλφων μεταξύ τους, τη σχέση με τους ασθενείς, τη σχέση με το νοσοκομείο, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά. Έτσι, δίνοντας έμφαση στα συγκεκριμένα στοιχεία, είναι δυνατό να συμβάλλει ουσιαστικά στην καλύτερη κατανόηση των στάσεων και αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού για το συναδελφικό απόρρητο. Απώτερος στόχος είναι η μελέτη των παραγόντων που δρουν ανασταλτικά στην αναφορά (γραπτής ή προφορικής) ενός λάθους προκειμένου να αποφύγει τη δημόσια αποδοκιμασία ο ίδιος ή κάποιος συνάδελφός του, ώστε στη συνέχεια να ληφθούν υπόψη και να διορθωθούν ώστε να λειτουργήσουν για την προώθηση της δημόσιας υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Albert, H. B., Goldman, L. D., Kilroy, C. M., & Pike, A. W.(1992). Gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *The Nursing Clinics of North America*, 27, 47–59.

American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems (2002) *In our hands: Helping hospital leaders build a thriving workforce* (2002) Available [www.aha.org/workforce/commission/InOurHands.asp](http://www.aha.org/workforce/commission/InOurHands.asp). Accessed: April 23, 2002.

Angus L., Bailey J., Quiroz B., Ritting H., Wills N., (2009) *Whistleblowing*, Pacific Lutheran University, Tacoma, USA.

Arcangelo, V., Fitzgerald, M., Carrol, D., & Plumb, J. D. (1996). Collaborative care by nurse practitioners and primary care physicians. *Primary Care*, 23, 103-113.

Ashworth P.(2000).Nurse–doctors relationships: conflict, competition or collaboration. *Intens Crit Care Nurs.*;16:127–128

Baggs JG.(1989).Intensive care unit use and collaboration between nurses and physicians. *Heart Lung.*;18:332–338.

Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1997). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU. *Research in Nursing & Health*, 20, 71–80.

Baines C, P Evans & S Neysmith, eds.(1991).*Women’s caring: Feminist perspectives on social welfare*. Toronto:McClelland &Stewart.

Barrere Cindy & Ellis Peter.(2003).Changing Attitudes Among Nurses and Physicians: A Step Toward Collaboration *Journal for Healthcare Quality* 25 (2) March / April 2003.

Bellack J.P.(1999).Emotional intelligence: a missing ingredient. *Journal of Nursing Education*,38(1):3-4.

Benner P. & Wrubel J.(1989).*The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. Addison-Wesley, Menlo Park, CA.

Black L.(2011).Tragedy into Policy: A Quantitative Study of Nurses' Attitudes Toward Patient Advocacy Activities, The study findings lead to new legal protections for Nevada whistleblowers, *AJN* June 2011 Vol.111,No.6,USA.

Blum SW.(1963).*The Medical Profession*. In: *The Doctor and his Patient*. Russell Sage Foundation, New York.

Bolton C. S.(2000).Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process *Journal of Advanced Nursing*, 32(3):580-587

Dechario-Marino, A.E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G. and Saulo, M., (2001). Nurse / physician collaboration: action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration* 31, pp. 223–232.

Eubanks, P. (1991). Quality improvement: Key to changing nurse-MD relations. *Hospitals*, 65(8), 26–30.

Fagin L. and Garelick A. (2004).The doctor–nurse relationship *Advances in Psychiatric Treatment* (2004),10: 277-286.

Fagin, C. M. (1992). Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Academic Medicine*, 67, 295–303.

Farrell, G. A. (2001). From tall poppies to squashed weeds: why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35, 26–33.

Farrell, G. A. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing* 25 (3), 501-508.

Hogan E. Brenda, Linden Wolfgang and Najarian Bahman. (2002). Social support interventions Do they work? *Clinical Psychology Review* 22 (3): 381- 440

Hojat, M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Veloski, J.J., Louis, D.Z., Nasca, T.J. and Rattner, S.L. (2000). Physicians' perceptions of the changing health care system: comparisons by gender and specialties. *Journal of Community Health* 25, 455–471.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2004). Health care at the crossroads: strategies for addressing the evolving nursing crisis. Available at: <http://www.jcaho.org/about+us/public+policy+initiatives/health+care+at+the+crossroads.pdf>. Accessed October 4, 2004.

Keenan GM, Cooke R, Hillis SL. (1998) Norms and nurse management of conflicts: keys to understand nurse–physician collaboration. *Res Nurs Health*. 21:59–72.

Kimball B. and O' Neill E. (2002). Health care's human crisis: The American nursing shortage., The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ.

Leila Moret, Rochedreux Annie, Chevalier Stephanie, Lombrail Pierre, Gasquet Isabelle. (2008). Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction, In : *Patient Education and Counseling* 70, 94-101.

McQueen. C.H. Anne. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47: 1, 101-108.

Miller Karen-Lee, Reeves Scott, Zwarenstein Merrick, Beales Jennifer, Kenaszchuk Chris, Conn Lesley. (2008). Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study, In: JAN original research.

Oughtibridge, D. (1998). Under the thumb. *Nursing Management*, 4 (8) 22–24.

Pavlovich-Danis, S., Forman, H. and Simek, P.P. (1998). The nurse-physician relationship: can it be saved?. *Journal of Nursing administration*, 28:17–20.

Radcliffe M. (2000). Doctors and nurses: new game, same result *BMJ* 2000, 320:1085.

Robertson A, Gilloran A, Mckee K, Mckinley A, Wight D. (1995). Nurses' job satisfaction and the quality of care received by the patients in psychogeriatric wards. *Inter. J. Geriatr. Psychiatry*, 10: 575–584.

Shannon SE. The roots of interdisciplinary conflict around ethical issues. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1997;9:13–28.

Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, et al.. (1994). The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care*, 32:508–525.

Smith P. (1992). *The Emotional Labour of Nursing. How Nurses Care.* Macmillan, Basingstoke UK.

Stichler, J.F. (1995). Professional interdependence: the art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly*1, 53–61.

Strauss A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. and Wiener, C. (1982). Sentimental work in the technologised hospital. *Sociology of Health & Illness*, 4 (3): 254–278.



Saunders W.B. Company.(1997). Manual of nursing care, Editor Joan Luckmann, MA, RN, Seattle, Washington.

Walsh, P. & Ford, M. (1994). New rituals for Old. Oxford: Butterworth- Heinemann.

Walton, J.B. (1995). Multidisciplinary education. Medical Education 29, 329– 331.

Waters, A. (2008). Nurses fear their concerns about care will be ignored. Nursing Standard, 22(37), 12-13.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Βιρβιδάκης Σ. (2009). Η υφή της ηθικής πραγματικότητας, Εκδόσεις Leader Books, Αθήνα.

Γαρυφάλου Κ., Κουρτουανίδου Α., Κυπάρου Μ., Γρηγοριάδης Σ. (2009). Διεπαγγελματική συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών, Επιβλέπουσα: Δημητριάδου Α., Σχολή επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκη.

Ζήλλη Σ., Θωμά Ε., Παπαδοπούλου Κ. (2009). Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας,, Επιβλέπουσα: Δημητριάδου Α., Σχολή επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκη.

Θεοδοσοπούλου Ε., Σαράφης Π, Ηγουμενίδης Μ. (2011). Το συναδελφικό απόρρητο στο χώρο της Νοσηλευτικής, Πρακτικά ειδικού φροντιστηρίου, Αθήνα.

Καμπούρα-Νιφλή Ε.Α. (2008). Η Νομική Βίβλος των νοσηλευτών, Εκδόσεις Ε. Λαβδάκη, Λάρισα.

Καμπούρα-Νιφλή Ε.Α. (2008). Νοσηλευτική Διοίκηση Θεωρία και πράξη, Εκδόσεις Ε. Λαβδάκη, Λάρισα.

Keir-Weis-Krebs, (2002). Δεοντολογία Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα.

Λανάρα Β. (2004). Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Εκδόσεις Παρισιάνου Μ., Αθήνα.

Μαραυγάκη Ε., Χουντάλα Π. (2007). Νοσηλευτική Επιστήμη: Κώδικας Δεοντολογίας, Ηθικές Προσεγγίσεις και Εφαρμογή αυτών, Εκπαιδευτικό Συμπόσιο Workshop, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 24(1), 256-261.

Μπαμπινιώτης Γ. (2009). Ετυμολογικό Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.

Μπαμπινιώτης Γ. (2004). Λεξικό για το σχολείο και το γραφείο, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.

Μπουραντάς Δ. (1992). Μάνατζμεντ: Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά, Team ΕΠΕ, Αθήνα.

Μπουραντάς Δ. (2002). Μάνατζμεντ, Εκδόσεις Γ.Μπένου, Αθήνα.

Εύγγη Μ.Ι. (2000). Δημόσιες Σχέσεις, Εκδόσεις Προπομπός, Αθήνα.

Παπαλεξανδρή Ν. (2001). Δημόσιες σχέσεις: Η λειτουργία της επικοινωνίας στη σύγχρονη επιχείρηση, Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα.

Παπαλεξανδρή Ν. και Μπουραντάς Δ. (2003). Διοίκηση Ανθρωπίνων πόρων, Εκδόσεις Γ. Μπένου, Αθήνα.

Παπανικολάου Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθ. 216 (ΦΕΚ Α'167 25.7.2001), Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.

Τριανταφυλλίδου Σ., Παπαγεωργίου Ε. (2011). Δεοντολογία και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας, Το βήμα του Ασκληπιού, 10<sup>ος</sup> τόμος, 4<sup>ο</sup> τεύχος, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2011, 465-479.

Φώτης Θ., Κατωπόδη Δ., Παφύλα Ζ. (2007). Ηθικά διλήμματα στη διοίκηση υπηρεσιών Υγείας, διαθέσιμο στο <http://www.medtime.gr>.

## **ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

<http://el.wikipedia.org/wiki/Δεοντολογία>

<http://el.wikipedia.org/wiki/Βιοηθική>

[http://en.wikipedia.org/wiki/Nancy\\_Fern\\_Olivieri](http://en.wikipedia.org/wiki/Nancy_Fern_Olivieri)

[http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen\\_Bolsin](http://en.wikipedia.org/wiki/Stephen_Bolsin)

<http://www.nhsreformgroup.com/NHS-Whistleblowing---After-Bristol/51.htm>

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## **Δελτίο Συγκατάθεσης των συμμετεχόντων νοσηλευτών**

για την έρευνα στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα:

### **Στάσεις και Αντιλήψεις Νοσηλευτών για το Συναδελφικό Απόρρητο**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Καρκασίνα Αντιγόνη

Επιβλέπον μέλος ΔΕΠ : Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Το συναδελφικό απόρρητο – η κάλυψη του συναδέλφου ή του συνεργάτη και η αποφυγή δημόσιας αποδοκιμασίας του ίδιου ή του έργου του – αποτελεί παραδοσιακή ηθική αξία στον χώρο της υγείας. Όμως, οι σύγχρονες τάσεις επιτάσσουν την απόλυτη προτεραιότητα του συμφέροντος του ασθενή κι έτσι συχνά επίσημοι φορείς παρακινούν τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν ανήθικες, απρεπείς ή επικίνδυνες στάσεις και συμπεριφορές των συναδέλφων και των συνεργατών τους. Οι ασθενείς μπορεί να μην έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ή την πληροφόρηση ώστε να κρίνουν ποιοι συγκεκριμένοι επαγγελματίες υγείας συμπεριφέρονται με μη ενδεδειγμένο τρόπο, είτε από άποψη επιστημονικής κατάρτισης, είτε από άποψη ηθικής προσέγγισης. Στη χώρα μας δεν υπάρχει προς το παρόν κάποια σχετική οδηγία ή παρακίνηση από επίσημο φορέα, αλλά η μελλοντική διαμόρφωσή της και η συνακόλουθη ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας προς αναφορές, καταγγελίες ή ίσως δημοσιοποίηση, πιθανότατα θα λειτουργούσε υπέρ του συμφέροντος των ασθενών.

Παρ' όλα αυτά, η εφαρμογή των σχετικών οδηγιών στην πράξη αποδεικνύεται συνήθως προβληματική, για διάφορους λόγους. Η δημόσια επίκριση ενός συναδέλφου ενέχει πολλές δυσκολίες και πιθανότατα αρνητικές συνέπειες για τον επικριτή. Είναι συνεπώς απαραίτητο να εκτιμηθούν οι στάσεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας πριν αναλογιστούμε τη μελλοντική ύπαρξη παρόμοιας οδηγίας, ώστε να γνωρίζουμε τι επίδραση μπορεί να έχει στις σχέσεις συναδέλφων μεταξύ τους, στην προθυμία τους να συμμορφωθούν με αυτήν, αλλά και στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας συνολικά. Η δημοσκοπική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίων αποτελεί την πλέον ενδεδειγμένη μέθοδο για τη συλλογή αυτών των στοιχείων. Δεν επαρκεί από μόνη της για να αιτιολογήσει την εφαρμογή ή την αποφυγή μίας σχετικής μελλοντικής οδηγίας, αλλά είναι σίγουρα ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση.

Ημερομηνία:.....

## **ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΑΔΕΛΦΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ**

Καλή σας μέρα,

Ονομάζομαι Αντιγόνη Καρκασίνα. Είμαι Νοσηλεύτρια Ορθοπεδικής Κλινικής στο ΓΝ Σπάρτης και Φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Εκπονώ την μεταπτυχιακή μου εργασία που μελετά το συναδελφικό απόρρητο- την κάλυψη του συναδέλφου ή του συνεργάτη και την αποφυγή δημόσιας αποδοκιμασίας του ίδιου ή του έργου του.

Θεωρώ τη βοήθειά σας εξαιρετικά σημαντική και γι' αυτό θα ήθελα να σας ζητήσω να λάβετε μέρος σε αυτή τη μελέτη.

Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις σας θα είναι απόρρητες και ανώνυμες και δεν θα είναι δυνατό να αναγνωρισθεί η ταυτότητά σας από τις απαντήσεις.

Η ερευνητική αυτή μελέτη γίνεται με την έγκριση του Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών με τίτλο «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής.

Θα ήθελα να με βοηθήσετε στην προσπάθεια αυτή!

Σας ευχαριστώ!

Στη διάθεσή σας τα στοιχεία μου:

Αντιγόνη Καρκασίνα, Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ορθοπεδικής Κλινικής Γ Ν Σπάρτης,

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Διεύθυνση: Αμύκλες Λακωνίας

E-mail: [antigonikarkasina@yahoo.gr](mailto:antigonikarkasina@yahoo.gr)

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ : Άντρας   
Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ: .....

### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω ισχύει (Παρακαλώ απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ):

Άγαμος/η .....

Έγγαμος/η .....

Διαζευγμένος/η .....

Χήρος/α .....

Αριθμός παιδιών (αν υπάρχουν): .....

Τα παιδιά είναι ανήλικα; .....

Έχετε εσείς την ευθύνη των παιδιών; .....

### 4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Σημειώστε ποιο από τα παρακάτω ισχύει (Παρακαλώ απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ)

Είμαι απόφοιτος/η ΤΕΙ: .....

Είμαι απόφοιτος/η ΑΕΙ: .....

Διαθέτω Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης: .....

Διαθέτω Διδακτορικό Δίπλωμα: .....

Διαθέτω τίτλο νοσηλευτικής ειδικότητας. Αν ναι, σημειώστε ποιον .....

Διαθέτω δεύτερο πτυχίο. Αν ναι, σημειώστε ποιο .....

### 5. ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ

Ελληνική:   
Άλλη. Σημειώστε χώρα .....

### 6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ

Σημειώστε την έδρα του νοσοκομείου που  
εργάζεστε.....

Σημειώστε ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση:

Δημόσιος Υπάλληλος: .....

Συμβασιούχος Υπάλληλος: .....

Σημειώστε ποια είναι η θέση εργασίας που κατέχετε την παρούσα στιγμή:

Διευθυντής/-τρια.....

Προϊστάμενος/-η Νοσηλευτικού Τμήματος .....

Υπεύθυνος/-η Νοσηλευτικού Τμήματος .....

Νοσηλεύτης/-τρια: .....

Σημειώστε σε πιο τμήμα  
εργάζεστε:.....

Σημειώστε πόσα είναι τα έτη προϋπηρεσίας σας ως νοσηλεύτης/τρια: .....

7. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει κάνει κάποιος συνάδελφός σας λάθος που να έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή κάποιου αρρώστου;

Ναι.....

Όχι.....

Αν ΝΑΙ, κάνατε αναφορά για το γεγονός;

Ναι.....

Όχι.....

8. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει κάνει κάποιος συνάδελφός σας λάθος που να έθεσε σε κίνδυνο λοίμωξης κάποιον άρρωστο;

Ναι.....

Όχι.....

Αν ΝΑΙ, κάνατε αναφορά (γραπτή ή προφορική) για το γεγονός;

Ναι.....

Όχι.....

9. Ποιον ενημερώσατε για το λάθος που έγινε;

Προϊσταμένη/ο .....

Τομέαρχη.....

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....

Υποδιευθυντή Ιατρό.....

Διευθυντή Ιατρό .....

Διοικητή Νοσοκομείου .....

Σωματείο εργαζομένων.....

ΜΜΕ.....

Κανέναν .....

Άλλον.....

10. Γνωρίζετε αν το λάθος που έγινε προκάλεσε τελικά κάποιο σοβαρό μη αναστρέψιμο πρόβλημα στην υγεία του ασθενή;

Ναι..... |

Όχι.....



Δεν γνωρίζω.....

11. Αν μέσα στον επόμενο χρόνο γίνει ένα σοβαρό νοσηλευτικό λάθος από μέρους σας θα το αναφέρετε;

Ναι.....

Όχι.....

12. Γνωρίζετε τι ορίζει ο νόμος για το συναδελφικό απόρρητο;

Ναι.....

Όχι.....

13. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχει χρειαστεί να καταφύγετε στα δικαστήρια για κάποιο λάθος που έγινε στην κλινική σας (από εσάς, συνάδελφο νοσηλευτή, ιατρό);

Ναι.....

Όχι.....

Προσδιορίστε από ποιον έγινε το λάθος.....

Αν ΝΑΙ, επέφερε αυτό σοβαρές συνέπειες στην επαγγελματική σας καριέρα;

Ναι.....

Όχι.....

14. Κάποιος συνάδελφος σας, σας έχει κάνει πότε αναφορά για να προστατέψει τον εαυτό του από κάποιο λάθος που έγινε ενώ ήσαστε μαζί στη βάρδια;

Ναι.....

Όχι.....

15. Στην επαγγελματική σας καριέρα έχετε προστατέψει πότε κάποιον συνάδελφο σας από κάποιο λάθος που έγινε;

Ναι.....

Όχι.....

Αν ΝΑΙ, για ποιο λόγο το κάνατε;

.....  
.....

Αν ΟΧΙ, είχε αυτό συνέπειες στην μεταξύ σας σχέση και συνεργασία;

Ναι.....

Όχι.....

16. Ήρθατε πότε αντιμέτωπος με το γεγονός κάποιος από τους συναδέλφους σας να μην επιτελέσει το νοσηλευτικό του καθήκον, αν δεν λάμβανε χρηματική αποζημίωση;

Ναι.....

Όχι.....

Αν ΝΑΙ, το αναφέρατε;

Ναι.....

Όχι.....

Αν ΟΧΙ, γιατί δεν το αναφέρατε;

.....  
.....

17. Αν εσείς κάνετε αναφορά για κάποιο νοσηλευτικό λάθος που έγινε στην κλινική σας, πόσο ικανοποιητικά πιστεύετε ότι το νοσοκομείο θα αντιμετώπιζε μια τέτοια κατάσταση;

Πολύ καλά.....

Καλά.....

Αδιάφορα.....

Δύσκολα.....

Πολύ δύσκολα.....

18. Πώς θα περιγράφατε τη σχέση του Νοσοκομείου που εργάζεστε (ως οργανισμού) με το προσωπικό του;

Πολύ καλή.....

Καλή.....

Αδιάφορη.....

Δύσκολη.....

Πολύ δύσκολη.....

19. Πώς θα περιγράφατε τη σχέση που έχει το νοσοκομείο που εργάζεστε με τους ασθενείς και τους επισκέπτες;

Πολύ καλή.....

Καλή.....

Αδιάφορη.....

Δύσκολη.....

Πολύ δύσκολη.....

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!



Εθνική Ανθρώπινης Κίνησης  
Ελευθέρια Ζωής  
Εθνικό Νοσηλευτικό  
Κέντρο Ελλάδας Π.Μ.Σ.

Πρωτ. 617 Π.Α.Τ.Ρ.Α. 07/10712011  
81-8-2011  
Αριθμ. Πρωτ. 15533

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
ΥΠΕΡΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΣ:  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
(με την παράκληση ενημέρωσης των  
ενδιαφερόμενων)

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613 - 600578  
Fax : 2610 - 430790

**Θέμα:** Σχετικά με αίτημα για τη χορήγηση άδειας εκπόνησης μελετών  
**Σχετ:** Η με ημερομηνία 23.06.11 Αίτηση της Επίκουρης Καθηγήτριας κας Ζυγά προς την υπηρεσία μας

Σε απάντησή του παραπάνω εγγράφου σας, σας κάνουμε γνωστό ότι επιτρέπουμε στους κ.κ. **Γαλινακοπούλου Γ., Καρκασίνα Α., Ζουμπρή Κ, Τσολάκη Ε., Βαρούτσου Π., Φικουζέλη Γ.,** να συλλέξουν ερευνητικά στοιχεία που θα χρησιμοποιήσουν για τις μελέτες τους στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «**Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων**», με την υποχρέωση της τήρησης των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την παράκληση κοινοποίησης των αποτελεσμάτων των μελετών τους στην υπηρεσία μας.

ΣΗΜΕΙΩΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ  
Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ  
α.α.  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΕΡΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**  
**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΟΣ Δ. ΓΚΟΥΜΑΣ**

- ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:**
- Γ.Ν. Σπάρτης
  - Γ.Ν. - Κ.Υ. Μολάων
  - Γ.Π.Ν. Τρίπολης
  - Γ.Ν. Καλαμάτας
  - Γ.Ν. Αργους
  - Γ.Ν. Κορίνθου



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ  
« ΙΩΑΝΝΟΥ ΚΑΙ ΑΙΚ. ΓΡΗΓΟΡΙΟΥ »

Ημερομηνία : 28/06/2011

Αρ. Πρωτ. : Φ/Γ/2/9714

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Υποδιεύθυνση Διοικητικού, Τμήμα Γραμματείας

Πληροφορίες : Ελ. Κωνσταντοπούλου, Τηλ. 2731093376, FAX : 2731029068 email : ekonsta@hospspa.gr

ΠΡΟΣ

κ. Καρκασίνα Αντιγόνη,  
Νοσηλεύτρια ΤΕ Ορθ/κης Γ.Ν.  
Σπάρτης  
ΕΝΤΑΥΘΑ

**ΘΕΜΑ :** Έγκριση χορήγησης στοιχείων .

**ΣΧΕΤΙΚΑ :** α) Η από 23-05-2011 αίτησή σας.

β) Η υπ' αρ. πρωτ.13231/24- 06 - 2011 έγκριση της 6<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε.

Σας γνωρίζουμε ότι σύμφωνα με το σχετικό ( β ) εγκρίθηκε το αίτημά σας για την συλλογή στοιχείων από το Νοσοκομείο μας, για την διεξαγωγή ερευνητικής μελέτης με τίτλο « Στάσεις και αντιλήψεις νοσηλευτών για το συναδελφικό απόρρητο », με την υποχρέωση της τήρησης των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την κοινοποίηση των αποτελεσμάτων των ερευνών στην Διοίκηση της 6<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε.

**ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ :**

- 1.Γραφείο Εκπαίδευσης
2. Δ/ντες Υπηρεσιών
3. Τμήμα Προσωπικού
4. Τμήμα Γραμματείας

**Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ Δ.Υ**

**ΕΥΑΓΓ. ΤΡΟΥΓΚΑΚΟΣ**

6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ  
ΘΕΩΡΗΘΗΚΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

ΕΛ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ  
ΠΡΟΪΣΤ. ΤΜ. ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,  
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ  
και ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Βαθμός Ασφαλείας

Τρίπολη 11 / 07 / 2011

Αριθμ. Πρωτ.: 13609

ΤΜΗΜΑ: Γραμματείας  
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ερυθρού Σταυρού  
Τρίπολη - 22100  
Πληροφορίες: Κων/νος Μπλέσιος  
Τηλέφωνο: (2710) 371704  
FAX: (2710) 238175

Π Ρ Ο Σ:

Την κ. ΚΑΡΚΑΣΙΝΑ ΑΝΤΙΓΟΝΗ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ  
ΣΠΑΡΤΗ ΛΑΚΩΝΙΑΣ  
Τ.Κ. 23100

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αδείας για Διεξαγωγή Έρευνας»

Σε απάντηση της υπ'αρ. 9947/25-5-2011 αίτησής σας σχετικά με την χορήγηση αδείας για διεξαγωγή έρευνας στο Νοσοκομείο μας, με θέμα «Στάσεις και αντίληψεις νοσηλευτών για το συναδελφικό απόρρητο» στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής σας εργασίας κ.λ.π...., σας κοινοποιούμε το υπ'αρ. 788/22-6-2011 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας καθώς και απόσπασμα από την υπ'αρ. 27/4-7-2011 Συνεδρίαση του Δ.Σ. του Ιδρύματός μας, (Θέμα 4<sup>ο</sup> Διοικητικό), σύμφωνα με τα οποία εγκρίνεται το αίτημά σας.

Κατόπιν αυτών παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες κοινοποιώντας προς εσάς και το υπ'αρ. 2226/25-1-2011 έγγραφο της 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Ο Υπ/ντης Δ/κού

Παπαθανασίου Θεόδωρος



## **ΦΕΚ Α'167 25.7.2001 ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ'ΑΡΙΘ.216**

### **Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας**

#### **Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παρ. 1 και 2 του άρθρου 114 του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/92) "Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας".
2. Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/85) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154/Α/92) και τροποποιήθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2α του Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/Α/97).
3. Την αρ. 2850/18.4.2000 (ΦΕΚ 565/Β) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο".
4. Την αρ. απόφαση 15 της 139ης Ολομέλειας/2.4.98 του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.
5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις παρόντος Π.Δ/τος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.
6. Την αριθ. 289/2001 Γνωμοδότηση του Συμβουλίου Επικρατείας, μετά από πρόταση του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

**Θεσπίζεται Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ως εξής:**

#### **Άρθρο 1**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.



Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

## **Άρθρο 2**

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

## **Άρθρο 3**

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

## **Άρθρο 4**

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

## **Άρθρο 5**

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε

ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

### **Άρθρο 6**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

### **Άρθρο 7**

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

### **Άρθρο 8**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

### **Άρθρο 9**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους.



### **Άρθρο 10**

Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

### **Άρθρο 11**

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

### **Άρθρο 12**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

### **Άρθρο 13**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

### **Άρθρο 14**

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

## **Άρθρο 15**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

## **Άρθρο 16**

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

## **Άρθρο 17**

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

## **Άρθρο 18**

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

## **Άρθρο 19**

Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α'174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

## **Άρθρο 20**

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του.

Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

## **Άρθρο 21**

### **Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής**

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού - ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης, ιδιαίτερα των εφήβων.

## **Άρθρο 22**

### **Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής**

Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει

### **Άρθρο 23**

#### **Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής**

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινωνικής νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

### **Άρθρο 24**

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.