



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού  
προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ»

ΔΗΜΗΤΡΑ ΓΚΙΚΟΠΟΥΛΟΥ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

Σεπτέμβριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού  
προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ»

ΔΗΜΗΤΡΑ ΓΚΙΚΟΠΟΥΛΟΥ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Κος Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Κα Λαζακίδου Αθηνά, Επίκουρος Καθηγητής

Μέλος: Κα Ζυγά Σοφία, Επίκουρος Καθηγητής

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Δήμητρα Γκικοπούλου, 2013

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.



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:

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα Επίκουρο καθηγητή κύριο Παναγιώτη Πρεζεράκο για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και για την πολύτιμη καθοδήγηση που μου πρόσφερε στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Επίσης, ευχαριστίες απευθύνω στην Επίκουρο καθηγήτρια κυρία Σοφία Ζυγά και στην Επίκουρο καθηγήτρια κυρία Αθηνά Λαζακίδου για τα σχόλια και τις επισημάνσεις τους.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τις αγαπητές συμφοιτήτριες μου για την ουσιαστική και συναισθηματική υποστήριξη τους.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους συναδέλφους νοσηλευτές που με βοήθησαν και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα αφιερώνοντας το χρόνο τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Δήμητρα

Γκικοπούλου

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Έχει παρατηρηθεί μειωμένη ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους, η οποία αποδίδεται στις συνθήκες εργασίας τους.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του εργασιακού κλίματος και ο καθορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία υγιούς περιβάλλοντος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

**Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 84 TE Νοσηλευτές και 90 Βοηθοί Νοσηλευτών (ποσοστό ανταπόκρισης=91,6%), οι οποίοι επελέγησαν με τυχαία δειγματοληψία. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τον Ιούνιο μέχρι τον Οκτώβριο του 2012 μέσω ερωτηματολογίου (PES-NWI).

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 38,9 έτη (6,5), ενώ το 82,2% ήταν γυναίκες και το 48,3% νοσηλευτές TE. Το μοναδικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετιζόταν με το εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος ήταν η συμμετοχή σε προγράμματα

συνεχιζόμενη επαγγελματικής κατάρτισης ( $p=0,001$ ). Το χαρακτηριστικό που σχετιζόταν με την κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών» ήταν η κατηγορία εκπαίδευσης ( $p<0.001$ ). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΔΕ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών» σε σχέση με τους νοσηλευτές ΤΕ. Με την κλίμακα «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας» σχετιζόταν η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης ( $p=0,005$ ). Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου» με τις ανεξάρτητες μεταβλητές «συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης» και «συνολικά έτη προϋπηρεσίας». Οι βασικότερες αιτίες της δυσαρέσκειας των εργαζομένων ήταν ο φόρτος εργασίας, η μη επάρκεια προσωπικού και η μη αναγνώριση από τη διοίκηση του παραγόμενου έργου.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κατέδειξαν τις πολύ δύσκολες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η μη πάντοτε καλή επαγγελματική συνεργασία μειώνουν δραματικά την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας και επιβαρύνουν τις συνθήκες εργασίας του.

**Λέξεις κλειδιά:** περιβάλλον εργασίας νοσηλευτών, συνθήκες εργασίας νοσηλευτών, κτιριακή υποδομή, ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας,

#### ABSTRACT

**Background:** A decline in the satisfaction of nurses with their working conditions has been observed. This may in part be due to problems of professional collaboration.

**Aim:** Investigation of the working conditions and the factors that lead to an inappropriate working environment of the Greek nurses.

**Method:** A specially designed questionnaire (PES-NWI) was completed by a randomly selected sample of 84 registered nurses and 90 nurse assistants (response rate was 91,6%). The collection of survey data held within a period of four months (June 2012 to October 2012).

**Results:** The mean age of participants was 38.9 years (6.5), while 82.2% were female and 48.3% were Technological Institute graduates. The only feature associated with the working environment assessment tool, was participation in continuing vocational training ( $p = 0,001$ ). The features associated with the scale "relationships between nurses and physicians" was the educational level ( $p < 0.001$ ). More specifically, two years college graduates had greater score on the scale 'relationships between nurses and physicians' compared with RN. The scale



“nursing principles for quality health care”, was associated with participation in continuing education ( $p = 0,005$ ). Finally, statistically significant relationship was found, between the scale "participation of nurses in the hospital issues" and the independent variables “participation in continuing vocational training” and “total years of experience”

The principal causes of employees’ dissatisfaction were the workload, the shortage of staff and the lack of appreciation for the care produced by management.

**Conclusions:** the present study demonstrated the hard working conditions of nurses in Greece. The nursing staff shortage and the not always good interprofessional collaboration reduce dramatically the satisfaction of health personnel and affect working conditions.

**Key words:** nurses’ work environment, nurses’ work conditions, building structure, quality of nursing care.....

.....

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	17
1.1 Η ανάπτυξη ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας.....	17
1.2 Επαγγελματικοί κίνδυνοι .....	17
1.3 Στρατηγικές για την Ανάπτυξη Υποστηρικτικού Περιβάλλοντος Εργασίας .....	22
1.4 Άδηλοι Επιβαρυντικοί παράγοντες .....	24
1.5 Ορισμός και χαρακτηριστικά της εργασίας κατά ωράρια .....	26
1.6 Επιδράσεις της νυκτερινής εργασίας στην ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών .....	28
1.7 Γυναικείο επάγγελμα .....	33

1.8 Απόψεις του International Council of Nurses - ICN σχετικά με την Υγιεινή και Ασφάλεια της εργασίας για τους Νοσηλευτές.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	38
2.1 Η Σημασία της Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	38
2.2 Η συνεργασία γιατρού και νοσηλευτή.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	45
3.1 Νοσηλευτικά Λάθη.....	45
3.2 Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ) .....	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	52
ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ .....	53
Σκοπός .....	53
Υλικό και Μεθοδολογία .....	54
Ερευνητικό Εργαλείο.....	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	56
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	83
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	87
Ελληνική βιβλιογραφία .....	87
Αγγλική βιβλιογραφία.....	90
Διαδίκτυο.....	97
1..... <a href="http://www.mednet.gr">http://www.mednet.gr</a> National Institute of Nursing Research Διαθέσιμο στο: <a href="http://www.ninr.nih.gov">www.ninr.nih.gov</a> .....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος .....	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	93

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ.....94

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ένα ποιοτικό περιβάλλον εργασίας, σε συνδυασμό πάντα με την αγάπη των νοσηλευτών για το σπουδαίο έργο που επιτελούν, εξασφαλίζει την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε ασθενή. Αντίθετα, ένα μη ποιοτικό περιβάλλον εργασίας επιδρά αρνητικά στην παροχή της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας.

Η Νοσηλευτική και η Ιατρική είναι άρρηκτα συνυφασμένες όσον αφορά στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ίαση των ασθενών –μεταξύ των άλλων- εξαρτάται από τις δεξιότητες των ιατρών στη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς και από δεξιότητες των νοσηλευτών στη νοσηλεία, τις συνεχείς παρατηρήσεις τους και την ικανότητά τους να μεταφέρουν σωστές πληροφορίες στους κατάλληλους συνεργάτες την κατάλληλη στιγμή. Η ποιοτική νοσοκομειακή περίθαλψη εξαρτάται κατά βάση από το σύστημα εκείνο που θα εξασφαλίζει τη συνέχεια των πληροφοριών και τη διεπαγγελματική συνεργασία. Τα νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές –μεταξύ άλλων- αναπτύσσουν καλή συνεργασία με τους ιατρούς, έχουν περιγραφεί ως «νοσοκομεία μαγνήτης» με υψηλής ποιότητας παροχή φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προβάλει τη σημασία ενός περιβάλλοντος εργασίας με άριστες συνθήκες εργασίας και να καταγράψει όσο περισσότερες πληροφορίες γίνεται, προκειμένου ο αναγνώστης να αποκομίσει τις κατάλληλες γνώσεις, ώστε να είναι σε θέση να αντιληφθεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές και να είναι σε θέση να προτείνει το σωστό τρόπο αντιμετώπισής τους. Περιβάλλοντα που έχουν αυτούς τους στόχους χαρακτηρίζονται ως υποστηρικτικά και η επίδρασή τους είναι ευεργετική τόσο στην τελική έκβαση της υγείας του ασθενή όσο και στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Η μελέτη μας αναπτύσσεται σε τρία κεφάλαια τα οποία διαμορφώνονται ως εξής:

Στο **πρώτο κεφάλαιο** με θέμα «**Η Ανάπτυξη Ενός Υγιούς Περιβάλλοντος Εργασίας** » καταγράφονται οι επαγγελματικοί κίνδυνοι και οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των συνθηκών εργασίας για το νοσηλευτή.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** με θέμα «**Η Διεπιστημονική Συνεργασία** » γίνεται μια μικρή αναφορά στις προϋποθέσεις που απαιτούνται για μια καλή διεπιστημονική συνεργασία.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** γίνεται αναφορά στα νοσηλευτικά λάθη και στη σημασία της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των νοσηλευτών, διότι η αποφυγή των λαθών και η δια βίου εκπαίδευση συντελούν στη δημιουργία συνθηκών που υποστηρίζουν τη μέγιστη απόδοση των νοσηλευτών.

Στη συνέχεια, η εργασία ολοκληρώνεται με την καταγραφή του ερευνητικού μέρους της εργασίας και τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο χώρο της υγείας η ποιότητα αποτελεί πλέον στόχο τόσο των εργαζομένων όσο και του κοινωνικού συνόλου. Το μέλλον της νοσηλευτικής είναι η δημιουργία τέτοιων συνθηκών εργασίας που να προάγουν την ποιότητα στην υγεία και να υποστηρίξουν την τελειότητα. Όλοι θέλουμε όταν βρεθούμε στη δύσκολη θέση του ασθενούς να νοσηλευτούμε σε περιβάλλον άψογα διαμορφωμένο και να μας παρέχουν φροντίδα επαγγελματίες κατάλληλα εκπαιδευμένοι. Σήμερα, γνωρίζουμε ότι σχεδόν σε όλες τις χώρες το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το μεγαλύτερο αριθμό επαγγελματιών υγείας, που σε ορισμένες περιπτώσεις υπερβαίνει το 80% του συνόλου (Avallone, 2001).

Είναι, λοιπόν, απαραίτητο οι νοσηλευτές να εργάζονται σε ένα περιβάλλον εργασίας ευρύχωρο, καθαρό, άνετο όσο και ασφαλές με σύγχρονο εξοπλισμό και πρόσβαση στην πληροφόρηση έτσι ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή νοσηλευτική φροντίδα και όχι να προσπαθούν να βρουν λύσεις οι ίδιοι ακόμα και για τις άσχημες υλικοτεχνικές υποδομές λόγω του ακατάλληλου εργασιακού τους χώρου (Λανάρα, 2003).

Κύριοι παράγοντες που προκαλούν δυσαρέσκεια οφειλόμενη στην εργασία, η οποία οδηγεί σε παροχή μη ποιοτικής φροντίδας, είναι οι προβληματικές συνθήκες (ανεπάρκειες σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό), η ανεπαρκής εκπαίδευση, η έλλειψη προσόντων, η κακή συνεργασία με τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας, η αμοιβή καθώς και η μη αναγνώριση του νοσηλευτικού έργου (Lake, 2006).

Το ποιοτικό περιβάλλον εργασίας χαρακτηρίζεται από :

- ❖ Πολιτικά πλαίσια διαμορφωμένα έτσι ώστε να εξασφαλίζουν επαρκή αριθμό νοσηλευτών και με δυνατότητα ευελιξίας των ωραρίων εργασίας τους.

- ❖ Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και αναβάθμισης (απόκτηση νέων γνώσεων μέσω ειδικών σεμιναρίων).
- ❖ Επαρκείς οικονομικές παροχές και σωστό εξοπλισμό (κίνητρα απόδοσης, υπερωριακή αποζημίωση).
- ❖ Προγράμματα αναγνώρισης.
- ❖ Ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.
- ❖ Απουσία εργασιακών πιέσεων.
- ❖ Ισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια και την ανταμοιβή (Budge et al., 2006).

Το περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί ο νοσηλευτής πρέπει υλικότεχνικά να καλύπτει κάποια δεδομένα, που να εξασφαλίζουν τη σωστή και επιστημονική φροντίδα του ασθενή να υπάρχει κατάλληλος σχεδιασμός και λειτουργικότητα του ιατρικού εξοπλισμού, των υλικών και των εγκαταστάσεων και οι οικονομικές παροχές να είναι τέτοιες που να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και επιταγές των πρόσφατων επιστημονικών επιτευγμάτων (Clarke et al, 2002).

Επιπρόσθετα, πρέπει να τονιστεί ότι και η ασφάλεια αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι κίνδυνοι που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στο έργο τους είναι πολυποίκιλοι (τραυματισμοί, βία, ψυχολογικές πιέσεις ). Αυτό συνεπάγεται αρνητικές επιπτώσεις στην προστασία και παροχή φροντίδας στον ασθενή (Peirson et al., 2011).

Η απουσία των εργασιακών πιέσεων είναι αυτονόητο ότι μπορεί να επιτευχθεί με την επαρκή στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό. Είναι σημαντικό να έχει την ευκαιρία ο νοσηλευτής να εκτελεί το έργο του με ηρεμία, καλή διάθεση και άνεση χρόνου. Τέλος, η ισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια και την ανταμοιβή είναι προσδοκία κάθε εργαζομένου και αποτελεί ισχυρό κίνητρο διεκπεραίωσης της εκάστοτε εργασίας όπως και η αναγνώριση από τους θεσμούς (Stevenson, 2001).



Για να πετύχουμε ένα περιβάλλον που θα υποστηρίζει και θα επιδιώκει την ποιότητα στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει όλοι (νοσηλευτικό προσωπικό, πολιτική ηγεσία και κοινωνία) να συνεργαστούμε προς την κατεύθυνση αυτή· οι νοσηλευτές με τα ρυθμιστικά σώματα που εκλέγουν (σύλλογοι, σωματεία), η πολιτική ηγεσία στηρίζοντας και επενδύοντας στον τομέα της υγείας και η κοινωνία επιζητώντας την ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας και ασκώντας πίεση στις εκάστοτε κυβερνήσεις.

Επιπλέον θα πρέπει να επιδιώκουμε την πρόσληψη, εκπαίδευση και διατήρηση των επαγγελματιών υγείας, να στοχεύουμε στην περιβαλλοντική ασφάλεια και τη διαχείριση των κινδύνων συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου των λοιμώξεων, της ασφαλούς χορήγησης φαρμάκων, της ασφάλειας του εξοπλισμού και της ασφαλούς άσκησης του κλινικού μέρους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### 1.1 Η ανάπτυξη ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας

Η επίτευξη ενός υγιούς περιβάλλοντος εργασίας (Healthy Work Environment) είναι επιτακτική ανάγκη για την παροχή σωστής και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και ασφάλειας του ασθενούς καθώς και για τη συνολική υγεία των νοσηλευτών. Αυτά τα υγιή περιβάλλοντα εργασίας χαρακτηρίζονται:

- από υψηλό επίπεδο εμπιστοσύνης μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων,
- από υπαλλήλους που αντιμετωπίζουν ο ένας τον άλλον με σεβασμό,
- από μια οργανωτική κουλτούρα που υποστηρίζει τους εργαζόμενους και καλλιεργεί τη σπουδαιότητα της εκπαίδευσης, της καλής συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και καλλιεργεί ένα κλίμα μέσα στο οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται συναισθηματικά και σωματικά ασφαλείς (Lake, 2002). Στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον ένα πλήθος παραγόντων

σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία των εργαζομένων. Οι παράγοντες αυτοί εμφανίζουν μεγάλη ποικιλία ως προς τη φύση τους και τις πιθανές τους επιδράσεις στην υγεία. Πρόκειται για παράγοντες φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς αλλά και εργονομικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς.

### 1.2 Επαγγελματικοί κίνδυνοι

#### 1.2.1 Φυσικοί Κίνδυνοι

Ως φυσικός κίνδυνος ορίζεται ο κίνδυνος που έχει σχέση με το εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού. Στους φυσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα κάτωθι: η καταλληλότητα του χώρου εργασίας, η θερμοκρασία, ο φωτισμός, ο εξερισμός, η υγρασία, ο θόρυβος, η ηχητική μόνωση του κτηρίου και όλα τα σχετικά με την κτηριακή εγκατάσταση. Επιπρόσθετα φυσικοί κίνδυνοι είναι και η έκθεση σε

ραδιενεργό ακτινοβολία, η ηχορρύπανση από συσκευές, η πτώση από πατώματα κακής κατασκευής, η ανάφλεξη ή η τοπική έκρηξη από εύφλεκτο (υγρό ή αέριο) υλικό καθώς και τα χτυπήματα από στερεωμένα αντικείμενα στον τοίχο ή από την οροφή (βραχίονες για monitor, συρταριέρες κλπ).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν με το δικό τους τρόπο ο ο καθένας ειδικές παραμέτρους. Η παρουσία τους ή η απουσία τους επηρεάζουν τελικά, θετικά ή αρνητικά, την απόδοση στην εργασία και την υγεία των εργαζομένων. Ο θόρυβος, για παράδειγμα, επηρεάζει την προσοχή και τη συγκέντρωση του ατόμου, εμποδίζει την επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων και είναι επικίνδυνος για την ασφάλειά τους. Επιπλέον, η μακροχρόνια έκθεση του ατόμου στον θόρυβο προκαλεί μείωση της ακουστικής ικανότητας και κώφωση. Αναφορικά με τη θερμοκρασία, έχει διαπιστωθεί από έρευνες, ότι η υψηλή θερμοκρασία σε συνδυασμό με έντονη σωματική εργασία συντελεί στην εκδήλωση καρδιακών επεισοδίων. Ακόμη, η μακροχρόνια έκθεση των ατόμων σε ακτινοβολία, όπως οι εργαζόμενοι σε εργαστήρια νοσοκομείων, δημιουργεί αιματολογικά προβλήματα (Edworthy, 2005).

### **1.2.2 Χημικοί Κίνδυνοι**

Η επαφή με ένα ευρύ φάσμα χημικών και άλλων επικίνδυνων ουσιών στην εργασία θέτει σε κίνδυνο την υγεία των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Σε μεγάλα ποσοστά οι εργαζόμενοι εμφανίζουν πολλαπλές ενοχλήσεις από το δέρμα όπως κνησμός, ερυθρότητα και απολέπιση. Οι βλάβες παρουσιάζονται στα χέρια, το πρόσωπο και τον κορμό. Ως άλλα συνοδά συμπτώματα αναφέρονται η δύσπνοια των εργαζομένων, το φτάρνισμα, η ερυθρότητα των οφθαλμών, η επιπεφυκίτιδα και ο βήχας.

Οι δερματικές παθήσεις που σχετίζονται με την έκθεση σε χημικούς παράγοντες είναι συχνές ανάμεσα στο προσωπικό του νοσοκομείου. Αυτές μπορούν να αποδοθούν σε διάφορες ουσίες όπως latex, απορρυπαντικά διαλυτικά, υγρά καθαρισμού κτλ. Η έκθεση στις ουσίες αυτές μπορεί να προκαλέσει κυρίως δερματίτιδα εξ'επαφής καθώς επίσης

ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα, άσθμα, αναφυλαξία και διασταυρούμενες αντιδράσεις με άλλες ουσίες.

Τα εισπνεόμενα αναισθητικά αέρια που αποβάλλονται είτε από τον ίδιο τον ασθενή είτε από το μηχάνημα αναισθησίας αποτελούν πηγή μόλυνσης της ατμόσφαιρας του χειρουργείου. Τα αναισθητικά αέρια έχουν κατά καιρούς ενοχοποιηθεί για διάφορες βλαπτικές επιδράσεις τόσο στη ψυχική όσο και στη σωματική υγεία των εργαζομένων στο χώρο του χειρουργείου, παθήσεις του αιμοποιητικού, διαταραχές συμπεριφοράς.

Τα κυτταροστατικά φάρμακα που προορίζονται για την φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με καρκίνο προετοιμάζονται κυρίως στο νοσοκομείο και σε φαρμακεία. Πολλά από αυτά τα φαρμακευτικά υλικά διαθέτουν καρκινογενετικές μεταλλακτικές και αναπαραγωγικές τοξικές ιδιότητες.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζει τόσο ο επιστήμονας υγείας (γιατρός, νοσηλεύτης κλπ) όσο και ο ίδιος ο εργαζόμενος, ότι η τοξικότητα του χημικού υλικού προσδιορίζεται: από το ποσό του χημικού παράγοντος στον οποίο εκτίθεται ο εργαζόμενος, την πύλη από την οποία μπαίνει στον οργανισμό και τα προληπτικά μέτρα που διατίθενται και πρέπει να χρησιμοποιούνται. Τα πιο απλά από αυτά είναι: το συστηματικό πλύσιμο των χεριών, η αποφυγή πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια της εργασίας καθώς και διάφορα προστατευτικά μέτρα για τον περιορισμό εισπνοής του χημικού παράγοντα όπως είναι οι μάσκες, οι ειδικές στολές των εργαζομένων, οι ειδικοί προστατευτικοί μηχανισμοί και το κατάλληλο σύστημα εξαερισμού των χώρων εργασίας (Christensen, 2005).

### **1.2.3 Βιολογικοί Κίνδυνοι**

Βιολογικό κίνδυνο αποτελεί η έκθεση του νοσηλευτικού προσωπικού σε βιολογικούς παράγοντες όπως αίμα, ούρα, ΕΝΥ, αρθρικό, πλευριτικό, περικαρδιακό, αμνιακό υγρό, σπέρμα και κολπικές εκκρίσεις.

Βιολογικοί παράγοντες είναι οι μικροοργανισμοί μεταξύ των οποίων και γενετικά τροποποιημένοι, οι κυτταροκαλιέργειες και τα ενδοπαράσιτα του ανθρώπου που είναι

δυνατόν να προκαλέσουν μόλυνση αλλεργία ή τοξικότητα. Αποτελούν έναν από τους σοβαρότερους επαγγελματικούς κινδύνους στον χώρο του νοσοκομείου.

## ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

- Τρυπήματα από χρησιμοποιημένες βελόνες.
- Τρυπήματα από άλλο αιχμηρό αντικείμενο.
- Κοψίματα από νυστέρι.
- Επαφή με βιολογικά υγρά.

Τύπος βιολογικού υγρού με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης μπορεί να είναι:

- ✓ Το αίμα.
- ✓ Τα βιολογικά υγρά που περιέχουν ορατό αίμα, μολυσματικά υγρά (ΕΝΥ, αρθρικό, πλευριτικό, περικαρδιακό, αμνιακό υγρό, σπέρμα και κολπικές εκκρίσεις).
- ✓ Η απευθείας έκθεση σε υψηλή συγκέντρωση ιού (πχ σε εργαστήρια) (Δρακόπουλος, 2007).

Η επικινδυνότητα ενός βιολογικού παράγοντα καθορίζεται από:

- Τη μολυσματικότητα, δηλαδή την ικανότητα εισόδου και πολλαπλασιασμού του σε έναν οργανισμό.
- Την παθογονικότητα, δηλαδή την ικανότητα πρόκλησης νόσου ως συνέπεια της λοίμωξης.
- Την μεταδοτικότητα, δηλαδή την ικανότητα ενός μικροοργανισμού να μεταδοθεί από έναν μολυσμένο οργανισμό σε έναν επιδεκτικό.

- Την αδρανοποίηση-εξουδετέρωση, δηλαδή την δυνατότητα λήψης προληπτικών μέτρων για την πρόληψη της νόσου ή θεραπευτικών για την θεραπεία.
- Άλλα χαρακτηριστικά όπως: αλλεργιογόνος και τοξική ικανότητα (Eriksen W. 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο διαδερμικός τραυματισμός από κοίλου διαμετρήματος αιχμηρά αντικείμενα αποτελεί την κυριότερη οδό δια της οποίας προσβάλλεται κατά τη διάρκεια της εργασίας το νοσηλευτικό προσωπικό από λοιμώξεις που μεταδίδονται μέσω του αίματος και μπορεί να είναι θανατηφόρες (Δρακόπουλος κ.α 2007). Επιπλέον, σοβαρές λοιμώξεις είναι δυνατόν να προκύψουν εξαιτίας των τραυματισμών από βελόνες κατά τη διάρκεια της περίθαλψης των ασθενών και των ενεργειών απόρριψης σε περίπτωση που τα ίχνη αίματος περιέχουν ιούς από μολυσμένους ασθενείς. Ιδιαίτερη σπουδαιότητα παρουσιάζουν η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα C και οι λοιμώξεις του ιού HIV (Δεσπότης, 2007).

#### **1.2.4 Εργονομικοί Κίνδυνοι**

Εργονομικοί ή Μηχανικοί παράγοντες: Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται όλες οι φυσιολογικές και ψυχολογικές απαιτήσεις και πιέσεις, τις οποίες από τη φύση του ασκεί το επάγγελμα στους εργαζόμενους. Μια συγκεκριμένη στάση του σώματος, ο χειρισμός κάποιου μηχανήματος, η ανάγκη να σηκώνει ο εργαζόμενος βαριά αντικείμενα, η στενότητα του χώρου εργασίας, η πολύωρη ορθοστασία, η έντονη μονοτονία, η τεταμένη προσοχή συνδέονται με τεχνικές εργασίες που αφορούν στο μυοσκελετικό σύστημα όπως συμβαίνει στο επάγγελμα του νοσηλευτή (Eriksen, 2003).

Τα είδη οργανικών κινδύνων είναι τα εξής:

Μυοσκελετικές παθήσεις.

Κεφαλαλγίες.

Αγγειακά προβλήματα.

Ψυχολογικές διαταραχές.

Αϋπνία.

Διαταραχή της όρασης.

Κόπωση- επαγγελματική εξουθένωση.

### **1.2.5 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες**

Περιλαμβάνουν όλες τις ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των εργαζομένων προς την εργασία και το περιβάλλον. Μερικοί εργαζόμενοι εμφανίζονται εκνευρισμένοι, αντιδραστικοί, μελαγχολικοί, απογοητευμένοι, κουρασμένοι. Άλλοι μπορεί να εμφανίζονται ενθουσιασμένοι και ενεργητικοί. Οι ίδιες συνθήκες εργασίας μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικές αντιδράσεις στον κάθε εργαζόμενο (Δρακόπουλος, 2007). Σε μερικούς προκαλούν καταπίεση και αντίδραση ενώ για άλλους αποτελούν ευκαιρία και ερέθισμα για δημιουργία. Μελέτες αναφέρουν πως ο υπερβολικός αριθμός εργασιακών ωρών εβδομαδιαίως καθώς και το γεγονός ότι πολλοί εργαζόμενοι στερούνται τις ημέρες άδειας που δικαιούνται ή οι προστριβές με τη διοίκηση και τους συναδέλφους επιβαρύνει τους εργαζομένους με στρες. Ο κακός εργονομικός σχεδιασμός, όπως η στατική μυϊκή υπερφόρτωση, οι υψηλές αισθητηριακές απαιτήσεις και ο εν γένει σχεδιασμός του εξοπλισμού που δεν είναι προσαρμοσμένος στα ανθρωπομορφικά χαρακτηριστικά κάθε εργαζόμενου επιβαρύνει με στρες (Wallace & Buckle, 2001).

## **1.3 Στρατηγικές για την Ανάπτυξη Υποστηρικτικού Περιβάλλοντος Εργασίας**

Η διαδικασία ανάπτυξης υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος είναι πολύπλευρη, λαμβάνει χώρα σε πολλά επίπεδα ενός οργανισμού και εμπλέκει διάφορους φορείς. Αρχικά, κάθε οργανισμός πρέπει να αναπτύξει ένα σχεδιάγραμμα του ανθρώπινου δυναμικού του, το οποίο περιλαμβάνει εκτιμήσεις όπως είναι τα ποσοστά συστηματικής

αποχής από την εργασία, αδειών και κυκλικού ωραρίου, καθώς επίσης και δημογραφικές πληροφορίες όπως είναι η ηλικία και η εμπειρία (American Organization of Nurse Executives, 2006). Οι πληροφορίες αυτού του είδους παρέχουν μια σταθερή βάση για τη λήψη αποφάσεων. Οι νοσηλευτές, από τη πλευρά τους, μπορούν να προωθήσουν την ανάπτυξη υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος με τους εξής τρόπους:

- ❖ Τη συνεχή προώθηση του νοσηλευτικού έργου (Laschinger, 2003).
- ❖ Τον καθορισμό του πεδίου της νοσηλευτικής πρακτικής, έτσι ώστε οι νοσηλευτές, οι άλλοι επιστήμονες και οι πολίτες να είναι ενήμεροι για τις εξελίξεις στο επάγγελμα. (Laschinger, 2003).
- ❖ Την άσκηση πιέσεων για την επαγγελματική αναγνώριση και ανταμοιβή (Baumann, 2001).
- ❖ Τη χρήση εργαλείων, τα οποία παρέχουν βασικές πληροφορίες για τη σπουδαιότητα του υποστηρικτικού περιβάλλοντος εργασίας (Baumann, 2001).
- ❖ Την καλλιέργεια και διάδοση της σπουδαιότητας της ασφάλειας στο περιβάλλον εργασίας (Baumann, 2001).
- ❖ Την επιβράβευση δραστηριοτήτων φροντίδας υγείας οι οποίες καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος, μέσα από πρωτοβουλίες πρόσληψης και διατήρησης των νοσηλευτών στη θέση τους, μείωσης των ποσοστών παραίτησης, μεταστροφής της κοινής γνώμης, βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας και του υψηλού ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών (Laschinger, 2003).
- ❖ Τη διασφάλιση της συνεργασίας με άλλους επιστήμονες για την ανάπτυξη πολιτικών για ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον (Baumann, 2001).
- ❖ Την υποστήριξη της ερευνητικής δραστηριότητας, τη συλλογή στοιχείων για καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα και τη διάδοσή τους, όταν αυτά είναι διαθέσιμα (Laschinger, 2003).



- ❖ Την ενθάρρυνση των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων για την ενίσχυση της ομαδικής εργασίας, παρέχοντας ευκαιρίες συνεργασίας και δίνοντας έμφαση στη θεωρία της ομαδικής εργασίας (Baumann,2001).

#### 1.4 Άδηλοι Επιβαρυντικοί παράγοντες

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα νοσοκομεία, ως εργασιακοί χώροι, εγκυμονούν πολλούς κινδύνους για την υγεία των εργαζομένων. Οι κίνδυνοι δεν περιορίζονται στην έκθεση στους προφανείς τοξικούς, χημικούς, λοιμώδεις ή φυσικούς παράγοντες που υπάρχουν στο χώρο του νοσοκομείου αλλά επεκτείνονται και σε άλλους, άδηλους επιβαρυντικούς παράγοντες - «εγκάρσιους κινδύνους» -όπως αποκαλούνται στην ορολογία της Ιατρικής της Εργασίας (Βελονάκης & Τσαλίκου, 2005). Σε αυτούς συγκαταλέγονται ψυχολογικοί παράγοντες, όπως είναι το στρες και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout syndrom), που προκαλούνται από τη φύση της εργασίας (διαρκής ψυχολογική επιφόρτιση με τον πόνο και το θάνατο, κυλιόμενο ωράριο, νυκτερινή εργασία) και το υψηλό επίπεδο ευθύνης που συνεπάγεται (Papadatou et al, 1994).

##### 1.4.1 Η κακή διαχείριση του υπάρχοντος προσωπικού

Πολλές φορές στα ελληνικά νοσοκομεία συναντάμε νοσηλευτές να κάνουν άλλη δουλειά πέρα από αυτήν που ορίζει η οργανική τους θέση. Αυτό συμβαίνει γιατί παρατηρείται έλλειψη όχι μόνο σε νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και σε άλλο προσωπικό (βοηθοί νοσηλευτών, διοικητικοί υπάλληλοι, υπάλληλοι της τεχνικής υπηρεσίας), τα καθήκοντα του οποίου καλούνται να εκτελέσουν οι νοσηλευτές. Μάλιστα, τα τελευταία τρία χρόνια η κατάσταση έχει χειροτερέψει, καθώς οι προσλήψεις προσωπικού λόγω της οικονομικής κρίσης είναι ελάχιστες, αφήνοντας απογυμνωμένα τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας, τα οποία ήδη έπασχαν από έλλειψη νοσηλευτικού –κυρίως-προσωπικού.

Αυτή η κατάσταση έχει ως αποτέλεσμα, αφενός μεν, οι νοσηλευτές να καλούνται να δουλέψουν παραπάνω για να καλύψουν την εργασία την οποία θα έκανε ένας άλλος νοσηλευτής (Τριχοπούλου, 1986) αφετέρου δε να αναγκάζονται να δουλέψουν διπλή βάρδια ή να κάνουν περισσότερα νυκτερινά ωράρια εργασίας, από αυτά που έκαναν παλαιότερα. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μια σειρά αλυσιδωτών προβλημάτων που αναγκάζει τους νοσηλευτές, λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης, να παίρνουν αναρρωτικές άδειες. Όπως μπορεί να καταλάβει κανείς πολύ εύκολα το πρόβλημα αντί να αντιμετωπίζεται γίνεται όλο και μεγαλύτερο (Αθανάτου, 2004).

Τα συστήματα υγείας, παγκοσμίως, είναι αντιμετώπα με συνεχώς αυξανόμενες προκλήσεις. Αντιμετωπίζουν ένα αυξανόμενο φάσμα υγειονομικών αναγκών και οικονομικών δυσχερειών που περιορίζουν τη δυνατότητα των υπηρεσιών να ενισχύσουν τις δομές και το έμψυχο δυναμικό. Η έλλειψη νοσηλευτών αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που καλούνται να επιλύσουν οι εκάστοτε πολιτικές ηγεσίες. Οι λόγοι για την έλλειψη είναι ποικίλοι και σύνθετοι, ωστόσο αυτός που διαδραματίζει ρόλο κλειδί μεταξύ αυτών, είναι το ανθυγιεινό περιβάλλον εργασίας, που μειώνει την απόδοση ή αλλοτριώνει τους νοσηλευτές και πολύ συχνά τους απομακρύνει είτε από συγκεκριμένες θέσεις εργασίας είτε από το ίδιο το νοσηλευτικό επάγγελμα.

Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν στο ό,τι βρισκόμαστε στη μέση μιας παγκόσμιας κρίσης νοσηλευτικού δυναμικού, που χαρακτηρίζεται από ένα έντονα πιεστικό έλλειμμα νοσηλευτών στις περισσότερες χώρες (Meadows, 2000). Το έλλειμμα αυτό ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο των νοσηλευτών, τη γεωγραφική τοποθεσία, το επίπεδο φροντίδας, τον τομέα, την υπηρεσία και τον οργανισμό και συμβαδίζει με μια αυξημένη απαίτηση για καλύτερα στελεχωμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες (Τσάρας και συν., 2002).

#### 1.4.2 Προτάσεις σχετικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού

Μετά τη χρονιότητα του προβλήματος της έλλειψης νοσηλευτών τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες αναπτυσσόμενες χώρες, οι προτεινόμενες λύσεις έχουν αποκτήσει καθολικό χαρακτήρα και αφορούν σε:

- ❖ Συμμόρφωση των προϋποθέσεων εισαγωγής στις Νοσηλευτικές Σχολές, τουλάχιστον σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (πχ μετά από δωδεκαετή βασική εκπαίδευση κλπ).
- ❖ Ενιαία Πανεπιστημιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών και άρση της διχοτόμησης της εκπαίδευσής τους. .
- ❖ Παροχή στους νοσηλευτές οικονομικών, ηθικών και επαγγελματικών κινήτρων.
- ❖ Διαφοροποίηση στην υλοποίηση και εφαρμογή των προγραμμάτων απόκτησης των νοσηλευτικών ειδικοτήτων (Freddi & Corradi, 2003).
- ❖ Προκήρυξη όσο το δυνατόν περισσότερων θέσεων εργασίας για την κάλυψη των μεγάλων αναγκών που ξεπερνούν σήμερα τις 20 έως 25 χιλιάδες.  
([www.bekiris.gr/ygeia\\_08.htm](http://www.bekiris.gr/ygeia_08.htm))

#### 1.5 Ορισμός και χαρακτηριστικά της εργασίας κατά ωράρια

Οι υπηρεσίες υγείας είναι μια από τις υπηρεσίες που παρέχουν συνεχή υπηρεσία καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου για το συμφέρον και την ευημερία των πολιτών κάθε χώρας. Το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας είναι υπεύθυνο για την προώθηση και παροχή φροντίδας υγείας με την εφαρμογή επιστημονικών γνώσεων, δεξιοτήτων και επαγγελματικών εμπειριών για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες υγείας όλων των ανθρώπων μέσα σε μια χώρα. Γι' αυτόν το λόγο αναμένεται ότι μια υγιής και ψυχολογικά ισορροπημένη ομάδα θα παρέχει φροντίδα υγείας.

Με βάση την οδηγία 2003/88/ΕΚ της *Ευρωπαϊκής Ένωσης* (ΕΕ) και του *Παγκόσμιου Οργανισμού Εργασίας* (ΠΟΕ) σχετικά με ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας «ως εργασία κατά ωράριο» ορίζεται η κάθε μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλον στις ίδιες θέσεις εργασίας με ορισμένο ρυθμό, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού εκ περιτροπής, η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή ασυνεχής, γεγονός το οποίο υποχρεώνει τους εργαζόμενους να επιτελούν μια εργασία σε διαφορετικές ώρες σε μια δεδομένη περίοδο ημερών ή εβδομάδων και ως «εργαζόμενος σε ωράρια» αναφέρεται κάθε εργαζόμενος με ωράριο που εντάσσεται σε πρόγραμμα εργασίας κατά ωράρια εργασίας .

Τα ωράρια εργασίας ταξινομούνται σε πρωινά, απογευματινά και βραδινά, ώστε οι εργαζόμενοι να εργάζονται με συνδυασμό δύο ή περισσότερων ωραρίων που εναλλάσσονται περιοδικά. Τα κύρια χαρακτηριστικά της εργασίας με ωράρια είναι ο προγραμματισμός, η συνέχεια και η εναλλαγή των ωραρίων εργασίας. Οι προγραμματισμένες ώρες εργασίας ενός εργαζόμενου εναλλάσσονται ημερησίως ή εβδομαδιαίως ή παραμένουν μόνιμες σε ένα ωράριο (Wilson, 2002).

Οι εναλλαγές του ωραρίου μπορεί να είναι συνεχείς, ημισυνεχείς και διακοπτόμενες. Η εργασία με ωράρια ονομάζεται συνεχής όταν οι ομάδες των εργαζομένων είναι εναλλασσόμενες ή διαδοχικές μέσα στο 24ωρο, συμπεριλαμβανομένων των αργιών. Στο συνεχές σύστημα ωραρίου εργασίας, το ελάχιστο του ανθρώπινου δυναμικού που πρέπει να απασχολείται είναι 4 ομάδες εργαζομένων – οι 3 να εργάζονται 8ωρο ωράριο και 1 ομάδα να αναπαύεται – και είναι γνωστό ως το «4 x 8 συνεχές σύστημα». Όταν η παραγωγή εργασίας διακόπτεται στο τέλος της εβδομάδας αλλά οι εργαζόμενοι απασχολούνται τις νυκτερινές ώρες και οι ομάδες των εργαζομένων είναι εναλλασσόμενες ή διαδοχικές, το σύστημα ωραρίου εργασίας αναφέρεται ως «3 x 8 ημισυνεχές σύστημα». Στο διακοπτόμενο σύστημα ωραρίου εργασίας, ή διαφορετικά στο σύστημα με 2 ωράρια εμπλέκονται 2 ή και 3 ομάδες εργαζομένων, οι οποίοι δεν εργάζονται σε νυκτερινό ωράριο ή κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου (Behar, 2001).

Δύο άλλα χαρακτηριστικά για το σχεδιασμό των συστημάτων ωραρίων εργασίας είναι ο ρυθμός και η κατεύθυνση της εναλλαγής των ωραρίων. Τα συστήματα ωραρίων εργασίας μπορούν να εναλλάσσονται κατευθυνόμενα προς τα εμπρός σύμφωνα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού (πχ ένα πρωινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και κατόπιν από νυκτερινό ωράριο) ή κατευθυνόμενα προς τα πίσω αντίστροφα από τη φορά των δεικτών του ρολογιού (πχ ένα νυκτερινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και στη συνέχεια από πρωινό ωράριο εργασίας). Ο ρυθμός εναλλαγής του συστήματος ωραρίου εργασίας μπορεί να είναι γρήγορος, μία ή δύο ημέρες στο ίδιο σύστημα ωραρίου και κατόπιν αλλαγή, ή αργός πέντε ή και παραπάνω ημέρες στο ίδιο σύστημα ωραρίου εργασίας πριν από την εναλλαγή σε άλλο (Sizeni, 2003).

Εκτός από το 8ωρο ωράριο που αναφέρθηκε παραπάνω, προκειμένου να καλυφθεί το 24ωρο στη παραγωγή, σε ορισμένες χώρες χρησιμοποιείται και το σχήμα των δύο 12ωρων ωραρίων εργασίας. Το κύριο επιχείρημα για την υιοθέτηση των 12ωρων ωραρίων αναφέρεται στο γεγονός ότι προκύπτουν περισσότερες ημέρες ανάπαυσης και κυρίως ελεύθερο σαββατοκύριακο για τον εργαζόμενο (Axelsson, 2005).

Στην Ελλάδα, η οργάνωση των ωραρίων εργασίας είναι συνήθως, ακανόνιστη, ταχέως εναλλασσόμενη, με κύριο στόχο να καλυφθούν οι ανάγκες της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

## 1.6 Επιδράσεις της νυκτερινής εργασίας στην ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που καλεί τους νοσηλευτές με το σύστημα της εναλλαγής της βάρδιας, το οποίο σύστημα είναι το γνωστό σε όλους μας κυκλικό ωράριο.

Μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα όπως της επαγγελματικής ικανοποίησης και του επαγγελματικού στρες, καταστάσεις που

μεταβάλλουν την ζωή μας αλλά και τις καθημερινές συνήθειες όπως τη διατροφή, τον ύπνο ακόμα και τις οικογενειακές σχέσεις ή και τις κοινωνικές (Καγαλιάρη, Σταματάκη 2000).

Τα προβλήματα του κυκλικού ωραρίου εργασίας για τους νοσηλευτές είναι:

- Επαγγελματικής φύσεως (πχ επαγγελματική εξουθένωση)
- Οικογενειακής-κοινωνικής φύσεως
- Προσωπικής - παθολογικής φύσεως (Berger et Hobbs 2006).

Η βάρδια αναστατώνει τους βιολογικούς ρυθμούς του ατόμου που συνάδουν με τον κύκλο ημέρας - νύκτας. Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά την διάρκεια της νύκτας και κάτω από αντίξοες συνθήκες είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους, ενώ κοιμούνται πρωινές ώρες, αντίθετα από τους βιολογικούς τους ρυθμούς. Κατά τις βραδινές ώρες αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους επαγγελματίες υγείας. Αντιθέτως, το πρωί που οι θερμοκρασίες είναι πιο υψηλές οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.

Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του νοσηλευτή. Οι εργαζόμενοι με τέτοιο ωράριο παρουσιάζουν κατά 10-20% γαστρεντερικές διαταραχές. Συνήθως παραπονιούνται για γαστρικά έλκη τα οποία εμφανίζονται 8 φορές περισσότερο σε σχέση με τους επαγγελματίες του πρωινού ωραρίου. Αρκετοί νοσηλευτές δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν, τους κόβεται η αναπνοή ή βρίσκονται σε τέτοια υπερδιέγερση που αδυνατούν να ηρεμήσουν μετά από μια έντονη βάρδια. Οι διαταραχές του ύπνου στους νοσηλευτές με κυλιόμενο ωράριο περιλαμβάνουν τη δυσκολία να κοιμηθούν και τη μείωση της ποιότητας του ύπνου τους. Έτσι, έχουν περισσότερα διαστήματα αϋπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου (Behar,1989).

### 1.6.1 Προβλήματα επαγγελματικής φύσεως:

- ✓ Άγχος και στρες
- ✓ Αλληλουχία του ωραρίου
- ✓ Προσωπικοί ρυθμοί του ατόμου
- ✓ Λάθη που μπορούν να προκύψουν και ατυχήματα λόγω της παρατεταμένης αϋπνίας του προσωπικού
- ✓ Οι απαιτήσεις του προγράμματος έτσι που να επιτυγχάνεται καλύτερα η παραγωγικότητα ενός τμήματος
- ✓ Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων σε συνάρτηση πάντα με το πρόγραμμα (αλλαγές-απαιτήσεις)

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το άγχος, εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας, οφείλεται πολλές φορές στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή βάρδια ή την νυκτερινή εργασία. Αντίθετα, στην πρωινή μέρα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία με τη νοσηλευτική διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό, αυξάνονται οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο (Χαραλαμπίδου και Andy 2000).

Μετά από μια 12ωρη βάρδια το ρίσκο να τρυπηθεί κάποιος νοσηλευτής από βελόνα ή να δώσει λάθος φάρμακα, σε σύγκριση πάντα με κάποιον νοσηλευτή που δούλεψε 8ωρη βάρδια μειώνεται στο 50% στον δεύτερο (Institute of Medicine 2004).

Η ασφάλεια του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές εργάζονται πολλές και απρόβλεπτες ώρες, ειδικά όταν το τελευταίο ζύπνημά τους ξεπερνά τις 17 ώρες (Berger et Hobbs, 2006).

Η νυκτερινή εργασία παρεμβαίνει στη φυσιολογική διαδικασία του νυκτερινού ύπνου. Επηρεάζει αρνητικά το φυσιολογικό ρολόι του ανθρώπινου οργανισμού που ακολουθεί ένα εικοσιτετράωρο ρυθμό (Καγάλιαρη και Σταματάκη, 2000).

Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο Public Heart Briefs (2000) αναφέρεται ότι άτομα που υπόκειντο σε κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν κατά 53,6% πιο ευάλωτα σε λάθος χορηγήσεις φαρμάκων, τρυπήματα από χρησιμοποιημένες βελόνες αλλά και σε οδικά ατυχήματα καθώς οδηγούσαν από και προς την εργασία τους.

Η απορρύθμιση των ρυθμών προάγει στους νοσηλευτές μοτίβα ύπνου και επαγρύπνησης καθώς και εγρήγορσης και νύστας. Αυτό, όμως, με τη σειρά του έχει επίπτωση στο να εκτελούνται σημαντικές διεργασίες με αναποτελεσματικό τρόπο (Moira, 2001).

### **1.6.2 Προβλήματα οικογενειακής-κοινωνικής φύσεως**

Το κυκλικό ωράριο εργασίας των νοσηλευτών, δεν επιδρά μόνο στον επαγγελματικό τομέα. Δυστυχώς, παρεμβαίνει και δυσχεραίνει την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών (Επιβατιανός, 1999).

Η φροντίδα των παιδιών ενός νοσηλευτή, επηρεάζεται αρνητικά από τις επαγγελματικές του ανάγκες. Τα παιδιά πολλές φορές νιώθουν παραμελημένα από τους γονείς-νοσηλευτές, επειδή δεν έχουν όσο χρόνο θα ήθελαν για να αφιερώσουν στα παιδιά τους.

Επίσης, το σημερινό εκπαιδευτικό σύστημα, έρχεται σε αντίθεση με το κυκλικό ωράριο ενός νοσηλευτή και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Ο γονιός, την ώρα που το παιδί του είναι στο σχολείο πρέπει να ξεκουραστεί για να μπορέσει να ανταπεξέλθει με επιτυχία στα καθήκοντά του κατά τη διάρκεια της απογευματινής ή βραδινής βάρδιας (Καγάλιαρη και Σταματάκη, 2000). Από την άλλη, κατά τη διάρκεια του απογεύματος, που τα παιδιά βρίσκονται συνήθως στο σπίτι, οι γονείς εργάζονται ή έχουν να ασχοληθούν με άλλα πράγματα (πχ δουλειές του σπιτιού).



Οι οικογενειακοί ρυθμοί πρέπει να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του νοσηλευτή της οικογένειας. Αν, όμως αυτό δεν γίνει, τότε παρατηρούνται δυσλειτουργίες στην οικογένεια καθώς αυξάνεται το άγχος του νοσηλευτή. Η κοινωνία μας ζει και εργάζεται σε ρυθμούς διαφορετικούς από τους νοσηλευτές (Κρέπια, 2006).

Η κοινωνία (φίλοι και συγγενείς) αδυνατούν να καταλάβουν τον διαφορετικό τρόπο ζωής ενός νοσηλευτή. Δημιουργούνται ψυχοκοινωνικά προβλήματα (ποιοτικά αλλά και ποσοτικά). Οι φίλοι απομακρύνονται και οι κοινωνικές σχέσεις διακόπτονται ή αραιώνουν με το πέρασμα του χρόνου (Berger et Hobbs 2006).

### **1.6.3 Προβλήματα προσωπικής- παθολογικής φύσεως:**

Το κυκλικό ωράριο εργασίας αναστατώνει τους βιολογικούς ρυθμούς του ατόμου που συνάδουν με τον κύκλο ημέρας – νύκτας. Οι κυριότερες αλλαγές που παρουσιάζονται σε έναν νοσηλευτή είναι οι παρακάτω:

Μειώνεται η παραγωγή μελατονίνης (που αποκαλείται επίσης ορμόνη του σκότους). Η μελατονίνη μεταξύ άλλων έχει ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες και μπορεί να καταστέλλει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Το φυσικό ή τεχνητό φως, καταστέλλει την παραγωγή μελατονίνης από τον οργανισμό (Institute of Medicine, 2004).

Αποδυναμώνεται το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού (Berger et Hobbs 2006). Το σύστημα αυτό ευθύνεται για την άμυνα του οργανισμού εναντίον των μολύνσεων και των καρκινικών κυττάρων. Ένας από τους μηχανισμούς που ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου, είναι οι αδυναμίες του ανοσολογικού συστήματος που όταν υπάρχουν δεν του επιτρέπουν να εξουδετερώνει τα καρκινικά κύτταρα που εμφανίζονται στον οργανισμό (Παπαδάτου, 2000).

Ο πολλαπλασιασμός των φυσιολογικών κυττάρων επηρεάζεται αρνητικά διότι αυξάνεται ο κίνδυνος πρόκλησης βλαβών στα γονίδια (Καγάλιαρη & Σταματάκη, 2000).

Οι βλάβες αυτές των γονιδίων, μπορεί να είναι αιτία γένεσης καρκίνων. Η θερμοκρασία κατά τη διάρκεια της μέρας αυξάνεται σημειώνοντας τη μεγαλύτερή της τιμή αργά το πρωί ή νωρίς το απόγευμα. Μειώνεται τις απογευματινές ώρες και συνεχίζει την κάθοδό της την περίοδο της νύκτας, εμφανίζοντας την κατώτερη τιμή της, τις πρωινές ώρες. Σε αυτές τις ώρες αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους νοσηλευτές. Γι' αυτό το πρωί που οι θερμοκρασίες είναι πιο υψηλές οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.

Στο νυκτερινό ύπνο η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή λειτουργία μειώνονται, ενώ στη φάση εργασίας αυξάνονται. Ελαττώνονται γιατί ο νυκτερινός ύπνος είναι πιο ξεκούραστος και βαθύτερος από τον πρωινό ύπνο όπου έχει προηγηθεί νυκτερινή εργασία (Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, 2001).

Έχει διαπιστωθεί αύξηση στην κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού τα οποία μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα ( Moira, 2001).

Οι διαταραχές του ύπνου, στους νοσηλευτές που εργάζονται με κυλιόμενο ωράριο, περιλαμβάνουν τη δυσκολία να κοιμηθούν και τη μείωση της ποιότητας του ύπνου τους. Έτσι, έχουν περισσότερα διαστήματα αϋπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου. Μερικοί, δυσκολεύονται να κοιμηθούν και αν ξυπνήσουν είναι δύσκολο να ξανακοιμηθούν (Berger et Hobbs, 2006).

Επομένως, απουσιάζει εντελώς ο ήρεμος και γαλήνιος ύπνος που είναι αναγκαίος για την αποθήκευση ενέργειας. Η χρήση ή κατάχρηση ουσιών όπως οινοπνεύματος, καπνού, υπνωτικών φαρμάκων, παυσίπονων, και ηρεμιστικών είναι συνεπακόλουθο της έλλειψης ποιοτικού ύπνου (Moira, 2001).

## 1.7 Γυναικείο επάγγελμα

Η Νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που ασκείται στο μεγαλύτερο μέρος του από γυναίκες. Γιατί άραγε να συμβαίνει αυτό; Σε τι οφείλεται η ανισοκατανομή των φύλων

στα επαγγέλματα που έχουν σχέση με την υγεία γενικότερα; Γιατί οι άντρες δε δείχνουν προτίμηση σε αυτά τα επαγγέλματα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τις γυναίκες;

Η παράδοση αλλά και οι χαμηλές αμοιβές, οι συνθήκες εξάσκησης του συγκεκριμένου επαγγέλματος, αλλά και ο τρόπος που αντιμετωπίζεται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, είναι ουσιώδεις λόγοι που οδηγούν στη φυλετική προτίμηση από τις γυναίκες (Ξένου – Βενάρδου, 2000).

Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Ισότητας (2000) οι λόγοι που οι άνδρες δεν προτιμούν το επάγγελμα της νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- ❖ Η παράδοση
- ❖ Οι χαμηλές αμοιβές
- ❖ Η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής
- ❖ Η υποδεέστερη διάθεση επαφής με τους ανθρώπους (οι γυναίκες έχουν καλύτερη επαφή).

Ωστόσο, υπάρχουν κάποια μέτρα που μπορούν να εφαρμοσθούν για να αντιμετωπιστεί η ανισοκατανομή των δύο φύλων στη νοσηλευτική επιστήμη απαιτείται:

- ❖ Ευαισθητοποίηση για θέματα που αφορούν στα δυο φύλα.
- ❖ Καλύτερη πληροφόρηση που θα αρχίσει από τα σχολεία, ώστε τα συναφή επαγγέλματα να μην θεωρούνται γυναικεία.
- ❖ Αλλαγή παραδοσιακών τρόπων.
- ❖ Έμφαση στον ανθρωπιστικό ρόλο του τομέα της υγείας, ώστε να μην αντιμετωπίζεται μόνο ως επάγγελμα.
- ❖ Βελτίωση της εικόνας του τομέα της υγείας και διασφάλιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των επαγγελματιών της υγείας.

- ❖ Βελτίωση των όρων και των συνθηκών εργασίας.
- ❖ Να μη ζητάνε από τους εργαζόμενους να ασχολούνται και με άλλες εργασίες, κάτι που γίνεται σήμερα επειδή υπάρχουν ελλείψεις.
- ❖ Υψηλότεροι μισθοί για όλους (Επιβατιανός, 1999).

## 1.8 Απόψεις του International Council of Nurses - ICN σχετικά με την Υγιεινή και Ασφάλεια της εργασίας για τους Νοσηλευτές

Σύμφωνα με τον Baumann (2001), το ICN προεβέβει ότι ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας στον τομέα της Υγείας συμβάλλει σημαντικά στην ασφάλεια του ασθενούς και υποστηρίζει τη θετική έκβαση της υγείας του. Έχοντας αυτό ως στόχο το ICN προωθεί - σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο- την ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και οργάνων που θα διασφαλίσουν το δικαίωμα των νοσηλευτών για εργασία σε ένα ασφαλές περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης , της ανοσοποίησης και της εξασφάλισης προστατευτικού ιματισμού/εξοπλισμού.

Επίσης, επαναπροσδιορίζει ως αποστολή του την ενθάρρυνση της ερευνητικής δραστηριότητας σε αυτό το πεδίο και τη διακίνηση της πληροφορίας που προκύπτει στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Το ICN διερευνά την έλλειψη κατάλληλης εθνικής νομοθεσίας, σχετικά με την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, που καλύπτει τους νοσηλευτές στο χώρο απασχόλησής τους, τους συχνά ανεπαρκείς μηχανισμούς για τη συμμετοχή των εργαζομένων στον έλεγχο, τη μείωση των επαγγελματικών κινδύνων και τους ανεπαρκείς πόρους που διατίθενται για να εξασφαλίσουν τις βέλτιστες υπηρεσίες υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και την επιθεώρηση εργασίας.

Σύμφωνα με τους Cangelosi και Markham (1998), το ICN υποστηρίζει θερμά τις διάφορες συνθήκες του συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO, που σχετίζονται με την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας και θεωρεί ότι οι εθνικοί σύνδεσμοι νοσηλευτών πρέπει:

- Να ευαισθητοποιήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό, τους εργοδότες και το κοινό σχετικά με τους επαγγελματικούς κινδύνους στον τομέα της Υγείας , συμπεριλαμβανομένης της βίας και της αυθαιρεσίας.
- Να διασφαλίσουν την πληροφόρηση των νοσηλευτών σχετικά με τα δικαιώματα εργασίας τους σε ένα ασφαλές περιβάλλον και τις υποχρεώσεις τους σε ό,τι αφορά στην προστασία της ασφάλειάς τους και την προαγωγή της ασφάλειας των άλλων.
- Να πείσουν τις κυβερνήσεις και τους εργοδότες να εγκρίνουν και να εφαρμόσουν όλα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να διασφαλίσουν την υγεία και την ευημερία των νοσηλευτών που βρίσκονται σε κίνδυνο κατά την διάρκεια της εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού όπου απαιτείται.
- Να ασκήσουν πίεση στις κυβερνήσεις τους, για να εξασφαλίσουν ότι όλοι οι παράγοντες υγείας συνάδουν με τις διατάξεις της νομοθεσίας για υγιεινή και ασφάλεια στο χώρο της εργασίας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί τόσο με κινητοποίηση όσο και με μεμονωμένη ή/και συλλογική πολιτική δράση.
- Να αναγνωρίσουν την επίδραση των σχέσεων μεταξύ των εργαζομένων και των οικογενειών τους στην ανάπτυξη των πολιτιστικά κατάλληλων πολιτικών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και των σχεδίων αντιμετώπισης των προβλημάτων.
- Να ενθαρρύνουν και να υποστηρίξουν την ερευνητική δραστηριότητα στις χώρες τους, τόσο σε θέματα ασφάλειας και καταλληλότητας των εργασιακών χώρων των νοσηλευτών, όσο και σε συμπεριφορές κινδύνου, στάσεις, διαδικασίες και δραστηριότητες.
- Να ωθήσουν τις κυβερνήσεις/εργοδότες στο να εξασφαλίσουν την πρόσβαση του νοσηλευτικού προσωπικού στα προστατευτικά μέτρα (πχ ιματισμός) και τον εξοπλισμό χωρίς πρόσθετο κόστος για το προσωπικό.

- Να ενθαρρύνουν τους νοσηλευτές να υποβληθούν σε εμβολιασμούς σχετικούς με την υγεία και την ασφάλειά τους στον εργασιακό τους χώρο.
- Να υποστηρίζουν την απελευθέρωση των νοσηλευτών από τον φόβο του εγκλωβισμού τους στο ρόλο του υπέρμαχου του ασθενούς.
- Να διεκδικήσουν επαρκή συστήματα ελέγχου σε όλα τα επίπεδα έτσι ώστε να εξασφαλίσουν την κατάλληλη εφαρμογή των πολιτικών.
- Να ενισχύσουν την πληροφόρηση σχετικά με την εισαγωγή νέων κινδύνων στον εργασιακό χώρο.
- Να διαδώσουν τις πληροφορίες σχετικά με τη μη συμμόρφωση εργοδοτών στην σχετική με την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας νομοθεσία καθώς και τους μηχανισμούς αναφοράς των παραβιάσεων.
- Να συνεργαστούν με τις αρμόδιες αρχές για να εξασφαλίσουν την ακρίβεια του καταλόγου επαγγελματικών ασθενειών και να αξιολογήσουν περιοδικά την ισχύ του για το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Να υποστηρίζουν τις αξιώσεις των νοσηλευτών για αποζημίωση σε περιπτώσεις επαγγελματικής νόσου και/ ή τραυματισμού.
- Να εξασφαλίσουν και να διαδώσουν πληροφορία σχετική με την επίπτωση ατυχημάτων, τραυματισμών και νοσημάτων σχετιζόμενων με την εργασία των νοσηλευτών.
- Να συνεργαστούν με άλλες οργανώσεις που υποστηρίζουν το δικαίωμα του εργαζομένου σε ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας.

Το ICN υποστηρίζει το διευρυμένο ρόλο του νοσηλευτή υγιεινής της εργασίας στην αντιμετώπιση των πρωταρχικών υγειονομικών αναγκών των εργαζομένων και απαιτεί δίκαιη αμοιβή και κατάλληλες συνθήκες σταδιοδρομίας, έτσι ώστε να υπάρξει επαγγελματική εξέλιξη. Το ICN επιζητεί την αναγνώριση του τομέα υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας ως πεδίο δράσης του νοσηλευτή με αμοιβές που αντιστοιχούν

στο επίπεδο εμπειρίας και αποτελούν κίνητρα για προσέλκυση αλλά και συνέχιση της δραστηριοποίησης των νοσηλευτών στον συγκεκριμένο τομέα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 2.1 Η Σημασία της Διεπιστημονικής Συνεργασίας

Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει ως κοινό στόχο την ευημερία και φυσικά την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Σύμφωνα με έρευνες, η καλή υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει την συνέχεια των πληροφοριών και την διεπαγγελματική συνεργασία. Επιπλέον, οι (Brigita and Milan 2008) επισημαίνουν ότι η διεπιστημονική συνεργασία είναι μια πολύ σημαντική πρόκληση, όσον αφορά την προώθηση της υγείας, διότι φέρνει κοντά τους επαγγελματίες της υγείας κάνοντάς τους να παίρνουν σωστές αποφάσεις στα θέματα υγείας. Η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας μπορεί να γίνεται υπό καλές συνθήκες αλλά μπορεί να συμβαίνει και το αντίθετο. Η άριστη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει ως αποτέλεσμα την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή, έτσι ώστε η υγεία του να βελτιωθεί όσο συντομότερα γίνεται. Επίσης, σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε νοσηλευτικά ιδρύματα ξένων χωρών και ιδιαίτερα σε αυτά της Αμερικής (Miller et all., 2008), παρατηρείται το φαινόμενο σύμφωνα με το οποίο στα νοσοκομεία τα οποία είναι πλήρως στελεχωμένα με νοσηλευτές με εμπειρία και υψηλές κλινικές δεξιότητες, παρουσιάζονται λιγότερα περιστατικά θανάτων και επιπλοκών μεταξύ των ασθενών. Γίνεται έτσι αντιληπτό ότι η ποιότητα φροντίδας στα νοσοκομεία σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος αλλά και με την επαρκή στελέχωση με καλά καταρτισμένους νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία τη διεπαγγελματική εκπαίδευση, ώστε να ενισχυθεί η υγειονομική περίθαλψη και η διεπιστημονική συνεργασία.

Η συνεργασία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να διέπεται από την από κοινού επικοινωνία, το σεβασμό, την υποχωρητικότητα, το σχεδιασμό, την

κατοχή γνώσεων και ικανοτήτων των διαφόρων εργαζομένων, χωρίς φυσικά την αποφυγή πρωτοβουλιών εκ μέρους τους. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να στηρίζουν τις μοναδικές δυνάμεις και την εργασία τους στην αληθινή συνεργασία, αναγνωρίζοντας βασικές αξίες, όπως την αλληλεξάρτησή τους και την συμπληρωματικότητα της γνώσης τους, των δεξιοτήτων και των προοπτικών καθώς επίσης και των κοινών ηθικών υποχρεώσεών τους. Μέσα σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως είναι αυτός των νοσοκομείων, θα πρέπει η επικοινωνία, όπως προαναφέρθηκε να κατέχει πρωταρχικό ρόλο, διότι η καλή επικοινωνία συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο μιας επιτυχημένης συνεργασίας. Η ομαδική εργασία και συνεργασία πρέπει να βασίζεται στο σεβασμό των ατόμων και ιδιαίτερα στην επικοινωνία, διαφορετικά είναι αδύνατο να εργαστούν σε ένα σωστό περιβάλλον (Gilson, 2001).

Επομένως, γίνεται φανερό ότι σε όλους τους τομείς της υγείας υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας. Βέβαια, όπως είναι αναμενόμενο, συχνά παρουσιάζεται το φαινόμενο της επαγγελματικής σύγκρουσης, η οποία διακρίνεται σε ομαδική, διαπροσωπική, ιεραρχική και λειτουργική. Η σύγκρουση αυτή μπορεί να αποβεί μοιραία, όσον αφορά στη συνεργασία και τη συνέχισή της, παρουσιάζοντας αρνητικά αποτελέσματα και δημιουργώντας δυσaréσκεια στα πρόσωπα που την απαρτίζουν (Avallone, 2001).

## 2.2 Η συνεργασία γιατρού και νοσηλεύτη

Κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες υγείας οι ασθενείς υφίστανται σε ορισμένες περιπτώσεις νοσηλευτικά ή ιατρικά λάθη, με ανησυχητική συχνότητα. Τα σφάλματα αυτά είναι δυνατόν να προκαλούνται από ανθρώπινους παράγοντες (απροσεξία, παράλειψη, λάθος χειρισμούς) που συνδέονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις των νοσηλευτών και των ιατρών (Kizer et all, 2002). Η σημασία της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει την υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα στα επαγγέλματα του νοσηλεύτη και του ιατρού. Η λήψη των αποφάσεων πρέπει να γίνεται ύστερα από συνεταιρική συνεργασία, υπομονή και



προσοχή για την επίλυση των προβλημάτων και των τυχόν ευθυνών που θα προκύψουν (Baggs, 2001). Οι σχέσεις τους θα πρέπει να είναι αλληλεξαρτώμενες και να συμπληρώνουν η μία την άλλη, σε βασικά θέματα της υγείας (Fagin, 2001). Είναι ολοφάνερο ότι η καλή συνεργασία των νοσηλευτών με τους ιατρούς συμβάλλει σε θετικές εκβάσεις. Οι συμπεριφορές εκφοβισμού και οι ανεπαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις οδηγούν στην δυσπιστία, την πίεση και τη δυσαρέσκεια μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Αυτή η ανθυγιεινή κατάσταση συμβάλλει και στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος, σε ορισμένες περιπτώσεις.

### **2.2.1 Οι διεπαγγελματικές σχέσεις**

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι και οι μορφές επικοινωνίας που χρησιμοποιούν για την επίλυσή τους, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες της διεπαγγελματικής συνεργασίας και της εύρυθμης λειτουργίας ενός οργανισμού. Ωστόσο η βέλτιστη λειτουργία ενός οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας δεν βασίζεται μόνο στο επίπεδο επικοινωνίας, αλλά εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό και από το βαθμό συνεργασίας των επιμέρους ειδικοτήτων υγείας οι οποίοι απασχολούνται σε αυτόν, δηλαδή από τη διεπαγγελματική συνεργασία (Kenney, 2002).

Η επικοινωνία έχει ως πρωταρχικό σκοπό το σωστό συντονισμό και καταμερισμό των δραστηριοτήτων του οργανισμού. Απαραίτητη προϋπόθεση για αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι η ομαλή και ισότιμη συνεργασία στον κλινικό και τον εργασιακό χώρο. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αγαστή συνεργασία των «πρωταγωνιστών» αυτής της πολυσύνθετης ομάδας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ιδιαίτερα των νοσηλευτών που βρίσκονται κοντά στον ασθενή περισσότερο από κάθε άλλον επαγγελματία υγείας (Illingworth, 2007).

Η διεπαγγελματική συνεργασία περιλαμβάνει επικοινωνία, καθοδήγηση με την έννοια της συμβουλευτικής, τήρηση κοινών στοιχείων, επανεκτίμηση των δεδομένων, ανταλλαγή

πληροφοριών, ιδεών και επίσημα θεσμοθετημένες συναντήσεις και συνεδριάσεις (Garman, 2006).

Στον τομέα της παροχής φροντίδας υγείας, η διεπαγγελματική συνεργασία έχει καταστεί ένα σημαντικό αντικείμενο προβληματισμού και υποστηρίζεται από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς η παροχή φροντίδας υγείας στις σύγχρονες κοινωνίες γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκη, με αποτέλεσμα πολλά άτομα από διαφορετικά επαγγέλματα να είναι υποχρεωμένα να εργάζονται από κοινού, για να είναι δυνατή η παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας. Με άλλα λόγια, η επίτευξη υψηλής ποιότητας φροντίδας εξαρτάται κατά πολύ, από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας να συνεργάζονται και να συμβάλουν με τις εξειδικευμένες γνώσεις τους, στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (Πύλλη, 2005). Οι προβληματικές σχέσεις νοσηλευτών και ιατρών έχουν καταγραφεί σε πολλά δυτικά συστήματα υγείας, όπου λόγω της αυστηρής ιεραρχικής δομής του «μικρόκοσμου» του τμήματος αλλά και της ασάφειας των επαγγελματικών ρόλων δημιουργούνται ανταγωνιστικές σχέσεις, ενώ αυξάνονται κατακόρυφα οι πιθανότητες λάθους (Hall, 2001).

Σε αυτό το πλαίσιο, η ελληνική πολιτεία φρόντισε να θωρακίσει νομικά τη διεπαγγελματική συνεργασία μέσω του επαγγελματικού κώδικα δεοντολογίας τόσο του νοσηλευτικού όσο και του ιατρικού επαγγέλματος. Πιο συγκεκριμένα, το άρθρο 12 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (2001) αναφέρει: *«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 ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών».*

Αντίστοιχα, το εδάφιο 4 του άρθρου 21 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (2005) υπαγορεύει ότι *«ο ιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών».*

Οι επιτυχείς παρεμβάσεις νοσηλευτών και ιατρών φαίνεται να έχουν δύο κοινά σημεία: την βελτίωση της μεταξύ τους επικοινωνίας και την επίτευξη ενός καλού κλίματος συνεργασίας όπου οι ιατροί και οι νοσηλευτές αποκτούν άμεση και ουσιαστική επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι προσπάθειες αυτές συνεργασίας μπορεί να είναι η εξαίρεση, αλλά όχι ο κανόνας. Βελτίωση μπορεί να υπάρξει μέσω των άμεσων συζητήσεων του ηθικού κινδύνου και την αναγνώριση των αξιών μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων, δίνοντας έμφαση στις προοπτικές βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας του ασθενούς (Gilson, 2001).

Η συνεργασία διασπάται και έρχεται σε ρήξη όταν βρεθεί ένα πολύ σοβαρό κλινικό πρόβλημα και οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι σε θέση να το αντιμετωπίσουν. Για το λόγο αυτόν ο καθένας έχει μια συγκεκριμένη λειτουργία και τα δικά του καθήκοντα, για τα οποία και φυσικά έχει εκπαιδευτεί (Davies, 2001). Συχνά υπάρχουν ασθενείς που έχουν πολλαπλά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα και χρειάζεται ένας νοσηλευτής να απευθυνθεί σε πολλούς άλλους επαγγελματίες υγείας, οπότε είναι ωφέλιμο να υπάρχει μεταξύ τους άμεση επικοινωνία (Takase, 2005).

### **2.2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διεπαγγελματική συνεργασία**

Οι νοσηλευτές και οι ιατροί συνιστούν το μεγαλύτερο τμήμα των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης και έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με τα σύνθετα ζητήματα. Τα νέα οργανωτικά χαρακτηριστικά απαιτούν μια ανταλλαγή των ιδεών και προσεγγίσεων, του συντονισμού, της διαπραγμάτευσης, και της συνεργασίας. Η σχέση νοσηλευτών - ιατρών θεωρείται μια ειδική σχέση συνεχώς εξελισσόμενη. Ίσως η προφανέστερη διαφορά είναι ότι το πλαίσιο του εργασιακού χώρου έχει αλλάξει. Μια συνέπεια αυτού είναι ότι η σχέση ιατρών - νοσηλευτών δεν είναι πλέον αποκλειστική, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες - νοσοκομειακούς συνεργάτες. Για παράδειγμα, το μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής υγείας λειτουργεί μέσα σε ένα διεπιστημονικό πλαίσιο, και οι αλληλεπιδράσεις με άλλους επαγγελματίες, όπως είναι οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί

λειτουργοί, οι εργοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, εκτός των ατόμων που ασκούν διοίκηση, ασκούν επίδραση στη σχέση νοσηλευτών-ιατρών (Moret et al, 2007).

Τα αίτια των συγκρούσεων είναι τα εξής :

- Ζητήματα κύρους και επιβολής.
- Συνθήκες εργασίας με αυξημένα επίπεδα άγχους (American Hospital Association Commission, 2002).
- Άρνηση ευθυνών.
- Η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω προβληματικού καθορισμού καθηκόντων.
- Τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης.
- Η προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία και οι διακρίσεις (Johnson, 2007).
- Το πολύπλοκο οργανωτικό εργασιακό περιβάλλον (Δημητριάδου, 2010).
- Η έλλειψη ζωτικού χώρου (Stevenson, 2005).
- Οι διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες επαγγελματικές ομάδες (Leathard, 2003).
- Η ύπαρξη στερεοτύπων σχετικά με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών, η αλλαγή του ρόλου των νοσηλευτών, η επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και η διαφοροποίηση στην ακαδημαϊκή και στην επαγγελματική τους εξέλιξη.
- Οι περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, οικονομικοί και υλικοτεχνικοί πόροι) έλλειψη οργάνωσης και προβλήματα διοίκησης διαφορές νοοτροπίας, θέσης, επιπέδου μόρφωσης στις διάφορες ιεραρχικές βαθμίδες (Sloan, 2000).

Οι νοσηλευτές και οι ιατροί για να γίνουν αποτελεσματικοί στη διαχείριση συγκρούσεων, θα πρέπει να κατανοήσουν τις αιτίες, τις θεωρίες και τις στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων. Η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, επηρεάζεται από τα πολιτιστικά πρότυπα της ανδρικής κυριαρχίας και της γυναικείας υποτέλειας.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Baggs & Schmitt (2001), σε κάποια προβλήματα που αναφέρθηκαν περιλαμβάνονται νοσηλεύτριες με δυσκολία επικοινωνίας με τους ιατρούς, ανεπίλυτες διαφωνίες και μη σωστή αποδοχή των νοσηλευτών από ιατρούς. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών περιγράφεται ως *«η από κοινού εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, ο επιμερισμός των ευθυνών για την επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων για να διατυπώσουν και να εκτελέσουν σχέδια για την περίθαλψη των ασθενών»*.

Υπάρχουν πράγματι πολλοί λόγοι, που κυμαίνονται από τη φύση της σχέσης ιατρού - νοσηλευτή για διαφορετικές εργασιακές φιλοσοφίες, τις αρμοδιότητες, την κοινωνική θέση ή ο πολιτισμός, η ισότητα, ανισότητα και την αρμοδιότητα των νοσηλευτών/ριών. Ο Ross και οι συνεργάτες του (2002) αναγνωρίζουν ότι τα εμπόδια επηρεάζονται από τις πολιτιστικές συνήθειες, γίνονται αντιληπτές οι απουσίες της ισότητας και της εντιμότητας στις προσδοκίες από την πλευρά των επαγγελματιών νοσηλευτών και υπάρχει μια γενική έλλειψη κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας.

Οι ειδικοί εκπαιδευτικοί προτείνουν ότι ένας από τους καλύτερους τρόπους προώθησης της ομαδικής εργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης είναι να εκτεθούν οι σπουδαστές στη διεπιστημονική εκπαίδευση. Μόνο στο βαθμό όπου οι επαγγελματίες παροχής περίθαλψης καταλαβαίνουν και σέβονται ο ένας τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του άλλου μπορεί να υπάρχει μια καλή συνεργασία και να επιτευχθούν οι στόχοι των ασθενών (Kenny, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### 3.1 Νοσηλευτικά Λάθη

Η Νοσηλευτική, ως ανθρωπιστική επιστήμη, προσφέρει τις υπηρεσίες της στην ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενή. Κάθε νοσηλευτικός χειρισμός εμπεριέχει την πιθανότητα λάθους. Ο Mgrayan (2007) όρισε το νοσηλευτικό λάθος ως *«κάθε πράξη, απόφαση ή παράλειψη ενός νοσηλευτή που αξιολογήθηκε ως μη ορθή από εμπειρότερους συναδέλφους και είχε δυσμενείς συνέπειες για τους ασθενείς»*. Τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων αποτελούν τη συχνότερη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών (Γουλεμάτης, 2008).

Διάφοροι εξωγενείς παράγοντες επηρεάζουν το ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο δεν διεκδικεί το αλάθητο. Τα νοσηλευτικά λάθη μελετώνται ιδιαίτερα με σκοπό να αναγνωριστούν οι συγκεκριμένες θέσεις εργασίας που βρίσκονται στην «κόψη του ξυραφιού» (Tang, 2007).

Η αναγνώριση αυτή δεν αφορά σε καμία περίπτωση συγκεκριμένα άτομα. Ο βασικός σκοπός είναι να βρεθούν οι ανεπάρκειες του συστήματος, να διορθωθούν και να αντιμετωπιστούν οι διαδικασίες του συστήματος που επηρεάζουν όλους τους εργαζόμενους (Ραφτόπουλος, 2009).

Ορισμένα από τα λάθη που μπορούν να γίνουν από τους νοσηλευτές κατά την προετοιμασία της νοσηλείας είναι (Wright, 2009):

- Διενέργεια σφάλματος εξαιτίας της ιατρικής οδηγίας.
- Χρήση λάθος διαλύτη για την ανασύσταση του σκευάσματος.
- Λανθασμένη περιεκτικότητα του ανασυσταθέντος φαρμάκου.
- Εσφαλμένη επιλογή φαρμάκου εξαιτίας παρόμοιων συσκευασιών.
- Λάθος δοσολογία λόγω εσφαλμένων υπολογισμών.

- Μειωμένη ή ανύπαρκτη δραστικότητα του φαρμάκου.

### **3.1.1 Λάθη κατά τη χορήγηση φαρμάκων**

Ακόμα όμως και μετά την προετοιμασία της νοσηλείας χωρίς να έχει ο νοσηλευτής υποπέσει σε κανένα από τα προαναφερθέντα σφάλματα, δεν θα έχει ξεφύγει από τον κίνδυνο διενέργειας ΦΛ καθώς το σκεύασμα πρέπει να χορηγηθεί στον πάσχοντα. Κάποια από τα πιο συνηθισμένα λάθη που γίνονται κατά τη χορήγηση των φαρμάκων είναι (Nogueira et al., 2010):

Χορήγηση λανθασμένου φαρμάκου σε λάθος πάσχοντα.

Χορήγηση φαρμάκου από λανθασμένη οδό.

Εσφαλμένος ρυθμός χορήγησης: έχει παρατηρηθεί (Taxis & Barber, 2003) ότι ένα από τα πιο συνηθισμένα σφάλματα κατά τη χορήγηση ενδοφλέβιων σκευασμάτων είναι ο πιο γρήγορος ρυθμός χορήγησής τους σε σχέση με τον επιτρεπόμενο, κάτι που αφορά τόσο στην εφάπαξ ένεση (bolus) όσο και στη χορήγηση σε ενδοφλέβια έγχυση.

Λανθασμένος τρόπος χορήγησης: σε περιπτώσεις χορήγησης πολλών ενδοφλεβίων φαρμάκων υπάρχει η δυνατότητα τοποθέτησής τους σε γραμμή έγχυσης με τη χρήση τριπλών διακοπών (3-way). Υπάρχουν όμως ορισμένα σκευάσματα τα οποία πρέπει να τοποθετούνται μόνα τους, από ξεχωριστή ενδοφλέβια οδό, εξαιτίας της δυναμικής της δραστικότητάς τους και της αναγκαίας στάγδην ροής τους. Τέτοια φάρμακα είναι κυρίως τα καρδιολογικά (πχ Inotrex, Levophed, Tildiem). Υπάρχει ο κίνδυνος, εάν τοποθετηθούν σε σειρά, μαζί με κάποιον ορό ενυδάτωσης για παράδειγμα, να παρασυρθούν από τη ροή του ορού αυξάνοντας το ρυθμό χορήγησής τους με δυσάρεστες συνέπειες για τον άρρωστο (Σκένδρου, 2010).

Λανθασμένη ώρα χορήγησης: Σύμφωνα με αποτελέσματα της μελέτης των Chiang & Peppner (2006) (το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 807 νοσηλευτές από 20-43 ετών (ΜΗ=27,1 έτη), οι οποίοι εργάζονταν σε νοσοκομείο στη νότια Ταϊβάν), που

διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τα εμπόδια για την αναφορά των φαρμακευτικών λαθών ο σημαντικότερος λόγος της μη αναφοράς των ΦΛ ήταν ο φόβος για αρνητικές συνέπειες σε περίπτωση που ανέφεραν το/τα ΦΛ. Επίσης βρέθηκε ότι η ιεραρχική θέση, η προσωπική ανασφάλεια και οι εργασιακοί παράγοντες (πχ, η ποιότητα της διοίκησης και οι εργασιακές σχέσεις) κατείχαν το 54,6% των λόγων της μη αναφοράς των ΦΛ. Η ηλικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η εργασιακή εμπειρία, η προσωπική εμπειρία από προηγούμενα ΦΛ, καθώς και η αθέτηση της υποχρεωτικής αναφοράς των ΦΛ δεν βρέθηκε να συνδέονται με τη μη αναφορά των ΦΛ. Το 75.2% είχαν αναφέρει φαρμακευτικά λάθη, το 24.5% δεν τα είχαν αναφέρει τα ΦΛ και δύο δεν απάντησαν. Σχετικά με ερώτηση κατά πόσο δεν είχαν αναφέρει τα ΦΛ που είχαν κάνει, οι νοσηλευτές απάντησαν με ποσοστό 57.1% ότι δεν είχαν κάνει κάτι τέτοιο, το 34.2% ότι τους έχει συμβεί και το 7.9% δεν είχαν κάνει ΦΛ για να το αναφέρουν.

Σε μεταγενέστερη έρευνα που έγινε στην Ταϊβάν από την Chiang και τους συνεργάτες της (2010) διερευνήθηκαν οι παράγοντες της μη αναφοράς των ΦΛ από τους νοσηλευτές που εργάζονταν στον κλινικό χώρο. Το δείγμα της έρευνας το αποτέλεσαν 838 νοσηλευτές από πέντε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, με μέσο όρο ηλικίας 27,91 έτη. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Nurse's Reporting Barriers questionnaire (C-NRB) και της κλίμακας Nursing Practice Environment Scale (C-NPES), σε κινέζικη έκδοση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οι 337 (47%) νοσηλευτές παρέλειψαν να αναφέρουν ΦΛ και οι 376 (52,4%) είχαν αναφέρει ΦΛ. Τα περισσότερα ΦΛ γίνονταν στο στάδιο της προπαρασκευής των φαρμάκων από τους νοσηλευτές. Οι σημαντικότεροι παράγοντες της μη αναφοράς των ΦΛ βρέθηκε να είναι το προηγούμενο ιστορικό ΦΛ, οι διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές και γενικότερα οι λάθος αντιλήψεις σε σχέση με την αναφορά των ΦΛ. Οι λόγοι που συνέβαλαν σημαντικά για τη μη αναφορά των ΦΛ από τους νοσηλευτές ήταν ο φόβος, οι αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και οι αντιλήψεις για την επαγγελματική εξέλιξη.



Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα παραπάνω και να προσέχει προκειμένου να εκτελεί με ασφάλεια τη χορήγηση φαρμάκων. Ωστόσο, δεν επαρκούν τα πιο πάνω καθώς υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες που μπορούν πολύ εύκολα να οδηγήσουν στη διενέργεια κάποιας αβλεψίας εις βάρος του πάσχοντα, όπως για παράδειγμα οι παρεμβάσεις των συνοδών και των ίδιων των πασχόντων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή τα διαρκή τηλέφωνα για διάφορες ερωτήσεις κατά την αντιγραφή των ιατρικών οδηγιών που έχει λάβει ο νοσηλευτής.

### 3.2 Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ)

Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας καλούνται συνεχώς να απορροφήσουν πληροφορίες για νέα φάρμακα, νέες κλινικές διαδικασίες και βιοϊατρικές τεχνικές, κυβερνητικές οδηγίες, προειδοποιήσεις για αρνητικά αποτελέσματα των φαρμάκων και νέες επιστημονικές ανακαλύψεις στην ιατρονοσηλευτική επιστήμη. Επομένως, είναι σχεδόν αδύνατον για έναν επαγγελματία να απορροφήσει πλήρως και να εφαρμόσει σωστά τη νέα γνώση, η οποία συμπεριλαμβάνεται στο μεγάλο όγκο των κειμένων που λαμβάνει καθημερινά.

Ένας νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να σκεφτεί και να ενεργήσει χρησιμοποιώντας τη κρίση του, μέσα από το μεγάλο όγκο των πληροφοριών που παίρνει από τις διάφορες πηγές. Υπάρχουν οι εντολές του ιατρού, οι απαιτήσεις του ασθενή, οι ανάγκες της οικογένειας του ασθενή, τα νέα πρωτόκολλα περίθαλψης και οι ταυτόχρονες απαιτήσεις από τα διάφορα τμήματα του οργανισμού φροντίδας υγείας. Ο παραδοσιακά συντηρητικός ασθενής έχει αντικατασταθεί από έναν ενημερωμένο ασθενή, ο οποίος ενδιαφέρεται συνεχώς για ποιοτική περίθαλψη και επιδιώκει εναλλακτικές ευκαιρίες και πιθανότητες για καλύτερες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Baker et al, 2003).

Η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ) είναι σχετικά καινούργιο φαινόμενο για την Ελλάδα. Η βιβλιογραφία δεν κάνει σαφή λόγο για τις προσπάθειες διεύρυνσης των γνώσεων των νοσηλευτών κατά τον προηγούμενο αιώνα. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική

εκπαίδευση σύμφωνα με την Παναουδάκη – Μπροκολάκη (2000) είναι οι προσπάθειες που καταβάλλονται από διάφορους φορείς αλλά και από τον ίδιο το νοσηλευτή με σκοπό την εξοικείωσή του με τις νέες γνώσεις και εξελίξεις στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αναβάθμιση της νοσηλευτικής φροντίδας (45%) και οι οικονομικές απολαβές (19%) αποτελούν τα σημαντικότερα κίνητρα για την αναβάθμιση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των ερωτώμενων. Από την άλλη μεριά, οι λόγοι που εμποδίζουν τους ερωτώμενους να παρακολουθήσουν κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης είναι κυρίως οικογενειακοί (31%) και η έλλειψη χρόνου (32%).

Το νοσηλευτικό προσωπικό ενημερώνεται για σεμινάρια και συνέδρια μέσω των ανακοινώσεων σε κοινούς χώρους του νοσοκομείου (59%). Επίσης, τόσο ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής του αντίστοιχου Τμήματος (52%) όσο και η διοίκηση του νοσοκομείου (53%) προτρέπουν την παρακολούθηση δια βίου νοσηλευτικής εκπαίδευσης (αν και τα ποσοστά δεν είναι ιδιαίτερα υψηλά) (Μαλπίδου, 2000).

Το 67% των συμμετεχόντων σε ανάλογη μελέτη (Bakalis et al., 2010) απαντούν ότι η εκπαίδευση τους καθιστά πολύ αυτόνομους στο χώρο εργασίας τους ενώ το 49% των ερωτώμενων πιστεύει ότι η δια βίου εκπαίδευση στην Ελλάδα είναι μέτρια και το 25% καλή. Η μελέτη έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού δεν έχει μεταπτυχιακό τίτλο και έχει παρακολουθήσει ελάχιστα σεμινάρια και ημερίδες. Σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν προϋπηρεσία από 5–20 χρόνια, που πρέπει να υπάρχει ενδιαφέρον για αναβάθμιση των γνώσεών τους, γεννιούνται ερωτήματα όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Παρόλα αυτά, οι συμμετέχοντες συμφωνούν ότι η μέχρι τώρα εκπαίδευσή τους, τους καθιστά αυτόνομους στην άσκηση των βασικών νοσηλευτικών τους καθηκόντων (Bakalis et al, 2010).

Όπως υποστηρίζει ο Κακαβούλης (2000) τα εργαστήρια είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο ο φοιτητής της νοσηλευτικής μπορεί να βελτιωθεί πρακτικά και σε συνδυασμό με την εμπειρία της κλινικής άσκησης οδηγείται στην τελειοποίηση των δεξιοτήτων του. Τέλος, σχετικά με την άποψη των νοσηλευτών για την δια βίου εκπαίδευση στην

Ελλάδα, τα αποτελέσματα είναι « απογοητευτικά», αφού το 64% απάντησε ότι είναι μέτρια έως πτωχή.

### **3.2.1 Το αντίκτυπο της (ΣΝΕ) Εκπαίδευσης**

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε μια εποχή γρήγορων ανακατατάξεων και αλλαγών και ως εκ τούτου η έκρηξη στη γνώση και την τεχνολογία παίρνει καθημερινά τέτοιες δραματικές διαστάσεις που είναι αδύνατον να τις παρακολουθήσει κανείς εύκολα. Όμως -με σειρά προτεραιότητας- τα οφέλη της εκπαίδευσης είναι τα εξής:

- ❖ Οι νοσηλευτές, μέσω της διά βίου εκπαίδευσης και της ενεργητικής μάθησης, διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες, αποκτούν σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση (Πανουδάκη – Μπροκολάκη, 2000).
- ❖ Η εκπαίδευση αυξάνει σε μεγάλο ποσοστό την ασφάλεια των ασθενών, βελτιώνει την υγεία ενός πληθυσμού με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που του παρέχονται ταυτοχρόνως και άμεσα και ακόμη ενισχύει την πρόσβαση αυτών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με εύκολο τρόπο (Χατζηπουλίδης, 2004).
- ❖ Βελτιώνεται η πρόσληψη και η διατήρηση των επαγγελματιών υγείας, βοηθώντας έτσι στην επαγγελματική αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπινου δυναμικού (Πανουδάκη – Μπροκολάκη, 2000).
- ❖ Δίνει ευκαιρίες για την επίλυση προβλημάτων σε μια διεπαγγελματική ρύθμιση και επιλύοντας τα προβλήματα αυτά σε μια πολυδιάστατη διάσταση (Χατζηπουλίδης, 2004).
- ❖ Διευκολύνει την επικοινωνία και επιτρέπει την συνειδητοποίηση της σημασίας της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Lesley, 2008).
- ❖ Εκτός από πρόσβαση σε νέα γνώση, δίνει τη δυνατότητα για διεύρυνση των προσόντων των νοσηλευτών, των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, για να

μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα των αλλαγών, των νέων τεχνολογιών και των επάλληλων εξελίξεων στο χώρο της υγείας (Long, 2008).

- ❖ Αναπτύσσει σεβασμό στους επιστημονικούς κλάδους της υγείας, αυξάνει την ευαισθητοποίηση του τρόπου που στηρίζουν ο ένας τον άλλον, ενθαρρύνει την στοχαστική πρακτική συνεργασία και προωθεί την αμοιβαία κατανόηση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στην κοινωνία (Lesley, 2008).
- ❖ Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας καλλιεργεί μια πιο ουσιώδη αντίληψη των άλλων κλάδων παροχής υγείας, στο πεδίο εφαρμογής της πρακτικής συνεργασίας, αυξάνοντας τον σεβασμό και των άλλων επαγγελματιών (Πανουδάκη – Μπροκολάκη, 2000).

Πρέπει λοιπόν, με οποιοδήποτε τρόπο, να κεντρίσουμε το ενδιαφέρον όλων των συναδέλφων για συνεχή νοσηλευτική εκπαίδευση, γιατί μόνο έτσι κατοχυρώνεται ο νοσηλευτής στην άσκηση των βασικών νοσηλευτικών του καθηκόντων, διαμορφώνει καλύτερη προσωπικότητα, αναβαθμίζει τις γνώσεις και δεξιότητες του και εν γένει ανυψώνεται στο χώρο της υγείας ως πραγματικός επιστήμονας και επαγγελματία υγείας.

Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική του εκπαίδευση είναι αυτονόητο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειάς του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης.

Τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσοκομείων μπορούν και πρέπει να οργανώνουν μετεκπαιδευτικά προγράμματα εστιασμένου ενδιαφέροντος στο πλαίσιο μιας γενικότερης στρατηγικής ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης. Τέλος, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή συμμετοχή σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης κατάρτισης είναι, εκτός από τη διάθεση του νοσηλευτή για επιμόρφωση, η πρακτική διευκόλυνση και ηθική ενθάρρυνση από όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής ιεραρχίας (Χατζηπουλίδης, 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

### Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής ΚΑΤ.

Ειδικότεροι στόχοι είναι:

- ✓ Η καταγραφή των παραγόντων εκείνων -που κατά την εκτίμηση του προσωπικού- αποτελούν ικανά κίνητρα για τη βελτίωση της εργασιακής του ικανοποίησης.
- ✓ Η αποτύπωση των επιπέδων συνεργασίας μεταξύ των εργαζόμενων στον τομέα της υγείας.
- ✓ Η καταγραφή των απόψεων των εργαζομένων για τα πολυειδή θέματα που τους απασχολούν καθημερινά στο χώρο εργασίας τους, όπως η επαγγελματική επάρκεια, η επαγγελματική σύγκρουση ως παράγοντες που επηρεάζουν την διεπαγγελματική συνεργασία.

- ✓ Οι παράμετροι του εργασιακού κλίματος που οδηγούν σε μη ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας.
- ✓ Η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των εργασιακών παραμέτρων.
- ✓ Η εκτίμηση του μεγέθους του άγχους και της πίεσης που βιώνει ο εργαζόμενος κατά την άσκηση των καθηκόντων ανάλογα με τις εργασιακές συνθήκες που βιώνει και να καταγράψει τις προτάσεις
- ✓ Η καταγραφή των προτάσεων των εργαζομένων που αφορούν στη βελτίωση της νοσηλευτικής δραστηριότητας και την αναβάθμιση τόσο του επαγγέλματός τους όσο και της εν γένει λειτουργίας του Νοσοκομείου ΚΑΤ.

## Υλικό και Μεθοδολογία

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από νοσηλευτές (ΤΕ) και βοηθούς νοσηλευτών (ΔΕ) που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ». Διανεμήθηκαν 190 ερωτηματολόγια, από τα οποία επεστράφησαν πλήρως συμπληρωμένα τα 174 (ποσοστό ανταπόκρισης 91,6%). Από τους συμμετέχοντες στη μελέτη οι 84 ήταν νοσηλευτές (ΤΕ) και οι υπόλοιποι 90 ήταν βοηθοί νοσηλευτών (ΔΕ) .

## Ερευνητικό Εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (το Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)), το οποίο δομήθηκε από την Eileen Lake (2002) και έτυχε της έγκρισης του National Quality Forum (2004) και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τον Επίκουρο Καθηγητή Π. Πρεζεράκο, ο οποίος είναι και ο επιβλέπωντας στην παρούσα εργασία (Prezerakos et al., 2013). Το πρώτο μέρος του πρωτότυπου ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 31 ερωτήσεις σχετικές με τη διερεύνηση του εργασιακού περιβάλλοντος

του νοσηλευτικού προσωπικού. Στην ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αφαιρέθηκε ερώτηση σχετική με τη νοσηλευτική διεργασία (αφού αυτή δεν χρησιμοποιείται στα ελληνικά νοσοκομεία), με αποτέλεσμα αυτό να περιλαμβάνει 30 κλειστού τύπου ερωτήσεις (στοιχεία), οι οποίες απαντώνται μέσω μιας τετραβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ, συμφωνώ, συμφωνώ απόλυτα), με σκοπό την καταγραφή και τη διερεύνηση των ακόλουθων ερευνητικών παραμέτρων (κλιμάκων) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι):

- Τη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε ζητήματα του νοσοκομείου.
- Τις νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας.
- Τις ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη που επιδεικνύει επί του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Τις σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρών.

Το δεύτερο μέρος του περιέχει ερωτήσεις καταγραφής πληροφοριών σχετικών με δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικία, χρονική διάρκεια εργασίας, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, παρακολούθηση σεμιναρίων και αν είναι συνδρομητές σε επιστημονικό περιοδικό).

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες με τυχαία δειγματοληψία, αφού προηγουμένως είχε δοθεί γραπτή έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ). Σε κάθε συμμετέχοντα δινόταν ένας φάκελος, ο οποίος περιείχε ένα ερωτηματολόγιο και ενημερωτική επιστολή σχετική με το σκοπό της μελέτης, την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Οι συμμετέχοντες τοποθετούσαν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο φάκελο και τον παρέδιδαν σφραγισμένο στον Προϊστάμενο Νοσηλευτή του Τμήματός τους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εκλαμβανόταν ως συναίνεση για συμμετοχή στη μελέτη.



Η εργασία άρχισε με τη συλλογή βιβλιογραφίας και την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου για έγκριση τον Ιούνιο του 2012. Ακολούθησε η συλλογή των δεδομένων κατά την περίοδο από Ιούλιο μέχρι τις 28 Σεπτεμβρίου 2012 και έλαβε χώρα στο ΓΝΑ ΚΑΤ της Αθήνας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο χώρο του Νοσοκομείου και η συμπλήρωση τους έγινε σε ελεύθερο χρόνο των συμμετεχόντων. Το δείγμα επιλέχθηκε με τυχαία δειγματοληψία από το νοσηλευτικό προσωπικό των Ορθοπεδικών Τμημάτων, της Νευρολογικής, της Καρδιολογικής, και της Παθολογικής Κλινικής, των Χειρουργικών Τμημάτων (Γενικής Χειρουργικής, Αγγειοχειρουργικής, Γναθοχειρουργικής και Μικροχειρουργικής), του Χειρουργείου, της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και των χώρων όπου στεγάζονται οι λοιπές ειδικότητες. Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε τον Νοέμβριο και η συγγραφή της εργασίας έγινε τον Δεκέμβριο 2012.

**Ανάλυση δεδομένων:** Τα δεδομένα των απαντήσεων των ερωτηματολογίων κωδικοποιήθηκαν και έγινε η επεξεργασία τους με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με τη βοήθεια των στατιστικών ελέγχων t-test και  $\chi^2$  πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τις απαντήσεις τους (Πίνακας 3).

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή.

Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών. Βρέθηκε πως οι ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test).

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (back ward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Η ηλικία και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας συσχετίζονταν ισχυρά μεταξύ τους ( $r=0,82$ ,  $p < 0,001$ ) και γι' αυτό για τη διερεύνηση των συσχετίσεων επιλέχθηκε να συμπεριληφθεί μια από τις δύο αυτές μεταβλητές. Η μεταβλητή που επιλέχθηκε ήταν τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 19.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Το εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος αποτελείται από 5 επιμέρους κλίμακες, οι οποίες παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

**Πίνακας 1.** Οι επιμέρους 5 κλίμακες του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

<b>Κλίμακα</b>	<b>Στοιχεία του εργαλείου</b>
Συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου	5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27,

	28
Νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας	4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30
Ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών	3, 7, 10, 13, 20
Επαρκές προσωπικό	1, 8, 9, 12
Σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	2, 16, 24

### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η μέση ηλικία ήταν 38,9 έτη (6,5), ενώ το 82,2% ήταν γυναίκες και το 48,3% ήταν νοσηλευτές ΤΕ.

**Πίνακας 2.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Φύλο</b>	
Γυναίκες	143 (82,2)
Άντρες	31 (17,8)
<b>Ηλικία</b>	38,9 (6,5) <sup>α</sup>
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>	
Νοσηλευτές ΠΕ	0 (0,0)
Νοσηλευτές ΤΕ	84 (48,3)

Βοηθοί Νοσηλευτών ΔΕ	90 (51,7)
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας</b>	10,3 (7,1) <sup>α</sup>
<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>	
Ναι	102 (58,6)
Όχι	72 (41,4)
<b>Αριθμός προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>	
0	72 (41,4)
1	68 (39,1)
>1	34 (19,5)
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>	
Ναι	41 (23,6)
Όχι	133 (76,4)

<sup>α</sup> Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

### **Εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος**

Ο συντελεστής Cronbach alpha του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος ήταν 0,89, γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια.

Στους Πίνακες 3α έως και 3δ παρουσιάζονται οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες αναφορικά με τα στοιχεία του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

**Πίνακας 3α.** Οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες αναφορικά με τα στοιχεία του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Στοιχείο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η επάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών (πχ γραμματέας, βοηθός θαλάμου, τραυματιοφορέας) μου επιτρέπει να αφιερώνω χρόνο στους ασθενείς	57 (32,8)	73 (42,0)	25 (14,4)	19 (10,9)
Ιατροί και νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις	2 (1,1)	28 (16,1)	117 (67,2)	27 (15,5)
Ο/η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια έχει υποστηρικτικό ρόλο στους νοσηλευτές	12 (6,9)	41 (23,6)	82 (47,1)	39 (22,4)
Υλοποιείται ικανοποιητικός αριθμός προγραμμάτων κατάρτισης ή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές	46 (26,4)	100 (57,5)	27 (15,5)	1 (0,6)
Δίδονται ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη (επιστημονική-κλινική)	55 (31,6)	97 (55,7)	20 (11,5)	2 (1,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

**Πίνακας 3β.** Οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες αναφορικά με τα στοιχεία του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Στοιχείο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Δίδονται ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων	47 (27,0)	93 (53,4)	32 (18,4)	2 (1,1)
Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν τα λάθη ως ευκαιρία για απόκτηση νέας γνώσης και όχι για άσκηση κριτικής	23 (13,2)	63 (36,2)	57 (32,8)	31 (17,8)
Υπάρχει επαρκής χρόνος και ευκαιρίες για συζήτηση των προβλημάτων της φροντίδας των ασθενών με άλλους νοσηλευτές	26 (14,9)	78 (44,8)	66 (37,9)	26 (14,9)
Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών (ΠΕ & ΤΕ) προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς	99 (56,9)	66 (37,9)	9 (5,2)	0 (0,0)
Ο/η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης	24 (13,8)	42 (24,1)	69 (39,7)	39 (22,4)
Ο Διευθυντής/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ιδιαίτερα προσιτός και προσβάσιμος στο προσωπικό	33 (19,0)	47 (27,0)	86 (49,4)	8 (4,6)
Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν	105 (60,3)	68 (39,1)	1 (0,6)	0 (0,0)

Υπάρχει έπαινος και αναγνώριση για εργασία που ολοκληρώθηκε με επιτυχία	67 (38,5)	82 (47,1)	23 (13,2)	2 (1,1)
---	-----------	-----------	-----------	---------

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

**Πίνακας 3γ.** Οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες αναφορικά με τα στοιχεία του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Στοιχείο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Η διοίκηση απαιτεί νοσηλευτική φροντίδα υψηλών προδιαγραφών	31 (17,8)	40 (23,0)	72 (41,4)	31 (17,8)
Ο/Η Διευθυντής/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ισότιμος/η σε δύναμη και εξουσία με τα άλλα υψηλόβαθμα στελέχη του Νοσοκομείου	52 (29,9)	49 (28,2)	59 (33,9)	14 (8,0)
Υπάρχει αρκετή ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	13 (7,5)	60 (34,5)	92 (52,9)	9 (5,2)
Δίδονται ευκαιρίες για προαγωγή	75 (43,1)	83 (47,7)	14 (8,0)	2 (1,1)
Υπάρχει μια ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία, η οποία χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα του ασθενούς	41 (23,6)	76 (43,7)	54 (31,0)	3 (1,7)
Εργάζεστε με νοσηλευτές που είναι επαρκώς καταρτισμένοι	5 (2,9)	46 (26,4)	99 (56,9)	24 (13,8)

Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλεύτης/τρια υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη των αποφάσεων, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση με τους ιατρούς	24 (13,8)	47 (27,0)	75 (43,1)	28 (16,1)
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των εργαζομένων	78 (44,8)	94 (54,0)	0 (0,0)	2 (1,1)
Υπάρχει σε εφαρμογή συγκεκριμένο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (πχ ISO 9001)	68 (39,1)	97 (55,7)	7 (4,0)	2 (1,1)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

**Πίνακας 3δ.** Οι απόλυτες και οι σχετικές συχνότητες αναφορικά με τα στοιχεία του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

Στοιχείο	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει στη συλλογική διοίκηση του Νοσοκομείου (πχ Υπηρεσιακό και Διοικητικό συμβούλιο)	69 (39,7)	76 (43,7)	27 (15,5)	2 (1,1)
Υπάρχει συνεργασία (κοινή εργασία) μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	18 (10,3)	51 (29,3)	93 (53,4)	12 (7,0)
Υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους	57 (32,8)	91 (52,3)	26 (14,9)	0 (0,0)



νεοδιόριστους νοσηλευτές				
Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται σε ένα νοσηλευτικό, παρά σε ένα ιατρικό μοντέλο	27 (15,5)	30 (17,2)	109 (62,6)	8 (4,6)
Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευκαιρία να συμμετάσχει σε επιτροπές του νοσοκομείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας.	39 (22,4)	60 (34,5)	71 (40,8)	4 (2,3)
Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/ύτριες πραγματοποιούν σύσκεψη με το προσωπικό για τα καθημερινά προβλήματα και τις εργασίες που γίνονται	48 (27,6)	67 (38,5)	45 (25,9)	14 (8,0)
Υπάρχει γραπτό και σωστά ενημερωμένο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας για το σύνολο των ασθενών	43 (24,7)	73 (42,0)	48 (27,6)	10 (5,7)
Η ανάθεση της φροντίδας των ασθενών στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα τους (πχ υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά)	82 (47,1)	70 (40,2)	18 (10,3)	4 (2,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%)

Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε στοιχείο του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος παρουσιάζεται στους Πίνακες 4α έως 4γ. Τα στοιχεία κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν καλύτερη αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος.

**Πίνακας 4α.** Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε στοιχείο του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος. Τα στοιχεία κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή.

<b>Στοιχείο</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
Ιατροί και νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις	2,97	0,60
Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια έχει υποστηρικτικό ρόλο στους νοσηλευτές	2,85	0,85
Εργάζεστε με νοσηλευτές που είναι επαρκώς καταρτισμένοι	2,81	0,69
Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης	2,71	0,97
Η διοίκηση απαιτεί νοσηλευτική φροντίδα υψηλών προδιαγραφών	2,69	0,98
Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη των αποφάσεων, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση με τους ιατρούς	2,62	0,92
Υπάρχει συνεργασία (κοινή εργασία) μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	2,57	0,77
Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν τα λάθη ως ευκαιρία για απόκτηση νέας γνώσης και όχι για άσκηση κριτικής	2,56	0,93
Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται σε ένα νοσηλευτικό, παρά σε	2,56	0,81

ένα ιατρικό μοντέλο		
---------------------	--	--

**Πίνακας 4β.** Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε στοιχείο του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος. Τα στοιχεία κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή.

Στοιχείο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Υπάρχει αρκετή ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	2,56	0,71
Ο Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ιδιαίτερα προσιτός και προσβάσιμος στο προσωπικό	2,40	0,85
Υπάρχει επαρκής χρόνος και ευκαιρίες για συζήτηση των προβλημάτων της φροντίδας των ασθενών με άλλους νοσηλευτές	2,27	0,74
Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευκαιρία να συμμετάσχει σε επιτροπές του νοσοκομείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας.	2,22	0,82
Ο/Η Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ισότιμος/η σε δύναμη και εξουσία με τα άλλα υψηλόβαθμα στελέχη του Νοσοκομείου	2,20	0,96
Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες πραγματοποιούν σύσκεψη με το προσωπικό για τα καθημερινά προβλήματα και τις εργασίες που γίνονται	2,14	0,92
Υπάρχει γραπτό και σωστά ενημερωμένο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας για το σύνολο των ασθενών	2,14	0,86

Υπάρχει μια ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία, η οποία χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα του ασθενούς	2,11	0,78
Η επάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών (πχ γραμματέας, βοηθός θαλάμου, τραυματιοφορέας) μου επιτρέπει να αφιερώνω χρόνο στους ασθενείς	2,03	0,96
Δίδονται ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων	1,94	0,71

**Πίνακας 4γ.** Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε στοιχείο του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος. Τα στοιχεία κατατάσσονται κατά φθίνουσα σειρά, ξεκινώντας από το στοιχείο με τη μεγαλύτερη μέση τιμή.

Στοιχείο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Υλοποιείται ικανοποιητικός αριθμός προγραμμάτων κατάρτισης ή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές	1,90	0,66
Δίδονται ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη (επιστημονική – κλινική)	1,82	0,67
Υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους νεοδιόριστους νοσηλευτές	1,82	0,67
Το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει στη συλλογική διοίκηση του Νοσοκομείου (πχ Υπηρεσιακό και Διοικητικό συμβούλιο)	1,78	0,74

Υπάρχει έπαινος και αναγνώριση για εργασία που ολοκληρώθηκε με επιτυχία	1,78	0,72
Δίδονται ευκαιρίες για προαγωγή	1,67	0,67
Υπάρχει σε εφαρμογή συγκεκριμένο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (πχ ISO 9001)	1,67	0,61
Η ανάθεση της φροντίδας των ασθενών στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα τους (πχ υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά)	1,67	0,75
Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των εργαζομένων	1,57	0,56
Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών (ΠΕ & ΤΕ) προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς	1,48	0,59
Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν	1,40	0,50

Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν καλύτερη αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος.

**Πίνακας 5.** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

	<b>Εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος</b>
Μέση τιμή	2,16
Τυπική απόκλιση	0,38
Διάμεσος	2,2
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,3
Ελάχιστη τιμή	1,3
Μέγιστη τιμή	3,6

**Κλίμακα «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου»**

Ο συντελεστής Cronbach alpha της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου» ήταν 0,8, γεγονός που δηλώνει αρκετά καλή εσωτερική συνέπεια.

Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν καλύτερη συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου.

**Πίνακας 6.** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου».

	<b>Κλίμακα «συμμετοχή των νοσηλευτών</b>

	<b>σε ζητήματα του νοσοκομείου»</b>
Μέση τιμή	1,97
Τυπική απόκλιση	0,48
Διάμεσος	2
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,44
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	3,89

#### **Κλίμακα «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας»**

Ο συντελεστής Cronbach alpha της κλίμακας «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας » ήταν 0,71, γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας παρουσιάζονται στον Πίνακα 7. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν καλύτερες νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας.

**Πίνακας 7.** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας».

	<b>Κλίμακα «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας»</b>
--	---

Μέση τιμή	2,14
Τυπική απόκλιση	0,42
Διάμεσος	2,1
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,67
Ελάχιστη τιμή	1,33
Μέγιστη τιμή	3,67

#### **Κλίμακα «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών»**

Ο συντελεστής Cronbach alpha της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών» ήταν 0,77 γεγονός που δηλώνει καλή εσωτερική συνέπεια.

Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών» παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν καλύτερες ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών.

**Πίνακας 8.** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών».

	<b>Κλίμακα «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών»</b>
Μέση τιμή	2,49
Τυπική απόκλιση	0,63



Διάμεσος	2,6
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,6
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	3,8

### **Κλίμακα «επαρκές προσωπικό»**

Ο συντελεστής Cronbach alpha της κλίμακας «επαρκές προσωπικό» ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «επαρκές προσωπικό» παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν επαρκέστερο προσωπικό.

**Πίνακας 9.** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «επαρκές προσωπικό».

	<b>Κλίμακα «επαρκές προσωπικό»</b>
Μέση τιμή	1,79
Τυπική απόκλιση	0,44
Διάμεσος	1,8
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,5
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	2,8

### **Κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών»**

Ο συντελεστής Cronbach alpha της κλίμακας «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών» ήταν 0,7 γεγονός που δηλώνει αποδεκτή εσωτερική συνέπεια.

Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών» παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Οι μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν καλύτερες σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.

**Πίνακας 10.** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της κλίμακας « σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ».

	<b>Κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών»</b>
Μέση τιμή	2,69
Τυπική απόκλιση	0,55
Διάμεσος	2,7
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	0,67
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	4

### **Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος**

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

**Πίνακας 11.** Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος.

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Μέση τιμή του εργαλείου αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος (τυπική απόκλιση)</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>		0,32 <sup>a</sup>
Γυναίκες	2,17 (0,39)	
Άντρες	2,10 (0,26)	
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>		0,5 <sup>a</sup>
Νοσηλεύτες ΤΕ	2,14 (0,28)	
Νοσηλεύτες ΔΕ	2,18 (0,45)	
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας<sup>b</sup></b>	-0,01 <sup>b</sup>	0,95 <sup>b</sup>
<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>		<b>0,001<sup>a</sup></b>
Ναι	2,24 (0,30)	
Όχι	2,05 (0,44)	
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>		0,6 <sup>a</sup>
Ναι	2,13 (0,34)	
Όχι	2,17 (0,39)	

<sup>a</sup> Έλεγχος t

Το μοναδικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετιζόταν με το εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος ήταν η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στο εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης.

### **Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου»**

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου».

**Πίνακας 12.** Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου».

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Μέση τιμή της κλίμακας «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου» (τυπική απόκλιση)</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>		0,10 <sup>a</sup>
Γυναίκες	2,00 (0,51)	
Άντρες	1,81 (0,30)	
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>		0,6 <sup>a</sup>

Νοσηλεύτες ΤΕ	1,95 (0,35)	
Νοσηλεύτες ΔΕ	1,98 (0,58)	
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας<sup>β</sup></b>	0,18 <sup>β</sup>	<b>0,02<sup>β</sup></b>
<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>		<b>0,001<sup>α</sup></b>
Ναι	2,08 (0,42)	
Όχι	1,82 (0,52)	
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>		0,8 <sup>α</sup>
Ναι	1,96 (0,36)	
Όχι	1,97 (0,51)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

**Πίνακας 13.** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας.

	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p

Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας σε σχέση με τη μη συμμετοχή	0,28	0,13 έως 0,42	<0,00
Συνολικά έτη προϋπηρεσίας	0,01	0,001 έως 0,02	0,03

**Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας»**

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας « νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας ».

**Πίνακας 14.** Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας».

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Μέση τιμή της κλίμακας «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας» (τυπική απόκλιση)</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>		0,9 <sup>a</sup>
Γυναίκες	2,15 (0,34)	
Άντρες	2,14 (0,44)	
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>		0,8 <sup>a</sup>
Νοσηλευτές TE	2,13 (0,36)	

Νοσηλευτές ΔΕ	2,15 (0,47)	
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας<sup>β</sup></b>	-0,1 <sup>β</sup>	0,1 <sup>β</sup>
<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>		<b>0,005<sup>α</sup></b>
Ναι	2,22 (0,39)	
Όχι	2,04 (0,43)	
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>		<b>0,6<sup>α</sup></b>
Ναι	2,11 (0,38)	
Όχι	2,15 (0,43)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Το μοναδικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετιζόταν με την κλίμακα «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας» ήταν η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «νοσηλευτικές αρχές για την ποιότητα της φροντίδας υγείας» σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης.

**Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών»**

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών».

**Πίνακας 15.** Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών».

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Μέση τιμή της κλίμακας «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών» (τυπική απόκλιση)</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>		0,3 <sup>a</sup>
Γυναίκες	2,52 (0,66)	
Άντρες	2,37 (0,67)	
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>		0,8 <sup>a</sup>
Νοσηλευτές ΤΕ	2,51 (0,52)	
Νοσηλευτές ΔΕ	2,49 (0,72)	
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας<sup>b</sup></b>	-0,08 <sup>b</sup>	0,3 <sup>b</sup>
<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>		<b>0,04<sup>a</sup></b>
Ναι	2,58 (0,52)	
Όχι	2,38 (0,75)	
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>		0,6 <sup>a</sup>



Ναι	2,45 (0,61)	
Όχι	2,51 (0,64)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

### Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «επαρκές προσωπικό»

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «επαρκές προσωπικό».

**Πίνακας 16.** Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «επαρκές προσωπικό».

Χαρακτηριστικό	Μέση τιμή της κλίμακας «επαρκές προσωπικό» (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
<b>Φύλο</b>		0,7 <sup>α</sup>
Γυναίκες	1,79 (0,46)	
Άντρες	1,83 (0,31)	
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>		0,9 <sup>α</sup>
Νοσηλεύτες ΤΕ	1,80 (0,40)	
Νοσηλεύτες ΔΕ	1,79 (0,47)	
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας<sup>β</sup></b>	0,04 <sup>β</sup>	0,6 <sup>β</sup>

<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>		0,3 <sup>α</sup>
Ναι	1,83 (0,42)	
Όχι	1,75 (0,46)	
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>		0,4 <sup>α</sup>
Ναι	1,86 (0,47)	
Όχι	1,78 (0,42)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «επαρκές προσωπικό».

### **Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών»**

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών».

**Πίνακας 17.** Σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της κλίμακας «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών».

<b>Χαρακτηριστικό</b>	<b>Μέση τιμή της κλίμακας «επαρκές προσωπικό» (τυπική απόκλιση)</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Φύλο</b>		0,9 <sup>α</sup>
Γυναίκες	2,70 (0,58)	

Άντρες	2,68 (0,38)	
<b>Κατηγορία εκπαίδευσης</b>		<b>&lt;0,001<sup>α</sup></b>
Νοσηλευτές ΤΕ	2,54 (0,50)	
Νοσηλευτές ΔΕ	2,84 (0,56)	
<b>Συνολικά έτη προϋπηρεσίας<sup>β</sup></b>	0,06 <sup>β</sup>	0,4 <sup>β</sup>
<b>Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης</b>		0,2 <sup>α</sup>
Ναι	274 (0,55)	
Όχι	2,63 (0,55)	
<b>Συνδρομητής σε επιστημονικό περιοδικό</b>		0,2 <sup>α</sup>
Ναι	2,63 (0,57)	
Όχι	2,74 (0,54)	

<sup>α</sup> Έλεγχος t

<sup>β</sup> Συντελεστής συσχέτισης του Pearson

Το μοναδικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετιζόταν με την κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών» ήταν η κατηγορία εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΔΕ είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών» σε σχέση με τους νοσηλευτές ΤΕ.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του υπό μελέτη πληθυσμού εμφάνισε ανομοιογενή κατανομή των εργαζομένων όσον αφορά στο φύλο, με τις γυναίκες να αποτελούν τα τέσσερα πέμπτα περίπου του συνόλου του δείγματος. Στο νοσηλευτικό προσωπικό, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν ηλικίας μεταξύ 36 και 45 ετών. Το μισό περίπου του συνόλου του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν απόφοιτοι της τεχνολογικής ανώτατης εκπαίδευσης (ΤΕΙ), ενώ το υπόλοιπο μισό ήταν απόφοιτοι της μέσης εκπαίδευσης. Η μέση τιμή των ετών υπηρεσίας του πληθυσμού ανήλθε στα 10,3 έτη.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι για τα δύο τρίτα περίπου του υπό μελέτη πληθυσμού (Πίνακας 3α) οι σχέσεις του με τους συναδέλφους και τους άλλους επαγγελματίες υγείας αποτελούν κυρίαρχο παράγοντα, από τον οποίο αντλεί την επαγγελματική του ικανοποίηση. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών (Ashworth, 2000 ; Baggs, 2001).

Από τα ευρήματα της μελέτης στο ερώτημα «Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ) προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς» προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες κατά τα δύο τρίτα περίπου διαφωνούν απόλυτα, ενώ συμφωνεί μόλις ένας στους είκοσι. Επιπροσθέτως, τα δύο τρίτα του νοσηλευτικού προσωπικού έχει την αντίληψη ότι υποχρεώνεται συχνά να λειτουργήσει τα νοσηλευτικά τμήματα χωρίς το απαραίτητο ανθρώπινο δυναμικό, πόρους και υλικά καθώς επίσης και στην ίδια υψηλή συχνότητα εκτιμά ότι δεν υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός προκειμένου να καλυφθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών (Πίνακας 3β). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με αποτελέσματα παρόμοιας έρευνας (Κρεστεινίτη, 2012; Ποζουκίδου και συν., 2007). Η κατάσταση αυτή έχει τις επιπτώσεις της στους ασθενείς και στους ίδιους τους εργαζόμενους. Όσον αφορά στην απαίτηση της διοίκησης για τα δύο πέμπτα των ερωτηθέντων συμφωνεί ότι αυτή υφίσταται ενώ το ένα πέμπτο διαφωνεί (Πίνακας 3γ).

Το ένα τέταρτο του υπό μελέτη πληθυσμού δηλώνει ότι οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες πραγματοποιούν σύσκεψη με το προσωπικό για τα καθημερινά προβλήματα και τις εργασίες που γίνονται, ενώ είναι μεγαλύτερο (38.5%) το ποσοστό αυτών που διαφωνούν.

Στο ερώτημα εάν «Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη των αποφάσεων, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση με τους ιατρούς» λιγότερο από το μισό του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσε ότι συμφωνεί, ενώ ο ένας στους τέσσερις δήλωσε ότι διαφωνεί. Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών» σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης (Πίνακας 4α ). Τα ευρήματα αυτά συμβαδίζουν με άλλες σχετικές έρευνες (Al-Hussami 2008).

Το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού της έρευνας κρίνεται προβληματικό ως προς την συχνότητα εκπαίδευσης και υπό αυτό το πρίσμα η προβληματική εκπαίδευση μάλλον φαίνεται να επιτείνει το πρόβλημα της υποστελέχωσης. Εκ παραλλήλου όμως η ίδια η ανεπαρκής στελέχωση δημιουργεί συνθήκες μεγαλύτερης υποβάθμισης της εκπαίδευσης, διότι αδυνατούν οι επαγγελματίες να εκμεταλλευθούν ευκαιρίες μάθησης όπως είναι η παρακολούθηση συνεδρίων και σεμιναρίων. Το περιβάλλον εργασίας ασκεί την κρισιμότερη επιρροή στη δυνατότητα των νοσηλευτών να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη (Πίνακας 11). Η τελευταία διαπίστωση που αφορά στο περιβάλλον εργασίας ταυτίζεται με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών που αφορούν στην επαγγελματική ικανοποίηση (Μαλπίδου , 2000; Conway, 2003; Sapountzi-Krepia, 2006).

Από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει ότι τα χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονταν με την κλίμακα «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου» ήταν η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας. Από την εφαρμογή της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα «συμμετοχή των νοσηλευτών σε

ζητήματα του νοσοκομείου» και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας προέκυψε ότι η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και η αύξηση των ετών προϋπηρεσίας σχετίζονταν με αυξημένη βαθμολογία στην κλίμακα «συμμετοχή των νοσηλευτών σε ζητήματα του νοσοκομείου» (Πίνακας 12). Τα αποτελέσματα της έρευνας έρχονται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών (Avallone , 2001; Rambur, 2005).

Το μοναδικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετιζόταν με την κλίμακα «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών» ήταν η συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης. Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα «ικανότητες του προϊστάμενου και υποστήριξη των νοσηλευτών» σε σχέση με αυτούς που δεν συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης (Πίνακας 15). Σχετικές έρευνες ενισχύουν την παραπάνω διαπίστωση έχοντας μάλιστα ως κατάληξη την μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών (Baumann, 2001; Hall, 2001).

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την παρούσα μελέτη και με βάση τα παραπάνω καταγεγραμμένα συμπεράσματα ίσως θα μπορούσε να μας επιτραπεί μετά από τη μικρή μας εμπειρία στο χώρο του νοσοκομείου να διατυπώσουμε κάποιες προτάσεις οι οποίες θα μπορούσαν να επιλύσουν ορισμένα προβλήματα και να ομαλοποιήσουν κάποιες σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων.

Προτείνεται, λοιπόν, αρχικά να οριστεί ή να ψηφιστεί αυστηρό, επίσημο καθηκοντολόγιο το οποίο θα αποσαφηνίζει πλήρως τις αρμοδιότητες αλλά και τις ευθύνες της κάθε ειδικότητας ξεχωριστά, έτσι ώστε να υπάρχει σωστός καταμερισμός εργασίας. Η θέσπιση καθηκοντολογίου και περιγραφής της θέσης εργασίας θα βοηθήσει να ξεκαθαριστεί η

έννοια των αρμοδιοτήτων και της ευθύνης του κάθε εργαζόμενου στην κάθε θέση εργασίας.

Αναγκαία επίσης είναι η εκπόνηση και εφαρμογή συστημάτων αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας εργασίας που θα ελέγχουν ορθά το παραγόμενο έργο και θα θέτουν σαφείς προτεραιότητες στον οργανισμό.

Ακόμη, θα πρέπει να εφαρμόζονται οι επιστημονικά οριζόμενες αρχές της αξιολόγησης της απόδοσης των εργαζομένων, όχι μόνο από τον προϊστάμενό τους αλλά και από τους συναδέλφους τους, τους ασθενείς και τους εξωτερικούς συνεργάτες. Οι εργαζόμενοι μεταξύ τους για τη διαχείριση των συγκρούσεων θα ήταν προτιμότερο να χρησιμοποιούν περισσότερο το διάλογο παρά τη φιλονικία που συνηθίζουν να χρησιμοποιούν.

Επίσης είναι απαραίτητη η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού, με την πρόσληψη νέων νοσηλευτών ώστε να διασφαλιστεί η εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων. Αυτό φυσικά θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του φόρτου εργασίας και τη μείωση της έντασης λόγω της μεγάλης προσέλευσης ασθενών αφού πλέον οι ασθενείς θα εξυπηρετούνται γρήγορα και αποτελεσματικά από το πολυάριθμο προσωπικό.

Πρέπει να αναφερθούμε στην ειδική εκπαίδευση που πρέπει να παρασχεθεί σε όλα τα στελέχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων τα οποία ασκούν διοίκηση (προϊστάμενοι διευθύνσεων, υποδιευθύνσεων, τμημάτων κλπ) σε αντικείμενα management, οικονομικών, πληροφορικής αλλά και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση που θα πρέπει να εξασφαλιστεί για το σύνολο των κλινικών νοσηλευτών προκειμένου να βελτιωθεί περαιτέρω η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, που αποτελεί και τον κυριότερο σκοπό των νοσοκομείων.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Παρά τις αντίξοες συνθήκες εργασίας και τη χαμηλή ικανοποίηση που καταγράφεται σχετικά με τα επίπεδα των αμοιβών, το νοσηλευτικό προσωπικό επιδεικνύει υψηλή

αίσθηση καθήκοντος, κατά την άσκηση της εργασίας του, φανερώνει την αγάπη του προς το συγκεκριμένο επάγγελμα και τη διάθεσή του να προσφέρει ανεξάρτητα από τις δυσκολίες του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης θα ήταν σκόπιμο να αποτελέσουν πράγματι ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των Διοικήσεων των Νοσοκομείων. Θα ήταν ιδιαίτερα τιμητικό για τη διεξάγουσα τη μελέτη, εάν η αξιοποίησή τους μπορούσε να συνδράμει, έστω και στο ελάχιστο, στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

1. Αθανάτου Ελ. Κλινική Νοσηλευτική. Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, 2004
2. Αναγνωστόπουλος Φ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις, 2000
3. Βελονάκης Ε, Τσαλίκογλου Φ. Σύστημα διαχείρισης υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία σε νοσοκομείο. Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνος, 2005
4. Γουλεμάτης Β. Διαχρονική Ανάλυση των ιατρικών λαθών. Πρακτικά Ημερίδας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών, 8 Δεκεμβρίου 2008.
5. Δεσπότης Γ. Πρακτικός οδηγός εφαρμογής υγιεινής και ασφάλειας εργαζομένων. Περιοδικό Υγεία. 2007; 32:111-143



6. Δημητριάδου-Παντέκα Α., Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ., Ντιό Ε. (2010). Διερεύνηση νοσηλευτικού εργασιακού κλίματος με χρήση δεικτών ομοιο- και ετερο-επαγγελματικής συνεργασίας. Νοσηλευτική, 49 (1): 91–100
7. Β. Δρακόπουλος , Μ. Παπαδόπουλος , Ε. Γεωργιάδου , Δ.Κ. Πινότση , Θ. Κ. Κωνσταντινίδης, Β. Μακρόπουλος. Κίνδυνοι για την ασφάλεια των εργαζομένων στα νοσοκομεία. Πλαίσιο εκτίμησης, πρόληψης και αντιμετώπισης τους. Διεθνές συνέδριο: «Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη» Αθήνα 2007, Πρακτικά Συνεδρίου: 21-22
8. Β. Δρακόπουλος, Δ.Κ. Πατούχας, Κ.Γ. Βροντάκης, Ε. Πανταζή, Δ.Κ. Πινότση, Θ.Κ. Κωνσταντινίδης, Β. Μακρόπουλος. Η ενημέρωση του προσωπικού των νοσοκομείων για τους κινδύνους που αφορούν την υγεία και την ασφάλεια, η χορήγηση και η χρήση μέσων ατομικής προστασίας. Διεθνές συνέδριο: «Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη» Αθήνα 2007, Πρακτικά Συνεδρίου:24-25
9. Επιβατιανός Π. (1999). Ιατρικό Δίκαιο: Δεοντολογία και Προβληματική.
10. Καγάλιαρη Μ, Σταματάκη Π. Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν. Ιατρικές εκδόσεις, 2001
11. Κακαβούλης Α. Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης: Ψυχοπαιδαγωγική Θεώρηση. Εκδόσεις Κακαβούλης, Αθήνα, 2000;68–72.
12. Καλογιάννη Α, Χήρα Σ, Βαρζελιώτη Κ, Δημητριάδου Σ, Ηλιάδου Ε, Μόνιου Α. Επίδραση της εργασίας στη ζωή των επαγγελματιών υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2007, 24:262–267
13. Κυρίτση Ε. (2009). Νοσοκομειακή Περίθαλψη και ασφάλεια των ασθενών. Νοσηλευτική, 48:5-6
14. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Προεδρικό Διάταγμα 216/25.7.2001, ΦΕΚ 167, τεύχος Α΄ αρ. 12
15. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Πρακτικά της ΚΔ΄, 8 Νοεμβρίου 2005, Συνεδρίαση της Ολομέλειας της Βουλής αρ. 4/21
16. Λανάρα Β, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, 1η ΕΚΔΟΣΗ, Αθήνα 2003. Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

17. Μαλπίδου Α. Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στους Νοσηλευτές: Υποχρεωτική ή Εθελοντική; Νοσηλευτική 2000; 4(2):112–119.
18. Ξένου-Βενάρδου Α. Γιατί οι άνδρες δεν προτιμούν τα Επαγγέλματα Υγείας; Ριζοσπάστης 2000; 2(2):59–49.
19. Οικονομάκη Μ. (2003), Πώς οι εκπαιδευτικές ανάγκες των εργαζόμενων νοσηλευτών επηρεάζουν την ποιότητα παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας.
20. Πανουδάκη – Μπροκολάκη Η. Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Νοσηλευτική 2000; 6(4):320–330.
21. Πύλλη Μ., Γιαννακοπούλου Μ., Θηραίος Ε. Παπαθανάσογλου Ε. Μελέτη της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε ελληνικά κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Νοσηλευτική, 2005;44(3):347-354.
22. Ραφτόπουλος Β. (2009). Η Διαχείριση των κινδύνων και των λαθών στο χώρο της φροντίδας υγείας. Περιοδικό υγεία. 2003;22:129-161
23. Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2001). Ομάδα υγείας: Διεπαγγελματική συνεργασία συγκρούσεις και διαχείριση συγκρούσεων. Νοσηλευτική, 1:75-81
24. Σκένδρου Ε. (2010). Φαρμακευτικά λάθη: Πρόληψη και διαχείριση. Νοσοκομειακά Χρονικά, 72: 386-392.
25. Ταλιαδώρου Α. (2004), Η επαγγελματική ικανοποίηση. Η σημασία της για τον εργαζόμενο.
26. Τριχιοπούλου Α. (1986). Προληπτική Ιατρική. Νοσηλευτική 2000; 5(2):142–129.
27. Φυτιλή Δ., Μιχελάκη Ε, Στάμου Γ., Κυπραίου Ε, Πανταζοπούλου Α, Σουπιώνης Σ, Κωστόπουλος Σ. «Επικίνδυνες χημικές ουσίες» Διεθνές συνέδριο: «Επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας: προκλήσεις για την πρόληψη» Αθήνα 2007, Πρακτικά Συνεδρίου 43-45.
28. Χατζηπαντελής, Ε.Σ., & Σιγάλας, Ι. (2010), Η εργασιακή ικανοποίηση (Job Satisfaction) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας - Στρατηγικές βελτίωσης της ικανοποίησης στον χώρο της εργασίας. Ιατρικά Θέματα, 51, 20-26.

29. Χατζηπουλίδης Γ. (2004). Η ανάγκη διεπιστημονικής συνεργασίας για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 3(2):93-98

### Αγγλική βιβλιογραφία

1. Adams, A., & Bond, S. (2000), Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 536-543.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM., Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2001; 20:43–53.
3. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nurs Res.* 2000; 49:146–153.
4. American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems 2002. American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems. 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, 2012 .
5. American Organization of Nurse Executives. (2006). Principles and elements of a healthful practice/work environment. Retrieved February 11, 2007, from [http://www.aone.org/aone/ pdf/PrinciplesandElementsHealthfulWorkPractice.pdf](http://www.aone.org/aone/pdf/PrinciplesandElementsHealthfulWorkPractice.pdf)
6. Al-Hussami, M. (2008), A Study of Nurses' Job Satisfaction: The Relationship to Organizational Commitment, Perceived Organizational Support, Transactional Leadership, Transformational Leadership, and Level of Education. *European Journal of Scientific Research*, 22 (2), 286-295.
7. Ashworth P. Nurse–doctors relationships: conflict, competition or collaboration. *Intens Crit Care Nurs.* 2000; 16:127–128

8. Avallone I, Gibbon B. Nurses' perceptions of their work environment in a Nursing Development Unit. *J Adv Nurs* 2001, 27:1193–1201
9. Axelsson J. Long shifts, short rests and vulnerability to shift work. Department of Psychology, Stockholm University, National Institute of Psychosocial Medicine, Stockholm, 2005
10. Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (2001). Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU. *Research in Nursing & Health*, 20, 71–80.
11. Baker L, Wagner TH, Singer S, Bundorf MK (2003). Use of the Internet and e-mail for health care information: Results from a national survey, 289:2400–2406
12. Banoutsos I, Papadopoulos S, Velonakis E, Kafetzopoulou A. Working conditions at sectorial level in Europe: Hospital activities. Netherland Institute for the Working Environment. Project (0149/1993) for the European Situation. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005
13. Baumann A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
14. Behar, M. R. E. 1989. Work Schedule and Night work in Health Care. *International Encyclopedia of Ergonomics*. Fourth Edition. Volume 3. Pages 97.22-99.25
15. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N Engl J Med*. 2002;347:1933–1940.
16. Budge C, Carryer J, Wood S. Health correlates of autonomy, control and professional relationships in the nursing work environment. *J Adv Nurs*. 2006; pp. 260–268.
17. Bolton CS. (2000). Offering emotion work as a gift in the nursing labour process *journal of advancer Nursing* 32: 580-587

18. Brigita Skela Savič and Milan Pagon. Relationship Between Nurses and Physicians in Terms of Organizational Culture: Who Is Responsible for Subordination of Nurses? *Croat Med J.* 2008 June; 49(3): 334–343
19. Cangelosi J.D., Markham F.S., Bounds W.T. (1998) Factors related to nurse retention and turnover: an updated study. *Health Mark Quarterly*
20. Christensen M. Noise levels in a general surgical ward: a descriptive study. *J Clin Nurs* 2005, 14:156–164
21. Clarke SP, Rockett JL, Sloane DM, et al. Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *Am J Infect Control.* 2002; 30:207–216
22. Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health.* 2002; 92:1115–1119
23. Chiang HY. & Pepper GA. (2006). Barriers to Nurses' Reporting of Medication Administration Errors in Taiwan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (4): 392-399
24. Chiang HY., Lin SY., Hsu SC., Ma SC.(2010). Factors determining hospital nurses failures in reporting medication errors in Taiwan. *Nurs Outlook*, 58 (1):17-25
25. Conway J and MacMillan M. (2003). *Quality Health Care Delivery: Implication for Multiprofessional Learning the network interprofessional conference, Towards Equity in Education, Training and Health Care Delivery.* Newcastle, Australia
26. Davies C. How well do doctors and nurses work together? [editorial]. *Nurs Times* 2001; 95 (33): 3
27. Edworthy J., Hellier E. (2005) Fewer but better auditory alarms will improve patient safety. *Qual Saf Health Care.* 14(3):212-215
28. Eriksen W. (2003) The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses' aides. *The International Archives of Occupational and Environmental Health.* 76(8):625-630
29. Fagin, C. M. (2001). Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Academic Medicine*, 67, 295–303

30. Garman A., Leach D., Spector N. Nursing Interprofessional Collision: Conflict and collaboration across professional lines *Journal of Organizational Behavior*, 2006; 27(7):983-102
31. Gilson L., Shalley E., Blum C. Team and organizational attitudes as a lens and a mirror impacting customer satisfaction. *Quality Management*, 2001;6(2):235-256
32. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Med Educ* 2001, 35:867–875
33. Henriksen K, Battles J, Marks E, Lewin D. Do transient working conditions. Trigger medical errors? *Advances in patient safety. From research to implementation. Agency for healthcare research and quality USA*, 2005
34. Illingworth P, Chelvanayagam S. Benefits of interprofessional education in health care. *Br J Nurs* 2007, 7:121–124
35. Institute of Medicine. *The future of the public's health in the 21st century.* Washington: National Academies Press; 2002
36. Kenny G. The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 2002;11(4):65-68
37. Kizer K, Stegun M. Serious reportable adverse events in health care. *Adv Patient Saf* 2002;4:339-52
38. Lake ET, Friese CR. Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research* 2006;55 (1):1–9
39. Lake ET., Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, May/June 2002; 25 (3): 176-188
40. Laschinger, H.K.S., Almost and D. Tuer-Hodes.2003a. “Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics: Making the Link.” *Journal of Nursing Leadership* 17(4): 88-105
41. Leathard A. *Interprofessional Collaboration: From Policy to Practice in Health and Social Care.* Routledge, London, 2003
42. Lindberg E., Rosenqvist. Implementing TQM in the health care service: A four-year following-up of production, organizational climate and staff wellbeing. *Int J Health Care Qual Assur* 2005, 18:370–384

43. Long, T. Johnson, M. Research ethics in the real world: issues and solutions for health and social care. Churchill Livingstone, London, 2007
44. Meadows S, Levenson R, Baeza J. The Last Straw, Explaining the NHS Nursing Shortage. Jackson D, Clare J, Manni J: Who would want to be a nurse? Violence in the workplace -a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management* 2002, 10:13-20.
45. Mrayyan M, Shishahi K, Al-Faouri I. Rate, causes and reporting of medication errors in Jordan: nurses perspectives. *Journal of Nursing Management* 2007, 6: 659 -670
46. Miller Karen-Lee, Reeves Scott, Zwarenstein Merrick, Beales Jennifer, Kenaszchuk Chris, Conn Lesley, Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study, In: JAN original research, 2008.
47. Moira L. Stress, alcohol, tobacco and drug use among nurses *Journal of advance nursing* (1992)
48. Naessens JM, et al. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods. *Int J Qual Health Care* 2009; 21:301-7
49. National Quality Forum. National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. A Consensus Report. Washington DC: National Quality Forum, 2004. Available from ULR: [http://mhdo.maine.gov/imhdo/\\_pdf/NQF-Nursing%20sensitive%20indicators.pdf](http://mhdo.maine.gov/imhdo/_pdf/NQF-Nursing%20sensitive%20indicators.pdf) (Accessed 15 September 2012).
50. Nogueira JF, Ribeiro G, D’Innocenzo M, Barros B. Perception of nursing staff about the causal factors of errors in medication administration. *Journal of Nursing* 2010,63 (6).
51. Pati AK, Chandrawanshi A, Reinberg A. Shift work: Consequences and management. *Curr Sci India* 2001, 81:32–52
52. Peirson L, Ciliska D, Dobbins M, Mowat D., Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change. *Am J Infect Control*. 2011; 25:158–186.

53. Prezerakos P., Galanis P., Moisoglou J., The work environment of hemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes *International Journal of Nursing Practice* (in press)
54. Ross & Cambell. 2002 "Interprofessional collaboration in the provision of aids for daily living and nursing equipment in the community-a district nurse" *Journal of Interprofessional Care*, 6(2), 109-118
55. Rambur, B., McIntosh, B., Val Palumbo, M., & Reinier, K. (2005), Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 37 (2), 185-192.
56. Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW., The Critical Care Safety Study: the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med*. 2005; 33(8):1694–1700
57. Sapountzi-Krepia D., Raftopoulos V., Sgantzos M., Dimitriadou A., Ntourou I., Sapkas G. Nursing shortage, informal carers, rehabilitation, informal in-hospital care, cost estimation *Disability and Rehabilitation*, January 2006; 28(1): 3 – 11
58. Sinezi M. 2003. Effects of Night Shift Schedule on Nurses Working in A Private Hospital in South Africa. *Division of Industrial Ergonomics*. 88- 105
59. SIPSAS N. The Pantokrator Xenon: A byzantine hospital of the 12th century. Inaugural Dissertation, University of Zurich, Zurich, 1991
60. Stevenson 2001 "Cooperation in health and social care" *British Journal of Occupational Therapy*, 48, 332-334
61. Takase M, Maude P, Manias E: Explaining nurses' work behavior from their perception of the environment and work values. *International journal of Nursing Studies* 2005, 42:889-898
62. Tang FI, Sheu SJ, Yu S, Wei IL, Chen CH. Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):447–57
63. Taxis K. & Barber N. (2003). Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. *Quality Saf Health Care*, 12:343-348



64. Tzeng, H-M., Ketefian, S., & Redman, R.W. (2002), Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 79-84.
65. Verschuren PJ, Masselink H. Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Soc Sci Med* 2001; 45: 1135–1138
66. Vroom, V.H. (1964), *Work and motivation*. John Wiley & Sons. Inc., New York. USA.
67. Wallace M. & Buckle P. Occupational and individual risk factors for shoulder-neck complaints. *Ergonomics*, 1987, 30:911-923
68. Weller D, Johnson D, McDonald E et al. Functional teams lead to Joint Commission success. *J Nurs Care Qual* 1997; 12: 14–26
1. Weisman, C.S., & Nathanson, C.A. (1985), Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23, 1179-1192.
69. Whitley MP, Putzier DJ (1994), Measuring nurses' satisfaction with the quality of their work and work environment: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
70. Wilkins K., Shields M. Correlates of Medication error in hospitals. *Health Reports* 2008.Vol:19, (2)
71. World Health Organization. *Working Together for Health*. Geneva: WHO; 2006.
72. Wunderlich GS, Sloan FA, Davis CK, editors. *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is Staffing Adequate?* Institute of Medicine, National Academy Press; Washington, DC: 2000.
73. Wu, L., & Norman, I.J. ( 2006), An investigation of job satisfaction, organizational commitment and role conflict and ambiguity in a sample of Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 26, 304-314.
74. Wright K. (2009). Do calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A literature review. *Nurse Educ. Health Reports* 2006.Vol:32, (3)

75. Yang, F., & Chang, C-C. (2008), Emotional labour, job satisfaction and organizational commitment amongst clinical nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 879-887.

76.

77.

#### Διαδίκτυο

1. <http://www.mednet.gr> National Institute of Nursing Research Διαθέσιμο στο: [www.ninr.nih.gov](http://www.ninr.nih.gov)
2. <http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG>.
3. [http://archive.enet.gr/online/online\\_text](http://archive.enet.gr/online/online_text)
4. <http://www.aone.org/aone/>
5. [http://www.aone.org/aone/\\_National](http://www.aone.org/aone/_National) Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, (Accessed 06 September 2012)
6. <http://www.isotita.gr/index.php/news/284> - 25k Ελληνικό Ινστιτούτο Ισότητας μεταξύ των δυο φύλων (προσπέλαση 20/09/12)
7. <http://www.vima-asklipiou.gr/wordreference.com/engr/urn> Διαθέσιμο στο: [ydrria-cambridge-iliou-p-106532.html](http://ydrria-cambridge-iliou-p-106532.html) - 38k

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος

#### Εργαλείο αξιολόγησης εργασιακού περιβάλλοντος

*Παρακαλώ, για κάθε ένα από τα παρακάτω στοιχεία καταγράψτε το βαθμό στον οποίον συμφωνείτε, ότι τα στοιχεία αυτά υφίστανται στην παρούσα εργασία σας.*

*Καταγράψτε το βαθμό συμφωνίας βάζοντας σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό.*

		<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ Απόλυτα</b>
1	Η επάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών (πχ. γραμματέας, βοηθός θαλάμου, τραυματιοφορέας) μου επιτρέπει να αφιερώνω χρόνο στους ασθενείς	1	2	3	4
2	Ιατροί και νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις	1	2	3	4
3	Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια έχει υποστηρικτικό	1	2	3	4

ρόλο στους νοσηλευτές					
4	Υλοποιείται ικανοποιητικός αριθμός προγραμμάτων κατάρτισης ή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές	1	2	3	4
5	Δίδονται ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη (επιστημονική – κλινική)	1	2	3	4
6	Δίδονται ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων	1	2	3	4
7	Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν τα λάθη ως ευκαιρία για απόκτηση νέας γνώσης και όχι για άσκηση κριτικής	1	2	3	4
8	Υπάρχει επαρκής χρόνος και ευκαιρίες για συζήτηση των προβλημάτων της φροντίδας των ασθενών με άλλους νοσηλευτές	1	2	3	4
9	Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς	1	2	3	4
10	Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης	1	2	3	4
11	Ο Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ιδιαίτερα προσιτός και προσβάσιμος στο προσωπικό	1	2	3	4
12	Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την	1	2	3	4

εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν

13	Υπάρχει έπαινος και αναγνώριση για εργασία που ολοκληρώθηκε με επιτυχία	1	2	3	4
14	Η διοίκηση απαιτεί νοσηλευτική φροντίδα υψηλών προδιαγραφών	1	2	3	4
15	Ο/Η Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ισότιμος/η σε δύναμη και εξουσία με τα άλλα υψηλόβαθμα στελέχη του Νοσοκομείου	1	2	3	4
16	Υπάρχει αρκετή ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	1	2	3	4
17	Δίδονται ευκαιρίες για προαγωγή	1	2	3	4

**Συμφωνώ  
απόλυτα**      **Συμφωνώ**      **Διαφωνώ**      **Διαφωνώ  
Απόλυτα**

18	Υπάρχει μια ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία, η οποία χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα του ασθενούς	1	2	3	4
19	Εργάζεστε με νοσηλευτές που είναι επαρκώς καταρτισμένοι	1	2	3	4
20	Ο/Η προϊστάμενος/η	1	2	3	4

	νοσηλευτής/τρια υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη των αποφάσεων, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση με τους ιατρούς				
21	Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των εργαζομένων	1	2	3	4
22	Υπάρχει σε εφαρμογή συγκεκριμένο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (πχ ISO 9001)	1	2	3	4
23	Το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει στη συλλογική διοίκηση του Νοσοκομείου (πχ Υπηρεσιακό και Διοικητικό συμβούλιο)	1	2	3	4
24	Υπάρχει συνεργασία (κοινή εργασία) μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών	1	2	3	4
25	Υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους νεοδιόριστους νοσηλευτές	1	2	3	4
26	Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται σε ένα νοσηλευτικό, παρά σε ένα ιατρικό μοντέλο	1	2	3	4
27	Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευκαιρία να συμμετάσχει σε επιτροπές του νοσοκομείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας.	1	2	3	4
28	Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες πραγματοποιούν σύσκεψη με το προσωπικό για τα καθημερινά προβλήματα και τις εργασίες που γίνονται	1	2	3	4

29	Υπάρχει γραπτό και σωστά ενημερωμένο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας για το σύνολο των ασθενών	1	2	3	4
30	Η ανάθεση της φροντίδας των ασθενών στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα τους (πχ υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά).	1	2	3	4

### Δημογραφικά Στοιχεία

Νοσηλευτικό Ίδρυμα Εργασίας: .....

1. Φύλο : Άνδρας  Γυναίκα

2. Ηλικία : .....

3. Συνολική χρονική διάρκεια εργασίας (σε έτη): .....

4. Κατηγορία Εκπαίδευσης: ΠΕ  ΤΕ  ΔΕ

5. Παρακολουθείτε προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης (σεμινάρια, ημερίδες, συνέδρια κ.ά.) που διοργανώνονται από το Νοσοκομείο σας ή κάποιον άλλο φορέα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν **ΝΑΙ**, πόσα παρακολουθήσατε τον τελευταίο ένα χρόνο;

1  2-3  4 ή περισσότερα

**6. Είστε συνδρομητής σε κάποιο επιστημονικό περιοδικό;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΣ ΓΝΑ ΚΑΤ - ΕΚΑ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ  
ΑΠΟ ΤΑ ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ  
No 15/09-04-2013

**ΘΕΜΑ 1. Εισηγήσεις Επιστημονικού Συμβουλίου (εξ αναβολής):**

**στ. Έγκριση διεξαγωγής έρευνας της ΤΕ Νοσηλεύτριας Δήμητρας Γκικοπούλου**

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την εισήγηση ΔΣ 358/28-3-2013 του Επιστημονικού Συμβουλίου σχετική με το ως άνω θέμα

**ομόφωνα αποφασίζει:**

Εγκρίνει το αίτημα της ΤΕ Νοσηλεύτριας κ. Γκικοπούλου Δήμητρας, υπαλλήλου του ΚΑΤ και φοιτήτριας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών (Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση) για την διεξαγωγή έρευνας, σύμφωνα με την εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου και χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου.

<u>Παρόντες</u>	:	
Πρόεδρος	:	Ευάγγελος Βουμβουλάκης
Αντιπρόεδρος	:	Κωνσταντίνος Καρράς
Μέλη	:	Ιωάννης Νιαβής Αικατερίνη Δημαρόγκωνα Ιωάννης Αλαμάνος Κωνσταντίνος Λύτρας

Κηφισιά, 10/04/2013

Η Γραμματέας του ΔΣ

Ιωάννα Παπαδάτου

Συν.: η εισήγηση ΔΣ 358/28-3-2013/ ΕΣ 44/26-2-2013) του Επιστ. Συμβουλίου



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

**Απο:** "Barol, Andrea" <ajb@nursing.upenn.edu>  
**Προς:** 'G????S ?O?S?G???' <dgiko@ymail.com>  
**Στάλθηκε:** 9:40 μ.μ. Πέμπτη, 19 Ιανουαρίου 2012  
**Θέμα:** Permission for use NWI-PES

Dear Dimitra:

Thank you for your inquiry. I am replying on behalf of Dr. Lake. Enclosed, please find the instrument, scoring instructions, an article containing PES-NWI scores for ANCC Magnet hospitals from 1998 in Table 1, and a Warshawsky & Haven article you may find useful .

Dr. Lake's permission is not needed as the instrument is in the public domain due to its endorsement by the National Quality Forum in 2004 and re-endorsement in 2009: [http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive\\_Care\\_Measure\\_Maintenance/Nursing\\_Sensitive\\_Care\\_-/](http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Nursing-Sensitive_Care_Measure_Maintenance/Nursing_Sensitive_Care_-/) However, if you prefer to have Dr. Lake's permission, this email serves as her permission.

Please direct any reply to Dr. Lake at [elake@nursing.upenn.edu](mailto:elake@nursing.upenn.edu). If you need anything else, feel free to write to us again.

Sincerely,

Andrea Barol  
Administrative Coordinator  
Center for Health Outcomes and Policy Research  
University of Pennsylvania School of Nursing  
378 Fagin Hall  
Philadelphia, PA 19104  
215-898-4727