



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**«Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία και Συνεχιζόμενη
Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

**Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης
'Βοστάνειο'»**

Ειρήνη Κοντοπού

Τριμελής Επιτροπή:

Τσομπάνογλου Γεώργιος

Δασκαλάκης Δημοσθένης

Λύτρας Ανδρέας

ΜΥΤΙΛΗΝΗ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ	
Κεφάλαιο 1: Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία - Εργασιακό Στρες	
1.1. Ορισμός Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία	17
1.2. Ιστορικά στοιχεία για την Ευρωπαϊκή Πολιτική ως προς την προστασία της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία	18
1.3. Οργανισμοί της Ευρώπης για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (ΥΑΕ)	19
1.4. Φορείς για την Προστασία της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία σε εθνικό επίπεδο	20
1.4.1. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.)	21
1.5. Νομοθετικό Πλαίσιο στην Ελλάδα για την ΥΑΕ	22
1.5.1. Όργανα Βελτίωσης των Συνθηκών Εργασίας	26
1.6. Εργασιακές Συνθήκες και Κίνδυνοι για τους εργαζομένους στο χώρο της Υγείας	29
1.6.1. Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι	31
1.7. Εργασιακό Στρες	33
1.7.1. Ορισμοί Εργασιακού Στρες	33
1.7.2. Πηγές Εργασιακού Στρες	34
1.7.3. Θεωρητικές Προσεγγίσεις Εργασιακού Στρες	37
1.7.4. Επιπτώσεις Εργασιακού Στρες	38
Κεφάλαιο 2: Επαγγελματική Εξουθένωση	
2.1. Ιστορική Αναδρομή – Ορισμοί	41
2.2. Χαρακτηριστικά Επαγγελματικής Εξουθένωσης	44
2.3. Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	47
2.4. Αίτια και Παράγοντες που επηρεάζουν την Επαγγελματική Εξουθένωση	49
2.5. Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης	56
2.6. Πρόληψη και Αντιμετώπιση του συνδρόμου burnout	58
2.7. Ερευνητικές μελέτες σχετιζόμενες με το εργασιακό περιβάλλον και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών	62

Κεφάλαιο 3: Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση	
3.1. Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση	70
3.2. Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση	71
3.2.1. Σκοπός Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης	73
3.2.2. Εκπαιδευτικές Ανάγκες Νοσηλευτών	75
3.2.3. Υποχρεωτική ή Εθελοντική συμμετοχή;	76
3.2.4. Φορείς Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης	80
3.2.5. Χρηματοδότηση Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης	81
3.2.6. Κίνητρα Νοσηλευτών για συμμετοχή σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης	81
3.2.7. Εμπόδια και φραγμοί για τη συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση	86
3.2.8. Οφέλη από τη συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση	90
3.3. Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση σε χώρους Υγείας στην Ελλάδα	94
3.3.1. Ενδοϋπηρεσιακή Εκπαίδευση	94
3.3.2. Ο θεσμός του Κλινικού Εκπαιδευτή	97
3.3.3. Νοσηλευτικές Ειδικότητες	101
3.3.4. Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών	102
3.3.5. Μεταπτυχιακές Σπουδές στην Ελλάδα – Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών και Διδακτορικές Διατριβές	103
3.3.6. Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.)	106
3.3.7. Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.)	106
3.3.8. Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.)	108
3.3.9. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας	116
3.3.10. Μορφές μοριοδότησης και πιστοποίησης Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης	117
Κεφάλαιο 4: Νησιωτική Περιφέρεια και Προσφυγική-Μεταναστευτική Κρίση	
4.1. Ορισμός Νησιού και Νησιωτικότητας	121
4.1.1. Πολιτικές Υγείας για τις Νησιωτικές Περιφέρειες	123
4.1.2. Νησιωτικές Περιφέρειες και Υπηρεσίες Υγείας	124
4.2. Προσφυγική-Μεταναστευτική Κρίση	125
4.2.1. Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την Ελλάδα	125
4.2.2. Στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη Λέσβο	128

Κεφάλαιο 5: Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας – Η περίπτωση της Λέσβου	
5.1. Υπηρεσίες Υγείας στη Λέσβο	133
5.2. Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης ‘Βοστάνειο’	133
5.2.1. Ιστορική Αναδρομή	133
5.2.2. Θεσμικό Πλαίσιο – Οργανισμός Νοσοκομείου	135
5.2.3. Διάρθρωση – Αρμοδιότητες – Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	138
5.2.4. Στατιστικά Στοιχεία για το Νοσοκομείο Μυτιλήνης	139
5.3. Δομές Υγείας & Ασφάλειας και Δομές Εκπαίδευσης στο Νοσοκομείο Μυτιλήνης	140
5.3.1. Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου	140
5.3.2. Δομές Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου	142
ΜΕΡΟΣ Β': ΕΡΕΥΝΑ	
Κεφάλαιο 6: Μεθοδολογία της Μελέτης	
6.1. Σκοπός της Μελέτης	143
6.1.1. Σκοπός Ποσοτικής Μελέτης	143
6.1.2. Σκοπός Ποιοτικής Μελέτης	144
6.2. Ερευνητικές Υποθέσεις-Ερωτήματα	144
6.2.1.Υποθέσεις Ποσοτικής Μελέτης	144
6.2.2. Ερευνητικά Ερωτήματα Ποιοτικής Μελέτης	145
6.3. Δειγματοληψία	145
6.3.1α. Στόχος Ποσοτικής Μελέτης	145
6.3.1β. Στόχος Ποιοτικής Μελέτης	146
6.3.2. Μέθοδος Δειγματοληψίας και Δείγμα	146
6.3.2α. Μέγεθος Ποσοτικής Δειγματοληψίας και Δείγμα	146
6.3.2β. Μέγεθος Ποιοτικής Δειγματοληψίας και Δείγμα	146
6.4. Εργαλεία Μέτρησης	147
6.4.1. Εργαλεία Ποσοτικής Μελέτης	147
6.4.2. Εργαλεία Ποιοτικής Μελέτης	151
6.5. Διεξαγωγή Έρευνας-Συλλογή Δεδομένων	151
6.6. Επεξεργασία Δεδομένων	153
6.6.1. Επεξεργασία και Ανάλυση Ποσοτικών Δεδομένων	153
6.6.2. Επεξεργασία και Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων	154

Κεφάλαιο 7: Ανάλυση Αποτελεσμάτων Ποσοτικής Έρευνας - Αποτελέσματα	
7.1. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος Ποσοτικής Μελέτης	156
7.2. Αποτελέσματα Νοσηλευτικού Προσωπικού ως προς το Εργασιακό Περιβάλλον	163
7.2.1. Υποκλίμακες Εργαλείου Αξιολόγησης Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος	167
7.2.2. Αξιολόγηση Εργασιακού Περιβάλλοντος	168
7.2.3. Συσχέτιση μεταξύ Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος	168
7.2.4. Συσχέτιση Υποκλιμάκων του εργαλείου αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος	169
7.3. Αποτελέσματα Νοσηλευτικού Προσωπικού ως προς την Επαγγελματική Εξουθένωση	170
7.3.1. Υποκλίμακες Εργαλείου Μέτρησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης	172
7.3.2. Βαθμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης	173
7.3.3. Συσχέτιση μεταξύ Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Επαγγελματικής Εξουθένωσης	174
7.3.4. Συσχέτιση παραμέτρων Επαγγελματικής Εξουθένωσης	176
7.4. Συσχέτιση των υποκλιμάκων των Ερωτηματολογίων Αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Έργου και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	176
7.5. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος σχετιζόμενα με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση	177
Κεφάλαιο 8: Θέματα Ποιοτικής Ανάλυσης	
8.1. Λειτουργία των δομών του Νοσοκομείου που σχετίζονται με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση	180
8.1.1. Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	180
8.1.2. Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.)	187
8.2. Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, το Εργασιακό Περιβάλλον και το Φόρτο Εργασίας	191
Κεφάλαιο 9: Συζήτηση	
9.1. Συμμετοχή του Νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο και Επαγγελματική Εξουθένωση	209
9.2. Η Νοσηλευτική συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας και Επαγγελματική Εξουθένωση	213

9.3. Η Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης και Επαγγελματική Εξουθένωση	220
9.4. Η Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους και Επαγγελματική Εξουθένωση	227
9.5. Οι Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και Επαγγελματική Εξουθένωση	232
9.6. Νησιωτικότητα	234
9.7. Προσφυγική – Μεταναστευτική κρίση	238
Κεφάλαιο 10: Συμπεράσματα	
Βιβλιογραφία	246
Παράρτημα Α	254
Παράρτημα Β	310
Παράρτημα Γ	315
Παράρτημα Δ	318
Παράρτημα Δ	323

Εξεταστική Επιτροπή

Τσομπάνογλου Γεώργιος, Καθηγητής, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

Δασκαλάκης Δημοσθένης, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Λύτρας Ανδρέας, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Παπάνης Ευστράτιος, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

Πατηράκη Ελισάβετ, Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Λεμονίδου Χρυσούλα, Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μπαλούρδος Διονύσιος, Διευθυντής Ερευνών Ινστιτούτο Κοινωνικών Ερευνών Ε.Κ.Κ.Ε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

«Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία και Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης ‘Βοστάνειο’»

Στο χώρο της Υγείας, η προστασία της Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας (ΥΑΕ) για την πολυπληθέστερη ομάδα του χώρου, τους νοσηλευτές, είναι ιδιαίτερα σημαντική, αφού αυτή συνεπάγεται οφέλη για τους ίδιους, τους ασθενείς τους και γενικότερα, για την κοινωνία. Επιπλέον, η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, μέσα από τις ποικίλες μορφές της, φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στην επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της οργανωσιακής σχέσης μεταξύ των υπηρεσιών ΥΑΕ και της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης στην περίπτωση ενός νοσοκομείου σε παραμεθόριο νησιωτική περιοχή, του ‘Βοστάνειου’ Νοσοκομείου Μυτιλήνης, το χρονικό διάστημα που η Λέσβος αποτέλεσε πύλη εισόδου στην Ευρώπη για χιλιάδες πρόσφυγες και μετανάστες.

Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός περιγραφικής μελέτης συσχέτισης και φαινομενολογικής διερεύνησης. Ποσοτικά μελετήθηκαν το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών με τη βοήθεια του ερευνητικού εργαλείου Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) και ο βαθμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης με το Maslach Burnout Inventory (MBI). Μέσω της ποιοτικής ανάλυσης διερευνήθηκαν οι στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση. Σε αυτήν, χρησιμοποιήθηκαν διαμορφωμένοι οδηγοί συνέντευξης για τους υπευθύνους των δομών Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου και τους εργαζόμενους.

Οι 227 συμμετέχοντες στη μελέτη μέσα από τις απαντήσεις τους αξιολόγησαν ως μικτό το περιβάλλον εργασίας, αφού δυο από τις πέντε υποκλίμακες του PES-NWI συγκέντρωσαν στατιστικό μέσο μεγαλύτερο του 2,5, αναδεικνύοντας τα ζητήματα της μειωμένης παροχής ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη, της ύπαρξης περιορισμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για επαγγελματική ανάπτυξη και της υποστελέχωσης. Ως προς το βαθμό Επαγγελματικής Εξουθένωσης, η μέση αθροιστική τιμή της Συναισθηματικής Εξάντλησης ήταν 28,18+/-11,27, της Αποπροσωποποίησης 8,48+/-

6,44 και των Προσωπικών Επιτευγμάτων 34,91+/-8,42. Στη συσχέτιση μεταξύ των δυο ερωτηματολογίων φαίνεται ότι οι τρεις παράμετροι της Επαγγελματικής Εξουθένωσης συσχετίζονται με τις πέντε υποκλίμακες του PES-NWI. Η Συναισθηματική Εξάντληση παρουσιάζει τις μεγαλύτερες συσχετίσεις και με τις πέντε υποκλίμακες, ενώ η υποκλίμακα 'Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο' συσχετίζεται τόσο με τη Συναισθηματική Εξάντληση όσο και με την Αποπροσωποποίηση με τις μεγαλύτερες αρνητικές συσχετίσεις (-0,425 και -0,317, αντίστοιχα). Πάντως, η συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό της τάξης του 96,44%) θεωρεί ότι η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση θα πρέπει να είναι υποχρεωτικού χαρακτήρα, κυρίως λόγω εξελισσόμενης γνώσης αλλά και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τέλος, το 45% περίπου των ερωτηθέντων ανέφερε ότι επιμορφώνεται με δική του πρωτοβουλία. Η ανάλυση της ποιοτικής μελέτης ανέδειξε ως κύρια σημεία: τη σημαντικότητα της πραγματοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων αφού αυτά εκλαμβάνονται από τους εργαζόμενους ως φροντίδα εαυτού, τη δυσκολία πρόσβασης σε εκτός νησιού επιμόρφωση λόγω της έλλειψης προσωπικού, της γεωγραφικής απομόνωσης τους και της οικονομικής κρίσης συνδυαζόμενης με τις οικογενειακές υποχρεώσεις και το φόρτο εργασίας που μαζί με την έλλειψη προσωπικού επέτειναν την καταπόνηση τους, αφού κλήθηκαν να φροντίσουν πλήθος προσφύγων και μεταναστών, καλύπτοντας όχι μόνο ανάγκες επείγουσας φροντίδας αλλά και βασικές βιοτικές ανάγκες, υπό συνθήκες πίεσης χρόνου και κακής επικοινωνίας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου αναγνωρίζει τους παράγοντες που οδηγούν σε σωματική και ψυχική καταπόνηση και προτάσσει την επιμόρφωση σε θεματολογία που καλύπτει τις εκπαιδευτικές του ανάγκες, στοχεύοντας στην ανθεκτικότητα και ενδυνάμωση του απέναντι στις έντονες και ακραίες συνθήκες της κοινωνικής κρίσης, με την οποία ήρθε αντιμέτωπο. Η έλλειψη προγραμμάτων επιμόρφωσης και η αδυναμία συντονισμού μεταξύ των φορέων έκανε πιο δύσκολη τη διαχείριση της εξωγενούς ανθρωπιστικής κρίσης και των δραματικών συνεπειών της.

ABSTRACT

***“Health and Safety at Work and Continuing Nursing Education – The case of
General Hospital of Mytilene ‘Vostaneio’, Lesvos”***

In healthcare sector, the protection of Occupational Health and Safety (OSH) for nurses, who are the largest professional group in hospitals, is particularly important, as it implies benefits for themselves, their patients and, generally, for the society. In addition, Continuing Nursing Education (CNE), through its various forms, appears to be a critical factor in the professional development of nurses.

The aim of this study was to investigate the organizational relationship between OSH and CNE in the General Hospital of Mytilene, ‘Vostaneio’ (Lesvos), which belongs in the border insular periphery of North Aegean. At the time of study, Lesvos was the most significant gateway for the vast majority of refugees and immigrants to Europe.

A multimodal research design was used incorporating a descriptive correlational design and a phenomenological approach. For the quantitative study were used the Practice Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) and the Maslach Burnout Inventory (MBI). In the qualitative study, a formed interview guide was used to investigate nurses’ attitudes and perceptions for CNE. Furthermore, two employees were interviewed in order to describe the operation of the educational units of the hospital.

A sample of 227 nursing staff members, who took part in this study, assessed their working environment as mixed, since two of the five subscales of PES-NWI had a statistical average above 2.5. They highlighted the issues of reduced opportunities for professional development, the limited training programs and the nursing shortage. On the topic of burnout syndrome, the mean Emotional Exhaustion score was 28,18+/-11,27, the mean Depersonalization score 8,48+/-6,44 and the mean Personal Accomplishment was 34,91+/-8,42. Correlations were observed between the Maslach’s three dimensions of burnout syndrome and the five subscales of PES-NWI. Emotional Exhaustion was strongly correlated with the five subscales of practice environment scale and the subscale ‘Nurses’ participation in hospital affairs’ the strongest correlations to emotional exhaustion (-0,425) and depersonalization (-0,317). The overwhelming majority of the participants considered that CNE should be mandatory

due to the fact that nursing profession is evolving and aims at care improvement. Finally, about 45% of the respondents reported that they attend training programs on their own initiative. The analysis of the qualitative study has highlighted: the importance of the implementation of CNE programs because these are perceived as a way of taking care of themselves, the difficulty of attending CNE programs due to lack of staff, the geographical isolation of Lesvos and the economic crisis along with family obligations and last but not least, the workload combined with nurses' shortage. Additionally, under the influence of the huge wave of refugees and immigrants, their strain was exacerbated. Nursing staff delivered not only emergency care services but also basic biotic care, under time pressure and poor communication conditions.

Research findings indicate that nursing staff members acknowledge the factors that lead to physical and psychosocial stress. Through CNE programs, they aim at their resilience and empowerment in these intense and extreme social crises. The lack CNE programs and coordination between the educational units of the hospital made it more difficult for them to manage this exogenous humanitarian crisis and its dramatic consequences.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κινητήριος δύναμη για την ενασχόληση μου με το αντικείμενο της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτέλεσε η πεποίθηση ότι ο νοσηλευτής, για να μπορέσει να

ανταπεξέλθει στο έργο του, θα πρέπει να μην ξεχνά ότι και ο ίδιος ως άνθρωπος έχει τις ίδιες ανάγκες με εκείνους που φροντίζει καθημερινά, χωρίς να εξαιρεί τον εαυτό του από την ανάγκη της φροντίδας, με τη μορφή της προαγωγής της υγείας και ευεξίας στους εργασιακούς χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η σπουδαιότητα της υγείας και ασφάλειας στο χώρο της εργασίας έχει επισημανθεί στα πλαίσια της ευρωπαϊκής νομοθεσίας, η οποία μέσω ευρωπαϊκών οδηγιών, κατευθυντήριων γραμμών και προτύπων προσπαθεί, εναρμονίζοντας την ελληνική νομοθεσία, να βελτιώσει την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια. Είναι σαφές ότι οι βλάβες στην υγεία, οι ασθένειες και οι τραυματισμοί που σχετίζονται με το χώρο εργασίας προκαλούν επώδυνες επιπτώσεις στους εργαζομένους και ταυτόχρονα, συνεπάγονται υψηλό κόστος τόσο για εκείνους όσο και για την κοινωνία συνολικά. Πλήθος ερευνητικών μελετών σε κάθε επαγγελματικό κλάδο έχουν αναδείξει τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος σε αυτόν, τους παράγοντες και τις ομάδες κινδύνου, τις στρατηγικές πρόληψης και ελέγχου.

Ένας από τους πολυπληθέστερους, σε αριθμό εργαζομένων, εργασιακούς χώρους είναι ο ευαίσθητος χώρος της Υγείας, στον οποίο απασχολούνται εργαζόμενοι από πληθώρα ειδικοτήτων στα συστήματα υγείας. Η θέαση της Νοσηλευτικής, ως ανθρωπιστικής-ανακουφιστικής επιστήμης αλλά και εξειδικευμένης τέχνης, επιτρέπει στο λειτουργό της να θέτει ως επίκεντρο των υπηρεσιών του, τον άνθρωπο, γενόμενος συνοδοιπόρος σε κάθε μονοπάτι της ζωής του, θεραπευτής των αντιδράσεων του σε κάθε υπαρκτό ή/δυνητικό πρόβλημα υγείας, παρηγορητής για την ανακούφιση του 'υποφέρειν' του, συνήγορος στη φροντίδα του, μυσταγωγός του στο μυστήριο της ζωής.

Για την παροχή ποιοτικής περίθαλψης στους ασθενείς, οι νοσηλευτές που αποτελούν τη μεγαλύτερη πληθυσμιακή ομάδα επαγγελματιών στο συγκεκριμένο χώρο, θα πρέπει να βρίσκονται σε πλήρη φυσική, διανοητική και κοινωνική ευεξία για να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας. Μεταξύ των κινδύνων, όμως, που αντιμετωπίζουν συμπεριλαμβάνονται οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι, με τη συνεπαγόμενη εμφάνιση εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζεται από τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις και τις μεγάλες αλλαγές σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, χωρίς να αφήνει ανεπηρέαστους τους χώρους και τις δομές παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Έτσι, μέσα σε μια περίοδο οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, με

τη μετακίνηση χιλιάδων ανθρώπων ανά τον κόσμο και τη δημιουργία ακόμη μιας μορφής κρίσης, προσφυγικής-μεταναστευτικής αυτή τη φορά, ερευνητικό αντικείμενο της παρούσας διατριβής αποτέλεσε η *διερεύνηση της οργανωσιακής σχέσης μεταξύ των υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας του Νοσηλευτικού προσωπικού και της ανάγκης για συνεχή εργασιακή κατάρτιση στην περίπτωση του 'Βοστανείου' Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, στο ακριτικό νησί της Λέσβου*. Το συγκεκριμένο Νοσοκομείο, το μεγαλύτερο της παραμεθόριου νησιωτικής περιφέρειας Βορείου Αιγαίου αποτελεί τη μοναδική δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί της Λέσβου. Η γεωγραφική απομόνωση από τη μια πλευρά, με όλες τις επιπτώσεις της και η ανάγκη για νοσηλεία και περίθαλψη των 86.000 περίπου μόνιμων κατοίκων του νησιού (σύμφωνα με την απογραφή του 2011), από την άλλη, αποτελούν από μόνες τους πρόκληση για το συγκεκριμένο φορέα, που καλείται να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας προς τους ασθενείς, φροντίζοντας παράλληλα, τα δικά του 'κύτταρα', τους εργαζομένους του. Επιτάθηκαν, όμως, από τις συνθήκες οικονομικής και κυρίως, προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, δυο μορφών κοινωνικής κρίσης, που έπληξαν το νησί της Λέσβου.

Η Λέσβος αποτέλεσε την κυριότερη πύλη εισόδου για ένα τεράστιο ανθρώπινο κύμα, που θεώρησαν την Ελλάδα ως ενδιάμεσο σταθμό, στο μακρύ ταξίδι τους με την ελπίδα ενός καλύτερου και ασφαλούς μέλλοντος. Η τεράστια αύξηση των αφίξεων προσφύγων και μεταναστών του 2015 περιορίστηκε με τη συμφωνία Ευρωπαϊκής Ένωσης-Τουρκίας, που ίσχυσε από το Μάρτιο του 2016. Αυτό επέφερε όμως, μια σημαντική μεταβολή του χρονικού ορίου παραμονής των προσφύγων και μεταναστών στο νησί και άλλαξε το τοπίο των αναγκών. Η ανάγκη για γρήγορη αναχώρηση από το νησί μετατράπηκε σε ανάγκες υποδοχής, μακρόχρονης παραμονής, διαβίωσης και περίθαλψης χιλιάδων προσφύγων και μεταναστών, γεγονός με καταλυτική επίδραση στη λειτουργία όλων των δημόσιων υπηρεσιών και κυρίως, του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, ως μοναδικού πυλώνα δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο νησί.

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι αν και το θέμα της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα, η σχέση της με τη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση και, μάλιστα, στο χώρο της υγείας δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής έρευνας στην Ελλάδα. Θέλουμε να πιστεύουμε ότι αυτή η διατριβή αποτελεί μια συνεισφορά στο πεδίο αυτό, ενισχύοντας με τον τρόπο της την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών, που εργάζονται στα Νοσοκομεία της χώρας.

Η διατριβή αναπτύσσεται ακολουθώντας την παρακάτω δομή. Στο πρώτο κεφάλαιο, δίνεται ο ορισμός της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία (ΥΑΕ) και παρατίθενται ιστορικά στοιχεία για την Ευρωπαϊκή πολιτική στον τομέα αυτό, με αναφορά στους φορείς ΥΑΕ σε Ευρώπη και Ελλάδα και στο εθνικό νομοθετικό πλαίσιο. Στη συνέχεια, καταγράφονται τα όργανα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας αλλά και οι κίνδυνοι στους χώρους υπηρεσιών υγείας (Νοσοκομεία), με έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους, που διατρέχουν οι νοσηλευτές. Τέλος, ακολουθεί ο ορισμός του Εργασιακού Στρες, με αναφορά στις αιτίες και επιπτώσεις του στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναπτύσσεται η έννοια της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και των επιμέρους διαστάσεων της, δηλαδή της Συναισθηματικής Εξάντλησης, της Αποπροσωποποίησης και της Μειωμένης Προσωπικής Επίτευξης, με αναφορά στους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της. Τέλος, επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών σχετιζόμενων με το εργασιακό περιβάλλον και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.

Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται εκτενής αναφορά στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στον τομέα της υγείας. Αρχικά, παρουσιάζονται οι έννοιες της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης. Κατόπιν εισάγεται η έννοια της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, με την παρουσίαση του ορισμού, του σκοπού της και του ζητήματος της υποχρεωτικής ή εθελοντικής συμμετοχής σε επιμορφωτικά προγράμματα. Ακολουθεί λιτή αναφορά στους φορείς, που είναι αρμόδιοι για το σχεδιασμό και την πραγματοποίηση προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στο χώρο της υγείας. Έπειτα από ενδελεχή επισκόπηση της βιβλιογραφίας, περιγράφονται τα κίνητρα και στον αντίποδα, τα εμπόδια και οι φραγμοί συμμετοχής των νοσηλευτών σε εκπαιδευτικά προγράμματα, καθώς και τα οφέλη από αυτά. Στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου, γίνεται εκτενής αναφορά στις διαφορετικές μορφές - επίσημες και ανεπίσημες - Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές στην Ελλάδα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, εισάγεται η έννοια του νησιού και της νησιωτικότητας, επισκοπούνται οι πολιτικές υγείας για τις νησιωτικές περιφέρειες και γίνεται αναφορά στην ιδιαιτερότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας σε αυτές. Στην τελευταία υποενότητα του κεφαλαίου και με αφορμή τη γεωγραφική θέση της Λέσβου – που

ανήκει στη συνοριακή νησιωτική περιφέρεια του Βορείου Αιγαίου, παρατίθενται επίσημα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην προσφυγική-μεταναστευτική κρίση στο νησί της Λέσβου, ξεκινώντας από το 2015, έτος-ορόσημο με το μεγαλύτερο αριθμό εισροών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, μέσα από την ιστορική αναδρομή της λειτουργίας του και την περιγραφή της μετάβασης από ίδρυμα σε Νοσοκομείο, μετά την αναμόρφωση του Οργανισμού του και τον καθορισμό του νέου πλαισίου λειτουργίας του. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται ο ισχύων Οργανισμός του συγκεκριμένου Νοσοκομείου μετά την πρόσφατη απόφαση αναμόρφωσης το 2012 και η διάρθρωση-στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Στην επόμενη υποενότητα, περιγράφονται οι Δομές Υγείας και Ασφάλειας και οι Δομές Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου.

Το έκτο κεφάλαιο σηματοδοτεί την έναρξη του εμπειρικού μέρους της διατριβής. Αναλύεται ο σκοπός, οι ερευνητικές υποθέσεις-ερωτήματα, ο πληθυσμός και τα εργαλεία της ποσοτικής και ποιοτικής μελέτης και περιγράφεται η διεξαγωγή της έρευνας, με τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, με την παράθεση των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, των αποτελεσμάτων του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς το εργασιακό περιβάλλον και την επαγγελματική εξουθένωση, της συσχέτισης αυτών μεταξύ τους και με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά και επακολουθεί η ανάλυση των περιγραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος που αφορούν στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση.

Στο όγδοο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής προσέγγισης, με την περιγραφή της λειτουργίας των δομών του Νοσοκομείου που παρέχουν Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και την ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων του προσωπικού, κατά την οποία αναδείχθηκαν πέντε θεματικές ενότητες: Σημαντικότητα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Πρόσβαση σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Εφαρμογή νέας γνώσης, Περιεχόμενο προγραμμάτων και Φόρτος εργασίας.

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας είναι αποτέλεσμα συστηματικής προσπάθειας με σκοπό τον προβληματισμό και την επιστημονική αναζήτηση σε ένα ζήτημα που αφορά

χιλιάδες επαγγελματίες υγείας και την καθημερινότητα τους στο δύσκολο δρόμο της διακονίας του πλησίον.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ - ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΣΤΡΕΣ

1.1. Ορισμός Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία

Ένας από τους πιο σημαντικούς αλλά και πολυπληθείς τομείς του εργατικού δυναμικού στη Γηραιά Ήπειρο είναι ο τομέας της υγείας, στον οποίο απασχολείται περίπου το 10% των εργαζομένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό εξ αυτών να εργάζεται σε νοσοκομεία (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία - EU-OSHA 2007a).

Ο κλάδος της υγείας απασχολεί ένα πλήθος επαγγελματιών (ιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές), που στοχεύουν στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας υγείας στον άνθρωπο. Ταυτόχρονα, όμως, οι ίδιοι εκτίθενται σε ένα πλήθος επαγγελματικών κινδύνων. Επιπλέον, το ποσοστό των εργατικών ατυχημάτων στο συγκεκριμένο κλάδο είναι ιδιαίτερα υψηλό, καταλαμβάνοντας την τέταρτη θέση μετά τους τομείς της αλιείας, των κατασκευών και της γεωργίας (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2008).

Είναι σαφές ότι οι βλάβες στην υγεία, οι τραυματισμοί και οι ασθένειες που σχετίζονται με το χώρο εργασίας προκαλούν μεγάλο ανθρώπινο πόνο και συνεπάγονται υψηλό κόστος τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους, όσο και για την κοινωνία συνολικά (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013). Σε μια προσπάθεια ορισμού της υγείας στην εργασία, το 1950, η κοινή επιτροπή της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ανέφερε ότι *«Η υγεία κατά την εργασία θα πρέπει να στοχεύει στην προώθηση και διατήρηση του υψηλότερου βαθμού σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων σε όλα τα επαγγέλματα, την πρόληψη των παρεκκλίσεων από την υγεία λόγω των όρων εργασίας των εργαζομένων, την προστασία τους κατά την απασχόληση από κινδύνους που προκύπτουν από παράγοντες δυσμενείς για την υγεία, τη θέση και τη διατήρηση των εργαζομένων σε ένα εργασιακό περιβάλλον προσαρμοσμένο στις φυσιολογικές και ψυχολογικές τους ικανότητες»*. Συνοπτικά, *«η προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο και κάθε ανθρώπου στην εργασία του»* (Stellman 1998).

1.2. Ιστορικά στοιχεία για την Ευρωπαϊκή Πολιτική ως προς την προστασία της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία

Η νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιέχει βασικούς κανόνες σχετικά με την εξασφάλιση ενός ασφαλούς και υγιεινού εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και γενικές αρχές για την πρόληψη/εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου και την κατάλληλη ενημέρωση και κατάρτιση των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους. Ιστορικοί σταθμοί στην εξέλιξη της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής για την προστασία της Υγείας και Ασφάλειας στην εργασία θεωρούνται:

- η ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ) το 1957,
- το πρώτο πρόγραμμα δράσης (1978-1982) με το σημαντικό ρόλο της Συμβουλευτικής Επιτροπής (Advisory Committee on safety and health)¹, που ιδρύθηκε το 1974,
- η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (1975),
- το δεύτερο πρόγραμμα δράσης (1984-1988), το οποίο προσέθεσε την εκπαίδευση και ενημέρωση των εργαζομένων και έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην οργάνωση υπηρεσιών και τη συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και τους εθνικούς οργανισμούς,
- το τρίτο πρόγραμμα δράσης (1988-1992), στο οποίο δεσπόζουσα θέση κατέχει πλέον η οδηγία πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ ‘Σχετικά με την εφαρμογή των μέτρων για την προώθηση της βελτίωσης της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία’,
- η ανακήρυξη του έτους 1992 σε Ευρωπαϊκό έτος για την Ασφάλεια, την Υγιεινή και την Υγεία στο χώρο της εργασίας,
- η ίδρυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με τη συνθήκη του Μάαστριχτ (1992),
- το Γενικό Πλαίσιο Δράσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στον τομέα της Ασφάλειας, της Υγιεινής και της Υγείας κατά την Εργασία (1994-2000) το 1994,
- η ίδρυση του Ευρωπαϊκού παρατηρητηρίου κινδύνων (European Risk Observatory) το 1995, με σκοπό τον εντοπισμό νέων κινδύνων και την

¹ Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της συγκαταλέγονται η ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειρίας στον τομέα αυτό σε συνάρτηση με τη νομοθεσία, η διευκόλυνση της συνεργασίας μεταξύ των εθνικών διοικήσεων και των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργοδοτών και των εργαζομένων, η πρόταση μέτρων και οδηγιών στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της αποτελεί η σύνθεση της (δύο κυβερνητικοί, δύο εργοδοτικοί και δύο εργατικοί αντιπρόσωποι), αποτελώντας συνδυαστικό κρίκο μεταξύ Ευρωπαϊκής Επιτροπής και κοινωνικών εταίρων.

προώθηση σωστής και έγκαιρης προληπτικής δράσης στους εργασιακούς χώρους,

- η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (European Agency for Safety and Health at work, EU-OSHA),
- τα προγράμματα κοινοτικής στρατηγικής για την υγεία.

1.3. Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί για την Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία (ΥΑΕ)

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, επιτελικό ρόλο στον τομέα αυτό έχει ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Υγεία και την Ασφάλεια στην Εργασία (European Agency for Safety and Health at work, EU-OSHA), με έδρα το Μπιλμπάο της Ισπανίας. Ο οργανισμός συλλέγει και αναλύει δεδομένα, με σκοπό τη βελτίωση της ασφάλειας, υγείας και παραγωγικότητας στους χώρους εργασίας της Ευρώπης – προς όφελος των επιχειρήσεων, των εργαζομένων και των κυβερνήσεων. Παράλληλα, προάγει κοινή πολιτική και νοοτροπία πρόληψης των επαγγελματικών κινδύνων.

Η μακροπρόθεσμη στρατηγική χαράσσεται ανά πενταετία μετά από διεξοδικές διαβουλεύσεις του διοικητικού συμβουλίου του οργανισμού με τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ ετησίως εκπονούνται προγράμματα εργασίας. Η λειτουργία του στηρίζεται στην έννοια της δικτύωσης, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη λειτουργία εστιακών πόλων σε 30 χώρες (μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα), που αποτελούν συνδέσμους με τους τελικούς χρήστες. Συνεργάζεται με:

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (EUROFOUND), έναν εξειδικευμένο και αυτόνομο οργανισμό της Ε.Ε., που ιδρύθηκε το 1975 και εδρεύει στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας. Παρέχει πορίσματα και συμβουλές, που προκύπτουν μετά από συγκριτική μελέτη των στατιστικών των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών στις χώρες-μέλη και ταυτόχρονα, ανιχνεύει προβλήματα ΥΑΕ.

Τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Χημικών Προϊόντων για την ασφαλή χρήση των χημικών, ο οποίος ιδρύθηκε το 2007 και εδρεύει στο Ελσίνκι της Φιλανδίας.

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κατάρτισης (CEDEFOP), που ιδρύθηκε το 1975 και εδρεύει στη Θεσσαλονίκη.

Το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων (EIGE).

Τον Οργανισμό Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (FRA).

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης (EIEE), που στηρίζει την ανθρώπινη ανάπτυξη σε 29 χώρες-εταίρους στη Νοτιοανατολική Ευρώπη και την Τουρκία, την Ανατολική Ευρώπη, τη Νοτιοανατολική Μεσόγειο και την Κεντρική Ασία, για να αξιολογήσουν στο έπακρο τις ικανότητες και δεξιότητες των πολιτών τους, μεταρρυθμίζοντας το σύστημα επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης καθώς και την αγορά εργασίας τους. Ιδρύθηκε το 1994 και έδρα έχει το Τορίνο της Ιταλίας.

Η πλέον εμβληματική δραστηριότητα ευαισθητοποίησης του Οργανισμού και το κύριο μέσο διάδοσης του μηνύματος του είναι οι εκστρατείες ‘Ασφαλείς και Υγιείς Χώροι Εργασίας’. Μάλιστα, η εκστρατεία του 2014-2015 αναφερόταν στη διαχείριση του άγχους στο χώρο εργασίας, με επιμέρους στόχους την αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στο χώρο εργασίας, την παροχή υποστήριξης, καθοδήγησης και πρακτικών εργαλείων για τη διαχείριση τους και την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων που συνεπάγεται αυτή η αποτελεσματική διαχείριση για τους εργαζόμενους και τις επιχειρήσεις.

1.4. Φορείς για την Προστασία της Υγείας και Ασφάλειας στην Εργασία σε εθνικό επίπεδο

Στην Ελλάδα, ο σημαντικότερος φορέας χάραξης εθνικής πολιτικής και ελέγχου εφαρμογής της ΥΑΕ είναι το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ επικουρικό ρόλο στον τομέα αυτό αναλαμβάνουν και άλλα υπουργεία, όπως το Υπουργείο Εσωτερικών, το Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης, το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και άλλα. Το Υπουργείο Εργασίας διαθέτει:

A) Τη Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας, που έχει συντάξει σχέδιο εθνικής πολιτικής. Σε αυτήν ανήκουν η Διεύθυνση Συνθηκών Εργασίας, το Κέντρο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας και η Διεύθυνση Διαχείρισης της πληροφόρησης, επιμόρφωσης και παρακολούθησης πολιτικής συνθηκών εργασίας, που διαθέτει τμήμα Εθνικού Εστιακού Πόλου Πληροφόρησης.

B) Το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας, που έχει ως έργο:

1. Την επίβλεψη και τον έλεγχο εφαρμογής των διατάξεων της εργατικής νομοθεσίας
2. Την έρευνα, ανακάλυψη και δίωξη της παράνομης απασχόλησης και των περιπτώσεων παράβασης της νομοθεσίας
3. Την παροχή πληροφοριών και υποδείξεων για την αποτελεσματική εφαρμογή της νομοθεσίας (www.sepenet.gr/liferayportal/archike).

Οι κοινωνικοί εταίροι, όπως το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), ο Σύνδεσμος Ελληνικών Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (Σ.Ε.Β.), η Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε.), η Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών, Βιοτεχνών και Εμπόρων Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε.), η Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου (Ε.Σ.Ε.Ε.), διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στον κοινό στόχο της βελτίωσης του εργασιακού περιβάλλοντος και της ελαχιστοποίησης των επαγγελματικών ασθενειών και των εργατικών ατυχημάτων.

Τέλος, σημαντική είναι και η συμβολή ερευνητικών φορέων (όπως η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, η Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, το Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο κ.ά.) και άλλων οργανισμών (όπως, το Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδας, ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης, ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού, η Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής του ΙΚΑ και άλλοι) στην προσπάθεια συντονισμού και διαχείρισης της λειτουργίας του δικτύου πληροφόρησης για θέματα ΥΑΕ στην Ελλάδα.

1.4.1. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.)

Ως προς το ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. (www.elinyae.gr), η δημιουργία του βασίστηκε στο άρθρο 7 της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας (Ε.Γ.Σ.Σ.Ε.) του 1988 και ολοκληρώθηκε με το άρθρο 6 της Ε.Γ.Σ.Σ.Ε. των ετών 1991-92. Το 1991, κατατέθηκε το πόρισμα της μικτής επιτροπής εμπειρογνομόνων από διάφορους φορείς (τη Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας, το Σύνδεσμο Ελληνικών Βιομηχανιών, τη Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών, Βιοτεχνών και Εμπόρων Ελλάδος και την Ένωση Εμπορικών Συλλόγων Ελλάδος), για την ίδρυση του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. Ακολούθως, το 1992, συντάχθηκε το Καταστατικό του και συστήθηκε ως Αστική Εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Στους σκοπούς του περιλαμβάνονται:

Ο εντοπισμός, η καταγραφή, η επεξεργασία, η ανάλυση και έρευνα των βλαπτικών παραγόντων ή και καταστάσεων του εργασιακού περιβάλλοντος και των επιπτώσεών τους στην Υγεία, την Υγιεινή και την Ασφάλεια των εργαζομένων.

Η επεξεργασία ρυθμίσεων, κανονισμών και σχετικής νομοθεσίας.

Η παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων και εμπειριών και η προώθηση της τεκμηρίωσης σχετικών ζητημάτων.

Η προώθηση της πληροφόρησης, ενημέρωσης και εκπαίδευσης σε θέματα ΥΑΕ.

Η συνεισφορά στη διερεύνηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων, που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση εργασιακού και ευρύτερου περιβάλλοντος, καθώς και από τους γενικότερους όρους διαβίωσης και εργασίας.

Η μελέτη πιθανών επιπτώσεων στην Υγεία των εργαζομένων, λόγω της εφαρμογής νέας τεχνολογίας, και των μεθόδων πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου.

Η παροχή υπηρεσιών Εμπειρογνώμονα σε θέματα ΥΑΕ αν ζητηθεί από έναν εκ των μερών (εργοδότες ή εργαζομένους).

Το Ινστιτούτο διαθέτει Κέντρο Εφαρμοσμένης Έρευνας, Κέντρο Κατάρτισης και Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης. Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. ιδρύθηκαν Περιφερειακά Τμήματα στη Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο Κρήτης, το Βόλο, τα Ιωάννινα και την Τρίπολη, με σκοπό τη διάχυση της πληροφόρησης, την προώθηση της κατάρτισης και έρευνας, την τεχνική και άλλη υποστήριξη εργαζομένων και εργοδοτών καθώς και την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των αρμοδίων τοπικών φορέων.

1.5. Νομοθετικό Πλαίσιο στην Ελλάδα για την ΥΑΕ

Στην Ελλάδα, οι κυριότερες νομοθετικές διατάξεις που διέπουν την ΥΑΕ είναι:

Νόμος 1568/85 (ΦΕΚ 177/Α/18-10-1985) ‘Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων’, που εκσυγχρόνισε το νομοθετικό και θεσμικό πλαίσιο για την ΥΑΕ στην Ελλάδα. Αποτέλεσε την πρώτη νομοθετική καθιέρωση της συνεργασίας εργοδοτών και εργαζομένων. Το Κεφάλαιο Α’ αναφέρεται στη σύσταση και τις αρμοδιότητες της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας της εργασίας και για πρώτη

φορά, στην υποχρέωση απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας² στην επιχείρηση/οργανισμό. Στο Β' Κεφάλαιο περιγράφεται τόσο το Συμβούλιο Υγιεινής και Ασφάλειας όσο και οι Νομαρχιακές επιτροπές ΥΑΕ. Τέλος, περιλαμβάνει ζητήματα ενημέρωσης, εκπαίδευσης και συμμετοχής των εργαζομένων στην υγιεινή και ασφάλεια του εργασιακού περιβάλλοντος και εκτενή αναφορά στην προστασία των εργαζομένων από φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Προεδρικό Διάταγμα 16/1996, 'Ελάχιστες προδιαγραφές ασφαλείας και υγείας στους χώρους εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 89/654/ΕΟΚ' και Προεδρικό Διάταγμα 17/1996 (ΦΕΚ 11/Α/18-1-1996), 'Μέτρα για τη βελτίωση της ασφαλείας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία, σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ', με τα οποία εισάγεται η υποχρέωση του εργοδότη να εκτιμά γραπτώς τους επαγγελματικούς κινδύνους της επιχείρησης του και να λαμβάνει μέτρα προστασίας των εργαζομένων. Επιπλέον, η Οδηγία-Πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ, επέφερε και άλλες σημαντικές καινοτομίες, όπως χαρακτηριστικά, την εισαγωγή του όρου 'εργασιακό περιβάλλον', που σχετίζεται τόσο με την τεχνική ασφάλεια όσο και με τη γενική πρόληψη των προβλημάτων υγείας αλλά και την τεκμηρίωση και περιοδική επανεκτίμηση των κινδύνων στους χώρους εργασίας.

Βέβαια, το Π.Δ. 17/1996, με το οποίο έγινε εναρμόνιση της εθνικής νομοθεσίας με την Οδηγία-Πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ, ακολουθεί τη δομή και τη λογική του Νόμου 1568/85, και όχι της Οδηγίας-Πλαίσιο. Σε αυτό το Προεδρικό Διάταγμα, επεκτάθηκε η υποχρέωση για απασχόληση τεχνικού ασφαλείας και σε επιχειρήσεις κάτω των 50 εργαζομένων ενώ η παροχή Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης προς τους εργαζόμενους εκπίπτει σε υποχρέωση απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας και/ή ιατρού εργασίας ή αγοράς ΕΞ.Υ.Π.Π. Η μεγαλύτερη αδυναμία του συνίσταται στην παντελή έλλειψη εναρμόνισης με τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και υγείας. Από την άλλη, στα θετικά καταλογίζεται η εκπαίδευση των εργαζομένων στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του εργοδότη.

Άρθρο 662 του Αστικού Κώδικα 'Ασφάλεια και Υγιεινή των χώρων εργασίας' και Νόμος 3850/2010 (ΦΕΚ 84/Α/2-6-2010) 'Κύρωση του Κώδικα νόμων για την

² Αξίζει να σημειωθεί ότι το 1986 καθιερώθηκε η ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας, ως επίσημη ιατρική ειδικότητα. Όμως, ο διορισμός ιατρών για την ειδικότητα αυτή άρχισε να λειτουργεί μόλις το 1995.

υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων’, με αναλυτική περιγραφή των οργάνων βελτίωσης των συνθηκών εργασίας στην επιχείρηση, των οργάνων βελτίωσης σε εθνικό επίπεδο, των υποχρεώσεων εργοδοτών και εργαζομένων και της προστασίας των ανηλίκων κατά την απασχόληση. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο Ν.3850/2010 (άρθρο 42, παράγραφος 1), αναφέρεται ότι ‘ο εργοδότης υποχρεούται να εξασφαλίζει την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων ως προς όλες τις πτυχές της εργασίας...’, χωρίς, όμως, να κατονομάζονται οι κίνδυνοι.

Όμως, με το άρθρο 7 της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας του 2008-2009, αναγνωρίζεται το πρόβλημα του άγχους και οι πιθανές επιπτώσεις του στους εργαζόμενους. Επιπλέον, υιοθετείται η Συμφωνία-Πλαίσιο για το Εργασιακό Άγχος, που είχε συμφωνηθεί το 2004 από τις κεντρικές οργανώσεις εργαζομένων-εργοδοτών στην Ε.Ε. Υπό αυτό το πρίσμα, η διαχείριση του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων στην εργασία αποτελεί πλέον νομική υποχρέωση. Σκοπός της συγκεκριμένης Συμφωνίας ήταν να αυξήσει την ευαισθητοποίηση και κατανόηση των εργοδοτών, των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους για το εργασιακό άγχος και να επιστήσει την προσοχή τους σε ενδείξεις που μπορούν να καταδείξουν προβλήματα σχετικά με αυτό.

Ως προς τα νοσοκομεία, οι υποχρεώσεις για την ΥΑΕ τέθηκαν με την υπ’ αρ. κοινή Υπουργική Απόφαση 88555/30-9-1988, των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών, Οικονομικών και Εργασίας (ΦΕΚ 721/Β/4-10-1988) ‘Υγιεινή και Ασφάλεια του προσωπικού του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α.’ και με το Προεδρικό Διάταγμα 157/1992 (ΦΕΚ 74/Α/12-5-1992) ‘Επέκταση των διατάξεων των Προεδρικών Διαταγμάτων και Υπουργικών Αποφάσεων που εκδόθηκαν με τις εξουσιοδοτήσεις του Νόμου 1568/1985 «Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων στο Δημόσιο, Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α.»’, αφού επεκτάθηκε η ισχύς του Νόμου του 1985 και στα δημόσια νοσοκομεία. Έτσι, καλύφθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα σημαντικό νομοθετικό κενό που αφορούσε στην προστασία των εργαζομένων στο Δημόσιο. Έκτοτε, αρκετές νομοθετικές ρυθμίσεις – τις περισσότερες φορές σε συμμόρφωση με αντίστοιχες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (για παράδειγμα, προστασία των εργαζομένων από φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες, για τη χρήση εξοπλισμών ατομικής προστασίας κατά την εργασία, κατά τη χειρωνακτική διακίνηση φορτίων που συνεπάγεται κίνδυνο ιδίως για τη ράχη και την οσφυϊκή χώρα

των εργαζομένων, κατά την εργασία με οθόνες οπτικής απεικόνισης κ.ά.) - συμπλήρωσαν το αρχικό θεσμικό πλαίσιο.

Συμπυκνώνοντας το θεσμικό πλαίσιο και λαμβάνοντας υπ' όψιν τα άρθρα 42-46 του Νόμου 3850/2010, οι κυριότερες υποχρεώσεις των εργοδοτών (εν προκειμένω των διοικήσεων των νοσοκομείων) είναι:

Η απασχόληση ιατρού εργασίας, τεχνικού ασφαλείας, εξωτερικών υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης και φυσικά, επιτροπών νοσοκομειακών λοιμώξεων.

Η γραπτή αποτίμηση των κινδύνων στο χώρο εργασίας και ο καθορισμός των αναγκαίων μέτρων προστασίας.

Η διαβούλευση με τους εργαζομένους και η ενθάρρυνση συμμετοχής τους σε θέματα ΥΑΕ.

Η αναγγελία των εργατικών ατυχημάτων εντός 24 ωρών στις αρμόδιες επιθεωρήσεις εργασίας και στους ασφαλιστικούς φορείς, με υποχρεωτική καταγραφή και τήρηση βιβλίου ατυχημάτων.

Η λήψη τεχνικών και οργανωτικών μέτρων αλλά και έκτακτων μέτρων εάν χρειαστεί, για τη διασφάλιση της υγείας των εργαζομένων.

Τέλος, ως προς την ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων, στο άρθρο 47, αναφέρεται ότι ο εργοδότης λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου οι εργαζόμενοι και οι εκπρόσωποί τους να λαμβάνουν όλες τις απαραίτητες πληροφορίες ως προς α) την ισχύουσα νομοθεσία και τον τρόπο εφαρμογής της από την επιχείρηση, β) τους κινδύνους για την ΥΑΕ, καθώς και τα μέτρα και τις δραστηριότητες προστασίας και πρόληψης που αφορούν είτε την επιχείρηση εν γένει, είτε κάθε είδος θέσης εργασίας ή/και καθηκόντων. Επιπρόσθετα, λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα, ώστε ο τεχνικός ασφαλείας, ο ιατρός εργασίας, οι ΕΣ.Υ.Π.Π., οι ΕΞ.Υ.Π.Π. και οι εκπρόσωποι των εργαζομένων να έχουν πρόσβαση α) στην εκτίμηση των κινδύνων και των μέτρων προστασίας που προβλέπονται, β) στο ειδικό βιβλίο και τον κατάλογο και γ) στις πληροφορίες που προέρχονται τόσο από τις δραστηριότητες προστασίας και πρόληψης όσο και από τις αρμόδιες Επιθεωρήσεις Εργασίας όσον αφορά τους διενεργούμενους ελέγχους των συνθηκών ΥΑΕ.

Στο άρθρο 48, αναφέρεται ότι ο εργοδότης εξασφαλίζει σε κάθε εργαζόμενο κατάλληλη και επαρκή εκπαίδευση στον τομέα της ΥΑΕ, ιδίως υπό μορφή πληροφοριών και οδηγιών επ' ευκαιρία: α) της πρόσληψής του, β) τυχόν μετάθεσης ή αλλαγής καθηκόντων, γ) εισαγωγής ή αλλαγής εξοπλισμού εργασίας και δ) εισαγωγής νέας τεχνολογίας που αφορά ειδικά τη θέση εργασίας ή τα καθήκοντά του. Η εκπαίδευση αυτή πρέπει να:

α) προσαρμόζεται στην εξέλιξη των κινδύνων και στην εμφάνιση νέων

β) επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, αν χρειάζεται και να

γ) παρέχεται εν ώρα εργασίας.

Οι εκπρόσωποι των εργαζομένων δικαιούνται να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση, χωρίς να βαρύνει τους ίδιους ή τους εργαζομένους.

Ειδικά οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου οφείλουν από τη δική τους πλευρά να συμμορφώνονται με τους κανονισμούς ασφαλείας και να τηρούν τα μέτρα προστασίας, να παρακολουθούν σεμινάρια σχετικά με θέματα υγείας και ασφάλειας, προστατεύοντας τους ίδιους, τους συναδέλφους-συνεργάτες αλλά και τους ασθενείς τους. Τέλος, μπορούν να συμμετέχουν σε επιτροπές υγείας και ασφάλειας και να ζητούν προληπτικό έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους, όταν θεωρούν ότι αυτή κινδυνεύει.

1.5.1. Όργανα Βελτίωσης των Συνθηκών Εργασίας

A. Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας των εργαζομένων

Αποτελούν συμβουλευτική επιτροπή με αριθμό μελών ανάλογα με τον αριθμό των εργαζομένων στον οργανισμό (Ν. 3850/2010, άρθρο 6). Σύμφωνα με το Ν.3850/2010 (άρθρο 4, παρ. 1&2), *οι εργαζόμενοι σε επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από πενήντα (50) άτομα έχουν δικαίωμα να συνιστούν Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων (Ε.Υ.Α.Ε.), αποτελούμενη από εκλεγμένους εκπροσώπους τους στην επιχείρηση, ενώ στις επιχειρήσεις που απασχολούν από είκοσι (20) άτομα και πάνω, οι εργαζόμενοι έχουν δικαίωμα να επιλέγουν εκπροσώπους, με ειδική αρμοδιότητα σε θέματα προστασίας της ασφάλειας και της υγείας.*

Η επιτροπή ή ο εκπρόσωπος α) μελετά τις συνθήκες εργασίας στην επιχείρηση, προτείνει μέτρα για τη βελτίωση τους και του περιβάλλοντος εργασίας, παρακολουθεί την τήρηση των μέτρων για την υγεία και την ασφάλεια και συμβάλλει στην εφαρμογή τους από τους εργαζομένους, β) σε περιπτώσεις σοβαρών εργατικών ατυχημάτων ή σχετικών συμβάντων προτείνει τα κατάλληλα μέτρα για την αποτροπή επανάληψής τους, γ) επισημαίνει τον επαγγελματικό κίνδυνο στους χώρους ή θέσεις εργασίας και προτείνει μέτρα για την αντιμετώπισή του, συμμετέχοντας έτσι στη διαμόρφωση της πολιτικής της επιχείρησης για την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου, δ) ενημερώνεται από τη διοίκηση της επιχείρησης για τα στοιχεία των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών που συμβαίνουν σε αυτήν, ε) ενημερώνεται για την εισαγωγή στην επιχείρηση νέων παραγωγικών διαδικασιών, μηχανημάτων, εργαλείων και υλικών ή για τη λειτουργία νέων εγκαταστάσεων σε αυτή, στο μέτρο που επηρεάζουν τις συνθήκες υγείας και ασφάλειας της εργασίας, στ) σε περίπτωση άμεσου και σοβαρού κινδύνου καλεί τον εργοδότη να λάβει τα ενδεικνυόμενα μέτρα, χωρίς να αποκλείεται και η διακοπή λειτουργίας μηχανήματος ή εγκατάστασης ή παραγωγικής διαδικασίας, ζ) μπορεί να ζητεί τη συνδρομή εμπειρογνομόνων για θέματα υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του εργοδότη. Στις συνεδριάσεις της Επιτροπής συμμετέχουν επίσης ο εργοδότης, καθώς και ο τεχνικός ασφαλείας και ιατρός εργασίας της επιχείρησης/οργανισμού.

B. Τεχνικός Ασφαλείας και Ιατρός Εργασίας

Σύμφωνα με το άρθρο 8 του εν λόγω Νόμου, στους οργανισμούς που απασχολούνται λιγότεροι από 50 εργαζόμενοι, ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας, ενώ σε εκείνες με 50 και άνω εργαζομένους, ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες τεχνικού ασφαλείας και ιατρού εργασίας.

Ο τεχνικός ασφαλείας έχει συμβουλευτικές αρμοδιότητες, παρέχοντας στον εργοδότη υποδείξεις και συμβουλές, γραπτά ή προφορικά, σχετικά με την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων και την πρόληψη εργατικών ατυχημάτων, επιβλέποντας παράλληλα τις εργασιακές συνθήκες.

Ο ιατρός εργασίας έχει, επίσης, ρόλο συμβουλευτικό σε θέματα που αφορούν στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων (ιατρικός έλεγχος των εργαζομένων, διενέργεια μετρήσεων επικίνδυνων παραγόντων εργασιακού περιβάλλοντος κ.ά.).

Οι δυο υποχρεούνται κατά την εκτέλεση του έργου τους να συνεργάζονται, πραγματοποιώντας κοινούς ελέγχους των χώρων εργασίας. Επιπρόσθετα, συνεργάζονται με την Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας των εργαζομένων ή τον αντιπρόσωπο τους. Ο χρόνος απασχόλησης τους καθορίζεται σε ώρες ανά εργαζόμενο και κατανέμεται κατά μήνα με κοινή συμφωνία του εργοδότη με την Επιτροπή.

Γ. Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞ.Υ.Π.Π.)

Οι υπηρεσίες τεχνικού ασφάλειας και ιατρού εργασίας μπορούν να παρέχονται σε μια επιχείρηση και από ατομικές επιχειρήσεις ή νομικά πρόσωπα έξω από την επιχείρηση, τις Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞ.Υ.Π.Π.). Δικαίωμα σύστασης ΕΞ.Υ.Π.Π. έχουν επίσης: α) οργανισμοί εποπτευόμενοι από τα Υπουργεία Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, β) Ν.Π.Δ.Δ. με δραστηριότητες σχετικές με τις συνθήκες εργασίας, καθώς και γ) τα επιμελητήρια, δ) τα ανώτατα ή ανώτερα εκπαιδευτικά ιδρύματα, ε) συνδικαλιστικές οργανώσεις εργαζομένων, στ) ενώσεις εργοδοτών, ζ) μικτές συμπράξεις των ανωτέρω.

Δ. Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

Εκτός των άλλων, σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στα Νοσοκομεία παίζει η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (Ε.Ν.Λ.). Σύμφωνα με το ΦΕΚ 388/Β/18.2.2014 'Μέτρα, όροι και διαδικασίες για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων που συνδέονται με τη νοσηλεία των ασθενών στους Χώρους Παροχής Υγείας', σε κάθε Νοσοκομείο συγκροτείται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου η συγκεκριμένη Επιτροπή, με τετραετή θητεία. Το έργο και οι αρμοδιότητες της βασίζονται στους παρακάτω άξονες (όπως αυτοί περιγράφονται στο άρθρο 7):

- 1. Επιτήρηση και καταγραφή των νοσοκομειακών λοιμώξεων.*
- 2. Αξιολόγηση των μέτρων πρόληψης και επαναπροσδιορισμό των διαδικασιών και πρωτοκόλλων για τη μείωση της μετάδοσης και διασποράς των νοσοκομειακών παθογόνων και την ορθή χρήση των αντιβιοτικών.*
- 3. Συνεχή επίβλεψη της εφαρμογής των μέτρων ελέγχου και πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων.*

4. Αντιμετώπιση επιδημικών εξάρσεων και καταστάσεων έκτακτης ανάγκης βάσει σχεδίου.
5. Υποχρεωτική συνεχιζόμενη εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών υγείας στο Νοσοκομείο ως προς την εφαρμογή των μέτρων για την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων, καθώς και των νοσοκομειακών γιατρών στην ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών.
6. Επικοινωνία και συνεργασία με κεντρικούς φορείς, όπως το Υπουργείο Υγείας, η Εθνική Επιτροπή παρακολούθησης της φαρμακευτικής δαπάνης και της εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης και το ΚΕΕΛΠΝΟ.
7. Ορισμός για κάθε δείκτη ελέγχου λοιμώξεων συγκεκριμένων μετρήσιμων ετήσιων στόχων με τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων εργαζομένων και υποβολή αυτών προς έγκριση στη Διοίκηση του Νοσοκομείου ή της Ιδιωτικής Κλινικής.
8. Κατάρτιση ετήσιου οικονομικού προϋπολογισμού και απολογισμού σχετικά με την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
9. Αξιολόγηση της συμβολής των επαγγελματιών υγείας στην προώθηση των δράσεων ελέγχου λοιμώξεων.

1.6. Εργασιακές Συνθήκες και Κίνδυνοι για τους εργαζομένους στο χώρο της Υγείας

Για το νοσηλευτικό προσωπικό, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί το σύστημα εκείνο που αναφέρεται στον έλεγχο των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών, του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο παρέχονται αυτές και των χαρακτηριστικών του χώρου εργασίας που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τη νοσηλευτική πρακτική (Lake 2002, Aiken & Patricia 2000). Είναι μια πολύπλοκη και πολυδιάστατη κατασκευή, που αποτελείται από πολυάριθμες συνιστώσες και τις μεταξύ τους σχέσεις. Ανάμεσα σε αυτές συναντώνται η αυτονομία, ο έλεγχος, η αξία της νοσηλευτικής, η συνεργατική και υποστηρικτική διοίκηση, η ηγεσία, η διεπιστημονική επικοινωνία και συνεργασία, η εσωτερική παρακίνηση, η ποιοτική κλινική φροντίδα, η ασφάλεια στην εργασία (Lake 2007, van Bogaert 2009a). Οι καλές εργασιακές συνθήκες επιτρέπουν στους νοσηλευτές να παρέχουν υπηρεσίες στο μέγιστο ποιοτικά επίπεδο, να εργάζονται

αποτελεσματικά μέσα στα πλαίσια της διεπιστημονικής συνεργασίας με τους άλλους επαγγελματίες του χώρου και να κινητοποιούν τους διαθέσιμους πόρους γρήγορα και αποτελεσματικά (Lake 2007). Οι ασφαλείς εργασιακές συνθήκες, ως μέρος του μοντέλου κοινωνικής προστασίας, επιτρέπουν τη βελτίωση της ποιότητας εργασίας (Tsobanoglou & Batra 1999). Δηλαδή, αποτυπώνονται όχι μόνο στην υγεία των ασθενών – ως δεκτών των υπηρεσιών υγείας – αλλά και του ίδιου του προσωπικού, άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά. Η δυσμενής όψη συνίσταται στην αυξημένη πιθανότητα ο εργαζόμενος να εκτίθεται σε κίνδυνο στο χώρο εργασίας (Clarke 2007).

Οι νοσηλευτές, και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας, έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με έναν αξιοσημείωτο αριθμό κινδύνων στο χώρο εργασίας τους, ανάμεσα στους οποίους συγκαταλέγονται τραυματισμοί (π.χ. από τρύπημα με βελόνα), μυοσκελετικά προβλήματα, η ποιότητα της θέρμανσης, του φωτισμού και του αέρα, αλλεργίες και αλλεργικές αντιδράσεις (π.χ. στο λάτεξ), η βία και το στρες. Γενικότερα, όλοι αυτοί οι κίνδυνοι συστηματοποιήθηκαν σε κατηγορίες, οι οποίες περιλαμβάνουν:

Βιολογικούς κινδύνους (π.χ. παρουσία ιών, μικροοργανισμών, μολυσμένου αίματος)

Χημικούς κινδύνους (π.χ. επαφή με κυτταροστατικά φάρμακα, απολυμαντικά, αναισθητικά αέρια, αντιβιοτικά)

Εργονομικούς κινδύνους (π.χ. φόρτιση μυοσκελετικού συστήματος από τη μεταφορά ασθενών και φορτίων, κακή στάση σώματος, κοπιαστική προσπάθεια ανύψωσης, εργασίες καθαριότητας, ώθηση τροχοφόρων, διακίνηση προμηθειών)

Κινδύνους προερχόμενους από την οργάνωση της εργασίας (π.χ. κυκλικό ωράριο, ρυθμός εργασίας, απρογραμμάτιστες αλλαγές βάρδιας και νυχτερινή εργασία)

Εργατικά ατυχήματα (π.χ. πτώσεις, ηλεκτροπληξίες, τραύματα, τρύπημα από βελόνα)

Ψυχοκοινωνικούς κινδύνους (π.χ. εργασία σε συνθήκες βίας και στρες, έκθεση στο θάνατο και τον πόνο, έλλειψη υποστήριξης και αναγνώρισης επιτευγμάτων, εκφοβισμός) (Froneberg 2006).

Πέρα από τους πιθανούς εργασιακούς κινδύνους, νέες προκλήσεις αναδύονται συνεχώς στην Ευρώπη (δημογραφικές, κοινωνικές, τεχνολογικές, πολιτιστικές, πολιτικές, οικονομικές), προκλήσεις που επηρεάζουν τις δομές και τα ιδρύματα παροχής φροντίδας υγείας και τις συνθήκες εργασίας σε αυτά. Ως τέτοιες θα μπορούσαν να

χαρακτηριστούν η γήρανση του εργατικού δυναμικού, η ανεπάρκεια νέων προσλήψεων, η ανάγκη για νέες μορφές παροχής φροντίδας υγείας σε χρόνιους πάσχοντες, η αυξανόμενη χρήση νέων τεχνολογικών μέσων που απαιτεί σύνθετες δεξιότητες (Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία - EU-OSHA 2007b), αλλά και παγκόσμιες οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις, όπως η οικονομική κρίση και οι μετακινήσεις πληθυσμών (προσφυγική κρίση, μεταναστευτικές ροές).

1.6.1. Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι

Από τη δεκαετία του 1950 ήδη, αντικείμενο έρευνας απετέλεσαν όλο και περισσότερο τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά της εργασίας (Sauter 1998, Johnson 1996). Μια δεκαετία αργότερα, στα 1960, άρχισαν να αναδύονται η έρευνα του ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος και η μελέτη της ψυχολογίας της εργασίας (Johnson & Hall 1996). Σύμφωνα με τη Διεθνή Οργάνωση για την Εργασία (International Labour Organization, ILO), το 1986, ο Ψυχοκοινωνικός Κίνδυνος προσδιορίστηκε ως μια έννοια εξαρτώμενη από το αντικείμενο της εργασίας, την οργάνωση και διαχείριση (διοικητική πρακτική) της και άλλες περιβαλλοντικές και οργανωσιακές συνθήκες, από τη μια πλευρά και από την άλλη, από την απόδοση του κάθε εργαζομένου (ικανότητες και δεξιότητες) αλλά και από τις εξατομικευμένες του ανάγκες (ILO 1986). Οι Cox και Griffiths, το 1995, όρισαν το ψυχοκοινωνικό κίνδυνο ως ‘...συγκεκριμένες όψεις του σχεδιασμού, της οργάνωσης και διοικητικής πρακτικής της εργασίας, αλλά και του κοινωνικού και περιβαλλοντικού πλαισίου, που είναι πιθανό να προκαλέσουν ψυχολογική, κοινωνική ή σωματική βλάβη’ (Cox 2000). Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στο χώρο εργασίας, όπως έχουν καταγραφεί από τους Leka και συνεργάτες (2003):

Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι στην Εργασία

Περιεχόμενο Εργασίας (Πλαίσιο Εργασίας)	Έλλειψη ποικιλίας ή μικροί κύκλοι εργασίας, κατακερματισμένη εργασία ή εργασία χωρίς σκοπό, υψηλός βαθμός αβεβαιότητας, ελλιπής αξιοποίηση δεξιοτήτων, μικρή αξία, έλλειψη ευκαιριών για μάθηση, απαιτήσεις, ανεπαρκείς πόροι, συνεχής έκθεση σε ανθρώπους διαμέσου της εργασίας.
--	---

Φόρτος Εργασίας και Ρυθμός Εργασίας	Υπερβολικός ή περιορισμένος φόρτος εργασίας (ποιοτικά και ποσοτικά), ρυθμός εργασίας ελεγχόμενος από μηχάνημα, υψηλά επίπεδα πίεσης χρόνου, εργαζόμενοι συνεχώς υποκείμενοι σε προθεσμίες και χρονοδιαγράμματα.
Πρόγραμμα Εργασίας	Κυκλικό ωράριο εργασίας, εργασία σε βάρδιες, νυχτερινή εργασία, μη ευέλικτα εργασιακά προγράμματα, απρόβλεπτα ωράρια, πολλές ώρες εργασίας.
Εύρος Αποφάσεων και Έλεγχος	Μικρή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου επί φόρτου εργασίας, ρυθμού εργασίας κ.ά.
Περιβάλλον και Εξοπλισμός Εργασίας	Ανεπαρκής διαθεσιμότητα, καταλληλόλητα ή συντήρηση εξοπλισμού, κακές συνθήκες όπως έλλειψη χώρου, κακός φωτισμός, υπερβολικός θόρυβος.
Οργανωσιακή Κουλτούρα και Λειτουργία του Οργανισμού	Ανεπαρκής επικοινωνία, χαμηλά επίπεδα υποστήριξης για επίλυση προβλημάτων και την προσωπική ανάπτυξη, έλλειψη καθορισμού οργανωσιακών στόχων ή συμφωνίας επί αυτών.
Διαπροσωπικές Σχέσεις στην Εργασία	Κοινωνική ή φυσική απομόνωση, κακές σχέσεις με τους προϊσταμένους, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, εκφοβισμός, παρενόχληση, έκθεση σε βία.
Ρόλος στον Οργανισμό	Ασάφεια ρόλων και διαφορούμενος χαρακτήρας, σύγκρουση ρόλων, υπερφόρτωση και υποβάθμιση ρόλου και ευθύνη για άλλα πρόσωπα.
Επαγγελματική Εξέλιξη	Στασιμότητα και αβεβαιότητα σταδιοδρομίας, υποβιβασμός ή προαγωγή πάνω από τις δυνατότητες του εργαζομένου, χαμηλή αμοιβή, ανασφάλεια εργασίας, χαμηλή κοινωνική αξία της εργασίας.
Αλληλεπίδραση Εργασιακού και Οικογενειακού Βίου	Συγκρουόμενες απαιτήσεις εργασιακού και ιδιωτικού βίου, μικρή υποστήριξη στο σπίτι, προβλήματα διπλής σταδιοδρομίας.

Στον τομέα της υγείας, οι συχνότεροι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι που συναντώνται είναι οι κάτωθι: χρονική πίεση, αυστηρές ιεραρχικές δομές, έλλειψη ικανοποίησης και ανταμοιβής, ανεπαρκής άσκηση ηγεσίας στο προσωπικό, έλλειψη παροχής πληροφόρησης, έλλειψη στήριξης από το διοικητικό προσωπικό, φόρτος εργασίας (π.χ. εργασία σε βάρδιες, νυχτερινή εργασία, ακανόνιστο ωράριο), κοινωνικές συγκρούσεις, παρενόχληση, εκφοβισμός, βία και διακρίσεις, δυσκολίες στο πεδίο της επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης, μη ιδανική οργάνωση της εργασίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013).

1.7. Εργασιακό Στρες

1.7.1. Ορισμοί Εργασιακού Στρες

Οι Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι και το Εργασιακό Στρες συγκαταλέγονται μεταξύ των μεγαλύτερων προκλήσεων στον τομέα της επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας, επηρεάζοντας την υγεία των ατόμων, των επιχειρήσεων και των εθνικών οικονομιών. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι το στρες στο ή από το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει την υγεία του εργαζομένου (Dunham 2000). Η λέξη στρες (stress) προέρχεται από τη λατινική λέξη *stringere*, δηλαδή σφίγγω κάποιον (ή κάτι) τόσο δυνατά με αποτέλεσμα να πάθει ασφυξία, ακόμη και πνιγμό, ενώ η έννοια του άγχους αναφέρεται στο συναισθηματικό και ψυχολογικό επακόλουθο σε μια διαδικασία στρες (Βασιλάκη 2001).

Παρόλες τις δυσκολίες απόδοσης ενός απόλυτου ορισμού, το εργασιακό στρες αναφέρεται στην πιθανή αντίδραση των εργαζομένων, όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν την ικανότητα τους να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν την κατάσταση (WHO 2003, Murphy 1995). Η άποψη ότι στον ορισμό δεν περιλαμβάνονται μόνο οι σωματικοί κίνδυνοι αλλά και ψυχολογικοί και συναισθηματικοί (Ferris & Buckley 1996) αλλά και ότι τα επίπεδα στρες - όσο χαμηλά κι αν είναι - συσσωρεύονται με το πέρασμα του χρόνου (Schultz & Schultz 1994) επιβεβαιώνεται από το περιεχόμενο που απέδωσε το 1995 ο Κάντας στον ορισμό του εργασιακού στρες 'ως μια κατάσταση κατά την οποία συσσωρεύονται στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία ή το στρες που πηγάζει από μια συγκεκριμένη εργασιακή κατάσταση ή θέση' (Κάντας 1995). Κατ' αυτόν τον τρόπο, επισημαίνεται ότι το εργασιακό στρες χρησιμοποιείται για να περιγράψει 'μια κατάσταση και όχι μια μεταβλητή, που σταδιακά με την συνεχόμενη και επίμονη παρουσία της μπορεί να προκαλέσει φθορά στη φυσική κατάσταση του εργαζομένου' (Beehr 1995). Επιπλέον, ο Chmiel (2000) αναφέρεται σε μια αντιφατική εμπειρία μεταξύ περιβαλλοντικών απαιτήσεων στον εργασιακό χώρο και δυνατοτήτων του ατόμου να ανταπεξέλθει σε αυτές, εμπειρία συνοδευόμενη από πνευματικά, σωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα.

1.7.2. Πηγές Εργασιακού Στρες

Στρεσογόνοι εργασιακοί παράγοντες θεωρούνται οι καταστάσεις ή οι συνθήκες στην εργασία που απαιτούν την προσαρμογή των εργαζομένων σε αυτές και αντίδραση του εργαζομένου θεωρείται ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος τη διαμορφωθείσα κατάσταση. Καταλύτης αυτής της σχέσης φαίνεται να είναι η αξιολόγηση της κατάστασης, έτσι όπως την ερμηνεύει ο κάθε εργαζόμενος (Jex 1998), αφού στην πράξη, δεν επηρεάζονται κατ' ανάγκη όλοι οι εργαζόμενοι, ούτε κατά τον ίδιο τρόπο.

Σύμφωνα με τους Robbins και συνεργάτες (2001), ως δυνητικά υπεύθυνες αναγνωρίζονται τρεις κατηγορίες στρεσογόνων παραγόντων στον εργασιακό χώρο: Α) Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον (για παράδειγμα, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες), Β) Παράγοντες που σχετίζονται με το χώρο εργασίας και κατηγοριοποιούνται περαιτέρω σε: Εργασιακές απαιτήσεις (σχεδιασμός εργασίας και εργασιακές συνθήκες), Απαιτήσεις σχετικά με το ρόλο του ατόμου στην εργασία (συγκρούσεις ρόλων, υπερβολική ανάληψη ρόλων, ασάφεια ρόλων), Εργασιακές σχέσεις, Δομή (ιεραρχική δομή, κανόνες, συμμετοχή εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων), Ηγεσία (τρόπος διοίκησης του οργανισμού) και Γ) Παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο (ατομικά χαρακτηριστικά, προσωπική και οικογενειακή ζωή του εργαζομένου). Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι εκτός από τους προαναφερόμενους παράγοντες, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο τρόπος ερμηνείας αυτών από την πλευρά του εργαζόμενου.

Μια παρεμφερής κατηγοριοποίηση περιλαμβάνει δυο – αντί τριών – κατηγορίες (Cooper 2001, Newell 1995): Α) Παράγοντες που πηγάζουν από ή σχετίζονται με την εργασία (εσωτερικοί παράγοντες εργασίας, παράγοντες που σχετίζονται με το ρόλο του ατόμου στην εργασία, σχέσεις στο χώρο εργασίας, παράγοντες που σχετίζονται με τη δομή του οργανισμού και σύγκρουση μεταξύ ρόλων που αναλαμβάνει το άτομο στο χώρο εργασίας και αυτών που φέρει στην οικογένεια) και Β) Παράγοντες που έχουν αφετηρία το ίδιο το άτομο.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013), πηγές εργασιακού στρες στο χώρο της υγείας αποτελούν οι:

- Παράγοντες που ανακύπτουν από τα εργασιακά καθήκοντα: υπερβολικά αυστηρές ποιοτικές και ποσοτικές απαιτήσεις (ασθενείς, συνοδοί, κλινικές εικόνες), πίεση χρόνου, υπερβολικός φόρτος πληροφοριών, αντικρουόμενες εργασιακές οδηγίες από ιατρούς, προϊσταμένους νοσηλευτές, τη διοίκηση, συχνές διακοπές και ενοχλήσεις από συναδέλφους, ασθενείς, συνοδούς
- Παράγοντες που ανακύπτουν από τον εργασιακό ρόλο: ανεπαρκείς ικανότητες, έλλειψη πείρας, υπερβολική ευθύνη, ασαφής ανάθεση καθηκόντων, έλλειψη υποστήριξης, έλλειψη αναγνώρισης έργου
- Παράγοντες που ανακύπτουν από το υλικό περιβάλλον: δυσμενείς περιβαλλοντικές επιρροές, όπως θόρυβος, κρύο, ζέστη και ξηρασία, τοξικές ουσίες, βιολογικοί παράγοντες και τραυματισμοί από βελόνες, υπερβολική κόπωση των ανθρώπινων δυνατοτήτων σκέψης και λήψης αποφάσεων ή υπέρβαση της δυνατότητας απορρόφησης και επεξεργασίας πληροφοριών, έλλειψη βοηθημάτων
- Παράγοντες που ανακύπτουν από το κοινωνικό περιβάλλον: πτωχό περιβάλλον εργασίας, ελάχιστη ή κακή επικοινωνία, συγκρούσεις με ανωτέρους και συναδέλφους, συνεχής αλλαγή περιβάλλοντος, συναδέλφων και πεδίου εργασίας, διαρθρωτικές αλλαγές στον οργανισμό, έλλειψη ενημέρωσης (π.χ. στην περίπτωση αλλαγής βάρδιας), έλλειψη μέριμνας για το ζήτημα οικογένεια – εργασία, έλλειψη προσωπικού
- Παράγοντες που ανακύπτουν από την ενσωμάτωση στο χώρο εργασίας: το γεγονός ότι ένας υπάλληλος μένει μόνος του στο χώρο εργασίας (π.χ. τη νύχτα ή το Σαββατοκύριακο), μεγάλες αποστάσεις ή δαιδαλώδεις διάδρομοι και ομοιότητα περύγων, χώρων φιλοξενίας ή ορόφων
- Παράγοντες που ανακύπτουν από το ίδιο το άτομο: φόβος για τα καθήκοντα, την ευθύνη και τις κυρώσεις για προσωπικά σφάλματα, έλλειψη κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οικογενειακές συγκρούσεις

Οι πιο κοινοί εργασιακοί στρεσογόνοι παράγοντες για τους νοσηλευτές είναι ο φόρτος εργασίας, η ασάφεια ρόλου, οι διαπροσωπικές σχέσεις και ο θάνατος (Parikh 2004). Η έννοια του φόρτου εργασίας έχει αποδοθεί ως η αντίληψη των εργαζομένων ως προς τον όγκο εργασίας που πρέπει να διεκπεραιωθεί σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Jex 1998). Σύμφωνα με τους French και συνεργάτες (1982), υπάρχουν ο

ποσοτικός και ο ποιοτικός φόρτος. Στον πρώτο συμπεριλαμβάνονται τα αισθήματα των εργαζομένων ως προς τον όγκο εργασίας, η εργασία σε πολύ γρήγορους ή δύσκολους ρυθμούς, η αίσθηση των εργαζομένων ότι δέχονται μεγάλη πίεση, ενώ στο λεγόμενο ποιοτικό υπολογίζονται, για παράδειγμα, η αίσθηση του εργαζόμενου ότι δεν παράγει ποιοτική εργασία ή ότι δεν διαθέτει τις δεξιότητες να φέρει εις πέρας τα εργασιακά του καθήκοντα. Η ασάφεια ρόλου περιγράφεται ως μια κατάσταση κατά την οποία ο εργαζόμενος δε γνωρίζει τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες του, τα κριτήρια αξιολόγησης της εργασίας του και τις προσδοκίες του προϊσταμένου και των συνεργατών του από εκείνον (Fontana 1993). Οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας είναι δυνατόν να προξενήσουν στρες στον εργαζόμενο ή αντίθετα, να αποτελούν πηγή κοινωνικής στήριξης (Newell 1995). Οι κακές εργασιακές σχέσεις χαρακτηρίζονται από έλλειψη πληροφόρησης, επικοινωνίας και θετικής ανατροφοδότησης και ως εκ τούτου δυσαρέσκεια από την εργασία (McKenna 2000, Unden 1996). Διακρίνονται σε σχέσεις με συναδέλφους, υφισταμένους και προϊσταμένους. Οι σχέσεις με συναδέλφους, συνήθως, διαταράσσονται από τον ανταγωνισμό και την έλλειψη ομαδικού πνεύματος, ενώ στις σχέσεις με υφισταμένους και προϊσταμένους κυρίαρχα είναι το στυλ ηγεσίας και η αποτελεσματικότητα του προϊσταμένου, αλλά και οι εργασιακές συνθήκες (Αντωνίου 2006). Σημαντική πηγή στρες για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το γεγονός ότι έρχονται αντιμέτωποι με το θάνατο (Mohamed 2011, Brunero 2008, Chang 2007, Parikh 2004).

Ως προς την Ελλάδα, μια από τις σημαντικότερες πηγές εργασιακού στρες για το νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται να είναι ο φόρτος εργασίας (Σαρίδη 2016, Μουστάκα 2013, Μουστάκα 2010, Ποζουκίδου 2007) και οι αντίξοες εργασιακές συνθήκες (Σαρίδη 2016). Στη μελέτη των Κουράκου και συνεργατών (2012), οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι απαιτήσεις της εργασίας επηρέαζαν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιέρωναν στον εαυτό τους και την οικογένειά τους. Επίσης, το κυλιόμενο ωράριο επιβαρύνει το εργασιακό στρες, επειδή τροποποιείται ο βιορρυθμός των εργαζομένων, απορρυθμίζει την προσωπική τους ζωή και επηρεάζει τις φυσικές τους λειτουργίες (Σαρίδη 2016). Σε επίπεδο εργασιακού ρόλου, οι Έλληνες νοσηλευτές συχνά αναφέρουν την έλλειψη σαφούς ρόλου και την έλλειψη καθηκοντολογίου (Σαρίδη 2016, Ντούπη 2015, Αναγνωστοπούλου 2013). Η τελευταία συνδυαζόμενη με την ελλιπή νοσηλευτική στελέχωση (Μουστάκα 2010, Μαλλιάρου 2008) ενισχύουν την αδυναμία καθορισμού αρμοδιοτήτων στο νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και

εφαρμογής μεθόδων οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας (Υφαντόπουλος 2005). Ως προς το κοινωνικό περιβάλλον, η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση αναφέρεται ως παράγοντας με υψηλή στρεσογόνο επίδραση (Σαρίδη 2016, Athanasiadis, 2011, Μουστάκα 2010), ακολουθούμενο, συχνά, από την έλλειψη υποστήριξης από τους προϊστάμενους νοσηλευτές (Μουστάκα 2010).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ερευνητική μελέτη των Μουστάκα και συνεργατών (2010), όπου εκτός του φόρτου εργασίας και των προβλημάτων με τους προϊσταμένους και τη διοίκηση, στρεσογόνοι παράγοντες θεωρούνται η επαφή με το θάνατο (κυρίως, ‘η θέα ενός ασθενή να υποφέρει’), η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα (κυρίως, ‘η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου για την υγεία και ασφάλεια στο χώρο εργασίας’, ‘η απουσία ιατρού σε ένα ιατρικό επείγον περιστατικό’ και ‘ο φόβος για την πιθανότητα λάθους στη χορήγηση της θεραπείας των ασθενών’) και οι προσβλητικοί και υβριστικοί ασθενείς και συγγενείς.

1.7.3. Θεωρητικές Προσεγγίσεις Εργασιακού Στρες

Η πληθώρα των θεωρητικών προσεγγίσεων περί εργασιακού στρες αναδεικνύει το τεράστιο επιστημονικό ενδιαφέρον και τη διαφορετική οπτική υπό την οποία εξετάζεται το θέμα. Σε κάποιες από αυτές, το εργασιακό στρες μελετάται με βάση το ερέθισμα, σε άλλες με βάση την αντίδραση (Σύνδρομο Γενική Προσαρμογής του Selye), ενώ υπάρχουν και μοντέλα που εστιάζουν στην αλληλεπίδραση των δυο (Συναλλακτικό Μοντέλο των Lazarus και Folkman, Κυβερνητική Θεωρία του Stress). Επιπλέον, έχουν προταθεί μοντέλα που αναφέρονται στις επιπτώσεις των εργασιακών συνθηκών στην υγεία των εργαζομένων (Μοντέλο του Karasek, Μοντέλο των Βιταμινών του Warr, Μοντέλο Ανισορροπίας μεταξύ Προσπάθειας και Ανταπόδοσης του Siegrist) ή την εναρμόνιση εργασιακού περιβάλλοντος και ατόμου (Μοντέλο του Michigan), ενώ σε μερικά δίνεται έμφαση σε παράγοντες του ατόμου που δρουν προστατευτικά και επιτρέπουν την προσαρμογή του. Οι κυριότερες εξ αυτών των προσεγγίσεων φιλοξενούνται στο **Παράρτημα Α**.

Πάντως, φαίνεται να υπάρχουν κοινές πεποιθήσεις μεταξύ των θεωρητικών του εργασιακού στρες. Σε αυτές συγκαταλέγονται: Α) η έννοια της ασυμφωνίας ή ανισορροπίας ανάμεσα στις εργασιακές απαιτήσεις και το δυναμικό του ατόμου, Β) η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου ως παράγοντα που επιδρά στο αντικειμενικό

περιβάλλον, Γ) η ενεργητική συμμετοχή του ατόμου μέσω της αντίδρασης του στους στρεσογόνους παράγοντες και Δ) η παραδοχή ύπαρξης ατομικών διαφορών ως προς την αντίληψη των παραγόντων και ως προς την αντίδραση του ατόμου σε αυτούς.

1.7.4. Επιπτώσεις Εργασιακού Στρες

Ο συνδυασμός των αιτιών στρες και της αντίδρασης των εργαζομένων σε αυτό οδηγεί σε μια πληθώρα επιδράσεων σε σωματικό, ψυχολογικό και συμπεριφορικό επίπεδο, με αντίκτυπο τόσο στον ίδιο τον εργαζόμενο όσο και στο εργασιακό του περιβάλλον (Mark & Smith 2012, Schulz 2011, Arnold 2005, Cooper 2001, Spector 2000, Κάντας 1995). Εκτιμάται, μάλιστα, ότι το 70%-80% όλων των ασθενειών σχετίζεται με αυτό (Seaward 2012).

Σωματικές αντιδράσεις: Οι σωματικές αντιδράσεις θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε άμεσες και μακροπρόθεσμες. Στις πρώτες συμπεριλαμβάνονται μυοσκελετικές διαταραχές (Tantaway 2017), διαταραχές ύπνου, δερματικά εξανθήματα, κόπωση (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013, Τούντας 1999), ενώ στις δεύτερες καρδιολογικά νοσήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση (Kivimaki 2012, Xu 2009, Guyton 2006, Τούντας 1999), προβλήματα γαστρεντερικού συστήματος (Ferrì 2016, Wong 2001) και καρκίνος (Robin 2006). Τα σωματικά συμπτώματα είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστούν, αφού θα πρέπει πρώτα να αποκλειστούν άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος, όπως στην περίπτωση στεφανιαίας νόσου, η οποία μπορεί να οφείλεται σε πλήθος άλλων παραγόντων που δρουν ανεξάρτητα από το εργασιακό στρες (Murphy 1995). Οι Schultz και συνεργάτες (1994) ταξινομούν τα σωματικά συμπτώματα σε πέντε κατηγορίες:

- Συναισθηματική Δυσπραγία: αϋπνία, ανησυχία, κόπωση, ευερεθιστότητα
- Χρήση Φαρμακευτικών ουσιών: χρήση βιταμινούχων σκευασμάτων, υπνωτικών, ηρεμιστικών
- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Γαστρεντερικές διαταραχές
- Αλλεργίες και αναπνευστικά προβλήματα

Στην Ευρώπη, μεγάλο ποσοστό εργαζομένων του υγειονομικού τομέα αναφέρει πόνους στον αυχένα, την οσφύ και τα άνω άκρα, λόγω τεχνικών, οργανωτικών και εργονομικών παραγόντων. Η καταπόνηση του εργατικού δυναμικού των νοσοκομείων οδηγεί σε μειωμένη εργασιακή απόδοση, αύξηση των απουσιών λόγω αναρρωτικών αδειών και μακροπρόθεσμα σε ανικανότητα να απασχοληθούν σε εργασίες όπου προβλέπεται χειρωνακτική διακίνηση ασθενών και φορτίων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013).

Ψυχολογικές Αντιδράσεις: Από τα πιο εύκολα ανιχνεύσιμα συμπτώματα αυτής της κατηγορίας είναι η δυσαρέσκεια από την εργασία και η συνακόλουθη απέχθεια του εργαζόμενου για αυτήν (Robbins 2001). Έτσι, πολλοί εργαζόμενοι βιώνουν (Koreki 2015, Wieclaw 2006, Wong 2001, Κάντας 1995, Lazarus & Folkman 1984):

- Ανησυχία και φόβος, προκαλούμενα από απειλητικές και ασαφείς καταστάσεις (για παράδειγμα, απειλή απόλυσης ή επικείμενη αξιολόγηση)
- Θυμός, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα και απέχθεια, ως αποτέλεσμα ματαιώσεων στην εργασία
- Δυσκολία αντιμετώπισης καταστάσεων και λήψης αποφάσεων
- Κατάθλιψη, απογοήτευση, αϋπνία, φοβίες, αίσθημα ανεπάρκειας, αίσθημα αποτυχίας, έλλειψη αυτοεκτίμησης και λύπη, λόγω βίωσης απωλειών
- Αμηχανία και ντροπή, όταν τα λάθη ενός εργαζόμενου αποτέλεσαν εμπόδιο στην επίτευξη εργασιακών στόχων, απομόνωση

Η παρουσία των ανωτέρω συνοδεύεται από σωματικές αλλαγές, κυρίως στα ζωτικά σημεία του οργανισμού (δηλαδή, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένες σφύξεις και αναπνοές). Υποστηρίζεται ότι οι εργαζόμενοι σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα εμφανίζουν διαταραχές ψυχικής υγείας σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά από άλλα επαγγέλματα (Tennant 2001, Edwards 2000). Μια πιθανή εξήγηση για αυτό θα μπορούσε να είναι οι ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες, στις οποίες εκτίθενται (Wieclaw 2006).

Αντιδράσεις σε επίπεδο συμπεριφοράς: Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις αναφέρονται αφ' ενός στη συμπεριφορά υγείας του εργαζόμενου και αφ' ετέρου στην εργασιακή του συμπεριφορά. Ως προς τις συμπεριφορές υγείας, συχνά παρατηρείται η υιοθέτηση συνηθειών, όπως κάπνισμα (Perdikaris 2010), κατανάλωση αλκοόλ (Happell 2013),

κατανάλωση έτοιμου και γρήγορου φαγητού και λήψη ηρεμιστικών, με αρνητικές επιδράσεις στην υγεία και ευεξία των νοσηλευτών (International Council of Nurses 2007).

Η ευερεθιστότητα και η υποτίμηση του κινδύνου οδηγούν σε έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης και μείωση της επαγρύπνησης και ως εκ τούτου, σε λάθη, ατυχήματα και παραλείψεις (Nantsupawat 2016, van Bogaert 2014, Elfering 2011, Jones 2003, Κάντας 1995). Επιπλέον, αντιδράσεις όπως, χαμηλή εργασιακή απόδοση και ποιότητα εργασίας, αδικαιολόγητες απουσίες, υψηλός ρυθμός αποχωρήσεων, χαμηλά εργασιακά κίνητρα και τέλος, επαγγελματική εξουθένωση συναντώνται συχνά σε εργαζομένους με ισχυρή επίπτωση στους ίδιους και ιδιαίτερα υψηλό κόστος για τον οργανισμό απασχόλησης τους, εν προκειμένω τα νοσοκομεία (Θεοφίλου 2009, Leiter & Maslach 2009, International Council of Nurses 2007, Warr 2002, Aiken 2001, Hall 2001, Ross 1994). Για τους νοσηλευτές, οι προεκτάσεις έχουν και κοινωνικό ενδιαφέρον, με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών (Lee 2006, Jones 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

2.1. Ιστορική Αναδρομή – Ορισμοί

Οι εργασιακές συνθήκες σε συνδυασμό με το βίωμα του εργασιακού στρες οδηγούν στην εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout Syndrome), μιας ακραίας, δηλαδή, εκδήλωσης και κατάληξης του εργασιακού στρες (Δεληχάς 2012). Το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, παρόλη την ύπαρξη διαφορετικών συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο (Hall 2001, Hannigan 2000, Papadatou 1994). Το εργασιακό στρες έχει πολυπαραγοντική βάση και

ως εκ τούτου, η εξέλιξη του σε εξουθένωση είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, ενώ, συχνά, τα όρια των δυο εννοιών παραμένουν ασαφή ή και επικαλύπτονται στο εργασιακό περιβάλλον (Μπελλάλη 2007, Prag 2003, Κάντας 1996). Στα αγγλικά η λέξη ‘burnout’ σημαίνει ‘αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης’ (Κάντας 1996, Maslach & Jackson 1982). Στην πρόσφατη συνεδρίαση του νομοθετικού ανώτατου οργάνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το Μάιο του 2019, επεσήμανε ότι η επαγγελματική εξουθένωση παραμένει ένα φαινόμενο της εργασιακής ζωής, το οποίο προέρχεται από το χρόνιο εργασιακό στρες που δεν έχει επιτυχώς αντιμετωπιστεί.

Ο όρος χρησιμοποιήθηκε, για πρώτη φορά, περίπου στα μέσα της δεκαετίας του 1970 από το ψυχίατρο Freudenberger, ο οποίος εργαζόταν σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) αλλά και από μια καθηγήτρια Ψυχολογίας στο Πανεπιστήμιο Berkeley της Καλιφόρνιας, τη Christina Maslach. Ο Freudenberger περιέγραψε με σαφήνεια την πορεία που διάνυσε ο ίδιος αλλά και άλλοι συνεργάτες του κατά τη βίωση συναισθηματικής εξάντλησης και έλλειψης κινήτρων και ονομάτισε αυτή την κατάσταση χρησιμοποιώντας τον όρο burnout. Μάλιστα, συνέδεσε το φαινόμενο με το βαθμό αφοσίωσης που έχει το άτομο στο εργασιακό του αντικείμενο και την αντίστοιχη ματαίωση που ενδέχεται να βιώνει έπειτα από τη μη επίτευξη των στόχων του (Freudenberger 1980). Από την άλλη, η Maslach, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων που έλαβε από εργαζομένους σε χώρους παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, ως προς το συναισθηματικό στρες που βίωναν, ανακάλυψε ότι οι τρόποι αντιμετώπισης, που ακολούθησαν, είχαν σημαντικές συνέπειες στην επαγγελματική τους συμπεριφορά (Maslach 2001).

Το σύνδρομο αυτό φαίνεται να εκδηλώνεται πολύ συχνά σε άτομα που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά σε χώρους παροχής υπηρεσιών υπό τη μορφή του κοινωνικού λειτουργήματος αλλά και σε εργαζομένους σε περιβάλλοντα που προκαλούν στρες. Έτσι, πολύ συχνά παρατηρείται σε επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους), στο χώρο της εκπαίδευσης αλλά και σε ένστολους ή εργαζομένους στα σώματα ασφαλείας (Poncet 2007, Demir 2003, Maslach 2001, Jimmenson 2000, Κάντας 1996, Tyler & Cushway 1995, Maslach 1986, Maslach 1982, Fry 1975, Freudenberger 1974). Η εξήγηση του φαινομένου παραπέμπει στο γεγονός ότι πυρήνας των επαγγελμαμάτων αυτών είναι η ανάπτυξη σχέσης μεταξύ του

εργαζομένου και του αποδέκτη των υπηρεσιών αυτών (Maslach 2001, Maslach 1982, Freudenberg 1974). Ωστόσο, δεν αποτελεί ένα φαινόμενο που εμφανίζεται απότομα, ούτε είναι το αποτέλεσμα ενός μεμονωμένου στρεσογόνου ερεθίσματος. Αντίθετα, αποτελεί την κατάληξη ενός χρόνιου και συσσωρευμένου στρες που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας, ο οποίος αισθάνεται ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις και την πίεση του εργασιακού χώρου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Αρχικά, επικράτησε ασάφεια γύρω από το περιεχόμενο του όρου καθώς δεν δόθηκε σαφής ορισμός, αν και παρατηρήθηκε η ύπαρξη πλήθους απόψεων σχετικά με το τί είναι αλλά και τι θα μπορούσε να γίνει για τη διαχείριση και αντιμετώπιση του. Έτσι, παρά το πλήθος των ερευνητικών μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί με επίκεντρο την επαγγελματική εξουθένωση, δεν φαίνεται να υπάρχει ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός. Ο όρος burnout χρησιμοποιήθηκε για να αποδώσει διαφορετικές έννοιες και αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την έλλειψη σταθερής βάσης επί της οποίας θα μπορούσε να σχεδιαστεί η αντιμετώπιση και η ανεύρεση λύσεων στο πρόβλημα. Παρόλα αυτά, ένας ευρέως αναφερόμενος και αποδεκτός ορισμός είναι αυτός της Christine Maslach (1982), σύμφωνα με την οποία το σύνδρομο burnout 'ορίζεται ως η σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας με απώλεια του ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων του προς τους ασθενείς, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του'. Ο Brill (1984) όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως 'μια κατάσταση δυσφορίας και δυσλειτουργίας ενός ατόμου χωρίς ψυχοπαθολογία, το οποίο έχει λειτουργήσει για ένα διάστημα σε ικανοποιητικά επίπεδα στην ίδια θέση εργασίας και δεν θα επιστρέψει στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας χωρίς εξωτερική βοήθεια ή χωρίς να έχει αναδιαμορφωθεί το εργασιακό του περιβάλλον'. Στον ορισμό που δόθηκε από τους Pines και Aronson, προσδιορίζεται ως 'μια φυσική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση, η οποία προκαλείται από μια μακρόχρονη ανάμειξη του ατόμου σε συγκυρίες που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή' (Pines & Aronson 1988), αν και σε αυτόν τον ορισμό, η εξουθένωση αναγνωρίζεται και σε άλλες πτυχές της ζωής των ανθρώπων, όπου υπάρχει συναισθηματικός δεσμός (π.χ. γάμος). Επιπλέον, το σύνδρομο έχει περιγραφεί ως 'η κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης που προέκυψε ως αποτέλεσμα παρατεταμένης εμπλοκής σε συναισθηματικά απαιτητικές εργασιακές συνθήκες' (Schaufeli & Greenglass 2001). Ο

Warr (2002) την ορίζει ως ‘μια ακραία μορφή στρες, η οποία βιώνεται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, κυρίως όταν το άτομο αντιμετωπίζει συνεχιζόμενη πίεση και απαιτήσεις στις οποίες προφανώς δεν μπορεί να ανταπεξέλθει’. Στις αναφορές με ελληνικό ενδιαφέρον, η επαγγελματική εξουθένωση δύναται να θεωρηθεί ως μια αντίδραση στο στρες των επαγγελματιών που εργάζονται σε περιβάλλοντα με υψηλές απαιτήσεις (Αδαλή 2002), ενώ τόσο ο Κάντας (1996) όσο και ο Αντωνίου (2006) τονίζουν ότι συνδέεται με χρόνιο και παρατεταμένο εργασιακό στρες, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται ότι τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει, δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσει τους στρεσογόνους παράγοντες της εργασίας του.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει προσδιοριστεί ως εξάντληση, έλλειψη δημιουργικότητας, έλλειψη αφοσίωσης στην εργασία, αποξένωση από πελάτες, συναδέλφους και το χώρο εργασίας γενικότερα, αντίδραση στο στρες και σύνδρομο αρνητικών αντιλήψεων για τον εαυτό και τους ανθρώπους που σχετίζονται με την εργασία, αντιλήψεις που συνοδεύονται από δυσάρεστα σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα (Maslach 2001, Soderfeldt 1995, Maslach 1982, Cherniss 1980). Η Maslach υιοθέτησε για την περιγραφή της την έννοια του συνδρόμου, θεωρώντας την – όχι κρίση στη σχέση με τα άτομα στο χώρο εργασίας αλλά – κρίση στη σχέση του ατόμου με την ίδια την εργασία (Maslach 1993) και ομαδοποιώντας τα χαρακτηριστικά της (Κάντας 1995).

2.2. Χαρακτηριστικά Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Οι δεκάδες διαφορετικοί ορισμοί που έχουν δοθεί τα τελευταία 40 περίπου χρόνια στην έννοια της Επαγγελματικής Εξουθένωσης αντικατοπτρίζουν τις δυσκολίες στον προσδιορισμό της, μιας και στην συγκεκριμένη έννοια αποδόθηκε ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων (Maslach 2001). Σε μελέτη του 1993, οι Schaufeli και συνεργάτες παραθέτουν ένα πλήθος συμπτωμάτων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, οδηγώντας σε αδυναμία διάκρισης μεταξύ αυτής και άλλων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες (κατάθλιψη, στρες) (Schaufeli 1993). Ωστόσο, αν και διαπιστώθηκαν αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς το

περιεχόμενο που αποδίδεται στο συγκεκριμένο σύνδρομο, παρατηρήθηκε μια γενικότερη παραδοχή ως προς την ύπαρξη τριών επιμέρους διαστάσεων από τις οποίες αποτελείται η επαγγελματική εξουθένωση και οι οποίες είναι οι παρακάτω:

α) η συναισθηματική εξάντληση,

β) η αποπροσωποποίηση και

γ) η αναποτελεσματικότητα (Maslach & Jackson 1986).

Η *συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)* εκδηλώνεται με μια αίσθηση μείωσης συναισθηματικών αποθεμάτων και ψυχικής κόπωσης, όταν ο εργαζόμενος νιώθει πως δεν μπορεί να διαθέσει την απαιτούμενη ενέργεια για να ανταποκριθεί στις εργασιακές απαιτήσεις. Αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως αναγνωριζόμενα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης και ως εκ τούτου, έχει μελετηθεί σε βάθος. Θεωρείται δε τόσο προφανής εκδήλωση που όταν οι άνθρωποι περιγράφουν τους εαυτούς τους ή και άλλους ως πρόσωπα βιώνοντα επαγγελματική εξουθένωση, αναφέρονται περισσότερο στο βίωμα της εξάντλησης. Οι συνεχείς αναφορές αλλά και οι διεξοδικές αναλύσεις της έννοιας της εξάντλησης οδήγησε πολλούς ερευνητές στη θεώρηση ότι τα άλλα δυο χαρακτηριστικά (δηλαδή, η αποπροσωποποίηση και η αναποτελεσματικότητα) είναι δευτερευούσης σημασίας ή ακόμα και περιττά (Shirom 1989). Ωστόσο, αν και η εξάντληση αναφέρεται στη διάσταση του στρες στην επαγγελματική εξουθένωση, συχνά αποτυγχάνει να αντικατοπτρίσει σημαντικά στοιχεία της σχέσης που έχουν οι άνθρωποι με την εργασία τους (Maslach 2001). Η συναισθηματική εξάντληση δεν είναι μια κατάσταση που απλά βιώνεται. Τα άτομα συχνά εξωθούνται σε ενέργειες που στοχεύουν στην αποστασιοποίηση και απομάκρυνση τους, όχι μόνο συναισθηματικά αλλά και διανοητικά, από την εργασία τους και με απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση του υπερβολικού εργασιακού φορτίου, που επωμίστηκαν (Maslach 2001). Πολλές φορές, εκφράζουν μια τάση αποξένωσης από τους συναδέλφους τους ή ένα αίσθημα έντασης (Cordes & Dougherty 1993). Οι ενέργειες αυτές αντανακλούν ακριβώς μια συναισθηματική "αποστράγγιση" του εργαζομένου, κατάσταση που έχει ήδη εσωτερικά προηγηθεί (Leiter & Maslach 1988). Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι πολλοί εργαζόμενοι φαίνονται απρόθυμοι όχι μόνο στην επιτέλεση των εργασιακών τους καθηκόντων αλλά ακόμα και στο ενδεχόμενο να βρεθούν ξανά την επόμενη μέρα στον εργασιακό τους χώρο. Επιπλέον,

συνήθως προσπαθούν να προστατευτούν απέναντι στην εξάντληση με απομόνωση και αρχίζουν να επικοινωνούν με τους άλλους με αρνητικό ή επιθετικό τρόπο.

Η *αποπροσωποποίηση* (*depersonalization*) ή *κυνισμός* (*cynism*), το διαπροσωπικό στοιχείο της εξουθένωσης, αναφέρεται στην προσπάθεια που καταβάλλει ο εργαζόμενος να δημιουργήσει συνθήκες απόστασης μεταξύ του εαυτού του και του αποδέκτη των υπηρεσιών του. Οι εργαζόμενοι διακατέχονται από μια ψυχρή και απόμακρη στάση απέναντι όχι μόνο στην εργασία αλλά και στους ανθρώπους του εργασιακού χώρου (Maslach & Leiter 1997). Σε αυτή την προσπάθεια, ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει ως απρόσωπα αντικείμενα τα πρόσωπα εκείνα στα οποία παρέχει υπηρεσίες, συμπεριφορά που, πολλές φορές, θεωρεί επαγγελματική και αποδεκτή (Cordes & Dougherty 1993) και αναφέρεται κυνικά ή και με αδιαφορία σε αυτά. Χαρακτηριστικά παραδείγματα σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να θεωρηθούν η εκ μέρους των ιατρών και νοσηλευτών αναφορά στους ασθενείς τους με την ονομασία της ασθένειας ή ακόμα και με τον αριθμό της κλίνης στην οποία νοσηλεύονται.

Το τρίτο χαρακτηριστικό, η *αναποτελεσματικότητα* (*inefficacy*), δηλαδή η *μειωμένη προσωπική επίτευξη και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων* (*reduced feeling of personal accomplishment*) φαίνεται να έχει μια πιο πολύπλοκη σχέση με τα άλλα δυο χαρακτηριστικά. Διαμορφώθηκε για να συμπεριλάβει τις αυτοαξιολογήσεις της χαμηλής αποτελεσματικότητας του ατόμου, την έλλειψη επιτυχημένης ολοκλήρωσης του έργου του και την έλλειψη παραγωγικότητας και προσωπικής ικανότητας (Leiter 1988). Ο εργαζόμενος φέρεται να αξιολογεί τον εαυτό του αρνητικά ως προς τις υπηρεσίες που παρέχει, δυσαρεστείται τόσο από το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της εργασίας του και, στο τέλος, απογοητεύεται. Επιπλέον, θεωρεί ότι δεν μπορεί να έχει θετικές προσωπικές αλληλεπιδράσεις με το εργασιακό του περιβάλλον (Cordes & Dougherty 1993). Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και οι επιτυχίες υποτιμώνται από τον εργαζόμενο, θεωρώντας ότι δεν αλλάζουν τα δεδομένα και τις συνθήκες της εργασίας του (Maslach & Leiter 1997). Σε κάποιες περιπτώσεις, η αναποτελεσματικότητα φαίνεται να εμπεριέχεται είτε στην έννοια της συναισθηματικής εξάντλησης είτε στην έννοια του κυνισμού και της αποπροσωποποίησης είτε στο συνδυασμό των δυο (Byrne 1994). Είναι πολύ δύσκολο για έναν εργαζόμενο να αποκτήσει αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων όταν αισθάνεται εξαντλημένος ή όταν το πρόσωπο στο οποίο καλείται να παρέχει υπηρεσίες

τού είναι αδιάφορο. Εργασία με χρόνιες και υπερβολικές απαιτήσεις που συμβάλλουν στην εμφάνιση εξάντλησης ή κυνισμού είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει και, τελικά, να φθείρει σε σημαντικό βαθμό την αίσθηση του ως προς την αποτελεσματικότητα και την απόδοση του (Maslach 2001).

Υπάρχει, πάντως, μια γενικευμένη αντίληψη ότι η αναποτελεσματικότητα προέρχεται από διαφορετική αιτία σε σχέση με τα άλλα δυο χαρακτηριστικά (συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση), τα οποία αναδύονται σε περιπτώσεις υπερβολικού φόρτου εργασίας και συγκρούσεων.

Ως προς τα εξελικτικά στάδια, η Maslach υποστηρίζει ότι στο πρώτο στάδιο, το άτομο είναι συναισθηματικά και φυσικά εξουθενωμένο, μπορεί να έχει πονοκεφάλους ή άλλου τύπου προβλήματα υγείας. Στο δεύτερο στάδιο, ακολουθούν δυο άλλες ομάδες τυπικών συμπτωμάτων: το άτομο μπορεί να αναπτύξει κυνισμό απέναντι σε τρίτους, καθώς επίσης και αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του, λόγω των συναισθημάτων που τρέφει για τους άλλους. Για να αποφύγει αυτά τα αρνητικά συναισθήματα, συχνά «κλείνεται στον εαυτό του», κάνει ελάχιστη εργασία και δεν επιθυμεί να έχει διαμάχες με κανέναν. Στο τρίτο στάδιο, το άτομο έχει μια αποστροφή για τα πάντα, για ολόκληρο τον κόσμο και η ζωή του δείχνει να βρίσκεται εκτός ελέγχου (Maslach 1986).

Η ανάγκη για αξιολόγηση και μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε εργαζόμενους - κυρίως σε χώρους παροχής φροντίδας υγείας - οδήγησε την Christine Maslach στη δημιουργία μεθοδολογικού εργαλείου για τη μελέτη της. Η κλίμακα μέτρησης που δημιουργήθηκε έλαβε το όνομα της από τη δημιουργό της, Maslach Burnout Inventory (MBI), και αποτελεί ένα διεθνώς χρήσιμο εργαλείο μέχρι σήμερα για την καταγραφή και την ποσοτική αποτύπωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach 1996). Περιέχει ερωτήσεις, μέσω των οποίων αξιολογούνται συμπτώματα και εμπειρίες που έχει βιώσει ο εργαζόμενος, ως προς τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης. Το ερωτηματολόγιο MBI παρέχει πληροφορίες ως προς τη συχνότητα των συναισθημάτων των εργαζομένων κατά τη διάρκεια του εργασιακού έτους (με επταβάθμια κλίμακα από 0, δηλαδή "ποτέ" έως 6, δηλαδή "κάθε ημέρα"). Από το άθροισμα των μετρήσεων για κάθε κατάσταση, προκύπτουν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Χρησιμοποιείται διεθνώς με βάση και τις τρεις διαστάσεις του, αν και η πρώτη, η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται πυρήνας του ερωτηματολογίου (Burke 1996). Οι Lee και συνεργάτες αναφέρουν σε μελέτη τους ότι

η συναισθηματική εξάντληση ανταποκρίνεται περισσότερο στη φύση και την ένταση του εργασιακού στρες (Lee 1996).

2.3. Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Από τις σημαντικότερες θεωρητικές προσεγγίσεις είναι το μοντέλο των τριών φάσεων της Maslach, έτσι όπως περιεγράφηκε προηγουμένως, το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss, το μοντέλο των Edelwich και Brodsky, το μοντέλο των Pines και Aronson και, τέλος, το μοντέλο των Krinstensen και συνεργατών. Τα τρία πρώτα προσεγγίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως διαδικασία και τα δυο τελευταία, ως κατάσταση.

Στο διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980), περιγράφονται τρεις φάσεις:

1. Φάση του εργασιακού στρες: πρόκειται για σύγκρουση ανάμεσα στους διαθέσιμους και στους απαιτούμενους πόρους, γεγονός που επιφέρει διατάραξη της ισορροπίας. Στη φάση αυτή, το άτομο βιώνει εργασιακό στρες, χωρίς να οδηγείται ακόμη σε επαγγελματική εξουθένωση.
2. Φάση εξάντλησης. Το άτομο βιώνει συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης, κόπωσης, έλλειψης ενδιαφέροντος, συνεχούς έντασης και απάθειας, που μπορεί να οδηγήσουν σε απογοήτευση και παραίτηση.
3. Φάση αμυντικής κατάληξης. Ο εργαζόμενος αλλάζει στάση και συμπεριφορά, εκφράζεται με κυνικό τρόπο και υιοθετεί συμπεριφορές απάθειας για να αμυνθεί στις εσωτερικές ψυχολογικές πιέσεις που δέχεται. Είναι αξιοσημείωτο ότι η συμπεριφορά αυτή συμβάλλει στη μείωση των επιπτώσεων σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο και στη διατήρηση της ελπίδας του εργαζομένου ότι θα επιβιώσει στον εργασιακό του χώρο (Cherniss 1980).

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιγράφουν την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τέσσερα στάδια:

1. Στάδιο του ενθουσιασμού. Κάθε εργαζόμενος, στην αρχή της επαγγελματικής του πορείας, διακατέχεται από ενθουσιασμό και θέτει υπερβολικά υψηλούς στόχους και προσδοκίες. Υπερεπενδύει στην εργασία του και στις σχέσεις με άτομα του εργασιακού του περιβάλλοντος (συναδέλφους ή λήπτες των υπηρεσιών του), αλλά διαπιστώνει ότι

το έργο του δεν ανταποκρίνεται στις μη ρεαλιστικές του προσδοκίες και απογοητεύεται.

2. Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας. Όταν η διάψευση των προσδοκιών γίνεται πλέον καθημερινή, επέρχεται η αμφιβολία και η αδράνεια που επιφέρουν την «απομυθοποίηση». Μη έχοντας, ωστόσο, αναθεωρήσει τις προσδοκίες του, ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και καταβάλλει ακόμη μεγαλύτερες προσπάθειες, χωρίς, όμως, θετικό αποτέλεσμα. Τότε, αρχίζει να αναζητά τα αίτια της αναποτελεσματικότητας έξω από τον εαυτό του, παραπονούμενος για άσχημες εργασιακές συνθήκες, ελλιπή οργάνωση, μη ικανοποιητικές οικονομικές απολαβές, αμφισβητεί την εργασία του αλλά δεν αναθεωρεί τις προσδοκίες του.

3. Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης. Ο εργαζόμενος απογοητεύεται, αποθαρρύνεται ή απελπίζεται. Αισθανόμενος παγιδευμένος στο εργασιακό του περιβάλλον, αναζητά διέξοδο: ή πρέπει να αναθεωρήσει τις προσδοκίες του ή να απομακρυνθεί από τον εργασιακό του χώρο.

4. Στάδιο απάθειας. Εργάζεται πλέον για βιοποριστικούς λόγους, επενδύοντας ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντα του και αγνοώντας τους άλλους (Edelwich, 1980).

Οι Pines και Aronson (1988) αντιμετωπίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια, που αξιολογείται από μια μόνον κλίμακα, παρόλο το γεγονός ότι αναγνωρίζουν τρεις επιμέρους όψεις ως προς την εκδήλωση της. Όταν οι εργαζόμενοι (που έχουν υψηλούς στόχους) εντάσσονται σε ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον, αξιοποιούν σε πολύ μεγάλο βαθμό τις δυνατότητες τους. Επομένως, καθοριστικός παράγοντας προσδιορισμού του εάν ο εργαζόμενος θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση φαίνεται να αποτελούν οι συγκεκριμένες για τον κάθε εργαζόμενο εργασιακές συνθήκες, ενώ οι ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν μόνο τη χρονική στιγμή εμφάνισης, αλλά και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει τα συμπτώματα εξουθένωσης.

Μέσω του μοντέλου της Κοπεγχάγης (Kristensen 2005) – του πιο πρόσφατου χρονικά – ασκήθηκε κριτική στο μοντέλο της Maslach, αφού οι τρεις διαστάσεις του μοντέλου της θεωρήθηκαν αποτελέσματα της εξουθένωσης, αλλά όχι βασικά στοιχεία της.

Μια ιδιαίτερη περίπτωση είναι το θεωρητικό μοντέλο της Betty Newman (1990), το οποίο έχει κατασκευαστεί για νοσηλευτές. Σύμφωνα με αυτό, ο κάθε υγειονομικός

οργανισμός είναι ένα σύνολο συστημάτων, στο οποίο ο νοσηλευτής είναι το κεντρικό σύστημα. Το περιβάλλον είναι το δεύτερο σύστημα και περιλαμβάνει ενδογενείς (ασθενείς) και εξωγενείς (φόρτος εργασίας, γραφειοκρατία, θέση εργασίας κ.λπ.) πιέσεις, που ασκούνται στους νοσηλευτές και ενεργοποιούν μηχανισμούς άμυνας. Πολλαπλές επιδράσεις στρεσογόνων παραγόντων συρρικνώνουν την ευέλικτη γραμμή άμυνας, η οποία αν διαρραγεί, προκαλείται αντίδραση από το σύστημα και εμφανίζονται συμπτώματα. Η προσωπικότητα και η ικανότητα προσαρμογής των νοσηλευτών στις στρεσογόνες καταστάσεις είναι οι κύριοι παράγοντες προστασίας από την επαγγελματική εξουθένωση.

2.4. Αίτια και Παράγοντες που επηρεάζουν την Επαγγελματική Εξουθένωση

Η C. Maslach το 1978 σε μελέτη της ανέφερε ότι η κύρια αιτία εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η συνεχής επαφή των εργαζομένων με τον πόνο και τα προβλήματα των ανθρώπων. Επιπλέον, επισημαίνει ότι η διερεύνηση των αιτιών του φαινομένου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα χαρακτηριστικά και τις καταστάσεις που βιώνουν οι υγιείς εργαζόμενοι (Maslach 1978). Ωστόσο, φαίνεται πλέον να επικρατεί η άποψη ότι η εμφάνιση και η ανάπτυξη του συνδρόμου burnout στον εργασιακό χώρο επηρεάζεται από παράγοντες, που αδρά διακρίνονται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς. Στους πρώτους εντάσσονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου ενώ, στους δεύτερους τα χαρακτηριστικά της εργασίας. Με άλλα λόγια, η προσέγγιση αυτή θέτει τους εργαζομένους στο επίκεντρο μιας κατάστασης διαμορφωμένης από το εξωτερικό περιβάλλον, με το οποίο ταυτόχρονα αλληλεπιδρούν (Vachon 1987). Όταν αυτά που προσφέρει και απαιτεί ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με αυτά που απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, τότε δημιουργείται ένα χάσμα, μια ανισορροπία ή ασυμφωνία. Συνεπεία αυτού, αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων, που είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε χρόνιο στρες και προοδευτικά σε επαγγελματική εξουθένωση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995). Επισημαίνεται, βέβαια, ότι 'η εξουθένωση συνιστά ατομική εμπειρία' (Maslach 2001). Επομένως, ο απαιτητικός και γεμάτος προκλήσεις χώρος εργασίας μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητικός για έναν εργαζόμενο, ενώ για κάποιον άλλον πηγή χρόνιου στρες (Maslach 2001, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995, Maslach 1986, Maslach 1982, Sanders 1982).

Στους εσωτερικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου και σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις καταστάσεις και εργασιακές συνθήκες που προκαλούν στρες (Adali 2002, Lazarus & Folkman 1984), τα κίνητρα που τον ωθούν στη συγκεκριμένη εργασία (Vachon 1978), την εκπλήρωση των προσδοκιών του από αυτήν (Wessells 1989) και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του. Η προσωπικότητα καθορίζει τον τρόπο προσαρμογής του ατόμου στη ζωή, είναι μοναδική και διαφοροποιεί το ένα άτομο από το άλλο (Χασάπης 1980), ενώ, παράλληλα, η προσαρμογή σχετίζεται με τις ενέργειες που καταβάλλει το άτομο για να ανταποκριθεί στις δυσκολίες του περιβάλλοντος (Keane 1985). Υπάρχουν άτομα που βιώνουν έντονα τις όποιες συναισθηματικά φορτισμένες στιγμές και στρεσογόνες καταστάσεις (στο χώρο εργασίας τους) αλλά και άτομα που αντιλαμβάνονται τέτοιου είδους δυσκολίες ως προκλήσεις (για βελτίωση) και όχι ως απειλές, ανάλογα με την υποκειμενική ερμηνεία που προσδίδει ο κάθε εργαζόμενος και τον τρόπο αντιμετώπισης που επιλέγει (Lazarus & Folkman 1984). Μάλιστα, όσο πιο ‘δυναμική’ είναι η προσωπικότητα του εργαζόμενου, τόσο μικρότερες οι πιθανότητες να βιώσει επαγγελματική εξουθένωση (Pierce 1990). Επίσης, φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου παράγοντες, όπως η υπερβολική αφοσίωση του εργαζομένου, η απουσία επίγνωσης των προσωπικών του ορίων, η έλλειψη διαχωρισμού επαγγελματικής και προσωπικής ζωής (Justice 1981). Όμως, η προσωπικότητα και η ικανότητα και διάθεση για προσαρμογή από τη μεριά του εργαζομένου συχνά δεν αποτρέπουν τη βίωση επαγγελματικής εξουθένωσης σε περιπτώσεις υπερβολικού στρες και φόρτου στην εργασία (McCranie 1987). Επίσης, οι συνεπείς υπάλληλοι, που διαθέτουν υψηλό βαθμό ευσυνειδησίας τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach 1993), εξηγώντας ότι αυτά τα άτομα επιδεικνύουν υψηλό βαθμό αφοσίωσης στην εργασία και προσπαθούν να επιτύχουν τους προσδοκώμενους στόχους. Η Pines (1993) αναφέρει ότι αυτοί οι εργαζόμενοι βιώνουν σε βαρύτερη μορφή την επαγγελματική εξουθένωση.

Ηλικία, φύλο, εργασιακή εμπειρία, οικογενειακή κατάσταση, εθνικότητα, τύπος προσωπικότητας του εργαζομένου αποτελούν χαρακτηριστικά που συνδέονται με την εμφάνιση και ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ως προς την ηλικία, φαίνεται ότι οι νεότεροι ηλικιακά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης (Ilhan 2008, Καραθάνου 2007, Chang 2006, Brewer 2004, Maslach 2001,

Maslach & Jackson 1982, Maslach 1981), ενώ οι μεγαλύτεροι ηλικιακά έχοντας μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης (Cordes & Dougherty 1993, Maslach 1982). Η διάψευση των προσδοκιών στους νέους συνιστά την κύρια αιτία. Με την πάροδο του χρόνου, το άτομο προσαρμόζεται, τουλάχιστον όσον αφορά στη συναισθηματική εξάντληση και την αίσθηση αποτυχίας και βιώνει χαμηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης (Cordes 1993).

Ως προς το φύλο, υπάρχουν ερευνητικές μελέτες όπου δεν αναφέρεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην εμφάνιση του συνδρόμου μεταξύ ανδρών και γυναικών (Μπελλάλη 2007, Αδαλή & Λεμονίδου 2001, Schaufeli & Enzmann 1998, Jackson 1993). Ωστόσο, σε άλλες διευκρινίζεται η ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των φύλων (Διλιντάς 2008, Γούλας 2004, Greenglass 1997), με τη Maslach (1982) να υποστηρίζει ότι οι έμφυλες αποκλίσεις σχετίζονται με τα διάφορα κοινωνικά στερεότυπα και αναπαραστάσεις ως προς το ζήτημα αυτό. Την άποψη αυτή αντέκρουσε 20 χρόνια αργότερα η Martin με την αναφορά της περί διαφορετικότητας των συναισθημάτων των δυο φύλων (Martin 2000), αν και ο Κάντας (2001) υποστηρίζει ότι αυτή οφείλεται στον παράγοντα κοινωνικοποίηση και όχι στο φύλο. Το γυναικείο φύλο φαίνεται να συνδέεται με την επαγγελματική εξουθένωση αφού, παραδοσιακά, οι γυναίκες εκφράζουν περισσότερο τα συναισθήματα τους και επιπλέον, απασχολούνται σε τομείς και υπηρεσίες παροχής φροντίδας αναλαμβάνοντας βασικό, τις περισσότερες φορές, ρόλο (Greenglass 1997). Παρόλα αυτά, έχει δείχθει ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αποπροσωποποίησης, διατηρουμένης της επιφύλαξης ως προς τις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας (π.χ. τομείς απασχόλησης και ώρες απασχόλησης) (Brake 2003).

Ως προς την εργασιακή εμπειρία φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτής και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Jackson 1993, Cherniss 1980), με τον Cherniss να ερμηνεύει το εύρημα υποστηρίζοντας ότι η μεγάλη εργασιακή εμπειρία επιτρέπει στον εργαζόμενο να διαχειρίζεται αποτελεσματικότερα το εργασιακό στρες.

Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να συνδέεται με το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού οι έγγαμοι εργαζόμενοι, και μάλιστα, οι έγγαμοι με μικρά παιδιά, αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης σε σχέση με τους άγαμους (Pines 1988). Παράλληλα, το οικογενειακό περιβάλλον στηρίζει συναισθηματικά τους

εργαζομένους, που συνήθως είναι μεγαλύτεροι ηλικιακά και με περισσότερη ωριμότητα (Poncet 2007, Lemkau 1994, Maslach 1981).

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται ότι η ανώτατη εκπαίδευση και ο υψηλός βαθμός προσδοκιών των νοσηλευτών οδηγούν σε αυξημένη δυσαρέσκεια και αρνητικά συναισθήματα, όταν υπάρχουν περιορισμοί στην αξιοποίηση των δεξιοτήτων τους και στη δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (Διλιντάς 2008, Καραθάνου 2007, Demir 2003).

Αναλυτικότερα, ενδοατομικά χαρακτηριστικά (εσωτερικοί παράγοντες) που ευνοούν την ανάπτυξη του συνδρόμου burnout είναι (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013, Vachon, 1987):

- Η προσωπική στάση στην εργασία, ιδιαίτερα ένα ισχυρά επαγγελματικό ήθος που επικεντρώνεται στην προσφορά.
- Η έλλειψη ικανότητας του ατόμου να δίνει λύσεις σε προβλήματα.
- Ο μεγάλος ενθουσιασμός για την εργασία, οι υψηλές ατομικές φιλοδοξίες και η αδυναμία διατήρησης μιας προσωπικής ψυχολογικής ισορροπίας.
- Η έντονη τάση συμπόνιας, η οποία μπορεί να ενισχύσει τη συναισθηματική πίεση και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες να οδηγήσει στην ανάπτυξη του συνδρόμου.

Στους εξωτερικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα χαρακτηριστικά της εργασίας και του εργασιακού ρόλου (Σιουρούνη 2006, Shimuzu 2005, Tummers 2002, Chen 2001, Αδαλή & Λεμονίδου 2001). Η συνεχής επαφή με τον ανθρώπινο πόνο αποτελεί έναν από τους πιο ευρέως αναγνωρισμένους παράγοντες που συντείνει στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού ενδέχεται να δημιουργήσουν το αίσθημα στον εργαζόμενο ότι μόνον αυτός μπορεί να λύσει το πρόβλημα των ασθενών, γεγονός το οποίο δημιουργεί ένα δυσβάστακτο φορτίο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013).

Οι επαγγελματίες υγείας με υπερβολικό φόρτο εργασίας και διαπροσωπικές διαμάχες για μεγάλες χρονικές περιόδους, εκτίθενται σε συναισθηματική εξάντληση. Η έλλειψη ανταμοιβών, η διάψευση των εργασιακών προσδοκιών, η έλλειψη φυσικών ανέσεων, πόρων και υποστηρικτικών δικτύων, η σύγκρουση και η ασάφεια ρόλων, η έλλειψη πληροφόρησης, η έλλειψη ανατροφοδότησης και εναλλαγής, η έλλειψη αυτονομίας και συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις, οι καταστάσεις αυταρχικής διοίκησης,

η εργασία σε βάρδιες (κυκλικό ωράριο) ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013, Poncet 2007, Maslach 2001, Maslach 1986, Sanders 1982, Fry 1975, Freudenberg 1974).

Οι σχέσεις με τους συναδέλφους και η εκτίμηση του νοσηλευτικού έργου από τους άλλους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να επηρεάζουν την αίσθηση των προσωπικών επιτευγμάτων, την αφοσίωση στην εργασία και την ικανοποίηση από αυτήν (Καραθάνου 2007, Γούλας 2004). Η αδυναμία επικοινωνίας και συνεργασίας με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας επιδρά στην αποπροσωποποίηση (Ουζούνη 2005, Chant 2002).

Η ασάφεια του ρόλου περιλαμβάνει τρεις παραμέτρους: ασάφεια ως προς τις εργασιακές μεθόδους, τον οργανωτικό σχεδιασμό και τα κριτήρια απόδοσης (Koustelios 2004, Koustelios & Kousteliou 1998, Κάντας 1996), ενώ άλλοι ερευνητές επισημαίνουν ότι πρόκειται για πολυδιάστατη έννοια (Singh 1996). Η έλλειψη υποστήριξης από τη Διοίκηση και η άσκηση της με τρόπο αυταρχικό φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την εμφάνιση του συνδρόμου στους εργαζόμενους, και κυρίως με την παράμετρο της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων (Cortese 2007, Enberg 2007, Diane 2005, Chu 2003, Cheuk 1994, Cordes & Dougherty 1993). Επίσης, η υποτίμηση του νοσηλευτικού ρόλου από τη Διοίκηση οδηγεί σε αυξημένη τάση αποχώρησης από το επάγγελμα (Enberg 2007). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας επιδρά σημαντικά στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές (Wu 2007, Alimoglu & Donmez 2005, Ουζούνη 2005, Γούλας 2004, Ουζούνη 2004, Αδαλή 2002, Healy & McKay 2000, Αδαλή 2000), μέσω τεσσάρων παραγόντων, της πίεσης χρόνου, των υπερβολικών ευθυνών, της έλλειψης υποστήριξης στο έργο και τις υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό και τους άλλους (Constable 1986).

Μια άλλη ομαδοποίηση πραγματοποίησαν οι Cordes & Dougherty (1993), παραπέμποντας σε τρεις γενικές κατηγορίες:

A) τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος και το ρόλο του εργαζομένου σε αυτό (σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων, οι συγκρούσεις ρόλων, η ασάφεια ρόλων, η ανάθεση υπέρμετρων αρμοδιοτήτων)

B) τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας

Γ) τα ατομικά χαρακτηριστικά

Στην πρώτη κατηγορία, οι διαπροσωπικές σχέσεις περιλαμβάνουν τις άμεσες και συχνές σχέσεις με τους λήπτες των υπηρεσιών, η σύγκρουση ρόλων όταν υπάρχουν αντιφατικές απαιτήσεις από τον εργαζόμενο, όταν δίδονται εντολές που η υλοποίησή τους παραβιάζει τις προσωπικές του αξίες ή όταν πολλές απαιτήσεις απευθύνονται σε έναν εργαζόμενο ταυτόχρονα (Farrell 2001, Koustelios 1998, Pettinger 1996) ενώ η ασάφεια ρόλου αναφέρεται στην αβεβαιότητα του εργαζομένου σχετικά με τις απαιτήσεις της εργασίας του και τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του (Koustelios 2004, Farrell 2001, Κάντας 1995). Οι υπέρμετρες αρμοδιότητες, που πολλές φορές ανατίθενται σε εργαζομένους επιδρούν στη δημιουργικότητα του εργαζομένου (Maslach 1997).

Τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας συνδέονται στενότερα σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά. Χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας που επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι:

α) ο τρόπος λειτουργίας της (π.χ. κάθετη ή οριζόντια ιεραρχική δομή λειτουργίας). Για παράδειγμα, η κάθετη ιεραρχική δομή είναι συνυφασμένη με περιορισμένη αυτονομία και μικρότερη εμπλοκή των εργαζομένων σε διαδικασίες που αφορούν στην επιχείρηση.

β) οι μισθολογικές απολαβές. Οι μειωμένοι μισθοί είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία, στρες και ανασφάλεια και, τέλος, μειωμένη αφοσίωση στην εργασία. Επιπρόσθετα, οι μειωμένες απολαβές (ή τουλάχιστον η διατήρησή τους σε σταθερά επίπεδα) με την παράλληλη επιφόρτιση του εργαζομένου με περισσότερα καθήκοντα είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μειωμένη ικανοποίηση και μεγαλύτερη εξάντληση.

γ) η ίδια η κοινότητα των εργαζομένων. Η αμφισβητούμενη ασφάλεια, οι απουσίες εργαζομένων υπονομεύουν την ομαδικότητα και την ομαλή συνεργασία.

δ) η απουσία δικαιοσύνης, και, συνεπώς, η απώλεια εμπιστοσύνης και σεβασμού.

ε) συγκρούσεις μεταξύ εργαζομένων και οργανισμού ως προς το αξιακό σύστημα που ακολουθείται.

Το ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον επηρεάζει την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach 1997). Εδώ, συγκαταλέγονται οι επικρατούσες συνθήκες της οικονομίας (π.χ. η αναζήτηση εργατικού δυναμικού με μικρότερο κόστος, συρρίκνωση προϋπολογισμών σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας), οι τεχνολογικές εξελίξεις (π.χ. η αντικατάσταση του εργατικού δυναμικού με αντίστοιχο δυναμικό που διαθέτει γνώσεις υψηλής τεχνολογίας) και ο τρόπος διοίκησης που ασκείται στο χώρο εργασίας (Maslach 1998).

Η ύπαρξη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου εκλαμβάνεται ως μέσο επαναπροσδιορισμού του στρες στο χώρο εργασίας ή αναγνώρισης της ικανότητας τους για αποτελεσματική αντιμετώπιση (Cordes & Dougherty 1993). Υποστηρικτικό δίκτυο μπορεί να θεωρηθούν οι προϊστάμενοι (μέσα από την επιβράβευση, την προαγωγή) αλλά και οι συνάδελφοι (μέσω παροχής συναισθηματικής υποστήριξης).

Τέλος, τα ατομικά χαρακτηριστικά συνδέονται με τα χαρακτηριστικά του οργανισμού. Σημαντικό ρόλο παίζουν η εικόνα που έχει ο ίδιος ο εργαζόμενος για τον εαυτό του αλλά και η ανθεκτικότητα του (τρόπος προσαρμογής, αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων). Ο τρόπος που ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του αποτελεί το φίλτρο που για να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες και τις απαιτήσεις της εργασίας του (Jeanneau 2000).

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013), οι παράγοντες που οδηγούν σε Επαγγελματική Εξουθένωση τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας είναι οι: χρονική πίεση, διαρκείς παρεμβολές, αντικρουόμενες οδηγίες, περιορισμένες δυνατότητες λήψης αποφάσεων και κοινωνικής στήριξης, περιορισμένος χρόνος ώστε να δίδεται συναισθηματική προσοχή σε άλλους, καθημερινή σύγκρουση με τον πόνο ή το θάνατο ασθενών, συγκρούσεις με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, έλλειψη προσωπικού, έλλειψη κατάρτισης, έλλειψη εκτίμησης.

2.5. Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολυσυστηματικό, αφού προσβάλλει τον άνθρωπο σε οργανικό, ψυχικό, γνωστικό, κοινωνικό και συμπεριφορικό επίπεδο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1986). Οι επιπτώσεις του ξεπερνούν το άτομο και τον κοινωνικό του περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς, οδηγώντας σε

μειωμένο ρυθμό εκτέλεσης του έργου, μειωμένη απόδοση και χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, σε συχνές απουσίες και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις (Maslach 2001, Maslach 1986), αλλά και στον αποδέκτη των υπηρεσιών, την οικογένεια του εργαζόμενου και την κοινωνία (Ashtari 2009, Currid 2008, Cordes 1993). Ωστόσο, αρκετές ερευνητικές μελέτες, ως προς τις επιπτώσεις του συνδρόμου, εστιάζονται σε στοιχεία συμπεριφοράς (όπως για παράδειγμα, οι συχνές απουσίες) αλλά και σε προβλήματα υγείας, καταστάσεις που ταυτόχρονα μπορούν να θεωρηθούν και αιτίες του συνδρόμου (Sandstrom 2005).

Στο άτομο, η επαγγελματική εξουθένωση προκαλεί φυσικές και πνευματικές διαταραχές, ψυχοπαθολογικά, ψυχοσωματικά και σωματικά συμπτώματα, καθώς και συμπτώματα κοινωνικής δυσλειτουργίας, χρόνια κόπωση, γνωστικές δυσλειτουργίες (συγκέντρωσης και μνήμης) και διαταραχές ύπνου. Τα άτομα ενδέχεται να εμφανίσουν κατάθλιψη, εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες ή ακόμα και να φτάσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπρόσθετα, χάνουν την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής τους, την αίσθηση της επαγγελματικής δραστηριότητας και ικανότητας και τη συναισθηματική τους ευαισθησία (Central and Eastern European Harm Reduction Network 2006, Maslach 2001, Maslach 1986, Sanders 1982). Αναλυτικότερα, διακρίνονται τριών ειδών επιπτώσεις:

Στην ψυχική και σωματική υγεία. Τα άτομα παρουσιάζουν μειωμένη ενεργητικότητα, διατροφικές διαταραχές και διαταραχές ύπνου, αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες, ψυχοσωματικά προβλήματα (Cordes 1993, Pines & Aronson 1988), κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αϋπνίες, πονοκεφάλους, (χρόνιο) αίσθημα κόπωσης ή γαστρεντερικά προβλήματα, πονοκεφάλους, μυοσκελετικά προβλήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση (Olofsson 2003, Maslach 2001, Mor 2001, Maslach 1982). Η ανησυχία και η ευερεθιστότητα έχουν σαν αποτέλεσμα την αδυναμία των εργαζομένων να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις, πιστεύοντας ότι δεν έχουν τίποτε άλλο να προσφέρουν (Pines & Aronson 1988). Σε γνωστικό επίπεδο, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης και προσοχής, αδυναμία λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων (Hogan 2007, Maslach, Schaufeli & Leiter 2001, Cordes 1993, Pines & Aronson 1988), έλλειψη παρατηρητικότητας και μνήμης, λάθη, απροσεξίες, ονειροπολήσεις και ατυχήματα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013, Hogan 2007).

Στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάσουν επιδείνωση στις σχέσεις με τους συναδέλφους τους στον εργασιακό χώρο αλλά και στις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις. Η ένταση που μεταφέρεται στις οικογενειακές σχέσεις, οι διαμάχες και συγκρούσεις οδηγούν το άτομο σε απομόνωση και σε λιγότερη ενασχόληση με την οικογένεια του ή με κυνική συμπεριφορά προς αυτούς, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε διαζύγιο (Burke 1996, Maslach 1982).

Στην εργασιακή συμπεριφορά. Τα άτομα είναι πιθανό να παρουσιάσουν μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας, μεγαλύτερο βαθμό απουσιών και αργοπορίας (στην εργασία) και μεγαλύτερη τάση για αλλαγή θέσης εργασίας ή επαγγέλματος, αποχώρηση από την εργασία και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις (Aiken 2002, Cowin 2002, Lu 2002, Shields 2001), συμπεριφορές που μεταβάλλουν την ποιοτική αλλά και ποσοτική απόδοση στην εργασία (Βασιλάκη 2001, Pines & Aronson 1988). Κατά τη διάρκεια άσκησης των καθηκόντων τους, οι εργαζόμενοι δεν διατηρούν υψηλά επίπεδα επικοινωνίας μεταξύ τους ούτε με τους αποδέκτες των υπηρεσιών που προσφέρουν (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013). Η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται ως συμπεριφορά αποπροσωποποίησης, με κύρια χαρακτηριστικά την τήρηση σκληρής στάσης απέναντι στους άλλους, την μικρότερη σε διάρκεια οπτική επαφή και τη διάθεση λιγότερου χρόνου για την κατανόηση του ζητήματος που απασχολεί τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους με ταυτόχρονη διάθεση μεγαλύτερης διάρκειας διαλειμμάτων (Mor 2001, Rogers 1987, Maslach 1982).

Τέλος, παρατηρούνται αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, με υπερβολική κατανάλωση καπνού, καφέ, αλκοόλ και φαρμάκων, συνήθειες που οδηγούν σε εθισμό (Hogan 2007).

Πέρα από τις επιπτώσεις που υφίσταται ο επαγγελματικά εξουθενωμένος εργαζόμενος, αναπόφευκτες είναι και οι επιδράσεις του συνδρόμου στο χώρο εργασίας λόγω χαμηλής παραγωγικότητας των εργαζομένων αλλά και μεγιστοποίησης του κόστους από τις αναρρωτικές άδειες, απουσίες, παραιτήσεις, αιτούμενες αποζημιώσεις και την αντικατάσταση των εργαζομένων από νέους και άπειρους, των οποίων η εκπαίδευση είναι χρονοβόρα διαδικασία (Maslach 2001, Mor 2001). Έτσι, επιδεινώνεται το πρόβλημα της υποστελέχωσης και έλλειψης προσωπικού (Aiken 2001), με δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών (Vahey 2004, Aiken 2002).

2.6. Πρόληψη και Αντιμετώπιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η πρόληψη αλλά και η άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων μπορούν να οδηγήσουν στην αποφυγή και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Δεληχάς 2012). Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης, δηλαδή σε επίπεδο πρόληψης, και με σκοπό τη μείωση των στρεσογόνων παραγόντων, μέσω της ισορροπίας εργασιακών καθηκόντων και αναγκών, ικανοτήτων και προσδοκιών του εργαζομένου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι παρακάτω στρατηγικές (Δεληχάς 2012, Καζαντζή 2008, Καλαντζή 2007):

- Επανασχεδιασμός της εργασίας και του περιβάλλοντος του χώρου εργασίας
- Καθιέρωση ελαστικών προγραμμάτων εργασίας
- Ενθάρρυνση συμμετοχής στη διοίκηση του εργασιακού χώρου και το σχεδιασμό των προγραμμάτων
- Ανάλυση εργασιακών ρόλων και καθορισμός στόχων
- Καθιέρωση δίκαιων εργασιακών πολιτικών
- Δημιουργία συνεκτικών ομάδων

Σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, η παρέμβαση επικεντρώνεται στη διαχείριση της εξουθένωσης που βιώνει ο εργαζόμενος, με προγράμματα οργάνωσης και διαχείρισης του χρόνου, δεξιοτήτων για επίλυση προβλημάτων και συμβουλευτικής.

Τέλος, το τριτοβάθμιο επίπεδο αφορά στον εντοπισμό των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο και τη λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, με διαδικασίες ανάρρωσης, παροχής υπηρεσιών και συμβουλών, προκειμένου να επανενταχθούν και να επιστρέψουν στην εργασία. Στο στάδιο αυτό, η έμφαση πρέπει να δίνεται:

- Στην κατάρριψη των διαπροσωπικών εμποδίων
- Στην υπέρβαση των προσκομμάτων στο πλαίσιο της ομαδικής συνεργασίας
- Στην παροχή συμβουλευτικής, όχι με τη μορφή εντολών
- Στην ενθάρρυνση του ατόμου να ακούει το πρόβλημα του και στην ενδυνάμωση του να αναλάβει δράση (Δεληχάς 2012).

Συγκεκριμένα για τους εργαζομένους του χώρου της υγείας, τα οργανωτικά μέτρα πρόληψης είναι ο σχεδιασμός της οργάνωσης της εργασίας, η δημιουργία βαθμών ελευθερίας στην εργασία, οι δυνατότητες κοινωνικής στήριξης, η παροχή πληροφοριών

για τη ροή και τα αποτελέσματα της εργασίας και η επικοινωνία με τις άλλες επαγγελματικές ομάδες του χώρου. Ως προς τα ατομικά μέτρα προτείνονται: η συνεχής εκπαίδευση σε εξειδικευμένα πεδία, η εκπαίδευση στις κοινωνικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, η διαχείριση χρόνου και η αντιμετώπιση του στρες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013, Καλαντζή 2007, Ewers 2002, Gorter 2001, Cox 2000, Lemma 2000). Μάλιστα, ο συνδυασμός των ανωτέρω οργανωτικών και ατομικών μέτρων φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013).

Σε μια πρωτοποριακή μελέτη στην Αυστραλία, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η πρόληψη θα πρέπει να στηρίζεται στην αναζήτηση των ιδιοτήτων της εργασίας που προάγουν τη ψυχική ηρεμία και κατέγραψαν έξι θετικές πλευρές της εργασίας (Emery & Emery 1974):

- Υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας
- Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στην εργασία
- Ικανοποιητικό επίπεδο ποικιλίας
- Σεβασμός και συμπαράσταση από τους συναδέλφους
- Ενδιαφέρουσα και αποδεκτή κοινωνικά εργασία
- Εργασία που προσφέρει επιθυμητό μέλλον στον εργαζόμενο

Με βάση αυτήν, σκιαγραφήθηκε ένα μοντέλο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης στον εργασιακό χώρο:

Πρωτοβάθμια Πρόληψη: Σκοπός αυτής είναι η μείωση της έκτασης των στρεσογόνων καταστάσεων ή των επιπτώσεων τους. Για παράδειγμα, μείωση απαιτήσεων εργασίας σε βάρδιες, χρήση εργονομίας στο σχεδιασμό της θέσης εργασίας, προαγωγή πνευματικής και σωματικής δραστηριότητας, μείωση κινδύνου από περιβαλλοντικούς παράγοντες, καλές διαπροσωπικές σχέσεις, μείωση βίας και απειλής αλλαγών στη θέση εργασίας.

Δευτεροβάθμια Πρόληψη: Αυτή υλοποιείται σε δυο επίπεδα, α) αύξηση του βαθμού καταλληλότητας εργασίας-ανθρώπου (μέσω εκπαίδευσης του εργαζομένου με σκοπό την απόκτηση δεξιοτήτων) και β) οικοδόμηση υποστηρικτικού περιβάλλοντος (πείρα, συμπεριφορά, κίνητρα εργασία, πνευματική και σωματική ικανότητα κατάλληλες για τις απαιτήσεις της εργασίας). Έτσι, οι απαιτήσεις από την εργασία τροποποιούνται από

το άτομο λόγω του ελέγχου που ασκεί και της ύπαρξης υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος.

Τριτοβάθμια πρόληψη: Ως τριτοβάθμια πρόληψη αναφέρεται η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τις εργασιακές απαιτήσεις και τα αποτελέσματα τους. Αποτελεί την τυπική προσέγγιση ‘διαχείρισης στρες’ και των αποτελεσμάτων του. Ο εργαζόμενος εκπαιδεύεται ώστε να προσαρμόζεται και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εργασίας του, συμμετέχει σε συμβουλευτικά προγράμματα ως προς την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του στρες και ενδυναμώνεται το αίσθημα αυτοεκτίμησης του (Πανταζοπούλου-Φωτεινά 2003).

Κύριος παράγοντας πρόληψης μέσα από το συγκεκριμένο μοντέλο αναδεικνύεται η εκπαίδευση, με την αποφασιστικής σημασίας συμβολή της στη συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Η σταδιακή ανάπτυξη της αυτογνωσίας, η αποδοχή των αντιφάσεων που καθημερινά βιώνει ο νοσηλευτής και η κριτική σκέψη στηρίζονται στο θεμέλιο λίθο της επιμόρφωσης (Μισουρίδου 2009).

Παράγοντες Αντίστασης στην Επαγγελματική Εξουθένωση

Σημαντικός ρυθμιστικός παράγοντας και παράγοντας αντίστασης στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η επαγγελματική ικανοποίηση, η οποία δεν έχει την ίδια διάσταση σε όλα τα επαγγέλματα. Σχετίζεται με την ελευθερία, την κινητικότητα, την αναγνώριση και την ολοκλήρωση του έργου του εργαζομένου (Δεληγάς 2012, Τούκας 2010, Κάντας 1998, Fry 1975). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και στη χώρα μας και αφορούν στην εμφάνιση του συνδρόμου burnout σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Δεληγάς 2012, Καλαντζή 2007, Μπελλάλη 2007), δίνουν έμφαση τόσο στη μείωση των πηγών πρόκλησης στρες όσο και στην αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Η αίσθηση του προσωπικού ελέγχου, η ενεργός συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων, η ευελιξία και δεκτικότητα, η θεώρηση των δυσκολιών ως προκλήσεων, οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, ο τρόπος ζωής, οι πολιτιστικές παραδόσεις, η οικονομική κατάσταση, η στάση ζωής, η δυνατότητα πρόσβασης σε

δομές ψυχολογικής υποστήριξης και σε ιατρική βοήθεια κ.λπ. αποτελούν στοιχεία ανθεκτικότητας του εργαζομένου (Δεληχάς 2012).

Τα μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν παρεμβάσεις σε οργανωτικό και ατομικό επίπεδο (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2013, Δεληχάς 2012, Γώγος 2009, Τσίρος 2009, Cortese 2007, Sutherland & Cooper 2003, Chant 2002, Αδαλή 2002, Laschinger 2001, Grassi & Magnani 2000, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο: Θετικό εργασιακό κλίμα, περιορισμένος φόρτος εργασίας, επάρκεια πόρων, ενίσχυση στελέχωσης, τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση, κατανομή ευθυνών, αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του εργαζομένου, εξασφάλιση ποικιλομορφίας και εμπλουτισμού της εργασίας για την προώθηση της αυτονομίας και του ελέγχου, συμμετοχή του εργαζομένου στη λήψη αποφάσεων, αποτελεσματική ηγεσία, εισαγωγή καινοτομιών στην εργασία, εισαγωγή ομαδικής εργασίας, παροχή διαλειμμάτων και ειδικών αδειών, κοινωνικά αποδεκτό ωράριο εργασίας και ρυθμίσεις βάρδιας, δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης, εξειδίκευσης και προαγωγής, παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, συμβουλευτική εποπτεία, παροχή ευκαιριών διαμόρφωσης προσωπικών στόχων, δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης, συμμετοχή σε σεμινάρια, συνέδρια, όπου υπάρχουν δυνατότητες συνάντησης νέων ανθρώπων και εμπειριών, παρότρυνση για ενασχόληση με άλλα ενδιαφέροντα, και ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων με άτομα που ανήκουν σε διαφορετικά επαγγέλματα, παρότρυνση στον εργαζόμενο να επιτύχει αποτέλεσμα χωρίς να χάσει την αυτοπεποίθηση του όταν αυτό δε συμβαίνει.

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο: Έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων, μη οικειοποίηση των προβλημάτων των ασθενών και διατήρηση ισορροπίας επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών, προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας, αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης στρες που ενεργοποιεί ο εργαζόμενος, αναζήτηση βοήθειας σε δύσκολες καταστάσεις και συναισθηματικής υποστήριξης από συνεργάτες, φίλους και ειδικούς, σωστή διατροφή και ανάπαυση, επαρκής και συχνή χρήση διαλειμμάτων, περιοδική εκπαίδευση στη διαχείριση στρες, την επικοινωνία, τη

σωστή διαχείριση διαφωνιών και συγκρούσεων και τις τεχνικές χαλάρωσης, τακτικές συζητήσεις των προβλημάτων στην εργασία

2.7. Ανασκόπηση μελετών του εργασιακού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών

Υποστηρίζεται ότι η έλλειψη θετικού εργασιακού περιβάλλοντος μπορεί να έχει επιβλαβείς συνέπειες για το νοσηλευτικό προσωπικό, επηρεάζοντας την ικανότητα του να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες και απαιτήσεις της εργασίας του (Gershon 2007, Gregory 2007, Stone 2007). Μάλιστα, η σύνδεση μεταξύ μη επιθυμητού περιβάλλοντος εργασίας και επιπτώσεων στο προσωπικό φαίνεται να είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Όπως φαίνεται, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται κυρίως με το περιβάλλον εργασίας και τους οργανωσιακούς παράγοντες, ενώ τα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων αποτελούν δευτερογενείς αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης (Hanrahan 2010, Maslach 2001).

Πολλοί νοσηλευτές φαίνονται δυσαρεστημένοι από την εργασία τους και εκφράζουν την πρόθεση τους να εγκαταλείψουν τις εργασιακές τους θέσεις, αναφέροντας πολύ υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Nantsupawat 2017, Nantsupawat 2015, You 2013, Aiken 2012, Liu 2012, Aiken 2011, McHugh 2011, Nantsupawat 2011, Xie 2011, Chen 2010, Kwak 2010, Patrician 2010, van Bogaert 2009a, van Bogaert 2009b, Aiken 2008, Kanai-Pak 2008, Wu 2007, Vahey 2004, Aiken 2002, Aiken 2001). Ταυτόχρονα, σε πολλές μελέτες, παρατηρείται αύξηση των δεικτών θνησιμότητας και επανεισαγωγών των ασθενών σε δομές φροντίδας υγείας, με δυσμενή επίδραση στην ασφάλεια τους και την ποιότητα των παρεχόμενων προς αυτούς υπηρεσιών (Cho 2016, Ma 2015, Stalpers 2015, McHugh 2011, Aiken 2008, Friese 2008, Mark 2008, Tourangeau 2007, Estabrooks 2005, Kazanjian 2005, Vahey 2004). Τα πρόσφατα αυτά ευρήματα συνάδουν με τον ισχυρισμό ότι τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά των περιβαλλόντων νοσηλευτικής φροντίδας έχουν σημαντικές επιπτώσεις σε νοσηλευτές και ασθενείς, πέρα και πάνω από τις επιδράσεις των επιπέδων νοσηλευτικής στελέχωσης (Aiken 2008, Friese 2008).

Σε συγκριτική μελέτη με δείγμα νοσηλευτές από 12 Ευρωπαϊκές χώρες (RN4CAST) και τις ΗΠΑ, δείχθηκε ότι οι πιθανότητες για τους νοσηλευτές να αναφέρουν υψηλά

επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, πρόθεσης να εγκαταλείψουν την εργασιακή τους θέση και δυσαρέσκειας από την εργασία τους ήταν μικρότερες για νοσοκομεία με θετικό εργασιακό περιβάλλον (Aiken 2012). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από μελέτες σε Ασιατικές χώρες (Aiken 2011), παρόλο το γεγονός ότι τα συστήματα υγείας των χωρών κάθε ηπείρου διαφοροποιούνται αρκετά μεταξύ τους, ως προς την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την ανεύρεση πόρων. Σε σύγκριση με τα ευρήματα της RN4CAST (στις χώρες Βέλγιο, Μεγάλη Βρετανία, Φιλανδία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία και Ελλάδα), τα επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι υψηλότερα σε δομές φροντίδας υγείας της Νότιας Αφρικής, σε σχέση με όλες τις χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη RN4CAST, εκτός της Ελλάδας (Coetzee 2013, Aiken 2012). Η ταυτόχρονη μελέτη των δεικτών του προσωπικού και των ασθενών έδειξε παρόμοια αποτελέσματα, αφού εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αναφορών των ασθενών ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών από τα Νοσοκομεία και των αντίστοιχων εκ μέρους του προσωπικού ως προς το περιβάλλον εργασίας και τη στελέχωση (Aiken 2012). Ως προς τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις Ευρωπαϊκές χώρες, οι αξιολογήσεις των Ελλήνων νοσηλευτών αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών και την επαγγελματική ικανοποίηση ήταν οι χειρότερες, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες, και αποδόθηκαν στην επίδραση της οικονομικής κρίσης, που πλήττει τη χώρα μας. Αναλυτικά, το 78% των συμμετεχόντων Ελλήνων νοσηλευτών ανέφερε Επαγγελματική Εξουθένωση, 56% εμφανίστηκαν δυσαρεστημένοι, 49% εξεδήλωσαν την πρόθεση τους να εγκαταλείψουν την παρούσα εργασιακή τους θέση και 47% εξ αυτών ανέφερε χαμηλό ή μέτριο επίπεδο ποιότητας του περιβάλλοντος εργασίας. Τη δεύτερη θέση καταλαμβάνει η Γερμανία, λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας, και την τρίτη η Ισπανία, λόγω των μέτρων λιτότητας. Αντιθέτως, το νοσηλευτικό προσωπικό της Ιρλανδίας και της Φιλανδίας ανέφερε υψηλά επίπεδα ποιότητας, αν και οι δυο χώρες αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, ενώ η καλή απόδοση της Νορβηγίας θεωρήθηκε αναμενόμενη, αφού το σύστημα υγείας της θεωρείται επαρκές σε πόρους (Aiken 2012).

Στη μελέτη των Aiken και συνεργατών (2011), με τη συμμετοχή 9 χωρών (ΗΠΑ, Καναδάς, Γερμανία, Νέα Ζηλανδία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιαπωνία, Κίνα, Νότια Κορέα, Ταϊλάνδη), η πλειοψηφία χαρακτήρισε ως σημαντικότερο πρόβλημα του εργασιακού περιβάλλοντος την ανεπάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Μεταξύ εκείνων που το χαρακτήρισαν ως χαμηλής ποιότητας, το ποσοστό των Κινέζων νοσηλευτών

ήταν το μεγαλύτερο, ενώ το ποσοστό των Ιαπώνων το μικρότερο, με τους τελευταίους να αναφέρουν τη βίωση Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε ποσοστό 58%. Σε πιο πρόσφατη μελέτη σε 10 Ευρωπαϊκές χώρες (Βέλγιο, Φιλανδία, Γερμανία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Ισπανία, Ελβετία και Ηνωμένο Βασίλειο), υπογραμμίστηκε η επίδραση της μειωμένης συμμετοχής του προσωπικού σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο και δευτερευόντως, της ανεπάρκειας σε πόρους στο εργασιακό περιβάλλον και την επαγγελματική εξουθένωση (Heinen 2013). Επίσης, τονίστηκε η σημαντικότητα ύπαρξης μορφών αναγνώρισης του έργου των νοσηλευτών -ακόμη και των πιο απλών (όπως οι γονικές άδειες) - στην πρόθεσή τους να παραμείνουν στο εργασιακό τους περιβάλλον. Σε αυτές συμπεριλήφθηκαν ακόμη ευκαιρίες χρηματοδότησης της επιμόρφωσης των υπαλλήλων, στοιχείο συνηγορητικό της υποστήριξης της Διοίκησης του νοσοκομείου προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, οι νοσηλευτές της Κίνας παρουσιάζουν πολύ υψηλά επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης (You 2013, Liu 2012), χαρακτηρίζοντας φτωχό το εργασιακό τους περιβάλλον, σε ποσοστό της τάξης του 44% (Aiken 2011). Εντοπίζουν την αιτία του προβλήματος στην ανεπάρκεια έμφυτου και άψυχου δυναμικού και παρουσιάζονται απαισιόδοξοι θεωρώντας ότι οι διοικήσεις των χωρών, στους οποίους εργάζονται, δεν πρόκειται να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον προς όφελος των εργαζομένων (You 2013). Σε νοσοκομεία της Ταϊλάνδης, η αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς άγγιζε το 1:13, αυξάνοντας κατά 12% την πιθανότητα εμφάνισης Συναισθηματικής Εξάντλησης στους εργαζομένους (Nantsupawat 2011).

Είναι αξιοσημείωτο ότι σε συγκριτικές μελέτες σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, οι νοσηλευτές των πρώτων ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά αρνητικών επιδράσεων σε σχέση με τους συναδέλφους τους του ιδιωτικού τομέα. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι του δημόσιου τομέα ανέφεραν φτωχό εργασιακό περιβάλλον σε ποσοστό 71% και πρόθεση για αποχώρηση της τάξης του 59%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στους εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα κυμαίνονταν στο 52% και 54%, με το 46% να αναφέρει την εμφάνιση συμπτωμάτων Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Coetzee 2013). Επίσης, το προσωπικό με μόνιμη σχέση εργασίας βιώνει μεγαλύτερα επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης και δυσαρέσκειας από την εργασία σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που απασχολούνται με σύμβαση (Liu 2012, Zhao 2009, Xie 2007). Μια πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι οι μόνιμοι νοσηλευτές είναι

πιο έμπειροι από τους συμβασιούχους και συνήθως, αναλαμβάνουν περισσότερα καθήκοντα από ό,τι εκείνοι (Liu 2012).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πρόσφατες ερευνητικές μελέτες στην Ελλάδα, όπου εκτός των άλλων παραγόντων, προβάλλεται και η επίδραση της οικονομικής κρίσης. Σε πολύ πρόσφατη μελέτη σε εργαζομένους του Νοσοκομείου Πατρών, οι επιπτώσεις της κρίσης καταγράφηκαν το ίδιο σημαντικές τόσο στην οικονομική, όσο και στην οικογενειακή και προσωπική ζωή τους. Στο εργασιακό περιβάλλον, παρατηρήθηκε συσχέτιση της κρίσης και με τις τρεις μεταβλητές της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Γεωργοπούλου 2018). Η οικονομική ύφεση αποτελεί μια συνιστώσα που τροφοδοτεί με έντονο στρες τους εργαζομένους. Είναι αξιοσημείωτο το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας της τάξης του 85,8%, που συμμετείχαν στη μελέτη των Χάρου και συνεργατών (2017), οι οποίοι ανέφεραν ότι η οικονομική κρίση στη χώρα μας αύξησε το στρες και το φόβο απώλειας της εργασίας τους. Στην ίδια μελέτη, το 18,8% ανέφερε ότι είχε ένα τουλάχιστον εργατικό ατύχημα που οφειλόταν στο εργασιακό στρες, το 77,3% του δείγματος απάντησε ότι η αίσθηση της ευθύνης για τις ζωές των ασθενών τους δημιουργεί στρες, το 72,6% ανέφερε ότι επιστρέφουν στο σπίτι τους πολύ κουρασμένοι, το 59,3% αισθάνονταν ανασφάλεια για τη διατήρηση της μονιμότητάς τους, το 57,5% στο τέλος της εργασίας ένιωθαν εξαντλημένοι, το 57,2% είχε την αντίληψη ότι αν δεν έκαναν κάτι καλά θα είχαν επιπτώσεις, το 50% αισθάνονταν ότι ο χρόνος που είχαν στη διάθεσή τους τελείωνε κ.λπ. Επί πλέον, παρατηρήθηκε ότι η ανασφάλεια για τη διατήρηση της μονιμότητας στην εργασία ήταν άμεσα συνυφασμένη με την αντίληψη ότι αν δεν έκαναν κάτι καλά, θα είχαν επιπτώσεις. Στη μελέτη των Σαρίδη και συνεργατών (2016), με σκοπό τη διερεύνηση του εργασιακού στρες στους εργαζομένους των υπηρεσιών φροντίδας υγείας του νομού Κορινθίας, ένας στους δυο εργαζομένους θεωρούσε ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει την απόδοση στην εργασία του, αναδεικνύοντας την ως σημαντικότερο στρεσογόνο παράγοντα. Μάλιστα, μεγαλύτερες συσχετίσεις παρατηρήθηκαν με την ηλικία (εργαζόμενοι ηλικίας 51-60 ετών), με το μορφωτικό επίπεδο (Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης), με το χώρο εργασίας (εργαζόμενοι του χειρουργικού τομέα του Νοσοκομείου Κορίνθου). Εκτός από το συνεχές, εξαντλητικό και απαιτητικό ωράριο, την έλλειψη καθηκοντολογίου και την ασάφεια ρόλου, οι νοσηλευτές των νοσοκομείων του νομού Αχαΐας, ανέφεραν ως αιτία εξουθένωσης την κρίση, με το 40% αυτών να αναφέρει ότι έχει σκεφθεί να μεταναστεύσει σε άλλη χώρα για να ασκήσει το ίδιο

επάγγελμα και το 36% του δείγματος, ότι δεν εργάζεται με το ίδιο ενδιαφέρον σε σχέση με την περίοδο πριν από την κρίση. Ένας στους δυο εμφανίζεται ιδιαίτερα απαισιόδοξος και απογοητευμένος ως προς την ποιότητα ζωής και το μέλλον. Ως προς το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, είναι χαρακτηριστικό ότι οι νοσηλευτές που διατήρησαν το ίδιο ενδιαφέρον πριν και μετά την κρίση παρουσίασαν μικρότερο βαθμό εξουθένωσης σε σχέση με αυτούς που έχασαν το ενδιαφέρον τους για την εργασία (Ζαχάρη & Ντουράϊ 2015).

Συναφή με τα ευρήματα της μεγάλης ευρωπαϊκής μελέτης RN4CAST, ήταν και τα αποτελέσματα των Skefales και συνεργατών του 2014. Στη συγκεκριμένη μελέτη, τα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης βρέθηκαν υψηλότερα από άλλες μελέτες του ελλαδικού χώρου, πριν την κρίση (Karaniola 2012, Dilintas 2010, Kiekkas 2010, Malliarou 2008). Αντίστοιχα, τα ίδια αποτελέσματα σημειώθηκαν και για την παράμετρο των Προσωπικών Επιτευγμάτων (Karaniola 2012, Dilintas 2010, Malliarou 2008), όχι, όμως, και με την Αποπροσωποποίηση, της οποίας τα επίπεδα ανευρέθηκαν χαμηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα πριν την κρίση. Το εύρημα αυτό ερμηνεύθηκε από τους ερευνητές στα πλαίσια της αλληλεγγύης των Ελλήνων πολιτών. Στην ίδια μελέτη, 6 στους 10 νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας στο τμήμα τους έχει μειωθεί κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, με τους ερευνητές να αποδίδουν αυτή τη μείωση στην έλλειψη υλικών πόρων, φαρμάκων και εξοπλισμού, ενώ πριν από την κρίση, μόλις το 27% των Ελλήνων νοσηλευτών είχε αναφέρει αντίστοιχη μείωση. Πάντως, αντίστοιχη αύξηση παρατηρήθηκε και σε ευρωπαϊκές χώρες, επιβεβαιώνοντας τις εκτιμήσεις του προσωπικού (Aiken 2012). Τέλος, η αίσθηση Προσωπικών Επιτευγμάτων σχετιζόταν με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως και στις μελέτες των Li και συνεργατών (2013) και Roghosyan και συνεργατών (2010), αλλά όχι με τις μειωμένες απολαβές του προσωπικού, δείχνοντας ότι δεν είναι ο οικονομικός παράγοντας πιο σημαντικός από την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Η μόνη παρατηρούμενη επίδραση της μισθολογικής μείωσης στην επαγγελματική εξουθένωση αφορούσε στην περίπτωση κατά την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσε ότι άλλες επαγγελματικές ομάδες του ίδιου χώρου εργασίας αλλά με λιγότερο φόρτο απολαμβάνουν μεγαλύτερης αμοιβής, εύρημα το οποίο επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες μελέτες (Karaniadou 2006, Maslach & Goldberg 1998). Σε πιλοτική μελέτη των Καλογεροπούλου και Παπαθανασοπούλου (2013), με σκοπό την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας του

νοσηλευτικού προσωπικού σε περίοδο οικονομικής κρίσης, παρατηρήθηκαν εκδηλώσεις στρες, τόσο λόγω της φύσης της συγκεκριμένης εργασίας, όσο και εξ αιτίας της οικονομικής κρίσης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας – που παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες ως προς τη φροντίδα ασθενών – δεν παρουσιάζονται αποκλίσεις, αλλά τα αποτελέσματα αναδεικνύουν τις παρατηρούμενες επιπτώσεις. Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ογκολογικά τμήματα, ανευρέθηκε συσχέτιση μεταξύ αρνητικού εργασιακού περιβάλλοντος και δυσμενών επιπτώσεων στους νοσηλευτές (Sehlen 2009) και εντοπίστηκαν ζητήματα που επιδέχονταν βελτίωσης. Το νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικών τμημάτων φαίνεται να βιώνει Συναισθηματική Εξάντληση (Emold 2010, Ksiazek 2010, Barrett 2002) και δυσαρέσκεια από την εργασία (Ksiazek 2010), εκφράζοντας πρόθεση φυγής από τη συγκεκριμένη εργασιακή θέση (Barrett 2002). Από την άλλη, σε μελέτη με δείγμα νοσηλευτές εργαζομένους σε παθολογικά, χειρουργικά και ογκολογικά τμήματα αναφέρονται θετικά εργασιακά περιβάλλοντα για το προσωπικό των τελευταίων σε σύγκριση με αυτό των παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων (Shang 2013, Friese 2005). Για τους νοσηλευτές ογκολογίας, η ανεπάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους εμφάνιζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση, τη δυσαρέσκεια από την εργασία και την υποβάθμιση της ποιότητας φροντίδας. Η ικανότητα διοίκησης και υποστήριξης από τη νοσηλευτική ηγεσία σχετιζόταν με την ικανοποίηση από την εργασία και οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού με ποιοτικές υπηρεσίες (Friese 2005). Εξάλλου, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε εξειδικευμένα τμήματα φαίνεται να έχουν περισσότερο έλεγχο και αυτονομία στο έργο τους και χρησιμοποιούν τις εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες τους για να επικοινωνήσουν και συνεργαστούν πιο αποτελεσματικά με τους ιατρούς των τμημάτων τους, γεγονός με θετική επίδραση στους ίδιους και τους ασθενείς τους (Shang 2013, Aiken 1999).

Εκτός από την περίπτωση των εξειδικευμένων τμημάτων, είναι σημαντικό να αναφερθεί και η περίπτωση των στρατιωτικών εργασιακών περιβαλλόντων, μεταξύ των οποίων παρατηρούνται αρκετές διαφοροποιήσεις. Οι νοσηλευτές του στρατού που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα πεδία των μαχών εξαντλούνται συναισθηματικά, λόγω της έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος εκ μέρους της διοίκησης, την περιορισμένη δυνατότητα για επαγγελματική ανάπτυξη, τις μη βέλτιστες σχέσεις μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και, τέλος, το παρατεταμένο και

ασταθές ωράριο. Οι ίδιοι βιώνουν υψηλά επίπεδα Αποπροσωποποίησης και πολύ λιγότερο το αίσθημα της Προσωπικής Επίτευξης από την εργασία τους. Από την άλλη, το νοσηλευτικό προσωπικό των στρατιωτικών νοσοκομείων που εδράζονται στις ΗΠΑ ανέφερε – στη μελέτη των Lang και συνεργατών (2012) – τη βίωση αισθήματος κυνισμού απέναντι στους ασθενείς και πολύ περισσότερο το αίσθημα Προσωπικών Επιτευγμάτων, σε σχέση με τους συναδέλφους τους στο πεδίο της μάχης (π.χ. στο Ιράκ και το Αφγανιστάν). Παρόλη την έκπληξη που μπορεί να προκαλεί με μια πρώτη ματιά, η παρατηρούμενη διαφορά θα μπορούσε να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι οι νοσηλευτές των στρατιωτικών νοσοκομείων φροντίζουν τους τραυματίες από τα πεδία των μαχών για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα, ακόμη και μηνών και, ως εκ τούτου, δένονται συναισθηματικά με τους ίδιους και τις οικογένειες τους (Lang 2012).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα παρουσιάζεται η μελέτη των Kutney-Lee και συνεργατών (2013), στην οποία τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε δυο διαφορετικές χρονικές περιόδους (1999 και 2006). Η συγκεκριμένη πραγματοποιήθηκε σε 137 Νοσοκομεία στην Πενσυλβάνια, με σκοπό την εκτίμηση των δεικτών (σε επίπεδο νοσοκομείου) Επαγγελματικής Εξουθένωσης, πρόθεσης για αποχώρηση και δυσαρέσκειας από την εργασία αλλά και την πορεία τους στο χρόνο. Το ενδιαφέρον έγκειται στο γεγονός ότι ενώ η σχέση μεταξύ εργασιακού περιβάλλοντος και επιπτώσεων στο νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρείται σε πλήθος μελετών επιπολασμού – όπως και οι προαναφερόμενες, η συγκεκριμένη αποτελεί τη μοναδική διαχρονική μελέτη. Το βασικό εύρημα που προέκυψε ήταν η διαπίστωση ότι στα Νοσοκομεία όπου βελτιώθηκε το νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον (με προαγωγή της ηγεσίας, της ενδυνάμωσης του προσωπικού με προγράμματα επιμόρφωσης και της καινοτομίας στην κλινική πρακτική) παρατηρήθηκε μείωση των δεικτών της Συναισθηματικής Εξάντλησης και Αποπροσωποποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

3.1. Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση

Η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση συσχετίζεται με την επαγγελματικό χώρο του εργαζόμενου-εκπαιδευόμενου και οι στόχοι της επικεντρώνονται στο περιεχόμενο του επαγγέλματος και τις αντίστοιχες δεξιότητες. Σε αντίθεση με τη Δια Βίου Μάθηση, στη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση, η εκπαίδευση δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά η λειτουργία της επιτελείται με βάση τρεις σημαντικούς άξονες: το άτομο, την κοινωνία και την οικονομία. Τη δεκαετία του 1980, η συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση περιορίζονταν σε συναντήσεις, διαλέξεις, σεμινάρια με στόχο την αντιστάθμιση των ανεπαρκειών τους (Knox 1989). Όμως, ο προσανατολισμός και το περιεχόμενο της διαφοροποιήθηκε τα επόμενα χρόνια, με τη συστηματική οργάνωση προγραμμάτων επιμόρφωσης, με συγκεκριμένους στόχους, περιεχόμενο και διάρκεια.

Ο όρος Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη ('Continuous Professional Development') αναδύθηκε τη δεκαετία του 1960. Εισήχθη στο χώρο της υγείας μέσω μιας έκδοσης που αφορούσε στην επιστήμη της Κτηνιατρικής (Dumur 2012). Στη συνέχεια, συναντάται σε εργασιακές πολιτικές στα 1990 και αναπτύσσεται με πολύ γοργούς ρυθμούς τη δεκαετία του 2000 (European Commission 2013). Ο Yfantis και συνεργάτες (2010) αναφέρονται σε αυτήν ως μια συστηματική διαδικασία, ένα 'προσωπικό πρόγραμμα' βασισμένο στην αυτοανάπτυξη και την αναστοχαστική γνωστική διεργασία ('reflective practice') (Carbon 2005). Ένα ακόμη ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της είναι το γεγονός ότι πραγματοποιείται 'εν ώρα εργασίας' ή 'στα

πλαίσια της...εργασιακής ζωής' (Peeke 2000). Στον ορισμό που δίνει το CEDEFOP (1996) αναφέρεται ότι '...αποβλέπει στη διατήρηση, ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και ικανοτήτων' (Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κατάρτισης). Επιπλέον, η έννοια της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Εκπαίδευσης στο χώρο της υγείας αντικατοπτρίζει 'όχι μόνο το ευρύ φάσμα ικανοτήτων που είναι απαραίτητες για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών φροντίδας υγείας αλλά και το διεπιστημονικό πλαίσιο φροντίδας των ασθενών' (EFN 2006), καλύπτοντας ζητήματα επαγγελματικής πρακτικής αλλά και προσωπικά, κοινωνικά και πολιτικά ζητήματα στο χώρο της υγείας (Yfantis 2010). Οι δυο όροι χρησιμοποιούνται εναλλακτικά συνήθως, αν και θεωρείται ότι η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση εμπεριέχεται στην έννοια της Επαγγελματικής Ανάπτυξης.

3.2. Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Στις επιστήμες υγείας, η αναγκαιότητα για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση προκύπτει από διάφορους παράγοντες, όπως τη φύση της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Επιστήμης, την ταχεία ανάπτυξη τους, την εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και τις απαιτήσεις και ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας. Ιδιαίτερα στη Νοσηλευτική, η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση φαίνεται να είναι απαραίτητη λόγω μιας πρωτοφανούς και άνευ προηγουμένου ανάπτυξης της επαγγελματικής γνώσης, των ραγδαίων αλλαγών στα συστήματα φροντίδας υγείας αλλά και των συνεπαγόμενων αλλαγών στο ρόλο των νοσηλευτών (Lundgren 2002). Υπό την επίδραση των παραγόντων αυτών, είναι αναγκαίο οι νοσηλευτές να μην περιορίζονται στις γνώσεις που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους αλλά να επαναπροσδιορίζουν συνεχώς τις γνώσεις και δεξιότητες τους. Μάλιστα, η σημαντικότητα της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης ήδη επισημαίνεται στις σημειώσεις της Florence Nightingale³ (Nightingale 1893, 1859), όπου η ίδια ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να συνεχίζουν να μαθαίνουν. Αν και πολλοί

³ Florence Nightingale (1820 – 1910). Αγγλίδα αστή θρησκευόμενη. Στον πόλεμο της Κριμαίας το 1854 κλήθηκε να υποστηρίξει το βρετανικό στρατό. Επιβάλλοντας απλούς κανόνες υγιεινής στους ασθενείς και στους χώρους νοσηλείας, σε συνδυασμό με την καλή διατροφή, κατόρθωσε μαζί με την ομάδα αδελφών που οργάνωσε, να μειώσει θεαματικά το ποσοστό θνησιμότητας των τραυματιών. Κατόρθωσε να ιδρύσει το 1860 σχολή νοσοκόμων στο Λονδίνο. Η προσωπικότητά, οι αξίες της και οι οργανωτικές της δεξιότητες έθεσαν τα θεμέλια του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.

ερευνητές προσπάθησαν να καταγράψουν έναν κοινό ορισμό για τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, εν τούτοις αυτό δεν επετεύχθη, αφού στην προσπάθεια αυτή καταγράφηκαν πολλές και διαφορετικές μεταξύ τους απόψεις, ίσως και εκ διαμέτρου αντίθετες.

Ένας από τους ευρέως αποδεκτούς ορισμούς που δόθηκε στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση είναι αυτός που διατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1980) και αναφέρεται στην εκπαίδευση που λαμβάνει ο επαγγελματίας υγείας μετά το τέλος της βασικής επαγγελματικής κατάρτισης ή οποιασδήποτε πρόσθετης προηγμένης εκπαίδευσης, γενικής ή ειδικότητας, για τη βελτίωση της ικανότητας εφαρμογής και όχι για την απόκτηση νέου διπλώματος ή άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Επομένως, διαφέρει, από τις ακαδημαϊκές επιδιώξεις ως προς το γεγονός ότι δεν οδηγεί σε απόκτηση πτυχίου ή διπλώματος, αφού αυτό δεν αποτελεί σκοπό της. Έτσι, η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση αφορά οργανωμένη, μη ακαδημαϊκή εκπαίδευση μετά τη συμπλήρωση του βασικού προγράμματος σπουδών, έστω κι αν η συνεχής εκπαίδευση συντελεί στην ακαδημαϊκή προαγωγή (Λανάρα 1999).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (American Nurses' Association, ANA) την ορίζει ως 'τις προγραμματισμένες/οργανωμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην ενίσχυση της εκπαιδευτικής και εμπειρικής βάσης των νοσηλευτών, με απώτερο σκοπό την ενίσχυση της κλινικής πράξης, της εκπαίδευσης, της διοίκησης, της έρευνας και της ανάπτυξης θεωριών, με τελικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας των πολιτών' (American Nurses' Association 1984). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, οι δραστηριότητες δεν αποτελούν τυχαίες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αλλά προγραμματισμένες και οργανωμένες με διττό στόχο: την ενίσχυση των νοσηλευτών σε θέματα θεωρίας και κλινικής πράξης αλλά και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των αποδεκτών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νοσηλευτικών Ενώσεων (European Federation of Nurses Associations) αναφέρει ότι η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση αποτελεί μέρος της Δια Βίου Μάθησης, περιγράφοντας την ως μια συνεχή διαδικασία προσωπικής ανάπτυξης, με σκοπό τη βελτίωση της ικανότητας και την αξιοποίηση του συνόλου των δυνατοτήτων των επαγγελματιών στον εργασιακό τους χώρο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την απόκτηση και ανάπτυξη ενός ευρέος φάσματος γνώσεων, δεξιοτήτων

και εμπειριών, που δεν μπορούν συνήθως να αποκτηθούν κατά την αρχική εκπαίδευση ούτε κατά την άσκηση των καθηκόντων (EFN 2012).

Μια ακόμη προσπάθεια διατύπωσης ορισμού καταγράφεται στο Mosby's, Medical, Nursing and Allied Health Dictionary, όπου διατυπώνεται ότι η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση περιλαμβάνει 'τα επίσημα εκπαιδευτικά προγράμματα σχεδιασμένα με σκοπό την προαγωγή της γνώσης, των δεξιοτήτων και των επαγγελματικών συμπεριφορών των νοσηλευτών. Τα προγράμματα είναι συνήθως βραχυπρόθεσμα και εξειδικευμένα, παρέχοντας ένα πιστοποιητικό/βεβαίωση παρακολούθησης μιας σειράς μαθημάτων ή αποδίδοντας έναν αριθμό μονάδων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ή επιβεβαιώνοντας την παρακολούθηση συγκεκριμένων ωρών εκ μέρους του εκπαιδευόμενου' (Anderson 1998).

Στο Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 'Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας' αναφέρεται ότι 'ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης'. Μεταξύ των μελετητών του όρου, άλλοι επικεντρώνονται στην έννοια της υποκίνησης και ενεργού συμμετοχής του εκπαιδευόμενου με σκοπό την ανάπτυξη της γνώσης του (Stanford 1989), ενώ, αντιθέτως, η Hughes έδωσε έμφαση σε προγραμματισμένες και σχεδιασμένες δραστηριότητες εκπαίδευσης, όπως για παράδειγμα τα συνέδρια (Hughes 1990). Ο διαχωρισμός της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης σε δυο διακριτές κατηγορίες από τον Barber (1977) έδωσε μια σαφέστερη εικόνα του περιεχομένου του όρου αυτού. Οι δυο κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν:

A) την ανεπίσημη εκπαίδευση, με δραστηριότητες όπως μελέτη, ανάγνωση, πλοήγηση και αναζήτηση στο διαδίκτυο, συμμετοχή σε ομάδες εργασίας και επιτροπές, εκπαίδευση από εμπειρότερους συναδέλφους και B) την επίσημη εκπαίδευση, που περιλαμβάνει οργανωμένα προγράμματα, συνέδρια, σεμινάρια. Στην πρώτη κατηγορία, η προσπάθεια για μάθηση είναι αυτοκατευθυνόμενη, ενώ στη δεύτερη κατευθύνεται συνήθως από άλλους φορείς.

3.2.1. Σκοπός Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης

Ήδη από τη δεκαετία του '70, υπάρχουν αναφορές στη σπουδαιότητα της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Η Popiel αναφέρει ότι αυτή αποσκοπεί

στην προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών αλλά και στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, απαραίτητων για την επιτέλεση του έργου τους (Poriel 1977). Αρκετά χρόνια αργότερα, η Λανάρα (1999) τονίζει το ρόλο της, υποστηρίζοντας ότι η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση έχει ως στόχους:

- ✓ Την ανατροφοδότηση των γενικών αλλά και των ειδικών γνώσεων με τον εμπλουτισμό με νέες. Με αυτόν τον τρόπο, ο νοσηλευτής ασκεί έργο τεκμηριωμένο επιστημονικά, βασισμένο σε γνώσεις και τεχνικές.
- ✓ Την αναθεώρηση και τροποποίηση παλαιότερων γνώσεων, για την ανάδειξη νέων επιστημονικών μεθόδων και γνώσεων.
- ✓ Την ανάπτυξη δεξιοτήτων κατά την εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων.
- ✓ Την αλλαγή της στάσης και της συμπεριφοράς των νοσηλευτών στο πλαίσιο των συνεχώς μεταβαλλόμενων κοινωνικών συνθηκών. Οι μεταβαλλόμενες κοινωνικές αντιλήψεις οδηγούν στην ανάγκη για προσαρμογή των στάσεων και των συμπεριφορών των νοσηλευτών, με παράλληλη διατήρηση του ορθού προσανατολισμού τους στον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα του λειτουργήματος τους και την επαγγελματική τους ταυτότητα.
- ✓ Την προαγωγή της θεωρίας, της διοίκησης και της έρευνας για την ανάπτυξη και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.
- ✓ Την ανάδειξη της συμβολής της Νοσηλευτικής Επιστήμης, ως επιστημονικού επαγγέλματος και χώρου που στηρίζεται στην έρευνα, τις εξελίξεις της τεχνολογίας και τη διεπιστημονική συνεργασία με σκοπό την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- ✓ Την πληρέστερη αναγνώριση, εκτίμηση και ιεράρχηση αναγκών υγείας ατόμων, οικογενειών και ομάδων σύμφωνα με τα νοσηλευτικά πρότυπα και τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα.
- ✓ Την προσπάθεια δημιουργίας κλίματος επαγγελματισμού, καθώς και καλής συνεργασίας με άλλα επαγγέλματα και τομείς της υγείας.
- ✓ Την ανάδειξη ηγετικών φυσιογνωμιών, τόσο ως εκπαιδευτών ικανών να καθοδηγήσουν νέους νοσηλευτές, όσο και ως σωστών και υπεύθυνων νοσηλευτών που θα σέβονται τον άνθρωπο, τη ζωή και το λειτουργήμα που επαγγέλλονται.

- ✓ Την επίτευξη άμεσων αποτελεσμάτων κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής πράξης αλλά και κατά τη διάρκεια εφαρμογής του προγράμματος από τους εκπαιδευόμενους.

Τονίζεται δε, ότι οι οργανωτικοί φορείς των εκπαιδευτικών προγραμμάτων θα πρέπει να αξιολογούν συνεχώς τις γνώσεις και δεξιότητες των εκπαιδευομένων νοσηλευτών μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος και την επαναξιολόγηση τους μετά από συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (Σουρτζή 2001).

3.2.2. Εκπαιδευτικές Ανάγκες Νοσηλευτών

Ως εκπαιδευόμενοι, οι νοσηλευτές έχουν την ανάγκη να επιλέγουν εκπαιδευτικά προγράμματα που αντανακλούν τα προσωπικά τους ενδιαφέροντα και τις μαθησιακές τους ανάγκες (Lindner 1998, Timms 1995). Ωστόσο, σε έναν αριθμό ερευνητικών μελετών, που πραγματοποιήθηκαν τόσο σε αμερικανικό όσο και σε ευρωπαϊκό έδαφος, οι νοσηλευτές φαίνεται ότι δεν συμμετέχουν σε τέτοιου είδους προγράμματα με βάση την επιθυμία τους για ενίσχυση των γνώσεών τους (Waddell 1993, Thurston 1992, Larcombe 1991, Turner 1991, Lindsay 1990) αλλά με σκοπό τη θεσμική τους κάλυψη, όπως για παράδειγμα, την αναθεώρηση του δικαιώματός τους να ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα (Lawton 2003, Grossman 1998).

Ανάμεσα στους λόγους συμμετοχής τους στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, οι συμμετέχοντες σε μια ερευνητικών μελέτη των O' Connor και συνεργατών το 1982 αξιολόγησαν ως πιο σημαντικούς την απόκτηση γνώσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Οι Turner και συνεργάτες (1991) επισήμαναν ότι οι νοσηλευτές που ερωτήθηκαν σε μια αντίστοιχη μελέτη, χαρακτήρισαν ως οφέλη της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης την προσωπική ικανοποίηση, τη χαρά της μάθησης, τη γνώση νέων τεχνικών και την αυτοπεποίθηση. Μάλιστα, μια μετά-ανάλυση 34 μελετών των Waddell και συνεργατών έδειξε τη θετική επίδραση αυτής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική πρακτική (Waddell 1993).

Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται ότι η κινητήριος δύναμη πίσω από τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση δεν είναι μόνο οι προσωπικές ανάγκες των εκπαιδευομένων (Grossman

1998). Πολλοί εργοδότες αλλά και επαγγελματικοί οργανισμοί δραστηριοποιούνται για να διασφαλίσουν την επικαιροποίηση των γνώσεων και την ικανότητα για σωστή και αποτελεσματική εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Eustace 2001, Grossman 1998). Ωστόσο, κάθε μία από αυτές τις πλευρές καθοδηγείται από διαφορετικούς λόγους. Οι υγειονομικές αρχές ενδιαφέρονται περισσότερο για το κόστος παροχής υψηλού επιπέδου φροντίδας υγείας αλλά και για την προστασία τους σε περίπτωση δικαστικών αγωγών και αποζημιώσεων, ενώ οι επαγγελματικοί φορείς για την επαγγελματική ανάπτυξη και τη διασφάλιση της αυτονομίας (Grossman 1998). Συμπληρωματικά, ενώ οι επαγγελματικοί φορείς ενδιαφέρονται περισσότερο για την επίτευξη του στόχου τους μέσα από προγράμματα δια βίου μάθησης και έρευνας, οι υγειονομικές αρχές επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των άμεσων και βραχυπρόθεσμων αναγκών μέσα από προγράμματα προσανατολισμού των νέων εργαζομένων, την ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και την απόκτηση νέων δεξιοτήτων (Lawton 2003). Είναι φανερό ότι αν και ο στόχος παραμένει η διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον πελάτη-ασθενή, οι διαφορετικές προσεγγίσεις μέσω των οποίων σχεδιάζονται οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες οδηγούν σε διαφορετικούς δρόμους. Αυτό, ίσως, να εξηγεί και τους λόγους για τους οποίους σε πολλές χώρες, τα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης πραγματοποιούνται με ευθύνη του οργανισμού που απασχολεί τον νοσηλευτή (για παράδειγμα, το νοσοκομείο), ενώ σε άλλες, αυτά σχεδιάζονται και παρέχονται από το εθνικό νοσηλευτικό θεσμικό όργανο που ρυθμίζει ζητήματα επαγγελματικής πρακτικής. Εν τω μεταξύ, οι νοσηλευτές συνεχίζουν να συμμετέχουν σε αντίστοιχα εκπαιδευτικά προγράμματα, χωρίς να συμμετέχουν στην οργάνωση και ανάπτυξη τους (Nolan 1995). Ο καθορισμός της κατεύθυνσης που παίρνει η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση φαίνεται να είναι ένα κρίσιμο ζήτημα, αφού πολλοί παράγοντες συμμετέχουν σε αυτό. Έτσι, είναι πιθανό οι νοσηλευτές να ακολουθούν περισσότερο προγράμματα όπως αυτά διαμορφώνονται από τις επαγγελματικές απαιτήσεις ή τις απαιτήσεις του οργανισμού στον οποίο εργάζονται, όχι όμως και τις δικές τους ανάγκες. Ουσιαστικά, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων μπορεί να ενισχυθεί μέσα από τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων πλευρών σε συζητήσεις, κατά τη φάση του σχεδιασμού και πριν την πραγματοποίησή τους (Grossman 1998).

3.2.3. Υποχρεωτική ή Εθελοντική συμμετοχή;

Το ζήτημα της υποχρεωτικής ή εθελοντικής συμμετοχής στα προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης αναδεικνύεται εξαιρετικά σημαντικό ήδη από τη δεκαετία του 1970 (Field 2004), αφού κάθε επαγγελματικός χώρος (και πολύ περισσότερο ο χώρος φροντίδας υγείας) θα πρέπει να απαρτίζεται από υπεύθυνους επαγγελματίες, με επικαιροποιημένες γνώσεις και δεξιότητες. Ιδιαίτερα για τους επαγγελματίες υγείας, έχει διατυπωθεί ότι ο χρόνος ημίσειας ζωής της γνώσης τους ποικίλλει μεταξύ δυο και πέντε ετών (Hudges 1990).

Η υποχρεωτική Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση έχει οριστεί ‘ως σεμινάρια και/ή προγράμματα συνεχιζόμενης πέρα από τη βασική εκπαίδευση, στα οποία ο επαγγελματίας συμμετέχει προκειμένου να αποκτήσει πιστωτικές εκπαιδευτικές μονάδες, όπως αυτό απαιτείται από τις κρατικές επιτροπές χορήγησης άδειας ασκήσεως επαγγέλματος, τους επαγγελματικούς οργανισμούς ή το εργασιακό περιβάλλον, ώστε να διατηρήσει την άδεια, την πιστοποίηση και/ή την εργασία του’ (Little 1993). Οι πιστωτικές μονάδες εξαρτώνται από τη χρονική διάρκεια της δραστηριότητας και συγκεκριμένα, στην επίσημη εκπαίδευση, 60 λεπτά (1 ώρα) παρέχουν 1 πιστωτική μονάδα, ενώ στην ανεπίσημη εκπαίδευση, προβλέπεται η θέσπιση κριτηρίων με βάση τα οποία θα πραγματοποιηθεί η επίδοση των πιστωτικών μονάδων (Davis 2008).

Πολλές φορές, ο εθελοντικός χαρακτήρας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μπορεί να μην αποτελεί δεσμευτικό παράγοντα για μερικούς νοσηλευτές, αν και αυτό θα μπορούσε να αποτελεί μια ιδανική προσέγγιση. Έχει προταθεί, λοιπόν, επίκεντρο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων να αποτελούν εκείνα τα άτομα που δεν επιλέγουν τη διαβίου μάθηση λόγω νωθρότητας ή αδιαφορίας (Carpenito 1991, Brown 1988) και ίσως, αυτά τα άτομα να έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (Casey 1991a, Puetz 1980). Μάλιστα, η Maple αναφέρει ότι μέσω της υποχρεωτικής συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, θα προστατευτεί η δημόσια υγεία από τους αδιάφορους επαγγελματίες, ώστε να αυξηθεί η εμπιστοσύνη των πολιτών στα επαγγέλματα υγείας (Maple 1987), αφού μέσω αυτής, διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα της κλινικής πρακτικής των νοσηλευτών (Mansouri 2007, Fisher 2000).

Οι υποστηρικτές της υποχρεωτικής συμμετοχής θεωρούν ότι με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται και βελτιώνεται το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας (Casey 1991a, 1991b), αντίληψη εκ διαμέτρου αντίθετη με τους υποστηρικτές της εθελοντικής συμμετοχής, που τονίζουν ότι εφ' όσον δεν υπάρχει η δυνατότητα καταγραφής της βελτίωσης της νοσηλευτικής πρακτικής, δεν υπάρχει λόγος ύπαρξης υποχρεωτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Phillips 2012, Griffin 1978). Ακόμα κι αν οι νοσηλευτές υποχρεωθούν να τα παρακολουθήσουν, αυτό δεν σημαίνει ότι θα βελτιώσουν τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους (Davee 1995, Brockett 1992, Carpenito 1991), διαχωρίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την έννοια της μάθησης από την έννοια της εκπαίδευσης. Όπως προτείνεται από τους Barriball και συνεργάτες (1992), καθοριστικής σημασίας παράγοντας για την απόκτηση γνώσεων είναι η έμφυτη κινητοποίηση για μάθηση, όπως αυτή εκφράζεται από κάθε ενδιαφερόμενο, αφού η επιθυμία του εκπαιδευόμενου να ωφεληθεί από τη μάθηση κρίνει και το αποτέλεσμα (Chiplin 2002). Ο Morrison (1992) επισημαίνει ότι η υποχρεωτική συμμετοχή σε αυτά τα εκπαιδευτικά προγράμματα έρχεται σε αντίθεση με τη φύση των ενηλίκων, την εκπαίδευση τους αλλά και με το περιεχόμενο και τη φύση του επαγγέλματος, αφού οι επαγγελματίες είναι υπεύθυνοι για τις γνώσεις και δεξιότητες τους, την επαγγελματική συμπεριφορά και πρακτική τους. Προς το σκοπό αυτό, επιλέγουν τους τρόπους και τις διαδικασίες μέσω των οποίων θα πραγματοποιηθούν τα προαναφερθέντα (Field 2004). Επιπρόσθετα, η εκ των άνω προσέγγιση των υποχρεωτικής συμμετοχής προγραμμάτων θεωρείται από πολλούς νοσηλευτές ότι είναι κατευθυνόμενη, αφού δεν επιτρέπει σε εκείνους να εκφράσουν τη γνώμη τους (Casey 1991b). Τέλος, παράμετροι που φαίνεται να επηρεάζουν τη συμμετοχή (υποχρεωτική ή εθελοντική) είναι το κόστος των προγραμμάτων, ο χρόνος που διαρκούν, η προσβασιμότητα των ενδιαφερομένων, τα εργασιακά εμπόδια αλλά και προσωπικοί λόγοι που αποτρέπουν τους ενδιαφερόμενους (Bibb 2003, Ashton 2002, Harper 2000).

Ένα σημαντικό ζήτημα που αναδύεται μέσα από τη συζήτηση για τον υποχρεωτικό ή εθελοντικό χαρακτήρα των προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης αφορά στην ποιότητα αυτών. Η μαζικότητα των παρεχόμενων προγραμμάτων και δραστηριοτήτων υποχρεωτικού χαρακτήρα οδηγεί στην παρατήρηση ότι αυτά ανταποκρίνονται στις μέσες εκπαιδευτικές ανάγκες των συμμετεχόντων (Brennan 1992). Οι υποστηρικτές μάλιστα, της εθελοντικής συμμετοχής εστιάζουν στη δυνατότητα των νοσηλευτών να παρακολουθούν προγράμματα που καλύπτουν τις ανάγκες τους για μάθηση ή

σχετίζονται με το περιεχόμενο και τη φύση του επαγγέλματος τους (παραδείγματος χάριν, ανάγκες μάθησης τεχνικών και δεξιοτήτων που σχετίζονται με το συγκεκριμένο νοσηλευτικό τμήμα και χώρο στον οποίο εργάζονται).

Μια συνοπτική παρουσίαση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των υποχρεωτικών και εθελοντικών προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης καταγράφεται από την Μαλλίδου (1997). Στα πλεονεκτήματα της υποχρεωτικής συμμετοχής περιλαμβάνονται:

- ✓ Το μειωμένο κόστος παρακολούθησης των προγραμμάτων ανά νοσηλεύτη.
- ✓ Η οργάνωση από πιστοποιημένους φορείς.
- ✓ Η μείωση του χρόνου που απαιτείται για την πραγματοποίησή τους, αφού οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται στο χώρο εργασίας τους κατά τις ώρες απασχόλησής τους.

Στα πλεονεκτήματα της εθελοντικής συμμετοχής κατατάσσονται:

- ✓ Η δυνατότητα που δίνεται στον ενδιαφερόμενο να αναγνωρίσει τις προσωπικές του ανάγκες,
- ✓ να αναζητήσει λύσεις σε υπαρκτά προβλήματα με ρεαλιστικές βάσεις, να βασίζεται στις εμπειρίες του,
- ✓ να διαμορφώσει τους στόχους του και να εντοπίσει τις ελλείψεις του επιλέγοντας και εφαρμόζοντας τις κατάλληλες στρατηγικές και αξιολογώντας τα αποτελέσματα με ή χωρίς τη βοήθεια των άλλων,
- ✓ να καθορίσει τη δική του προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη,
- ✓ να επιλέγει τα θέματα που τον ενδιαφέρουν και
- ✓ να διατηρεί την ποιότητα μάθησης σε υψηλά επίπεδα, καθώς θέματα μειωμένου ενδιαφέροντος κινδυνεύουν να αποτύχουν λόγω περιορισμένης συμμετοχής των εκπαιδευομένων σε αυτά.

Από την άλλη πλευρά, τα μειονεκτήματα της υποχρεωτικής παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στη νοσηλευτική περιλαμβάνουν:

- ✓ Την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών και όχι των προσωπικών αναγκών επιμόρφωσης των νοσηλευτών.
- ✓ Την έλλειψη αξιολόγησης του προγράμματος, την έλλειψη στοχοθεσίας αλλά και το περιορισμένο ενδιαφέρον των υπευθύνων φορέων για τη βελτίωση των προγραμμάτων.

- ✓ Την έλλειψη παροχής κινήτρων από την πλευρά της υπηρεσίας για παρακολούθηση των προγραμματισμένων μαθημάτων.
- ✓ Την έλλειψη ενδιαφέροντος για το πρόγραμμα, εφόσον αυτό δεν αποτέλεσε επιλογή των εκπαιδευομένων.
- ✓ Την έλλειψη πρωτοβουλίας για επιμόρφωση από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο νοσηλευτή.

Η μελέτη των Duquette και συνεργατών (1988) εντόπισε μια σειρά μειονεκτημάτων που αφορούν στην εθελοντική συμμετοχή και συγκεκριμένα:

- ✓ Την έλλειψη συνάφειας του προγράμματος Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης με το αντικείμενο και περιεχόμενο της εργασίας του.
- ✓ Ο περιορισμένος χρόνος που λειτουργεί ανασταλτικά στην εκπαίδευση του.
- ✓ Το κόστος της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης.
- ✓ Οι προσωπικές δραστηριότητες και εμπόδια (όπως η οικογένεια και τα παιδιά).
- ✓ Η αδυναμία των εργαζομένων να διακρίνουν την ανάγκη για επιμόρφωση.
- ✓ Η έλλειψη επαγγελματικής συνείδησης.

Ένα ιδιαίτερο μοντέλο που έχει υιοθετηθεί από φορείς, όπως ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών και το οποίο εφαρμόζεται σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ, περιλαμβάνει την υποχρεωτική-μερικώς κατευθυνόμενη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Σε αυτήν την περίπτωση, η παρακολούθηση προγραμμάτων είναι απαραίτητη για τους νοσηλευτές όταν, για παράδειγμα, πρόκειται για ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος. Ακόμη, όμως, και σε αυτήν την περίπτωση, ο ενδιαφερόμενος νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ένα μέρος από τα προγράμματα Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του.

3.2.4. Φορείς Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης

Φορείς αρμόδιοι για το σχεδιασμό και την πραγματοποίηση προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης μπορούν να θεωρηθούν εκείνοι που σχετίζονται με τον επαγγελματικό τομέα. Συγκεκριμένα, στους σχετικούς φορείς για τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση περιλαμβάνονται:

- ✓ το Υπουργείο Υγείας,
- ✓ τα Νοσηλευτικά Πανεπιστημιακά και Τεχνολογικά Ιδρύματα,

- ✓ τα Νοσοκομεία,
- ✓ οι επιστημονικές και επαγγελματικές ενώσεις και συγκεκριμένα η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) και ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ),
- ✓ οι φαρμακευτικές βιομηχανίες και επιχειρήσεις,
- ✓ οι βιομηχανίες και επιχειρήσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας,
- ✓ οι ασφαλιστικές εταιρείες, τα ασφαλιστικά ταμεία και
- ✓ φυσικά, τα ίδια τα άτομα.

3.2.5. Χρηματοδότηση Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης

Υποστηρίζεται συχνά, ότι η χρηματοδότηση αποτελεί ευθύνη εκείνων που ωφελούνται από τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση. Η ιδιαιτερότητα, όμως, του χώρου υγείας έγκειται στο ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες στοχεύουν στην ωφέλεια πρωτίστως των ασθενών, επομένως, του κοινωνικού συνόλου. Στην Ελλάδα, ένα σημαντικό μέρος των χρηματικών πόρων που απαιτούνται για την παρακολούθηση προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης καλύπτεται συχνά από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους. Όμως, για αρκετά χρόνια, πραγματοποιούνταν άντληση επιχορηγήσεων για την κάλυψη εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων των επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) από εμπορικές εταιρείες, δραστηριοποιούμενες στο χώρο της υγείας, για παράδειγμα, φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού και μηχανημάτων. Η συγκεκριμένη τακτική, επικριθείσα από μελετητές ως προς τη διαφάνεια της επιχορήγησης και την υποψία ωφελιμιστικής σχέσης μεταξύ των δυο πλευρών, ακολουθούνταν και από πολλές ευρωπαϊκές χώρες (Starke 2008). Θα πρέπει, πάντως, να επισημανθεί ότι η χρηματοδότηση τέτοιας μορφής προγραμμάτων θα πρέπει να συνάδει με το σκοπό αυτών, δηλαδή το όφελος πρωτίστως για το κοινωνικό σύνολο.

3.2.6. Κίνητρα Νοσηλευτών για συμμετοχή σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Τα τελευταία 30 περίπου χρόνια, μεγάλος αριθμός ερευνητικών μελετών έχει διενεργηθεί με σκοπό τη διερεύνηση της παρακίνησης των επαγγελματιών υγείας, μεταξύ των οποίων και των νοσηλευτών, σε προγράμματα και δραστηριότητες

Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Ως παρακίνηση μπορεί να οριστεί η διεργασία που συντελείται και ευθύνεται για την ένταση, κατεύθυνση και επιμονή των προσπαθειών ενός ατόμου για την κατάκτηση ενός στόχου (Robbins 2012).

Η διατήρηση του επαγγελματικού κύρους αλλά και η βελτίωση των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών φαίνεται να αποτελούν τα σημαντικότερα κίνητρα των νοσηλευτών για συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα, όπως αυτό αναδύθηκε από ερευνητική μελέτη της O' Connor (1979), η οποία αποτελεί μία από τις πρώτες μελέτες διερεύνησης κινήτρων. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της αφορούσε στη διερεύνηση της συσχέτισης των κινήτρων των νοσηλευτών με το θεσμικό καθεστώς της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η υποχρεωτική μορφή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης – ακόμα και ως προτεινόμενη μορφή - είχε πολύ μικρή επίδραση στα κίνητρα των νοσηλευτών του δείγματος. Η ίδια ερευνήτρια διενήργησε λίγα χρόνια αργότερα μια μεγαλύτερης κλίμακας μελέτη με δείγμα νοσηλευτές που παρακολούθησαν εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοεκπαίδευσης, η οποία επιβεβαίωσε τα ευρήματα της πρώτης (O' Connor 1982). Λίγα χρόνια αργότερα, η Thomas (1986) οδηγήθηκε στα ίδια συμπεράσματα. Συγκεκριμένα, στη μελέτη της, ως σημαντικότερο κίνητρο θεωρήθηκε η επαγγελματική βελτίωση και ανάπτυξη, ενώ με χαμηλή βαθμολογία αξιολογήθηκε η συμμόρφωση με την εφαρμογή υποχρεωτικών προγραμμάτων, ευρήματα με τα οποία έρχονται σε συμφωνία και οι μεταγενέστερες των Kristjanson (1989) και Waddell (1993).

Η απόκτηση γνώσεων και η βελτίωση τόσο των κλινικών όσο και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων μνημονεύονται ως πρωτεύοντα κίνητρα για συμμετοχή και παρακολούθηση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Badu-Nyarko 2015, Shahhosseini 2015, Hamzehgardeshi 2014, Ni 2014, Chan Chong 2011, Lai 2006, Levett-Jones 2005). Εκτός από τα ανωτέρω, σε μια ενδιαφέρουσα μελέτη καταγράφεται η τάση των νοσηλευτών να θεωρούν ως κίνητρο την ανάγκη για πρακτική τεκμηριωμένη σε ενδείξεις και την αντιμετώπιση ζητημάτων και προβλημάτων που αναδύονται κατά την άσκηση των καθηκόντων τους με βάση τις γνώσεις θεωριών ηγεσίας και διοίκησης υπηρεσιών υγείας (Nalle 2010).

Η υποστήριξη από τον εργοδότη αναφέρεται, επίσης, ως ενθαρρυντικός παράγοντας (Glass 1999, Kersaitis 1997), όπως και η διαθεσιμότητα εκπαιδευτικών προγραμμάτων

και η ενθάρρυνση από συναδέλφους και συνεργάτες (Glass 1999). Από τα προσωπικά χαρακτηριστικά, ο οικονομικός παράγοντας φαίνεται να επηρεάζει ευθέως τη συμμετοχή των συμμετεχόντων στα εκπαιδευτικά προγράμματα (Flores & Castillo 2006, DeSilets 1995, Waddell 1993).

Μία από τις σημαντικότερες μελέτες ως προς την υποκίνηση των νοσηλευτών στη συμμετοχή σε Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση διεξήχθη από τη DeSilets το 1995, κατά τη διάρκεια ενός συνεδρίου Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στις ΗΠΑ. Ως περισσότερο δημοφιλή μεταξύ των συμμετεχόντων αξιολογήθηκαν η παρακολούθηση των νέων εξελίξεων στη νοσηλευτική επιστήμη αλλά και η επαγγελματική ανάπτυξη και βελτίωση των δεξιοτήτων. Επιπρόσθετα, η ποιοτική αναβάθμιση του επιπέδου σπουδών τους αποτελούσε κριτήριο για όσους νοσηλευτές διέθεταν μόνο το βασικό πτυχίο. Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης αυτής ήταν το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες σε αυτήν, κατά το χρόνο πραγματοποίησης της μελέτης, ήδη συμμετείχαν σε συνέδριο-εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Στη μελέτη των Flores & Castillo 2006, όπου το δείγμα προερχόταν τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, η εργασία σε βάρδιες και το επίπεδο χρησιμότητας των προγραμμάτων είχαν σημαντική επίδραση στους εργαζομένους του ιδιωτικού τομέα, ενώ για το δημόσιο τομέα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές που ακολουθούν κυκλικό ωράριο εργασίας δεν παρακολούθησαν εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες. Επίσης, η συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση φάνηκε να επηρεάζεται από το ακαδημαϊκό επίπεδο αλλά και τη θέση εργασίας, επιβεβαιώνοντας τα συμπεράσματα προηγούμενων μελετών (DeSilets 1995, Waddell 1993). Ως προς τα κίνητρα συμμετοχής, σημαντική θεωρήθηκε η διάσταση της επαγγελματικής βελτίωσης και ανάπτυξης, ενώ χαμηλότερες βαθμολογίες σημειώθηκαν στη διάσταση της κοινωνικής επαφής και αλληλεπίδρασης με άλλους. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι όσο πιο χρήσιμα θεωρούσαν οι νοσηλευτές τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τόσο μεγαλύτερο κίνητρο είχαν για να συμμετάσχουν σε αυτά, αν και σε πρόσφατη μελέτη που διενεργήθηκε στην Ολλανδία αναφέρεται ότι η χρησιμότητα και σημαντικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων εξαρτάται από τις συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιούνται (Brekelmans 2016).

Στη μελέτη των Murphy και συνεργατών (2011), που διενεργήθηκε στην Ιρλανδία, ανάμεσα σε άλλα κίνητρα συμμετοχής των νοσηλευτών (όπως επικαιροποίηση

γνώσεων και δεξιοτήτων, μεγαλύτερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, επικοινωνία και συνεργασία με τους συνεργάτες) αναφέρεται στην τρίτη θέση προτίμησης, η αυξημένη προσδοκία για αναβάθμιση και προαγωγή. Το κίνητρο αυτό αντανακλά τις προσδοκίες των νοσηλευτών, έτσι ώστε η προαγωγή και η βαθμολογική τους εξέλιξη να μην πραγματοποιείται βάσει των χρόνων υπηρεσίας και τα κριτήρια αρχαιότητας, αλλά και με κριτήριο τη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά προγράμματα, στα πλαίσια της επιβράβευσης από τη Διοίκηση.

Είναι αξιοσημείωτο ότι αν και η σύνδεση της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης με την ανανέωση της άδειας ασκήσεως επαγγέλματος παρατηρείται σε αρκετές μελέτες (Zhang 2010, Gallagher 2007, Shen 1998), εν τούτοις η υποχρεωτική μορφή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων δε φαίνεται να είναι επαρκής λόγος συμμετοχής σε αυτά για τους νοσηλευτές (Chan Chong 2011, Lai 2006.)

Από τις πιο πρόσφατες ερευνητικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο ως προς τα κίνητρα συμμετοχής είναι η μελέτη των Kamariannaki και συνεργατών (2017) με δείγμα 475 νοσηλευτές, πραγματοποιηθείσα σε τρία νοσοκομεία (ένα στην Αθήνα και δυο στην περιφέρεια, Καλαμάτα και Κυπαρισσία). Σε αυτήν, το 62,3% των συμμετεχόντων φαίνεται να διατηρεί θετικές αντιλήψεις και νοοτροπίες ως προς το σχεδιασμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης με βάση τις πραγματικές ανάγκες. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν σε υψηλά ποσοστά, την επαγγελματική βελτίωση και ανάπτυξη, την επαγγελματική εξυπηρέτηση, τη συλλογική μάθηση και αλληλεπίδραση, τα προσωπικά οφέλη και την εργασιακή ασφάλεια και την επαγγελματική δέσμευση, η οποία είχε την υψηλότερη μέση τιμή. Επίσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει τη συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, αφού όσο υψηλότερο το εκπαιδευτικό επίπεδο, τόσο μεγαλύτερη και η συμμετοχή των νοσηλευτών.

Μια ακόμη πολύ πρόσφατη ερευνητική μελέτη είναι αυτή της Καραθανάση (2017), που διενεργήθηκε σε νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, δυναμικότητας 250 κλινών, με δείγμα 167 νοσηλευτές. Αν και ως σημαντικότερα χαρακτηρίστηκαν τα κίνητρα που αφορούν στην προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη (εφ' όσον συνδέονται με τη βελτίωση των δεξιοτήτων και προσόντων), εν τούτοις, ένα μικρό ποσοστό φαίνεται να συμμετέχει ενεργά σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Σημαντική θεωρήθηκε επίσης, η κατηγορία κινήτρων που αναφέρεται στις ευκαιρίες σταδιοδρομίας. Μάλιστα, τη

μεγαλύτερη σημασία φαίνεται να έχει η βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης, ενώ έπεται η αύξηση των πιθανοτήτων προαγωγής. Τέλος, η εσωτερική υποκίνηση είναι ένας εξίσου σπουδαίος παράγοντας, εξαρτώμενος, όμως, από τον κάθε εργαζόμενο νοσηλευτή και τα προσωπικά του χαρακτηριστικά.

Με τα αποτελέσματα των Flores και Castillo φαίνεται επίσης, να συμφωνεί και μια ακόμη ερευνητική μελέτη πραγματοποιηθείσα σε ελληνικό γενικό νοσοκομείο, με τη συμμετοχή 102 νοσηλευτών (Μίχου 2015). Η επαγγελματική βελτίωση και ανάπτυξη συγκέντρωσε τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ενώ αντίθετα τη μικρότερη, η αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους.

Στη μελέτη των Καυγά και συνεργατών (2012), πραγματοποιηθείσα σε τρία μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας με δείγμα 100 νοσηλευτές, οι γυναίκες φάνηκε να θεωρούν τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση σημαντικότερη σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Επίσης, ο βαθμός επάρκειας των γνώσεων για παροχή ποιοτικής φροντίδας συσχετίζεται θετικά με τη μεγαλύτερη ηλικία, την υψηλότερη θέση εργασίας και τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας των νοσηλευτών. Η συμμετοχή των νοσηλευτών σε εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες συσχετίζεται αρνητικά με το μεγαλύτερο αριθμό παιδιών και θετικά με τη θέση ευθύνης που κατέχουν καθώς και με το πόσο σημαντική θεωρούν τη συμμετοχή τους. Τέλος, κίνητρο συμμετοχής φαίνεται να αποτελεί για εκείνους η καλύτερη ανταπόκριση στις απαιτήσεις του επαγγέλματος και σε οριακά στατιστικά σημαντικό επίπεδο, η αποτελεσματικότερη ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών.

Στην ερευνητική μελέτη της Παναγιωτοπούλου (2012), που πραγματοποιήθηκε σε ένστολους ιατρούς και νοσηλευτές, το 67,1% των νοσηλευτών είχαν ιδιαίτερα θετική στάση απέναντι στην ανανέωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων τους μέσω προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, με σημαντικό ποσοστό να αναφέρει ότι η συμμετοχή σε αυτά θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική. Ως προς τα κίνητρα, μεγαλύτερη αναγνώριση είχε η βελτίωση των επαγγελματικών ικανοτήτων και υπηρεσιών προς τους ασθενείς και χαμηλότερη, τα προσωπικά οφέλη και η εργασιακή ασφάλεια.

Η προσπάθεια κατηγοριοποίησης των κινήτρων συμμετοχής των νοσηλευτών σε προγράμματα και δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης οδήγησε στην ανάδυση πολλών και διαφορετικών προσεγγίσεων. Μια από τις πλέον πρόσφατες είναι αυτών των Pool και συνεργατών (2016), όπου η κατηγοριοποίηση

πραγματοποιείται με βάση το περιεχόμενο και την προέλευση. Σύμφωνα με το περιεχόμενο διαχωρίζονται σε εκείνα που συνδέονται με το επάγγελμα και σε αυτά που συνδέονται με τα προσωπικά οφέλη. Σύμφωνα με την προέλευση διαχωρίζονται σε εξωτερικά και εσωτερικά. Τα εξωτερικά κίνητρα επιδρούν στη δραστηριοποίηση και απόκτηση γνώσεων που απαιτούνται από τους νοσηλευτές (Ryan 2003), αλλά τα εσωτερικά κίνητρα οδηγούν στη διατήρηση των γνώσεων που αποκτήθηκαν (Deci 1999). Άλλες κατηγοριοποιήσεις περιλαμβάνουν τα οργανωσιακά (σχετιζόμενα με τον οργανισμό), τα ατομικά και τα επαγγελματικά κίνητρα (Morgan 2008, Van de Krogt 2007).

3.2.7. Εμπόδια και φραγμοί για τη συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Εξίσου σημαντική με τη διερεύνηση των κινήτρων θεωρείται και η διερεύνηση των παραγόντων που αναστέλλουν τη συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση. Από τη μελέτη των Duquette (1988) προέκυψαν οκτώ κατηγορίες εμποδίων: ‘μη αναφερόμενη ανάγκη’, ‘έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας’, ‘αρνητικές εντυπώσεις από τα εκπαιδευτικά προγράμματα’, ‘έλλειψη εμπιστοσύνης’, ‘χαμηλός βαθμός προτεραιότητας’, ‘επαγγελματική απαξίωση’, ‘κόστος’ και ‘απουσία οφέλους’, με τις δυο πρώτες να επηρεάζουν περισσότερο τη μη συμμετοχή των 909 συμμετεχόντων στη συγκεκριμένη μελέτη, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Δυο από τις κατηγορίες των εμποδίων (η ‘μη αναφερόμενη ανάγκη’ και η ‘επαγγελματική απαξίωση’) φαίνεται να συσχετίζονται με τις εργασιακές συνθήκες.

Οι περιορισμοί που αφορούν στην εργασία, το κόστος και ο χρόνος φαίνεται να αποτελούν τα πιο σημαντικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ως προς τη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα (Chan Chong 2011, Richards 2010, Sparling 2003, Duquette 1988, Scanlan 1984). Οι επαγγελματικές δεσμεύσεις φαίνεται να αποτελούν τον κυριότερο φραγμό, εφόσον οι νοσηλευτές ακολουθούν το κυκλικό ωράριο εργασίας (Chan Chong 2011, Hegney 2010, Argar 2001), με τους νοσηλευτές της νυχτερινής βάρδιας να έχουν λιγότερες ευκαιρίες για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση (Aoki 2002). Επιπλέον, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας δρα ως βασικός ανασταλτικός παράγοντας, συνδυαζόμενος με την έλλειψη προσωπικού (Shahhosseini 2015, Ebrahimi 2012, Flores 2006), αφού η τελευταία επηρεάζει τον προϊστάμενο στην

απόφαση του να επιτρέψει την παρακολούθηση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων από μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού του ή όχι (Aragar 2001). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Katsikitis και συνεργάτες (2013), επισημαίνοντας, παράλληλα, ότι η πραγματοποίηση τέτοιου είδους προγραμμάτων θα πρέπει να γίνεται εντός εργασιακού ωραρίου. Στην ίδια μελέτη, θεωρήθηκε σημαντική η υποστηρικτική παρέμβαση των διοικητικών παραγόντων του οργανισμού, επηρεάζοντας θετικά τη συμπεριφορά των εργαζομένων απέναντι στα εκπαιδευτικά προγράμματα αλλά και τη βούληση για αλλαγή μετά την επιμόρφωση, εύρημα που ανευρέθηκε σε παλαιότερες χρονικά μελέτες (Aboshaiqah 2011, Hughes 2005). Ιδιαίτερης σημασίας είναι, επίσης, η έλλειψη υποστήριξης σε θέματα εκπαίδευσης από τους συναδέλφους – κυρίως, τους εμπειρότερους (Shahhosseini 2015, Vaezi 2012, Hegney 2010, Gallagher 2007).

Από τις πλέον πρόσφατες, και με ταυτόχρονη διερεύνηση κινήτρων και εμποδίων είναι η μελέτη του Badu-Nyarko (2015), όπου ως πιο συχνά αναφερόμενα εμπόδια αναφέρθηκαν η έλλειψη οικονομικής υποστήριξης, η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα και τα μη ευέλικτα προγράμματα εργασίας, επιβεβαιώνοντας αντίστοιχη μελέτη πραγματοποιηθείσα στη Σαουδική Αραβία (Aboshaiqah 2011).

Οι χρονικοί περιορισμοί και οι οικογενειακές δεσμεύσεις επηρεάζουν συνθήκες όπως, τον προγραμματισμό οικιακών εργασιών και τη φροντίδα των παιδιών. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη μελέτη των Chan Chong (2011), οι περισσότεροι νοσηλευτές με παιδί κάτω των πέντε ετών αδυνατούσαν να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικά προγράμματα. Σε παλαιότερη μελέτη, οι οικογενειακές υποχρεώσεις συγκέντρωσαν την υψηλότερη βαθμολογία ενώ ακολουθούσαν η απαξίωση και το κόστος (Cullen 1998). Η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων στο σπίτι, την εργασία και τη μελέτη που απαιτείται για την παρακολούθηση και ολοκλήρωση των επιμορφωτικών προγραμμάτων θεωρήθηκε ο κυριότερος φραγμός στις μελέτες των Burrow (2016), Murphy (2011) και Gould (2007). Μάλιστα, στη μελέτη των Murphy και συνεργατών που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία, επισημάνθηκαν επίσης, η έλλειψη αναγνώρισης από τον εργοδότη και η δυσκολία εφαρμογής της νέας γνώσης.

Στην πλειοψηφία των μελετών έχουν χρησιμοποιηθεί ποσοτικές μέθοδοι για την εξαγωγή συμπερασμάτων. Αξίζει να σημειωθεί, πάντως, η ύπαρξη μελέτης που πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ημιδομημένων συνεντεύξεων (Bariball 1996) με

ιδιαίτερα μεγάλο δείγμα νοσηλευτών (449 συμμετέχοντες). Η πτωχή χρηματοδότηση, η έλλειψη προσωπικού και οι οικογενειακές υποχρεώσεις αποτελούσαν τα πιο σημαντικά εμπόδια. Σε πιο πρόσφατη ποιοτική μελέτη (Chang 2003), το 98% των συμμετεχόντων υπέδειξε ως σημαντικότερο εμπόδιο τη μεγάλη απόσταση από τον τόπο διεξαγωγής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ενώ έπονταν οι οικογενειακές δεσμεύσεις και η ανεπαρκής υποστήριξη από τους προϊσταμένους.

Μια ακόμη πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη, σε δείγμα 1442 νοσηλευτών στις ΗΠΑ, αφορούσε στη σύγκριση μεταξύ συμμετεχόντων και μη σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (Puetz 1980). Στα άτομα που δεν συμμετείχαν ή παρουσίαζαν μεγαλύτερη τάση μη συμμετοχής περιλαμβάνονταν κλινικοί νοσηλευτές 3ετούς φοίτησης, σε αντίθεση με τους συναδέλφους τους 4ετούς φοίτησης, όπως και στις μελέτες των Chan Chong (2011) και Parochka (1985). Οι συχνότερα αναφερόμενοι φραγμοί αφορούσαν στις οικογενειακές υποχρεώσεις, τον ακατάλληλο τόπο διεξαγωγής των προγραμμάτων καθώς και την αδυναμία απουσίας από την εργασία λόγω φόρτου εργασίας. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι μη συμμετέχοντες νοσηλευτές θεωρούν τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση μια θετική και χρήσιμη δραστηριότητα. Μια πιθανή εξήγηση αυτού διευκρινίζει ότι η απουσία της συμπεριφοράς δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων (Parochka 1985).

Για τους νοσηλευτές αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών, σημαντικότερος φραγμός θεωρείται η απόσταση από τον τόπο διεξαγωγής εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων (Penz 2007, Beatty 2001). Οι οικονομικοί και χρονικοί περιορισμοί συνεισφέρουν αρνητικά στη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά προγράμματα, συνεπικουρούμενοι από την έλλειψη υποστήριξης από προϊσταμένους και συνεργάτες και το μη ευέλικτο ωράριο εργασίας (Beatty 2001). Σε μια αρκετά πρόσφατη μελέτη σε νοσηλευτές αγροτικών περιοχών της Αυστραλίας, ως πιο συχνά αναφερόμενοι φραγμοί αναδείχθηκαν η περιορισμένη προσφορά εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, η έλλειψη χρόνου λόγω φόρτου εργασίας, η μη συνάφεια της θεματολογίας με το περιεχόμενο της εργασίας τους, η απουσία μέσων και εξοπλισμού, η απουσία παρακίνησης, το κόστος (δίδακτρα, έξοδα μετακίνησης και διατροφής) και οι οικογενειακές υποχρεώσεις (Philips 2012). Η ανεύρεση των μέσων και του κατάλληλου τεχνολογικού εξοπλισμού θα μπορούσε να αποτελέσει έναν τρόπο περιορισμού των εξόδων μετακίνησης και διατροφής ή διευθέτησης των οικογενειακών υποχρεώσεων (Kataoka-Yahiro 2011).

Από την ελληνική βιβλιογραφία, στη μελέτη της Καραθανάση (2017) αναφέρεται ότι στο δημόσιο σύστημα υγείας, ως ανασταλτικοί παράγοντες δρουν η έλλειψη καθοδήγησης από τους προϊστάμενους, η έλλειψη ενημέρωσης ως προς τα προσφερόμενα προγράμματα, το κόστος αφού η συμμετοχή καλύπτεται κατά κύριο λόγο από τους ίδιους τους νοσηλευτές, η έλλειψη οργανωμένου Γραφείου Εκπαίδευσης και Έρευνας και τέλος, η έλλειψη χρόνου σε συνδυασμό με το κυκλικό ωράριο.

Σε ερευνητική μελέτη της Δημοπούλου (2012), με δείγμα 70 νοσηλευτές όλων των βαθμίδων επισημαίνεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση τους για συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα και κατά σειρά προτίμησης είναι το προσωπικό ενδιαφέρον, ο διαθέσιμος προσωπικός χρόνος και η συμμετοχή σε προγράμματα χωρίς οικονομική επιβάρυνση. Επιπρόσθετα, ως εμπόδια λειτουργούν η έλλειψη χρόνου, η μεγάλη διάρκεια του προγράμματος και η απόσταση, ενώ η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις. Ένα ποσοστό της τάξης του 9% υποστηρίζει το θεσμό της ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης και την εκπαίδευση εν ώρα εργασίας. Τέλος, στην ερώτηση εάν έχουν αξιοποιηθεί οι γνώσεις τους από την υπηρεσία, το 58% αναφέρει ότι δεν έχει αξιοποιηθεί από την υπηρεσία του στο αντικείμενο που έχει μετεκπαιδευτεί, το 33% πιστεύει ότι η υπηρεσία έλαβε υπ' όψη το αντικείμενο εκπαίδευσης και το 9% δηλώνει ότι η αξιοποίηση είναι περιστασιακή. Στη μελέτη της Καυγά και συνεργατών (2012), ως εμπόδια αναφέρονται η έλλειψη πληροφόρησης ως προς τα προσφερόμενα επιμορφωτικά προγράμματα, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη ενθάρρυνσης από τη διοίκηση, το υψηλό κόστος (άμεσο και έμμεσο), οι οικογενειακές υποχρεώσεις, η απόσταση και η έλλειψη χρόνου.

Ο σημαντικότερος ανασταλτικός παράγοντας για τους νοσηλευτές και στις δυο μελέτες (Πιερράκος 2006, Κυγιόπουλος 2003) βρέθηκε να είναι οι επαγγελματικές δεσμεύσεις. Ακολουθούσαν οι οικογενειακές υποχρεώσεις και το κόστος (Πιερράκος 2006), ενώ στη μελέτη του Μπακάλη (2011), που πραγματοποιήθηκε σε επαρχιακό νοσοκομείο, οι οικογενειακές υποχρεώσεις και η έλλειψη χρόνου αποτέλεσαν τους σημαντικότερους φραγμούς.

Ανάμεσα στους πιο συχνά αναφερόμενους ανασταλτικούς παράγοντες συμμετοχής σε δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές είναι η έλλειψη πληροφόρησης για τα προσφερόμενα προγράμματα, η έλλειψη υποστήριξης και ενθάρρυνσης από τη διοίκηση, η έλλειψη οικονομικής αποζημίωσης, η αδυναμία

λήψης εκπαιδευτικής άδειας (όλοι ανήκουν στην κατηγορία Εργασιακοί Περιορισμοί) και ακολουθούν το κόστος, η έλλειψη χρόνου (είτε με την έννοια του χρόνου που απαιτείται για μελέτη είτε ως χρόνος που καταναλώνεται σε άλλες υποχρεώσεις) και η απαξίωση (λόγω μη ποιοτικών χαρακτηριστικών των εκπαιδευτικών προγραμμάτων) (Παναγιωτοπούλου 2012). Οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη μελέτη ανέφεραν ως σημαντικά εργασιακά εμπόδια την καθημερινή κλινική ρουτίνα, το φόρτο εργασίας και την έλλειψη προσωπικού. Ο συνδυασμός των τριών αυτών παραγόντων οδηγούσαν σε αδυναμία λήψης και αξιοποίησης της εκπαιδευτικής άδειας. Επιπλέον, στην πέμπτη θέση αναγνωρίστηκαν οι οικογενειακές υποχρεώσεις, αφού η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος είχαν δυο παιδιά με μέση ηλικία του μικρότερου παιδιού τα έξι έτη περίπου.

Σε γενικές γραμμές, ανάμεσα στους πιο συχνούς φραγμούς συγκαταλέγονται το κόστος συμμετοχής, ο χρόνος αλλά και οικογενειακές υποχρεώσεις και η φροντίδα των παιδιών (Ni 2014, Dickerson 2010, Nalle 2010, Schweitzer 2010, Skees 2010, Penz 2007, Friedman 2001, Harper 2000, Glass 1999, Kersaitis 1997, Nolan 1995, Kristjanson 1989). Από τους Ni και συνεργάτες (2014) επισημαίνονται δυο ακόμα λόγοι: η έλλειψη ευκαιριών Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και η αρνητική εμπειρία από τη συμμετοχή σε προηγούμενα προγράμματα εκπαίδευσης. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι ακόμη και η αρνητική εμπειρία των χρόνων της βασικής εκπαίδευσης έχει αναφερθεί ως φραγμός, και μάλιστα, φέρεται να ευθύνεται για την παρατηρούμενη απροθυμία για περαιτέρω συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα (Ball 1992). Τέλος, διαπιστώνεται έλλειψη υλικού για τα διαφορετικά είδη μάθησης (Kataoka-Yahiro 2011, Penz 2007).

3.2.8. Οφέλη από τη συμμετοχή στη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Πλήθος ερευνητικών μελετών έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό τη διερεύνηση των επιδράσεων που έχει η εφαρμογή προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στη νοσηλευτική πράξη (Chavasse 1994, Ferguson 1994, Bignell 1988, Cervero 1985). Όπως ευρέως αναγνωρίζεται, εντοπίζονται αρκετές δυσκολίες κατά τη μέτρηση των κλινικών αποτελεσμάτων της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, φαινόμενο πολύ πιο έντονο στο παρελθόν σε σχέση με σήμερα. Παρόλα ταύτα, διάφοροι μελετητές αναγνωρίζουν ότι τα οφέλη από τη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά

προγράμματα και δραστηριότητες αφορούν τον εργαζόμενο, το χώρο εργασίας του και τους ασθενείς, ως αποδέκτες των υπηρεσιών του (Ferguson 1994).

Έχειδειχθεί ότι η εφαρμογή επιμορφωτικών προγραμμάτων επηρεάζει τη συμπεριφορά των νοσηλευτών ως επαγγελματιών, επιδρά στον τρόπο άσκησης του έργου τους και ενισχύει το γνωστικό τους επίπεδο ως προς την αντιμετώπιση και διαχείριση των ασθενών τους (Gallagher 2007). Η ικανοποίηση, η αύξηση των γνώσεων, η βελτίωση της επίδοσης των εργαζομένων και της υγείας των ασθενών αποτελούν τέσσερις βασικούς κρίκους στην αλυσίδα των οφελών της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (Davis 2003).

Τρεις διαστάσεις προσωπικών οφελών αναφέρουν οι ίδιοι οι νοσηλευτές, την αλλαγή συμπεριφοράς απέναντι στην επιστήμη της Νοσηλευτικής, που περιγράφεται ως 'διεύρυνση του ορίζοντα' (Armstrong 2002, Pelletier 1998), την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, που θεωρείται ότι επηρεάζει την επίδοση του εργαζομένου (Fried 2015, Murphy 2011, Spence 2004, Wilson-Barnett 2000, Wood 1998) και, τέλος, την επίδραση στην αφοσίωση-δέσμευση του επαγγελματία (Fried 2015). Επιπρόσθετα, η αναβάθμιση του εργασιακού ρόλου με την εφαρμογή αυτόνομων νοσηλευτικών παρεμβάσεων φαίνεται να έχει σαν συνεπακόλουθο την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών (Armstrong 2002, Boyle 1999, Watson 1987).

Η βελτίωση των γνώσεων και η επαγγελματική ανάπτυξη οδηγεί σε βελτιωμένη φροντίδα υγείας και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Fried 2015, Murphy 2011, Dickerson 2010, Covell 2009, Sweeney 2008, Tedford 2008, Billings 2007, Rassool 2007, Adriaasen 2005, Johnson 2002, Lumsden 1998, Pelletier 1998, Pelletier 1994, Bignell 1988), ενώ, ταυτόχρονα, είναι δυνατό να λειτουργήσει ως προσέλκυση τρίτων σε μελέτη και απόκτηση των απαραίτητων προσόντων (Carlisle 1991). Επισημαίνεται ότι παρατηρείται μια θετική σχέση μεταξύ Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και κλινικής πρακτικής (Richardson 2010, Wyatt 2007, Spence 2004, McCarthy 2003, Pelletier 2003, Wildman 1999), ενώ δεν υπάρχουν μελέτες που να θεωρούν τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση ως παρέμβαση δυνητικά επιζήμια για τον ασθενή. Σε μια οιονεί πειραματική μελέτη, με δυο ομάδες νοσηλευτών (πειραματική και ομάδα ελέγχου) και μετά από την εφαρμογή ενός 12ωρου εκπαιδευτικού προγράμματος, παρατηρήθηκε βελτίωση των δεξιοτήτων κλινικής συλλογιστικής-πράξης και κριτικής σκέψης στην ομάδα που παρακολούθησε το συγκεκριμένο πρόγραμμα (Collins 2013), εύρημα που

συναντάται και σε άλλες μελέτες σχετικά με την κριτική σκέψη, την ικανότητα λήψης αποφάσεων και την επίλυση προβλημάτων (Fried 2015, Greenawald 2008, Considine 2001, Girot 2000, Holl 1994, Bueno 1982).

Η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων αποτελεί ένα ακόμη όφελος (Cooley 2008, Nicholl 2005, McCarthy 2003). Οι νοσηλευτές ανέφεραν, επίσης, ότι μέσα από τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση ενισχύθηκε η ικανότητα τους για διεπιστημονική συνεργασία (Fried 2015, Tame 2013, Jakubik 2008, Davis 1995), συμβάλλοντας κατά αυτόν τον τρόπο στην επαγγελματική και προσωπική τους ανάπτυξη (McDonald 2009, Whyte 2000).

Ενώ συχνά, συμπεραίνεται ότι η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση επιδρά και ωφελεί τους εκπαιδευομένους σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων, εν τούτοις αναγνωρίζεται ότι οι επιδράσεις αυτές δεν μεταφράζονται αυτόματα σε αλλαγή συμπεριφορών στην κλινική πράξη (Lahti 2014, Cotterill-Walker 2012, Gijbels 2010, Francke 1995). Έχουν καταβληθεί προσπάθειες μέτρησης και προσδιορισμού της επίδρασης της εκπαίδευσης στον εκπαιδευόμενο σε επίπεδο προσωπικό ή και επαγγελματικό, όμως είναι πιο δύσκολο να προσπαθήσει κάποιος να προσδιορίσει ποσοτικά την επίδραση στη συμπεριφορά των νοσηλευτών κατά την παροχή φροντίδας (Grant 2011, Pelletier 2003).

Διαπιστώθηκε ότι μετά από την παρακολούθηση εκπαιδευτικού προγράμματος, οι συμμετέχοντες νοσηλευτές ενδιαφέρονταν περισσότερο για την κλινική πράξη και ήταν διατεθειμένοι να μοιραστούν τις γνώσεις που απέκτησαν με τους συναδέλφους τους (Cooley 2008, Hoover 2002, Eustace 2001, Whyte 2000, Hongston 1995, Bariball 1992, Bignell 1988). Βέβαια, στις περισσότερες από αυτές τις μελέτες, τα ευρήματα στηρίζονται στις αναφορές των ίδιων των νοσηλευτών, που δεν είναι απαραίτητο ενδεικτικό στοιχείο της βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας. Η ενδεικνύομενη μέθοδος θα ήταν η πραγματοποίηση μελετών παρατήρησης για την εκτίμηση οποιασδήποτε αλλαγής στο πρότυπο συμπεριφοράς. Όμως, οι δυσκολίες ενός τέτοιου εγχειρήματος, κυρίως σε επίπεδο πρακτικό αλλά πολύ περισσότερο ηθικό, δεν επιτρέπουν τη διενέργεια αυτών. Μια άλλη προσέγγιση του ζητήματος περιλαμβάνει την πραγματοποίηση μελετών με δείγμα ασθενείς, και όχι νοσηλευτές. Ίσως, όμως, αυτό να μην ήταν εφικτό λόγω της ανησυχίας των ασθενών, παρόλη την τήρηση της ανωνυμίας των υποκειμένων της έρευνας εκ μέρους των ερευνητών (Grossman 1998).

Έτσι, η εφαρμογή των αποκτηθέντων γνώσεων και δεξιοτήτων σε κλινικό επίπεδο προς όφελος των ασθενών φαίνεται ότι έγκειται στον κάθε νοσηλευτή (Hongston 1995), αφού ένας καλά εκπαιδευμένος νοσηλευτής φαίνεται να είναι ικανός να ανευρίσκει ολοκληρωμένες λύσεις σε προβλήματα υγείας, έγκαιρα και αποτελεσματικά (Rolls 2005). Επιπλέον, παραμένει στον εργασιακό χώρο της νοσηλευτικής και γίνεται καινοτόμος και παραγωγικός (Murphy 2011). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που συμμετέχουν σε δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης είναι καινοτόμοι στον τρόπο εργασίας τους, ευέλικτοι σε αλλαγές, εφευρετικοί στον τρόπο εργασίας τους, αποτελούν φορείς αλλαγής, μοιράζονται γνώσεις και τεχνικές, ανταποκρίνονται στις προκλήσεις της εργασίας τους, είναι δημιουργικοί και υπεύθυνοι (ENB 1995).

Στη μελέτη της Turner (1991), τα προσωπικά οφέλη βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τα κοινωνικά, φέροντας την πρώτη θέση. Ταυτόχρονα, σε οργανωσιακό επίπεδο, και οι οργανισμοί απομακρυσμένων περιοχών ωφελούνται αφού μπορούν να διατηρήσουν το προσωπικό τους, μειώνοντας το κόστος της παραίτησης (Buykx 2010). Τα μειωμένα ποσοστά παραιτήσεων λόγω παροχής προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης συνδέονται και με την εργασιακή ικανοποίηση (CEDEFOP 2013, Shields 2001), αλλά και με τη μειωμένη επίπτωση στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Bartram 2012).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται σχετικά με τη συμμετοχή και τα οφέλη από τα προγράμματα Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, έτσι όπως αποτυπώνονται στις ερευνητικές μελέτες, εξαρτώνται από τη χώρα και το διαφορετικό σύστημα υγείας που εφαρμόζει, το ρόλο των νοσηλευτών σε αυτό, τις διαφορετικές μεθοδολογίες και τα εργαλεία μέτρησης αλλά και χαρακτηριστικά όπως το είδος του προγράμματος που εφαρμόζεται, η διάρκεια, το περιεχόμενο. Συνολικά, πάντως, στο ερώτημα εάν η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση βελτιώνει τη γνώση, τις δεξιότητες και την πρακτική των νοσηλευτών, η απάντηση που δίνεται από τους ερευνητές είναι ότι αυτό γίνεται πραγματικότητα όταν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι συνεχές, εφαρμόζεται με σκοπό την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών των εκπαιδευομένων και είναι συναφές με την κλινική πρακτική τους (Guardini 2008, Robertson 2003).

3.3. Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση σε χώρους Υγείας στην Ελλάδα

3.3.1. Ενδοϋπηρεσιακή Εκπαίδευση

Η έννοια της ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης αποτελεί μορφή εκπαίδευσης που έχει συστηματικά σχεδιαστεί, παρέχεται από έναν εκπαιδευτή σε ένα δομημένο εργασιακό περιβάλλον και ενδυναμώνει τον επαγγελματία υγείας να καταστεί πιο επαρκής επαγγελματικά. Μνημονεύεται στο νομικό πλαίσιο της χώρας και αναλυτικά συναντάται:

- ✓ στο Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα, Νόμος 3528/07
- ✓ τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας 2920/2001
- ✓ στο Νόμο 1943/1991, 'Περί εκσυγχρονισμού της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας διοίκησης, αναβάθμισης του προσωπικού και άλλων συναφών διατάξεων'
- ✓ στο Νόμο 2889/2001, 'Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις'
- ✓ στο Νόμο 3329/2005, 'Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις'
- ✓ στο Νόμο 3868 /2010, 'Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Κοινωνικής Αλληλεγγύης'
- ✓ στο Ενιαίο Πλαίσιο Λειτουργίας Νοσοκομείων, που αφορά στους Οργανισμούς των Νοσοκομείων (1987), όπου καθίσταται σαφές ότι σκοπός της λειτουργίας των νοσοκομείων είναι και η εκπαίδευση
- ✓ αλλά και στους νέους οργανισμούς των νοσοκομείων (2013)

Στο Νόμο 1943/1991, και συγκεκριμένα στο άρθρο 32 'Προγράμματα και μονάδες εκπαίδευσης προσωπικού', παράγραφος 1, αναφέρεται ότι *«Η εκπαίδευση των υπαλλήλων του Δημοσίου και των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, οι οποίοι υπάγονται στις διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα, γίνεται με προγράμματα εισαγωγικής εκπαίδευσης, επιμόρφωσης, εξειδίκευσης, προαγωγικής εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης»*. Στη συνέχεια, επισημαίνεται ότι *«Τα υπουργεία και οι αυτοτελείς δημόσιες υπηρεσίες, καθώς και τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, εφ' όσον τα τελευταία αυτά έχουν περισσότερες από 600 οργανικές θέσεις μόνιμων υπαλλήλων, υποχρεούνται να έχουν μία ή περισσότερες, ανάλογα με την οργανική τους διάρθρωση, μονάδες εκπαίδευσης»*. Ο σκοπός τους περιγράφεται στην παράγραφο 3,

«Αποστολή των μονάδων εκπαίδευσης είναι ο προγραμματισμός, η οργάνωση και η εκτέλεση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επαγγελματική κατάρτιση των υπαλλήλων, σύμφωνα με τον παρόντα νόμο και η διαρκής, για το σκοπό αυτόν, συνεργασία με τις εκπαιδευτικές μονάδες του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης». Στο άρθρο 35 του ίδιου Νόμου, αναφέρεται ότι «Η κατάρτιση, οργάνωση και εκτέλεση προγραμμάτων εξειδίκευσης των υπαλλήλων σε αντικείμενα της υπηρεσίας τους αποτελεί ευθύνη του οικείου υπουργείου ή αυτοτελούς δημόσιας υπηρεσίας ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, εφ' όσον έχει δική του μονάδα εκπαίδευσης, άλλως του οικείου υπουργείου σε κάθε περίπτωση».

Με το Νόμο 2889/2001, δόθηκε η δυνατότητα σύστασης Διεύθυνσης Πληροφορικής και αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης – τα οποία υπάγονται απευθείας στο Διοικητή - σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών. Με τη θέσπιση του Νόμου 3329/2005, την ευθύνη για την παρακολούθηση των θεμάτων έρευνας και εκπαίδευσης του προσωπικού αλλά και για τη χορήγηση ή εισήγηση στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου των πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού την αναλαμβάνει ο αναπληρωτής Διοικητής για τα νοσοκομεία με δυναμικότητα 400 κλινών και άνω, ενώ για εκείνα με 399 ή λιγότερες οργανικές κλίνες, οι αρμοδιότητες αυτές ασκούνται από το Διοικητή.

Πέντε χρόνια αργότερα και με νομοθετική ρύθμιση (Νόμος 3868/2010), προστίθεται μια νέα παράγραφος: *«Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα τετρακοσίων (400) κλινών και άνω συνιστάται άμισθη Επιτροπή Ποιότητας, υπό την προεδρία του Διοικητή ή του Αναπληρωτή Διοικητή, με τη συμμετοχή των Διευθυντών των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, οι οποίοι αναπληρώνονται από τους νόμιμους αναπληρωτές τους. Στις αρμοδιότητες της περιλαμβάνονται ο συντονισμός των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, η καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, η δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και ο έλεγχος της εφαρμογής τους, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου».*

Ανάμεσα στις αρμοδιότητες του Αυτοτελούς Τμήματος Ελέγχου ποιότητας και Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης αναφέρονται και οι εξής:

«ιγ. Η ευθύνη οργάνωσης και διοικητικής υποστήριξης όλων των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων του νοσοκομείου. ιδ. Η εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλο το προσωπικό του νοσοκομείου. ιε. Η ευθύνη υλοποίησης και παρακολούθησης προγραμμάτων έρευνας και εκπαίδευσης, που επιχορηγούνται από Ελληνικές ή διεθνείς πηγές. ιστ. Η ευθύνη αξιολόγησης των προγραμμάτων έρευνας και εκπαίδευσης του νοσοκομείου. Εκπονεί τις διαδικασίες για τον εντοπισμό των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού, αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης εκπαίδευσης, καθώς και τήρησης του σχετικού αρχείου ερευνητικών προγραμμάτων και εκπαιδευτικών σεμιναρίων».

Τέλος, στον Κώδικα Κατάστασης Δημόσιων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (κοινώς Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα), όπως ψηφίστηκε με το Νόμο 3528/2007 και επικαιροποιήθηκε το 2014, και συγκεκριμένα στο Κεφάλαιο Δ', Άρθρο 47 υπό τον τίτλο 'Υπηρεσιακή Εκπαίδευση' παρατίθενται οι παράγραφοι:

«1. Η υπηρεσιακή εκπαίδευση είναι δικαίωμα του υπαλλήλου. Η εκπαίδευση γίνεται με τη συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα εισαγωγικής εκπαίδευσης, επιμόρφωσης, μετεκπαίδευσης και προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Τα προγράμματα εκτελούνται στην Ελλάδα ιδίως στο πλαίσιο του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) ή στο εξωτερικό, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

2. Η εισαγωγική εκπαίδευση είναι υποχρεωτική, τόσο για την υπηρεσία όσο και για τον υπάλληλο. Γίνεται κατά την πρώτη διετία από το διορισμό του υπαλλήλου και έχει ως σκοπό την εξοικείωση του υπαλλήλου με τα αντικείμενα της υπηρεσίας του και τα καθήκοντα του ως δημοσίου υπαλλήλου γενικότερα. Οι αρμόδιες υπηρεσίες υποχρεούνται να φροντίζουν για την πρόβλεψη των αναγκαίων πιστώσεων στον οικείο προϋπολογισμό. Δεν γίνεται προαγωγή υπαλλήλου στον επόμενο του εισαγωγικού βαθμό εάν δεν έχει ολοκληρώσει επιτυχώς την εισαγωγική εκπαίδευση. Ευθύς ως ο υπάλληλος ολοκληρώσει την εισαγωγική εκπαίδευση, η προαγωγή διενεργείται αναδρομικώς με όλες τις συνέπειες.

3. Η υπηρεσία είναι υποχρεωμένη να μεριμνά για την επιμόρφωση των υπαλλήλων της σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους ανεξάρτητα από την κατηγορία, τον κλάδο, την ειδικότητα και το βαθμό τους. Η επιμόρφωση μπορεί να είναι γενική ή να έχει τη

μορφή εξειδίκευσης σε αντικείμενα της υπηρεσίας του υπαλλήλου. Η συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα επιμόρφωσης μπορεί να ορίζεται και ως υποχρεωτική.

4. Η μετεκπαίδευση έχει ως σκοπό την απόκτηση από τον υπάλληλο των ειδικών γνώσεων που είναι απαραίτητες για την άσκηση των καθηκόντων του. Γίνεται σε φορείς δημόσιους ή ιδιωτικούς, στην Ελλάδα ή το εξωτερικό, ιδίως σε Πανεπιστήμια, Τ.Ε.Ι. και στο Ε.Κ.Δ.Δ.Α.. Η μετεκπαίδευση μπορεί να ορίζεται και ως υποχρεωτική. 5. Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση γίνεται με τη συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών που εκτελούνται σε αναγνωρισμένα Πανεπιστήμια του εσωτερικού ή του εξωτερικού, είτε αυτοτελώς είτε σε σύμπραξη με Τ.Ε.Ι.. Ως προγράμματα ή κύκλοι μεταπτυχιακών σπουδών νοούνται όσα καθορίζονται από τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις για την ανώτατη εκπαίδευση».

Στο Κεφάλαιο Η' του ίδιου Κώδικα όπου περιγράφονται οι 'Ειδικές Άδειες' και, πιο αναλυτικά στο άρθρο 58 περιγράφονται οι 'Άδειες υπηρεσιακής εκπαίδευσης', στο άρθρο 59 οι 'Άδειες για επιμορφωτικούς ή επιστημονικούς λόγους' και στο άρθρο 60 οι 'Άδειες εξετάσεων' (**Παράρτημα Β**).

3.3.2. Ο θεσμός του Κλινικού Εκπαιδευτή

Ο θεσμός του Κλινικού Εκπαιδευτή, ιδιαίτερα δεδομένος σε χώρες όπως οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Αυστραλία, εφαρμόστηκε ως μία μέθοδος γεφύρωσης του χάσματος μεταξύ θεωρίας και πράξης (Landers 2000). Τα προσδοκώμενα οφέλη από την εφαρμογή του θεσμού αυτού αφορούν τον νεοεισερχόμενο νοσηλευτή στον εργασιακό χώρο της υγείας, τους ήδη εργαζομένους νοσηλευτές, τον ίδιο τον κλινικό εκπαιδευτή, τους συνεργάτες άλλων επαγγελματικών κλάδων της υγείας και φυσικά, τους ασθενείς, ως αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας. Ειδικά, οι εργαζόμενοι μέσα από την εισαγωγή των κλινικών εκπαιδευτών στο χώρο εργασίας α) οδηγούνται σε παροχή ποιοτικών υπηρεσιών, βασισμένων σε ενδείξεις (evidence-based) προς τον ασθενή, περιορίζοντας τον κίνδυνο για λάθη και παραλείψεις, β) παραμένουν περισσότερο στον εργασιακό χώρο μειώνοντας τον αριθμό αναρρωτικών αδειών και των ημερών απουσίας από την εργασία και γ) αναφέρουν σε μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακή ικανοποίηση. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα ανίχνευσης και αναγνώρισης των εργαζομένων νοσηλευτών που έχουν ανάγκη υποστήριξης ή αλλαγής ρόλου (Department of Health 2009).

Ο κλινικός εκπαιδευτής αποσκοπεί στη συμβολή στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, δημιουργώντας δίκτυα με σκοπό την επικαιροποίηση γνώσεων και δεξιοτήτων.

Επιμέρους στόχοι αποτελούν:

- ✓ Βελτίωση της ποιότητας και ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας. Στα πλαίσια αυτού, διενεργούνται ενδοκλινικά μαθήματα, διαμορφώνονται συνθήκες προσαρμογής στα νέα δεδομένα (π.χ. εφαρμογή αλλαγών) και προωθείται η άσκηση της νοσηλευτικής κλινικής πράξης βασισμένης σε ενδείξεις (David 1997).
- ✓ Μείωση του χρόνου προσαρμογής για την ανάληψη καθηκόντων του προσωπικού (νεοπρολαμβανόμενου και μετακινούμενου). Για την επίτευξη αυτού, πραγματοποιείται εκπαίδευση με αναλογία έναν προς έναν (Department of Health 2009), στο χώρο εργασίας, ακολουθώντας τον εκπαιδευόμενο στον κυκλικό ωράριο κατά τη διάρκεια της φάσης προσανατολισμού (Sandau 2010) και καθορίζονται – σε συνεργασία με το γραφείο εκπαίδευσης, τους προϊσταμένους και τους κλινικούς εκπαιδευτές άλλων τμημάτων – η διάρκεια και το περιεχόμενο των προγραμμάτων προσανατολισμού.
- ✓ Εφαρμογή και αξιολόγηση πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής. Ο στόχος αυτός προϋποθέτει την επιτήρηση του βαθμού συμμόρφωσης του προσωπικού (Βλάχου 2011) με τα πρωτόκολλα, πολιτικές και διαδικασίες, χωρίς να έχει ελεγκτικό χαρακτήρα, χρησιμεύοντας, όμως, ως διαδικασία ανίχνευσης εκπαιδευτικών αναγκών. Επίσης, είναι απαραίτητη η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας τους ή της αναγκαιότητας για αναθεώρηση (Καλαφάτη 2007).
- ✓ Εκπαίδευση νοσηλευτών που παρακολουθούν προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων ή εξειδικεύσεων και φοιτητών κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης (Καυγά 2016, Duteau 2012, Κοτζαμπασάκη 2006).

Στην Ελλάδα, έχουν καταγραφεί προσπάθειες από διάφορες δομές παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα) για την ενεργοποίηση του θεσμού αυτού, αν και αρκετές ακόμη δομές - κυρίως της περιφέρειας – δεν διαθέτουν το συγκεκριμένο μηχανισμό υποστήριξης του μετακινούμενου ή νεοεισερχόμενου νοσηλευτή αλλά και του φοιτητή Νοσηλευτικής. Επιπρόσθετα, η απασχόληση νοσηλευτών ως κλινικοί εκπαιδευτές, που δεν έχουν τύχει της κατάλληλης

εκπαίδευσης, είναι μια πραγματικότητα την οποία αντιμετωπίζει η νοσηλευτική εκπαίδευση (Ουζούνη 2009). Πέρα από την απουσία οργανωμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης των κλινικών εκπαιδευτών, υπάρχουν επιπλέον εμπόδια για την πραγμάτωση του εκπαιδευτικού τους ρόλου που επικεντρώνονται στο φόρτο εργασίας, την έλλειψη χρόνου, την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και την αδιαφορία των φοιτητών (Καυγά 2016).

Το 2004, στην 2^η Επιστημονική Ημερίδα του τομέα Εκπαίδευσης του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος με θέμα ‘Κλινική Νοσηλευτική Εκπαίδευση’ επισημάνθηκε η ανάγκη καθιέρωσης του θεσμού του Κλινικού Εκπαιδευτή:

‘...σήμερα, το καλύτερο ίσως, για την κλινική εκπαίδευση είναι ο θεσμός του κλινικού νοσηλευτή. Κανείς δεν μπορεί να συγκριθεί με το νοσηλευτή του τμήματος, ο οποίος φυσικά διαθέτει τα απαιτούμενα προσόντα, δηλαδή έχει θεωρητική κατάρτιση, κλινική εμπειρία, ικανότητα έκφρασης και μετάδοσης της νοσηλευτικής γνώσης, δύναμη να παρακινεί το ενδιαφέρον του εκπαιδευόμενου και ερευνητικό πνεύμα».

Από το 2012, έχει δημοσιευθεί από την 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης εγχειρίδιο με θέμα: ‘Κλινικοί Εκπαιδευτές: σύντομη περιγραφή ρόλου, κριτήρια επιλογής και πρόγραμμα εκπαίδευσης’. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε αυτό προτείνονται κίνητρα για την υποστήριξη-υποκίνηση των κλινικών εκπαιδευτών. Ανάμεσα σε αυτά, συγκαταλέγονται:

- ✓ η δυνατότητα συμμετοχής στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης κλινικών εκπαιδευτών του νοσοκομείου
- ✓ η δυνατότητα συμμετοχής σε μοριοδοτούμενες ενέργειες του Περιφερειακού Ινστιτούτου Επιμόρφωσης Θεσσαλονίκης
- ✓ η παροχή επιστημονικής καθοδήγησης όπου χρειάζεται
- ✓ η προτεραιότητα στις εκπαιδευτικές άδειες – συμμετοχές σε συνέδρια
- ✓ η ενυπόγραφη βεβαίωση ανάληψης καθηκόντων
- ✓ η προσπάθεια για ταύτιση των ατομικών στόχων με τους στρατηγικούς στόχους της υπηρεσίας
- ✓ η προώθηση διατύπωσης καινοτόμων ιδεών και προτάσεων βελτίωσης

- ✓ η κουλτούρα ανοιχτής επικοινωνίας και διαφάνειας

Η αξιολόγηση τους προτείνεται να πραγματοποιείται:

Άμεσα από το Γραφείο Εκπαίδευσης σε συνεργασία με τον/την προϊστάμενο/η του τμήματος, ανάλογα με το βαθμό κατά τον οποίο έχουν εκπληρώσει το ρόλο τους ως εκπαιδευτές (αναγνώριση εκπαιδευτικών αναγκών στο τμήμα τους, αποτελεσματική κατάρτιση σχεδίου εκπαίδευσης, αξιολόγηση και ανατροφοδότηση της εκπαιδευτικής διαδικασίας, συμμετοχή στην ανάπτυξη κριτηρίων προσανατολισμού, διατύπωση δυσχερειών κατά την εφαρμογή των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, ενεργός συμμετοχή στην αξιολόγηση των πρωτοκόλλων νοσηλευτικών διαδικασιών και προτάσεις για την ανάπτυξη νέων)

Άμεσα από τους εκπαιδευόμενους τους νοσηλευτές με συμπλήρωση αντίστοιχου ερωτηματολογίου

Έμμεσα μέσω δεικτών όπως (συμμόρφωση του προσωπικού του τμήματος με τα επιλεγέντα προς εφαρμογή πρωτόκολλα, μείωση του αριθμού των συμβάντων στο τμήμα, μείωση του αριθμού των συμβάντων από νεοπροσλαμβανόμενο νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του, βελτίωση δεικτών όπως νοσοκομειακές λοιμώξεις, κατακλίσεις, ικανοποίηση ασθενών που έχουν σχέση με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας).

3.3.3. Νοσηλευτικές Ειδικότητες

Με το Νόμο 1579/1985 ‘Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις’ και στο ΦΕΚ Α’ 217 (Κεφάλαιο Β’, Άρθρο 5) ορίζονται οι ειδικότητες για τους νοσηλευτές:

- A) Ειδικότητα Νοσηλευτικής Παθολογικής
- B) Ειδικότητα Νοσηλευτικής Χειρουργικής
- Γ) Ειδικότητα Νοσηλευτικής Παιδιατρικής
- Δ) Ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Στη συνέχεια, ορίζεται ότι *«Για την άσκηση της νοσηλευτικής ειδικότητας απαιτείται ειδική εκπαίδευση και χορήγηση αντίστοιχου τίτλου ειδικού νοσηλευτή. Τίτλος ειδικού νοσηλευτή χορηγείται σε απόφοιτους των ανώτερων νοσηλευτικών σχολών, των αντίστοιχων τμημάτων των Τ.Ε.Ι. και των Α.Ε.Ι. Στην Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Α4/203 (ΦΕΚ 106/88 Β΄) καθορίζονται οι όροι και προϋποθέσεις για τη χορήγηση τίτλου ειδικού νοσηλευτή. Σε αυτήν και συγκεκριμένα στο άρθρο 2, ως μονάδες παροχής ειδικότητας ορίζονται «όλα τα νοσηλευτικά ή λοιπά Ιδρύματα, που έχουν κριθεί, κατά νόμο για να δίνουν πλήρη ειδικότητα ιατρών στις ιατρικές ειδικότητες παθολογίας, χειρουργικής, παιδιατρικής και ψυχιατρικής. Ειδικά την ειδικότητα της ψυχιατρικής νοσηλευτικής παρέχουν και όλα τα νοσηλευτικά ή λοιπά ιδρύματα (Γενικά Νοσοκομεία, ψυχιατρικοί τομείς και ψυχιατρεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας) εφ' όσον είναι αναγνωρισμένα για ειδικότητα ιατρών στη ψυχιατρική».*

Αρμόδιοι για τον καθορισμό του αριθμού των ειδικευομένων νοσηλευτών είναι οι μονάδες παροχής ειδικότητας μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και αφού συνεκτιμηθούν οι υπηρεσιακές ανάγκες, η υφιστάμενη στελέχωση του νοσοκομείου σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ανωτέρας ή ανώτατης εκπαίδευσης, η ύπαρξη ειδικευμένου ήδη νοσηλευτικού προσωπικού της αντίστοιχης ειδικότητας και η στελέχωση και γενική υποδομή του νοσοκομείου (χώρος, ιδιαιτερότητες, απασχόληση εκπαιδευτικού προσωπικού κ.λπ.).

Στο άρθρο 4 επισημαίνεται η διάρκεια της ειδικότητας: *«Η διάρκεια άσκησης για όλες τις ειδικότητες ορίζεται σε δώδεκα μήνες για κάθε ειδικότητα και με σύνολο εκπαιδευτικών ωρών, τόσο για θεωρία όσο και για κλινική άσκηση, σε κάθε περίπτωση όμως όχι κάτω των 1500 ωρών».* Οι ειδικευόμενοι νοσηλευτές και καθ' όλο το διάστημα της ειδικότητας τελούν σε διατεταγμένη υπηρεσία. Δικαιούνται των τακτικών των αποδοχών αλλά δεν δικαιούνται έξοδα μετάθεσης, μετακίνησης, απόσπασης κ.λπ. δαπάνες για ημεραργίες κ.λπ. Μετά το τέλος της ειδικότητας επανέρχονται στο φορέα προέλευσης. Τέλος, στο υπουργείο Υγείας τηρείται μητρώο των ειδικευθέντων νοσηλευτών.

3.3.4. Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών

Πέρα από τη χορήγηση των Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων, υπάρχουν μεταπτυχιακά Εκπαιδευτικά Προγράμματα που παρέχουν Πιστοποιητικό Ειδικής Εκπαίδευσης Νοσηλευτών, πραγματοποιούμενα υπό την αιγίδα του υπουργείου Υγείας.

✓ **Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών Νεφρολογίας (Υπουργική Απόφαση Α4/2450, ΦΕΚ 476/91 Β')**

Η ειδική εκπαίδευση διαρκεί 6 μήνες (24 εβδομάδες) και πραγματοποιείται σε ειδικά Νεφρολογικά Κέντρα, τα οποία αναγνωρίζονται ως κατάλληλα, μετά από απόφαση του υπουργού Υγείας και τη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. Ο προγραμματισμός της ειδικής αυτής εκπαίδευσης γίνεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας μετά από σχετική απόφαση του Νοσοκομείου, όπου υπηρετεί ο νοσηλευτής και γνωμοδότηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας. Για την εκπαίδευση αυτή προηγείται σχετική απόσπαση του εκπαιδευομένου, εκτός κι αν πρόκειται να εκπαιδευθεί στο ίδιο Νοσοκομείο στο οποίο και υπηρετεί. Οι νοσηλευτές, που τυγχάνουν αυτής της εκπαίδευσης, απασχολούνται αποκλειστικά και κατά προτεραιότητα στις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, στην Περιτοναϊκή Κάθαρση και στα Νεφρολογικά Τμήματα, εκτός απόλυτα δικαιολογημένων εξαιρέσεων (προαγωγή σε ανώτερο ιεραρχικό βαθμό, μειωμένη απόδοση κ.λπ.). Για την επιλογή προς εκπαίδευση στη Νεφρολογία, απαιτείται όπως ο νοσηλευτής έχει πτυχίο τριετούς τουλάχιστον φοίτησης και είναι μόνιμος υπάλληλος ή υπάλληλος ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Νοσηλευτής με προϋπηρεσία σε Νεφρολογικά Τμήματα Νοσοκομείων μεγαλύτερη του ενός έτους, μπορεί να θεωρηθεί ως έχων την ως άνω ειδική εκπαίδευση στη Νεφρολογία, με διαπιστωτική πράξη του Υπουργείου Υγείας, μετά τη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Υπουργική Απόφαση Α4/2450, ΦΕΚ 476/91 Β').

«Οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές καθ' όλο το διάστημα της εκπαίδευσης τους τελούν σε διατεταγμένη υπηρεσία. Δικαιούνται των τακτικών των αποδοχών και της ετήσιας κανονικής τους άδειας – χωρίς αυτή να συμπίπτει με τα χρονικά διαστήματα της εκπαίδευσης - αλλά δεν δικαιούνται έξοδα μετάθεσης, μετακίνησης, απόσπασης κ.λπ. δαπάνες για ημεραργίες κ.λπ. Μετά το τέλος αυτής, επανέρχονται στο φορέα προέλευσης».

Η έναρξη του εκπαιδευτικού προγράμματος πραγματοποιείται τον Οκτώβριο κάθε έτους και η θεωρητική διδασκαλία γίνεται από ιατρούς, νοσηλευτές και άλλους ειδικούς. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει 900 ώρες (200 ώρες θεωρητικής διδασκαλίας

και 700 ώρες κλινική διδασκαλία και άσκηση), δηλαδή αντίστοιχα μία ημέρα την εβδομάδα θεωρητική διδασκαλία και τέσσερις ημέρες κλινική διδασκαλία και άσκηση.

Η παρακολούθηση του προγράμματος είναι υποχρεωτική.

- ✓ **Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών Χειρουργείου (Υπουργική Απόφαση Υ7/οικ. 3095, ΦΕΚ 424/96 Β')**
- ✓ **Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών Αιμοδοσίας (Υπουργική Απόφαση Υ7/οικ. 3257, ΦΕΚ 448/96 Β')**
- ✓ **Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών στην Ογκολογική Νοσηλευτική (Υπουργική Απόφαση Υ7/οικ. 3841, ΦΕΚ 500/96 Β')**
- ✓ **Ειδική Εκπαίδευση Νοσηλευτών στη Νοσηλευτική Αναισθησιολογίας (Υπουργική Απόφαση Υ7/οικ. 3842ΦΕΚ 516/96 Β')**

Το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των ανωτέρω ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων δεν διαφοροποιείται από το αντίστοιχο των Νοσηλευτών Νεφρολογίας, με τις διαφοροποιήσεις να εντοπίζονται μόνο ως προς το περιεχόμενο.

3.3.5. Μεταπτυχιακές Σπουδές στην Ελλάδα – Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών και Διδακτορικές Διατριβές

Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Με το Νόμο 3685/2008 (ΦΕΚ 148/08 Α') διευκρινίζεται το Θεσμικό Πλαίσιο για τις μεταπτυχιακές σπουδές. Στο άρθρο 1, παράγραφος 3 επισημαίνεται ότι:

«α) Τα Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών αποσκοπούν στην περαιτέρω προαγωγή της επιστημονικής γνώσης και των τεχνών και στην προώθηση της έρευνας με συνεκτίμηση των αναγκών ανάπτυξης της χώρας.

β) Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών οργανώνονται μόνο σε Τμήματα, στα οποία παρέχονται προπτυχιακές σπουδές, και αναφέρονται στις ίδιες ή σε συναφείς ειδικότητες με τα γνωστικά αντικείμενα του οικείου Τμήματος».

Δεκτοί γίνονται πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι. (σύμφωνα με το Νόμο 2327/1995, ΦΕΚ 156/Α/31-7-1995). Τα κριτήρια επιλογής καθορίζονται από τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του κάθε Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Η διάρκεια κάθε προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Ειδίκευσης κυμαίνεται από ένα έως δυο έτη, χωρίς να είναι μικρότερη του ενός ημερολογιακού έτους. Μέρος του χρόνου αυτού, που δεν μπορεί να είναι μικρότερος των 3 μηνών, διατίθεται για τη συγγραφή μεταπτυχιακής ερευνητικής ή συνθετικής διατριβής. Επίσης, αρκετά προγράμματα δίνουν τη δυνατότητα της εξ αποστάσεως παρακολούθησης (μέσω σύγχρονης ή ασύγχρονης εκπαιδευτικής πλατφόρμας).

Η εισαγωγή των υποψηφίων στα Προγράμματα αυτά γίνεται συνήθως με διαδικασία επιλογής ή εξετάσεων (γραπτών ή προφορικών). Η διαδικασία εισαγωγής καθορίζεται από τον Κανονισμό του κάθε Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Διδακτορικές Σπουδές

Στο άρθρο 9, παράγραφος 1 του Νόμου 3685/2008 αναφέρεται: «α) Ο υποψήφιος που ενδιαφέρεται για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής υποβάλλει σχετική αίτηση στη Γραμματεία του Τμήματος, στο οποίο ενδιαφέρεται να εκπονήσει τη διδακτορική διατριβή, προσδιορίζοντας σε γενικές γραμμές το αντικείμενό της. β) Δικαίωμα υποβολής αίτησης για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής έχουν κάτοχοι Μ.Δ.Ε. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Μεταπτυχιακών Σπουδών και μετά από αιτιολογημένη απόφαση της Γ.Σ.Ε.Σ. μπορεί να γίνει δεκτός ως υποψήφιος διδάκτορας και μη κάτοχος Μ.Δ.Ε. Πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι., Α.Σ.ΠΑΙ.Τ.Ε. ή ισότιμων σχολών μπορούν να γίνουν δεκτοί ως υποψήφιοι διδάκτορες μόνο, εφόσον είναι κάτοχοι Μ.Δ.Ε.»

Επίσης, τα Πανεπιστήμια της ημεδαπής μπορούν να συνεργάζονται με αναγνωρισμένα ομοταγή ιδρύματα της αλλοδαπής για την εκπόνηση διδακτορικών διατριβών με συνεπίβλεψη (άρθρο 10, παράγραφος 1 του Νόμου 3685/08). Τα Διδακτορικά Διπλώματα που χορηγούνται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής θεωρούνται αυτοδικαίως ως ισότιμα με τα χορηγούμενα από τα συνεργαζόμενα ιδρύματα, στα οποία λειτουργούν τα κοινά Π.Μ.Σ.

Στην τρίτη παράγραφο του ίδιου άρθρου του ως άνω νόμου καθορίζεται η χρονική διάρκεια για την απόκτηση του διδακτορικού διπλώματος, η οποία δεν μπορεί να είναι μικρότερη από τρία πλήρη ημερολογιακά έτη από την ημερομηνία ορισμού της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής.

Μετά την ολοκλήρωση των Μεταπτυχιακών Σπουδών, ακολουθεί η αναγνώριση της συνάφειας των σπουδών με το αντικείμενο, για την οποία αποφαίνεται το Υπηρεσιακό Συμβούλιο (Άρθρο 1, παράγραφος 5 του Νόμου 4038/2012, ΦΕΚ 14/12 Α')⁴.

Με το Άρθρο 85 του Νόμου 4369/2016 (ΦΕΚ 33/16 Α') καθορίζονται τα κριτήρια επιλογής των προϊσταμένων Γενικής Διεύθυνσης αλλά και προϊσταμένων Διεύθυνσης ή αντίστοιχου ή ενδιάμεσου (μεταξύ Διεύθυνσης και Τμήματος) επιπέδου οργανικής μονάδας, όπου γίνεται αναφορά στην ακαδημαϊκή αναγνώριση μέσω μοριοδότησης:

Ο μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών, ετήσιας τουλάχιστον διάρκειας με 150 μόρια και ο δεύτερος μεταπτυχιακός τίτλος με 30 μόρια.

Το διδακτορικό δίπλωμα με 300 μόρια.

Οι μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών και τα διδακτορικά διπλώματα προκειμένου να μοριοδοτηθούν κατά τα ανωτέρω πρέπει να είναι συναφή με τα αντικείμενα της προκηρυσσόμενης θέσης. Η συνάφεια, όπου δεν έχει ήδη κριθεί, κρίνεται με αιτιολογία από το αρμόδιο συμβούλιο επιλογής προϊσταμένων.

3.3.6. Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.)

Ένας ακόμη φορέας Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης είναι τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.), τα οποία σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 3879/2020 (ΦΕΚ 163/10 Α') «είναι νομικά πρόσωπα ή λειτουργούν στο πλαίσιο νομικών προσώπων, τα οποία έχουν κάποια από τις μορφές που προβλέπονται από την εθνική ή την κοινοτική νομοθεσία και σκοπό την παροχή υπηρεσιών συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης».

Η οργανωτική τους διάρθρωση περιλαμβάνει:

⁴ Μετά το δεύτερο εδάφιο της παρ. 4 του άρθρου 6 του ν.4024/2011 προστίθεται τρίτο εδάφιο ως εξής: «Για υπαλλήλους οι οποίοι αποκτούν αναγνωρισμένο και συναφές διδακτορικό δίπλωμα ή μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών μετά το διορισμό τους, ο χρόνος που απαιτείται για τη βαθμολογική τους εξέλιξη μειώνεται συνολικά κατά έξι (6) και δύο (2) έτη αντίστοιχα. Ως μεταπτυχιακό και ως διδακτορικό δίπλωμα νοούνται εκείνα που χορηγούνται με αντίστοιχο ιδιαίτερο τίτλο μετά τη λήψη του πτυχίου ή διπλώματος Πανεπιστημίου ή Τ.Ε.Ι. Για τα μεταπτυχιακά και τα διδακτορικά διπλώματα εκπαιδευτικών ιδρυμάτων του εξωτερικού απαιτείται βεβαίωση ισοτιμίας από την αρμόδια αρχή. Για τη συνδρομή ή όχι της προϋπόθεσης της συνάφειας αποφαίνεται το οικείο Υπηρεσιακό Συμβούλιο».

λειτουργίες διοίκησης, σχεδιασμού της εφαρμογής και εφαρμογής προγραμμάτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης,

διοικητικό, επιστημονικό ή τεχνικό και εκπαιδευτικό προσωπικό αντίστοιχο προς τις λειτουργίες αυτές,

τη χρήση κτηριακής υποδομής, η οποία είναι σύμφωνη με τον κτιριοδομικό κανονισμό, καθώς και

εξοπλισμό, που εξυπηρετούν τις παραπάνω λειτουργίες τους, εφαρμόζουν πιστοποιημένα προγράμματα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα επαγγελματικά περιγράμματα, εφόσον υπάρχουν, και χρησιμοποιούν εκπαιδευτές με ανάλογες γνώσεις ή και εμπειρία». Με τις υπουργικές αποφάσεις 9.16031/Οικ. 3.2815 (Υπουργεία Οικονομίας και Απασχόλησης), ρυθμίζεται το Σύστημα Πιστοποίησης Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ). «Αρμόδιος φορέας για την πιστοποίηση και την αδειοδότηση των Κ.Ε.Κ. είναι το Ε.ΚΕ.ΠΙΣ».

3.3.7. Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.)

Το Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με την επωνυμία 'Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Δομών Δια Βίου Μάθησης' (Ε.ΚΕ.ΠΙΣ.) και το Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με την επωνυμία 'Εθνικό Κέντρο Επαγγελματικού Προσανατολισμού' (Ε.Κ.Ε.Π.) συγχωνεύτηκαν με απορρόφηση στο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου με την επωνυμία 'Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων' (Ε.Ο.Π.Π.), το οποίο μετονομάστηκε σε 'Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού Προσανατολισμού' (Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π.).

Ο συγκεκριμένος οργανισμός είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου και ανήκει στον ευρύτερο δημόσιο τομέα. Διαθέτει διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, έχει κοινωφελή και μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα και η έδρα του βρίσκεται στην Αθήνα. Είναι επιτελικός φορέας διοίκησης του Εθνικού Δικτύου Διά Βίου Μάθησης. Αναπτύσσει και εφαρμόζει ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα πιστοποίησης της μη-τυπικής εκπαίδευσης (αρχικής και συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης και γενικής εκπαίδευσης ενηλίκων) και παρέχει την επιστημονική υποστήριξη των υπηρεσιών του Επαγγελματικού Προσανατολισμού και Συμβουλευτικής στη χώρα μας.

Ο Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. στοχεύει στη διασφάλιση και αναβάθμιση της Ποιότητας:

στην παροχή της μη-τυπικής εκπαίδευσης: πιστοποιημένοι Φορείς και Δομές που υλοποιούν Προγράμματα μη-τυπικής εκπαίδευσης με πιστοποιημένες προδιαγραφές, βάσει πιστοποιημένων Επαγγελματικών Περιγραμμάτων, και στα οποία διδάσκουν πιστοποιημένοι Εκπαιδευτές Ενηλίκων, με τη στήριξη πιστοποιημένων Στελεχών Συνοδευτικών Υπηρεσιών (ΣΥΥ) για τα άτομα κοινωνικά ευπαθών ομάδων,

στα αποτελέσματα της μάθησης: πιστοποιημένες γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες που αποκτώνται μέσω μη-τυπικής και άτυπης μαθησιακής διαδρομής,

στην παροχή υπηρεσιών επαγγελματικού προσανατολισμού και συμβουλευτικής: υπηρεσίες και εργαλεία διά βίου ανάπτυξης σταδιοδρομίας και σχολικού επαγγελματικού προσανατολισμού, με αξιοποίηση των σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας, ανάπτυξη μηχανισμών δικτύωσης και αναβάθμισης υπηρεσιών επαγγελματικού προσανατολισμού και συμβουλευτικής, εξατομικευμένες υπηρεσίες σε ευρύ φάσμα πληθυσμού.

Παράλληλα με την πιστοποίηση των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης, ο Ε.Ο.Π.Π.Ε.Π. *«εφαρμόζει Σύστημα Πιστοποίησης Εκπαιδευτικής Επάρκειας Εκπαιδευτών Μη Τυπικής Εκπαίδευσης Ενηλίκων και συγκροτεί Μητρώο Εκπαιδευτών Μη Τυπικής Εκπαίδευσης Ενηλίκων με πιστοποιημένη εκπαιδευτική επάρκεια με στόχο την αναβάθμιση του συστήματος της μη τυπικής εκπαίδευσης ενηλίκων, στο πλαίσιο της Δια Βίου Μάθησης, τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών μη τυπικής εκπαίδευσης ενηλίκων και την ουσιαστική αναβάθμιση των προσόντων των εκπαιδευτών που δραστηριοποιούνται στην υλοποίηση προγραμμάτων μη τυπικής εκπαίδευσης ενηλίκων»*, σύμφωνα με τη Υπουργική Απόφαση Αριθμ. ΓΠ/20082 (ΦΕΚ 2844/12 Β').

3.3.8. Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.)

Σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 57 Προεδρικό Διάταγμα (ΦΕΚ 59/14-3-2007, Α'), στο άρθρο 1, αναφέρεται η ίδρυση – ήδη από το 1983 - του Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης», με έδρα την Αθήνα, το οποίο διαθέτει διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και εποπτεύεται από το Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης. Στις εκπαιδευτικές του

μονάδες ανήκουν η Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (Ε.Σ.Δ.Δ.), η Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ε.Σ.Τ.Α.) και το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης (ΙΝ.ΕΠ.). Ανάμεσα σε άλλα, «Αποστολή του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. είναι:

- ✓ Η επαγγελματική κατάρτιση, εκπαίδευση και επιμόρφωση του πάσης φύσεως προσωπικού της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης, της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, των Δ.Ε.Κ.Ο., των Ανωνύμων Εταιρειών του Δημοσίου, των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου και των επιχειρήσεων των οποίων τη διοίκηση ορίζει άμεσα ή έμμεσα το Δημόσιο με διοικητική πράξη ή ως μέτοχος, και των επιχειρήσεων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και των δημοσίων λειτουργιών.
- ✓ Η δημιουργία στελεχών για τη δημόσια διοίκηση και την τοπική αυτοδιοίκηση.
- ✓ Η θέσπιση του ατομικού δελτίου κατάρτισης των υπαλλήλων για την παρακολούθηση του επιμορφωτικού ιστορικού τους σε ατομικό επίπεδο.
- ✓ Στο πλαίσιο της αποστολής του, το Ε.Κ.Δ.Δ.Α. μπορεί να συμβάλλεται, με ιδρύματα ανώτατης εκπαίδευσης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, με φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα, καθώς και με φορείς που παρέχουν εκπαίδευση, εκπονούν μελέτες, διενεργούν έρευνες και ανήκουν στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή με άλλους φορείς εκπαίδευσης ή επαγγελματικής κατάρτισης του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή της αλλοδαπής ή με κοινωνικούς ή συλλογικούς φορείς ή με διεθνείς και υπερεθνικούς οργανισμούς ή με πρόσωπα εγνωσμένου επιστημονικού κύρους.
- ✓ Το Ε.Κ.Δ.Δ.Α. καταρτίζει και υποβάλλει ετησίως στον Υπουργό Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης έκθεση για τα προβλήματα και τις εξελίξεις στα θέματα εκπαίδευσης του προσωπικού των φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα, καθώς και ειδικές εκθέσεις, ύστερα από αίτημα του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, του Α.Σ.Ε.Π. ή άλλων ανεξάρτητων δημόσιων αρχών.
- ✓ Το Ε.Κ.Δ.Δ.Α. για την εκπλήρωση της αποστολής του μπορεί να:
 - α) εκπονεί μελέτες και διεξάγει έρευνες, β) παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες, γ) συμμετέχει σε διαγωνισμούς για την ανάληψη των δραστηριοτήτων που αναφέρονται στις προηγούμενες παραγράφους, δ) πιστοποιεί το επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων των υπαλλήλων του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, ε) πιστοποιεί

τους χώρους εκπαίδευσης, τον εκπαιδευτικό εξοπλισμό, τη διοικητική και επιστημονική υποστήριξη της υλοποίησης των επιμορφωτικών προγραμμάτων των υπαλλήλων των φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα και εν γένει τις εκπαιδευτικές δομές, στ) αναθέτει το σχεδιασμό και την πραγματοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης δημοσίων υπαλλήλων σε φορείς των οποίων το Ε.Κ.Δ.Δ.Α. έχει πιστοποιήσει τις εκπαιδευτικές δομές».

Ινστιτούτο Επιμόρφωσης

Το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης (ΙΝ.ΕΠ.) – στο άρθρο 33 του ως άνω Προεδρικού Διατάγματος – «έχει ως αποστολή την ενημέρωση και ειδική επιμόρφωση των υπαλλήλων του ευρύτερου δημόσιου τομέα, των δημοσίων λειτουργών και των αιρετών οργάνων των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, καθώς και την πραγματοποίηση διαγωνισμών ποιότητας μεταξύ αυτών. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, που εκδίδεται ύστερα από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Δ.Δ.Α., καθορίζονται οι θεματικοί άξονες και η διάρκεια των προγραμμάτων επιμόρφωσης των αιρετών οργάνων των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού και η διαδικασία υλοποίησής τους.

Το Ινστιτούτο αποτελεί φορέα επαγγελματικής κατάρτισης και επιμόρφωσης υπαλλήλων και στελεχών της δημόσιας διοίκησης χωρίς να χορηγεί τίτλο σπουδών. Η κατάρτιση και επιμόρφωση που παρέχεται από το ΙΝ.ΕΠ. είναι ανεξάρτητη από την προπτυχιακή ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση που παρέχουν τα ιδρύματα ανώτατης εκπαίδευσης (πανεπιστημιακού και τεχνολογικού τομέα).

Το ΙΝ.ΕΠ. στο πλαίσιο της αποστολής του μπορεί να πιστοποιεί εκπαιδευτικές δομές και προγράμματα επιμόρφωσης δημοσίων υπαλλήλων. Για την παρακολούθηση του επιμορφωτικού ιστορικού των υπαλλήλων τηρεί ηλεκτρονικό αρχείο με τα ατομικά δελτία κατάρτισής τους».

Η εκπαίδευση των υπαλλήλων του Δημοσίου και των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου γίνεται με προγράμματα εισαγωγικής εκπαίδευσης, επιμόρφωσης, εξειδίκευσης, προαγωγικής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα εκτελούνται κατά τη διάρκεια του διοικητικού εκπαιδευτικού έτους (από 1^η Οκτωβρίου μέχρι 15 Ιουνίου).

Με την παράγραφο 6, του άρθρου 37 του ως άνω Προεδρικού Διατάγματος, «ως εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοούνται οι διαλέξεις, ημερίδες, συνέδρια, δράσεις

επιμόρφωσης, εξειδίκευσης, κατάρτισης και κάθε άλλη παρεμφερής δράση που οργανώνει το Ε.Κ.Δ.Δ.Α.».

Εισαγωγική Εκπαίδευση

Την επιτελική ευθύνη για το σχεδιασμό, συντονισμό και πραγματοποίηση των προγραμμάτων Εισαγωγικής Εκπαίδευσης την έχει το ΙΝ.ΕΠ. Γι' αυτό και συνεργάζεται με φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Σύμφωνα με την από 20/4/2011 απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. με αριθμό πρωτοκόλλου 4263, με θέμα «Ανασχεδιασμένα Επιμορφωτικά Προγράμματα της Εισαγωγικής Εκπαίδευσης και διαδικασία υλοποίησης τους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος 'Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013'», «*το Ε.Κ.Δ.Δ.Α./ΙΝ.ΕΠ. στην προσπάθεια του να βελτιώνει τις γνώσεις και δεξιότητες των νεοδιορισθέντων δημοσίων υπαλλήλων προκειμένου να επιτελέσουν αποτελεσματικότερα το έργο τους και να εξοικειωθούν με μια διοικητική αντίληψη που αποκαθιστά τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ κράτους-πολίτη, προχώρησε στο ριζικό ανασχεδιασμό των επιμορφωτικών προγραμμάτων της Εισαγωγικής Εκπαίδευσης*». Με την εφαρμογή αυτής της απόφασης, το περιεχόμενο του Επιμορφωτικού Προγράμματος για υπαλλήλους των φορέων Υγείας διαφοροποιείται από τα αντίστοιχα των φορέων της Κεντρικής Διοίκησης, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των Ασφαλιστικών φορέων. Επίσης, το πρόγραμμα διαφοροποιείται ανάλογα με την κατηγορία συμμετεχόντων σε 2 επίπεδα:

Πρόγραμμα για υπαλλήλους Κατηγορίας ΠΕ/ΤΕ και

Πρόγραμμα για υπαλλήλους Κατηγορίας ΔΕ

Στη θεματολογία – σύμφωνα πάλι με την ίδια απόφαση – συμπεριλαμβάνονται:

- ✓ Η οργάνωση του κράτους
- ✓ Οι στρατηγικές προτεραιότητες της χώρας
- ✓ Τα μέσα άσκησης της δημοσιονομικής πολιτικής
- ✓ Η εφαρμογή των αρχών της νομιμότητας και διαφάνειας
- ✓ Η εξυπηρέτηση πολιτών και επιχειρήσεων (μείωση διοικητικών βαρών)
- ✓ Η εφαρμογή Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών στη Δημόσια Διοίκηση (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση)

- ✓ Η βελτίωση της ποιότητας των διοικητικών και κανονιστικών πράξεων (σύνταξη δημοσίων εγγράφων) κ.λπ.

Η διάρκεια του προγράμματος είναι 5 ημερών (35 ώρες) και η συμμετοχή σε αυτό από την πλευρά του εργαζομένου είναι υποχρεωτική. Οι οικείες υπηρεσίες αμέσως μετά το διορισμό κοινοποιούν στο Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) κατάλογο των διορισθέντων και γνωστοποιούν σε αυτούς την υποχρέωσή τους να παρακολουθήσουν τα προγράμματα εισαγωγικής εκπαίδευσης σε συγκεκριμένο χρονικό όριο. Σύμφωνα με το Νόμο 3528/2007 'Κώδικας Κατάστασης Δημόσιων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου' (ΦΕΚ 26/Α/9-2-2007) και τα άρθρα 40 και 47, «οι δόκιμοι υπάλληλοι, κατά τη διάρκεια της δοκιμαστικής υπηρεσίας τους, παρακολουθούν προγράμματα εισαγωγικής εκπαίδευσης» και «Η εισαγωγική εκπαίδευση είναι υποχρεωτική, τόσο για την υπηρεσία όσο και για τον υπάλληλο. Γίνεται κατά την πρώτη διετία από το διορισμό του υπαλλήλου και έχει ως σκοπό την εξοικείωση του υπαλλήλου με τα αντικείμενα της υπηρεσίας του και τα καθήκοντα του ως δημοσίου υπαλλήλου γενικότερα. Οι αρμόδιες υπηρεσίες υποχρεούνται να φροντίζουν για την πρόβλεψη των αναγκαίων πιστώσεων στον οικείο προϋπολογισμό. Δεν γίνεται προαγωγή υπαλλήλου στον επόμενο του εισαγωγικού βαθμό εάν δεν έχει ολοκληρώσει επιτυχώς την εισαγωγική εκπαίδευση. Ευθύς ως ο υπάλληλος ολοκληρώσει την εισαγωγική εκπαίδευση, η προαγωγή διενεργείται αναδρομικώς με όλες τις συνέπειες».

Στο Προεδρικό Διάταγμα 57 (ΦΕΚ 59/14-3-2007, Α') και στο άρθρο 38, παράγραφος 5 επισημαίνεται ότι «Η επίδοση του δόκιμου υπαλλήλου στο πρόγραμμα εισαγωγικής εκπαίδευσης και η επιμέλεια την οποία επέδειξε (ανελλιπής παρακολούθηση, ενεργός συμμετοχή) αποτελούν στοιχεία, που συνεκτιμώνται υποχρεωτικώς από το υπηρεσιακό συμβούλιο κατά την κρίση του για τη μονιμοποίηση του υπαλλήλου. Για τα Ν.Π.Δ.Δ. η ευθύνη της κατάρτισης, οργάνωσης και εκτέλεσης των προγραμμάτων εισαγωγικής εκπαίδευσης ανήκει στο Υπουργείο που τα εποπτεύει. Για την εισαγωγική εκπαίδευση είναι απαραίτητη η αίτηση τόσο από τον υπάλληλο όσο και από το φορέα. Από το 2011, τα αιτήματα των φορέων και των υπαλλήλων κατατίθενται μόνο ηλεκτρονικά, μέσω του διαδικτυακού τόπου του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.

Επιμόρφωση

Στο αμέσως επόμενο άρθρο, άρθρο 39, γίνεται αναφορά στην Επιμόρφωση των υπαλλήλων. Την ευθύνη για την κατάρτιση, οργάνωση και εκτέλεση των προγραμμάτων επιμόρφωσης έχει το ΙΝ.ΕΠ. Η συμμετοχή των υπαλλήλων είναι διάρκειας 35 ωρών και είναι υποχρεωτική. Η δε αξιολόγηση τους βασίζεται στην επιμέλεια τους (ανελλιπής παρακολούθηση και ενεργός συμμετοχή) και πραγματοποιείται στο τέλος του προγράμματος. Επίσης, αποτελεί στοιχείο που συνεκτιμάται υποχρεωτικά από το υπηρεσιακό συμβούλιο κατά την κρίση του για προαγωγή υπαλλήλου. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, που εκδίδεται μετά από γνώμη της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., καθορίζονται κριτήρια επιλογής των υπαλλήλων που παρακολουθούν προγράμματα επιμόρφωσης. Στα κριτήρια αυτά περιλαμβάνεται και η δήλωση επιθυμίας του υπαλλήλου και η απόδοσή του στην υπηρεσία, όπως αυτή προκύπτει από τα φύλλα αξιολόγησης. Επίσης, το Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης μπορεί σε συνεργασία με τμήματα Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι. να οργανώνει προγράμματα επιμόρφωσης των υπαλλήλων των Υπουργείων και των Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου «με χρήση τηλεοπτικών ή πρόσφορων συστημάτων της σύγχρονης τεχνολογίας».

Άλλα προγράμματα του ΙΝ.ΕΠ. αποτελούν:

- ✓ τα προγράμματα προαγωγικής εκπαίδευσης, που απευθύνονται σε υπαλλήλους κατηγορίας Π.Ε. και Τ.Ε. των Υπουργείων, Περιφερειών, Ν.Π.Δ.Δ. και των Οργανισμών Αυτοδιοίκησης με στόχο την ανάπτυξη γνώσεων, διοικητικής συμπεριφοράς και δεξιοτήτων ανταποκρινόμενων στις απαιτήσεις των καθηκόντων προϊσταμένου διεύθυνσης, αλλά και τη διαγωνιστική αξιολόγηση των υποψήφιων προϊσταμένων, η οποία θα συμβάλλει στην αξιοκρατική και αντικειμενική επιλογή των ικανοτέρων (Άρθρο 41 του Προεδρικού Διατάγματος 57, ΦΕΚ 59/14-3-2007, Α'),
- ✓ τα προγράμματα μετεκπαίδευσης, για τη διεύρυνση των επιστημονικών ή τεχνικών γνώσεων των υπαλλήλων, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών της υπηρεσίας ή την ειδίκευσή τους σε σύγχρονες τεχνικές διοίκησης και τεχνολογίες (Άρθρο 42, του ως άνω Προεδρικού Διατάγματος),
- ✓ η μεταπτυχιακή εκπαίδευση (Άρθρο 43, του ως άνω Προεδρικού Διατάγματος),
- ✓ ημερίδες, συνέδρια, διημερίδες, πιστοποιούμενα βάσει της Υπουργικής Απόφασης Αριθ. ΔΙΕΚ/ΤΜ.Β/Φ.2/58/οικ. 19975, ΦΕΚ 1592/Β/30-9-2010, όπου με πράσινη επισήμανση δηλώνεται ότι αυτά είναι 'ανοικτά' προς όλους

τους δημόσιους υπαλλήλους και με κόκκινη επισήμανση ότι είναι υλοποιούνται για το προσωπικό ενός συγκεκριμένου φορέα, που έχει υποβάλλει και το αντίστοιχο αίτημα.

Τα προγράμματα είναι όλα πιστοποιημένα και υλοποιούμενα σε δυο περιόδους. Ο υπάλληλος έχει δικαίωμα υποβολής αίτησης συμμετοχής σε έως τέσσερεις – το ανώτερο – τίτλους επιμορφωτικών προγραμμάτων ανά περίοδο, τα οποία τεκμηριωμένα συνδέονται με τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες της θέσης του ή με τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί. Ετησίως, δύναται να λαμβάνει μέρος σε έως πέντε – το ανώτερο – προγράμματα, χωρίς σε αυτά να προσμετράται η συμμετοχή σε ημερίδες, συνέδρια και διημερίδες. Οι ενδιαφερόμενοι υπάλληλοι μπορούν να υποβάλλουν αίτηση για να παρακολουθήσουν τα επιμορφωτικά προγράμματα που πραγματοποιούνται στη γεωγραφική Περιφέρεια που υπηρετούν, αφού συνήθως διεξάγονται δια ζώσης. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ο αριθμός των προγραμμάτων που υλοποιούνται με τη μέθοδο της εξ αποστάσεως ή της μικτής εκπαίδευσης (συνδυασμός δια ζώσης και εξ αποστάσεως).

Κατ' εξαίρεση, μπορούν να υποβάλλουν σε αίτηση για άλλη Περιφέρεια, μόνο εφ' όσον το συγκεκριμένο πρόγραμμα δεν πραγματοποιείται στην Περιφέρεια τους στην οποία υπηρετούν. Σε περίπτωση προγράμματος που υλοποιείται δια ζώσης και η χιλιομετρική απόσταση μεταξύ της έδρας της δημόσιας υπηρεσίας στην οποία υπηρετεί ο/η υπάλληλος και του τόπου διεξαγωγής του προγράμματος είναι άνω των 50 χιλιομέτρων, το ΙΝ.ΕΠ. μεριμνά για την εξασφάλιση της διαμονής και ημιδιατροφής του/της, εφόσον αιτηθεί γι' αυτό ο/η ενδιαφερόμενος/η (Γνώμη 671, του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους της 17/04/2006). Κατά συνέπεια, ο υπάλληλος που κάνει χρήση των ανωτέρω υπηρεσιών δε δικαιούται ημερήσια αποζημίωση εκτός έδρας από το Φορέα του. Οι δαπάνες μετακίνησης για την παρακολούθηση προγραμμάτων του ΙΝ.ΕΠ. καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του Φορέα στον οποίο υπηρετούν οι συμμετέχοντες.

Οι νοσηλευτές, ως υπάλληλοι που απασχολούνται στο Δημόσιο και σε Νοσοκομεία ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου έχουν δικαίωμα συμμετοχής σε αυτά. Οι ενδιαφερόμενοι υπάλληλοι έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν επιμορφωτικά προγράμματα, τα οποία εντάσσονται στο πλαίσιο 7 θεματικών κύκλων:

1. Αποτελεσματικότητα και Διαφάνεια στη Δημόσια Διοίκηση

2. Διοικητική Μεταρρύθμιση και Αποκέντρωση
3. Οικονομία και Δημοσιονομική Πολιτική
4. Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση και Εφαρμοσμένες Τεχνολογίες
5. Βιώσιμη Ανάπτυξη
6. Κοινωνική Πολιτική με επιμέρους υποκύκλους: Α) Υγεία και Κοινωνική Ασφάλιση και Β) Κοινωνική Αλληλεγγύη και Ισότητα Ευκαιριών
7. Εισαγωγική Εκπαίδευση (υποχρεωτική εκπαίδευση, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως).

Οι νοσηλευτές μπορούν να παρακολουθήσουν επιμορφωτικά προγράμματα, όπως ενδεικτικά αναφέρονται:

- ✓ Από τον κύκλο ‘Αποτελεσματικότητα και Διαφάνεια στη Δημόσια Διοίκηση’, ‘Coaching Συνεργασίας και Αποτελεσματικότητας στη Δημόσια Διοίκηση’, ‘Βελτίωση Κοινωνικών Ικανοτήτων: Σύγχρονα Κοινωνικά Περιβάλλοντα και Αντιμετώπιση Εργασιακού Στρες’.
- ✓ Από τον κύκλο ‘Διοικητική Μεταρρύθμιση και Αποκέντρωση’, ‘Ανάπτυξη Διοικητικών Ικανοτήτων: Διοίκηση Ανθρώπινου Δυναμικού’ και ‘Εκπαίδευση Προϊσταμένων Τμημάτων’
- ✓ Από τον κύκλο ‘Βιώσιμη Ανάπτυξη’, ‘Διαχείριση Αποβλήτων Υγειονομικών Μονάδων’
- ✓ Ο κύκλος που περιέχει τα περισσότερα προγράμματα που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των νοσηλευτών είναι η ‘Κοινωνική Πολιτική’. Σε αυτόν το θεματικό κύκλο ανήκουν: ‘Ανάπτυξη Διαπολιτισμικών Δεξιοτήτων και Διαχείριση Διαφορετικότητας’, ‘Ανάπτυξη, Οργάνωση και Διασύνδεση – Δικτύωση Μονάδων, Υπηρεσιών και Προγραμμάτων κατ’ οίκον νοσηλείας’, ‘Δημόσια Διοίκηση και Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες: Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών’, ‘Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας’, ‘Management Υπηρεσιών Υγείας’ και περισσότερο επικεντρωμένο το πρόγραμμα ‘Οργάνωση και Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών’.

Τα κριτήρια για την επιλογή συμμετεχόντων στα επιμορφωτικά προγράμματα είναι:

- ✓ Η συνάφεια των αρμοδιοτήτων και των εργασιών που επιτελεί ο υπάλληλος με τους στόχους και το αντικείμενο της επιμόρφωσης.
- ✓ Η κατηγορία (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ, ΥΕ), ο κλάδος, η θέση ευθύνης, σε σχέση με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά της ομάδας-στόχου του προγράμματος.
- ✓ Η ολοκληρωμένη παράθεση της τεκμηρίωσης της ανάγκης για επιμόρφωση.
- ✓ Η συχνότητα παρακολούθησης σεμιναρίων εντός του εξαμήνου/έτους από τον ενδιαφερόμενο υπάλληλο.
- ✓ Η πιθανή ύπαρξη σχεδίου Εκπαίδευσης από την υπηρεσία του ενδιαφερόμενου υπαλλήλου.
- ✓ Η ημερομηνία υποβολής της αίτησης

Οι εργαζόμενοι καλούνται κατόπιν να επιβεβαιώσουν τη δυνατότητα συμμετοχής τους στο πρόγραμμα μετά από σχετική συνεννόηση με τον/την Προϊστάμενο της υπηρεσίας τους. Το ατομικό έντυπο επιλογής με το οποίο επιβεβαιώνεται η συμμετοχή του υπαλλήλου στο επιμορφωτικό πρόγραμμα εκτυπώνεται και κοινοποιείται από τον ενδιαφερόμενο εργαζόμενο στο Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού ή στο Γραφείο Εκπαίδευσης, προκειμένου να είναι αιτιολογημένη η απουσία του από την υπηρεσία για εκπαιδευτικούς λόγους. Η συμμετοχή των υπαλλήλων στα προγράμματα, εφόσον επιλεγούν, είναι υποχρεωτική με βάση το ΠΔ 57/2007 (ΦΕΚ 59/Α14.03.2007) και συνεπάγεται την αποδέσμευσή τους από τα υπηρεσιακά τους καθήκοντα καθ' όλη τη διάρκεια του επιμορφωτικού προγράμματος. Η διαδικασία αξιολόγησης της επίδοσης των συμμετεχόντων μπορεί να περιλαμβάνει γραπτές ή προφορικές εξετάσεις-τεστ ή/και εκπόνηση εργασιών στο πλαίσιο του προγράμματος.

Σύμφωνα με το Νόμο 4369/2016 (ΦΕΚ 33/Α/27-2-2016), και συγκεκριμένα, στο Μέρος Δ', 'Σύστημα Επιλογής Προϊσταμένων', Άρθρο 29 'Προϊστάμενοι οργανικών μονάδων. Διαδικασία και κριτήρια επιλογής προϊσταμένων', «*Η πιστοποιημένη από το Ε.Κ.Δ.Δ.Α. επιμόρφωση του υπαλλήλου μοριοδοτείται με δέκα (10) μόρια ανά σεμινάριο επιμόρφωσης με ανώτατο όριο τα σαράντα (40) μόρια. Για τη βαθμολογία του κριτηρίου της πιστοποιημένης επιμόρφωσης που προβλέπεται, λαμβάνεται υπόψη η επιμόρφωση κατά την τελευταία δεκαετία*».

3.3.9. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας αποτελεί μία από τις παλαιότερες Σχολές Δημόσιας Υγείας της Ευρώπης. Ιδρύθηκε το 1929 από την κυβέρνηση του Ελευθερίου Βενιζέλου και τους Υπουργούς Υγιεινής Απόστολο Δοξιάδη και Αλέξανδρο Παππά, ως Υγειονομική Σχολή Αθηνών, μετά από πρόταση της Οργάνωσης Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών και τη συμβολή του Rockefeller Foundation. Ο πρώτος διευθυντής της Σχολής ήταν ο υγεινολόγος Frederick Norman White. Κύρια αποστολή της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών ήταν η άμεση αντιμετώπιση των δυσμενών συνθηκών υγείας του πληθυσμού, των υψηλών ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας από λοιμώδη νοσήματα καθώς και η ανασυγκρότηση των διάσπαρτων και πλημμελώς οργανωμένων υπηρεσιών υγείας της χώρας. Το 1994, η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και αποτελεί ισότιμο με τα ΑΕΙ εκπαιδευτικό ίδρυμα, καθώς λειτουργεί ως ΝΠΔΔ με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, με κύριους σκοπούς την εκπαίδευση, την επιστημονική έρευνα, την εφαρμοσμένη δράση σε θέματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής πολιτικής και την παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών. Οι τομείς στους οποίους δραστηριοποιείται είναι Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής, υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας, Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας, Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής, Κοινωνιολογίας, Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας, Μικροβιολογίας της Δημόσιας Υγιεινής, Οικονομικών της Υγείας, Παρασιτολογίας και Εντομολογίας, Υγείας του Παιδιού, Υγειονομικής Μηχανικής-Υγιεινής του Περιβάλλοντος. Η ΕΣΔΥ, από την ίδρυση της μέχρι τη σημερινή νομική και θεσμική της οντότητα, έχει αναπτύξει σημαντική εκπαιδευτική και ερευνητική δράση στην αντιμετώπιση των αναγκών της Δημόσιας Υγείας και της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Τα Προγράμματα Μεταπτυχιακών Σπουδών που προσφέρει η ΕΣΔΥ παρέχουν Μεταπτυχιακά Διπλώματα Ειδίκευσης:

στη Δημόσια Υγεία, με κατευθύνσεις Δημόσια Υγεία (Γενική Κατεύθυνση), Χρόνια Νοσήματα και Συμπεριφορές Υγείας, Λοιμώδη Νοσήματα, Προαγωγή της Υγείας Παιδιών και Εφήβων

στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, με κατευθύνσεις Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας (Γενική Κατεύθυνση), Οικονομική Αξιολόγηση, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών στην Επαγγελματική και Περιβαλλοντική Υγεία

Η έναρξη των Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών ορίζεται η 1η Οκτωβρίου κάθε έτους και η διάρκειά τους είναι ένα έτος πλήρους ή/και δύο έτη μερικής φοίτησης.

3.3.10. Μορφές μοριοδότησης και πιστοποίησης Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Διάφοροι φορείς (επιστημονικοί, συνδικαλιστικοί, οργανώσεις, σωματεία εργαζομένων, νοσοκομεία) οργανώνουν συνέδρια, ημερίδες, διημερίδες, συμπόσια για την επιμόρφωση των νοσηλευτών με πλήθος θεμάτων από διαφορετικούς τομείς (Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, Αναισθησιολογίας, Χειρουργικής Νοσηλευτικής, Παθολογικής Νοσηλευτικής, Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Ογκολογικής Νοσηλευτικής, Ψυχικής Υγείας, Διοίκησης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης). Πραγματοποιούνται διαζώσεις, επιτρέποντας την αλληλεπίδραση των επαγγελματιών υγείας και την ανταλλαγή απόψεων, αντιλήψεων και εμπειριών. Συνήθως, απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας ενός κλάδου ή ακόμη και σε επαγγελματίες υγείας διαφορετικών κλάδων και ειδικοτήτων, προάγοντας την προβολή του κάθε κλάδου και τη συμβολή του στη διεπιστημονική διεργασία. Μπορεί να είναι πολυθεματικά, προβάλλοντας πολλές όψεις της επιστήμης της Νοσηλευτικής ή μονοθεματικά, αναπτύσσοντας σε βάθος ένα θέμα (π.χ. ένα νόσημα ή μια θεραπευτική προσέγγιση) και προβάλλοντας όλες τις πτυχές του. Υλοποιούνται με τη μορφή διαλέξεων, στρογγυλής τράπεζας, κλινικών φροντιστηρίων, εργαστηρίων (workshop), ανακοινώσεων (ελεύθερων και αναρτημένων).

Ένας αριθμός εξ αυτών μοριοδοτούνται όπως για παράδειγμα, τα συνέδρια και τα επιμορφωτικά προγράμματα που πραγματοποιούνται από την Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας και τα Περιφερειακά της Συμβούλια, όπου προβλέπεται μοριοδότηση, σύμφωνα με το Άρθρο 25 του Νόμου 4272/2014 (ΦΕΚ 145/Α/11-07-2014). Εκεί, αναφέρονται τα κάτωθι: «Στο τέλος της παρ. 19 του άρθρου 2 και του ν. 3252/2004 προστίθενται δύο επιπλέον σκοποί της Ε.Ν.Ε. ως εξής:

Η διοργάνωση, εποπτεία και μοριοδότηση εκπαιδευτικών και επιστημονικών προγραμμάτων και εκδηλώσεων στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Η παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης και συναφών προς αυτήν δραστηριοτήτων (έρευνες – μελέτες, συνέδρια, εκπαιδευτικά βοηθήματα για τους καταρτιζόμενους, συμμετοχή σε ολοκληρωμένα προγράμματα, κοινοτικές πρωτοβουλίες, δράσεις προώθησης και υποστήριξης της απασχόλησης), με τη δημιουργία Κέντρου Δια Βίου Μάθησης Επιπέδου Ένα και Κέντρου Δια Βίου Μάθησης Επιπέδου Δύο».

Επίσης, μοριοδότηση δίδεται και στα συνέδρια του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΣΝΕ) με Διεθνείς Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης (International Continuing Nursing Education Credits') από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nursing), μονάδες που αναγνωρίζονται σε όλο τον κόσμο. Στο Νόμο 3754/2009, και συγκεκριμένα στο Κεφάλαιο Β', Άρθρο 10 'Διατάξεις για το νοσηλευτικό προσωπικό', επισημαίνεται ότι «Στην παράγραφο 5 του άρθρου 2 του Ν. 3252/2004 (ΦΕΚ 132 Α'), προστίθεται εδάφιο ως εξής: Η επαγγελματική αναγνώριση μεταπτυχιακών προγραμμάτων και των αντίστοιχων τίτλων σπουδών, η πραγματοποίηση υπό την αιγίδα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και επιστημονικών εκδηλώσεων που αφορούν τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη και η μοριοδότηση για επαγγελματικούς σκοπούς των προγραμμάτων αυτών με μεταπτυχιακές εκπαιδευτικές μονάδες». Μάλιστα, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προτείνει μαζί με άλλους παράγοντες της εκπαίδευσης (π.χ. National Unions of Students in Europe και European University Association), την ενσωμάτωση του Ευρωπαϊκού Συστήματος Μεταφοράς και Συσσώρευσης Ακαδημαϊκών Μονάδων (European Credit Transfer and Accumulation System, ECTS) στο Ευρωπαϊκό Σύστημα Ακαδημαϊκών Μονάδων για την Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση (European Credit Transfer System for Vocational Education and Training, ECVET) και την υιοθέτηση του τελευταίου από όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Το Ευρωπαϊκό Σύστημα Ακαδημαϊκών Μονάδων για την Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση (ECVET) στοχεύει στα εξής:

- ✓ Στη διευκόλυνση της επικύρωσης και αναγνώρισης των επαγγελματικών προσόντων και γνώσεων που αποκτήθηκαν σε διαφορετικά συστήματα και χώρες, ώστε να μπορούν να προσμετρώνται στα επαγγελματικά προσόντα των ατόμων
- ✓ Στην ενθάρρυνση της μετακίνησης μεταξύ διαφόρων χωρών και μαθησιακών πλαισίων

- ✓ Στην ενίσχυση της συμβατότητας μεταξύ των διαφόρων συστημάτων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης που λειτουργούν σε ολόκληρη την Ευρώπη, καθώς και μεταξύ των προσόντων που αυτά προσφέρουν
- ✓ Στην αύξηση των δυνατοτήτων απασχόλησης των αποφοίτων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης καθώς και στη διασφάλιση των εργοδοτών ότι για τη χορήγηση τίτλων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης απαιτούνται συγκεκριμένες γνώσεις και δεξιότητες (Ευρωπαϊκή Οδηγία 2009/C 155/02) .

Το Ευρωπαϊκό σύστημα μεταφοράς και συσσώρευσης ακαδημαϊκών μονάδων (ECTS) αποτελεί ένα σύστημα ακαδημαϊκών μονάδων που διευκολύνει την κινητικότητα των φοιτητών ανάμεσα σε διάφορες χώρες. Καθώς οι μονάδες ECTS χορηγούνται με βάση τα μαθησιακά αποτελέσματα και τον φόρτο εργασίας ενός μαθήματος, οι φοιτητές μπορούν να τις μεταφέρουν από ένα πανεπιστήμιο σε άλλο προσθέτοντάς τις στο σύνολο μονάδων που πρέπει να συγκεντρώσουν για να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα σπουδών ή κατάρτισής τους. Επίσης, το σύστημα ECTS διευκολύνει τον προγραμματισμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των προγραμμάτων σπουδών, ενισχύει τη διαφάνειά τους και καθιστά δυνατή τη συγχώνευση διαφόρων ειδών μάθησης, π.χ. σε πανεπιστήμιο ή σε χώρο εργασίας, στο πλαίσιο του ίδιου προγράμματος σπουδών ή μιας προοπτικής διά βίου μάθησης.

Οι μονάδες ECTS αντιπροσωπεύουν τον φόρτο εργασίας και τα καθορισμένα μαθησιακά αποτελέσματα ενός μαθήματος ή προγράμματος. 60 μονάδες ισοδυναμούν με ένα πλήρες έτος σπουδών ή εργασίας. Ένας τυπικός «πρώτος κύκλος» (προπτυχιακό επίπεδο) αποτελείται από 180 ή 240 μονάδες, ενώ ένας τυπικός «δεύτερος κύκλος» (μεταπτυχιακό επίπεδο), αποτελείται από 90 ή 120 μονάδες, με τουλάχιστον 60 μονάδες στο επίπεδο του δεύτερου κύκλου. Η χρήση των μονάδων ECTS στο επίπεδο του «τρίτου κύκλου» (διδακτορικό επίπεδο) ποικίλλει.

Πέρα από αυτήν την μορφή προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης (συνέδρια, ημερίδες, διημερίδες, συμπόσια), οι νοσηλευτές μπορούν να αναζητήσουν γνώση και πληροφορίες μέσω έντυπου υλικού, κυρίως με τη μορφή βιβλίων και περιοδικών, ελληνικών ή ξενόγλωσσων. Η ψηφιακή επανάσταση, οι σαρωτικές αλλαγές που επέφερε η τεχνολογία των επικοινωνιών αλλά και η ανάπτυξη των κοινωνικών δικτύων επηρέασε την επικοινωνία, την ανταλλαγή πληροφοριών και γνώσης, τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας. Οι νοσηλευτές, πλέον,

μαθαίνουν μέσω του διαδικτύου και των εφαρμογών του, παρακολουθούν βίντεο, ενημερώνονται για την πραγματοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων όλων των ειδών μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, συμμετέχουν σε ερευνητικές μελέτες συμπληρώνοντας online ερωτηματολόγια, εγγράφονται και παρακολουθούν προγράμματα (ακόμη και από το εξωτερικό) εξ αποστάσεως, μέσω πλατφόρμας (με σύγχρονη ή ασύγχρονη εκπαίδευση) κ.ά. Μάλιστα, πολλά από αυτά είναι μοριοδοτούμενα, διαθέτοντας πιστοποίηση και αποτελούν κριτήριο αξιολόγησης των δημοσίων υπαλλήλων νοσηλευτών κατά την κρίση τους σε θέσεις προϊσταμένων Γενικών Διευθύνσεων, Διευθύνσεων και Τμημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΝΗΣΙΩΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗ-ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

4.1. Ορισμός Νησιού και Νησιωτικότητας

Ένας από τους πλέον ολοκληρωμένους ορισμούς της έννοιας του νησιού είναι ο ορισμός που έχει δοθεί από τη Στατιστική Υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eurostat), αφού εκτός από τα γεωγραφικά και γεωλογικά κριτήρια εισάγονται χαρακτηριστικά, όπως το μέγεθος του πληθυσμού, η απόσταση από την ηπειρωτική χώρα αλλά και ο βαθμός απομόνωσης. Ως εκ τούτου, νησί χαρακτηρίζεται ένας χώρος έκτασης τουλάχιστον ενός τετραγωνικού χιλιομέτρου, ο οποίος:

- A) έχει δημιουργηθεί με φυσικό τρόπο
- B) κατοικείται μόνιμα από πληθυσμό άνω των πενήντα κατοίκων
- Γ) χωρίζεται από την ήπειρο με υδάτινο διάδρομο πλάτους τουλάχιστον ενός χιλιομέτρου
- Δ) δεν έχει σταθερή σύνδεση με την ηπειρωτική χώρα
- Ε) δεν περιλαμβάνει πρωτεύουσα κράτους (Eurostat 1994).

Τονίζοντας τη γεωγραφική αλλά και γεωλογοκοινωνική προσέγγιση, οι Μωραϊτάκη και Βασιλάκης (2007) αναφέρουν ότι *‘νησί συνηθίζεται να αποκαλείται μια περιοχή*

ξηράς μικρότερης της ηπείρου, που περιβάλλεται από νερό, συνδυάζεται με ιδιαίτερο φυσιογραφικό τοπίο και έχει συνθήκες ζωής και επικοινωνίας. Οι ίδιοι προσεγγίζοντας την ετυμολογία της λέξης island (νησί στην αγγλοσαξονική γλώσσα) επισημαίνουν ότι αυτή είναι συνώνυμη με τη λατινική λέξη insula, που εμπεριέχει την έννοια της απομόνωσης και εκφράζει μια έκταση που περιβάλλεται από νερό.

Η κατηγοριοποίηση των ευρωπαϊκών νησιών βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων περιλαμβάνει τις παρακάτω κατηγορίες:

Μεγάλα νησιά είναι εκείνα που κατοικούνται από τουλάχιστον 50.000 μόνιμους κατοίκους

Μεσαίου μεγέθους νησιά, εκείνα των οποίων ο μόνιμος πληθυσμός κυμαίνεται μεταξύ 5.000 και 50.000 κατοίκων

Μικρά νησιά, εκείνα που έχουν λιγότερους από 5.000 μόνιμους κατοίκους και

Πολύ μικρά νησιά, που έχουν λιγότερους από 50 μόνιμους κατοίκους (Margaras 2016).

Τα νησιά διαφέρουν μεταξύ τους ως προς διάφορες παραμέτρους, όπως το μέγεθος, ο πληθυσμός, η γεωγραφική θέση, οι κυρίαρχες οικονομικές δραστηριότητες, ο πολιτισμός, τα ανθρώπινα συστήματα χρήσης των πόρων, διαθέτουν, όμως, ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που συνθέτουν την ταυτότητα τους, τη νησιωτικότητα (Σπιλάνης 1996). Τα στοιχεία αυτά αφορούν στα εξής (Μωραϊτάκη 2007, Σπιλάνης 2005, Cross 1999):

- ✓ Τα νησιά έχουν σαφώς οριοθετημένο μέγεθος (συχνά μικρής έκτασης), μικρό πληθυσμό και περιορισμένη ποικιλία και ποσότητα φυσικών πόρων. Ως εκ τούτου, διαθέτουν περιορισμένη αναπτυξιακή ικανότητα.
- ✓ Τα νησιά αποτελούν εξ ορισμού γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές λόγω του υδάτινου περιβάλλοντος τους. Έτσι, παρατηρείται μια διαφοροποίηση ως προς την απομόνωση των νησιών από αυτή των απομακρυσμένων ηπειρωτικών περιοχών.
- ✓ Ο βαθμός απομόνωσης των νησιωτικών περιοχών επηρεάζεται από τη μεγάλη συνήθως απόσταση που τις χωρίζει από τα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και από το επίπεδο των συγκοινωνιών.

- ✓ Λόγω του κατακερματισμού τους, δεν ευνοείται η συμπληρωματικότητα μεταξύ των νησιών του ίδιου συμπλέγματος ούτε σε επίπεδο υπηρεσιών ούτε στο ζήτημα της αξιοποίησης των πόρων.
- ✓ Η οικονομική και κοινωνική δραστηριότητα τους καθορίζεται και από τις πληθυσμιακές διακυμάνσεις (παραδείγματος χάριν, κατά τη διάρκεια της χειμερινής και θερινής περιόδου).
- ✓ Παρουσιάζουν ιδιαίτερη βιωματική ταυτότητα, που αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο κάτοικοι και επισκέπτες αντιλαμβάνονται τα συμβολικά χαρακτηριστικά των νησιών.
- ✓ Αποτελούν ευάλωτα οικοσυστήματα, ιδιαίτερα εκτεθειμένα σε φυσικά φαινόμενα.

Η έννοια της νησιωτικότητας – εν αντιθέσει με τον ορισμό του νησιού – δεν περιορίζεται σε πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια, αλλά επεκτείνεται στην επίδραση των χαρακτηριστικών αυτών στη διαμόρφωση μιας αντίληψης, της νησιωτικής κουλτούρας. Επιπρόσθετα, συναντάται το φαινόμενο της διπλής νησιωτικότητας, που αναφέρεται στα μικρά νησιά νησιωτικών συμπλεγμάτων, τα οποία αναπτύσσουν επιπλέον σχέσεις εξάρτησης από κάποιο γειτονικό μεγαλύτερο νησί, που αναλαμβάνει το ρόλο του τοπικού κέντρου. Παρόλο το γεγονός ότι το σύνολο των νησιών κατατάσσονται σε διάφορες κατηγορίες μειονεκτικών περιοχών, σύμφωνα και με την οδηγία 85/148/ΕΟΚ, θα πρέπει να προσεγγίζονται ως εξατομικευμένες μονάδες του συγκεκριμένου συνόλου (Σπιλάνης 2005).

4.1.1. Πολιτικές Υγείας για τις Νησιωτικές Περιφέρειες

Για το σχεδιασμό των Πολιτικών Υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των νησιωτικών περιοχών και οι ανάγκες του πληθυσμού. Στόχος τους θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη και λειτουργία ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, για την προστασία της υγείας των κατοίκων αλλά και τη γενικότερη κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη των περιοχών αυτών (Prior 2010). Ο συνδυασμός αυτός μπορεί να οδηγήσει στην ενίσχυση του αισθήματος ασφαλείας των μόνιμων κατοίκων, οι οποίοι θα παραμένουν στον τόπο καταγωγής τους, αλλά και των επισκεπτών που, νιώθοντας ασφαλείς κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών

τους, θα ενισχύουν την τουριστική εικόνα των νησιών. Έτσι, η γεωγραφική απομόνωση δεν θα λειτουργεί ως ανισότητα στον τομέα της υγείας (Μωραϊτάκη 2007).

Επιπλέον, αν και η κάλυψη των αναγκών υγείας του μόνιμου -κατά βάση – πληθυσμού μπορεί να θεωρηθεί υψηλού κόστους λόγω των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων (Kontodimopoulos 2006), η εξασφάλιση του βασικού εξοπλισμού με επαρκή στελέχωση σε έμπυχο δυναμικό, με σκοπό τη φροντίδα υγείας τόσο του μόνιμου όσο και του εποχιακού πληθυσμού, μπορεί να ενισχύσει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, έχοντας σαν αποτέλεσμα τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Σε περιπτώσεις επειγουσών καταστάσεων, για τις οποίες δεν υπάρχει η δυνατότητα αντιμετώπισης σε τοπικό επίπεδο λόγω της ανάγκης για εξειδικευμένη φροντίδα είναι απαραίτητη η διασφάλιση ασφαλούς και ταχείας διακομιδής του ασθενούς σε κατάλληλο θεραπευτικό κέντρο (Μωραϊτάκη 2007). Επικουρικά μέτρα θα μπορούσαν να θεωρηθούν:

A) η συμπληρωματικότητα των υπηρεσιών, για παράδειγμα με τη μορφή επισκέψεων από κινητές μονάδες υγείας των αστικών, κυρίως, κέντρων (Hotchkiss 1994) και

B) ο σχεδιασμός και η εφαρμογή υπηρεσιών τηλεϊατρικής⁵, δυνάμενης να μειώσει τη συχνότητα των πολυδάπανων διακομιδών (Tsitlakidis 2005, Τσαγκάρης 2000), να προάγει την ισότιμη πρόσβαση των κατοίκων νησιωτικών περιοχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και να παρέχει πρόσβαση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε υψηλού επιπέδου κατάρτιση και εκπαίδευση, ανεξάρτητα από το σημείο στο οποίο υπηρετεί, οδηγώντας σε αναίρεση της επαγγελματικής απομόνωσης (Τσαγκάρης 2000). Παρόλα αυτά, η έλλειψη χρηματοδότησης και η απουσία συντονισμένης, μακροχρόνιας και ευρείας κλίμακας δράσης εκ μέρους της οργανωμένης πολιτείας είναι οι βασικοί λόγοι για τους οποίους

⁵ Νόμος 3984/2011 (ΦΕΚ 150/Α/27-6-2011) 'Οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητά από τον ασθενή ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατόν από συγγενή α' βαθμού, την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών Τηλεϊατρικής. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί υπηρεσίες Τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των Νοσοκομείων και Μονάδων Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές'.

η ηλεκτρονική υγεία δεν προσφέρει στους κατοίκους της νησιωτικής Ελλάδος τις ευκαιρίες για ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που θα μπορούσε να προσφέρει και που οι εκείνοι δικαιούνται να απολαμβάνουν (Πραχαλιάς 2009 στο Κίτρινου 2009).

4.1.2. Νησιωτικές Περιφέρειες και Υπηρεσίες Υγείας

Τα προβλήματα που απορρέουν από τη νησιωτικότητα επηρεάζουν, όπως είναι φυσικό, και τις υπηρεσίες υγείας. Η φυσική απομόνωση των νησιών συνδυαζόμενη με το επίπεδο της συγκοινωνιακής σύνδεσης με την ηπειρωτική χώρα αλλά και τα – συχνά αστάθμητα – μετεωρολογικά φαινόμενα φαίνεται να αποτελούν σημαντικά εμπόδια στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Η αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας ή η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση σε κέντρα φροντίδας είναι ενδεικτικά παραδείγματα αδυναμίας αντιμετώπισης των αναγκών φροντίδας υγείας σε επίπεδο νησιού. Έτσι, αναδύεται η ανάγκη για επείγουσα διακομιδή, διαδικασία πολυδάπανη αλλά και επισφαλής (Μωραϊτάκη 2007).

Η εικόνα ‘διπόλου’ που εμφανίζεται κυρίως στα μικρά νησιά, με την προσέλευση μεγάλου αριθμού επισκεπτών κατά τους καλοκαιρινούς μήνες και την αντίστοιχη μείωση του πληθυσμού κατά τη διάρκεια του χειμώνα απεικονίζεται και σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας, όπου η πληθυσμιακή αύξηση επιφέρει και αντίστοιχη αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών. Επιπλέον, η υιοθέτηση συμπεριφορών αυξημένου κινδύνου από τους επισκέπτες, τους καθιστούν επιρρεπέστερους σε ατυχήματα, ιδιαίτερα τροχαία (Petridou 1998).

Μια ακόμη συνέπεια της φυσικής και συγκοινωνιακής απομόνωσης των νησιών θα μπορούσε να θεωρηθεί η αδυναμία προσέλκυσης εξειδικευμένου προσωπικού (Gould 2000) αλλά και επενδύσεων σε υπηρεσίες υγείας (Royle 1995). Η γεωγραφική απομόνωση των επαγγελματιών υγείας που υπηρετούν σε νησιωτικές περιοχές συνδυαζόμενη με την υποστελέχωση παίρνει, επιπλέον, τη μορφή επιστημονικής απομόνωσης, αφού οι τελευταίοι αδυνατούν να απουσιάσουν για λόγους επιμορφωτικούς, εκτός νησιού (Margaras 2016, Φιλαλήθης 2009).

Οι υπηρεσίες υγείας νησιωτικών περιφερειών επηρεάστηκαν από έναν ακόμη παράγοντα, την προσφυγική-μεταναστευτική κρίση, όταν υποδέχθηκαν χιλιάδες

ανθρώπων – πολλές φορές υπερβαίνοντας τον αριθμό των ντόπιων κατοίκων που δεν ήταν σε θέση να παρέχουν τα αναγκαία μέσα για τη διαμονή τους (Margaras 2016). Περισσότερο επηρεάστηκαν οι παραμεθόριες νησιωτικές περιφέρειες (border insular periphery), όπως η περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, και κυρίως το νησί της Λέσβου, κατά το έτος 2015, έτος-ορόσημο, κατά το οποίο σημειώθηκε ο μεγαλύτερος αριθμός εισροών προσφύγων και μεταναστών.

4.2. Προσφυγική-Μεταναστευτική Κρίση

4.2.1. Στατιστικά στοιχεία που αφορούν την Ελλάδα

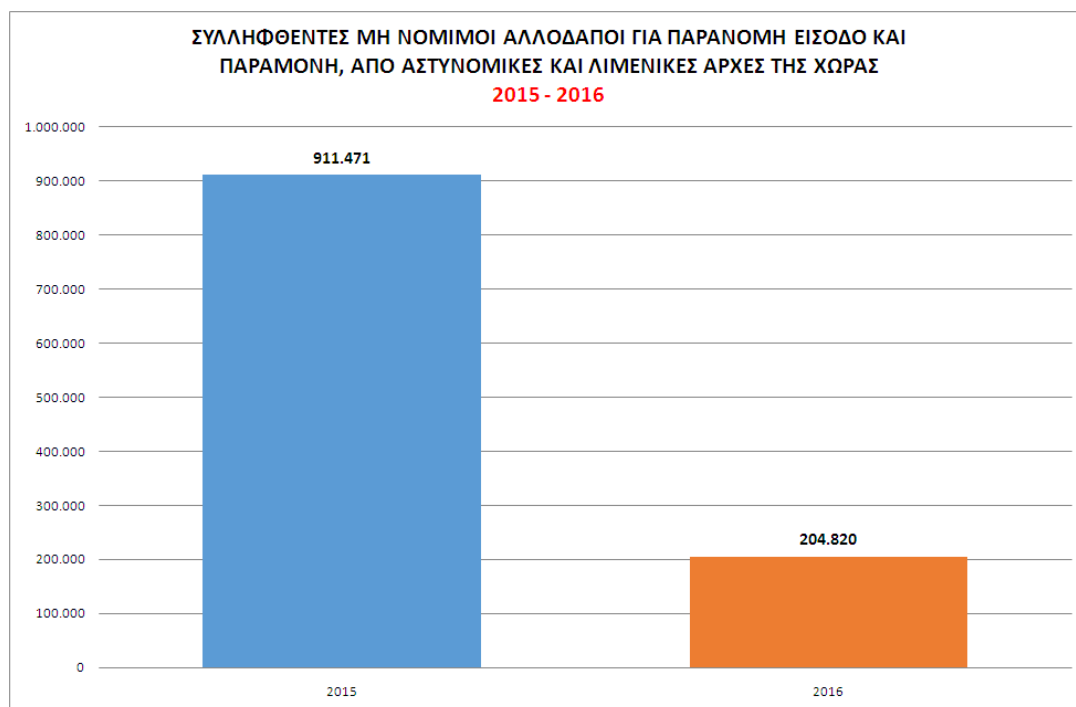
Τα τελευταία χρόνια, πλήθος ανθρώπων αναζήτησαν τρόπους προσέγγισης και εγκατάστασης στη Γηραιά Ήπειρο. Αποτόλμησαν ένα μακρύ ταξίδι από τις χώρες καταγωγής τους μέχρι την Ευρώπη, εγκαταλείποντας τις εστίες τους και ακολουθώντας το δρόμο για το άγνωστο, με την ελπίδα ενός καλύτερου μέλλοντος. Από τις βασικότερες πύλες εισόδου αποτέλεσε και αποτελεί η οδός της Νοτιοανατολικής Μεσογείου, από την Τουρκία στην Ελλάδα. Η χώρα μας κλήθηκε να διαχειριστεί ένα τεράστιο κύμα εισόδου ανθρώπων, οι οποίοι την εξέλαβαν ως ενδιάμεσο σταθμό σε αυτό το ταξίδι.

Οι αφίξεις ανά μήνα κατά τη διάρκεια του 2015 σημείωσαν ιδιαίτερα ανοδικές τάσεις από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Οκτώβριο. Πιο συγκεκριμένα, οι λιγότερες αριθμητικά αφίξεις καταγράφηκαν τον Ιανουάριο (1.694 άνθρωποι) ενώ ο μέγιστος αριθμός τον Οκτώβριο του 2015 (211.663 άνθρωποι). Από το Νοέμβριο του ίδιου έτους, παρατηρείται σημαντική μείωση των ροών προς τη χώρα (μέσος όρος αφίξεων την ημέρα για το Νοέμβριο 5.042 άνθρωποι και για το Δεκέμβριο 3.333 άνθρωποι). Είναι αξιοσημείωτο ότι κάθε μέρα του Δεκεμβρίου κατέφθανε στην Ελλάδα διπλάσιος αριθμός ανθρώπων σε σχέση με τις μηνιαίες αφίξεις του μηνός Ιανουαρίου του 2015 (UNHCR 2018a). Το 2016, συγκριτικά με το 2015, παρατηρήθηκε σημαντικότερη μείωση των αφίξεων, της τάξης του 77% (UNHCR 2018b). Συγκεκριμένα, από το σύνολο των 204.000 αφίξεων του 2016, το 80% καταγράφηκαν τους τρεις πρώτους μήνες μόνο, λόγω εφαρμογής της συμφωνίας μεταξύ Ευρωπαϊκής Ένωσης και Τουρκίας (μετά την 21^η Μαρτίου 2016), ενώ οι συνολικές αφίξεις το 2017 ανήλθαν στις 63.100 μέχρι το τέλος Νοεμβρίου (OECD 2018). Στα παρακάτω γραφήματα

απεικονίζονται τα συγκριτικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν τις εισροές για τα έτη 2015-2016 και 2016-2017.

Τα στοιχεία που παρατίθενται στη συνέχεια είναι επίσημα στοιχεία που ελήφθησαν από το διαδικτυακό ιστότοπο της Ελληνικής Αστυνομίας.

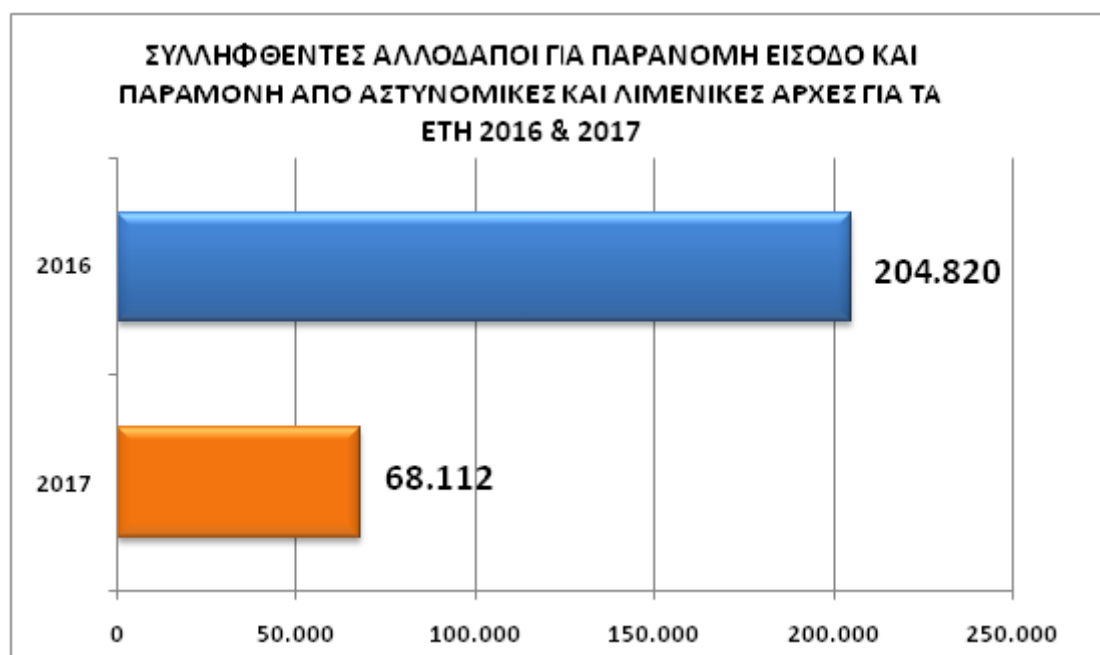
Γράφημα 1. Συγκριτικά Στατιστικά Στοιχεία για τα έτη 2015-2016.



(Πηγή: Ελληνική Αστυνομία,

http://www.astynomia.gr/images/stories//2016/statistics16/allodapwn/12_statistics_all_2016_all.png)

Γράφημα 2. Συγκριτικά Στατιστικά Στοιχεία για τα έτη 2016-2017.



(Πηγή: Ελληνική Αστυνομία,

http://www.astynomia.gr/images/stories//2017/statistics17/allodapwn/12_statistics_all_2017_all.png)

Παρόλα αυτά, οι αφίξεις το πρώτο εξάμηνο του 2018 – συγκριτικά με το αντίστοιχο του 2017 – σημείωσαν σημαντική αύξηση, σύμφωνα με τα στοιχεία που παραθέτει στον ιστότοπο της η Ελληνική Αστυνομία:

Γράφημα 3. Συγκριτικά Στατιστικά Στοιχεία για το Α' εξάμηνο των ετών 2017 και 2018.



(Πηγή: Ελληνική Αστυνομία,

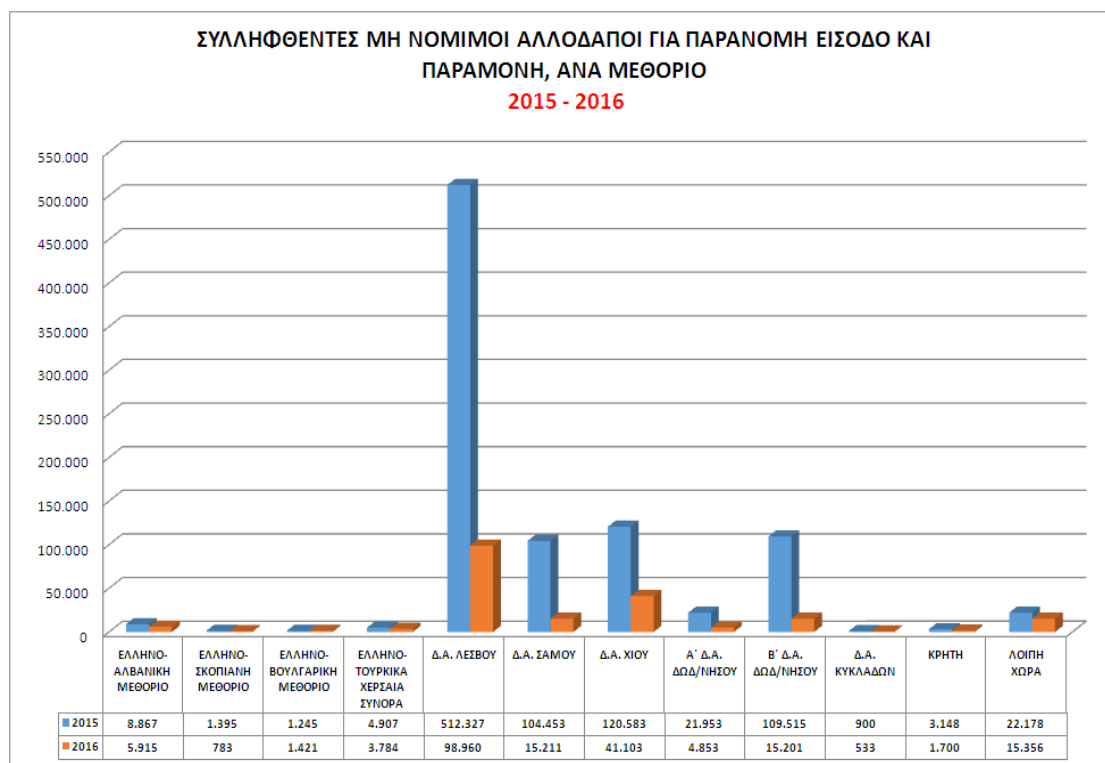
http://www.astynomia.gr/images/stories//2018/statistics18/allodapwn/6_statistics_all_2018_all.png)

4.2.2. Στατιστικά στοιχεία που αφορούν τη Λέσβο

Το μεγαλύτερο όγκο των δια θαλάσσης αφιχθέντων υποδέχθηκε το νησί της Λέσβου, κάτι που εμφανώς καταγράφεται στα στοιχεία που δημοσιεύονται από την Ύπατη Αρμοστεία. Το 2015, ποσοστό της τάξης του 59% επί του συνόλου των αφιχθέντων στη χώρα καταγράφηκε στη Λέσβο. Ο μέσος όρος ημερησίως αφιχθέντων κατά τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο ήταν 4.500 και 3.400 άνθρωποι, αντίστοιχα (UNHCR 2018c). Ως προς το 2016, παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ως προς την καταγραφή των στατιστικών στοιχείων, αφού αυτά αφορούν μέχρι και την 21^η Μαρτίου (του 2016), ημερομηνία ορόσημο για την έναρξη της συμφωνίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης με την Τουρκία. Έτσι, από την αρχή του χρόνου μέχρι και τη συγκεκριμένη ημερομηνία, οι αφίξεις ανήλθαν σε 86.342 ανθρώπους, αριθμό μειωμένο ως προς τις αφίξεις το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2015 αλλά και αρκετά αυξημένο σε σχέση με το συνολικό αριθμό ανθρώπων που αφίχθηκαν το 2016 (173.447

άνθρωποι). Μόνο τις 21 πρώτες ημέρες του Μαρτίου έφθασαν στο νησί 12.325 άνθρωποι, με μέσο όρο 587 αφίξεις την ημέρα (UNHCR 2018d).

Γράφημα 4. Συγκριτικά Στατιστικά Στοιχεία ανά μεθόριο για τα έτη 2015-2016.



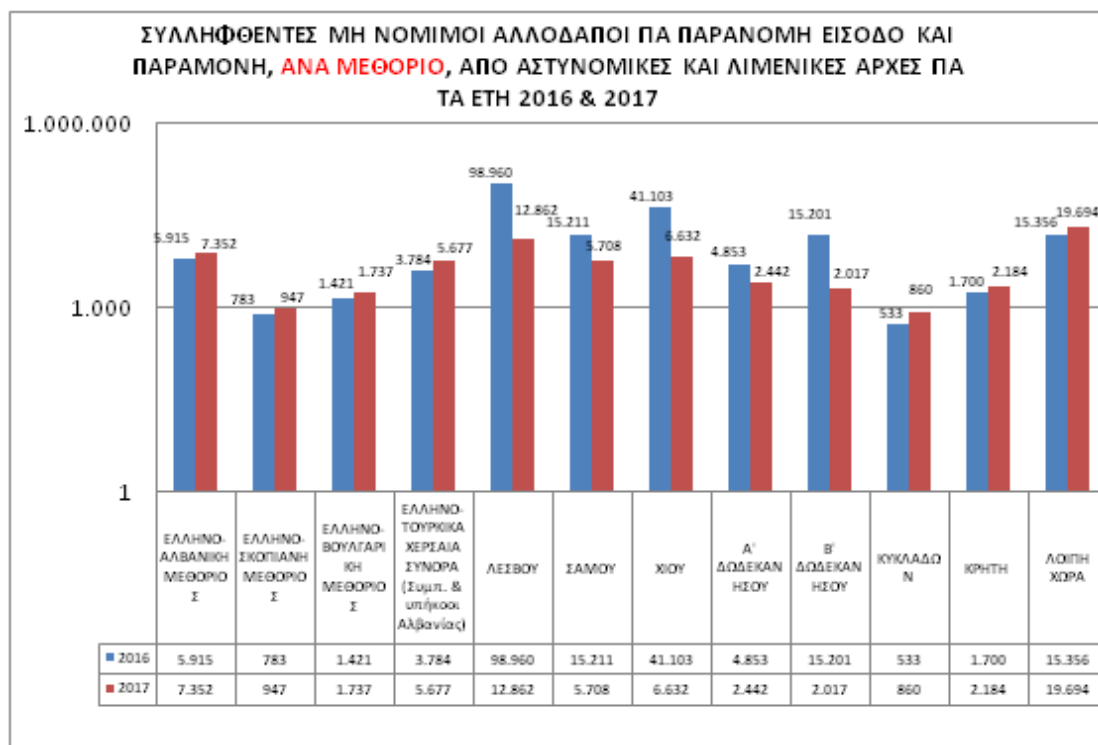
(Πηγή: Ελληνική Αστυνομία,

http://www.astynomia.gr/images/stories//2016/statistics16/allodapwn/12_statistics_all_2016_methorio.png)

Η πτωτική πορεία συνεχίστηκε και το 2017 με τον αριθμό των εισερχομένων να μειώνεται έτι περισσότερο σε όλες τις περιοχές και με τη Λέσβο να παραμένει στην πρώτη θέση, παρ' όλη την αισθητή μείωση.

Στη συνέχεια, παρατίθενται σχεδιαγράμματα στα οποία περιγράφονται οι αφίξεις στο νησί της Λέσβου ανά μήνα για τα έτη 2015-2016:

Γράφημα 5. Συγκριτικά Στατιστικά Στοιχεία ανά μεθόριο για τα έτη 2016-2017.

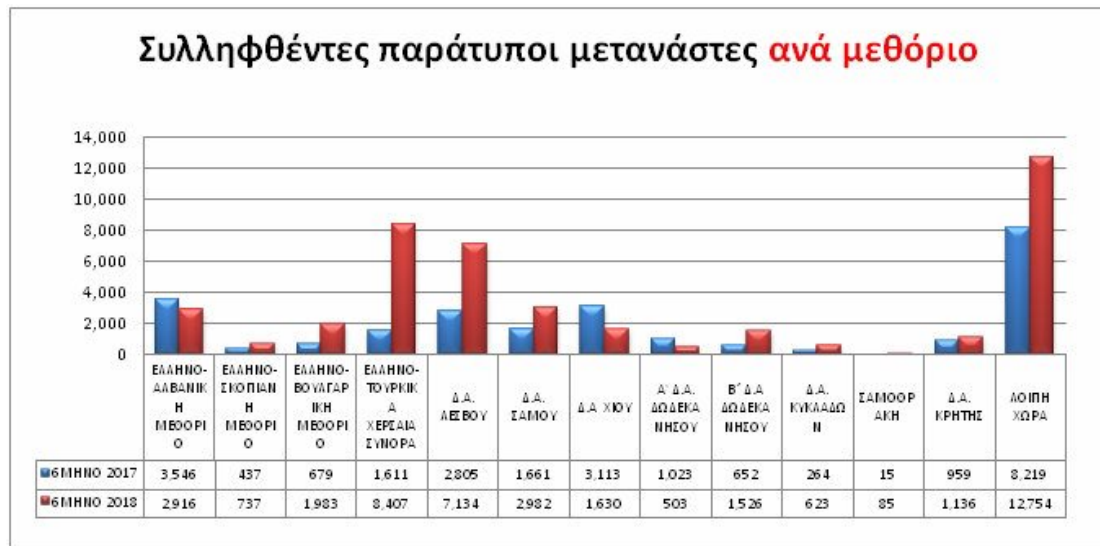


(Πηγή: Ελληνική Αστυνομία,

http://www.astynomia.gr/images/stories//2017/statistics17/allodapwn/12_statistics_all_2017_methorio.png)

Ως προς το Α' εξάμηνο του 2018, παρουσιάζεται μεν αύξηση των εισροών στη Λέσβο σε σχέση με το αντίστοιχο χρονικό διάστημα του 2017, με μεγαλύτερη, όμως, αύξηση του αριθμού των αφιχθέντων στα Ελληνοτουρκικά χερσαία σύνορα.

Γράφημα 6. Συγκριτικά Στατιστικά Στοιχεία ανά μεθόριο για το Α' εξάμηνο των ετών 2017-2018.



Παρόλη τη μείωση του αριθμού αφίξεων που σημειώθηκε το 2016 και το 2017, ο αριθμός των αιτήσεων ασύλου αυξήθηκε σημαντικά. Από το 2015, όταν ο αριθμός τους άγγιξε τις 13.200 αιτήσεις, το 2016 εκτοξεύθηκε στις 51.100 (με ποσοστό μεταβολής για τα έτη 2015-16 της τάξης του 287,1%) και παρέμεινε υψηλός καθ' όλη τη διάρκεια του 2017 (58.700 αιτήσεις), καθώς πολλοί εκ των αιτούντων που προηγουμένως αναζητούσαν τρόπους μετακίνησης σε άλλες χώρες της Ευρώπης, παρέμειναν στην Ελλάδα και υπέβαλλαν αιτήσεις ασύλου. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Υπηρεσίας Ασύλου μέχρι και τη 30^η Σεπτεμβρίου 2018, το ποσοστό των αιτούντων ασύλου παραμένει σε υψηλά επίπεδα, 47390 αιτούντες, οι περισσότεροι εκ των οποίων είναι άνδρες, ηλικίας από 18-34 ετών. Για τα έτη 2017 και 2018, το μεγαλύτερο ποσοστό αιτούντων ασύλου έχουν δηλώσει ως τοποθεσία καταγραφής τη Λέσβο, κάτι το οποίο θα μπορούσε να αποδοθεί και στη δημιουργία αντίστοιχου γραφείου στο νησί (Υπηρεσία Ασύλου 2018).

Σύμφωνα με στοιχεία της Υπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ, που αναφέρονται στο προφίλ των περιοχών όπου διαμένουν πληθυσμοί προσφύγων και μεταναστών, μέχρι την 3^η του μηνός Σεπτεμβρίου 2018, στη Μόρια διέμεναν 7.500 περίπου άνθρωποι και στην περιοχή Καρά Τεπέ 1.219 (UNHCR 2018e).

Η ίδια υπηρεσία του ΟΗΕ, η Υπατη Αρμοστεία, υπό την πίεση των προσφυγικών και μεταναστευτικών κυμάτων είχε από πολύ νωρίς περιγράψει την κατάσταση στην Ελλάδα, και, κυρίως στα νησιά του Αιγαίου, ως μια ανθρωπιστική κρίση (UNHCR 2019). Πολλές δημόσιες υπηρεσίες, και πολύ περισσότερο οι δημόσιες υπηρεσίες

υγείας, αναμείχθηκαν στη διαχείριση του προσφυγικού-μεταναστευτικού ζητήματος, αφού κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν το συνεχώς αυξανόμενο όγκο προσφύγων και μεταναστών και τη μακροχρόνια παραμονή τους στο νησί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ – Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΛΕΣΒΟΥ

5.1. Υπηρεσίες Υγείας στη Λέσβο

Σύμφωνα με τον Υγειονομικό Χάρτη του Υπουργείου Υγείας (<https://healthatlas.gov.gr/#!/>), στη Λέσβο λειτουργούν δομές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Μέσα στην πόλη της Μυτιλήνης, λειτουργεί η Μονάδα Υγείας Μυτιλήνης, η οποία υπάγεται απευθείας στη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, ανήκει στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας και ήταν η πρώτη πανελληνίως που λειτούργησε σε 24ωρη βάση. Συγκεκριμένα, από τον Οκτώβριο του 2014 επεκτάθηκε η λειτουργία της μέχρι τις 19.00, ενώ από τις 8 Σεπτεμβρίου του 2015, κατόπιν εντολής του υπουργού Υγείας και υπό το βάρος της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, τέθηκε σε λειτουργία όλο το 24ωρο. Στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας ανήκουν επίσης, τα Κέντρα Υγείας Καλλονής, Άντισσας, Πλωμαρίου, Πολιχνίτου και τα Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των προαναφερθέντων Κέντρων Υγείας. Όμως, η μοναδική δομή Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας είναι το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης ‘Βοστάνειο’.

5.2. Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης ‘Βοστάνειο’

5.2.1. Ιστορική Αναδρομή

Το Νοσοκομείο Μυτιλήνης (<https://www.vostanio.gr/>) είναι ένα από τα αρχαιότερα Φιλανθρωπικά ιδρύματα, που ιδρύθηκαν στην Ανατολή μετά την άλωση της Κωνσταντινουπόλεως. Από ένα Συνοδικό Γράμμα, που στάλθηκε κατά τον μήνα Μάρτιο του 1692, στους κληρικούς και άρχοντες της Μυτιλήνης μαρτυρείται ότι κατά το 17ο αιώνα στην Μυτιλήνη λειτουργούσε Νοσοκομείο ή Ξενοδοχείο όπως ονομάζονταν τότε τα Νοσοκομεία. Με αυτό το Συνοδικό γράμμα - που αποτελεί σήμερα την πρώτη μαρτυρία για την ύπαρξη Νοσοκομείου στη Λέσβο - ο τότε πατριάρχης Κωνσταντινουπόλεως Καλλίνικος Β΄ ο Ακαρνάν ορίζει ότι *«το τε Ξενοδοχείον τούτο και τα λοιπά εκκλησιαστικά κτήματα και αφιερώματα διατελώσιν υπό την εξουσίαν και προστασίαν και κυβέρνησιν του Μητροπολίτου Μυτιλήνης Δανιήλ, αυτού μόνου έχοντος άδειαν διακυβερνάν αυτά και καθιστάν εν αυτοίς επιτρόπους»*. Στα αρχεία των Φιλανθρωπικών Καταστημάτων, δεν υπάρχει κανένα έγγραφο προς μελέτη και εξακρίβωση της ιστορίας του Ιδρύματος, εκτός από το δωρητήριο έγγραφο του Μητροπολίτου Μυτιλήνης Ανθίμου Βερτουμή που χρονολογείται από τη 16^η Ιουνίου 1752, μέσω του οποίου κληροδότησε στο Ξενοδοχείο το Μεγάλο Περιβόλι.

Ο αρχαιότερος Κώδικας που σώζεται σήμερα και περιλαμβάνει λογαριασμούς διαχειρίσεως, απογραφές της τότε κτηματικής περιουσίας του ιδρύματος, μερικά πρακτικά και έγγραφα, αρχίζει από το 1813. Από τη μελέτη των εγγράφων αυτών προκύπτει ότι το Ξενοδοχείο, από την ίδρυσή του δεν σταμάτησε ποτέ να παρέχει δωρεά στέγαση και φαγητό σ' όλους, αδιακρίτως θρησκείας και εθνικότητας. Είναι δε εξακριβωμένο ότι σε κάθε δύσκολη και σκληρή περίσταση κατά τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας είτε από τη μετάδοση μεταδοτικών νόσων (χολέρα), είτε από την εξέγερση του πληθυσμού κατά των Οθωμανών το Ξενοδοχείο πρόσφερε ουσιαστική βοήθεια στο σκληρά δοκιμαζόμενο πληθυσμό της Μυτιλήνης. Έτσι, η δράση του ιδρύματος επεκτεινόταν και πέρα από την παροχή νοσηλείας στους φτωχούς ασθενείς, για τους οποίους είχε διατεθεί το μεγαλύτερο μέρος του κτιρίου, που λειτουργούσε υποτυπωδώς με πενιχρά επιστημονικά μέσα.

Εκτός από το μικρό αυτό νοσοκομείο, μέσα στο ίδιο το "Ξενοδοχείο" λειτουργούσαν ιδιαίτερα τμήματα για τους φτωχούς και εγκαταλελειμμένους γέροντες, για τα ορφανά και τους ταξιδιώτες. Από τα λογιστικά βιβλία που σώζονται, διαπιστώνουμε ότι το Ξενοδοχείο, κατά τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας δαπανούσε πολλά χρήματα για την εξαγορά και απελευθέρωση αιχμαλώτων, ιδίως των Χίων, μετά τις σφαγές της Χίου, και νοσήλευσε τους πρόσφυγες της Μικρασιατικής τραγωδίας.

Το πρώτο νοσοκομείο κατεδαφίστηκε και στην ίδια θέση αναγέρθηκε το 1858 νέο σύγχρονο κτίριο με δαπάνες του Π. Βουρναζέλλη. Έτσι, συστηματοποιήθηκε η νοσοκομειακή περίθαλψη των φτωχών ασθενών. Το νοσοκομείο αυτό είχε τμήμα αστυκλινικής, εσωτερικό ιατρείο, παθολογικό, χειρουργικό, μαιευτικό και οφθαλμολογικό τμήμα, φαρμακείο, εγκατάσταση αποστειρωτικών κλιβάνων και 42 περίπου κλίνες. Το κτίριο, όμως, δεν επαρκούσε για να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού και το πρόβλημα εντάθηκε μετά την Μικρασιατική καταστροφή όταν πλήθος αναξιοπαθούντων κατέκλυσε το νησί.

Με προσπάθειες του Μητροπολίτη Μυτιλήνης κυρού Ιακώβου του Α', συγκεντρώθηκαν, αρχικά, ελάχιστα χρηματικά κεφάλαια και τη 25η Μαρτίου του 1927 θεμελιώθηκε το σημερινό νοσοκομείο «εις περίοπτον τοποθεσίαν, εγγύς της πόλεως», όπως χαρακτηριστικά έγραφε ο ίδιος. Από τότε πέρασαν οκτώ χρόνια με συνεχείς προσπάθειες του ίδιου Μητροπολίτη, ο οποίος κατάφερε να συγκινήσει τους πλούσιους κατοίκους της πόλης και να συγκεντρώσει χρήματα, ώστε να αποπερατωθεί και να

εγκαινιασθεί την 8^η Νοεμβρίου του έτους 1935 το νέο Νοσοκομείο Μυτιλήνης. Η δε ονομασία, που δόθηκε στο ίδρυμα τη 13^η Φεβρουαρίου 1934 ήταν ‘Βοστανείο Ιερό Νοσοκομείο Μυτιλήνης’ προς τιμήν των υιών Αθανασίου Βοστάνη, που διέθεσαν μεγάλα κεφάλαια για την ανέγερση του. Το σημερινό Νοσοκομείο είναι το τρίτο κατά σειρά. Σήμερα, στις εκτάσεις αυτές βρίσκονται κτισμένα το Νοσοκομείο Μυτιλήνης, το Γηροκομείο και το Ορφανοτροφείο.

Κατά τη διάρκεια της παρούσας ερευνητικής μελέτης, το Νοσοκομείο βρισκόταν σε μεταβατικό στάδιο, αφού βρίσκονταν σε εξέλιξη τα έργα επέκτασης με κατασκευή δυο νέων κτιρίων, ανακατασκευής και αναδιαρρύθμισης των υφισταμένων κτιρίων και του περιβάλλοντος χώρου. Η παράδοση των νέων χώρων έγινε σταδιακά και τα εγκαίνια του Νοσοκομείου πραγματοποιήθηκαν το Μάιο του 2018 από την ηγεσία του Υπουργείου Υγείας.

5.2.2. Θεσμικό Πλαίσιο – Οργανισμός Νοσοκομείου

Πριν από την εφαρμογή του Νόμου 1397/1983 ‘Εθνικό Σύστημα Υγείας’, το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης λειτουργούσε με βάση το Βασιλικό Διάταγμα 597 (ΦΕΚ 147/Α/11-09-1961) ‘Περί αναμορφώσεως του Οργανισμού του Βοστανείου Ιερού Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης’. Στο Άρθρο 1, παράγραφος 2 καθορίζεται ο σκοπός του Νοσοκομείου, *«Σκοπός του Νοσοκομείου τούτου είναι η εν αυτό παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής περιθάλψεως εις τους εκ κοινών νοσημάτων πάσχοντας ασθενείς, αποκλειομένης της εν αυτό περιθάλψεως των πασχόντων εξ ανιάτων νοσημάτων»*. Οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου διακρίνονταν σε Διοικητική, Ιατρική, Φαρμακευτική, Νοσηλευτική και Βοηθητική. Σύμφωνα με τον ανωτέρω οργανισμό ο αριθμός των νοσηλευτικών κλινών του Νοσοκομείου ορίζεται σε διακόσιες (200), διαθέτοντας Παθολογική κλινική με δύναμη 45 κλινών, Χειρουργική κλινική με δύναμη 45 κλινών, Ουρολογική κλινική με 20 κλίνες, Μαιευτική κλινική 30 κλινών, ΩΡΛ κλινική 10 κλινών, Παιδιατρική κλινική 20 κλινών, Καρδιολογική κλινική 20 κλινών και Οφθαλμολογική κλινική 10 κλινών. Επίσης λειτουργούσαν αντίστοιχα με τις κλινικές εξωτερικά ιατρεία, τα δε εργαστήρια ήταν Μικροβιολογικό, Ακτινοδιαγνωστικό και ο Σταθμός Αιμοδοσίας.

Το 1986, με το Προεδρικό Διάταγμα 87 (ΦΕΚ 32/Α/27-03-1986) ‘Ενιαίο Πλαίσιο Λειτουργίας των Νοσοκομείων’ καθορίστηκαν τα νέα πλαίσια λειτουργίας των

Νοσοκομείων. Την ίδια χρονιά, με την Υπουργικά Απόφαση Αριθμ. Α3β/οικ.14149 (ΦΕΚ 635/Β/30-09-1986) ‘Αναμόρφωση Οργανισμού του Βοστανείου Ιερού Νοσοκομείου Μυτιλήνης’, το συγκεκριμένο Νοσοκομείο – αποτελώντας Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου – ορίζεται ως Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ», με έδρα τη Μυτιλήνη. Στο Άρθρο 3 αναγράφεται ο σκοπός, που είναι:

Α) Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής του Υπηρεσίας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμης για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας,

Β) η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας και

Γ) η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας».

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου ορίστηκε στις 250 κλίνες και οι Υπηρεσίες διακρίνονταν σε Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική, εκάστη εκ των οποίων έχει τη δική της ξεχωριστή και ιεραρχική διάρθρωση, όντας ισότιμες μεταξύ τους και υπαγόμενες στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Λόγω της ανάπτυξης του Νοσοκομείου, κατά καιρούς ο αρχικός οργανισμός του αναμορφώθηκε, μέχρι και την πιο πρόσφατη απόφαση αναμόρφωσης (Αριθμ. Υ4α/οικ.121796, ΦΕΚ 347/Β/31-12-2012) με τίτλο ‘Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστανείο»’. Σύμφωνα με αυτόν, το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης υπάγεται διοικητικά στη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, φέρει πλέον την επωνυμία ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΥΤΙΛΗΝΗΣ «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» και διασυνδέεται με το Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου.

Στο Άρθρο 2, αναφέρεται: «Α. Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Υ.ΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

2. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

4. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στη Διοίκηση της 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου.

5. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

6. Η ανάπτυξη διαδικασιών που διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, τη Διοίκηση της 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου και το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης του Νοσοκομείου.

Είναι εμφανές ότι η αναφορά – ήδη, από το σκοπό - στις έννοιες της συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης με την ανάπτυξη και εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων αλλά και στην έννοια της έρευνας και της συνεργασίας με ερευνητικά και επιστημονικά κέντρα υποδηλώνει το ενδιαφέρον για προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για όλους τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο. Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι:

1. Το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης, που λειτουργεί με βάση τις διατάξεις του άρθρου 66 παρ. 11 του Ν. 3984/2011, όπως ισχύει. 2. Ο κοινός Διοικητής του Νοσοκομείου. 3. Ο κοινός Αναπληρωτής Διοικητής (παρ.1, αρθρ.69, Ν.3918/2011, όπως ισχύει), όταν ορίζεται. 4. Ο Υποδιοικητής του άρθρου 15 του Ν.4025/11. Η συνολική δύναμη του Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο» ορίζεται σε διακόσιες πενήντα (250) οργανικές κλίνες.

1. Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από: Α. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική–Οικονομική), Β. ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ (Οργάνωσης και Πληροφορικής), Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ (Υποστήριξης Πολίτη), καθένα από τα οποία έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Το Αυτοτελές Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο υπάγονται απευθείας στον κοινό Διοικητή του Νοσοκομείου. Όταν ορίζεται κοινός Αναπληρωτής Διοικητής, το Ειδικό Γραφείο υπάγεται απευθείας σε αυτόν.

5.2.3. Διάρθρωση–Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Στο Άρθρο 7, περιγράφεται η Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας:

«1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) τομείς, οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων. Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε Νοσηλευτικά Τμήματα που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001, ως ακολούθως:

1ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (Παθολογικός Τομέας)

2ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (Χειρουργικός Τομέας)

3ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ (Εργαστηριακός Τομέας, Διατομεακά τμήματα, Εξωτερικά Ιατρεία και Ψυχιατρικός Τομέας)

Στο Άρθρο 10 της ως άνω Απόφασης, επισημαίνονται οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, και γίνεται ιδιαίτερη μνεία στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι μία από τις αρμοδιότητες είναι *«β. Η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης, της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και της έρευνας στον τομέα αυτό».*

Σύμφωνα με τον Οργανισμό, *«η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατηγοριών και κλάδων:*

I. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ: Κλάδος ΠΕ Νοσηλευτικής Έξι (6) θέσεις

II. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ: Κλάδος ΤΕ Νοσηλευτικής Ενενήντα τέσσερις (94) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Επισκεπτών Υγείας Τρεις (3) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Μαιευτικής Δώδεκα (12) θέσεις

III. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ: Κλάδος ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτικής Εκατόν επτά (107) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων Μια (1) θέση

IV. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ: Κλάδος ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού Εκατόν μία (101) θέσεις. Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Νοσοκόμων, Βοηθών Θαλάμου, Μεταφορέων Ασθενών, Νεκροτόμων–Σαβανωτών–Αποτεφρωτών».

Στο Νοσοκομείο, το νοσηλευτικό προσωπικό αριθμεί περί τους 280 επαγγελματίες, όλων των κλάδων (ΠΕ Νοσηλευτών, ΤΕ Νοσηλευτών, ΤΕ Μαιών, ΔΕ βοηθ. Νοσηλευτών και ΥΕ βοηθ. Υγειονομικού προσωπικού), εκ των οποίων περίπου 50 απασχολούνται με μη μόνιμη εργασιακή σχέση (Κοινωνική προγράμματα ΟΑΕΔ, Επικουρικό προσωπικό, ΚΕΕΛΠΝΟ), ενώ στην ιατρική υπηρεσία ανήκουν περίπου 110 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, με το 85% αυτών να είναι ειδικευμένοι και πάνω από το 25% να απασχολούνται στο φορέα με μη μόνιμη σχέση εργασίας.

5.2.4. Στατιστικά Στοιχεία για το Νοσοκομείο Μυτιλήνης

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται ο ενδεικτικός ετήσιος αριθμός ασθενών ανά παρεχόμενη υπηρεσία για τα έτη 2015-2018, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία του Γραφείου Κίνησης του Νοσοκομείου.

Πίνακας 1. Ενδεικτικός ετήσιος αριθμός ασθενών ανά παρεχόμενη υπηρεσία για τα έτη 2015-2018

	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία	62.900	73.559	83.365	86.433
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	35.328	39.933	41.798	42.034
Εισαγωγές Παθολογικού τομέα	6.504	6.959	7.272	7.779
Εισαγωγές Χειρουργικού τομέα	1.676	1.673	1.415	1.344

Το Νοσοκομείο αποτελεί τον πυλώνα της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί, παρέχοντας υπηρεσίες τόσο στους ντόπιους κατοίκους όσο και σε μετακινούμενους

πληθυσμούς, των οποίων η κύρια πύλη εισόδου στην Ευρώπη – όπως φαίνεται και από τα στατιστικά στοιχεία που παρατέθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο – ήταν η Λέσβος. Συγκεκριμένα και σύμφωνα με τα στοιχεία του Γραφείου Κίνησης του Νοσοκομείου, καταγράφεται σημαντικότερη αύξηση στον αριθμό των προσερχομένων προσφύγων και μεταναστών, που αναζήτησαν και έλαβαν υπηρεσίες φροντίδας υγείας από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Το 2015, ο αριθμός τους ήταν 1588 ασθενείς, ενώ το 2018 ο αριθμός αυτός εκτινάχθηκε στους 10.662 ασθενείς.

5.3. Δομές Υγείας & Ασφάλειας και Δομές Εκπαίδευσης στο Νοσοκομείο Μυτιλήνης

5.3.1. Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου

Βασική δομή Υγείας και Ασφάλειας στο Νοσοκομείο είναι η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ), η οποία έχει συσταθεί και λειτουργεί κατ' εφαρμογή της Υπουργικής Απόφασης (Αρ. Υ1.γ.π.114971-ΦΕΚ 388/Β'/18-2-2014). Η ολομέλεια της ΕΝΛ του Νοσοκομείου συνεδριάζει κάθε τρίμηνο και σε κάθε έκτακτη ανάγκη. Έχει καταρτίσει Εσωτερικό Κανονισμό για τον έλεγχο της μικροβιακής αντοχής και των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Μεταξύ των σκοπών της αναφέρονται η ασφάλεια των εργαζομένων και η εκπαίδευση τους, αναφορικά με την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Γενικά, στα πλαίσια της ΕΝΛ και με σκοπό την ασφάλεια των εργαζομένων, πραγματοποιείται προληπτικός έλεγχος υγείας όλων των επαγγελματιών υγείας, προώθηση του εμβολιασμού (για παράδειγμα, εμβολιασμός για την ηπατίτιδα Β, αντιγριπικός εμβολιασμός), πρόληψη επαγγελματικής έκθεσης σε βιολογικούς, χημικούς και άλλους παράγοντες, λήψη μέτρων προστασίας των εργαζομένων μέσω ορθής χρήσης Ατομικού Προστατευτικού Εξοπλισμού και εκπαίδευση σε ασφαλείς πρακτικές και επιτήρηση συμμόρφωσης του προσωπικού στα μέτρα ελέγχου.

Ως προς την εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού τηρείται ηλεκτρονικό αρχείο ανοσίας (εργαστηριακά επιβεβαιωμένης), διενεργούνται εμβολιασμοί, υπενθυμίζεται η ανάγκη εμβολιασμού σε επίνοσους και πραγματοποιείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα ενημέρωση του προσωπικού (όπως με την περίπτωση της ιλαράς το χειμώνα του 2017-18).

Βασικό μέλημα της επιτροπής αποτελεί, επίσης, η διαχείριση και αντιμετώπιση ατυχήματος από αιχμηρά αντικείμενα και εκτίναξη βιολογικών υγρών. Στα πλαίσια αυτής, έχουν συνταχθεί και διανεμηθεί σε όλα τα νοσηλευτικά τμήματα γραπτές οδηγίες με απλά βήματα σε περίπτωση ατυχήματος, ενώ διατηρείται αρχείο επαγγελματικής έκθεσης από αιχμηρά, όπως προβλέπεται.

Ως προς τη συνεχιζόμενη επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, στο Νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν και ανά τακτά χρονικά διαστήματα πραγματοποιούνται εκπαιδευτικές συναντήσεις υποχρεωτικού χαρακτήρα με θέματα: Υγιεινή των Χεριών, Μέτρα Ατομικής Προστασίας, Εμβολιασμοί Επαγγελματιών Υγείας–Αντιγριπικός Εμβολιασμός, Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα επαγγελματιών υγείας για τον έλεγχο και την πρόληψη της διασποράς των πολυανθεκτικών παθογόνων στο Νοσοκομειακό χώρο (σύμφωνα με τις οδηγίες του ΚΕΕΛΠΝΟ), Διαχείριση Νοσοκομειακών Αποβλήτων– Διαχωρισμός Αποβλήτων, Διαχείριση Αιχμηρών. Επιπλέον, όλοι οι νεοεισερχόμενοι επαγγελματίες υγείας και φοιτητές/σπουδαστές παρακολουθούν επιμορφωτικό πρόγραμμα με την ανωτέρω θεματολογία.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι στο Νοσοκομείο δεν παρέχονται υπηρεσίες Τεχνικού Ασφαλείας ούτε Ιατρού Εργασίας.

5.3.2. Δομές Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου

Α) Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Στον οργανισμό του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, ακόμη και στην τελευταία του αναθεώρηση (Αριθμ. Υ4α/οικ.121796, ΦΕΚ 347/Β/31-12-2012), δεν προβλέπεται αυτόνομη λειτουργία Γραφείου Εκπαίδευσης. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια (με συστηματικότερη λειτουργία από το 2009 περίπου λειτουργεί άτυπα Γραφείο Εκπαίδευσης, το οποίο υπάγεται απ' ευθείας στη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Δ.Ν.Υ.) και αφορά, μόνο, στην εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού. Η αξιολόγηση της λειτουργίας του πραγματοποιείται από τη Δ.Ν.Υ., στην οποία ανήκει αλλά και από

τον ετήσιο απολογισμό πεπραγμένων που ζητείται από τη 2^η Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου.

B) Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.)

Το Κ.Ε.Κ. Νοσοκομείου Μυτιλήνης, ιδρύθηκε (ΔΥ15/οικ.1012/7.8.1997 Υπ. Αποφ.) στα πλαίσια του Β΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και του Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία-Πρόνοια", Υποπρόγραμμα3, (Μέτρο 3.1) 'Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού για την Υγεία' με σκοπό την υλοποίηση προγραμμάτων Άτυπης Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης για εργαζόμενους και ανέργους στον τομέα της υγείας Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου (Λέσβος, Λήμνος, Χίος, Σάμος και Ικαρία).

Σε αυτό, απασχολούνται δυο μόνιμοι διοικητικοί υπάλληλοι του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, εκ των οποίων ο ένας είναι ο υπεύθυνος του Κ.Ε.Κ. και ο δεύτερος υποστηρίζει γραμματειακά το φορέα. Διαθέτει ενοικιαζόμενες δομές με τρεις αίθουσες διδασκαλίας. Κατά το χρονικό διάστημα από το 1997–2015, υλοποιήθηκαν διάφορες δράσεις, όπως αυτές περιγράφονται στο **Παράρτημα Γ**.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

6.1. Σκοπός

6.1.1. Σκοπός Ποσοτικής Μελέτης

Σκοπός της ποσοτικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίπτωσης του εργασιακού περιβάλλοντος του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης 'Βοστάνειο' στη ψυχοκοινωνική υγεία και ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, α) επιχειρήθηκε αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος του συγκεκριμένου Νοσοκομείου, του μεγαλύτερου στη νησιωτική περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, σε μια

χρονική περίοδο κατά την οποία το νησί της Λέσβου δεχόταν το μεγαλύτερο βάρος της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, β) μελετήθηκε ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού, ως επίπτωσης του εργασιακού περιβάλλοντος, γ) διερευνήθηκε η ενδεχόμενη ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του εργασιακού περιβάλλοντος και της επαγγελματικής εξουθένωσης με τα δημογραφικά, εκπαιδευτικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη. Τέλος, στα πλαίσια διερεύνησης των ανωτέρω και με βάση τα μέτρα πρόληψης, εξάλειψης και περιορισμού των προβλημάτων του εργασιακού στρες, όπως αυτά προβλέπονται από την ευρωπαϊκή συμφωνία-πλαίσιο και την αντίστοιχη νομοθεσία ΥΑΕ, διερευνήθηκαν μεταξύ άλλων, το επίπεδο συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η συμμετοχή των εργαζομένων σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης αλλά και οι συνήθειες τρόποι μάθησης των εργαζομένων.

Κατά τη φάση συλλογής των ποσοτικών δεδομένων, η επαφή μας με τους συμμετέχοντες ανέδειξε την ανάγκη τους να επεκταθούν και να περιγράψουν τα βιώματα τους, σχετικά με ζητήματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης αλλά και ζητήματα που περιλαμβάνονταν στο ποσοτικό ερωτηματολόγιο, κυρίως υπό το πρίσμα της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, τις επιδράσεις της οποίας, αδιαμφισβήτητα, δέχθηκε πρώτο το νησί της Λέσβου με τις δομές του. Έτσι, θεωρήθηκε αναγκαία η υιοθέτηση ποιοτικής διερεύνησης, αφού πολλά από τα δεδομένα σχετικά με την εμπειρία και τα βιώματα τους δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο ποσοτικό ερωτηματολόγιο και, επιπλέον, δεν καλύπτονταν από τους σκοπούς και τη μεθοδολογία μιας ποσοτικής μελέτης.

6.1.2. Σκοπός Ποιοτικής μελέτης

Σκοπός της ποιοτικής μελέτης αποτέλεσε αφ' ενός η περιγραφή της λειτουργίας των δομών Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου, συγκεκριμένα του Γραφείου Εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και του Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) του Νοσοκομείου, και αφ' ετέρου η κατανόηση των αντιλήψεων και της βιωμένης εμπειρίας του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση.

Η εφαρμογή ποιοτικής διερεύνησης για τη συλλογή επιπρόσθετων δεδομένων και τον εμπλουτισμό της ποσοτικής ήταν αναγκαία, αφού όπως υποστηρίζεται οι άνθρωποι όταν καλούνται να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια είναι πιθανόν να μην εκφράζουν

την άποψη που πραγματικά πιστεύουν, αλλά εκείνη που θεωρούν ότι ‘πρέπει’ να πουν (Ottati 1989), σημείο εξαιρετικά σημαντικό για την παρούσα ερευνητική μελέτη, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες μέτρησης στάσεων των συμμετεχόντων σε αυτήν. Επιπλέον, προέκυψε η ανάγκη κατανόησης του φαινομένου ‘μέσα από τα μάτια’ των υπό μελέτη υποκειμένων, αφού με την εφαρμογή διαφόρων μεθόδων συλλογής και ανάλυσης δεδομένων, με τρόπο συμπληρωματικό και συνθετικό, είναι δυνατόν να εξαχθούν χρήσιμες πληροφορίες για την κατανόηση του φαινομένου (Μπελλάλη 2005, Μπελλάλη & Παπάζογλου 2004).

6.2. Ερευνητικές υποθέσεις-ερωτήματα

6.2.1. Υποθέσεις Ποσοτικής Μελέτης

H1: Το εργασιακό περιβάλλον του νοσηλευτικού προσωπικού του Νοσοκομείου, όπως εκφράζεται ποσοτικά μέσω της κλίμακας Αξιολόγησης Εργασιακού Περιβάλλοντος (Practice Environment Scale – Nursing Work Index, PES-NWI), σχετίζεται με τις παραμέτρους της Επαγγελματικής Εξουθένωσης του προσωπικού, όπως ποσοτικοποιούνται μέσω της κλίμακας Maslach’s Burnout Inventory (MBI).

Q1: Πώς χαρακτηρίζεται το εργασιακό περιβάλλον του Νοσοκομείου (ελκυστικό, μικτό ή μη ελκυστικό), βάσει βαθμολόγησης της κλίμακας PES-NWI;

Q2: Ποιο/α από τα πέντε χαρακτηριστικά/υποκλίμακες του εργασιακού περιβάλλοντος αναγνωρίζεται/ονται ως ελκυστικά από τους συμμετέχοντες;

Q3: Ποιο είναι το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης που αναφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό βάσει βαθμολόγησης της κλίμακας MBI;

Q4: Ποια από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζονται με το εργασιακό του περιβάλλον;

Q5: Ποια από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση;

Q6: Ποιο είναι το επίπεδο Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού (συμμετοχή, πρωτοβουλία και συνήθεις τρόποι επιμόρφωσης);

Q7: Ποια από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζονται και πώς με το επίπεδο της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής εκπαίδευσης;

6.2.2. Ερευνητικά Ερωτήματα Ποιοτικής Μελέτης

1. Πώς λειτουργούν οι δομές εκπαίδευσης του Νοσοκομείου (Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης);
2. Ποιες είναι οι αντιλήψεις του προσωπικού γενικά ως προς τη Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (βαθμός σημαντικότητας);
3. Ποιες είναι οι αντιλήψεις του προσωπικού ως προς το επίπεδο της παρεχόμενης Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης (περιεχόμενο, δυνατότητα εφαρμογής γνώσεων, εμπόδια πρόσβασης και παρακολούθησης, προτεινόμενη θεματολογία);
4. Ποια είναι η βιωμένη εμπειρία του προσωπικού από την παρακολούθηση προγραμμάτων επιμόρφωσης;

6.3. Δειγματοληψία

6.3.1.α. Στόχος Ποσοτικής Μελέτης

Ο πληθυσμός-στόχος της ποσοτικής μελέτης ήταν το νοσηλευτικό προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης 'Βοστάνειο', του μοναδικού Νοσοκομείου της νήσου Λέσβου.

6.3.1.β. Στόχος Ποιοτικής μελέτης

Τον πληθυσμό της ποιοτικής μελέτης αποτέλεσαν οι δυο υπεύθυνοι των δομών Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου, του Γραφείου Εκπαίδευσης και του Κ.Ε.Κ., και νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που εργάζονταν σε τμήματα, το προσωπικό των οποίων κλήθηκε να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε μεγάλο όγκο προσερχομένων ασθενών, προσφύγων-μεταναστών, με διάφορα προβλήματα υγείας, πολλές φορές, απειλητικά για τη ζωή τους.

6.3.2. Μέθοδος Δειγματοληψίας και Δείγμα

6.3.2.α. Μέγεθος Ποσοτικής Δειγματοληψίας και Δείγμα

Το δείγμα προήλθε από όλα τα νοσηλευτικά τμήματα του Νοσοκομείου, αφού συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη όλα τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που συναίνεσαν. Για τη διεξαγωγή της μελέτης, ζητήθηκε και εξασφαλίστηκε άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και η διανομή του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια. Το μέγεθος του δείγματος προσδιορίστηκε σύμφωνα με το επιθυμητό επίπεδο στατιστικής ισχύος, το εκτιμώμενο μέγεθος της συσχέτισης και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας α . Ως επίπεδο στατιστικής ισχύος επιλέχθηκε το 80%, που θεωρείται ως ικανοποιητικό για την ελάττωση της πιθανότητας μη ανάδειξης μιας πραγματικά ισχύουσας συσχέτισης και ως επίπεδο σημαντικότητας α επιλέχθηκε το 0,05 (Munro & Page 1993). Το μέγεθος της συσχέτισης εκτιμήθηκε από μέτριο ως μεγάλο. Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ανήλθε περίπου στο 82%.

6.3.2.β. Μέγεθος Ποιοτικής Δειγματοληψίας και Δείγμα

Για την επιλογή του δείγματος της ποιοτικής μελέτης πραγματοποιήθηκε σκόπιμη δειγματοληψία, καθώς επιλέχθηκαν οι δυο υπεύθυνοι των δομών καθώς και νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, με βάση το τμήμα στο οποίο εργάζονταν (κυρίως ΤΕΠ και Μαιευτικό-Γυναικολογικό τμήμα). Οι δυο πρώτοι επιλέχθηκαν ως υπεύθυνοι λειτουργίας των ανωτέρω δομών του Νοσοκομείου για την περιγραφή της λειτουργίας τους, που σχετίζεται άμεσα με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση των εργαζομένων.

Ως κριτήρια επιλογής για τους νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών των τμημάτων χρησιμοποιήθηκαν: α) η επαρκής εμπειρία ως νοσηλεύτης ή βοηθός νοσηλευτή στο χώρο του νοσοκομείου (άνω του ενός έτους), β) η τάση και ικανότητα αναστοχασμού και γνωστικής επεξεργασίας των εμπειριών του εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, γ) η επαρκής ικανότητα περιγραφής και διάθεση επικοινωνίας της βιωμένης εμπειρίας με την ερευνήτρια και τους αποδέκτες της μελέτης. Ο αριθμός αυτών ανήλθε σε 10 άτομα.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι έλαβαν μέρος ως συμμετέχοντες τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι βοηθοί νοσηλευτών, διότι λόγω της έλλειψης προσωπικού και της απουσίας καθηκοντολογίου, μοιράζονται τα ίδια καθήκοντα εργασίας.

6.4. Εργαλεία Μέτρησης

6.4.1. Εργαλεία Ποσοτικής Μέτρησης

6.4.1.α. Εργαλείο Αξιολόγησης Εργασιακού Περιβάλλοντος (Practice Environment Scale – Nursing Work Index)

Το εργαλείο Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) αποτελεί την αναθεωρημένη έκδοση εργαλείου το οποίο κατασκευάστηκε στις ΗΠΑ και επικεντρώνεται στα οργανωτικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων. Το συγκεκριμένο εργαλείο εγκρίθηκε από το National Quality Forum ως τρόπος μέτρησης της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (National Quality Forum 2004) και μεταφράστηκε στα ελληνικά από τον Καθηγητή Π.Πρεζεράκο (Prezerakos 2015). Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές ερευνητικές μελέτες στις ΗΠΑ, αφού έχει υιοθετηθεί από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (NDNQI 2006).

Χρησιμοποιείται ως έγκυρος δείκτης αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από το προσωπικό (Lake 2002, Aiken 2000). Ως εργασιακό περιβάλλον ορίζονται ‘τα οργανωτικά χαρακτηριστικά ενός εργασιακού χώρου που διευκολύνουν ή περιορίζουν την άσκηση της νοσηλευτικής’ (Lake 2002).

Το εργαλείο αξιολόγησης αποτελείται από 31 ερωτήσεις σε κλίμακα 4 σημείων, τύπου Likert, (‘Συμφωνώ πολύ’, ‘Συμφωνώ’, ‘Διαφωνώ’, ‘Διαφωνώ πολύ’). Η εγκυροποίηση της αναθεωρημένης έκδοσης κατέδειξε πέντε (5) υποκατηγορίες:

A) Συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο (9 ερωτήσεις: 5,6,11,15,17,21,23,27,28)

B) Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα ποιότητας φροντίδας (10 ερωτήσεις: 4,14,18,19,22,25,26,29,30,31)

Γ) Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης (5 ερωτήσεις: 3,7,10,13,20)

Δ) Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους (4 ερωτήσεις: 1,8,9,12)

Ε) Εργασιακές Σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (3 ερωτήσεις: 2,16,24).

Η 'Συμμετοχή του προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο' αναφέρεται στη δυνατότητα για συμμετοχή στην εσωτερική διακυβέρνηση και τη λήψη αποφάσεων αλλά και τις ευκαιρίες ανέλιξης και αναβάθμισης. Η 'Νοσηλευτική συμβολή σε θέματα ποιότητας φροντίδας', ως υποκλίμακα, δίνει έμφαση στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υψηλού επιπέδου, σχετίζεται με τη διασφάλιση ποιότητας αλλά και την επαγγελματική ανάπτυξη, μέσα από την προαγωγή προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Η τρίτη υποκλίμακα, 'Νοσηλευτική ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης, επικεντρώνεται στο ρόλο των ηγετικών στελεχών (προϊσταμένων, τομεαρχών, διευθυντών) της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Η 'Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους' συνδέεται με την παροχή ποιοτικής φροντίδας, ενώ οι 'Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και προσωπικού' αναδεικνύουν την ανάγκη για επικοινωνία και συνεργασία μέσα στη διεπιστημονική ομάδα.

Οι δυο πρώτες υποκλίμακες φαίνεται να αντικατοπτρίζουν το γενικότερο περιβάλλον του Νοσοκομείου, ως εργασιακό περιβάλλον, ενώ οι υπόλοιπες τρεις είναι πιο πιθανό να αναφέρονται σε νοσηλευτικό τμήμα.

Οι υψηλές βαθμολογίες υποδεικνύουν ότι τα θέματα των υποκλιμάκων είναι παρόντα στο συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον και επομένως την παρουσία καλύτερου εργασιακού περιβάλλοντος. Ως εκ τούτου, βαθμολογίες πάνω από το μέσο όρο 2,5 υποδηλώνουν συμφωνία και βαθμολογίες κάτω από το μέσο όρο 2,5 υποδηλώνουν διαφωνία. Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του εργαλείου έχει μετρηθεί (Lake 2002). Οι τιμές του δείκτη Cronbach's α για τις υποκλίμακες κυμαίνονταν από 0,71 έως 0,84 και η αντίστοιχη τιμή για όλη την κλίμακα PES-NWI 0,82. Οι συντελεστές ενδοσυσχέτισης των πέντε υποκλιμάκων και όλης της κλίμακας ήταν από 0,86 έως 0,97 και 0,96, αντίστοιχα.

6.4.1.β. Ερωτηματολόγιο Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI)

Το ερωτηματολόγιο καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοσυμπλήρωσης, που

αποτελείται από 22 ερωτήματα, όπου οι απαντήσεις δίνονται βάσει μιας κλίμακας 7 σημείων, τύπου Likert από το '0' 'Ποτέ' έως το '6' 'Κάθε μέρα'. Οι απαντήσεις εκφράζουν τη συχνότητα με την οποία ο ερωτώμενος βιώνει στο χώρο εργασίας του την κατάσταση/συναίσθημα/αντίδραση που περιγράφεται σε κάθε ερώτηση. Το ερωτηματολόγιο ήταν μεταφρασμένο και σταθμισμένο στα ελληνικά (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992). Οι 22 ερωτήσεις που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο ομαδοποιούνται σε τρεις (3) υποκλίμακες, που αντιστοιχούν στις τρεις χαρακτηριστικές διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης:

A) τη Συναισθηματική Εξάντληση, που εκτιμά τη συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης του εργαζομένου λόγω της εργασίας του,

B) την Αποπροσωποποίηση, που αντανακλά τις αντιδράσεις αδιαφορίας και απρόσωπης αντιμετώπισης των ασθενών, και

Γ) την Έλλειψη Προσωπικών Επιτευγμάτων, που αναφέρεται στην αίσθηση επάρκειας, αποδοτικότητας και επαγγελματικών επιτευγμάτων του ατόμου στον επαγγελματικό τομέα.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της Συναισθηματικής Εξάντλησης και της Αποπροσωποποίησης και χαμηλές τιμές στην υποκλίμακα των Προσωπικών Επιτευγμάτων δηλώνουν αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στην υποκλίμακα της Συναισθηματικής Εξάντλησης, ο δείκτης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις: 1,2,3,6,8,13,14,16,20. Στην υποκλίμακα της Αποπροσωποποίησης, ο δείκτης προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις: 5,10,11,15,22, ενώ στην υποκλίμακα των Προσωπικών Επιτευγμάτων από τις ερωτήσεις: 4,7,9,12,17,18,19,21.

Στη μελέτη των Αναγνωστοπούλου και Παπαδάτου (1992) αναφέρονται οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ως προς την παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης MBI για την ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου. Για την υποκλίμακα Συναισθηματική Εξάντληση, η χαμηλή βαθμολογία εντοπίζεται σε τιμές <20, η μέση 21-30 και η υψηλή >31. Για την Αποπροσωποποίηση, χαμηλή αναφέρεται σε τιμές <5, η μέση 6-10 και η υψηλή >11.

Τέλος, τα Προσωπικά Επιτεύγματα, η χαμηλή αναφέρεται σε τιμές >42, η μέση 41-36 και η υψηλή <35.

Η ελληνική εκδοχή διαμορφωθείσα από τους Αναγνωστόπουλο και Παπαδάτου (1992), αποτελεί ένα σύντομο, δομικά έγκυρο και εσωτερικά αξιόπιστο όργανο, που μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί για την καταγραφή των συναισθημάτων του εργαζομένου απέναντι στην εργασία του και της στάσης του απέναντι στους αποδέκτες των νοσηλευτικών υπηρεσιών φροντίδας που παρέχει.

Ως προς την αξιοπιστία, ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's α για τις υποκλίμακες ήταν:

Για τη Συναισθηματική Εξάντληση: 0,84

Για την Αποπροσωποποίηση: 0,55 και

Για τα Προσωπικά Επιτεύγματα: 0,71 (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992).

Στην ενότητα των Αποτελεσμάτων παρατίθεται ο έλεγχος αξιοπιστίας στο δείγμα της μελέτης. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος της εγκυρότητας του εργαλείου. Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των τριών παραμέτρων ήταν 0,43 μεταξύ Συναισθηματικής Εξάντλησης και Αποπροσωποποίησης, -0,23 μεταξύ Αποπροσωποποίησης και Προσωπικών Επιτευγμάτων και -0,08 μεταξύ Συναισθηματικής Εξάντλησης και Προσωπικών Επιτευγμάτων, οι οποίοι κρίνονται ικανοποιητικοί (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου 1992, Maslach & Jackson 1986).

Εκτός από τα προαναφερόμενα εργαλεία, χρησιμοποιήθηκε ένα αριθμός ερωτήσεων που αφορούσε στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων, το μορφωτικό-εκπαιδευτικό τους επίπεδο αλλά και εργασιακά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, στο τελευταίο μέρος, συμπεριλήφθηκε ένας αριθμός ερωτήσεων σχετικά με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση (συμμετοχή, πρωτοβουλία επιμόρφωσης, συνήθειες τρόποι). Το ερωτηματολόγιο, με τη μορφή που διανεμήθηκε, ανευρίσκεται στο **Παράρτημα Δ**.

6.4.2. Εργαλεία Ποιοτικής Μελέτης

Οι οδηγοί ερωτήσεων που συντάχθηκαν για την πραγματοποίηση της ποιοτικής μελέτης αφορούσαν την υπεύθυνη νοσηλεύτρια του Γραφείου Εκπαίδευσης του

Νοσοκομείου, τον υπεύθυνο του ΚΕΚ και το νοσηλευτικό προσωπικό των διαφόρων τμημάτων του Νοσοκομείου και ανευρίσκονται, επίσης, στο **Παράρτημα Δ**.

6.5. Διεξαγωγή Έρευνας – Συλλογή Δεδομένων

Η μελέτη ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2017 και ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2018. Σε πρώτη φάση και συγκεκριμένα το Σεπτέμβριο του 2017, πραγματοποιήθηκαν διαζώσεις οι δύο συνεντεύξεις, της υπεύθυνης Νοσηλεύτριας του Γραφείου Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου και του υπευθύνου του Κ.Ε.Κ.

Τους μήνες Δεκέμβριο 2017 και Ιανουάριο 2018 διανεμήθηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό όλων των τμημάτων του Νοσοκομείου τα ερωτηματολόγια της ποσοτικής μελέτης. Το φύλλο συλλογής δεδομένων περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των υποψηφίων συμμετεχόντων στη μελέτη, καθώς και τις δυο κλίμακες για την αξιολόγηση του Εργασιακού Περιβάλλοντος και Καταγραφής της Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (**Παράρτημα Δ**). Σε όλους τους υποψήφιους συμμετέχοντες επισημάνθηκε ο εθελοντικός χαρακτήρας της συμμετοχής, η ασφάλεια και ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Η διανομή των ποσοτικών ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια, που παρέμενε παρούσα στο χώρο για διευκρίνιση τυχόν αποριών. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στις περισσότερες περιπτώσεις πραγματοποιήθηκε στο χώρο του νοσοκομείου και στο χώρο ανάπαυσης κατά τη διάρκεια του διαλείμματος του προσωπικού. Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας διασφαλίστηκε το απόρρητο των προσωπικών στοιχείων των συμμετεχόντων με την κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, έτσι ώστε να μην είναι δυνατή η αναγνώριση της ταυτότητας τους. Μετά την κωδικοποίηση, μόνο η ερευνήτρια είχε πρόσβαση στο σύνολο των δεδομένων.

Το Μάρτιο του 2018 ξεκίνησε η πραγματοποίηση της ποιοτικής μελέτης με τη συλλογή δεδομένων από τις συνεντεύξεις των εργαζομένων, με σκοπό την καλύτερη και αξιόπιστη κατανόηση του υπό μελέτη ζητήματος, μέσα από την οπτική των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη προσέγγιση αποτελεί και το δυνατότερο στοιχείο της ποιοτικής μεθοδολογίας (Webb 2002). Τα άτομα που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις, είχαν προηγουμένως ενημερωθεί προφορικά για το σκοπό και τη διαδικασία της

μελέτης, καθώς και για την ασφάλεια, την εμπιστευτικότητα και την εχεμύθεια αναφορικά με τα δεδομένα που θα συλλέγονταν.

Το υλικό της ποιοτικής μελέτης αποτέλεσαν δεδομένα που συλλέχθηκαν από αφηγήσεις βιοματικών εμπειριών μέσω συνεντεύξεων με ανοιχτές ερωτήσεις βάσει της φαινομενολογικής μεθόδου και από την προσωπική εμπειρία του μελετητή. Συγκεκριμένα, η καταγραφή των αντιλήψεων και της βιοματικής εμπειρίας, σχετικά με τα υπό διερεύνηση ζητήματα πραγματοποιήθηκε με τη διαδικασία του αναστοχασμού. Ωστόσο, δεν επικεντρώθηκε στα θέματα που αναδείχθηκαν από την ποσοτική ανάλυση, αφού οι συμμετέχοντες μπορούσαν να περιγράψουν ελεύθερα οποιαδήποτε παράμετρο θεωρούσαν εκείνοι σημαντική. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανοιχτές ερωτήσεις που επέτρεπαν στους συνεντευξιαζόμενους να περιγράψουν το βίωμα τους. Η ερευνήτρια δεν περιορίστηκε στο πλαίσιο του αντικειμενικού παρατηρητή κατά τη συλλογή των δεδομένων (Jasper 1994), αλλά υιοθέτησε τη στάση πως και η ίδια συμμετέχει στο φαινόμενο, καθώς και στην ερμηνεία και παρουσίαση των εμπειριών κατά τη συνέντευξη (Oiler 1982).

Πριν από την έναρξη της συλλογής των δεδομένων και με σκοπό τη διασφάλιση της αξιοπιστίας της μελέτης, η ερευνήτρια ακολούθησε τη μέθοδο της διερεύνησης και απομόνωσης των προσωπικών της πεποιθήσεων, προκαταλήψεων και εμπειριών της σχετικά με το θέμα της μελέτης. Σκοπός της διαδικασίας αυτής ήταν η ανάδυση των εμπειριών της και η εν συνεχεία αναστολή των προϋπαρχουσών σκέψεων και αντιλήψεων της αναφορικά με το φαινόμενο. Με αυτόν τον τρόπο αυτό, μπορούσε να διασφαλιστεί ότι το νόημα της εμπειρίας θα προέκυπτε άμεσα από την περιγραφή του προσωπικού βιώματος των συμμετεχόντων, και όχι ως συμπέρασμα ή ερμηνεία που θα εξαγόταν από προϋπάρχουσα γνώση ή εμπειρία της ερευνήτριας (Jasper 1994).

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ελήφθη υπ' όψιν πως όταν ζητείται από κάποιον η περιγραφή μιας εμπειρίας πραγματοποιείται από εκείνον ανάκληση και ως εκ τούτου, ανάμνηση αυτής. Τις περισσότερες φορές παρατηρείται ότι η εμπειρία δεν περιγράφεται, όπως έχει βιωθεί, χωρίς την επίδραση γνωστικών, ερμηνευτικών, αιτιολογικών διαδικασιών ή απλά της κοινής λογικής, αλλά ερμηνεύεται (Oiler 1982, Schultz 1970).

Ο συνεντευξιαζόμενος ενθαρρυνόταν να μιλήσει για την προσωπική του εμπειρία και το βίωμα. Οι περισσότερες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας, σε

ήσυχο χώρο όπου εξασφαλιζόταν η ιδιωτικότητα, ενώ κάποιες στο σπίτι του συμμετέχοντα. Όπου κρίθηκε απαραίτητο, ακολούθησε και δεύτερος κύκλος συνέντευξης για τυχόν νέες ερωτήσεις που προέκυψαν. Κάθε συνέντευξη ήταν μαγνητοφωνημένη με την άδεια των συμμετεχόντων. Κάθε συνέντευξη ολοκληρωνόταν, εφόσον είχε τεθεί και απαντηθεί και η τελευταία ερώτηση: ‘Υπάρχει κάτι άλλο που θα ήθελες να προσθέσεις σε σχέση με αυτά που έχουμε πει;’

6.6. Επεξεργασία Δεδομένων

6.6.1. Επεξεργασία και Ανάλυση Ποσοτικών Δεδομένων

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, με τη χρήση της συχνότητας, της μέσης τιμής (M) και της σταθερής απόκλισης (SD) των μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0,05$. Η κατανομή των μεταβλητών ελέγχθηκε ως προς την κανονικότητα και όπου ήταν απαραίτητο, πραγματοποιήθηκε τροποποίηση των μεταβλητών. Τα μετρικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων προσδιορίστηκαν με τη μελέτη αξιοπιστίας και τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's α και τον υπολογισμό αξιοπιστίας επαναδοκιμασίας. Για την Αξιολόγηση του Εργασιακού Περιβάλλοντος και τον υπολογισμό του βαθμού Επαγγελματικής Εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε η μέση αθροιστική τιμή των απαντήσεων κλιμακωτής διαβάθμισης. Για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ των ομάδων χρησιμοποιήθηκαν οι διάμεσες τιμές και μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες (δοκιμασία Mann-Whitney U και Kruskal-Willis), εξαιτίας των περιορισμών των μεταβλητών ενώ ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των δυο μεταβλητών εκφράστηκε με τον μη παραμετρικό συντελεστή Kendall's tau, όπου υπαγορευόταν εξαιτίας των περιορισμών των μεταβλητών.

Στο Εργαλείο Αξιολόγησης Εργασιακού Περιβάλλοντος (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI), οι μεγαλύτερες τιμές υποδεικνύουν μεγαλύτερη συμφωνία. Έτσι, πριν τη μέτρηση των βαθμολογιών των υποκλιμάκων, πραγματοποιήθηκε αντίστροφη κωδικοποίηση. Στην κλίμακα μέτρησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach's Burnout Inventory, MBI), οι ερωτήσεις με αρνητική διατύπωση αντιστοιχούν στις παραμέτρους Συναισθηματική Εξάντληση και Αποπροσωποποίηση, ενώ οι καταγραφές με θετική διατύπωση αντιστοιχούν όλες στην παράμετρο Προσωπικά Επιτεύγματα. Έτσι, όταν οι χαμηλές τιμές των δυο πρώτων

παραμέτρων συνδυάζονται με υψηλές τιμές της τελευταίας υποδεικνύουν χαμηλό επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης και ως εκ τούτου, δεν απαιτείται αντίστροφη κωδικοποίηση (Maslach & Jackson 1986).

Ως προς τον έλεγχο των μεταβλητών, η κατανομή των μεταβλητών που αναφέρονται σε χαρακτηριστικά, όπως επί παραδείγματι τα δημογραφικά, εξετάστηκε με γραφήματα και συγκρίσεις της μέσης και διάμεσης τιμής. Αριθμητικές μεταβλητές, όπως ο μέσος όρος Σαββατοκύριακων εργασίας το μήνα χρησιμοποιήθηκαν ως ασυνεχείς ποσοτικές μεταβλητές. Μετά τον έλεγχο της κανονικότητας, οι μεταβλητές δεν προσέγγισαν επαρκώς την κανονική κατανομή, οπότε στην επεξεργασία τους εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές τεχνικές.

6.6.2. Επεξεργασία και Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων

Κατά τη συλλογή, επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ως διαδικασίες η περιχαράκωση και η ενόραση του φαινομένου, με σκοπό την προσήλωση της ερευνήτριας 'στη βιωμένη εμπειρία του υποκειμένου...έχοντας αφήσει στην άκρη τις γνώσεις, θεωρίες και τα δεδομένα...' (Oiler 1982). Η διαδικασία της ανάλυσης, που ακολούθησε, οδήγησε στη σύγκριση των περιγραφών και την αντιπαραβολή των δεδομένων, προκειμένου να ανιχνευθούν τυχόν επαναλαμβανόμενα στοιχεία. Γενικότερη εικόνα αφήγησης αποκτήθηκε μετά την ακρόαση της συνέντευξης και την απομαγνητοφώνηση αυτής. Στη συνέχεια, επακολούθησε δεύτερη ανάγνωση και υπογράμμιση των σημείων όπου οι δυο πρώτοι συμμετέχοντες περιέγραφαν τη λειτουργία των υπό την ευθύνη τους δομών και οι έτεροι συμμετέχοντες, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών, περιέγραφαν τις αντιλήψεις, τα συναισθήματα και τη βιωμένη τους εμπειρία. Δημιουργήθηκαν οι θεματικές ομάδες και προσδιορίστηκε εάν προκύπτουν νέα θέματα. Τέλος, ακολούθησε η περιγραφή του φαινομένου με σκοπό την κατανόηση και καθοδήγηση του ακροατή στα στάδια της εμπειρίας (Oiler 1982).

Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και προκειμένου να προσεγγιστεί αυθεντικότητα και με ακρίβεια η εμπειρία του κάθε συμμετέχοντα, χωρίς να παρεμβάλλονται οι απόψεις της ερευνήτριας στα δεδομένα, χρησιμοποιήθηκαν διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπως για παράδειγμα, 'Πες μου τί εννοείς λέγοντας...' ή οι διευκρινίσεις πραγματοποιούνταν με τη χρήση παραδειγμάτων (Oiler 1982). Για την ενίσχυση της προσπάθειας διασφάλισης της αξιοπιστίας, χρησιμοποιήθηκαν αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις

που επιβεβαιώναν και στήριζαν τα ευρήματα της μελέτης. Κάθε εύρημα της ανάλυσης συνοδεύεται από τα αντίστοιχα αποσπάσματα των συνεντεύξεων που οδηγούν προς το συγκεκριμένο εύρημα ή που το περιγράφουν. Η περιγραφή του θέματος της μελέτης αλλά και η διατύπωση των ερωτήσεων πραγματοποιήθηκαν με αποφυγή αναφορών που θα μπορούσαν να δράσουν καθοδηγητικά στις περιγραφές των συμμετεχόντων.

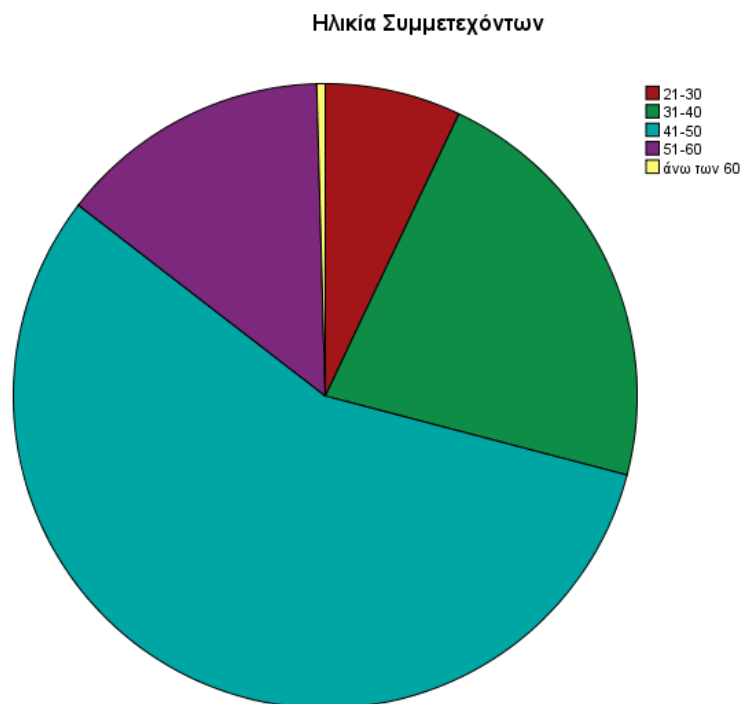
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος Ποσοτικής Μελέτης

A) Ηλικία

Στο συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων στη μελέτη, ποσοστό της τάξης του 56,5% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών, αφού 128 συμμετέχοντες σε σύνολο 227 επέλεξαν τη συγκεκριμένη απάντηση. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 31-40 ετών με 22% (50 συμμετέχοντες σε σύνολο 227), 14,1% για την ομάδα 51-60 ετών, 7% για την ομάδα 21-30 ετών και μόλις 0,4% (ήτοι 1 στους 227) άνω των 60 ετών. Στη συνέχεια, παρατίθεται γράφημα με τα αντίστοιχα ποσοστά:

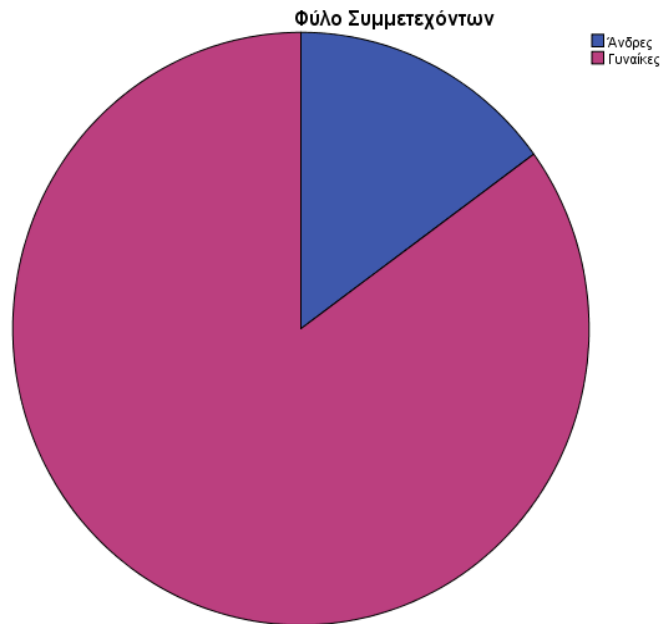
Γράφημα 7. Ηλικία των Συμμετεχόντων στη Μελέτη.



B) Φύλο

Στο συνολικό δείγμα, ποσοστό της τάξης του 85% ήταν γυναίκες (N=193) και 15% άνδρες (N=34), όπως σημειώνεται στο επόμενο γράφημα:

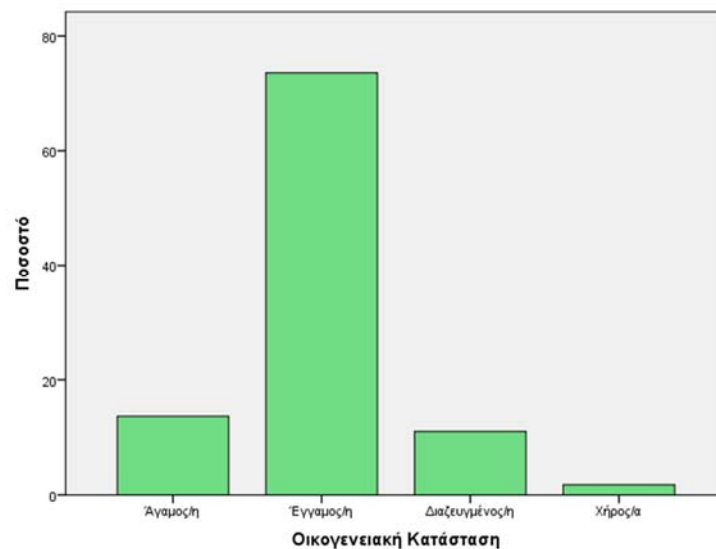
Γράφημα 8. Φύλο των Συμμετεχόντων στη Μελέτη.



Γ) Οικογενειακή Κατάσταση

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (N=167, δηλαδή 73,6%), 31 εκ των συμμετεχόντων δήλωσαν άγαμοι (13,7%), 25 διαζευγμένοι (11%) και 4 άτομα δήλωσαν χηρεία (1,7%).

Γράφημα 9. Οικογενειακή Κατάσταση των Συμμετεχόντων στη Μελέτη.



Δ) Αριθμός Παιδιών

Η πλειοψηφία των υποκειμένων της μελέτης (N=185) δήλωσε ότι έχει παιδιά (81,5%) ενώ 42 άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν (18,5%). Από το σύνολο των 185 ατόμων που δήλωσαν ότι έχουν παιδιά, 38 άτομα ανέφεραν ότι έχουν ένα παιδί (20,5%), 93 δήλωσαν ότι έχουν 2 (50,3%), 43 ανέφεραν 3 (23,2%), 9 άτομα δήλωσαν 4 (4,9%) και 2 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν 5 παιδιά (1,1%). Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς τον αριθμό των παιδιών:

Πίνακας 2. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς τον αριθμό των παιδιών.

Αριθμός Παιδιών	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέσος	Σταθερά Απόκλισης (SD)
	0,00	5,00	1,76	1,13

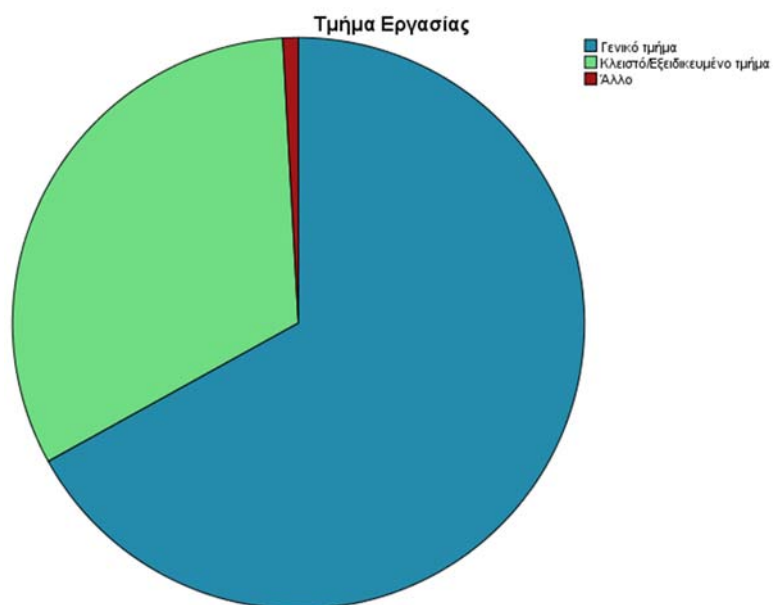
Ε) Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Σε σύνολο δείγματος 227 ατόμων, 24 δήλωσαν Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (Υ.Ε. τραυματιοφορείς και βοηθοί θαλάμου), 105 Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Δ.Ε. βοηθοί νοσηλευτών), 92 νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (νοσηλευτές Τ.Ε. εκ των οποίων 3 διαθέτουν και Χειρουργική ειδικότητα και 6 είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών) και 6 νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (νοσηλευτές Π.Ε. εκ των οποίων 3 διαθέτουν και Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών).

Ζ) Τμήμα Εργασίας

Από το σύνολο των 227 συμμετεχόντων, το 67% (δηλαδή 152 άτομα) ανέφερε ότι εργάζεται σε Γενικό τμήμα, το 32,1% (δηλαδή 73 άτομα) σε Κλειστό/Εξειδικευμένο τμήμα και 0,9% (μόλις 2 άτομα) σε άλλο, διευκρινίζοντας ότι απασχολούνταν σε μη κλινικό τμήμα, αλλά σε περιβάλλον γραφείου. Ως Κλειστό/Εξειδικευμένο τμήμα θεωρήθηκε η εργασία σε Μονάδες (Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας) και η εργασία σε εξειδικευμένα τμήματα (όπως, χαρακτηριστικά, στο Χειρουργείο και το Αναισθησιολογικό).

Γράφημα 10. Τμήμα Εργασίας των Συμμετεχόντων στη Μελέτη.



Η) Θέση Εργασίας

Η θέση εργασίας που δήλωσαν 211 συμμετέχοντες ήταν θέση υφισταμένου με καθήκοντα νοσηλευτή/τριας, βοηθού νοσηλευτή ή βοηθητικού προσωπικού (93%) ενώ 16 ανέφεραν ότι κατέχουν θέση προϊσταμένου τμήματος/τομεάρχη/διευθυντή νοσηλευτικής υπηρεσίας (7%).

Θ) Έτη Προϋπηρεσίας

Στη συγκεκριμένη ερώτηση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε τρία υποερωτήματα:

1. Έτη Προϋπηρεσίας στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα

Ως προς την προϋπηρεσία στο νοσηλευτικό επάγγελμα, η ελάχιστη τιμή ήταν το ένα έτος (N=16 άτομα) και η μέγιστη τα 34 έτη (N=1 άτομο), ο Μέσος Όρος ήταν τα 16 έτη και η Σταθερά Απόκλισης τα 8,86 έτη. Από τις απαντήσεις, με φθίνουσα συχνότητα εμφάνισης 18 συμμετέχοντες (7,9%) ανέφεραν ότι εργάζονται στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα 22 έτη, 16 άτομα (7%) εργάζονται 1 έτος, 14 άτομα (6,2%) εργάζονται 15 έτη, 13 άτομα (5,7%) εργάζονται ως νοσηλευτές 10 έτη, 12 άτομα (5,3%) αναφέρουν προϋπηρεσία 21 ετών και 11 άτομα (4,8%) προϋπηρεσία 16 ετών.

2. Έτη Προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο

Ως προς την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή συμπίπτουν με τις αντίστοιχες απαντήσεις του προηγούμενου υποερωτήματος, ο Μέσος Όρος διαμορφώθηκε στα 13,7 έτη και η Σταθερά Απόκλισης στα 9,17 έτη.

3. Έτη Προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα

Ως προς την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα, η ελάχιστη τιμή ήταν το 1 έτος και η μέγιστη τα 33 έτη, ο Μέσος Όρος διαμορφώθηκε στα 8,8 έτη και η Σταθερά Απόκλισης στα 8 έτη.

Πίνακας 3. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς τα έτη προϋπηρεσίας.

Έτη Προϋπηρεσίας	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέσος	Σταθερά Απόκλισης (SD)
στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα	1	34	16	8,86
στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο	1	34	13,7	9,17
στο συγκεκριμένο Τμήμα	1	33	8,8	8

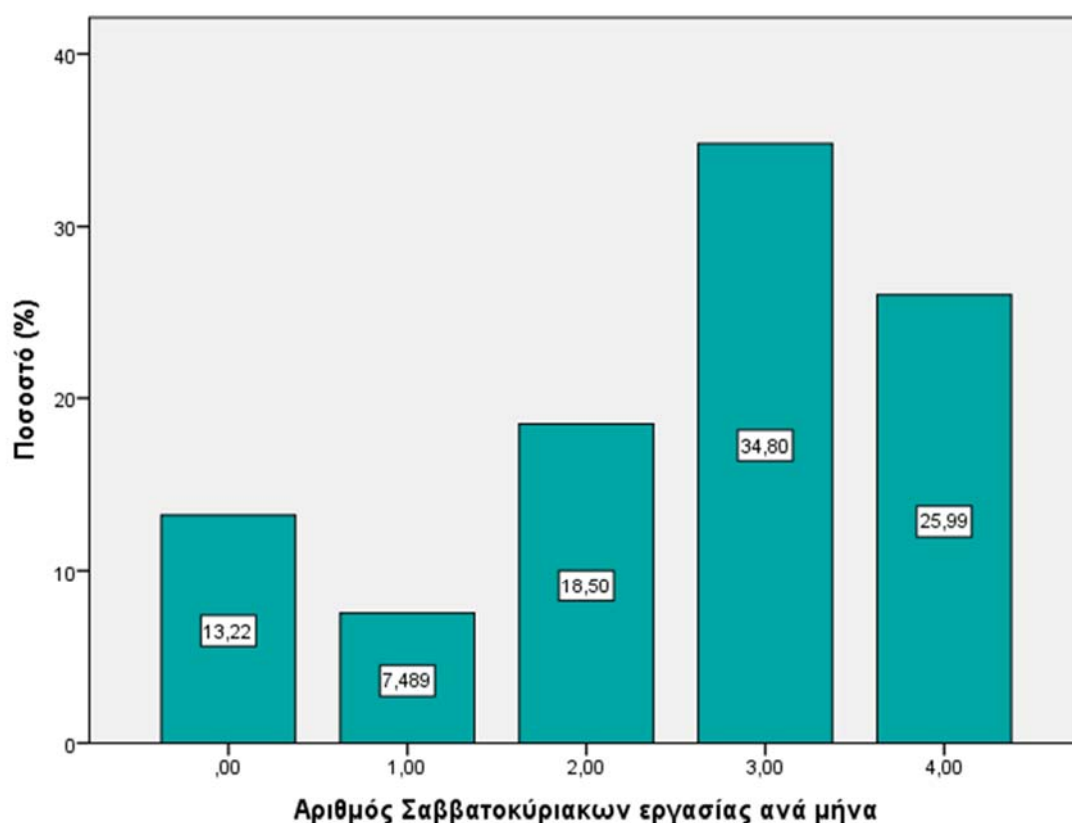
I) Βάρδια Εργασίας

Στο συγκεκριμένο ερώτημα, το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκε να απαντήσει το είδος του ωραρίου που ακολουθεί (πρωινό, απογευματινό, νυχτερινό ή κυκλικό). Συνήθως, οι εργαζόμενοι με πρωινό ωράριο εργάζονται το χρονικό διάστημα 07.00-15.00 (κυρίως τις καθημερινές, εκτός Σαββάτου και Κυριακής), με απογευματινό ωράριο το δωρο 15.00-23.00 (οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας), νυχτερινό το δωρο 23.00-07.00 (οποιαδήποτε ημέρα της εβδομάδας), ενώ το κυκλικό ωράριο περιλαμβάνει όλες τις προαναφερόμενες βάρδιες και ισχύει για όλες τις ημέρες της εβδομάδας, επίσης. Σε σύνολο 227 συμμετεχόντων, 158 άτομα (69,8%) ανέφεραν ότι εργάζονται με κυκλικό ωράριο, 49 άτομα (21,6%) ανέφεραν ότι εργάζονται με πρωινό μόνο ωράριο, 15 άτομα (6,6%) ανέφεραν ότι εργάζονται με πρωινό και απογευματινό ωράριο μόνο, 2 άτομα (0,9%) ανέφεραν ότι εργάζονται μόνο σε απογευματινή βάση, 2 άτομα (0,9%) ανέφεραν ότι εργάζονται μόνο με νυχτερινό ωράριο και 1 άτομο (0,4%) ανέφερε ότι ακολουθεί μόνο πρωινό και νυχτερινό ωράριο.

Κ) Σαββατοκύριακα Εργασίας ανά μήνα

Στην παρούσα ενδιαφέρουσα ερώτηση, το προσωπικό κλήθηκε να απαντήσει πόσα Σαββατοκύριακα εργάζεται ανά μήνα. Ποσοστό της τάξης του 34,8% (79 άτομα) απάντησαν ότι εργάζονται τρία (3) Σαββατοκύριακα το μήνα, το 26% (59 άτομα) ανέφερε ότι εργάζεται και τα τέσσερα Σαββατοκύριακα κάθε μήνα, το 18,5% (42 άτομα) ανέφερε ότι εργάζεται δυο το μήνα. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 79,3% των ερωτηθέντων απάντησε ότι εργάζεται από 2-4 Σαββατοκύριακα το μήνα, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό. Στο παρακάτω γράφημα απεικονίζονται τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν:

Γράφημα 11. Αριθμός Σαββατοκύριακων εργασίας ανά μήνα.



Πίνακας 4. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος ως προς τον αριθμό των Σαββατοκύριακων Εργασίας ανά μήνα.

Αριθμός Σαββατοκύριακων Εργασίας ανά μήνα	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέσος	Σταθερά Απόκλισης (SD)
	0,00	4,00	2,53	1,31

Πίνακας 5. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρες	34	15%
Γυναίκες	193	85%
Άγαμοι	31	13,7%
Έγγαμοι	167	73,6%
Διαζευγμένοι	25	11%
Χήροι	4	1,8%
Έχοντες παιδιά	185	81,5%
Μη έχοντες παιδιά	42	18,5%
Νοσηλευτές ΠΕ	6	2,6%
Νοσηλευτές ΤΕ	92	40,5%
Βοηθοί Νοσηλευτών ΔΕ	105	46,3%
Υγειονομικό Προσωπικό ΥΕ	24	10,6%
Κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου	6	2,6%
Κάτοχοι Νοσηλευτικής Ειδικότητας	3	1,3%
Γενικό τμήμα	152	67%
Κλειστό/Εξειδικευμένο τμήμα	73	32,2%
Θέση υφισταμένου	211	93%

Θέση προϊσταμένου/ τομέαρχη/διευθυντή νοσηλ. υπηρεσίας	16	7%
Πρωινό ωράριο	49	21,6%
Απογευματινό ωράριο	2	0,9%
Νυχτερινό ωράριο	2	0,9%
Κυκλικό ωράριο	158	69,8%

7.2. Αποτελέσματα Νοσηλευτικού Προσωπικού ως προς το Εργασιακό Περιβάλλον

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η βαθμολόγηση των συμμετεχόντων ως προς τις παραμέτρους του εργασιακού περιβάλλοντος, σύμφωνα με το εργαλείο αξιολόγησης Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), μετά την αντιστροφή της κλίμακας μέτρησης:

Πίνακας 6. Η βαθμολόγηση των συμμετεχόντων του δείγματος (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος) για τις προτάσεις της κλίμακας PES-NWI.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
1. Η επάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών (π.χ. γραμματέας, βοηθός θαλάμου, τραυματιοφορέας) μου επιτρέπει να αφιερώνω χρόνο στους ασθενείς.	2,56	0,92	3 (1)
2. Ιατροί και νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις.	2,95	0,62	3 (0)
3. Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια έχει υποστηρικτικό ρόλο στους νοσηλευτές.	3,21	0,66	3 (1)
4. Υλοποιείται ικανοποιητικός αριθμός προγραμμάτων κατάρτισης ή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές.	1,82	0,78	2 (1)
5. Δίδονται ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη (επιστημονική – κλινική).	1,95	0,74	2 (1)
6. Δίδονται ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων.	2,05	0,77	2 (1)

7. Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες χρησιμοποιούν τα λάθη ως ευκαιρία για απόκτηση νέας γνώσης και όχι για άσκηση κριτικής.	2,77	0,65	3 (1)
8. Υπάρχει επαρκής χρόνος και ευκαιρίες για συζήτηση των προβλημάτων της φροντίδας των ασθενών με άλλους νοσηλευτές.	2,22	0,79	2 (1)
9. Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς.	1,73	0,78	2 (1)
10. Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης.	3,03	0,69	3 (0)
11. Οι τομάρχες και ο Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ιδιαίτερα προσιτοί και προσβάσιμοι στο προσωπικό.	2,62	0,8	3 (1)
12. Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν.	1,8	0,72	2 (1)
13. Υπάρχει έπαινος και αναγνώριση για εργασία που ολοκληρώθηκε με επιτυχία.	2,09	0,74	2 (1)
14. Η διοίκηση απαιτεί νοσηλευτική φροντίδα υψηλών προδιαγραφών.	2,5	0,76	3 (1)
15. Ο/Η Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ισότιμος/η σε δύναμη και εξουσία με τα άλλα υψηλόβαθμα στελέχη του Νοσοκομείου.	2,44	0,78	3 (1)
16. Υπάρχει αρκετή ομαδική εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.	2,78	0,71	3 (1)
17. Δίδονται ευκαιρίες για προαγωγή.	1,96	0,7	2 (0)
18. Υπάρχει μια ξεκάθαρη νοσηλευτική φιλοσοφία, η οποία χαρακτηρίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η φροντίδα του ασθενούς.	2,37	0,77	2 (1)
19. Εργάζεστε με νοσηλευτές που είναι επαρκώς καταρτισμένοι.	2,92	0,67	3 (1)
20. Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη των αποφάσεων, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση με τους ιατρούς.	2,95	0,76	3 (0)
21. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου ακούει και ανταποκρίνεται στις ανησυχίες των εργαζομένων.	2,03	0,76	2 (0)
22. Υπάρχει σε εφαρμογή συγκεκριμένο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (π.χ. ISO 9001).	1,7	0,76	2 (1)
23. Το νοσηλευτικό προσωπικό συμμετέχει στη συλλογική διοίκηση του Νοσοκομείου (π.χ. Υπηρεσιακό και Διοικητικό συμβούλιο).	2,48	0,79	3 (1)
24. Υπάρχει συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών.	2,86	0,63	3 (0)

25. Υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους νεοδιόριστους νοσηλευτές.	1,95	0,74	2 (1)
26. Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται σε ένα νοσηλευτικό, παρά σε ένα ιατρικό μοντέλο.	2,51	0,81	3 (1)
27. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευκαιρία να συμμετάσχει σε επιτροπές του νοσοκομείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας.	2,6	0,74	3 (1)
28. Οι προϊστάμενοι/ες νοσηλευτές/τριες πραγματοποιούν σύσκεψη με το προσωπικό για τα καθημερινά προβλήματα και τις εργασίες που γίνονται.	2,51	0,79	3 (1)
29. Υπάρχει γραπτό και σωστά ενημερωμένο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας για το σύνολο των ασθενών.	2,33	0,86	2 (1)
30. Η ανάθεση της φροντίδας των ασθενών στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα τους (π.χ. υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά).	1,95	0,82	2 (1)
31. Γίνεται χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης.	1,66	0,78	1 (1)

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υψηλότερες αρνητικές βαθμολογίες εντοπίστηκαν στις παρακάτω προτάσεις:

- 31. 'Γίνεται χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης', με μέση τιμή 1,66,
- 22. 'Υπάρχει σε εφαρμογή συγκεκριμένο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (π.χ. ISO 9001)', με μέση τιμή 1,7,
- 9. 'Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς', με μέση τιμή 1,73,
- 12. 'Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν', με μέση τιμή 1,8,
- 4. 'Υλοποιείται ικανοποιητικός αριθμός προγραμμάτων κατάρτισης ή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές', με μέση τιμή 1,82,
- 5. 'Δίδονται ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη (επιστημονική – κλινική)', με μέση τιμή 1,95,
- 25. 'Υπάρχει εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους νεοδιόριστους νοσηλευτές', με μέση τιμή 1,95,

30. ‘Η ανάθεση της φροντίδας των ασθενών στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα τους (π.χ. υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά)’, με μέση τιμή 1,95 και τέλος,

17. ‘Δίδονται ευκαιρίες για προαγωγή’, με μέση τιμή 1,96.

Οι εννέα προτάσεις του ερωτηματολογίου που κατέγραψαν τις υψηλότερες αρνητικές βαθμολογίες αφορούν σε σημαντικά θέματα της επιστήμης της νοσηλευτικής και της άσκησης της στον κλινικό χώρο, όπως:

1) η τεκμηρίωση του νοσηλευτικού έργου (με τη χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης, την εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, ανάλογα με το σύστημα παροχής υπηρεσιών που ακολουθείται),

2) η έλλειψη προσωπικού που αναφέρεται τόσο στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας στους ασθενείς όσο και στην υλοποίηση των απολύτως απαραίτητων εργασιών,

3) η ύπαρξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων τόσο για τους νεοδιόριστους όσο και για τους νοσηλευτές στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, και

4) την παροχή ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη (επιστημονική-κλινική) και προαγωγή.

Οι προτάσεις αυτές άπτονται τριών εκ των πέντε υποκλιμάκων που συγκροτούν το ερωτηματολόγιο και συγκεκριμένα, τη *Συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο* (ερωτήσεις 5 και 17), τη *Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας* (ερωτήσεις 4, 22, 25, 30 και 31) και την *Επάρκεια σε Ανθρώπινους και Υλικούς Πόρους* (ερωτήσεις 9 και 12).

Από τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων, οι προτάσεις με την υψηλότερη βαθμολογία συμφωνίας (οι απαντήσεις τείνουν περισσότερο στο ‘Συμφωνώ Πολύ’ – ‘Συμφωνώ’) είναι οι:

3. ‘Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια έχει υποστηρικτικό ρόλο στους νοσηλευτές.’, και

10. 'Ο/Η προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι καλός/ή προϊστάμενος/η και ηγέτης.', με μέση τιμή 3,21 και 3,03, αντίστοιχα. Οι προτάσεις αυτές ανήκουν στην υποκλίμακα *Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης*.

7.2.1. Υποκλίμακες Εργαλείου Αξιολόγησης Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος

Ο συντελεστής Cronbach's α του εργαλείου Αξιολόγησης Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος ήταν 0,84, ενώ η μέση τιμή ήταν 2,36 και η τυπική απόκλιση 0,75. Αναφορικά με τις πέντε υποκλίμακες του εργαλείου αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Έργου που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη, όπως φαίνεται και από τον παρακάτω Πίνακα, η *Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας* και η *Επάρκεια σε Ανθρώπινους και Υλικούς Πόρους* συγκέντρωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες, τείνοντας περισσότερο προς τις απαντήσεις διαφωνίας, ενώ η *Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης* και οι *Εργασιακές Σχέσεις μεταξύ Ιατρών και Νοσηλευτών*, τείνοντας σε απαντήσεις συμφωνίας περισσότερο.

Πίνακας 7. Αξιοπιστία και Περιγραφική Στατιστική (μέγιστη και ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση) για τις υποκλίμακες της κλίμακας PES-NWI.

Υποκλίμακες	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Cronbach's α
Συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο.	1	4	2,3	0,65	2	0,801
Η Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας.	1	4	2,11	0,61	2	0,763
Η Νοσηλευτική ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης.	1	4	2,91	0,58	3	0,74
Η Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους.	1	4	2,01	0,67	2	0,763
Οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.	1	4	2,9	0,59	3	0,812

Για την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των προτάσεων του εργαλείου πραγματοποιήθηκε ξεχωριστή εκτίμηση για κάθε μία από τις υποκλίμακες, όπως σημειώνεται στον παραπάνω πίνακα. Οι τιμές του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's α για τις προτάσεις της κάθε υποκλίμακας είναι άνω του αποδεκτού ορίου, οπότε υπάρχει αποδεκτή αξιοπιστία των υποκλιμάκων (εσωτερική συνέπεια).

7.2.2. Αξιολόγηση Εργασιακού Περιβάλλοντος

Η αξιολόγηση της υποκλίμακας 'Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας' φαίνεται να διαφοροποιείται με τη σειρά γέννησης, με τους νεότερους ηλικιακά να δίνουν θετικότερες αξιολογήσεις στις προτάσεις της συγκεκριμένης υποκλίμακας. Ο μέσος όρος των απαντήσεων της ηλικιακής ομάδας 20-30 ετών ανήλθε στο 2,43, κατά πολύ υψηλότερος σε σχέση με τους αντίστοιχους των άλλων ηλικιακών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ατόμων 20-30 ετών και 31-40 ετών ($p=0,02$), μεταξύ των ατόμων 20-30 ετών και 31-40 ετών ($p=0,016$), μεταξύ των ατόμων 20-30 ετών και 41-50 ετών ($p=0,003$), όπως επίσης, και μεταξύ των ατόμων ηλικίας 31-40 ετών και 51-60 ετών ($p=0,043$).

Επίσης, η υποκλίμακα 'Νοσηλευτική ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης' φαίνεται να διαφοροποιείται με το τμήμα εργασίας που ανέφεραν οι συμμετέχοντες στη μελέτη εργαζόμενοι. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι σε γενικά και κλειστά κλινικά τμήματα αξιολόγησαν θετικότερα τις προτάσεις της υποκλίμακας σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε θέσεις γραφείου. Οι μέσοι όροι των απαντήσεων ήταν 2,9, 2,94 και 2, αντίστοιχα. Έτσι, προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των εργαζομένων σε γενικό τμήμα και αυτών σε θέσεις γραφείου ($p=0,018$) και των εργαζομένων σε κλειστό τμήμα και θέσεις γραφείου ($p=0,015$).

7.2.3. Συσχέτιση μεταξύ Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος

Η 'Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας' βρέθηκε να συσχετίζεται με την ηλικία, με την προϋπηρεσία στο Νοσηλευτικό επάγγελμα συνολικά και την προϋπηρεσία στο Συγκεκριμένο Νοσοκομείο, όχι, όμως, και με την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο τμήμα.

Ο συντελεστής συσχέτισης αναφορικά με την προαναφερόμενη υποκλίμακα και την ηλικία ήταν $-0,169$ ($df=225$, $p=0,011$), που υποδηλώνει αρνητική συσχέτιση των δυο μεταβλητών, αναφορικά με τη συγκεκριμένη υποκλίμακα και την προϋπηρεσία συνολικά στο Νοσηλευτικό επάγγελμα ήταν $-0,221$ ($df=225$, $p=0,001$) και με την προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο $-0,188$ ($df=225$, $p=0,004$) – και στις δυο περιπτώσεις, η συσχέτιση είναι αρνητική.

7.2.4. Συσχέτιση Υποκλιμάκων του εργαλείου αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος

Στατιστικά σημαντικές σχέσεις παρατηρούνται μεταξύ και των πέντε υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ της ‘Συμμετοχής του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο’ και της ‘Νοσηλευτικής Συμβολής σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας’ παρατηρήθηκε η ισχυρότερη συσχέτιση (συγκριτικά με όλες τις υπόλοιπες συσχετίσεις), με συντελεστή συσχέτισης $0,533$ ($p<0,01$). Μεταξύ της ίδιας παραμέτρου με τη ‘Νοσηλευτική ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης’, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν $0,353$ ($p<0,01$), με την ‘Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους’ ήταν $0,433$ ($p<0,01$) και με τις ‘Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών’ ήταν $0,319$ ($p<0,01$).

Μεταξύ της ‘Νοσηλευτικής Συμβολής σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας’ και της ‘Νοσηλευτικής ικανότητας Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης’, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν $0,276$ ($p<0,01$), με την ‘Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους’ ήταν $0,424$ ($p<0,01$) και με τις ‘Εργασιακές Σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών’ ήταν $0,259$ ($p<0,01$).

Μεταξύ της ‘Νοσηλευτικής ικανότητας Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης’ και της ‘Επάρκειας σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους’, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν $0,275$ ($p<0,01$) και με τις ‘Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών’ ήταν $0,272$, με το ίδιο επίπεδο σημαντικότητας.

Τέλος, μεταξύ της ‘Επάρκειας σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους’ και των ‘Εργασιακών σχέσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών’, ο συντελεστής ήταν $0,226$, με επίπεδο σημαντικότητας το $0,001$.

Συμπερασματικά τρεις υποκλίμακες βαθμολογήθηκαν με μέσο όρο κάτω του 2,5, ενώ οι άλλες δυο συγκέντρωσαν μέσο όρο άνω του 2,5. Το πιο ελκυστικό χαρακτηριστικό του εργασιακού τους περιβάλλοντος φαίνεται να είναι η ‘Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης’, με μικρή διαφορά από το δεύτερο περισσότερο ελκυστικό, τις ‘Εργασιακές σχέσεις μεταξύ Ιατρών και Νοσηλευτών’. Αντίθετα, η υποκλίμακα ‘Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους’ απέδωσε τα χαμηλότερα ποσοστά στατιστικού μέσου στο Νοσοκομείο, αναδεικνύοντας το μεγάλο πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ένα μικτό περιβάλλον εργασίας, αφού ο στατιστικός μέσος είναι μεγαλύτερος του 2,5 σε δυο ή τρεις υποκλίμακες.

Επίσης, παρατηρήθηκαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των υποκλιμάκων, με ισχυρότερη τη συσχέτιση των υποκλιμάκων ‘Συμμετοχή σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο’ και ‘Νοσηλευτική συμβολή σε Ποιότητας Φροντίδας’. Αξιοσημείωτες είναι και οι συσχετίσεις που παρουσιάζει το λιγότερο ελκυστικό χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος του συγκεκριμένου Νοσοκομείου, η ‘Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους’, με τις δυο προαναφερόμενες υποκλίμακες.

7.3. Αποτελέσματα Νοσηλευτικού Προσωπικού ως προς την Επαγγελματική Εξουθένωση

Στον Πίνακα 8, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων ως προς την Επαγγελματική Εξουθένωση που βιώνουν, σύμφωνα με το εργαλείο Maslach’s Burnout Inventory.

Πίνακας 8. Η βαθμολόγηση των υποκειμένων του δείγματος (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος) για τις προτάσεις της κλίμακας MBI.

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.	3,4	1,79	4 (3)
2. Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.	1,89	1,82	1 (3)
3. Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.	2,88	1,92	3 (4)
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς που φροντίζω για όσα τους συμβαίνουν.	4,62	1,42	5 (2)
5. Νιώθω πως συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να ήταν αντικείμενα.	1,50	1,65	1 (3)
6. Μου είναι συναισθηματικά πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.	1,43	1,63	1 (2)
7. Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών που φροντίζω.	4,68	1,47	5 (2)
8. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου.	3,36	1,88	4 (3)
9. Νιώθω πως επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.	4,33	1,56	5 (3)
10. Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	2	1,95	1 (4)
11. Με προβληματίζει πως σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.	2,24	1,95	2 (3)
12. Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.	3,82	1,64	4 (2)
13. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.	2,37	1,87	2 (3)
14. Πιστεύω πως εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.	4,71	1,46	5 (2)

15. Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τί συμβαίνει σε μερικούς από τους ασθενείς που φροντίζω.	0,97	1,44	0 (1)
16. Μου δημιουργεί πάρα πολύ στρες το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.	1,55	1,68	1 (3)
17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς που φροντίζω.	4,62	1,47	5 (2)
18. Στο τέλος της ημέρας έχω καλή διάθεση επειδή δούλεψα στενά με τους ασθενείς που φροντίζω.	4,19	1,59	5 (2)
19. Νιώθω πως έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.	4,53	1,4	5 (2)
20. Νιώθω πως δεν αντέχω άλλο πια....νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.	1,87	1,87	1 (3)
21. Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.	4,09	1,61	5 (2)
22. Κρατώ αποστάσεις από τους ασθενείς διότι πιστεύω πως με θεωρούν υπεύθυνο/η για μερικά από τα προβλήματα τους.	1,75	1,76	1 (3)

7.3.1. Υποκλίμακες Εργαλείου Μέτρησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Στην κλίμακα μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης δεν εφαρμόστηκε στάθμιση των μετρικών χαρακτηριστικών, αφού οι ερωτήσεις με αρνητική διατύπωση αντιστοιχούν στις μεταβλητές Συναισθηματική Εξάντληση και Αποπροσωποποίηση, ενώ αυτές με θετική διατύπωση αντιστοιχούν στη μεταβλητή Προσωπικά Επιτεύγματα. Όταν οι χαμηλές των δυο πρώτων υποκλιμάκων συνδυάζονται με υψηλές τιμές της τρίτης υποδεικνύεται χαμηλό επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach & Jackson 1986). Επομένως, για την αξιολόγηση των τριών υποκλιμάκων δεν απαιτείται η διαδικασία της αντίστροφης κωδικοποίησης.

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου, δηλαδή Συναισθηματική Εξάντληση, με τις ερωτήσεις 1,2,3,6,8,13,14,16,20),

Αποπροσωποποίηση με τις ερωτήσεις 5,10,11,15,22 και

Προσωπικά Επιτεύγματα, με τις ερωτήσεις 4,7,9,12,17,18,19,21, συμπυκνώνονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 9. Αξιοπιστία και Περιγραφική Στατιστική για τις υποκλίμακες της κλίμακας MBI.

Υποκλίμακες	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Crobach's α
Συναισθηματική Εξάντληση	0	6	2,43	1,73	2	0,84
Αποπροσωποποίηση	0	6	1,55	1,58	1	0,78
Προσωπικά Επιτεύγματα	0	6	4,47	1,29	5	0,84

7.3.2. Βαθμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Από τον Πίνακα 9, γίνεται φανερό ότι η αξιοπιστία των υποκλιμάκων του εργαλείου μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ήταν επαρκής, σύμφωνα με τη θεωρία μέτρησης (Burns & Grove 2001) και τους κατασκευαστές της κλίμακας. Επιπλέον, η μέση αθροιστική τιμή της Συναισθηματικής Εξάντλησης ήταν 28,18 +/- 11,27, της Αποπροσωποποίησης 8,48 +/- 6,44 και των Προσωπικών Επιτευγμάτων 34,91 +/- 8,42. Σύμφωνα με τις οριακές τιμές που αντιστοιχούν στα τριτημόρια που διαχωρίζουν την υψηλή, μέτρια και χαμηλή βαθμολογία βάσει των μέσων αθροιστικών τιμών, οι συμμετέχοντες στη μελέτη εμφάνισαν μέτρια προς υψηλή Συναισθηματική Εξάντληση, μέτρια Αποπροσωποποίηση και χαμηλή αίσθηση Προσωπικών Επιτευγμάτων, τα οποία, στο σύνολο τους, υποδηλώνουν μέτριο προς υψηλό βαθμό Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

Η Συναισθηματική Εξάντληση φαίνεται να διαφοροποιείται με την ηλικία, αφού τα νεότερα άτομα εμφανίζουν μικρότερη τάση για Συναισθηματική Εξάντληση (Kruskal-Wallis, $p=0,022$). Συγκεκριμένα, προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των ατόμων ηλικίας 20-30 ετών με τα άτομα ηλικίας 41-50 ετών ($p=0,038$) και 51-60 ετών ($p=0,002$), τα άτομα ηλικίας 31-40 ετών με τα άτομα ηλικίας 41-50 ετών ($p=0,023$) και, τέλος, τα άτομα 41-50 ετών με τα άτομα 51-60 ετών ($p=0,019$).

Επίσης, η Συναισθηματική Εξάντληση φαίνεται να διαφοροποιείται με τον αριθμό των Σαββατοκύριακων ανά μήνα, που εργάζεται το νοσηλευτικό προσωπικό στο φορέα (Kruskal-Wallis, $p=0,001$). Προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των εργαζομένων που ανέφεραν ότι δεν εργάζονται Σάββατο και Κυριακή και εκείνων που εργάζονται τρία Σαββατοκύριακα το μήνα ($p=0,004$), των εργαζομένων που εργάζονται ένα Σαββατοκύριακο το μήνα και εκείνων που εργάζονται δυο ($p=0,03$), εκείνων που εργάζονται ένα Σαββατοκύριακο και εκείνων που εργάζονται τρία ($p=0,002$) και, τέλος, μεταξύ εκείνων με τρία και τέσσερα Σαββατοκύριακα ($p=0,002$).

Η Αποπροσωποποίηση φαίνεται να διαφοροποιείται με το εκπαιδευτικό επίπεδο (Kruskal-Wallis, $p=0,013$), με τους πτυχιούχους νοσηλευτές και κατόχους Μεταπτυχιακού τίτλου να εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση για Αποπροσωποποίηση, αλλά και μεταξύ του προσωπικού ΥΕ και ΔΕ, οι βοηθοί νοσηλευτών ΔΕ να εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση για Αποπροσωποποίηση. Σημειώνεται χαρακτηριστικά ότι προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των εργαζομένων ΥΕ και ΔΕ ($p=0,048$), ΥΕ και ΤΕ ($p=0,003$), ΥΕ και κατόχων Μεταπτυχιακού τίτλου ($p=0,028$) και ΔΕ και ΤΕ ($p=0,015$).

7.3.3. Συσχέτιση μεταξύ Δημογραφικών Χαρακτηριστικών και Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η Συναισθηματική Εξάντληση βρέθηκε να σχετίζεται με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την προϋπηρεσία (στο Νοσηλευτικό επάγγελμα, στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο και Τμήμα), η Αποπροσωποποίηση με το εκπαιδευτικό επίπεδο και την προϋπηρεσία και τα Προσωπικά Επιτεύγματα με την προϋπηρεσία.

Ο συντελεστής συσχέτισης αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της Συναισθηματικής Εξάντλησης και της ηλικίας ήταν 0,195 ($p=0,003$) και του εκπαιδευτικού επιπέδου 0,153 ($p=0,021$).

Ο συντελεστής συσχέτισης αναφορικά με τη σχέση μεταξύ της Αποπροσωποποίησης και του εκπαιδευτικού επιπέδου ήταν 0,238 ($p<0,01$), υποδηλώνοντας μια τάση θετικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών.

Οι μεταβλητές Συναισθηματική Εξάντληση, Αποπροσωποποίηση και Προσωπικά Επιτεύγματα φαίνεται να σχετίζονται και οι τρεις με τις μεταβλητές Προϋπηρεσία στο

Νοσηλευτικό Επάγγελμα, στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο και στο συγκεκριμένο Τμήμα. Πιο συγκεκριμένα, ο συντελεστής συσχέτισης αναφορικά με τη σχέση μεταξύ προϋπηρεσίας στο Νοσηλευτικό επάγγελμα και Συναισθηματικής Εξάντλησης ήταν 0,336 (df=225, $p<0,01$), της Αποπροσωποποίησης 0,281 (df=225, $p<0,01$) και των Προσωπικών Επιτευγμάτων -0,179 (df=225, $p=0,007$) - που σημαίνει ότι 11,2% της μεταβλητότητας της Συναισθηματικής Εξάντλησης, 7,8% της Αποπροσωποποίησης και 3,2% των Προσωπικών Επιτευγμάτων ερμηνεύεται από την προϋπηρεσία στο Νοσηλευτικό επάγγελμα. Ο συντελεστής συσχέτισης αναφορικά με τη σχέση μεταξύ προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο και της Συναισθηματικής Εξάντλησης ήταν 0,311 (df=225, $p<0,01$), της Αποπροσωποποίησης 0,254 (df=225, $p<0,01$) και τέλος, των Προσωπικών Επιτευγμάτων -0,207 (df=225, $p=0,002$) – που σημαίνει ότι 9,6% της μεταβλητότητας της Συναισθηματικής Εξάντλησης, 6,4% της Αποπροσωποποίησης και 4,2% των Προσωπικών Επιτευγμάτων ερμηνεύονται από τη μεταβλητή προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο. Τέλος, ο συντελεστής συσχέτισης αναφορικά με τη σχέση της προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο Τμήμα και της Συναισθηματικής Εξάντλησης ήταν 0,281 (df=225, $p<0,01$), της Αποπροσωποποίησης 0,234 (df=225, $p<0,01$) και των Προσωπικών Επιτευγμάτων -0,226 (df=225, $p=0,001$) – που σημαίνει ότι 7,8% της μεταβλητότητας της Συναισθηματικής Εξάντλησης, 5,4% της Αποπροσωποποίησης και 5,1% των προσωπικών Επιτευγμάτων ερμηνεύονται από τη μεταβλητή προϋπηρεσία στο συγκεκριμένο Τμήμα. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της προϋπηρεσίας και των δυο υποκλιμάκων, Συναισθηματικής Εξάντλησης είναι θετική, ενώ αρνητική μεταξύ των μεταβλητών της προϋπηρεσίας και των Προσωπικών Επιτευγμάτων.

7.3.4. Συσχέτιση παραμέτρων Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ και των τριών παραμέτρων της κλίμακας της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, μεταξύ Συναισθηματικής Εξάντλησης και Προσωπικών Επιτευγμάτων παρατηρήθηκε μια μέτρια αρνητική συσχέτιση. Συγκεκριμένα, ο συντελεστής συσχέτισης ήταν -0,396

($p < 0,01$). Μεταξύ Αποπροσωποποίησης και Προσωπικών Επιτευγμάτων, ο συντελεστής ήταν $-0,474$ ($p < 0,01$) ενώ ο αντίστοιχος συντελεστής μεταξύ Συναισθηματικής Εξάντλησης και Αποπροσωποποίησης ήταν $0,507$ ($p < 0,01$).

7.4. Συσχέτιση των υποκλιμάκων των Ερωτηματολογίων Αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Έργου και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Στη συσχέτιση των υποκλιμάκων των δυο ερωτηματολογίων φαίνεται ότι οι τρεις παράμετροι της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, η Αποπροσωποποίηση, τα Προσωπικά Επιτεύγματα και η Συναισθηματική Εξάντληση συσχετίζονται με τις πέντε παραμέτρους του εργαλείου αξιολόγησης του Νοσηλευτικού έργου (Συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο, Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα ποιότητας φροντίδας, Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης, Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, Εργασιακές Σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών).

Έτσι, η Αποπροσωποποίηση συσχετίζεται αρνητικά με τις πέντε παραμέτρους του εργαλείου αξιολόγησης του Νοσηλευτικού έργου. Πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση Αποπροσωποποίησης με τη Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο νοσοκομείο είναι $-0,317$ ($p < 0,01$), η οποία είναι και η μεγαλύτερη της παραμέτρου της Αποπροσωποποίησης σε σχέση με τις αντίστοιχες του ερωτηματολογίου PES-NWI. Η συσχέτιση της Αποπροσωποποίησης με τη Νοσηλευτική συμβολή σε θέματα ποιότητας φροντίδας είναι $-0,295$ ($p < 0,01$), με τη Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης είναι $-0,226$ ($p = 0,001$), με την Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους $-0,21$ ($p = 0,001$) και με τις Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι $-0,21$ ($p = 0,001$).

Τα Προσωπικά Επιτεύγματα παρουσιάζουν τις μικρότερες – σε σχέση με τις άλλες δυο παραμέτρους της Επαγγελματικής Εξουθένωσης -, θετικές συσχετίσεις με τις τέσσερις από τις πέντε παραμέτρους του Νοσηλευτικού έργου, εξαιρουμένης της παραμέτρου ‘Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών’, όπου δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Η συσχέτιση των Προσωπικών Επιτευγμάτων με τη Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο νοσοκομείο είναι $0,231$ ($p < 0,01$), με τη Νοσηλευτική συμβολή σε θέματα ποιότητας φροντίδας είναι $0,222$ ($p = 0,001$), με τη Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και

Υποστήριξης είναι 0,232 ($p<0,01$) και με την Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους είναι 0,217 ($p=0,001$).

Τέλος, η Συναισθηματική Εξάντληση φαίνεται να παρουσιάζει τις μεγαλύτερες μεν, αρνητικές δε συσχετίσεις με τις πέντε παραμέτρους του PES-NWI. Πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση της Συναισθηματικής Εξάντλησης με τη Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο νοσοκομείο είναι -0,425 ($p<0,01$), η οποία είναι και η μεγαλύτερη από όλες τις συσχετίσεις μεταξύ των δυο ερωτηματολογίων. Η συσχέτιση της Συναισθηματικής Εξάντλησης με τη Νοσηλευτική συμβολή σε θέματα ποιότητας φροντίδας είναι -0,345 ($p<0,01$), με τη Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης είναι -0,306 ($p<0,01$), με την Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους είναι -0,356 ($p<0,01$) και με τις Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι -0,381 ($p<0,01$).

Συμπερασματικά, το νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου παρουσιάζει μέτριο προς υψηλό βαθμό Επαγγελματικής Εξουθένωσης, με μέτρια προς υψηλή Συναισθηματική Εξάντληση και χαμηλή αίσθηση Προσωπικών Επιτευγμάτων. Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρουσιάζονται μεταξύ της Συναισθηματικής Εξάντλησης και των χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος. Όμως, αξιοσημείωτες είναι οι αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της ‘Συμμετοχής σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο’, τόσο με την Εξάντληση όσο και με την Αποπροσωποποίηση.

7.5. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος σχετιζόμενα με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

Από το σύνολο των 227 μελών του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στη μελέτη, τα 219 (96,44%) απάντησαν θετικά και τα 8 (3,56%) αρνητικά στην ερώτηση: ‘Πιστεύετε ότι η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους;’ Στη συνέχεια, όσοι απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, κλήθηκαν να επιλέξουν το λόγο για τον οποίο θα έπρεπε να πραγματοποιούνται υποχρεωτικά εκπαιδευτικά προγράμματα στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Κάθε ερωτώμενος μπορούσε να δώσει περισσότερες της μίας απαντήσεις ή και να επιλέξει την απάντηση ‘Άλλο’ και στη συνέχεια να προσδιορίσει το λόγο για τον οποίο εκείνος προσωπικά θεωρούσε ότι καθιστά υποχρεωτική τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η απάντηση που συγκέντρωσε τα

υψηλότερα ποσοστά ήταν η ‘Εξελισσόμενη γνώση’, δεύτερη σε συχνότητα η ‘Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας’, τρίτη η ‘Αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος’ και στις δυο τελευταίες θέσεις με ελάχιστη τη μεταξύ τους διαφορά η ‘Ανάπτυξη της τεχνολογίας’ και ‘Συνεχής μεταβολή συνθηκών’.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η επόμενη ερώτηση ‘Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης;’, όπου η πλειοψηφία (ποσοστό 63,9%) έδωσε θετική απάντηση και αντίστοιχα αρνητική επέλεξε το 36,1% των ερωτηθέντων. Είναι χαρακτηριστικό ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων της συγκεκριμένης ερώτησης και των παραμέτρων ‘ηλικία’, ‘εκπαιδευτικό επίπεδο’ και ‘προϋπηρεσία’. Πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση αυτής με την ‘ηλικία’ είναι $-0,137$ με $p=0,02$, με το ‘εκπαιδευτικό επίπεδο’ $0,219$ με $p<0,05$ και με την ‘προϋπηρεσία’ $-0,174$ με $p=0,002$. Έτσι, αρνητική απάντηση έδωσαν ερωτώμενοι με μικρότερο μέσο όρο (Μ.Ο. 2,62) ηλικίας σε σχέση με αυτούς που έδωσαν θετική απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση (Μ.Ο. 2,88). Επιπλέον, η πλειοψηφία των εργαζομένων που έδωσε αρνητική απάντηση στην ερώτηση ήταν υπάλληλοι Υ.Ε. και Δ.Ε. και, τέλος, ο μέσος όρος των ετών προϋπηρεσίας στην πρώτη κατηγορία (ερωτώμενοι που απάντησαν αρνητικά) ήταν 13,51 έτη σε σχέση με αυτούς της δεύτερης, όπου ο μέσος όρος άγγιζε τα 17,4 έτη, εύρημα που συνάδει με αυτό της ηλικίας. Στην ερώτηση ‘Ποια ήταν η τελευταία φορά που συμμετείχατε σε πρόγραμμα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης;’, ένας εκ των συμμετεχόντων απάντησε ότι η τελευταία φορά ήταν 21 χρόνια πριν, το 1997, δυο το 1999 και δυο το 2000. Για τη δεκαετία 2001-2010, 21 άτομα ανέφεραν διάφορες χρονολογίες ως ορόσημα του τελευταίου εκπαιδευτικού προγράμματος, στο οποίο συμμετείχαν, εκ των οποίων 5 άτομα το 2009 και 5 άτομα το 2010. Οι συχνότερες χρονολογίες που αναφέρθηκαν ήταν 21 άτομα το 2017, 23 άτομα το 2015 και 24 άτομα το 2016.

Σύμφωνα με το νοσηλευτικό προσωπικό, 102 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι επιμορφώνονται με πρωτοβουλία δική τους, 60 άτομα ότι η πρωτοβουλία επιμόρφωσης ανήκει στο φορέα και 65 ανέφεραν ότι ανήκει και στους δυο. Τέλος, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στη μελέτη να αναφέρουν το συνήθη τρόπο μάθησης που ακολουθούν, επιλέγοντας περισσότερες της μίας απαντήσεις. Πρώτο σε συχνότητα φαίνεται να είναι το έντυπο υλικό (βιβλία, περιοδικά), με μικρότερη τη μεταξύ τους διαφορά έπονται η μάθηση μέσω διαδικτύου και τα ενδοκλινικά/ενδονοσοκομειακά μαθήματα, ακολουθεί η απάντηση σεμινάρια οργανωμένα από φορείς του δημόσιου τομέα και στο τέλος, τα

συνέδρια, με αρκετή διαφορά σε σχέση με τις υπόλοιπες απαντήσεις, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με άλλες παραμέτρους, όπως η ηλικία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

8.1. Λειτουργία των δομών του Νοσοκομείου που σχετίζονται με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση

8.1.1. Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Μέχρι το Μάιο του 2018, το Γραφείο Εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στελεχωνόταν από μία νοσηλεύτρια Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, η οποία ανέλαβε τη λειτουργία του γραφείου από το 2013. Η συνέντευξη που ακολουθεί πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο του 2017. Σύμφωνα με εκείνη, «*απώτεροι σκοποί της λειτουργίας του Γραφείου αποτελούν η προαγωγή και ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Επιπλέον, στόχοι των εκπαιδευτικών προγραμμάτων αποτελούν η διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού, η προώθηση και υποστήριξη της εκπαίδευσης του προσωπικού σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου, η διοργάνωση μαθημάτων, σεμιναρίων, συνεδρίων εντός του χώρου του Νοσοκομείου για την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού, η πληροφόρηση του προσωπικού για σεμινάρια, συνέδρια, μετεκπαιδευτικά μαθήματα (εκτός του Νοσοκομείου), η συμμετοχή σε μελέτες, η μείωση του απαιτούμενου χρόνου προσαρμογής του προσωπικού κατά την ανάληψη νέας θέσης, ο συντονισμός της κλινικής πρακτικής των σπουδαστών Νοσηλευτικής διαφόρων βαθμίδων σε συνεργασία με εκπαιδευτικούς φορείς.*

Η θεματολογία των επιμορφωτικών προγραμμάτων που οργανώθηκαν τα τελευταία χρόνια από το Γραφείο Εκπαίδευσης περιλάμβανε κυρίως:

Πρώτες Βοήθειες - Αντιμετώπιση Οξέων Συμβάντων

Βασική Υποστήριξη της Ζωής – Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση

Αντιμετώπιση Λοιμώξεων από Πολυανθεκτικά Μικρόβια

Μέτρα Ατομικής Προστασίας

Πρόληψη Λοιμώξεων Αίματος που σχετίζονται με ενδαγγειακούς καθετήρες

Διαχείριση Αποβλήτων

Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων σε χώρους υγείας

Προγράμματα προσανατολισμού των νεοεισερχομένων Επαγγελματιών Υγείας (Μέτρα Ατομικής Προστασίας, Μεταδοτικά Νοσήματα, Εμβολιασμοί, Χωροταξική δομή και Οργανωτική Διάρθρωση των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου, Δεοντολογία και Ηθικά Ζητήματα, Δεξιότητες Επικοινωνίας). Ειδικά, για τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται ως Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης Μεταφορείς Ασθενών

πραγματοποιούνται επιπλέον προγράμματα διδασκαλίας δεξιοτήτων για την πρόληψη της καταπόνησης του μυοσκελετικού τους συστήματος.

«Το 2016, πραγματοποιήθηκε η 15^η Διαμερισματική Ημερίδα της Ελληνικής Νεφρολογικής Εταιρείας Νοσηλευτών στις εγκαταστάσεις της Γενικής Γραμματείας Αιγαίου και Νησιωτικής Πολιτικής, με θέμα: 'Χρόνια Νεφρική Νόσος: οι Σύγχρονες Θεραπευτικές Προκλήσεις'. Σε αυτό, προβλεπόταν η χορήγηση 3 μονάδων Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Το Γραφείο μας συμμετείχε με εισήγηση, το θέμα της οποίας ήταν 'Η αναγκαιότητα εφαρμογής προγράμματος Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στη Νεφρολογική Νοσηλευτική'».

Επιπλέον, «το 2015, πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας για την πρόληψη αλλά και αντιμετώπιση λοιμώξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια, στα πλαίσια επιμόρφωσης υπό την αιγίδα του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Μας απεστάλησαν έτοιμες οι παρουσιάσεις των διαλέξεων. Απλά, από εμάς και σε συνεργασία με την Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων του Νοσοκομείου και τη νοσηλεύτρια Επιτήρησης Λοιμώξεων ορίστηκαν τέσσερις εκπαιδευτές (δυο γιατροί και δυο νοσηλεύτές) με το κατάλληλο υπόβαθρο, εκπαιδεύτηκαν και στη συνέχεια, εκπαίδευσαν το προσωπικό του συγκεκριμένου τμήματος. Το ιδιαίτερο στην προσπάθεια αυτή ήταν το γεγονός ότι οι εκπαιδευόμενοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγιο, πριν τη συμμετοχή τους και μετά, έτσι ώστε να αξιολογηθούν οι γνώσεις τους».

Με τη συνδιοργάνωση του Γραφείου Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου και του Νοσοκομείου Αθηνών 'Αττικών', πραγματοποιήθηκε από «πολυπληθή ομάδα εκπαιδευτών του Νοσοκομείου 'Αττικών', υπό την επίβλεψη του ιατρού κ.Βασιλείου, επιμορφωτικό πρόγραμμα δύο ημερών με θέμα 'Πρώτες Βοήθειες – Επείγουσα Ιατρική στο Βόρειο Αιγαίο'. Λόγω των ιδιαιτεροτήτων της διδασκαλίας, αφού απαιτούσε διδασκαλία σε ομάδες, και, φυσικά, λόγω αδυναμίας του Νοσοκομείου μας να φιλοξενήσει μια τέτοια διημερίδα, αυτή πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις του Πανεπιστημίου Αιγαίου. Ήταν μια αγαθή συγκυρία το συγκεκριμένο σεμινάριο. Ο χρόνος υλοποίησης του συνέπεσε με την κρίση του προσφυγικού ζητήματος. Εκείνη τη χρονιά, το νησί μας δεχόταν χιλιάδες ανθρώπους κάθε μέρα και αυτοί είχαν ανάγκη παροχής Πρώτων Βοηθειών. Προσπαθήσαμε να διαχειριστούμε πραγματικές κρίσεις, για τις οποίες δεν είμασταν έτοιμοι. Έβγαιναν από τις βάρκες ταλαιπωρημένοι και βρεγμένοι,

άλλοι πάλευαν με τα κύματα, τους έφερναν με υποθερμία. Έβλεπες παιδάκια και μεγάλους πνιγμένους και εμείς ακόμα, δεν αντέχαμε...».

Σε ερώτημα που αφορούσε στο χαρακτήρα των επιμορφωτικών προγραμμάτων του Γραφείου ανέφερε ότι «*κατά τη διετία 2013-2015, τα προγράμματα 'Μέτρα Ατομικής Προστασίας', 'Πρόληψη Λοιμώξεων Αίματος που σχετίζονται με ενδαγγειακούς καθετήρες' αλλά και 'Διαχείριση Αποβλήτων' χαρακτηρίστηκαν ως υποχρεωτικής παρακολούθησης, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η καθολική συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτά. Παρόλα αυτά, η συνολική τους διάρκεια ξεπέρασε τους επτά (7) μήνες».*

Ως προς την υλοποίηση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που οργανώνονται από το Γραφείο, «*προηγείται συνήθως διερεύνηση εκπαιδευτικών αναγκών είτε από τον/την προϊστάμενο/η του τμήματος, εάν αφορά σε ενδοκλινικά μαθήματα, είτε από εμένα προσωπικά, εάν αφορά σε ενδοτομεακά μαθήματα ή στην περίπτωση εκείνη που απευθυνόμαστε σε όλο το προσωπικό. Στην πρώτη περίπτωση, ο/η προϊστάμενος/η του τμήματος φροντίζει να γνωστοποιήσει στο προσωπικό του το χρόνο πραγματοποίησης και τον τίτλο του μαθήματος. Για παράδειγμα, η προϊσταμένη του Παθολογικού τμήματος και πολύ πρόσφατα, του Ορθοπαιδικού, ζήτησαν τη βοήθεια μας, έχοντας υπ' όψη τους συγκεκριμένη θεματολογία. Εντόπισαν το πρόβλημα και ζήτησαν επιμόρφωση. Έτσι, πραγματοποιήθηκαν μαθήματα στο χώρο του Παθολογικού τμήματος με βασικά θέματα προς επιμόρφωση, τη Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με έλκη πίεσης και τη Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την ολοκλήρωση της μετάγγισης αίματος και παραγώγων. Στη δεύτερη περίπτωση, μετά από πρόσκληση ενδιαφέροντος ανακοινώνονται ο χώρος, ο χρόνος και ο τίτλος του μαθήματος. Φροντίζουμε, πάντοτε, για επανάληψη του μαθήματος σε σύντομο χρονικό διάστημα, με σκοπό την εκπαίδευση όσο γίνεται μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων. Βέβαια, αν τακτά χρονικά διαστήματα και υπό την προϋπόθεση ότι οι συνθήκες το επιτρέπουν, επαναλαμβάνουμε τα μαθήματα, επικαιροποιώντας όπου αυτό είναι απαραίτητο, το περιεχόμενο τους».*

Διευκρινίζοντας τη φράση «...και υπό την προϋπόθεση ότι οι συνθήκες το επιτρέπουν...», η ίδια αναφέρει ότι «*η λειτουργία του Γραφείου Εκπαίδευσης δυσχεραίνεται συχνά από εξωτερικές συνθήκες, όπως για παράδειγμα, η ανεύρεση χώρου πραγματοποίησης των εκπαιδευτικών μαθημάτων. Από το 2015 μέχρι σήμερα, με*

δυσκολία πραγματοποιείται ακόμη και η απολύτως απαραίτητη εισαγωγική εκπαίδευση των νεοεισερχομένων επαγγελματιών υγείας, εκπαίδευση προσανατολισμού, αφού ο χώρος όπου μέχρι τώρα πραγματοποιούνταν τα προγράμματα, ο χώρος της βιβλιοθήκης δηλαδή, έχει παραχωρηθεί για τη στέγαση του Ογκολογικού τμήματος, ενώ ο χώρος στο νέο κτίριο που κατασκευάστηκε και που επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί ως αίθουσα εκδηλώσεων, έχει παραχωρηθεί για την προσωρινή στέγαση των διοικητικών υπηρεσιών, δηλαδή του τμήματος Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού, του γραφείου Προμηθειών και του γραφείου Μισθοδοσίας. Αυτό αποτελεί και μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες στην πραγματοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων με τη συμμετοχή όλου του προσωπικού και ίσως, το σημαντικότερο λόγο που περιορίζομαστε σε ενδοκλινικά μόνο μαθήματα. Να σημειώσω επιπλέον ότι ο χώρος της βιβλιοθήκης, που όπως σας είπα πριν, δεν χρησιμοποιείται αφού παραχωρήθηκε στο Ογκολογικό τμήμα, δεν ανήκει στη Νοσηλευτική Υπηρεσία αλλά στην Ιατρική».

Ως προς τη μορφή και τη διάρκεια των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, «τα μαθήματα πραγματοποιούνται με τη μορφή διαλέξεων-παρουσιάσεων και τη χρήση οπτικοακουστικού υλικού, ενώ στο τέλος, ακολουθούν ερωτήσεις και συζήτηση. Τα ενδοκλινικά και ενδοτομεακά μαθήματα μπορεί να διαρκέσουν μέχρι μία με μιάμιση – το πολύ - ώρα. Συνήθως, πραγματοποιούνται εντός του χώρου της κλινικής και σε ώρα εργασίας, διευκολύνοντας έτσι τη συμμετοχή των εκπαιδευομένων. Μέσα από την πείρα μας, μπορώ να σας διαβεβαιώσω ότι υπάρχει μεγαλύτερη συμμετοχή, όταν η επιμόρφωση πραγματοποιείται εν ώρα εργασίας, αφού ο εργαζόμενος δεν θα χρειαστεί να αφιερώσει περισσότερο χρόνο - από τον ελάχιστο που διαθέτει ο καθένας μας – για την εκπαίδευση του. Συνήθως, τα σύντομα μαθήματα, που διαρκούν μία – το πολύ – ώρα, προγραμματίζονται νωρίς το πρωί ή αργά το μεσημέρι, έτσι ώστε να είναι παρόντες και οι νοσηλευτές της νυχτερινής και απογευματινής βάρδιας, αντίστοιχα».

Η συμμετοχή των εργαζομένων σε επιμορφωτικά προγράμματα είναι δυνατόν να ελεγχθεί με τη χρήση λογισμικών προγραμμάτων σε ηλεκτρονική μορφή. Σε ερώτημα εάν το Γραφείο χρησιμοποιεί πρόγραμμα καταχώρησης των αιτήσεων και συμμετοχών των εργαζομένων σε διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες, επισημαίνεται ότι «τέτοιο μητρώο δεν υπάρχει, παρόλο που θα ήταν εξαιρετικά χρήσιμο. Ίσως, με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσαμε να ελέγξουμε τη συχνότητα και το είδος των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων, στις οποίες συμμετέχουν οι νοσηλευτές και να έχουμε και κάποια στατιστικά στοιχεία. Στο Νοσοκομείο μας, πάντως, δεν υπάρχει κάτι τέτοιο».

Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, «δεν υπάρχει ο θεσμός του κλινικού εκπαιδευτή, παρά μόνο άτυπα σε κάθε τμήμα. Τον άτυπο αυτό ρόλο αναλαμβάνει συχνά ο αρχαιότερος υπάλληλος του τμήματος». Ένα ακόμη ζήτημα που τέθηκε, αφορούσε στην εφαρμογή νοσηλευτικών πρωτοκόλλων. «Τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα που ακολουθούμε αφορούν στην Πρόληψη Λοιμώξεων, την Επαγγελματική έκθεση εργαζομένων ως προς τις λοιμώξεις, την Αντιμετώπιση Οξέων Συμβάντων, τη Βασική Υποστήριξη της ζωής. Πριν από κάποια χρόνια, με πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, δόθηκε η δυνατότητα δημιουργίας πρωτοκόλλων. Συνάδελφοι νοσηλευτές ασχοληθήκαμε με τη σύνταξη αυτών, κανένα από τα οποία, όμως, δεν συζητήθηκε σε συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου. Ως εκ τούτου, δεν έφτασαν ποτέ στην αρμόδια Υ.ΠΕ. Έτσι, η προσπάθεια μας σταμάτησε εκεί».

Σε ερώτημα σχετικά με τη χορήγηση κινήτρων στους εκπαιδευόμενους, η υπεύθυνη του Γραφείου αναφέρει ότι «Στις ημερίδες και διημερίδες, συνήθως, χορηγείται μια επιπλέον ημέρα ανάπαυσης (ρεπό) στους νοσηλευτές ως κίνητρο για την παρακολούθηση των επιμορφωτικών προγραμμάτων. Βέβαια, ως κίνητρο θα μπορούσε να θεωρηθεί η τοποθέτηση του νοσηλευτή, που ολοκλήρωσε ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών ή μια νοσηλευτική ειδικότητα, στο τμήμα που αντιστοιχεί στο περιεχόμενο των σπουδών του. Δεν είναι απαραίτητο ότι συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις, αλλά μπορώ να σας διαβεβαιώσω ότι πολύ πρόσφατα, συνάδελφος νοσηλεύτρια που ολοκλήρωσε συγκεκριμένη ειδικότητα, τη Ψυχιατρική, ευθύς μετά την επιστροφή της, τοποθετήθηκε στο Ψυχιατρικό τμήμα, έτσι ώστε να συμβάλλει με τις γνώσεις που απέκτησε στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Επίσης, η χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών – σύμφωνα, πάντα, με την ισχύουσα νομοθεσία - θα μπορούσε να ενισχύσει το ενδιαφέρον ενός εργαζομένου, διευκολύνοντας την προσπάθεια του για επιμόρφωση. Βέβαια, η χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών εγκρίνεται από τη Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και το τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού».

Από την άλλη πλευρά, τα εμπόδια που, συνήθως, αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι «περιλαμβάνουν, φυσικά, το οικονομικό κόστος, την αδυναμία της Διοίκησης να κατανοήσει την ανάγκη τους για επιμόρφωση και τις απαιτήσεις του προγράμματος. Αναφέρομαι στα προγράμματα που πραγματοποιούνται εκτός Νοσοκομείου και σας παραθέτω αυτό που συναντώ πολύ συχνά σε συζητήσεις με συναδέλφους. Λέγοντας απαιτήσεις, εννοώ, τις εργασίες, τη μελέτη, την ανάγκη για φυσική παρουσία στο χώρο

πραγματοποίησης του προγράμματος. Αν λάβει κανείς υπ' όψη του και τις οικογενειακές υποχρεώσεις των περισσότερων εργαζομένων, καταλαβαίνετε πόσο δύσκολο είναι».

Η πληροφόρηση και ενημέρωση του προσωπικού, ως προς τα προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων, μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών, ακόμα και συνεδρίων «συνήθως πραγματοποιείται με ανάρτηση στους Πίνακες Ανακοινώσεων του Νοσοκομείου. Έτσι, ο κάθε ενδιαφερόμενος λαμβάνει την πληροφόρηση και επιλέγει αυτό που τον ενδιαφέρει. Να πω, βέβαια, ότι πληροφόρηση υπάρχει....το δύσκολο είναι ότι σε μια νησιωτική περιοχή όπως η δική μας, η μετάβαση και διαμονή σε άλλες περιοχές είναι πολύ δύσκολη».

Με αφορμή την πληροφόρηση σχετικά με τα επιμορφωτικά προγράμματα μεγάλης διάρκειας, δίνεται η ευκαιρία να επισημανθεί το ζήτημα της νησιωτικότητας, σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση. «Ένα συνέδριο μπορεί κάποιος να το παρακολουθήσει, είναι μικρότερης διάρκειας και ίσως, τύχει χρηματοδότησης από τη διοίκηση ή κάποιο φαρμακευτικό αντιπρόσωπο για να καλύψει μέρος των εξόδων του. Όμως, η νοσηλευτική ειδικότητα και τα μεταπτυχιακά προγράμματα έχουν πολύ μεγαλύτερη διάρκεια – περίπου δυο χρόνια, ενώ ακόμη και η παρακολούθηση κάποιας εξειδίκευσης απαιτεί τουλάχιστον έξι μήνες. Απαιτείται η δια ζώσης παρακολούθηση των προγραμμάτων, αν και τα τελευταία χρόνια, αφουγκραζόμενοι οι υπεύθυνοι των μεταπτυχιακών προγραμμάτων την ανάγκη για επιμόρφωση αλλά και τις οικονομικές δυσκολίες πολλών ενδιαφερομένων, οδηγήθηκαν στην οργάνωση προγραμμάτων εξ αποστάσεως. Αυτό βέβαια, ισχύει μόνο για τα μεταπτυχιακά». Η γεωγραφική θέση του νησιού και αυτή καθ' εαυτή η έννοια της νησιωτικότητας φαίνεται να επιδρά στον τρόπο που επιλέγουν να επιμορφωθούν οι εργαζόμενοι. «Πολλοί, αδυνατώντας να μεταβούν σε ημερίδες, διημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια που οργανώνονται σε μεγάλα αστικά κέντρα, επιλέγουν την εξ αποστάσεως ηλεκτρονική μορφή επιμόρφωσης. Μέσα από τις κατ' ιδίαν συζητήσεις με πολλούς συναδέλφους, αντιλαμβάνομαι ότι για εκείνους που είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου, αυτό αποτελεί μια διέξοδο, που δεν μπορούμε, ίσως, να προσφέρουμε εμείς».

Στο ερώτημα που αφορούσε στη συμμετοχή εκπαιδευτών, αυτοί φαίνεται να είναι «συνάδελφοι νοσηλευτές και συνεργάτες άλλων ειδικοτήτων, όπως για παράδειγμα γιατροί, που συμμετέχουν από μεράκι για την εκπαίδευση. Συνήθως, καλούνται να μας βοηθήσουν μέσα από την αγάπη για τη γνώση και τη μάθηση και τη διαρκή τους

επιμόρφωση. Όποιος θέλει και, φυσικά, έχει το απαραίτητο γνωστικό υπόβαθρο, μπορεί να συμμετέχει ως εκπαιδευτής, ανάλογα πάντα με το θέμα του μαθήματος».

Η αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων μετά από την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος «δε συνηθίζεται στα δικά μας προγράμματα. Απλά, οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε κάποιο από τα μαθήματα μας εποπτεύονται από εμένα προσωπικά και από τους προϊσταμένους των τμημάτων. Η μόνη αξιολόγηση, που έγινε, ήταν στα πλαίσια των προγραμμάτων του ΚΕΕΛΠΝΟ για τα πολυανθεκτικά μικρόβια».

Ως προς τις τυχόν συνεργασίες με άλλους φορείς, «κατά καιρούς συνεργαζόμαστε με άλλους φορείς εντός και εκτός Νοσοκομείου. Παλαιότερα, μάλιστα, είχαν υλοποιηθεί αρκετά επιμορφωτικά προγράμματα με τη συνεργασία και τη συνδιοργάνωση του Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης του Νοσοκομείου μας». Ερωτηθείσα εάν υπάρχει συνεργασία με φορείς ως προς την Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων, διευκρίνισε ότι «τέτοιου είδους συνεργασίες δεν έχουν πραγματοποιηθεί αν και θεωρώ ότι είναι ένα σημαντικότατο θέμα για όλους τους νοσηλευτές. Δεν μπορείς να παρέχεις φροντίδα, εάν εσύ, ο 'φροντιστής' δε φροντίζεις για τον εαυτό σου. Παρόλα αυτά, πριν κάποια χρόνια είχε πραγματοποιηθεί στις εγκαταστάσεις του Κ.Ε.Κ. ημερίδα με θέματα την Επαγγελματική έκθεση, την ασφαλή διάλυση Κυτταροστατικών φαρμάκων, τις ασφαλείς τεχνικές για τους συναδέλφους των εργαστηρίων μας και τέλος, τη Διαχείριση Αποβλήτων».

Αναφερόμενη στο ζήτημα της χρηματοδότησης, επισημαίνει ότι «σε καιρούς οικονομικής κρίσης, δεν ξέρω αν μπορούμε να μιλάμε για χρηματοδότηση. Εξάλλου, εδώ δεν υπάρχει χώρος, που θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι ένα σχετικά εύκολο ζήτημα, θα υπάρχει χρηματοδότηση; Πάντως, οι όποιες ανάγκες του Γραφείου μας – κυρίως, εξοπλισμός και αναλώσιμα υλικά – καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου».

Εκτός από την προαναφερθείσα δυσκολία ανεύρεσης χώρου, η ίδια προσθέτει στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ως υπεύθυνη του Γραφείου, την απουσία κινήτρου. «Δεν υπάρχει κίνητρο για τους εκπαιδευόμενους. Επιπλέον, κάποιοι αντιμετωπίζουν το γραφείο, ως αποστασιοποιημένο από την πραγματικότητα. Αυτά που προσπαθούμε να κάνουμε, αφορούν στους ίδιους τους εργαζόμενους και, φυσικά, στους ασθενείς. Η επιμόρφωση δεν μπορεί να είναι 'άντε να γλυτώσω καμιά βδομάδα', όπως στην περίπτωση των επιμορφωτικών προγραμμάτων του ΕΚΚΔΑ. Ευτυχώς, πολλοί μάς

προσεγγίζουν από πραγματικό ενδιαφέρον, ιδιαίτερα μετά το τέλος των μαθημάτων μας, και ζητούν την υλοποίηση κι άλλων μαθημάτων με το περιεχόμενο που τους ενδιαφέρει ή ζητούν κι άλλες πληροφορίες. Είναι η μερίδα των συναδέλφων που σκοπό τους έχουν την επαγγελματική τους ανάπτυξη κι αυτό είναι πολύ ευχάριστο, ιδιαίτερα όταν αφορά σε νέους συναδέλφους. Βέβαια, να τονίσω ότι πλέον κυνηγάμε πράγματα που αναγνωρίζονται, μοριοδοτούνται και έχει και αυτό τη σημειολογία του».

Σχετικά με τις μελλοντικές προκλήσεις, «θα έθετα σα στόχο την επίλυση του βασικότερου προβλήματος, που είναι ο χώρος. Αυτό θα μας επέτρεπε την κατάρτιση προγράμματος σε εβδομαδιαία βάση και ίσως, για να προχωρήσω ακόμη περισσότερο, το σχεδιασμό και προγραμματισμό εκπαιδευτικού προγράμματος από την αρχή του χρόνου. Βέβαια, μύχιος πόθος παραμένει η διεξαγωγή στο νησί μας ενός πανελληνίου νοσηλευτικού συνεδρίου».

8.1.2. Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.)

Αναφερόμενος στις δράσεις του, ο υπεύθυνος του Κ.Ε.Κ. Νοσοκομείου Μυτιλήνης, επισημαίνει ότι «πέρα πολλές προσπάθειες έχουν καταβληθεί από την έναρξη της λειτουργίας του Κ.Ε.Κ. ως προς τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση όλων των εργαζομένων του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, ιδιαιτέρως των νοσηλευτών που αποτελούν και την πολυπληθέστερη επαγγελματική ομάδα. Το 2010, μάλιστα, πραγματοποιήθηκε και μια ερευνητική μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών των εργαζομένων του συγκεκριμένου Νοσοκομείου (και των τριών Υπηρεσιών, Διοικητικής, Ιατρικής, Νοσηλευτικής) και ακολούθησε με βάση τα αποτελέσματα αυτής, η εκπόνηση ενός σχεδίου εκπαίδευσης. Στα ανωτέρω πλαίσια συγκροτήθηκε, δυνάμει της με αρ. 13093/27-9-2010 απόφασης. του Γενικού Γραμματέα του Ε.Κ.Δ.Δ.Α., κοινή ομάδα εργασίας αποτελούμενη από τον υπεύθυνο Σπουδών και Έρευνας του Ε.Κ.Κ.Δ.Α. και εμάς, τους δυο υπαλλήλους του Κ.Ε.Κ. Νοσοκομείου Μυτιλήνης».

Ο ίδιος συνεχίζει, αναφέροντας ότι «παρόλη την προσπάθεια μας, παρατηρούμε ότι δεν βοηθάει και το πλαίσιο του Νοσοκομείου και αυτό οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στην έλλειψη οργάνωσης των υπηρεσιών και στις κακές νοοτροπίες που έχουν διαμορφωθεί με πρότυπα εργαζομένων που αναπαράγονται από γενιά σε γενιά. Το δεύτερο, μάλιστα, αποτελεί μια σοβαρή αδυναμία. Αυτό σχετίζεται με τη λεγόμενη οργανωσιακή κουλτούρα. Με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, όμως, είναι δυνατόν να διορθωθούν πράγματα και

όταν αυτό επιτυγχάνεται, κάτι αλλάζει. Για να προχωρήσεις στις όποιες αλλαγές, αυτό προϋποθέτει επιμόρφωση και συλλογικότητα, συλλογική προσπάθεια. Ως προς τη μορφή, πάντως, μπορώ να πω ότι μέσα από την εμπειρία μου 35 χρόνια τώρα, διαπιστώνω ότι γίνεται *on the job training*».

Η ενημέρωση των υποψηφίων εκπαιδευομένων για τα προγράμματα του Ε.Κ.Κ.Δ.Α. που υλοποιούνται στο Κ.Ε.Κ. Νοσοκομείου Μυτιλήνης πραγματοποιείται μέσω διαδικτύου. Ως προς άλλα προγράμματα επιμόρφωσης, «η ενημέρωση είναι εσωτερική. Είναι στοχευμένα προγράμματα και γι' αυτό δεν μπορεί να είναι εξωτερική η ενημέρωση των υποψηφίων».

Οι διαδικασίες επιλογής των υποψηφίων εκπαιδευομένων ως προς την εισαγωγική εκπαίδευση των δημοσίων υπαλλήλων στα προγράμματα του Ε.Κ.Κ.Δ.Α. «είναι συγκεκριμένες, αφού αφορούν συγκεκριμένα πρόσωπα, που ολοκλήρωσαν τη διετή δόκιμη περίοδο ως εργαζόμενοι του δημόσιου τομέα. Ως προς τα προγράμματα που πραγματοποιήθηκαν με τους Ευρωπαίους εταίρους στο εξωτερικό, οι διαδικασίες επιλογής καθορίστηκαν από την αρχή, για να μην υπάρχουν προβλήματα. Γενικότερα,, είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο χρόνος προϋπηρεσίας. Η λογική μας και στο Ε.Κ.Κ.Δ.Α. και παντού, και μιλάω για το Ε.Κ.Κ.Δ.Α. γιατί είναι ο πιο οργανωμένος φορέας, δεν είναι να πάρεις ούτε το χθεσινό υπάλληλο που έχει έξι μήνες, ούτε να πάρεις εκείνον που είναι κοντά στη σύνταξη. Είναι να πάρεις ένα στέλεχος πέντε, έξι χρόνων, να τον καταρτίσεις για να προσφέρει και στον οργανισμό. Άρα, λοιπόν, εκπαιδευτικό επίπεδο, χρόνος προϋπηρεσίας, θέση που υπηρετεί. Προηγούνται οι προϊστάμενοι, αυτοί πρέπει να ξέρουν και μετά να παρακολουθήσουν και οι άλλοι. Προϊστάμενος και υπάλληλος να μπορέσουν να φέρουν την αλλαγή, να εφαρμόσουν τις νέες γνώσεις. Αυτά είναι τα βασικά κριτήρια. Βέβαια, δεν μπορεί να έχει αυστηρά, αντικειμενικά κριτήρια αυτή η υπόθεση της επιλογής. Τα αυστηρά, αντικειμενικά κριτήρια μπορούν να σου δημιουργήσουν στρεβλώσεις πάρα πολλές. Αν βάλεις σαν κριτήριο την επαγγελματική εμπειρία, θα πρέπει να βάλεις όλους τους παλιούς που φεύγουν στη σύνταξη να τους κάνεις εκπαίδευση. Για μένα, ένα πολύ σημαντικό κριτήριο, που προσπάθησα να εφαρμόσω άτυπα σε ένα βαθμό, ήταν οι καλοί υπάλληλοι, οι πρόθυμοι υπάλληλοι, αυτοί που έχουν καλά χαρακτηριστικά, αυτοί να προωθούνται, να είναι ένα *bonus* για αυτούς, να είναι ένα κίνητρο. Τον κακό υπάλληλο θα πρέπει να τον βάλεις σε θέματα κατάρτισης μήπως και μπορέσεις και τον διορθώσεις. Δεν μπορείς να βάλεις έναν κακό υπάλληλο να παρακολουθήσει 'Διοίκηση με Στόχους', γιατί δεν θα το κάνει ποτέ. Πάντα θα υπάρχουν τα αντικειμενικά κριτήρια,

αλλά θα υπάρχει πάντοτε ένα περιθώριο υποκειμενικότητας για να ανταμείψεις τους καλούς υπαλλήλους».

Ως προς τη χρηματοδότηση, επισημαίνει ότι «από το 2010, η μόνη χρηματοδότηση που μπορέσαμε να εξασφαλίσουμε είναι από το Λ.Α.Ε.Κ. (μέσω ΟΑΕΔ) και αφορά τους ιδιωτικού δικαίου υπαλλήλους, βέβαια. Στην περίπτωση αυτή, είναι πολύ μεγάλο το βάρος της γραφειοκρατίας. Σε αναγκάζει να προπληρώσεις σα φορέας και μετά να εισπράξεις το ποσό που προορίζεται για κατάρτιση. Πλέον, δεν έχουμε το δικαίωμα να κάνουμε προγράμματα με αυτεπιστασία, όπως στο παρελθόν. Γι' αυτό και το πρόγραμμα του 2015 για τους 120 Επαγγελματίες Υγείας του Βορείου Αιγαίου, δεν πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις μας, αλλά σε Κ.Ε.Κ. που είχαν την άδεια, δηλαδή σε ιδιώτες. Την πραγματοποίηση του ανέλαβαν τρία Κ.Ε.Κ. αλλά το Νοσοκομείο ήταν ο εποπτεύων φορέας. Αυτή ήταν και η μόνη χρηματοδότηση που καταφέραμε να πάρουμε από ΕΣΠΑ. Το θέμα της χρηματοδότησης είναι, γενικότερα, μεγάλο και πολύ σημαντικό. Πέρυσι, το 2016, είχαν οργανωθεί προγράμματα επιμόρφωσης από το Ε.Κ.Κ.Δ.Α. Είχαν επιλεγεί τα άτομα, ο χώρος ήταν έτοιμος για την υλοποίηση. Όμως, τελευταία στιγμή, μας το ακύρωσαν λόγω οικονομικών δυσκολιών από την πλευρά τους».

Στο ερώτημα εάν είναι πιστοποιημένο το Κ.Ε.Κ., αναφέρεται ότι «στην παρούσα φάση, όχι, το Κ.Ε.Κ. δεν είναι πλέον πιστοποιημένο. Υλοποιούσαμε προγράμματα με ειδική πιστοποίηση από το Υπουργείο Υγείας, όχι από το Ε.ΚΕ.ΠΙΣ (Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Δομών Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης). Ελεγχθήκαμε από φορείς του Υπουργείου Υγείας, με όλους τους κανόνες του Ε.ΚΕ.ΠΙΣ. Απλά, την έγκριση δεν την έδινε το Ε.ΚΕ.ΠΙΣ., αλλά το Υπουργείο Υγείας. Όταν ολοκληρώσαμε δυο προγραμματικές περιόδους και ξεκίνησαν τα προγράμματα του ΕΣΠΑ, όλες οι δράσεις είχαν ως προαπαιτούμενο πιστοποίηση από το Ε.ΚΕ.ΠΙΣ. Εμείς είμασταν έτοιμοι, είχαμε τη δομή, είχαμε παλιά πιστοποίηση. Παρόλα αυτά, μας ζητήθηκε να αναφέρεται ρητά στον οργανισμό του φορέα, δηλαδή του Νοσοκομείου, η συνεχιζόμενη κατάρτιση των υπαλλήλων. Ήταν, λοιπόν, πολύ απλό: να αναμορφωθούν οι οργανισμοί, τουλάχιστον, των φορέων που είχαν Κ.Ε.Κ. και αντί να λέει 'παρέχεται εκπαιδευτικό έργο', να το αναλύει αυτό. Αυτή την αλλαγή δεν τη δέχθηκε το Υπουργείο. Αυτό ήταν και το μόνο κώλυμα. Οπότε δεν μπορούμε πια να υλοποιήσουμε με αυτεπιστασία προγράμματα. Άλλοι φορείς το οργανώνουν, άλλοι φορείς παίρνουν τη χρηματοδότηση, εδώ διαθέτουμε το προσωπικό μας, εδώ το υλοποιούμε».

Ως προς τα κίνητρα, ο ίδιος διευκρινίζει ότι «παλαιότερα, κίνητρο για τους εργαζομένους αποτελούσε η επιδότηση. Τώρα, δεν υπάρχουν πια επιδοτούμενα προγράμματα. Σπάνια πια. Για να είναι αποτελεσματική, όμως, η εκπαίδευση δεν απαιτείται μόνο ένας καλός εισηγητής, αλλά το να υπάρχει στον εργαζόμενο η κουλτούρα της εκπαίδευσης».

Ως προς τις δυσκολίες και τα εμπόδια στη λειτουργία του Κ.Ε.Κ., είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι «Πλέον, δεν μας δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιήσουμε με αυτεπιστασία προγράμματα. Όμως, εδώ υπάρχουν οι δομές, που θα μπορούσε το ίδιο το προσωπικό να τις αξιοποιεί με ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση. Όταν ζητήσαμε από το Ε.Κ.Κ.Δ.Α. την πραγματοποίηση εξειδικευμένων προγραμμάτων για νοσηλευτές (γιατί σε κάποια από τα προγράμματα του μπορούν να λάβουν μέρος και άλλοι δημόσιοι υπάλληλοι), η απάντηση τους ήταν ότι αυτά αφορούν την ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση. Εμείς, εδώ, είμαστε για να δίνουμε ευκαιρίες στους συναδέλφους. Το αποτέλεσμα; Ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση μπορεί, άνετα, να γίνει εδώ. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν στελέχη στη Νοσηλευτική Υπηρεσία με γνώσεις. Θα μπορούσαν, δηλαδή, στελέχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας να οργανώνουν εδώ προγράμματα κατάρτισης. Υπάρχουν υποδομές για να τις χρησιμοποιούν, αλλά δεν το κάνουν. Το γιατί δεν το ξέρω. Εγώ θεωρώ ότι είναι έλλειψη ενδιαφέροντος, δεν έχουν κίνητρο, δεν υπάρχει μια διοίκηση, όχι σημερινή, πάντα, που να ακούει κατάρτιση και να την αντιμετωπίζει με θετικό τρόπο. Συνήθως, αυτό που εισπράτταμε και ανατρέψαμε ήταν οι παγιωμένες αντιλήψεις της διοίκησης ως προς την επιμόρφωση των εργαζομένων. Μέσα από τη λειτουργία του Κ.Ε.Κ. από το '97 και μετά, και οι εργαζόμενοι κατάλαβαν, σταδιακά, την αξία της επιμόρφωσης. Θλίβομαι γιατί δεν συνεχίστηκε η ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση, που έχει και μεγαλύτερη αξία γιατί είναι πραγματική, είναι προϊόν βούλησης, επιθυμίας και αυτοί που συμμετέχουν είναι πιο συνειδητοποιημένοι. Έχουμε ένα Κ.Ε.Κ. οργανωμένο, πολύπειρο, με τις υποδομές και τον εξοπλισμό του (22.000.000 εκατομμύρια δραχμές κόστισε το στήσιμο του). Είναι κρίμα να μην το χρησιμοποιούμε. Δεν έχουμε τη βούληση, δεν θέλουμε αξιολόγηση, δεν θέλουμε διοίκηση με στόχους».

Στις συνεργασίες του Κ.Ε.Κ. με άλλους φορείς «περιλαμβάνονται οι συνεργασίες με το Ε.Κ.Κ.Δ.Α. Στις εγκαταστάσεις μας, πραγματοποιούνται τα προγράμματα επιμόρφωσης του φορέα αυτού και κυρίως, η εισαγωγική εκπαίδευση των νέων δημοσίων υπαλλήλων. Με άλλους φορείς, αυτή την περίοδο, όχι».

Οι μελλοντικές προκλήσεις «περιλαμβάνουν την πραγματική και αποτελεσματική ενασχόληση όλων των υπαλλήλων με το ζήτημα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Σημαντικό, επίσης, θεωρούμε την υλοποίηση του σχεδίου εκπαίδευσης αλλά και την αξιοποίηση των δεδομένων της μελέτης μας, ίσως, και την επανάληψη της, για να προσδιοριστούν οι διαφορές σε σχέση με την προηγούμενη. Να δούμε τί άλλαξε και να τροποποιήσουμε τις δράσεις μας, με στόχο την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών των εργαζομένων του Νοσοκομείου μας».

8.2. Στάσεις και αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, το Εργασιακό Περιβάλλον και το Φόρτο Εργασίας

Μετά την ανάλυση του περιεχομένου των συνεντεύξεων του νοσηλευτικού προσωπικού, αναδείχθηκαν οι παρακάτω θεματικές ενότητες: Σημαντικότητα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό προσωπικό, Πρόσβαση σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, Εφαρμογή της νέας γνώσης, Περιεχόμενο προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Φόρτος εργασίας.

A. Σημαντικότητα Συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό προσωπικό

Η αναγκαιότητα ύπαρξης προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης επισημάνθηκε από τους συμμετέχοντες, αφού διαφάνηκε μια σύνδεση αυτής με τον επαγγελματικό τους ρόλο, τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την ενίσχυση της ικανοποίησης τους από την εργασία.

«Στην αρχή, όταν ήρθα στη δουλειά, τα πράγματα ήταν δύσκολα. Πολύ άγχος. Το έκανα σωστά; Θα πετύχω τη φλέβα για να βάλω τον καθετήρα; Τί θα μου τύχει στη βάρδια; Θα μπορώ να το αντιμετωπίσω; Πάρα πολύ άγχος. Στην αρχή, θέλεις υποστήριξη, εκπαίδευση...Κάποιος να σου δείξει και να σε προσανατολίσει. Και αυτό νομίζω ότι η εκπαίδευση από επαγγελματίες του χώρου μπορεί να το προσφέρει. Τώρα, βέβαια, τα πράγματα δεν είναι έτσι. Με αυτό που προσφέρω και με τις γνώσεις μου, έχω αυτοπεποίθηση». (Νοσηλ. Πρ. 1)

«Χρειαζόμαστε εκπαίδευση, σαν επαγγελματίες του ευαίσθητου χώρου της υγείας. Η επιμόρφωση για εμάς δεν είναι επιλογή, είναι ανάγκη, ανάγκη για τους ασθενείς μας. Έχουμε ευθύνη απέναντι σ' αυτούς, ευθύνη για τις υπηρεσίες που προσφέρουμε». (ΝΠ 2)

«Μακάρι να μπορούσα να κάνω πράγματα. Νιώθω πολύ καλύτερα μετά από το σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών και Επείγουσας Ιατρικής του 2015. Κατ' αρχήν ένιωσα ότι κάποιος ασχολήθηκε μαζί μου, με τις ανάγκες ενός εργαζόμενου σε επαρχιακό νοσοκομείο και μάλιστα, νησιωτικής περιοχής...Ναι, νιώθω πολύ καλύτερα γιατί δεν ήταν θεωρητική γνώση μόνο, προσέφερε πολλές πληροφορίες και δεξιότητες και σε πρακτικό επίπεδο. Το ίδιο συνέβη και με ένα πρόγραμμα BLS (Βασική Υποστήριξη της Ζωής), που παρακολούθησα το Σεπτέμβριο του 2017...Ναι, εδώ στη Μυτιλήνη. Έμπαινες σε σταθμούς μετά από κάθε παρουσίαση. Αυτό ήταν το ενδιαφέρον. Με έκανε να νιώθω πιο καλή στη δουλειά μου, πιο αυτάρκης στις γνώσεις μου». (ΝΠ 3)

«Δεν είναι σημαντικό να επιμορφώνεσαι; Αλλοίμονο αν μέναμε σε αυτά που κάποτε μάθαμε. Και τώρα που τελείωσα - μετά από χρόνια εργασίας - δυο εξάμηνα στο Δημόσιο ΙΕΚ του Νοσοκομείου, μπορώ να πω ότι έκατσα στο θρανίο, ξαναδιάβασα, κουράστηκα αλλά άξιζε τον κόπο. Έχω περισσότερη σιγουριά για αυτό που κάνω, ξέρω γιατί το κάνω...Επιπλέον, μπορεί να αναγνωριστούν αυτά τα δυο εξάμηνα. Εννοώ, επαγγελματικά...». (ΝΠ 4)

«Αισθάνομαι πιο όμορφα μετά το Μεταπτυχιακό. Εργάζομαι στο τμήμα εκείνο, όπου μπορεί να βρει εφαρμογή αυτή η νέα γνώση. Είμαι ικανοποιημένη, πάλεψα πολύ για να το τελειώσω, θυσίασα χρόνο, χρήμα, κόπο, στιγμές αλλά είναι μια επένδυση που έκανα στη δουλειά μου». (ΝΠ 5)

«...Και μαθαίνεις και τονώνεται το ηθικό σου. Αντιμετωπίζουμε πολύ δύσκολες συνθήκες καθημερινά. Είμαστε δημόσιοι υπάλληλοι αλλά όχι σύμφωνα με αυτό που έχουν οι περισσότεροι μέσα στο μυαλό τους. Έρχομαι αντιμέτωπη με το θάνατο, με τον πόνο, με το άγχος του ασθενούς για την υγεία του και του συνοδού του για τον άνθρωπο του, με την ανάγκη του άλλου για βοήθεια. Έχω, όμως, και εγώ ανάγκη. Δεν είμαι ρομπότ. Είναι ψυχοφθόρο επάγγελμα. Θεωρώ, λοιπόν, ότι η εκπαίδευση είναι μια διέξοδος». (ΝΠ 6)

«Νομίζω ότι όλοι είμαστε υπέρμαχοι της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Δεν θεωρώ ότι υπάρχει κάποιος που δεν του αρέσει να επιμορφώνεται. Μαθαίνεις, βελτιώνεσαι, κάνεις κάτι για τον εαυτό σου...και το τελευταίο είναι πολύ σημαντικό, πιστέψτε με. Είναι σαν να τον φροντίζεις...». (ΝΠ 7)

«Δουλεύω 17 χρόνια στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο. Η δουλειά μας είναι υπέροχη αλλά – κακά τα ψέματα – δύσκολη και απαιτητική. Δίνεις σώμα και ψυχή. Τα τελευταία χρόνια νιώθω πολύ κουρασμένη. Δεν είναι ότι δεν μου αρέσει η δουλειά μου...όχι, σε καμία περίπτωση. Κουράστηκα. Σκέφθηκα, λοιπόν, να κάνω ένα μεταπτυχιακό....». (ΝΠ 8)

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον στοιχείο στις αναφορές του προσωπικού ήταν η θεώρηση της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης ως ‘φροντίδα του εαυτού’, αφορμή για ‘διασκέδαση’ και εναλλακτική επιλογή για την αντιμετώπιση της κόπωσης τους.

Ορισμένοι εκ των συμμετεχόντων αναφέρθηκαν στη σχέση εκπαίδευσης και εμπειρίας που αποκτήθηκε κατά τη διάρκεια της προϋπηρεσίας.

«Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει εκπαιδευτική δραστηριότητα. Βελτιώνεις τις γνώσεις σου, τη δουλειά σου, ιδιαίτερα αν εργάζεσαι σε συγκεκριμένο αντικείμενο και έχεις αποκτήσει εμπειρία πάνω σ’ αυτό. Επιπλέον, δένεσαι και με τους συναδέλφους σου». (ΝΠ 2)

«Προτιμώ το θέμα να σχετίζεται με το αντικείμενο στο οποίο εργάζομαι στο τμήμα. Είμαι σ’ αυτό το τμήμα 15 χρόνια, έχω δει πολλά και δεν ντρέπομαι να πω ότι έχω εμπειρία, κλινική εμπειρία. Είναι, λοιπόν, πιο σημαντικό για μένα να παρακολουθήσω αυτό που με ενδιαφέρει και το γνωρίζω». (ΝΠ 8)

«Δεν θεωρώ ότι μόνη της η εκπαίδευση θα μου δώσει τα εφόδια. Χρειάζεται και εμπειρία, δουλεύεις τόσα χρόνια, τον ξέρεις τον άρρωστο, αναγνωρίζεις τη βελτίωση ή την επιδείνωση της υγείας του. Αλλά, ίσως, τώρα που το σκέφτομαι...αν υπάρχουν και τα δυο, αν το ένα συμπληρώνει το άλλο, δεν θα ήμουν αρνητικός.... Ναι, έτσι είναι βοηθητικά και τα δυο». (ΝΠ 10)

B. Πρόσβαση σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Από τις αναφορές των συμμετεχόντων προβάλλεται η δυσκολία πρόσβασης σε ευκαιρίες επαγγελματικές ανάπτυξης. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι ερωτηθέντες αναφέρθηκαν σε έναν συνδυασμό αιτιών, εξαιτίας των οποίων αδυνατούν να συμμετέχουν σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, προβάλλοντας συχνότερα τη γεωγραφική θέση και νησιωτικότητα από τη μια και τη δυσκολία εξασφάλισης οικονομικών πόρων λόγω της κρίσης, παράγοντες που φαίνονται μάλλον

αλληλένδετοι, αφού για να υπερπηδηθεί η δυσκολία πρόσβασης λόγω νησιωτικότητας απαιτείται η μετάβαση και παραμονή σε αστικές περιοχές, η οποία για να πραγματοποιηθεί επιβάλλεται η διασφάλιση οικονομικών πόρων. Με αφορμή το ζήτημα της νησιωτικότητας, γίνονται έμμεσες αναφορές και σε άλλες παραμέτρους, όπως η σύνδεση της περιοχής με τα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και τα προβλήματα που μπορεί να αναδυθούν από αυτήν.

«Δεν είναι καθόλου εύκολο...μιλάμε για μια νησιωτική περιοχή. Εδώ, δεν πραγματοποιούνται συχνά σεμινάρια, συνέδρια ή οτιδήποτε άλλο θα μπορούσε να φέρει κάτι το καινούριο και σε εμάς. Αν θέλεις να επιμορφωθείς, θα πρέπει να πας στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη ή οπουδήποτε αλλού πραγματοποιείται κάποιο επιμορφωτικό πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να πάρεις εκπαιδευτική άδεια. Για να την πάρεις, πρέπει να μπορεί η προϊσταμένη να σου τη δώσει το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Βλέπεις, είμαστε λίγοι στη δουλειά. Μετά, πρέπει να έχεις μια οικονομική ευχέρεια. Πρέπει να πληρώσεις τη συμμετοχή σου – αν πρόκειται για συνέδριο. Πώς θα πας εκεί, με αεροπλάνο ή πλοίο; Πού θα μείνεις; Πού θα φας; Δεν θα χρειαστείς και ένα χρηματικό ποσό να κινηθείς; Είναι μεγάλο το κόστος πια. Κάποτε, μπορεί αυτά να γίνονταν, τώρα δεν προλαβαίνουμε να πληρωθούμε και την επόμενη μέρα δεν έχει μείνει ούτε το ένα τρίτο από την πληρωμή του δεκαπενθημέρου». (ΝΠ 1)

«Μ' αρέσει να μαθαίνω καινούρια πράγματα πάνω στη δουλειά μου. Οι επιστήμες μας, Ιατρική και Νοσηλευτική είναι δυναμικές. Αλλάζουν τα δεδομένα. Η προσέγγιση προς τους ασθενείς δεν αλλάζει, αλλά η θεραπευτική αντιμετώπιση, για παράδειγμα, είναι διαφορετική τώρα σε σχέση με το 2000, που διορίστηκα εγώ. Είμαστε υποχρεωμένοι να μαθαίνουμε. Αυτό είναι το σωστό. Για εμάς και πολύ περισσότερο, για τους ασθενείς. Ανθρώπους φροντίζουμε, με εκείνους ασχολούμαστε, όχι με χαρτιά. Γι' αυτό και πρέπει να είμαστε ενήμεροι, να μπορούμε να προσφέρουμε σε εκείνους το καλύτερο. Αυτό χρειάζεται, συνεχή εκπαίδευση, ενημέρωση, που δεν έχουμε τη δυνατότητα εδώ. Είμαστε σε νησί. Πρώτα, πρέπει να μπορέσεις να αποδεσμεωθείς από την υπηρεσία σου για να φύγεις, πράγμα σχετικά δύσκολο αφού δεν επαρκεί πάντα το προσωπικό για να καλυφθούν οι βάρδιες. Έπειτα, είναι και το κόστος, οι συγκοινωνίες...Να, για παράδειγμα, αν θέλεις να φύγεις με αεροπλάνο θα πρέπει να έχεις κλείσει τα εισιτήρια πιο νωρίς, αλλιώς είναι ακριβά. Αν επιλέξεις το πλοίο, είναι πολύωρο το ταξίδι». (ΝΠ 8)

«Αισθάνομαι απομονωμένη από τη γνώση, την εκπαίδευση. Για να με καταλάβετε, εργαζόμουν σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας ως συμβασιούχος. Όταν διορίστηκα με μόνιμη σχέση εργασίας στο νοσοκομείο της Μυτιλήνης, ήμουν χαρούμενη που κατάφερα να διοριστώ στην ιδιαίτερη πατρίδα μου. Σύντομα όμως, αντιλήφθηκα ότι βασικό εμπόδιο στην κατάκτηση νέας γνώσης ήταν η απόσταση από μεγάλα αστικά κέντρα, όπου παρόλες τις δύσκολες εργασιακές συνθήκες, την έλλειψη προσωπικού, το φόρτο εργασίας αλλά και την απόσταση που καθημερινά έπρεπε να διανύσω για να φθάσω στη δουλειά μου, είχα τη δυνατότητα να παρακολουθώ ημερίδες, συνέδρια, σεμινάρια. Όχι συχνά, αλλά μπορούσα...Εδώ, δεν γίνεται. Είναι νησί, μεγάλο μεν, νησί δε. Δεν μπορείς να πάρεις το αυτοκίνητο σου και να φύγεις, όπως γίνεται με τη στεριά». (ΝΠ 9)

Επιπλέον, αναφέρονται δυσκολίες που σχετίζονται με τις οικογενειακές υποχρεώσεις σε συνάρτηση με την οικονομική δυσχέρεια.

«Όχι, όχι, είναι δύσκολο. Το συζητάμε κιόλας; Έχω οικογένεια και παιδιά. Δεν μπορώ να φύγω για μέρες από το σπίτι. Από την άλλη, με τί λεφτά; Έχω υποχρεώσεις, πού θα βρεθούν χρήματα; Μακάρι, να μπορούσαμε. Θα ήταν και μια ευκαιρία για διασκέδαση, να βγεις και λιγάκι, να δεις ένα άλλο μέρος». (ΝΠ 1)

«Δε γίνεται αυτό. Οι υποχρεώσεις είναι πάρα πολλές. Σύζυγος, παιδιά...πρώτα οι ανάγκες των παιδιών και μετά όλα τα άλλα. Και μετά, πώς; Χρειάζονται και χρήματα. Άλλες εποχές...». (ΝΠ 2)

Η ανάγκη για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, σε κάποιες περιπτώσεις, φαίνεται να καλύφθηκε από την πραγματοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων που διοργανώθηκαν στο νησί με τη συνδρομή του Νοσοκομείου αλλά και από το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης (ΕΚΔΔΑ).

«Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση; Εντάξει, μπορεί να μην έχουμε συνέχεια τη δυνατότητα να παρακολουθούμε επιμορφωτικά προγράμματα, όμως, το 2015, είχε γίνει στο Πανεπιστήμιο ένα σεμινάριο με θέμα 'Πρώτες Βοήθειες – Επείγουσα Ιατρική στο Βόρειο Αιγαίο'. Είχαν έρθει εκπαιδευτές από το 'Αττικόν', αν θυμάμαι καλά. Εμένα μου άρεσε πολύ. Ήταν πολύ καλά οργανωμένο. Και έμαθα και πράγματα. Αισθάνθηκα σαν κάποιος να ασχολήθηκε μαζί μου. Και την επόμενη χρονιά, νομίζω, πραγματοποιήθηκε μια ημερίδα για τους νεφροπαθείς ασθενείς. Το παρακολούθησα κι αυτό. Ήταν πολύ καλό. Βέβαια, δεν είναι μέσα στα ενδιαφέροντα μου, αλλά ήταν πολύ καλό. Θεωρώ ότι είχε απήχηση. Η αίθουσα ήταν γεμάτη από συναδέλφους. Πρέπει να γίνονται τέτοιες

προσπάθειες...Γι' αυτό προσπαθώ να παρακολουθώ ό,τι συμβαίνει πάνω στο νησί, ακόμα κι όταν δεν αφορά τη δουλειά μου». (ΝΠ 3)

«Το τελευταίο που παρακολούθησα ήταν ένα σεμινάριο του ΙΝ.ΕΠ. Ήταν πέντε μέρες που ξέφυγα από τη δουλειά. Το περιεχόμενο του ήταν πολύ καλό. Αλλά παίζει ρόλο και ο εκπαιδευτής...Ναι, αυτό έγινε εδώ, στη Μυτιλήνη. Ήταν το δεύτερο που παρακολούθησα. Το προηγούμενο ήταν ένα επιδοτούμενο, νομίζω, το 2015. Αλλά, μέσα στο χειμώνα, στην Αθήνα, πραγματοποιείται ένα συνέδριο που σκέφτομαι να το παρακολουθήσω. Έχω την κόρη μου που σπουδάζει εκεί...τουλάχιστον έχω πού να μείνω. Δεν θα πληρώσω ξενοδοχείο. Δεν θα ξοδέψω επιπλέον χρήματα Είναι ευκαιρία, θα δω και το παιδί μου». (ΝΠ 7)

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και η δυνατότητα ευρείας χρήσης της αναδεικνύεται ως ένα μέσο θεραπείας της ανάγκης για εκπαίδευση. Οι αναφορές για χρήση του διαδικτύου και της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της για τους εργαζομένους του κυκλικού ωραρίου, των οποίων οι βάρδιες προγραμματίζονται και κατανέμονται κάθε εβδομάδα ή μήνα, ανάλογα με την πολιτική που ακολουθεί κάθε τμήμα.

«Πέρα από τις κατά καιρούς πραγματοποιούμενες εκπαιδευτικές δραστηριότητες εδώ στο Νοσοκομείο και επειδή εδώ λόγω νησιού δεν είναι εύκολο, επέλεξα να επιμορφώνομαι μέσω διαδικτύου. Υπάρχουν ιστοσελίδες που μπορείς να μπεις και να ενημερωθείς. Εντάξει, δεν παρέχονται πάντα ασφαλείς πληροφορίες, αλλά πρέπει να είσαι σε θέση να τις φιλτράρεις. Πάντως, το τελευταίο χρονικό διάστημα παρακολουθώ ένα επιμορφωτικό πρόγραμμα εξ αποστάσεως. Πραγματοποιείται από ένα Πανεπιστημιακό ίδρυμα και έχει χαμηλό κόστος, συγκριτικά με άλλα αντίστοιχα προγράμματα. Το καλύτερο για εμένα ήταν ότι είναι ασύγχρονη εκπαίδευση, αφού δεν απαιτεί την ταυτόχρονη συμμετοχή και τηλεδιάσκεψη με τους εκπαιδευτές. Το επέλεξα γιατί λόγω του κυκλικού ωραρίου, η τηλεδιάσκεψη θα ήταν πολύ δύσκολη. Δεν μπορώ κάθε εβδομάδα να ζητάω συγκεκριμένες βάρδιες για να μπορώ να συμμετέχω σε σύγχρονη εκπαίδευση». (ΝΠ 4)

«Σκέφθηκα, λοιπόν, να κάνω ένα μεταπτυχιακό αλλά όσο το έψαχνα, τόσο συνειδητοποιούσα ότι θα έπρεπε για δυο χρόνια να μετακινηθώ στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη ή σε μια μεγάλη πόλη, για να μπορέσω να παρακολουθήσω ένα Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών. Αυτό για εμένα ήταν αδύνατο. Το κόστος μεγάλο,

υπέρογκο θα έλεγα. Όμως, δεν εγκατέλειψα την προσπάθεια μου. Βρήκα ένα Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα, που με ενδιέφερε – ήταν πάνω στο αντικείμενο του τμήματος στο οποίο εργάζομαι - και το ακόμα καλύτερο ήταν ότι ήταν εξ αποστάσεως πρόγραμμα. Βέβαια, απαιτούσε τη δια ζώσης συμμετοχή μας στις εξετάσεις αλλά και σε κάποια σεμινάρια – κυρίως κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους σπουδών. Όμως, κατάφερα να το τελειώσω παρά τις δυσκολίες (εκπαιδευτικές άδειες, έλλειψη προσωπικού στο τμήμα, συνεχή ταξίδια και έξοδα). Ήταν ένα στοίχημα για μένα. Το κατάφερα και νιώθω υπερήφανη. Έμαθα πράγματα που δεν ήξερα καν ότι υπάρχουν και έκανα κάτι για μένα. Και γιατί να το κρύψω; Προσπάθησα να κάνω κάτι που θα μπορούσε να βοηθήσει είτε βαθμολογικά είτε οικονομικά ή και τα δυο». (ΝΠ 5)

«Αρκετά χρόνια τώρα έψαχνα να βρω ένα Μεταπτυχιακό πρόγραμμα. Ήθελα να κάνω κάτι παραπάνω. Και έψαχνα συγκεκριμένη θεματολογία. Όμως, οι οικογενειακές υποχρεώσεις δεν μου επέτρεπαν να πραγματοποιήσω το όνειρο μου. Τα παιδιά μου ήταν στις τελευταίες τάξεις του Λυκείου και τα οικονομικά μας δεν θα τα χαρακτήριζα ανθηρά. Ξέρετε τώρα... Φροντιστήρια, τρεξίματα, άγχος πανελληνίων, σκέψεις για το πού θα περάσουν, σε ποιο μέρος, έξοδα και αδιέξοδα. Δεν το παράτησα, όμως. Αφού περιορίστηκαν οι υποχρεώσεις μου, είπα να κάνω μια προσπάθεια. Εξ αποστάσεως... μην νομίζετε.... Όχι, δεν χρειαζόταν να φύγω καθόλου από το νησί. Ακόμα και οι εξετάσεις μου εδώ έγιναν... Και η παρουσίαση μέσω τηλεδιάσκεψης. Ευτυχώς, δηλαδή, γιατί δεν θα μπορούσα αλλιώς να ανταπεξέλθω οικονομικά. Τελείωσα πριν από κάποιους μήνες. Πάλι καλά που έχουμε και αυτή τη δυνατότητα μέσω υπολογιστή, αλλιώς πώς θα έφευγα από το νησί. Δεν γινόταν». (ΝΠ 8)

Μεταξύ των αιτιών που επισημαίνονται από τους ερωτηθέντες ήταν και η έλλειψη προσωπικού, αφού για την παρουσία τους σε πρόγραμμα Συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι η απουσία τους από την εργασία δεν θα επιφέρει επιπτώσεις στην κατανομή του υπόλοιπου προσωπικού στις βάρδιες του κυκλικού ωραρίου.

Γ. Εφαρμογή της νέας γνώσης

Η εφαρμογή της νέας γνώσης φαίνεται να είναι ένα θέμα που απασχολεί τους εργαζομένους. Μερικοί εξ αυτών τόνισαν την αδυναμία εφαρμογής αυτής στη ρουτίνα

εργασίας τους. Μεταξύ των αιτιών εφαρμογής επισημάνθηκαν η θεωρητική μορφή κατάρτισης, οι συνθήκες εργασίας και το περιεχόμενο της επιμόρφωσης.

«Ναι, περισσότερες ευκαιρίες θέλω...εκπαιδευτικές ευκαιρίες για να μάθω και, φυσικά, ό,τι μάθω να το εφαρμόζω. Αυτή είναι και η αξία της Εκπαίδευσης. Κατά τη γνώμη μου, λέγεται Συνεχιζόμενη, γι' αυτό το λόγο. Εγώ σαν εργαζόμενος έχω ανάγκες για εκπαίδευση, αυτές εντοπίζονται από τους αρμόδιους και σχεδιάζονται προγράμματα που να καλύπτουν αυτό το κενό. Αυτά που μαθαίνω πρέπει να τα εφαρμόζω, να μπορώ να τα εφαρμόσω, να μην είναι θεωρητικά». (ΝΠ 4)

«Στη θεωρία όλοι καλοί, στην πράξη είναι το ζήτημα. Καλή η εκπαίδευση, δε λέω, αλλά να μαθαίνουμε πρακτικά πράγματα, που να μπορούν να γίνουν πραγματικότητα, να εφαρμόζονται. Όχι να πας να κάνεις κάτι και να σου λένε ότι 'αυτό δεν γίνεται', 'το κάνουμε αλλιώς εδώ' και άλλα τέτοια. Τι αξία έχει να επιμορφώνομαι σε κάτι που δεν μπορώ να εφαρμόσω;» (ΝΠ 10)

«Αν εφαρμόζονται είναι ένα άλλο θέμα. Σημαντικό, δεν αντιλέγω. Νομίζω ότι εξαρτάται από πολλά πράγματα. Το ποιος είσαι εσύ που θες να τα εφαρμόσεις, το κύρος σου, τον επαγγελματισμό σου, τις σχέσεις σου με τους συναδέλφους, με τους γιατρούς...Παίζει ρόλο, βέβαια, ο χρόνος...Για να εφαρμόσεις καινούρια πράγματα, πολλές φορές χρειάζεσαι χρόνο. Και μεις εδώ, τις περισσότερες φορές τρέχουμε, δεν προλαβαίνουμε ούτε νερό να πιούμε...». (ΝΠ 5)

«Εξαρτάται τί είναι αυτό που θες να εφαρμόσεις...Αν, για παράδειγμα, είναι ένας άλλος τρόπος να πραγματοποιήσεις μια παρέμβαση, ναι...αλλά, τώρα, κάτι ζητήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, όπως αυτά που μας έδειξαν σε ένα σεμινάριο, δεν ξέρω πόσο εύκολα μπορείς να τα αλλάξεις...». (ΝΠ 9)

«Κάποια από αυτά που έχω παρακολουθήσει μπορώ να πω ότι βοήθησαν, βοήθησαν πολύ. Είχαν αντίκρισμα στη δουλειά μου, εφόρμωσα έστω κάτι από αυτά που έμαθα. Μπορώ να πω ότι εφόρμωσα αυτά στα οποία έκανα εξάσκηση. Μπαίνεις στη διαδικασία να εμπλακείς, σου δίνουν ένα σενάριο και τους λες τί θα κάνεις, δεν είναι θεωρητικό. Το θεωρητικό κουράζει, ιδίως εμάς τους πιο μεγάλους, που έχουμε ξεφύγει και λίγο από το σχολείο....Αυτό ισχύει για το σεμινάριο του 2015 και για άλλα δυο που παρακολούθησα το 2017. Ήταν παρόμοια θεματολογία....Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, Πρώτες Βοήθειες, Διασωλήνωση....Ναι, αυτά μπόρεσα να τα εφαρμόσω». (ΝΠ 3)

Δ. Περιεχόμενο προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Η θεματολογία των προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ευρεία, με πλήθος σύγχρονων μεθόδων υλοποίησης τους. Οι συμμετέχοντες στην ερώτηση ως προς το περιεχόμενο αυτών των προγραμμάτων υπογράμμισαν με τις απαντήσεις τους την ανάγκη συμμετοχής των εργαζομένων σε αυτά ανάλογα με την προϋπηρεσία, την ειδικότητα ή το τμήμα στο οποίο εργάζονται.

«Περιεχόμενο; Νομίζω ότι αυτό θα πρέπει να συμβαδίζει με αυτό που έχω ανάγκη ως εργαζόμενος. Δεν μπορεί να είμαι υπάλληλος ενός έτους και να εκπαιδεύομαι πάνω στη Διοίκηση. Δεν με αφορά σε αυτή τη φάση της καριέρας μου. Ίσως, και να μην μπορώ να το παρακολουθήσω, να το καταλάβω. Ανάλογα με – πως να το πώς – την εργασιακή μου ηλικία, θα πρέπει να παρακολουθώ και το αντίστοιχο πρόγραμμα...βέβαια, αρκεί να υπάρχει και να γίνονται». (ΝΠ 9)

«Εντάξει, τώρα, τί να πω...πες πως είμαι τραυματιοφορέας. Δεν πρέπει να παρακολουθήσω κάτι που να έχει σχέση με το πώς θα μεταφέρω έναν ασθενή; Να ξέρω πώς να τον μετακινήσω ανάλογα με το πρόβλημα υγείας ή τον τραυματισμό του. Αλλά και για μένα...οι περισσότεροι εδώ έχουν πρόβλημα με τη μέση ή τον αυχένα τους. Δεν ξέρουμε πώς πρέπει να μεταφέρουμε τους ασθενείς με τη λιγότερη δυνατή επιβάρυνση. Άρα, γιατί να μην παρακολουθήσω κάτι που να σχετίζεται με αυτό το τόσο καθημερινό ζήτημα...Η επιβάρυνση στο μυοσκελετικό μας είναι πολύ μεγάλη από το λανθασμένο τρόπο που χρησιμοποιούμε τα φορεία, τα στατό για τους ορούς, τα κιβώτια με το υλικό που παραλαμβάνουμε». (ΝΠ 10)

«Τί θεωρώ εγώ; Κάτι που να σχετίζεται με το τμήμα μου. Οι συνάδελφοι του Νεφρού (Μονάδας Τεχνητού Νεφρού) θα πρέπει να ενημερώνονται για τα θέματα που αφορούν το δικό τους τμήμα. Το λέω αυτό, σαν παράδειγμα. Είναι, όμως, και κάποια θέματα που μας αφορούν όλους». (ΝΠ 2)

«...Η θεματολογία θα πρέπει να είναι γενική, να μπορούν να την παρακολουθήσουν όλοι. Όπως οι Πρώτες Βοήθειες. Είναι ένα θέμα που μπορούμε όλοι να το παρακολουθήσουμε. Τώρα, αν προκύψει κάτι πιο εξειδικευμένο, θα πρέπει να γίνει επιλογή, ποιος ενδιαφέρεται, εάν υπάρχει αντιστοιχία με την ειδικότητα του...». (ΝΠ 6)

«Εξαρτάται για τί πράγμα μιλάμε. Αν είναι ένα συνέδριο – έστω και εξειδικευμένο – και μπορώ να το παρακολουθήσω, γιατί να μην πάω; Πήγα σε αυτό που έγινε εδώ για τους νεφροπαθείς. Δεν έχω καμία σχέση με το Νεφρό. Το παρακολούθησα και μου άρεσε. Αν μιλάμε για σεμινάρια που είναι πιο λίγες οι θέσεις, πρέπει να προηγούνται αυτοί που έχει συνάφεια με τη δουλειά τους. Να μην πηγαίνουν μόνο οι ίδιοι και οι ίδιοι». (ΝΠ 7)

Σημαίνοντα ρόλο στην παρακολούθηση ενός προγράμματος φαίνεται να έχει η θεώρηση του ως ενδιαφέροντος από τον υποψήφιο εκπαιδευόμενο. Από τις αναφορές του προσωπικού, είναι εμφανές ότι ενδιαφέροντα χαρακτηρίζονται τα προγράμματα Πρώτων Βοηθειών - Επείγουσας Αντιμετώπισης ασθενών (για παράδειγμα, Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση) και Διαχείρισης Κρίσεων και Μαζικών Καταστροφών. Μάλιστα, το τελευταίο συσχετίστηκε με την προσφυγική κρίση και τη διαχείριση καταστάσεων που απορρέουν από αυτήν (όπως, για παράδειγμα, το πολύνεκρο ναυάγιο ανοιχτά του Μολύβου την 28^η Οκτωβρίου 2015, όταν δεκάδες άνθρωποι - ενήλικες και παιδιά - βρήκαν τραγικό θάνατο στα νερά του Αιγαίου).

«Το περιεχόμενο παίζει σημαντικό ρόλο. Αν μου άρεσει, θα το παρακολουθήσω πιο εύκολα, θα συγκρατήσω πράγματα από αυτό, θα ενδιαφερθώ να τα εφαρμόσω. Για παράδειγμα, η ΚΑΡΠΑ (Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση). Έμαθα από το σεμινάριο του 2015, από την ομάδα του 'Αττικών', που ήρθαν στο νησί. Μετά το έψαξα παραπάνω γιατί μου άρεσε. Από τότε μέχρι σήμερα, έχω παρακολουθήσει άλλα τρία πάνω στο θέμα. Με δική μου πρωτοβουλία...». (ΝΠ 3)

«Είναι θέματα που είναι απαραίτητα. Για παράδειγμα, Αντιμετώπιση Επειγόντων Περιστατικών. Όταν έγινε το φοβερό ναυάγιο (ένα από τα πολλά, το πιο μεγάλο) της 28^{ης} Οκτωβρίου του 2015, ήμουν βάρδια. Η κατάσταση ήταν πάρα πολύ δύσκολη. Σε ποιον να πας πρώτα και ποιον να αφήσεις. Να ζεστάνεις τους ανθρώπους, να βρεις φλέβα να βάλεις φλεβοκαθετήρα, να κάνεις καρδιογραφήματα, να φροντίζεις τα τραύματα, να βοηθήσεις στη διασωλήνωση, να βάζεις εισαγωγές, να βρεις ρούχα...Ενήλικες και μωρά, άλλοι τραυματισμένοι, άλλοι που πάλευαν με τα κύματα και μας τους έφερναν ως παρ' ολίγον πνιγμούς και όλοι με υποθερμία. Κλάματα, φωνές, οδηγίες, άγχος, κόυραση – σωματική και ψυχολογική -, σφίγγεις τα δόντια αλλά μέχρι τότε; Κάποια στιγμή σπας, άνθρωπος είσαι. Στη θέση αυτής της μάνας που σώθηκε αλλά βλέπει το παιδί της να αναμετριέται με το θάνατο, τον άδικο θάνατο μιας άδικης ζωής, θα μπορούσα να είμαι κι εγώ. Έτσι δεν είναι;... Δεν είναι ότι δεν ξέρουμε πώς να αντιμετωπίσουμε τα

περιστατικά αυτά. Αλλά θα μιλήσω για τον εαυτό μου: δεν ξέρω, δεν είμαι έτοιμη για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση μιας κρίσης, μιας επείγουσας και μαζικής κατάστασης, παρόλο το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, έχουμε έρθει αντιμέτωποι πολλές φορές με δύσκολες καταστάσεις λόγω του προσφυγικού-μεταναστευτικού». (ΝΠ 6)

Επιπρόσθετα, από τους ίδιους προβάλλεται η ανάγκη ενημέρωσης πάνω σε εξειδικευμένα θέματα της κλινικής νοσηλευτικής, όπως η διαχείριση ασθενών με λοιμώδη νοσήματα. Οι νοσηλευτές επισημαίνουν την αύξηση προσέλευσης ασθενών που αντιμετωπίζουν τα ανωτέρω νοσήματα και επιθυμούν την παροχή επιμόρφωσης, με τη μορφή υπενθύμισης των μέτρων προστασίας.

«Νομίζω ότι το περιεχόμενο μπορεί να μεταβληθεί. Παίζουν ρόλο και οι συνθήκες. Άλλο πριν 10 χρόνια και άλλο τώρα. Τώρα, έχουμε άλλα δεδομένα. Είναι το μεταναστευτικό. Ηπατίτιδες είχαμε και πριν, τώρα είναι πιο πολλά τα περιστατικά. Είχαμε και AIDS, όχι και τόσο συχνά, όμως. Τώρα συναντάμε πολύ συχνά τέτοιους ασθενείς. Κι αν δουλεύεις και στα Επείγοντα, δεν ξέρεις τί έχει ο ασθενής που έρχεται. Εγώ οφείλω να λάβω τα μέτρα για όλους, δεν το συζητώ. Αλλά, αντικειμενικά τώρα, τα περιστατικά είναι περισσότερα. Ας αφήσω αυτό. Θα σου πω για φυματίωση, ελονοσία. Τα αντιμετωπίζουμε αυτά. Ξέρω να τα διαχειριστώ σαν περιστατικά, ξέρω τα μέτρα, μου τα δίδαξαν στη σχολή και τώρα τα ξαναδιάβασα. Θέλω και επιμόρφωση, όμως, πάνω σ' αυτό. Συνεχώς...». (ΝΠ 1)

«Σίγουρα ένα ζήτημα είναι τα λοιμώδη νοσήματα. Θεωρώ ότι τώρα με το προσφυγικό-μεταναστευτικό είναι μια καλή ευκαιρία να τα ξαναδούμε αυτά...». (ΝΠ 4)

«Αν θα μπορούσα να προτείνω κάτι, τώρα με το μεταναστευτικό κιόλας, αυτό θα ήταν 'Πρώτες Βοήθειες' – ξανά και ξανά – και Μέτρα Ατομικής Προστασίας. Είχε γίνει μια πολύ σημαντική προσπάθεια με τον Ebola, πιο παλιά. Πολύ καλή οργάνωση, είχαμε μάθει να βάζουμε και να βγάζουμε με το σωστό τρόπο ρούχα, ποδονάρια, μάσκες και γάντια. Πρακτικά πράγματα. Εκεί επί τόπου, βάλε βγάλε». (ΝΠ 3)

Στις περισσότερες απαντήσεις επικρατεί η άποψη ότι πέρα από τη θεματολογία που είναι γενική και θα πρέπει ανά τακτά χρονικά διαστήματα να επαναλαμβάνεται, προκύπτουν αλλαγές στις εργασιακές συνθήκες – το μοναδικό Νοσοκομείο του νησιού υποδέχθηκε χιλιάδες ανθρώπους, άλλοι εκ των οποίων πέρασαν στην ενδοχώρα και στην υπόλοιπη Ευρώπη και άλλοι παρέμειναν εγκλωβισμένοι για μεγάλο χρονικό διάστημα σε αυτό – και στον τρόπο με τον οποίο καλούνται οι εργαζόμενοι να

παρέχουν τις υπηρεσίες τους, συνεπεία αυτών των αλλαγών. Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές υποδεικνύουν την ανάγκη προσαρμογής της θεματολογίας ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες.

«Είναι μερικά πράγματα που τα ξέρεις και δεν τα κάνεις, λόγω σιγουριάς, χρόνου, κούρασης, ίσως και αμέλειας. Καθημερινό παράδειγμα, υγιεινή των χεριών. Νομίζω όλοι έχουμε παρακολουθήσει στο παρελθόν κάποιο αντίστοιχο ενδοϋπηρεσιακό μάθημα. Είναι μια μορφή εκπαίδευσης, που πρέπει να επαναλαμβάνεται. Είναι στα πλαίσια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Είναι αυτό το στάνταρ. Είναι, όμως, και θέματα που προκύπτουν ανάλογα με τις συνθήκες, να, για παράδειγμα, το προσφυγικό. Δημιουργήθηκαν άλλες ανάγκες με την έλευση τόσων χιλιάδων ανθρώπων που πέρασαν ή παραμένουν στο νησί μας και μάλιστα, εντελώς διαφορετικής νοοτροπίας από τη δική μας». (ΝΠ 5)

Στη συνέχεια, αναγνωρίζεται από τους ίδιους η ανάγκη επιμόρφωσης και σε θέματα κοινωνικών δεξιοτήτων (για παράδειγμα, επικοινωνιακές και διαπροσωπικές δεξιότητες, διαχείριση στρες, διαχείριση κρίσεων). Εξάλλου, η άσκηση του νοσηλευτικού έργου δεν περιλαμβάνει μόνο τεχνικές δεξιότητες, αλλά και κοινωνικές. Για παράδειγμα, οι επικοινωνιακές και διαπροσωπικές δεξιότητες είναι κρίσιμες για έναν επαγγελματία υγείας, που περνάει πολλές ώρες την ημέρα με έναν ασθενή.

«Να ξεκαθαρίσω πρώτα ότι έχουν γίνει κάποια πράγματα στο Νοσοκομείο ή από άλλους φορείς, πολύ σημαντικά και χρήσιμα. Όμως, να σας πω κάτι; Δεν είναι η διαχείριση μιας επείγουσας κατάστασης ή μιας κρίσης μόνο ιατρικά ή νοσηλευτικά. Δεν είπα ότι εγώ τα ξέρω όλα ή τα κάνω όλα τέλεια. Δεν εννοώ αυτό. Είναι και κάτι άλλο. Κάτι που λείπει. Για παράδειγμα, επικοινωνιακές δεξιότητες. Άλλοι είναι προικισμένοι, έχουν ένα χάρισμα σε αυτό το κομμάτι. Άλλοι, όχι. Και ανάμεσα στους δεύτερους βάζω και τον εαυτό μου, θα με ενδιέφερε αυτό. Η βασική εκπαίδευση είναι απαραίτητη (τεχνικές, γνώσεις, πληροφορίες, δεξιότητες). Δεν λέω να τη βάλουμε στην άκρη, αλλά να την εμπλουτίσουμε». (ΝΠ 7)

«Ξέρετε πόσα περιστατικά αντιμετωπίσαμε με Διαταραχή Μετατραυματικού Stress; ...Σαφώς, από πρόσφυγες. Είναι δύσκολα περιστατικά αυτά, κι από την άλλη η κούραση μας είναι τόση που στο τέλος, επικρατεί ένας εκνευρισμός. Εκείνοι εκδηλώνουν τέτοιου είδους συμπτώματα πολύ συχνά. Έχουν περάσει πολλά, το καταλαβαίνω. Από την

άλλη, όλα εδώ, στο νοσοκομείο καταλήγουν. Πού αλλού;...Θέλω βοήθεια μ' αυτό. Υποστήριξη...». (ΝΠ 9)

«Παρακολουθώ κάποιο σεμινάριο εξ αποστάσεως, το θέμα του οποίου μου κέντρισε το ενδιαφέρον. Είμαι της άποψης ότι κάθε επαγγελματίας υγείας χρειάζεται ενημέρωση, πληροφόρηση, επιμόρφωση πάνω σ' αυτό το θέμα: 'Διαχείριση του Stress και Υγεία'. Αναμφισβήτητα, όλοι έχουμε άγχος. Οικογένεια, παιδιά, δουλειά, προβλήματα στη ζωή. Δεν ξέρουμε πώς να τα αντιμετωπίσουμε. Ξεκίνησα να ψάχνω αυτό το θέμα όταν πέρασα ένα προσωπικό πρόβλημα. Νόμιζα ότι δεν είχα άγχος, αλλά είχα. Νόμιζα ότι διαχειριζόμουν αποτελεσματικά το 'λίγο' άγχος που είχα, αλλά δεν έκανα τίποτα. Πάντα θα υπάρχουν θέματα, αλλά πρέπει να μάθεις να τα διαχειρίζεσαι...με τις μικρότερες δυνατές απώλειες για σένα. Στη δουλειά είναι καθημερινό φαινόμενο αυτό. Είναι βαριά δουλειά, με πολύ μεγάλο φορτίο συναισθηματικό. Με το μεταναστευτικό, ταραχθήκαν τα ύδατα. Ανάμεσα στα άλλα ζητήματα λειτουργίας, προστέθηκε ένα ακόμη, και όχι κάτι απλό...Δυσκόλεψε τη δουλειά μας, χειρότερεψε τις συνθήκες εργασίας, το άγχος στη δουλειά...συν όλα τα άλλα που είχαμε». (ΝΠ 6)

«Στο Μεταπτυχιακό διδάχθηκα και αντικείμενα πολύ πολύ ενδιαφέροντα...Επικοινωνία με τους ασθενείς, διαπροσωπικές σχέσεις. Έμαθα να παρατηρώ τις αντιδράσεις του σώματος των ασθενών. Μπορεί να γίνει και εδώ, σε μικρότερη κλίμακα. Επίσης, είχαμε συμπληρώσει στην αρχή του προγράμματος σπουδών ένα ερωτηματολόγιο για την ικανοποίησή μας από την εργασία. Οι νοσηλευτές είναι δυσαρεστημένοι από την εργασία τους. Πρέπει να βρούμε έναν τρόπο να αντλήσουμε ικανοποίηση από το παραμικρό. Μπορεί κάποιος να μας μιλήσει γι' αυτό ή τουλάχιστον με μια ομάδα να το συζητήσουμε, μπορεί ο καθένας να πει κάτι σημαντικό». (ΝΠ 8)

Ε. Φόρτος Εργασίας

Ο φόρτος εργασίας λόγω των εργασιακών συνθηκών φαίνεται να επηρεάζει το βίωμα του προσωπικού ως προς το περιβάλλον εργασίας. Ως κύριοι λόγοι αύξησης του φόρτου εργασίας του προσωπικού χαρακτηρίστηκαν η αντιμετώπιση περιστατικών που δεν χρήζουν δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από το Νοσοκομείο, η έλλειψη προσωπικού, η νησιωτικότητα, η αλλαγή των εργασιακών συνθηκών υπό την επίδραση της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, το πλήθος και εύρος των καθηκόντων των νοσηλευτών.

«Θεωρώ ότι ώρες-ώρες ο κόσμος έρχεται με το παραμικρό στο Νοσοκομείο. Κάνεις ένα πυρετό και έρχεσαι; Κάποια περιστατικά δεν θα έπρεπε καν να έρχονται στο νοσοκομείο. Κινητοποιείται ένας φορέας δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας για κάτι που θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί αλλού. Το προσωπικό, όμως, απασχολείται για αυτό το περιστατικό, κουράζεται...και δεν είναι μόνο ένα. Αν αυτό συνεχιστεί, όταν θα έρθει ένα βαρύ περιστατικό, δεν θα μπορούμε να λειτουργήσουμε». (ΝΠ 10)

«Κουράζεσαι...από το πλήθος των περιστατικών. Σκεφτείτε ότι είμαστε το μοναδικό Νοσοκομείο πάνω στο νησί». (ΝΠ 1)

«Γύρω γύρω θάλασσα. Αυτό σημαίνει ότι το Νοσοκομείο αυτό εφημερεύει κάθε μέρα...Δεν έχει ανασύνταξη δυνάμεων εδώ». (ΝΠ 4)

«Υπάρχει δυσκολία...Ένα Νοσοκομείο πάνω στο νησί...εντάξει, υπάρχουν τα Κέντρα Υγείας, που βοήθησαν πάρα πολύ στο προσφυγικό, αλλά το περιστατικό που πρέπει να νοσηλευθεί, εδώ θα 'ρθει. Και είναι και το άλλο...ο πληθυσμός έχει αυξηθεί τώρα και ιδίως, ο πληθυσμός της πόλης. Τα camp είναι κοντά στην πόλη...Μόρια, Καρά Τεπέ». (ΝΠ 2)

«Το Νοσοκομείο εξυπηρετεί πολύ περισσότερους ανθρώπους τώρα με το προσφυγικό. Και δεν είναι μόνο αριθμητικό το θέμα. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν ανάγκη φροντίδας. Είναι ένας πληθυσμός κουρασμένος και ταλαιπωρημένος και, φυσικά, ένας πληθυσμός που έχει άλλες αντιλήψεις για τα θέματα υγείας. Υπάρχουν άνθρωποι που δεν έχουν εξεταστεί ποτέ, δεν είναι μέρος της κουλτούρας τους. Κάποιοι προέρχονται από χώρες με εθνικό πρόγραμμα εμβολιαστικής κάλυψης, αλλά οι περισσότεροι όχι». (ΝΠ 5)

Παράλληλα με την αύξηση του πληθυσμού, αναφέρθηκαν προβλήματα που επιβάρυναν το προσωπικό σχετιζόμενα με ποιοτικά χαρακτηριστικά της φροντίδας, όπως, για παράδειγμα, η αναφερόμενη δυσκολία στην επικοινωνία και η απουσία διερμηνέων, τουλάχιστον «το πρώτο χρονικό διάστημα».

«Ξέρεις τί είναι να πνίγεις και να έχεις ένα περιστατικό που να μην μπορείς να συνεννοηθείς;...Ναι, γιατί το πρώτο χρονικό διάστημα, από τη θάλασσα έρχονταν κατευθείαν εδώ. Ούτε διερμηνέας, ούτε αγγλικά, τίποτα. Άντε εσύ να τα βγάλεις πέρα με νοήματα. Γίνεται;» (ΝΠ 10)

«Φόρτος εργασίας; Ναι, πολύς, δεν το συζητάμε. Καταρχήν, περισσότερος κόσμος που ζητάει βοήθεια, δεν μπορείς να τους βοηθήσεις πάντα, δεν μπορείς να τους βοηθήσεις

όπως θέλουν (δε γίνεται αυτό που θέλουν),. Μετά, δεν καταλαβαίνεις τί σου λένε, δεν έχεις την ίδια κουλτούρα, ούτε την ίδια γλώσσα, δεν ξέρουν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας (αλλά, και κανένας δεν τους βοήθησε, τουλάχιστον στην αρχή...), έρχονται ξανά και ξανά ζητώντας πράγματα που δεν γίνονται...». (ΝΠ 7)

Ο συνδυασμός διαφόρων παραγόντων, όπως η αυξημένη προσέλευση προσφύγων για την κάλυψη βασικών αναγκών και η ανάληψη πολλαπλών καθηκόντων από το νοσηλευτικό προσωπικό, αποτελεί σύνθετο φαινόμενο στις περιγραφές των ερωτηθέντων.

«Μεταφέρονταν πέντε-πέντε οι άνθρωποι εδώ...για βασικές ανάγκες τις περισσότερες φορές. Όμως, αυτό ήταν μεγάλη επιβάρυνση. Γιατί μπορεί να υπήρχαν και άλλα περιστατικά εκείνη την ώρα, πιο σοβαρά και οξεία, ακόμα και ανάμεσα σε εκείνους. Δεν ήταν όλοι για το Νοσοκομείο». (ΝΠ 6)

«Έχουμε περάσει πολλά, δεν το συζητώ. Θεωρώ ότι όλα τα τμήματα έχουν φορτωθεί με το προσφυγικό-μεταναστευτικό. Το Μαιευτικό;...πολλές έγκυες, πάρα πολλές...Τα Επείγοντα; Πήγα μια μέρα για άλλον ασθενή εκεί και γινόταν χαμός. Άσε που απ' έξω στην αναμονή περίμενε κόσμος...Παιδιατρικό; Χαμός. Όλα τα τμήματα...». (ΝΠ 9)

«Εντάξει, αυτό δεν υπήρχε...όταν ξέσπασε όλο αυτό, έμπαινες μέσα στο τμήμα και δεν ήξερες τί να πρωτοκάνεις. Άλλη γεννούσε, τρέξε να μεταφερθεί...άλλος βρεγμένος μέχρι το κόκκαλο, να βρεις ρούχα να ζεστάνεις τον κόσμο, κάτι να φάνε, να πιούνε...Εντάξει, αυτό, όμως δεν ήταν δουλειά του Νοσοκομείου...Για να μην πω και το άλλο, όταν έπρεπε να φύγουν. Έπρεπε να παρακαλάω κάποιος να τους μεταφέρει...Λιμενικό, Αστυνομία, ΜΚΟ. Για όλα η νοσηλευτική...». (ΝΠ 10)

«Η δουλειά μας είναι και λίγο από όλα...Τα επωμίζονται οι νοσηλευτές, αλλά εγώ θέλω να ασχοληθώ μόνο με ό,τι έχει να κάνει με τον ασθενή». (ΝΠ 10)

«Ανέκαθεν οι νοσηλευτές είμασταν τα παιδιά για όλες τις δουλειές...Αν πρέπει να κάνεις τη δουλειά σου και φορτώνεσαι και χίλια δυο άλλα μικρά μικρά, τέλειωσες...». (ΝΠ 1)

«Η νοσηλευτική δεν πρέπει να τα έχει όλα. Δεν μπορεί να είμαι υπεύθυνη ακόμα και για το αν έχει φωτοτυπίες...». (ΝΠ 8)

Η έλλειψη προσωπικού τονίζεται από τους συμμετέχοντες ως σημαντικός παράγοντας που επιβαρύνει το έργο τους. Επισημαίνονται η έλλειψη κενών οργανικών θέσεων του

Νοσοκομείου που δεν επιτρέπει το διορισμό μόνιμου προσωπικού και από την άλλη, η ενίσχυση του υπάρχοντος προσωπικού με μη μόνιμο μέσω προγραμμάτων αλλά και συμβάσεων περιορισμένου χρόνου.

«Μόνιμο έχουμε να δούμε πολύ καιρό...Και όσοι έχουν έρθει είναι λίγοι. Παλιά, είχαμε και διψήφιες προσλήψεις, αλλά δεν υπάρχουν θέσεις στον οργανισμό του Νοσοκομείου. Βέβαια, έχουν έλθει συνάδελφοι με προγράμματα και συμβάσεις...ΟΑΕΔ, ΚΕΕΛΠΝΟ, επικουρικό προσωπικό...και πολύ καλοί στη δουλειά τους αλλά δεν είναι μόνιμοι». (ΝΠ 10)

«Ευτυχώς, έχουν έρθει και τα παιδιά του ΟΑΕΔ (Προγράμματα Κοινωνικού Εργασίας ΟΑΕΔ)...μεγάλη βοήθεια...Έχουν έρθει και νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό...αλλά και πάλι». (ΝΠ 4)

Τα ανωτέρω έχουν ως αποτέλεσμα τη σωματική και ψυχική επιβάρυνση των εργαζομένων, όπως αυτό αποτυπώνεται στις αφηγήσεις τους:

«Μ' αρέσει η δουλειά μου...και είναι και σημαντικό που έχω δουλειά...να τα λέμε κι αυτά. Αλλά κάθε βάρδια έχει κούραση, σωματική και ψυχική κούραση. Ξέρεις τί είναι να κάνεις καρδιογράφημα για τη διαπίστωση θανάτου ενός παιδιού 4-5 χρονών, όχι παραπάνω, που σου το φέρανε πνιγμένο; Για μέρες ζυπνάς με την ίδια εικόνα στο μυαλό, που δε φεύγει, επιμένει...εκεί. Κι όμως, πρέπει να βρω τη δύναμη να πάω στο επόμενο περιστατικό, στον επόμενο ασθενή. Να μη δει τα μάτια μου κλαμένα, ούτε την καρδιά μου κομματιασμένη...γιατί πρέπει να τον φροντίσω και να στολιστώ με ένα χαμόγελο, έστω και ψεύτικο». (ΝΠ 6)

«Η δουλειά μας έχει άγχος, πολύ άγχος...αν είσαι και ευαίσθητος, σε παίρνει από κάτω. Πρώτον, υπάρχει σωματική κόπωση...πολύ δουλειά τώρα με το προσφυγικό. Δεύτερον, δεν μπορείς να πεις 'αυτό το αφήνω για αύριο'. Αύριο δεν υπάρχει, υπάρχει μόνο το 'τώρα', τίποτα άλλο. Και ένα τρίτο, έχεις ευθύνη για αυτό που κάνεις. Είναι απαιτητική η δουλειά αυτή...». (ΝΠ 2)

«Έχω πιάσει τον εαυτό μου, το τελευταίο χρονικό διάστημα, να είναι συνεχώς σε εκνευρισμό...μια κουβέντα να μου πεις και γίνομαι πύραυλος...Κούραση». (ΝΠ 10)

«Μου σπάνε τα νεύρα πράγματα που παλιά δεν με ενοχλούσαν...ε, κάποια στιγμή όλο αυτό που έχεις μέσα σου...εκρήγνυται, σαν ηφαίστειο. Κουράζεσαι από πολλά πράγματα...». (ΝΠ 8)

«Αισθάνεσαι εξουθενωμένος...τέλος. Και αυτό έχει συνέπειες, μη νομίζετε...σε εσένα, τη δουλειά σου, τους ασθενείς (μπορεί να κάνεις λάθος, δεν είναι δύσκολο να γίνει ένα λάθος), την οικογένεια σου, τους συναδέλφους...». (ΝΠ 7)

Ορισμένοι εξ αυτών, μάλιστα, προσανατολίζονται στην προοπτική της σύνταξης ενώ άλλοι αναζητούν άλλους χώρους εργασίας.

«Συγγνώμη που θα το πω αλλά μερικές φορές όχι δεν πίνεις νερό, αλλά ούτε και τουαλέτα δεν πας. Πόσο θα μπορώ να δουλεύω έτσι; Τα χρόνια περνούν. Όλο και πιο συχνά ψάχνω τρόπους να αναγνωρίσω κάποια χρόνια και να φύγω πιο νωρίς σε σύνταξη...Δεν έχω πολλά χρόνια υπηρεσίας αλλά...». (ΝΠ 8)

«Στενή μου φίλη έχει διοριστεί σε άλλη υπηρεσία του δημοσίου περίπου την ίδια περίοδο με εμένα...περιττό να σας πω ότι στις μεταξύ μας κουβέντες, συνέχεια της μιλάω για σύνταξη, εκείνη πάλι δεν το σκέφτεται καθόλου...Δεν ξέρω, δύσκολο το επάγγελμα μας». (ΝΠ 9)

«Έχω σκεφτεί πολλές φορές να φύγω από το χώρο αυτό...Δεν αντέχω πια. Αλλά και πού να πάω; Είναι μόνιμη η θέση μου, δεν αφήνεις στις μέρες μας μια τέτοια θέση. Πολλές φορές σκέπτομαι ότι αν το πω παραέξω αυτό θα γελάνε μαζί μου. Σε καιρούς κρίσης δεν παρατάς τη θέση σου. Εγώ, όμως, θέλω να φύγω...». (ΝΠ 1)

Ανεξάρτητα από τη μορφή της κόπωσης, σωματική ή ψυχική, που δοκιμάζουν σύμφωνα με τις περιγραφές τους οι νοσηλευτές, ο φόρτος εργασίας φαίνεται ότι έχει επίπτωση και στους ασθενείς, έτσι όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι εργαζόμενοι. Αναφέρεται, μάλιστα, η απομάκρυνση του προσωπικού από τους ασθενείς και τις ανάγκες τους.

«Όταν έχεις τόσο φόρτο και παλεύεις είναι επόμενο ότι είσαι κουρασμένος. Αντιδράς με τρόπους που δεν αναγνωρίζεις στον ίδιο σου τον εαυτό. Γίνεσαι πειστικός και δυσάρεστος στους ασθενείς και τους συνοδούς τους». (ΝΠ 3)

«Κακά τα ψέματα...όταν έχεις να κάνεις με τόσο όγκο δουλειάς, δεν προλαβαίνεις να ασχοληθείς...Δεν εννοώ ότι δεν κάνουμε αυτά που πρέπει αλλά δεν έχεις το χρόνο να ακούσεις πιο φιλικά και ανθρώπινα τα προβλήματα του...Μακάρι να μπορούσαμε». (ΝΠ 7)

«Οι ασθενείς έχουν την ανάγκη να σου πουν το πρόβλημα τους, να γίνεις μέτοχος της αγωνίας τους, του φόβου τους. Δεν ξέρω...αλλά μερικές φορές – όταν δεν έχω το χρόνο να είμαι πιο ‘συναισθηματικός’ – νομίζω ότι δεν εκπληρώνω το ρόλο μου ως νοσηλευτής». (ΝΠ 2)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

9.1. Συμμετοχή του Νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο και Επαγγελματική Εξουθένωση

Στην υποκλίμακα του Εργαλείου Αξιολόγησης του Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος εργασίας (PES-NWI), ‘Συμμετοχή του Νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο’ ανήκουν δυο εκ των προτάσεων του εργαλείου, που συγκέντρωσαν τις υψηλότερες αρνητικές βαθμολογίες. Η πρώτη αφορούσε στην παροχή ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη και η δεύτερη για προαγωγή. Στην παρούσα μελέτη, η συγκεκριμένη υποκλίμακα σχετίζεται αντίστροφα με την παράμετρο ‘Συναισθηματική Εξάντληση’ του Εργαλείου Μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach’s Burnout Inventory) και μάλιστα, η συσχέτιση είναι η μεγαλύτερη σε σχέση με τις άλλες δυο παραμέτρους της Εξουθένωσης (-0,425, $p < 0,01$). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη μελέτη, υποδεικνύοντας ότι η μειωμένη συμμετοχή του προσωπικού σε θέματα λήψης αποφάσεων του Νοσοκομείου επιτείνει το βίωμα της συναισθηματικής εξάντλησης (Gabriel 2013). Στην έρευνα του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, αρνητική είναι και η

συσχέτιση της υποκλίμακας με την Αποπροσωποποίηση (-0,317, $p < 0,01$), που είναι και η μεγαλύτερη της Αποπροσωποποίησης σε σχέση με τις άλλες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PES-NWI.

Η 'Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο' συσχετίζεται ισχυρά και θετικά με μια άλλη υποκλίμακα, αυτήν της 'Νοσηλευτικής Συμβολής σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας' (0,533, $p < 0,01$). Οι συμμετέχοντες δε θεωρούν ότι τους παρέχονται ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης και προαγωγής και αναζητούν τρόπους για να το επιτύχουν μέσω της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Νοσηλεύτρια ΤΕ, η οποία ολοκλήρωσε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών, αναφέρει: «...Και γιατί να το κρύψω; Προσπάθησα να κάνω κάτι που θα μπορούσε να βοηθήσει είτε βαθμολογικά είτε οικονομικά ή και τα δυο...», ενώ ήδη εργαζόμενος ΔΕ βοηθός Νοσηλευτή επισημαίνει ότι μετά την ολοκλήρωση της παρακολούθησης δυο εξαμήνων σε Δημόσιο Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης «...Έχω περισσότερη σιγουριά για αυτό που κάνω, ξέρω γιατί το κάνω...Επιπλέον, μπορεί να αναγνωριστούν αυτά τα δυο εξάμηνα. Εννοώ, επαγγελματικά...». Η προσπάθεια τους αυτή καταγράφεται και μέσα από την οπτική της υπεύθυνης του Γραφείου Εκπαίδευσης, η οποία χαρακτηριστικά παρατηρεί την τάση του νοσηλευτικού προσωπικού να αναζητά προγράμματα «που αναγνωρίζονται, μοριοδοτούνται...».

Επιπλέον, η απουσία του θεσμού του κλινικού εκπαιδευτή («...δεν υπάρχει ο θεσμός του κλινικού εκπαιδευτή, παρά μόνο άτυπα σε κάθε τμήμα...») και η διακοπή των προσπαθειών για δημιουργία, επικύρωση και καθημερινή εφαρμογή νοσηλευτικών πρωτοκόλλων στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο (...Πριν από κάποια χρόνια, με πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, δόθηκε η δυνατότητα δημιουργίας πρωτοκόλλων. Συνάδελφοι νοσηλευτές ασχοληθήκαμε με τη σύνταξη αυτών, κανένα από τα οποία, όμως, δεν συζητήθηκε σε συνεδρίαση του Επιστημονικού Συμβουλίου. Ως εκ τούτου, δεν έφτασαν ποτέ στην αρμόδια Υ.ΠΕ [Υγειονομική Περιφέρεια]. Έτσι, η προσπάθεια μας σταμάτησε εκεί...»), έτσι όπως αναφέρθηκαν από την ίδια συνεντευξιαζόμενη, θα μπορούσαν να εκληφθούν ως ανασταλτικοί παράγοντες. Από τη μία, η τοποθέτηση ενός νοσηλευτή στη θέση του κλινικού εκπαιδευτή θα μπορούσε να θεωρηθεί ως αναγνώριση του έργου του ή μία μορφή επαγγελματικής εξέλιξης, οδηγώντας σε:

- βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας, μέσω του εμπλουτισμού των ήδη υπαρχουσών γνώσεων και δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού και της ανάπτυξης νέων
- μείωση του χρόνου προσαρμογής για την ανάληψη καθηκόντων, νεοπροσλαμβανόμενου ή μετακινούμενου προσωπικού
- εφαρμογή και αξιολόγηση πρωτοκόλλων κλινικής πρακτικής
- εκπαίδευση των νοσηλευτών που παρακολουθούν προγράμματα νοσηλευτικών ειδικοτήτων ή εξειδικεύσεων, που διενεργούνται στο οικείο νοσηλευτικό ίδρυμα, καθώς και των φοιτητών κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης (Department of Health 2009).

Από την άλλη πλευρά, η δυνατότητα δημιουργίας νοσηλευτικών πρωτοκόλλων μέσα από τη συνεργασία ομάδων νοσηλευτών, θα ενίσχυε το αίσθημα συμμετοχής και λήψης αποφάσεων και ταυτόχρονα, θα αποτελούσε πυξίδα τεκμηρίωσης του νοσηλευτικού έργου.

Οι συμμετέχοντες αντιμετωπίζοντας τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση και ως ευκαιρία για ανάπτυξη και εξέλιξη αναγνωρίζουν ότι έχουν ανάγκη επιμόρφωσης (*«...Ήθελα να κάνω κάτι παραπάνω...»*, *«...Ναι, περισσότερες ευκαιρίες θέλω...εκπαιδευτικές ευκαιρίες...»*). Για εκείνους που παρακολούθησαν επιμορφωτικά προγράμματα, η αναφερόμενη ενίσχυση του αισθήματος αυτόπειποίησης και σιγουριάς για τις γνώσεις και τις παρεμβάσεις τους (*«...πιο αυτόρκης στις γνώσεις μου...»*, *«...Με αυτό που προσφέρω και με τις γνώσεις μου, έχω αυτοπειποίηση...»*, *«...Έχω περισσότερη σιγουριά για αυτό που κάνω...»*) θα μπορούσε να διευκολύνει τη λήψη αποφάσεων κατά τη διάρκεια της άσκησης του κλινικού τους έργου. Αυτό απεικονίζεται και στην ποσοτική μελέτη, στην οποία οι συμμετέχοντες δεν θεωρούν ότι παρέχονται ευκαιρίες για συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος (Nantsupawat 2017, Kunaviktikul 2014, Shang 2013, Kloppe 2012, Liu 2012), παρόλη τη θετική επίδραση που φαίνεται να έχει η διαδικασία λήψης αποφάσεων στην αντίληψη των εργαζομένων ως προς το ρόλο τους στην παροχή ποιοτικής φροντίδας (van Bogaert 2016, Georgiou 2015, Gikopoulou 2014, Zayan 2013). Η περιορισμένη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω, αφού αυτό μπορεί να

οφείλεται στις περιορισμένες ευκαιρίες του προσωπικού για συμμετοχή στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών υγείας.

Επίσης, ο φόρτος εργασίας τούς αποτρέπει από τη συμμετοχή στην εφαρμογή πολιτικών υγείας, παραγνωρίζοντας πολλές φορές ότι αυτό αποτελεί μέρος του ρόλου τους (Kunaviktikul 2010). Το εύρημα αυτό φαίνεται να επιβεβαιώνεται από την ποιοτική ανάλυση, η οποία διαφωτίζει τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού, όπως αυτές διαμορφώθηκαν υπό την επίδραση συνδυασμού παραγόντων, έτσι όπως αυτοί αναλύονται στη συνέχεια. Έτσι, το προσωπικό φαίνεται να δοκιμάζει σωματική και ψυχική καταπόνηση με αναπόφευκτες συνέπειες και προς τους ασθενείς και η συμμετοχή στην εφαρμογή πολιτικών υγείας καθίσταται εξαιρετικά δυσχερής.

Η έλλειψη προσωπικού, όπως αυτή περιεγράφηκε στη θεματική ενότητα που αφορούσε στο Φόρτο Εργασίας, με την έλλειψη κενών οργανικών θέσεων που δεν επιτρέπει το διορισμό μόνιμου προσωπικού αλλά μόνο την ενίσχυση του υπάρχοντος με μη μόνιμο προσωπικό μέσω προγραμμάτων κοινωφελούς εργασίας (ΟΑΕΔ) και συμβάσεων περιορισμένου χρόνου (ΚΕΕΛΠΝΟ), συσχετίζεται με μειωμένη συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο. Η συσχέτιση τους είναι η δεύτερη μεγαλύτερη μετά από αυτή που αφορούσε στη Συμμετοχή του προσωπικού και τη Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας. Παρόλο το γεγονός ότι η συμμετοχή του προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο είναι μέρος του ρόλου του, η ανεπάρκεια σε ανθρώπινους πόρους δεν του επιτρέπει την άμεση εμπλοκή με ζητήματα λειτουργίας του Νοσοκομείου και εφαρμογής πολιτικών υγείας.

Στην παρούσα μελέτη και λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων από το μοναδικό Νοσοκομείο της νήσου Λέσβου, περιορίστηκε η προσπάθεια καταγραφής της συσχέτισης μεταξύ των δυο μεταβλητών σε επίπεδο προσωπικό ή επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος. Πάντως, στη διεθνή βιβλιογραφία, οι ερευνητικές μελέτες αναφέρονται σε τρία επίπεδα ανάλυσης: ατομικό επίπεδο, επίπεδο τμήματος και επίπεδο νοσοκομείου. Έτσι, είναι πιθανό κάποια χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος να επηρεάζουν τις επιπτώσεις που έχει αυτό στο νοσηλευτικό προσωπικό, ως προς ένα από τα επίπεδα αλλά όχι σε όλα (Gabriel 2013). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές υλοποίησαν τη μελέτη τους με σκοπό να ανιχνεύσουν ποιοι οργανωσιακοί παράγοντες θα πρέπει να τροποποιηθούν για να βελτιωθούν οι

επιπτώσεις στο προσωπικό αλλά και το κατά πόσον αυτές είναι παρόμοιες σε επίπεδο ατόμου και τμήματος. Έτσι, η παράμετρος στην οποία παρατηρήθηκε διαφοροποίηση ως προς τα δυο επίπεδα ήταν αυτή της Συμμετοχής του Νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο, όπου η μειωμένη συμμετοχή επιτείνει το βίωμα της Συναισθηματικής Εξάντλησης και αυτό φαίνεται να συμβαίνει μόνο σε προσωπικό επίπεδο, όχι όμως σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος. Το πλήθος των διαφορετικών αντιλήψεων των νοσηλευτών ως προς την παροχή ευκαιριών για συμμετοχή σε θέματα που αφορούν στη λειτουργία του Νοσοκομείου μπορεί να παρέχει μια εικόνα της ποιότητας των σχέσεων μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των προϊσταμένων τους. Η συγκέντρωση, όμως, των πληροφοριών αυτών σε επίπεδο τμήματος, μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, αφού οι διαφορές μεταξύ των απόψεων των εργαζομένων δεν είναι αξιοσημείωτες εάν το τμήμα ως σύνολο έχει σχετικά υψηλό δείκτη συμμετοχής (Gabriel 2013).

Μια ιδιαίτερη περίπτωση φαίνεται να είναι το εργασιακό περιβάλλον των στρατιωτικών νοσοκομείων, οι νοσηλευτές των οποίων και σε αντίθεση με το προσωπικό των πολιτικών νοσοκομείων, φαίνεται να βιώνουν μικρότερα επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Αυτό, ίσως, εξηγείται και από τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής των νοσηλευτών του στρατού σε θέματα που αφορούν στη λειτουργία του Νοσοκομείου – όπως συμμετοχή σε επιτροπές για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την άσκηση της Νοσηλευτικής επιστήμης και την εκπαίδευση των εργαζομένων, αφού αυτό εκλαμβάνεται ως συμπληρωματική άσκηση του βασικού τους ρόλου (Patrician 2010). Παρόλα αυτά, η Συναισθηματική Εξάντληση που βιώνουν σχετίζεται με τα καθήκοντα που απορρέουν από το ρόλο του στρατιωτικού νοσηλευτή, την εργασία με νυχτερινές βάρδιες, τη φροντίδα των τραυματιών από τα πεδία των μαχών και την εργασία άνω των 80 ωρών μέσα σε χρονική περίοδο δυο εβδομάδων (Lang 2010).

Τέλος, η αναφερόμενη εκ μέρους του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας μειωμένη συμμετοχή σε θέματα στο Νοσοκομείο μπορεί να ερμηνευθεί από την ίδια τη φύση των τμημάτων αυτών, ως κλειστών και εξειδικευμένων. Σε αντίθεση με τους νοσηλευτές των γενικών τμημάτων, το προσωπικό των Μονάδων θεωρεί ότι βρίσκεται ‘σε απομόνωση’, κι αυτό περιορίζει τις ευκαιρίες για συμμετοχή σε δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δομή και τη λειτουργία του Νοσοκομείου (Abbenbroek 2018). Το συγκεκριμένο εύρημα δεν

φαίνεται να επιβεβαιώνεται με στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών στην παρούσα μελέτη. Παρόλα αυτά, καταγράφεται μια εξίσου υψηλή αρνητική βαθμολογία εκ μέρους των συμμετεχόντων που υπηρετούν σε κλειστά τμήματα, όπως και από εκείνους των γενικών τμημάτων, στις προτάσεις του εργαλείου αξιολόγησης, που αφορούν στην παροχή ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη.

9.2. Η Νοσηλευτική συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας και Επαγγελματική Εξουθένωση

Η υποκλίμακα ‘Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας’ αντανακλά τη δυνατότητα του Νοσοκομείου να ενισχύει την επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων του, με την πραγματοποίηση προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, ακόμα και κατά τη διάρκεια της εργασίας (Shang 2013), αφού αυτά θεωρούνται πολύτιμο εργαλείο που ενισχύει την ποιότητα των παρεχόμενων προς στους ασθενείς υπηρεσιών (Nsemo 2013).

Στην παρούσα μελέτη, ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων είναι χαμηλός για την υποκλίμακα αυτή, τείνοντας σε απαντήσεις διαφωνίας (Μ.Ο. 2,11). Δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι από το σύνολο των εννέα προτάσεων του εργαλείου αξιολόγησης του Εργασιακού Περιβάλλοντος με τις χαμηλότερες βαθμολογίες, οι πέντε ανήκουν στην παρούσα υποκλίμακα. Μάλιστα, οι δυο πρώτες σε συχνότητα (από το σύνολο των εννέα) είναι: ‘Γίνεται χρήση νοσηλευτικής διάγνωσης’ (Μ.Ο. 1,66) και ‘Υπάρχει σε εφαρμογή συγκεκριμένο πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας (π.χ. ISO 9001)’ (Μ.Ο. 1,7).

Η νοσηλευτική διάγνωση σχετίζεται με το μοντέλο της Νοσηλευτικής Διεργασίας⁶ και περιγράφεται ως ‘υπαρκτά ή δυνητικά προβλήματα που οι νοσηλευτές με προσόντα

⁶ Το μοντέλο της Νοσηλευτικής Διεργασίας περιγράφηκε για πρώτη φορά από την Orlando το 1961 και αργότερα από τους Yura & Walsh το 1967. Το μοντέλο αρχικά αποτελούνταν από 4 στάδια: αξιολόγηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και εκτίμηση, ενώ αργότερα προστέθηκε ένα ακόμα στάδιο, η νοσηλευτική διάγνωση.

«Η νοσηλευτική διεργασία ορίζεται ως ένας τακτικός, συστηματικός τρόπος καθορισμού της κατάστασης υγείας του ατόμου, προσδιορίζει προβλήματα που ορίζονται ως διαταραχές στην εκπλήρωση των ανθρώπινων αναγκών, αναπτύσσει σχέδια για την επίλυσή του, εισάγει και εφαρμόζει το σχέδιο και εκτιμά την έκταση που το σχέδιο ήταν αποτελεσματικό στην προαγωγή της βέλτιστης

από την εκπαίδευση και την εμπειρία τους είναι ικανοί και αδειοδοτούνται να θεραπεύσουν' (Gordon 1994), αποτελώντας μέρος της τεκμηρίωσης του κλινικού έργου των νοσηλευτών και σταθμίζοντας την ικανότητα τους για κλινική σκέψη και λήψη αποφάσεων (Woolley 1990). Από την άλλη, η Διασφάλιση Ποιότητας⁷ περιλαμβάνει το σχεδιασμό, την ανάπτυξη των στόχων ποιότητας, τον καθορισμό των προτύπων ποιότητας, την παρακολούθηση με τη χρήση δεικτών και τη δράση με τη συμμετοχή όλων. Τέσσερις παράμετροι είναι απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών ή του αντικειμένου των δραστηριοτήτων της Διασφάλισης Ποιότητας: η επαγγελματική απόδοση, η χρησιμοποίηση πόρων, η διαχείριση κινδύνων και η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (WHO 1983). Όλα αυτά επιτυγχάνονται με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, μέσω της οποίας παρέχεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων αλλά και η αντιμετώπιση τους (Τούντας 2008). Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας δύνανται διαμέσου της σύνδεσης της Διασφάλισης Ποιότητας και της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και ως εκ τούτου, τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες, αφού οι δεξιότητες και οι γνώσεις του προσωπικού σε έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών φροντίδας έχουν άμεση επίδραση στην ποιότητα αυτών προς τους ασθενείς. Κατά τη διάρκεια της διανομής και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων φάνηκε να αγνοεί τους όρους 'Νοσηλευτική Διάγνωση' και 'Διασφάλιση Ποιότητας', παρόλο το γεγονός ότι η μελέτη Ανίχνευσης Εκπαιδευτικών Αναγκών του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, που πραγματοποιήθηκε το 2010, έδειξε ότι πολύ σημαντικοί επαγγελματικοί στόχοι και φιλοδοξίες θεωρούνται η εφαρμογή νέων σύγχρονων νοσηλευτικών πρωτοκόλλων, η καθιέρωση διοίκησης με στόχους και η ψηφιοποίηση του νοσηλευτικού έργου, δράσεις σχετιζόμενες με τους δυο προαναφερόμενους όρους.

Εκτός από τις δυο αυτές προτάσεις, απαντήσεις διαφωνίας δόθηκαν και στην πρόταση που αφορούσε στην υλοποίηση ικανοποιητικού αριθμού προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στο Νοσοκομείο, εύρημα που ενισχύεται από το ιδιαίτερα

ευεξίας και στην επίλυση των προβλημάτων που έχουν ανιχνευθεί (Yura & Walsh 1988)» (Bjorvell 2002).

⁷ Η Διασφάλιση Ποιότητας αποτελεί την αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς και τις προσπάθειες τροποποίησης, όπου είναι απαραίτητο, της παροχής των υπηρεσιών αυτών. Το μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας είναι κυκλικό. (Black 1990).

υψηλό ποσοστό της τάξης του 96,44% των ερωτηθέντων σχετικά με τον υποχρεωτικό χαρακτήρα που θα έπρεπε να έχει η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση, από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ανέφερε ότι επιμορφώνεται με δική του πρωτοβουλία και από την έλλειψη συνεχούς επιμόρφωσης, που μνημονεύεται ως σημαντική δυσκολία στην ερευνητική μελέτη του 2010 στο ίδιο Νοσοκομείο. Σε αυτήν, μάλιστα, οι συμμετέχοντες τότε κατέταξαν στην πρώτη θέση των επαγγελματικών στόχων και φιλοδοξιών τους την παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό των ερωτηθέντων που έχει παρακολουθήσει επιμορφωτικές δραστηριότητες ανέρχεται στο 63,9%, παρόμοιο με την έρευνα του 2010 (64,9%).

Διαφωνία παρατηρήθηκε και στην πρόταση σχετικά με την ύπαρξη εκπαιδευτικού προγράμματος για νεοδιόριστους εργαζομένους, αν και η υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης ανέφερε ότι αυτό υλοποιείται ήδη από το 2013, που ανέλαβε τα καθήκοντα της, με τη μορφή προγράμματος προσανατολισμού των νεοεισερχομένων. Επίσης, ο υπεύθυνος του Κ.Ε.Κ. επεσήμανε ότι *«Στις εγκαταστάσεις μας, πραγματοποιούνται τα προγράμματα επιμόρφωσης του φορέα αυτού και κυρίως, η εισαγωγική εκπαίδευση των νέων δημοσίων υπαλλήλων»*.

Η σημαντικότητα πραγματοποίησης τέτοιου είδους προγραμμάτων για όλο το προσωπικό είναι δεδομένη. Αναφέρεται, όμως, ότι αυτά είναι αναγκαία για το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, όπως, για παράδειγμα, αυτό των ογκολογικών τμημάτων (Shang 2013). Επίσης, επισημαίνεται ότι σε περιβάλλοντα εντατικής και αυξημένης φροντίδας – όπου η πρόσβαση σε εκπαιδευτικά προγράμματα αποτελεί σημαντικό κίνητρο παραμονής στο χώρο (Goldsworthy 2017) - η πολυπλοκότητα των παρεμβάσεων επιτάσσει η εκπαιδευτική καθοδήγηση και κλινική υποστήριξη των νεοεισερχομένων να πραγματοποιείται από τους πιο έμπειρους συναδέλφους τους εν ώρα εργασίας (Matlakala 2014), μια αποδεκτή μεν πρακτική για τις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, επιβαρυντική, όμως, αφού αυξάνει το φόρτο εργασίας των έμπειρων νοσηλευτών, όταν πραγματοποιείται σε καθημερινή βάση (Steege 2017).

Εμπόδια για την πραγματοποίηση τέτοιων προγραμμάτων (σε όλους τους εργαζομένους και κυρίως στους νεοεισερχόμενους) στο Νοσοκομείο φαίνεται ότι αποτέλεσαν:

A) η ανεύρεση χώρου λόγω των έργων επέκτασης του Νοσοκομείου, εμπόδιο που αναφέρθηκε από την υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης, αν και από την πλευρά του Κ.Ε.Κ. τονίστηκε ότι *«Εμείς, εδώ, είμαστε για να δίνουμε ευκαιρίες στους συναδέλφους. Το αποτέλεσμα; Ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση μπορεί, άνετα, να γίνει εδώ. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν στελέχη στη Νοσηλευτική Υπηρεσία με γνώσεις. Θα μπορούσαν, δηλαδή, στελέχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας να οργανώνουν εδώ προγράμματα κατάρτισης. Υπάρχουν υποδομές για να τις χρησιμοποιούν, αλλά δεν το κάνουν... Έχουμε ένα Κ.Ε.Κ. οργανωμένο, πολύπειρο, με τις υποδομές και τον εξοπλισμό του (22.000.000 εκατομμύρια δραχμές κόστισε το στήσιμο του). Είναι κρίμα να μην το χρησιμοποιούμε»*

B) η απουσία του θεσμού του ‘κλινικού εκπαιδευτή’, που θα μπορούσε να διευκολύνει την εκπαίδευση εν ώρα εργασίας (μορφή εκπαίδευσης που υποστηρίζεται και από τους δυο υπευθύνους των δομών εκπαίδευσης του Νοσοκομείου), αλλά και να θεραπεύσει την ανάγκη υλοποίησης προγραμμάτων για το χρονικό διάστημα μέχρι την παράδοση του νέου κτιρίου – και της αίθουσας εκδηλώσεων του Νοσοκομείου - το Μάιο του 2018,

Γ) η αναφερόμενη εκ μέρους της υπεύθυνης του Γραφείου Εκπαίδευσης *«αδυναμία της Διοίκησης να κατανοήσει την ανάγκη τους (των εργαζομένων) για επιμόρφωση»* και εκ μέρους του υπευθύνου του Κ.Ε.Κ. η έλλειψη διοίκησης *«που να ακούει κατάρτιση και να την αντιμετωπίζει με θετικό τρόπο»*,

Δ) η χρηματοδότηση, που αναφέρθηκε εξίσου και από τους δυο, αλλά για διαφορετικούς λόγους – σημειώνεται ότι η άτυπη λειτουργία του Γραφείου Εκπαίδευσης από τη μια και η μη πιστοποίηση του Κ.Ε.Κ. σε συνδυασμό με τη γραφειοκρατία από την άλλη αποτελούν πηγή έλλειψης χρηματοδότησης και

Ε) η απουσία κινήτρου από τους εργαζομένους και κουλτούρας εκπαίδευσης, που επίσης αναφέρθηκε και από τους δυο (*«Η επιμόρφωση δεν μπορεί να είναι ‘άντε να γλυτώσω καμιά βδομάδα’, όπως στην περίπτωση των επιμορφωτικών προγραμμάτων του ΕΚΚΔΑ»* και *«...κακές νοοτροπίες που έχουν διαμορφωθεί με πρότυπα εργαζομένων που αναπαράγονται από γενιά σε γενιά. Το δεύτερο, μάλιστα, αποτελεί μια σοβαρή αδυναμία. Αυτό σχετίζεται με τη λεγόμενη οργανωσιακή κουλτούρα»*).

Από τη δική τους πλευρά, οι ερωτηθέντες αναφέρθηκαν με ιδιαίτερα θετικούς χαρακτηρισμούς στο πρόγραμμα ‘Επείγουσα Ιατρική στο Βόρειο Αιγαίο’ που είχε συνδιοργανωθεί το Νοσοκομείο, επεσήμαναν την έλλειψη προγραμμάτων

Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από τις υπάρχουσες δομές εκπαίδευσης του Νοσοκομείου και επικεντρώθηκαν σε προγράμματα, που υλοποιούνται εκτός νησιού. Ως προς τη συμμετοχή τους στα τελευταία, προέβαλαν ως εμπόδια τη γεωγραφική απομόνωση λόγω νησιωτικότητας, την ανεπάρκεια οικονομικών πόρων σε καιρούς κρίσης, την υποστελέχωση, τις οικογενειακές υποχρεώσεις και την εργασία σε βάρδιες. Τα εμπόδια αυτά συνδυαζόμενα με τους περιορισμούς ως προς την υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων από το φορέα οδήγησαν κάποιους στην επιλογή της εξ αποστάσεως με τη χρήση διαδικτύου εκπαίδευσης, που είναι ο δεύτερος κατά σειρά συχνότητας συνήθης τρόπος μάθησης – με πρώτο το έντυπο υλικό και τρίτη την πραγματοποίηση ενδοκλινικών/ενδονοσοκομειακών μαθημάτων. Το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον αφού έρχεται σε αντιδιαστολή με το ψηφιακό αναλφαβητισμό των εργαζομένων της νοσηλευτικής υπηρεσίας που ανευρέθηκε στη μελέτη του 2010.

Η υποκλίμακα παρουσιάζει συσχετίσεις με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία με τους νεότερους ηλικιακά να αξιολογούν θετικότερα τις προτάσεις αυτής, και η προϋπηρεσία στο Νοσηλευτικό επάγγελμα συνολικά και στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο – αλλά όχι στο συγκεκριμένο τμήμα - με τους αρχαιότερους σε χρόνια υπηρεσίας να αξιολογούν την υποκλίμακα με αρνητικές απαντήσεις. Ίσως, αυτό να εξηγείται από το γεγονός ότι οι τελευταίοι, λόγω της αποκτηθείσας εμπειρίας τους στο χώρο φροντίδας, αξιολογούν με διαφορετικό τρόπο την ανάγκη για επιμόρφωση: *«Δεν θεωρώ ότι μόνη της η εκπαίδευση θα μου δώσει τα εφόδια. Χρειάζεται και εμπειρία, δουλεύεις τόσα χρόνια, τον ξέρεις τον άρρωστο, αναγνωρίζεις τη βελτίωση ή την επιδείνωση της υγείας του. Αλλά, ίσως, τώρα που το σκέφτομαι...αν υπάρχουν και τα δυο, αν το ένα συμπληρώνει το άλλο, δεν θα ήμουν αρνητικός.... Ναι, έτσι είναι βοηθητικά και τα δυο».*

Αν και οι νοσηλευτές που βιώνουν Επαγγελματική Εξουθένωση είναι πιθανό να επιδεικνύουν λιγότερη ικανότητα ή προθυμία για παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι επίσης, πιθανό να ισχύει και το αντίθετο. Η εργασία σε περιβάλλοντα όπου η ποιότητα φροντίδας χαρακτηρίζεται χαμηλή να οδηγεί σε ψυχικό πόνο και συναισθηματική αποδέσμευση από την εργασία (Poghosyan 2010).

Πάντως, στη μελέτη των Shang και συνεργατών (2013) επισημαίνεται ότι οι νοσηλευτές με αυξημένο δείκτη Νοσηλευτικής συμβολής σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν Επαγγελματική Εξουθένωση,

δυσaréσκεια από την εργασία τους και πρόθεση φυγής από την παρούσα εργασιακή τους θέση. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δυο παραμέτρων φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη, όπου η συγκεκριμένη υποκλίμακα ‘Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας’ συσχετίζεται αρνητικά με την παράμετρο της Αποπροσωποποίησης (-0,295, $p < 0,01$) και πολύ περισσότερο με την Συναισθηματική Εξάντληση (-0,345, $p < 0,01$), ενώ παρατηρείται θετική συσχέτιση με την παράμετρο Προσωπικά Επιτεύγματα (0,222, $p = 0,001$). Το ίδιο συναντάται και στη μελέτη των Sillero και συνεργατών (2018), σε Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Ισπανίας, με δείγμα 136 νοσηλευτών. Βέβαια, σε αυτήν, παρόλο το επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης και τις αναφορές των συμμετεχόντων στη μελέτη για εργασία σε περιβάλλον με αρνητικά χαρακτηριστικά, οι ίδιοι δηλώνουν ότι τα επίπεδα της παρεχόμενης φροντίδας και η κλινική τους απόδοση είναι υψηλά. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται από την παρατήρηση των Laschinger και Leiter (2006) ότι τα αρνητικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας αντισταθμίζονται από το επίπεδο επαγγελματικής επάρκειας και απόδοσης.

Στη μελέτη των Dawson και συνεργατών (2014), σε νοσοκομεία της Αυστραλίας, τονίζεται ότι η περιορισμένη πρόσβαση σε εκπαιδευτικά και υποστηρικτικά προγράμματα επιδρά με αρνητικό τρόπο και στην Προσωπική Επίτευξη των εργαζομένων, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο τα επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης. Στη μελέτη των Zhang και συνεργατών (2014), που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 9.698 νοσηλευτών από 181 νοσοκομεία της Κίνας, οι συμμετέχοντες ανέφεραν μέτρια επίπεδα Συναισθηματικής Εξάντλησης και Αποπροσωποποίησης και χαμηλά επίπεδα Προσωπικών Επιτευγμάτων. Το τελευταίο εύρημα αντανακλά την εικόνα που έχει διαμορφωθεί για το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Κίνα τόσο από τους ασκούντες διοίκηση στα Νοσοκομεία της χώρας όσο και από τους ίδιους τους ασθενείς (Hu 2010). Κυρίως, όμως, αντικατοπτρίζει το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών της Κίνας αλλά και την έλλειψη επιμορφωτικών προγραμμάτων, σε σχέση με άλλες χώρες (Kalisch 2009), διαμορφώνοντας τις αντιλήψεις του κοινού και των άλλων επαγγελματιών υγείας ως προς τις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών, ακόμα και το περιεχόμενο της εργασίας τους (Zhang 2014).

Επιπλέον, παρατηρείται σύνδεση μεταξύ της επάρκειας ανθρώπινου δυναμικού με την επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων, όπως φαίνεται, στην παρούσα μελέτη, μέσα από την ισχυρή συσχέτιση της μελετώμενης υποκλίμακας με την ‘Επάρκεια σε

ανθρώπινους και υλικούς πόρους' (0,424, $p < 0,01$). Οι δυο υποκλίμακες συγκέντρωσαν χαμηλές βαθμολογίες, με χαρακτηριστικό παράδειγμα την πρόταση 'Η ανάθεση της φροντίδας των ασθενών στο νοσηλευτικό προσωπικό γίνεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια στη φροντίδα τους (π.χ. υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά), με μέσο όρο 1,95, αφού αυτό προϋποθέτει την επάρκεια προσωπικού.

Υποστηρίζεται ότι η ύπαρξη προγραμμάτων Προσωπικής Ανάπτυξης με παράλληλη άσκηση αποτελεσματικής Ηγεσίας και Διοίκησης αναγνωρίζονται ως καίριοι παράγοντες στη δημιουργία θετικού κλίματος στο περιβάλλον εργασίας (Haerkens 2015, Ulrich 2014), όπως φαίνεται και από τη θετική συσχέτιση μεταξύ των δυο υποκλιμάκων (0,276, $p < 0,01$) και στην παρούσα μελέτη. Επιτρέπουν την επίτευξη της αυτονομίας των νοσηλευτών και τη μείωση του κινδύνου για επιδείνωση της υγείας των ασθενών (Padgett 2017). Το νοσηλευτικό προσωπικό πρώτης γραμμής αναγνωρίζεται ως πηγή γνώσης αναφορικά με την κατάσταση υγείας του ασθενούς (Chassin 2013), αφού παραμένοντας στο πλευρό του ασθενούς καθ' όλη τη διάρκεια της βάρδιας του, είναι ικανό να αναγνωρίσει πρώιμα σημεία επιδείνωσης της υγείας του. Αυτό, ιδανικά, του επιτρέπει να συμμετέχει στο σχεδιασμό της κλινικής διαχείρισης του περιστατικού και να λαμβάνει αποφάσεις (Singer 2013).

Η απουσία εκπαίδευσης, ως υποστηρικτικού μέσου, έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση εργασιακού στρες και προκαλεί Επαγγελματική Εξουθένωση και αίσθημα δυσαρέσκειας από την εργασία. Νοσηλεύτρια του δείγματος περιγράφει το βίωμα της (*«Στην αρχή, όταν ήρθα στη δουλειά, τα πράγματα ήταν δύσκολα. Πολύ άγχος. Το έκανα σωστά; Θα πετύχω τη φλέβα για να βάλω τον καθετήρα; Τί θα μου τύχει στη βάρδια; Θα μπορώ να το αντιμετωπίσω; Πάρα πολύ άγχος»*). Η βελτίωση της παραμέτρου της Νοσηλευτικής Συμβολής σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας μπορεί να επιτευχθεί με επιμορφωτικά προγράμματα σε νεοδιοριζόμενους και εργαζόμενους νοσηλευτές εντός και εκτός ωραρίου εργασίας και με ενεργά προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Shang 2013). Η έννοια της Εκπαίδευσης ως μέσο υποστήριξης αποτυπώνεται στις περιγραφές του προσωπικού, όπου αντιμετωπίζεται ως *«ανάγκη για τους ασθενείς μας», «ευθύνη για τις υπηρεσίες που προσφέρουμε», «επένδυση στην εργασία», «τόνωση του ηθικού»* και φροντίδα εαυτού, με σκοπό την αντιμετώπιση της κόπωσης (σωματικής και κυρίως, ψυχικής και συναισθηματικής).

9.3. Η Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης και Επαγγελματική Εξουθένωση

Μία από τις παραμέτρους με καθοριστική σημασία και καθοδηγητικό ρόλο σε τομείς, όπως η επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό, οι εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και η χάραξη πολιτικών υγείας είναι η Νοσηλευτική Ηγεσία και Διοίκηση. Η αποτελεσματική Νοσηλευτική Ηγεσία παρέχει ένα ασφαλές και θεραπευτικό περιβάλλον τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους εργαζόμενους, αφού εποπτεύει, οργανώνει, κατευθύνει και υποστηρίζει το προσωπικό και, παράλληλα, αποτελεί το συνδετικό κρίκο για τη διαμόρφωση των εργασιακών σχέσεων μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (Hanrahan 2010, Vahey 2004).

Στο σύγχρονο, δυναμικό περιβάλλον εργασίας, ο παραδοσιακός ρόλος της διοίκησης δεν είναι επαρκής για να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις που αναδύονται, όπως την αναμόρφωση του συστήματος υγείας, τη μείωση του προϋπολογισμού, τη συνεχή εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, την έλλειψη έμψυχων και άψυχων πόρων, την απαίτηση για ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι γνώσεις και δεξιότητες των προϊσταμένων σχετικά με τα ανωτέρω αλλά και με άλλα ζητήματα είναι απαραίτητες για την αποτελεσματική διαχείριση των θεμάτων αυτών (Huston 2008). Ο ηγέτης που επιλέγει να επικεντρωθεί στα πρόσωπα και τις σχέσεις μεταξύ τους για να ηγηθεί της ομάδας του προάγει τη συναισθηματική υγεία του προσωπικού, ενισχύει το αίσθημα ικανοποίησης από την εργασία και ως εκ τούτου, την παραγωγικότητα, ενώ, ταυτόχρονα, ενθαρρύνει την ανάπτυξη ομαδικότητας και συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού (Cummins 2010, Squires 2010). Με βάση το τελευταίο, η Νοσηλευτική Ηγεσία ταυτίζεται με την έννοια της κοινωνικής υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον (Gabriel 2011), η οποία λειτουργεί ως μεσολαβητής στη σχέση μεταξύ εργασιακού στρες και ευεξίας των εργαζομένων (Pearlin 1999).

Στην παρούσα μελέτη, η συγκεκριμένη υποκλίμακα συγκεντρώνει τον υψηλότερο μέσο όρο συγκριτικά με τις άλλες τέσσερεις (Μ.Ο. 2,91), συμπεριλαμβάνοντας μεταξύ των προτάσεων της και τις δύο με την υψηλότερη βαθμολογία στο σύνολο των προτάσεων του PES-NWI. Αναλυτικά, στις προτάσεις 'Ο προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια έχει υποστηρικτικό ρόλο στους νοσηλευτές' και 'Ο προϊστάμενος/η νοσηλευτής/τρια είναι

καλός προϊστάμενος και ηγέτης' οι μέσοι όροι των απαντήσεων ήταν 3,21 και 3,03, αντίστοιχα, με την πρόταση 'Υπάρχει έπαινος και αναγνώριση για εργασία που ολοκληρώθηκε με επιτυχία' να φέρει το μικρότερο μέσο όρο (2,09) των προτάσεων της υποκλίμακας, τείνοντας σε απαντήσεις διαφωνίας, με υποδηλούμενη έλλειψη αναγνώρισης του κλινικού έργου του προσωπικού. Η τελευταία σε συνδυασμό με τη μη ισότιμη μεταχείριση των εργαζομένων είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε Συναισθηματική Εξάντληση, προκαλώντας μια βαθιά αίσθηση κυνισμού αναφορικά με την εργασία και αυξάνοντας την ευαλωτότητα των εργαζομένων στην Επαγγελματική Εξουθένωση (Fradelos 2014). Από την άλλη, η ανάπτυξη ενός μοντέλου νοσηλευτικής Ηγεσίας και Διοίκησης, που είναι προσβάσιμη στο προσωπικό και επικοινωνεί αποτελεσματικά μαζί του, ενισχύει την οργανωσιακή δομή και προστατεύει το περιβάλλον εργασίας, μειώνοντας τον κίνδυνο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (van Bogaert 2017, Regan 2016).

Η ανάλυση των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων της υποκλίμακας αποκαλύπτουν τη διεισδυτική της παρουσία και στις τρεις παραμέτρους της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Leiter 2006), πολύ δε περισσότερο στη Συναισθηματική Εξάντληση και την Αποπροσωποποίηση (Sillero 2018, Matlakala 2014, Leineweber 2014, Hanrahan 2010). Στην παρούσα μελέτη, η υποκλίμακα 'Νοσηλευτική Ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης' συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με όλες τις παραμέτρους της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, ισχυρότερα, όμως, με τη Συναισθηματική Εξάντληση.

Σε περιβάλλοντα οξείας φροντίδας, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας, χαρακτηριστικά αποτελεσματικής ηγεσίας και διοίκησης, συμπεριλαμβανομένων της επίβλεψης, προσβασιμότητας, συμβουλευτικότητας, αναγνώρισης και υποστήριξης έχουν συσχετιστεί με θετικές επιπτώσεις για το περιβάλλον εργασίας και τους νοσηλευτές (Brewer 2016, Roche 2015, Ulrich 2014), οδηγώντας στη διαπίστωση ότι αυτή αποτελεί καθοριστικό ρυθμιστικό παράγοντα για το κλινικό περιβάλλον εργασίας των Μονάδων (AACN 2016). Έτσι, ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται η σύνδεση μεταξύ αποτελεσματικής ηγεσίας και μείωσης των επιπέδων Επαγγελματικής Εξουθένωσης για τους εργαζομένους στους χώρους αυτούς (Moss 2016, Moneke 2013).

Επειδή η υποκλίμακα είναι πιο πιθανό – από τη φύση του ερωτηματολογίου – να αντικατοπτρίζει περισσότερο το εργασιακό περιβάλλον νοσηλευτικού τμήματος, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι στη μελέτη του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, οι εργαζόμενοι των κλειστών τμημάτων, αξιολόγησαν θετικότερα τις προτάσεις της υποκλίμακας σε σχέση με τους συναδέλφους τους των γενικών τμημάτων, ενώ οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε θέσεις γραφείου έδωσαν αρνητικότερες αξιολογήσεις. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στη φύση και το περιεχόμενο της θέσης απασχόλησης, αφού οι προϊστάμενοι των κλειστών τμημάτων επιβλέποντας το κλινικό έργο των υφισταμένων τους και δρώντας υποστηρικτικά, απομακρύνουν το ενδεχόμενο εμφάνισης Εξουθένωσης σε αυτούς (Weigl 2016).

Γενικά, η επίβλεψη από τους προϊσταμένους, η προσβασιμότητα και η αλληλεπίδραση των νοσηλευτών με τους προϊσταμένους των τμημάτων επηρεάζει το επίπεδο της Συναισθηματικής Εξάντλησης (Galletta 2016, Leiter 2006) και των Προσωπικών Επιτευγμάτων (Duffield 2015, Stanley 2014). Πιο συγκεκριμένα, η αποτελεσματική ηγεσία, που προάγει την εκπαίδευση, την παραγωγικότητα και την αυτονομία του προσωπικού (Carrothers 2013), ασκεί έλεγχο στο φόρτο εργασίας και ενισχύει την ομαδική εργασία με σκοπό την μείωση των επιπέδων Αποπροσωποποίησης (Lee 2018) και προάγει την Προσωπική Επίτευξη μέσω της εποπτείας και υποστήριξης (Parker 2016), αποτελεί παράμετρο-κλειδί για ένα θετικό περιβάλλον εργασίας (Ulrich 2014). Η λιγότερο αποτελεσματική Ηγεσία, η ανεπαρκής κλινική Υποστήριξη και η συνεπαγόμενη μειωμένη αίσθηση Προσωπικών Επιτευγμάτων οδηγούν τους νοσηλευτές σε υποτίμηση της συνεισφοράς τους στη φροντίδα των ασθενών, υπονόμηση του έργου τους από τους ίδιους και περαιτέρω μείωση της συμμόρφωσης τους στα συνήθη νοσηλευτικά πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση και τη φροντίδα των ασθενών (Purdy 2010). Από την άλλη πλευρά, η επαρκής εποπτεία, υποστήριξη και διοίκηση συσχετίζονται με συμμόρφωση του προσωπικού στην άσκηση και εφαρμογή κλινικής πρακτικής βασισμένης σε πρωτόκολλα (Gifford 2013, Richardson 2012).

Η επίδραση της Αποτελεσματικής Ηγεσίας και Υποστήριξης στην Εκπαίδευση βρίσκει τις πιο απλές μορφές έκφρασής της στη διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών των υφισταμένων, τον προγραμματισμό ενδοκλινικών μαθημάτων και τη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών και ημέρας ανάπαυσης (ρεπό) εκ μέρους των προϊσταμένων και της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, όπως επισημαίνεται από την υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης. Ακόμα και η διαδικασία επιλογής χρησιμοποιείται ως τρόπος

παροχής υποστήριξης, σύμφωνα με τον υπεύθυνο λειτουργίας του Κ.Ε.Κ. «Για μένα, ένα πολύ σημαντικό κριτήριο, που προσπάθησα να εφαρμόσω άτυπα σε ένα βαθμό, ήταν οι καλοί υπάλληλοι, οι πρόθυμοι υπάλληλοι, αυτοί που έχουν καλά χαρακτηριστικά, αυτοί να προωθούνται, να είναι ένα bonus για αυτούς, να είναι ένα κίνητρο. Τον κακό υπάλληλο θα πρέπει να τον βάλεις σε θέματα κατάρτισης μήπως και μπορέσεις και τον διορθώσεις. Δεν μπορείς να βάλεις έναν κακό υπάλληλο να παρακολουθήσει 'Διοίκηση με Στόχους', γιατί δεν θα το κάνει ποτέ. Πάντα θα υπάρχουν τα αντικειμενικά κριτήρια, αλλά θα υπάρχει πάντοτε ένα περιθώριο υποκειμενικότητας για να ανταμείψεις τους καλούς υπαλλήλους».

Η υλοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων δυσχεραίνεται, όμως, σύμφωνα με την πρώτη «...από την αδυναμία της Διοίκησης να κατανοήσει την ανάγκη τους (των εργαζομένων νοσηλευτών) για επιμόρφωση» αλλά και από την αδυναμία εξεύρεσης κατάλληλου χώρου για υλοποίηση προγραμμάτων. Αντίθετα, ο υπεύθυνος του Κ.Ε.Κ. εντοπίζει τη δυσκολία υλοποίησης στην «έλλειψη ενδιαφέροντος», κινήτρου ή στην υποστήριξη της Διοίκησης, αλλά όχι στην ανυπαρξία χώρου.

Από τη δική τους πλευρά, το προσωπικό συνδέει τη δυνατότητα χορήγησης εκπαιδευτικής άδειας με την υποστελέχωση:

«...Αν θέλεις να επιμορφωθείς, θα πρέπει να πας στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη ή οπουδήποτε αλλού πραγματοποιείται κάποιο επιμορφωτικό πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να πάρεις εκπαιδευτική άδεια. Για να την πάρεις, πρέπει να μπορεί η προϊσταμένη να σου τη δώσει το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Βλέπεις, είμαστε λίγοι στη δουλειά».

«Πρώτα, πρέπει να μπορέσεις να αποδεσμευθείς από την υπηρεσία σου για να φύγεις, πράγμα σχετικά δύσκολο αφού δεν επαρκεί πάντα το προσωπικό για να καλυφθούν οι βάρδιες».

«...Βρήκα ένα Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα, που με ενδιέφερε – ήταν πάνω στο αντικείμενο του τμήματος στο οποίο εργάζομαι - και το ακόμα καλύτερο ήταν ότι ήταν εξ αποστάσεως πρόγραμμα. Βέβαια, απαιτούσε τη δια ζώσης συμμετοχή μας στις εξετάσεις αλλά και σε κάποια σεμινάρια – κυρίως κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους σπουδών. Όμως, κατάφερα να το τελειώσω παρόλες τις δυσκολίες (εκπαιδευτικές άδειες, έλλειψη προσωπικού στο τμήμα, συνεχή ταξίδια και έξοδα)».

Είναι σαφές ότι η υποστελέχωση δεν επιτρέπει τη χορήγηση αδειών, αφού οι εργαζόμενοι δεν επαρκούν για την κάλυψη των βαρδιών. Παράλληλα, επιλέγουν τρόπους επιμόρφωσης, όπως η ασύγχρονη εξ αποστάσεως εκπαίδευση, για να καλύψουν τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες, αποφεύγοντας έτσι, το σκόπελο της έλλειψης προσωπικού και προσαρμοζόμενοι στο πρόγραμμα εργασίας τους. Βέβαια, η ασύγχρονη εκπαίδευση αποτελεί βασικό τρόπο επιμόρφωσης, δεν αποτελεί, όμως, συνήθη τρόπο φοίτησης και παρακολούθησης προγραμμάτων που μοριοδοτούνται (όπως για παράδειγμα, τα Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών, για τα οποία απαιτείται περισσότερο η φοίτηση δια ζώσης). Παρόλα αυτά, επιλέγεται ο συγκεκριμένος τρόπος αφού διευκολύνει εκείνους που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο.

«...Δεν μπορώ κάθε εβδομάδα να ζητάω συγκεκριμένες βάρδιες για να μπορώ να συμμετέχω σε σύγχρονη εκπαίδευση...».

Ένα ακόμη ζήτημα που τους απασχολεί είναι το υποστηρικτικό περιβάλλον από τους προϊσταμένους κατά την εφαρμογή της νέας γνώσης:

«...αλλά, τώρα, κάτι ζητήματα διοίκησης ανθρώπινου δυναμικού, όπως αυτά που μας έδειξαν σε ένα σεμινάριο, δεν ξέρω πόσο εύκολα μπορείς να τα αλλάξεις».

Ως προς την επιλογή των υποψηφίων εκπαιδευομένων, οι ερωτηθέντες εκφράζουν την άποψη ότι σε αυτά θα πρέπει να συμμετέχουν εργαζόμενοι, των οποίων το αντικείμενο εργασίας είναι συναφές με το περιεχόμενο της επιμόρφωσης:

«...Αν μιλάμε για σεμινάρια που είναι πιο λίγες οι θέσεις, πρέπει να προηγούνται αυτοί που έχει συνάφεια με τη δουλειά τους. Να μην πηγαίνουν μόνο οι ίδιοι και οι ίδιοι».

Τέλος, οι ίδιοι αναζητούν υποστήριξη μέσα από τις αφηγήσεις τους σχετικά με το φόρτο εργασίας λόγω των εργασιακών συνθηκών και την επιμόρφωση σε κοινωνικές δεξιότητες, που συντελέσουν στην ενδυνάμωση τους. Εξέχουσας σημασίας σε αυτήν την περίπτωση φαίνεται να είναι η ανάληψη και άσκηση πολλαπλών καθηκόντων.

«Εντάξει, αυτό δεν υπήρχε...όταν ξέσπασε όλο αυτό, έμπαινες μέσα στο τμήμα και δεν ήξερες τί να πρωτοκάνεις. Άλλη γεννούσε, τρέξε να μεταφερθεί...άλλος βρεγμένος μέχρι το κόκκαλο, να βρεις ρούχα να ζεστάνεις τον κόσμο, κάτι να φάνε, να πιούνε...Εντάξει, αυτό, όμως δεν ήταν δουλειά του Νοσοκομείου...Για να μην πω και το άλλο, όταν έπρεπε να φύγουν. Έπρεπε να παρακαλάω κάποιος να τους μεταφέρει...Λιμενικό, Αστυνομία, ΜΚΟ. Για όλα η νοσηλευτική...».

«Η δουλειά μας είναι και λίγο από όλα...Τα επωμίζονται οι νοσηλευτές, αλλά εγώ θέλω να ασχοληθώ μόνο με ό,τι έχει να κάνει με τον ασθενή».

«Ανέκαθεν οι νοσηλευτές είμασταν τα παιδιά για όλες τις δουλειές...Αν πρέπει να κάνεις τη δουλειά σου και φορτώνεσαι και χίλια δυο άλλα μικρά μικρά, τέλειωσες...».

«Η νοσηλευτική έχει λίγο από όλα...δεν πρέπει να τα έχει όλα. Δεν μπορεί να είμαι υπεύθυνη ακόμα και για το αν έχει φωτοτυπίες...».

Η παρέμβαση της Ηγεσίας και Διοίκησης ως προς αυτό το σημείο θα ήταν δυνατόν να επιφέρει μεγάλες αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον του προσωπικού, παρέχοντας υποστήριξη και ενίσχυση σε αυτούς και αποτελεσματικότερες υπηρεσίες φροντίδας προς τους ασθενείς.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες πληροφορίες αποκομίζονται, επίσης, από τη μελέτη διερεύνησης εκπαιδευτικών αναγκών, που πραγματοποιήθηκε το 2010, από το Κ.Ε.Κ. Νοσοκομείου Μυτιλήνης. Ανάμεσα στα σημαντικότερα προβλήματα/δυσκολίες που καταγράφηκαν στο δείγμα των νοσηλευτών, στην τρίτη και τέταρτη θέση κατάταξης (κατά σειρά συχνότητας) συναντώνται η έλλειψη προγραμματισμού, οργάνωση, συντονισμού και ελέγχου και η κακή επικοινωνία και συνεργασία με τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους, αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε διάσταση απόψεων μεταξύ των εργαζομένων νοσηλευτών και των προϊσταμένων τους, κατά την οποία οι πρώτοι αξιολόγησαν τις γνώσεις και δεξιότητες τους θετικότερα από ό,τι οι δεύτεροι, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι είτε είναι απαραίτητη η στοχευμένη επιμόρφωση των νοσηλευτών σε περίπτωση που δεν διαθέτουν γνώσεις και δεξιότητες είτε οι προϊστάμενοι χρησιμοποιώντας αποτελεσματικούς τρόπους Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης υποκινήσαν κατάλληλα τους υφισταμένους τους να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους.

Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της συγκεκριμένης υποκλίμακας με τις υπόλοιπες του εργαλείου αξιολόγησης Νοσηλευτικού Περιβάλλοντος είναι δηλωτικές της αλληλεπίδρασης τους. Ισχυρότερη όλων, όμως, φαίνεται να είναι αυτή μεταξύ της ‘Νοσηλευτικής Ικανότητας Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης’ και της ‘Συμμετοχής του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο’ (0,353, $p < 0,01$), με άμεσες συνέπειες στο εργασιακό περιβάλλον του προσωπικού και το

επίπεδο φροντίδας των ασθενών. Γενικότερα, είναι χαρακτηριστικό ότι η συμμετοχή του προσωπικού ενισχύει την αυτονομία και βελτιώνει τους δείκτες παραμονής των νοσηλευτών στο επάγγελμα, δυο καθοριστικούς παράγοντες που συνδέονται με την αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση (Roche & Laschinger 2015).

Στη μελέτη των Leiter και Laschinger (2006), επισημαίνεται ότι η συγκεκριμένη υποκλίμακα του PES-NWI έχει ευθείες επιπτώσεις και σε μια άλλη, την Επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό και, ως εκ τούτου, και στην εμφάνιση Συναισθηματικής Εξάντλησης, όπως φάνηκε και από τις προαναφερόμενες περιγραφές για την υποστελέχωση. Παράλληλα, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας είναι πιθανό να οδηγήσει στην αντίθετη έννοια της Εξουθένωσης, δηλαδή στην εργασιακή δέσμευση (Wang 2015, Maslach 2008, Laschinger 2005, Maslach 1997), ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει επάρκεια πόρων (Jenaro 2011, Nahrgang 2011, Simpson 2009). Επιπλέον, τα αποτελέσματα μιας διαδικτυακής έρευνας υπέδειξαν ότι το υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να ελαττώσει το στρες των νοσηλευτών που οφείλεται στην εργασία, αυξάνοντας την απόδοσή τους (AbuAIRub 2004).

9.4. Η Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους και Επαγγελματική Εξουθένωση

Στην παρούσα μελέτη, η υποκλίμακα 'Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους' συγκέντρωσε το μικρότερο μέσο όρο σε σχέση με όλες τις άλλες υποκλίμακες (Μ.Ο. 2,01), με τις προτάσεις 'Υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών προκειμένου να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς' και 'Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν' να συγκεντρώνουν ιδιαίτερα χαμηλές βαθμολογίες (1,73 και 1,8, αντίστοιχα). Βέβαια, η υψηλότερη μέση τιμή για την υποκλίμακα καταγράφεται στην πρόταση 'Η επάρκεια των υποστηρικτικών υπηρεσιών (π.χ. γραμματέας, βοηθός θαλάμου, τραυματιοφορέας) μου επιτρέπει να αφιερώνω χρόνο στους ασθενείς' (Μ.Ο. απαντήσεων 2,56). Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές στη μελέτη που είχε πραγματοποιηθεί στο ίδιο Νοσοκομείο το 2010 με σκοπό την ανίχνευση εκπαιδευτικών αναγκών, απαντώντας στην ερώτηση 'Ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα/δυσκολίες που αντιμετωπίζετε κατά την εκτέλεση των καθηκόντων σας;', κατέταξαν στην πρώτη θέση (κατά σειρά συχνότητας) την έλλειψη προσωπικού και στη δεύτερη την έλλειψη υλικών.

Η μεγαλύτερη αναλογία ασθενών-νοσηλευτών και η συνεπαγόμενη ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού σχετίζονται με Επαγγελματική Εξουθένωση (Prezerakos 2015, McHugh 2014, Aiken 2013, Klopffer 2012, Aiken 2002), αφού ο φόρτος εργασίας εξαντλεί την ενέργεια των εργαζομένων και κάνει αδύνατη την ανάκαμψη τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην ερευνητική μελέτη των Aiken και συνεργατών (2008), στην οποία αναλύθηκαν δεδομένα από 10.184 νοσηλευτές και 232.342 ασθενείς του χειρουργικού τομέα από 168 Νοσοκομεία στην Πενσυλβάνια των ΗΠΑ, η μέση στελέχωση βρέθηκε να είναι 5,7 ασθενείς ανά νοσηλευτή, με την αναλογία να είναι μεγαλύτερη στα Νοσοκομεία των οποίων το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίστηκε ως 'φτωχό' (6 ασθενείς ανά νοσηλευτή) και μικρότερη στα Νοσοκομεία με καλό περιβάλλον εργασίας (5,3 ασθενείς ανά νοσηλευτή). Από την άλλη, η επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους σχετίζεται θετικά με τη δέσμευση στην εργασία (Christian 2011, Halbesleben 2010), εύρημα που συμφωνεί με την ισχυρή συσχέτιση της υποκλίμακας με την 'Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο'(0,433), που ανευρέθηκε στην παρούσα μελέτη.

Εξάλλου, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πλήθος εργασιακών απαιτήσεων σε κάθε τους βάρδια και η επαρκής στελέχωση θα μπορούσε να τους διευκολύνει στην ολοκλήρωση και ικανοποίηση των δύσκολων και δυνητικά αντικρουόμενων εργασιακών απαιτήσεων (Gabriel 2011). Δεν αποτελεί έκπληξη η σημαντική σχέση μεταξύ φόρτου εργασίας και πτωχής ποιότητας φροντίδας, φαινόμενο που συναντάται τόσο σε γενικά όσο και σε εξειδικευμένα τμήματα (Shang 2013). Το τελευταίο επιβεβαιώνεται και μέσα από την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της επάρκειας σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους και την υποκλίμακα 'Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας'. Σε γενικές γραμμές, όταν το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως θετικό και η αναλογία ασθενών προς νοσηλευτές είναι μειωμένη, οι επιδράσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι θετικές (Aiken 2011).

Σε πρόσφατη μελέτη, πραγματοποιηθείσα σε 43 νοσηλευτικά τμήματα πέντε Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων στην Ταϊλάνδη, με τη συμμετοχή 1351 νοσηλευτών, επισημαίνεται ότι η ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού εξηγεί την Επαγγελματική Εξουθένωση των νοσηλευτών (Nantsupawat 2017), εύρημα που συμφωνεί με προηγούμενη ερευνητική μελέτη στην ίδια χώρα (Nantsupawat 2011), αλλά και με αντίστοιχες, στις οποίες τονίζεται η σημαντικότητα της στελέχωσης με ανθρώπινο δυναμικό για την ευεξία των νοσηλευτών (Gabriel 2013, Clark 2007, Aiken 2002, Lake

2002, Aiken 2001). Οι αλλαγές στα επίπεδα στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζονται με αλλαγές στο επίπεδο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Aiken 2012, Rafferty 2007), όπως επισημαίνεται και στα αποτελέσματα της διαχρονικής μελέτης των Kutney-Lee (2013), όπου το ποσοστό των νοσηλευτών που ανέφεραν υψηλά επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε νοσοκομεία όπου παρατηρήθηκε βελτίωση των δεικτών στελέχωσης μειώθηκε κατά 4% περίπου σε σχέση με Νοσοκομεία όπου δεν σημειώθηκε καμία βελτίωση στους αντίστοιχους δείκτες.

Η συσχέτιση μεταξύ Επάρκειας σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους και Επαγγελματικής Εξουθένωσης υποστηρίζεται από πλήθος μελετών, κάποιες από τις οποίες εντοπίζουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην παράμετρο της Συναισθηματικής Εξάντλησης, υποστηρίζοντας ότι αυτή προέρχεται από την έλλειψη χρόνου, προσωπικού, υλικών πόρων ή εξοπλισμού συγκριτικά με τις εργασιακές απαιτήσεις (Gabriel 2013, Liu 2012, Hanrahan 2010, Kanai-Pak 2008, Leiter 2006). Το εύρημα αυτό παρατηρείται και στην παρούσα μελέτη, με την παρατηρηθείσα ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας και της Συναισθηματικής Εξάντλησης (-0,356). Αρνητική φαίνεται να είναι και η αντίστοιχη συσχέτιση με την Αποπροσωποποίηση (-0,21) και θετική με την παράμετρο των Προσωπικών Επιτευγμάτων (0,217).

Στη μελέτη των Abbenbroek και συνεργατών (2018), όπου μελετάται η επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και Αυξημένης Φροντίδας σε ασθενείς και νοσηλευτικό προσωπικό, επισημαίνεται ότι η ανεπάρκεια πόρων συσχετιζόμενη με την αναποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση επιδεινώνουν το φόρτο εργασίας του προσωπικού, αφού εκείνο αναγκάζεται όλο και πιο συχνά να συμμετέχει σε πολύπλοκες συνεργατικές παρεμβάσεις μαζί με τους γιατρούς, ενώ αυξάνεται το φορτίο που επωμίζονται οι νεότεροι υπάλληλοι, κάτι που αυξάνει το εργασιακό τους στρες.

Στην Ελλάδα, η παράμετρος αυτή επηρεάζεται και από την οικονομική κρίση, που πλήττει τη χώρα, με προεκτάσεις στον τομέα της υγείας (Gikoroulou 2014). Η υποστελέχωση των χώρων παροχής φροντίδας υγείας, και κυρίως, των νοσοκομείων οξύνθηκε τα τελευταία χρόνια, αφού από τη μία πλευρά, για κάθε πέντε νοσηλευτές που αποχωρούσαν για συνταξιοδότηση, μόνο ένας προσλαμβάνονταν και από την

άλλη, δεν προβλεπόταν ανανέωση των συμβάσεων του μη μόνιμου νοσηλευτικού προσωπικού (Kaitelidou 2012).

Το νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου στις συνεντεύξεις που δόθηκαν, αναφέρεται κυρίως, στο ζήτημα της ανεπάρκειας ανθρώπινου δυναμικού, και όχι πόρων. Σε αυτές διαφαίνεται μια σαφής σύνδεση μεταξύ αυτής και της δυνατότητας χορήγησης εκπαιδευτικής άδειας για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Χαρακτηριστικά, νοσηλεύτρια επισημαίνει ότι *«...κατάφερα να το τελειώσω (αναφέρεται σε Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών) παρόλες τις δυσκολίες...εκπαιδευτικές άδειες, έλλειψη προσωπικού, συνεχή ταξίδια και έξοδα...»*.

Η δυσκολία λόγω της έλλειψης προσωπικού επιτείνεται από τις συνθήκες νησιωτικότητας, αφού οι εφημερίες στο μοναδικό Νοσοκομείο του νησιού είναι καθημερινές, αλλά και από την απουσία κενών οργανικών θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού στον οργανισμό του Νοσοκομείου, που θα μπορούσαν να προκηρυχθούν για να καλυφθούν με μόνιμο προσωπικό. Έτσι, μέρος των αναγκών καλύπτεται από μη μόνιμο προσωπικό (*«...Βέβαια, έχουν έλθει συνάδελφοι με προγράμματα και συμβάσεις...ΟΑΕΔ, ΚΕΕΛΠΝΟ, επικουρικό προσωπικό...και πολύ καλοί στη δουλειά τους αλλά δεν είναι μόνιμοι», «Ευτυχώς, έχουν έρθει και τα παιδιά του ΟΑΕΔ (Προγράμματα Κοινωνικού Εργασίας ΟΑΕΔ)...μεγάλη βοήθεια...Έχουν έρθει και νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό...αλλά και πάλι»*). Η δυσκολία αυτή σημειώνεται και στη μελέτη των Ψημίτη και συνεργατών (2017), που αφορούσε στην προσφυγική κρίση και τις δημόσιες υπηρεσίες -μεταξύ των οποίων και τις υπηρεσίες υγείας – στη Λέσβο για τα έτη 2015-2016. Το ιατρικό προσωπικό που συμμετείχε σε αυτήν αναφέρεται στην υποστελέχωση του Νοσοκομείου, δίνοντας έμφαση στο νοσηλευτικό προσωπικό (*«...οι νοσηλευτές παραδείγματος χάριν δεν επαρκούν και για τους δικούς μας και είναι βέβαια και αυτό ένα αποτέλεσμα της κρίσης που αφορά και τον ντόπιο πληθυσμό...»*).

Επίσης, μέσα από τις περιγραφές τους φαίνεται ότι η έλλειψη προσωπικού και ο φόρτος εργασίας αποτελούν τις δυο όψεις του ίδιου νομίσματος. Υπό την επίδραση της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, οι ίδιοι αναφέρουν ότι *«...δημιουργήθηκαν άλλες ανάγκες με την έλευση τόσων χιλιάδων ανθρώπων που πέρασαν ή παραμένουν στο*

νησί μας...». Η βοήθεια που προσφέρεται από τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας ως προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του πληθυσμού προσφύγων και μεταναστών αναφέρεται ως σημαντική στην περιγραφή ενός νοσηλευτή, ο οποίος, όμως, συμπληρώνει ότι η νοσηλεία τους πραγματοποιείται φυσικά στο Νοσοκομείο, ως δευτεροβάθμια δομή φροντίδας υγείας. Επιπλέον, ο πληθυσμός της πόλης της Μυτιλήνης έχει αυξηθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό, αφού Μόρια και Καρά Τεπέ, οι δυο περιοχές όπου διαμένει ο προαναφερόμενος πληθυσμός βρίσκονται σε μικρή χιλιομετρική απόσταση από την πόλη.

Μέσα από τις συνεντεύξεις του ιατρικού προσωπικού στην έρευνα των Ψημίτη και συνεργατών (2017), οι ερευνητές κατέληξαν ότι οι μονάδες παροχής φροντίδας υγείας κλήθηκαν δίχως την απαιτούμενη προετοιμασία να αντιμετωπίσουν πλήθος περιστατικών, ως απόρροια των υψηλών μεταναστευτικών ροών, οι οποίες υπερδιπλασίασαν τον όγκο εργασίας, ενώ ταυτόχρονα, ιατροί κάθε ειδικότητας συνέδραμαν σε ένα καθεστώς εκτάκτου ανάγκης, υπό τον κίνδυνο να χαθούν ανθρώπινες ζωές. Αυτό επιβεβαιώνεται από ιατρό του Νοσοκομείου, που επισημαίνει ότι *«Υπήρχε μια αύξηση τεράστια, δεν είμαι σε θέση αυτή τη στιγμή να σας πω το ποσοστό, αλλά πιστεύω ότι κατά τη γνώμη μου κυμάνθηκε γύρω στο 80% σε σχέση με τα περιστατικά που βλέπαμε μέχρι την έναρξη της κρίσης με όλα τα επακόλουθα που μπορεί να σημαίνει αυτό ως επιβάρυνση του προσωπικού, σε οικονομική επιβάρυνση και στην εξυπηρέτηση και των ίδιων των προσφύγων αλλά και στην εξυπηρέτηση του ντόπιου πληθυσμού»*. Μάλιστα, οι ίδιοι τονίζουν ότι αναφορικά με την αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, τροχοπέδη αποτελούν οι ελλείψεις κυρίως, σε επίπεδο παραϊατρικού και ιατρικού προσωπικού, συγκεκριμένων υποδομών κ.λπ., ως αποτέλεσμα του ελλιπούς σχεδιασμού σε σύνδεση με τους παρεχόμενους πόρους και τη διαχείριση τους (Ψημίτης 2017).

Από την άλλη, θίγεται το ζήτημα της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και της λειτουργίας των φορέων που τις εκπροσωπούν. Νοσηλευτής, στην παρούσα μελέτη, αναφέρει ότι *«...Κάποια περιστατικά δεν θα έπρεπε καν να έρχονται στο νοσοκομείο. Κινητοποιείται ένας φορέας δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας για κάτι που θα έπρεπε να αντιμετωπιστεί αλλού. Το προσωπικό, όμως, απασχολείται για αυτό το περιστατικό, κουράζεται...και δεν είναι μόνο ένα. Αν αυτό συνεχιστεί, όταν θα έρθει ένα βαρύ περιστατικό, δεν θα μπορούμε να λειτουργήσουμε»*.

Ενδιαφέρουσες είναι οι αναφορές που επικεντρώνονται και σε ποιοτικά ζητήματα, όπως οι εξειδικευμένες ανάγκες του προσφυγικού-μεταναστευτικού πληθυσμού, οι αντιλήψεις περί θεμάτων υγείας, η δυσκολία στην επικοινωνία με το προσωπικό. Οι ίδιοι κλήθηκαν να αναλάβουν πολλαπλά καθήκοντα, όπως την κάλυψη βασικών βιοτικών αναγκών των προσερχομένων προσφύγων και μεταναστών («*Εντάξει, αυτό δεν υπήρχε...όταν ξέσπασε όλο αυτό, έμπαινες μέσα στο τμήμα και δεν ήξερες τί να πρωτοκάνεις. Άλλη γεννούσε, τρέξε να μεταφερθεί...άλλος βρεγμένος μέχρι το κόκκαλο, να βρεις ρούχα να ζεστάνεις τον κόσμο, κάτι να φάνε, να πιούνε...Εντάξει, αυτό, όμως δεν ήταν δουλειά του Νοσοκομείου...*) ή την επικοινωνία με άλλους φορείς, για την επιστροφή των νοσηλευθέντων ή εξετασθέντων στους χώρους διαμονής τους («*...Για να μην πω και το άλλο, όταν έπρεπε να φύγουν. Έπρεπε να παρακαλάω κάποιος να τους μεταφέρει...Λιμενικό, Αστυνομία, ΜΚΟ. Για όλα η νοσηλευτική...*»).

Η σωματική και ψυχική τους καταπόνηση, που αποτυπώνεται στις αφηγήσεις τους, φέρει στην επιφάνεια την έννοια του εργασιακού στρες και τις επιπτώσεις του στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών. Χαρακτηριστικά, αναφέρουν την αυξημένη πιθανότητα πραγματοποίησης λαθών («*...μπορεί να κάνεις λάθος, δεν είναι δύσκολο να γίνει ένα λάθος...*»), την απόμακρη και 'δυσάρεστη' συμπεριφορά προς τους ασθενείς και συνοδούς («*Όταν έχεις τόσο φόρτο και παλεύεις είναι επόμενο ότι είσαι κουρασμένος. Αντιδράς με τρόπους που δεν αναγνωρίζεις στον ίδιο σου τον εαυτό. Γίνεσαι πιεστικός και δυσάρεστος στους ασθενείς και τους συνοδούς τους*»), «*Έχω πιάσει τον εαυτό μου, το τελευταίο χρονικό διάστημα, να είναι συνεχώς σε εκνευρισμό...μια κουβέντα να μου πεις και γίνομαι πύραυλος...Κούραση*», «*Μου σπάνε τα νεύρα πράγματα που παλιά δεν με ενοχλούσαν...ε, κάποια στιγμή όλο αυτό που έχεις μέσα σου...εκρήγνυται, σαν ηφαίστειο. Κουράζεσαι από πολλά πράγματα...*») ή τη δυσκολία στην κάλυψη και άλλων αναγκών υγείας των ασθενών (για παράδειγμα, συναισθηματικές) («*Κακά τα ψέματα...όταν έχεις να κάνεις με τόσο όγκο δουλειάς, δεν προλαβαίνεις να ασχοληθείς...Δεν εννοώ ότι δεν κάνουμε αυτά που πρέπει αλλά δεν έχεις το χρόνο να ακούσεις πιο φιλικά και ανθρώπινα τα προβλήματα του...Μακάρι να μπορούσαμε*», «*Οι ασθενείς έχουν την ανάγκη να σου πουν το πρόβλημα τους, να γίνεις μέτοχος της αγωνίας τους, του φόβου τους. Δεν ξέρω...αλλά μερικές φορές – όταν δεν έχω το χρόνο να είμαι πιο 'συναισθηματικός' – νομίζω ότι δεν εκπληρώνω το ρόλο μου ως νοσηλευτής*»).

Το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται υπό συνθήκες πίεσης («...*Αύριο δεν υπάρχει, υπάρχει μόνο το 'τώρα'...*»), αναγνωρίζοντας το βαθμό ευθύνης που του αναλογεί («...*έχεις ευθύνη για αυτό που κάνεις...*») και αποβλέποντας πολλές φορές στη συνταξιοδότηση ή την εργασία σε άλλους χώρους.

9.5. Οι Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και Επαγγελματική Εξουθένωση

Η αντιμετώπιση του προβλημάτων υγείας των ασθενών είναι μια σύνθετη διαδικασία, που απαιτεί την εμπλοκή πολλών και διαφορετικών ειδικοτήτων των επαγγελματιών υγείας, με κυριότερες τους ιατρούς και τους νοσηλευτές. Η σχέση μεταξύ τους δεν περιορίζεται μόνο στη συνταγογράφηση και παροχή οδηγιών από τους ιατρούς και στην υλοποίηση αυτών από τους νοσηλευτές. Είναι μια σχέση συνεχούς αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης και η καλή επικοινωνία και συνεργασία με διεπιστημονική προσέγγιση έχει αναγνωριστεί ως απαραίτητο προαπαιτούμενο για την ασφαλή και ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Gikoroulou 2014).

Οι καλές εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών αποτελούν ένα θετικό χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος, αυξάνουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους και μειώνουν την πιθανότητα να βιώσουν Επαγγελματική Εξουθένωση ή να εκφράσουν πρόθεση φυγής (Shang 2013, Manojlovich 2007, Rafferty 2001, Baggs 1999). Επίσης, αποτελούν μέτρο κοινωνικής υποστήριξης και πηγή άντλησης συναισθηματικών δεξιοτήτων για τους νοσηλευτές (Gabriel 2011).

Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες εμφανίζονται ευχαριστημένοι από τη σχέση τους με το ιατρικό προσωπικό, όπως φαίνεται από το γεγονός ότι η υποκλίμακα 'Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών' συγκεντρώνει το δεύτερο υψηλότερο Μ.Ο. από τις συνολικά πέντε υποκλίμακες, με θετικές απαντήσεις στις προτάσεις 'Ιατροί και νοσηλευτές έχουν καλές εργασιακές σχέσεις' (Μ.Ο. 2,95) και 'Υπάρχει συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών' (Μ.Ο. 2,86). Το εύρημα αυτό συμφωνεί με αντίστοιχο μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε επαρχία της Κίνας (Liu 2012), ενώ σε άλλη παλαιότερη χρονικά έρευνα, το προσωπικό χαρακτήρισε χαμηλό το επίπεδο των εργασιακών σχέσεων μεταξύ των δυο κλάδων (Armstrong 2006).

Ως προς την Επαγγελματική Εξουθένωση, στην έρευνα του Νοσοκομείου Μυτιλήνης παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση με τη Συναισθηματική Εξάντληση, αρνητική με την Αποπροσωποποίηση ενώ δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την παράμετρο 'Προσωπικά Επιτεύγματα'. Το ίδιο συναντάται σε εκτεταμένη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες, με τη συμμετοχή 23.446 νοσηλευτών από 2087 νοσηλευτικά τμήματα 352 νοσοκομείων, όπου η υποκλίμακα παρουσίαζε ισχυρή αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο νοσηλευτικού τμήματος με την Αποπροσωποποίηση, κυρίως, όμως με τη Συναισθηματική Εξάντληση (Li 2013). Έτσι, δεν είναι παράδοξο το γεγονός ότι οι κακές εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών φαίνεται να σχετίζονται με Συναισθηματική Εξάντληση και Αποπροσωποποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιαίτερα σε χώρους ψυχικής υγείας (Moss 2016, Moneke 2013, Hanrahan 2010, Kanai-Pak 2008, Vahey 2004). Επίσης, σε χώρους Εντατικής και Αυξημένης Φροντίδας, σημαντικό ποσοστό (άνω του 48%) του νοσηλευτικού προσωπικού αναφέρει ότι βιώνει Αποπροσωποποίηση, με επακόλουθα την επαγγελματική και κοινωνική απομόνωση, που μπορεί να εμποδίζουν τη συμμετοχή σε διεπιστημονικές ομάδες, να υπονομεύουν την ομαδική εργασία και να επιδεινώνουν τα επίπεδα Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Mealer 2016, Samur 2016, Li 2015).

Τέλος, στην έρευνα του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η ανευρεθείσα θετική συσχέτιση - που ταυτόχρονα, αποτελεί και τη μεγαλύτερη μεταξύ της συγκεκριμένης υποκλίμακας με όλες τις άλλες του εργαλείου αξιολόγησης – με την υποκλίμακα 'Συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού που αφορούν σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο' (0,319, $p < 0,01$), υποδηλώνοντας πιθανώς τα προτερήματα της καλής διεπιστημονικής συνεργασίας.

9.6. Νησιωτικότητα

Η φυσική απομόνωση των νησιωτικών περιφερειών επιδρά στο χώρο της υγείας με πολλούς τρόπους. Η απουσία δεύτερης δομής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί οδηγεί σε καθημερινές εφημερίες τους εργαζομένους του Νοσοκομείου. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια, η Λέσβος υποδέχθηκε χιλιάδες ανθρώπων λόγω μεταναστευτικής-προσφυγικής κρίσης. Βρέθηκε πολλές φορές στο προσκήνιο, σε παγκόσμιο, μάλιστα, επίπεδο, ιδιαίτερα κατά τη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το πολύνεκρο ναυάγιο της 28^{ης} Οκτωβρίου 2015, όταν δεκάδες άνθρωποι βρήκαν τραγικό θάνατο στα νερά του Αιγαίου και πλήθος άλλων διακομίστηκαν από τη βόρεια πλευρά του νησιού στο Νοσοκομείο για να τύχουν περίθαλψης και νοσηλείας. Αυτή η φυσική απομόνωση λόγω γεωγραφικής θέσης, καλύφθηκε από τις προσπάθειες άμεσης διακομιδής των ασθενών σε Νοσοκομεία της πρωτεύουσας, με σκοπό την εξειδικευμένη παροχή φροντίδας.

Βέβαια, ο φόρτος εργασίας δεν αφορά μόνο στη διαχείριση κρίσεων και επειγουσών καταστάσεων, αλλά σε μια συνεχώς αυξανόμενη επιβάρυνση – σωματική και ψυχική - για το προσωπικό, που καθημερινά συσσωρεύεται.

«Υπάρχει δυσκολία...Ένα Νοσοκομείο πάνω στο νησί...εντάξει, υπάρχουν τα Κέντρα Υγείας, που βοήθησαν πάρα πολύ στο προσφυγικό, αλλά το περιστατικό που πρέπει να νοσηλευθεί, εδώ θα 'ρθει. Και είναι και το άλλο...ο πληθυσμός έχει αυξηθεί τώρα και ιδίως, ο πληθυσμός της πόλης. Τα camp είναι κοντά στην πόλη...Μόρια, Καρά Τεπέ».

«Το Νοσοκομείο εξυπηρετεί πολύ περισσότερους ανθρώπους τώρα με το προσφυγικό. Και δεν είναι μόνο αριθμητικό το θέμα. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν ανάγκη φροντίδας. Είναι ένας πληθυσμός κουρασμένος και ταλαιπωρημένος...».

Μια δεύτερη βασική συνέπεια είναι αυτή της επιστημονικής απομόνωσης, κάτι που απεικονίζεται έντονα στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αυτή. Οι ίδιοι στις αφηγήσεις τους προβάλλουν έναν συνδυασμό παραγόντων ως βασικά εμπόδια πρόσβασης σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Έτσι, οι δυσκολίες μετάβασης και συγκοινωνιακής σύνδεσης συνδυάζονται με την ανάγκη για εξασφάλιση οικονομικών πόρων και τέλος, τη δυσκολία λήψης εκπαιδευτικής άδειας, λόγω υποστελέχωσης και φόρτου εργασίας.

«Δεν είναι καθόλου εύκολο...μιλάμε για μια νησιωτική περιοχή»

«Είμαστε σε νησί. Πρώτα, πρέπει να μπορέσεις να αποδεσμευθείς από την υπηρεσία σου για να φύγεις, πράγμα σχετικά δύσκολο αφού δεν επαρκεί πάντα το προσωπικό για να καλυφθούν οι βάρδιες. Έπειτα, είναι και το κόστος, οι συγκοινωνίες....Να, για παράδειγμα, αν θέλεις να φύγεις με αεροπλάνο θα πρέπει να έχεις κλείσει τα εισιτήρια πιο νωρίς, αλλιώς είναι ακριβά. Αν επιλέξεις το πλοίο, είναι πολύωρο το ταξίδι».

«...Εδώ, δεν γίνεται. Είναι νησί, μεγάλο μεν, νησί δε. Δεν μπορείς να πάρεις το αυτοκίνητο σου και να φύγεις, όπως γίνεται με τη στεριά».

«...εδώ λόγω νησιού δεν είναι εύκολο...»

«Κουράζεσαι...από το πλήθος των περιστατικών. Σκεφτείτε ότι είμαστε το μοναδικό Νοσοκομείο πάνω στο νησί».

«Γύρω γύρω θάλασσα. Αυτό σημαίνει ότι το Νοσοκομείο αυτό εφημερεύει κάθε μέρα...Δεν έχει ανασύνταξη δυνάμεων εδώ».

«Υπάρχει δυσκολία...Ένα Νοσοκομείο πάνω στο νησί...»

Από τη μία, αναγνωρίζονται αισθήματα απομόνωσης στις αφηγήσεις του προσωπικού («Αισθάνομαι απομονωμένη από τη γνώση, την εκπαίδευση»), ενώ από την άλλη, η πραγματοποίηση του σεμιναρίου Επείγουσας Ιατρικής, τον Αύγουστο του 2015, βιώθηκε ως ‘φροντίδα του εαυτού’, αφού «...ένιωσα ότι κάποιος ασχολήθηκε μαζί μου, με τις ανάγκες ενός εργαζόμενου σε επαρχιακό νοσοκομείο και μάλιστα, νησιωτικής περιοχής...».

Γεγονός, πάντως, είναι ότι η ανάγκη για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση φαίνεται να καλύφθηκε μερικώς από την πραγματοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων που διοργανώθηκαν στο νησί με τη συνδρομή του Νοσοκομείου αλλά και από το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης (ΕΚΔΔΑ).

Συχνά, η προσπάθεια κάλυψης της ανάγκης τους για επιμόρφωση συνδυάζεται με επίσκεψη και παραμονή σε συγγενείς σε άλλες πόλεις (και κυρίως μεγάλα αστικά κέντρα), με σκοπό τόσο την επιμόρφωση όσο και την εξοικονόμηση πόρων («...Αλλά, μέσα στο χειμώνα, στην Αθήνα, πραγματοποιείται ένα συνέδριο που σκέφτομαι να το παρακολουθήσω. Έχω την κόρη μου που σπουδάζει εκεί...τουλάχιστον έχω πού να μείνω. Δεν θα πληρώσω ξενοδοχείο. Δεν θα ξοδέψω επιπλέον χρήματα Είναι ευκαιρία, θα δω και το παιδί μου»).

Η νησιωτικότητα λειτουργεί ως αποτρεπτικός παράγοντας σε δυο επίπεδα: πρώτον, οι εφημερίες είναι καθημερινές («Κουράζεσαι...από το πλήθος των περιστατικών. Σκεφτείτε ότι είμαστε το μοναδικό Νοσοκομείο πάνω στο νησί») και δεύτερον, δεν

επιτρέπει την πρόσβαση σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που θα μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες των εργαζομένων.

Με αφορμή την πληροφόρηση σχετικά με τα επιμορφωτικά προγράμματα μεγάλης διάρκειας, η υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης επιβεβαιώνει τα αναφερόμενα εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού επισημαίνοντας ότι η γεωγραφική θέση του νησιού και η νησιωτικότητα γενικότερα, φαίνεται να επιδρούν στον τρόπο που επιλέγουν να επιμορφθούν οι εργαζόμενοι, οδηγώντας τους στην επιλογή της εξ αποστάσεως επιμόρφωσης με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή («Πολλοί, αδυνατώντας να μεταβούν σε ημερίδες, διημερίδες, συνέδρια και σεμινάρια που οργανώνονται σε μεγάλα αστικά κέντρα, επιλέγουν την εξ αποστάσεως ηλεκτρονική μορφή επιμόρφωσης. Μέσα από τις κατ' ιδίαν συζητήσεις με πολλούς συναδέλφους, αντιλαμβάνομαι ότι για εκείνους που είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και του διαδικτύου, αυτό αποτελεί μια διέξοδο, που δεν μπορούμε, ίσως, να προσφέρουμε εμείς»).

«...Πάντως, το τελευταίο χρονικό διάστημα παρακολουθώ ένα επιμορφωτικό πρόγραμμα εξ αποστάσεως. Πραγματοποιείται από ένα Πανεπιστημιακό ίδρυμα και έχει χαμηλό κόστος, συγκριτικά με άλλα αντίστοιχα προγράμματα».

«...Όμως, δεν εγκατέλειψα την προσπάθεια μου. Βρήκα ένα Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα, που με ενδιέφερε – ήταν πάνω στο αντικείμενο του τμήματος στο οποίο εργάζομαι - και το ακόμα καλύτερο ήταν ότι ήταν εξ αποστάσεως πρόγραμμα. Βέβαια, απαιτούσε τη διαζώσης συμμετοχή μας στις εξετάσεις αλλά και σε κάποια σεμινάρια – κυρίως κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους σπουδών...».

«...είπα να κάνω μια προσπάθεια. Εξ αποστάσεως...μην νομίζετε....Όχι, δεν χρειαζόταν να φύγω καθόλου από το νησί. Ακόμα και οι εξετάσεις μου εδώ έγιναν...Και η παρουσίαση μέσω τηλεδιάσκεψης».

«Παρακολουθώ κάποιο σεμινάριο εξ αποστάσεως, το θέμα του οποίου μου κέντρισε το ενδιαφέρον...».

Σε αυτήν την επιλογή της εξ αποστάσεως επιμόρφωσης, ίσως, να συνέβαλαν και άλλοι παράγοντες που περιόρισαν τη λειτουργία του Κ.Ε.Κ., το οποίο θα μπορούσε να υλοποιεί επιμορφωτικά προγράμματα για την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών των

νοσηλευτών. Ως τέτοιοι θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι δυσκολίες χρηματοδότησης του Κ.Ε.Κ., ανάμεσα στις οποίες και η γραφειοκρατία («από το 2010, η μόνη χρηματοδότηση που μπορέσαμε να εξασφαλίσουμε είναι από το Λ.Α.Ε.Κ. - μέσω ΟΑΕΔ - και αφορά τους ιδιωτικού δικαίου υπαλλήλους, βέβαια. Στην περίπτωση αυτή, είναι πολύ μεγάλο το βάρος της γραφειοκρατίας. Σε αναγκάζει να προπληρώσεις σα φορέας και μετά να εισπράξεις το ποσό που προορίζεται για κατάρτιση»), το γεγονός ότι το Κ.Ε.Κ. δεν είναι πλέον πιστοποιημένο και ως εκ τούτου, δεν δίνεται η δυνατότητα υλοποίησης προγραμμάτων με αυτεπιστασία (...«στην παρούσα φάση, όχι, το Κ.Ε.Κ. δεν είναι πλέον πιστοποιημένο», «Πλέον, δεν έχουμε το δικαίωμα να κάνουμε προγράμματα με αυτεπιστασία, όπως στο παρελθόν. Γι' αυτό και το πρόγραμμα του 2015 για τους 120 Επαγγελματίες Υγείας του Βορείου Αιγαίου, δεν πραγματοποιήθηκε στις εγκαταστάσεις μας, αλλά σε Κ.Ε.Κ. που είχαν την άδεια, δηλαδή σε ιδιώτες») και τέλος, η υλοποίηση περιορισμένων προγραμμάτων του Ε.Κ.Κ.Δ.Α («Στις εγκαταστάσεις μας, πραγματοποιούνται τα προγράμματα επιμόρφωσης του φορέα αυτού – Ε.Κ.Δ.Δ.Α. - και κυρίως, η εισαγωγική εκπαίδευση των νέων δημοσίων υπαλλήλων», «Πέρυσι, το 2016, είχαν οργανωθεί προγράμματα επιμόρφωσης από το Ε.Κ.Κ.Δ.Α. Είχαν επιλεγεί τα άτομα, ο χώρος ήταν έτοιμος για την υλοποίηση. Όμως, τελευταία στιγμή, μας το ακύρωσαν λόγω οικονομικών δυσκολιών από την πλευρά τους»).

Γεγονός, πάντως είναι ότι από κανέναν από τους συμμετέχοντες ούτε από τους δυο υπευθύνους των δομών Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου δεν έγινε αναφορά στο Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) τμήμα της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου, παρόλο το γεγονός ότι στο Νοσοκομείο υπάρχει χώρος εξοπλισμένος κατάλληλα για την πραγματοποίηση συνεδριάσεων τηλεϊατρικής και η υποδομή λειτουργεί ήδη από το 2016. Το ΕΔΙΤ στοχεύει στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας σε τακτικά και έκτακτα περιστατικά σε απομακρυσμένα νησιά του Αιγαίου, στη συνεχή εκπαίδευση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νησιωτικών Κέντρων Υγείας και Πολυδύναμων Ιατρείων αλλά και στη χρήση του συστήματος για Διοικητική Υποστήριξη. Στα πλαίσια της συνεχούς εκπαίδευσης μέσω ΕΔΙΤ, προγραμματίζονται μονώρες συνεδριάσεις (13.00-14.00) με ταυτόχρονη συμμετοχή απομακρυσμένων Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και πολυδύναμων ιατρείων, περίπου δυο ή τρεις φορές την εβδομάδα, με θεματολογία που απευθύνεται τόσο σε ιατρούς όσο και σε νοσηλευτές.

9.7. Προσφυγική – Μεταναστευτική κρίση

Η πρωτοφανής αύξηση του αριθμού των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών στην Ελλάδα, λόγω της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, είχε μείζουσες οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα υγείας και οδήγησε σε σημαντικές προκλήσεις το ελληνικό σύστημα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας (De Paoli 2018, Kotsiou 2018a, Morris 2017, Christodoulou 2016 στο Kotsiou 2018b). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας επηρεάστηκε βαθιά από τη συνέργεια οικονομικής και προσφυγικής κρίσης, όπως αυτό αντικατοπτρίστηκε στα νησιά του Αιγαίου (Hermans 2017, Medecines Sans Frontieres 2017, Morgan 2017 στο Kotsiou 2018b).

Στην περίπτωση της Λέσβου, το μεγάλο φορτίο της νοσηλείας, περίθαλψης, φροντίδας και αντιμετώπισης επειγουσών καταστάσεων, πολλές φορές απειλητικών για τη ζωή χιλιάδων ανθρώπων επιβάρυνε όλες τις δομές φροντίδας υγείας και πολύ περισσότερο το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης, το μοναδικό νοσοκομείο του νησιού.

Οι ίδιοι οι συμμετέχοντες στη μελέτη επισημαίνουν ότι *«Η δουλειά μας έχει άγχος, πολύ άγχος...αν είσαι και ευαίσθητος, σε παίρνει από κάτω. Πρώτον, υπάρχει σωματική κόπωση...πολύ δουλειά τώρα με το προσφυγικό...»*, *«...αντιμετωπίζουμε πολύ δύσκολες συνθήκες καθημερινά. Είμαστε δημόσιοι υπάλληλοι αλλά όχι σύμφωνα με αυτό που έχουν οι περισσότεροι μέσα στο μυαλό τους. Έρχομαι αντιμετώπι με το θάνατο, με τον πόνο, με το άγχος του ασθενούς για την υγεία του και του συνοδού του για τον άνθρωπο του, με την ανάγκη του άλλου για βοήθεια. Έχω, όμως, και εγώ ανάγκη. Δεν είμαι ρομπότ. Είναι ψυχοφθόρο επάγγελμα. Θεωρώ, λοιπόν, ότι η εκπαίδευση είναι μια διέξοδος»*. Έτσι, η επιμόρφωση τους θα μπορούσε να συμβάλει στην πρόληψη αλλά και στην αντιμετώπιση και διαχείριση της καταπόνησης. Νοσηλεύτρια με προϋπηρεσία 17 ετών θεωρεί την εργασία της *«υπέροχη αλλά – κακά τα ψέματα – δύσκολη και απαιτητική. Δίνεις σώμα και ψυχή. Τα τελευταία χρόνια νιώθω πολύ κουρασμένη. Δεν είναι ότι δεν μου αρέσει η δουλειά μου...όχι, σε καμία περίπτωση. Κουράστηκα»*.

Η αύξηση του πληθυσμού λόγω της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης σε συνδυασμό με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πληθυσμού απέδωσαν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στο βίωμα των εργαζομένων. Η αύξηση αυτή αφορά κυρίως την πρωτεύουσα Μυτιλήνη, αφού οι δυο περιοχές, Μόρια και Καρά Τεπέ, απέχουν λίγα χιλιόμετρα από το κέντρο της. Οι ίδιοι οι πρόσφυγες σε πρόσφατη μελέτη των

Κοτρώγιαννου και Τζαγκαράκη (2019) αναφέρουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου/Κέντρων Υγείας σε ποσοστό 77,8%, σημειώνοντας μάλιστα, ότι 80% εξ αυτών παρατήρησε βελτίωση του επιπέδου υγείας μετά την άφιξη τους. Το ζήτημα, όμως, για τους επαγγελματίες υγείας δεν φαίνεται να είναι μόνο αριθμητικό.

Τρία σημαντικά προβλήματα αναδύθηκαν από τις περιγραφές των ερωτηθέντων, που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών, με βάση ποιοτικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο αφορά στο γεγονός ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός προσερχομένων ασθενών *«Είναι ένας πληθυσμός κουρασμένος και ταλαιπωρημένος...»*. Είναι γεγονός ότι οι ανάγκες φροντίδας υγείας των μετακινούμενων πληθυσμών είναι εκ φύσεως πολυεπίπεδες, αφού αφορούν: Α) σε προβλήματα υγείας πριν το ταξίδι (π.χ. τραυματισμοί εξαιτίας του πολέμου, βίας, βασανιστηρίων κ.ά.), Β) κατά τη διάρκεια του ταξιδιού (ανάλογα με το είδος και τη διάρκεια του) και Γ) μετά το ταξίδι (συνθήκες διαβίωσης, πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας κ.ά.) (European Parliamentary Research Service 2016).

Έτσι, είναι πολύ πιθανό η ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση υγείας ενός ασθενούς να επιδεινωθεί από ένα επιπλέον πρόβλημα που μπορεί να προστέθηκε κατά τη διάρκεια του ταξιδιού. Κάποια από αυτά αποτελούν προβλήματα υγείας που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τη διαχείριση τους σε τακτική βάση. Εδώ, οι εργαζόμενοι παραδέχονται τη βοήθεια των συναδέλφων τους από άλλες δομές φροντίδας υγείας του νησιού, αλλά τονίζουν ότι *«...δεν υπάρχει ανασύνταξη δυνάμεων εδώ»*, αφού δεν υπάρχει άλλη δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Εντοπίζεται, όμως, και μια δεύτερη κατηγορία προβλημάτων, που προέρχονται από μαζικού χαρακτήρα καταστάσεις οι οποίες χρήζουν επείγουσας αντιμετώπισης, όπως, χαρακτηριστικά, το ναυάγιο της 28^{ης} Οκτωβρίου 2015, ανοιχτά του Μολύβου.

Δεύτερο ζήτημα, σύμφωνα με τις περιγραφές των νοσηλευτών, *«...είναι ένας πληθυσμός που έχει άλλες αντιλήψεις για τα θέματα υγείας. Υπάρχουν άνθρωποι που δεν έχουν εξεταστεί ποτέ, δεν είναι μέρος της κουλτούρας τους»*. Σημαντική θέση, λοιπόν, φαίνεται ότι έχουν οι πολιτισμικές πεποιθήσεις, που δεν προσδιορίζουν το επίπεδο υγείας, αλλά μπορούν να επηρεάσουν τις αξίες, αποφάσεις, συμπεριφορές που διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας και τον τρόπο ζωής (Unger 2011). Έτσι, καθίσταται αναγκαίο για τους επαγγελματίες υγείας να κατανοούν την κουλτούρα και τις πολιτισμικές πεποιθήσεις των ασθενών τους για είναι σε θέση να παρέχουν το βέλτιστο

επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Το τελευταίο επιβεβαιώνεται από προηγούμενη μελέτη στο ίδιο Νοσοκομείο, όπου οι συμμετέχοντες σε αυτή επαγγελματίες υγείας αναφέρουν δυσκολία κατά τη συνεργασία με ασθενείς με διαφορετικές απόψεις περί υγείας, με τους ιατρούς, μαιευτικό προσωπικό και βοηθούς νοσηλευτών να αναφέρουν τη μεγαλύτερη δυσκολία χωρίς, όμως, να ενοχλούνται από τα διαφορετικά πρότυπα συμπεριφοράς των ασθενών τους (Βέτσικα 2017).

Το τελευταίο ζήτημα αφορά στην επικοινωνία, όπως φαίνεται από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων (*«Ξέρεις τί είναι να πνίγεσαι και να έχεις ένα περιστατικό που να μην μπορείς να συνεννοηθείς;...Ναι, γιατί το πρώτο χρονικό διάστημα, από τη θάλασσα έρχονταν κατευθείαν εδώ. Ούτε διερμηνέας, ούτε αγγλικά, τίποτα. Άντε εσύ να τα βγάλεις πέρα με νοήματα. Γίνεται;»*), *«Φόρτος εργασίας; Ναι, πολύς, δεν το συζητάμε. Καταρχήν, περισσότερος κόσμος που ζητάει βοήθεια, δεν μπορείς να τους βοηθήσεις πάντα, δεν μπορείς να τους βοηθήσεις όπως θέλουν (δε γίνεται αυτό που θέλουν). Μετά, δεν καταλαβαίνεις τί σου λένε, δεν έχεις την ίδια κουλτούρα, ούτε την ίδια γλώσσα, δεν ξέρουν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας (αλλά, και κανένας δεν τους βοήθησε, τουλάχιστον στην αρχή...)*), *έρχονται ξανά και ξανά ζητώντας πράγματα που δεν γίνονται...»*). Η απουσία γλωσσικής επικοινωνίας και διερμηνείας συναντάται και στην προαναφερόμενη μελέτη της Βέτσικα (2017), στην οποία οι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν ότι είναι εύκολο για αυτούς να προσεγγίσουν έναν ασθενή με διαφορετική γλώσσα από εκείνους. Το ίδιο ακριβώς ζήτημα φαίνεται να αποτελεί και το σημαντικότερο εμπόδιο όπως επισημάνθηκε από τους ίδιους τους πρόσφυγες, σε πρόσφατη μελέτη των Κοτρόγιαννου και Τζαγκαράκη (2019), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 100 προσφύγων στο νησί της Λέσβου.

Οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές κάνουν πιο δύσκολη την αξιολόγηση και διαχείριση των προβλημάτων (De Paoli 2018, Kotsiou 2018a, Morris 2017 στο Kotsiou 2018b). Γλωσσικά εμπόδια δεν υπάρχουν μόνο κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών αλλά σε κάθε επίπεδο φροντίδας υγείας, από τον προγραμματισμό των επισκέψεων μέχρι τη συνταγογράφηση και την κατάλληλη εκπαίδευση ως προς τα φαρμακευτικά σκευάσματα (Morris 2009) ή ακόμα και την κατάλληλη προφορά του ονόματος του ασθενούς (Cape 1999), δημιουργώντας μια αίσθηση ανασφάλειας στους επαγγελματίες υγείας (Akhavan 2013), πολύ δε περισσότερο όταν αυτοί εργάζονται σε χώρους ψυχικής υγείας (Sandhu 2013). Οι ίδιοι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την πρόσβαση κατάλληλης

εξειδικευμένης φροντίδας υγείας (De Paoli 2018, Kotsiou 2018a, Morris 2017 στο Kotsiou 2018b). Η απουσία κοινού κώδικα επικοινωνίας (έστω και με τη χρήση της αγγλικής γλώσσας) κάνει επιτακτική την παρουσία διερμηνέων, αφού αυτή διευκολύνει την παροχή φροντίδας σε κάθε στάδιο της (Βέτσικα 2017) και εξασφαλίζει εχεμύθεια (De Paoli 2018, Tsiamis 2016). Τέλος, επηρεάζει καθοριστικά την πρόωπη αναγνώριση των συμπτωμάτων των ασθενών και της έκθεσης τους σε τραυματικά γεγονότα, για τους χώρους ψυχικής υγείας (Bischoff 2003).

Ως προς τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση, η πραγματοποίηση του επιμορφωτικού προγράμματος ‘Πρώτες Βοήθειες – Επείγουσα Ιατρική στο Βόρειο Αιγαίο’, τον Αύγουστο του 2015, φαίνεται να βοήθησε τους εργαζόμενους, αφού *«...συνέπεσε με την κρίση του προσφυγικού ζητήματος. Εκείνη τη χρονιά, το νησί μας δεχόταν χιλιάδες ανθρώπους κάθε μέρα, και αυτοί είχαν ανάγκη παροχής Πρώτων Βοηθειών»*, σύμφωνα με την υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης. Πολλοί εκ των συμμετεχόντων χρησιμοποίησαν θετικούς χαρακτηρισμούς για το πρόγραμμα αυτό (*«...Ήταν πολύ καλά οργανωμένο. Και έμαθα και πράγματα...»*), *«Κάποια από αυτά που έχω παρακολουθήσει μπορώ να πω ότι βοήθησαν, βοήθησαν πολύ. Είχαν αντίκρισμα στη δουλειά μου, εφόρμωσα έστω κάτι από αυτά που έμαθα. Μπορώ να πω ότι εφόρμωσα αυτά στα οποία έκανα εξάσκηση. Μπαίνεις στη διαδικασία να εμπλακείς, σου δίνουν ένα σενάριο και τους λες τί θα κάνεις, δεν είναι θεωρητικό. Το θεωρητικό κουράζει, ιδίως εμάς τους πιο μεγάλους, που έχουμε ξεφύγει και λίγο από το σχολείο....Αυτό ισχύει για το σεμινάριο του 2015 και για άλλα δυο που παρακολούθησα το 2017»*) και σε κάποιες περιπτώσεις, αυτό αποτέλεσε έναυσμα για να παρακολουθήσουν και άλλα με αντίστοιχη θεματολογία (Επείγουσα Αντιμετώπιση ασθενών, Διαχείριση Μαζικών Καταστροφών), κάτι που θα μπορούσε να αποδοθεί στα περιστατικά που κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν με αφορμή την κρίση αυτή.

Θεωρούν ότι οι ‘Πρώτες Βοήθειες’ θα μπορούσε ως θέμα να ενταχθεί στα γενικά θέματα, που πρέπει όλοι να παρακολουθούν (*«...Είναι, όμως, και κάποια θέματα που μας αφορούν όλους»*), *«...Η θεματολογία θα πρέπει να είναι γενική, να μπορούν να την παρακολουθήσουν όλοι. Όπως οι Πρώτες Βοήθειες. Είναι ένα θέμα που μπορούμε όλοι να το παρακολουθήσουμε»*, *«Είναι θέματα που είναι απαραίτητα. Για παράδειγμα, Αντιμετώπιση Επειγόντων Περιστατικών. Όταν έγινε το φοβερό ναυάγιο της 28^{ης} Οκτωβρίου του 2015, ήμουν βάρδια»*, *«Αν θα μπορούσα να προτείνω κάτι, τώρα με το μεταναστευτικό κίόλας, αυτό θα ήταν ‘Πρώτες Βοήθειες’ – ξανά και ξανά...»*).

Στη γενική θεματολογία, κάποιιοι εντάσσουν, επίσης, και τα Μέτρα Ατομικής Προστασίας και τη διαχείριση ασθενών με λοιμώδη νοσήματα, θέματα για τα οποία ζητούν επιμόρφωση («*Νομίζω ότι το περιεχόμενο μπορεί να μεταβληθεί. Παίζουν ρόλο και οι συνθήκες. Άλλο πριν 10 χρόνια και άλλο τώρα. Τώρα, έχουμε άλλα δεδομένα. Είναι το μεταναστευτικό. Ηπατίτιδες είχαμε και πριν, τώρα είναι πιο πολλά τα περιστατικά. Είχαμε και AIDS, όχι και τόσο συχνά, όμως. Τώρα συναντάμε πολύ συχνά τέτοιους ασθενείς. Κι αν δουλεύεις και στα Επείγοντα, δεν ξέρεις τί έχει ο ασθενής που έρχεται. Εγώ οφείλω να λάβω τα μέτρα για όλους, δεν το συζητώ. Αλλά, αντικειμενικά τώρα, τα περιστατικά είναι περισσότερα. Ας αφήσω αυτό. Θα σου πω για φυματίωση, ελονοσία. Τα αντιμετωπίζουμε αυτά. Ξέρω να τα διαχειριστώ σαν περιστατικά, ξέρω τα μέτρα, μου τα δίδαξαν στη σχολή και τώρα τα ξαναδιάβασα. Θέλω και επιμόρφωση, όμως, πάνω σ' αυτό. Συνεχώς...*»), «*Σίγουρα ένα ζήτημα είναι τα λοιμώδη νοσήματα. Θεωρώ ότι τώρα με το προσφυγικό-μεταναστευτικό είναι μια καλή ευκαιρία να τα ξαναδούμε αυτά...*»), υποδεικνύοντας την ανάγκη προσαρμογής της θεματολογίας στις συνθήκες, έτσι όπως αυτές διαμορφώθηκαν («*...Είναι, όμως, και θέματα που προκύπτουν ανάλογα με τις συνθήκες, να, για παράδειγμα, το προσφυγικό. Δημιουργήθηκαν άλλες ανάγκες με την έλευση τόσων χιλιάδων ανθρώπων που πέρασαν ή παραμένουν στο νησί μας και μάλιστα, εντελώς διαφορετικής νοοτροπίας από τη δική μας*») και την ανάγκη σχεδιασμού επιμορφωτικών προγραμμάτων βάσει των εκπαιδευτικών αναγκών που ανιχνεύονται («*... Κατά τη γνώμη μου, λέγεται Συνεχιζόμενη, γι' αυτό το λόγο. Εγώ σαν εργαζόμενος έχω ανάγκες για εκπαίδευση, αυτές εντοπίζονται από τους αρμόδιους και σχεδιάζονται προγράμματα που να καλύπτουν αυτό το κενό*»).

Τέλος, με αφορμή την προσφυγική-μεταναστευτική κρίση, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι ενδιαφέρονται για κοινωνικές δεξιότητες, χωρίς φυσικά να παραθεωρούνται οι βασικές νοσηλευτικές δεξιότητες. Αντιλαμβάνονται τη δυσκολία στη διαχείριση περιστατικών Διαταραχής Μετατραυματικού Stress («*«Ξέρετε πόσα περιστατικά αντιμετωπίσαμε με Διαταραχή Μετατραυματικού Stress; ...Σαφώς, από πρόσφυγες. Είναι δύσκολα περιστατικά αυτά, κι από την άλλη η κούραση μας είναι τόση που στο τέλος, επικρατεί ένας εκνευρισμός. Εκείνοι εκδηλώνουν τέτοιου είδους συμπτώματα πολύ συχνά. Έχουν περάσει πολλά, το καταλαβαίνω. Από την άλλη, όλα εδώ, στο νοσοκομείο καταλήγουν. Πού αλλού; ...Θέλω βοήθεια μ' αυτό. Υποστήριξη...*»»), κάτι που καταγράφεται και σε αναφορά της Διεθνούς Επιτροπής Διάσωσης (International Rescue Committee), στην

οποία περιλαμβάνονται συστάσεις για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των αιτούντων άσυλο στη Λέσβο. Μεταξύ άλλων, ζητείται η 'ενίσχυση του δημόσιου νοσοκομείου στο νησί, για να καλύψει τις αυξημένες ιατρικές ανάγκες του πληθυσμού των προσφύγων, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών ψυχικής υγείας' (IRC 2018), υπογραμμίζοντας την έλλειψη προσωπικού.

Την ανάγκη για περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα είχαν εκφράσει και οι συμμετέχοντες στη μελέτη της Βέτσικα (2017). Είχαν επικεντρωθεί, όμως, περισσότερο στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων για τη φροντίδα ασθενών με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, επισημαίνοντας την ανάγκη τους για ανακούφιση του στρες που βιώνουν όταν φροντίζουν ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα από αυτούς.

Στην παρούσα έρευνα, νοσηλεύτρια αφηγείται ότι στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει προσωπική της δυσκολία στράφηκε σε εξ αποστάσεως σεμινάριο με θέμα 'Διαχείριση του Stress και Υγεία'. Η ίδια δίνει έμφαση στην έννοια του στρες στην εργασία και επισημαίνει την επίδραση της προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης *«...Στη δουλειά είναι καθημερινό φαινόμενο αυτό. Είναι βαριά δουλειά, με πολύ μεγάλο φορτίο συναισθηματικό. Με το μεταναστευτικό, ταραχθηκαν τα ύδατα. Ανάμεσα στα άλλα ζητήματα λειτουργίας, προστέθηκε ένα ακόμη, και όχι κάτι απλό...Δυσκόλεψε τη δουλειά μας, χειρότερωσε τις συνθήκες εργασίας, το άγχος στη δουλειά...συν όλα τα άλλα που είχαμε».*

Η υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης παραδέχεται ότι *«...προσπαθήσαμε να διαχειριστούμε πραγματικές κρίσεις, για τις οποίες δεν είμασταν έτοιμοι. Έβγαιναν από τις βάρκες ταλαιπωρημένοι και βρεγμένοι, άλλοι πάλευαν με τα κύματα, τους έφερναν με υποθερμία. Έβλεπες παιδάκια και μεγάλους πνιγμένους και εμείς ακόμα, δεν αντέχαμε...».* Στην ίδια διαπίστωση καταλήγει εργαζόμενη, περιγράφοντας τις τραγικές στιγμές που έζησε την ημέρα του μεγαλύτερου ναυαγίου, τον Οκτώβριο του 2015, *«...Ενήλικες και μωρά, άλλοι τραυματισμένοι, άλλοι που πάλευαν με τα κύματα και μας τους έφερναν ως παρ' ολίγον πνιγμούς και όλοι με υποθερμία. Κλάματα, φωνές, οδηγίες, άγχος, κούραση – σωματική και ψυχολογική -, σφίγγεις τα δόντια αλλά μέχρι τότε; Κάποια στιγμή σπας, άνθρωπος είσαι. Στη θέση αυτής της μάνας που σώθηκε αλλά βλέπει το παιδί της να αναμετριέται με το θάνατο, τον άδικο θάνατο μιας άδικης ζωής, θα μπορούσα να είμαι κι εγώ. Έτσι, δεν είναι;.... Δεν είναι ότι δεν ξέρουμε πώς να*

αντιμετωπίζουμε τα περιστατικά αυτά. Αλλά θα μιλήσω για τον εαυτό μου: δεν ξέρω, δεν είμαι έτοιμη για την αντιμετώπιση και τη διαχείριση μιας κρίσης, μιας επείγουσας και μαζικής κατάστασης, παρόλο το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια, έχουμε έρθει αντιμέτωποι πολλές φορές με δύσκολες καταστάσεις λόγω του προσφυγικού-μεταναστευτικού».

Η επίδραση της προσφυγικής κρίσης στη ψυχική υγεία των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, αλλά και έρευνας και διάσωσης, σε επείγουσες καταστάσεις έχει επισημανθεί και στη μελέτη των Sifaki-Pistolla (2017), η οποία διενεργήθηκε στη Λέσβο. Οι επαγγελματίες στο χώρο αυτό τίθενται και εκείνοι σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικής διαταραχής και διαταραχής μετατραυματικού στρες, ειδικά όταν δεν υπάρχει επαρκής εκπαίδευση ή ψυχολογική υποστήριξη. Στη συγκεκριμένη μελέτη, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι ως προγνωστικοί παράγοντες για τη συγκεκριμένη διαταραχή θεωρήθηκαν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και η αυξημένη ηλικία. Επίσης, οι γυναίκες επαγγελματίες ανευρέθηκε ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες επιπρόσθετα συνοδεύεται από εξουθενωτικές εργασιακές συνθήκες και έλλειψη συνεχούς ψυχολογικής υποστήριξης. Με άλλα λόγια, συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και αρνητικά με την ευεξία των εργαζομένων (Kotsiou 2018b). Η σημαντικότητα της εκπαίδευσης και της ψυχολογικής υποστήριξης τονίζεται και σε άλλες μελέτες, με σκοπό την πρόληψη και άμβλυνση της ψυχιατρικής νοσηρότητας των επαγγελματιών (Chatzea 2018, Morgan 2016, Psarros 2016 στο Kotsiou 2018b).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου Μυτιλήνης αξιολόγησε με υψηλή βαθμολογία τις παραμέτρους του εργασιακού περιβάλλοντος, που αφορούν στη 'Νοσηλευτική ικανότητα Διοίκησης, Ηγεσίας και Υποστήριξης' και τις 'Εργασιακές σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών'. Μέσα από τις απαντήσεις τους, τα μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρούν ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του εργασιακού τους περιβάλλοντος έχουν θετική επίδραση σε αυτούς, εκλαμβάνοντας τη σχέση με τους προϊσταμένους τους ως υποστηρικτική και περιγράφοντας ένα καλό επίπεδο επικοινωνίας και σχέσεων με τους ιατρούς. Από την άλλη, τις χαμηλότερες βαθμολογίες συγκέντρωσαν οι παράμετροι 'Συμμετοχή του Νοσηλευτικού Προσωπικού σε θέματα που αφορούν στο Νοσοκομείο', 'Νοσηλευτική Συμβολή σε θέματα Ποιότητας Φροντίδας' και κυρίως, η 'Επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, αναδεικνύοντας το ζήτημα της υποστελέχωσης.

Από τη μέτρηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, φαίνεται ότι οι εργαζόμενοι βιώνουν μέτριο προς υψηλό βαθμό Επαγγελματικής Εξουθένωσης, με μέτρια προς υψηλή Συναισθηματική Εξάντληση, μέτρια Αποπροσωποποίηση και χαμηλή αίσθηση Προσωπικών Επιτευγμάτων, ενώ η Συναισθηματική Εξάντληση συσχετίζεται ισχυρά με όλες τις παραμέτρους του Εργασιακού Περιβάλλοντος.

Ως προς τη συμμετοχή τους σε θέματα που αφορούν το Νοσοκομείο, οι ίδιοι θεωρούν ότι δεν τους παρέχονται ευκαιρίες για εξέλιξη και προαγωγή. Η θεώρηση αυτή οδήγησε πολλούς από αυτούς στην επιλογή προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης με σκοπό τη βαθμολογική και οικονομική αναγνώριση. Η απουσία του θεσμού του κλινικού εκπαιδευτή και της εφαρμογής πρωτοκόλλων για την κλινική νοσηλευτική πρακτική επιτείνει την αίσθηση μειωμένης παροχής ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης. Η επιλογή και τοποθέτηση εργαζομένων ως κλινικών

εκπαιδευτών και η δημιουργία νοσηλευτικών πρωτοκόλλων από ομάδες εργασίας αποτελούμενες από έμπειρους νοσηλευτές θα μπορούσε να οδηγήσει σε ενίσχυση της συμμετοχής των εργαζομένων σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στη μείωση του στρες και της ανασφάλειας των νεοεισερχομένων στον εργασιακό χώρο. Επιπλέον, θα μπορούσε να συμβάλει στην καλλιέργεια κουλτούρας εκπαίδευσης και στην τεκμηρίωση του νοσηλευτικού έργου (evidence-based practice), με αποτέλεσμα την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Στις αιτίες μειωμένης συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων περιλαμβάνονται οι περιορισμένες ευκαιρίες στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών υγείας αλλά και η έλλειψη προσωπικού, όπως διαπιστώνεται και από την ισχυρή συσχέτιση των δυο υποκλιμάκων του εργαλείου αξιολόγησης του εργασιακού περιβάλλοντος, χωρίς, φυσικά, να εξαιρείται το ενδεχόμενο οι ίδιοι οι νοσηλευτές να μην αντιλαμβάνονται το ρόλο τους στο σχεδιασμό των πολιτικών υγείας.

Οι εξαιρετικά χαμηλές βαθμολογίες στις προτάσεις που σχετίζονται με τη νοσηλευτική διάγνωση και την εφαρμογή προγραμμάτων διασφάλισης ποιότητας αντανακλούν τη δυσκολία στην οργάνωση και τεκμηρίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, επιτείνοντας το εργασιακό στρες των εργαζομένων και περιορίζοντας τη δυνατότητα για αξιολόγηση των εκπαιδευτικών τους αναγκών και το σχεδιασμό επιμορφωτικών παρεμβάσεων.

Οι ίδιοι θεωρούν ότι δεν υλοποιείται ικανοποιητικός αριθμός προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στο Νοσοκομείο, εύρημα που συναντάται και σε προηγούμενη έρευνα του Κ.Ε.Κ. του Νοσοκομείου. Η προσπάθεια κάλυψης αυτής της ανάγκης έχει σαν αποτέλεσμα την επιμόρφωση με πρωτοβουλία των ενδιαφερομένων, όπως επισημαίνεται από την πλειοψηφία των ερωτηθέντων. Το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων που δηλώνει ότι η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση θα έπρεπε να έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα, αποτελεί μια άλλη μορφή έκφρασης της ανάγκης για επιμόρφωση.

Σύμφωνα με τις αφηγήσεις των εργαζομένων, στα οφέλη της, μεταξύ άλλων, συμπεριλαμβάνεται η ενίσχυση του αισθήματος αυτόρκειας και αυτοπεποίθησης ως προς την παροχή των υπηρεσιών τους. Έτσι, γίνεται φανερό ότι η απουσία αυτού του υποστηρικτικού μέσου προκαλεί τη βίωση εργασιακού στρες και εξουθένωσης, με δυσμενείς συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς.

Είναι αξιοσημείωτη η διάσταση απόψεων μεταξύ της υπεύθυνης του Γραφείου Εκπαίδευσης και του νοσηλευτικού προσωπικού, ως προς την υλοποίηση προγραμμάτων για νεοδιοριζόμενους. Πιθανόν, αυτή να οφείλεται στο μικρό χρονικό διάστημα που αυτή η μορφή εκπαίδευσης πραγματοποιείται στο Νοσοκομείο, αφού η υπεύθυνη νοσηλεύτρια ανέφερε την έναρξη των προγραμμάτων αυτών από το 2013, όταν ανέλαβε εκείνη τη λειτουργία του Γραφείου.

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι ως προς τα εμπόδια πραγματοποίησης επιμόρφωσης, οι δυο υπεύθυνοι των δομών Εκπαίδευσης συμφωνούν μεταξύ τους σε δυο, την έλλειψη χρηματοδότησης και την απουσία κινήτρου-κουλτούρας εκπαίδευσης από την πλευρά των εργαζομένων. Η έλλειψη χρηματοδότησης φαίνεται ότι προέρχεται από την άτυπη λειτουργία του Γραφείου Εκπαίδευσης ενώ στην περίπτωση του Κ.Ε.Κ. από τη μη πιστοποίηση του και τη γραφειοκρατία. Η παρατηρούμενη διάσταση απόψεων μεταξύ τους ως προς τη δυνατότητα εξεύρεσης χώρου για την υλοποίηση προγραμμάτων απηχεί την καταβολή μεμονωμένων προσπαθειών, χωρίς να υπάρχει συντονισμός για την από κοινού πραγματοποίηση επιμόρφωσης.

Από την πλευρά τους, οι εργαζόμενοι ως εμπόδια στην παρακολούθηση προγραμμάτων εκτός νησιού προέβαλαν την έλλειψη προσωπικού και την επακόλουθη αδυναμία λήψης εκπαιδευτικής άδειας, τη γεωγραφική απομόνωση που οδηγεί στην ανάγκη μετάβασης σε αστικές περιοχές και την οικονομική κρίση συνδυαζόμενη με τις οικογενειακές υποχρεώσεις. Η αναφερόμενη εκ μέρους τους απουσία υλοποίησης εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε συνδυασμό με τη δυσκολία παρακολούθησης αυτών εκτός Λέσβου φαίνεται ότι έστρεψαν τους εργαζόμενους στην επιλογή της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης, που συνήθως δεν αναγνωρίζεται για μοριοδότηση.

Η έλλειψη προσωπικού, εκτός από τον αρνητικό της αντίκτυπο στη συμμετοχή των εργαζομένων σε ζητήματα που αφορούν στο Νοσοκομείο, επιδρά και στην επαγγελματική ανάπτυξη των εργαζομένων. Από την αξιολόγηση του προσωπικού ως προς την επάρκεια σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, γίνεται σαφές μέσα και από τις δυο προσεγγίσεις, ποσοτική και ποιοτική, ότι η αναφερόμενη υποστελέχωση επιδρά με αρνητικό τρόπο στο κλινικό τους έργο. Οι ίδιοι επισημαίνουν ότι δεν υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτών για να παρέχεται ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς ούτε για την εκτέλεση των εργασιών που πρέπει να γίνουν. Το τελευταίο επιβεβαιώνεται από τις αφηγήσεις των εργαζομένων με αναφορά, όμως, σε ποιοτικά χαρακτηριστικά

της εργασίας τους («...Δεν εννοώ ότι δεν κάνουμε αυτά που πρέπει αλλά δεν έχεις το χρόνο να ακούσεις πιο φιλικά και ανθρώπινα τα προβλήματα του...Μακάρι να μπορούσαμε»). Η έλλειψη προσωπικού δεν αποτελεί πρωτοεμφανιζόμενη παράμετρο για το Νοσοκομείο. Ήδη, στην έρευνα του 2010, κατατάσσεται στην πρώτη θέση των σημαντικότερων προβλημάτων που αναφέρουν οι συμμετέχοντες σε αυτήν.

Δυο παράγοντες που επιτείνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις της έλλειψης προσωπικού φαίνεται να είναι από τη μια, η γεωγραφική θέση και νησιωτικότητα, που εξαναγκάζει το σύνολο του προσωπικού του μοναδικού Νοσοκομείου του νησιού να εργάζεται υπό το καθεστώς καθημερινών εφημεριών, και, από την άλλη πλευρά, η οικονομική κρίση, με την εφαρμογή μέτρων λιτότητας σε μισθούς και συντάξεις (Kentikelenis 2011), τη μειωμένη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς και την αύξηση των επειγουσών εισαγωγών στο δημόσιο τομέα (Kalafati 2012). Εξέχουσας σημασίας όμως, παράγοντας αποτελεί ο φόρτος εργασίας. Η έλλειψη προσωπικού συνεπικουρούμενη από το φόρτο εργασίας επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας, επιφέροντας αρνητικές επιπτώσεις στην προσωπική τους υγεία και, φυσικά, στην ποιότητα του έργου που παρέχουν (Kane 2007). Επιπλέον, φαίνεται να επιδρούν και στο επίπεδο παρεχόμενης Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, οδηγώντας σε συνθήκες μεγαλύτερης υποβάθμισης των εκπαιδευτικών τους δεξιοτήτων, αφού οι νοσηλευτές στερούνται αναγκαίες ευκαιρίες μάθησης (Δημητριάδου 2009).

Στη μελέτη, οι εργαζόμενοι υποστήριξαν ότι ο φόρτος εργασίας στο Νοσοκομείο είναι πολυπαραγοντικός. Συγκεκριμένα, μεγάλος όγκος των περιστατικών οφείλεται στην αύξηση αναγκών υπηρεσιών υγείας λόγω πρώτον, της χρήσης υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας από ασθενείς που θα έπρεπε να απευθυνθούν στην πρωτοβάθμια κοινοτική φροντίδα και δεύτερον, λόγω της πρόσφατης προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, που στη Λέσβο είχε δραματικές επιπτώσεις. Η κρίση αυτή απεκάλυψε την ύπαρξη κρίσιμων ζητημάτων δημόσιας υγείας, από την απόκριση σε επείγουσες καταστάσεις για την αντιμετώπιση ανθρωπιστικών αναγκών μέχρι και την παροχή υγειονομικής και κοινωνικής προστασίας (Bozorgmehr 2018, Tsitsakis 2017, Razum 2016 στο Kotsiou 2018b). Μάλιστα, η Ύπατη Αρμοστεία είχε από πολύ νωρίς επισημάνει την έντονη πίεση που ασκήθηκε στις νησιωτικές περιοχές από το συνδυασμό της ασταθούς οικονομικής κατάστασης και του αυξανόμενου αριθμού νέων αφίξεων (UNHCR 2019). Η πρωτοφανής προσφυγική κατάσταση δημιούργησε μεγάλες απαιτήσεις επείγουσας διαχείρισης, η οποία δεν μπόρεσε να αντιμετωπιστεί

σε επαρκή βαθμό με την επιπλέον ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού με νέα στελέχη, σε βαθμό αντίστοιχο με το μέγεθος της πρόκλησης. Η ενίσχυση με μη μόνιμο προσωπικό (ΟΑΕΔ, ΚΕΕΛΠΝΟ, επικουρικό προσωπικό), αποτέλεσε, σύμφωνα με τις αφηγήσεις του μόνιμου προσωπικού, «...μεγάλη βοήθεια», όμως, υπό την επίδραση της μεγάλης προσφυγικής-μεταναστευτικής κρίσης, η κατάσταση οξύνθηκε ουσιαστικά. Χαρακτηριστικά, αναφέρεται ότι στα ελληνικά νοσοκομεία συναντώνται δυσκολίες κάλυψης των αναγκών τόσο του ντόπιου πληθυσμού όσο και των προσφύγων, κυρίως λόγω της έλλειψης σε άψυχους και έμψυχο δυναμικό εν μέσω οικονομικής κρίσης (De Paoli 2018, Kotsiou 2018a, Morris 2017 στο Kotsiou 2018b).

Οι εργαζόμενοι κλήθηκαν να αναλάβουν ένα πλήθος καθηκόντων, από την επείγουσα διαχείριση μαζικών καταστάσεων και ατυχημάτων μέχρι την κάλυψη βασικών βιοτικών αναγκών, αφού προσέφεραν ζεστά ρούχα, φαγητό, νερό και στέγη σε πλήθος ανθρώπων, προσφέροντας ολιστικές υπηρεσίες και διαχειριζόμενοι το τεράστιο φορτίο μιας πρωτοφανούς ανθρωπιστικής κρίσης. Παρείχαν τις υπηρεσίες τους σε μεγάλο αριθμό προσφύγων, έχοντας πολλές φορές αντίπαλο το χρόνο, σε χώρο, όπου προβλέπεται για παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι εργαζόμενοι υπό συνθήκες εξαιρετικά μεγάλης πίεσης αδυνατούσαν να προβούν σε διαλογή των περιστατικών τους.

Ο συνδυασμός όλων των ανωτέρω οδήγησε σε σημαντική σωματική και ψυχική καταπόνηση, όπως φαίνεται και μέσα από τα αποτελέσματα μέτρησης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης καθώς και σε πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν την θέση τους, με πρόωρη συνταξιοδότηση. Επιπρόσθετα, η καταπόνηση τους αυτή θα μπορούσε να επιφέρει αυξημένη πιθανότητα λαθών προς τους ασθενείς και συνοδούς.

Στα πλαίσια της αυτοδιερεύνησης του και του αναστοχασμού του έργου του, το νοσηλευτικό προσωπικό κατονομάζει τους επιβαρυντικούς παράγοντες, αναγνωρίζει στη συμπεριφορά του συμπτώματα καταπόνησης και προτάσσει την επιμόρφωση σε θεματολογία που καλύπτει τις ανάγκες του, όπως την ενδυνάμωση του μέσα από την επιμόρφωση στις Πρώτες Βοήθειες καθώς και σε κοινωνικές δεξιότητες. Είναι χαρακτηριστικό ότι το πρόγραμμα Επείγουσας Ιατρικής, που πραγματοποιήθηκε στη Λέσβο, τον Αύγουστο του 2015 συναντάται στις αναφορές της συντριπτικής

πλειοψηφίας των συμμετεχόντων στην ποιοτική μελέτη, με πολύ θετικούς χαρακτηρισμούς. Τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της μελέτης του 2010, το προσωπικό θέτει ως προτεραιότητα στους στόχους του, την παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων. Με αυτόν τον τρόπο, καταδεικνύεται η σημαντικότητα της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, με απώτερο στόχο την ενδυνάμωση και ανθεκτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στις έντονες και ακραίες συνθήκες με τις οποίες ήρθε αντιμέτωπο.

Η έλλειψη προγραμμάτων αλλά και η αδυναμία συντονισμού μεταξύ των φορέων εκπαίδευσης έκανε πολύ πιο δύσκολη τη διαχείριση της κρίσης, που προερχόταν από εξωγενές αίτιο και ερχόταν με υπερβολικά μεγάλη ένταση. Έτσι, η έλλειψη επιμόρφωσης (έτσι όπως αυτή φαίνεται να υπάρχει ήδη από το 2010) που θα μπορούσε να συντελέσει στην επεξεργασία και συνειδητοποίηση των αντιλήψεων και πρακτικών που διέπουν την εργασιακή καθημερινότητα του νοσηλευτή (Μισουρίδου 2009) και στην οικοδόμηση ενός αναχώματος πρόληψης (δευτερογενούς και τριτογενούς) του εργασιακού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης, κατέστησε ανέτοιμο το προσωπικό μπροστά σε αυτήν την κοινωνική κρίση.

Περιορισμοί μελέτης:

Οι συμμετέχοντες στο δείγμα προέρχονται μόνο από το Νοσοκομείο της Μυτιλήνης, τη μοναδική δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί της Λέσβου, χωρίς να δίνεται έτσι η πραγματοποίηση έρευνας μεγαλύτερης κλίμακας ή να δίνεται η δυνατότητα συγκριτικής ανάλυσης των δεδομένων που προέκυψαν με άλλη δομή επάνω στο νησί ή σε γειτονικό Νοσοκομείο. Η πραγματοποίηση αντίστοιχης μελέτης σε άλλο Νοσοκομείο νησιωτικής περιοχής, η οποία έχει υποδεχθεί πρόσφυγες και μετανάστες θα συντελούσε εποικοδομητικά στην εξαγωγή συμπερασμάτων, αφού θα αναδεικνύονταν τυχόν διαφορές. Επίσης, κρίνεται σκόπιμη η περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος και μετά το σχεδιασμό και την εφαρμογή επιμορφωτικών προγραμμάτων, με περιεχόμενο σύμφωνο προς τη θεματολογία που πρότειναν οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη, με σκοπό τη διερεύνηση τυχόν διαφοροποιήσεων που θα καταδείκνυαν το ρόλο της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στην ψυχοκοινωνική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Ένας επιπλέον περιορισμός της μελέτης αποτελεί το μικρό δείγμα των συμμετεχόντων στη ποιοτική μελέτη, δείγμα

ευκολίας από τμήματα που δέχθηκαν μεγάλο όγκο ασθενών, προσφύγων και μεταναστών και με μεγάλο φόρτο εργασίας.

Προτάσεις:

Λαμβάνοντας υπ' όψη τη φύση της εργασίας σε χώρους υγείας γενικότερα, τη γεωγραφική εντόπιση του υπό μελέτη Νοσοκομείου και τις ιδιαίτερες συνθήκες που ανέκυψαν (οικονομική κρίση και προσφυγική-μεταναστευτική κρίση) και με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, προτείνονται:

1. Η σύσταση και ενεργοποίηση της Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας για το συγκεκριμένο Νοσοκομείο, ως συμβουλευτικού οργάνου, με σκοπό τη μελέτη των συνθηκών εργασίας, την πρόταση μέτρων για τη βελτίωση τους, την παρακολούθηση της τήρησης αυτών και τη γενικότερη διαμόρφωση της πολιτικής υγιεινής και ασφάλειας. Επίσης, είναι απαραίτητη η χρήση των υπηρεσιών Τεχνικού ασφαλείας και Ιατρού Εργασίας με συμβουλευτικές αρμοδιότητες και αρμοδιότητες επίβλεψης της υγείας των εργαζομένων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του Νόμου 3850/2010. Οι δυο αυτοί θεμελιώδεις άξονες της Υγείας και Ασφάλειας στον εργασιακό χώρο είναι δυνατόν μέσα από την ενεργοποίηση και λειτουργία τους να οδηγήσουν στην οικοδόμηση ενός συστήματος αξιολόγησης των κινδύνων υγείας των εργαζομένων, η έλλειψη του οποίου, όπως φαίνεται και από μελέτη των Tsohanoglou και Batra (1998) έχει οδηγήσει σε έλλειψη κριτηρίων για τον έλεγχο και την παρακολούθηση του εργασιακού περιβάλλοντος.

2. Ανάδειξη του ρόλου του Κ.Ε.Κ. μέσα από την ενίσχυση της λειτουργίας του και το συντονισμό όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών (Νοσηλευτική, Ιατρική, Διοικητική). Απαραίτητη προϋπόθεση κρίνεται η συνεργασία των διαφόρων εκπαιδευτικών φορέων που δραστηριοποιούνται στο Νοσοκομείο, έτσι ώστε η πραγματοποίηση της επιμόρφωσης να τυγχάνει αρτιότερης οργάνωσης και να μην είναι αποσπασματική και μεμονωμένη για κάθε επαγγελματικό κλάδο, που απασχολείται στο χώρο αυτό, αλλά να είναι όσο το δυνατόν ευρύτερη και αποτελεσματική, ενισχύοντας με αυτόν τον τρόπο τη δυναμική της. Στο πλαίσιο αυτό, είναι αναγκαία η ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων, μετά την πρόσληψη, κάθε φορά που αλλάζουν νοσηλευτικό τμήμα αλλά και στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης με τη μορφή επιμορφωτικών

προγραμμάτων, προσαρμοσμένων στις ανάγκες τους και μετά από αξιολόγηση των εκπαιδευτικών τους αναγκών.

3. Η στελέχωση της Νοσηλευτικής υπηρεσίας με προσωπικό για την επίτευξη ασφαλούς αναλογίας νοσηλευτών/ασθενών. Η συνεπαγόμενη ωφέλεια αφορά αμφότερες τις πλευρές, αφού το προσωπικό θα έχει τη δυνατότητα να εργάζεται σε επιθυμητό και ασφαλές περιβάλλον με μικρότερο φόρτο εργασίας, αποφεύγοντας κινδύνους (πραγματοποίηση λαθών, κίνδυνος τραυματισμού, εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης) και οι ασθενείς θα τυγχάνουν ποιοτικότερης και αποτελεσματικότερης φροντίδας υγείας.

4. Η διερεύνηση της οργανωσιακής σχέσης μεταξύ ΥΑΕ και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης σε Νοσοκομεία περιοχών, που επηρεάστηκαν από την προσφυγική-μεταναστευτική κρίση (όπως η Χίος), για τη συγκριτική μελέτη και ευρύτερη καταγραφή του φαινομένου.

5. Η αποφόρτιση του Νοσοκομείου: Πρώτον, με τη δημιουργία ιατροκοινωνικού κέντρου, κοινοτικού τύπου, με τη συνεργασία του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, το οποίο θα έχει έδρα τη Μόρια και θα στοχεύει στην άμεση ανθρωπιστική βοήθεια και τη διαλογή των περιστατικών, που χρήζουν δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Δεύτερον, με τη δημιουργία μονάδων υγείας – με τη μορφή εξωτερικών ιατρείων – σε περιοχές της πόλης με αυξημένο πληθυσμό (π.χ. Χρυσομαλλούσα). Η δημιουργία ιατροκοινωνικών υπηρεσιών εκτός Νοσοκομείου θα δώσει τη δυνατότητα αποφυγής φαινομένων συνωστισμού στη μοναδική δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο νησί, αποφορτίζοντας αυτήν από όλες τις δυσμενείς επιπτώσεις, όπως αυτές περιεγράφηκαν. Πολύ δε περισσότερο, το ανθρωποκεντρικό αυτό μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα μπορούσε να επιτύχει την απαραίτητη σύνδεση με τη δευτεροβάθμια, με σκοπό τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας των ασθενών και την ενίσχυση του κοινωνικού χαρακτήρα του αγαθού της ‘Υγείας’.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Διεθνής Βιβλιογραφία:

AACN, 2016, 'AACN Standards for Establishing and Sustaining Healthy Work Environments: A Journey to Excellence', 2nd Ed. California: American Association of Critical-Care Nurses.

Abbenbroek, B., Duffield, C., Elliot, D., 2018, 'Intensive care unit organization and nurse outcomes: Across-sectional study of traditional and "hot-floor" structures', *Journal of Hospital Administration*, 6(3), 67-76.

Aboshaiqah, A., 2011, 'Barriers for Continuing Professional Development for Nurses at King Fahad Medical City, Saudi Arabia'. In C. Ho & M. Lin (Eds.), *Proceedings of E-Learn 2011--World Conference on E-Learning in Corporate, Government, Healthcare, and Higher Education* (pp. 11-16). Honolulu, Hawaii, USA: Association for the Advancement of Computing in Education (AACE).

AbuAlRub, R.F., 2004, 'Job stress, job performance and social support among hospital', *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 73-78.

Adali, E., Priami, M., 2002, 'Burnout among nurses in Intensive Care Units, Internal Medicine Wards and Emergency Departments in Greek Hospitals', *ICUs and Nursing Web Journal*, 11, 1-19.

Adriaasen, M., Van Achterberg, T., Borm, G., 2005, 'Effects of post qualification course in palliative care', *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 96-103.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, & Shamian, J., 2001, 'Nurses' reports on hospital care in five countries', *Health Affairs*, 20, (3), 43-53.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., Cheney, T., 2008, 'Effects of hospital environment on patient mortality and nurse outcomes', *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223–229.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H., 2002, 'Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction', *JAMA*, 288, 1987-1993.

Aiken, L.H., Patrician, P.A., 2000, 'Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index', *Nursing Research*, 49(3),146–153.

Aiken, L.H., Sermeus, W., van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I.S., Smith, H.L., Kutney-Lee, A., 2012, 'Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States', *Br Med J*, 344, e1717.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., van de Heede, K., Sermeus, W., 2013, 'Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe', *Int J Nurs Stud*, 50(2), 143-153.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Filayson, M.M., Kanai-Pak, M., Aunguroch, Y., 2011, 'Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries', *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T., Sochalski, J., Weber, A.L., 1999, 'Organization and outcomes of inpatient AIDS care', *Med Care*, 37(8), 760–772.

Akhavan, S., Karlsen, S., 2013, 'Practitioner and client explanations for disparities in health care use between migrant and non-migrant groups in Sweden: A qualitative study.' *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 188-197.

Alimoglu, M.K., Donmez, L., 2005, 'Daylight exposure and other predictors of burnout among nurses in a university hospital', *international Journal of Nursing Studies*, 42, 549-555.

American Nurses' Association, 1984, '*Standards for continuing education in nursing*'. Task Force on Revision of Standards for Continuing Education, Kansas City.

Anderson, K., Anderson, L., Glanze, W., 1998, '*Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary*', fifth ed. Mosby, St. Louis.

Aoki, Y., & Davis, S., 2002, 'Education survey of continuing professional education within nursing homes', *British Journal of Nursing*, 11, 902–912.

- Apgar, C.J., 2001, 'Factors that promote or deter trauma care nurses' participation in continuing professional education'. Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University, University Park.
- Armstrong, D.J., Adam, J., 2002, 'The impact of a postgraduate critical care course on nursing practice', *Nurse Education in Practice*, 2, 169-175.
- Armstrong, K.J., Laschinger, H., 2006, 'Structural empowerment, magnet hospital characteristics and patient safety culture: making the link', *Journal of Nursing Care Quality*, 21, 124-132.
- Arnold, J., Silvester, J., Cooper, C., & Robertson, I., 2005, *Understanding Human Behaviour in the Workplace*, Financial Times/Prentice Hall.
- Ashtari, Z., Farhady, Y., Khodaei, M.R., 2009, 'Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff', *Afr J Psychiatry*, 12, 71-74.
- Ashton, H., 2002, 'Continuing education: Should it become compulsory for practicing physiotherapists?', *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 30(3), 34-38.
- Athanasiadis, T., Tsaras, K., Papathanasiou, I., Lahana, E., Gouva, M., Kotrotsiou, E., 2011, 'Assessment of work stress and alcohol use in mental health care workers', *Interscientific Health Care*, 3, 165-172.
- Badu-Nyarko, S.K., 2015, 'A survey of Continuing Nursing Education of Nurses in Ghana', *Asian Journal of Humanities and Social Sciences (AJHSS)*, 3(1), 85-100.
- Baggs, J.G., Schmitt, M.H., Mushlin, A.I., Mitchell, P.H., Eldredge, D.H., Oakes, D., Hutson, A.D., 1999, 'Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units', *Critical Care Medicine*, 27, 1991-1998.
- Ball, C., 1992, 'Profitable Learning Summary Report, Findings and Action Plan'. Royal Society for the Encouragement of Arts Manufactures and Commerce, London. In Gopee, N., 2001, 'Lifelong learning in nursing: perceptions and realities', *Nurse Education Today*, 21, 607-615.
- Barber, J., 1977, 'The tip of the iceberg: Staff development and the universe of adult education', *Can Nurse*, 73, 34-35.

- Barrett, L., Yates, P., 2002, 'Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty', *Aust Health Rev*, 25(3), 109–121.
- Barriball, K.L., & While, A.E., 1996, 'Participation in continuing professional education in nursing: Findings of an interview study', *Journal of Advanced Nursing*, 23, 999-1007.
- Barriball, L.K., While, A.E., & Norman, I.J., 1992, 'Continuing professional education for nurses: a review of the literature', *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1129–1140.
- Bartram, T., Casimir, G., Djurkovic, N., Leggat, S.G., Stanton, P., 2012, 'Do perceived high performance work systems influence the relationship between emotional labour, burnout and intention to leave? A story of Australian nurses', *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1567-1578.
- Beatty, R.M., 2001, 'Continuing professional education, organization support, and professional competence: dilemmas of rural nurses', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33 (5), 203–220.
- Beehr, T.A., & Bhagat, R.S., 1985, *Human Stress and Cognition in Organizations. An Integrated and Perspective*. New York: Wiley & Sons.
- Beehr, T.A., 1995, *Psychological Stress in the Workplace*. London: Routledge.
- Bibb, S.C., Malebranche, M., Crowell, D., Altman, C., Lyon, S., Carlson, A., Miller, S., Miller, T., Rybarczyk, J., 2003, 'Professional Development Needs of Registered Nurses Practicing at a Military Community Hospital', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 34(1), 39-45.
- Bignell, A., Crotty, M., 1988, 'Continuing education: does it enhance care?', *Senior Nurse*, 8 (4), 26–29.
- Billings, D.M., Kowalski, K., 2007, 'Using webcasts for continuing education in nursing', *J Contin Educ Nurs*. 38, 152-153.
- Bischoff, A., Bovier, P., A, Rrustemi, I., Gariazzo, F., Eytan, A. & Loutan, L., 2003, 'Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral', *Soc Sci Med* 57(3), 503-512.

Bjorvell, C., 2002, 'Nursing Documentation in Clinical Practice, Instrument Development and evaluation of a comprehensive intervention programme', Thesis from Department of Nursing, Karolinska Institutet, Stockholm.

Bogaert van P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., Van de Heyning, P., 2009b, 'Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index', *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 54-64.

Bogaert van P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., Van de Heyning, P., 2009a, 'Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model', *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2175-2185.

Bogaert van P., Peremans, L., Diltour, N., et al., 2016, 'Staff Nurses' Perceptions and Experiences about Structural Empowerment: A Qualitative Phenomenological Study', *PloS One*, 11(4), e0152654.

Bogaert van P., Peremans, L., Heusden van D., et al., 2017, 'Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study', *BMC Nursing*, 16(1), 1-14.

Bogaert van P., Timmermans, O., Weeks, S.M., Heusden van D., Wouters, K., & Franck, E., 2014, 'Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events – A cross-sectional survey', *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1123-1134.

Boyle, D.K., et al., 1999, 'Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay', *American Journal of Critical Care*, 8(6), 361-371.

Bozorgmehr, K., Samuilova, M., Petrova-Benedict, R., Girardi, E., Piselli, P., Kentikelenis, A., 2018, 'Infectious disease health services for refugees and asylum seekers during a time of crisis: A scoping study of six European Union countries', *Health Policy*, pii: S0168-8510(18)30079-4.

Brake, H., Bloemendal, E., Hoogstraten, J., 2003, 'Gender differences in burnout among Dutch dentists', *Community Dentistry and Oral Epidemic*, 31, 321-327.

- Brekelmans, G., Maassen, S., Poell, R.F., Weststrate, J., Geurdes, E., 2016, 'Factors influencing nurse participation in continuing professional development activities: Survey results from the Netherlands', *Nurse Education Today*, 40, 13-19.
- Brennan, A., 1992, 'Analyzing mandatory continuing education', *Nursing Standard*, 42(6), 29-32.
- Brewer, C.S., Kovner, C.T., Djukic, M., et al., 2016, 'Impact of transformational leadership on nurse work outcomes', *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2879-2893.
- Brewer, E.W., & Shapard, L., 2004, 'Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience', *Human Resource Development Review*, 3(1), 102-123.
- Brill, P.L., 1984, 'The need for an operational definition of burnout', *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Brockett, R.G., 1992, 'Do we really need mandatory continuing education?', *New Directions for Adult and Continuing Education*, 54, 85-103.
- Brown, L., 1988, 'Maintaining professional practice: is continuing education the care or merely a tonic?', *Nurse Education Today*, 8, 251-257.
- Brunero, S., Cowan, D., Fairbrother, G., 2008, 'Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioural therapy. A preliminary programme evaluation', *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115.
- Bueno, D., 1982, 'Doing the right thing: Nurses' ability to make clinical decisions', *Nurse Educator*, 8(3), 7-11.
- Burke, R.J., Greenglass, E., 1996, 'Work stress, social support, psychological burnout and emotional and physical well-being among teachers.' *Psychology, Health, & Medicine*, 1, 193-205.
- Burrow, S., Mairs, H., Pusey, H., Bradshaw, T., Keady, J., 2016, 'Continuing professional education: Motivations and experiences of health and social care professional's part-time study in higher education. A qualitative literature review', *Int J Nurs Stud*, 63, 139-145.

- Buykx, P., Humphreys, J., Wakerman, J., Pashen, D., 2010, 'Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy', *Australian Journal of Rural health*, 18(3), 102-109.
- Byrne, B.M., 1994, 'Burnout: testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate, and secondary teachers.' *Am. Educ. Res. J.* 31, 645–73.
- Cape, K., 1999. 'Birth in a New Country.' In P. L. Rice (Ed.), 'Asian Mothers, Western Birth.' Melbourne: Ausmed Publication.
- Carbon, C., 2005, 'Continuing professional development and clinical governance: the role of scientific societies', *Journal of Microbiological Infection*, 11(1), 24-27.
- Carlisle, C., 1991, 'Post-registration degrees in nursing: A time for evaluation', *Nurse Education Today*, 11, 295-302.
- Carpenito, C., 1991, 'Why coercion does not work?', *Nursing Times*, 187 (47), 29-31.
- Carrothers, K., Barr, J., Spurlock, B., Ridgely, S., Damberg, C., Ely, W., 2013, 'Contextual issues influencing implementation and outcomes associated with an integrated approach to managing pain, agitation, and delirium in adult ICUs', *Critical Care Medicine*, 41(9), 128-135.
- Carson, J., & Kuipers, E., 1998, 'Stress management interventions.' In S. Hardy, J. Carson, & B. Thomas (Eds.), *Occupational Stress: Personal and Professionals approaches*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Casey, N., 1991a, 'Justifying mandatory continuing education', *Nursing Standard*, 6 (3), 37.
- Casey, N., 1991b, 'Continuing Education and UK nurses', *Nursing Standard*, 6(5): 33-35.
- CEDEFOP, 1996, 'Vocational Training Glossarium', CEDEFOP: Thessaloniki.
- CEDEFOP, 2013, 'Benefits of vocational education and training in Europe for people, organizations and countries', European Center for the Development of Vocational Training, Luxemburg: Publications Office of the European Union.

- Central and Eastern European Harm Reduction Network, 2006, *Burnout Syndrome: Prevention and Management*. Handbook for workers of harm reduction programs.
- Cervero, R.M., 1985, 'Continuing professional education and behavioural change: a model for research and evaluation', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 16 (3), 85–88.
- Chan Chong, M., Sellick, K., Francis, K., Lim Abdullah, K., 2011, 'What influences Malaysian nurses to participate in Continuing Professional Education Activities?', *Asian Nursing Research*, 5(1), 38-47.
- Chang, E., Bidewell, J., Huntington, A., Daly, J., Johnson, A., Wilson, H., Lambert, V., Lambert, C., 2007, 'A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses', *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1354-1362.
- Chang, E.M., Daly, J., Hancock, K.M. et al., 2006, 'The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses.' *J Prof Nurs*, 22, 30-38.
- Chang, W.Y., Tseng, I.J., Hsiao, F.H., Wang, M.Y., 2003, 'Continuing education needs and barriers for public health nurses in Aboriginal townships in Taitung, Taiwan', *J Nurs Res*, 11(4), 295-302.
- Chant, S., et al., 2002, 'Communication skills: some problems in nursing education and practice', *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 12-16.
- Chassin, M., Loeb, J., 2013, 'High-reliability health care: getting there from here', *Milbank Quarterly*, 91(3), 459-490.
- Chatzea, V.E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.A., Melidoniotis, E., Pistolla, G., 2018, 'PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers', *Psychiatry Res*, 262, 446-451.
- Chavasse, J., 1994, 'Curriculum evaluation in nursing education: a review of the literature', *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1024–1031.
- Chen, S.M., McMurray, A., 2001, 'Burnout in intensive care nurses.' *Journal of Nursing Research*, 9(5), 152-164.

- Chen, Y.M., Johantgen, M.E., 2010, 'Magnet Hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction', *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1001-1012.
- Cheng, C., & Cheung, M., 2005, 'Cognitive processes underlying coping flexibility, Differentiation and integration', *Journal of Personality*, 73(4), 859-884.
- Cherniss, C., 1980, *Staff Burnout-Job stress in Human Services*. Beverly Hills: Sage.
- Cheuk, W.H., Wong, K.S., & Rosen, S., 1994, 'The effects of spurning and social support on teacher burnout', *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 657-664.
- Chiplin, J.R., Bassett, S.F., 2002, 'Continuing education programs: Their effectiveness in the maintenance of physiotherapists' professional competency. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 30(3), 24-31.
- Chmiel, N., 2000, *Introduction to Work and Organizational Psychology. A European Perspective*. U.K.: Blackwell.
- Cho, E., Chin, D.L., Kim, S., Hong, O., 2016, 'The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events', *J Nurs Scholarsh*, 48(1), 74-82.
- Christian, M.S., Garza, A.S., Slaughter, J.E., 2011, 'Work engagement: a qualitative review and test of its relations with task and conceptual performance', *Personnel Psychology*, 64, 89-136.
- Christodoulou, G.N., Abou-Saleh, M.T., 2016, 'Greece and the refugee crisis: Mental health context', *BJPsych Int*, 13, 89-91.
- Chu, C.I., et al., 2003, 'Job satisfaction of hospital nurses: An empirical test of a casual model in Taiwan', *International Nursing Review*, 50(3), 176-182.
- Clark, P.A., Leddy, K., Drain, M., & Kaldenberg, D., 2007, 'State nursing shortages and patient satisfaction: More RNs – better patient experiences', *Journal of Nursing Care Quality*, 22, 119-127.
- Clarke, S., 2007, 'Hospital work environments, nurse characteristics, and sharp injuries', *American Journal of Infection Control*, 35(5), 303-309.

Coetzee, S.K., Klopper, H.C., Ellis, S.M., Aiken, L.H., 2013, 'A tale of two systems--Nurses practice environment, well-being, perceived quality of care and patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey', *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 162-173.

Collins, A., 2013, 'Effect of continuing nursing education on nurses' attitude toward and accuracy of nursing diagnosis', *Int J Nurs Knowl*, 24(3), 122-128.

Considine, J., Ung, L., Thomas, S., 2001, 'Clinical decisions using the national triage scale: How important is postgraduate education?', *Accident and Emergency Nursing*, 9, 101-108.

Constable, C.J., & Russel, D.W., 1986, 'The effects of social support and the work environment upon burnout among nurses', *Journal of Human Stress*, 4, 22-26.

Cooley, M.C., 2008, 'Nurses' motivations for studying third level post-registration nursing programs and the effects of studying on their personal and work lives', *Nurse Education Today*, 28: 588-594.

Cooper, C.L., & Marshall, J., 1976, 'A model sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health', *Journal of Occupational Psychology*, 49, 455-470.

Cooper, C.L., Dewe, P.J., & O' Driscoll, M.P., 2001, *Organizational Stress. A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. London: Sage.

Cordes, C.L. & Dougherty, T.W., 1993, 'A review and integration of research on job burnout.' *Academy of Management Review*, 18, 621-656.

Cortese, C.G., 2007, 'Job satisfaction of Italian nurses: an exploratory study', *Journal of Nursing Management*, 15, 303-312.

Cotterill-Walker, S.M., 2012, 'Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review', *Nurse Education Today*, 32(1), 57– 64.

Covell, C.L., 2009, 'Outcomes achieved from organizational investment in Nursing Continuing Professional Development', *JOVA: The Journal of Nursing Administration*, 39(10), 438-443.

Cowin, L., 2002, 'The effects of nurses job satisfaction on retention: an Australian perspective', *Journal of Nursing Administration*, 32, 263-291.

Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E., 2000, 'Research on Work Related Stress', *Office for Official Publications of the European Communities*, Luxembourg.

Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R., Thomson, L., Rial-Gonzalez, E., 2000, *Organizational interventions for work stress: A risk management approach*. Sheffield: HSE Books.

Cross, M. & Nutley, S., 1999, 'Insularity and accessibility: the small island communities of Western Ireland', *Journal of rural studies*, 15(3), 317-330.

Cullen, P.D., 1998, 'Delaware RN's reasons for nonparticipation in continuing education', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 29(5), 228-233.

Cummings, G.G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C.A., Lo, E., Muise, M., Stafford, E., 2010, 'Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review', *International Journal of Nursing Studies*, 47: 363-385.

Currid, T.J., 2008, 'The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses', *Br J Nurs*, 17, 880-884.

Davee, P., McHugh J., 1995, 'Mandatory continuing education relevancy for nurses with advanced preparation', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 26(3), 100-103.

David, A., Taylor-Vaisey, D., & Taylor-Vaisey, A., 1997, 'Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines', *Can Med Assoc J*, 157, 408-416.

Davis, B., Hughes, A.M., 1995, 'Clarification of advanced nursing practice: Characteristics and competence', *Clinical Nurse Specialist*, 9, 156-160.

Davis, D., Evans, M., Jadad, A., Perrier, L., Rath, D., Ryan, D., Sibbald, G., Straus, S., Rappolt, S., Wowk, M., Zwarenstein, M., 2003, 'The case for knowledge translation: Shortening the journey from evidence to effect', *British Medical Journal*, 327, 33-35.

- Davis, N., Davis, D., Bloch, R., 2008, 'Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35', *Medical Teacher*, 30(7), 652-666.
- Dawson, A.J., Stasa, H., Roche, M.A., et al., 2014, 'Nursing churn and turnover in Australian hospitals: nurses' perceptions and suggestions for supportive strategies', *BMC Nursing*, 13(1), 1-10.
- De Paoli, L., 2018, 'Access to health services for the refugee community in Greece: Lessons learned', *Public Health*, 157, 104-106.
- Deci, E.L., Koestner, R., Ryan, R.M., 1999, 'A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation', *Psychological Bulletin*, 125(6), 627-668.
- Demir, A., Ulosoy, M., &Ulosoy, M.F., 2003, 'Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses.' *Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Department of Health, 2009, '*Preceptorship Framework for Newly Registered Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*', London, DH.
- DeSilets, L., 1995, 'Assessing registered nurses' reasoning for participating in continuing education', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26, 202-208.
- Diane, R.A., 2005, 'The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention', *Journal of Nursing Management*, 13(4), 286-295.
- Dickerson, P.S., 2010, 'Continuing nursing education: enhancing professional development', *J Contin Educ Nurs*, 41, 100-101.
- Dilintas, A., 2010, 'Study of the Professional Burnout Syndrome in the Personnel of a University Hospital', *Archives of Hellenic Medicine*, 27, 498-508.
- Dipboye, R.L., Smith, C.S., & Howell, W.C., 1994, *Understanding Industrial and Organizational Psychology. An Integrated Approach*. Harcourt Brace College.
- Dollard, M., & Winefield, A., 1998, 'A test of demand / control / support model of work stress in correctional officers.' *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 243-264.

Drenth, P.J.D., Thierry, H., de Wolff, C.J., 1998, *Work Psychology*. Handbook of Work and Organizational Psychology. 2nd edition. Psychology Press.

Duffield, C., Frew, B., Dimitrellis, S., et al., 2015, 'Leadership skills for nursing unit managers to decrease intention to leave', *Nursing: Research and Reviews*, 5, 57-64.

Dumur, J., 2012, 'La formation continue en allergologie: une histoire bien française', *Revue Francaise d'Allergologie*, 52, 39-44.

Dunham, J., 2000, *Stress in the workplace: Past, Present and Future*. Philadelphia, Whurr.

Duquette, A., Painchaud, G., & Blais, J., 1988, 'Reasons for nonparticipation in continuing nursing education', *Research in Nursing and Health*, 11, 199-209.

Duteau, J., 2012, 'Making a Difference: The Value of Preceptorship Programs in Nursing Education', *Contin Educ Nurs*, 43(1), 37-43.

Ebrahimi, H., Mohammadi Hosseini, F., Amirnia, M., Mehraee, A., Jamali, V., Hejazi, S., 2012, 'A. Factors Influencing Nurses' Participation in Continuing Education Programs in Tabriz University of Medical Sciences', *Iranian Journal of Medical Education*, 12(7), 518–526.

Edelwich, J., Brodsky, A., 1980. *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., 2000, 'Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature', *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7, 7-14.

Elfering, A., Grebner, S., & Dudan, A., 2011, 'Job characteristics in nursing and cognitive failure at work', *Safety and Health at Work*, 2(2), 194-200.

Emery, E.E., & Emery, M., 1974, *Participative design: Work and community life*. Canberra, Australia: Center for Continuing Education.

Emold, C., Schneider, N., Meller, I., Yagil, Y., 2010, 'Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses', *Eur J Oncol Nurs*, 15(4), 358–63.

ENB, 1995, *Professional portfolio reflecting the ENB's 10 key characteristics*, London: English National Board of Nursing, Midwifery and Health Visitors.

Enberg, B., et al., 2007, 'Work satisfaction, career preferences and unpaid household work among recently graduated health-care professionals – a gender perspective', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 169-177.

Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K., Giovannetti, P., 2005, 'The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality', *Nursing Research*, 54, 74-84.

EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work, 2007a, 'E-facts 18: Risk Assessment in Health Care', διαθέσιμο στο <http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA - European Agency for Safety and Health at Work, 2007b, 'Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health', European Communities, Luxemburg, διαθέσιμο στο <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118>.

European Commission, 2013, 'Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU', Final Report, EAHC/2013/Health/07.

European Federation of Nurses (EFN) 2012, '*EFN country report on continuing professional development in nursing*', διαθέσιμο στο <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2012/11/EFN-Reporton-CPD-June-2006-Final-rev-22-10-2012.pdf>.

European Federation of Nurses (EFN), ER-WCPT and PGEU, 2006, '*Civil society resolution on continuing professional development*', διαθέσιμο στο http://www.eph.org/IMG/pdf/CPD_Civil_Society_Resolution_EN.pdf.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008, 'Living and working in Europe', pp.1-28, διαθέσιμο στο <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Parliamentary Research Service, 2016, 'The public health dimension of the European migrant crisis', Members' Research Service.

Eurostat, 1994, '*Portraits of the islands*, ECSC-EC-EAEC: Luxemburg.

Eustace, L.W., 2001, 'Mandatory continuing education; past, present, and future trends and issues', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(3), 133–137.

Ewers, P., Bradshaw, I., McGoven, J., Ewers, B., 2002, 'Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in Forensic nurses?', *J Adv Nurs*, 37, 470-476.

Farrell, G., 2001, 'From tall poppies to squashed weeds: Why don't nurses pull together more?', *J Adv Nurs*, 35(1), 26–33.

Ferguson, A., 1994, 'Evaluation the purpose and benefits of continuing education in nursing and the implications for the provision of continuing education for cancer nurses', *Journal of Advanced Nursing*, 19, 640–646.

Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L., Balduzzi, S., Magnani, D., & Di Lorenzo, R., 2016, 'The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts', *Risk Management and Healthcare Policy*, 9, 203-211.

Ferris, G.R., & Buckley, M.R., 1996, *Human Resource Management. Perspectives, Context, Functions, and Outcomes*. 3rd edition. N.J.: Prentice Hall.

Fickova, E., 2002, 'Impact of negative emotionality on coping with stress in adolescents', *Studia Psychologica*, 44 (3), 219-226.

Field, N., 2004, 'Mandatory continuing professional education: Do we need it?', *Radiographer*, 51(1), 5-10.

Fisher, G.S., 2000, 'Mandatory Continuing Education: The future of occupational therapy professional development', *Occupational Therapy in Health Care*, 13(2), 1-24.

Flores, P.Y., Castillo, A.M., 2006, 'Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education', *Tev Lat Am Enfermagem.*, 14(3), 309-315.

Fontana, D., 1993, *Managing Stress: Problems in Practice*. Great Britain: The British Psychological Society and Routledge Ltd.

Fradelos, E., Mpelegrinos, S., Mparo, C., et al., 2014, 'Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support', *Health Psychol Res*, 2(1), 984.

- Francke, A.L., Garssen, B., Abu-Saad, B.H., 1995, 'Determinants of changes in nurses' behavior after continuing education: A literature review', *Journal of Advanced Nursing*, 21, 371-377.
- French, J.R.P.Jr, Caplan, R.D. & Van Horrison, R., 1982, *The mechanism of Job Stress and Strain*. Chichester, UK: Wiley.
- Freudenberg, H.J., 1974, Staff burnout. *J Soc Issues* 30, 159-165.
- Freudenberg, H.J., 1980, *Burnout*. New York: Doubleday.
- Fried, B., Fottler, M.D., 2015, '*Human resources in healthcare: Managing for success*', 4th ed. United States: Health Administration Press.
- Friedman, A., Phillips, M., 2001, 'Learning the Continuing Professional Development hurdle: A study of the barriers and drivers to participation in Continuing Professional Development', διαθέσιμο από το διαδίκτυο <https://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001892.htm>
- Friese, C.R., 2005, 'Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing', *Oncol Nurs Forum*, 32(4), 765–772.
- Friese, C.R., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J.H., Sochalski, J., 2008, 'Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients', *Health Serv Res*, 43(4), 1145–1163.
- Froneberg, B., 2006, 'National and international response to occupational hazards in the healthcare sector', *Ann NY Acad Sci* 1076: 607-14.
- Fry, W., Allen, M., 1975, *Make' m laugh*. Science and Behavior Books. California.
- Gabriel, A., Diefendorff, J., Erickson, R., 2011, 'The relations of daily task accomplishment satisfaction with changes in affect: A multilevel study in nurses', *Journal of Applied Psychology*, 96, 1095-1104.
- Gabriel, A.S., Erickson, R.J., Moran, C.M., Diefendorff, J.M., Bromley, G.E., 2013, 'A multilevel analysis of the effects of the practice environment scale of the nursing work index on nurse outcomes', *Research in Nursing and Health*, 36(6), 567-581.

Gallagher, L., 2007, 'Continuing education in nursing: a concept analysis', *Nurse Education Today*, 27 (5), 466–473.

Galletta, M., Portoghese, I., Ciuffi, M., Sancassiani, F., D' Aloja E., Campagna, M., 2016, 'Working and environmental factors on job burnout: A cross-sectional study among nurses', *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 11(12), 132-141.

Georgiou, E., Papathanasoglou, E., Pavlakis, A., 2015, 'Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses', *Nursing in Critical Care*, 22(1), 29-32.

Gershon, R.R.M., Stone, P., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S.S., 2007, 'Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review', *Industrial Health*, 45(5), 622-636.

Gifford, W., Davies, B., Graham, I., Tourangeau, A., Woodend, K., Lefebvre, N., 2013, 'Developing leadership capacity for guideline use: a pilot cluster randomized control trial', *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(1), 51-65.

Gijbels, H., O'Connell, R., Dalton-O'Connor, C., O'Donovan, M., 2010, 'A systematic review evaluating the impact of post-registration nursing and midwifery education on practice', *Nurse Education in Practice*, 10(2), 64–69.

Gikopoulou, D., Tsironi, M., Lazakidou, A., Moisoglou, I., Prezerakos, P., 2014, 'The Assessment of Nurses' Work Environment: The case of a Greek General Hospital', *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 269-275.

Giot, E., 2000, 'Graduate nurses: Critical thinkers or better decision makers?', *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 288-297.

Glass, J. C., & Todd-Atkinson, S., 1999, 'Continuing education needs of nurses employed in nursing facilities', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 5, 219–228.

Goldsworthy, S., 2017, 'Creating exceptional critical care units: how healthy is your work environment?', *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 28(2), 35.

Gordon, M., 1994, *Nursing Diagnosis: Process and Application*, Mosby, St. Louis.

Gorter, R.C., Eijkman, M.A.J., Hoogstraten, J., 2001, 'A career counseling program for dentists: Effects on burnout', *Patient Educ Couns*, 43, 23-30.

Gould, D., Drey, N., Berridge, E.J., 2007, 'Nurses' experiences of continuing professional development', *Nurse Educ Today*, 27(6), 602-609.

Grant, J., 2011, *The Good CPD Guide: A Practical Guide to Managed Continuing Professional Development in Medicine*, (2nd edn). The Open University Centre for Education in Medicine, Milton Keynes.

Grassi, L., & Magnani, K., 2000, 'Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians', *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334.

Greenawald, D.A., Adams, T.M., 2008, 'School nurse book clubs: an innovative strategy for lifelong learning', *J Sch Nurs*, 24, 61-65.

Greenglass, E.R., Burke, R.J., Konarski, R., 1997, 'The impact of social support on the development of burnout in teachers: Examination of a model.' *Work & Stress*, 11(3), 267-278.

Gregory, D.M., Way, C.Y., LeFort, S., Barrett, B.J., & Parfrey, P.S., 2007, 'Predictors of registered nurses' organizational commitment and intent to stay', *Health Care Management Review*, 32(2), 119-127.

Griffin, C., 1978, *Recurrent and Continuing Education—A Curriculum Model Approach*, Nottingham: Association for Recurrent Education.

Grossman, J., 1998, 'Continuing competence in the health professions', *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(9), 709-715.

Guardini, I., Talamini, R., Lirutti, M., Palese, A., 2008, 'The effectiveness of continuing education in postoperative pain management: results from a follow-up study', *J Contin Educ Nurs*, 39, 281-288.

Guyton, A.G., Hall, J.E., 2006, *textbook of Medical Physiology*, Elsevier Saunders, Philadelphia, Pennsylvania.

Haerkens, M., Kovner, C., Brewer, C., et al., 2015, 'Crew Resource Management in the Intensive Care Unit: a prospective 3-year cohort study', *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 59(10), 1319-1329.

Halbesleben, J.R.B., 2010, 'A meta-analysis of work engagement relationships with burnout, demands, resources and consequences'. In *Work Engagement: A handbook of Essential Theory and Research* (A.B. Baker & M.P. Leiter eds), pp. 102-117. Psychology Press, New York, NY.

Hall, L., 2001, 'Burnout: Results of an empirical study of New Zealand nurses.' *Contemporary Nurse*, 11(1), 71-83.

Hamzehgardeshi, Z., Shahhosseini, Z., 2014, 'A Cross-Sectional Study of Facilitators and Barriers of Iranian Nurses' Participation in Continuing Education Programs', *Global Journal of Health Science*, 6(2), 183-188.

Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P., 2004, 'Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review', *Journal of Mental Health*, 13(3), 235-245.

Hannigan, B., Edwards, D., Coyle, D., Fothergill, A., Burnard, P., 2000, 'Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Walls stress study.' *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7(2), 127-134.

Hanrahan, N.P., Aiken, L., McClaine, L., Hanlon, A.L., 2010, 'Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals', *Issues Ment Health Nurs*, 31(3), 198-207.

Happell, B., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Caperchione, C.M., Gaskin, C.J., & Burke, K.J., 2013, 'How nurses cope with occupational stress outside their workplace', *Collegian (Royal College of Nursing Australia)*, 20(3), 195-199.

Harper, J., 2000, 'Nurses' attitudes and practices regarding voluntary continuing education', *Journal of Nurses Staff Development*, 16(4), 164-167.

Healy, C.M., McKay, M.F., 2000, 'Nursing stress: The effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses', *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 681-688.

- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., Robert, E., 2010, 'Access to and support for continuing professional education amongst Queensland nurses: 2004 and 2007', *Nurse Education Today*, 30(2), 142–149.
- Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., Ensio, A., Sjetne, I.S., Moreno Casbas, T., Ball, J., Schoonhoven, L., 2013, 'Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries', *Int J Nurs Stud*, 50(2), 174-184.
- Hermans, M.P., Kooistra, J., Cannegieter, S.C., Rosendaal, F.R., Mook-Kanamori, D.O., Nemeth, B., 2017, 'Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece', *Eur J Epidemiol*, 32, 851-854.
- Hogan, L.H., & McKnight, M.A., 2007, 'Exploring burnout among university online instructors: An initial investigation', *Internet and Higher Education*, 10, 117-124.
- Hogston, R., 1995, 'Nurses' perceptions of the impact of continuing professional education on the quality of nursing care', *Journal of Advanced Nursing*, 22, 586-593.
- Holl, R., 1994, 'Characteristics of the registered nurse and professional beliefs and decision making', *Critical Care Quarterly*, 7(3), 60-66.
- Hoover, J., 2002, 'The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring', *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 79-86.
- Hotchkiss, J., 1994, *Health care on small islands: a review of the literature*, WHO, Division of strengthening of Health Services, National Health Systems and Policies. Geneva.
- Hu, Y., Shen, J., Jiang, A.L., 2010, 'Nursing shortage in China: State, causes and strategy', *Nursing Outlook*, 58, 122-128.
- Hughes, E., 2005, 'Nurses' perceptions of continuing professional development', *Nurs Stand*, 19(43), 41-49.
- Hughes, P., 1990, 'Evaluating the impact of continual professional education', *Nurse Educ Today*, 10, 428–436.
- Huston, C., 2008, 'Preparing nurse leaders for 2020', *Journal of Nursing Management*, 16, 905-911.

Ilhan, M., et al., 2008, 'Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey', *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 100-106.

ILO, 1986, 'Psychosocial factors at work: Recognition and control' (Vol. 56), Geneva: International Labour Office.

International Council of Nurses, 2007, 'Nurses need stress management', διαθέσιμο στο www.stressfreecontrol.com

IRC, 2018, 'Συστάσεις για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των αιτούντων άσυλο στη Λέσβο', Σεπτέμβριος 2018, διαθέσιμο στο <https://reliefweb.int/report/greece/unprotected-unsupported-uncertain-recommendations-improve-mental-health-asylum-seekers>

Jackson, R.A., 1993, 'An analysis of burnout among school of pharmacy faculty', *American Journal of Pharmaceutical Education*, 57(1), 9-17.

Jakubik, L.D., 2008, 'Jump starting your nursing career: toolbox for success', *Pa Nurse*, 63, 4-7.

Jasper, S.R., 1994, 'Issues in phenomenology for researchers of nursing', *Journal of Advanced Nursing*, 19, 309-314.

Jeanneau, M., Armelius, K., 2000, 'Self-image and burnout in psychiatric staff', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 399-406.

Jenaro, C., Flores, N., Orgaz, M.B., Cruz, M., 2011, 'Vigor and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement', *Journal of Advanced Nursing*, 67, 865-875.

Jex, S.M., 1998, *Stress and Job Performance. Theory, Research and Implications for Managerial Practice*. London: Sage.

Jimmienson, N.L., 2000, 'Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: the moderating role of self-efficacy.' *Work & Stress*, 14 (3), 262-280.

Johnson, A., Copnell, B., 2002, 'Benefits and barriers for registered nurses undertaking post-graduate diplomas in paediatric nursing', *Nurse Education Today*, 22, 118-127.

Johnson, J., Steward, W., Hall, E., Fredlund, P., & Theorell, T., 1996, 'Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men'. *American Journal of Public Health*, 86, 324-331.

Johnson, J.V., & Hall, E.M., 1996, 'Dialectic between conceptual and causal enquiry in psychosocial work-environment research', *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol 1, No 4, pp. 362-374.

Jones, D., Tanigawa, T. & Weisse, S., 2003, 'Stress management and workplace disability in the U.S., Europe, and Japan', *Journal of Occupational Health*, 45, 1-7.

Jones, F., & Bright, J., 2001, *Stress, Myth, Theory and Research*, London: Prentice Hall.

Justice, B., Gold, R.S., Klein, J.P., 1981, 'Life events and burnout', *Journal of Psychology*, 108, 219-216.

Kaitelidou, D., & Kouli, E., 2012, 'Greece: The health sector in a time of crisis', *Eurohealth*, 18, 12-14.

Kalafati, M. (2012). How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. *Emergency Nurse*, 20, pp.26-27.

Kalisch, B.J., Liu, Y.L., 2009, 'Comparison of nursing: China and the United States', *Nursing Economics*, 27, 322-331.

Kamariannaki, D., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Fradelos, E.C., Zyga, S., 2017, 'Motivations for the participation of nurses in continuing nursing education programs', *Archives of Hellenic Medicine*, 34(2), 229-235.

Kanai-Pak, M., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Poghosyan, L., 2008, 'Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals', *J Clin Nurs*, 17(24), 3324-3329.

Kane, R.L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., Wilt, T.J., 2007, *Nurse Staffing and Quality of Patient Care*. AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services, διαθέσιμο στο <https://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf>

Karaniadou, A., Anagnostopoulos, F. & Telioni, M., 2006, 'Sociodemographic, Labour and Administrative Factors Which Affect the Professional Exhaustion of the Doctors and Nurses', *Nosileftiki*, 45, 391-403.

Karanikola, M.N., Papathanassoglou, E.D., Mpouzika, M. & Lemonidou, C., 2012, 'Burnout Syndrome Indices in Greek Intensive Care Nursing Personnel', *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31, 94-101, διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182445fd2>

Kataoka-Yahiro, M.R., Mobley, J., 2011 'Benefits, barriers, and intentions/desired of nurses related to distance learning in rural island communities', *J Contin Educ Nurs*. 42(3), 127–135.

Katsikitis, M., McAllister, M., Sharman, R., Raith, L., Faithfull-Byrne, A., Priaulx, R., 2013, 'Continuing professional development in nursing in Australia: current awareness, practice and future directions', *Contemp Nurse*, 45(1), 33-45.

Kazanjian, A., Green, C., Wong, J., Reid, R., 2005, 'Effect of the hospital nursing environment on patient mortality: A systematic review', *Journal of Health Services Research and Policy*, 10(2), 111–117.

Keane, A., Duquette, J., 1985, 'Stress in ICU and non-ICU nurses', *Nursing Research*, 34(4), 231-236.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378, pp.1457-1458.

Kersaitis, C., 1997, 'Attitudes and participation of registered nurses in continuing professional education in New South Wales, Australia', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28, 135–139.

Kiekkas, P., Spyrtos, F., Lampa, E., Aretha, D. & Sakellaropoulos, C.G., 2010, 'Level and Correlates of Burnout among Orthopaedic Nurses in Greece', *Orthopaedic Nursing*, 29, 203-209.

- Kivimaki, M., Nyberg, S.T., Batty, G.D., Fransson, E.I., Heikkila, K., Alfredsson, L., et al., 2012, 'Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data', *Lancet*, 380: 1491–1497.
- Klopper, H.C., Coetzee, S.K., Pretorius, R., Bester, P., 2012, 'Practice Environment, job satisfaction and burnout of critical care nurses in South Africa', *Journal of Nursing Management*, 20(5), 685-695.
- Knox, A.B., McLeish, J.A.B., 1989, Continuing Education of the Professional in Titmus, C.J. (ed.), *Lifelong Education for Adults – An International Handbook*, Oxford: Pergamon Press.
- Kontodimopoulos, N., Nanos, N., Niakas, D., 2006, 'Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece', *Health Policy*, 76(1), 49-57.
- Koreki, A., Nakagawa, A., Abe, A., Ikeuchi, H., Okubo, J., Oguri, A., et al., 2015, 'Mental health of Japanese psychiatrists: The relationship among level of occupational stress, satisfaction and depressive symptoms', *BMC Res Notes*, 8:96.
- Kotsiou, O.S., Kotsios, P., Srivastava, D.S., Kotsios, V., Gourgoulianis, K.I., Exadaktylos, A.K., 2018b, 'Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca', *Int J Environ Res Public Health*, 15, 1790.
- Kotsiou, O.S., Srivastava, D.S., Kotsios, P., Exadaktylos, A.K., Gourgoulianis, K.I., 2018a, 'The Emergency Medical System in Greece: Operating Aeolus' Bag of Winds', *Int J Environ Res Public Health*, 15, 745.
- Koustelios, A., Kousteliou, I., 1998, 'Relations among measures of job satisfaction, Role conflict, and role ambiguity for a sample of Greek teachers', *Psychol Rep*, 82, 131-136.
- Koustelios, A., Theodorakis, N., Goulimaris, D., 2004, 'Role ambiguity, role conflict and job satisfaction among physical education teachers in Greece', *The International Journal of Educational Management*, 18(2), 87-92.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B., 2005, 'The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout', *Work & Stress*, 19(3), 192-207.

- Kristjanson, L. J., & Scanlon, J. M., 1989, 'Assessment of continuing nursing education needs: a literature review', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 20, 118–123.
- Ksiazek, I., Stefaniak, T.J., Stadnyk, M., Ksiazek, J., 2010, 'Burnout syndrome in surgical oncology and general surgery nurses: a cross-sectional study', *Eur J Oncol Nurs*, 15(4), 347–350.
- Kunaviktikul, W., 2014, 'Moving towards the greater involvement of nurses in policy development', *International Nursing Review*, 61(1), 1–2.
- Kunaviktikul, W., et al., 2010, 'Knowledge and involvement of nurses regarding health policy development in Thailand', *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 211–227.
- Kutney-Lee, A., Wu, E.S., Sloane, D.M., Aiken, L.H., Fagin, C.M., 2013, 'Changes in Hospital Nurse Work Environments and Nurse Job Outcomes: An Analysis of panel data', *Int J Nurs Stud*, 50(2), 195-201.
- Kwak, C., Chung, B.Y., Xu, Y., Eun-Jung, C., 2010, 'Relationship of job satisfaction with perceived organizational support and quality of care among South Korean nurses: a questionnaire survey', *International Journal of Nursing Studies*, 47, 1292-1298.
- Kyriopoulos, J., Gregory, S., Georgoussi, E., Dolgeras, A., 2003, 'Professional profile of national service physicians in Greece and their self-expressed training needs', *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23, 101-108.
- Lahti, M., Kontio, R., Pitkanen, A., Valimaki, M., 2014, 'Knowledge transfer from an elearning course to clinical practice', *Nurse Education Today*, 34(5), 842–847.
- Lai, K. Y. K., 2006, '*Hong Kong nurses' participation and perception in continuing nursing education: a threeyears study*', Unpublished master's thesis, Monash University, Melbourne, Australia.
- Lake, E.T., 2002, 'Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index', *Research in Nursing & Health*, 25, 176-188.
- Lake, E.T., 2007, 'The nursing environment: measurement and evidence', *Medical Care Research and Review*, 64(2), 104-122.

- Landers, M., 2000, 'The theory-practice gap in nursing: The role of the nurse teacher', *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), 274-279.
- Lang, G.M., Patrician, P., Steele, N., 2012, 'Comparison of Nurse Burnout across army hospital practice environments', *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 274-283.
- Lang, G.M., Pfister, E., & Siemens, M., 2010, 'Nursing burnout: Cross-sectional study at large army hospital', *Military Medicine*, 175(6), 435-441.
- Larcombe, K., & Maggs, C., 1991, '*Processes for Identifying the Continuing Professional Education Needs of Nurses, Midwives and Health Visitors: An Evaluation*'. English National Board, London.
- Laschinger, H.K., & Finegan, J., 2005, 'Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings', *Journal of Nursing Administration*, 35, 439-449.
- Laschinger, H.K., et al., 2001, 'The impact of workplace empowerment organizational trust on staff nurses work satisfaction and organizational commitment', *Health Care Management Review*, 26(3), 7-23.
- Laschinger, H.K., Leiter, M.P., 2006, 'The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout/engagement', *J Nurs Adm*, 36(5), 259-267.
- Lawton, S., & Wimpenny, P., 2003, 'Continuing professional development: a review', *Nursing Standard*, 26(17), 24, 41-44.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S., 1984, *Stress, appraisal and coping*, New York, Springer.
- Lazarus, R.S., 1966, *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, Toronto, London: McGraw-Hill Book Co.
- Lee, R.T., Ashforth, B.E., 1996, 'A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout.' *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-133.
- Lee, Y., Stone, P., Pogorzelska-Maziarz, M., Nembhard, I., 2018, 'Differences in work environment for staff as an explanation for variation in central line bundle compliance in intensive care units', *Health Care Management Review*, 43(2), 138-147.

- Lee, Y.Y., 2006, 'The interacting effects of cognitive failure, consciousness and job stress on safety behavior and accidents', *Korean J Ind Organ Psychol*, 19, 475-497.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Chungkham, H.S., Lindqvist, R., Runesdotter, S., Tishelman, C., 2014, 'Nurses' Practice Environment and work-family conflict in relation to burnout: A multilevel modelling approach', *PLoS One*, 9(5), e96991.
- Leiter, M.P., Maslach, C., 1988, 'The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment.' *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M.P., Maslach, C., 2009, 'Nurse turnover: the mediating role of burnout', *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339.
- Leiter, M.P., Spence Laschinger, H.K., 2006, 'Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model', *Nursing Research*, 55(2), 137-146.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T., 2003, *Work Organization and Stress*. Geneva: World Health Organization.
- Lemkau, J., Rafferty, J., Gordon, R., 1994, 'Burnout and career – choice regret among family practice physicians in early practice', *Family Practice Research Journal*, 14, 214-222.
- Lemma, A., 2000, *Containing the containers. The effects of training and support on burnout in psychiatric nurses*. Survey University, Psychology Dept.
- Levett-Jones, T.L., 2005, 'Continuing education for nurses: a necessity or nicety?', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 36, 229–233.
- Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Van den Heede, K., Matawie, K., Aiken, L., Lesaffre, E., 2013, 'Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model', *Int J Nurs Stud*, 50(2), 281-291.
- Li, L., Ryan, H., Yuan, W., 2015, 'The relationship between Social Support and Burnout among ICU nurses in Shanghai: a cross-sectional study', *Chinese Nursing Research*, 2(3), 45-50.

- Lindner, R., Reinhard, L., 1998, 'A framework to identify learning needs for continuing nurse education using information technology', *Journal of Advanced Nursing*, 27 (5), 1017–1020.
- Lindsay, B., 1990, 'Assessing the demand for continuing education', *Nursing Times*, 86(29),50.
- Little, C.D., 1993, 'Mandatory continuing education: A survey of the literature and a comment on the implications for physical therapy', *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 13(2), 159-167.
- Liu, K., You, L.M., Chen, S.X., Hao, Y.T., Zhu, X.W., Zhang, L.F., Aiken, L.H., 2012, 'The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: A nurse questionnaire survey', *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1476-1485.
- Lu, C., et al., 2002, 'The relationship amongst turnover intentions, professional commitment, and job satisfaction of hospital nurses', *Journal of Professional Nursing*, 18(4), 214-219.
- Lumsden, J., Copnell, B, Somers, B., 1998, *Issues surrounding post graduate critical care nursing courses: Students' perceptions*, in *The Post-graduate Nurse Education and Employment Conference*, Melbourne.
- Lundgren, B.S., & Houseman, C.A., 2002, 'Continuing competence in selected health care professions', *Journal of Allied Health*, 31(4), 232–240.
- Ma, C., McHugh, M.D., Aiken, L.H., 2015, 'Organization of hospital nursing and 30-day readmissions in medicare patients undergoing surgery', *Med Care*, 53(1), 65-70.
- Malliarou, M., Moustaka, E. & Konstantinidis, T., 2008, 'Burnout of Nursing Personnel in a Regional University Hospital', *Health Science Journal*, 2, 140-152.
- Manojlovich, M., & DeCicco, B., 2007, 'Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes', *American Journal of Critical Care*, 16, 536-543.

- Mansouri, M., Lockyer, J., 2007, 'A meta-analysis of continuing medical education effectiveness', *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1), 6-15.
- Maple, G., 1987, 'Continuing education for the health sciences: The voluntary/mandatory debate', *Australian Journal of Adult Education*, 27(2), 22-28.
- Margaras, V., 2016, *Islands of the EU: Taking account of their specific needs in Eu policy*, European Parliamentary Research Service.
- Mark, B.A., Hughes, L.C., Belyea, M., Bacon, C.T., Chang, Y., Jones, C.B., 2008, 'Exploring organizational context and structure as predictors of medication errors and falls', *Journal of Patient Safety*, 4(2), 66–77.
- Mark, G., Smith, A.P., 2012, 'Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses.' *British Journal of Health Psychology* 17, 505–521.
- Martin, J., 2000, 'Hidden gendered assumptions in mainstream organizational theory and research.' *Journal of Management Inquiry*, 9(2), 207-216.
- Maslach, C. & Leiter, M.P., 1997, *The truth about burnout*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Maslach, C. & Leiter, M.P., 2008, 'Early predictors of job burnout and engagement', *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., 1978, 'Job burnout: How people cope.' *Public Welfare*, 36, 56-58.
- Maslach, C., 1982, *Burnout - the cost of caring*, New Jersey, Prentice Hall.
- Maslach, C., 1993, Burnout: A multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C., Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent development in theory and research*, 19-32. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., 1996, *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3rd edn, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Goldberg, J., 1998, 'Prevention of burnout: New Perspectives', *Applied Prevention Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., Jackson, S.E., 1981, 'The measurement of experienced burnout', *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C., Jackson, S.E., 1982, *Maslach Burnout Inventory*, Palo Alto, Consulting Psychologists Press, CA.

Maslach, C., Jackson, S.E., 1986, *Maslach Burnout inventory manual*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., 2001, Job burnout. *Annu Rev Psychol* 52, 397-422.

Matlakala, M., Bezuidenhout, M., Botha, A., 2014, 'Challenges encountered by critical care unit managers in the large intensive care units', *Curationis*, 37(1), 1-7.

McCarthy, A., Evans, D., 2003, 'A study on the impact of continuing education for nurses and midwives who have completed post registration courses', T.n.a.m.p.a.d. unit, Western Health Board, Galway.

McCranie, E.W., Lambert, V.A., 1987, 'Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses', *Nursing Research*, 36(6), 374-378.

McDonald, S., et al., 2009, 'Graduate nurses' experience of postgraduate education within a nursing entry to practice program', *Nursing Praxis in New Zealand*, 25(3): 17-26.

McGrath, J.E., 1970, *Social and psychological factors in stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

McHugh, M.D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Aiken, L.H., 2011, 'Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care', *Health Affairs*, 30(2), 202-210.

McHugh, M.D., Ma, C., 2014, 'Wage, Work Environment, and Staffing: Effects on Nurse Outcomes', *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 15, 72-80.

McKenna, E., 2000, *Business Psychology and Organizational Behavior. A Student's Handbook*. 3rd edition. London: Psychology Press.

Mealer, M., 2016, 'Burnout Syndrome in the intensive care unit. Future Directions for Research', *Annals of the American Thoracic Society*, 13(7), 997-998.

Medecines Sans Frontieres, 2017, *Confronting the Mental Health Emergency on Samos and Iescos. Why the Containment of Asylum Seekers on the Greek Islands Must End*, διαθέσιμο στο

https://msf.gr/sites/default/files/msfpublications/2017_10_mental_health_greece_report_lowres_spreads.pdf

Mohamed, F., Gaafar, Y., Abd Alkader, W., 2011, 'Paediatric nurses' stresses in intensive care units and its related factors', *Journal of American Science*, 7(9), 304-315.

Moneke, N., Umeh, O., 2013, 'Factors influencing Critical Care Nurses' Perception of their overall Job Satisfaction: An Empirical Study', *The Journal of Nursing Administration*, 43(4), 201-207.

Mor, M.E., Nissly, J.A., Levin, A., 2001, 'Antecedents to Retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research?' A review and metanalysis', *Social Service Review*, 75(4), 625-661.

Morgan, A., Cullinane, J., & Pye, M., 2008, 'Continuing Professional Development: Rhetoric and practice in the NHS', *Journal of Education and Work*, 21(3), 233-248.

Morgan, J., 2016, 'Frontline: Providing health care in Greece's refugee camps', *Lancet*, 388, 748.

Morgan, J., 2017, 'Disability-a neglected issue in Greece's refugee camps', *Lancet*, 389, 896.

Moris, D., Kousoulis, A., 2017, 'Refugee crisis in Greece: Healthcare and integration as current challenges', *Perspect Public Health*, 137, 309-310.

Morris, M.D., Popper, S.T., Rodwell, T.C., Brodine, S.K. & Brouwer, K.C., 2009, 'Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement', *Journal of Community Health* 34(6), 529-538.

Morrison, A.A., 1992, 'Resisting compulsory continuing professional education', *Australian Journal of Adult and Community Education*, 32(3), 146-150.

Moss, M., Good, V.S., Gozal, D., et al., 2016, 'An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action', *Critical Care Medicine*, 44(7), 1414-1421.

Munro, B.H., Page, E.B., 1993, *Statistical methods for health care research*. 2nd ed. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Company.

Murphy, C., Cross, C., McGuire, D., 2011, 'Investigating motivational aspects of continuing professional development amongst nursing staff in the Irish health service', *Journal of European Industrial Training*, 30(5), 365–384.

Murphy, I.R., Keita, G.P., Hurrell, J.Jr., Sauter, S.L., 1995, *Job Stress Interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Nahrgang, J.D., Morgeson, F.P., Hofmann, D.A., 2011, 'Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement and safety outcomes', *Journal of Applied Psychology*, 96, 71-94.

Nalle, M.A., Wyatt, T.H., Myers, C.R., 2010, 'Continuing education needs of nurses in a voluntary continuing nursing education state.', *J Contin Educ Nurs*, 41(3), 107-115.

Nantsupawat, A., et al., 2011, 'Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand', *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 426–433.

Nantsupawat, A., Kunaviktikul, W., Nantsupawat, R., Wichaikhum, O.A., Thienthong, H. & Poghosyan, L., 2017, 'Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave', *International Nursing Review*, 64, 91–98.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W. & McHugh, M.D., 2015, 'Relationship between nurse staffing levels and nurse outcomes in community hospitals, Thailand', *Nursing and Health Sciences*, 17, 112–118.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L., 2016, 'Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals', *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing/Sigma Theta Tau*, 48(1), 83-90.

National Quality Forum 2004, *'National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. A Consensus Report'*, Washington, DC: National Quality Forum, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://mhdo.maine.gov/imhdo/_pdf/NQF-Nursing%20sensitive%20indicators.pdf.

NDNQI, 2006, *'National Database of Nursing Quality Indicators'*, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.nursingworld.org/quality/database.htm>.

Newell, S., 1995, *The Healthy Organization. Fairness, Ethics, and Effective Management*. London: Routledge.

Newman, B.M., 1990, The Newman Systems Model: a theory for practice. In: Parker, M.E., (Ed), *Nursing Theories in Practice*. National League for Nursing, N.Y.

Ni, C., Hua, Y., Shao, P., Wallen, G.R., Xu, S., Li, L., 2014, 'Continuing education among Chinese nurses: A general hospital-based study', *Nurse Educ Today*, 34(4), 592–597.

Nicholl, H. Timmims, F., 2005, 'Program-related stressors among part time undergraduate nursing students', *Journal of Advanced Nursing*, 50(1), 434-442.

Nightingale, F., 1859, *'Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not'*. Harrison, London.

Nightingale, F., 1893, 'Sick-nursing and health-nursing'. Reprinted in LR Seymer (Ed.) 1954 *'Selected writings of Florence Nightingale'*. Macmillan, New York.

Nolan, M., Owens, R.G., & Nolan, J., 1995, 'Continuing professional education: identifying the characteristics of an effective system', *Journal of Advanced Nursing*, 21,551–560.

Nsemo, A.D., John, M.E., Etifit, R.E., Mgbekem, M.A., Oyira, E.J., 2013, 'Clinical nurses' perception of continuing professional education as a tool for quality service delivery in public hospitals Calabar, Cross River State, Nigeria', *Nurse Educ Pract*, 13(4), 328-334.

O' Connor, A.B., 1982, 'Reasons nurses participate in self-study continuing education programs', *Nursing Standard*, 31(6), 371-374.

O'Connor, A. B., 1979, 'Reasons nurses participate in continuing education', *Nursing Research*, 28, 354-359.

OECD, 2018, '*International Migration Outlook 2018*', OECD Publishing, Paris, διαθέσιμο <http://www.oecd.org/migration/international-migration-outlook-1999124x.htm>

Oiler, C., 1982, 'The phenomenological approach in nursing research', *Nursing Research*, 31(3), 178-181.

Olofsson, B., et al., 2003, 'Absence of response: A study of nurses' experience of stress in the workplace', *Journal of Nursing Management*, 11, 351-358.

Ottati, V.C., Riggle, E.J., Wyer, R.S., Schwarz, N., & Kuklinski, J., 1989, 'Cognitive and affective bases of opinion survey responses', *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 404-415.

Padgett, J., Gossett, K., Mayer, R., Chien, W., Turner, F., 2017, 'Improving patient safety through high reliability organizations', *The Qualitative Report*, 22(2), 410-425.

Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., Monos, D., 1994, 'Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing.' *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.

Parikh, P., Taukari, A., Bhattacharyat, T., 2004, 'Occupational stress among nurses', *Journal of Health Management*, 6(2), 115-127.

Parker, M., 2016, 'Teamwork in the ICU -do we practice what we preach?', *Critical Care Medicine*, 44(2), 254-255.

Parochka, J.N., 1985, 'Beliefs and intentions to participate in continuing professional education: A study of nonparticipant nurses in Rockford, Illinois', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 16(1), 33-35.

Patrician, P., Jingjing, S., Lake, E.T., 2010, 'Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among army medical department registered nurses', *Res Nurs Health*, 33(2), 99-110.

- Pearlin, L.I., 1999, 'The stress process revisited: Reflections on concepts and their interrelationships'. In C.S. Aneshensel & J.C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 395-415). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Peeke, G., 2000, *Issues in continuing professional development: towards a systematic framework*, Further Education Development Agency, UK.
- Pelletier, D., Donoghue, J., Duffield, C., 2003, 'Australian nurses' perception of the impact of their postgraduate studies on their patient care activities', *Nurse Education Today*, 23, 434-442.
- Pelletier, D., et al., 1994, 'The effects of graduate nurse education on clinical practice and career paths: A pilot study', *Nurse Education Today*, 14, 314-321.
- Pelletier, D., et al., 1998, 'The impact of graduate education on the career paths of nurses', *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15(3), 23- 30.
- Penz, K., D'Acry, C., Stewart, N., Kosteniuk, J., Morgan, D., Smith, B., 2007, 'Barriers to participation in continuing education activities among rural and remote nurses', *J Contin Educ Nurs*, 38(2), 58-66.
- Perdikaris, P., Kletsiou, E., Gymnopoulou, E., & Matziou, V., 2010, 'The relationship between workplace, job stress and nurses' tobacco use: review of the literature', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(5), 2362-2375.
- Petridou, E., Skalkidou, A., Lescohier, I., Trichopoulos, D., 1998, 'Car restraints and seating position for prevention of motor vehicle injuries in Greece', *Arch Dis Child*, 78, 335-339.
- Pettinger, R., 1996, *Introduction to Organizational Behaviour*. Macmillan Business.
- Philips, J.L., Piza, M., Ingham, J., 2012, 'Continuing professional development programmes for rural nurses involved in palliative care delivery: an integrative review', *Nurse Educ Today*, 32(4), 385-392.
- Pierce, C.M., & Molloy, G.N., 1990, 'Psychological and biographical differences between secondary teachers experiencing high and low levels of burnout', *British Journal of Educational Psychology*, 60, 37-51.

Pines, A. & Aronson, E., 1988, *Career Burnout: causes and cures*. Free Press London, New York.

Pines, A., 1988, *Keeping the Spark Alive: Preventing Burnout in Love and Marriage*. St Martin Press, New York.

Pines, A.M., 1993, Burnout. In L Goldberer & S Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2nd ed.), p.386-403. New York: Free Press.

Poghosyan, L., Clarke, S.P., Finlayson, M., Aiken, L.H., 2010, 'Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in six countries', *Res Nurs Health*, 33(4): 288-298.

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Blames, N., Timsit, J.F., Pochard, F., 2007, 'Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff', *Am J Respir Crit Care Med*, 175(7), 698-704.

Pool, I.A., Poell, R.F., Berings, M.G., Ten Cate, O., 2016, 'Motives and activities for continuing professional development: An exploration of their relationships by integrating literature and interview data', *Nurse Education Today*, 38, 22-28.

Popiel, E.S., 1977, '*Nursing and the Process of Continuing Education*', 2nd edition C.V. Mosby, St Louis, Missouri.

Prag, W.P., 2003, 'Stress, burnout and social support: A review and call for research', *Air Medical Journal*, 22(4), 18-22.

Prezerakos, P., Galanis, P., Moisoglou, I., 2015, 'The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes', *Int J Nurs Pract*, 21(2), 132-140.

Prior, M., Farmer, J., Godden, D.J., Taylor, J., 2010, 'More than health: the added value of health services in remote Scotland and Australia', *Health & Place*, 16(6), 1136-1144.

Psarros, C., Malliori, M., Theleritis, C., Martinaki, S., Bergiannaki, J.D., 2016, 'Psychological support for caregivers of refugees in Greece', *Lancet*, 388, 130.

Puetz, B.E., 1980, 'Differences between Indiana registered nurse attenders and nonattenders in continuing education in nursing activities', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 11(2), 19-26.

Purdy, N., Spence Laschinger, H., Finegan, J., Kerr, M., Olivera, F., 2010, 'Effects of work environments on nurse and patient outcomes', *Journal of Nursing Management*, 18(8), 901-913.

Rafferty, A.M., Ball, J., Aiken, L.H., 2001, 'Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?', *Quality in Health Care*, 10(Suppl II), ii32-ii37.

Rafferty, A.M., Clarke, S.P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., Aiken, L.H., 2007, 'Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records', *International Journal of Nursing Studies*, 44, 175–182.

Rassool, H., Oyefeso, A., 2007, 'Predictors of course satisfaction and perceived course impact of addiction nurses undertaking a postgraduate diploma in addictive behavior', *Nurse Education Today*, 27(3), 256-265.

Razum, O., Kaasch, A., Bozorgmehr, K., 2016, 'From the primacy of safe passage for refugees to a global social policy', *Int J Public Health*, 61, 523-524.

Regan, S., Laschinger, H.K., Wong, C.A., 2016, 'The influence of empowerment, authentic leadership and professional practice environments on nurses' perceived collaboration', *Journal of Nursing Management*, 24(1), E54-E61.

Richards, L., Potgieter, E., 2010, 'Perceptions of registered nurses in four state health institutions on continuing formal education', *Curationis*, 33(2), 41-50.

Richardson, A., Gage, J., 2010, 'What influences practice nurses to participate in post-registration education?', *Journal of Primary Health Care*, 22(2), 142-149.

Richardson, J., Tjoelker, R., 2012, 'Beyond the central line-associated bloodstream infection bundle: the value of the clinical nurse specialist in continuing evidence-based practice changes', *Clinical Nurse Specialist*, 26(4), 205-211.

Robbins, S.P., 2001, *Organizational Behavior: concepts, controversies, applications*. 9th edition. N.J.: Prentice Hall.

Robbins, S.P., Judge, T.A., 2012, '*Organizational Behavior*', 14th ed. New Jersey: Pearson Education.

- Robertson, K.M., Umble, E.K., Cervero, R.M., 2003, 'Impact studies in Continuing Education for Health Professions: Update *The Journal of Continuing Education in Health Professions*, 23, 146-156.
- Robin, M., Leslie R.M., 2006, *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Roche, M., Duffield, C., Frew, B., Dimitrelis, S., 2015, 'Leadership skills for nursing unit managers to decrease intention to leave', *Nursing Research and Reviews*, 5, 57-64.
- Roche, M., Laschinger, H., Spence, K., et al., 2015, 'Testing the Nursing Work-life Model in Canada and Australia: A multi-group comparison study', *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 525-534.
- Rogers, E.R., 1987, 'Professional burnout: A review of concept', *The Clinical Supervision*, 5(3), 91-106.
- Rolls, S., 2005, 'Removing the barriers to nursing education', *New Zealand Nursing Journal*, 10(11), 26.
- Ross, R.R. & Altmaier, E.M., 1994, *Interventions in Occupational Stress*, London: Sage.
- Royle S., 1995, 'Health in small island communities: the UK's South Atlantic colonies', *Health and Place*, 1, 257-264.
- Ryan, J., 2003, 'Continuous professional development along the continuum of lifelong learning', *Nurse Education Today*, 23, 498-508.
- Samur, M., Intepeler, S., 2016, 'Factors influencing nurses' perceptions of Occupational Safety', *Archives of Environmental & Occupational Health*, 72(1), 45-52.
- Sandau, E., Halm, K., Margo, A., 2010, 'Preceptor – Based Orientation Programs: Effective for Nurses and Organizations?', *Am J Crit Care*, 19, 184-188.
- Sanders, G., Suis, J., 1982, *Social psychology of health and illness*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Sandhu, S., Bjere, N.V., Dauvrin, M., et al., 2013, 'Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries.' *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48, 105-116.

- Sandstrom, A., Rhodin, I.N., Lundberg, M., et al., 2005, 'Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome', *Bio Psychol.*, 69(3), 271-279.
- Sauter, S.L., Hurrell, J.J., Jr., Murphy, L.R., & Levi, L., 1998, 'Psychosocial and organizational factors', in J.M. Stellman (Ed.) *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety* (Fourth Ed.), 34.2-34.6, Geneva: International Labour Organization.
- Scanlan, C.L., & Darkenwald, G.G., 1984, 'Identifying deterrents to participation in continuing education', *Adult Education Quarterly*, 34(3), 155-166.
- Schaubroeck, J., & Merritt, D., 1997, 'Divergent effects of job control on coping with work stressors. The key role of self-efficacy', *Academy of Management Journal*, 40 (3), 738-754.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D., 1998, *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*, London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W., Van Dierendonck, D., 1993, 'The construct validity of two burnout measures.' *Journal of Organizational Behavior*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W.B., & Greenglass, E.R., 2001, 'Introduction to special issue on burnout and health', *Psychology and Health*, 16, 501-510.
- Schuler, R.S., 1982, 'An integrative transactional process model of stress in organizations', *Journal of Organizational Behavior*, 3(1), 5-19.
- Schultz, A., In: Wagner, H., 1970, '*On phenomenology and social relations*', Chicago: University of Chicago Press.
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E., 1994, *Psychology and Work today. An introduction to Industrial and Organizational Psychology*. 6th edition. New York: MacMillan.
- Schulz, M., Damkroeger, A., Voltmer, E., Loewe, B., Driessen, M., Ward, M., Wingenfeld, K., 2011, 'Work-related behaviour and experience pattern in nurses: impact on physical and mental health.' *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18, 411-417.

Schweitzer, D.J., Krassa, T.J., 2010, 'Deterrents to nurses' participation in continuing professional development: an integrative literature review', *J Contin Educ Nurs*, 41(10), 441-447.

Seaward, B.L., 2012, *Managing stress: principles and strategies for health and well-being*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Sehlen, S., Vordermark, D., Schafer, C., et al., 2009, 'Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group', *Radiat Oncol*, 4(6), 1-9.

Shahhosseini, Z., Hamzehgardeshi, Z., 2015, 'The Facilitators and Barriers to Nurses' Participation in Continuing Education Programs: A Mixed Method Explanatory Sequential Study', *Global Journal of Health Science*, 7(3), 184-193.

Shang, D.J., Friese, D.C.R., Wu, M.E., & Aiken, L.H., 2013, 'Nursing practice environment and outcomes for oncology nursing', *Cancer Nursing*, 36(3), 206-212.

Shen, N., 1998, 'Clarification of basic concept and standardization of continuing nursing education', *Chinese Journal of Nursing*, 33(11), 651-652.

Shields, M.A., Ward, M., 2001, 'Improving nurse retention in the National Health Service in England: The impact of job satisfaction on intentions to quit', *Journal of Health Economics*, 20(5), 677-701.

Shimuzu, T., et al., 2005, 'Relationship between turnover and burnout among Japanese hospital nurses', *Journal of Occupational Health*, 45, 334-336.

Shirom, A., 1989, *Burnout in work organizations*. In International Review of Industrial and Organizational Psychology, ed. CL Cooper, I Robertson, pp. 25-48. New York: Wiley.

Siegrist J., Peter R., Junge, A., Cremer, P. & Seidel, D., 1990, 'Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: Prospective evidence from blue-collar men', *Social Science and Medicine*, 31, 1127-34.

Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.E., Vlachaki, S.A., Melidoniotis, E., Pistolla, G., 2017, 'Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue

workers operating in Greece during the European refugee crisis’, *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 52, 45-54.

Sillero, A., Zabalegui, A., 2018, ‘Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses’, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14, 132-142.

Simpson, M.R., 2009, ‘Predictors of work engagement among medical-surgical registered nurses’, *Western Journal of Nursing Research*, 31, 44-65.

Singer, S., Rivard, P., Hayes, J., Shokeen, P., Gaba, D., Rosen, A., 2013, ‘Improving patient care through leadership engagement with frontline staff: A Department of Veterans Affairs case study’, *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(8), 349-360.

Singh, J., Verbeke, W., & Roads, G.K., 1996, ‘Do organizational practices matter in role stress processes? A study of direct and moderating effects for marketing – oriented boundary spanners’, *Journal of Marketing*, 60, 69-91.

Skees, J., 2010, ‘Continuing education, a bridge to excellence in critical care nursing’, *Crit Care Nurs Q*, 33, 104–116.

Skefales, A., Plakas, S., Fouka, G., Goni, M., Vassiliadou, M., Bergiannaki, J.D., 2014, ‘Burnout and Its Association with Working Conditions among Greek Hospital Nurses in a Time of Financial Crisis’, *Open Journal of Nursing*, 4, 548-563.

Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Warg, L., 1995, ‘Burnout in social work’, *Social Work*, 40, 638-646.

Sparling, L.A., 2003, ‘Deterrents to participation in continuing education for critical care nurses in Saskatchewan’. Unpublished master’s thesis, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.

Spector, P.E., 2000, *Industrial and Organizational Psychology. Research and Practice*. 2nd edition. London: Sage.

Spence, D., 2004, ‘Advancing nursing practice through postgraduate education (Part Two)’, *Nursing Praxis in New Zealand*, 20(3), 21-30.

Squires, M., Tourangeau, A., Spence Laschinger, H., Doran, D., 2010, 'The link between leadership and safety outcomes in hospitals', *Journal of Nursing Management*, 18(8), 914-925.

Stalpers, D., de Brouwer, B.J., Kalijouw, M.J., Schuurmans, M.J., 2015, 'Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature', *Int J Nurs Stud*, 52(4), 817-835.

Stanford, J., 1989, 'Continuing education', *Journal of District Nursing*, 7, 8-12.

Stanley, D., 2014, 'Clinical leadership characteristics confirmed', *Journal of Research in Nursing*, 19(2), 118-128.

Starke, I., 2008, 'Global challenges in continuing medical education and continuing professional development in the United Kingdom', *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(1), 29-30.

Steege, L.M., Rainbow, J.G., 2017, 'Fatigue in hospital nurse – “Supernurse” culture is a barrier to addressing problems: A Qualitative interview study', *International Journal of Nursing Studies*, 67, 20-28.

Stellman, J.M., 1998, *ILO Encyclopaedia of Occupational Health and Safety (Εγκυκλοπαίδεια της υγείας και ασφάλειας κατά την εργασία)*, Τόμος 1:16.1-16.62, Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, Γενεύη.

Stone, P.W., Du, Y., & Gershon, R.R.M., 2007, 'Organizational climate and occupational health outcomes in hospital nurses', *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(1), 50-58.

Sutherland, V.J., Cooper, C.L., 2003, *De-stressing doctors: A self-management guide*. Butterworth-Heinemann: London.

Sweeney, N.M., Saarmann, L., Flagg, J., Seidman, R., 2008, 'The keys to successful online continuing education programs for nursing', *J Contin Educ Nurs*, 39, 34-41.

Tame, S.L., 2013, 'The effect of continuing professional education on perioperative nurses' relationships with medical staff: findings from a qualitative study', *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 817-827.

- Tantaway, S.A., Abdul Rahman, A., & Abdul Ameer, M., 2017, 'The relationship between the development of myoskeletal disorders, body mass index, and academic stress in Bahraini University students', *The Korean Journal of Pain*, 30(2), 126-133.
- Tedford, S., 2008, 'Why should I do continuing education?', *ASBN*, 12, 25-28.
- Tennant, C., 2001, 'Work-related stress and depressive disorders', *J Psychosom Res*, 51, 697-704.
- Thomas, C., 1986, 'Motivational orientations of Kansas nurses participating in continuing education in a mandatory state for re-licensure', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 17, 198-202.
- Thurston, H.I., 1992, 'Mandatory continuing education: what the research tells us', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 23(1), 6-14.
- Timms, J., 1995, 'Needs assessment surveys in gerontological nursing: are we really assessing continuing education needs and priorities?', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26, 84-88.
- Tourangeau, A.E., Doran, D.M., Hall, L.M., O' Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J.V., Cranley, L.A., 2007, 'Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients', *Journal of Advanced Nursing*, 57, 32-44.
- Tsiamis, C., Terzidis, A., Kakalou, E., Riza, E., Rosenberg, T., 2016, 'Is it time for refugees' health unit in Greece?', *Lancet*, 388, 958.
- Tsitlakidis, C., Mylonakis, J., Niakas, D., 2005, 'Economic evaluation of telemedicine for a remotely located population: the case of two Greek islands', *International Journal of Electronic Healthcare*, 1(3), 243-260.
- Tsitsakis, C.A., Karasavvoglou, A., Tsaridis, E., Ramantani, G., Florou, G., Polychronidou, P., Stamatakis, S., 2017, 'Features of public healthcare services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece)', *Health Policy*, 121, 329-337.
- Tsobanoglou, G. & Batra, P., 1999, 'Investigating the organizational culture of Greek workplace, assessing the knowledge of OH&S conditions, In Straker, L. and Pollock, C., (Eds.). CD-ROM Proceedings of CybErg 1999, The Second International

Cyberspace Conference on Ergonomics. The International Ergonomics Association Press, Curtin University of Technology, Perth, Australia.

Tsobanoglou, G., Batra, P., 1998, 'Investigating the awareness and knowledge of workers of OVES, in matters of Health and Safety at Work', Final Report of the HELP-SAFE Program, Athens.

Tummers, G., et al., 2002, 'The diversity of work: Differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organization, the work and psychological work reactions in intensive care and non-intensive care nursing', *International Journal of Nursing Studies*, 39, 841-855.

Turner, P., 1991, 'Benefits and costs of continuing education in nursing education: an analytic survey', *Journal of Continuing Education in Nursing*, 22(3), 104–108.

Tyler, P., Cushway, D., 1995, 'Stress in nurses: the effects of coping and social support.' *Stress Medicine* 11, 243–251.

Ulrich, B.T., Lavandero, R., Woods, D., et al., 2014, 'Critical Care Nurse Work Environments 2013: A status report', *Critical Care Nurse*, 34(4), 64-79.

Unden, A.L., 1996, 'Social support at work and its relationship to absenteeism', *Work & Stress*, 10(1), 46-61.

Unger, J., 2011, *Cultural Identity and Public Health*. In Schwartz, S.J., et al., *Handbook of Identity Theory and Research*, Springer New York Dordrecht Heidelberg London, pp. 811-815.

UNHCR, 2018a, 'Greece data snapshot 31 December 2015', διαθέσιμο στο https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Daily_Arrival_Greece_31122015_0.pdf

UNHCR, 2018b, 'Refugees and Migrants Sea Arrivals in Europe, Monthly Data Update: November 2016', διαθέσιμο στο <https://data2.unhcr.org/ar/documents/download/53447>

UNHCR, 2018c, 'Lesvos island snapshot – 31 Dec 2015', διαθέσιμο στο https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Daily_Arrival_Greece_31122015.pdf.

UNHCR, 2018d, 'Lesvos island snapshot – 21 Mar 2016', διαθέσιμο στο https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Daily_Arrival_Lesvos_18032021.pdf

UNHCR, 2018e, 'Site Profiles, August-September 2018', διαθέσιμο στο <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/66038.pdf>

UNHCR, 2019, 'UNHCR warns of growing humanitarian crisis in Greece and the Western Balkans amid soaring refugee arrivals', διαθέσιμο στο <http://www.unhcr.rs/en/dokumenti/saopstenja-za-medije/unhcr-upozorava-na-sve-vecu-krizu-grckoj-na-zapadnom-balkanu-usled-sve-veceg-broja-izbeglica-koje-beze-od-rata.html>

Vachon, M.L.S., 1978, 'Motivations and stress experienced by staff working with terminally ill'. *Death Education*, 2, 113-122.

Vachon, M.L.S., 1987, *Occupational Stress in the Care of the critically ill, the dying and the bereaved*. New York: Hemisphere Publ. Co.

Vaezi, A.A, Vanaki, Z.F.A., 2012, 'Explaining the experiences of nurses about post-registration nursing education context: A qualitative study', *Journal of Medical Education and Development*, 7(3), 2–15.

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D., 2004, 'Nurse burnout and patient satisfaction', *Medical Care*;42(Suppl 2), II-57–II-66.

Van der Krogt, F. J., 2007, 'Organiseren van leerwegen: Strategieën van werknemers, managers en leeradviseurs in dienstverlenende organisaties' [Organizing learning paths: Strategies of workers, managers, and consultants in service organisations]. Rotterdam, Netherlands: Performa.

Waddell, D. L., 1993, 'Why do nurses participate in continuing education? A meta-analysis', *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 24, 52–56.

Wang, S.S., Liu, Y.H., 2015, 'Impact of professional nursing practice environment and psychological empowerment on nurses' work engagement: test of structural equation modelling', *Journal of Nursing Management*, 23, 287-296.

Warr, P., 2002, *Psychology at Work*. 5th edition. London: Penguin.

Watson, P.G., Wells, N., 1987, 'Nurses' attitudes toward the advantages of master's degree preparation in nursing', *Journal of Nursing Education*, 26(2), 63-68.

Webb, B., 2002, 'Using focus groups as a research method: a personal experience', *Journal of Nursing Management*, 10, 27-35.

Weigl, M., Stab, N., Herms, L., et al., 2016, 'The associations of supervisor support and work overload with burnout and depression: a cross-sectional study in two nursing settings', *Journal of Advanced Nursing*, 72(8), 1774-1788.

Wessells, D.T., 1989, 'The etiology of job stress'. In D.T. Wessells, A.H. Kutschner, I.B. Seeland, F.E. Selder, D.J. Cherico & E.J. Clark (Eds.), *Professional Burnout in Medicine and the Helping Professions*. New York: Haworth Press.

WHO, 2003, *Work Organization and Stress. Protecting Workers' Health Series, No. 3*. Authored by S. Leka, A. Griffiths, & T. Cox, Geneva: World Health Organization.

Whyte, D., Lugton, J., Fawcett, T., 2000, 'Fit for purpose: The relevance of Master's preparation for the professional practice of nursing. A 10-year follow-up study of postgraduate courses in the University of Edinburgh', *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1072-1080.

Wieclaw, J., Agerbo, E., Mortensen, P B., Bonde, J P., 2006, 'Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions', *Occupational and Environmental medicine*, 63, 314-319.

Wildman, S., et al., 1999, 'The impact of higher education for post-registration nurses on their subsequent clinical practice: An exploration of students' views', *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 246-253.

Wilson-Barnett, J., et al., 2000, 'Recognizing advancing nursing practice: Evidence from two observational studies', *International Journal of Nursing Studies*, 37, 389-400.

Wong, D., Leung, S., So, C., & Lam, D., 2001, 'Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies', *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2), 168-192.

Wood, J., 1998, 'The ENB 199: An exploration of its effects on A&E nurses' practice', *Accident and Emergency Nursing*; 6, 219-225.

Wooley, N., 1990, 'Nursing diagnosis: exploring the factors which may influence the reasoning process', *Journal of Advanced Nursing*, 15, 110-117.

World Health Organization, 1980, '*Continuing education of health personnel and its evaluation*', Euro reports and studies, WHO.

Wu, S.Y., Zhu, W., Wang, Zh.M., Wang, M.Zh., Lan, Y.J., 2007, 'Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China', *Journal of Advanced Nursing*, 59, 233-239.

Wyatt, D., 2007, 'How do participants of a post registration oncology nursing course perceive that the course influences their practice? A descriptive survey', *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 168-178.

Xie, W., Xu, C.Y., Liu, X.H., 2007, 'Investigation of work-related burnout of nurses and its influencing factors', *Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army*, 8, 29-33.

Xie, Zh.Y., Wang, Ao.L., Chen, B., 2011, 'Nurse Burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai', *Journal of Advanced Nursing*, 67, 1537-1546.

Xu, W., Zhao, Y., Guo, L., Guo, Y., Gao, W., 2009, 'Job stress and coronary heart disease: A case-control study using a Chinese population', *J Occup Health*, 51:107-113.

Yfantis, A., Tiniakou, I., Yfanti, E., 2010, 'Nurses' attitudes regarding continuing professional development in a district hospital of Greece', *Health Science Journal*, 4(3), 193-200.

You, L.M., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Liu, K., He, G., Hu, Y., Jiang, X., Li, X., Liu, H., Shang, S., Lee, A.K., Sermeus, W., 2013, 'Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe', *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154-161.

Zayan, N., Reizian, A., Hamouda, G., 2013, 'Relationship between Organizational Climate and Nurse Outcomes', *Journal of American Science*, 2(9), 184-192.

Zhang, L.F., You, L.M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J.B., Lu, M.M., Lv, A.L., Ma, W.G., Wang, J., Wang, S.H., Wu, X., Zhu, X.W., Bu, X.Q., 2014, 'The association of Chinese Hospital Work Environment with Nurse Burnout, Job Satisfaction and Intention to leave', *Nursing Outlook*, 62(2), 128-137.

Zhang, Q.L., Liu, Y.F., Xie, G.M., Chu, L.L., Luo, X., 2010, 'Research progress on nursing human resources allocation', *Chinese Nursing Research*, 24 (3), 508–510.

Zhao, J.J., You, L.M., Yan, J., Zhang, M.F., 2009, 'human resources and education status of nurses in Guangdong Province', *Chinese Nursing Management*, 9, 39-42.

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αδαλή, Ε., 2000, 'Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών. Έννοια, Συνιστώσες, Συνέπειες', *Νοσηλευτική*, 39(3), 292-297.

Αδαλή, Ε., Λεμονίδου, Χ., 2001, 'Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών', *Νοσηλευτική*, 40(2), 15-22.

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., 2002, 'Επαγγελματική Εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού'. *Νοσηλευτική*, 41(1), 105-112.

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., 1992, 'Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών', *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, 183–202.

Αναγνωστοπούλου, Δ., Μαρνέρας, Χ., Τσιμητρέα, Ε., Χαρίση, Ε., Μουχάκη, Στ., Αργυροπούλου, Δ., & συν., 2013, 'Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης νοσηλευτών τριτοβάθμιου νοσοκομείου και διερεύνηση της σχέσης με την πιθανότητα αποχώρησης από την εργασία', *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5, 74-84.

Αντωνίου, Α.Σ., 2006, *Εργασιακό Στρες*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Βασιλάκη, Ε., και συν., 2001, *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Βέτσικα, Δ., 2017, 'Η εμπειρία των επαγγελματιών υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «Βοστανείο» κατά τη φροντίδα προσφύγων και μεταναστών',

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών ‘Διεθνής Ιατρική – Διαχείριση Κρίσεων Υγείας’, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Βλάχου, Ε., & Πλαγίσου, Α., 2011, ‘Η Κλινική Επίβλεψη ως Μηχανισμός Υποστήριξης των Νοσηλευτών’, *Νοσηλευτική*, 50(3), 279–287.

Γεωργοπούλου, Ν., 2018, *Επαγγελματική Εξουθένωση στο Νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών σε συνθήκες οικονομικής κρίσης*, Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.

Γούλας, Β., 2004, ‘Διερευνώντας την Επαγγελματική Εξουθένωση για άσκηση Αποτελεσματικής Διοίκησης. Στο Νιάκας, Δ. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία*, Mediforce, Αθήνα, 127-149.

Γώγος, Χ., 2009, ‘Η διαδικασία του ελέγχου της Απόδοσης στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Η περίπτωση των εξωτερικών ιατρείων ενός Γενικού Νοσοκομείου’, *Επιθεώρηση Υγείας*, 20(118), 15-19.

Δεληγάς, Μ., Τούκας, Δ. & Σπυρούλη, Α., 2012, ‘Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out)’, *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος, 5-12.

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ., Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., 2009, ‘Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό’, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(3), 222-239.

Δημοπούλου, Χ., 2012, *‘Αξιολόγηση των Προγραμμάτων της Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης και Ανίχνευση των Εκπαιδευτικών Αναγκών Νοσηλευτών Δημόσιου Νοσοκομείου’*, Διπλωματική Εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Διλιντάς, Α., 2008, ‘Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους του Π.Α.Γ.Ν.Η’, *Επιθεώρηση Υγείας*, 19(111), 34-40.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013, *Κίνδυνοι για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης – Οδηγός πρόληψης και ορθής πρακτικής*, διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7167&langId=el>

Ζαχάρη, Ε., Ντουράϊ, Α., 2015, *Επαγγελματική Εξουθένωση των νοσηλευτών στην οικονομική κρίση*, Πτυχιακή Εργασία, τμήμα Νοσηλευτικής Δυτικής Ελλάδας.

Θεοφίλου, Π., 2009, 'Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας', *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 41–50.

Καζαντζή, Κ., Καραζιώτου, Ι., Καρυώτη, Β., 2008, 'Η επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού ενός θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων και η ικανότητα διαχείρισης της', Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΑΤΕΙ Κρήτης.

Καλαντζή, Φ., 2007, 'Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία. Διπλωματική Εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο', Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργανωτική και Οικονομική Ψυχολογία», Αθήνα.

Καλαφάτη, Μ., Μπελάλη, Θ., Φύτρου, Ε., Χατζοπούλου, Μ., Λαζάρου, Π., 2007, 'Αξιολόγηση εφαρμογής κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών', *Νοσηλευτική*, 46(3), 318–325.

Καλογεροπούλου, Μ., Παπαθανασοπούλου, Ε., 2013, 'Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. Πιλοτική μελέτη', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), 587-594.

Κάντας, Α., 1995, *Οργανωτική – Βιομηχανική Ψυχολογία, Μέρος 3^ο*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάντας, Α., 1998, *Οργανωτική και βιομηχανική ψυχολογία*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κάντας, Α., 2001, Οι παράγοντες άγχους και η επαγγελματική εξουθένωση στους εκπαιδευτικούς. Στο Ε.Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπαζεβέγκη (Επιμ.), *Το στρες, το άγχος και αντιμετώπιση τους*, 217-229. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάντας, Α., 1996, 'Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας-πρόνοιας.' *Ψυχολογία* 3, 71-85.

Καραθανάση, Ε., 2017, 'Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη στη Νοσηλευτική, Κίνητρα και Συνθήκες Ενεργοποίησης', Διπλωματική Εργασία, Διατμηματικό

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Καραθάνου, Α., 2007, *Μέτρηση της ικανοποίησης από την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ*, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Καυγά, Α., Βλάχου, Ε., Γκοβίνα, Ο., Παυλάτου, Ν., Κουλούρη, Α., Σταθοπούλου, Χ., 2012, 'Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης', *Νοσηλευτική*, 51(3), 288-296.

Καυγά, Α., Βλάχου, Ε., Καλεμικεράκης, Ι., Παρισσόπουλος, Στ., Γκοβίνα, Ο., 2016, 'Καταγραφή των απόψεων των Κλινικών Εκπαιδευτών για το περιβάλλον μάθησης των φοιτητών στο νοσοκομείο', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15(2), 150-165.

Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης, 2010, *Ανίχνευση Εκπαιδευτικών Αναγκών και Σχέδιο Εκπαίδευσης Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης & των Μονάδων Υγείας αρμοδιότητας του*, Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης.

Κίτρινου, Ε., 2009, *Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) στις νησιωτικές και παραμεθόριες περιοχές: αναγκαίες υποδομές και υπηρεσίες*, Αναπτυξιακό Συνέδριο Αμανής, Βολισσός.

Κοτζαμπασάκη, Στ., 2006, 'Μοντέλα κλινικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Εξέλιξη και επιδράσεις στη μάθηση των φοιτητών της νοσηλευτικής', *Νοσηλευτική*, 45(3), 1315-1325.

Κοτρόγιαννος, Δ., Τζαγκαράκης Σ., 2019, 'Πτυχές των προοπτικών κοινωνικο-οικονομικής ένταξης των προσφύγων: Προκαταρκτικά πορίσματα της έρευνας πεδίου σε Μυτιλήνη και Κρήτη', προφορική ανακοίνωση στην ημερίδα 'Κοινωνική και Αλληλέγγυα Οικονομία, ο Εναλλακτικός μοχλός Ανάπτυξης', 13 Μαΐου 2019.

Κουράκος, Ι.Μ., Καυκιά, Β.Θ., Θανασά, Π.Γ., Κυλούδης, Γ.Π., Σταθαρού, Κ.Α., Ρεκλείτη, Δ.Μ., & Σαρίδη, Ι.Μ., 2012, 'Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ): Διερεύνηση Αντιλαμβανόμενου Άγχους στο Νοσηλευτικό Προσωπικό', *Βήμα Ασκληπιού*, 11(4), 563-576.

Λανάρα, Β., 1999, *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών*. 5η έκδοση, Αθήνα.

Μαλλιαρού, Μ., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π., 2008, 'Ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση: Μια συστηματική ανασκόπηση', *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1, 40-48.

Μαλλίδου, Α., 1997, 'Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στους νοσηλευτές. Υποχρεωτική ή εθελοντική;', *Νοσηλευτική*, 36 (2): 143-147.

Μισουρίδου, Ε., 2009, 'Η αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική', *Νοσηλευτική*, 48(4), 358-366.

Μίχου, Ε., 2015, 'Διερεύνηση των λόγων συμμετοχής των εργαζομένων νοσηλευτών & νοσηλευτριών Γενικού Νοσοκομείου σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης', *Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*.

Μπακάλης, Α.Ν., Παρασκευή, Α., Κάππα, Σ., Καραγιάννη, Μ., Σιάννα, Δ., Σταματάκης, Τ., 2011, 'Η συσχέτιση της Δια Βίου Εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού με τη βασική νοσηλευτική φροντίδα σε παιδιατρικά νοσοκομεία', *Αχαϊκή Ιατρική*, 30(1), 71-75.

Μπελλάλη, Θ., & Παπάζογλου, Ε., 2004, 'Η ποιοτική μεθοδολογία στην Νοσηλευτική έρευνα', *Νοσηλευτική*, 43(3), 261-270.

Μπελλάλη, Θ., 2005, 'Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(3), 298-307.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ., Νιάκας, Δ., 2007, 'Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 75-84.

Μουστάκα, Ε., Κούτης, Ε., Μπαμπάτσικου, Φ., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Κωσταντινίδης, Κ.Θ., 2013, 'Ψυχική ευεξία και η σχέση της με το εργασιακό στρες. Έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό', *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5, 35-41.

Μουστάκα, Ε., Ζάντζος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ.Κ., 2010, 'Εκφάνσεις του Εργασιακού Άγχους στη Ψυχική και τη Σωματική Υγεία (Έρευνα σε Νοσηλευτικό Προσωπικό)', Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών 'Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας', Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Μωραϊτάκη – Τσάμη, Α. και Βασιλάκης, Π., 2007. *Νησιά: πρόταση για την υγεία*, Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Ντούπη, Σ., Κουλιεράκης, Γ., Καραδήμας, Ε., 2015, 'Υποκειμενικό στρες, αντίληψη του επαγγελματικού ρόλου και στρατηγικές αντιμετώπισης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας', *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(3), 42-53.

Ουζούνη, Χ., 2004, 'Το στρες των νοσηλευτών που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα', *Νοσηλευτική*, 43(3), 297-303.

Ουζούνη, Χ., 2005, 'Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες σε νοσηλευτικό προσωπικό ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας', *Νοσηλευτική*, 44(3), 355-363.

Ουζούνη, Χ., Νακάκης, Κ., Κουτσαμπασόπουλος, Κ., Καπάδοχος, Θ., 2009, 'Οι απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την κλινική τους εκπαίδευση – Μια ποιοτική μελέτη', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), 353-367.

Παναγιωτοπούλου, Κ., 2012, 'Συμμετοχή και Κίνητρα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης σε Επαγγελματίες Υγείας', Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Πανταζοπούλου-Φωτεινά, Α., 2003, *Εργασιακό περιβάλλον και Ψυχικές επιπτώσεις – Προσέγγιση από το χώρο της ιατρικής της εργασίας*. Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας στην εργασία, Αθήνα.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., 1986, Επαγγελματική κόπωση. Στο: Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (επιμ). *Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο*. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα, 133-144.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., 1995, 'Επαγγελματική Εξουθένωση.' Στο Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (επιμ), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 242-262.

Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Αμίτσης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Σούλης, Σ., 2006, 'Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας', *Νοσηλευτική*, 45(4), 543-551.

Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ., Καϊτελίδου, Δ., 2007, 'Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο', *Νοσηλευτική*, 46, 537–544.

Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α., Σουλιώτης, Κ., 2016, 'Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης', *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(1), 73-83.

Σιουρούνη, Ε., και συν., 2006, 'Διερεύνηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Τρίπολης', *Επιθεώρηση Υγείας*, 17(99), 31-34.

Σουρτζή, Π., 2001, 'Δημόσια υγεία και Νοσηλευτική. Πρόγραμμα Συνεχούς Εκπαίδευσης για νοσηλευτές', *Νοσηλευτικό Δελτίο ΕΣΝΕ*, 4, 62–63.

Σπιλάνης, Γ., 1996, 'Για μια Ευρωπαϊκή Πολιτική των Νησιών', Κείμενα Έρευνας και Τεκμηρίωσης, αρ.41, ΕΚΕΜ.

Σπιλάνης, Γ., και συν., 2005, 'Προσπελασιμότητα και ελκυστικότητα των νησιών του Αιγαίου', *Αειχώρος*, 4(1), 106-135.

Τούκας, Δ., 2010, 'Ο ρόλος των εργαζομένων στις στρατηγικές ανάλυσης και διαχείρισης της επικινδυνότητας του εργασιακού στρες', *Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας*, 43, 9–12.

Τούντας, Γ., 1999, 'Οι επιπτώσεις του στρες στην υγεία', *Νέα Υγείας*, 24, 9-13.

Τούντας, Γ., 2008, *Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τσαγκάρης, Μ., Χατζηπανταζή, Π., Τσαρούχη, Α., Τσαντούλας, Δ., 2000, 'Τηλεϊατρική: η εμπειρία του Σισμανόγλειου Νοσοκομείου', *Επίκαιρα Θέματα, Επιστημονικά Χρονικά Σισμανογλείου*, 1(1), 41-45.

Τσίρος, Χ., 2009, 'Επαγγελματική εξουθένωση και αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών', *Επιθεώρηση Υγείας*, 20(118), 38-47.

Υπηρεσία Ασύλου, 2018, 'Στατιστικά Στοιχεία Υπηρεσίας Ασύλου από 7/6/2018-30/6/2018', Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα http://asylo.gov.gr/wp-content/uploads/2018/10/Greek_Asylo_Service_Statistical_Data_GR.pdf

Υφαντόπουλος, Γ., 2005, *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και Πολιτική*, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Φιλαλήθης, Τ., 2009, *‘Η φροντίδα υγείας στα νησιά του Αιγαίου: ειδικές πολιτικές για ιδιαίτερες ανάγκες’*, Εισήγηση στο συνέδριο Νησιωτικός χώρος – ειδικές πολιτικές, 12-13 Ιουνίου 2009, Ένωση Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων Ελλάδας, Μυτιλήνη, Ελλάδα.

Χάρος, Δ., Κολυπέρα, Β., Λαζαρίδου, Ε., Ανδριοπούλου, Μ., Βιβιλάκη, Β., Λιβάνης, Ε., 2017, *‘Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης’*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(4), 467-475.

Χασάπης, Γ., 1980, *Ψυχολογία της Προσωπικότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βασιλόπουλος.

Ψημίτης Μ., Γεωργούλας Σ., Ναγόπουλος Ν., 2017, *Προσφυγική κρίση και Δημόσιες Υπηρεσίες: Αποτύπωση της προσφοράς των δημόσιων υπηρεσιών της Λέσβου σε ζητήματα υποδοχής, καταγραφής, περίθαλψης και διαδικασίας ασύλου μεταναστών και προσφύγων*. Εκδ. ΑΔΕΔΥ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΟ, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Θεωρητικές Προσεγγίσεις Εργασιακού Στρες

1) Το μοντέλο του Κοινωνικού Περιβάλλοντος και η θεωρία Προσαρμογής Ατόμου – Περιβάλλοντος. Το δημοφιλέστατο αυτό μοντέλο - γνωστό και ως μοντέλο του Michigan, αφού αναπτύχθηκε στο Ινστιτούτο Κοινωνικής Έρευνας του Πανεπιστημίου του Michigan - περιλαμβάνει δυο εκδοχές: Α) *Το μοντέλο του Κοινωνικού Περιβάλλοντος* και Β) *Τη θεωρία Προσαρμογής ατόμου - περιβάλλοντος* (Chmiel 2000, Drenth 1998, Beehr 1995).

Α) Στο πρώτο, συνδυάζονται μεταβλητές, όπως το αντικειμενικό και το υποκειμενικό περιβάλλον, οι αντιδράσεις στο στρες, η ασθένεια, το άτομο και τέλος, η κοινωνική υποστήριξη. Συγκεκριμένα, το αντικειμενικό περιβάλλον αποτελείται από τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας (μέγεθος, ιεραρχική δομή του οργανισμού, περιγραφή θέσεων εργασίας). Το υποκειμενικό περιβάλλον αφορά στην προσωπική αξιολόγηση και ερμηνεία του εργαζομένου (δηλαδή, σύγκρουση ρόλων, ασάφεια ρόλου, έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, ανάληψη υπέρμετρων ευθυνών). Οι αντιδράσεις στο στρες περιλαμβάνουν τις ψυχολογικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές αντιδράσεις του ατόμου. Χαρακτηριστικά παράδειγμα μακροχρόνιων αντιδράσεων αποτελούν η κινητικότητα, οι συχνές απουσίες με λήψη αναρρωτικών αδειών, η πρώιμη συνταξιοδότηση. Οι επαναλαμβανόμενες και επίμονες αντιδράσεις μπορεί να οδηγήσουν σε ασθένεια, σωματική και ψυχική. Μεταξύ στρεσογόνου παράγοντα και αντίδρασης παρεμβάλλεται το άτομο με όλα τα χαρακτηριστικά του. Τέλος, η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις του εργαζομένου με συναδέλφους/συνεργάτες/προϊσταμένους. Τα χαρακτηριστικά του

ατόμου και οι διαπροσωπικές του σχέσεις είτε ενισχύουν είτε περιορίζουν τα παραπάνω, μεταβάλλοντας το βίωμα κατά τρόπο μοναδικό.

B) Η βελτιωμένη εκδοχή του μοντέλου είναι η θεωρία Προσαρμογής Ατόμου–Περιβάλλοντος (Person–Environment Fit model). Σύμφωνα με αυτήν, η συμπεριφορά πηγάζει από το άτομο αλλά και από το περιβάλλον και η αλληλεπίδραση που προκύπτει, καθορίζει την εμφάνιση αντιδράσεων στο στρες ή την απουσία τους (Chmiel 2000, Drenth 1998). Η ασυμφωνία μεταξύ των χαρακτηριστικών του ατόμου και του εργασιακού του περιβάλλοντος θα οδηγήσει σε ανεκπλήρωτες ανάγκες του ατόμου ή του περιβάλλοντος και τελικά, σε στρες. Η ασυμφωνία μπορεί να είναι υποκειμενική (διάσταση μεταξύ αυτών που πιστεύει ο εργαζόμενος για τον εαυτό του και αυτά που πιστεύει για το περιβάλλον) ή αντικειμενική (διάσταση μεταξύ της κατάστασης που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος και των αντικειμενικών χαρακτηριστικών της εργασίας). Όταν το άτομο ενεργοποιεί μηχανισμούς άμυνας, περιορίζει την υποκειμενική ασυμφωνία χωρίς να επηρεάζεται η αντικειμενική, ενώ όταν ενεργοποιούνται εκ μέρους του εργαζόμενου στρατηγικές αντιμετώπισης περιορίζεται η αντικειμενική ασυμφωνία (για παράδειγμα, εκμάθηση δεξιοτήτων εκ μέρους των εργαζομένων).

2) Το μοντέλο της Συναλλακτικής Διαδικασίας του Stress (Lazarus 1966).

Προτάθηκε από το Lazarus το 1966 και αποτελεί ένα ευρέως αποδεκτό μοντέλο. Στον ορισμό των Lazarus και Folkman (1984), το εργασιακό στρες αποδίδεται ως μια δυναμική διαδικασία στα πλαίσια αμφίδρομης σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον, στο οποίο βρίσκεται (Cooper 2001). Όταν το άτομο έρχεται σε επαφή με ένα ερέθισμα, επικεντρώνεται στο νόημα που έχει το κάθε ερέθισμα για εκείνο και το αξιολογεί ως στρεσογόνο ή μη. Η γνωστική αυτή αξιολόγηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία αντιμετώπισης, αφού τα γεγονότα που βιώνονται από το άτομο, αξιολογούνται και κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την επίδραση τους στην ευεξία του ατόμου, με παράλληλη ενεργοποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης τους (Αντωνίου 2006, Cheng 2005, Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995). Βασικό ρόλο στον καθορισμό της στρατηγικής αντιμετώπισης έχει η συναισθηματικότητα (Fickova 2002).

3) Το μοντέλο της Διαδικασίας του Stress (Carson & Kuimpers 1998). Αποτελεί ένα ακόμη αλληλεπιδραστικό μοντέλο, που περιλαμβάνει εξωτερικούς στρεσογόνους

παράγοντες (π.χ. δυσκολίες στην εργασία, στρες σχετιζόμενο με συγκεκριμένα γεγονότα της ζωής), ρυθμιστικούς παράγοντες (π.χ. αυτοεκτίμηση, δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, στρατηγικές αντιμετώπισης, έλεγχος) και συνέπειες του στρες (καλή σωματική και ψυχική υγεία, εργασιακή ικανοποίηση και από την άλλη πλευρά, επαγγελματική εξουθένωση, παραιτήσεις) (Hannigan 2004).

4) Το μοντέλο διαδικασίας του McGrath (1970). Σύμφωνα με αυτό, το άτομο αντιλαμβάνεται μια αντικειμενική κατάσταση και κινητοποιείται για να αντιδράσει σε αυτήν. Η επιλογή αντίδρασης συνιστά συμπεριφορά, που μπορεί να επιφέρει αλλαγές στην αρχική κατάσταση (Jex 1998).

5) Το μοντέλο των βιταμινών. Το συγκεκριμένο μοντέλο υποστηρίζει ότι ψυχική υγεία επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά της εργασίας με τον ίδιο τρόπο που η σωματική μας υγεία επηρεάζεται από την παρουσία των βιταμινών στον οργανισμό μας. Αναπτύχθηκε από τον Warr το 1987 (Chmiel 2000, Drenth 1998). Αρχικά, η λήψη βιταμινών βελτιώνει τη σωματική υγεία, όμως, μετά από ένα καθορισμένο όριο λήψης βιταμινών, η υγεία του σώματος δεν βελτιώνεται. Μάλιστα, μπορεί να οδηγήσει σε δυο εκδοχές: είτε σε μη περαιτέρω βελτίωση είτε σε υπερβιταμίνωση, που προκαλεί προβλήματα υγείας. Κατά αντιστοιχία, ορισμένα χαρακτηριστικά της εργασίας επηρεάζουν με θετικό τρόπο τη ψυχική υγεία του εργαζόμενου. Πιο συγκεκριμένα, τα εργασιακά χαρακτηριστικά κατηγοριοποιούνται σε εννέα κατηγορίες. Έξι από αυτές (οι ευκαιρίες για έλεγχο, οι ευκαιρίες για χρήση των ικανοτήτων του ανθρώπου, η ποικιλία, οι εξωτερικά γενικευμένοι στόχοι, η σαφήνεια περιβάλλοντος, οι ευκαιρίες για διαπροσωπικές σχέσεις) ακολουθούν καμπυλόγραμμη σχέση, ενώ οι άλλες τρεις (διαθεσιμότητα χρημάτων, σωματική ασφάλεια και σημαντικότητα εργασίας) έχουν γραμμική επίδραση. Η καμπυλόγραμμη σχέση δηλώνει ότι η έντονη παρουσία ή η έλλειψη των ως άνω χαρακτηριστικών επιδρά αρνητικά στη ψυχική υγεία των εργαζομένων, ενώ στη γραμμική επίδραση είναι φανερό ότι με την παρουσία τους αυξάνεται το επίπεδο ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Επισημαίνεται ότι μεταξύ χαρακτηριστικών της εργασίας και ψυχικής υγείας, παρεμβάλλονται τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως οι ικανότητες του ατόμου, οι αξίες και η γενετική προδιάθεση/υπόβαθρο ψυχικής υγείας του ατόμου.

6) Το μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων–Ελέγχου–Υποστήριξης. Περιεγράφηκε για πρώτη φορά το 1979 από τους Karashek και συνεργάτες, με αρχική ονομασία ‘μοντέλο

εργασιακών απαιτήσεων – ελέγχου’ (Job Demand–Control model/JD-C). Αργότερα, εξελίχθηκε από τους Johnson & Hall μετονομασθέν σε ‘μοντέλο Εργασιακών Απαιτήσεων-Ελέγχου-Υποστήριξης (Demand-Control-Support model), αφού προστέθηκε σε αυτό, η διάσταση της κοινωνικής υποστήριξης (Αντωνίου 2006, Chmiel 2000, Dollard & Winefield 1998). Ως βασικές πηγές στρες κατονομάστηκαν οι εργασιακές απαιτήσεις και το επίπεδο ελέγχου του ατόμου στην εργασία, οδηγώντας σε τέσσερεις συνδυασμούς. Πιο συγκεκριμένα, ο συνδυασμός υψηλών εργασιακών απαιτήσεων με χαμηλό επίπεδο ελέγχου του ατόμου στην εργασία του θεωρείται εκείνος που έχει πολύ περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσει στρες στον εργαζόμενο. Ο αντίστροφος συνδυασμός οδηγεί σε χαμηλές αντιδράσεις στρες. Οι ενδιάμεσοι συνδυασμοί επηρεάζουν τα κίνητρα και την προσωπική ανάπτυξη στην εργασία. Στην πρώτη περίπτωση, ο εργαζόμενος οδηγείται στο λεγόμενο ‘καλό στρες, ενώ στη δεύτερη, οδηγείται σε παθητική εργασία, με ενδεχόμενο κίνδυνο απώλειας των δεξιοτήτων του. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιείται συχνά στο σχεδιασμό της εργασίας των επαγγελματιών υγείας (Jones 2001). Με την εξέλιξη του και αφού συμπεριελήφθη η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, προέκυψαν οκτώ διαφορετικοί συνδυασμοί. Ο συνδυασμός που οδηγεί σε στρες περιλαμβάνει υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, χαμηλό επίπεδο ελέγχου του ατόμου στην εργασία και χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης (Schaubroeck & Meritt 1997).

7) Το μοντέλο του Stress στην Εργασία των Cooper και Marshall (1976). Μέσω αυτού, καθορίζονται έξι κατηγορίες που οδηγούν στην εμφάνιση στρες: ενδογενείς παράγοντες στην εργασία, ρόλος του εργαζομένου στην οργάνωση, διαπροσωπικές σχέσεις στην εργασία, επαγγελματική ανέλιξη και οργανωτική δομή και κλίμα, σύγκρουση υποχρεώσεων μεταξύ οικογένειας και εργασίας. Ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τα άτομα υποστηρίζεται ότι υιοθετούν προσαρμοστικές ή μη συμπεριφορές.

8) Το μοντέλο των Beehr και Bhagat. Πρόδρομος αυτού θεωρείται το μοντέλο του McGrath. Αναπτύχθηκε από τους Beehr και Bhagat το 1985, συσχετίζοντας το στρες των εργαζομένων με την απόδοση τους. Το εργασιακό στρες θεωρείται το γινόμενο τριών μεταβλητών: της αβεβαιότητας που βιώνει ο εργαζόμενος ως προς τα αποτελέσματα, της σημαντικότητας των αποτελεσμάτων και τέλος, της διάρκειας της συγκεκριμένης κατάστασης που βιώνει ο εργαζόμενος. Η αβεβαιότητα συναντάται με δυο μορφές: Α) όταν ο εργαζόμενος νιώθει αβεβαιότητα ως προς το εάν οι

καταβαλλόμενες προσπάθειες του θα οδηγήσουν σε υψηλά επίπεδα απόδοσης και Β) όταν ο εργαζόμενος νιώθει αβέβαιος ως προς το εάν η υψηλή του απόδοση θα οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα (Jex 1998, Ferris & Buckley 1996, Beehr 1995).

9) Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταπόδοσης. Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταπόδοσης (Effort–Reward Imbalance model) αναπτύχθηκε το 1990 από τους Siegrist και συνεργάτες. Σύμφωνα με αυτό, ο εργασιακός ρόλος του ατόμου αποτελεί στοιχείο διασύνδεσης της αυτοεκτίμησης του και των αμοιβών ή ευκαιριών από την εργασία (Chmiel 2000). Οι αμοιβές αποδίδονται με τη μορφή χρημάτων, εκτίμησης και ευκαιριών ανέλιξης (προαγωγή, εργασιακή ασφάλεια, διατήρηση θέσης).

10) Το ενιαίο μοντέλο αλληλεπίδρασης της διεργασίας του στρες. Για πρώτη φορά, προτάθηκε από τον Schuler το 1982 με σκοπό την ομαδοποίηση των θεωριών που υποστηρίζουν την έννοια της δυναμικής αλληλεπίδρασης ατόμου και περιβάλλοντος στη διαδικασία του στρες (Dipboye 1994, Beehr & Bhagat 1985). Με τη χρήση της λέξεως ‘διεργασία’, οι ερευνητές αναφέρονται στις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα σε βάθος χρόνου και μέσα από τη δράση στρεσογόνων παραγόντων. Το άτομο βιώνει στρες ανάλογα με τα ατομικά του χαρακτηριστικά, τις ικανότητες και δεξιότητες του, τις ανάγκες του. Έτσι, είναι πολύ πιθανό το ίδιο γεγονός να θεωρείται στρεσογόνο από ένα άτομο ή μη από κάποιο άλλο.

Με βάση τα παραπάνω, προσδιοριστικά στοιχεία θεωρούνται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που προκαλούν στρες, η υποκειμενική αντίληψη, τα χαρακτηριστικά του ατόμου και οι αντιδράσεις του. Τα χαρακτηριστικά του ατόμου διακρίνονται σε:

A) Ικανότητες, αξίες, ανάγκες, τύπος προσωπικότητας, που επηρεάζουν το πώς αντιλαμβάνονται τα άτομα αρχικά το γεγονός (ως στρεσογόνο ή μη).

B) Φυσική κατάσταση, τρόπος ζωής, κοινωνική υποστήριξη, κίνητρα, κληρονομικότητα, που επηρεάζουν τη σπουδαιότητα, τη διάρκεια, την κατεύθυνση, και την ένταση της βραχυπρόθεσμης αλλά και μακροπρόθεσμης έμμεσης αντίδρασης του ατόμου σε επίπεδο σωματικό, ψυχολογικό και συμπεριφοριστικό.

Στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση, το στρες γίνεται αντιληπτό μέσα από το πλαίσιο του Γενικού Συνδρόμου Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome). Σε περίπτωση ενός στρεσογόνου γεγονότος, το άτομο ενεργοποιεί μια άμεση αντίδραση

συναγερμού. Στη συνέχεια, ακολουθεί μια ενδιάμεση αντίδραση (σωματική ή ψυχολογική). Σε περίπτωση που το γεγονός αυτό διαρκεί επί μακρόν, τότε το άτομο βιώνει εξουθένωση με ποικίλες αντιδράσεις (σωματικές, ψυχολογικές, συμπεριφοριστικές). Σύμφωνα με τους Dierboye και συνεργάτες (1994), μέσα από το μοντέλο αυτό επισημαίνεται η συνολική εμπειρία του στρες για ένα άτομο, τα ιδιαίτερα του χαρακτηριστικά και κατανοείται η διαδικασία ενεργοποίησης των στρατηγικών αντιμετώπισης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Άρθρο 58 Άδειες υπηρεσιακής εκπαίδευσης

1. Για τη συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα μετεκπαίδευσης και προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, ο υπάλληλος δικαιούται να ζητήσει άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης. Άδεια δεν χορηγείται αν ο χρόνος υπηρεσίας του υπαλλήλου που απομένει μετά το πέρας της άδειας είναι μικρότερος του τετραπλάσιου της χρονικής διάρκειας της άδειας. Επίσης η ανωτέρω άδεια δεν χορηγείται αν ο υπάλληλος δεν έχει συμπληρώσει τη δοκιμαστική υπηρεσία.
2. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης χορηγείται από τον αρμόδιο Υπουργό ή από τη διοίκηση του οικείου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ύστερα από αίτηση του υπαλλήλου και μετά από σύμφωνη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου, το οποίο ελέγχει τη συνδρομή των προϋποθέσεων και συνεκτιμά τη συνάφεια της μετεκπαίδευσης ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης με το αντικείμενο της υπηρεσίας του, την υπηρεσιακή επίδοση και τις γνώσεις του υπαλλήλου.
3. Η άδεια χορηγείται υποχρεωτικά, εάν ο υπάλληλος έχει λάβει υποτροφία από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών. Υποτροφία από άλλο ίδρυμα ή οργανισμό ημεδαπό, διεθνή ή αλλοδαπό ή αλλοδαπή κυβέρνηση για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση σχετιζόμενη με το αντικείμενο της υπηρεσίας του υπαλλήλου συνεκτιμάται για τη χορήγηση της άδειας. Η άρνηση χορήγησης της άδειας πρέπει να αιτιολογείται ειδικώς.
4. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης δεν μπορεί να υπερβεί τη διετία. Σε περίπτωση φοίτησης σε προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών διάρκειας δύο (2) ετών ή εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης δεν μπορεί να

υπερβεί τα τρία (3) ή τα τέσσερα (4) χρόνια αντίστοιχα. Καθ' όλη τη διάρκεια της υπηρεσίας του υπαλλήλου δεν μπορεί να χορηγηθεί σε αυτόν άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης πέρα των πέντε (5) ετών.

5. Ο υπάλληλος στον οποίο χορηγείται άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης λαμβάνει τις αποδοχές του. Στους υπαλλήλους που χορηγείται άδεια για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο εσωτερικό παρέχονται αποδοχές αυξημένες κατά 20%, οι οποίες καταργήθηκαν από 1.1.2013, σύμφωνα με την περίπτωση 11 της Υποπαρ. Γ.1 της Παρ. Γ του άρθρου πρώτου Νομ. 4093/9- 12 Νοεμβρίου 2012 (ΦΕΚ Α' 222), Τομ. 25, Κεφ. Β, Θέμα αα, σελ. 108, αριθ. 2. Για τους υπαλλήλους που χορηγείται άδεια για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο εξωτερικό παρέχονται αποδοχές αυξημένες στο διπλάσιο, για τον υπολογισμό της οποίας προσαύξησης λαμβάνεται υπόψη μόνο ο βασικός μισθός. Ο υπάλληλος δικαιούται επίσης οδοιπορικά έξοδα μετάβασης και επιστροφής.

6. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης μπορεί να ανακαλείται για εξαιρετικούς λόγους που αφορούν στην υπηρεσία ή για λόγους που ανάγονται στην επίδοση του υπαλλήλου πριν από την πάροδο του χρόνου της λήξης της, η οποία εκδίδεται μετά από σύμφωνη και ειδικώς αιτιολογημένη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου.

7. Μετά το τέλος της άδειας εκπαίδευσης ο υπάλληλος υποχρεούται να υπηρετήσει στο Δημόσιο ή σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου για χρονικό διάστημα ίσο με το τριπλάσιο του χρόνου της άδειας.

Άρθρο 59 Άδειες για επιμορφωτικούς ή επιστημονικούς λόγους

1. Άδειες μικρής χρονικής διάρκειας χορηγούνται υποχρεωτικά, μετά από αίτησή τους, σε υπαλλήλους που μετέχουν σε διαγωνισμούς για να πάρουν υποτροφία ή να εισαχθούν στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και στην Εθνική Σχολή Τοπικής Αυτοδιοίκησης του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Κ.Δ.Δ.Α.) ή για να επιλεγούν για φοίτηση σε κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών, σε αντικείμενα που ενδιαφέρουν την υπηρεσία. Όμοιες άδειες μπορεί να χορηγούνται για συμμετοχή σε συνέδρια, συνδιασκέψεις, σεμινάρια και κάθε είδους συναντήσεις επιστημονικού χαρακτήρα, στο εσωτερικό ή το εξωτερικό, εφόσον η συμμετοχή

κρίνεται συμφέρουσα για την υπηρεσία. Στο χρόνο της αδείας προστίθενται οι ημέρες που είναι αναγκαίες για τη μετάβαση και την επιστροφή του υπαλλήλου.

Άρθρο 60 Άδειες εξετάσεων

1. Στους υπαλλήλους που είναι μαθητές, σπουδαστές ή φοιτητές, προπτυχιακοί ή μεταπτυχιακοί, σε σχολεία και ιδρύματα και των τριών βαθμίδων εκπαίδευσης, χορηγείται άδεια εξετάσεων με αποδοχές.

«2. Η άδεια εξετάσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις δέκα (10) εργάσιμες ημέρες κάθε έτος και χορηγείται συνεχώς ή τμηματικώς κατά την εξεταστική περίοδο που ζητά ο ενδιαφερόμενος. Οι άδειες εξετάσεων χορηγούνται για το χρόνο φοίτησης και μέχρι δύο το πολύ εξάμηνα μετά τη λήξη του, εφόσον ο υπάλληλος εξακολουθεί να φοιτά. Για κάθε ημέρα εξετάσεων χορηγείται άδεια μίας (1) ημέρας.» Η παρ. 2 αντικαταστάθηκε ως άνω από την παρ. 1 άρθρ. 5 Νομ. 4210/21-21 Νοεμβρίου 2013 (ΦΕΚ Α' 254), κατωτ. αριθ. 228.

ΠΑΡΑΤΗΜΑ Γ

Δράσεις του Κ.Ε.Κ. Μυτιλήνης

1997: Υλοποίηση ενός προγράμματος για Ιατρικό και ενός για Νοσηλευτικό προσωπικό (11.500.000δρχ.) και επτά προγραμμάτων καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για άτομα με ειδικές ανάγκες (31.500.000δρχ.).

1998: Υλοποίηση δώδεκα προγραμμάτων για όλες τις κατηγορίες προσωπικού των Νοσοκομείων της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου (134.404.093δρχ.) και Επιχειρησιακού Προγράμματος ‘Υγεία–Πρόνοια’, Προμήθεια επιστημονικού εξοπλισμού για το Κέντρο Εκπαίδευσης Καταρτιζόμενων (21.860.000δρχ.).

1998-2000: ‘LEONARDO DA VINCI’, πρόγραμμα SAPFO για τη δημιουργία κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ανάπτυξης δικτύου τηλεκπαίδευσης και παραγωγή διδακτικού υλικού, με ανάδοχο/συντονιστή (leader) το Νοσοκομείο Μυτιλήνης και με τη συνεργασία διακρατικών εταιρών (Ιταλία, Γαλλία, Ουγγαρία). Ανάμεσα στους στόχους του προγράμματος συμπεριλαμβάνονταν η καταγραφή εκπαιδευτικών αναγκών, η πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σύγχρονων, έγκυρων, επιστημονικών με τη βοήθεια εργαλείων αλλά και η ανάπτυξη καινοτόμων εφαρμογών μεθόδων τηλεκπαίδευσης για την καταπολέμηση του γεωγραφικού αποκλεισμού.

1998-2000: ‘LEONARDO DA VINCI’, πρόγραμμα SIMTRAIN σχεδιασμένο από Ισπανούς εταιρους, με συμμετέχοντα φορέα (partner) το Νοσοκομείο Μυτιλήνης αλλά και φορείς από Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο. Στόχος του αποτέλεσε η παραγωγή μοντέλου προσομοίωσης για την εκπαίδευση των νοσηλευτών.

1999-2000: Επιχειρησιακό πρόγραμμα ‘Υγεία–Πρόνοια’, Υλοποίηση δώδεκα προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης, (177.792.263δρχ.).

2003: Υλοποίηση έξι προγραμμάτων 610 ωρών, όπου απορροφήθηκαν 262.313 €.

2004: Υλοποίηση ενός προγράμματος 100 ωρών, όπου απορροφήθηκαν 35.000 €.

2004-2005: 'LEONARDO DA VINCI' πρόγραμμα 'Clinical Research Physician-CLEAR'. Πρόκειται για διετές πιλοτικό ερευνητικό πρόγραμμα με ιατρικό επιστημονικό ενδιαφέρον, για την απόκτηση του υποχρεωτικού τίτλου του Ερευνητή Κλινικού Ιατρού.

2005: Υλοποίηση τεσσάρων προγραμμάτων 520 ωρών, προϋπολογισμού 279.500 €.

2006: Υλοποίηση τεσσάρων προγραμμάτων 540 ωρών, προϋπολογισμού 188.450 €.

2008: Υλοποίηση δυο προγραμμάτων συνολικής 300 ωρών, προϋπολογισμού 80.930 €, α) 'Πολιτικές για ανάπτυξη και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας' με φορέα υλοποίησης την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (4/2/2008 – 13/3/2008) και β) 'Κατάρτιση Προσωπικού για την Προαγωγή και Διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας και την άρση του Κοινωνικού Αποκλεισμού', με φορέα υλοποίησης το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), το οποίο πραγματοποιήθηκε από 17/5/2008 μέχρι 25/6/2008, για τους εργαζομένους του Νοσοκομείου Μυτιλήνης.

2009: Υλοποίηση δυο προγραμμάτων συνολικής 300 ωρών, στα πλαίσια του Επιχειρηματικού Προγράμματος 'Υγεία – Πρόνοια' 2000-2006, Μέτρο 2.4 'Ψυχική Υγεία'. Τα προγράμματα αυτά αφορούσαν σε: α) 'Κατάρτιση Προσωπικού που θα στελεχώσει την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Λέσβου που θα λειτουργήσει ο φορέας «Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης»», από 27/2/2009 μέχρι 30/3/2009 (προϋπολογισμός: 56.949,62 €, απορρόφηση: 55.807,53 €, ποσοστό της τάξης του 97,99%) και β) 'Ψυχιατρικές και Σωματικές συνέπειες στην υγεία του προσωπικού που εργάζεται σε Κλινικές Ψυχικής Υγείας' από 28/9/2009 μέχρι 30/10/2009 (προϋπολογισμός: 31.065,82 €, απορρόφηση: 30.122,44 €, ποσοστό της τάξης του 96,96%). Επίσης, πραγματοποιήθηκαν:

ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα με τίτλο 'Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση Νοσηλευτικού Προσωπικού έτους 2009', διάρκειας 100 ωρών και χρόνο υλοποίησης από 1/2/2009 μέχρι 30/5/2009,

πρόγραμμα που υλοποιήθηκε από το Επιστημονικό Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης με τίτλο 'Πρώιμη Ανίχνευση και Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών στο

Γενικό Πληθυσμό-Στόχο της Μυτιλήνης’, διάρκειας 150 ωρών, που πραγματοποιήθηκε από 13/7/2009 έως 12/9/2009 και

εκπαιδευτικό πρόγραμμα με την υποστήριξη του Προγράμματος Επαγγελματικής Κατάρτισης Εργαζομένων (ΛΑΕΚ 0,45%) με τίτλο ‘Εκπαίδευση του προσωπικού του Νοσοκομείου Μυτιλήνης στους Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές’ (31/8/2009–18/9/2009).

2010: Υλοποίηση ενός προγράμματος ΛΑΕΚ (0,45%) με αυτεπιστασία, 35 ωρών με τίτλο ‘Εισαγωγή στη χρήση Ηλεκτρονικού Υπολογιστή–Επεξεργασία κειμένου Word’ σε συνεργασία με τον ΟΑΕΔ (15-19/11/2010) και δυο προγραμμάτων του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. α) ‘Management Υπηρεσιών Υγείας’ (22-26/11/2010) και β) ‘Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας’ (6-10/12/2010) συνολικής διάρκειας 70 ωρών, ειδικά για το προσωπικό του Νοσοκομείου Μυτιλήνης.

2011: Υλοποίηση τριών προγραμμάτων του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. συνολικής διάρκειας 105 ωρών ειδικά για το προσωπικό του Νοσοκομείου Μυτιλήνης.

2013: Υλοποίηση ενός πιστοποιημένου επιμορφωτικού προγράμματος από το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α., συνολικής διάρκειας 35 ωρών (7/10/2013 – 11/10/2013), που αφορούσε στην επιμόρφωση 28 εργαζομένων του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, με τίτλο ‘Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας’.

2015: Υλοποίηση δυο πιστοποιημένα επιμορφωτικά προγράμματα από το Ινστιτούτο Επιμόρφωσης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. με καταρτιζόμενους τους εργαζομένους του Νοσοκομείου Μυτιλήνης, συνολικής διάρκειας 70 ωρών και συγκεκριμένα, α) ‘Διοίκηση ολικής ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας’ (25-29/05/2015) με 25 εκπαιδευόμενους και β) ‘Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού στις Υπηρεσίες Υγείας’ (6-10/07/2015) με 28 εκπαιδευόμενους. Επιπλέον, την ίδια χρονιά στις εγκαταστάσεις του Κ.Ε.Κ. πραγματοποιήθηκε η ‘Εισαγωγική Εκπαίδευση Ανθρώπινου Δυναμικού της Δημόσιας Διοίκησης’ του Ε.Κ.Δ.Δ.Α. (4-8/05/2015), το πρόγραμμα ‘Εκπαίδευση Προϊσταμένων Τμημάτων’, εκπαιδευτικό πρόγραμμα που οργανώθηκε από το Ε.Κ.Δ.Δ.Α. (8-12/06/2015) και το πρόγραμμα ‘Μείωση Γραφειοκρατικών Βαρών και Διοικητικών Επιβαρύνσεων’, που οργανώθηκε και αυτό από τον ίδιο φορέα (19-23/10/2015).

Συμμετοχή σε επιδοτούμενο (μέσω ΕΣΠΑ) πρόγραμμα κατάρτισης 120 Επαγγελματιών Υγείας στα νησιά του Βορείου Αιγαίου, με τίτλο «Παραγωγή

εκπαιδευτικού υλικού και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας των νήσων Βορείου Αιγαίου στο σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής της υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Δικαίωμα συμμετοχής σε αυτό είχαν επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία, Περιφερειακά / Δημοτικά Ιατρεία, Κοινωνικά Ιατρεία, Δομές Αποκατάστασης, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Φυλακές, Ψυχιατρεία. Περιελάμβανε 120 ώρες (90 ώρες θεωρητικής κατάρτισης και 30 ώρες εργαστηριακών μαθημάτων), με θεματικές ενότητες:

- ✓ Υγιεινή της Εργασίας – Βασική Εργατική Νομοθεσία – Αρχές Λειτουργίας της Επιχείρησης - Εφαρμογή της Αρχής της μη Διάκρισης
- ✓ Διερεύνηση Προβλημάτων Υγείας στην Κοινότητα
- ✓ Σχεδιασμός Προγραμμάτων Προαγωγής της Υγείας στο επίπεδο της Πρωτογενούς Πρόληψης - Συνεργασία με την εκπαιδευτική κοινότητα
- ✓ Σχεδιασμός Προγραμμάτων Προαγωγής της Υγείας στο επίπεδο της Δευτερογενούς Πρόληψης με ομάδες στόχους τους ηλικιωμένους και τις γυναίκες
- ✓ Εργασία με δίκτυα στην Κοινότητα – Νέες υπηρεσίες στην Κοινότητα
- ✓ Τηλεϊατρική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- ✓ Ο ρόλος των Επαγγελματιών Υγείας ως εκπαιδευτών της Κοινότητας – Εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού σε θέματα υγείας

Στις εκδόσεις του Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης του Νοσοκομείου Μυτιλήνης περιλαμβάνονται: Α) δέκα εκπαιδευτικά προγράμματα σε μορφή CD-ROM

- Εξειδικευμένα Ογκολογικά θέματα για την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, συμπληρωματικές συντηρητικές μορφές θεραπείας, αντιμετώπιση προβλημάτων και παρακολούθηση καρκινοπαθών.
- Κατάρτιση στελεχών συνοδευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών και Νομοθετικό Πλαίσιο που αφορά άτομα με ειδικές ανάγκες.
- Κατάρτιση Ιατρών σε ιατρικές θεραπευτικές/χειρουργικές εφαρμογές με χρήση πολυμέσων και συσκευές εικονικής πραγματικότητας.
- Σύγχρονες εκπαιδευτικές μέθοδοι για την κατάρτιση τεχνικών στον τομέα φροντίδας υγείας.
- Εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού για την υποστήριξη ψυχιατρικών ασθενών.
- Κατάρτιση επαγγελματιών υγείας για κοινωνική φροντίδα των ΑΜΕΑ.

- Επικοινωνία και αυτογνωσία στη Νοσηλευτική.
- Καθημερινή χειρουργική φροντίδα και περίθαλψη στο σπίτι.
- Ειδική προσομοίωση συστημάτων υγείας.
- Προσομοίωση βασικών θεωριών οικονομικών της υγείας.

Β) Λογισμικό Ηλεκτρονικού Υπολογιστή (με προσομοιωτές για την αξιολόγηση και λήψη αποφάσεων) και Γ) δυο έντυπες εκδόσεις με θέματα Ψυχικής Υγείας και Ογκολογικά Ζητήματα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Εργασιακού Περιβάλλοντος, Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Αναγκών Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, τοποθετώντας Χ δίπλα από κάθε πρόταση που ανταποκρίνεται στα προσωπικά σας στοιχεία, ή συμπληρώνοντας το ζητούμενο αριθμό όπου απαιτείται. **Μην σημειώσετε πουθενά το όνομα σας.** Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία: 20-30 ετών 31-40 ετών 41-50 ετών 51-60 ετών 60 ετών

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Παιδιά: Ναι Όχι Αριθμός.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Εκπαίδευση: ΥΕ ΔΕ ΤΕ ΠΕ

Ειδικότητα (σημειώστε ποια ειδικότητα)

Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών (MSc, PhD) Άλλο (αναφέρατε)

Τμήμα Εργασίας: Γενικό Κλειστό/Εξειδικευμένο Τμήμα Άλλο

Θέση Εργασίας: Νοσηλεύτης/τρια

Προϊστάμενος / Τομεάρχης / Διευθυντής Νοσηλ. Υπηρεσίας

Έτη προϋπηρεσίας: στο Νοσηλευτικό επάγγελμα

..... στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο

..... στο συγκεκριμένο τμήμα

Βάρδια Εργασίας με ωράριο: Πρωινό Απογευματινό Νυχτερινό Κυκλικό

Μέσος όρος Σαββατοκύριακων εργασίας το μήνα

Παρακαλώ για κάθε ένα από τα παρακάτω στοιχεία καταγράψτε το βαθμό συμφωνίας σας, κυκλώνοντας την απάντηση που σας εκφράζει.

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
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 ρόλο στους νοσηλευτές.	1	2	3	4
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.	Οι τομεάρχες και ο Διευθυντής/τρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι ιδιαίτερα προσιτοί και προσβάσιμοι στο προσωπικό.	1	2	3	4
12.	Υπάρχει επαρκές προσωπικό για την εκτέλεση όλων των εργασιών που πρέπει να γίνουν.	1	2	3	4
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
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 νοσηλευτής/τρια υποστηρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη των αποφάσεων, ακόμη και αν υπάρχει σύγκρουση με τους ιατρούς.	1	2	3	4
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 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	1	2	3	4

	τους (πχ υπάρχει μέριμνα ώστε ο ίδιος νοσηλευτής να φροντίζει τον ίδιο ασθενή καθημερινά).				
31.	Γίνεται χρήση της νοσηλευτικής διάγνωσης.	1	2	3	4

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στα συναισθήματα των εργαζομένων σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα. Αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε πρόταση, αποφασίστε αν έχετε νιώσει τέτοια συναισθήματα στο χώρο εργασίας σας.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ δεν μου συμβαίνει	Μου συμβαίνει λίγες φορές το χρόνο	Μου συμβαίνει μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μου συμβαίνει δυο-τρεις φορές το μήνα	Μου συμβαίνει μία φορά την εβδομάδα	Μου συμβαίνει αρκετές φορές την εβδομάδα	Μου συμβαίνει κάθε μέρα

Αν δεν έχετε νιώσει ποτέ κάποιο συγκεκριμένο συναίσθημα, τοποθετείστε τον αριθμό 0 μπροστά από την πρόταση. Αν, όμως, έχετε νιώσει κάποιο συγκεκριμένο συναίσθημα, διευκρινίστε πόσο το αισθάνεστε, τοποθετώντας μπροστά από την πρόταση τον αντίστοιχο αριθμό.

1.	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου.
2.	Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει τίποτα μέσα μου την ώρα που σχολάζω από τη δουλειά.
3.	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω ακόμη μια μέρα στη δουλειά.
4.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν οι ασθενείς που φροντίζω για όσα τους συμβαίνουν.
5.	Νιώθω πως συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς, σαν να ήταν αντικείμενα.
6.	Μου είναι συναισθηματικά πολύ κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα.
7.	Κανονίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών που φροντίζω.
8.	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου.
9.	Νιώθω πως επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.
10.	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.
11.	Με προβληματίζει πως σιγά-σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.
12.	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.
13.	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.
14.	Πιστεύω πως εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.

15.		Στην ουσία δεν με ενδιαφέρει τί συμβαίνει σε μερικούς από τους ασθενείς που φροντίζω.
16.		Μου δημιουργεί πάρα πολύ στρες το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους.
17.		Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς που φροντίζω.
18.		Στο τέλος της ημέρας έχω καλή διάθεση επειδή δούλεψα στενά με τους ασθενείς που φροντίζω.
19.		Νιώθω πως έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.
20.		Νιώθω πως δεν αντέχω άλλο πια....νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.
21.		Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.
22.		Κρατώ αποστάσεις από τους ασθενείς διότι πιστεύω πως με θεωρούν υπεύθυνο/η για μερικά από τα προβλήματα τους.

Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις που αφορούν στη Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση, παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ την απάντηση που σας εκφράζει:

1. Πιστεύετε ότι η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους; ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Αν ΝΑΙ, τι πιστεύετε ότι την κάνει υποχρεωτική;

Ανάπτυξη τεχνολογίας Αναβάθμιση νοσηλευτικού επαγγέλματος

Εξελισσόμενη γνώση Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας

Συνεχής μεταβολή συνθηκών Άλλο (προσδιορίστε)

3. Έχετε συμμετάσχει σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης; ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Ποια ήταν η τελευταία φορά που συμμετείχατε σε πρόγραμμα συνεχιζόμενης επαγγελματικής κατάρτισης; (Προσδιορίστε)

.....
.....

5. Επιμορφώνεστε κυρίως με δική σας πρωτοβουλία ή μέσω του εργασιακού σας φορέα;

Με δική μου

Μέσω του φορέα

Και με τα δυο

6. Ποιος είναι ο συνηθής τρόπος μάθησης που ακολουθείτε;

- Ενδοκλινικά/Ενδονοσοκομειακά μαθήματα
- Έντυπο υλικό (βιβλία, περιοδικά)
- Σεμινάρια οργανωμένα από φορείς του δημόσιου τομέα
- Συνέδρια
- Μάθηση μέσω διαδικτύου
- Άλλο (προσδιορίστε)

Ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας.

Εργαλείο Ποιοτικής Μελέτης για την υπεύθυνη Νοσηλεύτρια του Γραφείου Εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης ‘Βοστάνειο’

Κατά την ποιοτική διερεύνηση ως προς τη λειτουργία του Γραφείου Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου χρησιμοποιήθηκε ο παρακάτω οδηγός συνέντευξης για την υπεύθυνη νοσηλεύτρια του Γ.Ν. Μυτιλήνης:

1. Ποιος είναι ο σκοπός λειτουργίας του Γραφείου Εκπαίδευσης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης;
2. Οργανώνονται επιμορφωτικά προγράμματα από το Γραφείο Εκπαίδευσης και ποια η θεματολογία τους;
3. Ποιος ο χαρακτήρας των επιμορφωτικών προγραμμάτων που πραγματοποιήθηκε; Ήταν υποχρεωτική ή προαιρετική η παρακολούθησή τους;
4. Πώς ανιχνεύονται οι εκπαιδευτικές ανάγκες των συμμετεχόντων στα προγράμματα αυτά;
5. Ποια η μορφή υλοποίησης των επιμορφωτικών προγραμμάτων και πόση ώρα διαρκεί κάθε ένα από αυτά;
6. Χρησιμοποιείται λογισμικό πρόγραμμα για την καταχώρηση των αιτήσεων και συμμετοχών των εργαζομένων σε διάφορες εκπαιδευτικές δραστηριότητες στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης;
7. Υπάρχει ο θεσμός του κλινικού εκπαιδευτή στο Νοσοκομείο;
8. Έχουν καταρτιστεί και εφαρμόζονται Νοσηλευτικά Πρωτόκολλα στο Νοσοκομείο;
9. Δίδονται κίνητρα στους συμμετέχοντες στα επιμορφωτικά προγράμματα νοσηλευτές;
10. Ποια είναι συνήθως τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι νοσηλευτές ως προς την παρακολούθηση προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης;
11. Πως πληροφορούνται οι εργαζόμενοι σχετικά με την πραγματοποίηση οποιασδήποτε μορφής Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης;

12. Ποιοι συμμετέχουν ως εκπαιδευτές στα προγράμματα που σχεδιάζονται και υλοποιούνται από το Γραφείο Εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου;

13. Πραγματοποιείται αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων που αποκτήθηκαν μετά από την εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος και με ποιο τρόπο;

14. Συνεργάζεστε με άλλους φορείς για τη διοργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων;

15. Πώς καλύπτονται οι ανάγκες χρηματοδότησης για τη λειτουργία του Γραφείου Εκπαίδευσης;

16. Ποιες οι δυσκολίες που αντιμετωπίζετε εσείς ως υπεύθυνη του Γραφείου Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου Μυτιλήνης;

17. Ποιες οι μελλοντικές προκλήσεις όπως εσείς τις αντιλαμβάνεστε για τη λειτουργία του Γραφείου Εκπαίδευσης;

Εργαλείο Ποιοτικής Μελέτης για τον υπεύθυνο του Κέντρου Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης

Κατά την ποιοτική διερεύνηση της λειτουργίας του Κ.Ε.Κ. Νοσοκομείου Μυτιλήνης χρησιμοποιήθηκε ο παρακάτω οδηγός συνέντευξης:

1. Ποιες είναι οι δράσεις του Κ.Ε.Κ. του Νοσοκομείου από την έναρξη της λειτουργίας του μέχρι και σήμερα;

2. Πραγματοποιούνται προγράμματα και δραστηριότητες Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τους εργαζομένους του Νοσοκομείου; Ποια η μορφή τους;

3. Πώς ενημερώνονται οι ενδιαφερόμενοι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου για την πραγματοποίηση των προγραμμάτων;

4. Ποιες είναι οι διαδικασίες επιλογής των υποψηφίων εκπαιδευομένων στα προγράμματα;

5. Ποιοι είναι οι πόροι χρηματοδότησης της λειτουργίας του Κ.Ε.Κ. του Νοσοκομείου;

6. Είναι πιστοποιημένο το Κ.Ε.Κ. του Νοσοκομείου για την υλοποίηση εκπαιδευτικών και επιμορφωτικών προγραμμάτων;
7. Δίδονται κίνητρα στους εργαζομένους για την παρακολούθηση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης;
8. Ποιες είναι οι δυσκολίες και τα εμπόδια στη λειτουργία του Κ.Ε.Κ. του Νοσοκομείου;
9. Συνεργάζεστε με άλλους φορείς για την πραγματοποίηση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης για τους εργαζομένους του Νοσοκομείου;
10. Ποιες οι μελλοντικές προκλήσεις όπως εσείς τις αντιλαμβάνεστε για τη λειτουργία του Κ.Ε.Κ. του Νοσοκομείου Μυτιλήνης;

Εργαλείο Ποιοτικής Μελέτης για τους Νοσηλευτές και βοηθούς Νοσηλευτών των τμημάτων του Νοσοκομείου

Κατά την ποιοτική διερεύνηση, χρησιμοποιήθηκε ο παρακάτω οδηγός συνέντευξης:

1. Πόσο σημαντική είναι η επιμόρφωση για εσάς;
2. Πραγματοποιούνται επιμορφωτικά προγράμματα στο Νοσοκομείο σας;
3. Ποια ήταν τα πιο πρόσφατα που παρακολουθήσατε;
4. Ποιο ήταν το περιεχόμενο τους;
5. Πώς νιώθετε μετά την παρακολούθηση αυτών;
6. Υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής της νέας γνώσης που αποκομίσατε από αυτά στο νοσηλευτικό τμήμα που υπηρετείτε;
7. Αν μπορούσατε να προτείνετε, ποια θέματα θα συνιστούσατε να συμπεριληφθούν στη θεματολογία της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που πραγματοποιείται στο Νοσοκομείο;
8. Αντιμετωπίζετε εμπόδια ως προς την πρόσβαση σας και την παρακολούθηση επιμορφωτικών προγραμμάτων; Ποια είναι αυτά;

9. Θεωρείτε ότι αντιμετωπίζετε ζητήματα που επιβαρύνουν τη ψυχοκοινωνική σας υγεία κατά την άσκηση του έργου σας; Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι συνέπειες αυτών;