

2014

þÿ œ μ » - Ä . Ä É ½ À ± Á ± ³ Ì ½ Ä É ½ À ¿ Å
 þÿ μ À . Á Á μ ¬ ¶ ¿ Å ½ Ä . ½ Å ³ μ ± Ä É ½
 þÿ ½ ¿ Ã . » μ Å Ä Î ½ Ã Ä ¿ μ Á ³ ± Ã ¹ ± ⁰ Ì
 þÿ À μ Á ¹ ² ¬ » » ¿ ½ : . À μ Á - À Ä É Ã . Ä . Å
 þÿ - ± À Ì È μ ¹ Å ½ ¿ Ã . » μ Å Ä Î ½

Iakovou, Marilena

þÿ Á Ì ³ Á ± ¼ ¼ ± " . ¼ Ì Ã ¹ ± Å " ¹ ¿ ⁰ . Ã . Å , £ Ç ¿ » ® ÿ ¹ ⁰ ¿ ½ ¿ ¼ ¹ ⁰ Î ½ • À ¹ Ã Ä . ¼ Î ½ ⁰ ± ¹ " ¹ ¿ ⁰ .
 þÿ ± ½ μ À ¹ Ã Ä ® ¼ ¹ ¿ • μ ¬ À ¿ » ¹ Å ¬ Æ ¿ Å

<http://hdl.handle.net/11728/6757>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ / ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ
ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΠΡΟΥ-
ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΜΑΡΙΛΕΝΑ ΙΑΚΩΒΟΥ
ΑΡ.ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: 1113304644

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ :
Κα Μ.ΓΕΙΤΟΝΑ
Κα Λ.ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΥ

ΠΑΦΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ, 2014

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
Κεφάλαιο 1: <u>Εισαγωγή</u>	4
Κεφάλαιο 2: <u>Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</u>	7
2.1 Νοσηλευτική	7
2.2 Εργασιακό Περιβάλλον.....	7
2.3 Εργασιακό Περιβάλλον στον Τομέα της Υγείας	8
2.3.1 Φυσικοί Παράγοντες	9
2.3.2 Χημικοί Παράγοντες	13
2.3.3 Βιολογικοί Παράγοντες.....	14
2.3.4 Οργανωτικοί Παράγοντες.....	16
2.3.5 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	18
2.3.6. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	19
2.4 Σύνοψη Κεφαλαίου.....	20
Κεφάλαιο 3: <u>Μεθοδολογία</u>	21
3.1. Εισαγωγή.....	21
3.2. Ερευνητική Μέθοδος	21
3.2.1 Ποιοτική Έρευνα	21
3.2.2 Ομάδες Εστίασης.....	22
3.3. Σχεδιασμός	23
3.3.1 Δείγμα.....	23
3.3.2 Συλλογή Δεδομένων.....	24
3.3.3 Διαδικασία.....	25
3.4. Περιορισμοί.....	26
Κεφάλαιο 4: <u>Παρουσίαση Δεδομένων</u>	27
4.1. Εισαγωγή.....	27
4.2. Αποτελέσματα	27
4.2.1 Φυσικοί Παράγοντες	28

4.2.2 Χημικοί Παράγοντες	36
4.2.3 Βιολογικοί Παράγοντες	39
4.2.4 Οργανωτικοί Παράγοντες.....	43
4.2.5 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	48
4.2.6 Τελικά Σχόλια.....	53
4.3. Επίλογος	53
Κεφάλαιο 5: <u>Ανάλυση Δεδομένων</u>	54
5.1. Εισαγωγή.....	54
5.2. Ανάλυση.....	54
5.2.1 Φυσικοί Παράγοντες	54
5.2.2 Χημικοί Παράγοντες	57
5.2.3 Βιολογικοί Παράγοντες.....	59
5.2.4 Οργανωτικοί Παράγοντες.....	60
5.2.5 Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	61
5.3. Συμπεράσματα.....	63
Κεφάλαιο 6: <u>Επίλογος</u>	64
6.1. Συμβολή στη γνώση	65
6.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	66
6.3. Ανασκόπηση.....	66
Παραρτήματα.....	67
Παράρτημα Α: Έντυπο οικιοθελούς συγκατάθεσης	68
Βιβλιογραφία	69

1. Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή εργασία ασχολείται με την μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών και σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον, στην χώρα της Κύπρου. Τα τελευταία χρόνια, η σύνδεση της εργασίας με την υγεία των εργαζομένων φαίνεται να απασχολεί πολύ τους ερευνητές που χαρακτηρίζουν την σχέση αυτή, ζωτικής σημασίας για την ευημερία των ίδιων των εργαζομένων και την δημιουργία επιτυχημένων οργανισμών (Φιλίππου, 2007).

Από τα πιο αντιπροσωπευτικά επαγγέλματα όπου οι συνθήκες εργασίας έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία και την επίδοση των εργαζομένων, είναι αυτό του νοσηλευτή (Γαμπά et al., 2012). Λόγω της φύσης του επαγγέλματός τους έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με δύσκολες και αντίξοες εργασιακές συνθήκες στον χώρο των νοσοκομείων. Γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών, με άμεσο αντίκτυπο την μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι των επαγγελματιών υγείας και αναπόσπαστο κομμάτι της υγειονομικής περίθαλψης ενώ παράλληλα αποτελούν μια από τις μεγαλύτερες εργασιακές ομάδες στην Ευρώπη. Για αυτούς τους λόγους οι ερευνητές επισημαίνουν την σοβαρότητα που πρέπει να δίνεται στις συνθήκες εργασίας τους (Αντωνίου & Βασιλοπούλου, 2009; Φιλίππου, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Έτσι οι εργασιακές συνθήκες και οι κίνδυνοι που ενέχουν τα νοσοκομεία ως χώροι εργασίας, γίνονται συχνά αντικείμενο μελέτης στην διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα μελετούν ειδικά τμήματα ή ομάδες νοσηλευτών και εξετάζουν κυρίως μεμονωμένους παράγοντες ή προϋποθέσεις σε συνάρτηση με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμα και τις απολαβές τους (Davidson et al., 1997; Letvak & Buck, 2008; Chen-Chung et al., 2003; Karen & Ricky, 1999). Παρόλα αυτά η Κύπρος παρουσιάζει ελάχιστη έρευνα στο συγκεκριμένο θέμα και κυρίως περιορίζεται στη μελέτη συγκεκριμένων παραγόντων σε ειδικά τμήματα (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Προδρόμου, 2011; Μακρής, 2009).

Έτσι σκοπός της παρούσας έρευνας είναι μέσα από τις προσωπικές απόψεις και εμπειρίες των νοσηλευτών, να μελετήσει και να αναδείξει τις επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία τους βάση των επαγγελματικών συνθηκών που επικρατούν στα νοσοκομεία της

Κύπρου. Πιο συγκεκριμένα, μέσα από την μελέτη μου θα προσεγγιστούν τα ακόλουθα θέματα:

- Οι κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν περισσότερο την υγεία των νοσηλευτών βάση των προσωπικών τους απόψεων. Δίνεται κυρίως έμφαση στις επιπτώσεις που αυτές οι συνθήκες έχουν στην υγεία τους, στην προσωπική και επαγγελματική ζωή.
- Επίσης, δίνεται έμφαση σε επιμέρους παράγοντες όπως δημογραφικά στοιχεία: η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια υπηρεσίας, το τμήμα εργασίας και πως σε συνδυασμό με το εργασιακό περιβάλλον μπορούν να επηρεάσουν τους νοσηλευτές.
- Παράλληλα πέρα από την απλή διατύπωση των παραγόντων θα μελετηθεί κατά πόσο υπάρχουν μέτρα πρόληψης ή αντιμετώπισης των διάφορων προβλημάτων από πλευράς των αρμόδιων φορέων, πάντα μέσα από τις απόψεις και εμπειρίες των συμμετεχόντων νοσηλευτών. Η πρόθεση εδώ είναι να δοθεί φωνή στους νοσηλευτές να κάνουν εισηγήσεις και προτάσεις καθώς είναι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι.

Η συνέχεια της έρευνας είναι οργανωμένη σε έξι κεφάλαια, όπως περιγράφεται παρακάτω:

Κεφάλαιο 2: Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι απαραίτητοι ορισμοί του εργασιακού περιβάλλοντος και των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την σωματική ή ψυχική υγεία και την ασφάλεια των νοσηλευτών. Στο κεφάλαιο αυτό παρατίθεται αναλυτική ανασκόπηση προηγούμενων θεωριών, ερευνών και μελετών από την διεθνή βιβλιογραφία, που αφορούν τις επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών από τον περιβάλλον εργασίας. Τα ευρήματα τους θέτονται ως βάση για την συγκεκριμένη έρευνα.

Κεφάλαιο 3: Το τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζει την μεθοδολογία που ακολουθείται προκειμένου να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα που θέτει η παρούσα έρευνα.

Κεφάλαιο 4: Στο τέταρτο κεφάλαιο δίνεται μια αναλυτική, περιγραφική παρουσίαση των πιο κύριων αποτελεσμάτων που ανέδειξε η έρευνα. Τα δεδομένα οργανώνονται σε πέντε μεγάλες θεματολογίες που προκύπτουν από την ανάλυση των πληροφοριών που συλλέχθηκαν.

Κεφάλαιο 5: Εδώ εξάγονται τα συμπεράσματα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων που παρουσιάζονται στο προηγούμενο κεφάλαιο. Τα συμπεράσματα προκύπτουν βάση των μεθόδων που παρουσιάζονται στο τρίτο κεφάλαιο υπό το πρίσμα των θεωριών και των γνώσεων που προϋπάρχουν και συζητούνται στην δεύτερη ενότητα.

Κεφάλαιο 6: Το τελευταίο κεφάλαιο συνοψίζει την συνολική έρευνα και τα αποτελέσματα της καθώς παράλληλα δίνει συστάσεις για περαιτέρω έρευνα.

2. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1. Νοσηλευτική

Ο νοσηλευτής αποτελεί τον «ακρογωνιαίο λίθο της κατευναστικής φροντίδας» (McCaffery & Ferrell, 1995) .

Από τα αρχαία χρόνια μέχρι και σήμερα η νοσηλευτική κατέχει καθοριστικό ρόλο στον τομέα της υγείας. Χαρακτηριστικά η Μπρούντλαντ (1999) αναδεικνύει την σπουδαιότητα του επαγγέλματος του νοσηλευτή, αναφέροντας πως ως νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα «από τη μοναδική θέση που κατέχουν να συμβάλουν αποφασιστικά στην υγεία του πλανήτη» (Μανουσάκη, 2011).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολυδιάστατος. Πέρα από το απαραίτητο και αναγκαίο μορφωτικό υπόβαθρο του, προϋποθέτει την ανθρώπινη ευαισθησία έτσι ώστε να προσφέρει αγαθά όπως η κατανόηση και η ψυχολογική υποστήριξη (Γιαβασόπουλος, 2007; Δόνιου & Χαριζάνη, 2008; Παπαδαντωνάκη, 2012). Ως επάγγελμα λοιπόν απαιτεί «διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια» (Τολίκας, 2010).

Έτσι, όντας ένα επάγγελμα που σκοπό έχει να προσφέρει σε ένα κρίσιμο τομέα όπως αυτόν της υγείας, απαιτεί από τον νοσηλευτή υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, αφοσίωση και προσοχή. Χαρακτηριστικά που εξαρτώνται από την σωματική και ψυχική κατάσταση του ίδιου του νοσηλευτή. Καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από μέρος του νοσηλευτή παίζει το περιβάλλον εργασίες και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτό (Τολίκας, 2010; Παπαδαντωνάκη, 2012).

2.2. Εργασιακό Περιβάλλον

Το εργασιακό περιβάλλον περιλαμβάνει τόσο τα απτά όσο και τα άυλα χαρακτηριστικά που περιγράφουν τον χώρο στον οποίο διεξάγεται η εργασία. Το υλικό μέρος περιλαμβάνει το φυσικό περιβάλλον και τα χαρακτηριστικά του όπως για παράδειγμα την αρχιτεκτονική του κτιρίου, τον εξοπλισμό ή τα έπιπλα. Παράλληλα όμως, αφορά και χαρακτηριστικά όπως ο φωτισμός ή η θερμοκρασία, η εργονομία του χώρου αλλά και διοικητικά θέματα όπως η οργάνωση, η διοίκηση και οι ανθρώπινες σχέσεις (Δρακόπουλος et al., 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Χρυσάφης, 2001).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες με τους οποίους οι εργαζόμενοι καθημερινά έρχονται σε επαφή στον χώρο εργασίας τους μπορούν να τους επηρεάσουν τόσο σωματικά όσο και ψυχικά (Δρακόπουλος et al., 2007; Αγαθοκλέους, 2012). Έτσι καθώς η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ατόμου που πρέπει να του παρέχεται σε κάθε πτυχή της ζωής του, πολλές διατάξεις (89/654/ΕΟΚ, Π.Ο.Ε) δημιουργήθηκαν προκειμένου να εξασφαλίσουν χώρους εργασίας απαλλαγμένους από κινδύνους που να προάγουν την ευεξία των εργαζομένων (Αθανάσιος, 2003; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Οι νομοθεσίες του παγκόσμιου οργανισμού εργασίας, προϋποθέτουν ασφαλείς και υγιείς συνθήκες εργασίας. Παράλληλα, ασχολούνται και με τις ψυχοκοινωνικές πτυχές του επαγγέλματος δηλαδή να υπάρχουν χώροι εργασίας που να σέβονται την αξιοπρέπεια των εργαζομένων, που προσφέρουν ευκαιρίες ανέλιξης, αισθήματα ικανοποίησης και ευχαρίστησης στους εργαζομένους. Επιτυγχάνοντας τα πιο πάνω εξασφαλίζεται η ευημερία και η ανάπτυξη της κοινωνίας στο σύνολο της, γεγονός που αποτελεί απώτερος στόχο κάθε κράτους (2012; Φιλίππου, 2007).

2.3. Εργασιακό Περιβάλλον στο τομέα της Υγείας

Στον τομέα της Υγείας το περιβάλλον εργασίας και οι συνθήκες που πρέπει να επικρατούν για ασφαλή και υγιεινή εργασία χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Η σύνθετη δομή που υπάρχει στα νοσοκομεία λόγο του μεγάλου σε αριθμό προσωπικού και με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε επαγγελματία υγείας όπως η μόρφωση, η ηλικία και οι ιδιαιτερότητες του επαγγέλματος απαιτούν από τους υπεύθυνους μεγάλη προσοχή (Δρακόπουλος et al., 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Ποιο συγκεκριμένα στον χώρο του νοσοκομείου οι παράγοντες που επηρεάζουν το περιβάλλον εργασίας μπορούν να είναι φυσικοί, χημικοί, βιολογικοί, οργανωτικοί και ψυχοκοινωνικοί (Froneberg, 2006; Χρυσάφκη, 2001; 2012).

2.3.1. Φυσικοί Παράγοντες

Οι φυσικοί παράγοντες αφορούν τις θερμικές συνθήκες που επικρατούν στον εσωτερικό χώρο εργασίας και μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και την αποδοτικότητα των εργαζομένων. Πιο αναλυτικά οι παράγοντες αυτοί αφορούν την ποιότητα του αέρα, την

θερμοκρασία, τον θόρυβο, την έκθεση σε ακτινοβολίες και γενικά το κλίμα που επικρατεί στον χώρο εργασίας (Αλεξόπουλος, 2007; Φιλίππου, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Οι προαναφερθείσες προϋποθέσεις αν και απαραίτητες είναι δύσκολο να ελεγχθούν στην περίπτωση του νοσοκομείου. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ποικιλία των τμημάτων που υπάρχουν σε ένα νοσοκομείο και απαιτούν διαφορετικές συνθήκες όπως για παράδειγμα το χειρουργείο, η εντατική ή ο χώρος των επειγόντων περιστατικών. Ακόμη πιο δύσκολος γίνεται ο χειρισμός τους αν λάβουμε υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες, ευθύνες και αρμοδιότητες των επαγγελματιών υγείας στα τμήματα αυτά (Bovenzi & Fiorito, 1984). Έτσι οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το ευέλικτο και υγιές περιβάλλον που χρειάζονται οι επαγγελματίες υγείας επιτυγχάνεται με σωστή και ειδική διαμόρφωση των ξεχωριστών χώρων του νοσοκομείου (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Ποιότητα αέρα και Θερμοκρασία

Οι έρευνες ορίζουν πως ο εσωτερικός αέρας του νοσοκομείου πρέπει να είναι απαλλαγμένος από μικρόβια και σε επίπεδα θερμοκρασίας και υγρασίας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του προσωπικού τόσο το καλοκαίρι όσο και τον χειμώνα (Αθανάσιος, 2003; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Σχετικά με την θερμοκρασία, οι έρευνες έδειξαν ότι τα λανθασμένα επίπεδα μπορούν να προκαλέσουν στους νοσηλευτές κόπωση, διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης τους και εξουθένωση με άμεσες επιπτώσεις στην προσήλωση και την αποτελεσματικότητα στην δουλειά τους. Οι επιπτώσεις μπορούν να γίνουν πιο έντονες και σοβαρές όταν τα επίπεδα θερμοκρασίας συνδυαστούν με την υγρασία, την φυσική κατάσταση κάθε εργαζόμενου και τον χρόνο έκθεσης του σε αυτά (Αθανάσιος, 2003; Δρακόπουλος et al., 2007). Παράλληλα σημαντικό ρόλο στο εσωτερικό μικροκλίμα παίζει και η ταχύτητα του αέρα αφού μπορεί να επιτρέψει την μετάδοση μικροβίων ή και να επηρεάσει την θερμική ανταλλαγή. Πέρα όμως από τα μικρόβια ο αέρας στα νοσοκομεία πρέπει να είναι απαλλαγμένος από δυσάρεστους ρύπους όπως για παράδειγμα σκόνη, καπνό ή υδρογονάνθρακες. Έτσι ο συχνός εξαερισμός στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου θεωρείται κάτι παραπάνω από απαραίτητος (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Αλεξόπουλος, 2007).

Για τους πιο πάνω λόγους έχουν δημιουργηθεί δείκτες με συγκεκριμένα όρια που ελέγχουν και ορίζουν το μικροκλίμα μέσα στους χώρους του νοσοκομείου. Χαρακτηριστικά οι μελέτες

ορίζουν το ιδανικό μικροκλίμα στους 20° C-24° C για το χειμώνα και 23° C -26° C το καλοκαίρι ενώ η υγρασία πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 35-70%. Σε κάθε περίπτωση οι τιμές αλλάζουν ανάλογα με τις απαιτήσεις του τμήματος. Για παράδειγμα η εντατική, το νεκροτομείο και οι χώροι αναμονής απαιτούν διαφορετικό συνδυασμό των πιο πάνω τιμών προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό περιβάλλον. Τέλος η συχνότητα αλλαγής του αέρα ορίζεται σε 2 φορές την ώρα το ελάχιστο, ενώ σε ειδικούς χώρους όπως τα χειρουργεία μπορούν να ξεπεράσουν τις 10 (Αλεξόπουλος, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Δρακόπουλος et al., 2007).

Προστατεύοντας τους εργαζομένους από την θερμική καταπόνηση και τις επιπτώσεις της δημιουργείται ένα θεραπευτικό περιβάλλον που μπορεί ταυτόχρονα να εξασφαλίσει τις αναγκαίες συνθήκες για την καλύτερη ανάρρωση του ασθενή και ένα άνετο εργονομικό περιβάλλον για τους εργαζόμενους (Hwang et al., 2007; Γ.Σ.Ε.Ε, 2011).

Θόρυβος

Καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία ενός σωστού εργασιακού περιβάλλοντος παίζει και η ύπαρξη ησυχίας. Δηλαδή να είναι απαλλαγμένο από ανεπιθύμητους θορύβους, κύρια χαρακτηριστικά του οποίου είναι η συχνότητα (Hertz-Hz), η ένταση (Decibel-dB) και η χροιά. Ανάλογα με τα ποσοστά που το καθένα καταλαμβάνει μπορεί να προκαλέσει ποικίλες επιπτώσεις στους εργαζόμενους τόσο σωματικές όσο και ψυχικές (Kang, 2006; Αλεξόπουλος, 2007; Δρακόπουλος et al., 2007).

Πηγές θορύβου μπορούν να εντοπιστούν σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου. Τα ιατρικά μηχανήματα, οι συνομιλίες, οι τηλεοράσεις, το επισκεπτήριο, τα συστήματα εξαερισμού αλλά και σε μικρό ποσοστό οι εξωτερικοί έντονοι ήχοι χαρακτηρίζονται από τους νοσηλευτές ως οι κυριότεροι παράγοντες που διαταράσσουν την ησυχία στα νοσοκομεία (Konkani & Oakley, 2012; Xie & Kang, 2009). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι μελέτες αναγνωρίζουν ως το 50-60% της έντασης του θορύβου στα νοσοκομεία στις συνομιλίες του ίδιου του προσωπικού. Παράλληλα ως οι πιο θορυβώδεις χώροι καταγράφονται το τμήμα επαγόντων περιστατικών, η εντατική, τα χειρουργεία, το παιδιατρικό τμήμα και οι αίθουσες αναμονής (Αλεξόπουλος, 2007).

Η ανάγκη για ήσυχο θεραπευτικό περιβάλλον οδήγησε στην δημιουργία νομοθεσιών και κατευθυντήριων οδηγιών από τις αρμόδιες υπηρεσίες. Για παράδειγμα ο Παγκόσμιος

Οργανισμός Υγείας ορίζει στα 55 dB τα ανεκτά όρια θορύβου στον τομέα των υπηρεσιών. Ειδικότερα στο χώρο του νοσοκομείου τα ανεκτά επίπεδα στις κλίνες ορίζονται στα 35 dB, ενώ στα 55 dB ανέρχεται το ανώτατο όριο έντασης που επιτρέπει την σωστή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών. Παρόλα αυτά, οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι σπάνια τηρούνται οι οδηγίες αυτές στα νοσοκομεία. Αντίθετα τα ποσοστά θορύβου παρουσιάζονται πολύ αυξημένα τα τελευταία χρόνια που σε κάποιες περιπτώσεις φτάνουν το διπλάσιο των οριζόμενων ορίων ειδικότερα στα τμήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω ως τα πιο ευάλωτα σε ηχορύπανση (Αλεξόπουλος, 2007).

Οι έρευνες έδειξαν ότι η ύπαρξη θορύβου σε επίπεδα πέρα από τα οριζόμενα μπορεί να προκαλέσει στους εργαζόμενους ενοχλήσεις στην ακοή που φτάνουν μέχρι και την βαρηκοΐα, καρδιαγγειακές και γαστρεντερικές διαταραχές, άγχος, πονοκεφάλους και μεγάλη απώλεια ενέργειας των νοσηλευτών ενώ εμφανίζουν πιο γρήγορα σημάδια κούρασης και εξόντωσης (Xie & Kang, 2009; Αλεξόπουλος, 2007; Αθανάσιος, 2003). Επίσης ο θόρυβος στον χώρο των νοσοκομείων δρα ως ανασταλτικός παράγοντας στην απόδοση του προσωπικού, αφού προκαλεί εκνευρισμό, αποδιοργανώνει, μειώνει την προσοχή και τις ικανότητες τους αυξάνοντας έτσι τις πιθανότητες για να γίνουν σοβαρά λάθη (Morrison et al., 2003; Anon., 1988; Αλεξόπουλος, 2007). Παράλληλα η υψηλή ένταση των ανεπιθύμητων ήχων δυσχεραίνει την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ενώ άμεσες είναι και επιπτώσεις στην ανάρρωση των ασθενών (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010; Liu & Tan, 2000).

Για την αντιμετώπιση των εντόνων θορύβων και των επιπτώσεων τους, σχετικές πειραματικές έρευνες κρίνουν απαραίτητη την ύπαρξη οργανωτικών αλλαγών. Από την πλευρά των τεχνικών ζητημάτων χρειάζεται σωστή διαμόρφωση του χώρου, συντήρηση και προσοχή του εξοπλισμού και χρήση υλικών που απορροφούν τον ήχο. Έρευνες φτάνουν μέχρι και σε υποδείξεις για τον χειρισμό της έντασης του ήχου των τηλεφώνων και τη χρήση πόρτας με ειδικούς αθόρυβους μηχανισμούς. Παράλληλα το προσωπικό πρέπει να καθοδηγείται με επιδείξεις για σωστή συμπεριφορά, ενώ η οργάνωση του νοσοκομείου μπορεί να παρέμβει σε έλεγχο των επισκεπτηρίων ή να ορίσει κανόνες στους κοινόχρηστους χώρους αναμονής (Αλεξόπουλος, 2007; Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010).

Ακτινοβολία

Στους φυσικούς παράγοντες κατατάσσεται και η έκθεση σε μη ιοντίζουσες και ιοντίζουσες ακτινοβολίες (Αθανάσιος, 2003). Οι μη ιοντίζουσες ακτινοβολίες στις οποίες περιλαμβάνονται τα ραδιοκύματα, το λέιζερ και η υπεριώδη και υπέρυθη ακτινοβολία έχουν ελάχιστο αντίκτυπο στην υγεία των νοσηλευτών που περιορίζεται σε δερματολογικά και οφθαλμολογικά προβλήματα. Αντίθετα οι ιοντίζουσες ακτινοβολίες που υπάρχουν σε θεραπευτικά και διαγνωστικά μηχανήματα όπως ο αξονικός τομογράφος και οι ακτινογραφίες αποτελούν ένα από τους σοβαρότερους κινδύνους στον τομέα της υγείας (Αλεξόπουλος, 2007; Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010).

Η καρκινογόνος δράση των συχνών υψηλών δόσεων ιοντίζουσας ακτινοβολία έχει ήδη αναγνωρισθεί από μελέτες (Αθανάσιος, 2003; Lie et al., 2008). Η μεγάλης διάρκειας έκθεση των νοσηλευτών έχει ως συνέπεια την εμφάνιση διάφορων παθολογικών επιπτώσεων στις οποίες περιλαμβάνονται «η ακτινοδερματίτιδα, η απλαστική αναιμία, τα μυελοδυσπλαστικά νοσήματα, η πρόωγη γήρανση, οι διαταραχές αναπαραγωγής, οι νευρολογικές διαταραχές και η καρκινογένεση» (Αλεξόπουλος, 2007).

Λόγο των σοβαρών κινδύνων που εγκυμονεί η έκθεση σε υψηλές δόσεις ακτινοβολίας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Διεθνής Επιτροπή Ακτινοπροστασίας, η Ευρωπαϊκή ένωση και κάθε κράτος ξεχωριστά δημιούργησαν νομοθεσίες και συστάσεις με στόχο την προστασία των εργαζομένων. Έτσι υπάρχουν κανονισμοί που επιτρέπουν μόνο σε εξουσιοδοτημένα άτομα να χειρίζονται την ιοντίζουσα ακτινοβολία και οδηγίες για την ορθή χρήση τους όπως για παράδειγμα η σωστή ένδυση των επαγγελματιών (Αλεξόπουλος, 2007; Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Επιπρόσθετα απαραίτητη κρίνεται στην Κύπρο με βάση τον σχετικό νόμο (115(I)/2002) η συχνή δοσιμέτρηση όσων έρχονται σε επαφή με τη συγκεκριμένη ακτινοβολία και η τήρηση σχετικού αρχείου (2005-2008). Παράλληλα κανονισμοί ορίζουν αρμόδια άτομα για τον έλεγχο τήρησης των κανονισμών ενώ οι υπεύθυνοι πρέπει να παρακολουθούν την υγεία όσων εργαζομένων έρχονται σε επαφή με ιοντίζουσα ακτινοβολία. Τέλος είναι σημαντικό να υπάρχει πλήρης ενημέρωση και καθοδήγηση του προσωπικού για τα μέτρα που πρέπει να λαμβάνουν και την στήριξη που έχουν από το νοσοκομείο (Αλεξόπουλος, 2007; Rayner, 1984).

2.3.2. Χημικοί παράγοντες

Τα χημικά προϊόντα που βρίσκονται στον χώρο του νοσοκομείου μπορούν να θέσουν σε σοβαρό κίνδυνο τους επαγγελματίες υγείας όταν υπάρχει ελλιπής ενημέρωση του προσωπικού και συνεπώς δεν λαμβάνονται τα απαραίτητα μέτρα για την προφύλαξη τους (Αθανάσιος, 2003; Veenema, 2012).

Οι χημικοί παράγοντες αφορούν τις διάφορες χημικές ουσίες, παρασκευάσματα και σκουπίδια που υπάρχουν στο χώρο του νοσοκομείου. Σε καθημερινή βάση οι εργαζόμενοι έρχονται σε επαφή με διάφορα φάρμακα, αναισθητικά αέρια, χημικές ουσίες όπως οξέα ή βάσεις σε εργαστήρια, απολυμαντικά και καθαριστικά αλλά και μείγματα διάφορων φαινομενικά ακίνδυνων χημικών ουσιών που ο συνδυασμός τους μπορεί να δημιουργήσει επικίνδυνες ουσίες ή αέρια από αντιδράσεις (Tan, 1991; Δρακόπουλος et al., 2007; Αθανάσιος, 2003). Επιπρόσθετα τα σκουπίδια και τα απόβλητα υπάρχουν σε αφθονία στα νοσοκομεία, αυξάνοντας τους κινδύνους για την ασφάλεια των εργαζομένων. Ο απρόσεκτος χειρισμός σκουπιδιών όπως φιάλες, μπουκάλια, σύριγγες, βελόνες και χημικές ουσίες ή αντικείμενα που χρησιμοποιήθηκαν σε ασθενείς μπορεί να προκαλέσει ατυχήματα με συνέπεια την μόλυνση των επαγγελματιών υγείας ή την μετάδοση ασθενειών (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Vourdias et al., 2012).

Η επαφή, η εισπνοή και η κατάποση είναι οι τρόποι με τους οποίους μπορεί ο ανθρώπινος οργανισμό να επηρεαστεί από τις χημικές ουσίες ανάλογα με την μορφή που έχουν. Το μέγεθος της βλάβης ή του προβλήματος που μπορεί να προκαλέσει μια τέτοια ουσία εξαρτάται από τον χρόνο έκθεσης, από την ποσότητα και τον τρόπο εισδοχής στον οργανισμό και από τα επιτρεπτά όρια που θέτονται βάση νομοθεσίας στο χώρο εργασίας (Αθανάσιος, 2003; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Rogers, 2007).

Οι κυριότερες επιπτώσεις από την έκθεση στις χημικές ουσίες που προαναφέρθηκαν συνοψίζονται από απλές αλλεργίες ή ερεθισμούς σε δηλητηριάσεις, εγκαύματα από εκρήξεις και πυρκαγιές μέχρι και την εμφάνιση καρκίνου. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι πολλές μελέτες καταλογίζουν την πρόκληση διάφορων ειδών καρκίνων στην επαφή με τις χημικές ουσίες (Tan, 1991; Δρακόπουλος et al., 2007).

Προκειμένου να μην εκτίθενται οι επαγγελματίες υγείας σε τέτοιους κινδύνους είναι απαραίτητη η σωστή και συνεχής ενημέρωση των εργαζομένων για τις χημικές ουσίες και τις ιδιότητες τους. Παράλληλα οι νομοθεσίες προβλέπουν τις συνιστώσες φύλαξης και χρήσης των ουσιών. Συγκεκριμένα ορίζουν τον τρόπο, τον χώρο και τις συνθήκες αποθήκευσης των ουσιών ενώ επιβάλλουν την καταγραφή τους και την ύπαρξη ειδικού έντυπου ασφαλείας για

κάθε ένα από αυτά. Παράλληλα κάθε συσκευασία πρέπει να φέρει περιγραφή του περιεχομένου της, ενώ οι επικίνδυνες ουσίες να επισημαίνονται με ειδικά προειδοποιητικά σύμβολα και να αναγράφουν συμβουλές για αντιμετώπιση και πρόληψη (Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007).

Τέλος οι μελέτες ορίζουν πως οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να ακολουθούν καθορισμένα μέτρα ασφαλείας για την προσωπική τους προφύλαξη όπως για παράδειγμα γάντια, μπλούζες και ειδικό εξοπλισμό ενώ η τήρηση των κανόνων και των απαγορεύσεων όπως το κάπνισμα ή το φαγητό και το ποτό σε μολυσμένους χώρους κρίνεται απαραίτητη. Σε περίπτωση λάθους ή ατυχήματος πρέπει να υπάρχει άμεση ενημέρωση των αρμόδιων έτσι ώστε να αντιμετωπίζεται κατάλληλα (Δρακόπουλος et al., 2007; Tan, 1991; Αθανάσιος, 2003).

2.3.3. Βιολογικοί παράγοντες

Οι βιολογικοί παράγοντες θεωρούνται από τους παλαιότερους κινδύνους στους οποίους εκτίθενται καθημερινά οι νοσηλευτές και απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά την γνώση του προβλήματος, οι έρευνες σε διάφορα νοσοκομεία και τμήματα που διεξάγονται σε διάφορες χώρες, δείχνουν ότι μεγάλο ποσοστό των εργαζομένων συνεχίζουν να αναφέρουν προβλήματα υγείας με αίτια τους βιολογικούς παράγοντες (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010; Γαμπά et al., 2012).

Στους βιολογικούς βλαπτικούς κινδύνους περιλαμβάνονται οι λοιμώξεις που παράγονται και μεταδίδονται στο χώρο εργασίας απειλώντας την υγεία των εργαζομένων. Σε αυτούς κατατάσσονται οι ιοί, τα μικρόβια, τα βακτήρια, οι μύκητες αλλά και οι σοβαρές μολυσματικές ασθένειες όπως η φυματίωση, η ηπατίτιδα Β και Γ ή ο ιός HIV. Οι συνέπειες τους ποικίλουν προκαλώντας μόλυνση, ερεθισμό, δηλητηρίαση, αλλεργικές αντιδράσεις και λοιμώξεις (Αλεξόπουλος, 2007; Γαμπά et al., 2012; Φιλίππου, 2007). Πέραν αυτών, οι έρευνες δείχνουν ότι η συνεχής έκθεση στον κίνδυνο προκαλεί αναπόφευκτη ανησυχία και άγχος στους νοσηλευτές έστω και αν είναι εφοδιασμένοι με τις απαραίτητες γνώσεις και μόρφωση για να τα χειριστούν. Ειδικότερα στην περίπτωση σοβαρών ασθενειών όπως της ηπατίτιδας Β και Γ και του AIDS οι νοσηλευτές δηλώνουν ιδιαίτερα ανήσυχτοι όταν έρχονται σε επαφή με ασθενείς που είναι φορείς. Αυτό κατά συνέπεια επηρεάζει την δουλειά τους, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν τους ασθενείς και την ασθένεια τους (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Kelen et al., 1995; Kelen et al., 1992).

Οι λοιμογόννοι παράγοντες μεταδίδονται με διάφορους τρόπους στο χώρο του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές μπορούν να μολυνθούν απευθείας από μολυσμένο αίμα ή υγρά, από μολυσμένες επιφάνειες ή αντικείμενα αλλά και από τον αέρα με σταγονίδια ή αερολύματα. Επιπλέον, η πιθανότητα μόλυνσης από βιολογικούς παράγοντες αυξάνεται από συνήθειες των εργαζομένων όπως η πρόσληψη νερού ή τροφής σε μολυσμένους χώρους αλλά και η ύπαρξη παράσιτων ή ξενιστών όπως για παράδειγμα κουνούπια ή μύγες που μπορούν να μεταφέρουν τα μικρόβια (Αλεξόπουλος, 2007; Γαμπά et al., 2012). Ειδικότερα ο τραυματισμός από βελόνα ή αιχμηρό αντικείμενο στο χώρο του νοσοκομείου αναφέρονται ως τα πιο συχνά εργασιακά ατυχήματα που οδηγούν σε σοβαρές μολύνσεις. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι έρευνες αναφέρουν 600.000-800.000 περιστατικά τραυματισμού με αιχμηρά αντικείμενα ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες ενώ στην Ευρώπη και την Βρετανία καταγράφονται περίπου 100.000 (Γαμπά et al., 2012).

Η μείωση των κινδύνων λοιμώξεων αποτελεί ευθύνη των Υπηρεσιών Υγείας. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση των νοσηλευτών για τον τρόπο μετάδοσης και αντιμετώπισης τέτοιων λοιμογόννων παραγόντων είναι το κυριότερο και πρωταρχικό βήμα της πρόληψης (Αλεξόπουλος, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι με βάση έρευνα που διεξήχθη στην Νότια Ταϊβάν (Yang et al., 2007), η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ασφάλειας και σωστών τεχνικών μείωσε κατά 59% τους τραυματισμούς των νοσηλευτών (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010).

Έτσι είναι απαραίτητος ο συνεχής έλεγχος και η μελέτη των περιστατικών, των ατυχημάτων και των κινδύνων έτσι ώστε να εκδίδονται κανόνες και κατευθυντήριες οδηγίες για πρόληψη σε κάθε τμήμα. Αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν οδηγίες για την αντισηψία ή την αποστείρωση αλλά και την χρήση γαντιών, ειδικών γυαλιών, μάσκες, λαβίδες ή άλλο ειδικό εξοπλισμό που βοηθά στην προστασία του προσωπικού κατά τον χειρισμό μολυσμένων αντικειμένων (Αλεξόπουλος, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Στις περιπτώσεις των αιματογενώς μεταδιδόμενων νοσημάτων απαιτείται ακόμη μεγαλύτερη προσοχή από μέρος των εργαζομένων και σχολαστικότερη τήρηση των κανόνων προστασίας. Τέλος ο εμβολιασμός θεωρείται από τα σημαντικότερα μέτρα πρόληψης. Τόσο το εμβόλιο της γρίπης όσο και το εμβόλιο της ηπατίτιδας μπορεί να προστατεύσει τους εργαζόμενους ενώ η διοίκηση οφείλει να ενημερώνει και να δίνει την δυνατότητα αυτή στο νοσηλευτικό προσωπικό (Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007).

2.3.4. Οργανωτικοί Παράγοντες

Λαμβάνοντας υπόψη την 24ωρη εξυπηρέτηση των νοσοκομείων και τα πολλά περιστατικά απρόοπτα και μη η οργάνωση έχει καταλυτικό ρόλο στην εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας τους. Η οργάνωση αφορά θέματα διοικητικά όπως οι κατευθυντήριες γραμμές, οι στόχοι της διοίκησης και η εργονομία (Αλεξόπουλος, 2007; Δρακόπουλος et al., 2007).

Το σύστημα παροχής υγείας επηρεάζεται κυρίως από την στελέχωση με ικανό προσωπικό και εξειδικευμένο εξοπλισμό, την δίκαιη κατανομή εργασίας, την συμμετοχική εργονομία, την σωστή επίβλεψη και διοίκηση. Επίσης επηρεάζεται από την φύση του επαγγέλματος που μπορεί να είναι μονότονη, σύνθετη ή επαναλαμβάνεται χωρίς να προσφέρει αισθήματα πρωτοβουλίας και αυτονομίας στον εργαζόμενο ενώ παράλληλα απαιτεί συχνές βάρδιες (Αλεξόπουλος, 2007; Γαμπά et al., 2012; Δρακόπουλος et al., 2007). Η αδυναμία καθοδήγησης και συντονισμού έχουν ως συνέπεια την σωματική και ψυχική καταβολή των εργαζομένων. (Καλμπένης, 2012; Αλεξόπουλος, 2007; Γαμπά et al., 2012).

Ιδιαίτερες είναι οι επιπτώσεις της εργασίας κατά τις βραδινές ώρες. Σε σωματικό επίπεδο οι μελέτες δείχνουν ότι η αναστάτωση του βιολογικού ρολογιού έχει επιπτώσεις στο καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα, προκαλεί άγχος και διαταραχές στον ύπνο (Κορομπελή et al., 2006; Αλεξόπουλος, 2007; Δρακόπουλος et al., 2007). Σε πνευματικό και συναισθηματικό επίπεδο οι βάρδιες προκαλούν, υπερένταση, μείωση της πνευματικής οξυδέρκειας, της μνήμης ή της αντίληψης και έντονες εναλλαγές στην διάθεση. Αυτές μπορούν στη συνέχεια να προκαλέσουν χρόνια κόπωση, μόνιμο άγχος, συναισθηματικά προβλήματα ή προβλήματα στο νευρικό σύστημα (Giovanni, 1996; Παπαδημητρίου et al., 2002; Κορομπελή et al., 2006; Poissonnet & Veron, 2000; Αδαλή et al., 2000; Αδαλή, 2000; Αλεξόπουλος, 2007).

Σε κοινωνικό επίπεδο οι μελέτες αναφέρουν προβλήματα στο κοινωνικό περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές δηλώνουν να νιώθουν να παραμελούν και να παραμελούνται από το περιβάλλον τους, ενώ στη προσπάθειά τους να καλύψουν τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις εμφανίζουν έντονο άγχος, γίνονται πιο ευαίσθητοι και δηλώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση (Fitzpatrick et al., 1999; Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2001; Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007). Το φαινόμενο γίνεται εντονότερο στις γυναίκες των οποίων οι οικογενειακές υποχρεώσεις είναι περισσότερες (Krausz & Koslowsky, 1995; Δρακόπουλος et al., 2007; Rutenfranz, 1982; Axelsson et al., 1989).

Σχετικά με τους εργονομικούς κινδύνους, οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν το πιο συχνό σύμπτωμα (Αλεξόπουλος, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Γαμπά et al., 2012). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, στις ΗΠΑ η μυοσκελετική πάθηση καταγράφεται ως η 2η πιο επικίνδυνη επαγγελματική ασθένεια, ενώ το επάγγελμα του νοσηλευτή συμπεριλαμβάνεται στην δεκάδα των πιο επιρρεπών επαγγελμάτων για μυοσκελετικές ασθένειες. Παρόμοιο είναι το αποτέλεσμα πρόσφατης έρευνας που έγινε σε 30000 νοσηλευτές σε 10 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου πάνω από 25% αυτών δήλωσαν να έχουν τουλάχιστο 1 μυοσκελετική διαταραχή (Γαμπά et al., 2012; Καγιαλάρης, 2004). Κυριότερη αιτία είναι ο χειρισμός βαριών φορτίων χωρίς την βοήθεια κατάλληλου εξοπλισμού. Για παράδειγμα συχνά μετακινούν ασθενείς, κλίνες, φορεία, καροτσάκια και αντικείμενα. Επίσης, περπατούν μεγάλες αποστάσεις στο χώρο του νοσοκομείου ή μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα όρθιοι ή καθιστοί (Καγιαλάρης, 2004; Ιωάννου & Σουρτζή, 2010). Τέλος οι γυναίκες φαίνεται να παρουσιάζουν συχνότερα μυοσκελετικές παθήσεις εν συγκρίσει με τους άντρες (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Brache et al., 2001; Bakke et al., 2007).

Η καταπονημένη σωματική υγεία και η ασταθής ψυχική υγεία μειώνουν την όρεξη για δουλειά, την προσοχή και τα αντανακλαστικά με αποτέλεσμα να γίνονται επιρρεπείς σε λάθη και ατυχήματα (Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007).

2.3.5. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Το επάγγελμα του νοσηλευτή χαρακτηρίζεται ως «συναισθηματική εργασία» καθώς πέρα της φυσικής φροντίδας που προσφέρει στον ασθενή, προσφέρει ψυχολογική και συναισθηματική στήριξη. Οι επαγγελματίες καλούνται να διαχειριστούν παράλληλα με τα καθήκοντα τους αυτά τα έντονα συναισθήματα, αφού έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με γεγονότα, όπως ο θάνατος, ο πόνος, η γέννηση, οι ασθένειες, οι θεραπείες και η υγεία. Οι έντονες εναλλαγές χαράς, λύπης, ανακούφισης ή και απογοήτευσης έχουν αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία. Παράλληλα η σχέση ασθενή-νοσηλευτή που αναπτύσσεται πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα να μεταφέρεται στον νοσηλευτή ο θυμός και η αγωνία του ασθενή και του περίγυρου του. Παρατηρούνται επίσης ξεσπάσματα προς τους επαγγελματίες που πολλές φορές καταλήγουν σε βίαια περιστατικά (Αλεξόπουλος, 2007).

Αυτά σε συνδυασμό με την ανεπαρκή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα διαχείρισης συναισθηματικά φορτισμένων καταστάσεων κάνουν τους νοσηλευτές επιρρεπείς στην επαγγελματική κόπωση, δηλαδή την έντονη και συνεχή συναισθηματική και σωματική

εξουθένωση (Αλεξόπουλος, 2007; Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995; Δημητριάδου, 2008). Έρευνες υποστηρίζουν πως η εξουθένωση έχει κυρίως αντίκτυπο στην προσωπική κοινωνική ζωή, παράλληλα οι συνέπειες είναι εμφανείς και στην ποιότητα των υπηρεσιών τους ενώ παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης (Maslach, 2003; Di Mameo, 2006; Roghoshian, 2008; Μακρής, 2009). Τέλος οι μελετητές αναδεικνύουν την κατάθλιψη, τις αυτοκτονίες, τις καρδιοπάθειες και την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρου ως επιπτώσεις της ιδιαίτερης αυτής φύσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Αλεξόπουλος, 2007; Ζήλλη et al., 2009).

Στους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ανήκει επίσης η σεξουαλική παρενόχληση και η σωματική ή ψυχολογική βία από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας (Δεσπότης, 2004; Γαμπά et al., 2012). Παγκόσμιες έρευνες δείχνουν ότι με ποσοστό 5-25% οι επαγγελματίες υγείας έχουν δεχθεί βία εν ώρα εργασίας, με 75% εξ αυτών να αφορά λεκτική βία. Επιπλέον ένας στους τρεις νοσηλευτές δηλώνει να έχει πέσει θύμα βίας από ασθενή και το περιβάλλον του, ενώ 34% αυτών έχει δεχθεί σωματική επίθεση στο χώρο του νοσοκομείου (Rowell, 2008; Παπαδοπούλου, 2009; Αλεξόπουλος, 2007; Cole, 1998). Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν την έρευνα τους στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών και σε ψυχιατρικές μονάδες όπου αναμένεται να υπάρχουν περισσότερα περιστατικά. Δίνουν επίσης μεγαλύτερη βαρύτητα στην βία που προέρχεται από τους ασθενείς παρά από το υπόλοιπο προσωπικό (Whittington, 1994; Paterson & McCosmish, 1998; UKCC, 2002; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012). Όσον αφορά την σεξουαλική παρενόχληση οι έρευνες αναφέρουν ως κύριο θύμα τις γυναίκες νοσηλεύτριες, ενώ αρκετές μελέτες αναγνωρίζουν ως κύριους δράστες τους γιατρούς (ICN, 2006; Kwok et al., 2006; Dunn, 2003; Παπαδοπούλου, 2009).

Η βία και η παρενόχληση εκφρασμένες σε κάθε τους μορφή έχουν επιπτώσεις στον νοσηλευτή. Μελέτες που εκπονήθηκαν τα τελευταία χρόνια επισημαίνουν ως κύριες συνέπειες τις συναισθηματικές διαταραχές όπως ο θυμός, η ντροπή, η κατάθλιψη, η δυσπιστία, ο φόβος, η ενοχή, η αδυναμία, το άγχος, αμφισβήτηση και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα η κακομεταχείριση συνδέεται με σωματικούς τραυματισμούς, προβλήματα υγείας όπως ημικρανίες, εμετοί, σεξουαλικές διαταραχές και προβλήματα στις προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις (Κωνσταντινίδου & Φαναριώτου, 2007; ICN, 2006; Henry & Ginn, 2002; Chapman & Styles, 2006; RNAO, 2008; Παπαδοπούλου, 2009; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012). Επιπρόσθετα η επαγγελματική εξουθένωση γεννά το αίσθημα της φυγής με αποτέλεσμα να γίνονται συχνές απουσίες από την δουλειά ενώ έρευνες δείχνουν ότι η βία

και η συναισθηματική φόρτιση απωθεί τους νέους να ακολουθήσουν το επάγγελμα του νοσηλευτή ή ωθεί τους εργαζόμενους να το εγκαταλείψουν (Farrell et al., 2006; Kwok et al., 2006; Jackson et al., 2002; Thomson, 2004; Κωνσταντινίδου & Φαναριώτου, 2007; Παπαδοπούλου, 2009).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι έρευνες κάνουν λόγο για αποσιώπηση των περιστατικών βίας από μέρους των νοσηλευτών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τείνουν να θεωρούν ως δεδομένη την ύπαρξη κακοποίησης, επίθεσης ή βίας στο επάγγελμα τους. Κύρια αιτία για αυτή την στάση είναι η ελλιπής ή ανεπαρκής εκπαίδευση που τους παρέχεται σε θέματα αναγνώρισης και αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών (Baumann, 2001; Κωνσταντινίδου & Φαναριώτου, 2007; Παπαδοπούλου, 2009; Anonymous, 1972).

2.3.6. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος προσδιορίζοντας εννοιολογικά την υγεία δεν περιορίστηκε μόνο στη βιολογική υπόσταση της υγείας του ατόμου, αλλά και στην επίτευξη της κοινωνικής, οικονομικής και ψυχικής ευημερίας του. Ως εκ του τούτου, με δεδομένο τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, ο ΠΟΥ όρισε ως Ποιότητα Ζωής την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη «θέση» τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (WHO, 1993).

Η επικρατούσα αντίληψη σχετικά με την Ποιότητα Ζωής αναφέρεται στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου καθώς και στην ικανότητα του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες του. Η ενσωμάτωση των πολλαπλών διαστάσεων της υγείας στην αντιμετώπιση της καθημερινότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου αποδίδεται σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, με τον όρο Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Health Related Quality of Life – HRQL). Στα πλαίσια αυτά διαπιστώνεται σαφής ταύτιση της άριστης υγείας με την προσωπική ευτυχία, όπου η υπόσταση της ποιότητας ζωής διαχρονικά εναλλάσσεται και διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτιστικό περιβάλλον και με τις επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της κάθε χώρας και της κάθε χρονικής περιόδου (Γείτονα, 2012).

2.4. Σύνοψη Κεφαλαίου

Η πιο πάνω ανάλυση δείχνει ότι οι συνθήκες εργασίας στον χώρο του νοσοκομείου επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τους εργαζόμενους, έτσι που απαιτούν περαιτέρω μελέτη και προσοχή. Παρατηρείται επίσης ότι η υπάρχουσα βιβλιογραφία εστιάζει το ενδιαφέρον της σε ποσοτικές μετρήσεις όσον αφορά τους παράγοντες και τις συνέπειες τους στην σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών.

Με γνώμονα την ιδιαίτερη φύση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και τον καθοριστικό ρόλο που κατέχει στην κατευναστική φροντίδα είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα περιβάλλον που να προάγει την υγεία και την ευεξία του νοσηλευτή. Έτσι ώστε να είναι σε θέση να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες και αφοσίωση. Υπάρχει λοιπόν η ανάγκη για μια εις βάθος ανάλυση αυτών των παραγόντων που θα περιλαμβάνει τις απόψεις των νοσηλευτών μέσα από την εμπειρία και τα προσωπικά τους βιώματα.

Τέλος η ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας αποκάλυψε την ελλιπή έρευνα που υπάρχει στην Κύπρο σχετικά με αυτό το θέμα. Δεδομένου ότι η αποτελεσματική λειτουργία των ιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ευημερία και την ανάπτυξη των λαών κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για περισσότερη διερεύνηση του πιο πάνω θέματος.

Το επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζει τις ερευνητικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για την μελέτη των ερωτημάτων που ανέκυψαν από την βιβλιογραφία.

Μεθοδολογία

2.5. Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο. Επιπλέον με γνώμονα την φύση του θέματος εξηγούνται οι λόγοι που η συγκεκριμένη ερευνητική μέθοδος κρίνεται ως η πλέον κατάλληλη. Επίσης παρουσιάζεται αναλυτικά η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας και επισημάνονται τα σημαντικά βήματα, όπως η επιλογή του

δείγματος και η συλλογή των δεδομένων. Τέλος, παρουσιάζεται η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων και τους περιορισμούς που αυτή ενέχει.

2.6. Ερευνητική Μέθοδος

Όπως προαναφέρθηκε η παρούσα διατριβή στοχεύει στην ανάδειξη των απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με το επάγγελμα τους και πώς αυτό επηρεάζει την υγεία τους. Εξαιρετικής σημασίας για την έρευνα είναι η καταγραφή των προσωπικών αντιλήψεων και εμπειριών τους, έτσι ώστε να αναδειχθούν τα σημεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους ανώτερους για να γίνουν οι απαραίτητες βελτιώσεις.

Δεδομένου ότι η παρούσα εργασία αποσκοπεί σε μια εις βάθος διερεύνηση ή πιο απλά να «δει μέσα από τα μάτια» των ίδιων των νοσηλευτών, η ποιοτική έρευνα κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη. Πιο συγκεκριμένα επιλέχθηκε η μέθοδος της ομάδας εστίασης (focus groups) βάση της οποίας οι συμμετέχοντες μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις απόψεις τους μέσω εποικοδομητικών συζητήσεων (Bryman & Bell, 2007). Στο υπόλοιπο του κεφαλαίου τεκμηριώνονται οι λόγοι επιλογής της μεθόδου.

2.6.1. Ποιοτική έρευνα

Το σημαντικότερο κριτήριο επιλογής της ποιοτικής έρευνας είναι ότι προσδίδει αξία στο υπό μελέτη θέμα και δίνει την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να «μελετηθούν και να ακουστούν» (Nicholls, 2011). Με αυτόν τον τρόπο αναγνωρίζει την ικανότητά τους να ερμηνεύουν το περιβάλλον τους και πώς επηρεάζουν και διαμορφώνουν τον κόσμο τους. Αυτό εξυπηρετεί τους στόχους της έρευνας μου, δηλαδή να μελετήσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με τις εμπειρίες τους από το επάγγελμα τους. Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο η ποιοτική μέθοδος υιοθετεί μια πιο εις βάθος έρευνα βασισμένη σε μια πιο χαλαρή δομή (Bryman & Bell, 2007).

Η ποιοτική έρευνα βασισμένη στην παραδοχή ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τις ερωτήσεις, τα νοήματα και τα εξωτερικά ερεθίσματα μοναδικά και βάση των προσωπικών τους σκέψεων, εμπειριών ή επιπέδου εκπαίδευσης χρησιμοποιεί ανοικτές συζητήσεις με πιο γενικές έννοιες και ερωτήματα (Maslow, 1968). Έτσι, καθώς οι ποιοτικές τεχνικές δεν ακολουθούν αυστηρά καθορισμένη δομή δίνουν την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να οδηγήσουν την έρευνα σε ότι αυτοί θεωρούν σημαντικό στο κόσμο τους ενώ μπορούν να αναδείξουν νέες σημαντικές πτυχές του θέματος που δεν είχαν ληφθεί προηγουμένως υπόψη

από τον ερευνητή. Τέλος δίνοντας την ελευθερία στους συμμετέχοντες να εκφραστούν, οι πληροφορίες που συλλέγονται δεν περιορίζονται σε αριθμητικά δεδομένα και σταθερές μαθηματικές εξισώσεις αλλά αντίθετα συγκεντρώνονται πλούσια σε περιεχόμενο και αξία δεδομένα (Bryman & Bell, 2007).

2.6.2. Ομάδες Εστίασης

Με βάση την τεχνική της ομάδα εστίασης, οι άνθρωποι καλούνται να συζητήσουν σε ομάδες των 4-6 ατόμων και να εκφράσουν τις προσωπικές τους απόψεις κάτω από το γενικό θέμα. Με τον τρόπο αυτό οι συμμετέχοντες αλληλεπιδρούν τόσο με τον ερευνητή όσο και με τα άλλα μέλη της ομάδας (Cohen et al., 2008).

Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα των ομάδων εστίασης είναι ότι η έρευνα διεξάγεται πρόσωπο με πρόσωπο. Έτσι πέρα από τις λεκτικές πληροφορίες μπορούν να συλλεχθούν δεδομένα και από τη γλώσσα του σώματος, από τις εκφράσεις του προσώπου ή τις αντιδράσεις στις ερωτήσεις που θέτει ο ερευνητής (Hoyer & MacInnis, 2004; Fuchs et al., 2012). Ως αποτέλεσμα σε πολύ μικρό χρόνο παίρνουμε μεγάλο όγκο δεδομένων (Cohen et al., 2008).

Επιπλέον, η μη αυστηρή δομή που ακολουθείται κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται πιο άνετα με αποτέλεσμα να απελευθερώνουν τον εαυτό τους εύκολα και να εκφράζουν τις σκέψεις τους. Ωστόσο, το σημαντικότερο αποτέλεσμα αυτής της μεθόδου είναι ότι οι συμμετέχοντες πολλές φορές αποκαλύπτουν διάφορες πτυχές της έρευνας που δεν είχαν ληφθεί υπόψη από τον ερευνητή. Δίνεται έτσι μια πιο πλήρης και ορθή εικόνα της ποικιλίας των σκέψεων που υπάρχουν στις ομάδες σε σχέση με το θέμα. Για το λόγο αυτό οι συμμετέχοντες έχουν χαρακτηριστεί και ως οι ηγέτες της συζήτησης στις ποιοτικές μεθόδους (Bryman & Bell, 2007).

Τέλος, καθώς στη συζήτηση παραθέτονται διάφορες απόψεις από τους συμμετέχοντες, δίνετε η δυνατότητα να κρίνουν και να αμφισβητήσουν τις διαφορετικές ιδέες έτσι ώστε να τις απορρίψουν ή να τις υιοθετήσουν. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε πιο ρεαλιστικά δεδομένα γιατί εξετάζουν το θέμα πιο προσεκτικά, κάτω από το επικριτικό βλέμμα των συνομιλητών τους και όχι με ένα μονόλογο πίσω από μια ιδανική μάσκα και αυστηρές τυποποιημένες ερωτήσεις (Bryman & Bell, 2007).

2.7. Σχεδιασμός

2.7.1. Δείγμα

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα της παρούσας έρευνας, το δείγμα έπρεπε να είναι αντιπροσωπευτικό και επαρκές. Έτσι για να διαμορφωθούν αξιόπιστες ομάδες εστίασης οι συμμετέχοντες ήταν όλοι νοσηλευτές ενώ η επιλογή τους έγινε βάση των χρόνων υπηρεσίας τους και των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών όπως για παράδειγμα η ηλικία και το φύλο. Ως εκ τούτου αποφασίστηκε η δημιουργία 4 ομάδων, με τη κάθε μια να αποτελείται από 4-5 άτομα, δίνοντας δείγμα περίπου 15-20 ατόμων όπως ορίζει η μέθοδος των ομάδων εστίασης. Οι ομάδες διαμορφώθηκαν βάση ηλικίας ως εξής:

- 1^η ομάδα: 21-30
- 2^η ομάδα: 31-40
- 3^η ομάδα: 41-50
- 4^η ομάδα: 51-60+

Η πρώτη ομάδα είχε ως απώτερο στόχο να συμπεριλάβει νοσηλευτές που είχαν λίγα χρόνια υπηρεσίας, με απώτερο στόχο να αναδείξει τις πιθανές διαφορές με τις υπόλοιπες ομάδες που είχαν περισσότερη εμπειρία. Για τον ίδιο λόγο δημιουργήθηκε η τελευταία ομάδα με άτομα που είχαν αφυπηρητήσει και είχαν εργαστεί πολλά χρόνια ως νοσηλευτές. Τέλος οι 2 ενδιάμεσες ομάδες (2^η και 3^η) αποσκοπούσαν στην ανάδειξη των εμπειριών νοσηλευτών που είναι ενεργοί στο επάγγελμα και με αντίστοιχα χρόνια υπηρεσίας.

Παρά τους αρχικούς μου στόχους για την συμμετοχή 4 με 5 ατόμων σε κάθε ομάδα, υπήρξε αδύνατο να συμμετάσχουν περισσότερα από τρία άτομα στην τελευταία ομάδα με ηλικίες 51-60+. Αυτό οφείλετε στο γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές εμφανίστηκαν δύσπιστοι ως προς την συζήτηση για το επάγγελμα τους και την έκφραση της γνώμης τους για τις συνθήκες εργασίας. Αν και έγιναν αρκετές απόπειρες για να βρω περισσότερα άτομα, όταν τελείωσα με τις υπόλοιπες ομάδες διαπίστωνα ότι είχα ήδη αρκετές πληροφορίες και περισσότερα άτομα ή ομάδες εστίασης θα οδηγούσαν σε επαναλήψεις (Bryman & Bell, 2007).

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται η τελική μορφή των ομάδων, που συμμετείχαν στην έρευνα.

1^η Ομάδα

2^η Ομάδα

3^η Ομάδα

4^η Ομάδα

Ηλικία: 21-30	Ηλικία: 31-40	Ηλικία: 41-50	Ηλικία: 51-60+
1 Άντρας	2 Άντρας	2 Άντρες	3 Γυναίκες
4 Γυναίκες	3 Γυναίκες	3 Γυναίκες	
1-8 χρόνια υπηρεσίας	9-15 χρόνια υπηρεσίας	16-30 χρόνια υπηρεσίας	31-40 χρόνια υπηρεσίας

Οι 18 συμμετέχοντες έδωσαν πλούσιες και σημαντικές πληροφορίες σχετικά με το θέμα της έρευνας μου. Δεδομένου ότι όλοι ήταν νοσηλευτές που γνώριζα προσωπικά το κλίμα που επικρατούσε στη συζήτηση ήταν φιλικό και ένιωθαν άνετα να εκφράσουν τις απόψεις και τις εμπειρίες τους. Επιπλέον οι 5 συμμετέχοντες σε κάθε ομάδα αποδείχθηκε ικανοποιητικός αριθμός καθώς δόθηκε σε όλους επαρκής χρόνος για να εκφραστούν.

2.7.2. Συλλογή δεδομένων

Κάθε ομάδα εστίασης είχε διάρκεια περίπου 90 λεπτά, με εξαίρεση την τελευταία η οποία λόγω του μικρότερου αριθμού συμμετεχόντων διήρκεσε 60 λεπτά. Τα δεδομένα καταγράφηκαν με μαγνητόφωνο έπειτα από συναίνεση των συμμετεχόντων και αφού εξασφαλίστηκε η πλήρης ανωνυμία τους. Παράλληλα κρατούσα γραπτές σημειώσεις για δεδομένα που δεν μπορούσαν να ηχογραφηθούν όπως τις αντιδράσεις και τις εκφράσεις τους. Έτσι συλλέχθηκαν σημαντικές πληροφορίες τόσο από την συζήτηση όσο και από τη γλώσσα του σώματος.

2.7.3. Διαδικασία

Σύμφωνα με την παρούσα βιβλιογραφία, πριν από την διεξαγωγή των ομάδων εστιασμένης συνέντευξης είναι αναγκαία η πραγματοποίηση του πιλοτικού σταδίου προκειμένου να εντοπιστούν σφάλματα, ασάφειες και ελλείψεις και να γίνουν οι απαραίτητες διορθώσεις (Bloor, 2001). Στην πιλοτική φάση διεξήχθη μια ομάδα εστίασης αποτελούμενη από 5 άτομα με ηλικίες μεταξύ 31 και 40 ετών. Ο σκοπός της φάσης αυτής ήταν να ελεγχθούν οι διάφορες πτυχές της διαδικασίας όπως για παράδειγμα τα χρονικά πλαίσια και ο αριθμός των συμμετεχόντων.

Η πιλοτική ομάδα συζήτησης διήρκεσε 90 λεπτά όπου αναπτύχθηκαν όλα τα προκαθορισμένα ερωτήματα επαρκώς ενώ επαληθεύτηκε η ορθότητα του πλήθους των

συμμετεχόντων. Παράλληλα, μου δόθηκε η ευκαιρία να βελτιώσω την διατύπωση των ερωτημάτων με πιο κατανοητό τρόπο όπου υπήρχαν ασάφειες. Ένα από τα σημαντικά προβλήματα που ανέδειξε η δοκιμαστική ομάδα ήταν ο έλεγχος της συζήτησης ώστε να μην μονοπωλείται από συγκεκριμένα άτομα και να χάνονται οι απόψεις των υπολοίπων (McLafferty, 2004). Προκειμένου να αποφευχθεί κάτι τέτοιο, αποφάσισα να ακολουθήσω την χαλαρή δομή της συζήτησης καθοδηγώντας την όμως εγώ, που ήταν ο αρχικός στόχος μου, αλλά να έχω περισσότερο έλεγχο σε τέτοια περιστατικά. Οι συζητήσεις πραγματοποιήθηκαν σε ουδέτερο περιβάλλον, διάρκειας 90 λεπτών σε κάθε ομάδα, από τον ελεύθερο χρόνο των συμμετεχόντων.

Επιπρόσθετα, ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που εγείρονται λόγο της φύσης της έρευνας μου είναι η διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και η προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Για τον λόγο αυτό, πριν από την διεξαγωγή των ομάδων εστίασης, ενημερώνονται οι συμμετέχοντες για την τήρηση της ανωνυμίας των απαντήσεων τους και διαβεβαιώνεται η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που παρέχουν. Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα που συλλέγονται και κρατούνται σε ασφαλές μέρος όπου πρόσβαση έχω μόνο εγώ, ενώ οι πληροφορίες δεν θα χρησιμοποιηθούν από τρίτους. Η ενημέρωση αυτή γίνεται με την χρήση σχετικού εγγράφου, όπως αυτό φαίνεται στο Παράρτημα Α, το οποίο αφού διαβάσουν, το υπογράφουν για να δηλώσουν την συγκατάθεση τους για συμμετοχή στην ομάδα και την έγκριση τους για ηχογράφιση της συζήτησης (Richard & Single, 1996).

Η συζήτηση κάθε ομάδας βασίστηκε σε μια χαλαρή δομή κατά την οποία στο κυρίως μέρος ακολουθήθηκε το προκαθορισμένο πλάνο ερωτήσεων με ελάχιστες διαφοροποιήσεις στην 1η και 4η ομάδα λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Στα πλαίσια της αρχικής «προθέρμανσης» αν και όλοι γνωρίζονταν μεταξύ τους και ήταν γνώστες του θέματος, πριν το κυρίως μέρος ήταν απαραίτητο να γίνουν οι τυπικές συστάσεις και να καθοριστεί η περιοχή συζήτησης (Blank). Έτσι οι συμμετέχοντες παρακινήθηκαν να μιλήσουν για το κυρίως θέμα στα πλαίσια γενικών ερωτημάτων και θεμάτων ενώ γίνονταν διευκρινήσεις όπου ήταν απαραίτητο (Bryman & Bell, 2007).

Για την ανάλυση των δεδομένων επιλέχθηκε η θεμελιωμένη θεωρία ως το πιο κατάλληλο εργαλείο. Σύμφωνα με τους Strauss και Corbin (Collis & Hussey, 2003), η θεμελιωμένη θεωρία έχει μια ερμηνευτική φύση που βοηθάει στην ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων.

2.8. Περιορισμοί

Μολονότι η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε και οργανώθηκε βάση της θεωρίας και τις αρχές της ποιοτικής έρευνας, εξακολουθεί να υπόκεινται σε κάποιους περιορισμούς. Το σημαντικότερο εμπόδιο ήταν τα στενά χρονικά περιθώρια για την διεξαγωγή της μελέτης, που οδηγεί σε ένα μικρό μέγεθος δείγματος. Παράλληλα η έρευνα έχει ορισμένα μοναδικά χαρακτηριστικά αφού διεξάγεται σε μια συγκεκριμένη χώρα. Αυτό εμπίπτει σε θέματα εξωτερικής εγκυρότητας, δηλαδή στο βαθμό κατά τον οποίο τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευθούν. Έτσι με ένα μικρό δείγμα που έχει μοναδικά χαρακτηριστικά, είναι δύσκολο να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα σε ένα ευρύτερο πληθυσμό. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτός ο περιορισμός, περιγράφονται με μεγάλη ανάλυση και λεπτομέρεια όλα τα στάδια της έρευνας για να μπορούν να επαναληφθούν σε παρόμοια μελέτη (Bryman & Bell, 2007).

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου ήταν να καταδείξει την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας. Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα κύρια αποτελέσματα που αναδείχθηκαν από την διεξαγωγή των ομάδων εστιαζόμενης συζήτησης. Με βάση το πλαίσιο ανάλυσης των δεδομένων της θεμελιωμένης θεωρίας της ποιοτικής έρευνας τα δεδομένα οργανώνονται σε πέντε μεγάλες θεματολογίες.

3. Παρουσίαση Δεδομένων

3.1. Εισαγωγή

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει τα κύρια ευρήματα που προέκυψαν από την διεξαγωγή των τεσσάρων ομάδων εστιασμένης συζήτησης που πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια της παρούσας έρευνας. Τα αποτελέσματα οργανώνονται σε πέντε θεματικές ενότητες όπως προέκυψαν από τις σημαντικότερες πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τις συζητήσεις των ομάδων. Οι ενότητες βασίζονται στους παράγοντες που επηρεάζουν τους νοσηλευτές στο περιβάλλον εργασίας τους και είναι οι εξής:

1. Φυσικοί Παράγοντες
2. Χημικοί Παράγοντες
3. Βιολογικοί Παράγοντες
4. Οργανωτικοί Παράγοντες
5. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

3.2. Αποτελέσματα

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν βάση της θεμελιώδης θεωρίας (Collins & Hussey, 2003). Μέσα από μια επαναληπτική διαδικασία τα δεδομένα ομαδοποιούνται βάση των κοινών στοιχείων τους, ενώ βάση της ερμηνείας που τους προσδίδεται δημιουργούνται οι πέντε θεματικές ενότητες.

Στα πλαίσια της προκαταρκτικής συζήτησης οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αναφέρουν τα χρόνια υπηρεσίας τους, σε ποια τμήματα του νοσοκομείου έχουν δουλέψει και πια από αυτά θεωρούν πιο ασφαλή για την υγεία τους. Πλήθος τμημάτων αναφέρθηκε κυρίως από τους μεγαλύτερους σε ηλικία συμμετέχοντες, μεταξύ των οποίων το χειρουργικό, το καρδιολογικό εργαστήριο και ο θάλαμος αποσυμπίεσης χαρακτηρίστηκαν ως τα πιο ασφαλή. Το κριτήριο με το οποίο επέλεξαν όλες οι ομάδες τα πιο πάνω τμήματα ήταν ο έλεγχος που έχουν σε αυτά. Συγκεκριμένα δήλωσαν να νιώθουν πιο ασφαλής σε τμήματα και θέσεις όπου έχουν οι ίδιοι τον έλεγχο των πράξεων τους, γιατί έτσι είναι σίγουροι ότι δεν θα κινδυνέψουν από λάθη τρίτων.

Το υπόλοιπο του κεφαλαίου διαχωρίζεται στα πέντε κύρια θέματα, καθένα από τα οποία παρουσιάζει για κάθε ομάδα τις πληροφορίες που εντοπίστηκαν ως οι πιο σημαντικές.

3.2.1. Φυσικοί παράγοντες

Σχετικά με τους φυσικούς παράγοντες η ποιότητα του αέρα, ο θόρυβος και η ακτινοβολία φαίνονται να είναι εξαιρετικής σημασίας για τους νοσηλευτές σε αντίθεση με την θερμοκρασία και την υγρασία οι οποίες σχεδόν αγνοήθηκαν από όλες τις ομάδες. Παρόλα αυτά είναι σημαντική η αντίθεση που παρατηρήθηκε από τις αναφορές της 4^{ης} ομάδας σχετικά με τις αλλαγές της θερμοκρασίας και του θορύβου στους χώρους των νοσοκομείων κατά την διάρκεια των 40 περίπου χρόνων υπηρεσίας τους.

- 1^η Ομάδα 21-30

Η 1η ομάδα δεν έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην θερμοκρασία και την υγρασία στο χώρο του νοσοκομείου. Μάλιστα 2 γυναίκες συμμετέχουσες φαίνεται να εντυπωσιάστηκαν από την ερώτηση μου για το συγκεκριμένο θέμα ζητώντας μου περισσότερες διευκρινήσεις.

«Θερμοκρασία; Δεν έχω προσέξει τι θερμοκρασία έχει στο νοσοκομείο, αλλά δεν θυμάμαι να έχω κρυώσει ή να έχω ζεσταθεί ποτέ.»

(Γυναίκα, 23)

Αντίθετα όταν ρωτήθηκαν για την ποιότητα του αέρα και τις μυρωδιές στο χώρο εργασίας τους, οι αντιδράσεις και οι εκφράσεις τους ήταν έντονες, εκφράζοντας την δυσαρέσκεια και τον αποτροπιασμό τους.

«[...] είναι αδύνατο να την αγνοήσεις, είναι τόσο έντονη. Θυμάμαι την πρώτη μέρα που μπήκα στο νοσοκομείο ως νοσηλεύτρια πλέον [...] ένιωσα αδιαθεσία και αναγούλα από την έντονη μυρωδιά της αρρώστιας»

(Γυναίκα, 25)

Η πιο νεαρή της ομάδας πρόσθεσε.

«Εγώ ακόμη απορώ πως θα το συνηθίσω, ή αν θα το συνηθίσω ποτέ [...] Ήξερα ως επισκέπτης στα νοσοκομεία ότι έχει μια χαρακτηριστική μυρωδιά στο χώρο, αλλά το να εργάζεσαι με αυτή την μυρωδιά είναι διαφορετικό»

(Γυναίκα, 23)

Σχετικά με το θόρυβο, η πρώτη ομάδα ανέδειξε το επισκεπτήριο αλλά και τους νοσηλευτές ως τις κύριες πηγές ηχορύπανσης, γεγονός που δήλωσαν να διαταράσσει τις δραστηριότητες τους και την ψυχική τους υγεία.

«Οι ασθενείς τσακώνονται μεταξύ τους στις ουρές των γιατρών ή στις πρώτες βοήθειες, το επισκεπτήριο δεν τηρείται ενώ οι νοσηλευτές μιλάμε μεγαλόφωνα από εκνευρισμό στην προσπάθεια μας να συνεννοηθούμε και να επικοινωνήσουμε πάνω από την φασαρία που επικρατεί [...] στις νυχτερινές βάρδιες όπου η δουλειά είναι λίγη πολλοί νοσηλευτές βρίσκουν ευκαιρία να συζητήσουν. Ξεχνώντας ότι είναι σε νοσοκομείο μιλούν μεγαλόφωνα, ενώ δεν ανταποκρίνονται στις παρατηρήσεις των συναδέλφων τους ή τα παράπονα των ασθενών»

(Γυναίκα, 28)

«Κάνουμε παρατηρήσεις και υποδείξεις στους ασθενείς και τους συγγενείς τους που όμως δεν μας λαμβάνουν υπόψη. Μας υποτιμούν, μας βλέπουν ως απλούς καθαριστές που δεν είναι πτυχιούχοι και η διοίκηση δεν παίρνει μέτρα να τηρείται το επισκεπτήριο, δεν μας βοηθά.»

(Αντρας, 25)

Άξια αναφοράς ήταν η παρατήρηση που έκανε ένα μέλος της ομάδας στις πιο πάνω δηλώσεις, δείχνοντας ότι οι νοσηλευτές έχουν προβληματιστεί αρκετά με το θέμα του θορύβου ώστε να προτείνουν πιθανές λύσεις.

«όπως υπάρχει αστυνομικός στις πρώτες βοήθειες να υπάρχει και στα άλλα τμήματα ή να κλειδώνονταν οι πόρτες με κωδικό ασφαλείας, όπως στην εντατική. Εκεί μπορείς να δουλέψεις επαγγελματικά και σωστά.»

(Γυναίκα, 27)

Τέλος σχετικά με την ακτινοβολία δήλωσαν ότι δεν νιώθουν ασφαλείς με τα υπάρχουσα μέτρα ασφαλείας. Παρά τα λίγα χρόνια υπηρεσίας τους ανέφεραν κρούσματα θυρεοειδή σε συναδέλφους τους.

«Γνώριζα πως κινδυνεύεις μόνο όταν εκτίθεσαι στην ακτινοβολία για χρόνια και χωρίς να προστατεύεσαι. Αλλά πώς να νιώσεις ασφαλής με

*όσα βλέπεις; Χθες πάλι έμαθα για συνάδελφο ότι εμφάνισε καρκίνο
θυρεοειδούς, μετά από μόνο 8 χρόνια εργασίας του στην εντατική»
(Γυναίκα, 28)*

- 2^η Ομάδα 31-40

Όπως και στην πρώτη ομάδα η υγρασία αποδείχτηκε να έχει ελάχιστη επίδραση στην δουλειά των νοσηλευτών, ενώ η θερμοκρασία χαρακτηρίστηκε με θετικά σχόλια από όλα τα μέλη της ομάδας.

*«Ένα από τα λίγα καλά της δουλειάς μας είναι η θερμοκρασία. Το καλοκαίρι έχουμε κλιματισμό ενώ το χειμώνα θέρμανση, δεν μας επηρεάζει στην δουλειά μας παρά μόνο θετικά»
(Γυναίκα, 40)*

Όταν η συζήτηση επικεντρώθηκε στο θέμα της ποιότητας του αέρα και του εξαιρισμού οι συμμετέχοντες αντέδρασαν με εκνευρισμό και ειρωνεία προς τους ανώτερου, κυρίως όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος.

*«η μόνη λύση που μας προσφέρουν είναι οι μάσκες που όμως δεν βοηθούν, δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα! Προσωπικά με περιορίζουν στις κινήσεις μου και έτσι δεν τις χρησιμοποιώ»
(Γυναίκα, 36)*

*«σε κάποια τμήματα ο εξαιρισμός είναι χαλασμένος για μήνες [...] το αναφέραμε στους υπεύθυνους και η απάντηση τους ήταν αφοπλιστική.
'Δεν υπάρχουν κονδύλια, συνηθίστε το!」»
(Γυναίκα, 38)*

Ο θόρυβος χαρακτηρίστηκε και σε αυτή την ομάδα ως επιβλαβής για την ψυχική κυρίως υγεία τους αλλά και ανασταλτικός παράγοντας στην ποιότητα εργασία τους.

«είναι δύσκολο να μην επηρεαστείς από την φασαρία. Ειδικά σε ώρες αιχμής μου προκαλεί φοβερό πονοκέφαλο και εκνευρισμό. Συχνά ξεχνάω την επόμενη μου κίνηση από τη φασαρία, με αποσυντονίζει.»

(Αντρας, 36)

« [...] θυμάμαι ένα παλιό περιστατικό που λόγο του εκνευρισμού και του άγχους μου από την φασαρία στο παιδιατρικό τμήμα, έκανα λάθος επιλογή φαρμάκων το οποίο ευτυχώς διαπίστωσα έγκαιρα. Τώρα είμαι πολύ προσεχτική.»

(Γυναίκα, 38)

Πρόσθεσαν επίσης την διαμόρφωση του χώρου ως ένα από τους παράγοντες ενισχύουν την ηχορύπανση.

«η διαμόρφωση του νοσοκομείου δεν βοηθά την διατήρηση της ησυχίας [...] οι χώροι διαχωρίζονται με γυαλί, έτσι δεν υπάρχει ηχομόνωση. Επίσης οι πολλές έξοδοι δίνουν εύκολη πρόσβαση στους συγγενείς να εισέλθουν στο χώρο σε ώρες που απαγορεύεται. Ενώ λόγο έλλειψης χώρου τοποθετούνται πολλοί ασθενείς μέσα σε ένα μικρό δωμάτιο, οποιαδήποτε κίνηση ή ομιλία δημιουργεί θόρυβο»

(Αντρας, 36)

Οι επιπτώσεις της έκθεσης σε ακτινοβολία φαίνεται να ανησυχεί ιδιαίτερα τα μέλη αυτής της ομάδας.

«Δεν έχω παρουσιάσει σχετικό πρόβλημα υγείας, επειδή δεν είμαι πολύ καιρό εκτεθειμένος αλλά μετά από χρόνια είμαι σίγουρος πως θα μου δημιουργήσει»

(Αντρας, 33)

«Με τις ειδικές στολές, τα χέρια και το πρόσωπο μένουν εκτεθειμένα. Το πιο κατάλληλο μέτρο προστασίας είναι η απόσταση αλλά δεν εφαρμόζεται. Ακόμη και οι νοσηλευτές σε διπλανούς θαλάμους από αυτόν που εμπεριέχουν ακτινοβολία κινδυνεύουν, η ακτινοβολία δεν περιορίζεται»

(Αντρας, 36)

- 3^η Ομάδα 41-50

Ομόφωνα η τρίτη ομάδα υποστήριξε την θετική επίδραση της θερμοκρασίας ενώ εξέφρασαν την δυσαρέσκεια τους για τον αέρα στο εσωτερικό μικροκλίμα του νοσοκομείου. Εντούτοις φαίνεται να αποδέχονται τα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω των συνθηκών αυτών, παρουσιάζονται δηλαδή πιο ανεκτικοί συγκριτικά με την 1η και 2η ομάδα. Παρατήρησα στα πρόσωπα τους μια έκφραση παραίτησης, σαν να προσπάθησαν αρκετά στα χρόνια υπηρεσίας τους να αλλάξουν κάτι χωρίς αποτέλεσμα.

*«Ποιος δεν το έχει προσέξει; Είναι η χαρακτηριστική αυτή μυρωδιά..
μια μίξη οινόπνεύματος, με φάρμακα και μυρωδιές από σώματα. Πλέον
μου είναι ανατριχιαστικά οικεία»*

(Άντρας, 48)

*« [...] στο δωμάτιο όπου μπαίνουν τα λερωμένα ρούχα, δεν υπάρχει
εξαερισμός ή αν υπήρχε κάποτε πλέον είναι χαλασμένος. Κανένας δεν το
επιδιόρθωσε και είμαστε αναγκασμένοι να μπαίνουμε»*

(Γυναίκα, 45)

*«Έχουμε προσπαθήσει πολύ, κανένας δεν μας λαμβάνει υπόψη. Ούτε οι
μάσκες βοηθούν, ούτε οι ανώτεροι [...] Ανοίγουμε πόρτες και παράθυρα
όπου είναι δυνατόν, για να αναπνεύσουμε καθαρό αέρα»*

(Γυναίκα, 42)

Οι απόψεις της παρούσας ομάδας σχετικά με τον θόρυβο βρίσκει σύμφωνους τους νοσηλευτές των άλλων ηλικιακών ομάδων. Αναφέρουν ως κύριες επιπτώσεις τους συχνούς πονοκεφάλους, τον εκνευρισμό και την ψυχική εξάντληση ενώ ένας από αυτούς δηλώνει να έχει βαρηκοΐα από τα μηχανήματα.

*«εργάζομαι στον θάλαμο αποσυμπίεσης και απέκτησα βαρηκοΐα. Τα
μηχανήματα δημιουργούν πολύ θόρυβο και πρέπει να είμαι συνέχεια
παρών στον θάλαμο ενώ τα μηχανήματα δεν μπορούν να
απενεργοποιηθούν. Παράλληλα αναγκαζόμαστε να μιλάμε δυνατά
δημιουργώντας περισσότερη φασαρία. [...] πολλές φορές ακούω
θόρυβος στα αυτιά μου για ώρες μετά τη δουλειά.»*

(Αντρας, 43)

Όσον αφορά την φασαρία από τους νοσηλευτές αντίθετα με τις άλλες ομάδες, μία γυναίκα υποστήριξε ότι είναι δικαιολογημένοι.

«Τι άλλο να κάνεις; 12 ώρες δεν μπορείς να κοιμηθείς και η δουλειά είναι λίγη, δεν ενοχλείς κανένα όταν συζητάς. [...] Για παράδειγμα σε εισαγωγή αργά το βράδυ αναγκαστικά αναστατώνεται όλο το δωμάτιο.»

(Γυναίκα, 46)

Σχετικά με την ακτινοβολία, τα μέλη ανέφεραν αρκετά κρούσματα θυρεοειδή σε συναδέλφους τους και εξέφρασαν την αγανάκτηση τους για τα ελλιπή μέτρα που λαμβάνονται.

«Στα χειρουργεία οι νοσηλεύτριες παρουσιάζουν συχνά πρόβλημα με τον θυρεοειδή τους. Στην Λευκωσία αναφέρθηκαν τρία κρούσματα καρκίνου του δέρματος τα τελευταία δύο χρόνια»

(Γυναίκα, 45)

«Πολλές φορές οι στολές δεν ήταν αρκετές για όλους τους νοσηλευτές έτσι ώστε να έχουν τουλάχιστο την ευκαιρία να προστατευθούν.»

(Αντρας, 43)

- 4^η Ομάδα 51-60+

Η 4^η ομάδα ανέδειξε μια άλλη πτυχή για την θερμοκρασία, τον αέρα και τον θόρυβο συνδέοντας τες με τις συνθήκες της εκάστοτε εποχής. Και τα τρία μέλη συγκρίνοντας το παρόν με το παρελθόν, διατήρησαν μια θετική στάση προς το σημερινό εσωτερικό μικροκλίμα.

«Περάσαμε πολύ δύσκολες μέρες. Δεν υπήρχε θέρμανση ή κλιματισμός. Το χειμώνα κρυώναμε, δουλεύαμε με μπουφάν και ζακέτες γεγονός που περιορίζει τις κινήσεις μας. Πολλές φορές το κρύο ή η έντονη ζέση που επικρατούσε ένιωθα να με εξαντλεί περισσότερο από ότι τα καθήκοντα

μου. Αντίθετα όταν μετακινηθήκαμε σε νέα νοσοκομεία αυτό άλλαξε προς το καλύτερο »

(Γυναίκα, 62)

Με ίδια διάθεση συζητήθηκε και το θέμα του αέρα και του εξαερισμού.

« [...] τα κτήρια ήταν παλιά, δεν είναι όπως σήμερα που υπάρχει εξαερισμός. Πάντα την δουλειά μας συνόδευαν οι άσχημες μυρωδιές, μέχρι που τη συνηθίσαμε. »

(Γυναίκα, 60)

Ενδιαφέρον ήταν ο χαρακτηρισμός της τρίτης νοσηλεύτριας που ακούγοντας τις δηλώσεις των άλλων είπε γελώντας:

«Πάντα λέω στους πιο νεαρούς ότι σήμερα είναι παράδεισος για αυτό να μην παραπονιούνται»

(Γυναίκα, 56)

Σχετικά με το θόρυβο αν και αναγνωρίζουν την φασαρία που προκαλούν οι νοσηλευτές, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους δηλώνουν ότι δεν τους επηρεάζει στη δουλειά ή την υγεία τους παρά μόνο θόρυβοι από κατασκευαστικά έργα που γίνονται εντός του νοσοκομείου.

«Σήμερα υπάρχει πολύ περισσότερη φασαρία. Παλιά δεν είχαμε τόσους ασθενείς και τηρούσαν το επισκεπτήριο. Ο κόσμος σεβόταν τις παρατηρήσεις μας. [...] κάνουμε παρατηρήσεις στους νεαρότερους που συζητούν μεγαλόφωνα και για πολύ λίγο επικρατεί η ησυχία, μετά αρχίζουν ξανά.»

(Γυναίκα, 60)

«Όχι δεν βλέπω το λόγο να με επηρεάσει στη δουλειά μου η φασαρία, έχουμε ευθύνη ως νοσηλευτές προς τους ασθενείς [...] Ο πονοκέφαλος και ο εκνευρισμός μου από έντονους και δυνατούς θορύβους είναι εμφανής μόνο όταν γίνονται έργα εντός του νοσοκομείου»

(Γυναίκα, 62)

Τέλος ενδιαφέρουσα ήταν η έκφραση απογοήτευσης σε ερώτηση μου σχετικά με την ακτινοβολία και την ελλιπή ενημέρωση σχετικά με τα μέτρα προστασίας και τις επιπτώσεις στην υγεία τους.

«Μας έχουν ξεγελάσει με την ακτινοβολία. Παλιά μπαίναμε με τα μικρά παιδιά στο ακτινολογικό πολλές φορές την ημέρα. Κανένας δεν μας προειδοποίησε ότι ήταν βλαβερό.»

(Γυναίκα, 62)

«Πρέπει να γίνετε έλεγχος της ακτινοβολίας στον οργανισμό όμως ποτέ δεν κάναμε εξετάσεις. [...] μας έχουν πει ότι αν περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να εκτεθείς σε ακτινοβολία, τότε απαλλάσσεσαι από αυτήν και δεν μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας»

(Γυναίκα, 60)

Ενώ η τελευταία αποκρίθηκε σε αυτή της την δήλωση με αγανάκτηση:

«Λόγια! Όπως σε πολλές περιπτώσεις τόσα χρόνια σε θέματα προστασίας μας στο νοσοκομείο, εφαρμόζεται και εδώ η φράση: 'Ισχύει μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο'.»

(Γυναίκα, 56)

3.2.2. Χημικοί παράγοντες

Οι δυνητικοί κίνδυνοι για την υγεία που ενέχει η λανθασμένη χρήση χημικών ουσιών, βρέθηκαν να προβληματίζουν όλους τους συμμετέχοντες. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όλοι εκτός της 4^{ης} ομάδας ανέφεραν πολλά ατυχήματα κατά την χρήση χημικών ουσιών. Η συζήτηση έδειξε επίσης ότι οι παράγοντες που μελετούνται δεν είναι ανεξάρτητοι αλλά οι φυσικοί, εργονομικοί και οργανωτικοί παράγοντες συνδέονται και αλληλεπιδρούν άμεσα. Ακολουθούν αποσπάσματα από τις σχετικές συζητήσεις.

- 1^η Ομάδα 21-30

Οι αναφορές της πρώτης ομάδας για ατυχήματα συνδέθηκαν με τον θόρυβο, τις βάρδιες και την οργάνωση του χώρου.

«Διέλυα φάρμακα [...] οι κινήσεις μου ήταν βιαστικές γιατί έπρεπε για πολλοστή φορά να ζητήσω από την οικογένεια του ασθενή να αποχωρήσει αφού το επισκεπτήριο είχε τελειώσει πριν μια ώρα. Τότε πετάχτηκε το υγρό στο πρόσωπο μου, προκαλώντας μου έντονο κάψιμο στα μάτια, ευτυχώς το ξέπλυνα αμέσως και δεν προκάλεσε περισσότερη ζημιά»

(Γυναίκα, 28)

«Για μήνες ένας κύλινδρος οξυγόνου βρισκόταν χωρίς λόγο στον διάδρομο. Χωρίς την προβλεπόμενη ειδική βάση και χωρίς ειδικές ενδείξεις ή προειδοποιητικά. Οι ανώτεροι παρά τα παράπονα μας, δεν λάμβαναν μέτρα ώσπου μια μέρα ο κύλινδρος έπεσε προκαλώντας έκρηξη. Ευτυχώς δεν είχε κόσμο κοντά και ούτε κάποιον να καπνίζει, κάτι που ναι μεν απαγορεύετε αλλά δεν τηρείται από τους επισκέπτες, που αγνοούν τις παρατηρήσεις μας και τις απαγορευτικές ενδείξεις.»

(Αντρας, 25)

«Όταν είσαι σε βραδινή βάρδια το προσωπικό είναι λίγο και οι ασθενείς πολλοί. Λίγο η κούραση, λίγο η νύστα και η βιασύνη να τα προλάβεις όλα... δεν έκλεισα καλά το μπουκάλι και έπεσε όλο στην ποδιά μου.»

(Γυναίκα, 27)

- 2^η Ομάδα 31-40

Τα μέλη της 2^{ης} ομάδας έκαναν μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση, αφού εστίασαν περισσότερο στην αδιαφορία των ανωτέρων τους. Κάτι που φαίνεται και σ την περιγραφή του περιστατικού με τον κύλινδρο στην προηγούμενη ομάδα.

«διέλυα φάρμακα χημειοθεραπείας μέσα στον κλίβανο, όπως ορίζουν οι κανονισμοί [...] το μπουκαλάκι δεν ήταν καλά κλειστό και προκάλεσε έκρηξη, από την πίεση έσπασε ο κλίβανος με αποτέλεσμα όλο το υγρό να βρεθεί πάνω μου. Η ουσία ήταν καυστική. Το εντυπωσιακό είναι ότι απλά με έστειλαν σπίτι να κάνω μπάνιο. Χωρίς να δείξουν το ελάχιστο ενδιαφέρον να βοηθήσουν»

(Γυναίκα, 36)

«Πολλές φορές στο χειρουργικό, οι ουρολόγοι διαλύουν κυτταροστατικά φάρμακα στον πάγκο χωρίς προστασία και με αρκετό κόσμο γύρω τους. Είμαστε συχνά εκτεθειμένοι σε κίνδυνο χωρίς πολλές φορές να το γνωρίζουμε»

(Αντρας, 36)

Αναφορές έγιναν και σε αυτή την ενότητα για την λανθασμένη διαμόρφωση του χώρου και τις ελλείψεις σε τμήματα και εξοπλισμό.

«δεν έχουμε ογκολογικό τμήμα, ούτε ειδικά διαμορφωμένους χώρους ούτε κουβούκλιο και ειδικό εξοπλισμό για να διαλύσουμε τα φάρμακα, έτσι τα διαλύουμε όπου βρούμε χώρο [...] γάντια, μάσκες, ποδιές και ειδικά προστατευτικά πολλές φορές δεν χρησιμοποιούνται λόγω έλλειψης ή λόγω βιασύνης»

(Αντρας, 33)

- 3^η Ομάδα 41-50

Η τρίτη ομάδα συμφώνησε με την αδιαφορία των υπευθύνων ενώ παράλληλα αρκετά παραδείγματα ατυχημάτων αναφέρθηκαν. Παρόλα αυτά επέριψαν ευθύνες και στους νοσηλευτές για αδιαφορία στα μέτρα προστασίας.

«όλα τα φάρμακα και τα μπουκάλια αναγράφουν τα περιεχόμενα τους ενώ έρχονται και ειδικά έντυπα ασφαλείας τα οποία σπάνια διαβάζουμε πριν την χρήση τους επειδή νομίζουμε ότι τα γνωρίζουμε»

(Αντρας, 43)

«διάβασα την περιγραφή στο μπουκαλάκι για να βρω πώς να αντιμετωπίσω την μόλυνση που έπαθα από αντιβίωση αφού είχε πέσει στο δέρμα μου και δεν γνώριζα ότι είμαι αλλεργικός. Προσπαθώ από τότε να προσέχω αλλά σπάνια το τηρώ λόγω χρόνου»

(Αντρας, 48)

- 4^η Ομάδα 51-60+

Στη συζήτηση με την τελευταία ομάδα δεν έγιναν καθόλου αναφορές σε σχετικά ατυχήματα, ενώ μόνο ένα μέλος δήλωσε να έχει σχετικό πρόβλημα υγείας. Μάλιστα από τις εκφράσεις τους φάνηκαν να θεωρούν παράξενη την ερώτηση μου.

«ο γιατρός μου έχει πει ότι έχω πολλές κίστες στο πρόσωπο και ίσως ο κύριος λόγος να είναι τα φάρμακα που διαλύουμε... δεν το θεώρησα λογικό»

(Γυναίκα, 56)

Το ενδιαφέρον βρίσκεται στο γεγονός ότι ενώ δεν έκαναν αναφορές σε ατυχήματα δήλωσαν πως δεν χρησιμοποιούσαν τα κατάλληλα προστατευτικά.

«δεν είχαμε γάντια μιας χρήσης, στολές ή ειδικούς χώρους ούτε υπήρχαν σχετικές οδηγίες. Μόνο όταν μετακινηθήκαμε στο καινούργιο νοσοκομείο αρχίσαμε να χρησιμοποιούμε όχι από φόβο αλλά επειδή έπρεπε.»

(Γυναίκα, 62)

3.2.3. Βιολογικοί παράγοντες

Τα μικρόβια και οι σοβαρές μολυσματικές ασθένειες δεν φαίνεται να ανησυχούν τους συμμετέχοντες νοσηλευτές, που δήλωσαν να λαμβάνουν τροφή και νερό σε χώρους του νοσοκομείου που δεν είναι απαλλαγμένοι από μικρόβια. Επιπλέον κάποιοι δήλωσαν ότι ήρθαν αρκετές φορές αντιμέτωποι με τις συνέπειες τους λόγω ατυχημάτων ενώ στο ίδιο κλίμα με την προηγούμενη ενότητα τα ατυχήματα συνδέθηκαν με παράγοντες όπως ο θόρυβος, η αμέλεια των υπευθύνων και ο εξοπλισμός. Επισημαίνεται ότι έγιναν πολλές αναφορές προσωπικές αλλά και για τρίτους που προσβλήθηκαν από σχετικούς ιούς, εδώ αναφέρονται μόνο μερικές για λόγους συντομίας.

- 1^η Ομάδα 21-30

Στην πρώτη ομάδα δεν έγιναν αναφορές σε προσωπικά ατυχήματα. Παρόλα αυτά δήλωσαν να θεωρούν αναμενόμενα τα ατυχήματα με βελόνες ή αιχμηρά αντικείμενα. Μάλιστα

ενδιαφέρον παρουσιάζει η δήλωση της νεαρότερης συμμετέχουσας που αν και έχει λίγα χρόνια υπηρεσίας δήλωσε:

«Πιστεύω πως δεν υπάρχει κανένας νοσηλευτής που ασχολείται με τις βελόνες και δεν έχει τρυπηθεί ή δεν θα τρυπηθεί στο μέλλον λόγω ταχύτητας»

(Γυναίκα, 23)

Σε ερώτηση μου σχετικά με τους λόγους των ατυχημάτων μίλησαν για πίεση και απροσεξία από τν φόρτο εργασίας.

«Πάντα προστατευόμαστε, αλλά ατυχήματα γίνονται λόγω έλλειψης προσωπικού και επειδή η δουλειά αυξήθηκε πολύ λόγω κρίσης -ο κόσμος τριπλασιάστηκε ενώ το προσωπικό μειώθηκε-»

(Αντρας, 25)

Αν και θεωρούν λογική την ύπαρξη ατυχήματος όλοι συμφώνησαν πως δεν ανησυχούν για την υγεία τους.

«Έχουμε γνώσεις, γιατί να φοβόμαστε;. Πχ αν τρυπηθώ με βελόνα ασθενή που έχει AIDS η πιθανότητα να μολυνθώ είναι μικρή [...] σε ασθένεια που μεταδίδετε με τα πτύελα απλά θα προστατευτώ με μάσκα δεν θα καλυφθώ ολόκληρη.»

(Γυναίκα, 25)

- 2^η Ομάδα 31-40

Η δεύτερη ομάδα συμφώνησε με την πρώτη σχετικά με τους λόγους που προκαλούν τα ατυχήματα ενώ δεν φάνηκε ανήσυχη σχετικά με τους κινδύνους από την επαφή με ασθενείς που φέρουν σοβαρές ασθένειες. Μάλιστα αναφέρθηκαν και στις πιθανές επιπτώσεις στους ασθενείς που θα είχε μια λανθασμένη συμπεριφορά τους.

«Τους αντιμετωπίζουμε ως απλούς ασθενείς, αλλιώς θα επηρεάζαμε την ψυχολογία τους, παράγοντα κρίσιμο για την υγεία τους»

(Γυναίκα, 40)

Αντίθετα με την πρώτη ομάδα έφεραν στο προσκήνιο ένα σημαντικό θέμα σχετικά με τα μέσα που χρησιμοποιούνται για προστασία.

«δεν μπορώ να κάνω κάποιες δουλειές με τα γάντια π.χ να βάλω φλεβοκαθετήρα. Τα γάντια δεν βοηθούν γιατί δεν είναι κατάλληλα δηλαδή λεπτά, σκληρά, εφαρμοστά και στο σωστό μέγεθος. Προτιμώ να εκθέσω τον εαυτό μου σε κίνδυνο αλλά να κάνω σωστά τη δουλειά μου και να μην τρυπήσω τον ασθενή πολλές φορές»

(Αντρας, 33)

Σχετικά με την καθαριότητα στο χώρο εργασίας η ακόλουθη δήλωση αντιπροσωπεύει την γνώμη και τη συνήθεια των τριών πρώτων ομάδων.

«Έχει βελτιωθεί αρκετά το θέμα αποστείρωσης. Τώρα έχουν φέρει και το ειδικό μηχάνημα αποστείρωσης που απαλλάσσει το χώρο από ανθεκτικά μικρόβια [...] πίνουμε τον καφέ μας ή τρώμε στο δωμάτιο των νοσηλευτών, απλά προσέχουμε. Δεν είναι απαλλαγμένος από μικρόβια, είναι πολύ το προσωπικό ενώ μπαίνουν στο χώρο και ασθενείς όταν μας ψάχνουν. Επίσης μπαίνουμε στο χώρο με τα ίδια ρούχα και παπούτσια που κινούμαστε στο υπόλοιπο νοσοκομείο, άρα μεταφέρουμε τα μικρόβια»

(Γυναίκα, 36)

- 3^η Ομάδα 41-50

Η τρίτη ομάδα επικεντρώθηκε στις λανθασμένες ενέργειες των υπεύθυνων σχετικά με τα μέτρα προστασίας που τους προσφέρουν και την κωλυσιεργία τους στην αντιμετώπιση ατυχημάτων.

«Στην προσπάθεια μου να της πάρω αίμα η ασθενής μετακινήθηκε και τρυπήθηκα με την ίδια βελόνα. Φοβήθηκα γιατί ήταν από μια χώρα που έχουν πολλά κρούσματα ηπατίτιδας και AIDS και έστειλα ο ίδιος αίμα για έλεγχο. Ευτυχώς δεν είχε κάτι, αλλά οι ώρες μέχρι να μου απαντήσουν ήταν εφιαλτικές»

(Αντρας, 48)

«Υπάρχει υπεύθυνη των λοιμώξεων την οποία πρέπει να ενημερώσεις αμέσως και να κάνει όλες τις απαραίτητες ενέργειες, αλλά καθυστερούν και από φόβο κάνουμε μόνοι όλες τις ενέργειες.»

(Γυναίκα, 42)

Μάλιστα ένα μέλος φανερά αγανακτισμένο μίλησε για αδιαφορία των υπευθύνων να εξοπλίσουν τους θαλάμους με κατάλληλα για κάθε περίπτωση προστατευτικά ή να ενημερώσουν για νέο εξοπλισμό. συμφώνησαν όλοι με την δήλωση του.

«Υπάρχουν πολλά μέτρα για να γίνει η δουλειά μας πιο εύκολη και πιο ασφαλή. Οι ανώτεροι δεν ενημερώνονται, δεν παραγγέλνουν νέο εξειδικευμένο εξοπλισμό ή δεν γνωρίζουν τι υπάρχει στις αποθήκες και δεν ενημερώνουν ούτε εμάς. Στο εξωτερικό υπάρχουν ειδικά συστήματα αποθήκης και ενημέρωσης... αυτά δεν θα συμβούν ποτέ στα δικά μας νοσοκομεία »

(Αντρας, 43)

- 4^η Ομάδα 51-60+

Η τέταρτη ομάδα όπως και στις άλλες ενότητες σύγκρινε το παρόν με το παρελθόν, αναδεικνύοντας για ακόμη μια φορά τις καλύτερες συνθήκες που υπάρχουν σήμερα.

«έχω μολυνθεί από τον ιό της ηπατίτιδας στα πρώτα χρόνια εργασίας μου, όταν τρυπήθηκα με βελόνα. Δεν είχαμε προστατευτικά ενώ οι σύριγγες και οι βελόνες δεν ήταν μιας χρήσης τις αποστειρώναμε όπως και τα γάντια»

(Γυναίκα, 62)

Χαρακτηριστική είναι η δήλωση μιας συμμετέχουσας που παρουσίασε την άγνοια ως τον λόγο που δεν ανησυχούσαν για την υγεία τους.

«Λόγο άγνοιας δεν φοβόμασταν. Ούτε τώρα όμως φοβάμαι αν και θα προτιμούσα να ήξερα τότε. Μας προστάτευε ο Θεός φαίνεται»

(Γυναίκα, 56)

3.2.4. Οργανωτικοί παράγοντες

Το θέμα της οργάνωσης θίχτηκε ήδη μέσα από όλες τις προηγούμενες ενότητες, αφού συχνά οι νοσηλεύτες καταλόγισαν στην διοίκηση την ευθύνη για διάφορα προβλήματα. Έτσι όταν ρωτήθηκαν για την στελέχωση, την διοίκηση, την κατανομή εργασίας, τον εξοπλισμό και την εργονομία είχαν πολλά παράπονα και προσωπικά περιστατικά να αναφέρουν. Οι συζητήσεις πραγματοποιήθηκαν σε τεταμένο κλίμα, με έντονους διαλόγους και αρκετές φορές με καυστικά σχόλια και αρκετή δόση ειρωνείας. Οι νυχτερινές βάρδιες φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά όλους τους συμμετέχοντες που δήλωσαν να παρουσιάζουν προβλήματα τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά.

- 1η Ομάδα 21-30

Η 1η ομάδα υποστήριξε ότι δεν έχουν οικειότητα με την διοίκηση έτσι ώστε να συζητήσουν για τα προβλήματα τους ενώ δεν λαμβάνονται υπόψη στη λήψη μέτρων που τους αφορούν, κάτι στο οποίο συμφώνησαν όλες οι ομάδες. Η 28χρονη συμμετέχουσα υψώνοντας την φωνή της και με εκνευρισμό δήλωσε:

«Ποτέ η διοίκηση δεν ζητά τη γνώμη μας!! Συζητάει με τον υπεύθυνο τμήματος. Μα δεν γνωρίζει τη δουλειά και τα προβλήματα όπως εμείς!! Δεν νιώθουμε άνετα να τους πούμε κάποιο πρόβλημα»

(Γυναίκα, 28)

Σχετικά με τις νυχτερινές βάρδιες, ομόφωνα τα μέλη τις χαρακτήρισαν ως ψυχοφθόρες ενώ ανέφεραν προβλήματα στην υγεία τους και δυσκολίες στην κοινωνική τους ζωή.

«Ακόμη μπερδεύω τις ώρες και τις μέρες. Χάνεις πολλά πράγματα από τη ζωή σου κυρίως πρωινές υποχρεώσεις. [...] όλη μέρα έχω πονοκεφάλους και κακή διάθεση.»

(Γυναίκα, 27)

«Η ξεκούραση του πρωινού ύπνου δεν είναι η ίδια με του βραδινού. Δεν συνηθίζεις ποτέ.»

(Γυναίκα, 25)

Αναφορές για μυοσκελετικά προβλήματα, έγιναν μόνο από την μεγαλύτερη συμμετέχουσα της ομάδας. Τα υπόλοιπα μέλη επικεντρώθηκαν στις ελλείψεις του εξοπλισμού.

«Στο θάλαμο από τα 24 κρεβάτια μόνο τα 6 είναι νέα τεχνολογία και μπορούν ηλεκτρονικά να σηκωθούν. [...] υπάρχουν μηχανήματα που βοηθούν αλλά δεν έχουμε στα νοσοκομεία μας.»

(Γυναίκα, 23)

«Οι άντρες αποκτούν πιο δύσκολα σωματικά προβλήματα υγείας αλλά με τα πολλά χρόνια σίγουρα επιβαρύνετε η σπονδυλική στήλη, ο αυχένας, τα ισχία και τα γόνατα»

(Αντρας, 25)

- 2^η Ομάδα 31-40

Η δεύτερη ομάδα έθιξε το θέμα της άνισης μεταχείρισης από τους υπεύθυνους χαρακτηρίζοντας τις μετακινήσεις άδικες. Το ύφος τους φανέρωνε την δυσαρέσκεια και την αγανάκτηση τους.

«Άλλαξα θάλαμο και κανένας δεν με ενημέρωσε από την διοίκηση, με ενημέρωσαν τυχαία οι συνάδελφοι μου. Αντίστοιχα συνάδελφος που ήταν συγγενής με την υπεύθυνη διοίκησης όχι μόνο ενημερώθηκε αλλά του έδωσαν περιθώριο ένα μήνα να διαλέξει ο ίδιος τον θάλαμο που θα πάει. Εμένα άλλαξε το πρόγραμμα και η ζωή μου και δεν μπήκαν στο κόπο να με ενημερώσουν!!»

(Γυναίκα, 38)

«Άλλαξα θάλαμο και δεν γνώριζα την ρουτίνα του και τα καθήκοντα μου, κανένας υπεύθυνος δεν με καθοδήγησε»

(Γυναίκα, 36)

Στα μέλη της δεύτερης ομάδας οι βραδινές βάρδιες φαίνετε να προκαλούν προβλήματα όπως πονοκεφάλους, δυσπεψίες και συναισθηματική φόρτιση.

«Οι πονοκέφαλοι είναι έντονοι ενώ απέκτησα και διατροφικά προβλήματα. Έχω πόνους στα έντερα και φουσκώματα επειδή δεν τρώω φυσιολογικές ώρες ή δεν τρώω καθόλου.»

(Γυναίκα, 40)

«Μετά από το νυχτέρι πηγαίνω σπίτι και δεν θέλω να μιλήσω σε κανένα για 1 ώρα. Κλείνω τηλέφωνα και πόρτες, θέλω ηρεμία και ησυχία»

(Αντρας, 36)

«Δεν πάω σχεδόν ποτέ σπίτι απευθείας, αφού δεν μπορώ να κοιμηθώ αμέσως μετά την βραδινή δουλειά. Πηγαίνω στη θάλασσα και κάθομαι για να αποβάλω την πίεση και την υπερένταση»

(Γυναίκα, 36)

Παρά τις αναφορές όλων των μελών της ομάδας για μυοσκελετικά προβλήματα και ελλείψεις στον εξοπλισμό, η συζήτηση έγινε με χιουμοριστικό ύφος και πιο χαλαρή διάθεση.

«Πρόβλημα στη μέση, κίρσοι από την ορθοστασία!! Είναι πολλά, ούτε να τα μετρήσω μπορώ! [...] Αν τα παπούτσια μου κατέγραφαν τα χιλιόμετρα που διανύω καθημερινά θα έδειχναν μεγάλο νούμερο.»

(Αντρας, 33)

«Πάντα κάτι θα έχουμε έλλειψη και πρέπει να δανειζόμαστε από τους δίπλα θαλάμους π.χ καρδιογράφους. Όταν δεν μας τα δανείζουν απλά δεν γίνετε η δουλειά μας. »

(Γυναίκα, 36)

«Πολλές φορές μας τελειώνουν τα γάντια. [...] Δεχόμαστε παρατηρήσεις και καταγγελίες από ασθενείς γιατί δεν είχαμε σεντόνια ή μαξιλάρια για να τους αλλάζουμε [...] τα πιεσόμετρα είναι πάντα χαλασμένα ή δεν έχουμε μπαταρίες»

(Γυναίκα, 40)

- 3^η Ομάδα 41-50

Η συζήτηση με την τρίτη ομάδα εστίασης για την διοίκηση βρίσκει σύμφωνα τα μέλη με τις προηγούμενες ομάδες. Μάλιστα ένας συμμετέχοντας περιέγραψε με ειρωνικό ύφος μια επίσκεψη του υπουργού.

*«Έρχεται ο υπουργός και συναντά τους διευθυντές, εμάς μας αγνοούν!
Ασχολούνται με μεταθέσεις, την κονκάρδα, τα νύχια και τα μαλλιά!!
Ενώ υπάρχουν τόσα άλλα σοβαρά θέματα. Δεν σου δίνουν το δικαίωμα
να μιλήσεις, ούτε καν σε ρωτούν παρά μόνο κάνουν παρατηρήσεις.
Έπρεπε να ήταν εδώ ο υπουργός σήμερα να ακούσει όλα όσα λέμε.»*

(Αντρας, 48)

Ωστόσο οι απόψεις τους για το κυκλικό ωράριο επικεντρώθηκαν στις επιπτώσεις που έχουν στο οικογενειακό περιβάλλον.

*«Οι βάρδιες επηρεάζουν περισσότερο την οικογένεια σου, εμείς στην
δουλειά δεν το αντιλαμβανόμαστε επειδή είμαστε απασχολημένοι,
εκείνοι νιώθουν περισσότερο την απουσία του πατέρα και της μάνα.
Είσαι μακριά από την οικογένεια σου αρκετά βράδια, γιορτές όπως
Χριστούγεννα και Πάσχα.»*

(Γυναίκα, 42)

Σοβαρό μυοσκελετικό πρόβλημα απέκτησε ένας συμμετέχοντας ενώ οι άλλοι ανέφεραν πόνους στη μέση, στα γόνατα και στα χέρια.

*« [...] διαγνώστηκα με καθίζηση τέταρτου και πέμπτου σπονδύλου και
αποφλοιώση κεντρικού άξονα. Εργάζομαι στο παθολογικό αρκετά
χρόνια. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν μετακινούνται μόνοι τους έτσι
για να μην δημιουργήσουν πληγές στο σώμα τους μετακινούμε εμείς. Το
σπρώξιμο και το σήκωμα βάρους επιβαρύνει το σώμα»*

(Αντρας, 43)

Τέλος, μίλησαν για έλλειψη προσωπικού ενώ μια συμμετέχουσα έκανε μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση.

*«Έχουμε έλλειψη προσωπικού. Πολλοί απασχολούνται σε γραφειακή
δουλειά και θέσεις όπου δεν ασκούν ουσιαστικά το επάγγελμα του*

νοσηλευτή. Στα χαρτιά είμαστε υπερπλήρης σε αριθμό βάση νόμου, πρακτικά όμως έχουμε έλλειψη.»

(Γυναίκα, 46)

- 4^η Ομάδα 51-60+

Αντίθετα με τις άλλες ομάδες η τελευταία παρουσιάστηκε πιο θετική στο θέμα διοίκησης, κυρίως επειδή τα μέλη της είναι πλέον σε διοικητικές θέσεις και επειδή συγκρίνουν με τις συνθήκες που επικρατούσαν παλιά.

«Ήταν αυστηροί μαζί μας και δεν μας λάμβαναν υπόψη. Δεν είχαμε δικαίωμα να παραπονεθούμε. Έκαναν απρόοπτους ελέγχους ακόμη και τα μεσάνυχτα.»

(Γυναίκα, 62)

«Σήμερα είμαστε το ανώτερο προσωπικό ακούμε τους πιο μικρούς επειδή δεν είχαμε αυτή την ευκαιρία εμείς τότε. Υπάρχουν όμως και αυτοί που το βλέπουν εκδικητικά και ακολουθούν την ίδια αδιάφορη στάση που δέχτηκαν αυτοί όταν ήταν νεαροί»

(Γυναίκα, 56)

Όπως και η 3^η ομάδα επικεντρώθηκαν στις επιπτώσεις του νυχτερινού ωραρίου στην οικογένεια τους παρά στα σωματικά προβλήματα. Εντούτοις ανέφεραν αρκετά προβλήματα λόγω ορθοστασίας, μετακίνησης ασθενών και μεταφοράς μεγάλων μηχανημάτων.

«Πονάω τη μέση μου από 28-30 χρονών. Είχαμε πολύ ορθοστασία ενώ μεταφέραμε βάρη ακόμη και στις εγκυμοσύνες μας. Σήμερα πονάω τον σπόνδυλο, τον αυχένα και τα πόδια μου»

(Γυναίκα, 60)

3.2.5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Τα έντονα συναισθήματα που εμπειρέχει η νοσηλευτική δεν περνούν απαρατήρητα από τους συμμετέχοντες που δήλωσαν να επηρεάζονται έντονα από περιστατικά θανάτου, βίας και σεξουαλικής παρενόχλησης.

- 1η Ομάδα 21-30

Το νεαρό της ηλικίας της πρώτης ομάδας και τα λίγα χρόνια υπηρεσίας αποδεικνύονται να ενισχύουν την συναισθηματική φόρτιση λόγω σοβαρών περιστατικών.

«Μόλις διορίστηκα σε κλίση των πρώτων βοηθειών όπου είχε πεθάνει ένας νεαρός [...] επηρεάστηκα σε σημείο που έφτασα στα πρόθυρα να φύγω από το επάγγελμα»

(Γυναίκα, 27)

Τα περιστατικά βίας χαρακτηρίστηκαν ως καθημερινό φαινόμενο στη δουλειά τους με πιο σπάνια τη σωματική βία, ενώ κύριοι δράστες είναι οι ασθενείς. Παρόλα αυτά το ύφος τους δεν παρουσίαζε καμία ανησυχία ή φόβο.

«Γινόμαστε πολλές φορές δέκτες θυμού. Τις περισσότερες φορές περιορίζετε μόνο σε λογομαχία, βρισιές κλπ αλλά υπάρχουν και περιστατικά όπου συνάδελφοι ξυλοκοπήθηκαν από συγγενείς ασθενών»

(Αντρας, 25)

Τρις γυναίκες της ομάδας ανέφεραν να έχουν δεχτεί σεξουαλική παρενόχληση από ασθενείς ενώ καμία από αυτές δεν κατήγγειλε το περιστατικό στους ανώτερους. Μάλιστα όταν ρωτήθηκαν γιατί δεν το ανέφεραν, φάνηκαν να το θεωρούν αστείο και αχρείαστο.

«Έτυχα θύμα σεξουαλικής παρενόχλησης, από ασθενείς δύο φορές μέχρι τώρα. Δεν φοβήθηκα γιατί και τις δύο φορές είχε κόσμος ο θάλαμος, απλά θύμωσα που δεν σέβονται. [...] γιατί να το αναφέρω και ποιον νοιάζει; Είναι συνηθισμένο πλέον»

(Γυναίκα, 28)

- 2η Ομάδα 31-40

Η δεύτερη ομάδα δήλωσε επίσης να επηρεάζετε αρκετά από τα έντονα συναισθήματα που δέχεται καθημερινά στο νοσοκομείο. Ωστόσο παρουσιάζονται πιο ήρεμοι στο χειρισμό τέτοιων καταστάσεων ενώ έχουν περισσότερο αυτοέλεγχο.

«Στις αρχές επηρεαζόμουν πολύ περισσότερο. Για παράδειγμα όταν πέθαινε ασθενής μου, δεν μπορούσα να φάω για μέρες και έπεφτα σε

κατάθλιψη [...] Δεν συνηθίζετε ο θάνατος αλλά πλέον ξέρω πώς να με χειριστώ, π.χ απασχολώ τον εαυτό μου να μην το σκέφτομαι συνέχεια»
(Γυναίκα, 40)

«Με επηρέασε ο θάνατος μιας νεαρής ασθενή που είχαμε αποκτήσει αρκετή οικειότητα σε σημείο που δεν μπορούσα να πάω σε κηδεία για αρκετό καιρό, μάλιστα δεν πήγα ούτε σε πολύ συγγενικού μου προσώπου.. είχα στο μυαλό μου την εικόνα της [...] σήμερα το ξεπέρασα αλλά δεν μπορώ να πω ότι με αφήνουν αδιάφορη τέτοια περιστατικά»
(Γυναίκα, 40)

Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι γίνονται αποδέκτες θυμού και έντασης από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Ως αναπόφευκτο αποτέλεσμα δήλωσαν να νιώθουν συναισθηματικά καταβεβλημένοι.

«Είναι δυσάρεστο να προσφέρεις στους ασθενείς και να δέχεσαι φωνές, παρατηρήσεις και θυμό με την πρώτη δυσκολία. Πολλές φορές η υπομονή μου εξαντλείται και δεν θέλω να επιστρέψω την επόμενη μέρα στην δουλειά.»
(Γυναίκα, 36)

Για την σεξουαλική παρενόχληση ανέφεραν και οι τρεις γυναίκες της ομάδες περιστατικά παρενόχλησης αλλά και ένας άντρας. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ενώ οι γυναίκες αποσιώπησαν το περιστατικό ο άντρας αντέδρασε άμεσα.

« [...] όταν κατάλαβα ότι πρόκειται για σεξουαλική παρενόχληση φώναξα αμέσως μια γυναίκα συνάδελφο που ήταν στο θάλαμο για να είναι παρούσα και μάρτυρας. Φοβήθηκα πως επειδή είμαι άντρας μπορούσε να με κατηγορήσει ότι εγώ την παρενόχλησα»
(Άντρας, 33)

- 3^η Ομάδα 41-50

Τα μέλη της τρίτης ομάδας παρουσιάστηκαν πιο ψύχραιμοι από τις προηγούμενες δύο ομάδες όσον αφορά την αντιμετώπιση φορτισμένων συναισθηματικά περιστατικών.

«Ο θάνατος δεν με αφήνει αδιάφορο αλλά εξαρτάται από το άτομο που θα πεθάνει. Αν για παράδειγμα είναι παιδί, νεαρός ή ηλικιωμένος και πόσο χρόνο τον γνωρίζαμε ή είχαμε δεθεί »

(Αντρας, 48)

«Ναι το ψυχολογικό κομμάτι της δουλειάς μας είναι το πιο δύσκολο.. είναι πολλοί αυτοί που δεν αντέχουν. Αυτό κυρίως γίνεται τα πρώτα χρόνια στο επάγγελμα. Για παράδειγμα ένας νοσηλευτής μόνο με 4 χρόνια υπηρεσίας, έφυγε και έγινε μοναχός. Δήλωσε ότι πήρε την απόφαση έπειτα από αρκετά πράγματα που είδε και τον έκαναν να σκεφτεί διαφορετικά.»

(Γυναίκα, 46)

Συμφώνησαν επίσης με την 2^η ομάδα σχετικά με το πώς επηρεάζονται από τα ξεσπάσματα των ασθενών. Ωστόσο μίλησαν και για το αντίκτυπο που αυτό έχει στην προσωπική τους ζωή.

«Πολλές φορές μετέφερα το θυμό και τα νεύρα στο σπίτι, ξεσπούσα στους δικούς μου ανθρώπους. Προσπαθώ να μην το κάνω πλέον, ξέρω ότι είναι λάθος »

(Αντρας, 43)

«Θέλω μετά τη δουλειά να βρω κάποιον να με καταλάβει, η οικογένεια μου δεν μπορεί απλά με βλέπει οξύθυμη και κακόκεφη [...] Σχόλασα και έτυχε να δω συνάδελφο μετά από έντονη λογομαχία με ασθενή. Από την ανάγκη μου να το μοιραστώ μαζί του, ξέσπασα σε κλάματα και φωνές»

(Γυναίκα, 45)

Για το θέμα της σεξουαλικής παρενόχληση, ήταν η μόνη ομάδα που ανέφεραν περιστατικό με δράστη γιατρό. Όπως και στις υπόλοιπες περιπτώσεις δεν έγινε καμία καταγγελία κυρίως λόγω φόβου. Επίσης, έκαναν μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση σχετικά με τη στελέχωση των βαρδιών.

«Δέχτηκα σεξουαλική παρενόχληση από νεαρό γιατρό. [...] ντρεπόμουν να το πω και φοβόμουν πως κανένας δεν θα με πίστευε λόγω της θέσης του»

(Γυναίκα, 42)

«Όταν είμαστε 3 νοσηλεύτριες στην βραδινή βάρδια δεν νιώθουμε την ίδια ασφάλεια με το να έχουμε ένα άντρα στην βάρδια μας»

(Γυναίκα, 46)

- 4^η Ομάδα 51-60+

Η τέταρτη ομάδα παρουσίασε μια τελείως διαφορετική άποψη σχετικά με την συναισθηματική φόρτιση που δέχονται στη δουλειά, ενώ θεώρησαν παράλογο κάτι τέτοιο να επηρεάσει τις υπηρεσίες που παρέχουν.

«Είσαι αντιμετώπιη καθημερινά με το θάνατο και την αρρώστια, βλέπεις ότι όλα είναι μάταια και αυτό σίγουρα είναι δυσάρεστο. Επηρεάζεσαι να μεν αλλά αξιολογείς διαφορετικά τη ζωή. Σε εμένα είχε θετική επίδραση η επαφή με τέτοια περιστατικά. Συνειδητοποίησα την αξία της ζωής, αξιοποιώ και την πιο μικρή στιγμή και δεν αφήνω μικρά ασήμαντα πράγματα να με στενοχωρήσουν»

(Γυναίκα, 62)

«Οφείλεις να ανταπεξέλθεις και μετά να στεναχωρηθείς. Πρέπει να είσαι ευσυνείδητος. Είχα σοβαρό περιστατικό που πίεστηκα πολύ αλλά έκανα ότι έπρεπε και ύστερα αφέθηκα, έτρεμα ολόκληρη»

(Γυναίκα, 56)

Επιπλέον χαρακτήρισαν την βία και τις επιθέσεις ως νέο φαινόμενο, ενώ δήλωσαν πως ποτέ δεν μεταφέρουν τα προβλήματα της δουλειάς στο σπίτι.

«Παλιά θεωρούσαν ότι κάναμε λειτούργημα, μας εκτιμούσαν και έλεγαν ευχαριστώ. Μόνο σήμερα αντιμετωπίσαμε τέτοια περιστατικά.»

(Γυναίκα, 60)

«Ποτέ δεν έφερνα στο σπίτι τα νεύρα της δουλειάς ή τα προβλήματα. Τα βίωνα μόνη μου, έχει περιστατικά που δεν σε αφήνουν να ηρεμίσεις, να κοιμηθείς τα βράδια.»

(Γυναίκα, 56)

Τέλος καμία συμμετέχουσα δεν μίλησε για περιστατικά σεξουαλικής παρενόχλησης.

3.2.6. Τελικά σχόλια

Παρατηρώντας την πληθώρα των παραπόνων και την έντονη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών σε πολλά θέματα που μελετήθηκαν μου δημιουργήθηκε η ανάγκη να ρωτήσω αν και εκτός προγράμματος τον λόγο που δεν αποχωρούν οι ίδιοι από το επάγγελμα. Οι τελευταίες και πιο χαρακτηριστικές δηλώσεις που έκαναν είναι οι ακόλουθες:

«Διάλεξα αυτό το επάγγελμα και αν είχα τη δυνατότητα θα το έκανα αφιλόκερδος»

(Γυναίκα, 28)

«Δεν μπορώ να φανταστώ τον εαυτό μου σε άλλο επάγγελμα. Νιώθω ευτυχία να προσφέρω, ένα ευχαριστώ να σου πει ο ασθενής τα ξεχνάς όλα»

(Γυναίκα, 40)

«Δεν θα μπορούσα να κάνω άλλη δουλειά. Είναι κουραστική δουλειά, ταλαιπωρήσαμε την οικογένεια και τους εαυτούς μας αλλά δεν το μετανιώνω γιατί προσέφερα.»

(Αντρας, 48)

«Δεν θα το άλλαζα με τίποτα. Για τη γυναίκα είναι το καλύτερο επάγγελμα. Γίνετε δασκάλα, καλή μητέρα, μαθαίνει να φροντίζει, να διαπαιδαγώγει τα παιδιά της [...] Γίνεσαι πιο δυνατός σαν άνθρωπος, βλέπεις τη ζωή με άλλο μάτι γίνεσαι πιο ανθρώπινος εκτιμάς την ίδια τη ζωή και τις αξίες της.»

(Γυναίκα, 60)

3.3. Επίλογος

Το παρόν κεφάλαιο παρουσίασε την ποικιλία των απόψεων των συμμετεχόντων μέσα από τις εμπειρίες και τις απόψεις τους. Μέσα από τις πέντε ενότητες που δημιουργούνται, δίνετε μια πλήρη εικόνα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών. Στο επόμενο κεφάλαιο, συζητούνται τα θέματα που παρουσιάζονται σε αυτό το κεφάλαιο σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

4. Ανάλυση Δεδομένων

4.1. Εισαγωγή

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι να συζητηθούν τα κύρια συμπεράσματα που εξάγονται από τα ευρήματα που παρουσιάζονται στο προηγούμενο κεφάλαιο σε σχέση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία.

4.2. Ανάλυση

Σύμφωνα με το προηγούμενο κεφάλαιο τα συμπεράσματα χωρίζονται σε πέντε ενότητες οι οποίες εξάγονται από τη συζήτηση με τους συμμετέχοντες κάθε μια από τις οποίες μελετά διαφορετικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα οι πρώτες 3 ενότητες «Φυσικοί Παράγοντες», «Χημικοί Παράγοντες» και «Βιολογικοί Παράγοντες» ασχολούνται με το κλίμα και τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία ενώ οι ενότητες «Οργανωτικοί Παράγοντες» και Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες ασχολούνται με το κοινωνικό κομμάτι της εργασίας.

Παρά το γεγονός ότι τα αποτελέσματα χωρίζονται σε πέντε θέματα, δεν είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους. Με το συνδυασμό τους μπορούμε να έχουμε μια πλήρη εικόνα των απόψεων και των εμπειριών των νοσηλευτών. Επομένως εντοπίζουμε τους παράγοντες και το βαθμό στον οποίο αυτοί επηρεάζουν.

4.2.1. Φυσικοί Παράγοντες

Από τους φυσικούς παράγοντες που μελετήθηκαν η ποιότητα του αέρα, ο θόρυβος και η ακτινοβολία αποδείχτηκαν να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική και σωματική υγεία των νοσηλευτών αρνητικά καθώς δεν τηρούνται οι νομοθεσίες και οι κανονισμοί που ορίζονται. Αντίθετα η υγρασία και η θερμοκρασία φαίνεται να εφαρμόζονται στα κατάλληλα επίπεδα με αποτέλεσμα να έχουν μικρότερη και κυρίως θετική επίδραση στους νοσηλευτές.

Ποιότητα αέρα και Θερμοκρασία

Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες υποστήριξαν την θετική επίδραση της σωστής θερμοκρασίας που επικρατεί στα νοσοκομεία σήμερα. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στις δηλώσεις της τελευταίας ομάδας όπου συγκρίνουν τις παρούσες συνθήκες με αυτές του παρελθόντος. Αποδεικνύουν έτσι ότι τα μη ανεκτά επίπεδα θερμοκρασίας που επικρατούσαν αρχικά μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία του εργαζόμενου και την απόδοση του στη δουλειά. Έτσι η βελτίωση της θερμοκρασίας σήμερα και εν συνεχεία η απαλλαγή από

την εξουθένωση και τις επιπτώσεις της είναι σύμφωνη με τις έρευνες που θέλουν την θερμοκρασία να συμβάλει σε ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον (Hwang et al., 2007; Γ.Σ.Ε.Ε, 2011). Παράλληλα κανένας συμμετέχοντας δεν αναφέρθηκε στην ύπαρξη υγρασίας. Έτσι δεν επιβεβαιώνονται οι έρευνες των Αθανασίου (2003) και Δρακόπουλο et al. (2007) που θέλουν τις επιπτώσεις της θερμοκρασίας να επιδεινώνονται από τον συνδυασμό της με την υγρασία.

Επιπρόσθετα, η ποιότητα του αέρα και οι δυσοσμίες χαρακτηρίστηκαν αρνητικά από όλες τις ομάδες. Ανάφεραν σωματικές επιπτώσεις τις γαστρεντερικές διαταραχές όπως η αναούλα και σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογία και την διάθεση των νοσηλευτών (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Αλεξόπουλος, 2007). Επισήμαναν επίσης την απουσία εξαερισμού στους χώρους των νοσοκομείων, είτε λόγο βλάβης είτε λόγο μη πρόληψης των υπευθύνων. Αυτό βρίσκετε σε αντίθεση με τους οριζόμενους δείκτες και όρια εναλλαγής του αέρα που ορίζουν οι μελέτες των Αλεξόπουλο (2007), Μιτής & Πρωτοπαπά (2012) και Δρακόπουλο (2007). Σε έντονο αρνητικό κλίμα σχολιάστηκε και η αδιαφορία των υπεύθυνων για την λήψη κατάλληλων διορθωτικών μέτρων. Αυτός είναι και ο λόγος που παρατηρήθηκε το φαινόμενο της ανοχής και της παραίτησης από κάθε προσπάθεια βελτίωση των συνθηκών εκ μέρους των νοσηλευτών, καθώς αυξάνονταν τα χρόνια υπηρεσίας τους.

Θόρυβος

Υψιστης σημασίας, αποδεικνύετε να είναι η ύπαρξη ενός περιβάλλοντος απαλλαγμένου από θορύβους. Και οι τέσσερις ομάδες ανέφεραν το τμήμα επειγόντων περιστατικών, το παιδιατρικό, τους θαλάμους και τις αίθουσες αναμονής ως τα πιο θορυβώδη τμήματα, αποτέλεσμα που συγκλίνει με την μελέτη του Αλεξόπουλου (2007). Ως κύριες πηγές θορύβου υποδεικνύονται να είναι οι ασθενείς, το επισκεπτήριο, τα μηχανήματα και σε μεγάλο βαθμό οι ίδιοι οι νοσηλευτές (Konkani & Oakley, 2012; Xie & Kang, 2009; Αλεξόπουλος, 2007). Ως κύριοι λόγοι αύξησης του προβλήματος της ηχορύπανσης, εντοπίστηκαν η διαμόρφωση του χώρου και η χρήση ακατάλληλων υλικών ηχομόνωση, παράμετροι που μελετήθηκε μόνο σε πρόσφατες έρευνες (Αλεξόπουλος, 2007; Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010).

Με εξαίρεση την τελευταία ομάδα οι νοσηλευτές δήλωσαν να έχουν επιπτώσεις στην υγεία τους από την ύπαρξη θορύβου και φασαρίας αλλά και επιπτώσεις στην φροντίδα των ασθενών. Συγκλίνοντας με προηγούμενες έρευνες ως κυριότερες επιπτώσεις αναγνωρίστηκαν οι συχνοί πονοκέφαλοι, το άγχος, η ψυχική εξάντληση αλλά και περιστατικά βαρηκοΐας όπως ανέφερε ένα μέλος της 3^{ης} ομάδας(Xie & Kang, 2009;

Αλεξόπουλος, 2007; Αθανάσιος, 2003). Επιπρόσθετα μέσα από τις προσωπικές τους εμπειρίες, επιβεβαιώνετε η πιθανότητα πρόκλησης λαθών λόγω δύσκολης επικοινωνίας με τους συναδέλφους τους, άγχους και νευρικότητας ως αποτέλεσμα των ανεπιθύμητων θορύβων (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010; Liu & Tan, 2000; Morrison et al., 2003; Αλεξόπουλος, 2007). Αντίθετοι με τις απόψεις αυτές είναι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες που θεωρούν ότι οι συγκεκριμένοι θόρυβοι δεν βρίσκετε σε τόσο ψηλά επίπεδα ώστε να τους δημιουργεί πρόβλημα στην δουλειά τους.

Παρά τα όσα ορίζουν ο Αλεξόπουλος (2007) και οι Φουντούκη & Θεοφανίσης (2010), για την αντιμετώπιση των προβλημάτων, τα ευρήματα μου διαφωνούν. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν επιβεβαίωσε την ύπαρξη διορθωτικών παρεμβάσεων από της διοίκησης ενώ αντίθετα μίλησαν για την απροθυμία τους να βοηθήσουν. Πέραν τούτου αποκάλυψαν μια πτυχή του θέματος που δεν είχε ληφθεί υπόψη μέχρι την διεξαγωγή των συζητήσεων. Οι νοσηλευτές δηλώνουν πως αγνοούνται επιδεκτικά από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους όταν προσπαθούν με υποδείξεις και παρατηρήσεις να επαναφέρουν την τάξη. Η υποτίμηση του ρόλου και της δικαιοδοσίας τους ως επαγγελματίες έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχολογία των νοσηλευτών, που τους προκαλεί εκνευρισμό, θυμό και αγανάκτηση. Απόδειξη άλλωστε της επιρροής που ασκεί το γεγονός αυτό στους νοσηλευτές είναι η προσπάθεια τους να προτείνουν διάφορες λύσεις κάνοντας προτάσεις. Με βάση τις απόψεις τους, αυτό οφείλετε εν μέρη στην νοοτροπία του κόσμου αλλά καταλογίζουν το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης στους ανώτερους τους που δεν τους υποστηρίζουν με τη λήψη μέτρων.

Ακτινοβολία

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα συμπεράσματα που εξάγονται από τις συζητήσεις για την ακτινοβολία και τους κινδύνους που εγκυμονεί για την υγεία των νοσηλευτών. Όλες πλην της τελευταίας ομάδας παρουσιάστηκαν ανήσυχες σχετικά με τις επιπτώσεις από την έκθεση στην ακτινοβολία. Παρόλα αυτά κανένας από τους συμμετέχοντες δεν έχει σχετικό πρόβλημα υγείας αλλά σχεδόν όλοι ανέφεραν περιστατικά που επιβεβαιώνουν την καρκινική δράση της ακτινοβολίας (Αθανάσιος, 2003; Lie et al., 2008; Αλεξόπουλος, 2007). Επιπλέον αν και η υπάρχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι αυτό είναι αποτέλεσμα μόνο της πολύχρονης και σε μεγάλων δόσεων έκθεσης τους αυτό απορρίπτετε από τις αναφορές των νοσηλευτών για εμφάνιση προβλημάτων ακόμη και σε νοσηλευτές με λίγα χρόνια υπηρεσίας (Αλεξόπουλος, 2007).

Επιπρόσθετα η παρούσα έρευνα, αποκαλύπτει ότι παρά την ύπαρξη νομοθεσιών και συστάσεων για την προστασία των εργαζομένων σε καμία σχεδόν περίπτωση δεν εφαρμόζονται. Εντυπωσιακές είναι μάλιστα οι αναφορές για την μη παροχή των απαραίτητων προστατευτικών όπως τα γάντια και οι στολές (Αλεξόπουλος, 2007; Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012). Οι μεγαλύτεροι νοσηλευτές μάλιστα κάνουν λόγο για ελλιπή ενημέρωση και αδιαφορία από τους υπεύθυνους αφού κανένας δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε σχετικές εξετάσεις. Τέλος ο τρόπος με τον οποίο συζητούν το συγκεκριμένο θέμα αλλά και οι εκφράσεις τους παρουσιάζουν φοβία, ανησυχία και αγανάκτηση ενώ αμφισβητούν τα όσο γνωρίζουν ή τους έχουν πει (Αλεξόπουλος, 2007; Rayner, 1984; TEE, 2005-2008). Αυτό φαίνεται έντονα στην δήλωση της 56χρονης γυναίκας από την τελευταία ομάδα *‘Ισχύει μέχρι να αποδειχτεί το αντίθετο’*.

4.2.2. Χημικοί Παράγοντες

Η συζήτηση για τους χημικούς παράγοντες αποκάλυψε τον φόβο και την αγανάκτηση των νοσηλευτών σχετικά με την χρήση χημικών ουσιών. Όλοι πλην τριών συμμετεχόντων έκαναν αναφορά σε περιστατικά τόσο προσωπικά όσο και άλλων συναδέλφων τους, ενώ οι λόγοι που τα προκάλεσαν και οι συνέπειες τους ποικίλουν.

Τα ατυχήματα φαίνεται να προκαλούνται κυρίως από απροσεξία που οφείλετε τόσο στη βιασύνη των νοσηλευτών όσο και στην αμέλεια των επαγγελματιών υγείας (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Vourdias et al., 2012). Μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η βιασύνη και η αμέλεια πηγάζει όπως δηλώνουν από παράγοντες που εμπίπτουν σε άλλες θεματικές ενότητες και μελετούνται στη παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα ανέφεραν να αποπροσανατολίζονται λόγω θορύβου, κούρασης και βιασύνης στις βραδινές βάρδιες, έλλειψης προσωπικού και λανθασμένης οργάνωσης ή αδιαφορίας εκ μέρους της διοίκησης όσον αφορά την οργάνωση και την εργονομία του χώρου. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις έρευνες των Δρακόπουλος et al. (2007), Tan (1991) και Αθανάσιος (2003) που θέλουν να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας και κατευθυντήριες οδηγίες από τα αρμόδια άτομα. Επιπλέον οι νοσηλευτές παρά το γεγονός ότι δήλωσαν να γνωρίζουν ότι στα δοχεία των χημικών ουσιών αναγράφονται οι οδηγίες χρήσης και υπάρχουν τα έντυπα ασφαλείας όπως ορίζουν οι μελέτες των Δρακόπουλος et al. (2007) και Αλεξόπουλος (2007), κανένας δεν τα συμβουλευετε παρά μόνο όταν συμβεί κάποιο ατύχημα.

Παρά την πληθώρα των ατυχημάτων που αναφέρθηκαν και ενώ οι νοσηλευτές μίλησαν για καυστικά υγρά, εκρήξεις, ερεθισμούς και αλλεργίες δεν εντοπίστηκαν σοβαρές συνέπειες

στην υγεία τους (Tan, 1991; Δρακόπουλος et al., 2007). Αντίθετα φαίνεται να επηρεάζετε περισσότερο η ψυχική τους υγεία, κάτι που στις έρευνες δεν αναφέρετε. Οι εκφράσεις και οι λέξεις που χρησιμοποίησαν κατά την περιγραφή των ατυχημάτων, η αγανάκτηση και ο θυμός για τις συνθήκες και την αδιαφορία των ανωτέρων δείχνουν ότι οι νοσηλευτές φοβούνται για την υγεία τους και ανησυχούν κατά την χρήση των συγκεκριμένων ουσιών.

Η συζήτηση με την τέταρτη ομάδα έδειξε ότι οι συνθήκες έχουν βελτιωθεί συγκριτικά με το παρελθόν φέρνοντας σε αντιπαράθεση τα παράπονα των 3 πρώτων ομάδων. Δήλωσαν πως μόνο πρόσφατα δημιουργήθηκαν οι νομοθεσίες και οι οδηγίες για χρήση προστατευτικών όπως γάντια, στολές ή ειδικούς χώρους. Παρά τα ελλιπή μέτρα ασφαλείας του παρελθόντος οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν κανένα περιστατικό ατυχήματος. Δεδομένων των λόγων που ανέφεραν οι πρώτες ομάδες, η απουσία ατυχημάτων στην τελευταία ομάδα συνδέετε με τις δηλώσεις τους στην ενότητα για το θόρυβο όπου μίλησαν για πιο ήσυχο περιβάλλον στο παρελθόν με λιγότερους ασθενείς και λιγότερο φόρτο εργασίας.

4.2.3. Βιολογικοί Παράγοντες

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα προβλήματα υγείας λόγω βιολογικών παραγόντων συμφωνούν με τη βιβλιογραφία που θέλουν τα ποσοστά αυτά να είναι υψηλά (Φουντούκη & Θεοφανίδης, 2010; Γαμπά et al., 2012). Αυτό φαίνεται από την πληθώρα των αναφορών για μόλυνση νοσηλευτών με ηπατίτιδα και aids. Επιβεβαιώνεται ακόμη πως τα ατυχήματα με βελόνες είναι το πιο συχνό αίτιο για μόλυνση, ενώ δεν έγιναν αναφορές για μετάδοση με ατυχήματα από αιχμηρά αντικείμενα ή με πτύελα (Γαμπά et al., 2012). Είναι ενδιαφέρον να τονίσουμε ότι το ατύχημα με βελόνα χαρακτηρίζετε ως κάτι αναπόφευκτο από τους συμμετέχοντες όχι όμως και αποδεκτό.

Όπως και στους χημικούς παράγοντες τα ατυχήματα συνδέθηκαν με οργανωτικά και διοικητικά προβλήματα. Η έλλειψη προσωπικού, ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η κωλυσιεργία των υπευθύνων να αντιδράσουν, η αμέλεια για εμπλουτισμό και ανανέωση του εξοπλισμού έρχονται σε αντίθεση με όσα ορίζουν οι έρευνες για μείωση του κινδύνου (Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012). Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υπάρχουν τα βασικά μέτρα προστασίας όπως τα γάντια αυτά χαρακτηρίζονται ως ακατάλληλα για συγκεκριμένες ενέργειες γεγονός που οδηγεί τους νοσηλευτές να επιλέγουν

να εκτίθενται στον κίνδυνο έτσι ώστε να φέρουν εις πέρας τις ευθύνες τους. Αυτό ήταν ένα θέμα που δεν συμπεριλαμβανόταν στην συζήτηση αλλά θίχτηκε από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Είναι σημαντικό ότι η συγκεκριμένη άποψη δεν θίγεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Το παράδοξο βρίσκετε στις αναφορές τους για ατυχήματα και στα παράπονα που εξέφρασαν με θυμό αλλά δεν παρουσιάζονται να ανησυχούν για την υγεία και την ασφάλεια τους. Ανησυχία και φόβο εξέφρασαν μόνο οι πρωταγωνιστές σε σχετικό ατύχημα γεγονός αντίθετο με τις μελέτες (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Kelen et al., 1995; Kelen et al., 1992). Επίσης οι τρεις πρώτες ομάδες προσδίδουν αυτή την στάση στις καλές γνώσεις τους ενώ η τέταρτη ομάδα στην άγνοια που είχε στο παρελθόν. Και στις δύο περιπτώσεις δεν επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς που είναι φορείς τέτοιων ασθενειών. Μάλιστα μέσα από τις δηλώσεις τους αναγνωρίζουν ότι η αντιμετώπιση τους επηρεάζει άμεσα την ψυχολογία τους και μεριμνούν ώστε να την διατηρήσουν θετική.

Επιπλέον οι συζητήσεις με τις ομάδες σχετικά με την απολύμανση συγκρούονται με τις απόψεις των ερευνών που θέλουν την πρόσληψη νερού ή τροφής σε μολυσμένους χώρους να απαγορεύεται (Δρακόπουλος et al., 2007; Tan, 1991; Αθανάσιος, 2003; Αλεξόπουλος, 2007; Γαμπά et al., 2012). Οι τρεις πρώτες ομάδες δηλώνουν να είναι ευχαριστημένοι με την αύξηση των απολυμάνσεων και εξακολουθούν να γευματίζουν σε χώρους όπου γνωρίζουν ότι δεν είναι απαλλαγμένοι από μικρόβια. Τέλος ακόμη και η τελευταία ομάδα που υποστήριξε ότι στο παρελθόν γίνονταν περισσότερες απολυμάνσεις, δεν ανησυχούν για τα μικρόβια στους χώρους όπου έχουν για διάλειμμα οι νοσηλευτές.

4.2.4. Οργανωτικοί Παράγοντες

Οι οργανωτικοί παράγοντες αποδείχτηκαν να είναι υψίστης σημασίας για την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις προϋπάρχουσες έρευνες (Αλεξόπουλος, 2007; Δρακόπουλος et al., 2007; Καλμπένης, 2012). Το θέμα της διοίκησης δεν περιορίστηκε στην συγκεκριμένη ενότητα αλλά αναφέρθηκε σε όλες τις θεματικές ενότητες που μελετήθηκαν.

Η διοίκηση κατηγορήθηκε για αδιαφορία σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των νοσηλευτών, ενώ η μεταχείριση τους σε θέματα κατανομής εργασίας χαρακτηρίστηκε άδικη. Επίσης αν και είναι αισθητή η επίβλεψη, δεν γίνεται με σωστό τρόπο. Οι νοσηλευτές

καταγγέλλουν να δέχονται μόνο παρατηρήσεις και υποδείξεις, τις οποίες πολλές φορές θεωρούν άδικες. Η συμμετοχή των εργαζομένων σε θέματα οργανωτικά και εργονομικά δεν αποδεικνύεται από καμία συζήτηση. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν πολλές και σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την εργασία τους.

Όλα τα πιο πάνω σφάλματα που εντοπίζονται στην οργάνωση έχουν αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών, γεγονός που φαίνεται έντονα από τις εκφράσεις τους. Συγκεκριμένα κυριάρχησε ο θυμός και η αγανάκτηση. Ανακαλώντας στην μνήμη μας ατυχήματα που αναφέρθηκαν σε προηγούμενες ενότητες με αίτιο την λανθασμένη οργάνωση, βλέπουμε ότι τα αποτελέσματα συμφωνούν με την βιβλιογραφία που θέλει τους νοσηλευτές να είναι επιρρεπείς σε λάθη λόγω ψυχικής κόπωσης και ανεπάρκειας προσωπικού και εξοπλισμού (Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007; Δρακόπουλος et al., 2007).

Η εργασία σε βάρδιες ιδιαίτερα τις βραδινές ώρες αποδεικνύεται να επηρεάζει όλους τους συμμετέχοντες τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, χωρίς όμως να γίνεται ακριβής αναφορά σε συμπτώματα. Επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα προηγούμενων μελετών οι νοσηλευτές παρουσίασαν προβλήματα στο γαστρεντερικό σύστημα, πονοκεφάλους και διαταραχές στον ύπνο λόγω υπερέντασης και συνεχής αλλαγής του βιολογικού ρολογιού (Giovanni, 1996; Παπαδημητρίου et al., 2002; Κορομπελή et al., 2006; Poissonnet & Veron, 2000; Αδαλή et al., 2000; Αδαλή, 2000; Αλεξόπουλος, 2007). Επιπρόσθετα, ανέδειξαν ως σοβαρότερη επίπτωση τα προβλήματα που δημιουργούνται στην κοινωνική ζωή και όχι στην σωματική υγεία. Σε αντίθεση με τις έρευνες δεν δήλωσαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και άγχος, αλλά εστίασαν την προσοχή τους στις επιπτώσεις που έχει η οικογένεια τους λόγω απουσίας τους (Fitzpatrick et al., 1999; Παϊκοπούλου & Γέραλη, 2001; Δρακόπουλος et al., 2007; Αλεξόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία είναι τα αποτελέσματα που θέλουν τις μυοσκελετικές παθήσεις να συγκαταλέγονται στις πιο συχνές ασθένειες του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Αλεξόπουλος, 2007; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Γαμπά et al., 2012; Καγιαλάρης, 2004). Η απουσία εργονομίας εντοπίστηκε και σε άλλες ενότητες αλλά εδώ εστιάστηκε στον χειρισμό βαρετών φορτίων και πολύωρης ορθοστασίας (Καγιαλάρης, 2004; Ιωάννου & Σουρτζή, 2010). Τέλος επιβεβαίωσαν τις έρευνες που θέλουν τις γυναίκες νοσηλεύτριες να είναι πιο επιρρεπείς σε μυοσκελετικά προβλήματα αφού είχαμε μια μόνο αναφορά από άντρα

συμμετέχοντα για σοβαρό σχετικό πρόβλημα (Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Brache et al., 2001; Bakke et al., 2007).

4.2.5. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Τα αποτελέσματα της συζήτησης για τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών παραγόντων συμφωνούν με την βιβλιογραφία, που αναφέρει να επηρεάζουν κυρίως την ψυχική υγεία των νοσηλευτών και σε ελάχιστες περιπτώσεις την σωματική (Αλεξόπουλος, 2007).

Οι συμμετέχοντες εστίασαν περισσότερο στα αρνητικά συναισθήματα που λαμβάνουν από την καθημερινή τους επαφή με σοβαρά περιστατικά. Η παράληψη τους να αναφερθούν σε οποιοδήποτε γεγονός μπορεί να τους προκαλέσει χαρά όπως η θεραπεία ενός ασθενή δείχνει το μεγάλο αντίκτυπο που έχουν τα δυσάρεστα περιστατικά στην ψυχοσύνθεση τους. Οι περιγραφές όλων των συμμετεχόντων εστιάστηκαν στο γεγονός του θανάτου. Ωστόσο φαίνεται να έχει διαφορετικό αντίκτυπο σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Δηλαδή όσο η ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας αυξάνονται οι νοσηλευτές παρουσιάζονται πιο ψύχραιμοι. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απόψεις της τέταρτης ομάδας, που την ώθησε να «αξιολογήσει» την ζωή, επιδρώντας θετικά στην προσωπική τους ζωή, κάτι που δεν βρέθηκε στην βιβλιογραφία. Οι κυριότερες συνέπειες της συναισθηματικής αυτής φόρτισης εντοπίστηκαν στην ψυχολογία, την διάθεση και την προσωπική ζωή των νοσηλευτών. Παρόλα αυτά δεν έγιναν αναφορές για αυτοκτονίες, καρδιοπάθειες, αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρου (Αλεξόπουλος, 2007; Ζήλλη et al., 2009; Maslach, 2003; Di Mameo, 2006; Poghossian, 2008; Μακρής, 2009).

Σχετικά με την άσκηση βίας, τα ευρήματα συμφωνούν με τις έρευνες που θέλουν την λεκτική βία πιο συχνό φαινόμενο έναντι της σωματικής. (Whittington, 1994; Paterson & McCosmish, 1998; UKCC, 2002; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012; Rowell, 2008; Παπαδοπούλου, 2009; Cole, 1998; Αλεξόπουλος, 2007). Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως έχουν δεχθεί λεκτική επίθεση ή συμμετείχαν σε λογομαχία με ασθενείς και το περιβάλλον τους αρκετές φορές. Μόνο ένας συμμετέχοντας έκανε λόγο για σωματική βία που δέχτηκε συνάδελφος του, με αποτέλεσμα ελαφρούς σωματικούς τραυματισμούς. Εξαίρεση αποτελεί η τέταρτη ομάδα η οποία χαρακτήρισε τα περιστατικά βίας ως φαινόμενα της σημερινής εποχής δηλώνοντας να μην ήρθαν αντιμέτωποι στο παρελθόν με παρόμοια περιστατικά.

Το θέμα της σεξουαλικής παρενόχλησης συζητήθηκε μόνο από τις τρεις πρώτες ομάδες ενώ τα μέλη της τέταρτης ομάδας αρνήθηκαν να συζητήσουν το συγκεκριμένο θέμα. Τα θύματα της σεξουαλικής παρενόχλησης ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες ενώ μόνο ένας άντρας έκανε σχετική αναφορά, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις έρευνες των Kwok et al (2006), ICN (2006), Dunn (2003) και Παπαδόπουλο (2009). Κύριοι δράστες όμως, δεν αναγνωρίστηκαν όπως στις προηγούμενες έρευνες οι γιατροί αλλά οι ασθενείς.

Οι κυριότερες συνέπειες από την συναισθηματική φόρτιση που προκαλούν η βία και η παρενόχληση, αποδεικνύονται να είναι η ψυχική εξάντληση, τα προβλήματα στη προσωπική ζωή και η δυσαρέσκεια για το επάγγελμα. Με εξαίρεση την δυσπιστία, την ενοχή, την αδυναμία και τις σεξουαλικές διαταραχές στα οποία δεν έγινε καμία αναφορά τα υπόλοιπα συμπτώματα συμφωνούν με την βιβλιογραφία που συζητήθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο (Κωνσταντινίδου & Φαναριώτου, 2007; ICN, 2006; Henry & Ginn, 2002; Charman & Styles, 2006; RNAO, 2008; Παπαδοπούλου, 2009; Μιτής & Πρωτοπαπά, 2012).

Επιπρόσθετα ενδιαφέρον παρουσιάζει η επαλήθευση των αποτελεσμάτων των Farrell et al. (2006), Kwok et al. (2006), Jackson et al (2002), Thomson (2004), Κωνσταντινίδου & Φαναριώτου (2007) και Παπαδόπουλο (2009) για τάσεις φυγής ή εγκατάλειψης του επαγγέλματος ως απόρροια της ψυχικής κόπωσης που προκαλεί η συναισθηματική φόρτιση και οι μορφές βίας ή παρενόχλησης. Τέλος, η αποσιώπηση όλων των περιστατικών βίας και παρενόχλησης με μόνη εξαίρεση το περιστατικό με τον άντρα θύμα, επιβεβαιώνουν τις μελέτες που θέλουν τους νοσηλευτές να θεωρούν ως αναπόσπαστο κομμάτι της δουλειάς τους την αντιμετώπιση διαφόρων μορφών βίας (Baumann, 2001; Κωνσταντινίδου & Φαναριώτου, 2007; Παπαδοπούλου, 2009; Anonymous, 1972).

4.3. Συμπεράσματα

Εν συντομία, όλοι οι παράγοντες που μελετήθηκαν αποδεικνύονται να επηρεάζουν άλλοι σε μεγαλύτερο και άλλοι σε μικρότερο βαθμό την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Αποδείχτηκε επίσης ότι κανένας παράγοντας δεν είναι ανεξάρτητος αλλά συνδέετε άμεσα με όλους τους υπόλοιπους. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο εντοπίστηκε η οργάνωση ως ο πιο κρίσιμος παράγοντας, αφού είναι ένα θέμα που εμφανίστηκε στις συζητήσεις όλων των ενοτήτων και μονοπώλησε το ενδιαφέρον των νοσηλευτών. Επίσης οι παράγοντες αποδεικνύονται να επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό κάθε ομάδα ανάλογα με την ηλικία

και τα χρόνια υπηρεσίας των συμμετεχόντων. Η έρευνα ανέδειξε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές παρουσιάζονται πιο ανεκτικοί από τους πιο νέους στο επάγγελμα. Εντούτοις είναι σημαντικό το γεγονός ότι κανένας δεν δήλωσε διατεθειμένος να αλλάξει το επάγγελμα του, παρά την πληθώρα των προβλημάτων υγείας που ανέφεραν να έχουν. Εν κατακλείδι με εμφανή την έντονη ανάγκη για αλλαγή και βελτίωση της οργάνωσης και των συνθηκών εργασίας οι νοσηλευτές φάνηκαν να είναι πρόθυμοι για ενεργή συμμετοχή τους στις οποιεσδήποτε αλλαγές για βελτίωση των πτυχών του επαγγέλματος τους.

5. Επίλογος

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη και η ανάδειξη των κυριότερων παραγόντων που επηρεάζουν την σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών στην Κύπρο μέσα από τις προσωπικές τους απόψεις. Για το λόγο αυτό επιλέγηκε η χρήση της ποιοτικής έρευνας και συγκεκριμένα η μέθοδος της ομάδας εστίασης ως η πλέον κατάλληλη. Για την ικανοποίηση των ερευνητικών μου στόχων, διεξήγαγα τέσσερις ηλικιακές ομάδες εστίασης προκειμένου να δώσω την ευκαιρία στους νοσηλευτές να εκφράσουν τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία και πως αυτές τους επηρεάζουν.

Αφού έγινε ανάλυση της βιβλιογραφίας και μελετήθηκαν προηγούμενες σχετικές έρευνες εντοπίστηκαν πέντε σημαντικοί παράγοντες, στους οποίους βασίστηκε η παρούσα μελέτη. Οι ενότητες αυτές αφορούσαν τους φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς, οργανωτικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Μέσω των εποικοδομητικών διαλόγων, μου δόθηκε η ευκαιρία να εντοπίσω και να παρουσιάσω τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες νοσηλευτές επηρεάζονται από κάθε παράγοντα. Η ανάλυση και η εξαγωγή συμπερασμάτων από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν βασίστηκε στην ερμηνευτική φύση της θεμελιωμένης θεωρίας.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι και οι πέντε παράγοντες που μελετήθηκαν με ελάχιστες εξαιρέσεις επηρεάζουν άλλοτε την σωματική και άλλοτε την ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα για τους Φυσικούς, Χημικούς και Βιολογικούς παράγοντες έγινε πληθώρα αναφορών για ατυχήματα και ασθένειες που επιβαρύνουν την σωματική υγεία των νοσηλευτών. Παρά την πληθώρα των ατυχημάτων και των σωματικών κινδύνων που ενέχει το επάγγελμα τους, δείχνουν να μην ανησυχούν ιδιαίτερα για την σωματική τους υγεία. Αντίθετα οι επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία φαίνονται να είναι περισσότερες και να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο τόσο στην δουλειά τους όσο και στην προσωπική τους ζωή. Δηλαδή οι νοσηλευτές επιβαρύνονται ψυχολογικά και συναισθηματικά, λόγω της συνεχούς

ανησυχίας για την υγεία τους ή λόγο της έντονης δυσαρέσκειας τους από την μη τήρηση των απαραίτητων μέτρων και νομοθεσιών. Οι Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως ήταν αναμενόμενο επηρεάζουν κυρίως την ψυχική υγεία των νοσηλευτών με ελάχιστες αναφορές για επιπτώσεις στην σωματική υγεία.

Τέλος οι Οργανωτικοί παράγοντες εντοπίζονται ως οι πιο κρίσιμοι και πιο επιρρεπείς στην υγεία των νοσηλευτών καθώς πέρα από την ανεξάρτητη τους ενότητα συνδέονται με όλες τις υπόλοιπες, βάση των δηλώσεων των νοσηλευτών. Αυτό δείχνει την έντονη και επιτακτική ανάγκη και επιθυμία των νοσηλευτών για οργανωτικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις. Αυτό σε συνδυασμό με την έντονη άρνηση τους να αποχωρίσουν από το επάγγελμα πρέπει να ωθήσει τους υπεύθυνους να προχωρήσουν σε κατάλληλες αλλαγές. Με τον τρόπο αυτό δεν θα κινδυνεύει η σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών ενώ ως απόρροια αυτού τα νοσηλευτήρια θα προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες στην κοινωνία.

5.1. Συμβολή στη γνώση

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην υπάρχουσα έρευνα σχετικά με την μελέτη των συνθηκών εργασίας στα νοσοκομεία που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών. Επιπλέον προσεγγίζει το θέμα με ποιοτική έρευνα και όχι ποσοτικά όπως οι περισσότερες από τις προϋπάρχουσες μελέτες, δείχνοντας έτσι μια πιο εις βάθος άποψη των νοσηλευτών.

Ειδικότερα αναδεικνύοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών στον εργασιακό χώρο, η μελέτη μπορεί να παροτρύνει τους αρμόδιους φορείς να λάβουν κατάλληλα μέτρα έτσι ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία. Αυτό θα ωφελήσει τόσο την υγεία των νοσηλευτών και την αποδοτικότητά τους, όσο και την κοινωνία στο σύνολο της που θα δέχεται πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Ακόμη, είναι μια σημαντική προσθήκη στις μελέτες που αφορούν την εθνικότητα, αφού διεξάγετε σε μια συγκεκριμένη χώρα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Έτσι, μια παρόμοια προσέγγιση μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άλλες χώρες, ως βάση για την διερεύνηση των παραγόντων στον χώρο εργασίας.

5.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα έρευνα εξήγαγε χρήσιμα συμπεράσματα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών αλλά αποκάλυψε και ορισμένες περιοχές που χρειάζονται περαιτέρω μελέτη.

Για παράδειγμα, μπορούν να γίνουν αντίστοιχες μελέτες και για άλλους επαγγελματίες υγείας. Με τον τρόπο αυτό θα αποδεχτεί αν οι παράγοντες που εντοπίστηκαν στην παρούσα έρευνα επηρεάζουν όχι μόνο τους νοσηλευτές αλλά και άλλους εργαζόμενους των νοσοκομείων με στόχο να εντοπιστούν οι συνολικές μεταρρυθμίσεις που πρέπει να γίνουν.

Επιπρόσθετα αφού η παρούσα έρευνα ανάδειξε την οργάνωση ως το πιο κρίσιμο παράγοντα, μπορούν να διεξαχθούν ποσοτικές μελέτες που να διερευνούν ποιες αλλαγές επιθυμούν οι επαγγελματίες υγείας. Με τον τρόπο αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να συγκριθεί με την ποιοτική ανάλυση για τις απόψεις των νοσηλευτών και να διαπιστωθεί η συνεπεία των δηλώσεων τους.

5.3. Ανασκόπηση

Μέσα από την ανασκόπηση της έρευνας μου πιστεύω πως οι ερευνητικοί στόχοι έχουν επιτευχθεί χωρίς να αντιμετωπίσω ιδιαίτερες δυσκολίες. Καθώς ο κύριος στόχος μου ήταν να δώσω φωνή στις σκέψεις και τη γνώμη των νοσηλευτών σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την σωματική και ψυχική τους υγεία στο εργασιακό περιβάλλον, η ποιοτική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε αποδείχθηκε ως η πιο κατάλληλη. Ωστόσο, λόγω της φύσης της μεθόδου των ομάδων εστίασης τα δεδομένα που συλλέχθηκαν υπερέβησαν τις προσδοκίες μου. Οι συμμετέχοντες, μέσα από την συζήτηση προέβαλαν αναπάντεχες αλλά σημαντικές πτυχές του θέματος και ο μεγάλος όγκος των δεδομένων που συλλέχθηκε ήταν δύσκολο να αναλυθεί και να ερμηνευθεί λόγω των στενών χρονικών περιθωρίων.

Η δυσκολία αυτή με βοήθησε να βελτιωθώ, όσον αφορά την οργάνωση ενός μεγάλου έργου ενώ μου πρόσφερε εμπειρία και γνώσεις σχετικά με την διεξαγωγή έρευνας. Τέλος πέρα από τις γνώσεις σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν και τη δική μου δουλειά ως νοσηλεύτρια, είχα τη δυνατότητα να μάθω να διαχειρίζομαι τις συνομιλίες διαφορετικών ανθρώπων αφού κατεύθυνα τις συζητήσεις των ομάδων εστίασης.

Παραρτήματα

Παράρτημα Α

Έντυπο οικειοθελούς συγκατάθεσης

Τίτλος της έρευνας: **Μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών στο εργασιακό περιβάλλον. Η περίπτωση της Κύπρου – Απόψεις νοσηλευτών**

Ερευνητής: Μαριλένα Ιακώβου

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των νοσηλευτών στο εργασιακό περιβάλλον. Η συμμετοχή στην ομάδα συζήτησης θα διαρκέσει περίπου 90 λεπτά και θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικά με τις συνθήκες εργασίας σας. Δεν θα σας γίνει καμία προσωπική ερώτηση αλλά μόνο ερωτήσεις σχετικά με τις αντιλήψεις σας για το συγκεκριμένο θέμα. Μπορείτε να διακόψετε τη

διαδικασία ανά πάσα στιγμή και να ζητήσετε διευκρινίσεις. Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να απαντήσετε σε τυχόν ερωτήσεις που μπορεί να σας κάνουν να νιώσετε άβολα.

Εμπιστευτικότητα:

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται από την συζήτηση θα παραμείνουν απόρρητες και αυστηρά εμπιστευτικές. Εξασφαλίζω την ανωνυμία σας καθώς δεν θα χρησιμοποιηθούν ονόματα ούτε άλλα χαρακτηριστικά σας κατά την ηχογράφηση. Όλες οι πληροφορίες που συλλέγονται θα αποθηκευτούν σε ασφαλές μέρος στα οποία μόνο εγώ θα έχω πρόσβαση ενώ δεν θα χρησιμοποιηθούν από τρίτους. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας θα δημοσιευθούν στην διατριβή μου.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις παραπάνω πληροφορίες, ενώ είχα την ευκαιρία να υποβάλουν ερωτήσεις. Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος να αποχωρήσω ανά πάσα στιγμή.

Υπογραφή

Ημερομηνία

_____ Συμφωνώ να ηχογραφηθεί η συζήτηση

Βιβλιογραφία

Anonymous, 1988. Noise-Induced Occupational Stress and Health in Critical Care Nurses. *Taylor & Francis, School of Nursing, Center for the Health Sciences at the University of California , Los Angeles*, 66(1).

Anonymous, 1972. Violence against nurses. *Br Med J* , 4, pp.129-30.

Arnetz, J.E. & Arnetz, B.B., 2001. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine* , 52, pp.417-37.

Axelsson, G., Rylander, R. & Molin, I., 1989. Outcome of pregnancy in relation to irregular and inconvenient work schedules. *Br J Industr Med* , (46), pp.393–98.

Bakke, J.V., Moen, B.E., Wieslander, G. & Norback, D., 2007. Gender and the physical and psychosocial work environments are related to indoor air symptoms. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49, pp.641-50.

Baumann, A., 2001. International council of Nurses. *Geneva*.

- Blank, G., n.d. *Conducting A Focus Group*. [Online] Available at: <http://www.cse.lehigh.edu/~glennb/mm/FocusGroups.htm> [Accessed 20 July 2012].
- Bloor, M., 2001. *Focus groups in social research*. London: Sage Publication.
- Bovenzi, M. & Fiorito, A., 1984. Thermal Comfort in Hospital (Comfort Termico in Ospedale). *Medicina del Laroro*, 75(2), pp.125-32.
- Brache, S. et al., 2001. Why do women suffer from sick building syndrome more often than men? -subjective higher sensitivity versus objective causes. *Indoor Air*, 11, pp.217-22.
- Bryman, A. & Bell, E., 2007. *Business research methods*. 2nd ed. Oxford : Oxford University Press.
- Chapman, R. & Styles, I., 2006. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accid Emergency Nursing*, 14, pp.245-49.
- Chen-Chung, M., Michael, E.S. & Judith, W.A., 2003. Factors That Influence Nurses' Job Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 33(5), pp.293-99.
- Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K., 2008. *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας / μετ. Σταύρος Κυρανάκης, Ματίνα Μαυράκη, Χρυσούλα Μητσοπούλου, Παναγιώτα Μπιθάρα, Μάνια Φιλοπούλου*. Αθήνα: Μεταίχμιο:London: Sage.
- Cole, E., 1998. *Violence against nurses. Royal Hospitals NHS*. [Online] Available at: http://www.rhleagueofnurses.org.UK/Education/Nursing_Progress/Issue4/Violence_Prognosis/violence_prognosis.html [Accessed 25 Φεβρουαρίου 2014].
- Collis, J. & Hussey, R., 2003. *Business Research: A Practical Guide for Undergraduate and Postgraduate Students*. 2nd ed. Palgrave Macmillan.
- Davidson, H. et al., 1997. The Effects of Health Care Reforms on Job Satisfaction and Voluntary Turnover Among Hospital-Based Nurses. *Medical Care*, 35(6), pp.634-45.
- Di Mameo, R., 2006. Εισαγωγή στη Ψυχολογία της υγείας Επιστημονική Επιμέλεια Φώτιος Αναγνωστόπουλος. *Ελληνική Γραμματεία Αθήνα*.
- Dunn, H., 2003. Horizontal violence among nurses in the operating room.. *AORN*, 78, pp.977-88.
- Farrell, G., Bobrowski, C. & Bobrowski, P., 2006. Scoping workplace aggression in nursing: Findings from an Australian study. *Adv Nurs*, 55, pp.778-87.
- Fitzpatrick, J., While, A. & Roberts, J., 1999. Shift work and its impact upon nurse performance: current knowledge and research issues. *J Adv Nurs*, (29), pp.18-27.
- Froneberg, B., 2006. National and international response to occupational hazards in the healthcare sector.. *Annals of the New York Academy of Sciences 1076*, pp.607-14.

- Fuchs, C., Boersma, K., Albrechtslund, A. & Sandoval, M., 2012. *Internet and Surveillance. The challenges of Web 2.0 and Social Media*. 1st ed. United Kingdom: Routledge.
- Giovanni, C., 1996. The impact of shift and night work on health. *Appl Ergonom*, (27), pp.9–16.
- Henry, J. & Ginn, G., 2002. Violence prevention in healthcare organizations within a total quality management framework. *Nurse Adm*, 32, pp.479-86.
- Hoyer, W.D. & MacInnis, D.J., 2004. *Consumer Behavior*. 3rd ed. New York: Houghton.
- Hwang, R.L., Lin, T.P., Cheng, M.J. & Chien, J.H., 2007. Patient thermal comfort requirement for hospital environments in Taiwan. *Building and Environment*, 42(8), pp.2980-87.
- ICN, 2006. *International Council of Nurses (ICN). Position Statement: Abuse and violence against nursing personnel, Geneva, Switzerland*. [Online] Available at: <http://www.icn.ch/psviolence00.htm> [Accessed 5 March 2014].
- Jackson, D., Clare, J. & Mannix, J., 2002. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention. *Nurse Management*, 10, pp.13–20.
- Kang, J., 2006. *Urban Sound environment*. London: Taylor & Francis incorporating Spon.
- Karen, D. & Ricky, W.G., 1999. Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature. *Journal of Management*, 25(3), pp.357-84.
- Kelen, G.D. et al., 1992. Infection hepatitis (HbsAg and HCV) in an emergency department patient population: epidemiology and implications for health care personnel. *N Engl J Med*, pp.399-404.
- Kelen, G.D. et al., 1995. Trends in human immunodeficiency virus (HIV) infection among patient population of an inner-city emergency departmentQ Implications for emergency department-based screening programs for HIV infection. *Clinical Infection Dis.*, pp.867-75.
- Konkani, A. & Oakley, B., 2012. Noise in hospital intensive care units—a critical review of a critical topic. *Journal of Critical Care*, 27(5), pp.522.e1-e9.
- Kwok, R. et al., 2006. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med*, 12, pp.6-9.
- Letvak, S. & Buck, R., 2008. Factors Influencing Work Productivity and Intent to stay in Nursing. *Nursing Economics*, 26(3), pp.159-66.
- Lie, J.A., Kjaerheim, K. & Tore, T., 2008. Ionizing radiation exposure and cancer risk among Norwegian nurses. *European Journal of Cancer Prevention*, 17(4), pp.369-75.
- Liu, E.H.C. & Tan, S.M., 2000. Patients perception of sound levels in the surgical suite. *Journal of Clinical Anesthesia*, (12), pp.298-302.

- Maslach, C., 2003. Job burnout: New directions in research and intervention. *American Psychological Society* , 12(8).
- Maslow, A.H., 1968. *Toward a Psychology of Being*. 2nd ed. Van Nostrand Reinhold.
- McCaffery, M. & Ferrell, B., 1995. Nurses knowledge about cancer pain: A survey of five countries. *Journal of pain and symptom management*, 10(5), pp.356-69.
- McLafferty, I., 2004. Focus group interviews as a data collecting strategy. *Journal of Advanced Nursing* , 48(2), pp.187–94.
- McVicar, A., 2003. Workplace stress in nursing: a literature review. *Adv. Nurs.*, 44, pp.633-42.
- Morrison, W.E. et al., 2003. Noise, stress, and annoyance in a pediatric intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(1), pp.113-19.
- Muecke, S., 2005. Effects of rotating night shifts: literature review. *Adv. Nurs*, 50, pp.433-39.
- Nicholls, C., 2011. *The Advantages of using Qualitative Research Methods*. Alexander Technique College. [Online] Available at: http://www.alexander-technique-college.com/files/2011/10/books_articles_qualitative.pdf [Accessed 30 July 2012].
- Paterson, B. & McCosmish, S., 1998. The physical Management of violent behavior. *Psychiatric Care* , 5(6), pp.228-31.
- Poghosian, L., 2008. Cross national exploration of nurse burnout: predictors and consequences in eight countries. *University of Pennsylvania*.
- Poissonnet, C. & Veron, M., 2000. Health effects of work schedules in healthcare professions. *J Clin Nurs*, (9), pp.13-23.
- Poissonnet, C.M. & Veron, M., 2000. Health effects of work schedules in healthcare professions. *Clinical Nurs.*, 9, pp.13-23.
- Rayner, S., 1984. Radiation Hazards in Hospital: A Cultural Analysis of Occupational Risk Perception. *Royal Anthropological Institute News*, (60), pp.10-12.
- Richard, A.P. & Single, H.M., 1996. Methodology Matters-V. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), pp.499-504.
- RNAO, 2008. *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Position Statement. Violence against nurses. "Zero" tolerance for violence against nurses and nursing students.* [Online] Available at: <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=122&ContentID=1647&SiteNodeID=467> (Revised September 2008) [Accessed 10 March 2014].
- Rogers, B., 2007. Health hazard in nursing and health care: An overview. *American Journal of Infection Control*, 25(3), pp.248-61.

- Rowell, P., 2008. *Lateral violence: Nurse against nurse*. American Nurses Association (ANA). [Online] Available at: <http://www.nursingworld.org/mods/mod440/lateralfull.htm> [Accessed 25 February 2014].
- Rutenfranz, J., 1982. Occupational health measures for night and shiftworkers.. *J Hum Ergol* , (11), pp.67–86.
- Tan, C.C., 1991. Occupational health problems among nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* , 17(4), pp.221-30.
- Thomson, H., 2004. *University of British Columbia (UBC) reports 2004*. [Online] Available at: <http://www.publicaffairs.ubc.ca/ubcreports/2004/04mar04/nurse.html> [Accessed 10 March 2014].
- UKCC, 2002. The recognition, prevention and therapeutic management of violence in mental health care, report Prepared for the UKCC. *Health Service Research Department, Institute of Psychiatry* .
- Veenema, T.G., ed., 2012. *Disaster Nursing and Emergency Preparedness: for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards, for Chemical, Biological, and Radiological Terrorism and Other Hazards*. 3rd ed. Springer Publishing Company.
- Vourdias, E., Goudakou, L., Kermenidou, M. & Softa, A., 2012. Composition and production rate of pharmaceutical and chemical waste from Xanthi General Hospital in Greece. *Waste Management*, 32(7), pp.1442-52.
- Whittington, R., 1994. Violence in Psychiatric hospitals, In T.Wykes. *Violence and health care professionals*, pp.23-41.
- Xie, H. & Kang, J., 2009. Relationships between environmental noise and social-economic factors: Case studies based on NHS hospitals in Great London. *Renewable Energy* 34, pp.2044-53.
- Yang, Y. et al., 2007. The effectiveness of a training programme on reducing injuries/sharp object injuries among soon graduate vocational nursing school students in Southern Taiwan.. *J Occup Health.*, 49(5), pp.429-42.
- Αγαθοκλέους, Θ., 2012. Επιπτώσεις του Εργασιακού Στρές στη Σωματική και Ψυχική Υγεία των Νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Πάφου. *Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Πτυχιακή Εργασία*.
- Αδαλή, Ε., 2000. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών, έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. *Νοσηλευτική* , (3), pp.292-97.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ. & Πλατή, Χ., 2000. Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.. *Νοσηλευτική 2000*, (4), pp.313–24.

Αθανάσιος, Μ., 2003. Ασφάλεια και Υγιεινή Εργασίας στους Βιομηχανικούς Χώρους. *ΤΕΙ Κοζάνης - Πτυχιακή Εργασία*.

Αλεξόπουλος, Ε., 2007. *Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία Εργατικών Ατυχημάτων και Επαγγελματικών Ασθενειών των Εργαζομένων στα Νοσοκομεία: Οδηγός για την Εκτίμηση και Πρόληψη του Επαγγελματικού Κινδύνου*. 1st ed. Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

Αντωνίου, Κ. & Βασιλοπούλου, Γ., 2009. Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(1), pp.15-24.

Γ.Σ.Ε.Ε, 2011. Αντιμετώπιση της θερμικής καταπόνησης των εργαζομένων λόγω υψηλών θερμοκρασιών. *ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ υπ' αριθμ. 6*.

Γαμπά, Α., Ζέττα, Γ. & Παπαδοπούλου, Ε., 2012. Μελέτη επίπτωσης και επιπολασμού των παθήσεων των νοσηλευτών του νομού Θεσσαλονίκης. *Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*.

Γείτονα, Μ., 2012. Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας - Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων, 15, pp. 231-233.

Γιαβασόπουλος, Ε., 2007. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 6(4), pp.1-10.

Δεσπότης, Γ., 2004. *Πρακτικός οδηγός εφαρμογής υγιεινής και ασφάλειας εργαζομένων*. Αθήνα: ΕΛΙΝΥΑΕ.

Δημητριάδου, Α., 2008. Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του. *Διδακτορική Διατριβή Ιατρική Σχολή ΑΠΘ*.

Δόνιου, Σ. & Χαριζάνη, Μ., 2008. ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ ΣΕ ΟΛΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΙΣΧΙΟΥ ΚΑΙ ΓΟΝΑΤΟΣ. Ηράκλειο: Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ - ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.

Δρακόπουλος, Β. et al., 2007. *Υγεία και Ασφάλεια στους Χώρους Εργασίας των Νοσοκομείων*. 1st ed. Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.

Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2012. Σχέσεις Δημοσίων Υπαλλήλων Οδηγός Ορθής Διοικητικής Συμπεριφοράς. *Εθνικό Τυπογραφείο*, Απρίλιος.

Εργασίας, Τ.Ε., 2012. *Εκπαιδευτικό Υλικό ένταξης θεμάτων Ασφάλειας και Υγείας στην Εκπαίδευση, Κυπριακή Δημοκρατία*. [Online] Available at: http://www.mlssi.gov.cy/mlssi/dli/dli.nsf/dmlsafety_gr/dmlsafety_gr?opendocument [Accessed 30 January 2014].

- Ζήλλη, Σ., Θωμά, Ε. & Παπαδοπούλου, Κ., 2009. Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας. *Πτυχιακή Εργασία: ΑΛΕΞΑΝΔΕΙΟ Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης*.
- Ιωάννου, Π. & Σουρτζή, Π., 2010. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. *Νοσηλεία και Έρευνα*, 27, pp.36-41.
- Krausz, M. & Koslowsky, M., 1995. Impact of shift work and department type upon strain and attitudinal measures of hospital nurses. *Work Stress*, (9), pp.88-94.
- Καγιαλάρης, Γ., 2004. Μυοσκελετική καταπόνηση Νοσηλευτών. *ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΕΝΟΠΛΩΝ ΔΥΝΑΜΕΩΝ*, 38, pp.113-17.
- Καλμπένης, Δ., 2012. Συσχέτιση άγχους στα εργασιακά πλαίσια με τους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας και με την επαγγελματική ικανοποίηση στο νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα σε στιγμές κρίσης. *Διοίκηση μονάδων υγείας : Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*.
- Κορομπελή, Α., Κτενάς, Ε. & Κικεμένη, Α., 2006. Κυκλικό ωράριο επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*, 1(45), pp.98-106.
- Κωνσταντινίδου, Ε. & Φαναριώτου, Γ., 2007. Διερεύνηση της στελέχωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. pp.1-75.
- Murata, K., Yano, E. & Shinozaki, T., 1999. Impact of shift work on cardio vascular functions in a 10-year follow-up study. *Scand J Work Environ Health*, 25, pp.272-77.
- Μακρή, Μ., 2009. Η επαγγελματική ικανοποίηση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας των δημόσιων Γενικών Νοσοκομείων της Κύπρου. *Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*.
- Μανουσάκη, Ε., 2011. Νοσηλευτική Εργασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον ρόλο και τη θέση τους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Πανεπιστήμιο Κρήτης : Μεταπτυχιακή Εργασία*.
- Μιτής, Μ. & Πρωτοπαπά, Γ., 2012. "Εργασιακό περιβάλλον και υγεία" σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Κύπρου-Συγκριτική διερεύνηση. *Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*.
- Μπρούντλαντ, Χ.Γ., 1999. Γενική Διευθύντρια της Παγκόσμιας Οργάνωσης.
- Παϊκοπούλου, Δ. & Γέραλη, Μ., 2001. Βιολογικοί ρυθμοί στο νοσηλευτικό επάγγελμα: Η ενδογενής επίδραση της μελατο νίνης. *Νοσηλευτική*, (4), pp.28-42.
- Παπαδαντωνάκη, Α., 2012. Το Έργο της Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*, 51(1), pp.7-9.
- Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., 1995. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*.
- Παπαδημητρίου, Μ., Γιαννοπούλου, Β. & Καραγιαννοπούλου, Α., 2002. Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, (3), pp.329-36.

Παπαδοπούλου, Δ., 2009. Βία στο Χώρο Εργασίας του Νοσηλευτικού Προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 48(4), pp.379-87.

Προδρόμου, Μ., 2011. Μελέτη Καταγραφής της Οργανωτικής Κουλτούρας και του βαθμού Ασάφειας και Σύγκρουσης Ρόλων των Νοσηλευτών των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κύπρου. *Μεταπτυχιακή Διατριβή, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου* .

ΤΕΕ, Τ.Ε.Ε., 2005-2008. *Ακτινοβολίες*. [Online] Available at: <http://www.mlsi.gov.cy> [Accessed 10 February 2014].

Τολίκας, Κ., 2010. *Ο ρόλος του Νοσηλευτή στις σύγχρονες μονάδες υγείας*. [Online] Available at: http://nosileutikiparemuasi.blogspot.com/2010/11/blog-post_5286.html [Accessed 15 Γενάρης 2014].

Φιλίππου, Τ., 2007. Ποιοτικές συνθήκες εργασίας - Ασφαλείς νοσηλευτές. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη υγεία των νοσηλευτών. *14ον Παγκόσμιο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής* .

Φουντούκη, Α. & Θεοφανίδης, Δ., 2010. Παράγοντες κινδύνου και ασφάλειας στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών. *Interscientific Health Care*, 2(2), pp.64-72.

Χρυσάφη, Κ., 2001. *Η σημασία του εργασιακού περιβάλλοντος στη ζωή του ανθρώπου - Εκπαιδευτική και Διδακτήριο*.