



**Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο  
Σχολή Κοινωνικών Επιστημών**

**Μεταπτυχιακά Προγράμματα Σπουδών  
«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
«Διερεύνηση ψυχολογικών τάσεων που σχετίζονται με την υγεία στους  
στρατιωτικούς νοσηλευτές»**

**ΓΛΥΚΕΡΙΑ ΠΟΥΡΝΑΡΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

**Αθήνα, Μάιος 2024**

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Πουρνάρα Γλυκερίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



**«Διερεύνηση ψυχολογικών τάσεων που σχετίζονται με την υγεία  
στους στρατιωτικούς νοσηλευτές»**

**ΓΛΥΚΕΡΙΑ ΠΟΥΡΝΑΡΑ**

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:  
«Σπυριδάκης Εμμανουήλ»

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:  
«Ηγουμενίδης Μιχάλης»

Αθήνα, Μάιος 2024

## Διερεύνηση ψυχολογικών τάσεων που σχετίζονται με την υγεία στους στρατιωτικούς νοσηλευτές

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Οι νοσηλευτές γνωρίζουν τη σημασία των συμπεριφορών προαγωγής υγείας, όπως η υγιεινή διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η διαχείριση του άγχους, ο επαρκής ύπνος και η διατήρηση υγιών σχέσεων. Ωστόσο, αυτή η γνώση δεν μεταφράζεται απαραίτητα σε πράξη. Οι πολλές ώρες εργασίας, η υπερφόρτωση εργασίας και οι βάρδιες που σχετίζονται με τη νοσηλευτική πρακτική μπορεί να είναι αγχωτικές και να συμβάλλουν στη δυσaráεσκεια από την εργασία, την εξουθένωση και τις συνέπειες για την σωματική και ψυχική υγεία.

**Σκοπός:** Ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών τάσεων που σχετίζονται με την υγεία στους στρατιωτικούς νοσηλευτές. Συγκεκριμένα να διερευνηθεί η αίσθηση ελέγχου στην υγεία (αν πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι ζήτημα εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων), το αντιλαμβανόμενο άγχος για την υγεία τους και η συνείδηση της υγείας τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με τη χρήση δομημένης συνέντευξης τον Φεβρουάριο του 2024. Προσεγγίστηκαν πέντε στρατιωτικοί νοσηλευτές τριτοβάθμιου στρατιωτικού νοσοκομείου, που εργάζονταν στο νοσοκομείο για τουλάχιστον 1 χρόνο και δεν έπασχαν από διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια. Πραγματοποιήθηκαν πέντε διά ζώσης δομημένες συνεντεύξεις διάρκειας 60 λεπτών. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε επίσης μία φόρμα με δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με επτά ερωτήσεις: 1. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας; 2. Πως αισθάνεστε όταν σκέφτεστε την υγεία σας; 3. Τι πιστεύετε ότι σκέφτονται οι άλλοι για την υγεία σας; 4. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι καθορίζουν την υγεία σας; 5. Τι κάνετε για να διατηρήσετε την υγεία σας; 6. Πως πιστεύετε ότι θα είναι η υγεία σας στο μέλλον; 7. Το επάγγελμα σας πιστεύετε ότι παίζει κάποιο ρόλο στην υγεία σας; Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων και θεματική ανάλυση στις συνεντεύξεις.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμμετείχαν τρεις άνδρες και δύο γυναίκες, με μέση ηλικία τα 35.4 έτη. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών ήταν άγαμοι, χωρίς παιδιά, κανένας δεν είχε προχωρήσει σε μεταπτυχιακές σπουδές και όλοι εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο. Οι συμμετέχοντες είχαν

αντίληψη και συνείδηση της υγείας τους και την αναφέρουν ως επιβαρυνμένη (κόπωση και μυοσκελετικά προβλήματα), μέτρια και καλή με περιθώρια βελτίωσης. Αναφέρουν επίσης άγχος και ανησυχία για την υγεία τους. Όλοι οι νοσηλευτές δήλωσαν πως ο κοινωνικός τους περίγυρος θεωρεί ότι έχουν πολύ καλή κατάσταση υγείας. Η πλειοψηφία τόνισε τη σημασία σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων για την υγεία. Ήτοι εσωτερικοί παράγοντες όπως να εφαρμόζουν σωστές συμπεριφορές υγείας (άθληση, σωστή διατροφή, αποφυγή καταχρήσεων) και ταυτόχρονα η οργάνωση χρόνου, η ψύχραιμη διαχείριση καταστάσεων και η αποφυγή του στρες. Άρα έχουν αυξημένη εσωτερική αίσθηση ελέγχου στην υγεία τους. Ο κυριότερος εξωτερικός παράγοντας που επηρεάζει την υγεία τους θεωρείται η εργασία τους ως νοσηλευτές και η επακόλουθη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση. Έχοντας συνείδηση της κατάστασης της υγείας τους και της εργασίας τους, κάποιοι θεωρούν ότι η υγεία τους είναι και θα παραμείνει καλή και άλλοι ότι θα παραμείνει σταθερή ή θα χειροτερέψει.

**Συμπεράσματα:** Οι συμμετέχοντες στρατιωτικοί νοσηλευτές φάνηκε να έχουν συνείδηση της κατάστασης της υγείας τους και της εργασίας τους, άγχος υγείας και έχουν αυξημένη εσωτερική αίσθηση ελέγχου στην υγεία τους. Αν και ορισμένες μελέτες για την υγεία των νοσηλευτών υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν εφαρμόζουν αυτοφροντίδα ή θετικές συμπεριφορές υγείας, οι συμμετέχοντες επιδεικνύουν το αντίθετο. Οι ατομικές τάσεις είναι σημαντική πτυχή της κατανόησης της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία, και η μελέτη τους είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας και τη συμμόρφωση με τις συνιστώμενες πρακτικές υγείας. Οι βασικές αρχές της ολιστικής φροντίδας του ασθενή θα πρέπει να ενσωματώνονται και στην αυτοφροντίδα του νοσηλευτή.

**Λέξεις-κλειδιά:** ψυχολογικές τάσεις, συμπεριφορές υγείας, προαγωγή υγείας, στρατιωτικοί νοσηλευτές, ποιοτική ανάλυση

## Investigation of health-related psychological trends in military nurses

### ABSTRACT

**Introduction:** Nurses know the importance of health-promoting behaviors such as healthy eating, physical activity, managing stress, getting enough sleep, and maintaining healthy relationships. However, this knowledge does not necessarily translate into action. Long working hours, work overload and shift work associated with nursing practice can be stressful and contribute to job dissatisfaction, burnout and physical and mental health consequences.

**Purpose:** The investigation of health-related psychological trends in military nurses. Specifically to investigate the health locus of control (whether they believe that their health is a matter of external or internal factors), perceived health anxiety and their health consciousness.

**Material-Methods:** A qualitative study was conducted using a structured interview in February 2024. Five military nurses of a tertiary military hospital, who had been working at the hospital for at least 1 year and did not suffer from a diagnosed mental illness, were approached. Five 60-minute semi-structured interviews were conducted. A form with demographic and occupational information was also used. The interview was conducted with seven questions: 1. how would you characterize your health? 2. How do you feel when you think about your health? 3. What do you think other people think about your health? 4. What factors do you think determine your health? 5. What do you do to maintain your health? 6. How do you think your health will be in the future? 7. Do you think your occupation plays a role in your health? Descriptive statistics were used to analyze the demographic data and thematic analysis for the interviews.

**Results:** Three men and two women participated in the study, with an average age of 35.4 years. The majority of nurses were not married, without children; none had progressed to post-graduate studies and all worked on a rotating schedule. The participants had a perception and awareness of their health and report it as burdened (fatigue and musculoskeletal problems), moderate and good with room for improvement. They also report anxiety and worry about their health. All the nurses stated that their social environment considers them to be in a very good health. The majority emphasized the importance of physical and psychological factors for health. That is, internal factors such as implementing correct health behaviors (exercise, proper diet, avoiding

abuses) and at the same time organizing time, managing situations calmly and avoiding stress. So they have an increased internal locus of control over their health. The main external factor affecting their health is considered to be their work as nurses and the resulting physical and psychological burden. Being aware of the state of their health and work, some believe that their health will remain good and others that will remain stable or worsen.

**Conclusions:** Participating military nurses showed health and work status awareness, health anxiety, and have an increased internal locus of control over their health. Although some studies of nurses' health suggest that nurses often do not practice self-care or positive health behaviors, participants demonstrate the opposite. Individual tendencies are an important aspect of understanding health-related behavior, and their study is crucial to promoting preventive health behaviors and adherence to recommended health practices. The basic principles of holistic patient care should be also integrated into the nurse's self-care.

**Keywords:** psychological trends, health behaviors, health promotion, military nurses, qualitative analysis

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT .....	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	15
1.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΑΣ .....	15
1.2 ΤΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΞΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ .....	22
2.1 ΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ .....	22
2.2 ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	28
2.3 Ο ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ .....	35
3.1 Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	35
3.2 Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ .....	37
3.3 Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.....	38
3.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ .....	44
3.5 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ....	46
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ .....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	50
4.1 ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	50
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	54
5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	54
5.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 <sup>ο</sup> : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	67
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	70
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	70
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου κο Σπυριδάκη για τη βοήθεια, την καθοδήγηση και την κατανόηση του κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας. Επίσης την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την υποστήριξη, κατανόηση και βοήθεια τους κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εργαζόμενος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι αυτός που παρέχει φροντίδα και υπηρεσίες σε ασθενείς ή υγιείς ανθρώπους είτε άμεσα ως ιατροί και νοσηλευτές είτε έμμεσα ως βοηθητικό προσωπικό, τεχνικοί εργαστηρίων ή ακόμα και ως χειριστές νοσοκομειακών απορριμμάτων. Υπάρχουν περίπου 59 εκατομμύρια εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας σε όλο τον κόσμο. Αναγνωρίζοντας τον ζωτικό ρόλο που διαδραματίζουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ως «η πιο πολύτιμη πηγή για την υγεία», ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε τα έτη 2006 έως 2015 ως «Η δεκαετία του ανθρώπινου δυναμικού για την υγεία» (Joseph & Joseph, 2016).

Άραγε απολαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας καλή υγεία; Αυτοί οι εκατομμύρια εργαζόμενοι που μοχθούν καθημερινά για να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη στον ασθενή πληθυσμό; Με άλλα λόγια, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας είναι πιο υγιείς από τους ασθενείς τους; Όπως εκείνοι που φροντίζουν καθημερινά τους ασθενείς και τους τραυματίες, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης συχνά θεωρείται ότι έχουν «ανοσία» και ανθεκτικότητα σε τραυματισμούς ή ασθένειες. Ιδανικά, το ίδιο το γεγονός ότι οι μονάδες υγείας είναι στη διάθεσή τους θα έκανε κάποιον να το πιστέψει. Ωστόσο, η εικόνα δεν είναι τόσο ρόδινη ή ιδανική όσο φαίνεται... Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα από τα πιο επικίνδυνα περιβάλλοντα για εργασία. Οι εργαζόμενοι σε αυτόν τον κλάδο εκτίθενται συνεχώς σε μια σύνθετη ποικιλία κινδύνων για την υγεία και την ασφάλεια κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Οι κίνδυνοι κυμαίνονται από βιολογική έκθεση σε οργανισμούς που προκαλούν ασθένειες όπως η φυματίωση και ο ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) ή η έκθεση σε χημικές ουσίες όπως η γλουταραλδεϋδη και το διοξείδιο του αιθυλενίου. Εκτός από φυσικούς κινδύνους όπως η έκθεση σε ακτινοβολία και θόρυβο, υπάρχουν και εργονομικά ζητήματα όπως η άρση βαρών και η παρατεταμένη ορθοστασία και το κυλιόμενο ωράριο. Οι πολλές ώρες εργασίας και η εργασία με βάρδιες αυξάνουν το άγχος της εργασίας.

Ένας εργαζόμενος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται προστασία από αυτούς τους κινδύνους στο χώρο εργασίας, όπως και κάθε άλλη κατηγορία εργαζομένων, όπως οι ανθρακωρύχοι ή οι εργαζόμενοι στις κατασκευές. Η Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία 2006 –

Working Together for Health – ανέφερε σοβαρή έλλειψη εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, ειδικά σε 57 χώρες, κυρίως στην Αφρική και την Ασία. Ο φόβος της προσβολής μολυσματικών ασθενειών είναι κυρίως υπεύθυνος για τα υψηλά ποσοστά φθοράς μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Επίσης, σε μια έκθεση που δημοσιεύτηκε από τον ΠΟΥ, η επιβάρυνση της υγείας που προκαλείται από διαδερμικούς τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας βρέθηκε να είναι τρία εκατομμύρια ετησίως. Επιπλέον, το 40% της ηπατίτιδας B, το 40% της ηπατίτιδας C και το 4,4% του HIV μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας οφείλονταν σε τραυματισμούς από βελόνα. Είναι πολύ λυπηρό το γεγονός ότι περίπου 1000 εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας πεθαίνουν ετησίως από τον επαγγελματικό HIV, ο οποίος μπορεί και έπρεπε να είχε προληφθεί. Παρόλα αυτά, σχεδόν το 80% των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παραμένει μη ανοσοποιημένος (κατά της ηπατίτιδας B) σε πολλά μέρη του κόσμου. Ένα άλλο παράδειγμα σοβαρού επαγγελματικού κινδύνου θα ήταν αυτό της φυματίωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Στην προ-αντιβιοτική εποχή, υπήρχαν αρκετοί επαγγελματίες υγείας που έπεσαν θύματα της νόσου, ωστόσο, με την εμφάνιση των αντιβιοτικών, οι αριθμοί αυτοί μειώθηκαν σημαντικά. Τώρα, ωστόσο, βρίσκουμε μια αναζωπύρωση στον αριθμό των περιπτώσεων μόλυνσης και ασθένειας από φυματίωση, ειδικά μεταξύ τεχνικών, παθολογοανατόμων και ιατρών. Οι λόγοι για αυτό ποικίλλουν και κυμαίνονται από τη μεγάλη έκθεση στο παθογόνο στο χώρο εργασίας έως τα ανεπαρκή μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων που εφαρμόζονται στα νοσοκομεία και τα εργαστήρια. Ωστόσο, αυτή η τάση δεν περιορίζεται μόνο στις μολυσματικές ασθένειες. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι καλύτερα από τον γενικό πληθυσμό όταν πρόκειται για μη μεταδοτικές ασθένειες όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, καθώς και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Καπνίζουν, καταναλώνουν αλκοόλ και πρόχειρο φαγητό, κοιμούνται ακανόνιστα και δεν κάνουν σωματική άσκηση παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν τους κινδύνους για την υγεία που ενέχουν αυτές οι συμπεριφορές υγείας (Joseph & Joseph, 2016 Faller, Bin Miskam & Pereira, 2018).

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί ερευνητές έχουν αρχίσει να εξετάζουν τον αντίκτυπο των τάσεων της προσωπικότητας των ανθρώπων στη σωματική τους υγεία. Οι άνθρωποι, περιστασιακά, βιώνουν προβλήματα και απογοητεύσεις με την υγεία τους (Dunn & Ondercin, 1981). Πολλές φορές οι πηγές από αυτά τα προβλήματα οφείλονται σε ιδιαίτερες τάσεις και προσανατολισμούς προσωπικότητας που σχετίζονται με την υγεία και τη φυσική τους

κατάσταση. Υπό αυτή την έννοια, η προσωπικότητα είναι μία σημαντική πτυχή της σωματικής ευεξίας και υγείας των ανθρώπων. Ωστόσο, όχι όλες οι πτυχές της προσωπικότητας τείνουν να συνδέονται αρνητικά με τη σωματική υγεία, ορισμένες από αυτές συμβάλλουν με θετικό τρόπο στη σωματική υγεία και φυσική κατάσταση (Snell και συν., 1991).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, αν και γνωρίζει τη σημασία των δραστηριοτήτων που προάγουν την υγεία, η γνώση αυτή φαίνεται να μην εξασφαλίζει απαραίτητα την αυτοφροντίδα των υγειονομικών. Ανάμεσα στους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία είναι οι αντιλήψεις και οι ανησυχίες για την υγεία (Hwang & Oh, 2020). Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν διπλό αντίκτυπο στη συμπεριφορά υγείας. Πρώτον αρνητικό, έχοντας ενισχυτική επίδραση στην υιοθέτηση επιβλαβών συνηθειών και συμπεριφορών που προκαλούν δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία. Δεύτερον, θετική επίδραση μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής και διαμόρφωσης συστημάτων πεποιθήσεων που προάγουν την ύπαρξη υγείας (Bray και συν., 2018).

Οι νοσηλευτές γνωρίζουν τη σημασία των συμπεριφορών προαγωγής υγείας, όπως η υγιεινή διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η διαχείριση του άγχους, ο επαρκής ύπνος και η διατήρηση υγιών σχέσεων. Ωστόσο, αυτή η γνώση μπορεί να μην μεταφραστεί σε αυτοφροντίδα των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές μπορεί να μην ακολουθούν τις συνιστώμενες οδηγίες για σωματική δραστηριότητα και σωστή διατροφή. Οι πολλές ώρες, η υπερφόρτωση εργασίας και η εργασία σε βάρδιες που σχετίζονται με τη νοσηλευτική πρακτική μπορεί να είναι αγχωτικές και να συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια από την εργασία, την εξουθένωση και τις συνέπειες για την υγεία, όπως η παχυσαρκία και οι διαταραχές ύπνου (Ross και συν., 2018).

Στη χώρα μας, το σύστημα υγείας έχει υποστεί πολλά «χτυπήματα» από το 2008 με τη διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση έως και το 2019 με την πανδημία του COVID19. Το σύστημα υγείας όπως και όλα οι δημόσιοι και ιδιωτικοί οργανισμοί κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν πρωτόγνωρες και δύσκολες καταστάσεις. Οι οικονομικοί πόροι αλλά και οι ανθρώπινοι πόροι περιορίστηκαν ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, και η συνολική κατάσταση της χώρας επιβάρυνε περαιτέρω τη λειτουργία των μονάδων υγείας και δυσχέρανε την παροχή του ήδη απαιτητικού και επίπονου έργου των δημόσιων και στρατιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Αυτά οδήγησαν σε επιπλέον σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση του προσωπικού και τα φαινόμενα της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού στρες ήταν και είναι συχνά.

Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας δεν ασκούνε πάντα αυτό που κηρύττουνε και σίγουρα η υγεία των εργαζομένων πρέπει να τεθεί σε πρώτο πλάνο, καθώς δεν μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα υγείας, εάν δεν είναι και οι ίδιοι υγιείς. Το ζήτημα παραμένει πάντα το ίδιο της «ασφάλειας» πρώτα για τους επαγγελματίες υγείας (Valls και συν., 2007).

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας, ως οργανωμένο θεσμικό πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τον ελληνικό πληθυσμό, δημιουργήθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, με το νόμο 1397/1983 (Α' 143), με τίτλο «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Στο άρθρο 1 αναφέρεται : *«1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας...»*. Αυτό υποδεικνύει το δημόσιο χαρακτήρα του το ελληνικού συστήματος υγείας και άρα υποδηλώνει και την δημόσια παροχή των οικονομικών πόρων για τη λειτουργία του (Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, 2017).

Το σύστημα υγείας αποτελείται οργανωτικά από πολλές και διαφορετικές δομές, καθεμιά από τις οποίες συνεισφέρει στην υγεία των πολιτών στο πλαίσιο προκαθορισμένων αρμοδιοτήτων. Η δημιουργία και η θεσμική κατοχύρωση του ελληνικού συστήματος υγείας έχει διττό χαρακτήρα, αποτελώντας ταυτόχρονα δικαίωμα για τους πολίτες, αλλά και υποχρέωση για το κράτος (Βελονάκη & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2006). Το κράτος έχει επίσης την υποχρέωσή για προσφορά υπηρεσιών υγείας όχι μόνο μέσα από τη λειτουργία δημόσιων δομών υγείας, αλλά και μεταβιβάζοντας αρμοδιότητες και δράσεις σε ιδιωτικούς φορείς. Ωστόσο, το δημόσιο τμήμα των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερο σε σχέση με το αντίστοιχο του ιδιωτικού τομέα, καθώς οι δημόσιες μονάδες υγείας ανευρίσκονται σε όλες τις περιοχές της ελληνικής επικράτειας, χρηματοδοτούμενες απευθείας από τον προϋπολογισμό του Ελληνικού κράτους (Pappa & Niakas, 2006). Οι ιδιωτικές μονάδες υγείας από την άλλη λειτουργούν παράλληλα με τις δημόσιες, προσφέροντας υπηρεσίες υγείας σε μικρότερο χρόνο αλλά και σε σημαντικό κόστος. Η χρήση τους είναι αρκετά διαδεδομένη στην Ελλάδα. Λαμβάνουν όμως και κρατική χρηματοδότηση στο πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, με τη μορφή πληρωμών από δημόσιους οργανισμούς, όπως ο Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) (Μητροσύλη, 2009).

Επιπρόσθετα, το ελληνικό σύστημα υγείας ακολουθεί και το πρότυπο των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας, όπως έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, υιοθετώντας μια αποκεντρωμένη λογική για τη διάρθρωσή του. Το σύνολο του συστήματος υγείας είτε κεντρικά είτε περιφερειακά, βρίσκεται υπό τον γενικό έλεγχο και εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε 7 υγειονομικές περιφέρειες (Υ.Π.Ε), καθεμιά από τις οποίες είναι αυτοτελώς υπεύθυνη για τη λειτουργία και τις δομές της. Ένα δημόσιο νοσοκομείο, βρίσκεται τουλάχιστον στην πρωτεύουσα κάθε νομού της χώρας. Το δημόσιο νοσοκομείο έχει νομική και διοικητική αυτοτέλεια και θεσμικά αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.). Με τον τρόπο αυτό, κάθε νοσοκομείο αποτελεί μονάδα άσκησης της δημόσιας πολιτικής υγείας, αλλά ταυτόχρονα περιλαμβάνεται στους φορείς της δημόσιας εξουσίας, αφού ανήκει στους οργανισμούς της Γενικής Κυβέρνησης (Τούντας και συν., 2020).

Με βάση το άρθρο 5 του νόμου 1397/1983, «...*Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς...*». Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη αποτελεί την πιο άμεσης πρόσβασης περίθαλψη των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. Η πρόσβαση σε αυτή γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένες μονάδες υγείας, δημοσίου (κέντρα υγείας, τοπικές μονάδες υγείας) ή ιδιωτικού χαρακτήρα (ιατρεία νοσοκομείων ή ιδιωτών γιατρών), ενώ γίνεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να παρέχεται κατ'οίκον. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αφορά την φροντίδα ασθενών και υγιών ατόμων και στοχεύει στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των νοσημάτων και καταστάσεων υγείας, την αποκατάσταση των ασθενών, την αντιμετώπιση και παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2008).

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη, έπεται και της πρωτοβάθμιας όταν αυτή αδυνατεί να προσφέρει τη κατάλληλη φροντίδα υγείας. Όταν ένα άτομο νοσεί από σοβαρή κατάσταση ή τραυματιστεί σοβαρά ή αντιμετωπίζει απειλητική κατάσταση για την υγεία του, τότε χρήζει δευτεροβάθμιας διαχείρισης. Αυτή η φροντίδα δεν εναπόκειται μόνο σε έναν εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας, αλλά απαιτεί την συμμετοχή περισσότερων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, όπως ιατρών πολλών ειδικοτήτων, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας και χρήζει πολλών ιατρικών διαδικασιών, παρεμβάσεων και παρακλινικών εξετάσεων. Η δευτεροβάθμια φροντίδα ταυτίζεται με την νοσοκομειακή περίθαλψη, κάτι που ενισχύεται από



το γεγονός ότι ο ασθενής που εντάσσεται σε αυτή θα νοσηλευτεί στους χώρους του νοσοκομείου για περισσότερες από 24 ώρες (Κορωνιώτης, 2016).

Η τελευταία βαθμίδα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι η τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Η χρήση αυτής της βαθμίδας στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας ξεκινά στις περιπτώσεις όπου η διαχείριση ενός ασθενούς ή μιας κατάστασης που αφορά σε περισσότερους ασθενείς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο των δύο προηγούμενων βαθμίδων περίθαλψης. Στις περιπτώσεις αυτές, τα συμπτώματα του ασθενούς ή των ασθενών), η γενική κλινική τους εικόνα ή επίδραση της νόσου στον οργανισμό τους είναι τόσο έντονη, που η αντιμετώπισή της απαιτεί ιδιαίτερα εξειδικευμένες παρεμβάσεις και την αξιοποίηση τεχνολογικών και τεχνικών μέσων, που δεν είναι διαθέσιμα ευρέως στο κοινό. Για το λόγο αυτό, η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται μόνο σε εξειδικευμένες μονάδες υγείας ήτοι εξειδικευμένες κλινικές ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Η τριτοβάθμια περίθαλψη ταυτίζεται με την πιο σύγχρονη φροντίδα υγείας καθώς περιλαμβάνει πρωτότυπη έρευνα και καινοτόμες ιατρικές μεθόδους με τη χρήση του πλέον σύγχρονου και προηγμένου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και φαρμάκων. Άρα, η τριτοβάθμια περίθαλψη είναι ιδιαίτερα δαπανηρή και κοστοβόρα (Τούντας και συν., 2020).

Η κατάλληλη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό προϋποθέτει την συνύπαρξη τριών παραγόντων, α) μεγάλου αριθμού εξειδικευμένου προσωπικού, β) εξασφάλιση σύγχρονου εξοπλισμού και γ) αξιοποίηση ασφαλών και αποτελεσματικών φαρμάκων. Αυτοί οι παράγοντες ανεβάζουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας αλλά ταυτόχρονα ανεβάζουν την υγεία του πληθυσμού με καλύτερες και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Δυστυχώς, στην Ελλάδα, την τελευταία δεκαετία αυτοί οι παράγοντες έχουν εκλείψει σημαντικά, με την οικονομική κρίση που οδήγησε σε δραστικές περικοπές τις δημόσιες δαπάνες σε όλους τους τομείς (Αδάμ & Τελώνη, 2015). Παρά τις οικονομικές περικοπές, δημιουργήθηκε το 2011 ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης ανέλαβε το βάρος της χρηματοδότησης των παροχών υγείας προς τους πολίτες για λογαριασμό του κράτους. Παρόλα αυτά, οι δραστικές περικοπές των κονδυλίων στο χώρο της ασφάλισης και της υγείας δεν επέτρεψαν στο φορέα αυτό να επιτελέσει ολόκληρο το έργο του (Μπρούμα & Μούρτου, 2016).

Σημαντική συμβολή στη δημόσια υγεία είναι η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) το 2019. Όπως αναφέρει ο ιδρυτικός του νόμος 4600/2019, «ο ΕΟΔΥ καλείται να διαδραματίσει επιτελικό ρόλο στο χώρο της υγείας, συντονίζοντας την παροχή υπηρεσιών και των τριών βαθμίδων περίθαλψης και αναζητώντας προς εφαρμογή καλές πρακτικές και σύγχρονες μεθοδολογίες υγείας από το χώρο της έρευνας από την Ελλάδα και το εξωτερικό». Καθώς η Ελλάδα έβγαινε από τη μακροχρόνια περίοδο της βαθιάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, με το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να έχει φτάσει στο χείλος της κατάρρευσης, έλαβε χώρα η πανδημία COVID19 (Φεβρουάριος – Μάρτιος 2020). Έτσι, δεκατρία νοσοκομεία ορίστηκαν ως νοσοκομεία αναφοράς για την αντιμετώπιση κρουσμάτων COVID19. Επίσης, διάφορες κλινικές έκλεισαν και είτε προορίστηκαν για την αποκλειστική φροντίδα ασθενών με COVID19 είτε μετατράπηκαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι λοιπές υπηρεσίες υγείας, οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις και τα ραντεβού σε νοσοκομεία ιατρεία ακυρώθηκαν, ενώ δεκτά στα νοσοκομεία γίνονταν μόνο έκτακτα περιστατικά. Αυτό οδήγησε σε σημαντική αύξηση περιστατικών, που δεν μπορούσαν να εξυπηρετηθούν από τα νοσοκομεία. Επιπλέον, η μερική αναστολή της τακτικής λειτουργίας του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μαζί με μια σειρά από ιδιωτικά ιατρεία που αναγκάστηκαν να κλείσουν λόγω ανεπαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού για τη συνέχιση της λειτουργίας τους, ολοκλήρωσε την υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες (Giannopoulou & Tsobanoglou, 2020).

## **1.2 ΤΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Τα στρατιωτικά νοσοκομεία (ΣΝ) είναι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που ανήκουν στις Ένοπλες Δυνάμεις (ΕΔ) και χαρακτηρίζονται από οργάνωση, συγκρότηση και η λειτουργία τους βασίζεται στους στρατιωτικούς κανονισμούς. Τα ΣΝ αποτελούν τους βασικούς φορείς παροχής υγειονομικής φροντίδας και υποστήριξης στις ΕΔ στους οποίους συμπεριλαμβάνεται το σύνολο των ιατρικών και λοιπών υγειονομικών δραστηριοτήτων καθώς των συναφών υπηρεσιών που απαιτείται να παρέχονται και να υλοποιούνται ώστε να διατηρείται, να βελτιώνεται, να αποκαθίσταται και να επαναξιολογείται η σωματική ή ψυχική υγεία του στρατιωτικού προσωπικού. Στις ΕΔ τα ΣΝ είναι κομβικοί τομείς της Διοικητικής

Μέριμνας (ΔΜ) του προσωπικού. Η εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας τους, είναι καθοριστικής σημασίας για την διατήρηση των επιχειρησιακών δυνατοτήτων και της επιχειρησιακής ετοιμότητας του στρατιωτικού προσωπικού. Η λειτουργική εποπτεία των ΣΝ υπάγεται στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας (ΥΠΕΘΑ) και συγκεκριμένα στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Υγειονομικού (ΔΥΓ) του εκάστοτε κλάδου των ΕΔ (δηλ ΔΥΓ του Γενικού Επιτελείου Στρατού, Γενικού Επιτελείου Ναυτικού, Γενικού Επιτελείου Αεροπορίας), σε αντίθεση με τα υπόλοιπα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας που υπάγονται στις αρμοδιότητες των ΥΠΕ του Υπουργείου Υγείας.

Η αποστολή των ΣΝ σε περιόδους ειρήνης είναι η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υγείας και νοσηλείας στο στρατιωτικό προσωπικό και στους λοιπούς δικαιούχους, η εκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού καθώς και η εκπαίδευση πολιτικών ιατρών και νοσηλευτών διαφόρων ειδικοτήτων για την απόκτηση ιατρικής και νοσηλευτικής ειδικότητας μετά από έγκριση του Υπουργείου Υγείας. Τα στρατιωτικά νοσοκομεία εκτελούν ιατρικές πράξεις, διαγνωστικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, ασκούν προληπτική ιατρική σε μείζονα θέματα που αφορούν το προσωπικό τους, διεξάγουν κλινικές και εργαστηριακές μελέτες, σχεδιάζουν και εκτελούν ερευνητικά προγράμματα με θέματα ιατρικού και νοσηλευτικού ενδιαφέροντος με σκοπό την προαγωγή του επιστημονικού επιπέδου, την διερεύνηση και επίλυση προβλημάτων, συνεργάζονται με ερευνητικά κέντρα του εσωτερικού αλλά και του εξωτερικού για την εκπόνηση επιστημονικών ερευνητικών εργασιών που δημοσιεύονται σε επιστημονικά περιοδικά, εφαρμόζουν εκπαιδευτικά προγράμματα και παράλληλα διοργανώνουν ημερίδες, σεμινάρια και πολυθεματικά συνέδρια. Ο ρόλος και η λειτουργία των ΣΝ σε περίοδο εμπόλεμων στρατιωτικών επιχειρήσεων καθορίζεται από στρατιωτικούς κανονισμούς ενώ σε τακτά χρονικά διαστήματα συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές ασκήσεις με στόχο την αξιολόγηση της ετοιμότητάς τους σε προσωπικό, υλικά και μέσα.

Το πρώτο στρατιωτικό νοσοκομείο ήταν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών που η κατασκευή του ολοκληρώθηκε το 1836. Αποτέλεσε σημείο αναφοράς για τη δημόσια υγεία και περίθαλψη και είναι άμεσα συνυφασμένο με την ιστορία του υγειονομικού σώματος του Ελληνικού Στρατού κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα και τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ο πρώτος επικεφαλής της υγειονομικής υπηρεσίας που ιδρύθηκε το 1836 ήταν ο Αρχίατρος Ερρίκος Τράιμπερ (Πολυζώης, 1997). Οι στρατιωτικοί ιατροί που στελέχωσαν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών συνέβαλαν καθοριστικά στη θεμελίωση και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης στην Ελλάδα προσφέροντας

πολλαπλό υγειονομικό και επιστημονικό έργο στην εκπαίδευση νέων γιατρών και νοσηλευτών, καθώς διαδραμάτισε και εκπαιδευτικό ρόλο ως κομμάτι της Ιατρικής Σχολής Αθηνών (Κωνσταντίνου, 2009).

Τα ΣΝ στελεχώνονται από στρατιωτικό προσωπικό όλων των στρατιωτικών βαθμών (αξιωματικοί, ανθυπασπιστές, υπαξιωματικοί, οπλίτες) και από πολιτικό προσωπικό. Το στρατιωτικό προσωπικό περιλαμβάνει όλες τις επαγγελματικές κατηγορίες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του και διακρίνεται σε ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Ο συντονισμός και ο έλεγχος των ενεργειών του προσωπικού καθορίζεται από την Ιεραρχία του έκαστου ΣΝ που αποτελείται από τον/τη Διευθυντή/-ρια/Διοικητή του, τον/την Υποδιευθυντή/-ρια, Υποδιοικητή και Διευθυντή/-ρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και αντίστοιχα από τους Τομεάρχες και Τμηματάρχες των Τομέων - Τμημάτων του Υποδιευθυντή, τους/τις Διευθυντές/-ριες των Διευθύνσεων - Τμημάτων του Υποδιοικητή και τους Τομεάρχες και Προϊσταμένους/-ες Νοσηλευτικών Μονάδων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Η επιλογή και τοποθέτηση στελεχών στις υψηλόβαθμες διοικητικές θέσεις γίνεται από τα αντίστοιχα Γενικά Επιτελεία του Στρατού Ξηράς, της Πολεμικής Αεροπορίας και του Πολεμικού Ναυτικού σύμφωνα με τα καθήκοντα, τις αρμοδιότητες και τις υποχρεώσεις όπως ειδικότερα προβλέπονται στους στρατιωτικούς κανονισμούς.

Στο Στρατό Ξηράς (ΣΞ) ανήκουν τα Νοσοκομεία: 401 ΓΣΝΑ στην Αθήνα, το 414 ΣΝΕΝ στην Πεντέλη, το 424 ΓΣΝΕ στη Θεσσαλονίκη, το 404 ΓΣΝ στη Λάρισα, το 492 ΓΣΝ στην Αλεξανδρούπολη, το 411 ΓΣΝ στην Τρίπολη, το 412 ΓΣΝ στην Ξάνθη και το 417 ΝΙΜΤΣ στην Αθήνα. Στο Πολεμικό Ναυτικό ανήκει το ΝΝΑ στην Αθήνα, το ΝΝΣ στην Σαλαμίνα και το ΝΝΚ στην Κρήτη. Στην Πολεμική Αεροπορία ανήκει το 251 ΓΝΑ στην Αθήνα (Κωνσταντίνου, 2009).

Το υγειονομικό προσωπικό των ΣΝ, ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί, οδοντίατροι και ψυχολόγοι είναι απόφοιτοι των Ανώτατων Στρατιωτικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΣΕΙ), της Στρατιωτικής Σχολής Αξιωματικών Σωμάτων (ΣΣΑΣ) και της Σχολής Αξιωματικών Νοσηλευτικής (ΣΑΝ). Η εκπαίδευση των στελεχών των Ενόπλων Δυνάμεων βασίζεται κυρίως στην καλλιεργημένη πειθαρχία και περιλαμβάνει μεγάλη γκάμα ασκήσεων που εκτελούνται καθημερινά, είτε σε τακτά χρονικά διαστήματα. Μερικά παραδείγματα ασκήσεων που ενισχύουν την πειθαρχία και τη συγκέντρωση, αποτελούν οι ασκήσεις εκτέλεσης ακριβείας και

συγχρονισμού των κινήσεων, οι ασκήσεις συγχρονισμού βημάτων, οι ασκήσεις εκτέλεσης παραγγελμάτων και οι ασκήσεις ακινησίας (Κορώσης, 1986· ΕΕ 174 – 1/2005· ΠΔ 3-22/2015).

Το λοιπό βοηθητικό προσωπικό των ΣΝ, βοηθοί νοσηλευτών, τραυματιοφορείς ή λοιπό υγειονομικό προσωπικό, φυσικοθεραπευτές, τεχνολόγοι εργαστηρίων είναι Εθελοντές/τριες Μακράς Θητείας (ΕΜΘ) ή Επαγγελματίες Οπλίτες (ΕΠΟΠ), που προσλαμβάνονται με προκήρυξη και λαμβάνουν στρατιωτική εκπαίδευση, αντίστοιχη των στρατιωτικών σχολών, αρκετά μικρότερης διάρκειας. Οι διοικητικές και τεχνικές θέσεις στελεχώνονται κυρίως από στρατιωτικό προσωπικό απόφοιτων στρατιωτικών σχολών και από μόνιμο πολιτικό προσωπικό που προσλαμβάνεται με προκήρυξη.

Το δικαίωμα νοσηλείας στα ΣΝ καταλαμβάνει εκτός του εν ενεργεία και εν αποστρατεία στρατιωτικού προσωπικού των ΕΔ, και άλλες κατηγορίες πολιτών όπως τα μέλη οικογενείας στρατιωτικού προσωπικού, οι πολιτικοί υπάλληλοι, τα στελέχη των σωμάτων ασφαλείας και λοιπούς έμμεσους δικαιούχους οι οποίοι είναι ασφαλισμένοι σε άλλα ταμεία περίθαλψης. Οι δικαιούχοι νοσηλείας και οι προϋποθέσεις καθορίζονται με κοινές υπουργικές αποφάσεις του ΥΠ.ΕΘ.Α και Υπουργείου Υγείας ενώ με το αρ. 13 Ν. 4609/2019 ορίστηκε πρόσφατα ότι υπαγόμενοι σε οποιαδήποτε κατηγορία δικαιούχων περίθαλψης στα στρατιωτικά νοσοκομεία και των τριών κλάδων των Ενόπλων Δυνάμεων, συμπεριλαμβανομένου του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού (ΝΙΜΤΣ), οι οποίοι δεν είναι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι ή είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα ασφαλιστικών φορέων, αλλά έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους κάλυψη, νοσηλεύονται σε αυτά δωρεάν και δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψης και εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία από αυτά. Να σημειωθεί ότι το προσωπικό των ΕΔ και οι οικογένειές τους καλύπτονται από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ για εξετάσεις, επεμβάσεις ή άλλες δραστηριότητες που δεν προσφέρονται στα στρατιωτικά νοσοκομεία (π.χ. καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, εξετάσεις πυρηνικής ιατρικής, μαιευτικά περιστατικά κ.ο.κ.).

Επιπλέον, υπάρχει μια συνεχιζόμενη υποστήριξη και συνεργασία μεταξύ των δημόσιων και των ΣΝ, στον τομέα της εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού. Άλλωστε οι φοιτητές της ΣΣΑΣ εκπαιδεύονται στην ιατρική, οδοντιατρική, φαρμακευτική, ή κτηνιατρική σχολή της Θεσσαλονίκης και τις πανεπιστημιακές της κλινικές ενώ οι φοιτητές της ΣΑΝ φοιτούν στην νοσηλευτική σχολή του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Σημαντική είναι και η συνεισφορά των ΕΔ και του ειδικά εκπαιδευμένου στρατιωτικού υγειονομικού προσωπικού στον τομέα των αεροδιακομιδών, των διασώσεων και των μαζικών καταστροφών.

Άρα είναι αναγκαιότητα, η λειτουργία των ΣΝ με σύγχρονο και λειτουργικό εξοπλισμό και πλήρη στελέχωση καθώς δεν καλύπτουν μόνο τις ανάγκες των ΕΔ αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΞΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

### **2.1 ΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Το νοσηλευτικό επάγγελμα βασίζεται σε ένα σύστημα εκπαίδευσης και κατάρτισης, το οποίο είναι αρκετά τυποποιημένο σε όλες τις χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με κοινές κατευθυντήριες γραμμές που θεσπίστηκαν το 1977. Αυτό ισχύει για πιστοποιημένους γενικούς νοσηλευτές καθώς και για εξειδικευμένους νοσηλευτές, όπως προϊστάμενος νοσηλεύτης, ειδικός εντατικής θεραπείας, ειδικός χειρουργείου, κλινικός εκπαιδευτής κ.λπ. (Leon, 1995).

Οι εργασιακές ταυτότητες συνδέονται στενά με τις μορφές ταυτοποίησης που αναπτύσσουν τα άτομα σχετικά με την εργασία τους, το εργασιακό περιβάλλον ή τον εργοδότη τους. Η επαγγελματική ταυτότητα εκδηλώνεται μέσω στοιχείων του εργασιακού πλαισίου με το οποίο ταυτίζονται τα άτομα. Η «επαγγελματική» ή «εργασιακή» ταυτότητα είναι οποιοδήποτε είδος διαδικασίας διαμόρφωσης ταυτότητας που αναπτύσσεται μέσω της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατομικών και εργασιακών πλαισίων (συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής εκπαίδευσης και κατάρτισης). Είναι πρωτίστως ταύτιση με το εργασιακό περιβάλλον, την εταιρεία και τους στόχους της ή τις δραστηριότητες και τα καθήκοντα που σχετίζονται με την εργασία των ατόμων που καθιστούν δυνατή την ατομική και συλλογική παραγωγικότητα. Ακόμη και κάτω από τις πιο αυστηρές και περιοριστικές συνθήκες εργασίας, ένα ορισμένο επίπεδο ταύτισης με την εργασία εξακολουθεί να αναγνωρίζεται, παρά την ασάφεια της εμπειρίας (Carpal, 2004).

Η διερεύνηση των εργασιακών ταυτοτήτων επεκτείνει την έννοια της ταύτισης με την εργασία και τη σχετική με την εργασία δέσμευση πέρα από την εταιρεία εργασίας. Αναγνωρίζει ότι η ταυτότητα και η δέσμευση που σχετίζονται με την εργασία μπορεί να περιλαμβάνουν την εταιρεία, αλλά και το επάγγελμα, την επαγγελματική κοινότητα, την ομάδα εργασίας, ένα

συγκεκριμένο εργασιακό περιβάλλον, εργασιακές ενέργειες που εκτελούνται από άτομα κ.λπ. και όλα αυτά μπορεί να ποικίλλουν σε σημασία για τα άτομα με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, η έννοια της επαγγελματικής ταυτότητας ενσωματώνει πιθανές πηγές ταύτισης με μη επαγγελματικές υποχρεώσεις που μπορεί να έχει ένα εργαζόμενο άτομο, όπως δεσμεύσεις προς την οικογένεια και τους φίλους (Ibarra, 2003·Carpal, 2004).

Οι νοσηλευτές έχουν μακροχρόνιες επαγγελματικές παραδόσεις, με σχετική ταυτότητα και πρότυπα που μπορούν να εντοπιστούν από την εποχή που οι μοναχές, οι φιλανθρωπικές οργανώσεις και ομάδες όπως ο Ερυθρός Σταυρός άρχισαν να παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χτίζοντας και λειτουργώντας νοσοκομεία και άλλα ιδρύματα φροντίδας. Αυτά τα ιστορικά θεμέλια έχουν επηρεάσει τους εργασιακούς ρόλους και έχουν δημιουργήσει μια περισσότερο ή λιγότερο καθολική εικόνα για το ποιες στάσεις, ιδιότητες και δεξιότητες πρέπει να έχει ένας καλός/ή νοσηλευτής/τρια (Chiarella, 2002). Από τη δεκαετία του 1980, το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές. Η πίεση του κόστους, ο εξορθολογισμός και τα νέα πρότυπα ποιότητας προκάλεσαν έναν επαναπροσανατολισμό από τις ιεραρχικές δομές και τους αυστηρά ρυθμισμένους επαγγελματικούς ρόλους σε μια νέα οργάνωση εργασίας που περιλαμβάνει επίσης την εξωτερική ανάθεση υπηρεσιών. Η αλλαγή των εργασιακών απαιτήσεων, τα νέα προφίλ δεξιοτήτων και η τάση για επαγγελματισμό στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης αμφισβητούν και αντιτίθενται στην «παραδοσιακή» εικόνα της νοσηλευτικής (Brown & Kirpal, 2003).

Σήμερα, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας αναπτυσσόμενος τομέας λόγω των δημογραφικών αλλαγών και της γήρανσης της ευρωπαϊκής κοινωνίας. Οι νέες απαιτήσεις και προσδοκίες προκαλούν επίσης τους νοσηλευτές να γίνουν πιο ευέλικτοι και κινητικοί. Οι ανάγκες και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξεταστούν από μια ευρύτερη προοπτική, εξετάζοντας τις απαιτήσεις προσωπικού και δεξιοτήτων σε όλες τις χώρες, αλλά και μετατοπίζοντας την εστίαση από την απλή παροχή περίθαλψης, στην πρόληψη, την παροχή συμβουλών και την υποστήριξη μιας προσέγγισης αυτοβοήθειας προσανατολισμένης στον ασθενή. Καθώς η οργάνωση της εργασίας, τα πρότυπα και οι προσδοκίες της νοσηλευτικής υφίστανται σημαντικές αλλαγές, οι συνέχειες των επαγγελματικών ρόλων και ταυτοτήτων αμφισβητούνται επίσης. Καθώς η νοσηλευτική έχει επαγγελματισμό, οι παλιές κυρίαρχες εικόνες των νοσηλευτών ως «άγγελου» ή «υπηρέτες» εξαφανίζονται. Σήμερα, οι νοσηλευτές

θέλουν και πρέπει να αναγνωρίζονται ως ειδικοί επιστήμονες στον τομέα τους. Από αυτή την άποψη, οι ευκαιρίες για συνεχή επαγγελματική εξέλιξη διαδραματίζουν βασικό ρόλο και υπάρχει μια ακαδημαϊκή καριέρα για πολλούς νοσηλευτές. Η νοσηλευτική αγωνίζεται για ισότιμη συνεργασία με την ιατρική, ειδικά τώρα που οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν όλο και περισσότερο την ευθύνη για τις οικονομικές πτυχές της οργάνωσης των νοσοκομείων (Chiarella, 2002· Kirpal, 2004).

Το επίπεδο αυτονομίας και ευθύνης είναι ένα κεντρικό στοιχείο της ταύτισης των νοσηλευτών με την εργασία, ιδιαίτερα σε σχέση με την άμεση αλληλεπίδραση με τους ασθενείς. Μόλις οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την πλήρη ευθύνη των πράξεών τους, μετά την ολοκλήρωση της μαθητείας τους, αντιμετωπίζουν πολύ διαφορετικά τον επαγγελματικό τους ρόλο. Αυτή η μετάβαση σηματοδότησε και τη στιγμή που έγιναν πλήρες μέλος της επαγγελματικής κοινότητας, ένα άλλο βασικό στοιχείο για την εκδήλωση της επαγγελματικής ιδιοκτησίας και ταυτότητας των νοσηλευτών. Η επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών διαμορφώνεται και αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου. Ως εκ τούτου, η εργασιακή εμπειρία είναι καθοριστικός παράγοντας, όπως και η συνεχής μάθηση και κατάρτιση και η σταδιακή ωρίμανση σε «ειδικό νοσηλευτή». Στη νοσηλευτική, ο κυρίαρχος τρόπος μάθησης είναι η μάθηση κατά την εργασία (εκπαίδευση στην εργασία, μάθηση μέσω πράξης, αυτοκατευθυνόμενη μάθηση) και οι σιωπηρές γνώσεις και ικανότητες αναμένεται να αυξηθούν με την εργασιακή εμπειρία. Επιπλέον, τα περαιτέρω προσόντα είναι σημαντικά και καθοριστικά τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους εργοδότες. Για τους νοσηλευτές, περαιτέρω προσόντα μέσω επίσημης συνεχιζόμενης κατάρτισης έχουν κινητήριο ρόλο. Τους βοηθά να αναπτύξουν τεχνογνωσία, να υποστηρίξουν τη νοσηλευτική διαδικασία, να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση, να διευκολύνει την επαγγελματική ανταλλαγή με τους συναδέλφους και τις ισορροπίες την καθημερινή ρουτίνα εργασίας με νέες επιλογές για ευρύτερη μάθηση (Kirpal, 2004).

Για τους επαγγελματίες που εργάζονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υπάρχει ευρεία συμφωνία ότι, ιδανικά τουλάχιστον, η εργασία θα πρέπει να αφορά κάτι περισσότερο από την απλή τεχνική επάρκεια. Η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι απλώς εργασιακή φροντίδα, αλλά περιέχει επίσης μια πιο σαφή συναισθηματική διάσταση που θα πρέπει να αντανakλά το σεβασμό για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Αυτή η ιδέα



είναι κινητήριοι παράγοντες για την επιλογή να γίνει νοσηλευτής εξαρχής και μπορεί να θεωρηθεί ως βασικό στοιχείο της επαγγελματικής ταυτότητας των νοσηλευτών. Παράγοντες κινήτρων όπως «θέλω να βοηθάω άλλους» και δομικά χαρακτηριστικά όπως η ασφάλεια της εργασίας, η καθολικότητα του επαγγέλματος («οι νοσηλευτές χρειάζονται πάντα», «είναι ένα επάγγελμα που χρειάζεται παντού») και ένα υψηλό επίπεδο ευθύνης και ανεξαρτησίας στην εργασία είναι βασικοί λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι επιλέγουν να γίνουν νοσηλευτές εξαρχής. Το ευέλικτο ωράριο εργασίας και οι ρυθμίσεις μερικής απασχόλησης κάνουν την εργασία συμβατή με την οικογενειακή ζωή. Αυτός είναι ένας λόγος για τον οποίο η νοσηλευτική είναι ελκυστική για το γυναικείο φύλο. Ακόμη και μετά από μια μακρά περίοδο άδειας μητρότητας, είναι σχετικά εύκολο να ξαναμπει κανείς στη δουλειά χωρίς να μειονεκτεί σημαντικά έναντι των νοσηλευτών που εργάζονταν συνεχώς. Αφενός, αυτό οφείλεται στις ελλείψεις γενικού προσωπικού και, αφετέρου, επειδή οι βασικές ιδιότητες και τα καθήκοντα της νοσηλευτικής δεν αλλάζουν σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Η αλληλεπίδραση με άλλους και η εργασία σε ομάδες είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες παρακίνησης που παρέχουν αμοιβαία ενθάρρυνση και αναγνώριση μεταξύ των συναδέλφων και εντός της επαγγελματικής κοινότητας. Αυτά είναι βασικά στοιχεία που ενθαρρύνουν την εργασιακή προσκόλληση και την εργασιακή ταυτότητα των νοσηλευτών (Chiarella, 2002· Kirpal, 2004).

Μια άλλη πηγή επαγγελματικής ταυτότητας πηγάζει από την άμεση αλληλεπίδραση με τους ασθενείς και την ηθική του ίδιου του επαγγέλματος. Η τοποθέτηση του ασθενούς στην καρδιά του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι μια στάση που εξελίσσεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου με την εργασιακή εμπειρία. Οι ειδικευόμενοι νοσηλευτές και οι νεοεισερχόμενοι νοσηλευτές εκφράζουν γενικό ενδιαφέρον για την ιατρική ως τον βασικό κινητήριο παράγοντα για να γίνεις ή να είσαι νοσηλευτής. Σε αντίθεση, οι νοσηλευτές με μεγαλύτερο ιστορικό απασχόλησης βάζουν την άμεση φροντίδα των ασθενών στο επίκεντρο του εργασιακού πλαισίου. Η έμφαση στην πτυχή της φροντίδας συνήθως συνδέεται με ένα συγκεκριμένο σύνολο αξιών και εργασιακής ηθικής. Οι νοσηλευτές που προσανατολίζονται στον ασθενή προτιμούν να είναι οριζόντια κινητικοί και να εργάζονται απευθείας με τον ασθενή αντί να αναλαμβάνουν διοικητικά ή διευθυντικά καθήκοντα. Ο συνδυασμός ανάληψης υψηλών επιπέδων ευθύνης σε σχέση με τη σχετική αυτονομία των νοσηλευτών στην άμεση φροντίδα των ασθενών οδηγεί σε μια ισχυρή δέσμευση για την εργασία τους και την ηθική του επαγγέλματός τους. Εάν τα παραπάνω στοιχεία αποτελούν τα βασικά στοιχεία της επαγγελματικής ταυτότητας

των νοσηλευτών, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι αυτά τα στοιχεία είναι σχετικά ανεξάρτητα από διαρθρωτικές αλλαγές. Ωστόσο, οι αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας, ο καταμερισμός των καθηκόντων, οι απαιτήσεις για μεγαλύτερη ευελιξία και κινητικότητα, οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, οι ιατρικές καινοτομίες κ.λπ. επηρεάζουν σημαντικά την καθημερινή ατζέντα εργασίας των νοσηλευτών, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την κατανομή χρόνου για διαφορετικά καθήκοντα συμπεριλαμβανομένης της άμεσης φροντίδας των ασθενών. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν αυξημένη πίεση και χρονικούς περιορισμούς, οδηγώντας σε σύγκρουση μεταξύ της παροχής φροντίδας με γνώμονα τον ασθενή και του εξορθολογισμού. Αυτή η σύγκρουση επηρεάζει την επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών, καθώς οι τάσεις προς τον επαγγελματισμό αμφισβητούν επίσης ορισμένες από τις βασικές αξίες ενός εξιδανικευμένου μοντέλου νοσηλευτικής που περιλαμβάνει επίσης πλήρη προσωπική αφοσίωση (Kirpal, 2004).

Από την άλλη, μεταξύ των αρνητικών πτυχών της νοσηλευτικής, είναι η χαμηλή θέση του επαγγέλματος (στον υγειονομικό τομέα και στην κοινωνία), η πίεση χρόνου, οι μεγάλοι καθημερινοί φόρτοι εργασίας και το γεγονός ότι η εργασία είναι σωματικά και ψυχολογικά εξαιρετικά απαιτητική, ιδιαίτερα όταν ασκείται ως ένα επάγγελμα ζωής. Επιπλέον, οι νοσηλευτές πρέπει να αγωνιστούν για να συμβιβαστούν με το προσωπικό κόστος της φροντίδας, της άνευ όρων εξυπηρέτησης και της αυθεντικότητας των συναισθημάτων. Το νέο εξειδικευμένο προσωπικό αντιμετωπίζει ιδιαίτερες δυσκολίες στην εξισορρόπηση αυτών των απαιτήσεων και η πίεση για υψηλά πρότυπα μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο όταν οι επαγγελματίες αισθάνονται ότι δεν ανταποκρίνονται στο μοντέλο. Ο Morrison (1992) επισημαίνει ότι όσοι εργάζονται σε επαγγέλματα φροντίδας πρέπει να αντιμετωπίσουν ζητήματα συναισθηματικής εμπλοκής, άγχους, εργασιακών περιορισμών και αβεβαιότητας ρόλου. Αυτό ενισχύει τη σημασία της ύπαρξης μηχανισμών που επιτρέπουν στα άτομα να συζητούν αυτά τα θέματα με συναδέλφους και προϊσταμένους. Η υποστήριξη των συναδέλφων και των ομάδων γίνεται ζωτικής σημασίας και είναι συχνά η κύρια πηγή κινήτρων και ενθάρρυνσης, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουμε ακραίες καταστάσεις ψυχολογικού στρες όπως ο θάνατος ενός νεαρού ασθενούς. Επιπρόσθετα, συχνά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν πίεση να είναι ευέλικτοι όσον αφορά την αλλαγή θέσεων εργασίας, θαλάμων και καθηκόντων. Στα περισσότερα ιδιωτικά και δημόσια ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές αναμένεται να επανατοποθετηθούν ανάλογα με τις απαιτήσεις προσωπικού και τις ελλείψεις προσωπικού. Οι νοσηλευτές γενικά δεν αναπτύσσουν ισχυρή ταύτιση ή προσκόλληση προς τον εργοδότη, ενώ ο τομέας της εξειδίκευσης και η άμεση

(ομάδα) και η ευρύτερη επαγγελματική κοινότητα (σύλλογος νοσηλευτών) είναι βασικά στοιχεία της επαγγελματικής δραστηριότητας των νοσηλευτών (Kirpal, 2004).

Η αντιμετώπιση του ψυχολογικού στρες είναι ένας σημαντικός τομέας όπου οι νοσηλευτές δεν αισθάνονται επαρκής υποστήριξη στο εργασιακό τους πλαίσιο. Έτσι, η επαγγελματική ταυτότητα των νοσηλευτών είναι συχνά ασταθής λόγω επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out), ένα αρκετά κοινό φαινόμενο μεταξύ των επαγγελματιών φροντίδας. Παρά την αυξανόμενη άσκηση πίεσης, η χαμηλή θέση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στον ιατρικό τομέα, αλλά και στην κοινωνία, παραμένει μείζον ζήτημα. Η σύγκρουση που βιώνουν οι νοσηλευτές μεταξύ του υψηλού επιπέδου ευθύνης και της έλλειψης αναγνώρισης για την εργασία τους παραμένει ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την επαγγελματική τους ταυτότητα (Brown and Kirpal, 2003).

Στην Ελλάδα, αν και η νοσηλευτική ως επάγγελμα έχει χαρακτηριστεί στο παρελθόν με χαμηλό κοινωνικό κύρος, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για να απομακρυνθεί από την εικόνα του παρελθόντος και αυτό φαίνεται ότι πετυχαίνει. Το 2015 πραγματοποιήθηκε μελέτη για να εντοπίσει και να συγκρίνει τη στάση των μαθητών Λυκείου, των φοιτητών νοσηλευτικής και των νοσηλευτών σχετικά με την εικόνα και το προφίλ του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα και συμμετείχαν 350 άτομα, 100 μαθητές, 120 φοιτητές και 130 νοσηλευτές από τέσσερα νοσοκομεία της νοτιοδυτικής περιφέρειας στην Ελλάδα (περιοχή Πελοποννήσου). Οι περισσότεροι μαθητές (71,4%) γνώριζαν τη νοσηλευτική ως επιστήμη, αν και η κύρια πηγή της πληροφορίας ήταν το σχολείο (30,6%) και η οικογένεια (24,5%). Η πλειοψηφία των μαθητών (73,5%) δήλωσε την νοσηλευτική σε μηχανογραφική μορφή και έπειτα προτίμησε στρατιωτικές σχολές (30,6%). Η πλειοψηφία των μαθητών απάντησε ότι η νοσηλευτική δεν προσφέρει προοπτικές καριέρας (71,4%), κοινωνική αναγνώριση (65,3%) και ασφάλεια εργασίας (77,6%). Η πλειοψηφία των φοιτητών νοσηλευτικής επέλεξε τη νοσηλευτική για ασφάλεια εργασίας (51%), ενώ η νοσηλευτική έχει προοπτικές καριέρας (84%) και προσφέρει κοινωνική αναγνώριση (78%). Αν και οι φοιτητές θα ασκήσουν το επάγγελμα της νοσηλευτικής (92%), η πλειοψηφία πιστεύει ότι η νοσηλευτική είναι υποτιμημένο επάγγελμα (64%). Τέλος, η πλειοψηφία των εργαζόμενων νοσηλευτών πιστεύει ότι η νοσηλευτική προσφέρει κοινωνική αναγνώριση (53,7%), έχει προοπτικές καριέρας (63,4%) και ασφάλεια εργασίας (58,6%). Οι περισσότεροι νοσηλευτές (56,1%) δεν

συμμετείχαν σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, θεωρούν τη νοσηλευτική ως κουραστικό επάγγελμα (92,7%), δεν είναι αυτόνομοι ασκούμενοι (58%) και δεν θα προτείνουν στα παιδιά να ασχοληθούν με τη νοσηλευτική (68,3%) (Bakalis και συν., 2015).

## **2.2 ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΑΞΙΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Ο Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών αποτελεί το σύνολο αρχών, αξιών και κανόνων, που διέπουν τη σχέση των νοσηλευτών με τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας και τους λοιπούς παρόχους υπηρεσιών υγείας, κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Κάθε πιστοποιημένη και εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια και πιστοποιημένος και εγγεγραμμένος νοσηλευτής στις Ηνωμένες Πολιτείες αναμένεται να εξασκεί την νοσηλευτική ως επαγγελματίας με γνώμονα ένα κοινού κώδικα δεοντολογίας (American Nurses Association, 2015).

Στην Ευρώπη, το 2004 ιδρύθηκε η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Ρυθμιστών Νοσηλευτικής (European Federation of Nursing Regulators) για τη καθιέρωση ηθικών και δεοντολογικών αρχών που μοιράζονται σε όλη την Ευρώπη και για την παροχή καλύτερης προστασίας στους ευρωπαίους πολίτες καθώς και την ενίσχυση της επαγγελματικής ανάπτυξης. Κύριος στόχος της ομοσπονδίας είναι να προστατεύει τους ευρωπαίους πολίτες διασφαλίζοντας την αριστεία στις ικανότητες νοσηλευτικής πρακτικής για ασφαλέστερη κινητικότητα νοσηλευτών σε όλη την ήπειρο, σε κοινά επαγγελματικά πρότυπα για άριστη ποιότητα των αποτελεσμάτων υγειονομικής περίθαλψης, στην ανάπτυξη και διατήρηση επαγγελματικών ικανοτήτων και σε κώδικες συμπεριφοράς βασισμένους σε κοινές αρχές για τη βελτίωση της προστασίας των ευρωπαίων πολιτών. Οι Ευρωπαίοι πολίτες έχουν το δικαίωμα να περιμένουν βοήθεια υψηλής ποιότητας από νοσηλευτές, σύμφωνα με τον Κώδικα. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αναμένουν ότι οι νοσηλευτές θα παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας που είναι σύμφωνη με τους εθνικούς τους κώδικες δεοντολογίας και συμπεριφοράς και με όλη τη σχετική νομοθεσία (Sasso και συν., 2008).

Ο κώδικας ηθικής και δεοντολογίας για την Ευρωπαϊκή Νοσηλευτική δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Ρυθμιστών Νοσηλευτικής και περιλαμβάνει και τις κοινές αξίες για τους φιλελεύθερους επαγγελματίες στην Ευρώπη (European Council of the Liberal Professions, 2007). Αυτός ο κώδικας περιλαμβάνει τις οκτώ κοινές αξίες:

1. Εμπιστευτικότητα: Αυτός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών και των πελατών τους ή των ασθενών.
2. Συμμετοχή στη Συνεχή Επαγγελματική Ανάπτυξη: Οι Κώδικες Δεοντολογίας θα πρέπει να καθιστούν σαφές ότι οι επαγγελματίες έχουν αδιαμφισβήτητη ευθύνη να διατηρήσουν την ικανότητα στον τομέα της πρακτικής τους και για τον σκοπό αυτό πρέπει να συμμετέχουν σε δραστηριότητες επαγγελματικής ανάπτυξης.
3. Ανεξαρτησία και αμεροληψία: Οι φιλελεύθεροι επαγγελματίες έχουν το δικαίωμα να ασκούν προσωπική κρίση στο πλαίσιο των ευθυνών τους αφού λάβουν υπόψη όλες τις σχετικές περιστάσεις, χωρίς καμία εφαρμογή εξωτερικής επιρροής.
4. Ειλικρίνεια και Ακεραιότητα: Οι επαγγελματίες πρέπει να ενεργούν με ευγένεια, ειλικρίνεια και ακεραιότητα στις σχέσεις τους με πελάτες/ασθενείς και άλλους, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών συναδέλφων.
5. Επίβλεψη του προσωπικού υποστήριξης: Κάθε μέλος του προσωπικού υποστήριξης στο οποίο έχει ανατεθεί μια εργασία έχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να αναλάβει αυτό το έργο αποτελεσματικά και αποδοτικά. Θα πρέπει επίσης να υπάρχει η κατάλληλη εποπτεία.
6. Συμμόρφωση με Κώδικες Δεοντολογίας και Πρακτικής: Τα μέλη του σχετικού επαγγέλματος υποχρεούνται να συμμορφώνονται όχι μόνο με τις διατάξεις του ίδιου του Κώδικα Δεοντολογίας, αλλά και με τη νομοθεσία και τις διατάξεις, τους κώδικες πρακτικής και τα πρότυπα που σχετίζονται με συγκεκριμένες επαγγελματικές υπηρεσίες που ενδέχεται να παρέχουν.
7. Ασφάλιση Επαγγελματικής Αποζημίωσης: Τα μέλη του σχετικού επαγγέλματος έχουν υποχρέωση να διαθέτουν επαγγελματική ασφάλιση αποζημίωσης σε επίπεδο επαρκές ώστε να διασφαλίζεται ότι σε περίπτωση αιτιολογημένης αξίωσης από πελάτη ή ασθενή που προκύπτει ως αποτέλεσμα της παροχής μιας υπηρεσίας, το άτομο θα αποζημιωθεί επαρκώς.
8. Σύγκρουση με ηθικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις: Σε περίπτωση σύγκρουσης με ηθικές ή θρησκευτικές πεποιθήσεις που προκύπτουν από αίτημα για παροχή επαγγελματικής υπηρεσίας, τα μέλη του επαγγέλματος έχουν υποχρέωση να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το πού μπορεί να ληφθεί πιο εύκολα αυτή η υπηρεσία από έναν επαγγελματία συνάδελφο.

Επιπλέον, ο κώδικας για την Ευρώπη περιλαμβάνει πέραν από τις κοινές αξίες των ελεύθερων επαγγελμάτων που αναπτύχθηκαν, και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και

του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (European Parliament, 2005, 2006), την νομοθεσία για τα ανθρώπινα δικαιώματα (United Nations, 1948), την νομοθεσία για τα δικαιώματα των πολιτών σε όλη την Ευρώπη (Council of Europe, 1997), και στοιχεία από κώδικες άλλων σημαντικών παγκόσμιων νοσηλευτικών οργανισμών (International Council of Nurses, 2005).

Οι βασικές αρχές του νοσηλευτικού κώδικα ηθικής και δεοντολογίας είναι (Sasso και συν.,2008):

1. Ποιότητα και αριστεία: Οι ασθενείς μπορούν να αναμένουν ότι οι ρυθμιστικές αρχές των νοσηλευτών θα διαθέτουν συστήματα για τον καθορισμό και την παρακολούθηση του περιεχομένου, των προτύπων και της ποιότητας της εκπαίδευσης και της πρακτικής που απαιτείται για να γίνει νοσηλευτής και να συνεχίσει να εργάζεται ως νοσηλευτής.
2. Συνεχής επαγγελματική ανάπτυξη: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αναμένουν ότι οι νοσηλευτές θα διατηρήσουν τις ικανότητές τους καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους ζωής. Αυτή η δήλωση συνεπάγεται την επαγγελματική διαπίστευση της αριστείας μέσω της δια βίου μάθησης που θα συνοδεύει τους νοσηλευτές σε μια δυναμική και μεταβαλλόμενη κοινωνία. Το δικαίωμα σε ασφαλείς νοσηλευτικές υπηρεσίες πρέπει να διασφαλίζεται από έναν επαγγελματία που εφαρμόζει τις αρχές της βασισμένης σε στοιχεία νοσηλευτικής πρακτικής.
3. Ανθρώπινα δικαιώματα: Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, η οποία είναι η βάση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα ανθρώπινα δικαιώματα έχουν το υψηλότερο επίπεδο σημασίας σε αυτόν τον Κώδικα και ισχύει όλη η σχετική νομοθεσία για τα ανθρώπινα δικαιώματα, ανεξάρτητα από την εθνικότητα ή τη νομοθεσία της χώρας. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να προστατεύονται από τους νοσηλευτές και να μην είναι ποτέ θύματα βασανιστηρίων, σκληρότητας ή άλλες απάνθρωπες ή εξευτελιστικές μεταχειρίσεις.
4. Δίκαιη και ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη: Οι ασθενείς έχουν δικαίωμα σε δίκαιη και ίση πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και θεραπεία από νοσηλευτές, σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Η ευθύνη για τη μετάβαση σε δικαιότερη και ισότιμη πρόσβαση προκειμένου να επωφεληθούν από το δικαίωμα στην υγεία πρέπει να περιλαμβάνει όλους τους κοινωνικούς φορείς του τομέα της υγείας και των θεσμών τους.
5. Συμμόρφωση με τον Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας για την Ευρωπαϊκή Νοσηλευτική: Οι Ευρωπαίοι πολίτες έχουν το δικαίωμα να αναμένουν φροντίδα υψηλής ποιότητας από

νοσηλευτές, σύμφωνα με τον Κώδικα. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αναμένουν ότι οι νοσηλευτές θα παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας που είναι σύμφωνη με τους εθνικούς τους κώδικες δεοντολογίας και συμπεριφοράς και όλη τη σχετική νομοθεσία

6. Ειλικρίνεια και ακεραιότητα: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απαιτούν από τους νοσηλευτές να είναι έντιμοι, ειλικρινείς και αξιόπιστοι και ότι θα τους βοηθούν με ακεραιότητα. Η ειλικρίνεια και η ακεραιότητα συνεπάγονται συνεκτικές αποφάσεις που σχετίζονται με τις αξίες που δηλώνουν και εφαρμόζουν οι επαγγελματίες. Η τάση για αντιστοιχία συμπεριφορών και επιλογών πρέπει να χαρακτηρίζει την επαγγελματική ποιότητα. Ένας έντιμος επαγγελματίας είναι κάποιος που οι ασθενείς μπορούν να εμπιστευτούν και να είναι σίγουροι ότι αυτή η εμπιστοσύνη δεν θα προδοθεί.
7. Σχέσεις με άλλους: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απαιτούν από τους νοσηλευτές να εκπληρώσουν το καθήκον τους και να τηρούν τις ηθικές και επαγγελματικές αξίες. Οι νοσηλευτές πρέπει να οικοδομήσουν τη σχέση τους με ασθενείς, συναδέλφους και άλλους εργαζόμενους με βάση την εμπιστοσύνη, την αλληλεγγύη, τη συνεργασία, την ολοκλήρωση και τον αμοιβαίο σεβασμό.
8. Πληροφορίες: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απαιτούν από τους νοσηλευτές να επικοινωνούν μαζί τους και να παρέχουν πληροφορίες και προτάσεις με κατάλληλο, σαφή, εύκολο και κατανοητό τρόπο. Το επίπεδο επικοινωνίας πρέπει να είναι απλό και εύκολα κατανοητό από τους ασθενείς, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να επιδείξουν την υποστήριξη και συνηγορία που χρειάζεται.
9. Ενημερωμένη συγκατάθεση: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα στον αυτοπροσδιορισμό και να γνωστοποιούν ελεύθερα τις επιθυμίες τους ως έκφραση της προσωπικής τους αυτονομίας. Έχουν το δικαίωμα να αποφασίσουν εάν θα δεχτούν ή όχι νοσηλευτική φροντίδα (ενημερωμένη συναίνεση) ή να αρνηθούν να λάβουν πληροφορίες, προτάσεις ή βοήθεια. Οι νοσηλευτές πρέπει να σέβονται αυτές τις αποφάσεις.
10. Εμπιστευτικότητα: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αναμένουν ότι οποιαδήποτε πληροφορία αποκαλύπτουν είναι εμπιστευτική μεταξύ των ιδίων και των νοσηλευτών τους. Η προστασία και η μη αποκάλυψη σε άλλους των πληροφοριών που αποκτώνται κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής δραστηριότητας είναι πρωταρχικής σημασίας και σημειώνεται σε όλους τους εθνικούς κώδικες δεοντολογίας και συμπεριφοράς που συμβουλευόμαστε. Αυτό το δικαίωμα αφορά όλους τους ασθενείς, ακόμη και πολύ νεαρά άτομα και ενήλικες που δεν

είναι σε θέση να λάβουν οι ίδιοι τις αποφάσεις τους. Επιμένει και μετά το θάνατο ενός ατόμου.

11. Σύγκρουση με ηθικές και ηθικές πεποιθήσεις: Σε περίπτωση σύγκρουσης που προκαλείται από βαθιές ηθικές ή ηθικές πεποιθήσεις, κατά τη διάρκεια της εργασίας τους οι νοσηλευτές καλούνται να βρουν λύσεις μέσω διαλόγου με τα αντίστοιχα μέρη: τον ασθενή, τον εργοδότη, το ρυθμιστικό συμβούλιο και τον επαγγελματία τους. οργάνωση. Εάν οι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να βρουν λύση για δηλωμένους λόγους ή σκοπεύουν να ενεργοποιήσουν αντιρρήσεις συνείδησης, πρέπει να ανατρέξουν και να σέβονται τη νομοθεσία που ισχύει στη χώρα όπου εργάζονται. Σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης ή εάν υπάρχει άμεσος κίνδυνος για τον ασθενή ζωής, οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν την απαραίτητη βοήθεια και να παραμερίζουν κάθε σύγκρουση με τις δικές τους ηθικές πεποιθήσεις ή ηθική.
12. Ανάθεση και επίβλεψη του προσωπικού: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απαιτούν όποιος παρέχει υπηρεσίες υγείας να είναι επαρκώς εκπαιδευμένος και να έχει την ικανότητα να παρέχει τέτοια βοήθεια. Το προσωπικό υποστήριξης συχνά δεν έχει επαρκές επίπεδο ικανοτήτων για αυτόν τον ρόλο. Για να διασφαλιστεί η ασφάλεια των ασθενών, οι νοσηλευτές πρέπει να διαχειρίζονται το προσωπικό υποστήριξης και να διασφαλίζουν ότι είναι επαρκώς εκπαιδευμένο.
13. Επαγγελματική ασφάλιση αποζημίωσης: Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απαιτούν να είναι επαρκώς ασφαλισμένος ο νοσηλευτής που τους φροντίζει.

Στην Ελλάδα, ισχύει ο κώδικας που εφαρμόζεται στην Ευρώπη και έχει οριστεί με το Προεδρικό Διάταγμα με αριθμό 216/25-7-2001 ΦΕΚ 167, Τεύχος Α. Πρόσφατα, σε συνέχεια των διατάξεων του νόμου 4999/2022 (άρθρο 29), και του υπ' αριθμ. Γ.Π.οικ.59701/10-11-2023 εγγράφου του Υφυπουργού Υγείας κυρίου Μ. Θεμιστοκλέους ζητήθηκε η εισήγηση της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος για τη σύνταξη πρότασης αναμόρφωσης του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, και έχει συσταθεί αρμόδια επιτροπή. Σκοπός του Κώδικα είναι η καθιέρωση ενιαίων και ομοιόμορφων κανόνων που διέπουν την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, διασφαλίζουν τη μέγιστη δυνατή απόδοσή του, με γνώμονα την αρχή της ισότητας, τα χρηστά ήθη και το θεμιτό ανταγωνισμό.



Οι νοσηλευτές αναπτύσσουν επαγγελματικές αξίες μέσω ποικίλων ψυχολογικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών. Η θεωρία του Rest (1984) για την ηθική ανάπτυξη παρείχε τη βάση για τη διερεύνηση της ανάπτυξης των επαγγελματικών αξιών των νοσηλευτών. Ο Rest δημιούργησε μια θεωρία εσωτερικών διεργασιών που σχετίζονται με την ηθική ανάπτυξη του ατόμου. Περιέγραψε αυτές τις αλληλεπιδραστικές εσωτερικές διαδικασίες ως απαραίτητους προδρόμους για την ηθική δράση και κεντρικές για την ανάπτυξη επαγγελματικών αξιών που αναφέρονται από τους κώδικες ηθικής. Η θεωρία του είναι κατάλληλη για χρήση στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, η οποία απαιτεί τη μετάβαση πέρα από τις εσωτερικευμένες επαγγελματικές αξίες στη δράση στο κλινικό περιβάλλον (Monroe, 2019).

Δεδομένου ότι η ηθική δράση είναι ύψιστης σημασίας στη νοσηλευτική, είναι σημαντικό να αξιολογηθεί πρώτα πώς οι νοσηλευτές ευθυγραμμίζονται με τις προσδοκίες που οριοθετούνται από τον επαγγελματικό κώδικα δεοντολογίας τους. Η υγειονομική περίθαλψη συνεχίζει να γίνεται όλο και πιο εξελιγμένη και τεχνολογικά πολύπλοκη. Οι νοσηλευτές χρειάζονται αυξημένη υποστήριξη για να παραμείνουν πιστοί στον κώδικα του επαγγέλματος και την ηθική, πιστοί στα υψηλά πρότυπα περίθαλψης ασθενών και ικανοί να συμμετέχουν σε διεπιστημονικό ηθικό διάλογο. Οι συγκρούσεις που σχετίζονται με τις επαγγελματικές αξίες έχουν συσχετιστεί με αρνητικές επιπτώσεις όπως η ηθική δυσφορία, οι επιπτώσεις στην ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα της περίθαλψης, την επιμονή στο επάγγελμα και νομικές προεκτάσεις (Ulrich και συν., 2010· Monroe, 2019).

## **2.3 Ο ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ**

Στην Ελλάδα, οι στρατιωτικοί νοσηλευτές στελεχώνουν τα ΣΝ και μονάδες των ΕΔ. Έχουν διττό ρόλο και επαγγελματική ταυτότητα. Νοσηλευτής και στρατιωτικός. Έτσι, έχουν και όλα τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις και οφείλουν να τηρούν τους κώδικες και της νοσηλευτικής και του Στρατού. Ο στρατιωτικός νοσηλευτής επιδεικνύει χρέος, σθένος, θάρρος, πειθαρχία, ακεραιότητα, πίστη και σεβασμό. Κατέχει δε φυσική κατάσταση, διανοητική ωριμότητα, ηθικό θάρρος και αποδέχεται την ηγεσία. Αυτό είναι σημαντικό καθήκον αλλά και σαφώς στρεσογόνο.

Το Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνας (ΓΕΕΘΑ), το έχει αναγνωρίσει και στην προσπάθεια αντιμετώπισης και διαχείρισης των συμπτωμάτων του εργασιακού, επιχειρησιακού και του μετατραυματικού στρες εξέδωσε το εγχειρίδιο «Επί Θεμάτων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Προσωπικού», όπου προτείνονται τεχνικές χαλάρωσης που βασίζονται στις αναπνοές, στην αποστασιοποιημένη παρατήρηση σκέψεων και του σώματος (ΓΕΕΘΑ, 2008).

Η εκπαίδευση των στρατιωτικών Αξιωματικών νοσηλευτών πραγματοποιείται στην Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής (ΣΑΝ), που εδράζεται στο στρατόπεδο «ΣΑΚΕΤΤΑ Α΄» στο Καρέα του νομού Αττικής. Η ΣΑΝ είναι ΑΣΕΙ, ισότιμο με τα υπόλοιπα ΑΕΙ της χώρας. Υπάγεται στο ΓΕΕΘΑ και υποστηρίζεται σε θέματα Διοικητικής Μέριμνας από το Γενικό Επιτελείο Στρατού. Η φοίτηση στη ΣΑΝ διαρκεί τέσσερα έτη και οι σπουδαστές μένουν υποχρεωτικά μέσα στο στρατόπεδο, εκτελώντας παράλληλα και στρατιωτικές υπηρεσίες. Η διαμονή των σπουδαστών γίνεται σε τετράκλινους θαλάμους και σιτίζονται μέσα στην σχολή. Έχουν έξοδο από την Παρασκευή το απόγευμα ως το βράδυ της Κυριακής. Οι άδειες παρέχονται μόνο στις εορταστικές περιόδους (Χριστούγεννα – Πάσχα) και τον Αύγουστο. Παρέχεται ένα μικρό μηνιαίο επίδομα (Γενικό Επιτελείο Στρατού, 2021).

Η αποστολή της Σχολής είναι να παρέχει στρατιωτική εκπαίδευση (θεωρητική και πρακτική) όπως αυτή προβλέπεται στο νόμο 3187/03, να αναπτύσσει τις απαιτούμενες αρετές και τη στρατιωτική αγωγή των σπουδαστών της, ώστε να διαμορφώνει Αξιωματικούς Νοσηλευτές, με ηγετικά προσόντα, στρατιωτική συνείδηση, μόρφωση ανώτατου επιπέδου, καθώς και κοινωνική, πολιτιστική παιδεία και αγωγή, να συμμετέχει σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα και δραστηριότητες της Πολιτείας που αφορούν σε θέματα νοσηλευτικής επιστήμης και τεχνολογίας και να οργανώνει σχολείο προετοιμασίας αλλοδαπών υποτρόφων στα πλαίσια διακρατικών συμφωνιών. Ταυτόχρονα η ακαδημαϊκή νοσηλευτική εκπαίδευση πραγματοποιείται στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Επιπλέον, στη σχολή διεξάγονται συμπληρωματικά μαθήματα όπως ξένες γλώσσες, νοσηλευτικές εφαρμογές, αθλητισμός, στρατιωτική αλληλογραφία και ιστορία (Γενικό Επιτελείο Στρατού, 2021).

Μετά τη σχολή, οι σπουδαστές που ορκίζονται Αξιωματικοί των ΕΔ και την επόμενη ημέρα τοποθετούνται στα ΣΝ και αναλαμβάνουν τα καθήκοντά τους. Αργότερα, υπάρχει η πιθανότητα μετάθεσης σε άλλη πόλη και άλλη μονάδα των ΕΔ ή επιτελική θέση. Οπότε γίνεται

κατανοητό το πόσο γρήγορα πρέπει να ενσωματωθεί ο νέος Αξιωματικός νοσηλευτής και να εφαρμόσει όσα έχει μάθει και αυτό προκαλεί άγχος, ανασφάλεια και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση από τους νέους νοσηλευτές (Malliarou και συν., 2010).

Για τους στρατιωτικούς νοσηλευτές, η προαγωγή προσφέρει άμεσα οφέλη, συμπεριλαμβανομένης της δημόσιας αναγνώρισης (μέσω ενιαίων στολών και διακριτικών) και της αυξημένης θέσης εξουσίας (δηλαδή μέσω της επίτευξης υψηλότερου στρατιωτικού βαθμού). Αυτά τα χαρακτηριστικά προάγουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, οδηγώντας έτσι σε αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση (Zangaro & Johantgen, 2009). Οι στρατιωτικοί οργανισμοί υγείας, η εκπαιδευτική προετοιμασία, και τα προσωπικά χαρακτηριστικά των στρατιωτικών νοσηλευτών επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησής τους από την εργασία τους (Malliarou και συν., 2010)

Επιπλέον, και στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται οι ιδιαιτερότητες των στρατιωτικών νοσηλευτών. Για παράδειγμα, μπορεί να χρειαστεί φροντίδα των αμάχων πληθυσμών ακόμα και άλλων χωρών, που περιπλέκει την πολυπολιτισμική φροντίδα που πρέπει να παρέχουν. Επιπλέον, υπάρχουν συχνά και ηθικά διλήμματα, που σχετίζονται με την αντιμετώπιση ηθικών επιταγών που σχετίζονται με την ασφαλή νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Σε μια εμπόλεμη κατάσταση ή σε μία μαζική καταστροφή, οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με ηθική δυσφορία, πιθανή εχθρότητα απέναντι στους ασθενείς, έλλειψη εμπιστοσύνης στους διερμηνείς (αν βρίσκονται σε άλλη χώρα) και αίσθημα αδυναμίας και ανημποριάς αφού δεν δύναται να εξασφαλισθεί η συνέχεια της φροντίδας μετά το πεδίο μάχης ή καταστροφής λόγω έλλειψης πόρων και υποδομών (Pickersgill, 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

### **3.1 Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η υγεία ως έννοια πολυδιάστατη, χαρακτηρίζεται από ένα υποκειμενικό αίσθημα εσωτερικής ισορροπίας και αρμονίας με το περιβάλλον, και ορίζεται ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και απαιτεί ο άνθρωπος να αναλαμβάνει ενέργειες που να διασφαλίζουν την ορθή του λειτουργία (van Druten και συν., 2022). Αυτές οι ενέργειες, που ονομάζονται συμπεριφορές υγείας, ορίζονται διαφορετικά από τους επιστήμονες που

ασχολούνται με πτυχές της ανθρώπινης ζωής. Ορισμένοι συγγραφείς ορίζουν την κοινωνική φύση των συμπεριφορών υγείας που, άμεσα και έμμεσα, ξεκινά και εκτελείται από άτομα, ενισχύει ή βλάπτει τη διατήρηση της σωματικής ή ψυχικής υγείας. Αυτές οι συμπεριφορές είναι κοινές και είναι αποτέλεσμα της κοινωνικοποίησης του ατόμου και αποκτήθηκαν μέσω αλληλεπιδράσεων με το περιβάλλον (Short & Mollborn, 2015). Οι συμπεριφορές υγείας επηρεάζονται τόσο από τις εμπειρίες του ατόμου όσο και από την επίδραση του περιβάλλοντος, επειδή ένα άτομο ζει, δρα και αναπτύσσεται σε σχέση με τον περιβάλλοντα. Η απόκτηση μοτίβων συνήθειας που προάγουν την υγεία από νεαρή ηλικία, που ενσταλάζονται πρώτα από τους γονείς, και εν συνεχεία από τους φροντιστές και το περιβάλλον των συνομηλίκων, αποδίδει καρπούς στο να έχει τη δυνατότητα να αναλάβει το άτομο δράση για τη διατήρηση της υγείας (Janssen και συν., 2013).

Η προαγωγή της υγείας ορίζεται ως μια συμπεριφορά που «παρακινείται από την επιθυμία να αυξηθεί η ευημερία και να πραγματοποιηθούν οι δυνατότητες της ανθρώπινης υγείας». Αυτή η πραγματοποίηση είναι δυνατή μέσω της ικανής αυτοφροντίδας, της στοχευμένης συμπεριφοράς και της αρμονίας με το περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των διαπροσωπικών σχέσεων. Η προαγωγή της υγείας διαφοροποιείται από την πρόληψη ασθενειών λόγω της παρακινητικής της δυναμικής. Ενώ στην προσέγγισή της η πρόληψη αφορά συγκεκριμένη ασθένεια ή τραυματισμό, η προαγωγή της υγείας επιδιώκει να διευρύνει τις δυνατότητες για την υγεία. Οι συμπεριφορές προαγωγής της υγείας (π.χ. σωματική δραστηριότητα, υγιεινή διατροφή, διαχείριση άγχους, υγιεινή ύπνου, υγιεινές σχέσεις) αυξάνουν την προσωπική ανθεκτικότητα και βελτιώνουν την υγεία. Αυτές οι συμπεριφορές είναι εξαιρετικά σημαντικές για την αναστροφή της επιδημίας της παχυσαρκίας και των ασθενειών που σχετίζονται με την παχυσαρκία που πλήττουν τον κόσμο (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006). Οι συμπεριφορές προαγωγής της υγείας περιλαμβάνουν τις ατομικές αντιλήψεις, τους τροποποιητικούς παράγοντες, τα εμπόδια και τα ερεθίσματα που αφορούν την υγεία (Duffy, 1988).

Κατά την εξέταση των συμπεριφορών υγείας, είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση μεταξύ των συμπεριφορών κινδύνου για την υγεία, των συμπεριφορών ελέγχου της υγείας και των συμπεριφορών προαγωγής της υγείας. Οι συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία περιλαμβάνουν το κάπνισμα, τη χρήση παράνομων ναρκωτικών και την υπερβολική

κατανάλωση αλκοόλ (Committee on Health and Behavior, 2001). Οι συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου υγείας, ορίζονται ως η συμμετοχή σε συνήθεις σωματικές εξετάσεις και προληπτικούς ελέγχους ασθενειών για τον εντοπισμό και τη θεραπεία προκλινικών καταστάσεων υγείας (Taylor, Sirois, & Molnar, 1995).

Η έννοια του θετικού προσανατολισμού, που διατυπώθηκε το 2009 από τον Ιταλό ψυχολόγο Gian Vittorio Caprara και τους συνεργάτες του, είναι μέρος της τάσης της θετικής ψυχολογίας (Kurcewicz, Szypulska, & Doboszyńska, 2019). Υποθέτει ότι οι άνθρωποι έχουν συγκεκριμένες προδιαθέσεις που τους επιτρέπουν να αντιλαμβάνονται θετικά τον εαυτό τους, τη ζωή τους και το μέλλον. Χάρη σε αυτές τις κλίσεις, παρά τις αποτυχίες και τις αντιξοότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει καλύτερα τη ζωή. Η ενίσχυση αυτής της ευημερίας επιτρέπει στη διατήρηση της υγείας, ισχυρότερα κίνητρα για την αντιμετώπιση προβλημάτων και την ανάπτυξη αποτελεσματικών μοντέλων επίλυσης καταστάσεων κρίσης. Ένας σημαντικός λόγος για την ανάπτυξη της θετικής ψυχολογίας ήταν αποτέλεσμα πολλών ετών παρατήρησης, που κατέληξαν ότι η αισιοδοξία και η ικανότητα να βιώνεις την ευτυχία και τη χαρά ανοσοποιεί ένα άτομο όχι μόνο στην ψυχική σφαίρα, αλλά και σωματικά, εξασφαλίζοντας μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή (Park και συν., 2016).

### **3.2 Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Η υγεία των νοσηλευτών έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας, κυρίως μέσω της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ και της Μελέτης Γυναικείας Υγείας του Brigham and Women's Hospital, η οποία παρακολούθησε σχεδόν 40.000 επαγγελματίες υγείας, σχεδόν όλους νοσηλευτές, για περισσότερα από 20 χρόνια, και συνέβαλε σε σημαντικές προόδους στην υγεία των γυναικών. Λόγω αυτής της μελέτης και άλλων ερευνών, είναι σαφές ότι όχι μόνο οι νοσηλευτές αποτυγχάνουν μερικές φορές να επιδείξουν υγιεινές συμπεριφορές, αλλά ότι τα περιβάλλοντα στα οποία εργάζονται οι νοσηλευτές μπορεί επίσης να συμβάλλουν σε κακές συμπεριφορές υγείας (Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, 2005· Caruso, 2014).

Καθώς οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στην υγεία των ασθενών, των οικογενειών και των κοινοτήτων τους, συχνά ξεχνούν τον εαυτό τους και τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία τους. Η ικανή αυτοφροντίδα, είναι βασικό συστατικό της ολιστικής νοσηλευτικής και αυτό

σημειώνεται ήδη από τα πρώτα βιβλία νοσηλευτικής της Florence Nightingale (1859, 1992). Από την άλλη, η ευθύνη των νοσηλευτών για την εκπαίδευση της κοινωνίας τους επιβάλλει τυπική υποχρέωση να παρουσιάσουν σωστές συμπεριφορές προαγωγής υγείας (Jabłońska, Działdowska, & Sokal, 2022). Μαζί με τον πληθυσμό της γης γηράσκει και ο νοσηλευτικός πληθυσμός. Ταυτόχρονα υπάρχει αυξανόμενη μείωση και έλλειψη νοσηλευτών παγκοσμίως. Έτσι κρίνεται προτεραιότητα η ανάγκη για αυτοφροντίδα να ενσωματωθεί στη ζωή των νοσηλευτών (American Holistic Nurses Association, 2007).

Μελέτες συμπεριφορών τρόπου ζωής σε νοσηλευτές έχουν δείξει σταθερά ένα πρότυπο μη τήρησης των κατευθυντήριων γραμμών για τη δημόσια υγεία σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα, την διατροφή, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ (Reed & Prince, 2018). Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία έχει βρεθεί ότι είναι σημαντικά υψηλότερα μεταξύ των νοσηλευτών σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας και σε όσους εργάζονται σε επαγγέλματα που δεν σχετίζονται με την υγεία. Το 25% των Άγγλων νοσηλευτών είναι παχύσαρκοι, με ποσοστά παχυσαρκίας υψηλότερα των άλλων επαγγελματιών υγείας. Η παχυσαρκία αυξάνει τον κίνδυνο χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές παθήσεις, η οστεοαρθρίτιδα και ο καρκίνος και αυξάνει τον κίνδυνο μυοσκελετικών προβλημάτων (Kyle και συν., 2017).

Οι νοσηλευτές διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μυοσκελετικών τραυματισμών και είναι πιο επιρρεπείς σε λοιμώξεις από παθογόνα που μεταδίδονται στο αίμα από άλλους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Οι νοσηλεύτριες, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο καρκίνου του μαστού από άλλες γυναίκες εργαζόμενες στον τομέα της υγείας. Οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία κινδυνεύουν περισσότερο από φυματίωση, ιδιαίτερα εάν εργάζονται σε πνευμονολογικό τμήμα που μπορεί να οφείλονται σε επανειλημμένη επαφή με μολυσμένους ασθενείς. Ωστόσο, δεν έχουν υπερβολικό κίνδυνο καρκίνου γενικά, ή για λέμφωμα Hodgkin, καρκίνο στο στομάχι, κόλον, ορθό, πάγκρεας, των ωοθηκών, των νεφρών, του εγκεφάλου ή του θυρεοειδούς. Επίσης, έχουν υψηλότερο επιπολασμό επαγγελματικών αλλεργιών από διοικητικούς υπαλλήλους που μπορεί να εξηγηθεί από την έκθεση σε μια σειρά χημικών παραγόντων (Fronteira & Ferrinho, 2011)

Τα μυοσκελετικά είναι η κύρια αιτία απουσίας από την εργασία και είναι εξαιρετικά διαδεδομένα στους νοσηλευτές, αλλά θα μπορούσαν να βελτιωθούν με αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως η άσκηση (Yao και συν., 2019). Τα μυοσκελετικά π+ροβλήματα στους νοσηλευτές

και στους βοηθούς νοσηλευτών είναι κατά βάση πόνο στην πλάτη , ακολουθούμενος από πόνο στους ώμους και στον λαιμό. Η μέση επίπτωση για τον πόνο στη μέση ήταν 65% για όλη τη ζωή, 55% για το προηγούμενο έτος και 35% για τα τρέχοντα συμπτώματα (Davis & Kotowski, 2015). Από τους πιο σημαντικούς αντιληπτούς παράγοντες κινδύνου για μυοσκελετικές διαταραχές ήταν η έλλειψη σε εργονομικές γνώσεις και εκπαίδευσης καθώς και έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Tsekoura και συν., 2017).

Η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι μια σοβαρή ανησυχία στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Maharaj, Lees, & Lal, 2019), και είναι μία από τις κύριες αιτίες απουσίας λόγω ασθένειας στην Εθνική Υπηρεσία Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS), με σημαντική οικονομική επιβάρυνση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Moberly, 2018). Οι νοσηλευτές βιώνουν υψηλά, και συχνά χρόνια, επίπεδα επαγγελματικού στρες (Heuel και συν., 2022). Η νοσηλευτική θεωρείται ως επίπονη δουλειά και η επαφή με τον θάνατο, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι συγκρούσεις με τους προϊστάμενους, και η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα προκαλούν σημαντικά υψηλότερο άγχος στους νοσηλευτές. Το επαγγελματικό άγχος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των νοσηλευτών, ενώ μπορεί επίσης να επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα των ασθενών (Sarafis και συν., 2016). Τα ποσοστά εργασιακού στρες, συναισθηματικής εξάντλησης και εξουθένωσης είναι υψηλά και ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλότερος στους νοσηλευτές από ότι στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν πολλά σύνθετα οργανωτικά ζητήματα που μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική ευεξία και την ποιότητα της ζωής των νοσηλευτών. Ωστόσο, υπάρχει δυνατότητα για πιο υγιή εργασιακά περιβάλλοντα ή παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής για τη βελτίωση παραγόντων όπως τα επίπεδα άγχους, η ικανοποίηση από την εργασία και η διατήρηση του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού, το οποίο τελικά μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (De la Fuente-Solana και συν., 2019).

Σύμφωνα με έρευνα των Janowski και Rasińska (2015), οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας έχουν επαρκείς γνώσεις για έναν υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά δεν το εφαρμόζουν προσωπικά και σπάνια διαδίδουν αρχές υπέρ της υγείας στην κοινωνία. Ίσως, σύμφωνα με τους Wills και συν (2019), η προσωπική υγεία και η συμπεριφορά υγείας των επαγγελματιών υγείας θεωρείται ιδιωτικός και προσωπικός τομέας και δεν πρέπει να θεωρείται ως μέρος της δημόσιας εικόνας τους. Αυτό είναι μια ευρύτερη αιτιολογία για τις χαμηλές συμπεριφορές προαγωγής

υγείας των νοσηλευτών. Η γνώση των νοσηλευτών σχετικά με συμπεριφορές υγιεινού τρόπου ζωής δεν οδηγεί απαραίτητα σε υγιεινότερες συμπεριφορές τρόπου ζωής και επιλογές τρόπου ζωής εκτός του χώρου εργασίας (π.χ. χαμηλά επίπεδα φυσικής άσκησης στον ελεύθερο χρόνο) που δεν αντισταθμίζονται απαραίτητα από τη φύση του εργασιακού ρόλου (π.χ. η νοσηλευτική εργασία αποτελείται κυρίως από φυσική άσκηση) (Chappel και συν., 2017).

Η κακή υγεία των νοσηλευτών έχει επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, στην ποιότητα της περίθαλψης, στις απουσίες και στην εναλλαγή επαγγέλματος, στη συνέχεια της φροντίδας και στην ασφάλεια των ασθενών (π.χ. μέσω αυξημένων πτώσεων ασθενών, σφαλμάτων φαρμακευτικής αγωγής και του προσωπικού -μετάδοση ασθένειας από ασθενή) (Stanulewicz και συν., 2019). Οι νοσηλευτές έχουν γίνει δεσμοί μεταξύ των ανθυγιεινών συμπεριφορών του τρόπου ζωής, του άγχους, της εργασιακής δέσμευσης και της ικανοποίησης από την εργασία (Pérez-Fuentes και συν., 2018). Οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι το υπερβολικό σωματικό βάρος μειώνει την εργασιακή τους απόδοση και επηρεάζει την προθυμία τους να προάγουν την υγεία στους άλλους. Επιπλέον, οι παχύσαρκοι νοσηλευτές έχουν προτείνει ότι το κοινό μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να εμπιστευτεί τα μηνύματα προαγωγής της υγείας τους. Αυτό δείχνει ότι οι επιλογές του τρόπου ζωής και της συμπεριφοράς υγείας των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης και, τελικά, τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών (Kelly & Wills, 2018).

### **3.3 Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Οι νοσηλευτές γνωρίζουν τη σημασία των συμπεριφορών προαγωγής υγείας, όπως η υγιεινή διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η διαχείριση του άγχους, ο επαρκής ύπνος και η διατήρηση υγιών σχέσεων. Ωστόσο, αυτή η γνώση μπορεί να μην μεταφραστεί σε αυτοφροντίδα των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές μπορεί να μην ακολουθούν τις συνιστώμενες οδηγίες για σωματική δραστηριότητα και σωστή διατροφή. Οι πολλές ώρες, η υπερφόρτωση εργασίας και η εργασία σε βάρδιες που σχετίζονται με τη νοσηλευτική πρακτική μπορεί να είναι αγχωτικές και να συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια από την εργασία, την εξουθένωση και τις συνέπειες για την υγεία, όπως η παχυσαρκία και οι διαταραχές ύπνου (Ross και συν., 2017).



Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες για την προαγωγή υγείας σε πληθυσμούς φοιτητών νοσηλευτικής σε διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών, της Ιαπωνίας, του Καναδά και της Ιορδανίας (Haddad και συν., 2004· Hui, 2002· Νίκου, 1998). Τα αποτελέσματα βρήκαν ότι η ανθεκτικότητα σχετίζεται αντιστρόφως με το άγχος, το άγχος σχετίζεται αρνητικά με συμπεριφορές προαγωγής της υγείας και οι χαμηλές βαθμολογίες στη σωματική δραστηριότητα, με σημαντικές διαφορές στη διαχείριση του άγχους και την πνευματική ανάπτυξη μεταξύ των φοιτητών, με τους τελειόφοιτους να αναφέρουν τις χειρότερες βαθμολογίες. Μια άλλη μελέτη σε φοιτητές νοσηλευτικής πρότεινε ότι αυξήθηκε η αυτοφροντίδα όταν σχετική εκπαίδευση ενσωματώθηκε σε ένα μάθημα νοσηλευτικής (Stark, Manning-Walsh, & Vliem, 2005).

Μια πρόσφατη δευτερογενής ανάλυση εθνικά αντιπροσωπευτικών συγχρονικών δεδομένων από το Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε μια ανοδική τάση στις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία των νοσηλευτών σε σχέση με τον γενικό εργαζόμενο πληθυσμό. Αυτό έδειξε βελτιωμένες συνήθειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, την πρόσληψη φρούτων/λαχανικών και τη σωματική δραστηριότητα, αλλά όχι για κατανάλωση αλκοόλ, αν και η συνολική τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών για τη δημόσια υγεία παραμένει ανεπαρκής (Schneider και συν., 2019). Επιπλέον το κάπνισμα σε νοσηλευτές έχει τεκμηριωθεί καλά, και παρά τις σαφείς ενδείξεις για τους κινδύνους του καπνίσματος, οι νοσηλευτές φαίνεται να καπνίζουν με ρυθμούς παρόμοιους με τον γενικό πληθυσμό (Chandrakumar & Adams, 2015). Η κατάχρηση ουσιών γενικά έχει αναγνωριστεί ως σοβαρό πρόβλημα μεταξύ των νοσηλευτών για περισσότερο από έναν αιώνα και έχει λάβει τόσο ερευνητική όσο και πολιτική προσοχή (Monroe & Kenaga, 2011).

Οι συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου υγείας έχουν λάβει σημαντικά λιγότερη ερευνητική προσοχή από τις συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία των νοσηλευτών. Ωστόσο, το άγχος και η κοινωνική υποστήριξη είναι δύο πτυχές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές προσυμπτωματικού ελέγχου υγείας. Οι Su και συν., (2016) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές στη Ταϊβάν με υψηλότερο εργασιακό άγχος είχαν λιγότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε τεστ Παπανικολάου σε σχέση με αυτές με χαμηλότερο εργασιακό άγχος. Σε μια άλλη μελέτη, οι Βραζιλιάνοι νοσηλευτές με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης είχαν

περισσότερες πιθανότητες να υποβληθούν σε μαστογραφία και τεστ Παπανικολάου σε σχέση με εκείνους με χαμηλότερα επίπεδα υποστήριξης (Silva και συν., 2009).

Ενώ οι επιπτώσεις της προαγωγής της υγείας των νοσηλευτών στην ποιοτική φροντίδα δεν έχουν εξεταστεί, η έλλειψη αυτοφροντίδας που οδηγεί σε κόπωση, άγχος και εξουθένωση έχει εξεταστεί και έχει συνδεθεί με κακής ποιότητας αποτελέσματα ασθενών. Η κόπωση έχει συνδεθεί με σφάλματα παράλειψης, επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, απώλεια προσοχής, κακή επίλυση προβλημάτων και μειωμένα κίνητρα (Institute of Medicine, 2004). Το άγχος έχει συνδεθεί με αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, αλλαγή επαγγέλματος, αποχώρηση από το επάγγελμα, παχυσαρκία και χρόνιες ασθένειες καθώς και με μειωμένη ικανοποίηση, ποσότητα και ποιότητα της περίθαλψης (AbuAlRub, 2004·Jackson και συν., 1999). Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για παρεμβάσεις που να μειώνουν αποτελεσματικά τα επίπεδα άγχους σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με μια ανασκόπηση 19 μελετών του Cochrane (Marine και συν., 2006). Μια μελέτη του 2002 χρησιμοποίησε τη θεραπευτική μάλαξη σε νοσηλευτές και αποκάλυψε μειωμένο άγχος και αυξημένη επίγνωση της ανάγκης για αυτοφροντίδα (McElligott και συν., 2003). Επιπλέον, η εφαρμογή προγραμμάτων ενσυνειδητότητας (Mindfulness) και συγκεκριμένα η εφαρμογή του MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) σε επαγγελματίες υγείας συνέβαλε στη μείωση του άγχους, της σωματικής και συναισθηματικής δυσφορίας και εξάντλησης, στη μείωση του άγχους που σχετίζεται με την πίεση του χρόνου και, συνακόλουθα, συμβάλλει στη βελτίωση της χαλάρωσης του επαγγελματία. Η ενσυνειδητότητα είναι πολλά υποσχόμενη για να βοηθήσει και τους νοσηλευτές στην ευεξία και στην αυτοβελτίωση. Υπάρχει αυξανόμενη έρευνα που συμφωνεί στο ότι η ενσυνειδητότητα συμβάλλει στη μείωση των επιπέδων του άγχους, της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης, στην καλλιέργεια ενσυναίσθησης, στην ανάπτυξη ανθεκτικότητας, στην καλύτερη αυτοφροντίδα, ενδυνάμωση, συγκέντρωση, πνευματικότητα, επίγνωση εαυτού και συναισθημάτων, ικανοποίηση από τον εαυτό και τα επιτεύγματά του, συναισθηματική νοημοσύνη και αυτοέλεγχο (Νταφοπούλου και συν., 2023).

Τα χαμηλότερα επίπεδα προσωπικού, είτε λόγω ασθένειας, ή τραυματισμού, αποχώρησης, εναλλαγής εργασίας, έχουν ως αποτέλεσμα λιγότερο χρόνο με τους ασθενείς και μείωση της ποιότητας φροντίδας υγείας (Stanton & Stanton, 2004). Σε μια έρευνα, περισσότερο από το 70% των νοσηλευτών πίστευαν ότι η έλλειψη νοσηλευτών επηρεάζει αρνητικά την

ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, τη φροντίδα των ασθενών και τον χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς (Buerhaus και συν., 2006). Σε άλλη μελέτη φαίνονται ως περιοχές «αδυναμίας» σχετικά με την προαγωγή υγείας των νοσηλευτών, η διαχείριση του άγχους και η σωματική δραστηριότητα και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε χειρουργικά τμήματα είχαν σταθερά καλύτερες βαθμολογίες από τους νοσηλευτές που εργάζονται στην εντατική φροντίδα (McElligott και συν., 2009). Επίσης, η έρευνα για την υγεία και την παραγωγικότητα των εργαζομένων έχει συνδέσει την κακή κατάσταση υγείας με υψηλότερο άμεσο κόστος υγειονομικής περίθαλψης των ιδρυμάτων, υψηλότερα ποσοστά αναπηρίας, απουσίες, τραυματισμό, αποζημίωση εργαζομένων και χαμηλότερη απόδοση εργασίας (Partnership for Prevention, 2005).

Μελέτη στην Πολωνία, σε 79 νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήματα αποκατάστασης και νευρολογικά αξιολόγησε τις συμπεριφορές υγείας και τις θετικές στάσεις τους. Οι νοσηλευτές παρουσίασαν το μέσο επίπεδο συμπεριφορών υγείας. Οι κατηγορίες των θετικών στάσεων με την υψηλότερη βαθμολογία ήταν η νοητική στάση και προληπτικές συμπεριφορές, ενώ οι πρακτικές υγείας είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία. Παρουσίασαν επίσης μέσο επίπεδο θετικού προσανατολισμού για την υγεία και ένα μέσο επίπεδο αισιοδοξίας. Έχοντας υψηλότερο επίπεδο αισιοδοξίας και αυτοεκτίμησης καθώς και η θετική στάση ζωής επηρεάζει περισσότερο τη προθυμία τους να υιοθετήσουν συμπεριφορές υπέρ της υγείας, που ευνοούν τη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ένας αισιόδοξος νοσηλευτής με αντίληψη του εαυτού και του περιβάλλοντος μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του εργασιακού στρες πιο αποτελεσματικά και έτσι να μειώσει τον κίνδυνο εξουθένωσης, να ενισχύσει την προσαρμοστικότητα του, συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότερη επίλυση προβλημάτων και στο αίσθημα υψηλότερης εργασιακής ικανοποίησης (Jabłońska, Działdowska, & Sokal, 2022).

Η ολιστική νοσηλευτική, που πρόσφατα αναγνωρίστηκε από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών ως ειδικότητα, περιγράφει τη θεωρία και την πρακτική της αυτοφροντίδας μέσω πολυάριθμων πόρων, όπως βιβλία, περιοδικά, συνέδρια και ένα εθνικό πρόγραμμα πιστοποίησης. Εκτός από μια ολιστική έμφαση, τα προγράμματα που επικεντρώνονται στη νοσηλευτική ευεξία πρέπει να είναι ολοκληρωμένα, οικονομικά προσιτά, εκπαιδευτικά και βιωματικά (Dossey και συν., 2015). Ολιστική φροντίδα και η αυτοφροντίδα, αυτό-υποστήριξη συμβάλλει στην ισορροπία του ατόμου, στην αύξηση της παραγωγικότητας και στη πληρέστερη

συμμετοχή στην εμπειρία της ζωής (Elioroulous., 2004). Οι νοσηλευτές υποστηρίζοντας τον εαυτό τους και την αυτοφροντίδα τους έχουν επαρκή ενέργεια για να ενισχύσουν τη φροντίδα τους για ασθενείς, οικογένειες, και τις κοινότητες (McElligott και συν., 2009).

Έτσι, πρέπει να υπολογιστεί η ανάγκη για ολιστικό προσδιορισμό των καθοριστικών παραγόντων της υγείας, όπου η κατάσταση της υγείας δεν εξαρτάται μόνο από βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες, αλλά πρέπει επίσης να σχετίζεται με το φυσικό, κοινωνικό και κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον (Ślusarska, Dobrowolska & Zarzycka, 2013).

### **3.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

Καθώς η υγεία είναι πολύπλευρη, οι παρεμβάσεις προαγωγής υγείας για τους νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ολοκληρωμένες, να ενσωματώνουν μια ολιστική προσέγγιση ευεξίας και να ενισχύονται στο χώρο εργασίας. Τα εμπόδια πρέπει να εντοπιστούν και να τροποποιηθούν, ενώ η υποστήριξη και η εκπαίδευση από την διοίκηση πρέπει να ενθαρρυνθούν (McElligott και συν., 2009). Μπορεί να υπάρχουν πολλά εμπόδια στη συμμετοχή σε επιλογές υγιεινού τρόπου ζωής στο νοσηλευτικό χώρο. Αυτά περιλαμβάνουν την έλλειψη πρόσβασης σε εγκαταστάσεις άσκησης, τα εμπόδια στις πρακτικές υγιεινής διατροφής λόγω δυσμενών προγραμμάτων εργασίας, μεμονωμένων εμποδίων και πτυχών του φυσικού περιβάλλοντος εργασίας και κοινωνικές διατροφικές πρακτικές (Al-Tannir και συν., 2017· Nicholls και συν., 2017).

Οι Stanulewicz και συν., 2019 διεξήγαγαν συστηματική ανασκόπηση με σκοπό τη σύνθεση της βιβλιογραφίας για τις παρεμβάσεις του τρόπου ζωής για νοσηλευτές, τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στη βελτίωση της συμπεριφοράς και των παραγόντων κινδύνου για την υγεία ή/και συμπεριφορικά ή κλινικά αποτελέσματα νοσηλευτών σε ηλικία εργασίας καθώς και να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων στη βελτίωση των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την εργασία.

Συνολικά, συμπεριλήφθησαν 136 μελέτες παρέμβασης με συνολικό δείγμα 16.129 συμμετέχοντες (εύρος 9-3381). Οι μελέτες περιελάμβαναν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές ( $n = 52$ ), τυχαιοποιημένες μελέτες σχεδιασμού διασταύρωσης ( $n = 2$ ) και μη τυχαιοποιημένες

μελέτες με ομάδα ελέγχου ( $n = 31$ ) και χωρίς ομάδα ελέγχου ( $n = 51$ ). Η πλειοψηφία των παρεμβάσεων επικεντρώνεται στην εκπαίδευση, τη σωματική δραστηριότητα και την διατροφή, την ενσυνειδητότητα ή τη χαλάρωση (μαλάξεις, αρωματοθεραπεία, κατευθυνόμενη ονειροπόληση, μουσικοθεραπεία, χοροθεραπεία, θεραπεία τέχνης. Τριάντα επτά (27%) μελέτες ανέφεραν την εφαρμογή πολλών παρεμβάσεων. Υπήρχαν 12 μελέτες που περιείχαν άλλους μη ιατρικούς τύπους παρέμβασης, δηλαδή συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, όπως το Ρέικι, η θεραπεία αψής, η θεραπεία με αύρα, η θεραπεία με, η επανάληψη μάντραμ και ο νευρογλωσσικός προγραμματισμός (NLP, neurolinguistic programming). Άλλοι μη ιατρικοί τύποι παρέμβασης περιελάμβαναν ομάδες τηλεφωνικής υποστήριξης, παρεμβάσεις ύπνου και προληπτικό έλεγχο υγείας στην εργασία ή/και διαβούλευση. Οι παρεμβάσεις σε τρεις μελέτες είχαν ως στόχο τη διακοπή του καπνίσματος χρησιμοποιώντας ομαδική εκπαίδευση, αυτοκατευθυνόμενη εκπαίδευση ή επιθέματα νικοτίνης (Stanulewicz και συν., 2019).

Οι μελέτες είχαν σχετικά μικρά δείγματα και διεξήχθησαν κυρίως στη Βόρεια Αμερική (ΗΠΑ/Καναδάς,  $n = 53$ ). Συνολικά, η διάρκεια παρέμβασης κυμαινόταν από 10 λεπτά (π.χ. μια σύντομη συνεδρία μασάζ) έως 2 χρόνια, αν και έξι μελέτες δεν παρείχαν επαρκείς λεπτομέρειες σχετικά με τη διάρκεια της παρέμβασης. Η πλειονότητα των αποτελεσμάτων αξιολογήθηκε αμέσως μετά το τέλος της παρέμβασης, με λίγες μόνο μελέτες να αξιολογούν τις μεσοπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν κυρίως σε νοσοκομειακούς θαλάμους/ιατρικά κέντρα ή κλινικές ( $n = 123$ ), με λιγότερο συνηθισμένες εγκαταστάσεις να είναι ο ξενώνας ( $n = 2$ ) και οι κατοικίες ή οι οίκοι φροντίδας ηλικιωμένων ( $n = 4$ ) (Stanulewicz και συν., 2019).

Τα ευρήματα ήταν μικτά, με ορισμένες μελέτες να αναφέρουν οφέλη και άλλες να μην βρίσκουν σημαντικά αποτελέσματα. Οι διατροφικές συνήθειες ήταν το πιο επιτυχημένο βελτιωμένο αποτέλεσμα, ακολουθούμενο από τους δείκτες μάζας σώματος, τη φυσική δραστηριότητα και το στρες, με >70% σχετικών μελετών σε καθένα από αυτά να αναφέρουν βελτιώσεις. Συνολικά, τα ισχυρότερα στοιχεία ήταν για (δηλαδή, βελτιώσεις που αναφέρθηκαν σε μεγάλο αριθμό μελετών) βελτιώσεις στο στρες, το άγχος και την εξάντληση (κυρίως συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Υπήρχαν κάποια στοιχεία για βελτιώσεις (που αναφέρθηκαν σε μικρότερο αριθμό μελετών) προσωπικών επιτευγμάτων, ευεξίας, συμπόνιας (ικανοποίησης και κόπωση συμπόνιας), λειτουργικότητα εργασίας, φυσικής

δραστηριότητας και δείκτες σύστασης σώματος (ΔΜΣ, βάρος). Τα αποτελέσματα που ήταν λιγότερο πιθανό να αλλάξουν μετά την παρέμβαση ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, τα προσωπικά επιτεύγματα (υποτομέας επαγγελματικής εξουθένωσης), η ικανοποίηση από τη ζωή και την εργασία. Οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής ήταν πιο πιθανό να επηρεάσουν θετικά τη συναισθηματική βάση (που βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κατάσταση της διάθεσης, στο συναισθηματικό σθένος) και λιγότερο πιθανό να επηρεάσουν θετικά τα γνωστικά εστιασμένα αποτελέσματα (όπως η ποιότητα ζωής ή οι αντιλήψεις που σχετίζονται με την εργασία, που αξιολογούνται περισσότερο γνωστικά παρά συναισθηματικά) (Stanulewicz και συν., 2019).

Οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στη διατροφή, τη σύνθεση του σώματος, την φυσική δραστηριότητα ή το στρες είναι πιο πιθανό να είναι επιτυχείς και να έχουν θετικά αποτελέσματα για την υγεία και/ή την ευημερία των νοσηλευτών. Τα μεθοδολογικά ισχυρότερα στοιχεία αφορούν τη σύσταση του σώματος και το στρες. Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται αποκλειστικά στην εκπαίδευση μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα από τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή συμπεριφοράς. Τα οργανωτικά αποτελέσματα φαίνεται να είναι πιο δύσκολο να αλλάξουν με παρεμβάσεις του τρόπου ζωής και πιθανότατα απαιτεί πιο σύνθετες λύσεις, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών στο εργασιακό περιβάλλον (Stanulewicz και συν., 2019).

### **3.5 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία περιλαμβάνουν αυτούς που είναι εσωτερικοί ή εγγενείς στο άτομο και εκείνους που είναι περιβαλλοντικοί ή εξωγενείς. Η άρση των εσωτερικών και εξωτερικών φραγμών και η αύξηση των προσωπικών κινήτρων είναι τα μεγαλύτερα εμπόδια στην προαγωγή της υγείας (Seifert και συν., 2012). Σύμφωνα με το Μοντέλο Προαγωγής Υγείας του Pender, οι εγγενείς παράγοντες που επηρεάζουν το εάν κάποιος συμμετέχει σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας περιλαμβάνουν, προσωπικά χαρακτηριστικά και προηγούμενες εμπειρίες, αντιληπτά οφέλη, αντιληπτά εμπόδια, και την αυτο-αποτελεσματικότητα. Οι εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν

περιστασιακές και διαπροσωπικές επιρροές, όπως κανόνες, κοινωνική υποστήριξη και η διαμόρφωση ρόλων (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006).

Τα εγγενή χαρακτηριστικά που θέτουν πιθανούς φραγμούς στη συμμετοχή των νοσηλευτών σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας περιλαμβάνουν το φύλο και την ηλικία. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι άνδρες νοσηλευτές είναι πιο πιθανό να ακολουθούν μια υγιεινή διατροφή και να περπατούν στο διάλειμμα από τις νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές άνω των 40 ετών είναι πιο πιθανό να κάνουν τέτοιες βόλτες από τις νεότερους (Zapka και συν., 2009). Ακόμα και οι προσωπικές πεποιθήσεις των νοσηλευτών, η αυτό-αποτελεσματικότητα και τα αντιληπτά οφέλη και τα εμπόδια σχετίζονται με τη συχνότητα των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία στους νοσηλευτές (Zapka και συν., 2009· Esposito & Fitzpatrick, 2011). Επιπλέον, συμπτώματα όπως η κόπωση, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να μειώσουν τα κίνητρα και τη συμμετοχή του νοσηλευτή σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας (Esposito & Fitzpatrick, 2011· Bryer, Cherkis, & Raman, 2013· Melnyk, Hrabie, & Szalacha, 2013).

Έρευνα νοσηλευτών αποκαλύπτει πολλά εξωτερικά εμπόδια στην υγιεινή διαβίωση, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης χρόνου και χρημάτων (Bryer, Cherkis, & Raman, 2013), έλλειψη θεσμικής υποστήριξης (Phiri και συν., 2014) και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Kaewthummanukul και συν., 2006). Η εργασία με βάρδιες και το κυκλικό ωράριο εργασίας αποτελούν επιπλέον εμπόδια (Wong και συν., 2010· Almajwal, 2016). Για παράδειγμα, η πρόσβαση σε υγιεινές τροφές μπορεί να είναι περιορισμένη για νοσηλευτές που εργάζονται νύχτες και Σαββατοκύριακα, επειδή οι καφετέριες, ή τα εστιατόρια μπορεί να είναι κλειστά και οι νοσηλευτές μπορεί, εξ ανάγκης, να βασίζονται σε μηχανήματα αυτόματης πώλησης για γεύματα και σνακ ή και δεν είχαν χρόνο να ετοιμάσουν γεύμα στο σπίτι (Faugier και συν., 2001). Οι νοσηλευτές που εργάζονται νυχτερινές βάρδιες αναφέρουν ότι διαταραχές στον κιρκάδιο ρυθμό επηρεάζουν την ικανότητά τους να ασκούνται και να τρώνε υγιεινά και ίσως καταφεύγουν και στο φαγητό ως απάντηση σε αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται την ημέρα (Persson & Mårtensson, 2006· Wong και συν., 2010). Ο αριθμός των ωρών εργασίας μπορεί επίσης να επηρεάσει την υγεία αφού νοσηλευτές που εργάζονται με μερική απασχόληση είναι λιγότερο πιθανό να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (Bogossian και συν., 2012). Ο τύπος της μονάδας ή κλινικής στην οποία εργάζεται ένας νοσηλευτής μπορεί επίσης να αποτελεί εμπόδιο. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες

εντατικής θεραπείας σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία από τους νοσηλευτές χειρουργικής κλινικής στη μελέτη για το Προφίλ Τρόπου Ζωής Προαγωγής Υγείας II, το οποίο εξετάζει τη σωματική δραστηριότητα, τη διατροφή, τη διαχείριση του άγχους, την πνευματικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ευθύνη για την υγεία (δηλ. προσοχή στην υγεία του ατόμου, αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας (McElligott και συν., 2009).

Παράλληλα, ένας άλλος εξωτερικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει εάν ένας νοσηλευτής εφαρμόζει συμπεριφορές υγείας, είναι οι ανταγωνιστικές απαιτήσεις εκτός του χώρου εργασίας και οι πολλαπλοί κοινωνικοί ρόλοι (Persson & Mårtensson, 2006 McElligott και συν., 2009). Σε ένα εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα 33.549 Αμερικανών νοσηλευτών, περίπου το 55% ανέφερε ότι έχει ενήλικα ή παιδιά εξαρτώμενα άτομα στο νοικοκυριό του και άνω του 25% ανέφερε ότι παρείχε φροντίδα χωρίς τη βοήθεια συζύγου ή συντρόφου (US Department of Health and Human Services, 2010). Ορισμένοι νοσηλευτές μπορεί να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς στην εργασία και στη συνέχεια να παρέχουν φροντίδα σε πολλές γενιές στο σπίτι. Αυτό το φαινόμενο δεν έχει μελετηθεί καλά. Ωστόσο, έρευνα σε υπαλλήλους γηροκομείου που παρείχαν ταυτόχρονα φροντίδα στο σπίτι σε μεγαλύτερα ενήλικα μέλη της οικογένειας ή παιδιά έδειξε ότι τέτοια φροντίδα με «διπλό καθήκον» και «τριπλό καθήκον» οδηγεί σε αυξημένο άγχος, εξάντληση και κακή ψυχολογική λειτουργία (DePasquale και συν., 2016).



# **ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι συνήθειες και συμπεριφορές υγείας, όπως η σωστή διατροφή, η τακτική άσκηση, η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους, η αποχή από το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, οι τακτικοί έλεγχοι ή η λήψη προληπτικών εμβολίων, είναι ζωτικής σημασίας για μια καλή υγεία (Togas & Parlalis, 2021). Οι συνήθειες και οι συμπεριφορές υγείας αποτελούν συστατικά του προσανατολισμού στην υγεία (Rimal, Flora, & Schooler, 1999). Ο προσανατολισμός στην υγεία ορίζεται ως το κίνητρο ενός ατόμου να συμμετάσχει σε υγιείς στάσεις, πεποιθήσεις και συμπεριφορές (Togas & Parlalis, 2021). Τα άτομα με προσανατολισμό στην υγεία είναι πιο πιθανό να έχουν θετικό προσανατολισμό προς διάφορες προληπτικές συμπεριφορές και να συμμετέχουν σε υγιείς δραστηριότητες και συμπεριφορές (Dutta-Bergman, 2005). Επειδή ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλές άγνωστες και ασαφείς ενδείξεις ως προς την αλληλεπίδραση ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων στην υγεία και την ασθένεια ο προσανατολισμός στην υγεία φαίνεται να είναι μια σημαντική μεταβλητή (Rokach, 2019).

Από την άλλη πλευρά, η σημασία των ψυχολογικών διεργασιών στην εμπειρία της υγείας και της ασθένειας αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο. Όλο και περισσότερα στοιχεία συσσωρεύονται για το ρόλο της συμπεριφοράς στις τρέχουσες τάσεις νοσηρότητας και θνησιμότητας (Marks, Sykes, & McKinley, 2003). Οι άνθρωποι βιώνουν περιστασιακά προβλήματα και απογοητεύσεις με τις πτυχές της ζωής τους που σχετίζονται με την υγεία. Συχνά, οι πηγές αυτών των προβλημάτων οφείλονται σε ιδιαίτερες *ψυχολογικές τάσεις*, τάσεις προσωπικότητας και προσανατολισμούς που σχετίζονται με την υγεία και τη φυσική τους κατάσταση.

Υπάρχουν τρεις προσεγγίσεις που ενστερνίζονται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και σχετίζονται με τις ψυχολογικές τάσεις, *το αίσθημα ελέγχου στην υγεία* (health locus of control), *το άγχος για την υγεία* (health anxiety), και *η συνείδηση για την υγεία* (health consciousness). Αυτές οι ψυχολογικές τάσεις πρέπει να ληφθούν υπόψη εκτενέστερα κατά τη διερεύνηση των μεταβλητών που προάγουν τη σωματική υγεία και τη φυσική κατάσταση (Rokach, 2019; Togas & Parlalis, 2021).

*Η αίσθηση ελέγχου στην υγεία* (health locus of control), εξετάζει τον βαθμό στον οποίο τα άτομα πιστεύουν ότι η υγεία τους ελέγχεται από εσωτερικούς (δηλαδή άμεσο αποτέλεσμα των πράξεών του) ή εξωτερικούς (δηλαδή επαγγελματίες του ιατρικού τομέα, μοίρα, τύχη κ.λπ.) παράγοντες και σχετίζεται με τον προσανατολισμό υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές έρευνες έχουν συνδέσει την εσωτερική αίσθηση ελέγχου με θετικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές για την υγεία (Grotz και συν., 2011).

*Το άγχος για την υγεία* (health anxiety), είναι επίσης ένα κοινό και οδυνηρό πρόβλημα, που επηρεάζει τους περισσότερους ανθρώπους κάποια στιγμή στη ζωή τους και καθίσταται κλινικά σημαντικό για έως και 5% του γενικού πληθυσμού ανά πάσα στιγμή. Τα άτομα με άγχος υγείας τείνουν να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματά τους ως αυθεντικά απειλητικά και να αποδέχονται τις σκέψεις τους για την ασθένεια ως σχετικές. Συχνά βιώνουν παρορμήσεις να αναζητήσουν ιατρική συμβουλή για να καθησυχαστούν για την καλή υγεία ή να θεραπεύσουν την υποτιθέμενη ασθένεια (Bajcar, Babiak, & Olchowska-Kotala, 2019).

*Η συνείδηση για την υγεία* (health consciousness), αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο ένα άτομο τείνει να αναλαμβάνει δράσεις υγείας και χωρίζεται σε τέσσερις διαστάσεις: τη μεγαλύτερη ανησυχία για την υγεία, τη φροντίδα για την υγεία, την ενασχόληση με την αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία και την εκτίμηση των υγιεινών συνθηκών. Η συνείδηση για την υγεία προβλέπει διάφορες στάσεις και συμπεριφορές υγείας και σχετίζεται στενά με το πώς αναζητά και ανταποκρίνεται σε πληροφορίες για την υγεία (Hu, 2013).

## **4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών τάσεων που σχετίζονται με την υγεία στους στρατιωτικούς νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, σκοπός ήταν να διερευνηθεί η αίσθηση ελέγχου στην υγεία (αν πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι ζήτημα εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων), το αντιλαμβανόμενο άγχος για την υγεία τους και η συνείδηση της υγείας τους από τον εαυτό τους και τους άλλους.

Ερευνητικά ερωτήματα αποτέλεσαν τα εξής: Οι στρατιωτικοί νοσηλευτές: 1.Πως αντιλαμβάνονται την υγεία τους; 2.Έχουν άγχος για την υγεία τους; 3.Έχουν την πεποίθηση ότι η κατάσταση της υγείας καθορίζεται από τον προσωπικό τους έλεγχο ή είναι αποτέλεσμα

εξωτερικών επιρροών; 4.Προσδοκούν ότι θα συνεχίσουν να έχουν θετική σωματική υγεία στο μέλλον;

Για την επίτευξη του στόχου της μελέτης, πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη με τη χρήση δομημένης συνέντευξης τον Φεβρουάριο του 2024. Προσεγγίστηκαν πέντε στρατιωτικοί νοσηλευτές και πραγματοποιήθηκαν πέντε διά ζώσης συνεντεύξεις. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας σε στρατιωτικούς νοσηλευτές τριτοβάθμιου στρατιωτικού νοσοκομείου.

Τα κριτήρια εισαγωγής στην μελέτη ήταν να είναι νοσηλευτές που εργάζονται στο νοσοκομείο για τουλάχιστον 1 χρόνο και δεν έπασχαν από διαγνωσμένη ψυχική ασθένεια. Κωδικοποιήθηκαν με τα νούμερα 1-5. Ελήφθη ενημερωμένη συγκατάθεση από κάθε συμμετέχοντα. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε επίσης μία φόρμα με δημογραφικά στοιχεία και παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας (Παράρτημα).

Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε με επτά ερωτήσεις που προέκυψαν από τη βιβλιογραφία (Snell και συν., 1991, 2013·Rokach, 2019·Togas & Parlalis, 2021). Αυτές ήταν: 1. Πως θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας; 2.Πως αισθάνεστε όταν σκέφτεστε την υγεία σας; 3.Τι πιστεύετε ότι σκέφτονται οι άλλοι για την υγεία σας; 4.Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι καθορίζουν την υγεία σας; 5.Τι κάνετε για να διατηρήσετε την υγεία σας; 6.Πως πιστεύετε ότι θα είναι η υγεία σας στο μέλλον; 7. Το επάγγελμά σας πιστεύετε ότι παίζει κάποιο ρόλο στην υγεία σας; Κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου 60 λεπτά.

Οι περιορισμοί της μελέτης περιλαμβάνουν τη μέθοδο της και το μικρό δείγμα. Δεδομένου του περιορισμένου χρόνου των επαγγελματιών που προκαλείται από θέματα που σχετίζονται με την εργασία, πραγματοποιήθηκε μια δομημένη συνέντευξη για να εξοικονομήσουν χρόνο. Ενδεχομένως, μια πιο ελεύθερη και ανοιχτή συζήτηση πιθανότατα θα υπογραμμίσει περαιτέρω προβλήματα και προτάσεις. Επίσης, δεν βρέθηκαν σχετικά ποιοτικά ερευνητικά δεδομένα από την Ελλάδα και υπήρχαν ελάχιστα από άλλες χώρες, επομένως δεν υπήρχαν συγκριτικά δεδομένα μεταξύ άλλων νοσηλευτών.

Τηρήθηκαν αυστηρά οι αρχές της δεοντολογίας ερευνητικών μελετών, με σεβασμό στην εθελοντική συμμετοχή, μετά από ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα. Συγκεκριμένα τηρήθηκαν οι διατάξεις του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων

της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων – ΓΚΠΔ (General Data Protection Regulation- GDPR), η Εγκύκλιος/Οδηγός του Υπουργείου Υγείας (Ιούλιος 2018) για τη συμμόρφωση προς το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR), η οποία έχει κοινοποιηθεί και στα Νοσοκομεία της Χώρας και έχει αναρτηθεί στο διαδικτυακό τόπο του Υπουργείου Υγείας.

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εκούσια, και για τη διασφάλιση της ενημερωμένης συναίνεσης των συμμετεχόντων/ουσών στην έρευνα, συντάχθηκε ειδικό έντυπο (Παράρτημα). Για τη διεξαγωγή της έρευνας λήφθηκε η σχετική άδεια από την επιτροπή μεταπτυχιακών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Τέλος, ο επιβλέπων καθηγητής και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής ενέκριναν το πρωτόκολλο της παρούσας έρευνας και επέβλεπαν όλα τα στάδιά της.

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης από την ερευνήτρια, ηχογραφήθηκαν και στη συνέχεια αποκρυπτογραφήθηκαν σε κείμενο.

Για την ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε θεματική ανάλυση. Η θεματική ανάλυση είναι μια μέθοδος για τον εντοπισμό, την ανάλυση και την αναφορά προτύπων νοήματος σε ένα σύνολο δεδομένων. Επεξηγεί ποια θέματα είναι σημαντικά στην περιγραφή του υπό μελέτη φαινομένου. Το τελικό αποτέλεσμα επισημαίνει τα πιο σημαντικά θέματα που υπάρχουν στο σύνολο δεδομένων. Τα θέματα περιλαμβάνουν συναισθηματικές, γνωστικές και συμβολικές διαστάσεις. Ένα θέμα αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο μοτίβο νοήματος που βρίσκεται στα δεδομένα (Joffe & Yardley, 2004; Joffe, 2011).

Η θεματική ανάλυση μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω ανοιχτών ερωτήσεων-απαντήσεων ή με δομημένες ή ημιδομημένες συνεντεύξεις και μπορεί να διερευνήσει σε ένα επίπεδο βάθους που στερείται η ποσοτική ανάλυση, ενώ επιτρέπει ευελιξία και ερμηνεία κατά την ανάλυση των δεδομένων, αλλά θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και προσοχή στη διαφάνεια της μεθόδου προκειμένου να διασφαλιστεί η εμπιστοσύνη στα ευρήματα (Braun & Clarke, 2006).

Στην θεματική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε έγινε κωδικοποίηση και ομαδοποίηση των απαντήσεων με βάση τις ερωτήσεις της συνέντευξης (τα θέματα ήταν οι ίδιες οι ερωτήσεις).

Η κωδικοποίηση στηρίχθηκε στην ανάλυση των απαντήσεων με βάση τα θέματα και τις διαστάσεις που έθεταν οι ερωτήσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 5.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν τρεις άνδρες και δύο γυναίκες, με μέση ηλικία τα 35.4 έτη. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών ήταν άγαμοι (v=3), χωρίς παιδιά (v=4) και κανένας δεν είχε προχωρήσει σε μεταπτυχιακές σπουδές. Επίσης, η πλειοψηφία των νοσηλευτών εργάζονταν στην παρούσα θέση τους για 0-5 έτη (v=3), συνολικά για 6-10 έτη (v=2), εργάζονταν σε Καρδιολογική (Στεφανιαία) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (v=2) και όλοι εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο.

Πίνακας Δημογραφικά στοιχεία των 5 συμμετεχόντων στρατιωτικών νοσηλευτών

ΦΥΛΟ	N
Άντρας	3
Γυναίκα	2
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	
Έγγαμος	2
Άγαμος	3
Σε συμβίωση	0
Χωρισμένος	0
Χήρος	0
<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ</b>	
0	4
3	1
<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>	
ΑΕΙ	5
Μεταπτυχιακό	0
Διδακτορικό	0

<b>ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	
0-5	3
6-10	0
11-15	1
16-20	0
>20	1
<b>ΕΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ</b>	
0-5	0
6-10	2
11-15	1
16-20	1
>20	1
<b>ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	
Πολυκλινική	1
Χειρουργική κλινική	1
Νευρολογική κλινική	1
Καρδιολογική (Στεφανιαία) Μονάδα Εντατικής Θεραπείας	2
<b>ΩΡΑΡΙΟ</b>	
Μονίμως πρωινό	0
Μονίμως απογευματινό	0
Μονίμως Νυχτερινό	0
Κυκλικό	5
	<b>Μέση τιμή</b>
<b>ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)</b>	35.4

## 5.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι τρεις από τους πέντε συνεντευξιαζόμενους στην πρώτη ερώτηση (*Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;*) χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή και ικανοποιητική, με περιθώρια όμως βελτίωσης, αφού δεν προβαίνουν σε τακτικό έλεγχο υγείας και είναι σαφώς αρκετά επιβαρυνμένη από το νοσηλευτικό επάγγελμα σωματικά και ψυχολογικά (κυκλικό ωράριο, καταπόνηση, μεγάλος φόρτος εργασίας, αλλότρια καθήκοντα, εργασιακές σχέσεις). Ο συνεντευξιαζόμενος νο 3 επισήμανε βέβαια ότι ναι μεν η δουλειά είναι επιβαρυντική, αλλά αν ήταν σε δουλειά γραφείου θεωρεί θα ήταν χειρότερη η υγεία του, αφού σαν νοσηλευτής έχει αυξημένη φυσική δραστηριότητα και εγρήγορση την ώρα της εργασίας του.

Από την άλλη, οι υπόλοιποι δύο συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν ότι αντιλαμβάνονται πιο επιβαρυνμένη την κατάσταση της υγείας τους. Ο συνεντευξιαζόμενος νο 2 δήλωσε χαρακτηριστικά *«Ότι είναι σε κρίσιμο σημείο, γιατί νομίζω ότι είμαι στα όρια της υπερκόπωσης, νομίζω λίγο εξουθένωση, υπερβολική κούραση, υπερβολική πίεση...αυτό...υπερκόπωση»*. Και ο συνεντευξιαζόμενος νο 4 δήλωσε χαρακτηριστικά *«Μέτρια θα τη χαρακτηρίζα. Μέτρια, γιατί σωματικά μπορεί να καταλαβαίνω ότι είμαι υγιής αλλά ψυχικά καταλαβαίνω ότι δεν είμαι τελείως υγιής και αυτό επηρεάζει και τη σωματική σε δεύτερο χρόνο»*.

Ακολούθως, οι τρεις από τους πέντε συνεντευξιαζόμενους στη δεύτερη ερώτηση (*Πως αισθάνεστε όταν σκέφτεστε την υγεία σας;*) ανέφεραν το άγχος για την υγεία τους. Άγχος διότι παρότι είναι σχετικά καλά, θεωρούν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και επίσης φοβούνται να μην ασθενήσουν όπως οι ασθενείς τους, για παράδειγμα με καρδιαγγειακά ζητήματα. Συγκεκριμένα, ανέφεραν, ο συνεντευξιαζόμενος νοσηλευτής νο 1 *«θα μπορούσε βέβαια όπως είπα και πριν η υγεία μου να είναι σε καλύτερο επίπεδο, απλά συνεχίζω και έχω μία μικρή ανησυχία»*, ο συνεντευξιαζόμενος νοσηλευτής νο 4 *«....δεν έχω φτάσει στο τέλειο, ότι πρέπει να μεριμνώ για αυτό»*, και ο συνεντευξιαζόμενος νοσηλευτής νο 3 *«Με αγχώνει και επειδή είμαι και στη στεφανιαία μονάδα προσπαθώ, ειδικά την τελευταία οχταετία, να χάσω κιλά και να αθλούμαι για να μειώσω την πιθανότητα να έχω κάποια υπέρταση για παράδειγμα... έχω λάβει τα μέτρα μου γενικότερα»*.

Ένας μόνο συνεντευξιαζόμενος νοσηλευτής δήλωσε ότι δεν έχει αρνητικές σκέψεις για την υγεία του και την βλέπει γενικά με θετικό τρόπο. Τέλος, ένας συνεντευξιαζόμενος αισθάνεται ενοχή *«Αισθάνομαι λίγο ένοχη να πω την αλήθεια. Ότι έχω ένα χρέος απέναντι στον*



*εαυτό μου να διαφυλάζω την υγεία μου, τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική. Και ότι εν τέλει αυτός ο χώρος μόνο γι αυτό δεν προσφέρεται..... Δηλαδή, μιλάμε για μια ποιότητα φροντίδας που θέλουμε για τους ασθενείς, αλλά για να γίνει αυτή η ποιότητα φροντίδας και να διασφαλίσουμε την υγεία των ασθενών μάλλον πρέπει να χαλάσουμε τη δική μας».*

Στη τρίτη ερώτηση (*Τι πιστεύετε ότι σκέφτονται οι άλλοι για την υγεία σας;*) όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι δήλωσαν πως ο κοινωνικός τους περίγυρος θεωρεί ότι έχουν πολύ καλή κατάσταση υγείας. Θεωρούν ότι επειδή οι νοσηλευτές βρίσκονται συνεχώς μέσα στον κλάδο της υγείας ότι ταυτόχρονα και το επίπεδο υγείας τους θα είναι σε καλό βαθμό, ίσως και άριστο, αφού μπορούν είτε να ελέγχονται πιο συχνά, είτε να απευθύνονται στις διάφορες ιατρικές ειδικότητες αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ή ανησυχία.

Ωστόσο αυτό προκαλεί δυσφορία σε δύο συνεντευξιαζόμενους. Αναφέρθηκε «*θεωρούν ότι είμαι απολύτως υγιής. Δεν πιστεύω ότι το αντιλαμβάνονται, γιατί αν δεν το ζεις δε φαίνεται. Δηλαδή οι συνάδελφοι μπορεί να κρίνουν από τη δική τους κατάσταση και να υποψιάζονται ότι μπορεί να μην είσαι 100% καλά, αλλά ο κόσμος έξω δε μπορεί να καταλάβει. Δεν έχει καμία ιδέα για το τι μπορεί να βιώνεις*» και παρομοίως «*θεωρούν ότι είμαι πάρα πολύ καλά και ότι δεν βρίσκουν κάποιο λόγο που δεν είμαι καλά. Διότι το κλασικό που ακούω είναι ότι μέσα στους γιατρούς είσαι ότι εξέταση θέλεις μπορείς να την κάνεις...που να ξέρετε όμως ότι και να θέλω να κάνω μια εξέταση, δεν έχω το χρόνο να την κάνω....θα πρέπει και εγώ, όπως όλοι οι άλλοι, να την προγραμματίσω....και φυσικά να θυσιάσω ένα πολύτιμο ρεπό μου, στο οποίο εγώ θέλω να κοιμηθώ και να ξεκουραστώ, για να ξαναέρθω στο χώρο εργασίας μου για να πραγματοποιήσω αυτήν την εξέταση..διότι, όταν δουλεύω δεν υπάρχει χρόνος να αφήσω για λίγο τη δουλειά μου και να πάω να κάνω την εξέταση μου. Δυστυχώς δεν υπάρχει. Οπότε κόσμος θεωρεί ότι είμαι μέσα στους γιατρούς, οπότε είμαι μια χαρά και τα έχω λύσει όλα. Ενώ, δεν ισχύει κάτι τέτοιο».*

Στη τέταρτη ερώτηση (*Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι καθορίζουν την υγεία σας;*), οι τέσσερεις από τους συνεντευξιαζόμενους τόνισαν τη σημασία σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων για την υγεία. Ήτοι να εφαρμόζουν σωστές συμπεριφορές υγείας, όπως η άθληση , η σωστή διατροφή, η αποφυγή καταχρήσεων και ταυτόχρονα να αποφεύγουν στρεσογόνες καταστάσεις, να οργανώνουν το χρόνο τους και να διαχειρίζονται τα διάφορα προβλήματα με ψυχραιμία. Ανέφεραν και ενδεδειγμένους τρόπους άσκησης (συστηματική άσκηση 2-3 φορές την εβδομάδα) και διατροφής (μαγειρική στο σπίτι, αποφυγή σακχάρων και λιπαρών). Ιδιαίτερα ένας νοσηλευτής τόνισε την σημασία της άσκησης για την υγεία του «*ασκούμαι ιδιαίτερα πολύ,*

*όταν σταματάω κάποιες περιόδους, αρρωσταίνω... πάντως η άσκηση βοηθάει πάρα πολύ. Δεν έχω την ίδια υγεία με αυτούς που είναι 5-10 χρόνια μικρότεροί μου. Είναι σε χειρότερη υγεία από εμένα γιατί δεν αθλούνται».*

Ο συνεντευξιαζόμενος νο 2 έθεσε το θέμα της κληρονομικότητας για την υγεία. Αν δηλαδή κάποιος έχει ένα ιστορικό για χρόνια νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη ή καρδιαγγειακό πρόβλημα δεν μπορεί να τα αποφύγει. Όμως έθεσε και τον οικονομικό παράγοντα λέγοντας *«Σίγουρα το νούμερο ένα θεωρώ ότι είναι οικονομικός παράγοντας. Δηλαδή, νομίζω ότι όποιος έχει καλή οικονομική κατάσταση έχει και μια πιο εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Δεν χρειάζεται να περιμένει το ραντεβού του σε κάποιο νοσοκομείο στο ΕΣΥ μπορεί να πάει στον ιδιωτικό τομέα, να εξυπηρετηθεί άμεσα. Να έχει άμεσα το αποτέλεσμα μιας εξέτασης. Ε, νομίζω το πρώτο είναι το οικονομικό. Το δεύτερο για μένα είναι ο κληρονομικός παράγοντας...».*

Έπειτα, στην πέμπτη ερώτηση (*Τι κάνετε για να διατηρήσετε την υγεία σας;*) οι συνεντευξιαζόμενοι είχαν παραπλήσιες απαντήσεις. Οι νοσηλευτές για την διατήρηση της υγείας τους προσπαθούν όσο το δυνατόν περισσότερο να κοιμούνται αρκετές ώρες, να ασκούνται τακτικά, να τρώνε υγιεινά και να μην κάνουν καταχρήσεις. Κάποιοι ανέφεραν ότι προβαίνουν στην γυμναστική για εκτόνωση, χαλάρωση αλλά και για την ενδυνάμωση του μυοσκελετικού συστήματος που καταπονείται σημαντικά από την εργασία τους. Ωστόσο, ανέφεραν δυσκολίες στην διατήρηση ενός τακτικού προγράμματος γυμναστικής και ενός ισορροπημένου πλάνου διατροφής εξαιτίας της εργασίας με βάρδιες και της σωματικής και ψυχικής καταπόνησης από την εργασία. Ανέφεραν επίσης *«Να τροποποιώ κάποιους παράγοντες στη ζωή μου, στην καθημερινότητα, δηλαδή από τα μικρά πράγματα κοιτάω»* και *«Κάνω πράγματα τα οποία μου φτιάχνουν τη διάθεση για να μπορώ και ψυχολογικά να τονώσω την υγεία»*. Μόνο ένας νοσηλευτής τόνισε την διατήρηση μιας καλής ψυχολογικής υγείας, πέρα από τη σωματική. Τέλος, ένας νοσηλευτής ανέφερε ότι για να διατηρήσει την υγεία του θέλει να αλλάξει επάγγελμα, εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

Στην έκτη ερώτηση (*Πως πιστεύετε ότι θα είναι η υγεία σας στο μέλλον;*), διέφεραν οι απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων. Δύο νοσηλευτές θεωρούν ότι η υγεία τους θα παραμείνει στην ίδια κατάσταση αναφέροντας *«Αν δεν αλλάξει κάτι πάρα πολύ ριζικά και πιθανότατα αν δεν αλλάξει το εργασιακό περιβάλλον θα παραμείνει στα ίδια. Δεν ξέρω αν χειροτερέψει, αλλά νομίζω*

ότι θα παραμείνει στα ίδια» και «Θεωρώ ότι θα παραμείνει στα ίδια επίπεδα, δε νομίζω ότι θα αλλάξει. Ούτε προς χειρότερο, ούτε προς το καλύτερο. Αν συνεχίσω να κάνω αυτά που κάνω νομίζω θα παραμείνει στα ίδια επίπεδα. Αν βελτιώσω τη γυμναστική και καταφέρω να την καθιερώσω μπορεί να είναι και πιο καλή. Αν δεν την βελτιώσω θα παραμείνει στα ίδια επίπεδα».

Ένας συνεντευξιαζόμενος αναφέρει κατηγορηματικά ότι η υγεία του θα είναι καλή αναφέροντας «Η υγεία μου καλή θα είναι. Αν άφηνα τον εαυτό μου να επηρεαστεί από το εργασιακό μου περιβάλλον πιθανώς να είχα κάποιο καρδιαγγειακό πρόβλημα. Οπότε πιστεύω θα είναι καλή, αν τηρώ το πρόγραμμα μου και αθλούμαι». Αντίθετα, άλλος συνεντευξιαζόμενος αναφέρει ότι η υγεία του δεν θα είναι καλή αναφέροντας «Αν συνεχίσω να εργάζομαι σε αυτό το χώρο εργασίας, σίγουρα δεν θα είναι καλή. Ήδη αισθάνομαι αρκετούς πόνους στο σώμα μου και έχω αρκετή υπέρταση που δεν με αφήνει να κοιμηθώ και να ξεκουραστώ στον ελεύθερο χρόνο μου...κουβαλάω την ένταση της δουλειάς και στο σπίτι...». Τέλος, ένας συνεντευξιαζόμενος αναφέρει ότι θα ήθελε να διατηρήσει ένα καλό επίπεδο υγείας αλλά το θεωρεί δύσκολο λόγω της μειωμένης ενέργειας, της αύξησης της ηλικίας του και των πολλών εργασιακών απαιτήσεων. Ωστόσο, θα προσπαθήσει γιατί «πρέπει να γινόμαστε ακόμα πιο προσεκτικοί στο να διασφαλίζουμε τη δική μας υγεία για να μπορέσουμε να διασφαλίσουμε και την υγεία των υπολοίπων».

Στην τελευταία και έβδομη ερώτηση (Το επάγγελμά σας πιστεύετε ότι παίζει κάποιο ρόλο στην υγεία σας;) από τους πέντε συνεντευξιαζόμενους, μόνο ένας θεώρησε ότι το επάγγελμα διαδραματίζει ρόλο στην υγεία του και θετικό και αρνητικό. Εξηγεί ότι είναι δύσκολο το κυκλικό ωράριο και τον εμποδίζει στην τακτική άσκηση και στον ρυθμισμένο ύπνο αλλά θεωρεί ότι θα ήταν χειρότερη η υγεία του, αν εργάζονταν σε γραφείο, αφού σαν νοσηλευτής έχει αυξημένη φυσική δραστηριότητα και εγρήγορση την ώρα της εργασίας του.

Οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι δηλώνουν ότι η σχέση του νοσηλευτικού επαγγέλματος με την υγεία είναι σημαντική με αρνητικό πρόσημο. Ένας επισημαίνει τον ρόλο του άγχους και της ευθύνης, «...όταν είσαι στο χώρο της υγείας είσαι αντιμέτωπος με αρκετά στρεσογόνες καταστάσεις, είσαι υπεύθυνος για τη διαχείριση της ζωής των ανθρώπων κάτι που από μόνο του είναι πολύ στρεσογόνο...είναι μεγάλο το αίσθημα της ευθύνης. Πρέπει να είσαι προσεκτικός στις ενέργειες που κάνεις διότι μία κακή εκτίμηση, μία έλλειψη συγκέντρωσης μπορεί να οδηγήσει στη χορήγηση ενός φαρμάκου που αντενδείκνυται για έναν ασθενή και να του προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές και να κινδυνεύσει η ζωή του. Οπότε γενικά θεωρώ ότι το

*επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ένα αρκετά στρεσογόνο επάγγελμα...» και άλλος την συναισθηματική φόρτιση, «να ερχόμαστε σε επαφή σαν επαγγελματίες υγείας με ασθενείς και με το συγγενικό περιβάλλον μας επιφορτίζει και συναισθηματικά. Δηλαδή να προσπαθήσουμε στη ουσία να γιατί είμαστε εκεί για αυτούς...είσαι εκεί και ως παράγοντας ψυχολογικής υποστήριξης επομένως έχουμε κληθεί πολλές φορές στο να είμαστε δίπλα για τους ασθενείς, να τους τονώσουμε ψυχολογικά με αποτέλεσμα αυτό να επιβαρύνει εμάς τους ίδιους. Επομένως το επάγγελμα που έχουμε παίζει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο στον παράγοντα της δικιάς μας υγείας, σωματικής και ψυχολογικής».*

Κοινό θέμα όλων των απαντήσεων είναι ο επηρεασμός της υγείας από τη μεγάλη σωματική επιβάρυνση και καταπόνησης με το κυκλικό ωράριο, τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την έλλειψη διαλλείματος στην εργασία, τα αλλότρια καθήκοντα και την έλλειψη προσωπικού στο νοσοκομείο. Χαρακτηριστικά αναφέρεται *«για τους νοσηλευτές εφόσον υπάρχει κυκλικό ωράριο, νυχτερινές βάρδιες, αυτομάτως η υγεία ενός νοσηλευτή έχει υποβαθμιστεί σε ένα να βαθμό. Δε μπορείς να είσαι στο 100% εφόσον κάποιες νύχτες δεν τις κοιμάσαι σπίτι σου και τις περνάς σε ένα νοσοκομείο...άρα ούτως ή άλλως για όλους τους νοσηλευτές το πλατό είναι κάτω από το 100%, δε μπορεί να υπάρξει 100% για νοσηλευτές που κάνουν νοσηλευτική».*

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τις ψυχολογικές τάσεις που σχετίζονται με την υγεία στους στρατιωτικούς νοσηλευτές, μέσω ποιοτικής μεθοδολογίας και θεματικής ανάλυσης. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκε η αίσθηση ελέγχου στην υγεία και διεπιστώθει ότι συνεντευξιαζόμενοι νοσηλευτές έχουν εσωτερική αίσθηση ελέγχου, διερευνήθηκε το αντιλαμβανόμενο άγχος για την υγεία τους και διεπιστώθει ότι αναφέρουν σημαντικό άγχος και τέλος διερευνήθηκε και διεπιστώθει η συνείδηση της υγείας τους από τον εαυτό τους.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν παραπάνω (ενότητα 4.2), απαντήθηκαν ως ακολούθως. Οι συνεντευξιαζόμενοι νοσηλευτές:

1. Έχουν αντίληψη και συνείδηση της υγείας τους και την αναφέρουν ως επιβαρυνμένη, μέτρια και καλή με περιθώρια βελτίωσης.

2. Αναφέρουν άγχος και ανησυχία για την υγεία τους.
3. Τονίζουν τη σημασία σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων για την υγεία. Ήτοι εσωτερικοί παράγοντες όπως να εφαρμόζουν σωστές συμπεριφορές υγείας (άθληση, σωστή διατροφή, αποφυγή καταχρήσεων) και ταυτόχρονα η οργάνωση χρόνου, η ψύχραιμη διαχείριση καταστάσεων και η αποφυγή του στρες. Άρα έχουν αυξημένη εσωτερική αίσθηση ελέγχου στην υγεία τους. Ο κυριότερος εξωτερικός παράγοντας θεωρείται η εργασία τους ως νοσηλευτές και η επακόλουθη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση.
4. Έχοντας συνείδηση της κατάστασης της υγείας τους και της εργασίας τους, κάποιοι θεωρούν ότι είναι και θα παραμείνει καλή και άλλοι θα παραμείνει σταθερή ή θα χειροτερέψει.

Στη συνέχεια, θα συζητηθούν τα κοινά θέματα και θα συγκριθούν με τις υπάρχουσες μελέτες της σύγχρονης βιβλιογραφίας.

Γενικά, τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν με τις σχετικές μελέτες της βιβλιογραφίας, οι συνεντευξιαζόμενοι έχουν φαινομενικά καλές συμπεριφορές υγείας και καλή υγεία, αν και ορισμένες μελέτες για την υγεία των νοσηλευτών υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν εφαρμόζουν θετικές συμπεριφορές υγείας. Ωστόσο να σημειωθεί ότι δεν ανευρέθηκαν σχετικά ποιοτικά ερευνητικά δεδομένα από την Ελλάδα και από άλλες χώρες, επομένως δεν υπήρχαν πολλά συγκριτικά δεδομένα μεταξύ άλλων νοσηλευτών.

Αρχικά, σχετικά με την συνείδηση της υγείας, φάνηκε ότι οι συνεντευξιαζόμενοι έχουν και μάλιστα θεωρούν την υγεία τους καλή αλλά με περιθώρια βελτίωσης. Ανέφεραν ωστόσο την κόπωση και την ψυχική επιβάρυνση που επηρεάζει τον χαρακτηρισμό τους για την υγεία τους. Η υγεία των νοσηλευτών στην Ελλάδα έχει μελετηθεί τα προηγούμενα χρόνια. Ποσοτική μελέτη που συμπεριέλαβε 361 νοσηλευτές με μέση ηλικία τα 36 έτη και μέσος όρος των ετών εργασίας τους ως νοσηλευτές τα 13,5 έτη που εργάζονται στην Βορειοδυτική Ελλάδα, έδειξε ότι οι νοσηλευτές έχουν αδύναμο προφίλ υγείας και δεν λαμβάνουν υπόψη τις συμπεριφορές υγείας, όταν εκτιμούν το επίπεδο της υγείας τους. Περίπου το 58% των νοσηλευτών ανέφερε ότι είχε κακή υγεία ενώ το 42% ανέφερε ότι είχε καλή υγεία. Η αυτοαξιολόγηση της υγείας συνδέθηκε ανεξάρτητα με το φύλο, την προσπάθεια αποφυγής λιπαρών τροφών και τη σωματική δραστηριότητα. Αξιοσημείωτα, το 45.3% των γυναικών και το 51.2% των ανδρών νοσηλευτών κάπνιζαν προϊόντα καπνού, περίπου το ένα τρίτο ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και η

πλειοψηφία δήλωσε ότι κάνουν περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ (Pappas, Alamanos, & Dimoliatis, 2005-Παππά, 2011). Άλλη Ελληνική μελέτη, με δείγμα 308 νοσηλευτές από νοσοκομεία της Αθήνας, κατέδειξε τον επιπολασμό του καπνίσματος στους Έλληνες νοσηλευτές να είναι μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού. Σχεδόν οι μισοί από τους νοσηλευτές του δείγματος ήταν τωρινοί καπνιστές, το ένα τέταρτο ήταν καπνιστές ή πρώην καπνιστές, με λιγότερο από το ένα τρίτο μη καπνιστές. Το 11% των καπνιστών εξέφρασε την επιθυμία να σταματήσει τον επόμενο μήνα, ένα 12% τους επόμενους 6 μήνες και το 23% των τωρινών καπνιστών βρισκόταν ακόμη στο στάδιο της σκέψης. Οι κύριοι λόγοι που ανέφεραν για τη συνέχιση του καπνίσματος περιλαμβάνεται η χρήση καπνού για απόλαυση και ως μηχανισμός αντιμετώπισης του στρες, όπως και επίσης τα οργανωτικά προβλήματα προσδιορίστηκαν ως η κύρια πηγή άγχους (Beletsioti-Stika & Scriven, 2006).

Στη μελέτη μας δεν αξιολογήσαμε την καπνιστική συνήθεια ή αναλυτικά τις διαιτητικές και αθλητικές συνήθειες των συμμετεχόντων. Από τα λεγόμενα τους όμως φαίνεται ότι οι συνεντευξιαζόμενοι προσπαθούν και εφαρμόζουν συμπεριφορές υγείας, ήτοι άσκηση και ισορροπημένη διατροφή και φαίνεται να έχουν καλύτερο προφίλ υγείας συγκριτικά με τον πληθυσμό των άλλων μελετών.

Να σημειωθεί ότι αναφέρθηκαν από τους συνεντευξιαζόμενους νοσηλευτές, η κόπωση και τα μυοσκελετικά προβλήματα. Η κόπωση που προκύπτει από την εργασία με βάρδιες και τις παρατεταμένες ώρες μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη φροντίδα των ασθενών και την ασφάλεια και την υγεία των νοσηλευτών. Αυτά περιλαμβάνουν υποκειμενική κόπωση (ψυχική και σωματική), υπερβολική υπνηλία, χασμουρητό ή αποκοίμιση στη δουλειά, βραχυπρόθεσμα προβλήματα μνήμης και αδυναμία συγκέντρωσης, αισθητά μειωμένη ικανότητα για αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία, μειωμένη λήψη αποφάσεων και κρίση, μειωμένη συντονισμός των ματιών ή αργά αντανακλαστικά. Αυτά τα συμπτώματα παρουσιάζονται σε διάφορους βαθμούς από διαφορετικά άτομα και σε διαφορετικά πλαίσια (Gander και συν., 2019). Στην Ελλάδα, σε μελέτη 210 νοσηλευτών από τμήματα επειγόντων περιστατικών διεπιστώθει ότι υπήρχε σχετικά χαμηλή εργασιακή κόπωση, που συσχετίστηκε όμως με βάρδιες εργασίας, αισθήματα απώλειας ενέργειας και δραστηριότητας και εξάντληση (Kasimis και συν., 2023).

Επιπλέον, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας οι νοσηλευτές επηρεάζονται ιδιαίτερα από μυοσκελετικές διαταραχές. Έρευνες που έγιναν σε πολλές χώρες δείχνουν ποσοστά επικράτησης

πάνω από το 80% αυτών των διαταραχών σε νοσηλευτές (Magnago και συν., 2010). Τα μυοσκελετικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν σε 278 τυχαία επιλεγμένους νοσηλευτές σε 15 νοσοκομεία στην Ελλάδα το 2017. Το 84% των συμμετεχόντων βίωσε τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του μυοσκελετικά συμπτώματα. Το πιο συχνό ήταν πόνος στην οσφυϊκή χώρα. Από τους πιο σημαντικούς αντιληπτούς παράγοντες κινδύνου για μυοσκελετικές διαταραχές ήταν η έλλειψη προσωπικού και η απουσία εκπαίδευσης σε εργονομικά θέματα (Tsekoura και συν., 2017).

Αναφορικά με το κυκλικό ωράριο και τις βάρδιες, αυτό φάνηκε να επιδρά αρνητικά στην υγεία των συνεντευξιζόμενων νοσηλευτών με υπερβολική κόπωση και αδυναμία της τήρησης των συμπεριφορών υγείας, όπως ένα πρόγραμμα άσκησης, διατροφής και ύπνου. Η εργασία με βάρδιες και το κυκλικό ωράριο εργασίας που αλλάζουν τον κικάρδιο ρυθμό, έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικά εμπόδια για την εφαρμογή συμπεριφορών υγείας στους νοσηλευτές (Wong και συν., 2010· Almajwal, 2016). Ελληνική μελέτη σε 150 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού στην Έδεσσα, συμπέρανε ότι υπάρχουν πολλά προβλήματα από την εκτέλεση του κυκλικού ωραρίου. Στη πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι υποφέρουν από αϋπνία, ότι διαταράσσεται σημαντικά η οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Ωστόσο, το ωράριο δεν συσχετίστηκε με τις συμπεριφορές υγείας. Τόσο όσοι εργάζονταν με βάρδιες όσο και όσοι είχαν σταθερό ωράριο είχαν παρόμοιες συμπεριφορές υγείας. Οι συμπεριφορές υγείας σχετίστηκαν με την ηλικία, με τους μεγαλύτερους ηλικιακά νοσηλευτές να έχουν βελτιωμένες συμπεριφορές υγείας (Αποστόλου, 2021).

Ακολούθως, οι συνεντευξιζόμενοι είχαν σημαντικό αντιλαμβανόμενο άγχος για την υγεία τους. Στην βιβλιογραφία, το άγχος για την υγεία (health anxiety) στους επαγγελματίες υγείας, έχει μελετηθεί ποσοτικά, ποιοτικά και εκτεταμένα, σε σχέση με την πανδημία COVID19. Οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται σε άγχος για την υγεία σε περιόδους πανδημίας, καθώς θεωρείται ότι έχουν υψηλό κίνδυνο να μολυνθούν ενώ είναι το ζωτικό εργατικό δυναμικό για τη διαχείριση της. Η εργασία στην πρώτη γραμμή, η επαφή με στενούς γνωστούς που να έχουν μολυνθεί με COVID19, ο υψηλότερος αντιληπτός κίνδυνος για COVID19, μια πιο προσεκτική στάση απέναντι στον COVID19, το υψηλότερο εργασιακό άγχος και τα αγχώδη χαρακτηριστικά προσωπικότητας προέβλεπαν υψηλότερο άγχος για την υγεία (Mohd Salleh Sahimi και συν., 2021· Shayganfard και συν., 2021). Επίσης, πριν το 2020, οι μελέτες για το άγχος για την υγεία στους επαγγελματίες υγείας επικεντρωνόντουσαν ξανά σε μία επιδημία όπως για παράδειγμα του

ιού της γρίπης ή του ιού SARS. Δεν ανευρέθηκαν μελέτες αποκλειστικά σε νοσηλευτές ή επαγγελματίες υγείας σε περιόδους που δεν υπήρχε μια υγειονομική κρίση. Το άγχος για την υγεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την προσωπική και επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών και μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους μακροπρόθεσμα (Maslakci, Sürücü, & Sesen, 2021) και σίγουρα χρήζει περαιτέρω διερεύνησης στις ΕΔ και στον Ελλαδικό χώρο.

Σχετικά με την αίσθηση ελέγχου στην υγεία διεπιστώθει ότι οι συνεντευξιαζόμενοι έχουν εσωτερική αίσθηση ελέγχου, δηλαδή πιστεύουν περισσότερο στη δική τους υπαιτιότητα για την υγεία τους, άρα και πρέπει να συνεχίσουν και να αυξήσουν τις καλές συμπεριφορές υγείας τους. Παρόλα αυτά θεωρούν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι σημαντικά συνδεδεμένο με την υγεία τους και συγκεκριμένα με επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Αυτό εξηγείται κυρίως από τις δυσμενείς συνθήκες εργασίες και την υποστελέχωση και τις συνέπειές της στα ΣΝ αλλά και στα νοσοκομεία της χώρας. Από τους 122 νοσηλευτές, από τέσσερα Στρατιωτικά Νοσοκομεία της χώρας μας, ένας στους τρεις δήλωσε συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων, ενώ ακόμα και η αποπροσωποποίηση βίωνταν από έναν στους πέντε νοσηλευτές (τομείς της επαγγελματικής εξουθένωσης). Το 80% των νοσηλευτών δήλωσε μέτρια ή υψηλά επίπεδα άγχους και ιδιαίτερα οι νοσηλεύτριες (Μαλέτσικα, 2010). Επίσης, διενεργήθηκε μελέτη σε 246 νοσηλευτές που εργάζονταν σε δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες το 2013 στην Ελλάδα για να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής, το εργασιακό άγχος και τις συμπεριφορές φροντίδας τους. Η επαφή με το θάνατο, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, οι συγκρούσεις με τους επόπτες και η αβεβαιότητα για το θεραπευτικό αποτέλεσμα προκάλεσε σημαντικά υψηλότερο άγχος στους συμμετέχοντες. Σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ άγχους και συμπεριφορών φροντίδας. Το εργασιακό άγχος ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία, ενώ το άγχος που προκύπτει από συγκρούσεις με τους προϊσταμένους σχετίστηκε ανεξάρτητα με την ψυχική υγεία των νοσηλευτών (Sarafis και συν., 2016).

Ομοίως, μελέτη σε στρατιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας είχε ως δείγμα 50 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και αξιολόγησε τις συνθήκες εργασίας σε αυτό. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν δυσaráσκεια από τις συνθήκες εργασίας εξαιτίας της υποστελέχωσης και αυτά επηρεάζουν αρνητικά τη ποιότητα ζωής τους. Η πλειοψηφία (70%) ανέφερε ότι η υπηρεσία



αδυνατεί να τους χορηγήσει τις απαραίτητες ημέρες ανάπαυσης κάθε εβδομάδα. Όλοι δήλωσαν ότι ξεπερνούν τις ανθρώπινες αντοχές τους στην εκτέλεση της εργασίας τους λόγω της υποστέλεχωσης και αδυνατούν να ανταποκριθούν στα οικογενειακά και κοινωνικά τους καθήκοντα (Καραντώνη, 2020).

Ακόμα, οι συνθήκες εργασίας μετρήθηκαν και σε πέντε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα από τους Brofidi, Vlasiadis, & Filalithis (2018). Οι νοσηλευτές αξιολόγησαν ως δυσμενείς τις συνθήκες εργασίας και τα εργασιακά περιβάλλοντα. Αυτό αφορούσε την συμμετοχή νοσηλευτών σε νοσοκομειακά θέματα, την παροχή ποιοτικής φροντίδας, τις ικανότητες των προϊστάμενων, την ηγεσία και την υποστήριξη των νοσηλευτών και την επάρκεια στελέχωσης και πόρων. Μόνο, οι συλλογικές Σχέσεις νοσηλευτών και ιατρών αξιολογήθηκαν ως θετικό οργανωτικό χαρακτηριστικό. Έτσι λοιπόν εφόσον οι νοσηλευτές εργάζονται σε «μη βιώσιμες» συνθήκες εργασίας στα ΣΝ και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, προτεραιοποιούν την «επιβίωσή» τους σε αυτό το σύστημα και όχι την υγεία τους με ορθές συμπεριφορές υγείας. Όπως επίσης έχει βρεθεί σε διεθνείς μελέτες, και οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας αποτελούν επιπλέον εμπόδιο στην εφαρμογή και διατήρηση των συμπεριφορών προαγωγή υγείας στους νοσηλευτές (Wong και συν., 2010· Almajwal, 2016).

Μια μικρή μεικτή μελέτη από το Βερολίνο με 43 νοσηλευτές, έδειξε ότι το 84% υπέφερε από χρόνιο άγχος και το 49% είχε τάσεις για ανθυγιεινή συμπεριφορά στο χώρο εργασίας, με το άγχος να συσχετίζεται με την τρέχουσα συμπεριφορά υγείας. Η συγκεκριμένη μελέτη περιελάμβανε και ποιοτική μεθοδολογία με ημιδομημένες συνεντεύξεις για να διερευνήσουν τι επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών και κατέδειξε παρόμοια συμπεράσματα με την παρούσα μελέτη. Οι νοσηλευτές αναγνώρισαν προσωπικά ζητήματα, δηλαδή τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την διάθεση, την υποστήριξη από την ομάδα και τον περίγυρό τους και φραγμούς για την υγεία, δηλαδή τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τα προβλήματα στον ύπνο και τη διατροφή, το κάπνισμα, τις οικιακές υποχρεώσεις και την πιθανή ασθένεια/τραυματισμό. Επιπλέον, ανέφεραν οργανωτικά ζητήματα, όπως τα προγράμματα για την διαχείριση του επαγγελματικού κινδύνου στην εργασία τους, αλλά και φραγμούς για την συμπεριφορά υγείας όπως οι απαιτήσεις εργασίας, το ωράριο με βάρδιες και η απόσταση μεταξύ εργασίας και κατοικίας (Heuel και συν., 2022)

Εν συνεχεία, οι συνεντευξιαζόμενοι σημείωσαν ότι ο περίγυρός τους, τους θεωρεί πάντα υγιής και «άτρωτους» εξαιτίας του επαγγέλματος τους και ότι είναι σχεδόν «πρότυπα υγείας». Δεν ανευρέθηκε κάποια μελέτη για το συγκεκριμένο θέμα. Οι νοσηλευτές αναμένεται να είναι πρότυπα για υγιεινές συμπεριφορές. Το εάν αυτή είναι μια ρεαλιστική και αποδεκτή προσδοκία δεν έχει διερευνηθεί. Όμως, μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ενδιαφερόμενα μέρη (ειδικευόμενοι νοσηλευτές, φοιτητές νοσηλευτικής, χρήστες υπηρεσιών, υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, επικεφαλής ανάπτυξης εργατικού δυναμικού και ενδιαφερόμενοι φορείς που εργάζονται στην εκπαίδευση νοσηλευτών) κλήθηκε να απαντήσει σε αυτό. Η πολιτική και η επαγγελματική συζήτηση που υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι υγιή πρότυπα θεωρήθηκε μη ρεαλιστική και μη βοηθητική. Σε αντίθεση με την άποψη ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αποτελούν την επιτομή και να επιδεικνύουν υγιεινές συμπεριφορές για να ενθαρρύνουν τους ασθενείς και να είναι αξιόπιστοι στις συμβουλές, οι ενδιαφερόμενοι συμφώνησαν ότι ήταν πιο σημαντικό να θεωρούνται «άνθρωποι» και να κατανοούν τις προκλήσεις της αλλαγής συμπεριφοράς υγείας (Kelly και συν., 2017).

Ολοκληρώνοντας, οι μη μεταδοτικές ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας, των καρδιαγγειακών παθήσεων και του διαβήτη τύπου 2, έχουν φτάσει σε επίπεδα επιδημίας στο γενικό πληθυσμό, και οι νοσηλευτές διατρέχουν και αυτοί κίνδυνο (Jones, Podolsky, & Greene, 2012). Οι νοσηλευτές βρίσκονται στην πρώτη γραμμή στη μάχη για την καταπολέμηση αυτής της επιδημίας, και με τη νοσηλευτική ως το πιο αξιόπιστο από όλα τα επαγγέλματα, είναι σε θέση κλειδί να συμβουλεύουν τους ασθενείς τους σχετικά με τη σημασία της ενασχόλησης με συμπεριφορές υγιεινού τρόπου ζωής, όπως η κατανάλωση μιας θρεπτικής διατροφής, συμμετοχή σε τακτική σωματική δραστηριότητα, επαρκής ύπνος, μείωση του στρες και αποφυγή του καπνού και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Ωστόσο, η γνώση που διαθέτουν οι νοσηλευτές σχετικά με συμπεριφορές που προάγουν την υγεία μπορεί να μην μεταφραστεί σε αυτοφροντίδα των νοσηλευτών (Ross και συν., 2018).

Βέβαια, στην δική μας μελέτη αποδείχθηκε ότι οι συνεντευξιαζόμενοι νοσηλευτές προσπαθούν πολύ για την διατήρηση της υγείας τους με όλες τους ενδεδειγμένους τρόπους. Αυτή η ενασχόληση με την διατήρηση της υγείας, πηγάζει στην πλειοψηφία από το άγχος για την υγεία τους γιατί θεωρούν ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και επίσης φοβούνται να μην ασθενήσουν όπως οι ασθενείς τους για παράδειγμα με καρδιαγγειακά ζητήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup> : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, οι συνεντευξιαζόμενοι στρατιωτικοί νοσηλευτές φάνηκε να έχουν συνείδηση της κατάστασης της υγείας τους και της εργασίας τους, άγχος υγείας και έχουν αυξημένη εσωτερική αίσθηση ελέγχου στην υγεία τους. Αν και ορισμένες μελέτες για την υγεία των νοσηλευτών υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές συχνά δεν εφαρμόζουν αυτοφροντίδα ή θετικές συμπεριφορές υγείας, οι συμμετέχοντες επιδεικνύουν το αντίθετο. Προσπαθούν όσο το δυνατό περισσότερο να ακολουθούν ένα τακτικό πρόγραμμα άσκησης και ένα ισορροπημένο πλάνο διατροφής. Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης απαντήθηκαν και αναδύονται σημαντικές προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Η νοσηλευτική κοινότητα εκτίθεται σε πολυάριθμους εργασιακούς και επαγγελματικούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένου του τύπου των σχέσεων που επικρατούν μεταξύ των συναδέλφων και του παρατεταμένου στρες. Αυτό επηρεάζει αρνητικά την υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και την ποιότητα ζωής του. Η κακή εργονομία εργασίας, οι ελλείψεις προσωπικού, η ανεπαρκής ηγεσία της ομάδας από τον διευθυντή και οι ελλείψεις εξοπλισμού αυξάνουν τα επίπεδα άγχους στους εργαζόμενους, ενώ αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο επαγγελματικών ασθενειών. Έχει παρατηρηθεί ότι η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και η κόπωση μεταξύ των νοσηλευτών προάγει αρνητικές συμπεριφορές υγείας με τη μορφή του καπνίσματος και της κατανάλωσης επεξεργασμένων τροφών που είναι πλούσιες σε ζάχαρη και λίπος και αποθαρρύνει σημαντικά τη συμμετοχή σε αθλήματα. Αυτό, με τη σειρά του, επηρεάζει αρνητικά την υγεία και μπορεί να οδηγήσει σε υπέρταση, καρκίνο, διαβήτη και προβλήματα στο οστεοαρθρικό σύστημα, με κίνδυνο φτωχότερης ποιότητας ζωής και ακόμη και παρεμπόδιση της ικανότητας εργασίας. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές θα πρέπει να φροντίζουν σωστά την υγεία τους υιοθετώντας τις σωστές συμπεριφορές υγείας και οδηγώντας τον σωστό τρόπο ζωής, ώστε να μπορούν να αποτελέσουν πρότυπα για την κοινωνία φροντίζοντας τη δική τους υγεία. Δεδομένου ότι οι νοσηλευτές, ως μέλη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης και την ποιότητα ζωής των ασθενών, είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τη δική τους ποιότητα ζωής.

Η ψυχολογία της προσωπικότητας και των ατομικών τάσεων είναι σημαντική πτυχή της κατανόησης της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία, και η μελέτη αυτών των ψυχολογικών τάσεων είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση προληπτικών συμπεριφορών υγείας και συμμόρφωση με τις συνιστώμενες πρακτικές υγείας. Μέσω της έρευνας στο πεδίο των ψυχολογικών τάσεων και του προσανατολισμού υγείας μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για το βαθμό που προβληματίζονται και αγχώνονται για την υγεία τους οι νοσηλευτές, καθώς και για το αν κινητοποιούνται για να αποφύγουν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής και να διατηρήσουν την υγεία τους. Επιπλέον μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για την εκτίμηση της τρέχουσας και μελλοντικής κατάστασης υγείας από τους ίδιους, καθώς και για την πεποίθηση αν η υγεία είναι απόρροια εσωτερικού ή εξωτερικού ελέγχου. Ανάλογα με τα αποτελέσματα, ο κάθε φορέας μπορεί να σχεδιάσει και να αναπτύξει στρατηγικές κινητοποίησης και προώθησης προληπτικών συμπεριφορών υγείας για το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η διοίκηση κάθε νοσοκομείου, οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι τμημάτων για να αύξηση των συμπεριφορών που προάγουν την υγεία στους νοσηλευτές μπορούν να εφαρμόσουν τα κάτωθι (Ross και συν., 2018):

- Τοποθέτηση πινακίδων κοντά σε ανελκυστήρες που να το προσωπικό να ανεβαίνει τις σκάλες, όταν πρόκειται για λίγους ορόφους.
- Ενθάρρυνση των υγιεινών γευμάτων στο χώρο εργασίας και ανεύρεση υγιεινών εναλλακτικών (αντί για γλυκά) για τον εορτασμό ειδικών περιστάσεων.
- Ενθάρρυνση μιας κουλτούρα ευγένειας και υποστήριξης όπου οι νοσηλευτές αισθάνονται ασφαλείς να απευθύνονται στους προϊστάμενους για βοήθεια με στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας και στο σπίτι.
- Συχνή υπενθύμιση (π.χ. αποστολή e-mail) για εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης και βαθιές αναπνοές.
- Πραγματοποίηση ενημερωτικών συνεδρίων σχετικά με υγιεινές συμπεριφορές, όπως "Απλά υγιεινά γεύματα και σνακ για συσκευασία για τη δουλειά" ή "Συμβουλές για έναν υγιή βραδινό ύπνο"

- Υποστήριξη πρωτοβουλιών για υγιεινό χώρο εργασίας, όπως υγιεινές ώρες εργασίας και βάρδιες, επιλογές για άσκηση ή επιλογές υγιεινής διατροφής διαθέσιμες όλες τις ώρες
- Οργάνωση ομαδικών δραστηριοτήτων πριν ή μετά τις αλλαγές βάρδιας, ή τα Σαββατοκύριακα όπως βόλτες, μαθήματα γιόγκα ή άλλων αθλημάτων χρησιμοποιώντας συσκευές παρακολούθησης φυσικής κατάστασης ή βηματόμετρα.
- Δημιουργία ενός ήσυχου χώρου στη μονάδα όπου οι νοσηλευτές μπορούν να επιλέξουν από μια βιβλιοθήκη επιλογών «υγιεινού διαλείμματος», συμπεριλαμβανομένων αρχείων βίντεο ή ήχου με οδηγίες για εφαρμογή ενσυνειδητότητας (Mindfulness), καθοδηγούμενους διαλογισμούς, ασκήσεις αναπνοής, απλές διατάσεις γιόγκα, αρωματοθεραπεία ή αυτομασάζ.
- Διαμόρφωση συνθηκών για υγιή ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής.

Η συγκεκριμένη μικρή μελέτη παρά τους περιορισμούς της δίνει μία εικόνα που μπορεί να αναδείξει το συγκεκριμένο θέμα στην διοίκηση του νοσοκομείου έτσι ώστε να ληφθούν κατάλληλα μέτρα ενίσχυσης αυτοφροντίδας των στρατιωτικών νοσηλευτών. Συγκριτικές μελέτες σε περισσότερα νοσοκομεία, με μεγαλύτερο δείγμα θα επιτρέψουν την ευρύτερη κατανόηση του θέματος και θα οδηγήσουν σε στοχευμένες παρεμβάσεις από τις αρμόδιες διοικήσεις. Όπως επίσης και ποιοτικές μελέτες μπορούν να αναλύσουν εις βάθος τη πραγματική ψυχολογική τάση και προσανατολισμό υγείας των στρατιωτικών νοσηλευτών και τους παράγοντες που επιδρούν σε αυτή. Υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας στη χώρα μας και πρέπει να επεκτείνουμε το πεδίο αυτής της έρευνας από μελέτες μεμονωμένων κέντρων έως την ανάλυση δεδομένων από πολλαπλά κέντρα.

Η νοσηλευτική επιστήμη εξελίσσεται συνεχώς όμως οι βασικές αρχές της ολιστικής φροντίδας του ασθενή δεν πρέπει να αμελούνται και πρέπει να ενσωματώνεται και στην αυτοφροντίδα του νοσηλευτή.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδάμ, Σ. & Τελώνη, Δ. (2015). *Κοινωνικά Ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης. Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας Υποχωρεί*. Επιστημονική Μελέτη 44, Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ι. Ε. ΓΣΕΕ. Διαθέσιμο από <https://www.inegsee.gr/ekdosi/kinonika-iatria-stin-ellada-tis-krisis-i-empiria-tis-parochis-ipiresion-igias-otan-to-ethniko-sistima-igias-ipochori/>

Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3), 320-333.

Αποστόλου, Θ. (2021). *Ο αντίκτυπος του κυκλικού ωραρίου εργασίας στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και στον τρόπο ζωής του. Μελέτη του Γενικού Νοσοκομείου Έδεσσας*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Βελονάκη, Β, & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., (2006). Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτική στην Ελλάδα. *Ανασκόπηση. Νοσηλευτική* 45(4): 491-499.

ΓΕΕΘΑ, (2008). *Επί Θεμάτων Ψυχοκοινωνικής Μέριμνας Προσωπικού*. Αθήνα ΤΥΠΕΣ.

Γενικό Επιτελείο Στρατού (2021). *Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής* <https://san.army.gr/>

Καραντώνη, Μ. (2020). *Αξιολόγηση συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα στρατιωτικό νοσοκομείο*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Κορωνιώτης, Γ. (2016). Διαχωρισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο ρόλος των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) στην Καρδιολογία. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση* 57(1): 66-67.

Κορώσης Κ. (1986). Ο θεσμός του στρατού ως φορέα δευτερογενούς κοινωνικοποίησης. *The Greek Review of Social Research*, 61, 124–153

Κωνσταντίνου, Γ. (2009). *Η ιστορία των στρατιωτικών νοσοκομείων στη νεότερη Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή ΑΠΘ.

Μαλέτσικα, Ε. (2010). *Μελέτη της σχέσης επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία σε νοσηλευτές στρατιωτικών νοσοκομείων*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Μητροσύλη, Μ. (2009). *Δίκαιο της Υγείας. Μονάδες Υγείας, Επαγγελματίες Υγείας, Ασθενείς*. Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση.

Μπρούμα, Π. & Μούρτου, Ε., (2016). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Αδυναμίες, Μειονεκτήματα και Στοχευμένες Βελτιωτικές Προτάσεις. *Επιθεώρηση Υγείας* 160: 16 - 22.

Νταφοπούλου,Χ., Κανδυλάκη,Α., Τσέργας,Ν.,Τσάτσου,Ι., Πολύζος Ν. (2023). Η εφαρμογή της ενσυνειδητότητας στους επαγγελματίες υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 40(6), 765-771.

Παππά, Ν. (2011). *Ο τρόπος ζωής και το επίπεδο υγείας των νοσηλευτών*. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Π. (2017). *Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.

Πολυζώης Κ. (1997). *Ιστορία του Ελληνικού Στρατού 1821-1997*. Έκδοση της Διεύθυνσης Ιστορίας Στρατού του Γενικού Επιτελείου Στρατού.Αθήνα

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. & Φιλαλήτης, Τ. (2020). *Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: διαΝΕΟσις.

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

AbuAlRub, R. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 36(1), 73–78.

Almajwal, A. M. (2016). Stress, shift duty, and eating behavior among nurses in Central Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 37(2), 191–198.

Al-Tannir, M. A., Kobrosly, S. Y., Elbakri, N. K., & Abu-Shaheen, A. K. (2017). Prevalence and predictors of physical exercise among nurses: A cross-sectional study. *Saudi medical journal*, 38(2), 209.

American Nurses Association (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.

American Holistic Nurses Association. (2007). *Holistic Nursing Scope and Standards of Practice*. Silver Springs, MD: ANA.

Stanton, M. W., & Stanton, M. W. (2004). *Hospital nurse staffing and quality of care* (pp. 04-0029). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Bakalis, N. A., Mastrogianni, E., Melista, E., & Kiekkas, P. (2015). The image and profile of the nursing profession in Greece: Attitudes of high school students, nursing students and nurses. *Int J Nurs Clin Pract*, 2(125), 1-4.

Bajcar, B., Babiak, J., & Olchowska-Kotala, A. (2019). Cyberchondria and its measurement. The Polish adaptation and psychometric properties of the Cyberchondria Severity Scale CSS-PL. *Psychiatria polska*, 53(1), 49-60.

Beletsioti-Stika, P., & Scriven, A. (2006). Smoking among Greek nurses and their readiness to quit. *International Nursing Review*, 53(2), 150-156.

Bogossian, F. E., Hepworth, J., Leong, G. M., Flaws, D. F., Gibbons, K. S., Benefer, C. A., & Turner, C. T. (2012). A cross-sectional analysis of patterns of obesity in a cohort of working nurses and midwives in Australia, New Zealand, and the United Kingdom. *International journal of nursing studies*, 49(6), 727–738.

Bray, I., Slater, A., Lewis-Smith, H., Bird, E., & Sabey, A. (2018). Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. *Preventive Medicine*, 116, 219-221.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.



- Brown, A., Kirpal, S. (2003), Old nurses with new qualifications are best: managers' attitudes towards the recruitment of health-care professionals in Estonia, France, Germany, Spain and the United Kingdom, in Warhurst, C., Keep, E. and Grugulis, I. (Eds), *The Skills that Matter*, Palgrave, New York, NY
- Brofidi, K., Vlasiadis, K., & Philalithis, A. (2018). Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study. *Journal of Research in Nursing*, 23(6), 535-545.
- Bryer, J., Cherkis, F., & Raman, J. (2013). Health-promotion behaviors of undergraduate nursing students: a survey analysis. *Nursing education perspectives*, 34(6), 410–415.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., & Dittus, R. (2006). State of the registered nurse workforce in the United States. *Nursing Economic\$,* 24(1).
- Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing Journal*, 39(1), 16-25.
- Chandrakumar, S., & Adams, J. (2015). Attitudes to smoking and smoking cessation among nurses. *Nursing standard (Royal College of Nursing)*, 30(9), 36–40.
- Chappel, S. E., Verswijveren, S. J., Aisbett, B., Considine, J., & Ridgers, N. D. (2017). Nurses' occupational physical activity levels: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 73, 52-62.
- Chiarella, M. (2002), *Legal and Professional Status of Nursing*, Churchill Livingstone, Edinburgh
- Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy; Board on Neuroscience and Behavioral Health; Institute of Medicine. Health and Behavior. (2001) *The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences*. Washington, DC: National Academy Press.
- Council of Europe.(1997). *Oviedo Declaration: convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*.

Davis, K. G., & Kotowski, S. E. (2015). Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, long-term care facilities, and home health care: a comprehensive review. *Human factors*, 57(5), 754-792.

DePasquale, N., Davis, K. D., Zarit, S. H., Moen, P., Hammer, L. B., & Almeida, D. M. (2016). Combining Formal and Informal Caregiving Roles: The Psychosocial Implications of Double- and Triple-Duty Care. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 71(2), 201–211.

De la Fuente-Solana, E. I., Suleiman-Martos, N., Pradas-Hernandez, L., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2019). Prevalence, related factors, and levels of burnout syndrome among nurses working in gynecology and obstetrics services: A systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2585.

Dossey, B. M., Keegan, L., Barrere, C. C., & Helming, M. A. B. (2015). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Jones & Bartlett Publishers.

Duffy, M. E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. *Nursing Research* 37(6), 358–362.

Dunn, P. K., and Onderscin, P. (1981) Personality variables related to compulsive eating in college women. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 43-49.

Dutta-Bergman, M. J. (2005). Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: The role of communicative and motivation variables. *Health communication*, 17(1), 1-16.

Eliopoulos, C. (2004). *Invitation to holistic health*. Toronto: Jones & Bartlett Inc.

Esposito, E. M., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Registered nurses' beliefs of the benefits of exercise, their exercise behaviour and their patient teaching regarding exercise. *International journal of nursing practice*, 17(4), 351–356.

European Council of the Liberal Professions (CEPLIS). (2007). *Common values for liberal professions in Europe*. <http://www.ceplis.org/indexengl.htm>

European Parliament.(2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of Europe. On the recognition of professional qualifications . *Official Journal of the European Union*. L 255/22. 7 September 2005.

European Parliament. (2006). Directive 2006/123/EC of the European Parliament and of the Council of Europe. On serv-ices in the internal market. *Official Journal of the European Union*. L 376/36. 12 December 2006.

Faller, E. M., Bin Miskam, N., & Pereira, A. (2018). Exploratory Study on Occupational Health Hazards among Health Care Workers in the Philippines. *Annals of global health*, 84(3), 338–341.

Faugier, J., Lancaster, J., Pickles, D., & Dobson, K. (2001). Barriers to healthy eating in the nursing profession: Part 1. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 15(36), 33–36.

Fronteira, I., & Ferrinho, P. (2011). Do nurses have a different physical health profile? A systematic review of experimental and observational studies on nurses' physical health. *Journal of clinical nursing*, 20(17-18), 2404-2424.

Gander, P., O'Keeffe, K., Santos-Fernandez, E., Huntington, A., Walker, L., & Willis, J. (2019). Fatigue and nurses' work patterns: An online questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 98, 67-74.

Giannopoulou, I., & Tsobanoglou, G.O. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system, *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37: 226-230.

Grotz, M., Hapke, U., Lampert, T., & Baumeister, H. (2011). Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychology, health & medicine*, 16(2), 129-140.

Haddad, L., Kane, D., Rajacich, D., Cameron, S., & Al-Ma'aitah, R. (2004). A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Health Nursing* 21(1), 85–90.

Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital. (2005). *Women's Health Study*. <http://whs.bwh.harvard.edu/index.html>.

Heuel, L., Lübstorff, S., Otto, A. K., & Wollesen, B. (2022). Chronic stress, behavioral tendencies, and determinants of health behaviors in nurses: a mixed-methods approach. *BMC Public Health*, 22(1), 624.

Hu, C. S. (2013, November). A new measure for health consciousness: Development of a health consciousness conceptual model. In *Proceedings of the National Communication Association Annual Conference, Washington, DC, USA* (pp. 21-24).

Hui, W. C. (2002). The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *Journal of Professional Nursing* 18(2), 101–111.

Hwang, Younghui, and Jihyun Oh. (2020). "Factors Affecting Health-Promoting Behaviors among Nursing Students" *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, no. 17: 6291.

Ibarra, H. (2003), *Working Identity: Unconventional Strategies for Reinventing Your Career*, Harvard Business School Press, Boston, MA.

International Council of Nurses (ICN).(2005) *Code of ethics for nurses*. Geneva

Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: The National Academic Press.

Jabłońska, R., Działdowska, M., & Sokal, P. (2022). Health-promoting behaviours and positive orientation assessment among nurses of neurology and rehabilitation departments. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 11(2), 49-58.

Jackson, B., Smith, S., Adams, R., Frank, B., & Mateo, M. (1999). Healthy life styles are a challenge for nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 31(2), 196.

Janowski, M., Rasińska, R. (2015) Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Pielęg Pol* 2(56): 164–169.

Janssen E., van Osch L., de Vries H., Lechner L.(2013). Examining direct and indirect pathways to health behaviour: the influence of cognitive and affective probability beliefs. *Psychol Health* 28(5):546–560.

Joffe, H. (2011). Chapter15: Thematic analysis.In Harper, D., & Thompson, A. R. (Eds.). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons.

Joffe, H. & Yardley, L (2004). Content and thematic analysis. In D. Marks & L. Yardley (Eds.) *Research methods for clinical and health psychology* (pp. 56–68). London: Sage.

Jones, D. S., Podolsky, S. H., & Greene, J. A. (2012). The burden of disease and the changing task of medicine. *New England Journal of Medicine*, 366(25), 2333-2338.

Joseph, B., & Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 20(2), 71–72.

Kaewthummanukul, T., Brown, K. C., Weaver, M. T., & Thomas, R. R. (2006). Predictors of exercise participation in female hospital nurses. *Journal of advanced nursing*, 54(6), 663–675.

Kasimis, I., Perdikaris, P., Boutopoulou, V., Tsanaka, A., Mantziou, T., Skodra, A., ... & Matziou, V. (2023). Sleep Disturbance and Occupational Fatigue in Emergency Nurses of Public Hospitals in Greece: A Cross-Sectional Study. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 45(3), 230-239.

Kelly, M., Wills, J., Jester, R., & Speller, V. (2017). Should nurses be role models for healthy lifestyles? Results from a modified Delphi study. *Journal of advanced nursing*, 73(3), 665-678.

Kelly, M., & Wills, J. (2018). Systematic review: What works to address obesity in nurses? *Occupational Medicine*, 68(4), 228-238.

Kirpal, S. (2004). Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands. *Career Development International*, 9(3), 274-304.

- Kupcewicz, E., Szypulska, A., Doboszyńska, A. (2019). Positive Orientation as a Predictor of Health Behavior during Chronic Diseases. *Int J Environ Res Public Health* 16(18):3408
- Kyle, R. G., Wills, J., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., & Atherton, I. M. (2017). Obesity prevalence among healthcare professionals in England: a cross-sectional study using the Health Survey for England. *BMJ open*, 7(12), e018498.
- Leo'n, M.W. (1995), *Krankenpflegeausbildung in Europa*, Kohlhammer, Stuttgart/Berlin/Ko'ln.
- Magnago, T. S. B. D. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C., Camponogara, S., Nonnenmacher, C. D. Q., & Vieira, L. B. (2010). Nursing workers: work conditions, social-demographic characteristics and skeletal muscle disturbances. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 187-193.
- Maharaj, S., Lees, T., & Lal, S. (2019). Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(1), 61.
- Malliarou, M., Moustaka, E., Kouvela, T., Constantinidis, T. C., & Sarafis, P. (2010). Greek registered nurses' job satisfaction in relation to work-related stress: A study on army and civilian RNS. *Global Journal of Health Science*, 2(1), 44-59.
- Marine, A., Ruotsalainen, J. H., Serra, C., & Verbeek, J. H. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
- Marks, D. F., Sykes, C. M., & McKinley, J. M. (2003). Health psychology: Overview and professional issues. *Handbook of psychology*, 3-23.
- Maslakçı, A., Sürücü, L., & Sesen, H. (2021). Fear of COVID-19 and work-quality of life among nurses: The mediating role of psychological well-being. *Management Science Letters*, 11(7), 1985-1990.
- McElligott, D., Siemers, S., Thomas, L., & Kohn, N. (2009). Health promotion in nurses: is there a healthy nurse in the house?. *Applied Nursing Research*, 22(3), 211-215.

- McElligott, D., Holz, M. B., Carollo, L., Somerville, S., Baggett, M., Juzniewski, S., & Shi, Q. (2003). A pilot feasibility study of the effects of touch therapy on nurses. *Journal-New York State Nurses Association*, 34(1), 16-24.
- Melnyk, B. M., Hrabe, D. P., & Szalacha, L. A. (2013). Relationships among work stress, job satisfaction, mental health, and healthy lifestyle behaviors in new graduate nurses attending the nurse athlete program: a call to action for nursing leaders. *Nursing administration quarterly*, 37(4), 278–285.
- Moberly, T. (2018). Sickness absence rates across the NHS. *Bmj*, 361.
- Mohd Salleh Sahimi, H., Azman, N., Nik Jaafar, N. R., Mohd Daud, T. I., Baharudin, A., Ismail, A. K., ... & Mohammed Nawi, A. (2021). Health anxiety and its correlations with self-perceived risk and attitude on COVID-19 among Malaysian healthcare workers during the pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4879.
- Monroe H. A. (2019). Nurses' professional values: Influences of experience and ethics education. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 2009–2019.
- Monroe, T., & Kenaga, H. (2011). Don't ask don't tell: substance abuse and addiction among nurses. *Journal of clinical nursing*, 20(3-4), 504–509.
- Morrison, P. (1992), *Professional Caring in Practice: A Psychological Analysis*, Avebury, Aldershot
- Nicholls, R., Perry, L., Duffield, C., Gallagher, R., & Pierce, H. (2017). Barriers and facilitators to healthy eating for nurses in the workplace: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 73(5), 1051-1065.
- Nightingale, F. (1859, 1992). Notes on nursing (commemorative ed.). Philadelphia: Lippincott
- Nikou, V. R. (1998). *The relationship among hardiness, stress and health promoting behaviors in undergraduate nursing students*. Unpublished doctoral dissertation, New York University
- Pappa, E. and Niakas, D. (2006). Assessment of healthcare needs and utilization in a mixed public-private system: The case of the Athens area. *BMC Health Services Research* 6(146), 1-11.

- Pappas, N. A., Alamanos, Y., & Dimoliatis, I. D. (2005). Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC nursing*, 4, 1-8.
- Park, N., Peterson, C., Szvarca, D., Vander Molen, R. J., Kim, E. S., & Collon, K. (2016). Positive psychology and physical health: Research and applications. *American journal of lifestyle medicine*, 10(3), 200-206.
- Partnership for Prevention. (2005). *Leading by example*. Washington, DC: The WorkCare Group Inc
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5th ed.). Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall
- Pérez-Fuentes, M. D. C., Molero Jurado, M. D. M., Barragán Martín, A. B., Simón Márquez, M. D. M., Martos Martínez, Á., & Gázquez Linares, J. J. (2018). The mediating role of perceived stress in the relationship of self-efficacy and work engagement in nurses. *Journal of clinical medicine*, 8(1), 10.
- Persson, M., & Mårtensson, J. (2006). Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. *Journal of nursing management*, 14(5), 414–423.
- Pickersgill, F. (2007). Battlefield Nursing: nurse and soldier Major Anton Philpott interview to Frances Pickersgill about the attractions and conflicts of military life. *Nursing Standard*, 21(32), 78-79
- Phiri, L. P., Draper, C. E., Lambert, E. V., & Kolbe-Alexander, T. L. (2014). Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*, 13(1), 38.
- Reed, J. L., & Prince, S. A. (2018). Women's heart health: a focus on nurses' physical activity and sedentary behaviour. *Current opinion in cardiology*, 33(5), 514-520.
- Rest, J. R. (1984). The major components of morality. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Eds.), *Morality, moral behavior, and moral development* (pp. 24–38). New York, NY: John Wiley & Sons.



Rimal, R. N., Flora, J. A., & Schooler, (1999). Achieving improvements in overall health orientation: Effects of campaign exposure, information seeking, and health media use. *Communication Research*, 26(3), 322-348.

Rokach, A. (2019). Health, illness, and the psychological factors affecting them. *The Journal of Psychology*, 153(1), 1-5.

Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S., & Wallen, G. R. (2017). Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. *AORN journal*, 105(3), 267–275.

Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... & Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC nursing*, 15, 1-9.

Sasso, L., Stievano, A., González Jurado, M., & Rocco, G. (2008). Code of ethics and conduct for European nursing. *Nursing ethics*, 15(6), 821–836.

Schneider, A., Bak, M., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., Atherton, I. M., & Kyle, R. G. (2019). Health-related behaviours of nurses and other healthcare professionals: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1239-1251.

Seifert, C. M., Chapman, L. S., Hart, J. K., & Perez, P. (2012). Enhancing intrinsic motivation in health promotion and wellness. *American journal of health promotion : AJHP*, 26(3), TAHP1–TAHP12.

Shayganfard, M., Mahdavi, F., Haghighi, M., Sadeghi-Bahmani, D., & Brand, S. (2021). Sources of health anxiety for hospital staff working during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3094.

Short S.E., Mollborn S. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Curr Opin Psychol* 5:78–84.

Silva, I. T., Griep, R. H., & Rotenberg, L. (2009). Social support and cervical and breast cancer screening practices among nurses. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(4), 514–521.

Snell, W.E, Johnson, G, Lloyd, PJ, Hoove,r MW. (1991). The Health Orientation Scale: A measure of psychological tendencies associated with health. *Eur J Pers.*;5:169-183.

Snell, W. E., Johnson, G., Lloyd, P. J., & Hoover, W. (2013). The Health Orientation Scale (HOS). *Measurement Instrument Database for the Social Science*.

Stanulewicz, N., Knox, E., Narayanasamy, M., Shivji, N., Khunti, K., & Blake, H. (2019). Effectiveness of lifestyle health promotion interventions for nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(01), 17.

Stark, M. A., Manning-Walsh, J., & Vliem, S. (2005). Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. *Journal of Nursing Education* 44(6), 266–270.

Ślusarska B., Dobrowolska B., Zarzycka D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Probl Hig Epidemiol* 94(4):667–674.

Su, S. Y., Chiou, S. T., Huang, N., Huang, C. M., Chiang, J. H., & Chien, L. Y. (2016). Association between Pap smear screening and job stress in Taiwanese nurses. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 20, 119–124.

Taylor, S. E., Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (1995). *Health psychology* (p. 474). New York: McGraw-hill.

Togas, C., & Parlalis, S. (2021). Translation and Psychometric Evaluation of the Health Orientation Scale in a Greek Speaking Sample (Greece-Cyprus). *Health Psychology Research*, 9(1).

Tsekoura, M., Andrianna, K., Evdokia, B., & Elias, T. (2017). Work-related musculoskeletal disorders among female and male nursing personnel in Greece. *World Journal of research and review*, 4(1), 262859.

Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 2510–2519.

United Nations. (1948). *Universal declaration of human rights*. General Assembly of the United Nations, 10 December 1948

US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (2010). *The Registered Nurse Population: Findings From the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses*. <http://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bhw/nchwa/rnsurveyfinal.pdf>

Valls, V., Lozano, M. S., Yáñez, R., Martínez, M. J., Pascual, F., Lloret, J., & Ruiz, J. A. (2007). Use of safety devices and the prevention of percutaneous injuries among healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 28(12), 1352-1360.

van Druten V.P., Bartels E.A., van de Mheen D., de Vries E., Kerckhoffs A.P.M., Nahar-van Venrooij L.M.W. (2022) Concepts of health in different contexts: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 22(1):389.

Wong, H., Wong, M. C., Wong, S. Y., & Lee, A. (2010). The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: a cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 47(8), 1021–1027.

Wills, J., Kelly, M., Frings, D. (2019). Nurses as role models in health promotion: Piloting the acceptability of a social marketing campaign. *J Adv Nurs* 75(2):423–431.

Yao, Y., Zhao, S., An, Z., Wang, S., Li, H., Lu, L., & Yao, S. (2019). The associations of work style and physical exercise with the risk of work-related musculoskeletal disorders in nurses. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 32(1), 15-24.

Zangaro, G. A., & Johantgen, M. (2009). Registered nurses' job satisfaction in Navy hospitals. *Military medicine*, 174(1), 76-81.

Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P., & Hale, J. (2009). Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of nursing management*, 17(7), 853–860.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Αγαπητέ/-ή Κύριε/Κυρία,

Η παρούσα μελέτη έχει τίτλο «Διερεύνηση ψυχολογικών τάσεων που σχετίζονται με την υγεία στους στρατιωτικούς νοσηλευτές» και γίνεται στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν οι ψυχολογικές τάσεις που σχετίζονται με την υγεία στους στρατιωτικούς νοσηλευτές και η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι σημαντική. Ελπίζουμε ότι θα αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να πραγματοποιήσετε την συνέντευξη.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική και δεν θα είναι δυνατό να αναγνωρισθεί η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Τα λεγόμενά σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης χωρίς να γίνει αναφορά στα άτομα που συμμετείχαν. Για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας έχουν ήδη ληφθεί υπόψη οι εθνικές και διεθνείς συνθήκες και αρχές ηθικής και δεοντολογίας στην έρευνα

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και είμαι στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνηση.

Η ερευνήτρια,  
Γλυκερία Πουρνάρα, [glykapournara@gmail.com](mailto:glykapournara@gmail.com)

Επιθυμώ να λάβω μέρος στην έρευνα  
Υπογραφή

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:	Άνδρας	<input type="checkbox"/>	Γυναίκα	<input type="checkbox"/>	
2. Ηλικία σε έτη:					
3. Οικογενειακή Κατάσταση:					
Έγγαμος/η	<input type="checkbox"/>	Άγαμος/η	<input type="checkbox"/>	Σε συμβίωση	<input type="checkbox"/>
Χωρισμένος/η	<input type="checkbox"/>	Χήρος/α	<input type="checkbox"/>		
4. Αριθμός Παιδιών:					
0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	>3	<input type="checkbox"/>		
5. Επίπεδο Εκπαίδευσης:	ΑΕΙ <input type="checkbox"/>				
Μεταπτυχιακό	<input type="checkbox"/>				
Διδακτορικό	<input type="checkbox"/>				
6. Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα θέση εργασίας:	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>	
	11-15	<input type="checkbox"/>	16-20	<input type="checkbox"/>	
			>20	<input type="checkbox"/>	
7. Έτη συνολικής υπηρεσίας:	0-5	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>	
	11-15	<input type="checkbox"/>	16-20	<input type="checkbox"/>	
			>20	<input type="checkbox"/>	
8. Τμήμα Εργασίας:					
9. Ωράριο:	Μονίμως πρωινό	<input type="checkbox"/>	Μονίμως απογευματινό	<input type="checkbox"/>	
	Μονίμως Νυχτερινό	<input type="checkbox"/>	Κυκλικό	<input type="checkbox"/>	

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.