

ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
**ΠΜΣ «Γενική και εξειδικευμένη Παιδιατρική κλινική πράξη και
έρευνα»**

Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών

Ντουρμίσι Σίλβια

Αθήνα 2022

Στοιχεία Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας

Ονοματεπώνυμο: Ντουρμίσι Σίλβια

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: silvia_dyrmishi@hotmail.com

Τριμελής Επιτροπή:

Δούσης Ευάγγελος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (Επιβλέπων Καθηγητής)

Μοσχόβη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Κουτελέκος Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Περιεχόμενα	
Περίληψη	4
Γενικό Μέρος	5
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1. Θεωρητικό Υπόβαθρο	9
Παιδιατρικός Ογκολογικός Νοσηλευτής	9
Η σημασία του έργου των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών.....	11
Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής	29
Κεφάλαιο 2. Ποιότητα ζωής παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών	33
Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών	34
Σκοπός.....	35
Σπουδαιότητα της μελέτης.....	36
Ειδικό Μέρος	37
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία	38
Ερευνητικό σχέδιο	38
Δείγμα	38
Κριτήρια επιλογής του δείγματος	38
Εργαλεία συλλογής δεδομένων	38
Διαχείριση δεδομένων – Ανάλυση	43
Περιορισμοί και αδύνατα σημεία της μελέτης	44
Ηθικά θέματα	44
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα	45
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση	67
Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα	72
Abstract	73
Βιβλιογραφία	74

Περίληψη

Εισαγωγή: Η νοσηλευτική είναι ένα από τα πιο αγχογόνα επαγγέλματα που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας της νοσηλευτικής εργασιακής ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για συγκριτική μελέτη. Αξιολογήθηκε την ποιότητα της εργασιακής ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών και των παιδιατρικών νοσηλευτών των δύο μεγάλων παιδιατρικών δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα με το Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Νοσηλευτικής Εργασιακής Ζωής (Quality of Nursing Work Life – QNWL). Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας Statistical Package SPSS έκδοση 23.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05.

Αποτελέσματα: Στη μελέτη συμμετείχαν 119 νοσηλευτές (79 παιδιατρικοί ογκολογικοί και 40 παιδιατρικοί). Η ποιότητα της εργασιακής ζωής του συνόλου των νοσηλευτών ήταν μέτρια στη μελέτη μας ($138,87 \pm 24,198$). Οι παιδιατρικοί ογκολογικοί νοσηλευτές εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην υποκλίμακα «Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή» ($p = 0,003$) και «Σχεδιασμός Εργασίας» ($p = 0,002$) καθώς και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας QNWL, στην οποία εμφάνισαν αύξηση βαθμολογίας ($145,08 \pm 27,064$) έναντι των παιδιατρικών νοσηλευτών ($135,72 \pm 22,132$).

Συμπεράσματα: Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική απόδοση των νοσηλευτών και την οικογενειακή τους ζωή με αποτέλεσμα τόσο την παροχή χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσιών στους ασθενείς όσο και την κακή ποιότητα ζωής των οικογενειών τους. Η βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών θα πρέπει να επικεντρωθεί στη διαχείριση των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Γενικό Μέρος

Εισαγωγή

Παρά τις εξελίξεις στις ιατρικές επιστήμες, ο επιπολασμός του καρκίνου, που είναι μια χρόνια ασθένεια που σχετίζεται με απόγνωση, πόνο, φόβο και θάνατο, έχει αυξηθεί παγκοσμίως.^{1,2,3,4}

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (2018),⁵ ο καρκίνος είναι η δεύτερη πιο σημαντική αιτία θνησιμότητας με 300.000 νέα παιδιά να διαγιγνώσκονται με καρκίνο κάθε χρόνο.

Ως αποτέλεσμα της μακράς διαδικασίας διάγνωσης και θεραπείας του παιδικού καρκίνου, αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη αλληλεπίδραση μεταξύ των παιδιών, των γονέων τους και των επαγγελματιών υγείας. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας, νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν παιδιά με καρκίνο μπορεί να βιώσουν την ασθένεια και να γίνουν μάρτυρες των δεινών των παιδιών και των γονέων τους.^{6,7}

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών πτυχών του εργασιακού περιβάλλοντος των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Λόγοι για αυτό είναι η κακή οικονομική κατάσταση, η φυσική ανασφάλεια, η εργασία σε βάρδιες, καθώς και οι κακές συνθήκες εργασίας με μεγάλο σωματικό και ψυχολογικό φόρτο. Η νοσηλευτική εργασία αφορά την αντιμετώπιση ανθρώπινων αναγκών, προβλημάτων και δεινών, συνεχή αλληλεπίδραση με συναδέλφους, ασθενείς και τις οικογένειές τους, καθώς και διαφορετικό οργανωτικό φόρτο. Πολυάριθμες μελέτες που διεξήχθησαν σε διαφορετικές χώρες έδειξαν ότι ο επιπολασμός του εργασιακού άγχους μεταξύ των νοσηλευτών είναι υψηλός. Από τις παθολογικές καταστάσεις που ξεχωρίζουμε πιο συχνά είναι η συναισθηματική εξάντληση, η χρόνια κόπωση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι όγκοι και ο πόνος στο κάτω μέρος της σπονδυλικής στήλης.^{8,9}

Ο χώρος εργασίας και ο τύπος εργασίας είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (quality of life – QoL) και την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφάλεια και την ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο

εργασίας είναι το εργασιακό περιβάλλον να πληροί τα αναμενόμενα πρότυπα ασφάλειας και να διασφαλίζει την πρόληψη τραυματισμών και ασθενειών που μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια της εργασίας. Το επάγγελμα του νοσηλευτή λόγω της διαρκούς φροντίδας του ασθενή και των κυκλικών βαρδιών, έχει σημαντικό αντίκτυπο σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Οι κυκλικές βάρδιες συχνά σχετίζονται με διαταραχές ύπνου που μπορούν να βλάψουν τη σωματική τους υγεία αυξάνοντας το ποσοστό καρδιαγγειακών, γαστρεντερικών παθήσεων και καρκίνων. Επίσης, η εργασία σε νυχτερινή βάρδια μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη νοητική λειτουργία και να μειώσει τη συγκέντρωση αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο λαθών στην εργασία.¹⁰

Ειδικά η αντιμετώπιση των παιδιών και εφήβων με παθήσεις τελικού σταδίου είναι ένα δύσκολο έργο από ψυχολογικής και φυσιολογικής άποψης όχι μόνο για τους ασθενείς και τους γονείς τους αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στις παιδιατρικές ογκολογικές μονάδες, μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά από τις παρενέργειες, που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα της θεραπείας του καρκίνου ή της κακής πρόγνωσης στα παιδιά και μπορεί να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών και των γονέων τους.^{11,12}

Από τις δημοσιευμένες μελέτες φαίνεται ότι η QoL των νοσηλευτών είναι χαμηλή σε αρκετές περιπτώσεις. Παράλληλα δέχεται αρνητικές επιδράσεις από ένα σύνολο παραγόντων που είναι καθοριστικοί για τη διαμόρφωσή της. Οι νοσηλευτές αναφέρουν άγχος, κόπωση, συναισθηματικά, σωματικά, ψυχολογικά προβλήματα υγείας και την έλλειψη ενός θετικού περιβάλλοντος εργασίας, με αποτέλεσμα όλα αυτά να επιδρούν στους ίδιους, στην οικογένειά τους, στους ασθενείς, στις οικογένειές τους και στην εξέλιξη της θεραπείας τους. Συγκεκριμένα, μελέτες διαπίστωσαν ότι η συνεργασία με ασθενείς με καρκίνο μπορεί όχι μόνο να εκθέτει τους ογκολογικούς νοσηλευτές σε αρνητικά συναισθήματα, αλλά μπορεί επίσης να έχει θετικό αντίκτυπο στη ζωή τους, όπως θετική

αλλαγή στις διαπροσωπικές σχέσεις και αντίληψη του εαυτού, κατανόηση της αξίας της ζωής, αλλαγή στους στόχους της ζωής και δρομολόγηση νέων εναλλακτικών λύσεων.^{11,13,14,15,16,17}

Η εργασία δομείται σε δυο μέρη. Στο Γενικό παρουσιάζεται η υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με την QoL των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών και διατυπώνεται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι. Στο Ειδικό Μέρος αναλύεται η μεθοδολογία της μελέτης, παρουσιάζονται τα ευρήματα και γίνεται η συζήτηση των ευρημάτων.

Κεφάλαιο 1. Θεωρητικό Υπόβαθρο

Παιδιατρικός Ογκολογικός Νοσηλευτής

Σύμφωνα με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (2015), η ύπαρξη του επαγγελματία νοσηλευτή ανταποκρίνεται σε μια ανάγκη της κοινωνίας που έχει ιδεώδη συνυφασμένα με την υγεία του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Οι νοσηλευτές κατευθύνουν τις ενέργειες τους για την προαγωγή, τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την ανακούφιση του πόνου και την εξασφάλιση ειρηνικού θανάτου όταν η ζωή δεν μπορεί πλέον να διατηρηθεί. Οι νοσηλευτές έχουν μια ολιστική άποψη για τον άνθρωπο, τον θεωρούν ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα που έχει την ικανότητα να θέτει στόχους και να παίρνει αποφάσεις και έχει το δικαίωμα και την υπευθυνότητα να κάνει επιλογές μετά από πληροφόρηση, σύμφωνα με τα δικά του πιστεύω και αξίες. Η νοσηλευτική θεωρείται ένα δυναμικό και υποστηρικτικό επάγγελμα που καθοδηγείται από το δικό της κώδικα ηθικής και έχει τις ρίζες της στη φροντίδα, μια έννοια έκδηλη στους τέσσερις τομείς δραστηριοτήτων: της κλινικής πρακτικής, της εκπαίδευσης, της διοίκησης και της έρευνας.¹⁸

Σε όλους τους ορισμούς, το επίκεντρο είναι το άτομο το οποίο δέχεται τη φροντίδα, που ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις του ανθρώπου (βιολογική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική). Η νοσηλευτική δεν επικεντρώνεται πλέον πρωταρχικά στην παροχή φροντίδας υγείας των ασθενών. Οι έννοιες και οι ορισμοί της έχουν επεκταθεί και περιλαμβάνουν την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή της ευημερίας και τη διατήρηση της υγείας των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων.¹⁹

Ο παιδιατρικός ογκολογικός νοσηλευτής ασχολείται με μία ιδιαίτερη ειδικότητα της νοσηλευτικής που έχει ως αντικείμενο παιδιατρικούς ασθενείς που πάσχουν από νεοπλασματικά νοσήματα.

Νοσηλεύει όλο το φάσμα της παιδικής ηλικίας από νεογνά έως εφήβους. Ο παιδιατρικός ογκολογικός νοσηλευτής αποτελεί μέλος της θεραπευτικής ομάδας και συνεργάζεται με τους γιατρούς, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους, παιγνιοθεραπευτές και με όσους ασχολούνται με την πολυδιάστατη φροντίδα του παιδιατρικού ογκολογικού ασθενή. Παρέχει ιδιαίτερα εξειδικευμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες γι' αυτό απαιτείται η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση του στα σύγχρονα θεραπευτικά πρωτόκολλα και τη χρήση νέων τεχνικών μέσων. Επίσης είναι υπεύθυνος για να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τους γονείς σε θέματα καθημερινής φροντίδας του άρρωστου παιδιού τους, τόσο μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, όσο και κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο σπίτι. Ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας ενισχύει το ρόλο αυτό, βοηθάει στην ομαλή προσαρμογή του παιδιού και της οικογένειας στην καθημερινότητα, μειώνει τον αριθμό των επισκέψεων του παιδιού στο νοσοκομείο καθώς και την παραμονή του σε αυτό. Ο πολυδιάστατος ρόλος του παιδιατρικού ογκολογικού νοσηλευτή απαιτεί συναισθηματική σταθερότητα για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να διαχειριστούν τη νόσο, τις επώδυνες και μακροχρόνιες θεραπείες και να αντιμετωπίσουν την απώλεια του παιδιού. Η αποτελεσματικότητα του επίσης εξαρτάται από την ικανότητα επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους μικρούς ασθενείς, τις οικογένειες τους και με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας. Οι παιδιατρικοί ογκολογικοί νοσηλευτές παρ' όλες τις δυσκολίες, παραμένουν αισιόδοξοι για το μέλλον των μικρών ασθενών τους στηρίζοντας με όλες τις δυνάμεις τους την επίπονη προσπάθεια για τη θεραπεία, φροντίδα και ίασή τους. Η εκπαίδευση των παιδιών με καρκίνο και των οικογενειών τους στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία όπου οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης, ειλικρινούς επαφής. Απαιτείται μια πρώτη εξοικείωση με το χώρο, μια ενημέρωση με απλά και κατανοητά λόγια για τη διαδικασία των εξετάσεων και την πορεία της νόσου.²⁰

Η σημασία του έργου των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών

Διαφορές στη νοσηλευτική φροντίδα μεταξύ παιδιών και ενηλίκων

Τα παιδιά δεν είναι μικροί ενήλικες. Ενώ ο ορισμός και οι αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας ισχύουν για ολόκληρη τη διάρκεια ζωής, η νοσηλευτική φροντίδα των παιδιών απαιτεί προσοχή σε φυσικά, αναπτυξιακά, ψυχοκοινωνικά, ηθικά, πνευματικά και σχεσιακά φαινόμενα που είναι μοναδικά για τα παιδιά. Οι σημαντικές διαφορές νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ ενηλίκων και παιδιών περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- *Πέρασμα από διαφορετικά στάδια ανάπτυξης.* Τα παιδιά αλλάζουν συνεχώς καθώς μεγαλώνουν από νεογνά σε έφηβους. Τα παιδιά υφίστανται σημαντική φυσική αλλαγή, μαθαίνουν να μιλούν, ωριμάζουν στην ικανότητά τους να κατανοούν την ασθένεια και γίνονται πιο ανεξάρτητα και αυτοδύναμα. Επειδή τα παιδιά προχωρούν με διαφορετικές ταχύτητες μέσω των πολλών αναπτυξιακών ορόσημων, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ικανοί για την αξιολόγηση του μοναδικού αναπτυξιακού σταδίου και των αναγκών κάθε παιδιού και για της κατάλληλης ανταπόκρισής τους. Τα παιδιά που έχουν μεγαλώσει με χρόνιες ασθένειες, είναι πιο «έμπειρα», τείνουν να έχουν πιο ώριμη κατανόηση της ασθένειας και του θανάτου, από τα παιδιά της ηλικίας τους που ήταν υγιή το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους.
- *Η επικοινωνία είναι απαραίτητη.* Η καλή επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους απαιτεί ευαισθησία για το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και τη γλώσσα, την κουλτούρα και την ασθένεια, τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας και του βαθμού εμπιστοσύνης τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσηλευτική φροντίδα τιμά επίσης τις αξίες κάθε παιδιού στο μέτρο του δυνατού και αναζητά την απρόσκοπτη εξέλιξή τους, παράλληλα με αυτήν της οικογένειας, σχετικά με τις θεραπείες και τους στόχους περίθαλψης. Ασθενείς που δεν έχουν ακόμη φτάσει στην ωριμότητα ή τη νόμιμη ηλικία συναίνεσης ενδέχεται μερικές

φορές να διαφωνούν με τους γονείς ή τους οικογενειακούς φροντιστές τους για αυτά τα θέματα.

- *Η εξάρτηση από ενήλικες.* Η εξάρτηση των παιδιών από τους άλλους κυμαίνεται από τη συνολική εξάρτηση ενός νεογνού έως τον υψηλό βαθμό ανεξαρτησίας ορισμένων εφήβων που μπορεί μερικές φορές να μη θέλουν να φαίνονται ως παιδιά όταν είναι σοβαρά άρρωστοι.
- *Οι επιπτώσεις στις οικογένειες.* Ενώ η σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια ενός παιδιού επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό κάθε οικογένεια, ο αντίκτυπος μπορεί να είναι μεγαλύτερος σε χώρες μεσαίου ή χαμηλού εισοδήματος, όπως στην Ελλάδα. Ακόμη και όταν η θεραπεία παρέχεται δωρεάν ή καλύπτεται κυρίως από τον ασφαλιστικό φορέα, η ασθένεια μπορεί να οδηγήσει σε οικονομική δυσπραγία ή καταστροφή την οικογένεια. Οι πληρωμές για θεραπεία ή φιλοδομήματα μπορεί από μόνες τους να επιβαρύνουν ή να υπερβαίνουν τις οικονομικές δυνατότητες μιας οικογένειας. Επιπλέον, οι οικογένειες πρέπει να πληρώσουν για το ταξίδι στην κλινική ή το νοσοκομείο όχι μόνο για τον ασθενή, αλλά και για έναν οικογενειακό φροντιστή. Εάν ο ασθενής παραμείνει στο νοσοκομείο, ο οικογενειακός φροντιστής - συχνά γονέας ή μεγαλύτερο παιδί - πρέπει να πληρώσει τα γεύματα και συχνά επίσης τα έξοδα διαμονής του. Αυτός ο γονέας ή το μεγαλύτερο παιδί δεν μπορεί τότε να εργαστεί και να φροντίσει την υπόλοιπη οικογένεια. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση των αδελφών από το σχολείο, είτε λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων για την κάλυψη των σχολικών εξόδων είτε επειδή πρέπει να εργάζονται ή να φροντίζουν τα μικρότερα αδέρφια. Για να πληρώσουν αυτά τα έξοδα, οι οικογένειες πρέπει συχνά να πουλήσουν τα υπάρχοντά τους, ή ακόμα και τα σπίτια τους. Πολύ συχνά, η ασθένεια ενός παιδιού έχει ως αποτέλεσμα την οικονομική εξαθλίωση της οικογένειας.^{21,22,23} Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να αξιολογήσει αυτούς τους κινδύνους και να απαντήσει σε αυτούς με κοινωνικές ενισχύσεις.

Ακόμα και όταν η οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι σταθερή, ο συναισθηματικός αντίκτυπος μιας σοβαρής ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας ενός παιδιού είναι συνήθως βαρύς. Η συναισθηματική δυσφορία των γονέων των οποίων το παιδί βιώνει σοβαρή ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια είναι συνήθως πολύ μεγαλύτερη από ότι για ένα ενήλικο μέλος της οικογένειας με παρόμοια σοβαρή πάθηση. Οι γονείς συχνά αναζητούν οποιαδήποτε θεραπεία θα μπορούσε να βοηθήσει το παιδί τους, ακόμη και την ενσωμάτωση της νοσηλευτικής φροντίδας και την ανακούφιση των συμπτωμάτων εκτός σπιτιού και αυτό υπερβαίνει κατά πολύ τους οικονομικούς τους πόρους. Οι γονείς έχουν αναφέρει ότι «μπορεί να είχαν λάβει διαφορετικές αποφάσεις αν είχαν καταλάβει νωρίτερα αυτό που κατάλαβαν μετά το θάνατο του παιδιού τους». Επιπλέον, κάθε οικογένεια έχει μοναδικά ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά. Ένα παιδί με απειλητική για τη ζωή ασθένεια μπορεί να καταπονήσει ή να αμφισβητήσει τις υπάρχουσες σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Μπορεί να συμβεί ανατροπή ρόλων, υπερβολικά εμπλεκόμενες σχέσεις, συμμαχίες και συγκρούσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Μια δυσλειτουργική οικογένεια μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την QoL του παιδιού. Η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει αξιολόγηση της λειτουργίας της οικογένειας και προσπάθειες επίλυσης συγκρούσεων ή δυσλειτουργιών.^{24,25}

- *Βαθμός δυσκολίας λήψης κλινικών αποφάσεων.* Η λήψη αποφάσεων σχετικά με τη χρήση, την παρακράτηση ή την απόσυρση θεραπειών που επιδρούν στη νόσο ή διατηρούν τη ζωή με αμφισβητούμενο όφελος για ένα παιδί, μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη για διάφορους λόγους. Οι γονείς συχνά δυσκολεύονται περισσότερο να κατανοήσουν ή να αποδεχτούν την κακή πρόγνωση ενός παιδιού, παρά ενός ηλικιωμένου μέλους της οικογένειας. Οι γιατροί, επίσης, μπορεί να είναι πιο δύσκολο να σταθμίσουν τα σχετικά οφέλη και τα βάρη μιας παρέμβασης όταν ο ασθενής είναι παιδί. Επιπλέον, οι τρόποι λήψης αποφάσεων για άρρωστα

παιδιά που δεν μπορούν να μιλήσουν μόνα τους συχνά διαφέρουν ανάλογα με τον πολιτισμό, την οικογένεια και μερικές φορές ακόμη και μέσα στις οικογένειες. Όποτε είναι δυνατόν, πρέπει να καταβληθούν ήπιες αλλά επιμελείς προσπάθειες για να κατανοηθεί η οπτική του παιδιού.^{14,26,27}

- *Κλινικό περιβάλλον.* Οι θάλαμοι και τα παιδιατρικά ογκολογικά τμήματα θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο φιλικά προς το παιδί και πιο άνετα. Η άνεση των παιδιατρικών ασθενών μπορεί να βελτιωθεί επιτρέποντας σε τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας να είναι παρόν με άνεση (να έχει επαρκές φαγητό και άνετο μέρος για ύπνο κοντά στον ασθενή με προσιτό κόστος). Η άνεση του παιδιού μπορεί επίσης να ενισχυθεί με κατάλληλες εικόνες ή χαλαρωτικά χρώματα στον τοίχο, άνετες και καθαρές υφές στο κρεβάτι, ήπιους ήχους όπως απαλή μουσική ή νανουρίσματα ή ηρεμιστικά παιχνίδια.^{28,29}
- *Ευρύ φάσμα παιδικών ασθενειών.* Το ευρύ φάσμα παιδικών ασθενειών αυξάνει τη δυσκολία παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών που ικανοποιούν τις ανάγκες κάθε παιδιού. Επιπλέον, πολλές παιδιατρικές γενετικές ή συγγενείς παθήσεις είναι σπάνιες και δεν παρατηρούνται σε ενήλικες, τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν σε κάθε παιδί και μπορεί να μην υπάρχει σαφής διάγνωση ή πρόγνωση.³⁰
- *Παιδιατρικά σκευάσματα και δοσολογία βασικών φαρμάκων.* Στα παιδιά διαφέρει σημαντικά η χορήγηση φαρμάκων (από όλες τις οδούς) σε σχέση με τους ενήλικες και αυτό απαιτεί επιπλέον δεξιότητες και ετοιμότητα των νοσηλευτών. Προτιμάται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από το στόμα η δοσολογία της οποίας υπολογίζεται με βάση το βάρος σώματος των παιδιών. Επιπλέον, η φαρμακοκινητική των φαρμάκων είναι συχνά διαφορετική στα παιδιά από ότι στους ενήλικες, αλλά μπορεί να υπάρχουν λίγα ή καθόλου στοιχεία για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα ορισμένων φαρμάκων στα παιδιά.³¹

Το έργο των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών

Η πρόοδος της θεραπείας και της μακροπρόθεσμης επιβίωσης στους παιδιατρικούς ογκολογικούς ασθενείς είχε τεράστια επίδραση στους στόχους της νοσηλευτικής φροντίδας στα παιδιά με καρκίνο. Τα συνεργατικά πρωτόκολλα έρευνας, που περιλαμβάνουν κλινικές δοκιμές πολλαπλών ιδρυμάτων που χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου των ΗΠΑ, έχουν βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης από λιγότερο από 10% σε 75% τον τελευταίο μισό αιώνα.^{23,32,3,4}

Η παιδιατρική ογκολογική νοσηλευτική πρακτική επικεντρώνεται επί του παρόντος στην εφαρμογή αυτών των πρωτοκόλλων συνεργατικής θεραπείας, στην παροχή βέλτιστης υποστηρικτικής φροντίδας, στην εκπαίδευση των παιδιών και των οικογενειών τους για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες παρενέργειες της θεραπείας και στην παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της θεραπείας, για την ενίσχυση της συνολικής ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας και της επιβίωσης. Η Ένωση Παιδιατρικών Ογκολογικών Νοσηλευτών των ΗΠΑ (2002)³³ τόνισε την ανάγκη οι παιδιατρικοί ογκολογικοί νοσηλευτές να είναι ενημερωμένοι για τα ζητήματα των επιζώντων του καρκίνου της παιδικής ηλικίας και των οικογενειών τους. Έτσι, μια μεγάλη έμφαση της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν η βελτίωση ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health related Quality of Life - HRQoL) για τους παιδιατρικούς ογκολογικούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην HRQoL τους στην επιβίωση. Οι ρόλοι, οι ευθύνες και τα πρότυπα που αναφέρονται παραπάνω αναδεικνύουν την επιστήμη της παιδιατρικής ογκολογικής νοσηλευτικής πρακτικής. Για να είναι αυτές οι φροντίδες πραγματικά αποτελεσματικές, πρέπει να ενσωματωθούν στη τέχνη της νοσηλευτικής πρακτικής. Όπως συμβαίνει σε πολλούς άλλους τομείς της νοσηλευτικής, το έργο της παιδιατρικής ογκολογικής νοσηλευτικής είναι συνυφασμένο τόσο με τις παρεμβάσεις φυσικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας όσο και με τις συνολικές

καθημερινές δραστηριότητες περίθαλψης των παιδιατρικών ογκολογικών ασθενών και των οικογενειών τους. Μπορούν να επιτευχθούν πλήρως οι δραστηριότητες φροντίδας που εμπλέκονται στην παιδιατρική ογκολογική νοσηλευτική πρακτική και ο στόχος της προαγωγής μιας επαρκούς HRQoL μεταξύ παιδιατρικών ογκολογικών ασθενών, μόνο εάν ενσωματωθούν σε μια ενιαία θεραπευτική στρατηγική όπου η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον νοσηλευτή και την οικογένεια αντανακλά τη δημιουργικότητα, την εφευρετικότητα και τη φαντασία και περιλαμβάνει τις ανάγκες, τις αξίες και την κατανόηση του ασθενή και της οικογένειας. Αυτό σημαίνει ότι οι στόχοι της παροχής σωματικής φροντίδας και σε μικρότερο βαθμό, ψυχοκοινωνικής φροντίδας πρέπει να επιτευχθούν ταυτόχρονα. Ωστόσο, για να ανταπεξέλθουν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις πλήρως στις βραχυπρόθεσμες απαιτήσεις των μακροπρόθεσμων θεραπειών και στην HRQoL, πρέπει να διεξάγονται με δημιουργικότητα, ευρηματικότητα και φαντασία.³⁴

Η νοσηλευτική πρακτική αντιπροσωπεύει την τέχνη και την επιστήμη της πειθαρχίας της νοσηλευτικής. Ο Perlau (1988)³⁵ υποστηρίζει ότι υπάρχει μια λεπτή, ισορροπημένη συνύπαρξη τέχνης και επιστήμης που απεικονίζεται στους έμπειρους νοσηλευτές. Αυτή η λεπτή ισορροπία στην παιδιατρική ογκολογική νοσηλευτική πρακτική αποτελεί τη βάση για θεραπευτικές σχέσεις και επηρεάζει θετικά τα αποτελέσματα θεραπείας των παιδιατρικών ογκολογικών ασθενών. Η πρακτική της παιδιατρικής ογκολογικής νοσηλευτικής πρακτικής περιλαμβάνει το κρίσιμο στοιχείο της νοσηλευτικής παρουσίας. Η νοσηλευτική παρουσία είναι μια παρουσία φροντίδας³⁶ που περιλαμβάνει τη φυσική παρουσία του νοσηλευτή κοντά στον ασθενή και την οικογένειά του. Η φυσική παρουσία περιλαμβάνει επικοινωνία και κατανόηση³⁷ με τρόπο διαπροσωπικό κατά τον οποίο ο νοσηλευτής δίνει τον εαυτό του και είναι στη διάθεση του άλλου ατόμου.³⁸

Η παιδιατρική ογκολογική νοσηλευτική πρακτική πρέπει να είναι εστιάζεται σε δραστηριότητες φροντίδας που παρέχει ο νοσηλευτής στα πλαίσια μιας θεραπευτικής σχέσης που είναι ταυτόσημη με την νοσηλευτική παρουσία, προκειμένου να έχει τη μέγιστη επίδραση στα αποτελέσματα της φυσικής και ψυχοκοινωνικής θεραπείας των ασθενών παιδικής ογκολογίας ιδιαίτερα την HRQoL τους. Η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας περιγράφεται στο πλαίσιο της επιστημονικής βάσης της φροντίδας και η τέχνη της νοσηλευτικής πρακτικής είναι εμφανής στην εφαρμογή των επιστημονικών αρχών και προτύπων της παιδιατρικής ογκολογικής νοσηλευτικής πρακτικής. Δεδομένου ότι η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας και η φύση μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης με ασθενείς παιδιά με καρκίνο είναι κατά κανόνα δύσκολο να περιγραφεί, είναι επίσης δύσκολο ο αντίκτυπος της να ποσοτικοποιηθεί. Αυτή η σιωπηρή και πολύτιμη γνώση είναι μια ανείπωτη κατανόηση μεταξύ των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών ότι η παροχή φροντίδας πρέπει να είναι ενσωματωμένη με ενσυναίσθηση, συμπόνια και ειλικρινή φροντίδα για τον ασθενή και την οικογένειά του.³⁹

Η πρωτοπόρος της νοσηλευτικής Φλόρενς Νάτινγκεϊλ (1820-1910) ήταν η πρώτη που διαπίστωσε ότι η νοσηλευτική είναι τέχνη και επιστήμη. Η Νάτινγκεϊλ περιέγραψε μια «νέα τέχνη και μια νέα επιστήμη» και παρουσίασε τη νοσηλευτική ως τέχνη που απαιτούσε οργανωμένη και επιστημονική κατάρτιση και δεν δημιούργησε διχογνωμία μεταξύ των καλλιτεχνικών και επιστημονικών στοιχείων της νοσηλευτικής πρακτικής.⁴⁰

Ομοίως, ο Watson (1981)³⁹ προσδιόρισε ότι ο Hall (1964) περιέγραψε τη μοναδικότητα της νοσηλευτικής τονίζοντας ότι ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη διαισθητική του γνώση καθώς και τη γνώση στην πράξη. Η τέχνη και η επιστήμη στην πρακτική της παιδιατρικής ογκολογικής νοσηλευτικής συνδέονται άρρηκτα στην επίτευξη του στόχου της υψηλής ποιότητας φροντίδας. Ακόμη και στην παροχή πολύπλοκων παρεμβάσεων περίθαλψης, όπως η εφαρμογή ενός

απαιτητικού πρωτοκόλλου χημειοθεραπείας που απαιτεί σημαντική επιστημονική γνώση και κριτική σκέψη, απαιτείται η δημιουργικότητα, η ευρηματικότητα και η φαντασία των νοσηλευτών. Για παράδειγμα, καθώς ο παιδιατρικός ογκολογικός νοσηλευτής προετοιμάζει τα φάρμακα για χορήγηση, εξετάζει αρκετές άλλες κρίσιμες πτυχές στο σχέδιο περίθαλψης. Ο νοσηλευτής εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο θα εισέλθει στο δωμάτιο του ασθενή με τη χημειοθεραπεία, το πότε θα μπει στο δωμάτιο, το νόημα αυτής της εμπειρίας για τον έφηβο και την οικογένειά του, τη φύση του τρόπου προσέγγισης του ασθενή και πόση αλληλεπίδραση μπορεί να έχει με τον ασθενή. Επιφανειακά, αυτοί οι προβληματισμοί μπορεί να φαίνονται ασήμαντοι, αλλά όταν ο παιδιατρικός ογκολογικός νοσηλευτής κυριαρχείται από μια φιλοσοφία φροντίδας που επικεντρώνεται στην οικογένεια, αυτές οι πτυχές της φροντίδας γίνονται πολύ σημαντικές. Επιπλέον, το πρωτόκολλο συνεργατικής θεραπείας δεν έχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο της πρακτικής εφαρμογής αυτών των προβλημάτων φροντίδας που αναφέρονται παραπάνω, αλλά όλα αυτά έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην εμπειρία και τη βραχυπρόθεσμη ανταπόκριση του παιδιού. Η φύση του τρόπου με τον οποίο ένας νοσηλευτής εφαρμόζει ένα πρωτόκολλο θεραπείας ποικίλλει από άτομο σε άτομο και αυτή η γνώση προέρχεται μόνο από τις προηγούμενες αλληλεπιδράσεις του με τον ασθενή αλλά και από τη δική του διαίσθηση, προβληματισμό και ενσυναίσθηση.⁴¹

Όπως υποστηρίζουν οι Bishop & Scudder (1997),¹¹ οι νοσηλευτές προάγουν τη θεραπεία και την ευεξία με προσπάθειες που μπορούν να θεωρηθούν ως έντεχνες πρακτικές. Η LeVasseur (1999)⁴² υποστηρίζει ότι μια από τις κύριες προκλήσεις στον καθορισμό της τέχνης της νοσηλευτικής είναι να κάνει το έργο της ορατό και δηλώνει ότι η τέχνη της νοσηλευτικής πρακτικής έχει πολλές μορφές, οι περισσότερες από τις οποίες δεν θα αναγνωρίζονται εύκολα. Οι περισσότεροι ασκούμενοι νοσηλευτές θα συμφωνούσαν ότι η τέχνη στη νοσηλευτική πρακτική είναι εμφανής

στα θετικά αποτελέσματα των ασθενών. Τόσο τα βιοφυσικά όσο και τα ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα για επιζώντες του παιδικού καρκίνου είναι καλά τεκμηριωμένα στη βιβλιογραφία.³¹ Ο καθορισμός ή η ποσοτικοποίηση του βαθμού στον οποίο η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας, που ασκείται στο πλαίσιο της επιστημονικής βάσης, συνέβαλε σε αυτά τα αποτελέσματα απαιτεί περισσότερη προσοχή. Αν κάποιος θεωρήσει ότι το προϊόν της παιδιατρικής ογκολογικής νοσηλευτικής πρακτικής περιλαμβάνει οι παιδιατρικοί ογκολογικοί ασθενείς να έχουν ελπίδα, να επιτυγχάνουν την κανονικότητα όπως ορίζεται από αυτούς, να έχουν επαρκή αίσθηση της HRQoL και να διαθέτουν μια λειτουργική κατάσταση σωματικής υγείας, τότε η φροντίδα που παρέχεται θα μπορούσε να ποσοτικοποιηθεί. Η LeVasseur (1999)⁴¹ υποστηρίζει αυτή τη θέση και δηλώνει ότι η τέχνη της νοσηλευτικής εκδηλώνεται βοηθώντας αυτούς τους ασθενείς να ανακτήσουν τη συνοχή και το νόημα στη ζωή τους από αυτήν την ασθένεια και τις φυσικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές που συνοδεύουν τη ζωή με αυτήν την ασθένεια.

Ποιότητα Ζωής

Η QoL προσελκύει το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας. Ως όρος έχει δεχτεί πολλαπλές σημασιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περικλείει παραμέτρους καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, εστιάζοντας στην υποκειμενική του εκτίμηση. Κατά τον Freud,³¹ η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου. Σύμφωνα με άλλους επιστήμονες, η QoL αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό της κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο.⁴³

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την QoL, την ορίζουν ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής. Ενώ διαχωρίζεται σαφώς η QoL από τις συνθήκες διαβίωσης

που αναφέρονται γενικά στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα. Η έννοια QoL είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μία κοινωνία.^{44,45,46}

Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.⁴⁷

Η QoL είναι μια ατομική έννοια που επηρεάζεται από τη σωματική υγεία, την προσωπική ανάπτυξη, τη ψυχολογική κατάσταση και τις κοινωνικές σχέσεις.⁴⁸ Η QoL ως πολυδιάστατη και σύνθετη έννοια είναι η κατανόηση του πολιτισμού, των αξιών και της κατάστασης στην οποία ζουν οι άνθρωποι.⁴⁹ Πολλοί ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με την QoL και η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) είναι ένας από αυτούς. Η επαγγελματική εξουθένωση προκαλεί καθυστερήσεις και απουσίες, δυσαρέσκεια στην εργασία, γκρίνια στο χώρο εργασίας κ.λπ.⁵⁰ Το άγχος είναι ένα αναπόσπαστο μέρος των επαγγελματιών υγείας που οδηγεί σταδιακά σε επαγγελματική εξουθένωση.⁵¹

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια σωματική, συναισθηματική και ψυχική κόπωση που προκαλείται από τη μακροχρόνια σύγκρουση με μια αφόρητη εργασία.⁵² Είναι ένα ψυχολογικό σύνδρομο κατά το οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται πίεση που οδηγεί σε αρνητικές εντυπώσεις για τον ασθενή και καταλήγει σε μείωση της ικανότητας στην εργασία⁵³ και το κύριο σύμπτωμα του είναι η αρνητική αυτοαξιολόγηση.⁵⁴

Η έρευνα έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση είχε αρνητική και σημαντική σχέση με την QoL. Τα αποτελέσματα μελέτης των Sosin et al. (2014)⁵⁵ έδειξαν μια σημαντική αντίστροφη σχέση μεταξύ εξουθένωσης και ποιότητας ζωής. Από την άλλη μεριά, η έρευνα των Aruldoss et al.

(2020)⁵⁶ έδειξε μια αρνητική και ουσιαστική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της ποιότητας ζωής και της εργασιακής ικανοποίησης και εξουθένωσης. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, που σημαίνει την αποδεκτή υποστήριξη από άτομα και ομάδες, είναι επίσης ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την QoL και διευκολύνει την ανοχή στο άγχος.^{57,58,59,60}

Η QoL των ογκολογικών νοσηλευτών δέχεται επιδράσεις από αρκετούς παράγοντες. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί βασικό παράγοντα. Ο ΠΟΥ υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα του συνδρόμου θυμίζουν σε αρκετά σημεία την κατάθλιψη, το σύνδρομο μετατραυματικού στρες και τις αγχώδεις διαταραχές. Το άτομο που αισθάνεται κόπωση, εκτός του εργασιακού άγχους που βιώνει και εντοπίζει στην καθημερινότητα του, εμφανίζει συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να τα αποδώσει σε κάποια αιτία.^{61,62}

Το σύνδρομο έχει συσχετιστεί με μια ποικιλία αρνητικών επαγγελματικών συνεπειών, συμπεριλαμβανομένης της εξασθενημένης εργασιακής απόδοσης, των απουσιών και του κύκλου εργασιών. Η έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση έχει οδηγήσει, τα τελευταία χρόνια, σε διάφορες συστάσεις και εκκλήσεις για δράση σχετικά με τη διαχείριση του εργασιακού άγχους.^{63,64}

Σύμφωνα με τους Potter et al. (2010),¹³ τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα εξής:

- Αρνητικά συμπτώματα (αγωνία, μη ικανοποίηση, συχνές διαμαρτυρίες, αίσθημα αδικίας, εκρήξεις θυμού, κατάθλιψη).
- Διαπροσωπικά προβλήματα (επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, ευερεθιστικότητα, υπερβολές, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και το οικογενειακό περιβάλλον).

- Μειωμένη αποδοτικότητα (έλλειψη διάθεσης και ενθουσιασμού στην εργασία, δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης μιας εργασίας).
- Προβλήματα υγείας (κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση, κόπωση).
- Κατάχρηση ουσιών (κάπνισμα, χρήση αλκοόλ, φαρμάκων, ναρκωτικών).
- Διατροφικές συνήθειες (αλλαγή σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού).
- Αίσθημα κατωτερότητας (κυνισμός, κατωτερότητα, ανικανότητα).
- Οικογενειακό άγχος (απουσία από οικογένεια, μεταφορά προβλημάτων εργασίας στο σπίτι, έλλειψη βοήθειας στο σπίτι ή στην οργάνωση οικογενειακού προγράμματος).
- Άρνηση δημιουργίας σχέσεων.
- Εκφυλισμός σχέσεων στο εργασιακό περιβάλλον.^{13,65,66}

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν τις τυπικές εκδηλώσεις άγχους όπως κούραση, εξάντληση, διαταραχές ύπνου, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι.⁶⁷

Η ευάλωτη σωματική υγεία είναι δυνατόν να επηρεάσει τη ψυχολογική υγεία και συμπεριφορά, με κυρίαρχα συμπτώματα το έντονο άγχος, την έλλειψη ενδιαφέροντος, τη μειωμένη αυτοπεποίθηση, τη χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση, την αποξένωση, τις συγκρούσεις και την παραίτηση. Επιπλέον πλήττεται η προσωπική και η κοινωνική ζωή, καθώς μεταφέρει στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο τα προβλήματα του εργασιακού του περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα την αύξηση των εντάσεων στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και τη μείωση του ενδιαφέροντος για κοινωνικές συναναστροφές.⁶⁸

Δεδομένης της πολυπλοκότητας του άγχους στην αναφορά στους παράγοντες κινδύνου δεν πρέπει να αγνοείται η προσωπική αντίληψη του κάθε νοσηλευτή, σχετικά με το ποιους παράγοντες θεωρεί ως αγχογόνους και ποιους όχι. Γεγονός, είναι ότι το κάθε άτομο, έχει κάποιες προσδοκίες όσον αφορά την εργασία του. Όταν οι προσδοκίες αυτές έρχονται σε σύγκρουση με τις πραγματικές συνθήκες εργασίας, τότε δημιουργείται άγχος. Το κατά πόσο τελικά θα καταφέρει να αντιμετωπίσει το άγχος, εξαρτάται από την προσωπικότητα του, τα βιώματά του και από άλλες εξωτερικές συνθήκες. Οι παράγοντες που ευθύνονται για την πιθανή εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στο εργασιακό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας, ταξινομούνται σε πέντε κατηγορίες: αυτές που οφείλονται στη φύση του επαγγέλματος, στην ύπαρξη άγχους στο χώρο εργασίας, στην ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας με συγγενείς ασθενών, στην έλλειψη υποστήριξης και συμπαράστασης από συναδέλφους και στην προσωπικότητα του ίδιου του επαγγελματία υγείας.^{68,69,70}

Η πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης συνεισφέρει στην καλύτερη επαγγελματική συμπεριφορά και στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται γνώσεις και εκπαίδευση για να αντιμετωπίσουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.⁷¹

Σύμφωνα με το μοντέλο για το άγχος στην εργασία, που προτείνει ο Cooper (2013),⁷² οι πηγές άγχους κατατάσσονται σε έξι κατηγορίες: αυτές που είναι ενδογενείς της εργασίας, αυτές που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, αυτές που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, αυτές που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, αυτές που σχετίζονται με τη δομή και το κλίμα της οργάνωσης και τέλος αυτές που αναφέρονται στην ισορροπία της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή.⁷³

Μια ιδιομορφία των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των νοσηλευτών είναι το κυκλικό ωράριο, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Στην έρευνα των Edward et al. (2014)⁷³ οι νοσηλευτές που εργάζονταν με βάρδιες ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης από αυτούς που εργάζονταν με σταθερό ωράριο. Η φύση του επαγγέλματος του γιατρού και του νοσηλευτή είναι τέτοια ώστε να δημιουργούνται συγκρούσεις μεταξύ των νοσηλευτών και μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών ή και άλλων επαγγελματιών υγείας, ανεξαρτήτου βαθμίδας ιεραρχίας.^{74,75}

Μια άλλη σημαντική πηγή εργασιακού άγχους είναι η αμφισβήτηση του ρόλου των επαγγελματιών υγείας. Η αμφισβήτηση του ρόλου επιδρά δυσμενώς στη ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε σχετική μελέτη, οι ερευνητές εντόπισαν ορισμένες σημαντικές σχέσεις μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συγκεκριμένων συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου, όπως: κατάθλιψη, επαγγελματικής δυσaráσκειας, δυσaráσκειας από τη ζωή, μειωμένων εργασιακών κινήτρων, μειωμένων επιπέδων αυτοεκτίμησης και πρόθεσης αποχώρησης από την εργασία.⁷⁶

Το άγχος κοστίζει τόσο στα άτομα όσο και στους οργανισμούς όπου εργάζονται. Όσον αφορά τα άτομα, ευνοεί την ανάπτυξη ψυχοσωματικών διαταραχών, ευθύνεται για τη φτωχή ψυχική υγεία των εργαζομένων καθώς και για την αυξημένη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και φαρμακευτικών ουσιών. Το άγχος μπορεί να μειώσει την ικανότητα του νοσηλευτή να παρέχει υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς καθώς ευνοεί την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης και συχνών καταθλιπτικών επεισοδίων. Τέλος το άγχος που οφείλεται στην εργασία έχει αντίκτυπο και στην οικογένεια του νοσηλευτή καθώς υποβαθμίζει ολόκληρη την ποιότητα της ζωής του. Υποστηρίζεται ότι οι συνέπειες του εργασιακού άγχους στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: α) Υποκειμενικές εμπειρίες, που περιλαμβάνουν άγχος,

κατάθλιψη, διαρκή ανησυχία και παράδοση συναισθηματική απόσπαση. Το άτομο μπορεί να έχει επίγνωση ή να τις αρνείται, ενώ συχνά επισημαίνονται από τους ανθρώπους που τους συναναστρέφονται. β) Σωματικές συνέπειες, που περιλαμβάνουν όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών, από τις σχετικά συνηθισμένες, όπως οι βραχείας διάρκειας ημικρανίες ή τα δερματικά εξανθήματα, έως τις ενδιάμεσης σοβαρότητας συνέπειες όπως είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, οι πόνοι στη πλάτη και οι ακόμη πιο απειλητικές για τη ζωή, καρδιαγγειακές παθήσεις και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. γ) Αλλαγές σε επίπεδο συμπεριφοράς, που κυμαίνονται από μέτρια ευερεθιστότητα μέχρι την εγκατάσταση συμπεριφορών εξάρτησης όπως αλκοολισμός και κάπνισμα ή άλλων συμπεριφορών αποφυγής, όπως η ανάγκη για συχνές αλλαγές εργασιακού πλαισίου ή απροθυμία για ανάληψη περαιτέρω καθηκόντων ή τεταμένες σχέσεις με συναδέλφους και προϋσταμένους.^{77,78,79,73}

Στο πεδίο της ψυχικής υγείας το υψηλό επίπεδο άγχους μπορεί να οδηγήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας ενσυναίσθησης.²⁵

Οι συνέπειες του άγχους των νοσηλευτών αντιμετωπίζονται σε άλλες χώρες με εναλλαγή προσωπικού, ιδιαίτερα των νεότερων στελεχών. Η οργάνωση του εργασιακού χώρου στην Ελλάδα δεν ευνοεί αυτού του τύπου τις παρεμβάσεις, με αποτέλεσμα τα στελέχη που βιώνουν άγχος να μην παραιτούνται από την εργασία, αλλά να παραμένουν στην εργασία και να εκδηλώνουν συμπτωματολογία άγχους, επαγγελματική εξουθένωση και καταθλιπτικά συμπτώματα. Το άγχος, στο χώρο εργασίας, επηρεάζει τη σωματική και ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας, μειώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Η επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια, είναι το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και στις πραγματικές απολαβές από αυτή.²³

Η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του, έχει άμεση σχέση με άλλες σημαντικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας. Οι έρευνες δείχνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να συνδέεται με τις αποδοχές και τις γενικότερες παροχές από την εργασία, το προφίλ των συνεργατών, το είδος του ελέγχου που ασκείται στον εργαζόμενο, το περιβάλλον εργασίας, τις προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης, το αντικείμενο της θέσης εργασίας καθώς και από τις εργασιακές σχέσεις που δημιουργούνται. Διεθνώς οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως γιατροί και νοσηλευτές, εμφανίζονται ως οι ομάδες με τη μικρότερη επαγγελματική ικανοποίηση. Στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας δήλωσε ικανοποιημένη από τη διοίκηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς. Αντίθετα δήλωσαν ότι δεν αντλούν ικανοποίηση από τις απολαβές και το περιβάλλον εργασίας. Σε μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα διερευνήθηκε ο βαθμός της επαγγελματικής ικανοποίησης του μόνιμου νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο και προσδιορίστηκαν οι παράγοντες που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν. Από τα ευρήματα προέκυψε ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζει επαγγελματική δυσαρέσκεια, την οποία αποδίδει πρωτίστως στη μη αναγνώριση της προσφοράς του και δευτερευόντως στις συνθήκες εργασίας του. Αντίστοιχο ποσοστό διαπιστώθηκε και για το παραϊατρικό προσωπικό και αποδόθηκε κατά πρώτο λόγο στις σχέσεις του με τους άλλους επαγγελματίες υγείας και ακολούθως στη μη αναγνώριση της προσφοράς του.^{80,81,82,83,63,84}

Όπως φαίνεται από έρευνες σε όλο τον κόσμο, το αγχογόνο περιβάλλον εργασίας, άμεσο και έμμεσο, αποτελεί μείζον πρόβλημα για τους εργαζόμενους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Μελέτες σχετικές με τη διερεύνηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από το εργασιακό τους περιβάλλον, από την επίτευξη ή μη των επαγγελματικών τους προσδοκιών και από την αυτοαξιολόγηση της ψυχοσυναισθηματικής τους κατάστασης, έδειξαν ότι τα κυριότερα

νοσήματα που ταλαιπωρούν τους επαγγελματίες υγείας είναι αλλεργίες, οσφυαλγία, ημικρανία και έλκος, άγχος και ένταση, αλλά και εμφάνιση μελαγχολικού συναισθήματος και αισθημάτων απαξίωσης που ήταν συνήθη στο προσωπικό των νοσοκομείων των μελετών και επηρέαζαν τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, αλλά είχαν και ως αποτέλεσμα τη μείωση της απόδοσής τους και ενδεχομένως την πτωχή QoL τους.^{85,86,87} Σε μελέτες στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ότι το υψηλό εργασιακό άγχος και η πλημμελής συνεργασία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού οδήγησαν σε χαμηλή ικανοποίηση, ενώ αντίθετα ο παράγοντας «αυτονομία» συσχετίστηκε θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση.^{29,7}

Το άγχος και το περιβάλλον εργασίας συνδέονται στενά με την εργασιακή ικανοποίηση και την QoL. Μελέτη που έγινε για την εργασιακή ικανοποίηση και τα επίπεδα άγχους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε νεφρολογικά κέντρα, έδειξε ότι το 58,3% των νοσηλευτών δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, ενώ το 57,5% δήλωσε καθόλου έως μέτρια ικανοποίηση από τη θέση εργασίας. Τα επίπεδα περιστασιακού άγχους βρέθηκαν σημαντικά υψηλότερα στους νοσηλευτές που ήταν καθόλου έως μέτρια ικανοποιημένοι συγκριτικά με αυτούς που ήταν πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι, τόσο από το αντικείμενο της εργασίας τους, όσο και από τη θέση τους στην εργασία. Υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με χαμηλή ικανοποίηση.¹⁹

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses – ICN) έχει εδώ και χρόνια αναγνωρίσει την επίδραση του περιβάλλοντος εργασίας στην QoL των νοσηλευτών αλλά και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Σαν αποτέλεσμα καθιέρωσε καμπάνια για τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών με τον τίτλο «Θετικό Περιβάλλον Εργασίας για τους νοσηλευτές».³²

Η παρακίνηση του προσωπικού συνδέεται άμεσα με τα θέματα της αποδοτικότητας και της συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας, καθώς τα ζητήματα αυτά προσδιορίζουν, μεταξύ άλλων, τη

στάση και τη δέσμευση παραγωγικότητας του εργαζόμενου ως προς το αντικείμενο της εργασίας του.³⁴

Ως γνωστόν, η αποδοτικότητα του προσωπικού εξαρτάται συνήθως τόσο από τις τεχνικές ικανότητες στην εκτέλεση της εργασίας του όσο κυρίως και από τη διάθεσή του για να αποδώσει. Η εν λόγω διάθεση παραπέμπει στην αναγκαιότητα, εκτός του κλασικού «νομικού συμβολαίου» (σύμβαση εργασίας) μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου, και ενός «ψυχοκοινωνικού συμβολαίου».³⁵

Η παρακίνηση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: στην εξωτερική και στην εσωτερική. Η εξωτερική παρακίνηση αναφέρεται στις απολαβές και στις συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, ενώ η εσωτερική παρακίνηση αφορά την εσωτερική παρόρμηση που πηγάζει από την ικανοποίηση την οποία αισθάνεται ο εργαζόμενος με την ενασχόλησή του με το αντικείμενο της εργασίας του. Ειδικότερα, η εξωτερική παρακίνηση προέρχεται από την ικανοποίηση των αναγκών μέσω των ανταμοιβών, όπως οι αποδοχές, η ασφάλεια, η συνέχεια στην απασχόληση, οι άδειες, τα επιδόματα παραγωγικότητας, οι υποδομές, ο εξοπλισμός, οι χώροι εργασίας κ.λπ. Αντίστοιχα, η εσωτερική παρακίνηση προέρχεται από τα συναισθήματα αναγνώρισης και εκτίμησης τόσο από τους συναδέλφους και συνεργάτες όσο και από τους εξυπηρετούμενους, συγγενείς, ασθενείς κ.λπ., καθώς και από την ικανοποίηση της ανάγκης αυτοπραγμάτωσης του ίδιου του ατόμου. Όπως γίνεται αντιληπτό, τόσο η εξωτερική όσο και η εσωτερική παρακίνηση είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Ωστόσο, η εξωτερική παρακίνηση δεν πρέπει να υπερτερεί της εσωτερικής, καθώς η τάση στα σύγχρονα περιβάλλοντα εργασίας κλίνει μονομερώς περισσότερο υπέρ των υλικών ανταμοιβών. Αυτό έχει ως συνέπεια να μη δίνεται η πρέπουσα σημασία στην εσωτερική παρακίνηση, η οποία θα μπορούσε να ισχυριστεί κάποιος ότι αποτελεί τη βάση ανάπτυξης και της εξωτερικής παρακίνησης, ιδίως σε χώρους εργασίας όπως οι υπηρεσίες υγείας. Εκτός από την

ανωτέρω διάκριση, η παρακίνηση διακρίνεται επίσης σε μικρο- και σε μακρο-παρακίνηση.³⁶ Με τη μικρο-παρακίνηση εννοείται η παρακίνηση που επηρεάζεται από το εσωτερικό περιβάλλον της εργασίας του ατόμου, όπως η θέση εργασίας την οποία κατέχει, ο τρόπος διοίκησης του προσωπικού, οι σχέσεις εργασίας και οι ρόλοι που αναπτύσσονται μεταξύ των συναδέλφων. Με τη μακρο-παρακίνηση εννοείται, αντίστοιχα, η παρακίνηση που επηρεάζεται από εξωτερικούς παράγοντες εκτός του συγκεκριμένου περιβάλλοντος εργασίας και αφορά παράγοντες του ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος, οι οποίοι επιδρούν στη διαμόρφωση γνώμης του εργαζόμενου σχετικά με την ανταπόκριση και τις προσδοκίες του για την εργασία που εκτελεί. Η διερεύνηση των παραγόντων της παρακίνησης επικεντρώνεται στην ερμηνευτική προσέγγιση της παρακίνησης και της ικανοποίησης. Η σύνδεση της παρακίνησης με την ικανοποίηση των αναγκών στηρίζεται στη θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών³⁷ και στη θεωρία των δύο παραγόντων.³⁸

Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής

Το νοσηλευτικό επάγγελμα αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου έλλειψη εξειδικευμένων επαγγελματιών καθώς η προσφορά μειώνεται και η ζήτηση κλιμακώνεται – ειδικά τα δυο τελευταία χρόνια με την εμφάνιση της πανδημίας COVID 19. Παράλληλα με αυτήν την έλλειψη νοσηλευτών, προκύπτουν νέες συνεχείς προκλήσεις για την πρόσληψη και τη διατήρηση νοσηλευτικού προσωπικού. Στην πραγματικότητα, η διατήρηση εξειδικευμένων νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας για να επιβιώσουν οι υγειονομικοί οργανισμοί. Για το λόγο αυτό, οι οργανισμοί προσπαθούν επιμελώς να καταλάβουν τι προσελκύει νοσηλευτές σε συγκεκριμένο εργοδότη και τι διατηρεί τους νοσηλευτές σε έναν οργανισμό.

Μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος για τη διερεύνηση της στρατολόγησης και διατήρησης νοσηλευτών είναι η αξιολόγηση της Ποιότητας της Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Ζωής (QNWL). Η αξιολόγηση της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών δίνει στους οργανισμούς μια ευκαιρία να κατανοήσουν πώς το εργασιακό περιβάλλον, ο σχεδιασμός εργασίας, οι κοινωνικές επιρροές, καθώς και τα ζητήματα ισορροπίας της εργασίας και της οικιακής ζωής επηρεάζουν την επαγγελματική ζωή των νοσηλευτών και τελικά την παραγωγικότητα της οργάνωσης. Με βάση τη Θεωρία Κοινωνικών - Τεχνικών Συστημάτων (STS),⁸⁸ η αξιολόγηση της QNWL επικεντρώνεται στον εντοπισμό ευκαιριών για τους νοσηλευτές να βελτιώσουν το εργασιακό τους περιβάλλον ενώ επιτυγχάνουν τους στόχους του οργανισμού για βελτίωση της παραγωγικότητας. Η αξιολόγηση της QNWL αποκαλύπτει τομείς βελτίωσης όπου οι ανάγκες των νοσηλευτών και του οργανισμού συγκλίνουν.

Το εντονότερο πρόβλημα που διαπιστώνεται, με μια διακύμανση έως και 30% στις έρευνες ικανοποίησης από την εργασία, είναι η επιρροή της προσωπικότητας των συμμετεχόντων, κάτι που ο εργοδότης μπορεί να κάνει ελάχιστα για να αλλάξει.^{89,90} Έτσι, η εργασιακή ικανοποίηση δεν είναι μια ικανοποιητική μεταβλητή για να εκτιμηθούν είτε οι ίδιες οι θέσεις εργασίας είτε τα συναισθήματα των εργαζομένων από την εργασία,⁹¹ αφού τα αποτελέσματα επηρεάζονται σημαντικά από την προσωπικότητα των εργαζομένων. Ομοίως, δεν υπάρχει σαφής θεωρητική βάση που να έχουν χρησιμοποιήσει οι ερευνητές για να ορίσουν εννοιολογικά τα στοιχεία της εργασιακής ικανοποίησης ή μέτρησης.

Σε μελέτες σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών^{92,93} δεν μπορεί να εντοπιστεί κάποια θεωρητική βάση, δεν προκύπτει σαφής εννοιολογικός ορισμός, ούτε προκύπτει συναίνεση σχετικά με στοιχεία ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών.

Μια εναλλακτική προσέγγιση που δεν επηρεάζεται από την προσωπικότητα, ούτε πάσχει από έλλειψη θεωρητικής, εννοιολογικής βάσης και ασάφεια μέτρησης, είναι η μέτρηση του δείκτη της QNWL, που είναι ο βαθμός στον οποίο οι νοσηλευτές είναι σε θέση να ικανοποιήσουν σημαντικές προσωπικές ανάγκες μέσω των εμπειριών τους στην οργάνωση της εργασίας τους, ενώ επιτυγχάνουν τους στόχους του οργανισμού.⁹⁴ Ο δείκτης της QNWL μετριέται με βάση τη θεωρία STS, η οποία υποστηρίζει ότι η πλήρης συμμετοχή των εργαζομένων στο σχεδιασμό εργασίας προάγει την εκπλήρωση των εργαζομένων, ενώ επιτυγχάνει τους στόχους του οργανισμού. Δύο βασικές αρχές της STS είναι ότι υπάρχουν κοινωνικά και τεχνικά υποσυστήματα που αλληλεξαρτώνται και όταν αυτά βελτιστοποιηθούν, η παραγωγικότητα βελτιώνεται και οι άνθρωποι εμπλουτίζουν την εργασία τους με αποτέλεσμα να βελτιστοποιηθεί η εργασιακή ζωή του νοσηλευτή.⁹⁸ Η θεωρία της STS παρέχει τη θεωρητική βάση για τη μέτρηση του δείκτη της QNWL.

Οι O'Brien-Pallas & Baumann⁹⁵ περιγράφουν ένα ενοποιητικό εννοιολογικό πλαίσιο που περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν την QNWL. Το πλαίσιο συντίθεται σε υποκλίμακες. Οι επιδράσεις των ευρέων κοινωνικών επιρροών και αλλαγών στη νοσηλευτική πρακτική εστιάζεται στις διαστάσεις της νοσηλευτικής επαγγελματικής ζωής: (α) η αλληλεπίδραση επαγγελματικής ζωής και ζωής στο σπίτι, (β) ο σχεδιασμός εργασίας, (γ) το εργασιακό πλαίσιο και (δ) η κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη.⁹⁶ Περαιτέρω ανάλυση της θεωρίας της STS⁹⁵ μαζί με τις τέσσερις διαστάσεις του πλαισίου των O'Brien-Pallas & Baumann χρησιμοποιήθηκαν από τους Brooks et al. (2005)⁹⁷ για την ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου για την αξιολόγηση της QNWL.

Ορισμένες μεταβλητές της έρευνας, όπως το προσωπικό, ο φόρτος εργασίας, η λεκτική και σωματική κακοποίηση, η ασφάλεια, η διαθεσιμότητα εξοπλισμού και τεχνολογίας, το εύρος της

νοσηλευτικής πρακτικής, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ο επαγγελματικός σεβασμός, κατηγοριοποιήθηκαν στη συνέχεια στις τέσσερις διαστάσεις που προαναφέρθηκαν για τη δημιουργία υποκλιμάκων. Τα αποτελέσματα από την έρευνα της QNWL περιγράφουν τις οργανωτικές εργασιακές εμπειρίες των νοσηλευτών από την εργασία τους και προτείνουν πτυχές της εργασίας που θα μπορούσαν να τροποποιηθούν ή να ενισχυθούν για να βελτιώσουν τη ζωή τους και ταυτόχρονα την παραγωγικότητα του οργανισμού.⁹⁸

Κεφάλαιο 2. Ποιότητα ζωής παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών

Οι επαγγελματικοί κίνδυνοι του νοσηλευτικού κλάδου είναι ποικίλοι, οι κύριοι παράγοντες και τα συναφή προβλήματα υγείας στους εργαζομένους στον κλάδο αυτό περιλαμβάνουν τη φόρτιση του μυοσκελετικού συστήματος από κακή στάση κατά την εκτέλεση της εργασίας, βαριά φορτία, βιολογικοί παράγοντες όπως μικροοργανισμοί, ιοί (HIV, ηπατίτιδα Β, μολυσμένο αίμα) και χημικές ουσίες (απολυμαντικά, αναισθητικά αέρια και αντιβιοτικά) που είναι επιβλαβείς για το δέρμα, το αναπνευστικό σύστημα και πιθανά να είναι καρκινογόνες. Επιπλέον οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ραδιολογικούς κινδύνους, έντονο ρυθμό εργασίας λόγω του κυκλικού ωραρίου, νυχτερινή εργασία, διαχείριση βίας προερχόμενης από τους ασθενείς, παράγοντες που συνδέονται με την οργάνωση εργασίας, τις συναδελφικές σχέσεις και τα εργατικά ατυχήματα (πτώσεις, κοψίματα, τρυπήματα από βελόνες, ηλεκτροπληξίες).

Ειδικά για τους νοσηλευτές μπορούμε να κατηγοριοποιήσουμε τους επαγγελματικούς κινδύνους ως εξής:

Φυσικοί: Θόρυβος, δονήσεις, ιονίζουσα ακτινοβολία, μη ιονίζουσα ακτινοβολία, θερμότητα, κρύο, βαρομετρικές αλλαγές.

Χημικοί: σκόνες, καπνοί, αέρια, ατμοί, αναθυμιάσεις, ίνες, υγρά.

Βιολογικοί: μύκητες, βακτηρίδια, ιοί.

Εργονομικοί-ψυχοκοινωνικοί: στάση-θέση σώματος, κίνηση, συναισθηματική κατάσταση, εντατική εργασία, μονοτονία, αντικοινωνικές ώρες εργασίας (βάρδιες).¹⁴

Η παρακίνηση του προσωπικού συνδέεται άμεσα με τα θέματα της αποδοτικότητας και της συμπεριφοράς στο χώρο εργασίας, καθώς τα ζητήματα αυτά προσδιορίζουν, μεταξύ άλλων, τη στάση και τη δέσμευση παραγωγικότητας του εργαζόμενου ως προς το αντικείμενο της εργασίας του.

Με τον όρο «επαγγελματικός κίνδυνος», αναφερόμαστε σε κάθε κίνδυνο, στην υγεία και στην ασφάλεια των εργαζομένων, ο οποίος είναι αποτέλεσμα της επαγγελματικής έκθεσης στους βλαπτικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος. Εκτενέστερα, ο επαγγελματικός κίνδυνος έχει σχέση με την πιθανότητα αλλά και τη συχνότητα έκθεσης των εργαζομένων σ' αυτόν, αλλά και τις επιπτώσεις που αυτός μπορεί να επιφέρει. Επομένως, για τη σωστή εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου, θα πρέπει να λαμβάνονται τα σωστά μέτρα προστασίας για τους εργαζομένους αλλά και όλα τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης για τις συνέπειες των βλαπτικών παραγόντων.¹⁵

Όσοι έρχονται σε επαφή με χημειοθεραπευτικά φάρμακα μπορούν να εκτεθούν σε αυτά κατά τη διαχείριση αυτών. Ο κύριος τρόπος έκθεσης των νοσηλευτών σε αντινεοπλασματικά φάρμακα είναι η δερματική επαφή με φάρμακα και συσκευασίες φαρμάκων (αραίωση υγρού, χορήγηση επικίνδυνων φαρμάκων ενδομυϊκά, υποδόρια ή ενδοφλέβια κ.α.) καθώς και μέσω έμμεσης επαφής αγγίζοντας επιφάνειες που έχουν μολυνθεί (καθαρισμός και απολύμανση χώρου εργασίας κ.α.). Πιθανοί οδοί έκθεσης είναι ακόμη η εισπνοή (μολυσμένος αέρας και ατμοί), η κατάποση μέσω της επαφής χεριού-στόματος (φαγητό, πόσιμα υγρά, μάσημα των ούλων). Τέλος, πιθανός χώρος έκθεσης είναι οι περιοχές όπου αποθηκεύονται ή προετοιμάζονται επικίνδυνα φάρμακα.⁹⁸

Παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών

Το εργασιακό περιβάλλον των νοσοκομείων εκθέτει τους νοσηλευτές σε επαγγελματικούς κινδύνους σε καθημερινή βάση, ιδιαίτερα σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους επειδή η εργασία τους είναι ιδιαίτερα έντονη από ψυχολογική άποψη, δεδομένης της στενής επαφής με τα βάσανα και το θάνατο των ασθενών, την εργασία με βάρδιες, τις συγκρούσεις στις επαγγελματικές τους

σχέσεις, καθώς και την κοινωνική κριτική που δέχεται το επάγγελμα.^{16,99,80} Υπό αυτή την έννοια, μελέτες έχουν δείξει ότι αυτοί οι αγγογόνοι παράγοντες προκαλούν ψυχικές διαταραχές σε πολλούς νοσηλευτές, οι οποίες είναι η κύρια αιτία απουσιών και ανικανότητας για εργασία.¹⁰⁰

Το επαγγελματικό άγχος εκδηλώνεται ανάλογα με την αντιμετώπιση από τον εργαζόμενο ενός μεγάλου αριθμού ψυχολογικών απαιτήσεων, ενώ ταυτόχρονα, έχει μικρή δύναμη να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με την εργασία, δέχεται πτωχή υποστήριξη από συναδέλφους και βιώνει επαγγελματικές συγκρούσεις ενώ εργάζεται σε ένα ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον. Το άγχος παρεμβαίνει στην αντίληψη για την ικανοποίηση και την ευχαρίστηση που προέρχεται και από την εργασία και τελικά στην QoL.⁸⁰ Η αντίληψη ενός ατόμου αλλάζει ανάλογα με τις εμπειρίες και περιλαμβάνει υποκειμενικές και ατομικές πτυχές.¹¹ Με τον όρο QoL ο ΠΟΥ, ορίζει την «αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους».²⁰

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών.

Επιμέρους στόχοι – Ερωτήματα

Επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

- Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών στο σπίτι
- Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών στον εργασιακό χώρο

- Η επίδραση της οργάνωσης της εργασίας στην QoL των νοσηλευτών
- Η διερεύνηση της επίδρασης των κοινωνικών απόψεων για το επάγγελμα του νοσηλευτή στην QoL

Σπουδαιότητα της μελέτης

Γνωρίζοντας την QoL και τους παράγοντες που επιδρούν στη βελτίωση της στους παιδιατρικούς ογκολογικούς νοσηλευτές θα μπορέσουμε να τη βελτιώσουμε. Μελέτες που σχετίζονται με τον παιδικό καρκίνο διερευνούν κυρίως τις επιπτώσεις στους γονείς και τις εμπειρίες των παιδιών. Μόνο περιορισμένος αριθμός μελετών ασχολείται με εμπειρίες και προβλήματα νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Ειδικά για την QoL των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών στη Ελλάδα είναι πολύ πτωχή η βιβλιογραφία παρόλη τη σοβαρότητα του προβλήματος. Καθώς αυτοί αποτελούν μια εξειδικευμένη ομάδα νοσηλευτών που εργάζονται σε ένα επιφορτισμένο περιβάλλον και αντιμετωπίζουν εξαιρετικά δύσκολα συναισθηματικά και ψυχολογικά περιστατικά, η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους είναι σημαντική. Προκειμένου να διασφαλιστεί η QoL των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών και των ασθενών τους, θα πρέπει να γνωρίζουμε καλύτερα τους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά σε αυτήν καθώς και τρόπους για τη βελτίωσή της.

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία

Ερευνητικό σχέδιο

Πρόκειται για μη παρεμβατική περιγραφική, συγχρονική, συγκριτική μελέτη. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από νοσηλευτές που εργάζονται σε επιλεγμένα παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας κατά την περίοδο συλλογής δεδομένων από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2021. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας για την επιλογή του δείγματος.

Δείγμα

Δείγμα της μελέτης μας αποτέλεσαν 40 νοσηλευτές που εργάζονταν σε επιλεγμένα παιδιατρικά τμήματα αιματολογίας – ογκολογίας και 79 νοσηλευτές παιδιατρικών και παιδοχειρουργικών τμημάτων επιλεγμένων παιδιατρικών νοσοκομείων της Αθήνας. Τα ακόλουθα κριτήρια τέθηκαν για την επιλογή του δείγματος:

Κριτήρια επιλογής του δείγματος

Τα μέλη του δείγματος πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

1. ήταν νοσηλευτές (απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) που εργάζονταν σε παιδιατρικά τμήματα ή σε τμήματα παιδιατρικά αιματολογίας – ογκολογίας.
2. συμμετείχαν στην άμεση φροντίδα ασθενών.
3. είχαν δώσει την πληροφορημένη συναίνεση/συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα

Κριτήριο αποκλεισμού

Αποκλείστηκαν από την μελέτη τα μερικώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια.

Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή των δεδομένων ήταν:

Φόρμα δημογραφικών στοιχείων. Η φόρμα αποτελείται από 10 ερωτήματα: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εργασία συζύγου, αριθμός παιδιών, νοσοκομείο εργασίας, εργασιακή προϋπηρεσία, επίπεδο εκπαίδευσης, σχέση εργασίας, ύπαρξη βρεφονηπιακού σταθμού στο νοσοκομείο. Στη φόρμα αυτή έχουν προστεθεί δυο ερωτήσεις («Ξεκουράζεστε επαρκώς στα εβδομαδιαία ρεπό σας;» & «Έχετε χρόνο για σωματική άθληση;»).

Το ερωτηματολόγιο Quality of Nursing Work Life (εφεξής QNWLs) που δημιουργήθηκε από τις Brooks & Anderson (2004),⁹⁵ διατίθεται ελεύθερα, αποτελείται από 42 ερωτήματα και διερευνά την QoL των νοσηλευτών.^{95,101}

Η Θεωρία των Κοινωνικών – Τεχνικών συστημάτων (εφεξής STS) θεμελιώνει την ποιότητα της νοσηλευτικής επαγγελματικής ζωής (QNWL). Αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1950 και υποστηρίζει ότι οι οργανισμοί που εμπλέκουν πλήρως τους εργαζόμενους στην εργασία προωθούν και την εκπλήρωση των στόχων ζωής των εργαζομένων, ενώ ταυτόχρονα βοηθούν στην επίτευξη των οργανωτικών στόχων. Η θεωρία STS ορίζει ότι το περιβάλλον ενός οργανισμού διαθέτει δύο υποσυστήματα, το κοινωνικό και το τεχνικό υποσύστημα. Το κοινωνικό υποσύστημα περιλαμβάνει άτομα που εργάζονται στον οργανισμό και τις σχέσεις μεταξύ τους. Εξηγεί πώς οι άνθρωποι πρέπει να είναι σε θέση να επιτύχουν τους στόχους του οργανισμού, να προσαρμοστούν στο περιβάλλον, να ενσωματώσουν τις δραστηριότητες των ανθρώπων στον οργανισμό και να εξασφαλίσουν τη διατήρηση των βασικών ρόλων μέσω της κοινωνικοποίησης. Το τεχνικό υποσύστημα ενός οργανισμού αποτελείται από εργαλεία, τεχνικές, διαδικασίες, δεξιότητες, γνώσεις και συσκευές που χρησιμοποιούνται από τα μέλη του κοινωνικού υποσυστήματος για την εκπλήρωση των καθηκόντων του οργανισμού (Brooks & Anderson, 2004).⁹⁵

Οι Brooks & Anderson (2004)⁹⁵ όρισαν την ποιότητα της εργασιακής ζωής (Quality of Work Life – QOWL) των νοσηλευτών με βάση τη θεωρία STS σε τέσσερις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση

ονομάζεται ως διάσταση *Επαγγελματικής / Οικογενειακής Ζωής* (Work Life / Home Life) που αφορά τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής ζωής και ζωής στο σπίτι ή την αλληλεπίδραση της εργασίας του νοσηλευτή με τη ζωή στο σπίτι. Οι νοσηλευτές, εκτός από το ρόλο του νοσηλευτή, έχουν πολλούς άλλους ρόλους, όπως γονείς, ρόλοι συζύγου και ρόλοι παιδιών για τους γονείς τους. Η διάσταση του *Σχεδιασμού Εργασίας* (Work Design) είναι η σύνθεση του νοσηλευτικού έργου ή της πραγματικής εργασίας που κάνουν οι νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας. Επιπλέον, ζητήματα όπως ο φόρτος εργασίας, το προσωπικό και η αυτονομία λαμβάνονται υπόψη σε αυτήν τη διάσταση. Οι ρυθμίσεις πρακτικής στις οποίες εργάζονται οι νοσηλευτές και ο αντίκτυπος του εργασιακού περιβάλλοντος τόσο στα νοσηλευτικά όσο και στα συστήματα ασθενών είναι η διάσταση του *Πλαισίου Εργασίας* (Work Context). Περιλαμβάνει διαπροσωπικές και ενδοεπαγγελματικές σχέσεις για την εκτέλεση της εργασίας και την ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση από το ίδρυμα. Η τέταρτη διάσταση, η *Κοινωνική Επίδραση στη Νοσηλευτική Πράξη* (Work World), ορίζεται ως οι επιδράσεις της κοινωνικής εικόνας στο επάγγελμα και τα οικονομικά ζητήματα, όπως οι ευρείες κοινωνικές επιρροές και η αλλαγή στην πρακτική της νοσηλευτικής.⁹⁵

Εγκυροποίηση QNWLs

Το ερωτηματολόγιο QNWLs για την διερεύνηση της ποιότητας ζωής των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και αξιολογήθηκε από 2 εμπειρογνώμονες για την προσαρμογή του στην ελληνική κουλτούρα. Κατόπιν έγινε αντίστροφη μετάφραση από την ελληνική στην αγγλική γλώσσα. Καθώς δεν υπάρχει ασυμφωνία ανάμεσα στην ελληνική και στην αγγλική μετάφραση το ερωτηματολόγιο έγινε αποδεκτό για χρήση. Ακολούθησε πιλοτική δοκιμασία του σε 30 νοσηλευτές προκειμένου να πραγματοποιηθεί η

εγκυροποίηση του ερωτηματολογίου. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου μέσω του υπολογισμού του δείκτη Cronbach's alpha.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για την Κλίμακα QNWL συνολικά (N=42) ήταν 0,904, γεγονός που δηλώνει υψηλή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου. Μελετήθηκε η εσωτερική συνέπεια μέσω του δείκτη Cronbach's alpha και για τις υποκλίμακες (Διαστάσεις) της QNWLs, τα αποτελέσματα της οποίας απεικονίζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα ελέγχου εσωτερικής συνέπειας QNWLs

	Cronbach's alpha	Αριθμός ερωτήσεων
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή (Work Life / Home Life)	0,726	N=7
Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας (Work Design)	0,651	N=10
Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας (Work Context)	0,914	N=20
Διάσταση: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη (Work World)	0.621	N=5
Συνολική QNWLs	0,904	N=42

Με τη χρήση του ερωτηματολογίου QNWLs μετρήθηκε η εργασιακή ικανοποίηση των ογκολογικών παιδιατρικών νοσηλευτών με στοιχεία που παρέχονται από τη βαθμολόγηση της κλίμακας Likert έξι βαθμών που κυμαινόταν από το «διαφωνώ απόλυτα» έως το «συμφωνώ απόλυτα». Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο QNWLs περιλαμβάνει τις ακόλουθες τέσσερις υποκλίμακες: (1) τη διάσταση *Επαγγελματικής / Οικογενειακής Ζωής (Work Life / Home Life)*, η οποία αποτελείται από επτά στοιχεία που μετρούν την αλληλεπίδραση μεταξύ της εργασίας και της οικιακής ζωής των νοσηλευτών, (2) τη διάσταση του *Σχεδιασμού Εργασίας (Work Design)*, η οποία αποτελείται από δέκα στοιχεία που μετρούν τη σύνθεση του νοσηλευτικού έργου, όπως ο

φόρτος εργασίας, το προσωπικό και η αυτονομία, (3) τη διάσταση του **Πλαισίου Εργασίας (Work Context)**, η οποία αποτελείται από 20 στοιχεία που αφορούν τις ρυθμίσεις εργασίας των νοσηλευτών και τον αντίκτυπο του εργασιακού περιβάλλοντος σε νοσηλευτές και ασθενείς, και (4) την **Κοινωνική Επίδραση στη Νοσηλευτική Πράξη (Work World)**, που αποτελείται από πέντε στοιχεία που μετρούν τις επιδράσεις των ευρέων κοινωνικών επιρροών και αλλαγών στη νοσηλευτική πρακτική.

Η Κλίμακα χρησιμοποιεί για τις απαντήσεις μια 6βάθμια κλίμακα Likert (Διαφωνώ απόλυτα=1, Διαφωνώ πολύ=2, Κυρίως διαφωνώ=3, Κυρίως συμφωνώ=4, Συμφωνώ πολύ=5, Συμφωνώ απόλυτα=6). Το άθροισμα των βαθμολογιών δίνει συνολική βαθμολογία από 42 έως 252. Μια υψηλότερη βαθμολογία αντανακλά ένα υψηλότερο επίπεδο ποιότητας εργασιακής ζωής. Η εσωτερική συνοχή αυτού του εργαλείου στην Αγγλική Γλώσσα επιβεβαιώθηκε από τους Lee et al. (2013), με συντελεστή Cronbach's α 0,85.¹⁰²

Διαδικασία – Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της μελέτης το πρωτόκολλο κατατέθηκε για έγκριση στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και αντίστοιχα στα παιδιατρικά νοσοκομεία στα οποία έγινε η συλλογή των δεδομένων. Μετά τη λήψη των σχετικών αδειών (Α.Π.: 22222/14-10-2020 & Α.Π.: 8/25-11-2020, θέμα 15) ξεκίνησε η συλλογή των δεδομένων, αφού προηγήθηκε η λήψη πληροφορημένης συναίνεσης των συμμετεχόντων νοσηλευτών. Διασφαλίστηκε ότι σε κάθε στάδιο της μελέτης τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες προστασίας των δεδομένων και ηθικής και δεοντολογίας για τη διεξαγωγή έρευνας σε ανθρώπους. Η πρόσβαση στα δεδομένα της μελέτης περιορίστηκε αυστηρά στην ερευνήτρια. Η συλλογή των

δεδομένων πραγματοποιήθηκε για το σύνολο των νοσηλευτών που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη για χρονικό διάστημα οκτώ μηνών μετά τη λήψη των σχετικών αδειών.

Η ερευνήτρια όπου και όποτε ήταν απαραίτητο ήλθε σε επικοινωνία με τους νοσηλευτές, για να επεξηγήσει αναλυτικά τη διαδικασία. Οι νοσηλευτές απάντησαν στα ερωτηματολόγια και στη συνέχεια η ερευνήτρια τα συνέλεξε. Η ερευνήτρια παρείχε σε όλους το έντυπο συναίνεσης για συμμετοχή στη μελέτη και εξασφάλισε την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Επίσης παρείχε διευκρινήσεις όταν απαιτήθηκαν από τους νοσηλευτές και τους παρείχε αρκετό χρόνο ώστε να συμπληρώσουν με ηρεμία το ερωτηματολόγιο.

Διαχείριση δεδομένων – Ανάλυση

Τα δεδομένα συλλέγονταν στις ειδικές φόρμες ανώνυμα και αποθηκεύονταν σε χώρο με ελεγχόμενη πρόσβαση μόνο από την ερευνήτρια. Σε κάθε στάδιο της μελέτης ακολουθήθηκαν οι εθνικές και διεθνείς οδηγίες για τη διεξαγωγή έρευνας σε ανθρώπους και διαφυλάχθηκαν τα προσωπικά τους δεδομένα σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο. Η ανάλυση των δεδομένων και η αποθήκευσή τους έγινε με κωδικοποίηση ώστε η ταυτοποίηση των συμμετεχόντων να μην είναι δυνατή σε μη μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSSv.23 και σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0.05. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλες περιγραφικές τεχνικές. Οι περιγραφικές τεχνικές περιλαμβάναν την αξιολόγηση της συχνότητας, της μέσης τιμής (Mean) και της τυπικής απόκλισης (Standard Deviation – SD), της διάμεσης τιμής (Median), του εύρους και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους (intra-quadratic range, IQR) για τις συνεχείς μεταβλητές και τη συχνότητα και την ποσοστιαία αναλογία για τις διακριτές. Εν συνεχεία για τις ποσοτικές μεταβλητές της μελέτης πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας με τη

βοήθεια του ελέγχου των Kolmogorov-Smirnov. Αναλυτικότερα, για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο διακριτών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (chi – squared test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney (Mann-Whitney test).

Περιορισμοί και αδύνατα σημεία της μελέτης

Πρόκειται για δείγμα ευκολίας σε περιορισμένο χρονικό διάστημα μελέτης για το σύνολο των νοσηλευτών που συναίνεσαν και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Συνεπώς περιορίζεται η γενικευσιμότητα των ευρημάτων.

Η πραγματοποίηση της μελέτης πραγματοποιήθηκε χρονικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 γεγονός που επέδρασε πιθανώς στα αποτελέσματα της μελέτης.

Ηθικά θέματα

Διασφάλιση της ανωνυμίας και της αξιοπρέπειας των συμμετεχόντων

Σε όλα τα στάδια της μελέτης τηρήθηκαν οι αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας και διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, με τρόπο που ούτε η ερευνήτρια δε γνώριζε τη ταυτότητά τους.

Πληροφορημένη συναίνεση και συγκατάθεση των συμμετεχόντων

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ενημερώθηκαν πρώτα σχετικά με την εθελοντική συμμετοχή στη μελέτη καθώς και για το σκοπό και τη σπουδαιότητά της και εφόσον συναίνεσαν έδωσαν τη γραπτή τους συγκατάθεση.

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

A) Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συμμετείχαν 119 εργαζόμενοι παιδιατρικοί νοσηλευτές από τα δύο μεγαλύτερα παιδιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Συγκεκριμένα 59 (49,6%) από το Γ.Ν.Π. «Π. & Α. Κυριακού» και 60 (50,4%) από το Γ.Ν.Π. «Αγία Σοφία». Το 33,6% (N=40) εργάζεται σε μη ογκολογικά παιδιατρικά τμήματα, ενώ στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες είναι μόνιμοι υπάλληλοι (N=78, 65,5%), γυναίκες (N=103, 86,6%) και έγγαμοι ή σε συμβίωση (65, 54,6%). Σχεδόν ένας στους δύο νοσηλευτές ανήκει σε ηλικιακή ομάδα <40 ετών (N=72, 60,5%).

Πάνω από ένας στους δύο συμμετέχοντες (N=64, 53,8%) δήλωσε ότι εργάζεται ο/η σύζυγος και το 47,1% (N=56) δήλωσε ότι δεν έχει ακόμη παιδιά. Αναφορικά με την εργασιακή εμπειρία οι 43 (36,1%) έχουν προϋπηρεσία <10 ετών, ενώ σχεδόν 1 στους 3 έχει και μεταπτυχιακές σπουδές (N=34, 28,5%).

Αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος απεικονίζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Κατανομή συχνοτήτων δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος

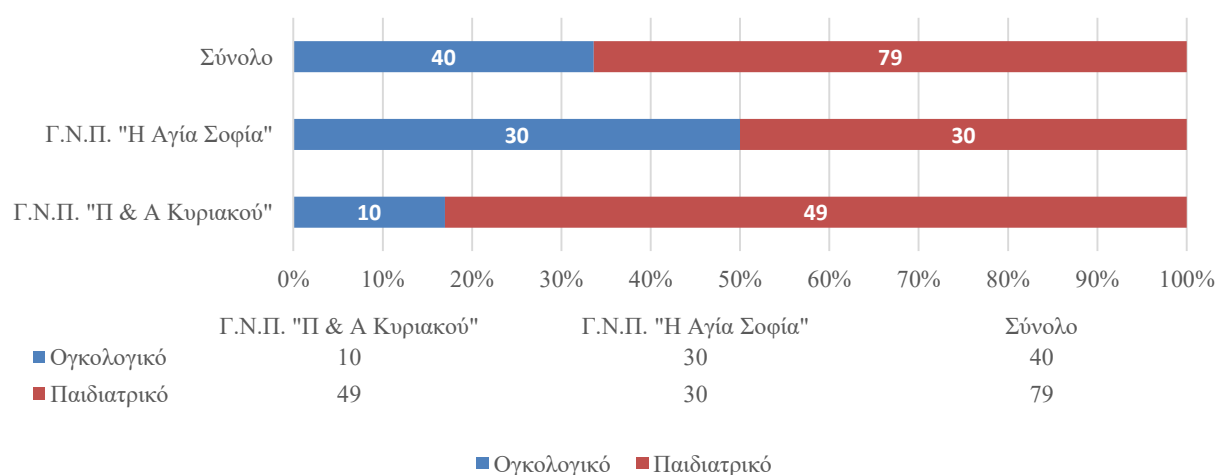
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ογκολογικά Τμήματα (N=40)	Μη Ογκολογικά Τμήματα (N=79)	Σύνολο (N=119)
		N (%)	
Φύλο Νοσηλευτών			
Άνδρες	3 (7,5%)	13 (16,5%)	16 (13,4%)
Γυναίκες	37 (92,5%)	66 (83,5%)	103 (86,6%)
Ηλικία (έτη)			
20-29	9 (22,5%)	18 (22,8%)	27 (22,7%)
30-39	18 (45,0%)	27 (34,2%)	45 (37,8%)
40-49	7 (17,5%)	25 (31,6%)	32 (26,9%)
50-59	6 (15,0%)	9 (11,4%)	15 (12,6%)
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	16 (40%)	39 (49,4%)	55 (46,2%)
Άγαμος/η	17 (42,5%)	29 (36,7%)	46 (38,7%)
Διαζευγμένος/η	4 (10%)	3 (3,8%)	7 (5,9%)
Σε συμβίωση	3 (7,5%)	7 (8,9%)	10 (8,4%)
Χήρος/α	0	1 (1,3%)	1 (0,8%)
Σύζυγος που εργάζεται;			
Ναι	19 (47,5%)	45 (57%)	64 (53,8%)
Όχι	5 (12,5%)	19 (24%)	24 (20,2%)
Δεν απάντησαν	16 (40%)	15 (19%)	31 (26,1%)
Αριθμός παιδιών συνολικά			
Κανένα	24 (60%)	42 (53,2%)	66 (55,5%)
Ένα	5 (12,5%)	17 (21,5%)	22 (18,5%)
Δύο	11 (27,5%)	15 (19%)	26 (21,8%)
Τρία	0	5 (6,3%)	5 (4,2%)
Νοσοκομείο απασχόλησης			
«Π & Α Κυριακού»	10 (25%)	49 (62%)	59 (49,6%)
«Αγία Σοφία»	30 (75%)	30 (38%)	60 (50,4%)
Συνολική προϋπηρεσία (έτη)			
<10	15 (37,5%)	28 (35,4%)	43 (36,1%)
10-19	14 (35%)	27 (34,2%)	41 (34,5%)
20-29	9 (22,5%)	20 (25,3%)	29 (24,4%)
>30	2 (5%)	2 (2,5%)	4 (3,4%)
Δεν απάντησαν	0	2 (2,5%)	2 (1,7%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης			
AEI-TEI	29 (72,5%)	56 (70,9%)	85 (71,4%)
MSc	10 (25,0%)	23 (29,1%)	33 (27,7%)
PhD	1 (2,5%)	0	1 (0,8%)
Σχέση εργασίας			

Μόνιμη οργανική θέση	27 (67,5%)	51 (64,6%)	78 (65,5%)
Σύμβαση ορισμένου χρόνου	13 (32,5%)	28 (35,4%)	41 (34,5%)
Νοσοκομείο με βρεφικό/νηπιακό/παιδικό σταθμό για τα παιδιά των εργαζομένων			
Ναι	30 (75%)	23 (29,1%)	53 (44,5%)
Όχι	10 (25%)	56 (70,9%)	66 (55,5%)

Μεταξύ της ομάδας των ογκολογικών και των μη ογκολογικών παιδιατρικών νοσηλευτών δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, παρά τις μικρές διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται, με εξαίρεση την ύπαρξη βρεφονηπιακού/παιδικού σταθμού ($p=0,001$) και του νοσοκομείου απασχόλησης ($p=0,001$).

Στο Γράφημα 1 απεικονίζεται η κατανομή των εργαζομένων ανά τμήμα εργασίας στα δύο νοσοκομεία και συνολικά.

Γράφημα 1. Κατανομή ογκολογικών νοσηλευτών δείγματος ανά νοσοκομείο



Στην ερώτηση εάν «Ξεκουράζονται επαρκώς στα εβδομαδιαία ρεπό τους» η πλειοψηφία (74,8%) δήλωσε πως διαφωνεί (Διαφωνώ απόλυτα (N=20) 16,8%, Διαφωνώ πολύ (N=36), 30,3% & Κυρίως διαφωνώ (N=33), 27,7%) ενώ το 21% (N=25), δήλωσε πως Κυρίως συμφωνώ με πολύ μικρό ποσοστό να δηλώνει Συμφωνώ πολύ (N=3), 2,5% και Συμφωνώ απόλυτα (N=2), 1,7%. Ενώ ανάλογες ήταν και οι απαντήσεις τους αναφορικά με το αν «Έχουν χρόνο για σωματική άθληση»,

καθώς το 64,7% δήλωσε πως διαφωνεί (Διαφωνώ απόλυτα (N=17) 14,3%, Διαφωνώ πολύ (N=26), 21,8% & Κυρίως διαφωνώ (N=34), 28,6%), ενώ το 23,5% (N=28), δήλωσε πως Κυρίως συμφωνώ με μικρό ποσοστό να δηλώνει Συμφωνώ πολύ (N=10), 8,4% και Συμφωνώ απόλυτα (N=4), 3,4%.

B) Ερωτηματολόγιο Quality of Nursing Work Life (QNWL)

Η απόλυτη συχνότητα των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην Κλίμακα QNWL αποτυπώνονται στους Πίνακες 3 & 4.

Πίνακας 3. Απόλυτη συχνότητα απαντήσεων Ογκολογικών Παιδιατρικών Νοσηλευτών στη QNWLs (N=40)

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ πολύ	Κυρίως διαφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ απόλυτα
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή (Work Life / Home Life)							
1.	Μπορώ να ισορροπήσω τις εργασιακές με τις οικογενειακές μου ανάγκες	2	7	8	18	3	2
2.	Μπορώ να έχω υποστήριξη τις ημέρες που το παιδί μου είναι άρρωστο	0	4	15	13	7	1
3.	Μπορώ να έχω υποστήριξη για το παιδί μου όταν είμαι στη δουλειά	1	7	14	16	2	0
4.	Έχω αποθέματα ενεργείας μετά τη δουλειά	8	10	13	7	1	1
5.	Αισθάνομαι πως τα κυλιόμενα ωράρια επηρεάζουν αρνητικά την ζωή μου	3	0	5	9	9	14
6.	Μπορώ να έχω υποστήριξη για τους ηλικιωμένους γονείς μου	3	10	9	15	3	0

7.	Η πολιτική του νοσοκομείου μου για τις οικογενειακές άδειες είναι επαρκής	1	7	1	15	3	1
Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας (Work Design)							
8.	Είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου	0	4	8	18	7	3
9.	Ο φόρτος εργασίας μου είναι πολύ μεγάλος	0	1	4	15	13	7
10.	Εκτελώ πολλές μη νοσηλευτικές πράξεις	0	6	5	17	8	4
11.	Υπάρχουν αρκετοί/ές νοσηλευτές/τριες (τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) στον εργασιακό μου χώρο	0	1	8	13	9	9
12.	Έχω αρκετό χρόνο να κάνω τη δουλειά μου καλά	0	8	14	10	6	2
13.	Είμαι ικανός/ή να παρέχω καλή ποιότητα φροντίδας ασθενών	0	4	5	12	11	8
14.	Έχω αυτονομία λήψης αποφάσεων σχετικών με τη φροντίδα των ασθενών	4	4	12	14	3	3
15.	Λαμβάνω ποιοτική βοήθεια από μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό	3	4	12	12	5	4
16.	Δέχομαι πολλές διακοπές κατά την εργασία μου καθημερινά	0	3	9	13	9	6
17.	Λαμβάνω επαρκή βοήθεια από μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό	5	2	8	13	9	3
Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας (Work Context)							
18.	Μπορώ να επικοινωνήσω ικανοποιητικά με τον/την προϊστάμενο/η μου	2	1	8	10	12	7

19.	Ο/Η προϊστάμενος/η με επιβλέπει επαρκώς	5	8	8	14	3	2
20.	Μπορώ να συμμετέχω σε αποφάσεις που έλαβε ο/η προϊστάμενος/η μου	4	7	9	13	6	1
21.	Αισθάνομαι ότι η ανώτερη διοίκηση σέβεται τη νοσηλευτική	10	7	5	9	8	1
22.	Αισθάνομαι ότι με σέβονται οι ιατροί του εργασιακού μου περιβάλλοντος	2	3	9	15	7	4
23.	Επικοινωνώ καλά με τους ιατρούς στο εργασιακό μου περιβάλλον	1	4	6	17	6	6
24.	Το περιβάλλον της εργασίας μου παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης καριέρας	8	6	9	10	7	0
25.	Οι φιλίες με τους συναδέλφους μου είναι σημαντικές για εμένα	5	2	6	11	7	9
26.	Λαμβάνω ανατροφοδότηση (feedback)για την επίδοση μου από τον/την προϊστάμενο/η μου	12	3	7	14	3	1
27.	Αισθάνομαι πως υπάρχει ομαδικότητα στο περιβάλλον εργασίας μου	3	6	6	13	11	1
28.	Αισθάνομαι ότι ανήκω στην οικογένεια του τμήματος	7	1	6	12	11	3
29.	Μπορώ να επικοινωνώ με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές κ.λ.π.)	2	7	8	15	4	4
30.	Οι νοσηλευτικές πολιτικές και διαδικασίες διευκολύνουν την δουλειά μου	4	10	7	15	3	1

31.	Ο χώρος που κάνουν διάλλειμα οι νοσηλευτές/τριες & τα αποδυτήρια των νοσηλευτών/τριων στην εργασία μου είναι άνετα	9	4	6	10	9	2
32.	Έχω πρόσβαση σε προγράμματα ολοκλήρωσης/συνέχισης των νοσηλευτικών μου σπουδών μέσα από το περιβάλλον της εργασίας μου	7	5	9	15	3	1
33.	Έχω υποστήριξη για να παρακολουθήσω προγράμματα ενδουπηρεσιακής & συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	5	9	3	17	3	3
34.	Αναγνωρίζονται τα επιτεύγματά μου από τον/την προϊστάμενο/η μου	4	7	10	12	6	1
35.	Αισθάνομαι ασφαλής από προσωπικές βλάβες (σωματικές, συναισθηματικές ή λεκτικές)	10	8	10	8	2	2
36.	Αισθάνομαι πως η υπηρεσία ασφαλείας του νοσοκομείου παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον	10	5	8	11	2	4
37.	Έχω επαρκές υλικό και εξοπλισμό για τη φροντίδα των ασθενών	8	8	10	6	6	3

Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη (Work World)

38.	Πιστεύω πως η κοινωνία έχει τη σωστή εικόνα για τους νοσηλευτές	1	12	9	5	0	0
-----	---	---	----	---	---	---	---

39.	Ο μισθός μου είναι επαρκής για τη δουλειά μου λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συνθήκες της αγοράς εργασίας	12	10	12	5	1	0
40.	Θα ήθελα να είχα τη δυνατότητα να βρω την ίδια δουλειά σε άλλο νοσοκομείο με τον ίδιο μισθό και πλεονεκτήματα	6	10	13	6	2	3
41.	Αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ασφαλής	13	9	9	5	4	0
42.	Πιστεύω πως η δουλειά μου επηρεάζει τις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους	0	6	3	19	10	2

Πίνακας 4. Απόλυτη συχνότητα απαντήσεων Νοσηλευτών Παιδιατρικών Τμημάτων στη QNWLs (N=79)

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ πολύ	Κυρίως διαφωνώ	Κυρίως συμφωνώ	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ απόλυτα
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή (Work Life / Home Life)							
1.	Μπορώ να ισορροπήσω τις εργασιακές με τις οικογενειακές μου ανάγκες	9	13	32	18	7	0
2.	Μπορώ να έχω υποστήριξη τις ημέρες που το παιδί μου είναι άρρωστο	8	18	3	26	4	0
3.	Μπορώ να έχω υποστήριξη για το παιδί μου όταν είμαι στη δουλειά	9	16	27	20	7	0
4.	Έχω αποθέματα ενεργείας μετά τη δουλειά	16	25	23	14	1	0

5.	Αισθάνομαι πως τα κυλιόμενα ωράρια επηρεάζουν αρνητικά την ζωή μου	6	7	12	10	28	16
6.	Μπορώ να υποστήριξη για τους ηλικιωμένους γονείς μου	13	20	22	17	5	2
7.	Η πολιτική του νοσοκομείου μου για τις οικογενειακές άδειες είναι επαρκής	15	18	24	19	2	1

Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας (Work Design)

8.	Είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου	7	11	32	23	5	1
9.	Ο φόρτος εργασίας μου είναι πολύ μεγάλος	3	5	8	26	23	14
10.	Εκτελώ πολλές μη νοσηλευτικές πράξεις	2	6	11	27	17	16
11.	Υπάρχουν αρκετοί/ές νοσηλευτές/τριες (τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) στον εργασιακό μου χώρο	6	8	31	20	9	5
12.	Έχω αρκετό χρόνο να κάνω τη δουλειά μου καλά	9	20	31	12	5	2
13.	Είμαι ικανός/ή να παρέχω καλή ποιότητα φροντίδας ασθενών	6	18	8	21	16	10
14.	Έχω αυτονομία λήψης αποφάσεων σχετικών με τη φροντίδα των ασθενών	9	9	28	21	9	3
15.	Λαμβάνω ποιοτική βοήθεια από μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό	5	9	28	22	14	1
16.	Δέχομαι πολλές διακοπές κατά την εργασία μου καθημερινά	2	4	21	23	14	15
17.	Λαμβάνω επαρκή βοήθεια από μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό	9	12	14	31	10	3

Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας (Work Context)

18.	Μπορώ να επικοινωνήσω ικανοποιητικά με τον/την προϊστάμενο/η μου	7	9	8	31	17	7
19.	Ο/Η προϊστάμενος/η με επιβλέπει επαρκώς	5	16	18	21	15	4
20.	Μπορώ να συμμετέχω σε αποφάσεις που έλαβε ο/η προϊστάμενος/η μου	6	11	19	26	14	3
21.	Αισθάνομαι ότι η ανώτερη διοίκηση σέβεται τη νοσηλευτική	16	21	17	18	5	1
22.	Αισθάνομαι ότι με σέβονται οι ιατροί του εργασιακού μου περιβάλλοντος	5	8	17	27	17	5
23.	Επικοινωνώ καλά με τους ιατρούς στο εργασιακό μου περιβάλλον	7	8	20	25	13	6
24.	Το περιβάλλον της εργασίας μου παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης καριέρας	16	13	32	12	3	3
25.	Οι φίλιες με τους συναδέλφους μου είναι σημαντικές για εμένα	7	18	22	15	13	4
26.	Λαμβάνω ανατροφοδότηση (feedback) για την επίδοση μου από τον/την προϊστάμενο/η μου	9	14	18	23	14	1
27.	Αισθάνομαι πως υπάρχει ομαδικότητα στο περιβάλλον εργασίας μου	9	13	17	25	15	0
28.	Αισθάνομαι ότι ανήκω στην οικογένεια του τμήματος	9	17	15	31	5	2
29.	Μπορώ να επικοινωνώ με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές κ.λ.π.)	8	9	15	29	14	4

30.	Οι νοσηλευτικές πολιτικές και διαδικασίες διευκολύνουν την δουλειά μου	10	10	23	25	9	2
31.	Ο χώρος που κάνουν διάλλειμα οι νοσηλευτές/τριες & τα αποδυτήρια των νοσηλευτών/τριων στην εργασία μου είναι άνετα	11	20	26	12	8	2
32.	Έχω πρόσβαση σε προγράμματα ολοκλήρωσης/συνέχισης των νοσηλευτικών μου σπουδών μέσα από το περιβάλλον της εργασίας μου	20	13	19	25	0	2
33.	Έχω υποστήριξη για να παρακολουθήσω προγράμματα ενδουπηρεσιακής & συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	16	18	19	20	4	2
34.	Αναγνωρίζονται τα επιτεύγματά μου από τον/την προϊστάμενο/η μου	7	13	23	26	8	2
35.	Αισθάνομαι ασφαλής από προσωπικές βλάβες (σωματικές, συναισθηματικές ή λεκτικές)	14	19	20	15	8	3
36.	Αισθάνομαι πως η υπηρεσία ασφαλείας του νοσοκομείου παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον	15	20	27	8	7	2
37.	Έχω επαρκές υλικό και εξοπλισμό για τη φροντίδα των ασθενών	12	16	23	15	12	1

Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη (Work World)

38.	Πιστεύω πως η κοινωνία έχει τη σωστή εικόνα για τους νοσηλευτές	10	26	24	13	5	1
-----	---	----	----	----	----	---	---

39.	Ο μισθός μου είναι επαρκής για τη δουλειά μου λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συνθήκες της αγοράς εργασίας	24	15	23	16	1	0
40.	Θα ήθελα να είχα τη δυνατότητα να βρω την ίδια δουλειά σε άλλο νοσοκομείο με τον ίδιο μισθό και πλεονεκτήματα	7	20	19	18	8	7
41.	Αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ασφαλής	16	23	29	9	2	0
42.	Πιστεύω πως η δουλειά μου επηρεάζει τις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους	1	6	19	30	16	7

Οι επιμέρους βαθμολογίες των διαστάσεων της Κλίμακας και της συνολικής της βαθμολογίας αποτυπώνονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Περιγραφικά χαρακτηριστικά υποκλιμάκων της QNWLs (N=119)

	Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή	Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας	Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας	Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη	Συνολική βαθμολογία QNWLs
Σύνολο συμμετεχόντων (N=119)					
Mean	22,22	37,10	65,04	14,50	138,87
Median	23,00	38,00	65,00	15,00	138,00
Std. Deviation	5,014	6,169	16,494	3,719	24,198
Minimum	7	21	20	6	76
Maximum	33	53	101	23	197
Ογκολογικοί Νοσηλευτές (N=40)					
Mean	24,13	39,58	67,58	13,80	145,08
Median	24,50	39,50	66,50	13,50	147,50
Std. Deviation	4,648	5,769	18,986	4,115	27,064
Minimum	14	26	36	6	102
Maximum	33	53	101	23	196
Παιδιατρικοί Νοσηλευτές (N=79)					
Mean	21,25	35,85	63,76	14,86	135,72
Median	22,00	37,00	65,00	15,00	136,00
Std. Deviation	4,942	6,017	15,045	3,474	22,132
Minimum	7	21	20	6	76
Maximum	30	53	98	23	197

Στον Πίνακα 6 αποτυπώνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ως Συμφωνία (Κυρίως συμφωνώ – Συμφωνώ απόλυτα) και Διαφωνία (Διαφωνώ απόλυτα- Κυρίως Διαφωνώ).

Πίνακας 6. Σύγκριση απαντήσεων συμμετεχόντων στη QNWLs (N=119) με τις απαντήσεις ως διχοτόμο μεταβλητή.

Συμμετέχοντες		Νοσηλεύτες Ογκολογικά Τμήματα (N=40)		Νοσηλεύτες Παιδιατρικά Τμήματα (N=79)		Σύνολο συμμετεχόντων (N=119)	
Απάντηση		Διαφωνώ	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Συμφωνώ
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή (Work Life / Home Life)							
1.	Μπορώ να ισορροπήσω τις εργασιακές με τις οικογενειακές μου ανάγκες	17	23	54	25	71	48
2.	Μπορώ να έχω υποστήριξη τις ημέρες που το παιδί μου είναι άρρωστο	19	21	49	30	68	51
3.	Μπορώ να έχω υποστήριξη για το παιδί μου όταν είμαι στη δουλειά	22	18	52	27	74	45
4.	Έχω αποθέματα ενεργείας μετά τη δουλειά	31	9	64	15	95	24
5.	Αισθάνομαι πως τα κυλιόμενα ωράρια επηρεάζουν αρνητικά την ζωή μου	8	32	25	54	33	86
6.	Μπορώ να έχω υποστήριξη για τους ηλικιωμένους γονείς μου	22	18	55	24	77	42
7.	Η πολιτική του νοσοκομείου μου για τις οικογενειακές άδειες είναι επαρκής	21	19	57	22	78	41
Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας (Work Design)							
8.	Είμαι ικανοποιημένος/η από την εργασία μου	12	28	50	29	62	57
9.	Ο φόρτος εργασίας μου είναι πολύ μεγάλος	5	35	16	63	21	98

10.	Εκτελώ πολλές μη νοσηλευτικές πράξεις	11	29	19	60	30	89
11.	Υπάρχουν αρκετοί/ές νοσηλευτές/τριες (τριτοβάθμιας εκπαίδευσης) στον εργασιακό μου χώρο	9	31	45	34	54	65
12.	Έχω αρκετό χρόνο να κάνω τη δουλειά μου καλά	22	18	60	19	82	37
13.	Είμαι ικανός/ή να παρέχω καλή ποιότητα φροντίδας ασθενών	9	31	32	47	41	78
14.	Έχω αυτονομία λήψης αποφάσεων σχετικών με τη φροντίδα των ασθενών	20	20	46	33	66	53
15.	Λαμβάνω ποιοτική βοήθεια από μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό	19	21	42	37	61	58
16.	Δέχομαι πολλές διακοπές κατά την εργασία μου καθημερινά	12	28	27	52	39	80
17.	Λαμβάνω επαρκή βοήθεια από μη εξουσιοδοτημένο βοηθητικό προσωπικό	15	25	35	44	50	69

Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας (Work Context)

18.	Μπορώ να επικοινωνήσω ικανοποιητικά με τον/την προϊστάμενο/η μου	11	29	24	55	35	84
19.	Ο/Η προϊστάμενος/η με επιβλέπει επαρκώς	21	19	39	40	60	59
20.	Μπορώ να συμμετέχω σε αποφάσεις που έλαβε ο/η προϊστάμενος/η μου	20	20	36	43	56	63

21.	Αισθάνομαι ότι η ανώτερη διοίκηση σέβεται τη νοσηλευτική	22	18	54	25	76	43
22.	Αισθάνομαι ότι με σέβονται οι ιατροί του εργασιακού μου περιβάλλοντος	14	26	30	49	44	75
23.	Επικοινωνώ καλά με τους ιατρούς στο εργασιακό μου περιβάλλον	11	29	35	44	46	73
24.	Το περιβάλλον της εργασίας μου παρέχει ευκαιρίες ανάπτυξης καριέρας	23	17	61	18	84	35
25.	Οι φίλιες με τους συναδέλφους μου είναι σημαντικές για εμένα	13	27	47	32	60	59
26.	Λαμβάνω ανατροφοδότηση (feedback) για την επίδοσή μου από τον/την προϊστάμενο/η μου	22	18	41	38	63	56
27.	Αισθάνομαι πως υπάρχει ομαδικότητα στο περιβάλλον εργασίας μου	15	25	39	40	54	65
28.	Αισθάνομαι ότι ανήκω στην οικογένεια του τμήματος	14	26	41	38	55	64
29.	Μπορώ να επικοινωνώ με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (φυσιοθεραπευτές κ.λ.π.)	17	23	32	47	49	70
30.	Οι νοσηλευτικές πολιτικές και διαδικασίες διευκολύνουν την δουλειά μου	21	19	43	36	64	55

31.	Ο χώρος που κάνουν διάλλειμα οι νοσηλευτές/τριες & τα αποδυτήρια των νοσηλευτών/τριων στην εργασία μου είναι άνετα	19	21	57	22	76	43
32.	Έχω πρόσβαση σε προγράμματα ολοκλήρωσης/συνέχισης των νοσηλευτικών μου σπουδών μέσα από το περιβάλλον της εργασίας μου	21	19	52	27	73	46
33.	Έχω υποστήριξη για να παρακολουθήσω προγράμματα ενδουπηρεσιακής & συνεχιζόμενης εκπαίδευσης	17	23	53	26	70	49
34.	Αναγνωρίζονται τα επιτεύγματά μου από τον/την προϊστάμενο/η μου	21	19	43	36	64	55
35.	Αισθάνομαι ασφαλής από προσωπικές βλάβες (σωματικές, συναισθηματικές ή λεκτικές)	28	12	53	26	81	38
36.	Αισθάνομαι πως η υπηρεσία ασφαλείας του νοσοκομείου παρέχει ένα ασφαλές περιβάλλον	23	17	62	17	85	34
37.	Έχω επαρκές υλικό και εξοπλισμό για τη φροντίδα των ασθενών	26	14	51	28	77	42

Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη (Work World)

38.	Πιστεύω πως η κοινωνία έχει τη σωστή εικόνα για τους νοσηλευτές	35	5	60	19	95	24
39.	Ο μισθός μου είναι επαρκής για τη δουλειά μου λαμβάνοντας υπόψη τις τρέχουσες συνθήκες της αγοράς εργασίας	34	6	62	17	96	23
40.	Θα ήθελα να είχα τη δυνατότητα να βρω την ίδια δουλειά σε άλλο νοσοκομείο με τον ίδιο μισθό και πλεονεκτήματα	29	11	46	33	75	44
41.	Αισθάνομαι πως η δουλειά μου είναι ασφαλής	31	9	68	11	99	20
42.	Πιστεύω πως η δουλειά μου επηρεάζει τις ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους	9	31	26	53	35	84

Γ) Επαγωγικά δεδομένα

Αρχικά διερευνήθηκε εάν οι νοσηλευτές εμφανίζουν διαφορετικές βαθμολογίες στην Κλίμακα QNWL ανάλογα με το τμήμα το οποίο εργάζονται. Βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε παιδιατρικά ογκολογικά τμήματα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις διαστάσεις «Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή» ($p=0,003$) και «Σχεδιασμός Εργασίας» ($p=0,002$) καθώς και στη συνολική βαθμολογία της κλίμακας, στις οποίες εμφάνισαν αυξημένη βαθμολογία έναντι των μη ογκολογικών παιδιατρικών νοσηλευτών. Στις υπόλοιπες δύο

διαστάσεις της κλίμακας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ογκολογικών και μη ογκολογικών παιδιατρικών νοσηλευτών. Αναλυτικά δείτε τους Πίνακες 7 & 8.

Πίνακας 7. Μέσες τιμές βαθμολογίας της QNWLs ανά διάσταση και συνολικά με βάση το τμήμα εργασίας των συμμετεχόντων (N=119)

Διαστάσεις	Τμήμα εργασίας	N	Mean (SD)	Std. Error Mean
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή	Ογκολογικό	40	24,13 (4,648)	0,735
	Παιδιατρικό	79	21,25 (4,942)	0,556
Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας	Ογκολογικό	40	39,58 (5,769)	0,912
	Παιδιατρικό	79	35,85 (6,017)	0,677
Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας	Ογκολογικό	40	67,58 (18,986)	3,002
	Παιδιατρικό	79	63,76 (15,045)	1,693
Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη	Ογκολογικό	40	13,80 (4,115)	0,651
	Παιδιατρικό	79	14,86 (3,474)	0,391
Συνολική βαθμολογία QNWLs	Ογκολογικό	40	145,08 (27,064)	4,279
	Παιδιατρικό	79	135,72 (22,132)	2,490

Πίνακας 8. Ανεξάρτητα t-test στις επιμέρους βαθμολογίες της QNWLs μεταξύ παιδιατρικών ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών (N=119)

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
						95% Confidence Interval of the Difference				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	Lower	Upper
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή	EVA	0,178	0,674	3,054	117	0,003	2,872	0,940	1,010	4,734
	EVnA			3,117	82,859	0,003	2,872	0,921	1,039	4,705
Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας	EVA	0,017	0,897	3,236	117	0,002	3,727	1,152	1,446	6,008
	EVnA			3,281	81,449	0,002	3,727	1,136	1,467	5,987
Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας	EVA	6,885	0,010	1,194	117	0,235	3,816	3,195	-2,512	10,143
	EVnA			1,107	64,485	0,272	3,816	3,446	-3,068	10,699
Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη	EVA	0,936	0,335	-1,477	117	0,142	-1,061	0,718	-2,483	0,361
	EVnA			-1,398	67,815	0,167	-1,061	0,759	-2,575	0,454
Συνολική βαθμολογία QNWLs	EVA	4,063	0,046	2,018	117	0,046	9,353	4,636	0,172	18,535
	EVnA			1,889	66,092	0,063	9,353	4,951	-0,531	19,238

**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), *, Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed), EVA: Equal variances assumed, EVnA: Equal variances not assumed

Το φύλο δεν βρέθηκε να σχετίζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη βαθμολογία των επιμέρους διαστάσεων και τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Αντίστοιχα ούτε το νοσοκομείο προέλευσης δεν συσχετίστηκε με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των επιμέρους βαθμολογιών των διαστάσεων της κλίμακας και της συνολικής της βαθμολογίας. Κατά αναλογία ούτε η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρά την τάση των νεότερων νοσηλευτών να δηλώνουν χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα QNWL.

Η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να επηρεάζει τη βαθμολογία της κλίμακας με εξαίρεση τη Διάσταση 2 (Σχεδιασμός εργασίας), στην οποία οι παντρεμένοι ή όσοι ήταν σε συμβίωση εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άγαμους νοσηλευτές ($p=0,013$) καθώς και αυτοί που ο σύντροφος τους εργαζόταν ($p=0,018$). Αντίθετα, ο αριθμός των παιδιών φαίνεται να σχετίζεται με υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις, με τους συμμετέχοντες που είχαν δύο ή περισσότερα παιδιά να εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της Διάστασης 2 (Σχεδιασμός εργασίας) ($p=0,011$), της Διάστασης 3 (Πλαίσιο εργασίας) ($p=0,013$) και στη συνολική βαθμολογία ($p=0,011$).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών δεν βρέθηκε να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία της Κλίμακας QNWL. Ανάλογα, η σχέση εργασίας δεν σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τη βαθμολογία της κλίμακας QNWL με εξαίρεση τη βαθμολογία της Διάστασης 2 (Σχεδιασμός εργασίας), με τους νοσηλευτές με μόνιμη θέση εργασίας να δηλώνουν υψηλότερη βαθμολογία ($t=2,396$, $df=117$, $p=0,018$) καθώς και τους νοσηλευτές με >20 έτη προϋπηρεσία σε σύγκριση με τους νοσηλευτές με μικρότερη προϋπηρεσία ($t=2.898$, $df=117$, $p=0,004$). Αναλυτικά η βαθμολογία των υποκλιμάκων και των διαστάσεων της Κλίμακας QNWL ανά κατηγορία σύμβασης εργασίας, αποτυπώνονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9. Ανεξάρτητα t-test στις επιμέρους βαθμολογίες της QNWLs μεταξύ παιδιατρικών ογκολογικών και μη ογκολογικών νοσηλευτών (N=119)

		Levene's Test for		t-test for Equality of Means						
		Equality of								
		Variances								
								95% Confidence		
								Interval of the		
								Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Diff.	Lower	Upper
Διάσταση 1: Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή	EVA	0,002	0,969	-0,078	117	0,938	-0,076	0,971	-2,000	1,848
	EVnA			-0,076	74,267	0,940	-0,076	1,004	-2,076	1,924
Διάσταση 2: Σχεδιασμός εργασίας	EVA	0,575	0,450	2,396	117	0,018	2,796	1,167	0,485	5,107
	EVnA			2,337	75,983	0,022	2,796	1,196	0,413	5,178
Διάσταση 3: Πλαίσιο εργασίας	EVA	0,205	0,652	-0,085	117	0,933	-0,271	3,195	-6,599	6,057
	EVnA			-0,084	79,840	0,933	-0,271	3,218	-6,674	6,133
Διάσταση 4: Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη	EVA	0,110	00,740	-0,742	117	0,460	-0,533	0,719	-1,956	0,890
	EVnA			-0,776	92,220	0,440	-0,533	0,687	-1,898	0,832
Συνολική βαθμολογία QNWLs	EVA	0,492	0,484	0,409	117	0,683	1,916	4,684	-7,361	11,193
	EVnA			0,399	76,076	0,691	1,916	4,800	-7,644	11,476

EVA: Equal variances assumed, EVnA: Equal variances not assumed

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση

Οι βαθμολογίες της QOWL των συνολικών νοσηλευτών (παιδιατρικοί και παιδιατρικοί ογκολογικοί νοσηλευτές) ήταν μέτριες στη μελέτη μας. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η συνολική μέση βαθμολογία της QoL των παιδιατρικών νοσηλευτών ήταν μέτρια προς χαμηλή.^{97,103-105} Η πτωχή QoL μπορεί να ακολουθείται από αρνητικές συνέπειες, όπως η μελέτη των Kaddourah et al. έδειξε, το 94% των νοσηλευτών, δεν ήταν ικανοποιημένοι με την QoL τους και αποφάσισαν να αλλάξουν τον παρόντα χώρο εργασίας τους.¹⁰⁶ Πρόσφατη μελέτη που χρησιμοποίησε την QNWLs έδειξε ότι η QoL των νοσηλευτών ήταν υψηλότερη από τη μέση τιμή και μετρίως σημαντική για νοσηλευτές που εργάζονταν σε εξειδικευμένες μονάδες και πολύ σημαντική για την υποκλίμακα «πλαίσιο εργασίας».¹⁰⁷ Φάνηκε ότι η QOWL όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές στο Μπαγκλαντές ήταν σε μέτριο επίπεδο. Το μηνιαίο εισόδημα βρέθηκε ως ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας ακολουθούμενο από το εργασιακό περιβάλλον, την οργανωτική δέσμευση και το εργασιακό άγχος.¹⁰⁵ Η υψηλότερη μέση βαθμολογία παρατηρήθηκε για τη Διάσταση «Πλαίσιο Εργασίας» και η χαμηλότερη παρατηρήθηκε για τη Διάσταση «Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή». Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζονται από τα ευρήματά μας.

Η QNWL δεν φάνηκε από τα αποτελέσματά μας να σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παιδιατρικών και των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών. Αυτό το εύρημα υποστηρίζεται και από άλλη μελέτη.¹⁰⁸ Παράλληλα, άλλη μελέτη έδειξε ότι το φύλο είχε μια σημαντική σχέση με την QoL και η συνολική μέση βαθμολογία της QoL ήταν υψηλότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες.¹⁰⁹ Αυτό το εύρημα μπορεί να εξηγηθεί από τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης που έδειξε ότι οι νοσηλευτές παραπονούνται για μέτρια έως υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ

των νοσηλευτών συνδέονται αρνητικά με χαμηλά επίπεδα QoL. Επομένως, η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών πρέπει να ελέγχεται επειδή μπορεί να επηρεάσει την QoL τους και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.^{110,111} Η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να επηρεάζει τη βαθμολογία QNWLs με εξαίρεση τη Διάσταση «Σχεδιασμός Εργασίας», στην οποία οι έγγαμοι νοσηλευτές έδειξαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τους άγαμους και εκείνους των οποίων ο/η σύντροφος εργαζόταν. Οι Alharbi et al., σημείωσαν ότι οι παντρεμένοι ερωτηθέντες είχαν μέτρια βαθμολογία στη Διάσταση «Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή».¹⁰⁷ Επίσης, αποκάλυψαν σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες της QNWLs και της Διάστασης «Κοινωνική επίδραση στη νοσηλευτική πράξη» για την ηλικιακή ομάδα 47 ετών και άνω και μεταξύ των βαθμολογιών κλινικής εμπειρίας στην QNWLs και στη Διάσταση «Επαγγελματική / Οικογενειακή Ζωή» για νοσηλευτές με κλινική εμπειρία περισσότερα από 10 χρόνια. Διαπιστώθηκε ότι η ηλικία προέβλεπε σημαντικά τη QNWL, όπως και η εκ περιτροπής εργασία.¹⁰⁷ Προηγούμενη μελέτη υποστήριξε ότι η αύξηση της βαθμολογίας της αντιλαμβανόμενης γενικής QoL ήταν σύμφωνη με την αύξηση στην ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το οικονομικό επίπεδο και τη διάρκεια της επαγγελματικής ζωής. Οι διαφορές μεταξύ των μέσων βαθμολογιών των υποομάδων των παραπάνω μεταβλητών ήταν στατιστικά σημαντικές.¹¹² Από την άλλη πλευρά, η μελέτη μας κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές με περισσότερα από 20 χρόνια υπηρεσίας ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία στη QNWL σε σύγκριση με νοσηλευτές με λιγότερη εμπειρία.

Η έλλειψη προσωπικού χρόνου για ξεκούραση και άλλες δραστηριότητες αναφέρεται από τους περισσότερους νοσηλευτές στη μελέτη. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη δουλειά παρά στην προσωπική τους ζωή.¹¹³ Επειδή η νοσηλευτική είναι ένα δύσκολο, κουραστικό και εξουθενωτικό επάγγελμα που περιλαμβάνει την

κυκλική εργασία, χρειάζονται χρόνο ξεκούρασης για να ανανεωθούν ψυχικά και σωματικά. Οι νοσηλευτές που εργάζονται υπερωρίες δεν μπορούν να βρουν χρόνο για αυτό και το συναίσθημα της εξουθένωσης αυξάνεται.^{114,115} Ταυτόχρονα, μια μελέτη έδειξε ότι η μεγαλύτερη διοικητική υποστήριξη συνδέθηκε με τη διάθεση «αρκετού χρόνου για την οικογένεια». Η μεγαλύτερη διοικητική υποστήριξη ήταν υπεύθυνη για το 26,4% της χρονικής διακύμανσης για την οικογένεια.¹¹⁶ Άλλα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της συνολικής QoL των νοσηλευτών και των υπερωριών.¹¹⁷

Τόσο τα περιγραφικά όσο και τα επαγωγικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παιδιατρικοί ογκολογικοί νοσηλευτές αναφέρουν καλύτερη QOWL από τους παιδιατρικούς νοσηλευτές. Άλλη μελέτη έδειξε ότι υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της QOWL και της νοσηλευτικού τμήματος που μελετήθηκε, με τα χαμηλότερα επίπεδα QOWL στο χειρουργικό τμήμα και τα υψηλότερα επίπεδα QOWL στον παιδιατρικό θάλαμο.¹¹⁷ Σε σχέση με τους νοσηλευτές, βρέθηκαν υψηλότερες βαθμολογίες QoL στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (NICU) σε σύγκριση με νοσηλευτές στην παιδιατρική ΜΕΘ (PICU), στους ακόλουθους τομείς: σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον και πνευματικότητα / θρησκεία / προσωπικές πεποιθήσεις. Μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της QoL και του περιβάλλοντος βρέθηκε όταν συγκρίθηκαν γιατροί και νοσηλευτές που εργάζονται στη PICU.¹¹⁸

Σε μελέτες που εκτίμησαν την πρόθεση να εγκαταλείψουν την εργασία 720 νοσηλευτές στο Ιράν και 1,283 νοσηλευτές στην Ταϊβάν, προσδιορίστηκε με τον ίδιο τρόπο μια σημαντικά αρνητική σχέση μεταξύ της QOWL και της πρόθεσής τους για αποχώρηση από την εργασία.¹¹⁹ Άλλη μελέτη υποστήριξε ότι το 83,2% των νοσηλευτών δήλωσαν ότι σκέφτηκαν έντονα να εγκαταλείψουν την εργασία. Συνολικά, το 39,9% (N = 101) των νοσηλευτριών και το 53,3% των νοσηλευτών σκέφτηκαν να εγκαταλείψουν την εργασία το τελευταίο έτος (40,7% από αυτούς ήταν

παιδιατρικοί νοσηλευτές).¹²⁰ Άλλοι ερευνητές σημείωσαν ότι οι νοσηλευτές ήταν δυσαρεστημένοι με την επαγγελματική τους ζωή, με σχεδόν το 40% να δείχνει πρόθεση να εγκαταλείψει την εργασία.¹¹³ Φαίνεται ότι η QOWL μπορεί να είναι ένας παράγοντας για τους νοσηλευτές να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Διαπιστώθηκε ότι όταν τα επίπεδα QoL των νοσηλευτών ήταν χαμηλότερα, περισσότεροι από το 52,5% των νοσηλευτών επέλεξαν να εγκαταλείψουν την εργασία τους.¹⁰²

Ενδιαφέρον είναι το εύρημα μιας άλλης μελέτης ότι υπήρχε σημαντική σχέση μεταξύ της ικανότητας και της εργασίας με την QOWL, δηλαδή οι νοσηλευτές με υψηλότερη εργασιακή ικανότητα έχουν επίσης υψηλότερη QOWL.¹²¹

Έχει υποστηριχθεί από άλλους ότι η QOWL έχει θετική επίδραση στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι για κάθε αύξηση της QOWL των νοσηλευτών υπάρχει και αντίστοιχη αύξηση στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές που επιτυγχάνουν υψηλή QoL είναι εκείνοι που αντιλαμβάνονται ότι το εργασιακό τους περιβάλλον παρέχει ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης και επαρκή επίβλεψη και αναγνώριση από τον προϊστάμενο των επιτευγμάτων τους. Επιπλέον, είναι εκείνοι που αντιλαμβάνονται ότι μπορούν να επικοινωνούν καλά με τον προϊστάμενό τους και άλλους επαγγελματίες υγείας, να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και γενικά οι νοσηλευτές που είναι ευχαριστημένοι με την QOWL τους θα μπορούν να εξισορροπούν τις εργασιακές ανάγκες με τις οικογενειακές ανάγκες.¹²²

Εκτός από τη διαχείριση και την επιτήρηση που είναι οι οργανωτικοί παράγοντες της QOWL, οι συνάδελφοι, η επαγγελματική ικανοποίηση, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη αυτοδιάθεσης, η ανάληψη καθηκόντων άλλων συναδέλφων, η πτωχή εργασιακή στελέχωση, ο περιορισμένος

χρόνος για τη φροντίδα των ασθενών, οι περιορισμένες επαγγελματικές ευκαιρίες και το εργασιακό περιβάλλον, έχουν αποκαλύφθηκε ότι είναι οι πιο σημαντικές μεταβλητές.⁹⁷

Διάφορες μελέτες έχουν εξηγήσει τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της εργασίας.

Επιπλέον, διάφορες μελέτες έχουν εκθέσει τους παράγοντες που καθορίζουν την QOWL.^{123,124}

Μεταξύ αυτών, οι Kelbiso et al. αναφέρθηκαν στο επίπεδο εκπαίδευσης, το μηνιαίο εισόδημα, το τμήμα εργασίας και το εργασιακό περιβάλλον ως παράγοντες που καθορίζουν την QOWL των νοσηλευτών.¹²³

Περιορισμοί

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας σε περιορισμένο χρονικό διάστημα για όλους τους νοσηλευτές που συναίνεσαν και πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Επίσης, νοσοκομεία από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις για τη QNWL. Η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, η οποία πιθανώς επηρέασε τα αποτελέσματα της μελέτης.

Κεφάλαιο 6. Συμπεράσματα

Η βαθμολογία της QNWL του συνόλου των νοσηλευτών ήταν μέτρια αλλά αποδεκτή στη μελέτη μας και οι παιδιατρικοί ογκολογικοί νοσηλευτές είχαν καλύτερη QOWL από τους παιδιατρικούς νοσηλευτές. Η QOWL είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την επαγγελματική απόδοση των νοσηλευτών και την οικογενειακή τους ζωή με αποτέλεσμα να επιδρά στην ποιότητας φροντίδας των ασθενών και στη φτωχότερη QoL των οικογενειών τους. Η βελτίωση της QOWL των νοσηλευτών θα πρέπει να επικεντρωθεί στη διαχείριση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Από αυτή την άποψη, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη προσοχή στην QNWL των νοσηλευτών. Ως εκ τούτου, τα ευρήματα αυτής της μελέτης μπορεί να είναι χρήσιμα για τον προσδιορισμό του επιπέδου ικανοποίησης των νοσηλευτών από την QNWL. Επιπλέον, αυτά τα αποτελέσματα ενδέχεται να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση των ερευνητών για τη διεξαγωγή περαιτέρω επεμβατικών ερευνητικών μελετών σχετικά με την QNWL των παιδιατρικών ογκολογικών νοσηλευτών στην Ελλάδα.

Abstract

Exploring the quality of life of pediatric oncology nurses

Dyrmishi Silvia

Background: Nursing is one of the most stressful professions that affect nurses' quality of work life negatively.

Aim: The aim of this study is to investigate the Quality of Nursing Work Life of pediatric oncology nurses in Greece.

Methodology: This is a cross-sectional comparative study. We assessed quality of work life of pediatric oncology and pediatric nurses of the two major pediatric public hospitals in Greece with the use of Quality of Nursing Work Life Questionnaire. Data analysis was performed using Statistical Package SPSS version 23.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL). The significance level was set at 0.05.

Results: The study participated 119 nurses (79 pediatric oncology nurses and 40 pediatric nurses). The quality of work life of total nurses was moderate in our study (138.87 ± 24.198). Pediatric oncology nurses showed statistically significant differences in subscale “Work Life / Home Life” ($p = 0.003$) and “Work Design” ($p = 0.002$) as well as in the overall QNWL scale score, in which they showed an increase score ($145.08 \pm 27,064$) against non-oncological pediatric nurses (135.72 ± 22.132).

Conclusions: The quality of work life is a factor that affects the professional performance of nurses and their family life resulting in both the provision of poorer quality services to patients and the poorer quality of life of their families. Improving nurses' quality of work life should focus on the management of factors that affect it.

Βιβλιογραφία

1. Bhakta N, Liu Q, Ness KK, Baassiri M, Eissa H, Yeo F, ... & Robison LL. (2017). The cumulative burden of surviving childhood cancer: an initial report from the St Jude Lifetime Cohort Study (SJLIFE). *The Lancet*, 390(10112), 2569-2582.
2. Rajapakse D. (2009) Symptom management during chemotherapy. *Pediatrics and Child Health*, 20(3), 129-133.
3. Hewitt M, Weiner SL, Simone JV. (2003). *Childhood Cancer Survivorship: Improving Care and Quality of Life*. National Research Council. The National Academies Press, Washington, USA.
4. Landier W, Skinner R, Wallace WH, Hjorth L, Mulder RL, Wong FL, ... & Hudson MM. (2018). Surveillance for late effects in childhood cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 36(21), 2216.
5. Schulte F, Forbes C, Wurz A, Patton M, Russell KB, Pluijm S, Krull KR. (2020). Childhood cancer survivorship: daily challenges. *Pediatric Clinics*, 67(6), 1083-1101.
6. Beretta S, Polastri D, Clerici CA, Casanova M, Cefalo G, Ferrari A, Luksch R, Massimino M, Meazza C, Podda MG, Spreafico F, Terenziani M, Bellani FF. (2010) End of life in children with cancer: experience at the pediatric oncology department of the istituto nazionale tumori in Milan. *Pediatr Blood Cancer*, 54(1), 88-91.
7. Heath JA, Clarke NE, Donath SM, McCarthy M, Anderson VA, ... & Wolfe J. (2010). Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer: an Australian perspective. *Medical Journal of Australia*, 192: 71-75.
8. Iliopoulou KK, While AE. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *J Adv Nurs*, 66, 2520–2531.

9. Hasselhorm HM, Muller BH, Tackenberg P, Buescher A. (2005). Psychological and physical health among nurses in Europe. NEXT scientific report. University of Wuppertal and University of Witten, Germany, 35–37.
10. Shao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. (2010). Sleep quality and quality of life in female shift- working nurses. *J Adv Nurs*, 66, 1565–1572.
11. Bryant R. (2003). Managing side effects of childhood cancer treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(2), 113–125.
12. Konukbay D, Yildiz D, Suluhan D, Dilek K. (2019). Effects of working at the pediatric oncology unit on personal and professional lives of nurses. *Int J Caring Sci [Internet]*, 12(2), 959-65.
13. Sinclair S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals, *CMAJ*, 183(2):180-187.
14. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, Olsen S. (2010). Compassion Fatigue and Burnout. *Clinical journal of oncology nursing*, 14(5).
15. Alavi N. (2014). Occupational Hazards in Nursing. *Nursing and midwifery studies*, 3, e22357.
16. Reimann M, Guzy J. (2017). Psychological contract breach and employee health: The relevance of unmet obligations for mental and physical health. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 33(1), 1–11.
17. Hasson D, Gustavsson P. (2010). Declining sleep quality among nurses: a population-based four-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life. *PLoS One*, 5(12), e14265.

18. Canadian Nurses Association. (2015). Framework for the practice of registered nurses in Canada.
19. Taylor A, Lillis C, Lemone P. (2006). Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής: Η επιστήμη και τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Πασχαλίδης, Αθήνα.
20. Βλαχιώτη Ε, Μάτζιου Β. (2007). Ο Παιδιατρικός Νοσηλευτής Διεθνής και Ελληνική Πραγματικότητα. Ανάκτηση 6/9/2021 από <https://eclass.uoa.gr/>
21. ACTION Study Group. (2015). Financial catastrophe, treatment discontinuation and death associated with surgically operable cancer in South-East Asia: results from the ACTION study. *Surgery*, 157, 971–82.
22. Ghatak N, Trehan A, Bansal D. (2016). Financial burden of therapy in families with a child with acute lymphoblastic leukemia: report from north India. *Support Care Cancer*, 24, 103–108.
23. Sneha LM, Sai J, Ashwini S, Ramaswamy S, Rajan M, Scott JX. (2017). Financial burden faced by families due to out-of-pocket expenses during the treatment of their cancer children: an Indian perspective. *Indian J Med Paediatr Oncol*, 38, 4–9.
24. Keitner Gabor I. Family Assessment in the Medical Setting. Στο Fava GA, Sonino N, Wise TN. (2012). *The Psychosomatic Assessment. Strategies to Improve Clinical Practice. Adv Psychosom Med. Basel, Karger*, 32, 203–222.
25. Lichtenthal WG, Kissane DW. (2008). The management of family conflict in palliative care. *Progress in Palliative Care*, 16(1), 39-45.
26. Davies D, Mack C. (2015). When parents say “more” and health care professionals say “enough”. *Paediatrics & Child Health*, 20(3), 135-138.

27. Larcher V, Craig F, Bhogal K, Wilkinson D, Brierley J. (2015). Making decisions to limit treatment in life-limiting and life-threatening conditions in children: a framework for practice. *Archives of disease in childhood*, 100(Suppl 2), s1-s23.
28. World Health Organization. (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities.
29. Ghazali R, Abbas MY, Jalalkamali N. (2013). Healing environment in paediatric wards: from research to practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 105, 229-238.
30. Shapiro MC, Henderson CM, Hutton N, Boss RD. (2014). Defining pediatric chronic critical illness for clinical care, research, and policy. *Hosp Pediatr*, 7(4), 236–44.
31. World Health Organization (2012), WHO Guidelines on persisting pain in children, Geneva.
32. Fishel AK., Rubin DH, Chapter 13 - Family Therapy. In: Theodore A. Stern, Jerrold F. Rosenbaum, Maurizio Fava, Joseph Biederman, Scott L. Rauch, (edit.), *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*, Mosby, 2008, 161-172.
33. Association of Pediatric Oncology Nurses. (2002). Scope and standards of pediatric oncology practice. Washington, DC: American Nurses Association.
34. Cheng X, Wei S, Zhang H, Xue S, Wang W, Zhang K. (2018). Nurse-led interventions on quality of life for patients with cancer. *Medicine*, 97(34), e12037.
35. Peplau HE. (1988). The art and science of nursing: Similarities, differences, and relations. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 8-15.
36. Nelms TP. (1996). Living a caring presence in nursing: A Heideggerian hermeneutical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 368-374.

37. Fredriksson L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: A research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.
38. Pederson C. (1993). Presence as a nursing intervention with hospitalized children. *Maternal-Child Journal*, 3, 75-81.
39. Kyle T. (2008). *Essentials of Pediatric Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
40. Watson J. (1981). Nursing's scientific quest. *Nursing Outlook*, 29(7), 413-416.
41. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 8(1), 26.
42. LeVasseur JJ. (1999). Toward an understanding of art in nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 21(4), 48-63.
43. Mc Call WV. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
44. Schalock R. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203-216.
45. Renwick R, Brown I. (1996). Quality of life indicators and health: current status and emerging conceptions, *Soc. Indicators Res*, 39(1), 65–88.
46. Iconomou G. (2003). Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials. *Forum of Clinical Oncology*, 2(3/4), 248-257.
47. Nejat SAHARNAZ, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KAZEM, Majdzadeh SR. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*, 4(4), 1-12.

48. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. (2011). Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well. *Int J Cardiol*, 149(2), 4–9.
49. World Health Organization. (2004). The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.02). World Health Organization.
50. Karanikola MN, Papathanassoglou EE. (2013). Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Arch Psychiat Nurs*, 27(6), 319-326.
51. Kowalski C, Ommen O, Driller E, Ernstmann N, Wirtz MA, Köhler T, Pfaff H. (2010). Burnout in nurses—the relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion. *Journal of Clinical nursing*, 19(11-12), 1654-1663.
52. Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (2004). The future of burnout. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (edit.) *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis.
53. Maslach C, Jackson S. (2008). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2, 99-113.
54. Boyas J, Wind LH, Kang SY. (2012). Exploring the relationship between employment-based social capital, job stress, burnout, and intent to leave among child protection workers: An age-based path analysis model. *Children & Youth Servi Rev*, 34(1), 50-62.
55. Sosin M, Pulcrano ME, Shara N, Evans SR. (2014). Quality of life and burnout rates across surgical specialties: a systematic review and meta-analysis of the current literature. *J Ame College Surgeons*, 219(4), 141-149.
56. Aruldoss A, Kowalski KB, Parayitam S. (2020). The relationship between quality of work life and work-life-balance mediating role of job stress, job satisfaction and job

- commitment: evidence from India. *Journal of Advances in Management Research*, 18(1), 36-62.
57. Charyton C, Elliott JO, Lu B, Moore JL. (2009). The impact of social support on health related quality of life in persons with epilepsy. *Epilep Behav*, 16(4), 640-645.
58. Ko MC. (2021). An Examination of the Links Between Organizational Social Capital and Employee Well-Being: Focusing on the Mediating Role of Quality of Work Life. *Review of Public Personnel Administration*, 41(1), 1-31.
59. Allameh SM, Hosseini SH, Mahabadi MN, Samadi A. (2018). The effect of psychological capital on quality of life, given the mediating role of social capital and quality of work life. *International Journal of Business Innovation and Research*, 17(2), 210-225.
60. Hatamipour K, Hoveida F, Rahimaghaee F, Babaeiamiri N, Ashoori J. (2017). The nurses' quality of life based on burnout, perceived social support and psychological hardiness. *Journal of research development in nursing and midwifery*, 14(1), 22-28.
61. WHO (2021) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 05/2021). Ανάκτηση Σεπτέμβριος 2021 από <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
62. Κοϊνης Α, Σαρίδη Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 13(4), 300-315.
63. Epstein RM, Privitera MR. (2016). Doing something about physician burnout. *Lancet*, 388(10057), 2216–7.

64. Schonfeld IS, Verkuilen J, Bianchi R. (2017). Confirmatory factor analysis of burnout and depressive symptoms. In: 12th International Conference on Occupational Stress and Health, June 7–10, Minneapolis, 2017.
65. Barlem JGT, Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, da Silveira RS, Bordignon SS. (2014). Characteristic signs and symptoms of the burnout syndrome experienced by undergraduate nursing students. *J. Nurs. Socioe Health*, 1(1), 79-86.
66. Bianchi R, Schonfeld I, Laurent E. (2018). Burnout Syndrome and Depression. In: Yong-Ku Kim (edit), *Understanding depression: Volume 2. Clinical manifestations, diagnosis and treatment*, Springer Nature Singapore, 187-202.
67. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, Gonza'lez AD, Gabani FL, Andrade SMd. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoS One*, 12(10), e018578.
68. Grochowska A, Kubik B, Romanowska U, Lebica M. (2018). Burnout among nurses. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 34(3), 189-195.
69. Karadag Arli S., Bakan AB, Erisik E. (2017). An investigation of the relationship between nurses' views on spirituality and spiritual care and their level of burnout. *Journal of Holistic Nursing*, 35(3), 214-220.
70. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18(1), 1-17.
71. Schaffran P, Kleinert J, Altfeld S, Zepp C, Kallus KW, Kellmann M. (2019). Early Risk Detection of Burnout: Development of the Burnout Prevention Questionnaire for Coaches. *Front Psychol*, 10, 1-17.

72. Cooper CL, Marshall J. (2013). Occupational Sources of Stress: A Review of the Literature Relating to Coronary Heart Disease and Mental Ill Health. In: Cooper CL. (edit.) From Stress to Wellbeing. Vol. 1. Palgrave Macmillan, London.
73. Edward KL, Ousey K, Warelow P, Lui S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*, 23(12), 653-659.
74. Bagheri Hosseinabadi M, Ebrahimi MH, Khanjani N, Biganeh J, Mohammadi S, Abdolahfard M. (2019). The effects of amplitude and stability of circadian rhythm and occupational stress on burnout syndrome and job dissatisfaction among irregular shift working nurses. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1868-1878.
75. Dall'Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken LH. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ open*, 5(9), e008331.
76. Shamian J. (2014). The role of nursing in health care. *Revistabrasileira de enfermagem*, 67, 867-8.
77. Μουστάκα Ε, Ζάντζος Ι, Κωνσταντινίδης ΘΚ. (2010). Εκφάνσεις του εργασιακού άγχους στην ψυχική και τη σωματική υγεία (έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό). Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη.
78. Guo J, Chen J, Fu J, Ge X, Chen M, Liu Y. (2016). Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China. *Applied Nursing Research*, 31, 41–45.
79. 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), 1-9.

80. Moustaka L, Constantinidis T. (2010). Sources and effects of Work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4, 210-216.
81. Γώγος ΧΒ, Πετσετάκη Ε. (2011). Διερεύνηση της επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο του νοσοκομείου. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Νάουσας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(4), 15-39.
82. Πουζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ, Καιτελίδου Δ. (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο, *Νοσηλευτική*, 46, 537-544.
83. Μπόρου Α, Βόσνιακ Γ, Υφαντής Α, Τηνιακού Ι, Μαχαιράς Ν, Τσικλιτάρα Α, Παπαδημητρίου Β, Σαπουντζή-Κρέπια Δ, Μουζάς Ο. (2010). Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας- Η ειδική περίπτωση των νοσηλευτών, *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 6(1), 38-46.
84. Koinis A, Giannou V, Drantaki V, Angelaina S, Stratou E, Saridi M. (2015). The impact of healthcare workers job environment on their mental-emotional health. Coping strategies: the case of a local general hospital. *Health psychology research*, 3(1), 12-17.
85. Cordioli DFC, Cordioli Jr JR, Gazzeta CE, Silva AG, Lourenção LG. (2019). Occupational stress and engagement in primary health care workers *Rev Bras Enferm*, 72(6), 1580-7.
86. Shazia T, Ghazala Noor N, Syed Mukhtar A, Muhammad A, Hina R, et al. (2021). Work Related Stress Among Health Care Professionals in Karachi. *J Phy Fit Treatment & Sports*, 8(5), 555747.
87. Galdikiene N, Asikainen P, Balciunas S, Suominen T. (2014). Do nurses feel stressed? A perspective from primary health care. *Nursing & Health Sciences*, 16(3), 327-334.

88. Molleman E, Broekhuis M. (2001). Sociotechnical systems: Towards an organizational learning approach. *Journal of Engineering and Technology Management*, 18, 271-294.
89. Agho A. (1993). The moderating effects of dispositional affectivity on relationships between job characteristics and nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*, 16, 451–458.
90. Judge TA. (1993). Does affective disposition moderate the relationship between job satisfaction and voluntary turnover? *J Appl Psychol*, 78, 395–401.
91. Van Laar D, Edwards JA, Easton S. (2007). The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 325–333.
92. Lee B-S, Eo Y-S, Lee M-A. (2018). Development of Job Satisfaction Scale for Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(1), 12.
93. Al-Qahtani AH, Stirling B, Forgrave D. (2020). The impact of job satisfaction on nurses' work lives: A literature review. *QScience Connect*, 2020(1), 1.
94. Brooks BA, Anderson MA. (2004). Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics*, 23(6), 319-326.
95. O'Brien-Pallas L, Baumann A. (1992). Quality of nursing worklife issues--a unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
96. O'Brien-Pallas L, Baumann A, Villeneuve M. (1994) Research unit probes quality of worklife. *Registered Nurse*, 6(1), 14–16.
97. Almalki M, FitzGerald G, Clark M. (2012) Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*, 10(3), 1-13.

98. Health and Safety Authority. (2019). Occupational Hazards in Hospital Departments.

Ανάκτηση

στις

10/02/2021

από:

https://www.hsa.ie/eng/Your_Industry/Healthcare_Sector/Chemical_Agents/

99. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*, 52(2), 649-661.
100. Martins JT, Galdino MJQ, Linares PG, Ribeiro RP, Ueno LGS, Bobroff MCC. (2017) Disability retirement of workers in the health field at a university hospital. *Rev Fund Care Online*, 9(1), 122-7.
101. Khani A, Jaafarpour M, Dyrekvandmogadam A. (2008). Quality of nursing work life. *J Clin Diagn Res*, 2, 1169-1174.
102. Lee YW, Dai YT, Park CG, McCreary LL. (2013). Predicting quality of work life on nurses intention to leave. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 160-168.
103. Khatatbeh H, Pakai A, Pusztai D, Szunomár S, Fullér N, Kovacs Szebeni G, ... & Oláh A. (2021). Burnout and patient safety: A discriminant analysis of paediatric nurses by low to high managerial support. *Nursing Open*, 8(2), 982-989.
104. Karaaslan A, Aslan M. (2019). The Relationship between the quality of work and organizational commitment of prison nurses. *Journal of Nursing Research*, 27(3), e25.
105. Akter N, Akkadechanunt T, Chontawan R, Klunklin A. (2018). Factors predicting quality of work life among nurses in tertiary-level hospitals, Bangladesh. *International Nursing Review*, 65(2), 182–189.

106. Kaddourah B, Abu-Shaheen AK, Al-Tannir M. (2018). Quality of nursing work life and turnover intention among nurses of tertiary care hospitals in Riyadh: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 17(1), 43.
107. Alharbi MF, Alahmadi BA, Alali M, Alsaedi S. (2019). Quality of nursing work life among hospital nurses in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1722-1730.
108. Shakeri F, Atashzadeh-Shoorideh F, Varzeshnejad M, Svetic Cisic R, Oomen B. (2021). Correlation between Ethical Intelligence Quality of Work Life and Caring Behaviour of Paediatric Nurses. *Nursing Open*, 8(3), 1168-1174.
109. Babapour AR, Gahassab-Mozaffari N, Fathnezhad-Kazemi A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 1-10.
110. Chou LP, Li CY, Hu SC. (2014). Job stress and burnout in hospital employees: Comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. *British Medical Journal Open*, 4(2), e004185.
111. Khatatbeh H, Pakai A, Al-Dwaikat T, Onchonga D, Amer F, Prémusz V, Oláh A. (2022). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, 9(3), 1564-1574.
112. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(2), 151-158.
113. Kowitlawkul Y, Yap SF, Makabe S, Chan S, Takagai J, Tam WWS, Nurumal MS. (2018). Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *Int Nurs Rev*, 66(1), 61-69.

114. Ondriová I. (2017). The incidence of burnout in nursing practice. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 16(1), 15–19.
115. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Inter J of Nurs Stud*, 52(1), 240–249.
116. Khatatbeh H, Al-Dwaikat T, Oláh A, Onchonga D, Hammoud S, Amer F, Prémusz V, Pakai A. (2021). The relationships between paediatric nurses' social support, job satisfaction and patient adverse events. *Nursing Open*, 8(6), 3575–3582.
117. Gharagozlou F, Karami-marin B, Kashefi H, Nikraves Babaei D, BakhtyariZadeh F, Rahimi Sh. (2020). Relationship between quality of work life of nurses working in Kermanshah Educational hospitals with their perception and evaluation of workload in 2017. *Iran Occupational Health*, 17, 3.
118. Fogaça MDC, Carvalho WBD, Nogueira-Martins LA. (2010). Preliminary study about quality of life of physicians and nurses working in pediatric and neonatal intensive care units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 708-712.
119. Lee YW, Dai YT, Chang MY, Chang YC, Yao KG, Liu MC. (2017). Quality of work life, nurses' intention to leave the profession, and nurses leaving the profession: a one-year prospective survey. *J Nurs Scholarsh*, 49(4), 438-444.
120. İşsever O, Bektas M. (2021). Effects of learned resourcefulness, work-life quality, and burnout on pediatric nurses' intention to leave job. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 263-271.
121. Vagharseyyedin SA, Vanaki Z, Mohammadi E. (2011). The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 786-804.

122. Mohamed WN, Mohamad M, Salleh HS, Mat NHN, Yusof Y. (2016). Quality of Work Life and Quality of Nursing Care. *The Social Sciences*, 11(12), 3024-3031.
123. Kelbiso L, Belay A, Woldie M. (2017). Determinants of quality of work life among nurses working in Hawassa town public health facilities, South Ethiopia: A cross-sectional study. *Nursing Research and Practice*, 5181676.
124. Devi B, Hajamohideen O. (2018). A study on quality of work life among nurses working in private hospitals an Thanjavur, Tamilnadu. *IOSR Journal of Business and Management Ver. I*, 20(4), 61–63.