



Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης
Hellenic Journal of Nursing Science

Τόμος 18, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2025

VOLUME 18, ISSUE 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2025



Η ΙΣΧΥΣ ΕΝ ΤΗ ΕΝΩΣΕΙ

Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα (2^{ος} όροφος)
Τηλ.: 210-3648044, Fax: 210-3648049
e-mail: info@enne.gr

ENE 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr



ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
Βασιλίσσης Σοφίας 47, 10676 Αθήνα, Τηλ.: 210 3648 044
Fax: 210 3648 049, e-mail: info@enne.gr, www.enne.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΛΑΜΠΡΟΣ ΜΠΙΖΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΡΙΤΣΟΥ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ: ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ

Το ΔΣ της ΕΝΕ:

Πρόεδρος: Σκουτέλης Δημήτριος, Αντιπρόεδρος Α': Μπίζας Λάμπρος, Αντιπρόεδρος Β': Μπαλιόζογλου Γεώργιος, Γενικός Γραμματέας: Πολυκανδριώτης Τζαννής, Αναπληρωτής Γραμματέας: Μπελαλή Κωνσταντία, Ταμίας: Πανόπουλος Σταύρος, Οργανωτικός Γραμματέας: Αβραμίδης Γεώργιος

Μέλη:

Αρβανίτης Γεώργιος, Γιάγκου Ευτυχία, Κοσκινάς Παναγιώτης, Κούρτης Γεώργιος, Κωστίκου Μαρία, Μαντζανάς Μιχαήλ, Ναλμπάντης Ευάγγελος, Τάνη Σοφία

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:

Δρ. Βαΐα Κωνσταντικάκη, MSc, PhD, ANΘ Θεαγένειο

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:

Αλέξιος Παραράς, Δικηγόρος, Δημοσιολόγος, Νομικός Σύμβουλος ΕΝΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Αθηνά Καλοκαιρινού, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Μαρία Μαλλιαρού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Ιωάννης Κουτελέκος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΠΑΔΑ, Στέφανος Μαντζούκας, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ευγενία Μνησίδου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Νικόλαος Μπακάλης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Θάλεια Μπελλάλη, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Παύλος Μυριανθεύς, Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Τζαννής Πολυκανδριώτης, MSc, ΨΝΑ «Δαφνί», Σοφία Τάνη, RN, MSc, PhD, Μέλος Διοικητικού Συμβουλίου Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος, Προϊσταμένη, Υπεύθυνη Γραφείου Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΑ ΚΑΤ, Μέλος Επιστημονικού Συμβουλίου ΓΝΑ ΚΑΤ, Γενική Γραμματέας ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ Ν. Αττικής, Αναπληρώτρια Γενική Γραμματέας ΠΑΣΥΝΟ-ΕΣΥ, Αναπληρωματικό μέλος Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΡΙΤΩΝ

Ελένη Αλμπάνη, Γεώργιος Αργυρίου, Μαρία Γέραλη, Γεώργιος Ελεσίντσαλης, Ευτυχία Ευαγγελίδου, Γεώργιος Ευλαβής, Μιχαήλ Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Αγγελική Καραϊσκού, Γεώργιος Κριτωτάκης, Θεοκάρης Κωνσταντινίδης, Γαβριήλ Λάζος, Ελένη Λαχανά, Πολυξένη Λιαμοπούλου, Ασπασία Λούτα, Πολυξένη Μαγγούλια, Γεώργιος Μανομενίδης, Χρήστος Μαρνέρας, Ευαγγελία Μείμνη, Δημήτριος Μπαρουξής, Δήμητρα Παλτζήκα, Παρθενόνη Παντελίδου, Νίκη Παυλάτου, Δημήτριος Πιστόλας, Γεώργιος Σιδηράς, Αγγελική Σταθάρου, Ευαγγελία Σταματοπούλου, Νικόλαος Στεφανόπουλος, Φρίξος Τάχιας, Αναστάσιος Τζεναλής, Αικατερίνη Τόσκα, Άρης Υφαντής.

ΜΕΛΗ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Dr Θεόδωρος Ξάνθος, Καθηγητής Φυσιολογίας & Παθολογικής Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Dr Theodoros Koutroubas, Professor, UC Louvain, Brussels, Belgium, Dr Irena Papadopoulos, Professor of Transcultural Health and Nursing, Head of Research Centre for Transcultural Studies in Health, Middlesex University, London, UK, Dr Denise McEnroe-Petitte, Associate Professor, Nursing, Kent State University Tuscarawas, Associate Degree Nursing Program, New Philadelphia, USA, Dr Betty Chung Pui Man, Lecturer, Health Sciences Syd, Nursing Faculty, Polytechnic University, Hong Kong, PRC, Dr Evridiki Papastavrou, Assistant Professor, Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Dr Lorendana Sasso, Associate Professor, Università degli Studi di Genova, Italy, Cecilia Sironi, RN, BSc, MSc, Università degli Studi dell'Insubria-Varese, Italy, Dr Rocco Gennaro, Professor, Head of the Nursing School, Catholic University Our Lady of Good Counsel, Director of Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Rome, Italy, Dr Thomas Kearns, Professor, Executive Director of Faculty of Nursing & Midwifery, Royal College of Surgeons, Ireland, Dr Helene Kelly, International Consultant, Vice President Florence Network, University College Sealand, Denmark, Dr Vilma Zydziunaite, RN, MSc, MEdSc, PhD, Professor-Researcher, Vytautas Magnus University, Klaipeda State College, Lithuania, Dr Carlos Melo-Dias, Professor of Nursing, Nursing School of Coimbra, Researcher in Health Sciences, Research Unit: Nursing (UICISA-E), Researcher in Portugal Centre for Evidence-Based Practice: an Affiliate Centre of the Joanna Briggs Institute, Coimbra, Portugal, Leonardo J Labrague, Lecturer, Department of Fundamentals and Administration, College of Nursing, Sultan Qaboos University, Muscat, Sultanate of Oman, Dr Viktor Vus, Psychologist, Associate Professor, Department of Psychology, Head of International Academic Mobility Centre, Interregional Academy of Personnel Management, Ukraine, Dr Christina Papachristou, Dipl. Psych., MPH, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charite-Universitätsmedizin, Berlin, Germany

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ - EDITORIAL

Σχολική Νοσηλευτική: Πυλώνας Πρόληψης και Ενίσχυσης της Δημόσιας Υγείας School Nursing: A Pillar of Prevention and Strengthening Public Health	
Αθηνά Πρωτόπαππα.....	5

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΡΘΡΑ – RESEARCH ARTICLES

Βία Κατά του Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Τμήματα Violence Against the Medical and Nursing Staff in the Emergency Department	
Ειρήνη Αγγελίδου, Μανούσος Πραματευτάκης, Μαρία Νάτσιου, Θεοδώρα Μίντση, Κωνσταντία Κοτσάνη, Παρθενοίη Παντελίδου	7
Translation, Cultural Adaptation, and Validation of the Nurse Self-Concept Questionnaire (NSCQ) for Greek Registered Nurses Working in Public Hospitals	
Manolis Mentis, Christos Marneras, Antony Salachas, Fotios Tatsis, Mary Gouna, Georgia Konstantopoulou.....	20
Η σημασία της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης στη Δια Βίου Μάθηση των Νοσηλευτών The importance of Technological Education in the Lifelong Learning of Nurses	
Νικόλαος Μπακάλης, Παναγιώτης Αναγνώστου, Παναγιώτα Τζανετέα, Βασιλική Τράπαλη, Στυλιανή Κοτρώτσιου, Βιολέττα Σακέτου, Αικατερίνη Κλούμπα	25
Εργασιακή εμπειρία και ηγεσία στους νοσηλευτές: Πως το παρελθόν διαμορφώνει τα ηγετικά μοντέλα Work experience and leadership in nurses: How the past shapes leadership models	
Πασχαλίνα Ντότση, Μαίρη Γκούβα, Μαρία Λαβδανίτη, Ευγενία Μηνασίδου	33

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ – REVIEWS

Η επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές στο εργασιακό περιβάλλον Aggression toward nurses in the workplace	
Σταματίνα Δούκη, Ευστράτιος Ζαργκλής.....	43

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - CONFERENCE PROCEEDINGS

3rd International Conference of Nursing Regulators Empowering & Motivating Nurses for a Sustainable Public Health 9–10 October 2025 Athens	
Conference Proceedings.....	54

Σχολική Νοσηλευτική: Πυλώνας Πρόληψης και Ενίσχυσης της Δημόσιας Υγείας

Αθηνά Πρωτόπαππα

ΠΕ 25 Σχολική Νοσηλεύτρια, RN, PdDip, MSc

Πρόεδρος Επιστημονικού Τομέα Σχολικής Νοσηλευτικής της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας
Πρόεδρος Πανελληνίου Συλλόγου Σχολικών Νοσηλευτών(ΠΑ.ΣΥ.Σ.ΝΟ)

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Αθηνά Πρωτόπαππα

email: aprotopappa@yahoo.gr

Η Σχολική Νοσηλευτική αποτελεί έναν δυναμικό και ουσιαστικό τομέα της Δημόσιας Υγείας. Το σχολείο δεν είναι μόνο χώρος μάθησης γνωστικών δεξιοτήτων, αλλά και ένα κοινωνικό περιβάλλον όπου διαμορφώνονται στάσεις, συμπεριφορές και αξίες που θα συνοδεύουν το άτομο στην ενήλικη ζωή. Σε αυτό το πλαίσιο, ο Σχολικός Νοσηλευτής διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην καλλιέργεια κουλτούρας υγείας στους μαθητές, οι οποίοι αποτελούν τους μελλοντικούς πολίτες και ενήλικες της κοινωνίας.

Το σχολικό περιβάλλον συνιστά ένα ιδιαίτερα πρόσφορο και εξειδικευμένο πλαίσιο άσκησης του νοσηλευτικού ρόλου, στο οποίο η παρεχόμενη φροντίδα δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην πρόληψη, αλλά επεκτείνεται στη συνεχή παρακολούθηση, την προστασία και την ενδυνάμωση του μαθητικού πληθυσμού. Σε διεθνές επίπεδο, η Σχολική Νοσηλευτική αναγνωρίζεται ως βασικός πυλώνας της Δημόσιας Υγείας, διαδραματίζοντας ουσιαστικό ρόλο στην ολιστική υποστήριξη και φροντίδα των μαθητών. Η παρουσία του Σχολικού Νοσηλευτή συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση της συμμόρφωσης των μαθητών με χρόνιες παθήσεις στη φαρμακευτική και θεραπευτική τους αγωγή. Μέσω της συστηματικής παρακολούθησης, της ασφαλούς χορήγησης φαρμάκων και της στοχευμένης εκπαίδευσης τόσο των παιδιών όσο και των οικογενειών τους, ενισχύεται η κατανόηση και η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, ενώ παράλληλα περιορίζεται η εμφάνιση επιπλοκών που συχνά οδηγούν σε επείγουσες επισκέψεις ή νοσηλείες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η Σχολική Νοσηλευτική επιτελεί τόσο προληπτικό όσο και θεραπευτικό ρόλο, συμβάλλοντας στην αποσυμφόρηση του συστήματος υγείας και στη μείωση του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης.

Παράλληλα, η παροχή πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον αποτελεί θεμελιώδη πυλώνα προστασίας της υγείας και της ασφάλειας του μαθητικού πληθυσμού. Ο Σχολικός Νοσηλευτής αποτελεί τον καταλληλότερο επαγγελματία υγείας για την έγκαιρη αναγνώριση επειγόντων περιστατικών, την άμεση και τεκμηριωμένη παρέμβαση, καθώς και την πρόληψη της επιδείνωσης τραυματισμών ή οξέων παθολογικών επεισοδίων. Η άμεση αυτή φροντίδα διασφαλίζει όχι μόνο τη σωματική ακεραιότητα των μαθητών, αλλά συμβάλλει και στη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης στο σύνολο της σχολικής κοινότητας.

Η συμβολή της Σχολικής Νοσηλευτικής στη Δημόσια Υγεία επεκτείνεται περαιτέρω στην καλλιέργεια κουλτούρας υγείας στους μαθητές, οι οποίοι εκπαιδεύονται στη σημασία της πρόληψης, της υπεύθυνης στάσης απέναντι στην υγεία και της ανάπτυξης δεξιοτήτων αυτοφροντίδας. Μέσω της συστηματικής και σταθερής παρουσίας του στο σχολικό περιβάλλον, ο Σχολικός Νοσηλευτής επιτελεί παράλληλα παιδαγωγικό ρόλο ως επαγγελματίας αγωγής υγείας, ενισχύοντας τις γνώσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές των μαθητών σε σχέση με τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Μαθητές που φοιτούν σε σχολικές μονάδες με παρουσία Σχολικού Νοσηλευτή τείνουν να υιοθετούν ευκολότερα υγιείς συμπεριφορές και να αναπτύσσουν θετικότερη στάση απέναντι στην υγεία τους.

Ταυτόχρονα, μέσω της σταθερής, άμεσης και ουσιαστικής αλληλεπίδρασης με τον μαθητικό πληθυσμό, διαμορφώνεται το κοινωνικό και επαγγελματικό προφίλ του νοσηλευτή στις νεότερες γενιές. Οι μαθητές έρχονται σε επαφή με ένα πρότυπο επαγγελματία υγείας που χαρακτηρίζεται από επιστημονική επάρκεια, ενσυναίσθηση και

υποστηρικτική στάση, με ενεργό ρόλο στη φροντίδα, την πρόληψη και τη διαχείριση ζητημάτων υγείας. Η εικόνα αυτή ενισχύει τον σεβασμό και την κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, αναδεικνύοντάς το ως αναπόσπαστο και ουσιώδες στοιχείο της Δημόσιας Υγείας.

Η ενίσχυση της Σχολικής Νοσηλευτικής δεν συνιστά απλώς μια εκπαιδευτική ή κοινωνική πολιτική παρέμβα-

ση, αλλά μια στρατηγική επιλογή Δημόσιας Υγείας, με στόχο τη διαμόρφωση υγιών, ενημερωμένων και κοινωνικά υπεύθυνων μελλοντικών ενηλίκων, οι οποίοι αντιλαμβάνονται την υγεία ως συλλογικό αγαθό και κοινή ευθύνη. Παράλληλα, μέσω της θεσμικής κατοχύρωσης και της ουσιαστικής παρουσίας της στο σχολικό περιβάλλον, διαμορφώνεται μια σύγχρονη, θετική και αυτόνομη εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στις νεότερες γενιές..

Αναφορά του άρθρου ως: Πρωτόπαπα Α. (2025). Σχολική Νοσηλευτική: Πυλώνας Πρόληψης και Ενίσχυσης της Δημόσιας Υγείας. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(4): 5-6. <https://doi.org/10.24283/hjns.202541>

School Nursing: A Pillar of Prevention and Strengthening Public Health

Athina Protopappa

PE 25 School Nurse, RN, PdDip, MSc

President of the Scientific Section of School Nursing of the Greek Nurses Association

President of the Panhellenic Association of School Nurses (PA.SYS.S.NO)

Corresponding author:

Athina Protopappa

email: aprotopappa@yahoo.gr

Citation: Protopappa A. (2025). School Nursing: A Pillar of Prevention and Strengthening Public Health. Hellenic Journal of Nursing Science 18(4): 5-6. <https://doi.org/10.24283/hjns.202541>

Βία Κατά του Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Τμήματα

Ειρήνη Αγγελίδου¹, Μανούσος Πραματευτάκης², Μαρία Νάτσιου¹, Θεοδώρα Μίντση³,
Κωνσταντία Κοτσάνη⁴, Παρθενόπη Παντελίδου⁵

1. RN, MSc, Νοσηλεύτρια, Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

2. MD, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

3. RN, MSc, Προϊστάμενη Καρδιοθωρακοχειρουργική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

4. RN, PGDip(Ped), Specialist Nurse CVICU USA, MSc, PhD(c), Υπεύθυνη γραφείο εκπαίδευσης, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

5. RN, BSN, MPH, PHD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι νοσηλευτές και οι ιατροί του τμήματος επειγόντων περιστατικών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να γίνουν τα κύρια θύματα βίας που ασκείται από ασθενείς σε σύγκριση με άλλους υγειονομικούς που εργάζονται στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι νοσηλευτές που βιώνουν βία από ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από ψυχολογικές, συναισθηματικές, γνωστικές και κοινωνικές συνέπειες, οι οποίες μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο με τον οποίο ασχολούνται τόσο με την καθημερινή τους εργασία όσο και με τα επάγγελμά τους. Ενώ υπάρχει έρευνα που διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών βιώνουν τη βία από ασθενείς, είναι λιγότερα γνωστά για το πώς η βία των ασθενών επηρεάζει την επαγγελματική τους καθημερινότητα.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της βίας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, η στάση των γιατρών και νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς επίσης και οι συνέπειες της βίας στον χώρο εργασίας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική περιγραφική μελέτη με την χρήση ανώνυμου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου 26 ερωτήσεων, σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδος. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 26 IBM., σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Αποτελέσματα: Στην έρευνα συμμετείχαν 103 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή συχνότητα βίας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, κυρίως λεκτικής, με δράστες ασθενείς και συνοδούς. Τα περιστατικά εμφανίστηκαν συχνότερα στη νυχτερινή βάρδια και στο παθολογικό τμήμα, ενώ η ανεπαρκής ασφάλεια και η μη αναφορά των συμβάντων αναδείχθηκαν ως σημαντικά προβλήματα.

Συμπεράσματα: Η βία στα Τμήματα Επειγόντων αποτελεί σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο, επηρεάζοντας την ψυχική υγεία και την επαγγελματική πρακτική του προσωπικού, γεγονός που καθιστά αναγκαία την εκπαίδευση και την ενίσχυση της ασφάλειας.

Λέξεις-κλειδιά: Βία, στάσεις επαγγελματιών υγείας, στρατηγικές αντιμετώπισης του φαινομένου της βίας

*Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Αγγελίδου Ειρήνη

Email: eiriniaggelidou2@gmail.com

Αναφορά του άρθρου ως: Αγγελίδου Ε., Πραματευτάκης Μ., Νάτσιου Μ., Μίντση Θ., Κοτσάνη Κ., Παντελίδου Π. (2025). Βία Κατά του Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Τμήματα. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(4): 7-19, <https://doi.org/10.24283/hjns.202542>

Σύμφωνα με την Ένωση Νοσηλευτών Έκτακτης Ανάγκης (ΕΝΑ), η βία αποτελεί σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο για τους νοσηλευτές του τμήματος επειγόντων περιστατικών (ΕΝΑ, 2011). Αυτή η βία μπορεί να είναι οριζόντια ή πλάγια, κάθετη ή από ασθενής. Η «οριζόντια ή πλευρική βία» περιλαμβάνει καταχρηστικές συμπεριφορές μεταξύ συναδέλφων παρόμοιας θέσης και ορίζεται ως οποιαδήποτε εχθρική, επιθετική και επιβλαβής συμπεριφορά που υποκινείται από συνάδελφο ή ομάδα συναδέλφων προς έναν ή περισσότερους άλλους συναδέλφους (Becher & Visovsky, 2012).

Η «κάθετη βία» περιλαμβάνει καταχρηστικές συμπεριφορές που προέρχονται από έναν συνάδελφο σε ανώτερη θέση έναντι ενός υφισταμένου (Thomas & Burk, 2009). Η βία ασθενών αναφέρεται στη βία που υποκινείται από ασθενείς, επισκέπτες ή τις οικογένειές τους και ορίζεται ως οποιοδήποτε περιστατικό σωματικής, σεξουαλικής, λεκτικής, συναισθηματικής ή ψυχολογικής επιθετικότητας που συμβαίνει όταν το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης κακοποιείται ή απειλείται στον τόπο εργασίας του (Stevenson et al., 2015).

Παρόλο που η οριζόντια, η κάθετη και η βία από τον ασθενή είναι σχετικά φαινόμενα, οι εκδηλώσεις και οι επιπτώσεις τους διαφέρουν (Becher & Visovsky, 2012). Το επίκεντρο αυτής της έρευνας είναι η βία των ασθενών, συγκεκριμένα αυτή που εμφανίζεται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το τμήμα επειγόντων περιστατικών θεωρείται ένα από τα πιο επικίνδυνα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης λόγω των συχνών βίαιων πράξεων από ασθενείς, επισκέπτες και συγγενείς (ΕΝΑ, 2011). Αυτό το είδος βίας περιγράφεται τακτικά ως «σιωπηλή επιδημία». Συχνά θεωρείται μέρος της καθημερινής εργασίας των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και ως εκ τούτου δε μετράτε όπως θα έπρεπε (Hyland et al., 2016; Kowalenko et al., 2013).

Η λεκτική βία προς τους νοσηλευτές στα επειγόντα περιστατικά εμφανίζεται πιο τακτικά από τη σωματική βία. Ωστόσο, όταν συμβαίνει σωματική βία, περιγράφεται ως εξαιρετικά τρομακτική με σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές συνέπειες (ΕΝΑ, 2011). Οι πιο συνηθισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τη βία των ασθενών, ειδικά για τα επειγόντα περιστατικά, είναι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, ο υπερπληθυσμός, το ανεπαρκές προσωπικό, οι πολιτικές (ή η έλλειψή τους), η χρήση και η παρουσία ασφάλειας και η επικοινωνία (Brophy et al., 2018; Ramacciati et al., 2018; Morphet et al., 2014; Speroni et al., 2014; Angland et al., 2013; ΕΝΑ, 2011).

Οι διαδικασίες και τα συστήματα στα τμήματα επειγόντων περιστατικών δεν είναι καλά κατανοητά από τους ασθενείς, με αποτέλεσμα την απογοήτευση που μπορεί να προκαλέσει βία προς τους νοσηλευτές αυτών των τμημάτων (Morphet et al., 2014). Κατά τη διαλογή, οι προσδοκίες των

ασθενών για τη φροντίδα που πρόκειται να λάβουν και το αποτέλεσμα της αξιολόγησης της διαλογής μπορεί να είναι ασύμβατες (Morphet et al., 2014; Angland et al., 2013) και οι ασθενείς που στέλνονται πίσω στην αίθουσα αναμονής μετά τη διαλογή μπορεί να αντιληφθούν αυτό ως έλλειψη προόδου ή προόδου στη φροντίδα (Pati et al., 2016). Επιπλέον, ο συνωστισμός στις αίθουσες αναμονής και οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής είναι παράγοντες που συμβάλλουν στην απογοήτευση και τη βία των ασθενών (Morphet et al., 2014). Οι χρόνοι αναμονής περιλαμβάνουν την αρχική αναμονή από τον νοσηλευτή διαλογής, την αναμονή για να δει έναν γιατρό, την αναμονή για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και την αναμονή για να είναι διαθέσιμο ένα φορείο (Lyneham, 2001).

Τέλος, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών είναι συχνά ελλιπή και η ανεπαρκής στελέχωση μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής και να δημιουργήσει απογοήτευση, φόβο και θυμό στους ασθενείς, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε ενεργητικές συμπεριφορές (Brophy et al., 2018).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Pati και συνεργατών (2016) η είσοδος έκτακτης ανάγκης θεωρείται η πιο επικίνδυνη περιοχή για βίαιες συναντήσεις, η οποία περιλαμβάνει τον κόλπο των ασθενοφόρων και την αίθουσα αναμονής. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι αυτές οι τοποθεσίες είναι ευάλωτα σημεία ασφαλείας δεδομένης της απρόβλεπτης κατάστασης των ασθενών και των επισκεπτών που εισέρχονται στα επειγόντα περιστατικά (Pati et al., 2016).

Οι νοσηλευτές είναι πιο συχνά αυτοί που εφαρμόζουν περιορισμούς, προσπαθούν να αποκλιμακώσουν καταστάσεις, διαλέγουν ασθενείς, εκτελούν επεμβατικές διαδικασίες, συμμετέχουν σε ιατρικές αναζωογονήσεις ή αναζωογόνηση τραυματισμού, μεταφέρουν άσχημα νέα (ΕΝΑ, 2011). Η διαλογή ενέχει ιδιαίτερο κίνδυνο επειδή οι νοσηλευτές σε αυτόν τον ρόλο έχουν την αποστολή να αξιολογούν άγνωστους ασθενείς με άγνωστες ανάγκες πριν από τη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης οποιουδήποτε είδους (Pati et al., 2016).

Η κόπωση από συμπόνια, η κακή επικοινωνία με τους ασθενείς και η έλλειψη ενσυναίσθησης από το προσωπικό είναι παράγοντες που συμβάλλουν στη βία των ασθενών (Morphet et al., 2014).

Παρά το απρόβλεπτο της βίας από ασθενείς, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες ασθενών που φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο βίας. Τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν έντονο πόνο (δηλαδή ασθενείς με τραύμα), ψυχιατρικά συμπτώματα (δηλαδή ψύχωση ή μανιακή φάση), ιστορικό βίας, άτομα υπό κράτηση, ακούσια ασθενείς, γνωστικές βλάβες (δηλαδή παραλήρημα, σύγχυση και άνοια) και άτομα υπό την επήρεια αλκοόλ ή ναρκωτικών (Speroni et al., 2014; Wolf et al., 2014; Gillespie et al., 2013; ΕΝΑ, 2011; Pich et al., 2010). Πολλοί ασθενείς στα επειγόντα περιστατικά βιώνουν

αισθήματα άγχους, πόνου, απώλειας ελέγχου, αποπροσανατολισμού και αδυναμίας κατά τη διάρκεια της παραμονής τους, τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν σε πράξεις επιθετικότητας ή βίας προς τους νοσηλευτές που τους παρέχουν τη φροντίδα (Fern, 2007).

Είναι ενδιαφέρον ότι οι νοσηλευτές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι πιο πιθανό να αποδεχτούν επιθετικές ή βίαιες ενέργειες ως μέρος της δουλειάς τους όταν ο ασθενής έχει μειωμένη σωματική ή ψυχολογική λειτουργία, με την υπόθεση ότι δεν ελέγχουν πλήρως τις πράξεις τους (Ashton et al., 2018). Αντίθετα, οι νοσηλευτές είναι λιγότερο ανεκτικοί απέναντι στους ασθενείς που ενεργούν βίαια όταν παρουσιάζουν λιγότερο σοβαρά προβλήματα υγείας (Ashton et al., 2018; Ramacciati et al., 2018).

Τέλος, όταν βρίσκονται σε ψυχιατρική κρίση, οι ασθενείς μπορούν να εισαχθούν στα επείγοντα περιστατικά ακούσια για ψυχιατρική αξιολόγηση ή να κρατηθούν υπό αστυνομική κράτηση μέχρι να μεταφερθεί η φροντίδα στον ιατρό των επειγόντων περιστατικών (Gillespie et al., 2013). Η ακούσια εισαγωγή σε νοσοκομείο είναι ένας γνωστός παράγοντας κινδύνου για επιθετική συμπεριφορά και βία από ασθενείς στα επείγοντα περιστατικά (Gillespie et al., 2013; Gillespie et al., 2010). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αυτές οι αντιλήψεις από μέρους των εργαζόμενων στην υγεία μπορούν να εκληφθούν ως στιγμιστικές από τους ασθενείς και, ως εκ τούτου, επηρεάζουν τη φροντίδα του ασθενούς και τις αλληλεπιδράσεις νοσηλευτή-ασθενούς (Stevenson et al., 2015; Sawatzky & Enns, 2012).

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της βίας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, η στάση των γιατρών και νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς επίσης και οι συνέπειες της βίας στον χώρο εργασίας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητική μέθοδος

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση του φαινομένου της βίας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, η στάση των γιατρών και νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς επίσης και οι συνέπειες της βίας στον χώρο εργασίας. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική ερευνητική μέθοδος. Ειδικότερα, διεξήχθη έρευνα ανάμεσα σε ιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδος (Bryman, 2008; Robson & McCartan, 2015).

Τα κύρια πλεονεκτήματα της διεξαγωγής μιας ποσοτικής έρευνας περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Robson & McCartan, 2015):

- Οι στάσεις, οι πεποιθήσεις και οι αξίες μπορούν να μελετηθούν με σχετικά απλό και εύκολο τρόπο.
- Η συλλογή τεράστιων ποσοτήτων γενικευμένων δεδο-

μένων είναι δυνατή, σε σχετικά χαμηλό κόστος και σε σύντομο χρονικό διάστημα.

- Τα δεδομένα μπορεί να είναι τυποποιημένα.
- Είναι δυνατή η ανωνυμία, η οποία ενθαρρύνει την ειλικρίνεια και την ανταπόκριση

Ερευνητικό εργαλείο

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Gaafar και Hemmeda (2022), το οποίο αποτελείται από 26 ερωτήσεις κλειστού τύπου και έχει σχεδιαστεί για τη διερεύνηση της βίας κατά των επαγγελματιών υγείας στον χώρο εργασίας. Το εργαλείο περιλαμβάνει ερωτήσεις που καλύπτουν πολλαπλές διαστάσεις του φαινομένου και οργανώνεται σε θεματικές ενότητες που λειτουργούν ως υποκλίμακες. Συγκεκριμένα, εξετάζονται η συχνότητα και τα είδη βίας (λεκτική, σωματική, ψυχολογική ή απειλητική), τα χαρακτηριστικά των δραστών, οι πιθανοί παράγοντες εκδήλωσης της βίας, καθώς και οι αντιδράσεις και οι πρακτικές αναφοράς των επαγγελματιών υγείας. Για την αποτύπωση στάσεων, αντιλήψεων και εμπειριών χρησιμοποιούνται κλίμακες τύπου Likert πέντε βαθμίδων, με τις απαντήσεις να κυμαίνονται από χαμηλή έως υψηλή συμφωνία ή συχνότητα, ανάλογα με το περιεχόμενο της ερώτησης. Οι απαντήσεις κωδικοποιούνται αριθμητικά, επιτρέποντας τον υπολογισμό επιμέρους σκορ για κάθε υποκλίμακα, καθώς και τη συνολική αποτύπωση της εμπειρίας βίας στον εργασιακό χώρο. Η δομή του ερωτηματολογίου καθιστά δυνατή τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και την ανάλυση διαφορετικών πτυχών του φαινομένου της εργασιακής βίας στον τομέα της υγείας.

Δείγμα-δειγματοληψία

Ο πληθυσμός της έρευνας γιατρούς και νοσηλευτές που εργάζονται στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδος, που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο δειγματοληψίας ευκολίας. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε ένα μεγάλο αριθμό υπαλλήλων μέσω των Google Forms. Στην έρευνα συμμετείχαν 103 άτομα.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 26. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των βασικών μεταβλητών της μελέτης, μέσω απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων, ποσοστών και γραφικών απεικονίσεων. Τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν κυρίως σε πίνακες και διαγράμματα, προκειμένου να αποτυπωθεί με σαφήνεια η συχνότητα, τα είδη και τα χαρακτηριστικά των περιστατικών βίας, καθώς και οι στάσεις και οι αντιδράσεις των επαγγελματιών υγείας. Η ανάλυση επικεντρώθηκε στην περιγραφή και ερμηνεία των δεδομένων χωρίς εφαρμογή επαγωγικών στατιστικών ελέγχων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

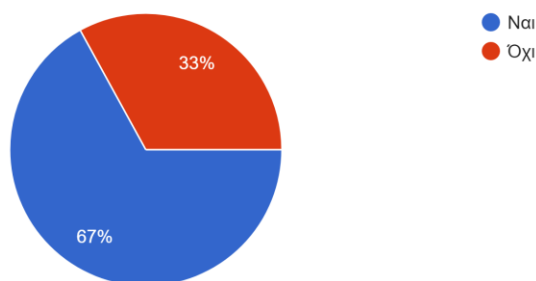
Τα αποτελέσματα αναγράφονται σε ποσοστά επί τοις εκατό. Στην έρευνα συμμετείχαν 103 άτομα, ιατροί και νοσηλευτές, που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών. Το 21,4% ήταν άντρες ενώ το 78,6% ήταν γυναίκες. Το 2,9% είναι άτομα από 22 έως 25 ετών, 28,2% είναι άτομα από 25 ως 35 ετών, το 41,7% είναι 35 ως 45 ετών και το 27,2% είναι από 45 και άνω. Μόνο 3 άτομα είναι σε ηλικία

από 22 ως 25 ετών, τα 28 είναι άνω των 45 ετών, τα 29 είναι από 25 έως 35 και 43 άτομα είναι από 35 ως 45. Όσον αφορά το πεδίο εργασίας το μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι νοσηλευτές με 86,4%, ακολουθούν οι ιατροί με 10,7% και το βοηθητικό προσωπικό με ποσοστό 2,9%. Αυτό αναλογεί ως ακολούθως, 89 άτομα αποτελούνται από νοσηλευτές, 11 άτομα αποτελούνται από ιατρούς και 3 άτομα βοηθητικού προσωπικού.

Διάγραμμα 1

Περιστατικά βίας τους τελευταίους 12 μήνες στο χώρο εργασίας

Στους τελευταίους 12 μήνες έχετε αντιμετωπίσει περιστατικά βίας στο χώρο των επειγόντων περιστατικών;
103 απαντήσεις



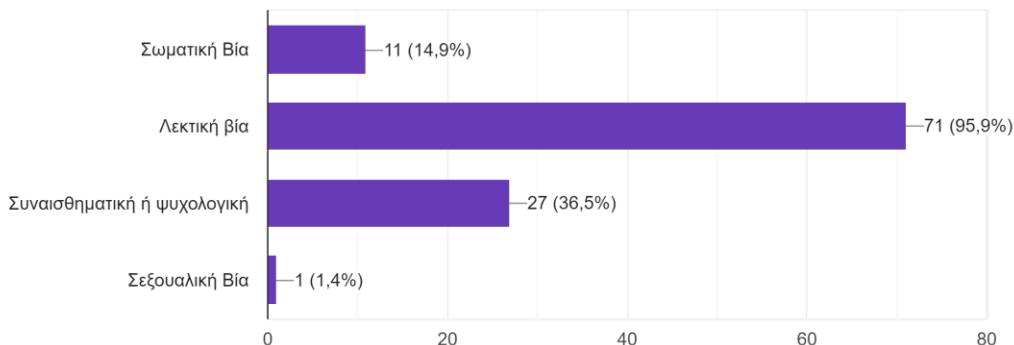
Στην πρώτη ερώτηση κλειστού τύπου που σχετίζεται με το θέμα (Διάγραμμα 1), το 67% απάντησε θετικά ενώ μόνο το 33% απάντησε αρνητικά. Τα 69 άτομα από τα 103 απάν-

τησαν θετικά στην ερώτηση αυτή και μόνο 34 άτομα απάντησαν αρνητικά.

Διάγραμμα 2

Είδος βίας

Εάν ναι, τι είδους βία έχετε δεχτεί ;
74 απαντήσεις



Το μεγαλύτερο ποσοστό 95,9% δηλαδή 71 άτομα έχει δεχθεί λεκτική βία, το 36,5% δηλαδή 27 έχουν δεχθεί συναισθηματική ή ψυχολογική βία, το 14,9% δηλαδή 11 άτομα

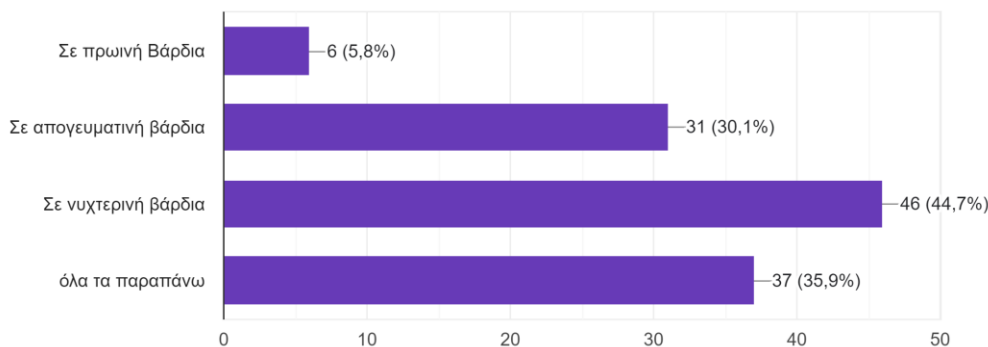
έχουν δεχθεί σωματική βία και 1,4% αποτελεί ένα άτομο που έχει δεχθεί σεξουαλική βία (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 3

Βάρδια με πιο έντονα περιστατικά βίας

Σε ποια βάρδια θεωρείτε ότι είναι πιο έντονα τα περιστατικά βίας

103 απαντήσεις



Το 44,7%, 46 από τα 103 άτομα, θεωρεί πως είναι πιο έντονα τα περιστατικά βίας κατά τη νυχτερινή βάρδια, το 30,1%, 31 από τα 103 άτομα, θεωρεί πως είναι κατά την απογευματινή βάρδια και το 5,8%, 6 από τα 103 άτομα, θεωρεί πως είναι κατά την πρωινή βάρδια. Το 35,9%, 37 από τα 103 άτομα, απάντησαν πως πιο έντονα περιστατικά μπορεί να είναι και στις τρεις βάρδιες (Διάγραμμα 3).

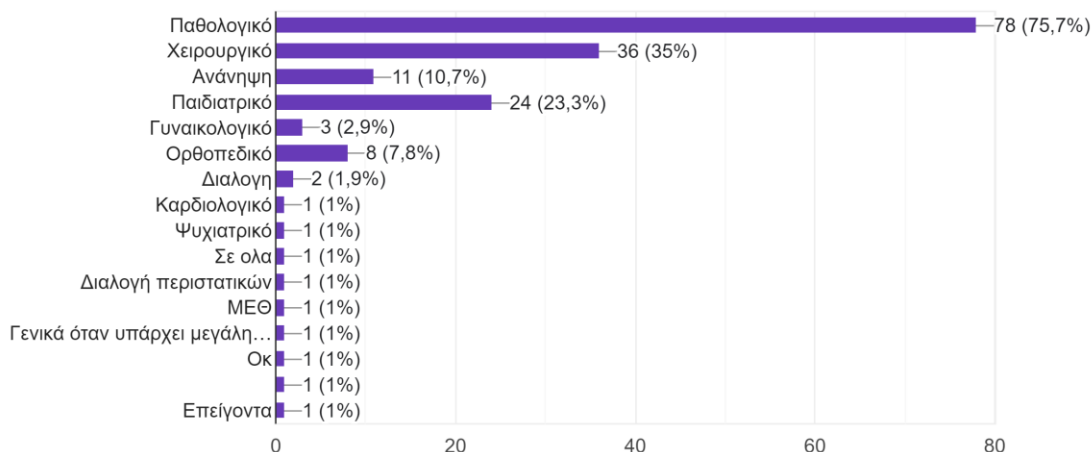
Το 44,7%, 46 από τα 103 άτομα, θεωρεί πως είναι κατά την πρωινή βάρδια. Το 35,9%, 37 από τα 103 άτομα, απάντησαν πως πιο έντονα περιστατικά μπορεί να είναι και στις τρεις βάρδιες (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 4

Τμήματα ΤΕΠ με πιο έντονα περιστατικά βίας

Σε ποια τμήματα των ΤΕΠ θεωρείτε ότι εμφανίζονται πιο έντονα περιστατικά βίας;

103 απαντήσεις

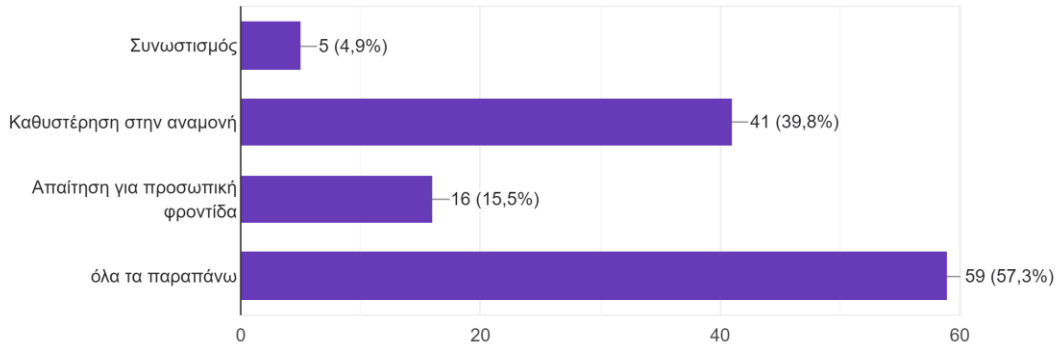


Όσο αφορά σε ποια τμήματα των επείγοντων περιστατικών εμφανίζονται πιο έντονα τα περιστατικά βίας, με διαφορά το μεγαλύτερο ποσοστό ανήκει σε άτομα που είναι στο παθολογικό τμήμα με ποσοστό 75,7%, το οποίο αντιστοιχεί σε 78 άτομα. Ακολουθεί το χειρουργικό με 35%, 11 άτομα και το παιδιατρικό 23,3% 24 άτομα. Το 10,7%, 11 άτομα, αποτελείται από το τμήμα της ανάληψης, το 7,8%, 8 άτομα, από το ορθοπαιδικό, το 2,9%, 3 άτομα, από το γυναικολογικό και το 1,9%, 2 άτομα, από τη διαλογή. Ποσοστό 1% έχουν τα τμήματα όπως το καρδιολογικό, ψυχιατρικό, διαλογή περιστατικών, ΜΕΘ και επείγοντα. Ένα μόνο απάντησε ότι υπάρχουν έντονα περιστατικά σε όλα τα τμήματα (Διάγραμμα 4).

Στη ερώτηση για το Πρόσωπο που ασκεί βία οι ερωτώμενοι αναρωτήθηκαν για το ποιον αφορούν τα περιστατικά βίας, ασθενείς ή συνοδούς. Το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρει πως αφορούν και τους δυο (76,7%, 79 άτομα). Το 17,5% θεωρεί πως αφορούν μόνο τους συνοδούς, ενώ το 5,8% θεωρεί ότι αφορά μόνο ασθενείς.

Διάγραμμα 5 Λόγοι άσκησης βίας

Ποιοι θεωρείτε ότι είναι οι λόγοι που οι ασθενείς/ συνοδοί θα προβούν σε άσκηση βίας;
103 απαντήσεις



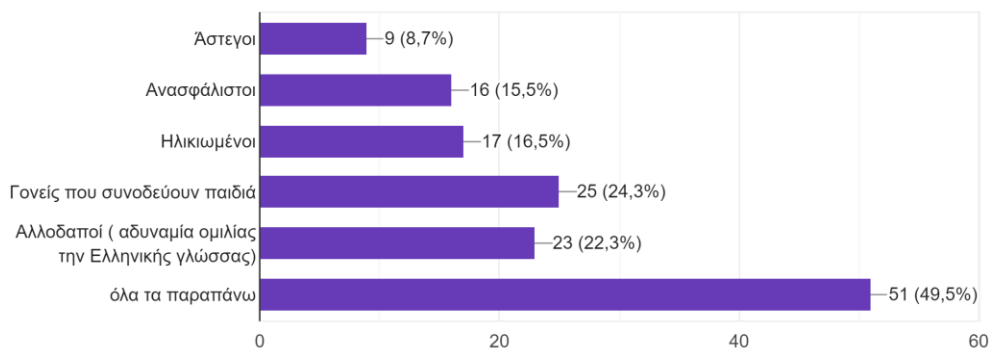
Διερευνήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους ασθενείς ή συνοδοί εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (57,3%, n=59) επέλεξε το σύνολο των διαθέσιμων απαντήσεων. Η καθυστέρηση στον χρόνο αναμονής αναφέρθηκε από 39,8% (n=41), η απαίτηση για προσωπική φροντίδα από 15,5% (n=16), ενώ ο συνωστισμός αναφέρθηκε ως λόγος άσκησης βίας από 4,9% (n=5) των συμμετεχόντων (Διάγραμμα 5).

Σχετικά με την παρουσία προσωπικού ασφαλείας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, το 60,8% των συμμετεχόντων (n=62) απάντησε θετικά. Αντίθετα, το 24,5% (n=25) δήλωσε ότι δεν υπάρχει προσωπικό ασφαλείας, ενώ

το 14,7% (n=16) ανέφερε ότι δεν γνωρίζει εάν υφίσταται αντίστοιχη κάλυψη στον χώρο εργασίας τους. Η απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν ήταν υποχρεωτική, καθώς αφορούσε μόνο τους συμμετέχοντες που είχαν απαντήσει θετικά στην προηγούμενη ερώτηση σχετικά με την παρουσία προσωπικού ασφαλείας. Από αυτούς, το μεγαλύτερο ποσοστό (75,6%, n=65) θεωρεί ότι τα μέτρα ασφαλείας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δεν είναι επαρκή. Επιπλέον, το 17,4% (n=15) αξιολόγησε την ασφάλεια ως ελάχιστη, ενώ μόλις το 7% (n=6) εκτίμησε ότι τα υπάρχοντα μέτρα ασφαλείας είναι επαρκή.

Διάγραμμα 6 Κοινωνικοί ομάδα που ασκεί πιο συχνά βία

Από ποια κοινωνική ομάδα θεωρείτε ότι είναι πιο συχνά τα περιστατικά βίας ;
103 απαντήσεις

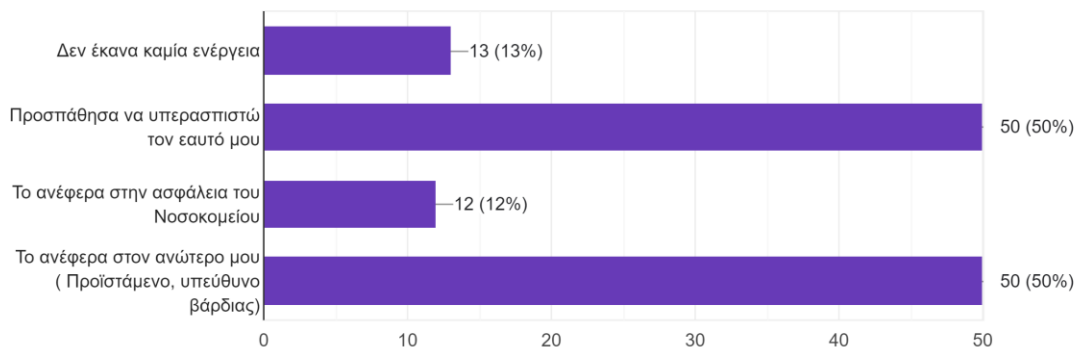


Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να προσδιορίσουν την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν τα άτομα που ασκούν συχνότερα βία, με το σύνολο των 103 ερωτώμενων να απαντά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Το μικρότερο ποσοστό αποδόθηκε στους άστεγους (8,7%, n=9). Ακολούθησαν τα ανασφάλιστα άτομα με ποσοστό 15,5% (n=16) και οι ηλικιω-

μένοι με 16,5% (n=17). Υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν για τους αλλοδαπούς (22,3%, n=23) και για τους γονείς που συνοδεύουν τα παιδιά τους (24,3%, n=25). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (49,5%, n=51) επέλεξε όλες τις αναφερόμενες κοινωνικές ομάδες (Διάγραμμα 6).

Διάγραμμα 7
Αντίδραση σε περιστατικό βίας

Πως αντιδράσατε σε ένα περιστατικό βίας που έχετε δεχτεί;
100 απαντήσεις

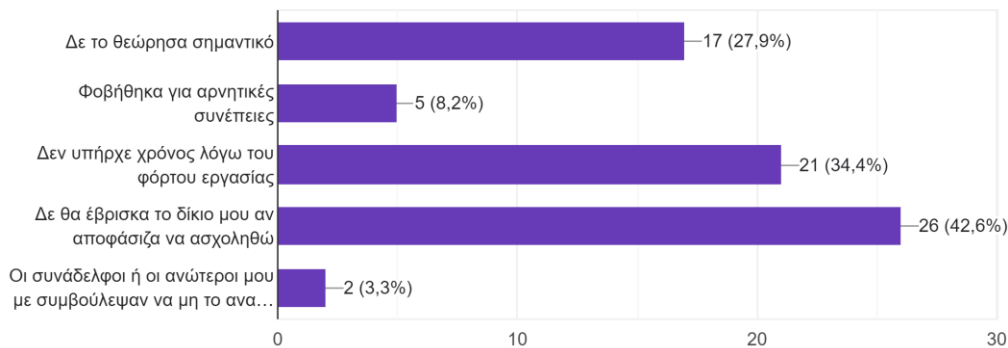


Όσον αφορά την αντίδραση των συμμετεχόντων στα περιστατικά βίας που είχαν βιώσει, στη συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν 100 άτομα, με τη δυνατότητα επιλογής περισσότερων της μίας απαντήσεων. Παρότι υπήρχε η δυνατότητα προσθήκης ανοικτής απάντησης, δεν καταγράφηκαν πρόσθετες επιλογές. Οι μισοί συμμετέχοντες (n=50) ανέφεραν

ότι είτε προσπάθησαν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους είτε ενημέρωσαν κάποιον ανώτερο τους. Επιπλέον, 13 άτομα δήλωσαν ότι δεν προέβησαν σε καμία ενέργεια, ενώ 12 συμμετέχοντες ανέφεραν το περιστατικό στο προσωπικό ασφαλείας του νοσοκομείου (Διάγραμμα 7).

Διάγραμμα 8
Αίτια μη αναφοράς περιστατικών βίας

Εάν δεν αναφέρατε το περιστατικό, για ποιο λόγο το κάνατε;
61 απαντήσεις



Αναφορικά με τους λόγους μη αναφοράς περιστατικών βίας, το 42,6% των συμμετεχόντων (n=26) δήλωσε ότι θεωρούσε πως δεν θα δικαιωνόταν σε περίπτωση που προχωρούσε σε αναφορά. Επιπλέον, το 34,4% (n=21) ανέφερε έλλειψη χρόνου λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας, ενώ το 27,9% (n=17) δήλωσε ότι δεν θεώρησε το περιστατικό σημαντικό. Μικρότερο ποσοστό (8,2%, n=5) ανέφερε φόβο για ενδεχόμενες αρνητικές συνέπειες, ενώ το 3,3% (n=2) δήλωσε ότι αποθαρρύνθηκε από συναδέλφους ή ανώτερους από το να προβεί σε αναφορά (Διάγραμμα 8).

Σε ό,τι αφορά την ύπαρξη διαδικασίας αναφοράς περιστατικών βίας στον χώρο εργασίας, 51 από τους 103 συμμετέχοντες (49,5%) απάντησαν θετικά. Αντίθετα, το 6,8%

(n=7) δήλωσε ότι δεν υφίσταται σχετική διαδικασία, ενώ σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων (43,7%, n=45) ανέφερε ότι δεν γνωρίζει εάν υπάρχει διαδικασία αναφοράς περιστατικών βίας στο νοσοκομείο τους. Σε επόμενη ερώτηση διερευνήθηκε το επίπεδο γνώσης των συμμετεχόντων σχετικά με τη σωστή διαδικασία αναφοράς ενός περιστατικού βίας. Συνολικά απάντησαν 88 άτομα. Από αυτούς, το 40,9% (n=36) δήλωσε ότι δεν γνώριζε καθόλου τη διαδικασία, το 31,8% (n=28) ανέφερε περιορισμένη γνώση, ενώ το 27,3% (n=24) δήλωσε ότι γνωρίζει τη διαδικασία αρκετά καλά.

Σε ερώτηση κλειστού τύπου σχετικά με την ενθάρρυνση αναφοράς περιστατικών βίας, το 69,9% των συμμετεχόντων (n=72) απάντησε ότι υπάρχει ενθάρρυνση για την ανα-

φορά τέτοιων περιστατικών, ενώ το 30,1% (n=31) δήλωσε το αντίθετο. Σε επόμενη ερώτηση, η οποία απευθυνόταν μόνο σε όσους απάντησαν θετικά και δεν ήταν υποχρεωτική, διερευνήθηκε ποιο πρόσωπο ενθαρρύνει την αναφορά περιστατικών βίας. Συνολικά καταγράφηκαν 82 απαντήσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό ανέφερε ότι η ενθάρρυνση προέρχεται από συναδέλφους (62,2%, n=51), ακολούθησαν οι ανώτεροι προϊστάμενοι με 30,5% (n=25), ενώ μικρό ποσοστό (7,3%, n=6) δήλωσε ότι η ενθάρρυνση προέρχεται

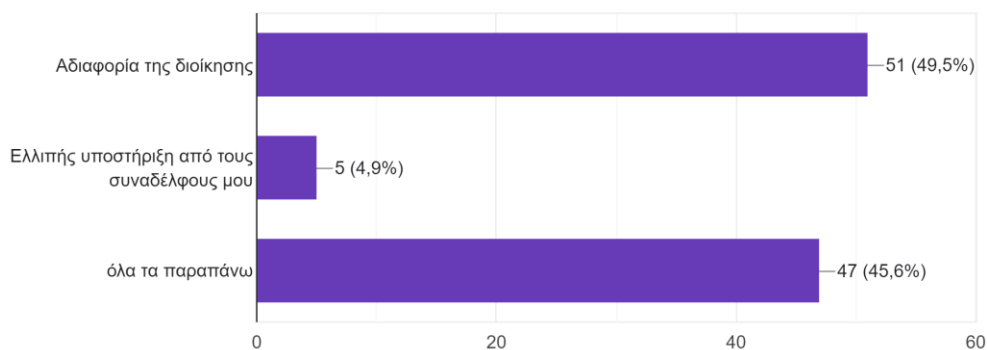
από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Τέλος, αναφορικά με τη στήριξη που παρέχεται από την υπηρεσία του νοσοκομείου κατά τη διαδικασία αναφοράς περιστατικών βίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (35,9%) ανέφερε ότι η υποστήριξη είναι ελάχιστη. Επιπλέον, το 28,2% δήλωσε ότι έλαβε αρκετή υποστήριξη, το 15,5% ότι δεν έλαβε καμία υποστήριξη, ενώ το 20,4% ανέφερε ότι δεν γνώριζε εάν υπήρχε σχετική υποστήριξη.

Διάγραμμα 9

Αιτία μη στήριξης από την υπηρεσία στην αναφορά περιστατικών βίας

Εάν όχι, για ποιο λόγο θεωρείτε ότι συμβαίνει αυτό;

103 απαντήσεις



Η συγκεκριμένη ερώτηση δεν ήταν υποχρεωτική, καθώς αφορούσε μόνο τους συμμετέχοντες που είχαν εκφράσει αρνητική άποψη σχετικά με τη στήριξη από την υπηρεσία κατά την αναφορά περιστατικών βίας. Από αυτούς, 51 άτομα ανέφεραν ότι η ανεπαρκής υποστήριξη οφείλεται στην αδιαφορία της διοίκησης, ενώ μόλις 5 άτομα θεώρησαν ότι σχετίζεται με ελλιπή υποστήριξη από τους συναδέλφους. Επιπλέον, 47 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι και οι δύο παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί (Διάγραμμα 9).

Σε ερώτηση σχετικά με το εάν το φαινόμενο της βίας μπορεί να εξαλειφθεί, απάντησαν και οι 103 συμμετέχοντες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (63,1%, n=65) απάντησε θετικά, θεωρώντας ότι η εξάλειψη του φαινομένου είναι εφικτή. Αντίθετα, το 29,1% (n=30) απάντησε αρνητικά, ενώ το 7,8% (n=8) παρέμεινε ουδέτερο, δηλώνοντας ότι δεν γνωρίζει.

Σε επόμενη ερώτηση, η οποία αφορούσε μόνο όσους απάντησαν θετικά και δεν ήταν υποχρεωτική, διερευνήθηκαν οι τρόποι με τους οποίους θα μπορούσε να εξαλειφθεί το φαινόμενο της βίας. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα επιλογής μίας ή και των δύο προτεινόμενων απαντήσεων. Η πλειονότητα (81,6%, n=84) επέλεξε τόσο τη βελτίωση της εκπαίδευσης του προσωπικού σε χειρισμούς αντιμετώπισης της βίας όσο και την εφαρμογή δραστικών μέτρων από τη διοίκηση για την ενίσχυση της ασφάλειας. Επιπλέον, το 15,5% (n=16) υποστήριξε αποκλειστικά την ανάγκη λήψης αυστηρότερων μέτρων ασφαλείας, ενώ μόλις το 2,9% (n=3) ανέφερε αποκλειστικά τη σημασία της καλύτερης εκπαίδευσης του προσωπικού.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό περιστατικών βίας παρατηρείται κατά τη νυχτερινή βάρδια, εύρημα που συνάδει με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών (Hyland et al., 2016; Gillespie et al., 2013; Gates et al., 2006). Επιπλέον, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα πιο έντονα περιστατικά βίας καταγράφονται στο παθολογικό τμήμα των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, παρουσιάζοντας σημαντική απόκλιση σε σχέση με τα υπόλοιπα τμήματα. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να σχετίζεται με τον ρόλο του παθολογικού τμήματος ως χώρου άτυπης διαλογής, γεγονός που συνεπάγεται αυξημένη επαφή με ασθενείς και συνοδούς. Τα περιστατικά βίας στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών αφορούν τόσο ασθενείς όσο και τους συνοδούς τους, εύρημα που επιβεβαιώνεται από προηγούμενες μελέτες, οι οποίες αναδεικνύουν ως σημαντικό παράγοντα εκδήλωσης βίας την κατανάλωση αλκοόλ ή τη χρήση ναρκωτικών ουσιών (Ramacciati et al., 2018; Wolf et al., 2014; Morphet et al., 2014; Pich et al., 2010).

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι οι λόγοι για τους οποίους ασθενείς ή συνοδοί προβαίνουν σε άσκηση βίας σχετίζονται κυρίως με τον συνωστισμό, την καθυστέρηση στον χρόνο αναμονής και την απαίτηση για προσωπική φροντίδα. Τα ευρήματα αυτά ευθυγραμμίζονται με προηγούμενες μελέτες, οι οποίες καταδεικνύουν ότι οι οργανωτικοί και λειτουργικοί παράγοντες των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών συμβάλλουν σημαντικά στην εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών (Ramacciati et al., 2018; Brophy et al., 2018; Speroni et al., 2014; Morphet et al., 2014; Angland et al., 2013; Emergency Nurses Association, 2011).

Αναφορικά με την παρουσία προσωπικού ασφαλείας, παρότι οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε μεγάλο ποσοστό ότι υφίσταται σχετική κάλυψη, ωστόσο αυτή αξιολογήθηκε ως ανεπαρκής. Η ελλιπής ασφάλεια αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση βίας κατά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, στοιχείο που επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία (Ramacciati et al., 2018; Brophy et al., 2018; Speroni et al., 2014).

Επιπλέον, οι διαδικασίες και οι απαιτήσεις αναφοράς περιστατικών βίας διαφοροποιούνται μεταξύ των νοσοκομείων, όπως και οι μορφές βίας που θεωρούνται αναγκαία να αναφέρονται. Η μη αναφορά περιστατικών συχνά συνδέεται με μια εργασιακή κουλτούρα που αντιμετωπίζει τη βία ως αναμενόμενο μέρος της επαγγελματικής πρακτικής (Brophy et al., 2018; Manton, 2017; Speroni et al., 2014).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η βία αποτελεί διαχρονικό και παγκόσμιο φαινόμενο και ορίζεται ως η σκόπιμη χρήση σωματικής δύναμης ή εξουσίας, απειλούμενης ή πραγματικής, εναντίον του εαυτού, άλλων ατόμων ή ομάδων, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε τραυματισμό,

θάνατο, ψυχολογική βλάβη ή στέρηση (WHO, 2002). Η βία μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως λεκτική και συναισθηματική κακοποίηση, σωματική επίθεση, απειλές, παρενόχληση και ανεπιθύμητες σεξουαλικές προσεγγίσεις (Roche et al., 2010).

Η βία στον χώρο της υγείας εμφανίζεται σήμερα πιο δι-αδεδομένη σε σύγκριση με οποιοδήποτε άλλο επαγγελματικό περιβάλλον, με τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε βίαιες συμπεριφορές σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες (WHO, 2020; OSHA, 2016). Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η βία μπορεί να προέρχεται από ασθενείς, συγγενείς, επισκέπτες ή ακόμη και από συναδέλφους (Roche et al., 2010). Η βία που υποκινείται από ασθενείς ή τις οικογένειές τους ορίζεται ως κάθε περιστατικό σωματικής, σεξουαλικής, λεκτικής, συναισθηματικής ή ψυχολογικής επιθετικότητας, κατά το οποίο οι εργαζόμενοι στην υγεία υφίστανται κακοποίηση, απειλή ή επίθεση στον χώρο εργασίας τους (OSHA, 2016; Stevenson et al., 2015).

Οι πράξεις σωματικής βίας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, ανεπιθύμητες σεξουαλικές προσεγγίσεις, γροθιές, χαστούκια, δαγκώματα, πνιγμό, σπρωξιματα, κλωτσιές, τράβηγμα μαλλιών, φτύσιμο, καθώς και καταστροφή προσωπικής περιουσίας ή ρίψη αντικειμένων (Speroni et al., 2014; Emergency Nurses Association, 2011). Αντίστοιχα, η λεκτική βία περιλαμβάνει ανεπιθύμητη σεξουαλική γλώσσα ή υπονοούμενα, γελοιοποίηση, ταπείνωση, απειλές σωματικής βίας ή νομικών ενεργειών, βρισιές και φωνές (Speroni et al., 2014; Emergency Nurses Association, 2011).

Ιστορικά, οι πράξεις βίας κατά των εργαζομένων στην υγεία από το κοινό έχουν τεκμηριωθεί ήδη από τις αρχές του 19ου αιώνα (Whelan, 2008). Η βία στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα και έχει χαρακτηριστεί ως ζήτημα δημόσιας υγείας με διαστάσεις επιδημίας (Kingma, 2001). Όπως επισημαίνει ο Manton (2017), η βία στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, αν και παλαιότερα θεωρούνταν σπάνια, σήμερα αποτελεί συχνό φαινόμενο, με αυξανόμενη κοινωνική ανοχή και αποδοχή. Ως εκ τούτου, η άσκηση της νοσηλευτικής πρακτικής συνεπάγεται πλέον την αποδοχή αυξημένου κινδύνου προσωπικής βίας (Manton, 2017). Η εντεινόμενη αυτή πραγματικότητα έχει σοβαρές συνέπειες, όπως επαγγελματική εξουθένωση, αποχώρηση εργαζομένων από το επάγγελμα, δυσκολία στελέχωσης και συνολική υποβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και του εργασιακού περιβάλλοντος (Kingma, 2001).

Οι τρέχοντες οργανωτικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη κατά τη μελέτη της βίας ασθενών (Brophy et al., 2018). Από οργανωτική άποψη, η ακατάλληλη στελέχωση, οι υψηλές εναλλαγές και οι ελλείψεις προσωπικού σε βάρδιες δημιουργούν ένα περιβάλλον επιρρεπές στη βία από ασθενείς (Brophy et al.,

2018). Επιπλέον, τα ελλείμματα στον αριθμό, την εκπαίδευση και το εύρος πρακτικής του προσωπικού ασφαλείας αποτελούν συχνές πραγματικότητες εντός των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Brophy et al., 2018; Manton, 2017), παρά τον ουσιαστικό τους ρόλο στη διατήρηση της ασφάλειας εντός των νοσοκομείων (Gillespie et al., 2013; Gates et al., 2006). Δυστυχώς, δεν υποστηρίζεται δεόντως όλο το προσωπικό που εργάζεται στα νοσοκομεία από αυτά τα ζωτικά μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Οι νοσηλευτές κινδυνεύουν περισσότερο να βιώσουν βία που ασκείται από ασθενείς από οποιοδήποτε άλλο εργαζόμενο στην υγεία, επειδή οι νοσηλευτές παρέχουν πιο άμεση φροντίδα στους ασθενείς (WHO, 2020). Η κοινωνική εικόνα των νοσηλευτών, η οποία τους τοποθετεί σε χαμηλότερη θέση στην ιεραρχία των επαγγελματιών υγείας, αυξάνει επίσης τον κίνδυνο βίας (Ramacciati et al., 2018).

Σύμφωνα με τον Ramacciati και τους συνεργάτες (2018), η νοσηλευτική εξακολουθεί να θεωρείται, σε ορισμένους κοινωνικούς χώρους, ως ένα υποδεέστερο επάγγελμα, γεμάτο με άτομα που ακολουθούν εντολές. Έρευνα από αυτούς τους συγγραφείς υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές δεν είναι τόσο σεβαστοί όσο οι γιατροί, με αποτέλεσμα οι ασθενείς ή οι συγγενείς να συμπεριφέρονται άσχημα απέναντί τους επειδή δεν θεωρούνται βασικά στοιχεία για τον καθορισμό των αποτελεσμάτων των ασθενών (Ramacciati et al., 2018). Στη μελέτη του Zhang (2017), οι νοσηλευτές ανέφεραν συχνότητα λεκτικής βίας 61%, σωματικής βίας 26% και σεξουαλικής βίας 3%. Ο σωματικός τραυματισμός εμφανίζεται στο 13% περίπου των περιστατικών όπου οι ασθενείς είναι βίαιοι προς τους νοσηλευτές (ENA, 2011).

Οι επιπτώσεις της βίας των ασθενών στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών είναι αξιοσημείωτες, αλλά ποικίλες. Μετά την έκθεση στη βία από τον ασθενή, οι νοσηλευτές παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα υπερδιέγερσης, τα οποία εκδηλώνονται με εχθρότητα, ευερεθιστότητα, θυμό και άγχος (Gates et al., 2011). Αυτά τα συμπτώματα υπερδιέγερσης επηρεάζουν αρνητικά τις θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις νοσηλευτή-ασθενούς, επηρεάζοντας την ικανότητα του νοσηλευτή να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και ενσυναίσθηση στους ασθενείς του (Gates et al., 2011). Άλλες ψυχολογικές και συναισθηματικές συνέπειες της βίας των ασθενών περιλαμβάνουν φόβο, απογοήτευση, εξάντληση, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αποστασιοποίηση.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνουν οι νοσηλευτές μετά από έκθεση σε βία από ασθενείς ενδέχεται να οδηγήσουν στην εμφάνιση ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών (Yang et al., 2018; Hassankhani et al., 2017; Lanctôt & Guay, 2014). Οι επιπτώσεις αυτές συνδέονται με αυξημένη απουσία από την εργασία, μειωμένη αυτοπεποίθηση κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και με έλλειψη κινήτρων

και επαγγελματικής δέσμευσης (Hassankhani et al., 2017; Stevenson et al., 2015; Baby et al., 2014). Επιπλέον, οι νοσηλευτές που βιώνουν ψυχολογική δυσφορία ως αποτέλεσμα βίαιων περιστατικών εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα διάπραξης ιατρικών λαθών και μειωμένη εργασιακή αποδοτικότητα, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την ασφάλεια των ασθενών και τη συνολική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Hassankhani et al., 2017; Speroni et al., 2014; Zuzelo et al., 2012).

Σύμφωνα με τον Koller (2016), τα ήρεμα, ξεκούραστα και ήσυχα περιβάλλοντα θεωρούνται τα πλέον κατάλληλα για τον μετρισμό του κινδύνου βίας από ασθενείς. Αντιθέτως, τα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών χαρακτηρίζονται από έντονη κινητικότητα, αυξημένο φόρτο εργασίας, άγχος και συχνά απρόσωπες συνθήκες, στοιχεία που ευνοούν την εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων (Koller, 2016). Η ίδια η οργανωτική και χωροταξική δομή των ΤΕΠ λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας, ενισχύοντας τον θυμό και την επιθετικότητα των ασθενών, οι οποίοι ενδέχεται να στραφούν βίαια κατά του προσωπικού (Eriksson et al., 2018). Επιπλέον, έχει καταγραφεί ότι τα περιστατικά βίας εμφανίζονται συχνότερα κατά τις απογευματινές και νυχτερινές ώρες, εύρημα που επιβεβαιώνεται από πρόσφατες και παλαιότερες μελέτες (Hyland et al., 2016; Gillespie et al., 2013; Gates et al., 2006). Κατά τις ώρες αυτές, αυξάνεται η προσέλευση ασθενών λόγω μέθης ή τραυματισμών, καταστάσεις που συνδέονται στενά με την εκδήλωση επιθετικών και βίαιων συμπεριφορών (Darawad et al., 2015; Gillespie et al., 2013).

Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Το δείγμα προήλθε από ένα μόνο τριτοβάθμιο νοσοκομείο και επιλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η χρήση αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου ενδέχεται να εισάγει μεροληψία ανάκλησης ή κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις. Τέλος, η εφαρμογή αποκλειστικά περιγραφικής στατιστικής δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιολογικών συσχετίσεων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βία αποτελεί σοβαρό επαγγελματικό κίνδυνο για τους νοσηλευτές στον χώρο εργασίας, με όσους απασχολούνται στα Τμήματα Επείγοντων Περιστατικών να διατρέχουν ιδιαίτερα αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε βίαιες συμπεριφορές από ασθενείς και τους συνοδούς τους. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν τις σημαντικές επιπτώσεις της βίας στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών και στην επαγγελματική τους πρακτική, καθώς τα βίαια περιστατικά προκαλούν έντονη ψυχολογική επιβάρυνση και υπονομεύουν το αίσθημα ασφάλειας στον χώρο εργασίας. Παράλληλα, οι

συμμετέχοντες επισήμαναν ελλείψεις στην εφαρμογή των υφιστάμενων μέτρων ασφάλειας, ασυνεπή εμπλοκή της διοίκησης, καθώς και ασάφεια ως προς τις διαδικασίες αναφοράς περιστατικών βίας, ενώ η παρεχόμενη υποστήριξη κρίθηκε ανεπαρκής. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί ότι το φαινόμενο της βίας μπορεί να περιοριστεί ή και να εξαλειφθεί μέσω στοχευμένης εκπαίδευσης του προσωπικού και της ενίσχυσης των μέτρων ασφάλειας, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ουσιαστικές παρεμβάσεις από τη διοίκηση για την προστασία των επαγγελματιών υγείας.

Συμπερασματικά συγγραφέων

A.E., Π.Μ., Π.Π., είχαν την ευθύνη και συμμετείχαν στον σχεδιασμό της μελέτης.

N.M., K.K., συνέλαβαν στην συλλογή και ανάλυση των δεδομένων.

M.Θ., συμμετείχε στην συγγραφή της εργασίας και στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

Όλοι οι συγγραφείς ενέκριναν την υποβολή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Angland, S. et al. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22(3), 134-139.
- Ashton, R.A. et al. (2018). A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing*, 39.
- Baby, M. et al. (2014). 'Violence is not part of our job': A thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647-655.
- Brecher, D. (2014). Emergency Nursing Practice...It's Time We Own it for Our Patient's Safety. *Journal of Emergency Nursing*, 40.
- Becher, J. & Visovsky, C. (2012). Horizontal violence in nursing. *MEDSURG Nursing*, 21.
- Brophy, J.T. et al. (2018). Assaulted and unheard: violence against healthcare staff. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27, 581-606.
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. 3rd Edition, Oxford University Press., New York.
- Calder, L.A. et al. (2010). Adverse events among patients registered in high-acuity areas of the emergency department: a prospective cohort study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 12, 421-430.
- Center for Disease Control (2002). Violence: Occupational Hazards in Hospitals. Cincinnati: National Institute of Occupational Safety and Health, 1-15. Ανάκλιση από: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/default.html>
- Darawad, M.W. et al. (2015). Violence against nurses in emergency departments in Jordan: Nurses' perspective. *Workplace Health & Safety*, 63(1), 9-17.
- Emergency Nurses Association (2011). Institute for Emergency Nursing Research. Emergency Department Violence Surveillance Study. Ανάκλιση από: <http://www.ena.org/IENR/Documents/ENAEDVSRportNovember2011>.
- Eriksson, J. et al. (2018). Registered nurses' perceptions of safe care in overcrowded emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 27.
- Ferns, T. (2007). Factors that influence aggressive behaviour in acute care settings. *Nursing Standard*, 21(33), 41-46.
- Gaafar, N. & Hemmeda, L. (2022). Violence Against Healthcare Workers in Haj El-Safi Teaching Hospital, Sudan: A Cross-Sectional Study. Ανάκλιση από: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-1815105/v1/9a7dc562-0c8f-412b-8769-4089c7a579f0.pdf?c=1657041584>.
- Gates, D.M. et al. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31, 331-337.
- Gates, D.M. et al. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics*, 29(2), 59-66.
- Gillespie, G.L. et al. (2010). Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), 177-184.
- Gillespie, G.L. et al. (2013). Stressful incidents of physical violence against emergency nurses. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1), 76-72.
- Hassankhani, H. et al. (2018). The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 39, 20-25.
- Hyland, S. et al. (2016). Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behaviour: A multimethod study. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 19(3), 143-148.
- Jacob, J.D. et al. (2014). Structural Othering: towards an understanding of place in the construction of disruptive subjectivities. In D. Holmes et al. (eds.). *Power and the Psychiatric Apparatus: Repression, Transformation and Assistance*. Surrey: Ashgate.
- Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *International Nursing Review*, 48(3), 129-130.
- Koller, L.H. (2016). It could never happen here: Promoting violence prevention education for emergency department nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(8), 356-360.
- Kowalenko, T. et al. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *The American Journal of Emergency Medicine*, 31(1), 197-205.
- Lancôt, N. & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence

- among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501.
- Lau, J.B.C. et al. (2012). Violence in the emergency department: an ethnographic study (part I). *International Emergency Nursing*, 20(2), 69-75.
- Lyneham, J. (2001). Violence in New South Wales emergency departments. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 8-20.
- Manton, A. (2017). The issue of violence in the emergency setting. *Journal of Emergency Nursing*, 43(6), 495-496.
- Mitchell, M.L. & Jolley, J.M. (2007). *Research Design Explained*. Belmont: Wadsworth.
- Morphet, J. et al. (2014). At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: Perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review*, 38(2), 194-201.
- Occupational Safety and Health Administration (2016). Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers. Washington, DC:US Department of Labor, 1-60. Ανακτήθηκε από: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>.
- Pati, D. et al. (2016). Security implications of physical design attributes in the emergency department. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 50-63.
- Pich, J. et al. (2010). Patient related violence against emergency department nurses. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 268-274.
- Ramacciati, N. et al. (2018). Violence towards emergency nurses. The Italian national survey 2016: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 21-29.
- Robson, C. & McCartan, K. (2015). *Real World Research*. New York: Wiley.
- Roche, M. et al. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13-22.
- Sawatzky, J.A.V. & Enns, C.L. (2012). Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 696-707.
- Schmidt, M.J. et al. (2019). Workplace violence in health care: An overview and practical approach for prevention. *Psychiatric Annals*, 49(11), 482-486.
- Speroni, K.G. et al. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing*, 40(3), 218-228.
- Stevenson, K.N. et al. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14.
- Thomas, S.P. & Burk, R. (2009). Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nursing Outlook*, 57(4), 226-231.
- Tonso, M.A. et al. (2016). Workplace violence in mental health: A Victorian mental health workforce survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 444-451.
- Whelan, T. (2008). The escalating trend of violence toward nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 34(2), 130-133.
- Wolf, L.A. et al. (2014). Nothing changes, nobody cares: Understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing care. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 305-310.
- World Health Organization (2002). *The world report on violence and health*. Geneva. The Lancet, 1- 360
- World Health Organization (2020). *Violence against health workers. Violence and Injury Prevention*.
- Ανακτήθηκε από: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/
- Yang, B.X. et al. (2018). Incidence, type, related Factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 31-38. Zhan
-

Violence Against the Medical and Nursing Staff in the Emergency Department

Eirini Aggelidou¹, Manousos Pramateftakis², Maria Natsiou¹, Theodora Mintsi³, Konstantia Kotsani⁴, Parthenopi Pantelidou⁵

1. RN, MSc, Nurse, Cardiothoracic Intensive Care Unit, University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

2. MD, PhD, Associate Professor of Surgery, Aristotle University of Thessaloniki

3. RN, MSc, Head Nurse, Cardiothoracic Intensive Care Unit, University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

4. RN, PGDip (Ped), Specialist Nurse CVICU, USA, MSc, PhD(c), Head of the Education Office, University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

5. RN, BSN, MPH, PhD, Director of Nursing Services, University General Hospital of Thessaloniki AHEPA

ABSTRACT

Introduction: Emergency department nurses are at increased risk of becoming the primary victims of patient violence compared to other clinicians working in the emergency setting. Nurses who experience patient violence may suffer from psychological, emotional, cognitive, and social consequences, which can change how they engage in their daily work and their professions. While there is research exploring how emergency department nurses experience patient violence, less is known about how patient violence affects their practice.

Aim: The aim of this research is to explore the phenomenon of violence in Emergency Departments, the attitude of doctors and nurses in dealing with the phenomenon, and the consequences of violence in the workplace.

Methodology: A quantitative descriptive study was conducted using an anonymous self-completed questionnaire of 26 questions among doctors and nurses working in the Emergency Department in a tertiary hospital in Northern Greece. One hundred three people participated in the survey. Statistical analysis was done with the SPSS 26 IBM statistical package at significant level $\alpha = 0.05$.

Results: The results revealed a high incidence of violence in Emergency Departments, mainly verbal, perpetrated by patients and relatives. Incidents occurred more frequently during night shifts and in medical units. Insufficient security measures and underreporting of violent events were identified as major concerns affecting healthcare professionals.

Conclusions: Violence in Emergency Departments represents a serious occupational hazard, negatively affecting staff mental health and professional practice, highlighting the need for targeted training and strengthened security measures to protect healthcare professionals.

Keywords: violence, attitudes of health professionals, strategies to deal with the phenomenon of violence.

Corresponding author:

Eirini Aggelidou

Email: eiriniaggelidou2@gmail.com

Citation: Aggelidou E., Pramateftakis M., Natsiou M., Mintsi Th., Kotsani K., Pantelidou P. (2025). Violence Against the Medical and Nursing Staff in the Emergency Department. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 7-19, <https://doi.org/10.24283/hjns.202542>

Translation, Cultural Adaptation, and Validation of the Nurse Self-Concept Questionnaire (NSCQ) for Greek Registered Nurses Working in Public Hospitals

**Manolis Mentis¹, Christos Marneras², Antony Salachas³, Fotios Tatsis⁴,
Mary Gouva⁴, Georgia Konstantopoulou⁵**

1. Department of Educational Sciences and Social Work, University of Patras, Patras, Greece;

2. Department of Nursing, University of Patras, Patras, Greece;

3. Department of Public and Community Health, University of West Attica, Athens, Greece;

4. Department of Nursing, University of Ioannina, Ioannina, Greece

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Introduction: The Nurse Self-Concept Questionnaire (NSCQ) is a widely used instrument designed to measure nurses' self-concept across professional domains. Although validated in various countries across the world, showing strong psychometric properties, no Greek version existed prior to this study. Understanding nurses' self-concept is essential, as it influences job satisfaction, professional performance, and the quality of patient care. Therefore, the development of a valid Greek version is important for both clinical practice and nursing education.

Aim: This study aimed to translate, culturally adapt, and validate the NSCQ for use among Greek registered nurses working in public hospitals, following methodological guidelines to ensure accuracy, reliability, and overall applicability within the Greek nursing and healthcare context.

Methodology: The present study followed standard cross-cultural validation procedures, including forward-backward translation, expert panel review, and also pilot testing. The final version was administered to 762 registered nurses employed in various public hospitals across Greece. Participants represented diverse regions and hospital departments, ensuring an adequate and representative sample. Exploratory factor analysis (EFA) and reliability testing were performed to assess construct validity and internal consistency.

Results: Sampling adequacy was excellent ($KMO = 0.91$; Bartlett's $\chi^2(276) = 5123.7$, $p < .001$). The five-factor model demonstrated strong conceptual coherence and accounted for 68.3% of the total variance. Cronbach's alpha for the total scale was 0.94, indicating excellent reliability. All subscales showed $\alpha > 0.85$, confirming strong internal consistency. Moderate correlations were found between self-concept and demographic variables such as years of experience ($r = .29$, $p < .01$) and education level ($r = .22$, $p < .05$).

Conclusions: The Greek version of the NSCQ demonstrated strong psychometric properties and is a valid and reliable instrument for assessing nurses' self-concept in Greek public hospitals. It provides a valuable tool for research, professional development, and improving nursing practice in Greece.

Keywords: Nurse Self-Concept; Validation; Greece; Psychometrics; Factor Analysis

Corresponding Author: Marneras Christos

Email: marneras@upatras.gr

Citation: Mentis M., Marneras Chr., Salachas A., Tatsis F., Gouva M., Konstantopoulou G. (2025). Translation, Cultural Adaptation, and Validation of the Nurse Self-Concept Questionnaire (NSCQ) for Greek Registered Nurses Working in Public Hospitals. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 20-24, <https://doi.org/10.24283/hjns.202543>

INTRODUCTION

Nursing is a cornerstone of modern healthcare systems and represents one of the most socially significant and ethically demanding professions worldwide. Nurses play a pivotal role not only in providing direct patient care but also in coordinating multidisciplinary teams, advocating for patients, and ensuring the continuity and quality of healthcare delivery. Beyond technical expertise, nursing practice requires a strong professional identity and confidence in one's abilities—attributes that shape decision-making, interpersonal communication, and the overall quality of care¹.

The concept of self-concept in nursing refers to the perceptions nurses hold about their professional abilities, values, and competence^{2,3}. A strong nurse self-concept has been linked to higher job satisfaction, professional engagement, and clinical performance, as well as lower burnout and turnover intentions⁴. It reflects how nurses perceive their own professional worth, competence, and effectiveness, and therefore constitutes a key psychological component of nursing professionalism and resilience.

The Nurse Self-Concept Questionnaire (NSCQ), originally developed by Cowin², is a 24-item instrument designed to measure these multidimensional aspects of nurses' self-concept across four domains: nurse general, care, communication, and knowledge. Since its development, the NSCQ has been widely validated in diverse cultural and professional contexts, including Australia⁵, Japan⁴, Iran⁶, and most recently Portugal⁷. These studies consistently highlight the NSCQ as a robust and adaptable measure of professional self-perception and identity among nurses.

However, despite its international use, a Greek adaptation of the NSCQ has not previously been available⁸. Given the unique cultural, educational, and professional characteristics of Greek nursing—such as hierarchical hospital structures, strong collegial traditions, and evolving professional autonomy—translating and validating the NSCQ for Greek nurses is essential. Understanding how Greek nurses perceive themselves professionally can provide valuable insights into workforce development, continuing education, and job satisfaction.

Therefore, the present study aimed to translate, culturally adapt, and validate the NSCQ for use among Greek registered nurses working in public hospitals, and to explore potential structural variations compared with the original four-factor model.

METHODS

The Department of Educational Sciences and Social Work (University of Patras, Greece) ethically approved this research (protocol number: 55623) on 24/07/2024. A cross-sectional methodological design was employed. A total of 762 registered nurses employed in Greek public hospitals participated. Inclusion criteria were: (a) holding

a valid nursing license, and (b) working in a clinical role for at least one year. Participation was voluntary and anonymous.

The translation process followed internationally recognized guidelines⁹: forward translation by two bilingual translators, synthesis, backward translation, expert panel review, and pilot testing with 30 nurses. The NSCQ consists of 24 items rated on a 5-point Likert scale (1 = strongly disagree to 5 = strongly agree). Higher scores indicate a more positive professional self-concept.

Data were analyzed using SPSS v.29. Internal consistency was assessed via Cronbach's alpha. Construct validity was tested through Exploratory Factor Analysis (EFA) with principal axis factoring and oblimin rotation. Sampling adequacy was examined with KMO and Bartlett's test. Correlations with demographic variables were evaluated using Pearson's or Spearman's coefficients.

RESULTS

Participants' mean age was 38.6 years (SD = 8.7), with 81% female. The average professional experience was 12.3 years (SD = 7.5); 23% held a postgraduate degree, and 14% occupied managerial positions. As for sampling adequacy, KMO = 0.91; and Bartlett's $\chi^2(276) = 5123.7$, $p < .001$. Cronbach's α (Total Scale) was 0.94, and subscale α ranged between 0.85–0.91. EFA revealed a five-factor structure explaining 68.3% of total variance. The fifth factor represented Professional Esteem, distinct from General Nurse Self-Concept. Correlations: Years of experience ($r = .29$, $p < .004$), education level ($r = .22$, $p < .031$), managerial role ($r = .25$, $p < .016$) positively associated with self-concept. No gender difference observed. A detailed presentation of the findings can be viewed in Tables 1, 2, and 3.

DISCUSSION

The Greek NSCQ demonstrated excellent psychometric properties, confirming its suitability for use among Greek nurses. Reliability coefficients ($\alpha = .94$ overall) align with prior studies such as Cowin⁵ ($\alpha = .92$) and Shafakhah et al.⁴ ($\alpha = .93$). The emergence of a fifth factor—Professional Esteem—suggests a cultural emphasis on social image and professional prestige, consistent with findings in other non-Western contexts^{4,10}.

Correlations between NSCQ scores and demographic factors support the premise that self-concept develops through professional maturity and recognition^{11,12}. Overall, the Greek NSCQ retains the conceptual integrity of the original instrument while capturing culturally specific nuances.

Comparison with other validation studies

Our findings align closely with recent cross-cultural validations of the NSCQ, and most notably with the Portuguese student validation⁷. Both studies arrived at

a five-factor solution from an initial pool reduced to 24 items, and both reported excellent internal consistency (Greek study: Cronbach's $\alpha = .94$; Almeida et al.: total $\alpha = .927$). Sampling adequacy and suitability for factor analysis were similarly strong (Greek KMO = .91, Bartlett's $\chi^2(276) = 5123.7, p < .001$; Portuguese KMO = .926, Bartlett's $\chi^2 = 5045.15, p < .001$), and the amount of explained variance was comparable (Greek $\approx 68.3\%$; Portuguese 67.7%). These parallels provide convergent evidence that the NSCQ's core construct is robust across different Iberian and Mediterranean contexts.

There are, however, important differences that help interpret the small structural deviations observed. Almeida et al.⁷ validated the Pt-NSCQ with undergraduate nursing students ($N = 216$) and reported additional confirmatory analyses (CFA: CFI = .937, $\chi^2/df = 1.81$, RMSEA = .061, RMR = .042), supporting good model fit in that sample. By contrast, our Greek validation used a larger sample of practicing registered nurses in public hospitals ($N = 762$). The emergence in our analysis of a distinct "Professional Esteem" factor—separated from the more general nurse self-concept—may reflect differences in sample composition (students versus practicing clinicians), professional socialization, and workplace experience: clinical exposure, managerial responsibilities and public visibility of the nursing role likely shape aspects of professional esteem that are less salient among students. Cultural and health-system differences (e.g., professional status, hierarchical structures, public recognition of nursing) may further accentuate or re-configure how items cluster¹³.

Taken together, the Portuguese and Greek validations indicate strong and consistent psychometric performance of the NSCQ across populations, while also illustrating that factor structure can shift subtly depending on sample characteristics and cultural context. Practically, this argues for (a) treating the NSCQ as a stable instrument for cross-national comparison of nurse self-concept, and (b) continuing to use both EFA and CFA approaches when adapting the scale to new settings¹⁴. For the Greek version, a formal CFA (using the present large sample) and multi-group analyses comparing students versus practicing nurses would be logical next steps to confirm the five-factor structure and to test measurement invariance across educational and professional subgroups.

CONCLUSION

The Greek version of the NSCQ is a valid, reliable, and culturally relevant tool for assessing nurses' professional self-concept in Greece. Its strong psychometric properties support its application in both research and clinical practice, enabling cross-cultural comparisons and professional development planning.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest that could influence the research presented in this paper.

Funding

No funding was received for this research.

Table 1. Sampling adequacy measures and Chronbach's α

Measure	Value	Interpretation
KMO	0.91	Excellent sampling adequacy
Bartlett's Test of Sphericity	$\chi^2(276) = 5123.7, p < .001$	Significant correlation matrix
Cronbach's α (Total Scale)	0.94	Excellent internal consistency
Subscale α (range)	0.85 – 0.91	Strong reliability across factors

Table 2. Exploratory factor analysis (EFA)

Factor	Example Items	Loadings Range
Professional Practice	"I am skilled in clinical decision-making"	.72–.84
Caring	"I provide compassionate care to patients"	.69–.81
Communication	"I communicate effectively with patients and colleagues"	.70–.85
Knowledge and Leadership	"I can guide junior nurses effectively"	.68–.80
Professional Esteem	"I am proud to be a nurse"	.71–.83

Table 3. Correlations with demographic variables

Variable	r	p-value	Interpretation
Age	.18	.041	Small positive relationship
Years of Experience	.29	.004	Moderate positive relationship
Educational Level	.22	.031	Higher education linked to higher self-concept
Managerial Role	.25	.016	Supervisory nurses had higher scores
Gender	ns	—	No significant difference

DISCUSSION

The Greek NSCQ demonstrated excellent psychometric properties, confirming its suitability for use among Greek nurses. Reliability coefficients ($\alpha = .94$ overall) align with prior studies such as Cowin⁵ ($\alpha = .92$) and Shafakhah et al.⁴ ($\alpha = .93$). The emergence of a fifth factor—Professional Esteem—suggests a cultural emphasis on social image and professional prestige, consistent with findings in other non-Western contexts^{4,10}.

Correlations between NSCQ scores and demographic factors support the premise that self-concept develops through professional maturity and recognition^{11,12}. Overall, the Greek NSCQ retains the conceptual integrity of the original instrument while capturing culturally specific nuances.

Comparison with other validation studies

Our findings align closely with recent cross-cultural validations of the NSCQ, and most notably with the Portuguese student validation⁷. Both studies arrived at a five-factor solution from an initial pool reduced to 24 items, and both reported excellent internal consistency (Greek study: Cronbach's $\alpha = .94$; Almeida et al.: total $\alpha = .927$). Sampling adequacy and suitability for factor analysis were similarly strong (Greek KMO = .91, Bartlett's $\chi^2(276) = 5123.7$, $p < .001$; Portuguese KMO = .926, Bartlett's $\chi^2 = 5045.15$, $p < .001$), and the amount of explained variance was comparable (Greek $\approx 68.3\%$; Portuguese 67.7%). These parallels provide convergent evidence that the NSCQ's core construct is robust across different Iberian and Mediterranean contexts.

There are, however, important differences that help interpret the small structural deviations observed. Almeida et al.⁷ validated the Pt-NSCQ with undergraduate nursing students ($N = 216$) and reported additional confirmatory analyses (CFA: CFI = .937, $\chi^2/df = 1.81$, RMSEA = .061, RMR = .042), supporting good model fit in that sample. By contrast, our Greek validation used a larger sample of practicing registered nurses in public hospitals ($N = 762$). The emergence in our analysis of a distinct "Professional Esteem" factor—separated from the more general nurse self-concept—may reflect differences in sample composition (students versus practicing clinicians), professional socialization, and workplace experience:

clinical exposure, managerial responsibilities and public visibility of the nursing role likely shape aspects of professional esteem that are less salient among students. Cultural and health-system differences (e.g., professional status, hierarchical structures, public recognition of nursing) may further accentuate or re-configure how items cluster¹³.

Taken together, the Portuguese and Greek validations indicate strong and consistent psychometric performance of the NSCQ across populations, while also illustrating that factor structure can shift subtly depending on sample characteristics and cultural context. Practically, this argues for (a) treating the NSCQ as a stable instrument for cross-national comparison of nurse self-concept, and (b) continuing to use both EFA and CFA approaches when adapting the scale to new settings¹⁴. For the Greek version, a formal CFA (using the present large sample) and multi-group analyses comparing students versus practicing nurses would be logical next steps to confirm the five-factor structure and to test measurement invariance across educational and professional subgroups.

CONCLUSION

The Greek version of the NSCQ is a valid, reliable, and culturally relevant tool for assessing nurses' professional self-concept in Greece. Its strong psychometric properties support its application in both research and clinical practice, enabling cross-cultural comparisons and professional development planning.

Conflict of interest

The authors declare that there are no conflicts of interest that could influence the research presented in this paper.

Funding

No funding was received for this research.

REFERENCES

1. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review* 2014; 59:562–569.
 2. Cowin LS. Measuring nurses' self-concept. *Western Journal of Nursing Research* 2001; 23:313–325.
 3. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70:295–309.
 4. Takase M, Yamashita N, Oba K. Nurses' self-concept and the factors affecting it: A cross-sectional study of Japanese nurses. *BMC Nursing* 2013; 12.
 5. Cowin L. The effects of nurses' job satisfaction on retention: an Australian perspective. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 2002; 32:283–291.
 6. Shafakhah M, Zarshenas L, Sharif F, Sabet Sarvestani R. The development and psychometric evaluation of the Persian version of the Nurse Self-Concept Questionnaire. *Journal of Nursing Measurement* 2018; 26:547–563.
 7. Almeida Â, Mendes F, Viana V, Santos, J. Translation, cultural adaptation and psychometric validation of the Portuguese version of the Nurse Self-Concept Questionnaire (NSCQ). *BMC Nursing* 2024; 23:211.
 8. Mackintosh C. Caring: The socialisation of pre-registration student nurses: A longitudinal qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43:953–962.
 9. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25:3186–3191.
 10. Karabacak Ü, Serbest S, Kanbay Y, Aslan Ö, Taşkıran N. Adaptation of the Nurse Self-Concept Questionnaire into Turkish: Validity and reliability study. *Nurse Education Today* 2019; 73:95–101.
 11. Arthur D, Pang S, Wong T, Alexander MF, Drury J, Eastwood H, Johansson I, Noh CH, Whitby E. Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of Registered Nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies* 1999, 36:387–396.
 12. Mackie J. Exploring the relationship between nurse self-concept, job satisfaction, and burnout in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2021; 30:1341–1352.
 13. Cowin LS, Hengstberger-Sims C. New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006, 43:59–70.
 14. Lai HL, Kao MT. Nurse self-concept, work-related stress, and intention to leave: A structural equation modeling approach. *Journal of Nursing Research* 2006; 14:201–212.
-

Η σημασία της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης στη Δια Βίου Μάθηση των Νοσηλευτών

Νικόλαος Μπακάλης¹, Παναγιώτης Αναγνώστου², Παναγιώτα Τζανετέα³, Βασιλική Τράπαλη³,
Στυλιανή Κοτρώτσιου⁴, Βιολέττα Σακέτου², Αικατερίνη Κλούμπα²

1. Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών. RN, BSc, MSc, PhD.

2. Υποψήφιος/α Διδάκτορας Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστήμιο Πατρών. MSc.

3. Νοσηλεύτρια. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών. RN, BSc

4. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών. RN, BSc, MSc, PhD.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στη σύγχρονη διαρκώς αναπτυσσόμενη κοινωνία, η αύξηση των γνώσεων γίνεται με ταχύτατους ρυθμούς και οι απαιτήσεις της αγοράς εργασίας συνεχώς μεταβάλλονται. Ως εκ τούτου, η δια-βίου μάθηση αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα του σύγχρονου εργαζομένου νοσηλευτή έτσι ώστε να συμβάλλει στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Σκοπός: Να διαπιστωθεί η σημασία της τεχνολογικής εκπαίδευσης στη δια-βίου μάθηση των νοσηλευτών.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για πιλοτική μελέτη που είχε ως σκοπό να δημιουργήσει τις βάσεις για την ανάπτυξη ενός δικτύου εκπαίδευσης μεταξύ της Ανώτατης Εκπαίδευσης και των δημοσίων Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Μέσω του προγράμματος ανοικτής συνομιλίας «The Collaborative Room», οι νοσηλευτές είχαν την δυνατότητα να παρακολουθούν (ζω-ντανά) τρεις διαλέξεις από το ΑΕΙ. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα περιλάμβανε 18 νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσιο Νοσοκομείο του νομού Αχαΐας και 17 νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο του νομού Λακωνίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 27.

Αποτελέσματα: Η έρευνα κατέδειξε ότι η αξιοποίηση της τηλεδιάσκεψης συνιστά μια χρήσιμη και αποτελεσματική εκπαιδευτική μέθοδο. Τα ευρήματα έδειξαν ότι σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση των γνώσεών του μετά την παρακολούθηση των διαλέξεων και στα δύο νοσοκομεία ($p < 0,05$). Παράλληλα, η μελέτη ανέδειξε το περιορισμένο ερευνητικό ενδιαφέρον στον τομέα της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης μέσω τηλεδιάσκεψης, με εξαίρεση ορισμένες μεμονωμένες μελέτες που αφορούν άλλες μορφές εξ αποστάσεως μάθησης, όπως το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, οι πλατφόρμες e-class και τα συστήματα e-learning.

Συμπεράσματα: Οι γνώσεις των νοσηλευτών μέσα από τη διαδικασία της τεχνολογικής (εξ αποστάσεως) εκπαίδευσης αυξήθηκε σημαντικά. Η τεχνολογική εκπαίδευση αποκόμισε θετικά σχόλια στη δια βίου μάθηση των νοσηλευτών και δημιουργήθηκε η αρχή για τη εξάπλωση αυτής της μεθόδου στην Ελλάδα.

Λέξεις κλειδιά: Δια βίου εκπαίδευση, νοσηλευτική εκπαίδευση, νοσηλευτές

*Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Νικόλαος Μπακάλης

Email: nikosbakalis@upatras.gr

Αναφορά του άρθρου ως: Μπακάλης Ν., Αναγνώστου Π., Τζανετέα Π., Τράπαλη Β., Κοτρώτσιου Σ., Σακέτου Β., Κλούμπα Α. (2025). Η σημασία της Τεχνολογικής Εκπαίδευσης στη Δια Βίου Μάθηση των Νοσηλευτών. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(4): 25-32. <https://doi.org/10.24283/hjns.202544>

Το κύρος και η αξιοπιστία ενός επιστημονικού κλάδου θεμελιώνονται στην ικανότητα των επαγγελματιών του να τεκμηριώνουν διαρκώς το επίπεδο της κατάρτισής τους, την αποτελεσματικότητα και τη δεξιοσύνη τους, καθώς και την επικαιρότητα και την εγκυρότητα των γνώσεων που εφαρμόζουν. Η δια βίου μάθηση, ή αλλιώς η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, αποτελεί τον βασικό μηχανισμό μέσω του οποίου επιτυγχάνεται η διαρκής αυτή αναβάθμιση¹. Ένας πολύ σημαντικό παράγοντας για την επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι η χρήση του διαδικτύου η οποία αποτελεί ένα από τα προσφερόμενα μέσα που έχει ο νοσηλευτής για τη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση από απόσταση, προσφέροντας του σημαντικά πλεονεκτήματα σε σχέση με τις συμβατικές μεθόδους εκπαίδευσης².

Η εξ' αποστάσεως εκπαίδευση έχει σημαντικούς δύο βασικούς παράγοντες που ενθαρρύνουν την εξάπλωσή της: α) την εξέλιξη των επικοινωνιακών τεχνολογιών και β) τη μείωση του κόστους των υπολογιστών και των τηλεπικοινωνιών³. Οι δικτυακές τεχνολογίες και ειδικότερα το διαδίκτυο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να στηρίξουν τη διδασκαλία και τη μάθηση, σύμφωνα με τις σύγχρονες κοινωνικές και επικοινωνιακές θεωρίες για την κατάκτηση της γνώσης⁴.

Ο χρήστης έχει πλέον, πρόσβαση σε μεγάλο όγκο πληροφοριών και τα εργαλεία που μπορεί να χρησιμοποιήσει είναι ποικίλα και διαφορετικά. Έτσι λοιπόν, έχοντας περάσει στην έννοια της «εικονικής τάξης», όπου η διδασκαλία έχει μεταφερθεί από ένα κεντρικό κόμβο σε απομακρυσμένους κόμβους, επιτυγχάνεται ένας συνδυασμός αμφίδρομης επικοινωνίας μέσω βίντεο και ήχου με στοιχεία διά δράσης από τους συμμετέχοντες σε πραγματικό χρόνο (σύγχρονη τηλε-εκπαίδευση). Η τηλεδιάσκεψη θα διαδραματίσει τα επόμενα χρόνια πολύ σημαντικό ρόλο στο πεδίο της εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης και της εκπαίδευσης ενηλίκων⁵.

Ο όρος δια βίου μάθηση είναι ευρύτερος από αυτόν της δια βίου εκπαίδευσης και της αποσπασματικής εκπαίδευσης ενηλίκων. Η δια βίου εκπαίδευση προέκυψε ως ανάγκη για την εκπαίδευση προσωπικού πάνω σε νέες εξελίξεις. Από την άλλη, η δια βίου μάθηση εμπεριέχει και την άτυπη γνώση, την καθημερινή και συνήθως υποσυνείδητη μάθηση την οποία και πρέπει να μεγιστοποιήσουμε⁶. Αποκαλύπτει δε, την έννοια μιας φυσικής διαδικασίας μάθησης και κάνει έντονο το γεγονός ότι η μάθηση συμβαίνει σε διαφορετικά πλαίσια και με διαφορετικούς τρόπους κάθε φορά⁷.

Παρόλα αυτά είναι διαπιστωμένο, ότι οι ιδέες της δια βίου μάθησης δεν έχουν επηρεάσει σχεδόν καθόλου την τυπική εκπαίδευση, η οποία χαρακτηρίζεται από ανεπάρκεια στην καλλιέργεια δεξιοτήτων δια βίου μάθησης στους νέους ανθρώπους, καθώς και από αδυναμία να εντάξει στα προγράμματά της ενήλικους πολίτες⁴.

Σύμφωνα με τους Tatarinceva και συν.⁸ η δια βίου μάθηση επιβάλλεται από:

1. την ανεπάρκεια της τυπικής εκπαίδευσης για την παροχή επαρκούς γνώσης,

2. τις αλλαγές στην τεχνολογία, την οργάνωση της εργασίας καθώς και ο οξυμμένος ανταγωνισμός.

3. την μεταβληθείσα πυραμίδα της ηλικίας του εργαζόμενου πληθυσμού.

4. την σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία.

Για να μπορέσουν, συνεπώς, οι εργαζόμενοι να επιβιώσουν επαγγελματικά πρέπει να αναπροσαρμόζουν συνεχώς τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τους προς τις διαρκώς μεταβαλλόμενες απαιτήσεις της αγοράς εργασίας, πράγμα το οποίο θα γίνει επίσης με τη βοήθεια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης⁸.

Η συσσώρευση των επιστημονικών γνώσεων και οι αλλαγές στην παροχή φροντίδας υγείας είχαν σαν αποτέλεσμα να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, μετά την απόκτηση πτυχίου⁹. Ως αποτέλεσμα, η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση (ΣΕ) στη Νοσηλευτική είναι το κλειδί στην πρόκληση του μέλλοντος και ένα από τα κυριότερα θέματα για τα οποία γίνεται λόγος τα τελευταία χρόνια.

Πριν από πολλά χρόνια, υπήρχε διάκριση ανάμεσα σε αυτό που τότε αναφέρεται ως ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση, ή μάθηση για συγκεκριμένη εργασία και συνεχιζόμενη εκπαίδευση¹⁰. Με την πάροδο του χρόνου, η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση αναγνωρίστηκε ως σημαντικό συστατικό της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτή και ως εκ τούτου δεν υπάρχει πλέον η διάκριση μεταξύ ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης και συνεχούς νοσηλευτικής εκπαίδευσης¹¹.

Σύμφωνα με τους Saha et al¹² η εκπαίδευση από απόσταση χαρακτηρίζεται από πέντε βασικούς παράγοντες: α) πραγματοποιείται χωρίς την φυσική παρουσία του εκπαιδευόμενου στην τάξη, β) δεν προϋποθέτει σε πολλές περιπτώσεις τυπικά προσόντα και εισαγωγικές εξετάσεις, γ) απευθύνεται σε πολλές και διαφορετικές ηλικίες, δ) εξυπηρετεί μεγάλο αριθμό εκπαιδευομένων, και ε) αίρει τα εμπόδια του τόπου και του χρόνου.

Τα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης από απόσταση είναι αρχικά ότι με τη χρήση των ΤΠΕ βοηθάει τους επαγγελματίες υγείας να εκπαιδεύονται και να επιμορφώνονται στις νέες εξελίξεις, χωρίς να είναι αναγκαίο να αφήνουν την εργασία τους¹³. Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής μπορεί να επιμείνει σε θέματα που τον ενδιαφέρουν και να προσπερνάει ενότητες που έχει καλύψει στο παρελθόν¹⁴. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να προγραμματίσει τη μαθησιακή διαδικασία με βάση τις ανάγκες στο περιβάλλον της εργασίας του¹⁵. Παρ' όλα τα σημαντικά πλεονεκτήματα και οφέλη της εκπαίδευσης από απόσταση, έχουν διαπιστωθεί δύο βασικά προβλήματα, όπως: α) η συχνή έλλειψη βασικών γνώσεων γύρω από τις ΤΠΕ και β) η παθητικότητα αλλά και η ύπαρξη διαφόρων περιορισμών που επιβάλλουν οι τεχνολογικές υποδομές⁴.

Έρευνες έχουν διαπιστώσει τα εμπόδια στη συμμετοχή σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση αναφέροντας κυρίως τα κίνητρα¹⁸, ελλείψεις προσωπικού¹⁶ και ανησυχίες ότι η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση θα επηρεάσει την εργασία¹⁷.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η ερευνητική ομάδα, εγκατέστησε υπολογιστές και στους δύο οργανισμούς (ΑΕΙ και Νοσοκομεία). Μέσω του προγράμματος ανοικτής συνομιλίας «The Collaborative Room», οι νοσηλευτές είχαν την δυνατότητα να παρακολουθούν (ζωντανά) την διάλεξη από το ΑΕΙ και να παρεμβαίνουν οποιαδήποτε στιγμή της διάλεξης απευθύνοντας ερωτήσεις ή εκφράζοντας σχόλια στην ερευνητική ομάδα.

Πραγματοποιήθηκαν τρεις διαλέξεις, στα παραπάνω νοσοκομεία, οι οποίες έγιναν σε τρεις διαφορετικές ημέρες και είχαν διάρκεια περίπου μία ώρα η καθεμία. Στις διαλέξεις αυτές συμμετείχαν συνολικά 35 νοσηλευτές. Οι παρακάτω διαλέξεις επιλέχθηκαν με κριτήριο α) η θεματολογία τους να είναι σχετική με τον νοσηλευτικό τους ρόλο και β) είναι χρήσιμο να τις γνωρίζουν. Οι διαλέξεις αυτές αναφέρονταν:

- Στα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών,
- Στις μεθόδους οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας,
- Στις μεθόδους συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, (ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις, παρατήρηση).

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας δύο ερωτηματολόγια, που κατασκευάστηκαν από τους ερευνητές και περιλάμβαναν τεστ γνώσεων (10 ερωτήσεις) και δημογραφικά στοιχεία. Περιλάμβανε θεματολογία σχετικά με τις προαναφερθείσες διαλέξεις. Συμπληρώθηκαν δύο ερωτηματολόγια:

- Ένα πριν την κάθε διάλεξη
- Και ένα μετά τη διάλεξη, με σκοπό να ερευνησουμε αν οι γνώσεις των συμμετεχόντων αυξήθηκαν ή όχι.

Το ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις τεστ γνώσεων, είχε κλίμακα απαντήσεων Σωστό - Λάθος. Οι ερωτήσεις και απαντήσεις επιλέχθηκαν από τη βιβλιογραφία. Το κάθε τεστ βαθμολογήθηκε με την κλίμακα από 0-10. Η κάθε απάντηση έπαιρνε 1 βαθμό. Το μικρότερο σκορ ήταν το 0 και το μεγαλύτερο το 10. Κατασκευάστηκε τετράβαθμη κλίμακα σύμφωνα με τα ακαδημαϊκά κριτήρια, που να ανταποκρίνεται στη βαθμολογία 0-10 (0-4.9 = ελλιπείς, 5-6.4= καλά, 6.5- 8.4=πολύ καλά, 8.5-10= άριστα). Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν 5-6 λεπτά.

Συλλογή δεδομένων

Στάλθηκαν επιστολές στις Νοσηλευτικές Διευθύνσεις των νοσοκομείων, εξηγώντας το σκοπό της έρευνας, τις ενέργειες που χρειαζόταν να γίνουν (αίθουσα με πρόσβαση

στο διαδίκτυο), την διαδικασία που προβλεπόταν και ζητώντας άδεια να πραγματοποιηθεί η ερευνητική διεργασία. Αν και αιτήσεις στάλθηκαν σε νοσοκομεία των νομών Αχαΐας, Λακωνίας και Αττικής, τελικά μόνο δύο νοσοκομεία επιλέχθηκαν (ένα στο Ν. Αχαΐας και ένα Ν. Λακωνίας), διότι τα υπόλοιπα είτε δεν είχαν την τεχνική υποστήριξη είτε ενδιαιρέθηκε πολύ μικρός αριθμός νοσηλευτών. Οι Νοσηλευτικές Διευθύνσεις ενημέρωσαν το νοσηλευτικό προσωπικό και όσοι συνάδελφοι ενδιαφερόταν, προσήλθαν την ημέρα και ώρα της διάλεξης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Νοέμβριο έως Ιανουάριο του 2022.

Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Πρέπει να τονιστεί ότι τα αποτελέσματα της μελέτης προέκυψαν από ερευνητικές εργασίες οι οποίες τήρησαν τον κώδικα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τις αρχές δεοντολογίας για την έρευνα σε ανθρώπους και πειραματόζωα, όπως αυτές σαφώς διατυπώνονται από διεθνή κείμενα (πχ Διακήρυξη του Ελσίνκι). Τηρήθηκε η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα ενώ διαβεβαιώσαμε τους συμμετέχοντες ότι πρόσβαση στα δεδομένα θα έχουν αποκλειστικά και μόνον οι ερευνητές και ο επιβλέπων καθηγητής για τις ανάγκες και τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Τέλος, εξασφαλίστηκε η πληροφόρητη συναίνεση και συγκατάθεση των συμμετεχόντων.

Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Το συνολικό δείγμα ήταν 35 νοσηλευτές (18 από το Ν. Αχαΐας και 17 από το Ν. Λακωνίας). Αξίζει να αναφερθεί ότι υπήρχε επικοινωνία με τις Νοσηλευτικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, οι οποίες ήταν ιδιαίτερα βοηθητικές αφού οργάνωσαν τόσο τους χώρους των διαλέξεων όσο και την τεχνική υποστήριξη.

Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 27. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $\alpha=0,005$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

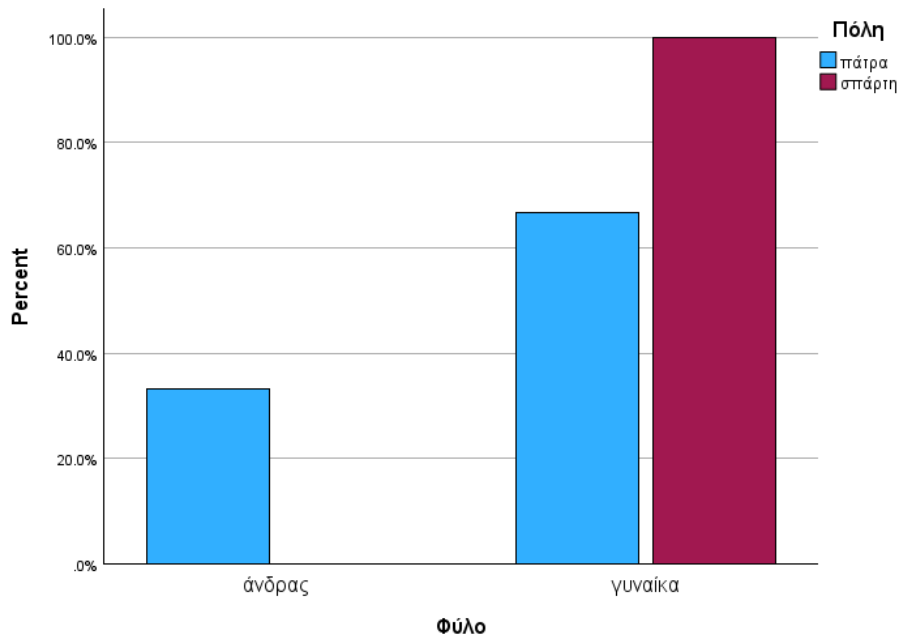
Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας από 26-50 έτη (μέση τιμή στο Ν. Αχαΐας ήταν 40.6 έτη και στο Ν. Λακωνίας 38.6 έτη), είχαν πτυχίο ΤΕΙ ενώ η προϋπηρεσία κυμαινόταν από 3-28 έτη (μέση τιμή στο Ν. Αχαΐας ήταν 14.2 έτη και στο Ν. Λακωνίας 13.5 έτη).

Πίνακας 1

Δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με την ηλικία, προϋπηρεσία και πτυχίο.

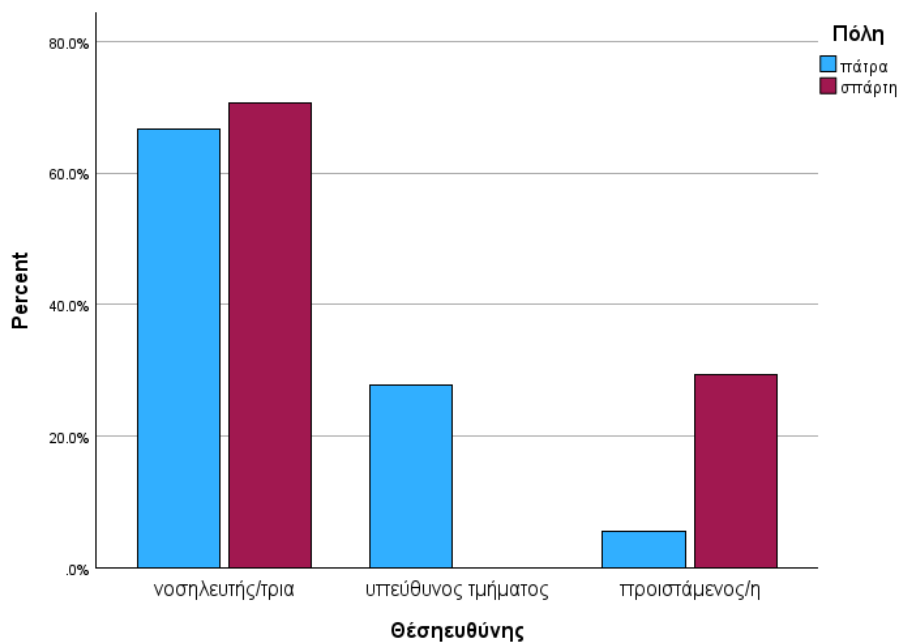
Νοσοκομείο Ν. Αχαΐας	Ηλικία: 30-45 ($\bar{x}=40.6$ έτη) Προϋπηρεσία: 5-23 ($\bar{x}=14.2$ έτη) Πτυχίο: ΤΕΙ (94.4%), Παν/μιο (5.6%)
Νοσοκομείο Ν. Λακωνίας	Ηλικία: 26-50 ($\bar{x}=38.6$ έτη) Προϋπηρεσία: 3-28 ($\bar{x}=13.5$ έτη) Πτυχίο: ΤΕΙ (88.2%), Παν/μιο (11.8%)

Γράφημα 1
Δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το φύλο.



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, και στις δύο πόλεις, ήταν γυναίκες.

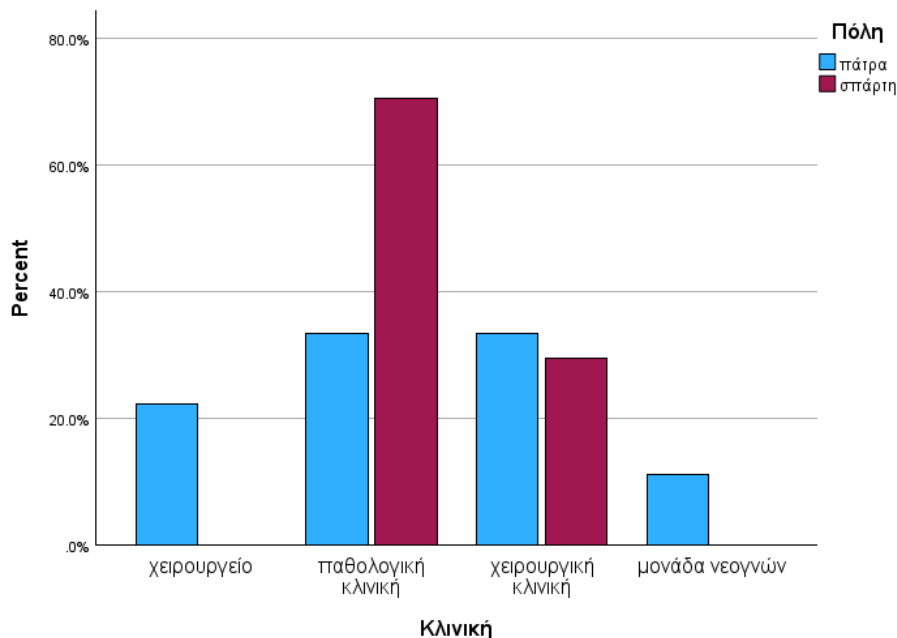
Γράφημα 2
Δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με την θέση ευθύνης.



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, και στις δύο πόλεις, ήταν νοσηλεύτρες.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, και στις δύο πόλεις, ήταν γυναίκες.

Γράφημα 3
Δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με το χώρο εργασίας.



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, και στις δύο πόλεις, εργαζόταν σε παθολογική και χειρουργική κλινική.

Αποτελέσματα διαλέξεων

Στο νοσοκομείο του νομού Αχαΐας, στην διάλεξη 1 (επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών) οι γνώσεις των νοσηλευτών, πριν την διάλεξη, ήταν καλές ($x=6$) [$t= 35.423$, $df=17$, $p < .001$], ενώ μετά τη διάλεξη οι γνώσεις τους ήταν πολύ καλές ($x=8$) [$t= 57.581$, $df=17$, $p < .001$]. Ομοίως στην διάλεξη 2 (μέθοδοι οργάνωσης νοσηλευτικής φροντίδας), οι γνώσεις των νοσηλευτών, πριν την διάλεξη, ήταν καλές ($x=6$) [$t= 24.819$, $df=17$, $p < .001$], ενώ μετά την διάλεξη οι

γνώσεις τους ήταν πολύ καλές ($x=8$) [$t= 40.317$, $df=17$, $p < .001$]. Τέλος στην διάλεξη 3 (μέθοδοι συλλογής ερευνητικών δεδομένων), οι γνώσεις των νοσηλευτών πριν την διάλεξη, ήταν πολύ καλές ($x=6.5$) [$t= 24.990$, $df=17$, $p < .001$], ενώ μετά τη διάλεξη οι γνώσεις τους ήταν άριστες ($x=8.5$) [$t= 39.853$, $df=17$, $p < .001$]. Διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά ($p < 0.05$) μετά την παρακολούθηση και των τριών διαλέξεων.

Πίνακας 2
Μέση τιμή ανά διάλεξη

	Διάλεξη 1		Διάλεξη 2		Διάλεξη 3	
	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
Νοσοκομεία						
N. Αχαΐας	$x=6$	$x=8$	$x=6$	$x=8$	$x=6.5$	$x=8.5$
N. Λακωνίας	$x=6$	$x=7.4$	$x=6.25$	$x=8.75$	$x=6.38$	$x=7.38$

Στο νοσοκομείο του νομού Λακωνίας, στην διάλεξη 1 οι γνώσεις των νοσηλευτών, πριν την διάλεξη, ήταν καλές ($x=6$) [$t= 35.419$, $df=16$, $p < .001$], ενώ μετά τη διάλεξη οι γνώσεις τους ήταν πολύ καλές ($x=7.4$) [$t= 40.295$, $df=16$, $p < .001$]. Στην διάλεξη 2 οι γνώσεις των νοσηλευτών, πριν την διάλεξη ήταν καλές ($x=6.25$) [$t= 26.500$, $df=16$, $p < .001$], ενώ μετά τη διάλεξη ήταν πολύ καλές ($x=8.75$) [$t= 43.468$, $df=16$, $p < .001$]. Στην διάλεξη 3 οι γνώσεις των νοσηλευτών, πριν την διάλεξη, ήταν καλές ($x=6.38$) [$t= 23.556$, $df=16$, $p < .001$], ενώ μετά τη διάλεξη, οι γνώσεις τους ήταν πολύ καλές ($x=7.38$) [$t= 27.219$, $df=16$, $p < .001$]. Διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών αυξήθηκαν στατιστικά σημαντικά ($p < 0.05$) μετά την παρακολούθηση και των τριών διαλέξεων.

N. Αχαΐας

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στο μάθημα της Δεοντολογίας, οι νοσηλευτές νεαρής ηλικίας είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από ό,τι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ($x^2=25.600$, $df=17$, $p < 0.05$) και στο μάθημα της Μεθοδολογίας, οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες σε σύγκριση με τους άνδρες ($x^2=7.393$, $df=17$, $p < 0.05$).

N. Λακωνίας

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στο μάθημα της Δεοντολογίας, οι νοσηλευτές νεαρής ηλικίας είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από ό,τι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ($x^2=64.576$, $df=16$, $p < 0.05$). Επίσης, υψηλότερες βαθμολογίες καταγράφηκαν στους νοσηλευτές αποφοίτους ΤΕΙ, σε σύγκριση με τους αποφοίτους πανεπιστημίου. ($x^2=10.578$, $df=17$, $p < 0.05$), και υψηλότερες επιδόσεις καταγράφηκαν στους εργαζόμενους της Παθολογικής Κλινικής έναντι αυτών της Χειρουργικής ($x^2=9.574$, $df=17$, $p < 0.05$). Τέλος, στο μάθημα της Διοίκησης, υψηλότερες επιδόσεις καταγράφηκαν στους εργαζόμενους της Παθολογικής Κλινικής έναντι αυτών της Χειρουργικής ($x^2=7.969$, $df=17$, $p < 0.05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη σημερινή εποχή που όλα αλλάζουν και αναπτύσσονται με γρήγορους ρυθμούς, κρίνεται αναγκαίο η αλλαγή και η εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την προετοιμασία των νοσηλευτών σε νέες μεθόδους που θα τους βοηθήσουν να γίνουν πιο αποτελεσματικοί στην εργασία τους και να ανταπεξέλθουν στα καινούργια συστήματα υγείας που θα αναπτυχθούν στο μέλλον.

Υπάρχουν, όμως, σημαντικοί λόγοι που καθυστερούν ή δεν προωθούν τη δια βίου εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως η έλλειψη πληροφόρησης και εκπαίδευσης, η οποία οδηγεί στον παραγκωνισμό των νοσηλευτών σε ένα αρκετά απαιτητικό και ανταγωνιστικό περιβάλλον⁴. Ωστόσο, η δυνατότητα που δίνεται στο νοσηλευτή μέσα από προγράμματα εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης, προάγουν την εκπαιδευτική διαδικασία και τον βοηθούν να εξασκηθεί σε θέματα χρήσης τεχνολογιών πληροφορικής.

Τα τελευταία χρόνια, και ιδιαίτερα σήμερα, ένα μέσο εξ' αποστάσεως εκπαίδευση που έχει ανοδική πορεία ιδιαίτερα στο τομέα της υγείας είναι η τηλεδιάσκεψη. Η τηλεδιάσκεψη διευκολύνει τους νοσηλευτές, αφού αν γίνεται σε ειδικά δι-

μορφωμένο χώρο του νοσοκομείου το κόστος γι' αυτούς είναι αμελητέο. Επίσης, ο χρόνος που απαιτείται για αυτή τη μορφή εκπαίδευσης είναι λιγότερος από εκείνης της παραδοσιακής εκπαιδευτικής διαδικασίας και η γνώση μπορεί να αποκτηθεί στον ελεύθερο χρόνο του καθηνός εκπαιδευόμενου¹⁵.

Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν ότι η τηλεδιάσκεψη συνιστά ένα χρήσιμο και αποτελεσματικό εκπαιδευτικό εργαλείο. Διαπιστώθηκε ότι σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών παρουσίασε στατιστικά σημαντική αύξηση των γνώσεων του μετά την ολοκλήρωση των διαλέξεων και στα δύο νοσοκομεία ($p < 0,05$). Παράλληλα, η μελέτη ανέδειξε το περιορισμένο εύρος της υπάρχουσας ερευνητικής βιβλιογραφίας σχετικά με την εξ αποστάσεως εκπαίδευση μέσω τηλεδιάσκεψης, σε αντίθεση με άλλες μορφές εξ αποστάσεως μάθησης, όπως το ΕΑΠ, οι πλατφόρμες e-class και το e-learning, οι οποίες έχουν μελετηθεί εκτενέστερα. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευόμενοι που παρακολούθησαν τα μαθήματα μέσω τηλεδιάσκεψης έμειναν ικανοποιημένοι με α) τις δυνατότητες και τις ευκαιρίες που είχαν για ανταλλαγή απόψεων και πληροφοριών με τον καθηγητή, κάτι που κρατούσε ζωντανό το ενδιαφέρον και την προσοχή τους κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας και β) την συμπεριφορά του διδάσκοντα, δηλαδή η φιλική του διάθεση και η παρότρυνση του ως προς τους συμμετέχοντες να συμμετέχουν κατά τη διάρκεια της διδακτικής διαδικασίας.

Επίσης, οι εκπαιδευόμενοι που παρακολούθησαν τις διαλέξεις από τις αίθουσες τηλεδιάσκεψης, αξιοποίησαν τις δυνατότητες της τεχνολογίας για να θέσουν τα ερωτήματα τους προς τον καθηγητή, να τοποθετηθούν και να απαντήσουν σε ερωτήσεις. Πέρα όμως από την άμεση επικοινωνία που προσφέρει η τεχνολογία, στις αίθουσες που πραγματοποιήθηκαν οι διαλέξεις, με καλή οργάνωση του χώρου και την αξιοποίηση του υποστηρικτικού υλικού, οι συνθήκες παρακολούθησης έγιναν ευνοϊκότερες, έχοντας ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση των εκπαιδευομένων.

Κρίνεται επιτακτική ανάγκη η συνεχής επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού με εκπαιδευτικά προγράμματα που μπορεί να προσφέρει η υπηρεσία τους από το γραφείο εκπαίδευσης του νοσοκομείου σε συνεργασία με τμήμα Νοσηλευτικής των Πανεπιστημίων. Διαπιστώθηκε ότι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε προσφέρει σημαντική γνώση με σχετικά χαμηλό κόστος και ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών μέσα από τη διαδικασία της τεχνολογικής εκπαίδευσης αυξάνονται θεαματικά.

Αναφέρεται ενδεικτικά ορισμένες προτάσεις:

1. Πρακτική διευκόλυνση και ηθική ενθάρρυνση από τη νοσηλευτική διεύθυνση.

2. Να υπάρχουν ανακοινώσεις για τα εκπαιδευτικά προγράμματα σε κοινούς χώρους, ώστε να γνωστοποιείται σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό.

3. Τα γραφεία εκπαίδευσης να οργανώνουν εκπαιδευτικά προγράμματα με βάση τις μαθησιακές ανάγκες των νοσηλευτών (λαμβάνοντας υπόψιν τους τομείς εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού).

4. Παραχώρηση εκπαιδευτικής άδειας (ημερήσιας ή ωρι-

αίας), για να μπορούν να παρευρίσκονται στα σεμινάρια.

5. Δημιουργία θεσμού βαθμών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ως κίνητρο για την παρακολούθηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Η παραπάνω αξιοποίηση των προτάσεων προϋποθέτει:

A) Αξιοποίηση του προσωπικού με βάση τις γνώσεις του

B) Σύγχρονος εξοπλισμός (H/Y, protector)

Γ) Διαθέσιμος χώρος με δυνατότητα internet.

Περιορισμοί μελέτης

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Αν και η έρευνα πρόσφερε σημαντικά στοιχεία για το πώς η τεχνολογική εκπαίδευση βοηθάει στη δια βίου μάθηση των νοσηλευτών, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Τέλος τα ελάχιστα τεχνικά θέματα που παρουσιάστηκαν, επιλύθηκαν στο μεγαλύτερο βαθμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιοποίηση των εφαρμογών των τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας στο τομέα της υγείας έχει σαν στόχο αφενός την προσφορά νέων γνώσεων και την ανταλλαγή απόψεων και αφετέρου την προσφορά καινούργιων μεθόδων εκπαίδευσης που ξεφεύγουν από τις παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας.

Δήλωση Αντικρουόμενων Συμφερόντων: Επιβεβαιώνω ότι δεν υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα που δυνητικά θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αξιολόγηση της εργασίας.

Δήλωση Πηγών Χρηματοδότησης: Αυτοχρηματοδότηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Galehsari MQ, Khaghanizadeh M, Ebadi A. Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. *Electronic Physician* 2017, 9(10): 5541-5550.
2. Bindon SL. Professional development strategies to enhance nurses' knowledge and maintain safe practice. *AORN Journal* 2017, 106(2): 99-110.
3. Ionela AM. The Role of Lifelong Learning in the Growth of Employment and Labour Efficiency. The Case of Romania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2012, 46:4399-403.
4. Regmi K, Jones L. A systematic review of the factors--enablers and barriers--affecting e-learning in health sciences education. *BMC Medical Education* 2020, 20: 1-18.
5. Mubayrik HF. Exploring Adult Learners' viewpoints and motivation regarding distance learning in medical education. *Advances in Medical Education and Practice* 2020, 11: 139-46.
6. Carr A, Balasubramanian K, Atieno R, Onyango J. Lifelong learning to empowerment: beyond formal education. *Distance Education* 2018, 39(1): 69-86.
7. Nygren H, Nissinen K, Hämäläinen R, De Wever B. Lifelong learning: Formal, non-formal and informal learning in the context of the use of problem-solving skills in technology-rich environments. *British Journal of Educational Technology* 2019, 50(4): 1759-770.
8. Tatarinceva AM, Sokolova NL, Mrachenko EA, Sergeeva MG, Samokhin IS. Factors determining individual success in Life-long learning. *Revista Espacios* 2018, 39 (02):28-35.
9. Kinsella D, Fry M, Zecchin A. Motivational factors influencing nurses to undertake postgraduate hospital-based education. *Nurse Education in Practice* 2018, 31: 54-60.
10. Dickerson PS, Bernard A. What's in a word? Understanding terms in continuing nursing education and professional development. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2018, 49(1): 19-25.
11. Burke KG, Richardson C, Smith BA. Implementing nursing professional development: Scope and standards of practice: One organization's journey. *Journal for Nurses in Professional Development* 2017, 33(5): 269-71.
12. Saha M, Choudhary K, Chakrabarty M, Mukherjee D. The Advantages Of Distance Education For Working Professionals: An Indian Perspective. *International Journal of English Learning & Teaching Skills* 2018, 1(2): 202-05.
13. Tachtsoglou K, Zioga O, Iliadis C, Frantzana A, Lambrini K. Factors affecting nurses' life-long learning. *International Journal of Health Administration and Education Congress (Sanitas Magisterium)* 2020, 6(2): 1-9.
14. Sinclair P, Kable A, Levett-Jones T. The effectiveness of internet-based e-learning on clinician behavior and patient outcomes: a systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep* 2015, 13 (1) :52-64.
15. Button D, Harrington A, Belan I. E-learning & information communication technology (ICT) in nursing education: A review of the literature. *Nurse Educ Today* 2014, 34(10): 1311-23.
16. Cadarin L, Suter N, Dante A, Williamson SN, Devetti A, Palese A. Self-directed learning competence assessment within different healthcare professionals and amongst students in Italy. *Nurse Educ Today* 2008, 28(1): 62-9.
17. Tachtsoglou RN, Lera RN, Iliadis C, Frantzana RN, Ouzounakis P. Life Long Learning Programmes in the Nursing Context and Nurses' Satisfaction. *International Journal of Caring Sciences* 2020, 13(1): 563-72.
18. Kamariannaki D, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Fradelos EC, Zyga S. Motivations for the participation of nurses in continuing nursing education programs. *Archives of Hellenic Medicine* 2017, 34(2): 229-35.

The importance of Technological Education in the Lifelong Learning of Nurses

Nick Bakalis¹, Panagiotis Anagnostou², Panagiota Tzanetea³, Basiliki Trapali³, Stella Kotrotsiou⁴, Violetta Saketou², Katerina Kloumpa²

1. Department of Educational Sciences and Social Work, University of Patras, Patras, Greece;

2. Department of Nursing, University of Patras, Patras, Greece;

3. Department of Public and Community Health, University of West Attica, Athens, Greece;

4. Department of Nursing, University of Ioannina, Ioannina, Greece

ABSTRACT

Introduction: In the modern developing society, the growth of knowledge is happening fast and the demands of the labor market are constantly changing. Therefore, lifelong learning is an important priority of professional nurses in order to contribute to the provision of quality care.

Purpose: To identify the importance of technological education in the lifelong learning of nurses.

Material & Method: This pilot study designed to provide a basis for developing a network of education between higher education and public hospitals in Greece. Through the program «The Collaborative Room», nurses had the opportunity to attend (live) three lectures from the University. The information collected using a questionnaire. The sample included 18 nurses working in a public hospital in the prefecture of Achaia and 17 nurses working in a public hospital in the prefecture of Laconia. The results analyzed using the statistical program SPSS 27.

Results: The study demonstrated that videoconferencing constitutes a useful and effective educational method. The results indicated that a substantial proportion of nurses significantly increased their level of knowledge following the lectures in both hospitals ($p < 0.05$). In addition, the findings highlighted the limited body of research focusing specifically on distance education delivered through videoconferencing, apart from a small number of studies addressing other forms of distance learning, such as the Hellenic Open University, e-class platforms, and e-learning systems.

Conclusions: Nurses' knowledge through the process of technological (distance) education, increased significantly. Technological education gained positive reviews in lifelong learning for nurses and created the authority for the deployment of this innovative method in Greece.

Keywords: Lifelong learning, nursing education, nurses.

Corresponding author:

Nick Bakalis

Email: nikosbakalis@upatras.gr

Citation: Bakalis N., Anagnostou P., Panagiota Tzanetea P., Basiliki Trapali B., Kotrotsiou St, Saketou V., Kloumpa K. (2025). The importance of Technological Education in the Lifelong Learning of Nurses. Hellenic Journal of Nursing Science 18(4): 25-32, <https://doi.org/10.24283/hjns.202544>

Εργασιακή εμπειρία και ηγεσία στους νοσηλευτές: Πως το παρελθόν διαμορφώνει τα ηγετικά μοντέλα

Πασχαλίνα Ντότση¹, Μαίρη Γκούβα², Μαρία Λαβδανίτη³, Ευγενία Μνησίδου⁴

1. Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c) Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς»

2. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

3. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

4. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών ασκούν καθοριστική επίδραση στο στυλ ηγεσίας που υιοθετούν. Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει τη σημασία της ιεραρχικής θέσης στη διαμόρφωση του ηγετικού προφίλ, καθώς οι ηγέτες σε διαφορετικά επίπεδα ιεραρχίας αντιμετωπίζουν διακριτές προκλήσεις. Ωστόσο, ο ρόλος της επαγγελματικής εμπειρίας στη διαμόρφωση των ηγετικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών παραμένει ανεπαρκώς διερευνημένος, τόσο στον ελληνικό όσο και στον διεθνή χώρο.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ επαγγελματικής εμπειρίας και ηγετικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτικών στελεχών σε διοικητικές θέσεις.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 500 Έλληνες νοσηλευτές που κατέχουν διοικητικές θέσεις ως Διευθυντές Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Τομεάρχες και Προϊστάμενοι Κλινικών Τμημάτων, εργαζόμενοι σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα κοινωνικοδημογραφικό ερωτηματολόγιο και το Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) για την αξιολόγηση του ηγετικού τους προφίλ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Δεκέμβριο του 2024.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι η επαγγελματική εμπειρία επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο ιεραρχικής θέσης και συνδέεται ιδιαίτερα με τη μετασχηματιστική ηγεσία. Οι βαθμολογίες στο *laissez-faire* στυλ ηγεσίας ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε σύγκριση με τις βαθμολογίες στη μετασχηματιστική και συναλλακτική ηγεσία, ανεξαρτήτως ιεραρχικού επιπέδου. Επιπλέον, προέκυψαν αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στο ηγετικό προφίλ μεταξύ των τριών ιεραρχικών επιπέδων. Τα ανώτερα στελέχη εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στη μετασχηματιστική και συναλλακτική ηγεσία, ενώ οι προϊστάμενοι πρώτης γραμμής παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες στο *laissez-faire* στυλ ηγεσίας.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη συμβάλλει με πολύτιμες πληροφορίες στην κατανόηση της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματικής εμπειρίας, στυλ ηγεσίας και επιπέδου ιεραρχίας. Υπογραμμίζει τη σημασία της υποστήριξης των στελεχών πρώτης γραμμής και αναδεικνύει τη σημασία των αποτελεσματικών πρακτικών διαχείρισης σε μεγάλους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτιστοποίηση της παραγωγικότητας και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Λέξεις- κλειδιά: Ηγεσία, Ηγετικά Μοντέλα, Εργασιακή Εμπειρία, Νοσηλευτής

*Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Πασχαλίνα Ντότση

email: ntotsilina@gmail.com

Αναφορά του άρθρου ως: Ντότση Π., Γκούβα Μ., Λαβδανίτη Μ., Μνησίδου Ε. (2025). Εργασιακή εμπειρία και ηγεσία στους νοσηλευτές: Πως το παρελθόν διαμορφώνει τα ηγετικά μοντέλα. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(4): 33-42, <https://doi.org/10.24283/hjns.202545>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλειονότητα των νοσηλευτών εργάζεται σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης που ακολουθούν αυστηρές ιεραρχικές δομές. Στην Ελλάδα, η ιεραρχία των νοσηλευτικών υπηρεσιών περιλαμβάνει τέσσερα επίπεδα. Στο ανώτατο επίπεδο βρίσκεται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ο οποίος έχει την ευθύνη για την εποπτεία και τον συντονισμό του συνόλου του νοσηλευτικού προσωπικού, οργανώνοντας και καθοδηγώντας την εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων. Στο δεύτερο επίπεδο της ιεραρχίας βρίσκεται ο Τομεάρχης, υπεύθυνος για την ηγεσία ενός νοσηλευτικού τμήματος, ενώ κάθε κλινική διοικείται από έναν Προϊστάμενο Τμήματος, ο οποίος επιβλέπει άμεσα το νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό του τμήματος. Επιπλέον, ένας από τους νοσηλευτές αναλαμβάνει τη θέση του αναπληρωτή προϊστάμενου, υποστηρίζοντας τον Προϊστάμενο στις αρμοδιότητές του (Niinihuhta & Häggman-Laitila, 2022; Specchiaetal., 2021).

Η αποτελεσματικότητα της διοίκησης και των ηγετικών δομών επηρεάζει άμεσα την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τη γενικότερη απόδοση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, η μελέτη των παραμέτρων που διαμορφώνουν το ηγετικό στυλ και τις ηγετικές πρακτικές στους νοσηλευτές κρίνεται απαραίτητη για την αναβάθμιση των οργανωτικών διαδικασιών και την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η έρευνα σε αυτόν τον τομέα συμβάλλει στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι διάφοροι βαθμοί εξουσίας και λήψης αποφάσεων επηρεάζουν την ενδοοργανωτική λειτουργικότητα, την επικοινωνία και τη συνεργασία, γεγονός που οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς και ένα θετικό εργασιακό περιβάλλον για τους επαγγελματίες υγείας (Niinihuhta & Häggman-Laitila, 2022; Specchiaetal., 2021).

Οι ηγέτες νοσηλευτές κατέχουν θεμελιώδη ρόλο στην ομαλή λειτουργία των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς εποπτεύουν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού και διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν υψηλής ποιότητας φροντίδα. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι διευθυντές νοσηλευτών με υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης είναι καλύτερα προετοιμασμένοι να διαχειριστούν τις συναισθηματικές προκλήσεις της εργασίας τους και να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στις ανάγκες του προσωπικού τους (Πρεζεράκος, 2018; Echevarria, Patterson & Krouse, 2017). Επιπλέον, είναι πιο ικανοί να επικοινωνούν αποτελεσματικά, να οικοδομούν ισχυρές σχέσεις και να παρέχουν υποστήριξη και καθοδήγηση στο προσωπικό τους.

Προηγούμενες μελέτες έχουν αναδείξει τη σημασία των χαρακτηριστικών των ηγετών στη διαμόρφωση του ηγετικού τους στυλ (Cumming set al., 2008). Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι το επίπεδο ιεραρχίας ενδέχεται να επηρεάζει το ηγετικό στυλ, καθώς οι ηγέτες σε διαφορετι-

κά επίπεδα αντιμετωπίζουν διαφορετικές προκλήσεις και κατέχουν διαφορετικές αρμοδιότητες (Sfantouetal, 2017; Wong, Cummings & Ducharme, 2013). Ωστόσο, η σχέση αυτή παραμένει αβέβαιη, με την οργανωτική κουλτούρα και τη δομή να θεωρούνται επίσης καθοριστικοί παράγοντες του ηγετικού στυλ (Stordeur, Vandenberghe & D'hoore, 2000).

Ο κύριος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εμβαθύνει στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ της επαγγελματικής εμπειρίας και του ηγετικού στυλ στους ηγέτες νοσηλευτές, εξετάζοντας πώς οι εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας επηρεάζουν τη διαμόρφωση της ηγεσίας τους σε οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, επιδιώκεται να αναδειχθεί ο τρόπος με τον οποίο τα διάφορα επίπεδα εξουσίας εντός της ιεραρχίας επηρεάζουν τη διαμόρφωση του ηγετικού στυλ, εξετάζοντας ενδεχόμενες διαφορές και αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματικής εμπειρίας και ιεραρχίας.

Η επαγγελματική εμπειρία λειτουργεί ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ηγεσία, καθοδηγώντας τις τρέχουσες αποφάσεις και προσφέροντας δυνατότητες αναστοχασμού για τη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη. Ωστόσο, σε οργανισμούς με αυστηρές ιεραρχικές δομές, η επίδραση της επαγγελματικής εμπειρίας ενδέχεται να επηρεάζεται ή να περιορίζεται από τη θέση ενός ατόμου στην ιεραρχία, καθώς οι απαιτήσεις και οι αρμοδιότητες διαφέρουν ανάλογα με το επίπεδο. Η παρούσα μελέτη στοχεύει να εξετάσει τις υποθέσεις αυτές, ερευνώντας πώς η επαγγελματική εμπειρία διαμορφώνει το στυλ ηγεσίας και τονίζει τον ρόλο της ιεραρχικής θέσης στην ενίσχυση ή περιορισμό αυτής της επίδρασης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες και Σχεδιασμός της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη ακολουθεί μια διατομεακή προσέγγιση και βασίζεται σε ένα δείγμα 500 ερωτηθέντων, οι οποίοι κατέχουν διοικητικές θέσεις σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι συμμετέχοντες είναι Διευθυντές Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Τομεάρχες και Προϊστάμενους Κλινικών Τμημάτων, οι οποίοι εργάζονται σε γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία σε 48 πόλεις της Ελλάδας. Η διαδικασία δειγματοληψίας πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από Ιανουάριο 2022 έως Δεκέμβριο 2024.

Από το συνολικό δείγμα, οι 280 συμμετέχοντες (52,3%) εργάζονταν σε μεγάλα νοσοκομεία που βρίσκονται στις τρεις μεγαλύτερες πόλεις της χώρας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Πάτρα), ενώ οι υπόλοιποι 220 συμμετέχοντες (47,7%) εργάζονταν σε νοσοκομεία που βρίσκονται σε μικρότερες πόλεις ή σε μονάδες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Ο σχεδιασμός της μελέτης επιδιώκει να καταγράψει την ποικιλία των συνθηκών εργασίας και την κατανομή των ηγετικών ρόλων στο πλαίσιο διαφορετικών τύπων νοσοκομειακών μονάδων.



Ερευνητικά Εργαλεία

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα κοινωνικοδημογραφικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συγκέντρωσε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τα προσωπικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους, περιλαμβάνοντας ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική εμπειρία και θέση στην υγειονομική μονάδα. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του ηγετικού τους προφίλ. Το MLQ είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο που επιτρέπει την εκτίμηση του ηγετικού στυλ, της αποτελεσματικότητας και της ικανότητας των ηγετών να κινητοποιούν και να καθοδηγούν το προσωπικό τους σε δυναμικά και απαιτητικά περιβάλλοντα, όπως αυτά των νοσοκομείων. Στην ελληνική εκδοχή του, (Antonakis, Avolio & Sivasubramaniam N, (2003). το MLQ παραμένει πιστό στην αρχική του δομή και αναπτύσσει ένα σύνολο ερωτήσεων που αξιολογούν τις ηγετικές ικανότητες και συμπεριφορές σε πολλαπλές διαστάσεις:

1) Μετασχηματιστική Ηγεσία (Transformational Leadership), η οποία επικεντρώνεται στην έμπνευση, την παρακίνηση και την καθοδήγηση των υφισταμένων προς την επίτευξη κοινών στόχων. Οι ηγέτες σε αυτό το στυλ ενθαρρύνουν την καινοτομία, προάγουν την προσωπική ανάπτυξη και ενισχύουν την αίσθηση του σκοπού και του οράματος για την ομάδα. Τα χαρακτηριστικά της μετασχηματιστικής ηγεσίας περιλαμβάνουν: α) ικανότητα να εμπνέουν και να ενθαρρύνουν την ομάδα, β) δημιουργία ενός ξεκάθαρα οράματος και επικοινωνία αυτού με τους υπαλλήλους και γ) προώθηση καινοτομίας και ανάπτυξης μέσω της υποστήριξης της προσωπικής εξέλιξης.

2) Συναλλακτική Ηγεσία (Transactional Leadership), η οποία επικεντρώνεται στην ανταμοιβή και την ποινή για την επίτευξη των στόχων. Οι ηγέτες αυτού του τύπου χρησιμοποιούν ανταμοιβές για την εκπλήρωση καθηκόντων και τις ποινές για την αποτυχία επίτευξης στόχων, εστιάζοντας στην απόδοση και στην ολοκλήρωση των καθορισμένων στόχων. Χαρακτηριστικά της συναλλακτικής ηγεσίας περιλαμβάνουν: α) ανταμοιβές και ποινές ως μέσα παρακίνησης, β) σαφείς και συγκεκριμένοι στόχοι, με ξεκάθαρες προσδοκίες από τους υπαλλήλους και γ) εστίαση στην αποδοτικότητα και στην επίτευξη των καθημερινών στόχων.

3) Αναποτελεσματική Ηγεσία (Laissez-Faire Leadership), η οποία επικεντρώνεται στην έλλειψη συμμετοχής

ή καθοδήγησης από την πλευρά του ηγέτη. Οι ηγέτες αυτού του τύπου δεν αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις αποφάσεις και συνήθως αποφεύγουν την ανάληψη ενεργού ρόλου στην επίλυση προβλημάτων ή στη λήψη αποφάσεων. Τα χαρακτηριστικά της αναποτελεσματικής ηγεσίας περιλαμβάνουν: α) απουσία καθοδήγησης και απόφασης, β) αποφυγή ευθυνών και καθυστέρηση στην ανάληψη δράσης και γ) ελλιπής επικοινωνία με την ομάδα και με τα άτομα που είναι υπεύθυνα.

Το MLQ χρησιμοποιείται για να καταγράψει και να αναλύσει τις ηγετικές συμπεριφορές μέσω ερωτήσεων που αποσκοπούν στην αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων της ηγεσίας. Κάθε ηγέτης αξιολογείται σε μια κλίμακα από 1 έως 5 για κάθε χαρακτηριστικό, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν την συχνότητα με την οποία παρατηρούν συγκεκριμένες ηγετικές συμπεριφορές. Το εργαλείο παρέχει μια συνολική εικόνα της ηγετικής προσέγγισης κάθε συμμετέχοντα, προσδιορίζοντας τη δύναμη και τις αδυναμίες του σε σχέση με τα προαναφερθέντα στυλ ηγεσίας.

Στη διαδικασία της ερευνητικής μελέτης (α) τηρήθηκε η ανωνυμία, (β) εξασφαλίστηκε η πληροφορημένη συναίνεση - συγκατάθεση των συμμετεχόντων και (γ) η ενυπόγραφη άδεια νοσοκομείων ή άλλων φορέων.

Στατιστική Ανάλυση

Προκειμένου να διαπιστωθεί η διαφορά στα προφίλ ηγεσίας μεταξύ των τριών εξεταζόμενων επιπέδων ιεραρχίας, εφαρμόστηκε το t-test για ζεύγη δειγμάτων και η ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS (έκδοση 21) και της στατιστικής γλώσσας R (R CoreTeam, 2017), εξοπλισμένης με τη λειτουργία PROCESS (Hayes, 2018).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Ο πίνακας 1 παρουσιάζει τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των 500 ερωτηθέντων. Σύμφωνα με τις δοκιμές Least Significant Difference post hoc, διαπιστώθηκε ότι τα ανώτατα στελέχη ήταν σημαντικά μεγαλύτερα σε ηλικία και είχαν μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία σε σύγκριση με τις άλλες κατηγορίες. Από την άλλη πλευρά, οι επικεφαλής πρώτης γραμμής ήταν οι νεότεροι μεταξύ των ερωτηθέντων, με μικρότερη επαγγελματική εμπειρία στο επάγγελμα.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία των 500 συμμετεχόντων και στυλ ηγεσίας σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας

	Σύνολο		Επίπεδο ιεραρχίας		
			Κορυφαίο επίπεδο	Μέσο επίπεδο	Front-line
Ηλικία	52.6 (5.9)	54.8 (5.4)	53.6 (5.6)	51.2 (5.9)	< 0.001(1)
Έτη στο επάγγελμα	28.4 (6.7)	32.5 (6.1)	29.8 (6.2)	26.4 (6.5)	< 0.001(1)

(1) Ανάλυση διακύμανσης.

Βαθμολογία στυλ ηγεσίας

Από τις επτά υποκλίμακες του στυλ ηγεσίας, έξι επέδειξαν ικανοποιητική έως εξαιρετική εσωτερική συνοχή (Πίνακας 2). Ωστόσο, η κλίμακα “Διαχείριση κατ’ εξαίρεση” παρουσίασε φτωχή εσωτερική συνοχή (Cronbach’s $\alpha = 0,310$), γεγονός που οδήγησε στον αποκλεισμό της από την περαιτέρω ανάλυση. Ακολουθώντας το θεωρητικό πλαίσιο της κλίμακας MLQ,

η βαθμολογία της μετασχηματιστικής ηγεσίας προέκυψε ως η μέση τιμή των υποκλιμάκων IC, II, IM και IS. Επιπλέον, η υποκλίμακα CR αντιπροσώπευε τη βαθμολογία της συναλλακτικής ηγεσίας και η υποκλίμακα LF αντιπροσώπευε τη βαθμολογία της παθητικής ηγεσίας, όπως καθορίστηκε από τους Bass και Avolio (1990).

Πίνακας 2. Στυλ ηγεσίας σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας

	a	Επίπεδο ιεραρχίας				p
		Κορυφαίο επίπεδο	Μέσο επίπεδο	Front-line		
IC	0.710	9.0 (2.0)	9.0 (1.9)	8.3 (1.9)	< 0.001	
II	0.710	9.0 (1.7)	8.9 (1.6)	8.7 (1.6)	0.007	
IM	0.660	9.4 (1.6)	9.1 (1.6)	8.8 (1.7)	0.001	
IS	0.670	9.0 (1.8)	8.8 (1.7)	8.4 (1.7)	< 0.001	
CR	0.600	9.9 (1.5)	9.2 (1.7)	9.0 (1.6)	< 0.001	
ME	0.310	9.0 (1.7)	9.0 (1.6)	8.7 (1.6)	0.067	
LF	0.820	6.0 (2.8)	6.4 (2.4)	6.5 (2.2)	0.072	
Θεωρητικό πλαίσιο						
Μετασχηματιστική ηγεσία (IC, II, IM, IS)	0.870	9.1 (1.5)	8.9 (1.4)	8.6 (1.4)	< 0.001	
Διεκπαιρωτικό (CR)	0.600	9.9 (1.5)	9.2 (1.7)	9.0 (1.7)	< 0.001	
Παθητικό (LF)	0.820	6.0 (2.8)	6.4 (2.4)	6.5 (2.2)	0.072	

Οι τρεις κλίμακες ηγεσίας παρουσίασαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ τους και τόσο οι βαθμολογίες της μετασχηματιστικής όσο και της συναλλακτικής ηγεσίας συσχετίστηκαν θετικά με τη συ-

ναισθηματική νοημοσύνη. Αντίθετα, η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία δεν σχετίζονταν σημαντικά με τις βαθμολογίες της ηγεσίας (Πίνακας 3).

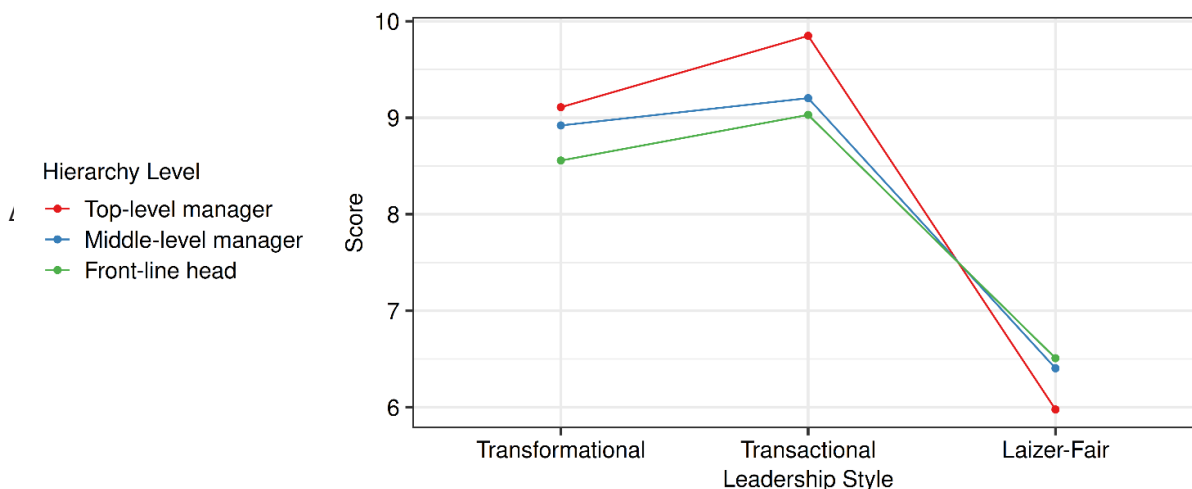
Πίνακας 3. Συσχέτιση Pearson μεταξύ του στυλ ηγεσίας και των χρονικών μεταβλητών

	Συναλλακτική ηγεσία	Παθητική ηγεσία	Συναισθηματική νοημοσύνη	Έτη στο επάγγελμα	Ηλικία
Μετασχηματιστική ηγεσία (Transformational Leadership)	0.667**	0.236**	0.435**	0.090**	0.051
Διεκπεραιωτική (Transactional Leadership)		0.171**	0.292**	0.079*	0.059
Παθητικό (Passive Leadership)			-0.095**	-0.009	-0.003
Έτη στο επάγγελμα					0.856**
** Σημαντικό σε επίπεδο 0,01 * Σημαντικό σε επίπεδο 0,05					

Η υπόθεση της σφαιρικότητας αξιολογήθηκε με το τεστ σφαιρικότητας του Mauchly, το οποίο έδειξε ότι η υπόθεση παραβιάστηκε ($W = 0,544$, $c^2(2) = 767,2$, $p < 0,001$). Κατά συνέπεια, εφαρμόστηκε η διόρθωση Greenhouse-Geisser για την προσαρμογή των βαθμών ελευθερίας για το στατιστικό F. Χρησιμοποιώντας αυτή τη διόρθωση, μια ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων κατέδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών στυλ ηγεσίας ($F(1.37, 1703.99) = 878.58$, $p < 0.001$). Post-hoc-tests ζευγαρωμένων δειγμάτων έδειξαν ότι η συναλλακτική βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη από τη μετασχηματιστική βαθμολογία

($t(1242) = 11,672$, $p < 0,001$), και η τελευταία ήταν σημαντικά υψηλότερη από τη βαθμολογία laissez-faire ($t(1242) = 33,831$, $p < 0,001$).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη αλληλεπίδραση μεταξύ των στυλ ηγεσίας και της ιεραρχικής θέσης ($F(2.75, 1703.99) = 12.57$, $p < 0.001$). Αυτή η αλληλεπίδραση προέκυψε από την παρατήρηση ότι οι βαθμολογίες για τις κλίμακες μετασχηματισμού και συναλλαγής ήταν συνεπείς με τις αντίστοιχες θέσεις τους στην ιεραρχία, ενώ το μοτίβο ήταν αντίστροφο για την κλίμακα παθητικής ηγεσίας (Σχήμα 1).



Πίνακας 4. Αποτελέσματα μοντέλου μετριασμένης διαμεσολάβησης

	Συναισθηματική νοημοσύνη ⁽¹⁾				Μετασχηματιστική ηγεσία ⁽²⁾				Συναλλακτική ηγεσία ⁽³⁾				Παθητική ηγεσία ⁽⁴⁾			
	B	p	95% C.I.		B	p	95% C.I.		B	p	95% C.I.		B	p	95% C.I.	
			Min	Max			Min	Max			Min	Max			Min	Max
Σταθερή	5.216	0.000	4.993	5.440	4.261	0.000	3.372	5.151	5.515	0.000	4.396	6.634	7.985	0.000	6.326	9.645
Επαγγελματική εμπειρία	-0.009	0.029	-0.017	-0.001	0.017	0.040	0.001	0.032	0.015	0.126	-0.004	0.035	0.000	0.999	-0.029	0.029
Επίπεδο ιεραρχίας																
Επικεφαλής μεσαίου επιπέδου έναντι επικεφαλής πρώτης γραμμής	-0.285	0.117	-0.643	0.072	-0.597	0.379	-1.926	0.733	-0.347	0.684	-2.019	1.326	0.423	0.738	-2.057	2.903
Επικεφαλής ανώτατου επιπέδου έναντι επικεφαλής πρώτης γραμμής	0.089	0.791	-0.571	0.749	-2.029	0.090	-4.375	0.318	-0.673	0.655	-3.625	2.279	-4.348	0.052	-8.724	0.029
Μέγεθος εγκατάστασης	0.184	0.000	0.111	0.258	-0.129	0.076	-0.272	0.014	-0.212	0.020	-0.392	-0.033	-0.499	0.000	-0.766	-0.233
Φύλο	-0.092	0.082	-0.196	0.012	0.103	0.313	-0.097	0.302	-0.175	0.172	-0.425	0.076	0.062	0.742	-0.309	0.434
Επίπεδο ιεραρχίας x Επαγγελματική εμπειρία																
Μέσο επίπεδο x Επαγγελματική εμπειρία	0.015	0.021	0.002	0.027	-0.017	0.161	-0.040	0.007	-0.016	0.300	-0.045	0.014	0.004	0.859	-0.040	0.048
Κορυφαίο επίπεδο ⁽¹⁾ x Επαγγελματική εμπειρία	0.007	0.513	-0.014	0.027	0.021	0.293	-0.018	0.060	0.016	0.522	-0.033	0.065	0.072	0.053	-0.001	0.145
Έμμεση επίδραση της επαγγελματικής εμπειρίας (ανάλυση Bootstrap)					Επίδραση		95% C.I.		Επίδραση		95% C.I.		Επίδραση		95% C.I.	
Κορυφαίο επίπεδο		Δεν ισχύει			-0.002	-0.023	0.016		-0.002	-0.018	0.011		-0.000	-0.009	0.007	
Μέσο επίπεδο					0.006	-0.004	0.015		0.004	-0.003	0.012		-0.002	-0.007	0.001	
Front-line					-0.007	-0.015	-0.000		-0.006	-0.012	-0.000		0.002	-0.000	0.007	

(1) $R^2 = 0,038$, $F(7, 1235) = 6,930$, $p < 0,001$. (2) $R^2 = 0,207$, $F(10, 1232) = 32,075$, $p < 0,001$. (3) $R^2 = 0,107$, $F(10, 1232) = 14,798$, $p < 0,001$. (4) $R^2 = 0,027$, $F(10, 1232) = 3,422$, $p < 0,001$.

Αποτελέσματα μοντέλου μεσολάβησης με συντονισμό

Τα αποτελέσματα του μοντέλου μεσολάβησης με συντονισμό παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Οι ερωτηθέντες που εργάζονται σε μεγαλύτερες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης που βρίσκονται στις τρεις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας βρέθηκε να έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες στη συναλλακτική ηγεσία ($B = -0,212$, $p = 0,020$) και στην παθητική ηγεσία ($B = -0,499$, $p < 0,001$).

Διαπιστώθηκε θετική άμεση επίδραση της επαγγελματικής

εμπειρίας στη μετασχηματιστική ηγεσία ($B = 0,017$, $p = 0,040$). Ειδικότερα, μεταξύ των διευθυντών πρώτης γραμμής, η ανάλυση bootstrap αποκάλυψε μια αντιδραστική άνευ όρων έμμεση επίδραση της επαγγελματικής εμπειρίας τόσο στη μετασχηματιστική όσο και στη συναλλακτική ηγεσία ($B = -0,006$ και $B = -0,006$, αντίστοιχα), γεγονός που υποδηλώνει ότι η συνολική επίδραση μεταξύ των διευθυντών χαμηλότερου επιπέδου είναι σημαντικά χαμηλότερη από τις ανώτερες κατηγορίες της ιεραρχίας.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε έναν μεγάλο οργανισμό, όπως τα νοσοκομεία, η θέση κάθε εργαζομένου στην ιεραρχία υπαγορεύει τις αρμοδιότητές του και το αίσθημα εξουσίας που βιώνει (Heller, Ullrich & Mast, 2023). Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο των νοσηλευτικών υπηρεσιών, τα στελέχη πρώτης γραμμής διακρίνονται από τα στελέχη μεσαίου και ανώτερου επιπέδου, καθώς, εξακολουθούν να έχουν ως κύριο καθήκον τους την παροχή φροντίδας στους ασθενείς, ενώ παράλληλα διαχειρίζονται την ομάδα τους, τον εξοπλισμό και το προσωπικό και τηρούν τις κατευθυντήριες γραμμές και τους κανονισμούς που θέτουν τα στελέχη ανώτερου επιπέδου. Σύμφωνα με τη θέση τους, τα στελέχη πρώτης γραμμής συχνά αντιμετωπίζουν αγχωτικές και συναισθηματικά δύσκολες καταστάσεις, όπως ο χειρισμός επειγόντων περιστατικών ασθενών, η διαχείριση συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού και η λήψη δύσκολων αποφάσεων σχετικά με την κατανομή των πόρων (Cranage & Foster, 2022). Η πανδημία COVID-19 που επικράτησε στην επαγγελματική ζωή των επαγγελματιών υγείας τα τελευταία χρόνια πριν από τη δειγματοληψία της παρούσας μελέτης, ενέτεινε περαιτέρω την πίεση στα στελέχη πρώτης γραμμής, με συνεχή έκθεση σε καταστάσεις υψηλής πίεσης, παρατεταμένες ώρες εργασίας και την ανάγκη για γρήγορη λήψη αποφάσεων, τα οποία επιβάρυναν σημαντικά τη συναισθηματική τους ευεξία (Skogsberg, Jarl & Matérne, 2022).

Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει ότι τα στελέχη πρώτης γραμμής τείνουν να επιδεικνύουν μια πιο παθητική ηγετική προσέγγιση σε σύγκριση με τους ηγέτες σε υψηλότερες βαθμίδες. Οι ακριβείς λόγοι πίσω από αυτή τη στάση δεν μπορούν να διευκρινιστούν πλήρως στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης. Παρ' όλα αυτά, η διαπίστωση ότι η επαγγελματική εμπειρία έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ηγετική προσέγγιση των διευθυντών πρώτης γραμμής τους διαφοροποιεί από τους διευθυντές σε υψηλότερες θέσεις. Αυτό σημαίνει ότι η απαιτητική φύση του διευθυντή πρώτης γραμμής, η οποία περιλαμβάνει την ταυτόχρονη διαχείριση προσωπικών και επαγγελματικών ευθυνών, σε συνδυασμό με την πρόσθετη ευθύνη της επίβλεψης μιας ομάδας νοσηλευτών, αποτελεί ένα δύσκολο έργο που επηρεάζει την ψυχοσυναισθηματική τους ευημερία καθώς αυξάνονται τα διοικητικά τους καθήκοντα. Ειδικότερα, η αυξημένη πίεση που αντιμετωπίζουν μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα συναισθήματα αποφυγής ή παραίτησης, τα οποία συσχετίζονται αρνητικά με τη συναισθηματική νοσηρότητα (MacCann, Double & Clarke, 2022).

Μια ενδιαφέρουσα διαπίστωση που προέκυψε από τη μελέτη, είναι ότι το συναλλακτικό στυλ ηγεσίας ήταν πιο διαδεδομένο από το μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες έρευνες σχετικά με τους διευθυντές νοσηλευτών, οι οποίες έδειξαν ότι οι νοσηλευτές προτιμούν γενικά το μετασχηματιστικό στυλ ηγεσίας έναντι του συναλλακτικού στυλ ηγεσίας (Magbity, Ofei & Wilson 2020 – McGuire & Kennerly, 2006– Negussie &

Demissie, 2013).

Η μελέτη αναδεικνύει περαιτέρω την πολύπλοκη και δυναμική φύση των μεγάλων περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία απαιτούν ισχυρές διαπροσωπικές δεξιότητες και την ικανότητα πλοήγησης σε ευαίσθητες περιστάσεις. Σε αυτά τα ταχέως εξελισσόμενα και υψηλού ρίσκου περιβάλλοντα, η παθητική ηγεσία, που χαρακτηρίζεται από έλλειψη πρωτοβουλίας, αποφυγή της ευθύνης και τάση αναβολής των αποφάσεων, μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών και στα οργανωτικά αποτελέσματα. Δεδομένων αυτών των απαιτήσεων, η παθητική ηγεσία είναι λιγότερο πιθανό να είναι αποτελεσματική ή βιώσιμη σε μεγάλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό υποστηρίζεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπου οι διευθυντές σε μεγαλύτερες εγκαταστάσεις παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στην παθητική ηγεσία. Συνολικά, καταδεικνύεται ότι οι διευθυντές πρέπει να επιδεικνύουν ιδιότητες όπως η διεκδικητικότητα, η αυτοπεποίθηση και η υπευθυνότητα για να προωθούν θετικές αλλαγές, να ενισχύουν την ομαδική εργασία και να λαμβάνουν έγκαιρα αποφάσεις που διασφαλίζουν την ευημερία των ασθενών και την ομαλή λειτουργία του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης.

Περιορισμοί της μελέτης

Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν διάφοροι περιορισμοί της παρούσας μελέτης. Πρώτον, τα ευρήματα της έρευνας αφορούν ένα συγκεκριμένο χωροχρονικό πλαίσιο και γεωγραφική περιοχή. Συγκεκριμένα, μπορεί να είναι λογικό να προεκτείνουμε τα αποτελέσματα αυτά σε χώρες που μοιράζονται παρόμοιες κουλτούρες, όπως οι μεσογειακές χώρες. Ωστόσο, θεωρείται επικίνδυνο να γενικευτούν αυτά τα ευρήματα σε χώρες με διακριτό πολιτισμικό υπόβαθρο, όπως οι χώρες της Βόρειας Ευρώπης, χωρίς περαιτέρω έρευνα. Περαιτέρω, πρέπει να σημειωθεί ότι μια στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση από μόνη της δεν αρκεί για να διαπιστωθεί οριστικά μια πραγματική αλληλεπίδραση. Τόσο η επαγγελματική εμπειρία όσο και το στυλ ηγεσίας είναι σύνθετες κατασκευές που επηρεάζονται από πολλαπλούς παράγοντες. Ως εκ τούτου, το εξεταζόμενο μοντέλο μπορεί να προσφέρει μόνο μια μερική απάντηση στο ευρύτερο ερώτημα σχετικά με την πραγματική σχέση μεταξύ αυτών των δομών. Τέλος, το μοντέλο βασίζεται στην υπόθεση της γραμμικής σχέσης μεταξύ των εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Αν και η υπόθεση αυτή χρησιμοποιείται συνήθως και είναι καλά κατανοητή, μπορεί να μην ισχύει απαραίτητα στην πράξη. Η πολυπλοκότητα του είδους της επαγγελματικής εμπειρίας και του στυλ ηγεσίας μπορεί να συνεπάγεται μη γραμμικές σχέσεις που δεν αποτυπώθηκαν πλήρως στην παρούσα μελέτη.

Η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας στο μέλλον θα ήταν επιθυμητή για την επίτευξη μιας πιο ολοκληρωμένης κατανόησης της σχέσης μεταξύ του είδους της επαγγελματικής εμπειρίας και του στυλ ηγεσίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία που αποδεικνύουν τον αντίκτυπο του στυλ ηγεσίας των διευθυντών στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία μιας νοσηλευτικής υπηρεσίας αποτελεί κρίσιμη προτεραιότητα για κάθε κράτος ή χώρα που στοχεύει στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της. Η παρούσα μελέτη ρίχνει φως στη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εμπειρίας και του στυλ ηγεσίας, προσφέροντας πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη μετριοπαθή επίδραση του επιπέδου ιεραρχίας στη σχέση αυτή.

Τα στελέχη πρώτης γραμμής αναδεικνύονται ως μια ομάδα διευθυντών νοσηλευτών που βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση σε σύγκριση με τα στελέχη υψηλότερων επιπέδων, τονίζοντας την ανάγκη για υποστήριξη στο ρόλο τους. Επιπλέον, οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις στα μεγάλα νοσοκομεία επιβάλλουν καλά οργανωμένες πρακτικές διαχείρισης και δεν αφήνουν πολλά περιθώρια για αυτοσχεδιασμό. Αυτό είναι εμφανές από τη μικρότερη επικράτηση του παθητικού στυλ ηγεσίας που παρατηρείται σε τέτοιους οργανισμούς.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη συμβάλλει με πολύτιμες πληροφορίες στην κατανόηση της πολύπλοκης αλληλε-

πίδρασης μεταξύ επαγγελματικής εμπειρίας, στυλ ηγεσίας και επιπέδου ιεραρχίας. Υπογραμμίζει τη σημασία της υποστήριξης των στελεχών πρώτης γραμμής και αναδεικνύει τη σημασία των αποτελεσματικών πρακτικών διαχείρισης σε μεγάλους οργανισμούς υγειονομικής περιθαλψής για τη βελτιστοποίηση της παραγωγικότητας και την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.

Δήλωση Πηγών Χρηματοδότησης:

Η παρούσα έρευνα δεν έλαβε συγκεκριμένες επιχορηγήσεις από φορείς χρηματοδότησης του δημόσιου, εμπορικού ή μη κερδοσκοπικού τομέα.

Δήλωση Αντικρουόμενων Συμφερόντων:

Οι συγγραφείς δεν έχουν να δηλώσουν σύγκρουση συμφερόντων.

Συνεισφορά ερευνητών:

Η Π.Ν. συνέβαλε στην συλλογή πληροφοριών, είχε καθοριστική συμβολή στην συγγραφή του άρθρου, στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στην ανάλυση των δεδομένων. Η Γ.Μ. συμμετείχε στον σχεδιασμό, την παροχή εργαλείων ανάλυσης, τη μεθοδολογική προσέγγιση της μελέτης, καθώς και στην επεξεργασία των δεδομένων. Η Λ.Μ. και Μ.Ε. συνέβαλαν στον σχεδιασμό και την επιστημονική εποπτεία της μελέτης. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά το άρθρο και ενέκριναν την υποβολή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aarons G. A. (2006). Transformational and transactional leadership: association with attitudes toward evidence-based practice. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(8), 1162–1169. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.8.1162>
- Bass B. M. (1998). Transformational leadership: Military and civilian impact. Lawrence Erlbaum.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). Transformational leadership. Psychology Press.
- Breevaart, K., Bakker, A., Hetland, J., Demerouti, E., Olsen, O. K., & Espevik, R. (2014). Daily transactional and transformational leadership and daily employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87, 138–157. <https://doi.org/10.1111/joop.12041>
- Burns, J. M. (1978). Leadership. New York: Harper & Row
- Costa, J., Pádua, M., & Moreira, A. C. (2023). Leadership Styles and Innovation Management: What Is the Role of Human Capital? *Administrative Sciences* 2023, Vol. 13, Page 47, 13(2), 47. <https://doi.org/10.3390/ADMSCI13020047>
- Cranage, K., & Foster, K. (2022). Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *International journal of mental health nursing*, 31(3), 665–676. <https://doi.org/10.1111/inm.12986>
- Cummings G, Lee H, Macgregor T, et al. (2008). Factors contributing to nursing leadership: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*. 13(4):240-248. doi:10.1258/jhsrp.2008.007154
- Eagly, A. H., & Johnson, B. T. (1990). Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 108(2), 233–256. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.233>
- Echevarria, I. M., Patterson, B. J., & Krouse, A. (2017). Predictors of transformational leadership of nurse managers. *Journal of nursing management*, 25(3), 167–175. <https://doi.org/10.1111/jonm.12452>
- Harrell, F.E. (2001) Regression Modeling Strategies: With Applications to Linear Models, Logistic Regression, and Survival Analysis. Springer-Verlag, New York. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-3462-1>
- Heller, S., Ullrich, J., & Mast, M. S. (2023). Power at work: Linking objective power to psychological power. *Journal of Applied Social Psychology*, 53, 5–20. <https://doi.org/10.1111/jasp.12922>
- Hinkin, T. R., & Schriesheim, C. A. (2008). An examination of «nonleadership»: from laissez-faire leadership to leader reward omission and punishment omission. *The Journal of applied psychology*, 93(6), 1234–1248. <https://doi.org/10.1037/a0012875>
- Kesting, P., Ulhøi, J. P., Song, L. J., & Niu, H. (2015). The impact of leadership styles on innovation - a review. *Journal of Innovation Management*, 3(4), 22–41. https://doi.org/10.24840/2183-0606_003.004_0004
- Lowe, K. B., Kroeck, K. G., & Sivasubramaniam, N. (1996). Effectiveness correlates of transformational and transactional leadership: A meta-analytic review of the mlq literature. *The Leadership Quarterly*, 7(3), 385–425. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(96\)90027-2](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(96)90027-2)
- Magbity J.B., Ofei A.M.A. & Wilson D. (2020) Leadership Styles of Nurse Managers and Turnover Intention, *Hospital Topics*, 98:2,

45-50, DOI: 10.1080/00185868.2020.1750324

- Marx, T. G. (2017). The Impacts of Company Size on Leadership. *Management and Organizational Studies*, 4(1), 82. <https://doi.org/10.5430/MOS.V4N1P82>
- McGuire, E., & Kennerly, S. M. (2006). Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nursing economic\$,* 24(4), 179–175.
- Negussie, N., & Demissie, A. (2013). Relationship between leadership styles of nurse managers and nurses' job satisfaction in Jimma University Specialized Hospital. *Ethiopian journal of health sciences*, 23(1), 49–58.
- Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J., & Brenner, S. O. (2008). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. <https://doi.org/10.1080/02678370801979430>, 22(1), 16–32. <https://doi.org/10.1080/02678370801979430>
- Niinihuhta, M., & Häggman-Laitila, A. (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 28(5), e13040. <https://doi.org/10.1111/ijn.13040>
- OECD. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020*. <https://doi.org/10.1787/82129230-EN>
- Prezerakos P. E. (2018). Nurse Managers' Emotional Intelligence and Effective Leadership: A Review of the Current Evidence. *The open nursing journal*, 12, 86–92. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010086>
- Samad, S. (2012). The Influence of Innovation and Transformational Leadership on Organizational Performance. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 57, 486–493. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2012.09.1215>
- Skogsberg, M., Jarl, G., & Matérne, M. (2022). Health care workers' need for support from managers during the initial phase of the COVID-19 pandemic. *BMC health services research*, 22(1), 1563. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08937-9>
- Sfantou, D. F., Laliotis, A., Patelarou, A. E., Sifaki-Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare* 2017, Vol. 5, Page 73, 5(4), 73. <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE5040073>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2021). Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Stamatopoulou, M., Galanis, P., & Prezerakos, P. (2016). Psychometric properties of the Greek translation of the trait emotional intelligence questionnaire-short form (TEIQue-SF). *Personality and Individual Differences*, 95, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.035>
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (2000). Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. *Nursing Research*, 49(1), 37–43. <https://doi.org/10.1097/00006199-200001000-00006>
- Sy, T., Côté, S., & Saavedra, R. (2005). The contagious leader: Impact of the leader's mood on the mood of group members, group affective tone, and group processes. *Journal of Applied Psychology*, 90(2), 295–305.
- Waterwall, B., Chullen, C.L., Barber, D. and Adeyemi-Bello, T. (2023), «The roles of experience and gender in shaping work values», *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*, Vol. 13 No. 1, pp. 131–147. <https://doi.org/10.1108/HESWBL-03-2022-0078>
- Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *Journal of nursing management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116>
-

Work experience and leadership in nurses: How the past shapes leadership models

Paschalina Ntotsi¹, Mary Gouva², Maria Lavdaniti³, Evgenia Minasidou⁴

1. RN, MSc, PhD(c) Director of Nursing, General Hospital of Thessaloniki «G. Gennimatas»

2. Professor, Department of Nursing, University of Ioannina

3. Professor, Department of Nursing, International Hellenic University

4. Professor, Department of Nursing, International Hellenic University

ABSTRACT

Introduction: Nurses' professional characteristics exert a decisive influence on their leadership style. Previous studies have highlighted the importance of hierarchical positions in shaping leadership profiles, as leaders at different levels of hierarchy face distinct challenges. However, the role of professional experience in shaping nurses' leadership characteristics remains under-researched, both in Greece and internationally.

Aim: The present study aims to investigate the relationship between professional experience and leadership characteristics of nurses in managerial positions.

Material and Methods: the sample consisted of 500 Greek nurses holding administrative positions as Directors of Nursing, Heads of Departments, and Heads of Clinical Departments, working in general and university hospitals. Participants completed a socio-demographic questionnaire and the Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) to assess their leadership profile. Data collection took place from January to December 2024.

Results: It was found that professional experience significantly influences hierarchical position level and is particularly associated with transformational leadership. Scores in laissez-faire leadership style were significantly lower compared to scores in transformational and transactional leadership, regardless of hierarchical level. In addition, notable differences in leadership profile emerged between the three hierarchical levels. Senior managers showed higher scores on transformational and transactional leadership, while front-line supervisors showed higher scores on laissez-faire leadership style.

Conclusion: This study contributes valuable information to understanding the complex interplay between professional experience, leadership style, and hierarchy level. It highlights the importance of supporting frontline executives and highlights the importance of effective management practices in large healthcare organizations to optimize productivity and deliver high-quality care.

Keywords: Leadership, Leadership models, Work experience, Nurse

Corresponding author:

Ntotsi Paschalina

Email: ntotsilina@gmail.com

Citation: Ntotsi P., Gouva M., Lavdaniti M., Minasidou E. (2025). Work experience and leadership in nurses: How the past shapes leadership models. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 33-42, <https://doi.org/10.24283/hjns.202545>

Η επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές στο εργασιακό περιβάλλον

Σταματίνα Δούκη¹, Ευστράτιος Ζαργκλής²

1. Νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc, MHASC, Προϊσταμένη ψυχιατρικής κλινικής Εθνικών Χολαργού-Αγ. Παρασκευής Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ. 1η ΥΠΕ, Αθήνα

2. Νοσηλευτής ψυχικής υγείας, MSc, Προϊστάμενος Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, Αθήνα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με την Διεθνή Οργάνωση Εργασίας, η επιθετικότητα στο χώρο εργασίας περιλαμβάνει κάθε ενέργεια, περιστατικό ή συμπεριφορά που αποκλίνει από την φυσιολογική και απειλεί, βλάπτει ή / και τραυματίζει το άτομο στο περιβάλλον της εργασίας του. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές εκτίθενται συχνότερα στον κίνδυνο επίθεσης από ασθενείς, μέλη της οικογένειας και επισκέπτες στον χώρο εργασίας, σε σχέση με άλλους επαγγελματίες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου που πιθανόν εκλύουν την επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές από ασθενείς ή συνοδούς στο εργασιακό περιβάλλον, των συνεπειών και των στρατηγικών διαχείρισης. Επιπλέον, συμβάλλει στην ανάδειξη του μείζονος αυτού κοινωνικού προβλήματος και θα δώσουμε το έναυσμα για περαιτέρω ερευνητική διερεύνηση. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλάμβανε την ανασκόπηση σύγχρονων ερευνητικών μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Τα κριτήρια ένταξης των μελετών ήταν να έχουν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαπενταετία και να είναι στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Οι παράγοντες κινδύνου που φάνηκε να συσχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση επιθετικότητας έναντι των νοσηλευτών από ασθενείς ή συνοδούς στο χώρο εργασίας περιλαμβάνουν: α) τα ατομικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών (φύλο, ηλικία, εργασιακή εμπειρία, εκπαίδευση, κ.ά.), β) τα ατομικά χαρακτηριστικά των θυτών (φύλο, ηλικία, ανεργία, ιστορικό επιθετικής συμπεριφοράς, κ.ά.) και γ) τα οργανωτικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής υπηρεσίας (χώρος εργασίας, υψηλός φόρτος, υποστελέχωση, κ.ά.). Από την ενδελεχή ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας κατέστη ξεκάθαρο ότι η επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές αποτελεί μείζον κοινωνικό φαινόμενο, που πλήττει σοβαρά την Δημόσια υγεία, την ποιότητα των υπηρεσιών και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

Λέξεις Κλειδιά: επιθετικότητα, νοσηλευτές, παράγοντες κινδύνου, συνέπειες

*Σημείωμα εκδότη: Η παρούσα δημοσίευση εκφράζει την προσωπική άποψη των συγγραφέων.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:

Δούκη Σταματίνα

e-mail: tan.douki@gmail.com

Αναφορά του άρθρου ως: Δούκη Στ., Ζαργκλής Ε. (2025). Η επιθετικότητα προς τους νοσηλευτές στο εργασιακό περιβάλλον. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 18(4): 43-53, <https://doi.org/10.24283/hjns.202546>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιθετικότητα στο χώρο εργασίας φαίνεται ότι αυξάνεται τόσο σε συχνότητα όσο και σε σοβαρότητα εμφάνισης περιστατικών. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης έχει αναγνωριστεί ένας από τους πιο επιβαρυσμένους χώρους εργασίας καθώς καταγράφονται υψηλά επίπεδα επιθετικότητας (Perrone 1999). Οι επαγγελματίες υγείας πιθανόν διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να δεχτούν επίθεση στον χώρο εργασίας, σε σχέση με τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους και τους αστυνομικούς (International Council of Nurses 1999). Ως εκ τούτου, τόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) όσο και το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ΔΣΝ) έχουν αναγνωρίσει την επιθετικότητα στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης ως μείζον κοινωνικό ζήτημα που πλήττει σοβαρά την Δημόσια Υγεία παγκόσμια (World Health Organization 2019).

Πιο ειδικά, έχει καταγραφεί ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας που διερευνά το φαινόμενο της επιθετικότητας στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι νοσηλευτές φαίνεται να διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο, σε σχέση με άλλες επαγγελματικές ομάδες (International Council of Nurses Position Statement 2006). Οι νοσηλευτές εκτίθενται τακτικά σε λεκτική κακοποίηση και σωματική επιθετικότητα κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Σύμφωνα με ερευνητικές μελέτες, τα υψηλά επίπεδα επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές συμβάλλουν στην δημιουργία της εσφαλμένης αντίληψης ότι η επιθετικότητα είναι αναμενόμενη και αποδεκτή, καθώς είναι μέρος της εργασίας τους (Benveniste et al 2005). Έτσι, η λεκτική και η σωματική κακοποίηση που αποτελούν σοβαρούς επαγγελματικούς κινδύνους, εκλογικεύονται και θεωρούνται αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας (OSHA Workplace Violence in Healthcare 2015).

Ωστόσο, ο εντοπισμός προγνωστικών ή προειδοποιητικών σημάτων θα επέτρεπε πιθανόν στους νοσηλευτές και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να αποτρέψουν ή / και να διαχειριστούν καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν επιθετικά επεισόδια στον χώρο εργασίας (Morphet et al 2019). Επιπλέον, η διάδοση της κουλτούρας και της γνώσης αυτού του φαινομένου μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη της εμφάνισης αυτών των επεισοδίων, στην προστασία τόσο των νοσηλευτών όσο και των χρηστών υπηρεσιών υγείας και στην εξασφάλιση ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της παρούσας ερευνητικής με-

λέτης ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της επιθετικότητας, των παραγόντων κινδύνου που πιθανόν εκκλύουν την επιθετική συμπεριφορά προς τους νοσηλευτές στο εργασιακό περιβάλλον από τους ασθενείς ή τους συνοδούς, των συνεπειών και των στρατηγικών διαχείρισης, ώστε να αναδειχθεί το μείζον αυτό κοινωνικό πρόβλημα που πλήττει σοβαρά την Δημόσια υγεία.

Η ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το φαινόμενο της επιθετικότητας

Ως επιθετικότητα ορίζεται οποιοσδήποτε τρόπος συμπεριφοράς ή πρόθεσης, που στοχεύει να βλάψει ή να τραυματίσει ένα άλλο άτομο, ο οποίος γίνεται συνήθως αντιληπτός και οδηγεί σε κινητοποίηση του θύματος για την αποφυγή του (Verdugo & Vere 2003). Το φαινόμενο της επιθετικότητας συνήθως περιλαμβάνει γεγονότα που προηγούνται της πράξης και στη συνέχεια ακολουθούν οι επιθετικές ενέργειες. Εξάλλου, ερευνητές επισημαίνουν ότι κάθε άτομο μπορεί να έχει βίαιες σκέψεις ή φαντασιώσεις, αλλά δεν τις πραγματοποιεί παρά μόνο αν χάσει τον έλεγχο. Συνεπώς, οποιαδήποτε σειρά καταστάσεων δημιουργεί αύξηση των επιθετικών ενορμήσεων του ατόμου, μέσα σε ένα πλαίσιο μειωμένου ελέγχου, είναι δυνατόν να πυροδοτήσει επιθετικές πράξεις ή / και συμπεριφορές. Σύμφωνα με αυτή την επιστημονική προσέγγιση, η ματαίωση του ατόμου οδηγεί συχνά στην εκδήλωση οποιασδήποτε μορφής επιθετικότητας και η επιθετικότητα συνδέεται άρρηκτα με την ματαίωση (Kontaxakis & Havani-Kontaxakis 2000).

Υποστηρίζεται ότι όλα τα άτομα έχουν μία γενετήσια ροπή προς την επιθετικότητα, ωστόσο διαφέρει ο τρόπος που την εκφράζουν, καθώς εξαρτάται από εξωγενείς παράγοντες και κοινωνικές συνθήκες που οδηγούν σε αύξηση της ετοιμότητας για επίθεση (Anderson 2001). Επιπλέον, οι προσωπικές πεποιθήσεις, η αυτό-εικόνα, η στάση απέναντι στη ζωή, οι προσωπικές αξίες και οι κοινωνικές συνθήκες που συχνά δημιουργούν αντιξοότητες, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσχερειών και διαχείρισης των στόχων, των συναισθημάτων και των ανθρώπων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι λεκτικές ύβρεις ή / και οι χλευασμοί οδηγούν σε επιθετικές πράξεις. Στα παραπάνω συντελούν η έκθεση στην τηλεοπτική βία, η κακή ποιότητα ζωής στα αστικά κέντρα με τους συνεχείς θορύβους, την αδιαφορία, τον συνωστισμό, την απομόνωση και την έλλειψη επικοινωνίας. Τέλος, ερευνητικά ευρήματα επισημαίνουν ότι τα άτομα με επιθετική συμπεριφορά μπορεί να εμφανίζουν αδυναμία στην αναγνώριση αρνη-

τικών συναισθημάτων και εκφράσεων του προσώπου (Robinson et al 2012).

Η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας (ΔΟΕ) ορίζει την επιθετικότητα στο χώρο εργασίας ως κάθε ενέργεια, περιστατικό ή συμπεριφορά που αποκλίνει από την φυσιολογική συμπεριφορά κατά την οποία ένα άτομο απειλείται, βλάπεται ή / και τραυματίζεται κατά τη διάρκεια της εργασίας του (International Labor Organization 2003). Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει όλες τις μορφές επιθετικότητας. Πιο ειδικά, υπάρχουν τρεις μορφές με τις οποίες εκδηλώνεται κυρίως η επιθετικότητα: α) η λεκτική β) η σωματική έναντι άλλων ανθρώπων και γ) η επιθετικότητα έναντι αντικειμένων, που σε αυτήν την περίπτωση χαρακτηρίζεται «καταστροφικότητα». Η λεκτική επιθετικότητα είναι η κυριότερη μορφή αλλά συνήθως υποτιμάται ή δεν αναγνωρίζεται ως επιθετική συμπεριφορά. Σε αυτή την μορφή επιθετικότητας περιλαμβάνονται φραστικές επιθέσεις που στοχεύουν στη ψυχολογική υποβίβαση του θύματος και στην ανάπτυξη αισθήματος ανωτερότητας του θύτη. Στη σωματική επιθετική συμπεριφορά εντάσσονται βάνουσες πράξεις, ξυλοδαρμός και πρόκληση σωματικών ζημιών από ένα άτομο σε κάποιο άλλο από πρόθεση (Kontaxakis & Havani-Kontaxakis 2000).

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

Σύμφωνα με ευρήματα της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας, η επιθετικότητα στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία, παρουσιάζει μία σταθερά αυξητική πορεία τις τελευταίες δεκαετίες. Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές εκτίθενται πιο συχνά στον κίνδυνο επίθεσης από ασθενείς ή επισκέπτες, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες (Liu et al 2019). Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι ο αριθμός των νοσηλευτών που δέχθηκε επίθεση σε χώρους υγείας αυξήθηκε 60% την ίδια περίοδο (δηλ. τις τελευταίες δεκαετίες) (Thompson 2019). Μεταγενέστερα, μελέτη στην Αυστραλία πρόσθεσε ότι η επιθετικότητα κατά των νοσηλευτών αυξανόταν ταχύτατα καθώς εμφανιζόταν σε καθημερινή βάση Coskun Cenk 2019. Επιπλέον, σε ερευνητική μελέτη που διεξάχθηκε σε εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε χώρες της Ασίας και της Βόρειας Αμερικής, αναδείχθηκε υψηλή συχνότητα εμφάνισης επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές και γιατρούς στα ψυχιατρικά τμήματα και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) (Liu et al 2019). Άλλη μελέτη στην Βόρεια Αμερική σε ΤΕΠ, ανέδειξε ότι περίπου 1 στους 4 νοσηλευτές σε διάστημα 3 ετών είχε υποστεί σωματική επιθετικότητα περισσότερο από 20 φορές και 1 στους 5 νοσηλευτές είχε δεχτεί λεκτική επιθετικότητα περισσότε-

ρο από 200 φορές, την ίδια χρονική περίοδο (Gacki-Smith et al 2009).

Παρομοίως, το Αυστραλιανό Σύστημα Παρακολούθησης Συμβάντων έδειξε ότι σε ένα σύνολο 42.33 ατυχημάτων που συνέβησαν σε επαγγελματίες υγείας, το 9% εξ' αυτών ήταν περιστατικά επιθετικότητας που διαπράττονταν από συγγενείς ή επισκέπτες ασθενών (Benveniste et al 2005). Μεταγενέστερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, επίσης εντόπισε ότι 75% των νοσηλευτών είχε υποστεί επιθετικότητα από ασθενείς και επισκέπτες σε διάστημα 6 μηνών (Pich & Roche 2020). Πιο συγκεκριμένα, αυτή η ερευνητική μελέτη που διεξάχθηκε σε δείγμα 3000 νοσηλευτών στην Αυστραλία με τη χορήγηση ερωτηματολογίων, ανέδειξε ότι σχεδόν οι μισοί (n=1454, 47%) είχαν βιώσει ένα επεισόδιο επιθετικότητας την εβδομάδα πριν από την ολοκλήρωση της έρευνας, οι περισσότεροι εξ' αυτών (n= 2460, 79.3%) είχαν βιώσει επιθετικότητα το τελευταίο εξάμηνο και 63 νοσηλευτές (2.5%) είχαν βιώσει περισσότερα από 80 επεισόδια επιθετικότητας. Ειδικότερα, 606 νοσηλευτές (24%) ανέφεραν σωματική κακοποίηση / βία, 60% δέχτηκαν χτύπημα, 53% φτύσιμο, 53% κλωτσιά, 52% γροθιά, ενώ 55% ανέφερε καταστροφική συμπεριφορά σε αντικείμενα, όπως χτύπημα σε τραπέζι κ.ά.. Επιπλέον, 805 συμμετέχοντες ανέφεραν ακατάλληλη σωματική ή σεξουαλική επαφή και 35 δήλωσαν ότι είχαν δεχτεί σεξουαλική επίθεση (Pich & Roche 2020). Άλλη μεγάλη μελέτη που διενεργήθηκε σε 5 διαφορετικές χώρες της Ευρώπης σε δείγμα 260 νοσηλευτών, επιβεβαίωσε ότι 20.4% είχε δεχτεί σωματική επίθεση στο χώρο εργασίας τους προηγούμενους 12 μήνες, 92.3% ανέφερε ότι δέχτηκε επίθεση από ασθενείς, μέλη της οικογένειας ή επισκέπτες κατά την διάρκεια της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας και 76.9% εξ' αυτών ανέφερε ότι το επεισόδιο επίθεσης ήταν αναπόφευκτο (Babiarczyk et al 2019).

Επιπλέον, το δωμάτιο της απομόνωσης στα ψυχιατρικά τμήματα έχει χαρακτηριστεί ως περιβάλλον υψηλού κινδύνου (Kowalenko et al 2013), καθώς οι νοσηλευτές συχνά εκτίθενται σε επιθετικά επεισόδια (Charpman & Styles 2006). Αν και αποδέκτες της μεγαλύτερης επιθετικότητας είναι κυρίως οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες ψυχικής υγείας και ΤΕΠ, ωστόσο αυξημένη επιθετική συμπεριφορά ασθενών έχει παρατηρηθεί και σε άλλους νοσοκομειακούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων των μονάδων γενικής ιατρικής, χειρουργικής, παιδιατρικής και εντατικής θεραπείας (Ferri et al 2016, Liu et al 2019). Εκτός νοσοκομείου, επιθετικά επεισόδια φαίνεται ότι έχουν υποστεί και οι κοινοτικοί νοσηλευτές. Πιο συγκεκριμένα, 50% των κοινοτικών νοσηλευτών κατά

τη διάρκεια της μετάβασής τους σε κατ' οίκον νοσηλεία (Fujimoto et al 2017), 36% κατά τη διάρκεια παροχής κοινοτικής φροντίδας (Fafliora et al 2016) και 41% σε υπηρεσίες προ-νοσοκομειακής φροντίδας, ασθενοφόρα και σε υπηρεσίες διάσωσης (Coskun Cenk 2019).

Τέλος, συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 314 ΤΕΠ και σε 143 ψυχιατρικούς νοσηλευτές, που εργάζονταν σε διάφορα νοσοκομεία στις ΗΠΑ, αποκάλυψε ότι η συχνότητα εμφάνισης επιθετικών επεισοδίων στο χώρο εργασίας, η ανταπόκριση των φρουρών ασφαλείας και η κατάλληλη εκπαίδευση επηρεάζουν σημαντικά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την επιθετικότητα και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Οι ερευνητές ωστόσο επεσήμαναν ότι οι αντιλήψεις για την επιθετικότητα ποικίλλουν μεταξύ των νοσηλευτών, καθώς επηρεάζονται από τις υπάρχουσες συνθήκες στο χώρο εργασίας. Σε αυτή την μελέτη, αναδείχτηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών των ΤΕΠ και των ψυχιατρικών κλινικών. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές των ΤΕΠ ήταν πιο πιθανό να δηλώσουν ανασφαλείς και περισσότερο απειλούμενοι σε λεκτικές επιθέσεις, σε σύγκριση με τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Επιπλέον, οι ψυχιατρικοί νοσηλευτές φάνηκε ότι είναι πιο ανεκτικοί στην καταχρηστική συμπεριφορά, καθώς είχαν περισσότερη εκπαίδευση σε τεχνικές αποκλιμάκωσης (Blando et al 2013).

Παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες που φάνηκε να συσχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση περιστατικών επιθετικότητας έναντι των νοσηλευτών από ασθενείς, συγγενείς ή επισκέπτες είναι α) τα ατομικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών β) τα ατομικά χαρακτηριστικά των θυτών (ασθενείς, συγγενείς, επισκέπτες) και γ) τα περιβαλλοντικά / οργανωτικά στοιχεία που παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω και περιγράφονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

Ατομικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών:

α) Φύλο: τα ευρήματα των μελετών διαφοροποιούνται, καθώς σε ορισμένες μελέτες το ανδρικό φύλο διέτρεχε μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστεί επιθετικότητα (Jaradat et al. 2016, Yang et al. 2018), ενώ σε άλλες μελέτες ο υψηλότερος κίνδυνος εμφάνισης επιθετικότητας συσχετίστηκε με το θηλυκό φύλο (Merecz et al. 2020, Tomagová et al. 2020)

β) Ηλικία: οι νοσηλευτές <35 ετών (Kobayashi et al. 2020, Park & Choi 2022), η ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών (Ramacciati et al. 2019) και οι νεότεροι από τους ασθενείς νοσηλευτές (Nguiluwe et al. 2016) διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν επιθετικότητα

γ) Εκπαίδευση: οι νοσηλευτές ανώτατου εκπαιδευτικού

επιπέδου (πτυχίο, μεταπτυχιακό, κ.ά.) (Cheung & Yip 2017) είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν επιθετικότητα

δ) Εργασιακή εμπειρία: τα ευρήματα των μελετών επίσης διαφοροποιούνται, καθώς σε ορισμένες μελέτες τα έτη προϋπηρεσίας < 5 ετών (Tomagová et al. 2020) αύξανε την πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές, ενώ σε άλλες μελέτες οι νοσηλευτές με έτη προϋπηρεσίας > 5 ετών (Ceballos et al. 2020) διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η διαφορετικότητα των ευρημάτων αναφορικά με την ηλικία και την εργασιακή εμπειρία, πιθανόν αποδίδεται στις πολιτισμικές διαφορές των χωρών που πραγματοποιήθηκαν οι έρευνες και στα διαφορετικά εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν.

ε) Επιπρόσθετοι ατομικοί παράγοντες: αδυναμία στην ανάπτυξη ηγεσίας, αδυναμία στην εφαρμογή της πολιτικής του υγειονομικού οργανισμού (Somaní et al. 2021), ανεπαρκής εκπαίδευση του προσωπικού στη διαχείριση γεγονότων επιθετικότητας και στην αναγνώριση καταστάσεων κινδύνου (Jakobsson et al. 2021), ελλιπής αξιολόγηση ασθενούς και ανεπαρκή πρωτόκολλα παρατήρησης (Palese et al. 2020), έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού των ασθενών και των οικογενειών τους, αντίστοιχα (Yang et al. 2018). Όλοι αυτοί οι πρόσθετοι ατομικοί παράγοντες και η αποτυχία αναγνώρισης και ανταπόκρισης σε προειδοποιητικά σήματα φάνηκε να αυξάνουν τον κίνδυνο να υποστούν επιθετικότητα οι νοσηλευτές (Somaní et al. 2021).

Ατομικά χαρακτηριστικά θυτών (ασθενείς, επισκέπτες, συγγενείς):

α) Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των θυτών: ανδρικό φύλο, εφηβεία, ανεργία, αγαμία, χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και συχνές αλλαγές διαμονής

β) Χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας: πρώιμη έκθεση σε βία, γονεϊκή κακοποίηση, παραμέληση, εγκατάλειψη, διαζύγιο ή χωρισμός γονέων, εκρήξεις οργής - συχνόι καυγάδες, προβλήματα με την εξουσία και συχνές αλλαγές σχολείου

γ) Ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά των θυτών: κατάχρηση οινόπνευματων ή άλλων ουσιών και χαμηλή νοημοσύνη δ) Βιολογικά χαρακτηριστικά των θυτών: μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα, αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα, υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης πλάσματος, υπογλυκαιμία και γενετική προδιάθεση ε) Ιστορικό επιθετικής - βίαιης συμπεριφοράς στ) Ασθενείς με ψυχικά νοσήματα, άνοιες, οργανικά ψυχοσύνδρομα και διαταραχές προσωπικότητας (αντικοινωνική, ψυχοπαθητική και οριακή διαταραχή) (Nguiluwe et al. 2016). Οι προ-

αναφερόμενοι παράγοντες των θυτών (ασθενείς, συγγενείς, επισκέπτες) συσχετίστηκαν σημαντικά με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.

Περιβαλλοντικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά:

α) Χώρος εργασίας: Τ.Ε.Π. (Tomagóna et al. 2020), ψυχιατρικές κλινικές (Farrell et al. 2014), γηροκομεία (Ferri et al. 2016) και δομές μακροχρόνιας φροντίδας (Franz et al. 2010) φάνηκε ότι εξέθεταν τους νοσηλευτές σε μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν επιθετικότητα

β) Ελλείψεις στην ασφάλεια του περιβάλλοντος και ελλείψεις στην εφαρμογή των διαδικασιών ασφάλειας (Somani et al. 2021)

γ) Περιορισμένοι πόροι, ανεπαρκή επίπεδα στελέχωσης και άνιση κατανομή στελέχωσης (Basfr et al. 2019)

δ) Υψηλός φόρτος εργασίας και πίεση χρόνου (Jafree 2017)

ε) Εργασία με πλήρες ωράριο και σε βάρδιες (Ceballos et al. 2020) και

στ) Μεγάλοι χρόνοι αναμονής για τους ασθενείς, ειδικά στο Τ.Ε.Π., (Basfr et al. 2019), προσδιορίζονται ως παράγοντες υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση επιθετικότητας στο εργασιακό περιβάλλον.

Συνέπειες της επιθετικότητας στον εργασιακό χώρο

Οι επιπτώσεις της επιθετικής συμπεριφοράς στο εργασιακό περιβάλλον αφορούν τόσο τους νοσηλευτές όσο και τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, όπως περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω και παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1.

Νοσηλευτές: Δεδομένης της εξάπλωσης και του αρνητικού αντίκτυπου του φαινομένου της επιθετικότητας, πολλές μελέτες ανέλυσαν τις συνέπειες κατά των νοσηλευτών. Οι συνέπειες κατηγοριοποιούνται σε σωματικές, όπως κατάγματα και μυοσκελετικές κακώσεις (Baby et al. 2014), τραύματα στο κεφάλι, αισθητηριακά ελλείμματα, σωματική αναπηρία, χρόνιος πόνος (Yang et al., 2018) και ψυχολογικές, όπως θυμός, φόβος ή άγχος, συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) (Hong et al. 2021), ενοχές, έντονο στρες, μειωμένη παραγωγικότητα (Al-Ghabeesh & Qattomat et al. 2019), μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση (Kobayashi et al. 2020), συχνές απουσίες από την εργασία (Xing et al. 2015), αυξημένη πρόθεση αποχώρησης από την εργασία ή / και εγκατάλειψης του επαγγέλματος, χαμηλή ποιότητα ζωής ακόμη και θάνατο (Chien et al. 2013).

Οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης: φθορές στον εξοπλισμό (Gillespie et al. 2014), φθορές στα εργαλεία και ζημιές στις δομές των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης (Galian-Munoz et al. 2014), υψηλότερο κόστος

που σχετίζεται με την ιατρική περίθαλψη των κακοποιημένων νοσηλευτών, την μακροχρόνια φροντίδα υγείας, την μακροχρόνια αναρρωτική άδεια και την μακροχρόνια απουσία από την εργασία για αποκατάσταση (Favaro et al. 2021), την μειωμένη παραγωγικότητα και την έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία (Speroni et al. 2014) και πρόσθετες δαπάνες που προκύπτουν επίσης από αγωγές, αποζημιώσεις και απώλεια εσόδων (Wax et al. 2016). Οι συνέπειες στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Αν και πολλοί οργανισμοί υγείας σε όλο τον κόσμο έχουν εφαρμόσει πολιτικές «μηδενικής ανοχής» για τους επιτιθέμενους και έχουν θεσπίσει κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη και την διαχείριση της επιθετικότητας στο χώρο εργασίας, αυτές οι πολιτικές συχνά δεν φαίνεται να λειτουργούν αποτελεσματικά στην πραγματική ζωή (Hassankhani & Soheili 2017, Beattie et al. 2020).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Οι στρατηγικές πρόληψης και διαχείρισης όπως καταγράφονται στη σύγχρονη, διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1 και περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω:

- Διάθεση σημαντικών κονδυλίων για την πρόληψη και τη διαχείριση της επιθετικότητας στο εργασιακό περιβάλλον (Morphet et al. 2019).
- Αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών (Morphet et al. 2018).
- Ανάπτυξη υλικού καθοδήγησης βασισμένο σε τεκμηριωμένα στοιχεία.
- Έμφαση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών για τη διαχείριση της επιθετικότητας (Geoffrion et al. 2020).
- Εφαρμογή συστημάτων παρακολούθησης, ανταπόκρισης και αναφοράς (Ramacciati et al. 2021).
- Ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ υπηρεσιών υγείας και άλλων φορέων.
- Βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών (Collins 2021).
- Εφαρμογή αποτελεσματικού προσωπικού ασφαλείας (Morphet et al. 2019).
- Διάδοση της γνώσης του φαινομένου της επιθετικότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού προκειμένου να συμβάλει στην πρόληψη της εμφάνισης αυτών των περιστατικών.

Πίνακας 1. Παράγοντες που συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές από ασθενείς ή / και συνοδούς στον εργασιακό χώρο, Συνέπειες, Στρατηγικές διαχείρισης

Παράγοντες κινδύνου	Συνέπειες	Στρατηγικές διαχείρισης
<p>Ατομικά χαρακτηριστικά θυτών (ασθενείς / συνοδοί)</p> <p>1. Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία Ανδρικό φύλο Εφηβεία Ανεργία Αγαμία Χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης Χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο Συχνές αλλαγές διαμονής (Ngulwe et al. 2016)</p> <p>2. Χαρακτηριστικά παιδικής ηλικίας Πρόωμη έκθεση σε βία Γονεϊκή κακοποίηση Παραμέληση Εγκατάλειψη Διάζυγιο γονέων Εκρήξεις οργής Συχνοί καυγάδες Προβλήματα με την εξουσία Συχνές αλλαγές σχολείου (Ngulwe et al. 2016)</p> <p>3. Ψυχοπαθολογία θυτών Κατάχρηση ονοπνευματικών Κατάχρηση ουσιών Χαμηλή νοημοσύνη (Ngulwe et al. 2016)</p> <p>4. Βιολογικά χαρακτηριστικά θυτών Μειωμένη σεροτονίνη Αυξημένη ντοπαμίνη Υψηλά επίπεδα τεστοστερόνης Υπογλυκαιμία Γενετική προδιάθεση (Ngulwe et al. 2016)</p>	<p>Νοσηλευτές</p> <p>1. Σωματικές Κατάγματα Μυοσκελετικές κακώσεις (Baby et al. 2014) Τραύματα στο κεφάλι Αισθητηριακά ελλείμματα Σωματική αναπηρία Χρόνιος πόνος (Yang et al., 2018)</p> <p>2. Ψυχολογικές Θυμός Φόβος Άγχος Διαταραχή Μετατραυματικού στρες (PTSD) (Hong et al. 2021) Ενοχές Έντονο στρες Μειωμένη παραγωγικότητα (Al-Ghabeesh & Qattomat et al. 2019) Μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση (Kobayashi et al. 2020)</p> <p>4. Συχνές απουσίες από την εργασία (Xing et al. 2015)</p> <p>5. Πρόθεση αποχώρησης από την εργασία (Chien et al. 2013)</p> <p>6. Εγκατάλειψη επαγγέλματος (Chien et al. 2013)</p> <p>7. Χαμηλή ποιότητα ζωής 8. Θάνατος (Chien et al. 2013)</p> <p>Οργανισμός υγείας</p> <p>1. Φθορές στον εξοπλισμό (Gillespie et al. 2014)</p>	<p>1. Διάθεση σημαντικών κονδυλίων Πρόληψη επιθετικότητας Διαχείριση επιθετικότητας στην εργασία (Morphet et al. 2019)</p> <p>2. Αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών (Morphet et al. 2018)</p> <p>3. Ανάπτυξη υλικού καθοδήγησης βασισμένο σε τεκμηριωμένα στοιχεία (Geoffrion et al. 2020)</p> <p>4. Εκπαίδευση νοσηλευτών στη διαχείριση επιθετικότητας (Geoffrion et al. 2020)</p> <p>5. Εφαρμογή συστημάτων παρακολούθησης, ανταπόκρισης και αναφοράς (Ramacciati et al. 2021)</p> <p>6. Ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ υπηρεσιών υγείας και άλλων φορέων (Collins 2021)</p> <p>7. Βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών (Collins 2021)</p> <p>8. Εφαρμογή αποτελεσματικού προσωπικού ασφαλείας</p> <p>9. Διάδοση της γνώσης του φαινομένου της επιθετικότητας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού (Morphet et al. 2019)</p>

<p>5. Ιστορικό επιθετικής - βίαιης συμπεριφοράς 6. Ασθενείς με ψυχικά νοσήματα Ανοίες Οργανικά ψυχροσύνδρομα Διαταραχές προσωπικότητας (αντικοινωνική, ψυχοπαθητική και οριακή διαταραχή) (Ngulwe et al. 2016) Περιβαλλοντικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά 1. Χώρος εργασίας Τ.Ε.Π. (Tomagóna et al. 2020) Ψυχιατρικές κλινικές (Farrell et al. 2014) Γηροκομεία (Ferri et al. 2016) Δομές μακροχρόνιας φροντίδας (Franz et al. 2010) 2. Ελλείψεις στην ασφάλεια περιβάλλοντος (Somani et al. 2021) 3. Ελλείψεις στην εφαρμογή διαδικασιών ασφάλειας (Somani et al. 2021) 4. Περιορισμένοι πόροι Ανεπαρκή επίπεδα στελέχωσης Άνιση κατανομή στελέχωσης (Basfr et al. 2019) 5. Υψηλός φόρτος εργασίας (Jafree 2017) 6. Πίεση χρόνου (Jafree 2017) 7. Εργασία με πλήρες ωράριο σε βάρδιες (Ceballos et al. 2020) 8. Μεγάλοι χρόνοι αναμονής για τους ασθενείς (Basfr et al. 2019)</p>	<p>Φθορές στα εργαλεία Φθορές στις εγκαταστάσεις (Galian-Munoz et al. 2014) 2. Υψηλό κόστος Ιατρική περιθάλψη κακοποιημένων νοσηλευτών Μακροχρόνια φροντίδα υγείας Μακροχρόνια αναρωτική άδεια Μακροχρόνια απουσία από την εργασία για αποκατάσταση (Favaro et al. 2021) 3. Μειωμένη παραγωγικότητα (Speroni et al. 2014) 4. Έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία (Speroni et al. 2014) 5. Πρόσθετες δαπάνες Αγωγές Αποζημιώσεις Απώλεια εσόδων (Wax et al. 2016)</p>	
---	---	--

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα αυτής της ανασκόπησης υπογραμμίζουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν επιθετικότητα στο χώρο εργασίας από ασθενείς ή / και συνοδούς τους σε υψηλότερα επίπεδα, σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας (International Council of Nurses Position Statement 2006), καθώς υφίστανται λεκτική και σωματική κακοποίηση σε τακτική βάση τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες (Liu et al 2019, Pich & Roche 2020). Επιπλέον, εκτίθενται σε μια σειρά επιθετικών συμπεριφορών στον χώρο εργασίας που αυξάνει σημαντικά και τον κίνδυνο εγκατάστασης ψυχικού τραύματος. Αυτό το γεγονός επιτείνεται καθώς ορισμένα είδη επιθετικότητας επεκτείνονται πέρα από τον χώρο εργασίας και στην κοινότητα (Fujimoto et al 2017, Coskun Cenk 2019), κατά την διάρκεια παροχής προνοσοκομειακής ή / και μετανοσοκομειακής φροντίδας. Το ΤΕΠ (Tomagονά et al. 2020) και οι δομές ψυχικής υγείας (Farrell et al. 2014) παραδοσιακά προσδιορίζονται ως οι εργασιακοί χώροι υψηλότερου κινδύνου για εκδήλωση επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές, σε σχέση με άλλες κλινικές, καθώς χαρακτηρίζονται από υψηλή ένταση και φόρτο εργασίας. Επομένως, οι στρατηγικές πρόληψης και διαχείρισης της επιθετικότητας θα πρέπει να περιλαμβάνουν όλους τους χώρους εργασίας στους οποίους απασχολούνται οι νοσηλευτές.

Αναφορικά με την αντιμετώπιση του φαινομένου, οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενήμεροι για την διαθεσιμότητα προγραμμάτων κατάρτισης ώστε να μπορούν να διαχειριστούν την επιθετικότητα στον χώρο εργασίας. Επίσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην φοβούνται να εκφράσουν τον φόβο και την ανησυχία τους, να υπερασπίζονται τον εαυτό τους και να προσπαθούν να αυξήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με την καταπολέμηση του φαινομένου και την μείωση της συχνότητας εμφάνισής του. Τέλος, ο εντοπισμός προγνωστικών ή προειδοποιητικών σημμάτων θα επέτρεπε πιθανόν στους νοσηλευτές και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης να αποτρέψουν ή / και να διαχειριστούν καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν επιθετικά επεισόδια στον χώρο εργασίας.

Στην Ελλάδα, η νομοθεσία καλύπτει με γενικούς κανόνες την αξιοπρέπεια και την προσωπικότητα του ατόμου και κατ' επέκταση του εργαζόμενου με νομοθετικές ρυθμίσεις. Πιο ειδικά, για την προστασία των νοσηλευτών από την επιθετικότητα στην εργασία, ισχύουν οι γενικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα σχετικά με την επιθετικότητα, την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, όπως ο Νόμος 3850/2010. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα καταγγελίας στην Επιθεώρηση Εργασίας ή προσφυγής σε δικαστήριο για προσβολή της προσωπικότητας. Στο Σύνταγμα με την αρχή προστασίας της ανθρώπινης αξίας (άρθρο 2 παρ. 1 Σ) και της προσωπικότητας (άρθρο 5 Σ), στον Αστικό Κώδικα και το Εργατικό Δίκαιο με την αρχή προστασίας της προσωπικότητας και τη νομική προστασία του εργαζόμενου λόγω προσβολής της σωματικής και βιολογικής του

υγείας και ακεραιότητας, καθώς και επιβολή ποινικής τιμωρίας σε περίπτωση που η επιθετικότητα συνυπάρχει με σεξουαλική παρενόχληση (Spyridakis 2009).

Ως εκ τούτου, οι υπάρχουσες διατάξεις, λόγω του γενικού περιεχομένου τους, δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να παρέχουν ένα επαρκές επίπεδο ένομης προστασίας, καθώς βασίζονται αποκλειστικά στην ύπαρξη αποδεικτικών στοιχείων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιθετικότητα δε συνιστά μονάχα ένα στενά ατομικό πρόβλημα ή ένα πρόβλημα που σχετίζεται αποκλειστικά με τρόπους συμπεριφοράς ή μόνο με τις διαχειριστικές κατευθύνσεις του εκάστοτε οργανισμού. Συγκροτεί ένα εμμένον κοινωνικό φαινόμενο, γενικότερα, που πλήττει τους εργαζόμενους, διαρρηγνύει την εργασιακή συνοχή, μειώνει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και χρήζει αποτελεσματικής διαχείρισης.

Οι νοσηλευτές ωστόσο παραμένουν ευάλωτη εργασιακή ομάδα, καθώς το υψηλό επίπεδο γνώσεων και επαγγελματικής επάρκειας των τελευταίων δεκαετιών, δεν αντικατοπτρίζεται στο αντίστοιχο κοινωνικό - οικονομικό status. Οι προβλεπτικοί παράγοντες και οι συνέπειες της επιθετικότητας προς τους νοσηλευτές στον εργασιακό χώρο που προσδιορίζονται μέσω αυτής της ανασκόπησης, παρέχουν τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση που είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη κουλτούρας ασφάλειας και ευαισθητοποίησης, θέτοντας στο επίκεντρο την υγεία και την ευημερία των νοσηλευτών.

Ωστόσο, η πολιτεία οφείλει να προωθήσει πολιτικές εξάλειψης της επιθετικότητας στην νοσηλευτική πρακτική, να επενδύσει σε πόρους και να μετατρέψει το φαινόμενο σε ευκαιρία επαγγελματικής και προσωπικής ανάπτυξης. Τέλος, η τεκμηριωμένη διαχείριση της επιθετικότητας μπορεί να συμβάλει στην υλοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων, που να διασφαλίζουν ένα εργασιακό περιβάλλον χωρίς επιθετικότητα, με την χρήση μόνιμων συστημάτων παρακολούθησης και αναφοράς.

Συμβολή των συγγραφέων: ΔΣ: είχε τη σύλληψη και τον σχεδιασμό της μελέτης και συνέβαλε στην συλλογή των δεδομένων και στη συγγραφή του κειμένου. ΖΕ: συνέβαλε στο σχεδιασμό της μελέτης και στην συλλογή των δεδομένων. Οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά και ενέκριναν την υποβολή του τελικού κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Al-Ghabeesh, H. & Qattom H. (2019). Workplace bullying and its preventive measures and productivity among emergency department nurses. *BMC health services research* 19: 1-9.
- Anderson A. (2001). Heat and Violence. *Current Directions in Psychological Science* 10: 33-38
- Babiarczyk B., Turbiarz A., Tomagová M., Zeleníková R., ...& Sancho Cantus D. (2019). Violence against nurses working in the health sector in five European countries-pilot study. *International journal of nursing practice* 25: e12744.
- Baby M., Glue P. & Carlyle D. (2014). 'Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in mental health nursing* 35: 647-655.
- Basfr W., Hamdan A. & Al-Habib S. (2019). Workplace violence against nurses in psychiatric hospital settings: perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 19: e19.
- Beattie J., Innes K., Griffiths D. & Morphet J. (2020). Workplace violence: Examination of the tensions between duty of care, worker safety, and zero tolerance. *Health care management review* 45: E13-E22.
- Benveniste A., Hibbert D. & Runciman B. (2005). Violence in health care: The contribution of the Australian patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Medical Journal of Australia* 183: 348-351.
- Blando D., O'Hagan E., Casteel C., Nocera A. & Peek-Asa C. (2013). Impact of hospital security programmes and workplace aggression on nurse perceptions of safety. *Journal of Nursing Management* 21: 491-498.
- Ceballos B., Frota P., Nunes S., Ávalos L., ...& Teston F. (2020). Physical violence and verbal abuse against nurses working with risk stratification: characteristics, related factors, and consequences. *Revista Brasileira de Enfermagem* 73: e20190882.
- Chapman R. & Styles I. (2006). An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accident and Emergency Nursing* 14: 245-249.
- Chien T., Leung F., Yeung K. & Wong K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric disease and treatment* 14: 1463-1481.
- Cheung T. & Yip S. (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC public health* 17: 1-10.
- Collins R. (2021). Protect the nurse, protect the practice: Effective communication is the foundation for keeping nurses safe. In *Healthcare Management Forum* 34: 200-204. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Coskun Cenk S. (2019). An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 19: 21-25.
- Dafny A. & Beccaria G. (2020). I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working in a regional hospital. *Journal of clinical nursing* 29: 3336-3348.
- Faflora E., Bampalis G., Zarlus G., Sturaitis P., ...& Mantzouranis, G. (2016). Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work* 53: 551-560.
- Farrell A., Shafiei T. & Chan P. (2014). Patient and visitor assault on nurses and midwives: An exploratory study of employer 'protective' factors. *International journal of mental health nursing* 23: 88-96.
- Favaro A., Wong C. & Oudshoorn A. (2021). Relationships among sex, empowerment, workplace bullying and job turnover intention of new graduate nurses. *Journal of clinical nursing* 30: 1273-1284.
- Ferri P., Silvestri M., Artoni C. & Di Lorenzo R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management* 9: S114870-275.
- Franz S., Zeh A., Schablon A., Kuhnert S. & Nienhaus A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany—a cross sectional retrospective survey. *BMC health services research* 10: 1-8.
- Fujimoto H., Hirota M., Kodama T., Greiner C. & Hashimoto T. (2017). Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 24: 638-647.
- Gacki-Smith J., Juarez M., Boyett L., Homeyer C., ...& MacLean L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *The Journal of nursing administration* 39: 340-349.
- Galian-Munoz I., Llor-Esteban B. & Ruiz-Hernández A. (2014). Violence against nursing staff in hospital emergency services: Risk factors and consequences. *Emergencias* 26: 163-170.
- Geoffrion S., Hills J., Ross M., Pich J., ... & Guay S. (2020). Education and training for preventing and minimizing workplace aggression directed toward healthcare workers. *Cochrane database of systematic reviews* (9).
- Gillespie L., Gates M., Kowalenko T., Bresler S. & Succop P. (2014). Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing* 40: 586-591.
- Hassankhani H. & Soheili A. (2017). Zero-tolerance policy: the last way to curb workplace violence against nurses in Iranian healthcare system. *Journal of caring sciences* 6: 1.
- Hong S., Kim H., Nam S., Wong H. & Lee K. (2021). Nurses' post-traumatic stress symptoms and growth by perceived workplace bullying: An online cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* 29: 1338-1347.
- ILO-International Labour Organization. (2003). Code of practice on work-place violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. Geneva.
- International Council of Nurses Position Statement: Abuse and Violence Against Nursing Personnel (2006). [Online]. (Accessed 4 April 2025) Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C01_Abuse_Violence_Nsg_Personnel.pdf
- International Council of Nurses Violence: A worldwide epidemic. (1999). *Nurs. Stand* 13: 31.
- Jafree R. (2017). Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nursing outlook* 65: 420-427.
- Jakobsson J., Örmon K., Berthelsen H. & Axelsson M. (2022). Workplace violence from the perspective of hospital ward managers in Sweden: A qualitative study. *Journal of Nursing Management* 30: 1523-1529.
- Jaradat Y., Nielsen B., Kristensen P., Nijem K., ...& Bast-Pettersen R. (2016). Workplace aggression, psychological distress, and job satisfaction among Palestinian nurses: A cross-sectional study. *Applied nursing research* 32: 190-198.
- Kobayashi Y., Oe M., Ishida T., Matsuoka M., ...& Uchimura N. (2020). Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health* 17: 2747.
- Kontaxakis, P. & Chavani-Kontaxaki I. (2000). The prevention of self-destructive and hetero-destructive behaviors. In: Christodoulou, Kontaxaki, Economou. 2(th) eds. Athens: Medical Publications BETA 77-84.
- Kowalenko T., Gates D., Gillespie L., Succop P., ...Mentzel K. (2013). Prospective study of violence against ED workers. *The American Journal of Emergency Medicine* 31: 197-205.
- Liu J., Gan Y., Jiang H., Li L., ...& Lu Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine* 76: 927-

937.

- Merecz D., Rymaszewska J., Mościcka A., Kiejna, A., ... & Jarosz-Nowak J. (2006). Violence at the workplace-A questionnaire survey of nurses. *European psychiatry* 21: 442-450.
- Morphet J., Griffiths D., Beattie J. & Innes K. (2019). Managers experiences of prevention and management of workplace violence against health care staff: A descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management* 27: 781-791
- Morphet J., Griffiths D., Beattie J., Reyes V. & Innes K. (2018). Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: A scoping review. *Collegian* 25: 621-632.
- Nguluwe J., Havenga Y. & Sengane M. (2014). Violence experienced by nurses working in acute care psychiatric wards at a Gauteng hospital. *Africa Journal of Nursing and Midwifery* 16: 60-74.
- OSHA Workplace Violence in Healthcare: Understanding the Challenge (2015). [Online]. (Accessed 5 April 2025) Available at: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3826.pdf>
- Palese A., Spelten E., Thomas B., Omeara P., ... & McGillion A. (2020). Violence against emergency department nurses; can we identify the perpetrators? *PLoS ONE* 15: e0230793.
- Park H. & Choi H. (2022). The cycle of verbal violence among nurse colleagues in South Korea. *Journal of interpersonal violence* 37: NP3107-NP3129.
- Perrone S. (1999). *Violence in the workplace*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- Pich J. & Roche M. (2020). Violence on the Job: The Experiences of Nurses and Midwives with Violence from Patients and Their Friends and Relatives. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 8: 522.
- Ramacciati N., Guazzini A., Caldelli R. & Rasero L. (2021). User-friendly system (a smartphone app) for reporting violent incidents in the Emergency Department: an Italian multicenter study. *La Medicina del lavoro* 112: 68-81.
- Robinson L., Spencer D., Thomson D., Sprengelmeyer R., ... & Johnstone C. (2012). Facial emotion recognition in Scottish prisoners. *International journal of law and psychiatry* 35: 57-61.
- Somani R., Muntaner C., Hillan E., Velonis J. & Smith P. (2021). A systematic review: Effectiveness of interventions to De-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and Health at Work* 12: 289-295.
- Speroni G., Fitch T., Dawson E., Dugan L. & Atherton M. (2014). Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of emergency nursing* 40: 218-228.
- Spyridakis M. (2009). *Power and harassment at work*. Athens: Dionikos.
- Thompson G. (2019). Rates of Violence Against Nurses in Hospitals Increasing Rapidly. ABC 730 Report. [Online]. (Accessed 5 April 2025) Available at: <https://www.abc.net.au/news/2019-06-11/rates-of-violence-against-nurses-rising-rapidly/11196716>
- Tomagová M., Zeleníková R., Kozáková R., Žiaková K., ... & Turbiarz, A. (2020). Violence against nurses in healthcare facilities in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 11: 52-61.
- Verdugo R. & Vere A. (2003). *Workplace violence in service sectors with implications for the education sector: Issues, solutions and resources*. Geneva: International Labour Office
- Violence: a worldwide epidemic. (1999). *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)* 13: 31.
- Wax R., Pinette G. & Cartin A. (2016). Workplace violence in health care—it's not "Part of the Job". *Obstetrical & gynecological survey* 71: 427-434.
- World Health Organization Violence Against Health Workers (2019). [Online]. (Accessed 4 April 2025) Available at: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/
- Xing K., Jiao M., Ma H., Qiao H., ... & Wu Q. (2015). Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: a cross-sectional survey. *PLoS one* 10: 0142954.
- Yang X., Stone E., Petrini A. & Morris L. (2018). Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing* 32: 31-38.

Aggression toward nurses in the workplace

Stamatina Douki¹, Efstratios Zarglis²

1. Registered nurse of mental health, PhD(c) of Medicine Department, National and Kapodistrian University of Athens, MSC, MHASC, Head Nurse of the Adult Psychiatric Clinic of Cholargos-Ag. Paraskevi, 1st Ministry of Health, Athens, Greece

2. Registered nurse of mental health, MSC, Head Nurse Dromokaiteio Psychiatric Hospital, Athens, Greece

ABSTRACT

According to the International Labour Organization, workplace aggression includes any action, incident, or behavior that deviates from the norm and threatens, harms, and/or injures an individual in their work environment. Health professionals—particularly nurses—are more frequently exposed to the risk of attack by patients, family members, and visitors to the workplace compared to other professional groups. The purpose of this study was to investigate the risk factors that may trigger aggression towards nurses by patients or their companions in the work environment, the consequences and management strategies. Furthermore, it contributes to highlighting this major social problem and to provide the impetus for further research. The methodology involved a review of contemporary research studies from the international literature indexed in the PubMed and Google Scholar databases. The inclusion criteria required that studies be published within the last fifteen years and written in English or Greek. The risk factors that were found to be significantly associated with the occurrence of aggression toward nurses by patients or their companions in the workplace include: (a) individual characteristics of the nurses (e.g., gender, age, work experience, level of education, etc.) (b) individual characteristics of the perpetrators (e.g., gender, age, unemployment, history of aggressive behavior, etc.) and (c) organizational characteristics of the healthcare environment (e.g., type of workplace, high workload, insufficient staffing levels etc.). However, a thorough review of the international literature revealed that aggression towards nurses is a major social phenomenon that seriously affects public health and the quality of services provided, and therefore requires immediate action.

Keywords: aggression, consequences, nurses, risk factors

Corresponding author:

Douki Stamatina

Email: tan.douki@gmail.com

Citation: Douki St., Zarglis E. (2025). Aggression toward nurses in the workplace. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 43-53, <https://doi.org/10.24283/hjns.202546>

3rd International Conference of Nursing Regulators Empowering & Motivating Nurses for a Sustainable Public Health 9–10 October 2025 | Athens Conference Proceedings

Nursing constitutes one of the most critical pillars of contemporary health systems, exerting a direct influence on both the quality and the safety of healthcare delivery. At the European level, the sustainability of health systems is increasingly linked to the capacity to retain, strengthen, and effectively utilize the nursing workforce. Demographic shifts, socioeconomic pressures, and the growing complexity of health needs create a high-intensity environment in which workforce adequacy and stability emerge as issues of strategic importance.

Staffing within healthcare services is widely recognized as the most decisive factor for the functionality and resilience of health systems. Across many European countries, significant shortages of nursing personnel are observed, closely associated with adverse working conditions, limited opportunities for professional development, inadequate remuneration, and elevated levels of occupational burnout. At the same time, the migration of nurses from countries with lower wages or weaker institutional frameworks toward states offering more robust health systems and improved employment conditions exacerbates inequalities and further weakens already strained national systems.

The concept of career pathways in nursing is intrinsically linked to the broader transformation of health systems and the strategic management of human resources. The existence of structured and transparent frameworks for professional advancement is internationally acknowledged as a critical determinant of the profession's sustainability, particularly in contexts characterized by workforce shortages, increasing care demands, and high levels of professional exhaustion.

Contemporary models of professional development move beyond linear and hierarchical notions of advancement and introduce multiple career pathways that respond to the diverse interests, competencies, and clinical or administrative orientations of nurses. Such pathways may include clinical specialization, academic careers, leadership and managerial roles, as well as positions related to education, quality assurance, and patient safety. This plurality enhances professional satisfaction and contributes to the retention of experienced personnel within health systems.

Of central importance is the alignment of professional advancement with objective, clearly defined, and merit-based criteria. The absence of transparency or clarity in promotion mechanisms undermines professional trust and limits the effectiveness of human resource policies. By contrast, the establishment of criteria grounded in documented competencies, continuing education, clinical experience, and demonstrable contributions to quality of care strengthens professional commitment and accountability.

Career pathways do not merely serve as instruments of individual development but constitute a core element of strategic governance. Their integration into national and organizational nursing policies contributes to the transformation of the profession, the improvement of working conditions, and, ultimately, the enhancement of the quality and safety of healthcare services.

Working conditions represent a critical determinant of nursing workforce retention. The absence of safe staffing ratios, increased work intensity, limited mental health support, and restricted access to continuing education create an environment that discourages long-term engagement with the profession. The international literature consistently demonstrates that poor working conditions are directly associated with higher error rates, reduced quality of care, and lower levels of patient satisfaction. Consequently, the improvement of working conditions should not be viewed solely as a matter of professional rights but as a fundamental prerequisite for the safety and effectiveness of healthcare services.

The role of leadership in nursing assumes particular significance. The presence of strong leadership structures enables systematic representation of the profession, participation in decision-making processes, and meaningful influence on

health policy development. When nursing leadership is supported by institutionally established roles, it can make a substantial contribution to the promotion of evidence-based practice, the development of innovative models of care, and the strengthening of health system governance. Conversely, the absence of an institutionalized voice limits nurses' ability to influence decisions that directly affect their professional practice and working conditions.

Within the European context, pronounced inequalities are evident both between countries and within individual states. The divide between northern and southern Europe, as well as between central and peripheral regions, is reflected in workforce availability, professional opportunities, and the quality of services provided. Furthermore, disparities between university-based and non-university institutions affect access to education, professional recognition, and opportunities for career progression. Such inequalities undermine the principle of equitable access to healthcare and call for coordinated interventions at the European level.

Professional councils and nursing chambers play a central role in addressing these challenges. The existence of institutionally established bodies contributes to the development and oversight of professional standards, the protection of the public, and the formulation of coherent professional policy. Through such structures, collective representation of the profession becomes possible, enabling the articulation of evidence-based positions and meaningful participation in public discourse. In countries where these councils operate with autonomy and clearly defined competencies, nursing demonstrates a stronger presence in health policy development.

Investment in education emerges as a fundamental strategy for the future of nursing in Europe. The establishment of common European educational standards, the development of professional specializations, and the strengthening of postgraduate pathways constitute key policy priorities. At the same time, the creation of clinical leadership roles enhances the link between theory and practice and contributes to improvements in the quality of care. Continuous professional development, encompassing both clinical and managerial competencies, is a prerequisite for adapting to evolving health system models and the growing needs of populations.

European cooperation constitutes a critical tool for addressing the structural challenges facing the profession. The development of common staffing guidelines, the implementation of cross-border educational programs, and the exchange of expertise can contribute to reducing inequalities and improving the overall performance of health systems. Particular importance should be placed on supporting countries experiencing high rates of workforce attrition, in order to prevent the further weakening of their national health systems.

In the Greek context, issues related to staffing and the institutional empowerment of nursing are particularly acute. The country records indicators below the European average, both in terms of the number of nurses per population and in relation to working conditions and opportunities for professional development. The lack of retention incentives, combined with limited institutional mechanisms of representation, intensifies professional outmigration and undermines the sustainability of the health system. The utilization of European collaborations and the adoption of best practices from other countries may serve as important tools for improving the current situation.

Nursing emerges as a critical determinant of the resilience and effectiveness of health systems. Fluctuations in human resources directly affect the quality and safety of care, rendering the adoption of comprehensive policies at both national and European levels imperative. Europe faces shared challenges, including population ageing, increasing health needs, workforce attrition, and the demand for specialization and qualitative upgrading of services.

The political participation of nurses constitutes an essential condition for the modernization of health systems. In the absence of institutional structures for representation and active engagement in decision-making processes, reforms remain fragmented and frequently ineffective. At the same time, the systematic generation and utilization of data represent a fundamental prerequisite for evidence-informed policymaking. The lack of reliable data constrains governments' capacity to design and implement targeted interventions.

Strengthening education, research, and evidence generation, in combination with the development of robust institutional structures and the expansion of European cooperation, constitutes a central axis for the future of nursing in Europe. Investment in the nursing workforce should not be regarded merely as a policy option but as an imperative for ensuring high-quality, safe, and sustainable health systems.

**Session: Contemporary Developments and Perspectives in Nursing Regulation
Research evidence on the use of licensure compacts to facilitate mobility
and modern health care delivery while assuring public protection**

Benton David, PhD, RGN, FRCN, FAAN

Nursing in Europe is shaped by a complex interplay of demographic, social, and institutional factors that directly affect both the sustainability of health systems and the quality of care provided. A central issue concerns the attractiveness of the nursing profession and its selection by younger generations, particularly within a context of pronounced demographic ageing. The shrinking of the active population, combined with increasing demand for healthcare services, intensifies staffing pressures and positions nursing as a critical determinant of health system resilience. At the same time, European health systems are transitioning from a model primarily focused on acute care toward one centered on the management of chronic conditions and long-term care needs. This shift significantly elevates the importance of a strong nursing presence, particularly in primary and community care. Continuous patient monitoring, the management of multimorbidity, and support for self-care render the role of nurses pivotal to the effectiveness and sustainability of health services.

Issues of professional mobility and regulatory frameworks also emerge as decisive factors. In the international context, examples such as the United States illustrate how state-based licensure systems may act as barriers to professional mobility, particularly during crises or in the expansion of telehealth. The adoption of interstate

or interregional agreements, such as professional compacts, has contributed to reducing administrative barriers, with nursing demonstrating faster and broader implementation of such mechanisms compared to other health professions. Within the European framework, mutual recognition of professional qualifications represents a significant step toward facilitating mobility. However, practical implementation remains uneven and requires further harmonization and maturation in order to ensure quality of care and public protection. The need for a “next generation” of regulatory arrangements becomes evident, with an emphasis on integrating technology, telehealth, and clear indicators for assessing impact on safety, continuity, and quality of care.

In this context, the importance of systematic data collection and analysis related to professional mobility, service delivery impacts, and patient outcomes is highlighted. Mapping regulatory gaps—particularly in areas related to digital health—and conducting comparative analyses of international models can contribute to the identification of best practices without undermining existing institutional frameworks. At the same time, enhancing the attractiveness of the profession through targeted recruitment and retention policies is recognized as a prerequisite for addressing the future challenges of European nursing.

Citation: Benton D. (2025). Research evidence on the use of licensure compacts to facilitate mobility and modern health care delivery while assuring public protection. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 56. <https://doi.org/10.24283/hjns.202547>

**Tajdid Santé: Reforming Nursing Education as a Foundation for Strong
Regulation in Tunisia**

Darghouth Ghazi

South Mediterranean University, Mediterranean School of Health

Tunisia is currently undergoing a comprehensive reform of nursing education and regulation, driven by evolving healthcare needs and the lessons learned during the COVID-19 pandemic. The reform responds to growing workforce shortages and the increasing recognition of nurses as a critical component of resilient health systems. Strengthening nursing education is seen as essential for improving healthcare quality, patient safety, and system sustainability, both nationally and internationally.

One of the key challenges identified is the outdated nature of the existing nursing curriculum and the gap between training outcomes and the skills required in modern healthcare settings. These gaps are particularly evident in areas such as chronic disease management,

care for aging populations, patient safety, ethics, and the use of digital health technologies. At the same time, Tunisia experiences a high level of nurse migration, with a large proportion of graduates seeking employment abroad. This trend highlights the need to align educational programs with international standards while still addressing national health priorities.

The reform initiative is structured as a national program involving both the Ministry of Health and the Ministry of Higher Education. Its central pillar is the transition to a competency-based curriculum aligned with global standards, including those promoted by international health and nursing organizations. The reform also emphasizes interprofessional collaboration, ethical

practice, continuous professional development, and the integration of emerging fields such as tele-nursing, which remains relatively underdeveloped compared to telemedicine.

Another major objective of the reform is the strengthening of regulatory frameworks. Tunisia currently lacks a formal Nursing Council, limiting nurses' involvement in health policy and professional governance. The reform seeks to link education, regulation, licensing, and lifelong learning into a coherent system that supports professional accountability and leadership. Establishing a Nursing Council is viewed as a medium-term goal that would enhance professional recognition and improve coordination between education and practice.

International cooperation plays an important role in the reform process. Partnerships with universities, regulatory

bodies, healthcare professionals, and patient groups—both domestically and internationally—are intended to support curriculum modernization, quality assurance, and mutual recognition of qualifications. Improved international recognition would reduce the need for additional training when Tunisian nurses work abroad and strengthen the credibility of national qualifications.

Overall, the reform is presented as a long-term investment in healthcare outcomes rather than solely an educational initiative. By modernizing nursing education and regulation, Tunisia aims to develop a nursing workforce that is competent, ethical, adaptable, and prepared to meet the complex health challenges of the 21st century, while remaining aligned with global standards and best practices.

Citation: Darghouth Gh. (2025). Tajdid Santé: Reforming Nursing Education as a Foundation for Strong Regulation in Tunisia. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 56-57, <https://doi.org/10.24283/hjns.202548>

The importance of standardized nursing terminology for quality care and uniformity of professional language; Integration in clinical practice, organization, training, and nursing research

Zega Maurizio

Vice President of FNOPI

The future trajectory of nursing in Europe is closely linked to two interrelated and decisive axes: the overall attractiveness of the profession and the extent to which it is actively chosen by younger generations. These factors shape not only the sustainability of the nursing workforce but also the capacity of health systems to respond effectively to evolving demographic and epidemiological challenges. In the European context, demographic ageing represents a defining structural condition, generating patterns of healthcare need that differ significantly from regions with younger populations and placing sustained pressure on service delivery.

This evolution underscores that nursing is not merely a professional or sectoral issue, but a core determinant of public health and system performance. European health systems are undergoing a profound transition from models primarily oriented toward the management of acute and episodic conditions to those focused on the long-term management of chronic illness, multimorbidity, and functional decline. Within this shift, nursing and community-based care assume a central role, as

continuity, coordination, and proximity to patients become increasingly critical to quality and safety of care.

At the same time, health systems face a dual challenge: persistent workforce shortages and declining interest in nursing among younger cohorts. This dynamic unfolds within a broader social environment that increasingly emphasizes individual achievement and personal fulfillment, often at the expense of professions grounded in service to others. Such trends further complicate efforts to attract and retain new entrants to nursing, particularly under conditions of high workload, emotional demands, and limited professional recognition.

Addressing these interconnected challenges requires strategic investment in nursing education, working conditions, and career development, alongside policies that enhance the visibility and societal value of nursing. Strengthening the appeal of the profession and supporting the next generation of nurses are therefore essential not only for the advancement of nursing itself, but for the long-term resilience and effectiveness of European health systems as a whole.

Citation: Zega M. (2025). The importance of standardized nursing terminology for quality care and uniformity of professional language; Integration in clinical practice, organization, training, and nursing research. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 57, <https://doi.org/10.24283/hjns.202549>

The campaign of the Nursing Council of North Rhine–Westphalia (NRW) on care shortages

Foster Sandra

President of the Nursing Chamber of North Rhine–Westphalia

A shared field of reflection among European countries concerns the current state of the nursing profession and the challenges it faces within contemporary health systems. The importance of transnational exchange of experience and collective dialogue is strongly emphasized, as issues affecting nursing extend beyond national borders and display pronounced pan-European characteristics. Within this context, it is noted that Germany faces challenges similar to those encountered in other European countries. Shortages of nursing personnel, increasing pressure on health systems, and population ageing constitute structural challenges with direct implications for both the sustainability of healthcare services and the conditions under which nursing practice is delivered. Addressing these phenomena requires coordinated interventions and strategic planning at both national and European levels.

Particular emphasis is placed on political will as a fundamental prerequisite for the promotion of substantive change within the profession. In the absence of strong institutional commitment, necessary reforms remain limited or fragmented. In this regard, the operation of nursing chambers is highlighted as a critical mechanism for strengthening collective representation and amplifying the public voice of nurses, thereby contributing actively to policy development. A representative example is provided by the Nursing Chamber of North Rhine–Westphalia. This body comprises approximately 250,000 members and is governed by 60 elected representatives. Its organizational structure includes working groups active in key areas

such as education, safety, and the quality of nursing care, alongside specialized councils. In parallel, support structures operate to provide professional guidance to nurses and to contribute to the formulation of evidence-based policy positions.

A central feature of the chamber's activities is the systematic collection, analysis, and utilization of data. Statistical data are produced regarding healthcare staffing and demographic trends within the nursing workforce, while regions with an increased likelihood of future workforce attrition due to retirement are identified. This evidence base is used to prepare reports and policy recommendations addressed to relevant ministries, thereby strengthening evidence-informed policymaking. In parallel, extensive public awareness campaigns are developed with the aim of highlighting the social value and substantive content of nursing work. These include initiatives with significant outreach, reaching millions of views, as well as actions focusing on reducing stigma associated with mental health issues.

In conclusion, the active civic and political participation of nurses is presented as a necessary condition for strengthening the public presence of the profession. Engagement in democratic processes, social councils, and public debates, combined with the development of skills related to political advocacy, contributes decisively to the sustainable development and institutional empowerment of nursing at the European level.

Citation: Foster S. (2025). The campaign of the Nursing Council of North Rhine–Westphalia (NRW) on care shortages. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 58. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025410>

What have we missed to do for the benefit of the nursing profession in the past twenty years?

Gazic Mario

President, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara/Croatian Nursing Council

The development of the nursing system in Croatia is linked to a long historical trajectory of institutional formation and professional organization. The first organized nursing structures emerged as early as 1929, marking the initial steps toward the systematic provision of nursing care. Following 1992, a period of professional reconstruction ensued, associated with broader sociopolitical transformations within the country. In 2003, the nursing council was established, institutionalizing a central body for the regulation and representation of the profession. In parallel, during the period 1999–2010, educational programs

aligned with European Union standards were developed, and the existence of different levels of nursing qualifications was formally recognized, leading to greater differentiation of competencies and professional roles.

In the contemporary context, the nursing profession in Croatia faces significant challenges. One of the most serious relates to the large-scale migration of nurses to countries such as Germany, Austria, Sweden, and Switzerland, a trend that weakens the national health system and intensifies workforce shortages. At the same time, ambiguity is observed in the linkage between

educational qualifications and professional roles, creating difficulties both for professional identity and for the effective utilization of nurses' competencies. Additionally, challenges in coordination among the Ministries of Health, Education, and Labour are identified, affecting the coherence of health workforce policy.

Available statistical data illustrate the composition of the country's nursing workforce. Approximately 42,000 nurses are currently employed, of whom 25,000 hold basic qualifications, 13,000 possess undergraduate-level degrees, and 4,000 hold higher-level qualifications. Around 10% of the nursing workforce holds a Master's degree, a proportion considered relatively high compared to many other countries. However, it is noted that these qualifications are not adequately recognized in professional practice or career advancement. Particular reference is made to the

participation of the nursing profession in policy development. A formally appointed nursing representative exists within Parliament, a factor that strengthens the institutional presence of the profession in public discourse. At the same time, the role of the President of the Nursing Council is associated with the need for continuous cooperation with state authorities and society, in order to ensure effective representation and the advancement of professional issues.

In conclusion, the nursing system in Croatia is characterized by significant institutional development and a highly educated workforce, while simultaneously confronting challenges related to migration, recognition of qualifications, and intersectoral coordination. Strengthening political participation and improving the utilization of nurses' scientific capital emerge as critical prerequisites for the sustainability and further development of the profession.

Citation: Gazic M. (2025). What have we missed to do for the benefit of the nursing profession in the past twenty years? *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 58-59, <https://doi.org/10.24283/hjns.2025411>

Strengthening the nursing profession in Greece: Policies and initiatives of the Hellenic Regulatory Body of Nurses

Bizas Lampros

Senior Vice President of the Hellenic Regulatory Body of Nurses, President of 1st Regional Department of Attica & Aegean Islands, Treasurer of the European Nursing Council

The Hellenic reality in the field of nursing is characterized by structural weaknesses that affect both the staffing of healthcare services and the capacity for effective professional and political influence. At the level of institutional intervention, significant difficulties are identified in adapting and implementing lobbying models that have proven effective in other European or international contexts. Differences in political, social, and cultural conditions across countries make it clear that advocacy strategies cannot be transferred mechanically but require careful adaptation to the specific characteristics of each national environment. At the same time, changing social and demographic conditions exert a direct impact on the profession. The entry of Generation Z into the labor market is accompanied by different expectations regarding working conditions, work-life balance, and modes of communication and participation. These characteristics pose additional challenges for a health system that is already struggling with the limited attractiveness of the nursing profession.

Of particular concern is the steady and pronounced decline in the number of nursing students in Greece in recent years. The downward trend—from approximately 1,500 students to around 700—indicates reduced interest in the profession and foreshadows a further deterioration of workforce capacity in the future. This development is directly linked to the overall national picture, as Greece records the lowest

ratio of nursing personnel per population in Europe. With indicators of approximately 3.4 nursing-related healthcare workers and only 2.4 nurses per 1,000 inhabitants, Greece remains significantly below the European average, which approaches eight nurses per 1,000 inhabitants.

This inadequacy is not evenly distributed across the health system. A pronounced maldistribution of personnel is observed between peripheral regions and major urban centers. In provincial areas, approximately 2.8 nurses are recorded per occupied bed, whereas in large urban hospitals the ratio drops sharply to 1.6–1.7. This disparity intensifies workload pressures, increases the risk of professional burnout, and negatively affects the quality and safety of care delivery.

Within this already strained context, long-standing problems such as chronic understaffing, low remuneration, and limited social and institutional recognition of the nursing role persist. As a result, a significant number of nurses choose to migrate abroad, transition into administrative positions, or transfer to lower-pressure settings such as schools and other non-hospital services. These trends further weaken the core of clinical nursing and underscore the need for coordinated, multi-level interventions aimed at ensuring the sustainability of both the profession and the health system as a whole.

Citation: Bizas L. (2025). Strengthening the nursing profession in Greece: Policies and initiatives of the Hellenic Regulatory Body of Nurses. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 59, <https://doi.org/10.24283/hjns.2025412>

Session: International Challenges in Nursing and Cross-National Exchange of Experiences

Professional Regulation in Canada

Penney Christine, BCCNM, INRC, Chief Officer

This section highlights the importance of sustained investment in nursing education and leadership as a fundamental factor for the sustainability of health systems. Nurses must have continuous access to education in both clinical and managerial competencies in order to respond effectively to the increasing demands of contemporary healthcare. Professional leadership is not viewed as a fragmented skill but as one that must be systematically cultivated from the early stages of professional development.

Particular emphasis is placed on the potential for mutual learning among European countries, especially with regard to institutional representation of nurses. The exchange of best practices and experiences is considered critical for strengthening the professional role and improving the quality of healthcare services. In this context, close

collaboration among states, professional councils, and international organizations is emphasized as necessary for the development of common directions supporting nursing at the European level. At the same time, it is acknowledged that each national health system faces distinct challenges related to staffing and service organization. European strategies must therefore be unified in their core principles while remaining sufficiently flexible to adapt to the specific needs and conditions of individual countries.

In conclusion, investment in nursing education is presented as an essential prerequisite for professional empowerment and the assurance of high-quality healthcare services. The need for greater visibility of the nursing role, a stronger public voice, and meaningful participation in policy development is strongly emphasized.

Citation: Penney Chr. (2025). Professional Regulation in Canada. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 60. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025413>

Actions' overview of the Chamber of Nurses, Midwives, and other Health Professionals of Kosovo

Nexhmije Gori

Head, Kosovo Chamber of Nurses

The Nursing and Midwifery Council of Kosovo represents one of the newest institutional bodies for the regulation and representation of the nursing and midwifery professions in Europe, having been established in 2013. Since its inception, the Council has operated with full institutional autonomy, enabling it to develop independent policies and interventions guided by both the protection of the public and the assurance of high professional standards. Its role focuses on professional regulation, oversight of care quality, and the strengthening of professional accountability among its members.

A central axis of the Council's work is the support of healthcare professionals across multiple levels. Structured opportunities for education and continuing professional development are provided, alongside guidance on professional ethics, regulatory frameworks, and career progression. The Council's contribution to the empowerment of nurses and midwives is regarded as particularly significant, especially in an environment characterized by increasing professional demands and intense pressures on health systems.

Particular importance is attributed to the creation of a supportive framework that functions, for many professionals, as a stable point of reference. The Council offers not only professional guidance but also moral and

ethical support, thereby reinforcing professional identity and self-confidence among its members. At the same time, emphasis is placed on creating opportunities for development at both individual and collective levels, through participation in actions, committees, and initiatives related to health and care. The role of the Nursing and Midwifery Council of Kosovo in health policy development is also significant. Members are encouraged to participate actively in consultation processes and initiatives related to policy design and implementation, thereby strengthening the professional voice in the public sphere. Through such participation, clinical experience is linked with decision-making, contributing to the development of more realistic and effective health policies.

In conclusion, the Nursing and Midwifery Council of Kosovo emerges as a dynamic and contemporary institution which, despite its relatively recent establishment, plays a substantive role in the regulation, support, and empowerment of the nursing and midwifery professions. Its emphasis on autonomy, public protection, professional development, and collaboration creates a framework conducive to the sustainable evolution of the profession and enhances prospects for cooperation at both national and broader European levels.

Citation: Nexhmije G. (2025). Actions' overview of the Chamber of Nurses, Midwives, and other Health Professionals of Kosovo. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 60. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025414>

'Entry to the Register' standards pushing reform for nursing and midwifery across the health system

Donohoe Carolyn

CEO, Nursing and Midwifery Board of Ireland

A set of core positions underscores the need for more substantive participation of nurses in health policy development. It is emphasized that healthcare reforms must consistently ensure the delivery of high-quality services, with a strong focus on patient safety and system sustainability. In this context, the inclusion of nursing perspectives in decision-making processes is essential, as nurses possess first-hand knowledge of care delivery, patient needs, and system-level constraints. Their active involvement contributes to more realistic, evidence-informed, and implementable policy solutions.

The European region is identified as requiring common lines of action with regard to staffing and quality of care, in order to address shared structural challenges across Member States. These challenges include workforce

shortages, uneven distribution of personnel, and variations in working conditions and professional recognition. Coordinated approaches at the European level can facilitate greater coherence, promote minimum standards, and support cross-border learning and collaboration.

In conclusion, the institutional empowerment of nurses and their systematic support through organized professional bodies are recognized as critical determinants of the overall quality and effectiveness of health systems. Strengthening representative structures enhances professional accountability, reinforces the public voice of nursing, and supports the development of resilient health systems capable of responding to current and future population health needs.

Citation: Donohoe C. (2025). 'Entry to the Register' standards pushing reform for nursing and midwifery across the health system. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 61. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025415>

Recent evolutions regarding the competencies and the missions of Nurses in France

Ahayan Samira

IPA PCS, Doctorante en Sciences Infirmières Université Ottawa, Rédactrice en chef Adj Revue SOINS

Current healthcare systems face increasing pressure due to demographic change, population aging, workforce shortages, and the rising prevalence of chronic conditions. Within this context, nursing regulation, education, and workforce planning are critical factors in ensuring patient safety, quality of care, and system sustainability. Strengthening these areas is increasingly necessary to respond effectively to complex and evolving health needs.

A major challenge is the imbalance between healthcare demand and the availability of qualified nursing professionals. Nurse shortages are intensified by workforce mobility, uneven geographic distribution, and limited retention capacity. These trends highlight the need for long-term workforce strategies supported by reliable data, coordinated planning, and policies that enhance professional attractiveness and stability.

Robust regulatory frameworks play a central role in safeguarding public health. Clear standards for licensing, professional practice, and accountability help ensure consistent quality of care and protect patient safety. Effective regulation also supports professional autonomy and enables nurses to participate more actively in leadership roles and health policy decision-making.

Strengthening regulatory institutions is therefore essential for both professional governance and public trust.

Education and continuous professional development are key mechanisms for addressing these challenges. Aligning nursing education with contemporary healthcare requirements, ethical principles, and technological advancements is essential. Competency-based education, lifelong learning, and the development of digital health skills are increasingly important as care delivery models evolve. Stronger links between education, regulation, and professional practice contribute to a coherent professional pathway and support adaptability across different healthcare settings.

International mobility of nurses further underscores the importance of harmonized standards and cross-border cooperation. Mutual recognition of qualifications and collaboration between regulatory bodies can facilitate workforce mobility while maintaining high professional and ethical standards. Such cooperation also promotes knowledge exchange and the dissemination of best practices across health systems.

Meaningful engagement with stakeholders—including educators, healthcare providers, policymakers, and

patients—is fundamental to effective reform. Inclusive dialogue supports better understanding of workforce needs, patient expectations, and system priorities, contributing to more responsive and resilient regulatory and educational frameworks.

Overall, strengthening nursing education, regulation, and professional development represents a strategic

investment in health system performance. By improving governance structures, supporting workforce sustainability, and encouraging international collaboration, healthcare systems can develop a nursing workforce that is competent, ethical, adaptable, and capable of meeting both current and future healthcare challenges while maintaining high standards of patient safety and care quality.

Citation: Ahayan S. (2025). Recent evolutions regarding the competencies and the missions of Nurses in France. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 61-62. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025416>

Session: Nursing Regulation in the WHO European Region

Kluge Hans¹, Langins Margrieta², Duignan Martin³, Kearns Thomas⁴

1. Regional Director for Europe, World Health Organization (WHO)

2. Doctor of Nursing RCSI/ WHO

3. Consultant Nursing and Midwifery Advisor at World Health Organization

4. Professor, Faculty of Nursing & Midwifery, Ireland, WHO Consultant

Contemporary European realities in the field of health are characterized by a set of interrelated structural pressures that directly affect the functioning and long-term sustainability of national health systems. Demographic ageing constitutes a central axis of these challenges, accompanied by increased needs for care, long-term support, and continuity of services. At the same time, the growing prevalence and severity of chronic and multimorbid conditions place a substantial burden on health systems, requiring additional resources, specialized personnel, and continuous upgrading of professional skills.

Significant pressure is also evident in the area of human resources, as shortages of nursing personnel represent a widespread phenomenon across nearly all European countries. Persistent understaffing negatively affects the quality and safety of care, deteriorates working conditions, and undermines the professional sustainability of nurses and other health professionals. These challenges are further compounded by gaps in postgraduate education and continuing professional development, as many states fail to adequately meet the increasing demands for knowledge enhancement and skill adaptation in the face of evolving system requirements.

Within this complex environment, the role of the World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) emerges as particularly important. The organization provides technical support to Member States, develops and disseminates guidance, and promotes the alignment of health policies at the European level. Particular emphasis is placed on evidence-based recommendations for sustainable nursing workforce staffing, with the aim of

strengthening health system resilience and ensuring high-quality care delivery.

At the same time, European health systems face a structural staffing crisis in nursing, directly affecting patient safety and service sustainability. This crisis is not transient but reflects long-standing policy choices, inadequate workforce planning, and insufficient investment in nursing. The COVID-19 pandemic further accelerated these dynamics, highlighting the urgent need to strengthen nursing leadership and enhance institutional recognition of the nursing role.

Active political engagement by nurses is identified as a critical factor in addressing these challenges. Where nurses participate meaningfully in decision-making processes and public debate, greater awareness is achieved regarding patient safety, quality of care, and working conditions. Conversely, the absence of a nursing voice from policy-making centers is often associated with insufficient interventions and the perpetuation of professional burnout. At the European level, the need for stronger and more binding measures to protect nurses is emphasized, including common guidelines for safety, minimum staffing standards, and coordinated workforce policies.

In conclusion, nurses are positioned as a foundational pillar of safety, resilience, and sustainability within European health systems. Strengthening staffing levels, professional recognition, political protection, and support mechanisms—particularly for newly qualified nurses—constitutes a prerequisite for ensuring high-quality care and safeguarding the future effectiveness of healthcare services across Europe.

Citation: Kluge H., Langins M., Duignan M., Kearns Th. (2025). Nursing Regulation in the WHO European Region. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 62. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025417>

**Session: The impact of Nursing Leadership on nurses' job satisfaction and patient safety
Bridging Education and Practice: The Strategic Role of Regulatory Bodies in Nursing**

Kapritsou Maria, RN, BSc, MSc, MSHCM, PhD, PBA (c), Postdoc

Deputy Director of Nursing Sector, General Oncological Hospital «Agios Savvas», Athens, Greece

Chair of Hellenic Perianaesthesia Nursing Association

Bridging the gap between education and clinical practice in nursing constitutes a critical prerequisite for the quality and safety of healthcare services. The contemporary reality of health systems—characterized by increased complexity, technological advancement, and evolving population needs—highlights a structural discontinuity between theoretical training and practical application. This gap affects professional competence and, consequently, care outcomes and patient safety.

Regulatory bodies in nursing play a central role in reducing this discontinuity. Their mission focuses on protecting public health through the establishment, implementation, and oversight of professional standards. Their intervention extends across both education and professional practice, ensuring that educational structures are aligned with the real demands of clinical care. Through mechanisms of licensure, certification, and continuing professional development, these bodies contribute to the creation of a coherent framework of professional competence.

Particular importance is attributed to accreditation and evaluation processes for educational programs. Systematic evaluation ensures that curricula comply with evidence-based quality standards and incorporate contemporary pedagogical and clinical approaches. International literature demonstrates that accreditation is associated with improvements in indicators of care quality, patient safety, and graduate readiness for professional practice. At the same time, the adoption of educational

methods such as simulation, interprofessional learning, and outcomes-based education strengthens the transition from theory to practice.

Continuing professional education constitutes a complementary pillar of regulatory intervention. Through mandatory continuing education hours and skills updating, nurses remain informed about scientific developments, technological innovations, and evolving clinical guidelines. The integration of technology into regulatory oversight—such as digital systems for monitoring and data analysis—enhances compliance with standards and enables the timely identification of deviations from safe practice.

At the broader international level, variation is observed in regulatory models, with Europe emphasizing harmonization and professional mobility through common directives, while other regions prioritize national workforce expansion strategies. Despite these differences, a shared denominator remains the need for a clear and structured linkage between education and practice, with patient safety and quality of care at the core.

In conclusion, the strategic role of regulatory bodies in bridging education and clinical practice emerges as a decisive factor in strengthening nursing competence. The systematic alignment of curricula, professional standards, and evaluation mechanisms creates the conditions for safe, effective, and evidence-based care, reaffirming that the quality of education constitutes a foundational pillar of patient safety.

Citation: Kapritsou M. (2025). Bridging Education and Practice: The Strategic Role of Regulatory Bodies in Nursing. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 63. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025418>

The Impact of Toxic Leadership on Nursing Staff Retention

Tsapnidou Eleni¹, Katharakis Georgios², Moudatsou Maria³, Koukouli Sofia⁴, Stavropoulou Areti⁵

1. Post Doctoral Researcher, Department of Nursing, University of West Attica

2. Post Doctoral Researcher, Department of Nursing, University of West Attica

3. Assistant Professor, Department of Social Work, Hellenic Mediterranean University

4. Associate Professor, Department of Social Work, Hellenic Mediterranean University

5. Associate Professor, Department of Nursing, University of West Attica

Toxic leadership in nursing is internationally recognized as a complex and multifactorial phenomenon, with serious consequences for both healthcare professionals and the functioning of care-providing organizations. At the

center of scholarly debate lies the need to understand the mechanisms through which dysfunctional leadership patterns develop and are reproduced, as well as to assess their effects at individual, team, and systemic levels.

The theoretical approach to leadership in nursing encompasses a range of models that highlight both positive and negative expressions of power and authority. Within this framework, toxic leadership is described as a constellation of behaviors characterized by authoritarianism, lack of empathy, abusive control, and the undermining of professional autonomy. These behaviors do not occur in isolation but are often reinforced by organizational cultures that tolerate—or even reward—poor practice, particularly in high-pressure and understaffed environments.

The mechanisms underlying toxic leadership are closely linked to structural weaknesses within health systems. The absence of clear evaluation frameworks, lack of transparent accountability, and limited access to leadership education create fertile ground for the emergence of toxic patterns. At the same time, poor communication, power imbalances, and the inability to express concerns safely intensify feelings of fear and insecurity among nursing staff.

The consequences of toxic leadership are multidimensional. At the individual level, increased rates of professional burnout, psychological distress, and intention to leave the profession are observed. At the organizational level, collaboration deteriorates, productivity declines,

and job satisfaction diminishes. Of particular importance is the fact that these negative effects extend beyond the workforce to patient safety, as team communication, decision-making, and adherence to clinical protocols are adversely affected.

Addressing toxic leadership requires systematic and multi-level interventions. The implementation of 360-degree evaluation mechanisms contributes to capturing leadership behavior from multiple perspectives and enhances transparency. In parallel, targeted education of managerial staff in leadership, communication, and conflict management skills constitutes a key preventive strategy. Particular emphasis is placed on the creation of safe and reliable reporting channels that allow problematic behaviors to be identified and managed without fear of retaliation.

In conclusion, toxic leadership in nursing should not be viewed merely as an issue of professional ethics or workplace climate, but as a critical threat to the quality and safety of care delivery. Its recognition, evidence-based analysis, and institutional response constitute essential prerequisites for the sustainability of health systems and the protection of both nurses and patients.

Citation: Tsapnidou E., Katharakis G., Moudatsou M., Koukouli S., Stavropoulou A. (2025). The Impact of Toxic Leadership on Nursing Staff Retention. *Hellenic Journal of Nursing Science*. 18(4): 63-64, <https://doi.org/10.24283/hjns.2025419>

Session: Addressing Nursing Understaffing and Retention: Recruitment Strategies for the Next Generation of Nurses
Nursing understaffing at the center of the World Health Organization's "Nursing Action" project

Evaggelidou Eftychia

Nurse, PhD, MSC, MHSC, Deputy Head of Nursing Services, Konstantopouleio General Hospital of Nea Ionia, Athens, Greece

Nursing understaffing has emerged as one of the most critical challenges facing health systems globally and across the European Region. Nurses constitute the largest professional group within healthcare organizations and provide the vast majority of direct patient care. Adequate nurse staffing is essential not only for patient safety and quality of care, but also for the physical and mental well-being of nurses, the effective functioning of healthcare organizations, and the long-term sustainability of health systems. In recent years, and particularly following the COVID-19 pandemic, nursing shortages have intensified, revealing structural vulnerabilities that demand coordinated international action.

The causes of nursing understaffing are multifactorial and interconnected. Key drivers include workforce ageing and retirements, poor working conditions, high levels of occupational stress and burnout, low salaries, limited career development opportunities, and insufficient educational

capacity. Migration of nurses to higher-income countries has further exacerbated shortages, while the pandemic has contributed to increased attrition through illness, mortality, and resignations. At the same time, demand for healthcare services continues to rise due to population ageing, the growing prevalence of chronic diseases, increased mental health needs, and heightened patient expectations. These converging pressures have resulted in unprecedented strain on nursing workforces across Europe and beyond.

The consequences of nursing understaffing are profound and far-reaching. For healthcare systems, insufficient staffing leads to overburdened personnel, higher absenteeism and turnover, reduced capacity to respond to public health crises, and escalating economic costs associated with overtime, temporary staffing, and recruitment. For patients, understaffing is associated with increased risks of adverse events, including infections, medication errors, falls, prolonged hospital stays, and higher mortality rates,

alongside longer waiting times and reduced continuity and quality of care. For nurses themselves, chronic understaffing contributes to burnout, psychological distress, reduced job satisfaction, and a growing intention to leave the profession, creating a self-reinforcing cycle of workforce depletion.

In response to these challenges, the World Health Organization, in collaboration with the European Union and key professional and social partners, launched the Nursing Action initiative in January 2025. This EU-funded programme aims to support Member States in developing evidence-informed strategies to improve nurse recruitment, retention, and working conditions. Nursing Action focuses on strengthening workforce data and policy dialogue, promoting mentorship and leadership development, improving safety and well-being, and supporting the implementation of safe staffing practices. Central to the

initiative is the recognition of nurses not merely as care providers, but as essential leaders in health policy, system planning, and service delivery.

Overall, Nursing Action represents a coordinated and strategic response to one of the most pressing workforce crises in contemporary healthcare. By investing in nursing education, employment, protection, and leadership, the initiative seeks to enhance workforce resilience and ensure equitable, high-quality care for populations across Europe. Sustained political commitment and cross-sector collaboration are essential to translate this initiative into lasting systemic change.

Citation: Evaggelidou E. (2025). Nursing understaffing at the center of the World Health Organization's "Nursing Action" project. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 64-65. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025420>

Session: Exploring and Supporting Mental Resilience and Occupational Burnout among Nurses Strengthening Nursing for Quality Care: Deliverables and Next Steps from the HEALTH-IQ Project

Triantafyllou Christos

Project Officer (Quality of Care), WHO Athens Office on Quality of Care and
Patient Safety, Greece

The HEALTH-IQ Project represents a comprehensive, system-level initiative aimed at strengthening nursing for quality care in Greece through evidence-based tools, leadership development, and regulatory collaboration. Coordinated by the WHO Athens Office on Quality of Care and Patient Safety, in close partnership with the WHO Regional Office for Europe and the Hellenic Regulatory Body of Nurses, the nursing component of the project responds to long-standing challenges affecting nursing practice, including fragmented mentorship structures, unsafe staffing conditions, and growing concerns related to nurses' mental health and wellbeing.

Key project deliverables include three nationally tailored guidance documents. First, a two-part mentorship package, a strategic toolkit for nurse managers and a practical manual for clinical instructors, establishes a structured, standardized approach to mentoring student and newly graduated nurses. These resources aim to bridge the gap between academic education and clinical practice, enhance patient safety, support professional development, and improve workforce retention. Second, a safe staffing guide introduces an evidence-informed Professional Judgement

Framework, enabling nurse leaders to assess staffing adequacy, advocate for corrective actions, and align staffing decisions with patient safety and workforce wellbeing. Third, a practical guide on mental health and wellbeing provides actionable recommendations to address burnout, foster supportive work environments, and strengthen resilience among nurses.

Beyond written deliverables, the project achieved a major milestone through the implementation of the first-ever WHO European Nurse Leadership Course, a five-day intensive program designed for directors of nursing services across Greece. The course focused on authentic leadership, values-based decision-making, and evidence-informed management, equipping participants with practical skills to lead quality improvement and workforce transformation.

All deliverables have been formally transmitted to national authorities and are entering the dissemination and implementation phase. Collectively, the HEALTH-IQ Project demonstrates how integrated policy, leadership, and practice-oriented interventions can empower nurses, enhance care quality, and contribute to a more resilient and sustainable health system.

Citation: Triantafyllou Chr. (2025). Strengthening Nursing for Quality Care: Deliverables and Next Steps from the HEALTH-IQ Project. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 65. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025421>

Guide on “How-To” strengthen the Mental Health and Wellbeing of Nurses in Greece

Morgan Lucey¹ and Lynch Diane²

1. Head of Employee Assistance Services at the HSE

2. HSE, Human Resources Division, Recruitment Quality, Standards & Advisory

Modern professional and organizational environments are increasingly characterized by complexity, uncertainty, and rapid change. Established models based on predictability, stability, and linear planning are often insufficient for addressing contemporary demands. Effective action in such conditions requires adaptability, continuous learning, and the ability to evaluate situations as they evolve rather than relying solely on fixed procedures.

Decision-making frequently occurs under conditions of incomplete or ambiguous information. Individuals are required to balance competing priorities, limited data, and time constraints while still producing responsible outcomes. In this context, technical knowledge alone does not guarantee effective results. Ethical awareness, situational understanding, and informed judgment play a central role in guiding actions. Outcomes are influenced not only by individual choices but also by institutional structures, cultural expectations, and interpersonal relationships.

Communication is a critical factor in coordinating actions and managing complexity. Clear articulation of objectives, transparency regarding limitations, and openness to feedback contribute to cooperation and trust. At the same time, communication is shaped by hierarchical arrangements, power relations, and differing interpretations of roles and responsibilities. These factors can both facilitate and constrain collective efforts, affecting how information is shared and decisions are understood.

Responsibility is distributed across individuals and systems. While personal accountability remains important, actions and outcomes are often the result of multiple interacting elements rather than isolated decisions. This

distribution complicates straightforward attribution of success or failure. A balanced approach to accountability recognizes the role of both individual agency and structural conditions in shaping results.

Professional activity in complex environments places significant cognitive and emotional demands on individuals. Uncertainty, pressure, and moral tension are common features rather than exceptional circumstances. Sustained exposure to these conditions can affect performance and well-being. Addressing such challenges requires acknowledgment of their presence and the development of supportive practices. Reflection, shared learning, and institutional support mechanisms contribute to more sustainable modes of working.

Adaptation is presented as an ongoing process rather than a one-time adjustment. Continuous evaluation of practices, openness to revision, and willingness to learn from experience are essential for maintaining effectiveness. Flexibility does not imply the absence of standards or principles, but rather the capacity to apply them thoughtfully across varying situations.

Overall, effective engagement with contemporary professional realities depends on the ability to navigate complexity responsibly. This involves integrating technical competence with ethical consideration, communication skills, and contextual awareness. Rather than eliminating uncertainty, the focus lies on managing it through informed judgment, cooperation, and continuous learning. Such an approach supports both individual effectiveness and the broader functioning of organizations operating within dynamic and interconnected systems.

Citation: Morgan L. and Lynch D. (2025). Guide on “How-To” strengthen the Mental Health and Wellbeing of Nurses in Greece. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 66. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025422>

Session: Professional Development Pathways and the Evolution of Independent Nursing Practice

Socially Awar Health Professionals: The Role of Sociology in Nursing and Medical Education

Soultatou Pelagia

Assistant Professor in Medical Sociology, Department of Basic and Clinic Sciences

Medical School UNIC Athens, University of Nicosia

The increasing complexity of contemporary health challenges highlights the need for a holistic approach to health care that extends beyond the biomedical model. This paper examines the critical contribution of Health Sociology to Nursing education and practice, with particular emphasis on its role in strengthening Interprofessional Education (IPE). Drawing on the World Health Organization’s Framework for Interprofessional Education (2010), which emphasizes collaborative learning across health professions to improve

health outcomes, the study argues that sociology provides a shared conceptual language necessary for effective interprofessional collaboration.

Sociology of Health enables nurses and other health professionals to understand how social determinants influence health, illness, and recovery. It supports culturally sensitive and equitable care, enhances patient advocacy and fosters critical awareness of structural inequalities reproduced within health systems.

The study presents a comparative analysis of curricula in medical and nursing education

undergraduate programs. Findings indicate that while Sociology is strongly embedded in nursing education—appearing as a standalone course in 87.5% of nursing programs—whereas it is largely absent from medical curricula, since none of the examined medical schools of Greek public universities offer an autonomous sociology course. This imbalance contributes to communication gaps, limits shared understanding of patients' social realities and

weakens the implementation of interprofessional education.

The paper concludes with policy-oriented recommendations, including the integration of Sociology as a core component across all health sciences curricula, the development of joint nursing–medical courses, and the inclusion of social and cultural competence in accreditation standards. Strengthening sociological foundations in health education is essential for advancing interprofessional collaboration and promoting more equitable and patient-centered care.

Citation: Soultatou P. (2025). Socially Awar Health Professionals: The Role of Sociology in Nursing and Medical Education. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 66-67. <https://doi.org/10.24283/hjns.2025423>

Session: Adoption of The Athens Declaration proposed by the European Nursing Council

Koutroumpas Theodoros¹ and Bizas Lampros²

1. Director General of CEPLIS - Professor UCLouvain

2. Senior Vice President of the Hellenic Regulatory Body of Nurses, President of 1st Regional Department of Attica & Aegean Islands, Treasurer of the European Nursing Council

Healthcare systems across Europe and globally are facing sustained and interconnected pressures arising from demographic change, population aging, workforce shortages, and the growing burden of chronic and complex health conditions. Within this evolving landscape, the nursing profession plays a critical role in ensuring continuity of care, patient safety, and the overall resilience of health systems. Strengthening nursing education, regulation, and workforce governance has therefore emerged as a strategic priority at national, regional, and international levels.

These challenges have prompted renewed policy dialogue and cooperation, leading to the development of shared frameworks and future-oriented commitments. Within this context, the Declaration of Athens is being shaped as a forward-looking policy document intended for endorsement and signature, reflecting a collective commitment to strengthening nursing regulation, education, and professional governance. The declaration provides a unifying reference point for aligning national reforms with common principles and shared objectives across health systems.

A central concern addressed within this broader framework is the growing mismatch between healthcare needs and the availability of qualified nursing professionals. Demand for nursing services continues to increase, while supply is constrained by workforce mobility, uneven geographical distribution, limited retention, and changing professional expectations. These dynamics highlight the need for long-term workforce planning supported by reliable data, coordinated policy approaches, and strategies that enhance the attractiveness, sustainability, and recognition of the nursing profession. Addressing workforce challenges is essential to maintaining equitable access to care and safeguarding system capacity.

Regulation is identified as a cornerstone of patient

safety and public trust. Clear and consistent regulatory frameworks help define professional standards, scopes of practice, licensing requirements, and ethical obligations. Strong regulatory systems support accountability and transparency, while also enabling professional autonomy and leadership. The development of future-oriented policy instruments, such as the Declaration of Athens, underscores the role of regulation not only as a control mechanism but as an enabling structure that supports professional development, quality improvement, and shared responsibility across jurisdictions.

Education is closely interlinked with regulation and workforce governance. Aligning nursing education with contemporary healthcare needs is essential for preparing professionals capable of responding to clinical complexity, technological change, and evolving societal expectations. Competency-based education models emphasize critical thinking, ethical practice, patient-centered care, and adaptability. Continuous professional development and lifelong learning are increasingly necessary to ensure that nurses remain responsive to innovation and changing care models. Coherence between education, regulation, and practice strengthens professional pathways and supports consistent standards of care.

Digital transformation has further reshaped expectations of nursing practice. The expansion of digital health technologies, data-driven care, and remote service delivery requires new competencies and regulatory considerations. Nurses must be equipped to work effectively in technology-enabled environments while ensuring patient safety, data protection, and ethical integrity. Integrating digital health competencies into education and regulatory frameworks supports innovation while maintaining high-quality and safe care delivery.

International mobility of nurses adds another layer of complexity to workforce governance. Cross-border movement of healthcare professionals has become more common, driven by workforce shortages, career opportunities, and global interconnectedness. This mobility reinforces the need for harmonized standards and closer cooperation between regulatory authorities. Mutual recognition of qualifications and shared regulatory principles can facilitate mobility while ensuring that professional and ethical standards are upheld consistently. The Declaration of Athens is positioned as a future reference framework to support such alignment, cooperation, and mutual trust.

Stakeholder engagement is a central element of effective reform. Meaningful involvement of educators, healthcare providers, regulators, policymakers, and patients contributes to more inclusive and responsive systems. Understanding patient experiences and workforce realities

helps ensure that reforms are grounded in real-world needs and aligned with public expectations. The process of developing a declaration intended for signature reinforces the importance of dialogue, consensus-building, and shared ownership.

Overall, the development of the Declaration of Athens reflects a forward-looking commitment to strengthening nursing education, regulation, and workforce governance as a long-term investment in health system performance. By articulating shared principles and preparing a framework for formal endorsement, the initiative supports coherence, collaboration, and accountability across healthcare systems. Aligning national actions with common objectives helps ensure that nurses are equipped to meet current and future healthcare challenges while maintaining high standards of patient safety, quality of care, and professional integrity.

Citation: Koutroumpas Th. and Bizas L. (2025). Socially Aware Health Professionals: The Role of Sociology in Nursing and Medical Education. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 67-68, <https://doi.org/10.24283/hjns.2025424>

Session: Building the Future of Nursing in Greece: Career Pathways and International Perspectives Nursing Workforce as a Strategic Pillar of Sustainable Health Systems

Daphne Kaitelidou RN, MSc, PhD

Professor of Nursing Management, National and Kapodistrian University of Athens, Greece

Nurses constitute a cornerstone of every modern health system, as they stand at the frontline of care delivery and directly influence the safety, continuity, and quality of healthcare services. Nevertheless, they are often required to work under highly demanding and frequently exhausting conditions, characterized by heavy workloads, limited resources, and minimal opportunities for professional development. These conditions place a significant strain on nurses' physical and mental resilience and directly affect the quality, continuity, and safety of care, increasing the risk of errors, delays, and unequal coverage of patients' needs. At the same time, they foster an environment of professional burnout, within which an increasing number of nurses express intentions to leave the profession, with four in ten reporting such considerations.

International experience demonstrates, however, that this trajectory can be mitigated to a certain extent. Countries that have chosen to invest strategically in the nursing workforce—by ensuring decent and safe working conditions and by establishing clear pathways for professional advancement through a structured career ladder—have

succeeded in upgrading the role of nurses, enhancing the status of the profession, retaining their human resources, and, most importantly, achieving measurable improvements in care outcomes and patient safety.

Within these systems, advanced and specialized professional roles are established, such as the Advanced Nurse Practitioner and the Nursing Consultant. Following accredited education and within a clearly defined regulatory framework, these roles are granted increased clinical autonomy in patient assessment, diagnosis, and management. In parallel, they actively participate in decision-making processes related to care organization, lead educational and research initiatives, and act as critical links between clinical practice, healthcare management, and health policy development. The development of similar roles, appropriately adapted to the Greek context, could serve as a powerful lever both for improving the quality and safety of care and for creating meaningful incentives for career progression, retention, and the attraction of new nurses to the public health system.

Citation: Kaitelidou D. (2025). Nursing Workforce as a Strategic Pillar of Sustainable Health Systems. *Hellenic Journal of Nursing Science* 18(4): 68, <https://doi.org/10.24283/hjns.2025425>



Επισκεφθείτε την ιστοσελίδα της Ένωσης Νοσηλευτών και ενημερωθείτε για όλα τα τελευταία νέα του κλάδου

HRBN 
HELLENIC REGULATORY BODY OF NURSES

www.enne.gr

VOLUME 18, ISSUE 4, OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2025


Ελληνικό Περιοδικό της
Νοσηλευτικής Επιστήμης

ΕΝΕ 
ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ
www.enne.gr

Τόμος 18, Τεύχος 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2025