



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ  
ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ:  
ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ**

**ΔΕΣΠΟΙΝΑ-ΑΔΕΛΑΪΣ ΜΑΡΚΑΚΗ**

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής  
Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής  
Τμήμα Ιατρικής

Ηράκλειο, Μάιος 2008

Επιβλέπων:

Χρήστος Λιονής, Αναπληρωτής Καθηγητής,  
Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Συνεπιβλέποντες:

Αναστάσιος Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής,  
Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Επίκουρος Καθηγήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό Καποδιστριακό Παν/μιο Αθηνών

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

1. Χρήστος Λιονής, Αναπληρωτής Καθηγητής
2. Αναστάσιος Φιλαλήθης, Αναπληρωτής Καθηγητής
3. Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Επίκουρος Καθηγήτρια
4. Εμμανουήλ Κογεβίνας, Καθηγητής
5. Ευγένιος Κουμαντάκης, Καθηγητής
6. Δημήτριος Τσιφτσής, Καθηγητής
7. Νικόλαος Τζανάκης, Επίκουρος Καθηγητής

“The real value of science lies in its use, in those ‘aha’ synaptic moments when the connection between knowledge and action occurs. It is at those times that science stimulates, informs and integrates what is known with what needs to happen... becoming the bridge to walk over between problem identification and solution.”

*Nancy Dickenson-Hazard  
Reflections on Nursing Leadership, 2005*

Στους αφανείς νοσηλευτές της πρώτης γραμμής,  
στο μετερίζι του καθημερινού αγώνα...

Στο σύζυγο και στα παιδιά μου...

Στους γονείς μου...

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

Ευχαριστίες

Κατάλογος Δημοσιεύσεων

Περίληψη

Abstract

Resumé

## 1. Εισαγωγή

- 1.1. Υπηρεσίες υγείας και ανθρώπινο δυναμικό
  - 1.1.1. Ανάλυση εργασίας – ορισμός, χαρακτηριστικά
  - 1.1.2. Εκτίμηση αναγκών – ορισμός, χαρακτηριστικά
  - 1.1.3. Διαστάσεις ποιότητας στην νοσηλευτική φροντίδα υγείας
- 1.2. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
  - 1.2.1. Διεθνής εμπειρία
  - 1.2.2. Ελληνική εμπειρία
- 1.3. Αναγκαιότητα της μελέτης
- 1.4. Ερευνητικά ερωτήματα

## 2. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

## 3. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

- 3.1. Πληθυσμός, περιοχή και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης
- 3.2. Εργαλεία
- 3.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων
- 3.4. Ανάλυση δεδομένων

## **4. Αποτελέσματα**

- 4.1. Υφιστάμενη κατάσταση και χαρακτηριστικά νοσηλευτικού προσωπικού στα ΚΥ/ΠΠ της Κρήτης
- 4.2. Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης
- 4.3. Μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή, στάθμιση και εφαρμογή εργαλείου εκτίμησης αναγκών κατάρτισης
- 4.4. Στάσεις, απόψεις, κίνητρα, εμπόδια για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση στην εργασία
- 4.5. Ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης στην εργασία
- 4.6. Προκλήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

## **5. Συζήτηση**

- 5.1. Κύρια ευρήματα της μελέτης
  - 5.1.1. Υφιστάμενη κατάσταση, στελέχωση και κατανομή σύνθεσης νοσηλευτικού προσωπικού στα ΚΥ/ΠΠ της Κρήτης
  - 5.1.2. Ανάλυση εργασίας και επαγγελματικό προφίλ
  - 5.1.3. Εργαλείο εκτίμησης αναγκών κατάρτισης
  - 5.1.4. Στάσεις, απόψεις, κίνητρα, εμπόδια για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση στην εργασία
  - 5.1.5. Ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης στην εργασία
  - 5.1.6. Ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης
  - 5.1.7. Προκλήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό ΠΦΥ στην Ελλάδα και στην Ευρώπη
- 5.2. Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης
- 5.3. Κύριες διαπιστώσεις της διατριβής αυτής με επιπτώσεις στην πολιτική υγείας
- 5.4. Ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα

## **6. Συμπεράσματα - Προτάσεις**

- 6.1 Συμπεράσματα
- 6.2 Προτάσεις

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

### Παραρτήματα

- A) **Πίνακας 1** «Σύνθεση απασχόλησης στον τομέα υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2003»  
**Πίνακας 2** «Στοιχεία απασχόλησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2003»  
**Διάγραμμα 1** «Ποσοστά στελέχωσης σε νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό ανά υγειονομική περιφέρεια σε σχέση με την προβλεπόμενη κάλυψη»  
**Πίνακας 3** «Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού και κάλυψη οργανικών θέσεων στα 14 Κέντρα Υγείας και 121 Περιφερειακά Ιατρεία της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (2002 έως 2007)»
- B) **Ερωτηματολόγιο 1** «Εκτίμηση Νοσηλευτικών Πρακτικών και Αναγκών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»  
**Ερωτηματολόγιο 2 - Πρωτότυπο στην Αγγλική γλώσσα - "Training Needs Assessment"**  
**Ερωτηματολόγιο 2 - Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα - «Εκτίμηση Αναγκών Κατάρτισης»**
- Γ) **Ανακοινώσεις** σε συνέδρια

## Πρόλογος

Η ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) το 2001 και οι αναδυόμενες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ανάγκες στρατηγικού σχεδιασμού σε περιφερειακό επίπεδο απετέλεσαν την πρόκληση και παράλληλα ευτυχή συγκυρία για την εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής. Έχοντας ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές και πιστοποίηση στις Η.Π.Α. ως Κλινικά Εξειδικευμένη Κοινωνική Νοσηλεύτρια, ειδικότητα που δεν έχει θεσμοθετηθεί έως σήμερα στην Ελλάδα, και με μακρόχρονη επαγγελματική εμπειρία, είχα διαμορφώσει μία ολοκληρωμένη άποψη για τον ρόλο που μπορούν και καλούνται να παίξουν διεθνώς οι νοσηλευτές στην κοινότητα, και ειδικότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αυτήν την άποψη επεδίωξα να καταθέσω και να τεκμηριώσω αναφορικά με τον ελληνικό χώρο, και ειδικότερα την υγειονομική περιφέρεια Κρήτης, στην οποία εργάζομαι από το 2003.

Στην αρχή ως μέλος της Ομάδας Σχεδιασμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Πε.Σ.Υ. Κρήτης και αργότερα ως στέλεχος του Αυτοτελούς Γραφείου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης, είχα την ευκαιρία να παρατηρήσω από κοντά και να έρθω σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό στην καθημερινή του εργασία στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία της υπαίθρου. Τα εύλογα ερωτήματα που προέκυψαν από αυτή την επιτόπια παρατήρηση και επαφή απετέλεσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό και την πραγματοποίηση της παρούσας περιγραφικής και διερευνητικής μελέτης (action research) που είχε σκοπό να συμβάλει στη διαδικασία οργανωτικών αλλαγών που είχαν ήδη ξεκινήσει να λαμβάνουν χώρα.

Η ερευνητική αυτή προσπάθεια δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς την θερμή υποστήριξη και αποδοχή τόσο από την διοίκηση και τα στελέχη της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης, όσο και από τους διευθυντές και εργαζόμενους των Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων. Η στενή συνεργασία της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και του τότε Πε.Σ.Υ. Κρήτης, σημερινής 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, απετέλεσε τον κινητήριο μοχλό που συνέβαλε τα μέγιστα στην ολοκλήρωση της μελέτης.



## Ευχαριστίες

Η παρούσα διδακτορική διατριβή δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί δίχως τη συμβολή κάποιων σημαντικών ανθρώπων και συνεργατών, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και τους οποίους ευχαριστώ θερμά.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διδακτορικής διατριβής, τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Χρήστο Λιοντή, όχι μόνο για την πολύτιμη καθοδήγησή του στον σχεδιασμό, στην πραγμάτωση και στην ολοκλήρωση του ερευνητικού πρωτοκόλλου, αλλά και για την ανεπιφύλακτη εμπιστοσύνη που μου έδειξε. Η μαθητεία κοντά του μου έδωσε το έναυσμα για την αναζήτηση της διασύνδεσης μεταξύ της επιστημονικής γνώσης και της πρακτικής βασισμένης στις ενδείξεις.

Ευχαριστώ επίσης θερμά:

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή και Διευθυντή του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη για τις καίριες παρατηρήσεις και για την ενθουσιώδη υποστήριξη του σε αυτό το ταξίδι στη γνώση.

Την Επίκουρη Καθηγήτρια κ<sup>α</sup> Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου για την πολύτιμη γέφυρα συνεργασίας και επαφής με τον ακαδημαϊκό και κλινικό χώρο της κοινοτικής νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

Τον γενικό ιατρό και Αναπληρωτή Διευθυντή του Κέντρου Υγείας Ανωγείων κ. Νίκο Αντωνάκη για την αμέριστη συμπαράσταση και συμβολή σε όλα τα στάδια αυτής της δουλειάς, ιδιαίτερα στο μεθοδολογικό στάδιο και στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Τον συνεργάτη του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής κ. Θανάση Αλεγκάκη για την σημαντική βοήθεια στην στατιστική ανάλυση και για την καθοδήγηση στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Την επιστημονική συνεργάτιδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης κ<sup>α</sup> Τριγώνη Μαρία για την συμμετοχή της στην ποιοτική ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων.

Την Καθηγήτρια Carolyn Hicks του University of Birmingham για την παραχώρηση του ερευνητικού εργαλείου “Training Needs Assessment” και για την υποστήριξή της κατά τη διάρκεια της μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και στάθμισης στην Ελληνική γλώσσα.

Το Διοικητή 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, κ. Νίκο Κεφαλογιάννη, τους πρώην διοικητές Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης, κ. Γιώργο Σαρειδάκη και Γιάννη Καλαντζάκη, και τον πρώην γενικό διευθυντή Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης, κ. Βασιλη

Μπαρδή, για το έμπρακτο ενδιαφέρον και θερμή υποστήριξη τους καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της μελέτης.

Τον προϊστάμενο του Τμήματος Χάρτη Υγείας της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης κ. Σταμάτη Καρδάση για την πρόσβαση στα απαραίτητα αρχεία και για τη συμβολή του στην επίπονη συλλογή δεδομένων.

Τους Διευθυντές των 14 Κέντρων Υγείας για την συνεργασία και την παραχώρηση πρόσβασης τόσο στους χώρους όσο και στο προσωπικό υπό την εποπτεία τους.

Τέλος, όλο το νοσηλευτικό προσωπικό των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων της Κρήτης, το οποίο συμμετείχε με ενθουσιασμό στην εκπόνηση αυτής της μελέτης, αφιερώνοντας τον πολύτιμο χρόνο του, και μοιράστηκε μαζί μου τις εμπειρίες και προσδοκίες του.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς το σύζυγο, τα παιδιά, και τους γονείς μου για την αμέριστη, συνεχή συμπαράσταση και υποστήριξη τους, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία.

## Κατάλογος Δημοσιεύσεων

### Δημοσίευση #1:

Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C: Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *International Nursing Review* 2006, 53:16-18.

### Δημοσίευση #2:

Μαρκάκη Α, Αντωνάκης Ν, Φιλαλήθης Α, Λιονής Χ: Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας. (έγινε δεκτή στο περιοδικό *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* )

### Δημοσίευση #3:

Markaki A, Antonakis N, Hicks CM, Lionis C: Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek. *BMC Health Services Research* 2007, 7:65.

### Δημοσίευση #4:

Continuing education among rural nurses: a Greek perspective.  
(Εκτεταμένη περίληψη κειμένου που θα υποβληθεί σε ξενόγλωσσο περιοδικό)

### Δημοσίευση #5:

Markaki A, Alegakis A, Antonakis N, Kalokerinou A, Lionis C: Exploring training needs of nursing staff in rural Cretan primary care. (submitted)

### Δημοσίευση #6:

Λιονής Χ, Μαρκάκη Α: Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: αναγκαιότητα ή ουτοπία; *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2006, 18:164-165.

### Δημοσίευση #7:

Markaki A, Lionis C: Capacity building within primary health care nursing: a current European challenge. *Quality in Primary Care* 2008, 16 (in press).

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Στα πλαίσια επιχειρησιακού σχεδιασμού της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, εκπονήθηκε η παρούσα περιγραφική, διερευνητική μελέτη (action research) προκειμένου να συμβάλει στο στρατηγικό σχεδιασμό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι «ανάλυση εργασίας» και «εκτίμηση αναγκών» όπως αυτές προτείνονται για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων.

**Σκοπός:** Η περιγραφή και διερεύνηση της νοσηλευτικής πρακτικής (νοσηλευτικού έργου) όσον αφορά στους ρόλους, στις κλινικές πράξεις, αρμοδιότητες και στις ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (ΣΕ), κατάρτισης, και επαγγελματικής εξέλιξης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ) της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης, καθώς και η διατύπωση αντίστοιχων προτάσεων για το στρατηγικό σχεδιασμό πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Κρήτη.

**Στόχοι** της μελέτης ήταν:

- 1) Να περιγράψει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις ατομικές ικανότητες και τις επιδόσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα ΚΥ/ΠΙ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης.
- 2) Να διερευνήσει τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις εργασίας (ρόλους, κλινικές πράξεις και αρμοδιότητες) ως προς την συχνότητα και την αυτοεκτιμώμενη δεξιότητα με την οποία εκτελούνται ανάλογα με την κατηγορία εκπαίδευσης (ΔΕ ή ΤΕ) και το πτυχίο ειδικότητας.
- 3) Να διερευνήσει την ύπαρξη σταθμισμένου και διεθνώς αποδεκτού εργαλείου για την εκτίμηση αναγκών κατάρτισης στην ΠΦΥ, το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί στο ελληνικό περιβάλλον μετά από διαδικασία μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και στάθμισης.
- 4) Να εξετάσει τις στάσεις και τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ΣΕ και κατάρτιση στην εργασία.
- 5) Να εκτιμήσει τις ανάγκες ΣΕ και κατάρτισης ανάλογα με την κατηγορία εκπαίδευσης και το πτυχίο ειδικότητας.
- 6) Να καταγράψει άλλες ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης (διοικητικές-υποστηρικτικές, υλικοτεχνικές, θεσμικές).
- 7) Να διατυπώσει προτάσεις και μέτρα που η εφαρμογή τους θα οδηγούσε στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στα ΚΥ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης.

**Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι:** Πληθυσμό-στόχο αποτέλεσε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτές-ΤΕ, μαίες-ΤΕ, επισκέπτες υγείας-ΤΕ, και βοηθοί νοσηλευτών-ΔΕ) των 14 ΚΥ και των υπαγόμενων σε αυτά ΠΙ της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε σε δύο χρονικές φάσεις. Κατά την α' φάση, χρησιμοποιήθηκε το πρωτότυπο, σταθμισμένο ερωτηματολόγιο «Εκτίμηση νοσηλευτικών πρακτικών και αναγκών στην ΠΦΥ» και επιστράφηκαν συμπληρωμένα 92 ερωτηματολόγια. Κατά τη β' φάση, χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο, πολιτισμικά προσαρμοσμένο, και σταθμισμένο ερωτηματολόγιο «Εκτίμηση αναγκών κατάρτισης», το οποίο και συμπληρώθηκε από 55 άτομα. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και από τις δύο φάσεις αναλύθηκαν στατιστικά ανά κατηγορία εκπαίδευσης (ομάδα Α=πτυχιούχοι ΔΕ, ομάδα Β=πτυχιούχοι ΤΕ) και θέση εργασίας-ειδικότητα (ομάδα Γ=νοσηλευτές ΤΕ+ΔΕ, ομάδα Δ=μαίες+επισκέπτες υγείας), καθώς επίσης και ποιοτικά, με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε σοβαρή υποστελέχωση (49,5% κενές οργανικές θέσεις) και έντονη ανισοκατανομή στη σύνθεση στελέχωσης, με τους βοηθούς νοσηλευτές να αποτελούν την πλέον πολυάριθμη κατηγορία (41,3%), σε αντίθεση με τους επισκέπτες υγείας (5,4%). Ως προς την καθημερινά εκτελούμενη εργασία, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, ανάλογα με τη κατηγορία εκπαίδευσης και τη θέση εργασίας-ειδικότητα. Εξαιρεση αποτέλεσε ο συμβουλευτικός ρόλος, τον οποίο οι βοηθοί νοσηλευτών αναλάμβαναν λιγότερο συχνά ( $p=0,01$ ), ο εκπαιδευτικός ρόλος, τον οποίο αναλάμβαναν συχνότερα οι μαίες και οι επισκέπτες υγείας ( $p=0,03$ ), και η λήψη ιστορικού η οποία γινόταν λιγότερο συχνά από τους νοσηλευτές ΤΕ και ΔΕ ( $p=0,04$ ). Οι κάτοχοι κλινικού τίτλου νοσηλευτικής ή μαιευτικής ειδικότητας διαφοροποιούνταν σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό ως προς την συχνότητα άσκησης συμβουλευτικού ρόλου ( $p=0,04$ ), την αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου ( $p=0,04$ ), και την κατ'οίκον νοσηλεία ( $p=0,02$ ).

Κυριότερα κίνητρα προσέλκυσης στην ΠΦΥ αποτελούσαν η καλή φήμη της μονάδας (73,9%) και η διαμονή (71,7%) ή καταγωγή (65,2%) από την περιοχή στην οποία εδρεύει το ΚΥ ή ΠΠ. Οι σημαντικότεροι λόγοι δυσαρέσκειας από το εργασιακό περιβάλλον ήταν οι περιορισμένες ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη (65,2%) και η έλλειψη υποστήριξης (62%). Βασικές δυσκολίες στην καθημερινή εργασία ήταν οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό (53,6%) και σε υλικοτεχνική υποδομή (36,2%).

Οι δυνατότητες ΣΕ και επαγγελματικής εξέλιξης ήταν ιδιαίτερα περιορισμένες και αποσπασματικές, προσφερόμενες κυρίως μακριά από τους χώρους εργασίας. Παρά το ότι η πλειονότητα του προσωπικού είχε θετική στάση απέναντι στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, οι οικογενειακές υποχρεώσεις, η απόσταση των δομών ΣΕ από τον χώρο εργασίας και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου αναφέρθηκαν ως τα κυριότερα εμπόδια. Η έλλειψη γνώσεων Αγγλικής γλώσσας και χρήσης Η/Υ, οι περιορισμένες τεχνολογικές υποδομές στους χώρους εργασίας, καθώς και η έλλειψη επαγγελματικής καθοδήγησης αποτελούσαν κρυφούς ανασταλτικούς παράγοντες στην επιδίωξη ΣΕ.

Απο τα δεδομένα και των δύο φάσεων προέκυψε ότι η αυτο-εκτιμώμενη επίδοση στην εργασία ήταν υψηλή, ανεξαρτήτως εκπαιδευτικής βαθμίδας ή ειδικότητας. Εξαιρέση αποτέλεσαν οι μαιες, οι οποίες σε σύγκριση με τους νοσηλευτές παρουσίαζαν υψηλότερη επίδοση στις δραστηριότητες «αποκτώντας πρόσβαση σε βιβλιογραφία σχετική με την κλινική σας δουλειά» ( $p=0,019$ ), «αναλύοντας στατιστικά τα ερευνητικά σας δεδομένα» ( $p=0,052$ ), και «αναλαμβάνοντας δραστηριότητες πρόληψης» ( $p=0,010$ ). Ως προς την κρισιμότητα των δραστηριοτήτων για την εργασία, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων Α και Β. Εξαιρέση αποτέλεσαν οι δραστηριότητες «Επικοινωνώντας με τους ασθενείς πρόσωπο-με-πρόσωπο» ( $p=0,034$ ), και «Αναλαμβάνοντας δραστηριότητες πρόληψης» ( $p=0,043$ ), οι οποίες ήταν στατιστικά σημαντικότερες για την ομάδα Β. Τέλος, η κρισιμότητα για την εργασία και η επίδοση στις ερευνητικές/ελεγκτικές δεξιότητες διέφεραν ανάλογα με το πτυχίο-ειδικότητα ( $p=0,039$  και  $p=0,001$ , αντίστοιχα).

Κύριες προτεραιότητες για αντικείμενα κατάρτισης, κατά την α' φάση, ήταν οι «Πρώτες βοήθειες», τα «Προγράμματα πρώιμης διάγνωσης», η «Πρόληψη - προαγωγή υγείας» και η «Δεοντολογία». Η ατομική ικανότητα στην χρήση Η/Υ, καθώς και οι ρόλοι, τα καθήκοντα και το εύρος της νοσηλευτικής πρακτικής είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την προτεραιότητα που δινόταν σε συγκεκριμένα μαθήματα κατάρτισης. Κατά τη β' φάση, σημαντικές διαφορές στις ανάγκες κατάρτισης αναδείχθηκαν σε 14 δεξιότητες, οι οποίες ανήκαν στις ακόλουθες ευρύτερες κατηγορίες δεξιοτήτων: ερευνητικές/ελεγκτικές, κλινικές, διευθυντικές/εποπτικές, διαπροσωπικές/συνεργασίας, και διαχειριστικές/διοικητικές. Παράλληλα, η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία δεν διαφοροποιούσαν τις ανάγκες κατάρτισης.

Τέλος, οι ψυχομετρικές ιδιότητες του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου «Εκτίμηση αναγκών κατάρτισης» ήταν καλές. Ο βαθμός ομογένειας ήταν πολύ καλός ( $\alpha=0,985$   $p<0,001$ ), καθώς επίσης και η επαναληψιμότητα ( $\kappa=0,928$   $p<0,0001$ ). Σημαντικές θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της επίδοσης σε κάθε ερώτηση ερευνητικού περιεχομένου και του εύρους ερευνητικής συμμετοχής, γεγονός που υποδήλωνε καλή εγκυρότητα κριτηρίου. Η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε επτά παράγοντες με  $eigenvalues>1,0$   $KMO=0,680$  και Bartlett's test of sphericity,  $p<0,001$ .

### **Συζήτηση - Συμπεράσματα:**

Από την επεξεργασία των επιλεγμένων μεταβλητών σκιαγραφείται με σαφήνεια το εκτελούμενο νοσηλευτικό έργο και οι ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετεί στα ΚΥ/ΠΙ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης. Η καθημερινή νοσηλευτική πρακτική επικεντρώνεται στην τεχνολογική φροντίδα και στον κλινικό ρόλο, ενώ η προαγωγή υγείας και η πρόληψη γίνονται αποσπασματικά και ευκαιριακά. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τα επίπεδα επίδοσης των 4 ομάδων πτυχιούχων ήταν παρόμοια με μικρές διαφοροποιήσεις, ενώ στατιστικά

σημαντικές ανάγκες περαιτέρω κατάρτισης δηλώθηκαν από όλο το προσωπικό, με μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των 4 ομάδων. Οι ερευνητικές/ελεγκτικές δεξιότητες κατέλαβαν την πρώτη θέση στην επιζητούμενη κατάρτιση, παράλληλα με τα αντικείμενα επιμόρφωσης στην επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα, πρόληψη, προαγωγή υγείας, και πρώιμη διάγνωση. Κρίσιμα ζητήματα για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων στην ύπαιθρο αποτελούσαν η σοβαρή υποστελέχωση και ανισοκατανομή στη σύνθεση, η δυσκολία προσέλκυσης ΤΕ προσωπικού, οι περιορισμένες δυνατότητες εξέλιξης, η απουσία θεσμοθετημένου υποστηρικτικού-συμβουλευτικού μηχανισμού, η έλλειψη διακριτών ρόλων, και η μη εφαρμογή της ομάδας υγείας.

Με βάση τα παραπάνω, κρίνεται απαραίτητος ο στρατηγικός σχεδιασμός σε περιφερειακό επίπεδο δραστηριοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης στο χώρο εργασίας, οι οποίες θα διασφαλίζουν ένα κοινό πλαίσιο επιμόρφωσης και επαγγελματικής εξέλιξης, επενδύοντας στην θετική στάση των εκπαιδευόμενων και στη χρήση του εργαλείου «Εκτίμηση Αναγκών Κατάρτισης», το οποίο κρίθηκε εφαρμόσιμο στο ελληνικό περιβάλλον.

## Abstract

**Introduction:** The present action research study was conducted to contribute to primary health care (PHC) planning within the 7<sup>th</sup> Regional Health System of Crete. The methods “job analysis” and “needs assessment” were used, as suggested by the international literature for effective human resource management.

**Aim:** To describe nursing practice in regards to roles, clinical tasks, responsibilities and to explore continuing education (CE) needs, on-the-job training and professional development of nursing staff employed in primary health care centers (PHCCs) of Crete, as well as to formulate recommendations.

- Targets:**
- 1) To describe demographic characteristics, individual abilities and job performance of nursing staff employed in PHCCs of the 7<sup>th</sup> Regional Health System of Crete.
  - 2) To explore duties and responsibilities (roles, clinical tasks and scope of practice) in terms of frequency and self-assessed competence based on educational preparation (2 year vs. 3 or 4-year degree) and professional category.
  - 3) To explore the applicability of a standardized, international tool assessing on-the-job training needs in Greek PHC settings, following translation, cultural adaptation and validation.
  - 4) To assess attitudes and perceptions of nursing staff in regards to CE and on-the-job training.
  - 5) To assess CE needs according to educational preparation and professional category.
  - 6) To explore professional development needs (administrative-supportive, technical-resources, organizational).
  - 7) To formulate recommendations and measures that would lead to improved PHC nursing care throughout PHCCs in Crete.

**Subjects and methods:** Target population was all nursing staff (registered nurses, midwives, health visitors and and licensed practical nurses) of all 14 PHCCs and 121 Satellite Clinics of the 7<sup>th</sup> Regional Health System of Crete.

Data collection was completed in two phases. During phase 1, the original, validated questionnaire “*Assessment of Nursing Practices and Needs in Primary Health Care*” was used and 92 completed questionnaires were returned. During phase 2, the translated, culturally adapted and validated tool “*Training Needs Assessment*” was used and 55 questionnaires were completed and returned. Data from both phases were analyzed statistically, according to educational preparation (group A=2-year degree graduates, group B=3 or 4-year degree graduates) and professional category, as well as qualitatively, according to the content analysis method.



**Results:** There were serious understaffing (49.5% vacancy rates) and skill mix issues in all rural units, with licensed practical nurses (LPNs) being the most numerous (41.3%), in contrast to health visitors (5.4%). In regards to everyday practice, there were no statistically significant differences among nursing professionals according to educational level or category. Only exceptions were the counseling role which was assumed less frequently by LPNs ( $p=0.01$ ), the teaching role which was assumed more frequently by midwives and health visitors ( $p=0.03$ ) and obtaining a patient's health history which was undertaken less frequently by RNs and LPNs ( $p=0.04$ ). Holders of a nursing specialty certification differed in terms of the frequency of counseling ( $p=0.04$ ), assessment of risk factors ( $p=0.04$ ) and home care visits ( $p=0.02$ ).

The most important recruitment incentives were the unit's reputation (73.9%) and residence (71.7%) or origin (65.2%) from the unit's catchment area. The most important reasons for dissatisfaction were the lack of opportunities for professional development (65.2%) and lack of everyday support (62%). Deficits in human resources (53.6%) and equipment-supplies (36.2%) were reported as major obstacles in job performance.

Professional development opportunities were very limited, fragmented and offered mostly off-site. Although the majority of staff had a positive attitude towards CE, family obligations, distance of CE site and lack of free time were identified as primary barriers. Inability to speak English, lack of basic computer skills or facilities and absence of professional guidance were all implied hindering factors.

Self-assessed competence from both study phases was high, regardless of educational level or position held. Exception were midwives who in comparison to RNs exhibited higher competence in select activities, such as "gaining access to literature related to clinical work" ( $p=0.019$ ), "statistically analyzing own data" ( $p=0.052$ ) and "undertaking health promotion activities" ( $p=0.01$ ). In terms of importance of assigned tasks, there were no significant differences between group A and B, except of the following two tasks rated as more important by group B: "communicating with patients face-to-face" ( $p=0.034$ ) and "undertaking health promotion activities" ( $p=0.043$ ). Last, job importance and level of performance for research/audit activities differed according to professional category ( $p=0.039$  and  $p=0.001$ , respectively).

During phase 1, the top 3 training priorities included "emergency services", "screening programs", "prevention-health promotion" and "ethics". Individual ability to use a computer, roles and responsibilities assumed and the scope of nursing practice were significantly related to priority level assigned to specific training needs. During phase 2, significant differences in training needs emerged on 14 tasks for the whole sample, categorized into research/audit, clinical, management/supervision, communication/

teamwork and administration/business related activities. Training needs did not differ according to age or work experience.

The psychometric properties of the Greek version of the TNA questionnaire for nursing staff employed in primary care were good. Internal consistency of the instrument was very good (Cronbach's  $\alpha=0.985$   $p<0.001$ ) and Kappa coefficient for reproducibility was found to be 0.928 ( $p<0.0001$ ). Significant positive correlations were found between respondents' current performance levels on each of the research items and amount of research involvement, indicating good criterion validity in the areas tested. Factor analysis revealed seven factors with eigenvalues of  $>1.0$ , KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) measure of sampling adequacy = 0.680 and Bartlett's test of sphericity,  $p<0.001$ .

**Discussion-Conclusions:** Analysis of select variables portrayed with clarity PHC nursing practice and professional development needs of nursing staff employed in PHCCs throughout Crete. Everyday practice focused on technological care and the clinical role, whereas health promotion and prevention activities were carried out occasionally and opportunistically. Professional characteristics and level of performance among the four professional categories were similar, with minor differentiation, whereas statistically significant training needs were identified for all nursing staff, with minor differences among the four categories. Training in research/audit skills was rated as the most needed, along with continuing education in emergency nursing care, prevention, health promotion and screening programs. Critical issues for effective human resource management in rural settings included: understaffing and skill mix unbalances, difficulties in recruiting personnel with more advanced educational preparation, limited professional development opportunities, absence of resources offering support and consultation at work, role confusion/conflict and last, failure to implement a health team approach.

Based on study findings, strategic planning at a regional level of continuing education and on-the-job training needs is essential in providing a standard framework for professional development, investing in trainees' positive attitudes and in the "*Training Needs Assessment*" tool, found to be suitable for Greek PHC settings.

## Résumé détaillé

**Introduction:** La présente recherche, descriptive et prospective, a eu lieu dans le cadre du plan opérationnel élaboré au sein de la 7<sup>e</sup> Région Sanitaire de Crète, afin qu'elle contribue au planning stratégique des soins primaires de santé (SPS). Les méthodes utilisées sont celles de « *l'analyse du travail* » et de « *l'évaluation des besoins* », telles qu'elles sont proposées dans la bibliographie internationale dans le but d'une gestion efficace des ressources humaines.

**But:** La description de et l'enquête sur le travail du personnel soignant concernant les rôles, le travail clinique, les compétences et les besoins de formation continue (FC), la formation professionnelle et le développement professionnel du personnel soignant qui est employé dans les Centres de Santé (CS) et les Cabinets Médicaux Régionaux (CMR) de la Région Sanitaire de Crète, ainsi que l'énoncé des propositions sur le planning stratégique des soins sanitaires primaires en Crète.

### Objectifs:

- 1) décrire les caractéristiques démographiques, les capacités et les performances individuelles du personnel soignant qui est employé dans les CS et les CMR de la Région Sanitaire de Crète,
- 2) explorer les devoirs et les obligations du travail (rôles, travail clinique et compétences) quant à la fréquence et la capacité évaluée par soi-même selon la catégorie d'enseignement (enseignement secondaire ou enseignement technologique professionnel) et le diplôme de spécialité.
- 3) explorer l'applicabilité dans le contexte grec d'un outil standard international pour l'évaluation des besoins de formation en soins primaires de santé, suite à sa traduction, son adaptation culturelle et son homologation.
- 4) évaluer les attitudes et les points de vue du personnel soignant sur la formation continue et la formation professionnelle.
- 5) évaluer les besoins en formation continue et formation professionnelle selon la catégorie d'enseignement et le diplôme de spécialité.
- 6) faire l'inventaire d'autres besoins de développement professionnel (besoins d'ordre administratif et de soutien, besoins en équipement et matériaux, besoins institutionnels).
- 7) formuler des propositions en vue de la prestation de meilleurs soins primaires dans les CS et les CMR de la Région Sanitaire de Crète.

**Sujets et méthodes:** l'ensemble du personnel soignant (infirmiers/infirmières, sages-femmes, infirmières visiteuses, aides-soignants) des 14 Centres de Santé et des Cabinets Médicaux Régionaux y rattachés de la Région Sanitaire de Crète a servi de population cible. Les données ont été rassemblées en deux phases. Pendant la 1<sup>ère</sup> phase on a utilisé le questionnaire original homologué « *Evaluation des pratiques et des besoins en soins primaires de santé* » et on a reçu en retour 92 questionnaires remplis. Pendant la 2<sup>nde</sup> phase on a utilisé le questionnaire traduit, adapté culturellement et homologué « *Evaluation des besoins de formation* », lequel a été rempli par 55 personnes. Les données ainsi rassemblées ont, par la suite, été analysées statistiquement selon la catégorie d'enseignement (groupe A=diplômés de l'enseignement secondaire, groupe B= diplômés de l'enseignement technologique professionnel) et le poste de travail-spécialité (groupe C=infirmiers issus de l'enseignement technologique professionnel et de l'enseignement secondaire, groupe D=sages-femmes et infirmières visiteuses); de même, elles ont été analysées qualitativement selon la méthode d'analyse du contenu.

**Résultats:** on a noté un déficit grave dans l'encadrement (49.5% de postes vacants) ainsi qu'un important déséquilibre dans la composition: les aides-soignants sont de loin les plus nombreux (41.3%) par opposition aux infirmières visiteuses (5.4%). Quant aux tâches quotidiennes il n'y avait pas une différenciation importante statistiquement selon la catégorie d'enseignement et le poste de travail-spécialité. Seules exceptions : le rôle consultatif, endossé moins souvent par les aides-soignants ( $p=0.01$ ), le rôle éducateur, endossé plus souvent par les sages-femmes et les infirmières visiteuses ( $p=0.03$ ) ainsi que la prise de l'historique, assumée moins souvent par les infirmiers diplômés de l'enseignement technologique professionnel et de l'enseignement secondaire ( $p=0.04$ ). Les titulaires d'un diplôme d'études d'infirmière ou de sage-femme se différenciaient par rapport aux autres membres du personnel quant à la fréquence d'exercice d'un rôle consultatif ( $p=0.04$ ), l'évaluation des facteurs de risque ( $p=0.04$ ) et les soins à domicile ( $p=0.02$ ).

Les principales motivations de recrutement aux soins primaires de santé y étaient le renom de l'unité (73.9%) et la résidence (71.7%) ou l'origine (65.2%) dans la région où siège le Centre de Santé ou le Cabinet Médical Régional. Les motifs de mécontentement les plus importants étaient le peu d'occasions de développement professionnel (65.2%) et le manque de soutien (62%). Les effectifs déficitaires (53.6%) et le déficit en infrastructure (36.2%) constituaient les principales difficultés dans le travail quotidien.

Les possibilités de formation continue et de développement professionnel y étaient particulièrement limitées et fragmentaires, offertes dans la plupart des cas loin des lieux de travail. Malgré l'attitude positive de la plupart du personnel à l'égard de la formation continue, les obligations familiales, la

distance des structures de formation continue par rapport aux lieux de travail ainsi que le manque de temps libre étaient les principaux obstacles à être retenus. L'ignorance de l'anglais et l'incapacité de se servir d'un ordinateur, les infrastructures technologiques limitées dans les lieux de travail, ainsi que le manque de guidance professionnelle constituaient des facteurs cachés faisant obstacle à la formation continue.

Des données rassemblées lors des deux phases il est ressorti que la performance au travail évaluée par soi-même a été élevée, indépendamment du niveau des études ou du poste occupé. Exception : les sages-femmes, qui présentaient une performance plus élevée par rapport aux infirmiers dans les activités «accédant à une bibliographie relative au travail clinique» ( $p=0.019$ ), «analysant statistiquement les données de la recherche» ( $0.052$ ) et «assumant des activités de prévention» ( $p=0.010$ ). Quant à l'importance des tâches assignées, il n'y avait pas de différences significatives statistiquement entre le groupe A et le groupe B. Exception : les activités «communiquant face à face avec les patients» ( $p=0.034$ ) et «assumant des activités de prévention» ( $p=0.043$ ), plus importantes statistiquement pour le groupe B. Enfin, l'importance pour le travail et la performance dans les activités de recherche/de contrôle différaient selon le diplôme-la spécialité ( $p=0.039$  et  $p=0.001$  respectivement).

Durant la 1<sup>ère</sup> phase les priorités principales de formation étaient les «premiers secours», les «programmes de diagnostic précoce», la «prévention-promotion de la santé» et la «déontologie». La capacité de se servir d'un ordinateur, ainsi que les rôles, les devoirs et l'ampleur de la pratique des soins y étaient en rapport significatif statistiquement avec la priorité accordée à des enseignements précis. Pendant la 2<sup>e</sup> phase d'importantes différences quant aux besoins de formation ont resurgi dans 14 tâches, faisant partie des domaines d'activités suivants : (domaines) de recherche/de contrôle, cliniques, de direction/de surveillance, interpersonnels/de coopération, et de gestion/d'administration. En outre, l'âge et l'expérience professionnelle ne différençaient pas les besoins de formation.

Enfin, les qualités psychométriques du questionnaire traduit «*Evaluation des besoins de formation*» pour le personnel soignant étaient bonnes. Le degré d'homogénéité y était très bon ( $\alpha=0.985$   $p<0.001$ ) ainsi que la reproductibilité ( $k=0.928$   $p<0.0001$ ). D'importantes corrélations positives ont été trouvées entre le niveau de performance à chaque question se rapportant à la recherche et l'ampleur de la participation à la recherche, ce qui indique un bon critère de validité. L'analyse des facteurs a révélé sept facteurs aux eigenvalues  $>1.0$ , KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)= $0.680$ , test de sphéricité de Bartlett,  $p<0.0001$ .

**Discussion-Conclusions:** L'analyse des variables choisies met clairement en lumière le travail effectué dans le domaine des soins et les besoins de

développement professionnel des effectifs employés dans les Centres de Santé et les Cabinets Médicaux Régionaux de la Région Sanitaire de Crète. Le travail quotidien se focalise dans les soins technologiques et le rôle clinique, tandis que la promotion de la santé et la prévention se font de manière fragmentaire et circonstancielle. Les caractéristiques professionnelles et les niveaux de performance des 4 équipes des diplômés étaient similaires avec de petites différenciations, tandis que de besoins significatifs statistiquement de formation ont été énoncés par l'ensemble du personnel avec des petites différenciations entre les 4 groupes. Les capacités de recherche/de contrôle ont occupé la 1<sup>ère</sup> place dans la demande de formation, en même temps que la formation dans le domaine des soins d'urgence, de la prévention, de la promotion de la santé et du diagnostic précoce. L'encadrement déficitaire et le déséquilibre dans la composition, la difficulté d'attirer un personnel diplômé issu de l'enseignement technologique professionnel, les possibilités limitées de développement professionnel, l'absence d'un mécanisme institutionnalisé, jouant un rôle consultatif ou de soutien, l'absence des rôles distincts/la confusion des rôles et l'absence d'une approche d'équipe de santé constituent des questions graves pour la gestion efficace des ressources humaines dans la campagne.

Sur la base de ce qui précède le planning stratégique au niveau régional dans le domaine des activités de formation continue et de formation professionnelle dans les lieux de travail est indispensable en vue d'un cadre commun de formation et de développement professionnel, en investissant dans l'attitude positive du personnel et l'utilisation de l'outil «*Evaluation des besoins de formation*», jugé applicable dans le contexte grec.

# 1. Εισαγωγή

## Υπηρεσίες υγείας και ανθρώπινο δυναμικό

Οι ταχύτερες εξελίξεις στις βιοϊατρικές επιστήμες, με την καθημερινή συσσώρευση νέας γνώσης και τεχνολογίας, η καθιέρωση της «τεκμηριωμένης πρακτικής», καθώς και η συνάρτηση κόστους-αποτελεσματικότητας έχουν καταστήσει επιτακτική τη συστηματική μελέτη και ενασχόληση με το ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η διαφοροποίηση σε μέγεθος, κατανομή και σύνθεση του ανθρώπινου δυναμικού μίας χώρας αποτελεί ένδειξη κλειδί για την ικανότητα της συγκεκριμένης χώρας να παρέχει αποτελεσματικές υγειονομικές υπηρεσίες και παρεμβάσεις. Ειδικότερα, η σύνθεση ως προς τις δεξιότητες και το επίπεδο κατάρτισης του προσωπικού είναι καθοριστική για την αποτελεσματικότητα ενός συστήματος υγείας.<sup>1</sup>

Το ευρύτερο γνωστικό αντικείμενο της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων (ΔΑΠ), με εφαρμογές σε διάφορους εργασιακούς τομείς, καθώς και το πιο εστιασμένο γνωστικό αντικείμενο της οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, με εφαρμογές στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, παρέχουν την απαραίτητη γνώση και μεθοδολογία για την αποτελεσματική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας. Συγκεκριμένα, οι μέθοδοι «ανάλυση εργασίας» (job analysis) και «εκτίμηση αναγκών» (needs assessment) επιτρέπουν τη συστηματική περιγραφή και διερεύνηση του έργου που παράγεται, και των αναγκών επαγγελματικής εξέλιξης. Παράλληλα, η μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή καταξιωμένων εργαλείων που έχουν σταθμισθεί σύμφωνα με διεθνή πρότυπα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της αποτελεσματικής διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού. Απώτερος στόχος της ΔΑΠ είναι η διασφάλιση και πιστοποίηση της ικανότητας και αποτελεσματικότητας των επαγγελματιών υγείας, τόσο για τους δημόσιους όσο και για τους ιδιωτικούς φορείς υπηρεσιών υγείας.

### 1.1.1. Ανάλυση εργασίας - ορισμός, χαρακτηριστικά

Η ανάλυση της εργασίας έχει βαθιές ρίζες στο παρελθόν, με το Σωκράτη να αναγνωρίζει τρία στοιχεία σε μία «δίκαιη» πολιτεία: τις διαφορές κάθε ατόμου στην ικανότητα προς εργασία, τις κοινές απαιτήσεις ικανότητας για διάφορα επαγγέλματα και την ανάγκη τοποθέτησης σε θέσεις απασχόλησης που ταιριάζουν περισσότερο με τις συγκεκριμένες ικανότητες του ατόμου.<sup>2</sup>

Σύμφωνα με την McCormick<sup>3</sup>, ανάλυση εργασίας είναι η διαδικασία εκείνη με την οποία καθορίζονται με ακρίβεια: α) τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις που σχετίζονται με την εργασία, και β) οι επιδεξιότητες και ατομικές ικανότητες που απαιτούνται για την επίτευξη μιας εργασίας. Η ανάλυση εργασίας περιλαμβάνει δύο διαδοχικά στάδια: το πρώτο αφορά τη συλλογή

στοιχείων και δεδομένων για την καλύτερη γνώση της εργασίας, ενώ το δεύτερο αφορά τη χρησιμοποίηση των συλλεχθέντων στοιχείων για τον προσδιορισμό αντικειμενικών στόχων. Οι πληροφορίες που συλλέγονται εστιάζονται στις υφιστάμενες θέσεις απασχόλησης και είναι μείζονος σημασίας για άλλες πρακτικές διαχείρισης ανθρώπινων πόρων, όπως η επιλογή προσωπικού, η κατάρτιση, η αξιολόγηση του παραγόμενου έργου και η αμοιβή.<sup>2</sup> Επομένως, η ανάλυση εργασίας αποτελεί το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση των εργασιών μέσα σε έναν οργανισμό, την κατάσχεση προγράμματος άσκησης διοίκησης και τη χάραξη πολιτικής με τον καθορισμό αντικειμενικών στόχων.

### **1.1.2. Εκτίμηση αναγκών - ορισμός, χαρακτηριστικά**

Η εκτίμηση αναγκών, τόσο αυτών που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας όσο και αυτών που τις παρέχουν, αποτελεί ένα από τα βασικά βήματα στρατηγικού σχεδιασμού για το σύστημα υγείας οποιασδήποτε χώρας.<sup>4</sup> Παρά το ότι δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την έννοια της «ανάγκης», υπάρχει συμφωνία ότι είναι στενά συνδεδεμένη με την ταυτότητα, τις προσδοκίες και το περιεχόμενο.<sup>5,6</sup> Η εκτίμηση αναγκών διακρίνεται ανάλογα με το βαθμό περιπλοκότητας σε εκτίμηση α) απλού ή ειδικού θέματος, β) πολλαπλών θεμάτων, γ) διασυνδεδεμένων θεμάτων και δ) σύνδεση διακριτής επιτακτικότητας.<sup>6</sup>

Η διεθνής βιβλιογραφία είναι πλούσια σε μελέτες εκτίμησης αναγκών των επαγγελματιών υγείας, εστιάζόμενες στις διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες, στα επίπεδα, και στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας.<sup>7-9</sup> Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον γύρω από τις ανάγκες της διεπιστημονικής ομάδας που δραστηριοποιείται στο χώρο της κοινότητας. Έχει δε καθιερωθεί η διεπιστημονική ομάδα ως το «χρυσό πρότυπο» στην κλινική άσκηση, την έρευνα, και την εκπαίδευση.<sup>10</sup> Η διερεύνηση λοιπόν των διαστάσεων του ρόλου,<sup>8,11-13</sup> των γνώσεων/δεξιοτήτων που απαιτούνται από κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας,<sup>14-17</sup> καθώς και της έννοιας της «σφυριλάτησης της ομάδας» (teambuilding)<sup>18</sup> έχει αποτελέσει αντικείμενο αρκετών ερευνών.

Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια συζητείται στη διεθνή βιβλιογραφία η έννοια της ανάπτυξης ικανοτήτων (capacity building) των επαγγελματιών υγείας στην ΠΦΥ αναφορικά με την έρευνα αλλά και με την ευρύτερη επαγγελματική τους ανάπτυξη.<sup>19-21</sup> Το ενδιαφέρον εστιάζεται στον εντοπισμό μίας ελάχιστης δέσμης ερευνητικών, κλινικών, εκπαιδευτικών και διοικητικών ικανοτήτων απαραίτητων για τους νοσηλευτές προκειμένου να μπορούν να λειτουργήσουν είτε αυτόνομα, είτε ως μέλη διεπιστημονικών ομάδων στην κοινότητα. Η σύσταση και λειτουργία κέντρων νοσηλευτικής πρακτικής βασισμένης στην τεκμηρίωση, σε χώρες όπως η ΜΒ και η Αυστραλία, αποτελούν κίνητρα ανάπτυξης προς αυτή την κατεύθυνση.<sup>22</sup>



### 1.1.3. Διαστάσεις ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα υγείας

Η αναζήτηση της ποιότητας και των διαστάσεων της έχει απασχολήσει τους ερευνητές, και κατά συνέπεια και τους επαγγελματίες υγείας, τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Πρώτος ο Donabedian<sup>23,24</sup> όρισε την ποιότητα ως μια δυναμική κατάσταση που συνδέεται με τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τους ανθρώπους, τις διαδικασίες και το περιβάλλον. Σύμφωνα με το Γραφείο Εκτίμησης της Τεχνολογίας του Κονγκρέσου των ΗΠΑ, η ποιότητα είναι δύσκολο να ορισθεί και αποκτά συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος προσπαθεί να τη μετρήσει.<sup>25</sup> Οι ιδιότητες αυτές πρέπει να μετατραπούν σε κριτήρια και πρότυπα κατάλληλα για την εκτίμηση της ποιότητας του παρεχόμενου προγράμματος.<sup>26</sup> Για την ποιότητα στη νοσηλευτική, η Lang<sup>27</sup> πρότεινε το μοντέλο ποιοτικής διασφάλισης νοσηλευτικών υπηρεσιών το οποίο υιοθετήθηκε από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών. Έτσι, στις ΗΠΑ σήμερα η ποιότητα διασφαλίζεται με τη θεσμοθέτηση κριτηρίων και την πιστοποίηση δομών και επαγγελματιών υγείας από το American Nurses' Credentialing Center (ANCC).

Στην Ελλάδα, βρισκόμαστε στα αρχικά στάδια συζήτησης για τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και απάντησης του ερωτήματος «Ποιότητα, σύμφωνα με ποιόν και κάτω από ποιές συνθήκες;». Το *Θεωρητικό Πλαίσιο Μέτρησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας* των Μερκούρη & Λεμονίδου,<sup>26</sup> το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, συνδυάζει τις θέσεις του Donabedian και της Lang για την κατανόηση, μέτρηση και ανάλυση ερευνητικών δεδομένων σχετικών με τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας υγείας. Ο παρακάτω πίνακας συνοψίζει τα κύρια συνθετικά του θεωρητικού αυτού πλαισίου,<sup>26</sup> προσαρμοσμένος από την ερευνήτρια για εφαρμογή στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα υγείας.

Διαστάσεις ποιότητας πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας	Ασθενής/Υγιής	Νοσηλευτικό προσωπικό	Περιβάλλον (ΚΥ, ΠΙ)
Δομή/περιεχόμενο	1	2	3
Διαδικασίες	4	5	6
Αποτελέσματα	7	8	9

Η παρούσα λοιπόν μελέτη στοχεύει στην αξιολόγηση της ποιότητας πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας υγείας αναφορικά με τα κελιά #2, 5 και 8 και πιο συγκεκριμένα:

- 1) Στη δομή/περιεχόμενο της νοσηλευτικής φροντίδας (χαρακτηριστικά των πηγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας) σε επίπεδο νοσηλευτικού προσωπικού (κελί #2), δηλαδή τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα που αυτό έχει, τις στάσεις και αξίες και πως αυτές επηρεάζουν τον καθορισμό του ιδανικού επιπέδου ποιότητας.

2) Στις διαδικασίες νοσηλευτικής φροντίδας (αυτό που γίνεται για τον ασθενή) σε επίπεδο νοσηλευτικού προσωπικού (κελί #5), δηλαδή τις τεχνικές δεξιότητες, τη συμπεριφορά, την ενημέρωση, τη διδασκαλία, την επικοινωνία, και τη συμβουλευτική.

3) Στα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας (η συνολική επίδραση των δομών και των διαδικασιών του συστήματος υγείας στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας) σε επίπεδο νοσηλευτικού προσωπικού (κελί #8), δηλαδή την ικανοποίηση του προσωπικού, την επαγγελματική εξέλιξη και το ρυθμό αποχώρησης.

## 1.2. Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

### 1.2.1. Διεθνής εμπειρία

Η παροχή πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας επιτελείται μέσω της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, που ορίζεται ως «η σύνθεση γνώσεων γενικής νοσηλευτικής και δημόσιας υγείας... η οποία στοχεύει σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του συνόλου του πληθυσμού, περιλαμβάνει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, ανεξάρτητα από την ιατρική διάγνωση ή το πρόβλημα υγείας, συναντώντας τα άτομα στο χώρο που ζουν, σπίτι, σχολείο, χώρο εργασίας ή στην κοινότητα».<sup>28</sup> Η άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής αποτελεί μακρά παράδοση πολλών δεκαετιών για αρκετές χώρες. Στη Μεγάλη Βρετανία (ΜΒ) σχεδόν συμβαδίζει με την εμφάνιση της νοσηλευτικής ως επαγγέλματος, ενώ στις ΗΠΑ, έχει συμπληρώσει πάνω από 100 χρόνια παράδοσης, με πλουσιότατο έργο και ευρεία κοινωνική αποδοχή.<sup>29</sup>

Η θεσμοθέτηση και κατοχύρωση τίτλου ειδικότητας «Κοινοτικού Νοσηλευτή» πιστοποιεί ότι ο κάτοχος του τίτλου έχει τις απαιτούμενες ειδικές γνώσεις και δεξιότητες προκειμένου να παρέχει μία ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλέον, η θεσμοθέτηση του Νοσηλευτή Προηγμένης Άσκησης (Advanced Practice Nurse) στις ΗΠΑ, Καναδά, ΜΒ, Σουηδία, Ολλανδία και Αυστραλία, έχει συμβάλει σημαντικά στην εφαρμογή της τεκμηριωμένης νοσηλευτικής άσκησης (evidence-based nursing) και στο χώρο της ΠΦΥ. Οι Νοσηλευτές Προηγμένης Άσκησης έχουν λάβει πιστοποιημένη εξειδίκευση κατόπιν εξετάσεων, μετά το πέρας μεταπτυχιακών σπουδών και διακρίνονται στις εξής δύο κατηγορίες:

- 1) *Nurse Practitioner*: Παρέχει υπηρεσίες κυρίως σε δυσπρόσιτες, άγονες ή οικονομικά υποβαθμισμένες περιοχές όπου υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού. Εργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας ή μισθωτός σε Πολυϊατρεία και Ανοιχτές Δομές. Διαχειρίζεται ασθενείς με χρόνια νοσήματα, κάνει αγωγή υγείας, προγράμματα πρόωμης διάγνωσης και έχει δικαίωμα επιλεγμένης συνταγογράφησης.
- 2) *Κλινικά Εξειδικευμένος Κοινοτικός Νοσηλευτής (Clinical Specialist in Community Health Nursing)*: Αναλαμβάνει συντονιστικό, εκπαιδευτικό, διοικητικό ή ερευνητικό ρόλο σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών στην κοινότητα, σε εκπαιδευτικά, και ερευνητικά ιδρύματα.

Το θέμα της καταλληλότητας και επάρκειας της εκπαιδευτικής προετοιμασίας στην ΠΦΥ των φοιτητών νοσηλευτικής και νέων πτυχιούχων έχει απασχολήσει αρκετούς ερευνητές, καταλήγοντας σε διαφορετικά συμπεράσματα.<sup>14,15,17,30,31</sup> Μέχρι σήμερα όμως, δεν έχει υπάρξει κοινή πρόταση για τις ελάχιστες απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες στην Κοινοτική Νοσηλευτική που να είναι αποδεκτή από τον Διεθνή Σύνδεσμο Νοσηλευτών

(ICN). Αυτή η έλλειψη ομοφωνίας δημιουργεί προβλήματα στη σύγκριση πρακτικών άσκησης μεταξύ χωρών, καθώς και στη μέτρηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας.<sup>10</sup>

Μία επιτυχής προσπάθεια συστηματικής ανίχνευσης των αναγκών κατάρτισης βασισμένη στη ψυχομετρία έγινε από τους Hicks, Hennessy και Barwell<sup>32</sup> με τη δημιουργία ενός εργαλείου με διαπολιτισμική εμβέλεια σε χώρες όπως η ΜΒ, Αυστραλία, οι ΗΠΑ και η Ινδονησία.<sup>33-36</sup> Μελετητές στις ΗΠΑ,<sup>37</sup> στη ΜΒ,<sup>38</sup> και στην Αυστραλία<sup>9</sup> χρησιμοποιώντας διαφορετικά εργαλεία εκτίμησης αναγκών, κατέληξαν στις ακόλουθες προτεραιότητες κατάρτισης για το προσωπικό που εργάζεται στη ΠΦΥ: α) τεχνολογίες πληροφορικής, β) διευκρίνιση των διαφορετικών ρόλων επαγγελματιών υγείας, γ) επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών επιπέδων για διασφάλιση απρόσκοπτης φροντίδας (seamless care), δ) διεπιστημονική συνεργασία, ε) επαγγελματικά θέματα, στ) θέματα συναφή με την άσκηση, και ζ) θέματα παροχής φροντίδας στον άρρωστο/άτομο. Η αντιμετώπιση αυτών των αναγκών κατάρτισης γίνεται μέσα από ενδοϊπηρεσιακά προγράμματα ΣΕ, καθώς και μέσω της ανάπτυξης διμερών συνεργασιών μεταξύ εκπαιδευτικών φορέων και οργανισμών παροχής ΠΦΥ. Αν και περιορισμένη, η εμπειρία από αυτές τις συνεργασίες παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία ως ιδιαίτερα θετική.<sup>19,37,39</sup>

### 1.2.2. Ελληνική εμπειρία

Μία σειρά ανασταλτικών παραγόντων ευθύνονται για την απουσία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα μας.

Κυρίαρχος παράγοντας είναι η σύνθεση της απασχόλησης στον τομέα της υγείας και το ζήτημα της ανισοκατανομής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, σε σχέση με άλλες χώρες. Όπως φαίνεται από το *Παράρτημα Α - Πίνακας 1*, η Ελλάδα σημειώνει μία από τις μικρότερες αναλογίες νοσηλευτών στο σύνολο των εργαζομένων στην υγεία, ενώ παράλληλα έχει μία ιδιαίτερα υψηλή αναλογία ιατρών. Ταυτόχρονα, η κατά πολύ μικρότερη από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ αναλογία νοσηλευτών/ιατρό και τα χαμηλά ποσοστά γενικών ιατρών στο σύνολο του ιατρικού δυναμικού (*Παράρτημα Α - Πίνακας 2*), συνθέτουν μία εικόνα ενός συστήματος υγείας έντονα ιατροκεντρικού, με έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα και την εξειδίκευση.<sup>40</sup>

Ως συνέπεια της παραπάνω ανισοκατανομής στη σύνθεση των επαγγελματιών υγείας, η στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό στις υπηρεσίες ΠΦΥ, όπως τα ΚΥ, είναι ιδιαίτερα προβληματική και επιβαρύνεται ιδιαίτερα από τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες κάθε υγειονομικής περιοχής. Άλλωστε, όπως φαίνεται από το *Παράρτημα Α - Διάγραμμα 1*, ο μέσος όρος στελέχωσης σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας ανέρχεται στο 54% των

προβλεπόμενων οργανικών θέσεων, με την Κρήτη να καλύπτει μόλις το 51% των θέσεων.

Άλλος σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας για την εξέλιξη της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας είναι η μη κατοχύρωση έως σήμερα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως αναγνωρισμένης νοσηλευτικής ειδικότητας στην Ελλάδα. [Αρχικά, ο νόμος 1579/85 αναγνώρισε την Παθολογική, Χειρουργική, Παιδιατρική, και Ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα, ενώ αργότερα το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας<sup>41</sup> γνωμοδότησε θετικά για την αναγκαιότητα θεσμοθέτησης της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ειδικότητας.] Ως συνέπεια αυτής της παράλειψης, η απόκτηση και πιστοποίηση των απαραίτητων εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα είναι αποσπασματική και ανεξέλεγκτη. Το πρόβλημα της απουσίας ειδικευμένων κοινοτικών νοσηλευτών και ικανών αριθμών επισκεπτών υγείας έχει επισημανθεί τόσο παλαιότερα, όσο και πρόσφατα.<sup>42,43</sup>

Σε άμεση αντίφαση με τα παραπάνω, ο νόμος 2071/1992 όρισε τη νοσηλευτική ως μία από τις τρεις βασικές υπηρεσίες που πρέπει να παρέχονται σε επίπεδο ΠΦΥ επί 24ωρου βάσεως, στόχος ο οποίος κρίνεται ότι δεν έχει επιτευχθεί από τα ΚΥ στις περιφέρειες.<sup>44</sup> Παράλληλα, η σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο σύσταση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε κάθε ΚΥ με προϊστάμενο νοσηλευτή πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης δεν έχει υλοποιηθεί μέχρι σήμερα.<sup>45</sup>

Δύο άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες είναι η έλλειψη ενιαίας νοσηλευτικής εκπαίδευσης, λόγω της εισόδου στο επάγγελμα από πολλά διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, και η μη ύπαρξη εξειδικευμένου καθηκοντολόγιου για το νοσηλευτικό προσωπικό διαφορετικών βαθμίδων και πτυχίων στην ΠΦΥ.<sup>44</sup> Έτσι, τα επαγγελματικά δικαιώματα και καθήκοντα νοσηλευτών, μαιών, επισκεπτών υγείας και βοηθών νοσηλευτών στην ΠΦΥ είναι τα ίδια με αυτά που ισχύουν και για τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως ορίζονται από τα αντίστοιχα Προεδρικά Διατάγματα (ΠΔ 351/14-6-1989, ΠΔ 210/24-7-2001). Αποτέλεσμα των παραπάνω ελλείψεων είναι η επαγγελματική αλληλεπικάλυψη,<sup>46</sup> η σύγχυση ρόλων,<sup>47</sup> και ο ανταγωνισμός μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, με χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό μεταξύ νοσηλευτών και επισκεπτών υγείας.

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες συντελούν στη δυσκολία μέτρησης της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα, καθώς και της αποδοτικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στα ΚΥ και ΠΙ. Η θεσμοθέτηση των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) σε όλη τη χώρα (Ν.2889/2001), υπεύθυνων για το σχεδιασμό, οργάνωση και εποπτεία των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από όλες τις μονάδες του ΕΣΥ, δημιούργησε νέα δεδομένα και προσδοκίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ιδιαίτερα, η δυνατότητα συμμετοχής έμπειρων νοσηλευτών στα

κέντρα λήψης αποφάσεων καθώς και οι νέοι ρόλοι που θα μπορούσαν να αναλάβουν απετέλεσαν αντικείμενο συζήτησης<sup>48</sup> και έναυσμα αυξημένων προσδοκιών για ένα νέο ξεκίνημα της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα.

### 1.3. Αναγκαιότητα της μελέτης

Στην Ελλάδα, το έργο που παράγει το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα Κέντρα Υγείας, καθώς και οι ανάγκες που απορρέουν, δεν είχαν αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής μελέτης μέχρι πρόσφατα. Μία διπλωματική εργασία αποτίμησης της χρήσης και λειτουργίας των ΚΥ στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας ήταν η μοναδική μελέτη που εντοπίστηκε με δεδομένα για το νοσηλευτικό έργο και τη στελέχωση στα ΚΥ.<sup>49</sup> Για την περιοχή ευθύνης του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης υπήρχαν μόνο κάποια πρωτογενή στοιχεία (αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού κατά κατηγορίες ανά ΚΥ) από μία ευρείας κλίμακας μελέτη για τις υποδομές υγείας στην Κρήτη.<sup>50</sup> Μία μεταγενέστερη μεταπτυχιακή μελέτη, αναφορικά με την οργανωτική κουλτούρα και τη σύγκρουση ρόλων του προσωπικού στα ΚΥ της Κρήτης,<sup>51</sup> ανέδειξε την αναγκαιότητα διεξοδικής διερεύνησης των νοσηλευτικών ρόλων και του αντίστοιχου έργου στο χώρο της ΠΦΥ. Η ανάγκη λοιπόν εκπόνησης της παρούσας μελέτης προέκυψε από την έλλειψη δεδομένων αναφοράς στον ελλαδικό χώρο γύρω από το εκτελούμενο νοσηλευτικό έργο, τις υπάρχουσες γνώσεις/δεξιότητες, τις ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης και τις στάσεις/απόψεις για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ.

## 1.4. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν σχετικά με την πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα στα Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία της Κρήτης ήταν:

- 1) Ποιά η υφιστάμενη κατάσταση και τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα ΚΥ/ΠΙ της Κρήτης;
- 2) Ποιοι οι ρόλοι, οι κλινικές πράξεις και οι αρμοδιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού και πως αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με την κατηγορία εκπαίδευσης (τριτοβάθμια-ΤΕ έναντι δευτεροβάθμιας-ΔΕ) και την ειδικότητα-πτυχίο (νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, μαίες, επισκέπτες υγείας);
- 3) Ποιά ψυχομετρική μέθοδος (ή ποιό σταθμισμένο εργαλείο) αποτίμησης των αναγκών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ μπορεί να εφαρμοσθεί στον ελληνικό χώρο;
- 4) Ποιες οι στάσεις και οι απόψεις του προσωπικού για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση κατά την εργασία;
- 5) Ποιες οι συνεχιζόμενες εκπαιδευτικές ανάγκες και οι ανάγκες κατάρτισης κατά την εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού και πως αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με την κατηγορία εκπαίδευσης και την ειδικότητα-πτυχίο;
- 6) Ποιες οι ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης (διοικητικές-υποστηρικτικές, υλικοτεχνικές, θεσμικές) του νοσηλευτικού προσωπικού;
- 7) Ποιές προτάσεις θα βελτίωναν την υφιστάμενη κατάσταση;



## 2. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Σκοπός της μελέτης ήταν η περιγραφή και διερεύνηση της νοσηλευτικής πρακτικής (νοσηλευτικού έργου) όσον αφορά στους ρόλους, στις κλινικές πράξεις, στις αρμοδιότητες και στις ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα ΚΥ και ΠΙ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης, καθώς και η διατύπωση αντίστοιχων προτάσεων για το στρατηγικό σχεδιασμό πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Κρήτη.

Με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, οι **στόχοι** της μελέτης ήταν:

- 1) Να περιγράψει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις ατομικές ικανότητες και τις επιδόσεις του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται στα ΚΥ/ΠΙ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης.
- 2) Να διερευνήσει τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις εργασίας (ρόλους, κλινικές πράξεις και αρμοδιότητες) ως προς τη συχνότητα και την αυτοεκτιμώμενη δεξιότητα με την οποία εκτελούνται ανάμεσα στις 4 ειδικότητες πτυχιούχων (νοσηλευτές-ΤΕ, βοηθούς νοσηλευτές-ΔΕ, μαίες-ΤΕ και επισκέπτες Υγείας-ΤΕ).
- 3) Να διερευνήσει την ύπαρξη σταθμισμένου και διεθνώς αποδεκτού εργαλείου για την εκτίμηση αναγκών κατάρτισης στην ΠΦΥ, το οποίο θα μπορούσε να εφαρμοστεί στο ελληνικό περιβάλλον μετά από διαδικασία μετάφρασης, πολιτισμικής προσαρμογής και στάθμισης.
- 4) Να εξετάσει τις στάσεις και τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την κατάρτιση στην εργασία.
- 5) Να εκτιμήσει τις ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης ανάλογα με την κατηγορία εκπαίδευσης (ΤΕ ή ΔΕ) και το βασικό πτυχίο.
- 6) Να καταγράψει άλλες ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης του νοσηλευτικού προσωπικού (διοικητικές-υποστηρικτικές, υλικοτεχνικές, θεσμικές), όπως αυτές προκύπτουν μέσα από την υπάρχουσα δομή του εργασιακού περιβάλλοντος.
- 7) Να διατυπώσει προτάσεις και μέτρα που η εφαρμογή τους θα οδηγούσε στην παροχή βελτιωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στα ΚΥ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης.

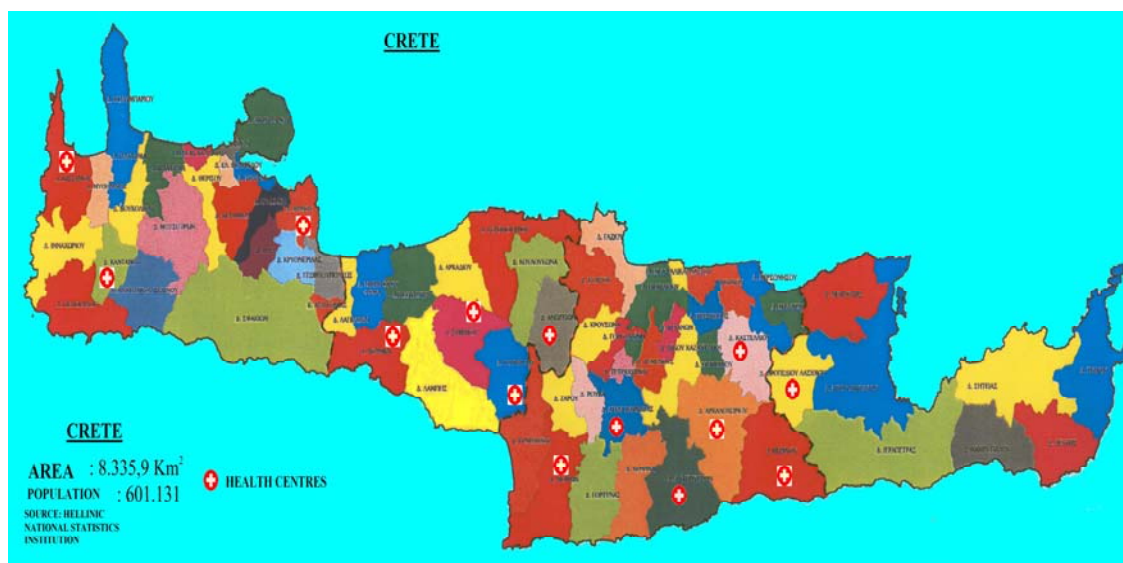
### **Σημασία για την επιστήμη:**

Η αποτύπωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των ατομικών ικανοτήτων, της εκπαιδευτικής προετοιμασίας, των καθηκόντων και υποχρεώσεων εργασίας, των αναγκών κατάρτισης και επαγγελματικής εξέλιξης, καθώς και των στάσεων/απόψεων γύρω από τη ΣΕ του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ προσθέτει νέα γνώση και δεδομένα αναφοράς στον ελληνικό χώρο. Δίνεται έτσι η δυνατότητα σύγκρισης της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Κρήτη με αυτήν σε άλλες υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας, καθώς και με αυτήν που περιγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, συνεισφέρει στην αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων με τη διατύπωση προτάσεων σχετικά με την εκπαιδευτική επάρκεια στελεχών, τον ορθολογικό καταμερισμό εργασίας με βάση την εκπαιδευτική προετοιμασία, τα κίνητρα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, και τα απαιτούμενα προγράμματα κατάρτισης.

### 3. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι

Παρουσιάζονται συνοπτικά ο πληθυσμός, η περιοχή και ο χρόνος διεξαγωγής της μελέτης, καθώς και οι μέθοδοι που ακολουθήθηκαν. Λεπτομερέστερη παρουσίαση τους γίνεται στις επτά δημοσιεύσεις που ακολουθούν, και οι οποίες αποτελούν το κύριο μέρος αυτής της ενότητας.

#### 3.1. Πληθυσμός, περιοχή και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης



Πηγή: Χάρτης Υγείας και Πρόνοιας, 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Η παρούσα μελέτη (action research) διεξήχθη στην 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης και η συλλογή στοιχείων έγινε σε δύο χρονικές φάσεις: η πρώτη τον Ιανουάριο - Φεβρουάριο, 2002 και η δεύτερη τον Ιανουάριο - Φεβρουάριο, 2005. Πληθυσμό μελέτης αποτέλεσε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλεύτες-ΤΕ, μαίες-ΤΕ, επισκέπτες υγείας-ΤΕ, και βοηθοί νοσηλευτών-ΔΕ) των 14 Κέντρων Υγείας και των υπαγόμενων σε αυτά Περιφερειακών Ιατρείων της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Τα 14 ΚΥ όπου εκπονήθηκε η μελέτη ήταν τα ακόλουθα: Αγίας Βαρβάρας, Αγίας Φωτεινής, Άνω Βιάννου, Ανωγείων, Αρκαλοχωρίου, Βάμου, Καντάνου, Καστελλίου, Κισσάμου, Μοιρών, Περάματος, Σπηλίου, Τζερμιάδων, και Χάρακα. Εξαιρέθηκαν τα Νοσοκομεία/ΚΥ Ιεράπετρας, Νεάπολης, και Σητείας λόγω της ιδιαίτερης οργανωτικής δομής τους η οποία δεν επιτρέπει τη διάκριση ανάμεσα σε αμιγείς πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται.

Με βάση τα στοιχεία του Τμήματος Χάρτη Υγείας του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης, το νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετούσε τον Ιανουάριο, 2002 σε οργανικές και προσωρινές θέσεις στα 14 ΚΥ/ΠΙ ήταν 112 άτομα ενώ τον Ιανουάριο, 2005 ήταν 121 άτομα. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τη σύνθεση του

πληθυσμού-στόχου κατά τις δύο μετρήσεις, ανάλογα με την ειδικότητα και τη βαθμίδα εκπαίδευσης (ΔΕ έναντι ΤΕ):

Ειδικότητα - Κατηγορία εκπαίδευσης	Ιαν. 2002	Ιαν. 2005
	Υπηρετούντες	Υπηρετούντες
Νοσηλεύτες-ΤΕ	28	29
Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ	44	46
Επισκέπτριες Υγείας-ΤΕ	5	9
Μαίες-ΤΕ	35	37
<b>Σύνολο</b>	<b>112</b>	<b>121</b>

Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι από 1-1-2004 έως και 25-1-2007 τα 14 ΚΥ με τα υπαγόμενα σε αυτά 121 ΠΙ αποτέλεσαν αποκεντρωμένες και αυτοδύναμες μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π. και της Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης, με οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια. Η αυτοτέλεια αυτή δόθηκε αποκλειστικά για την Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης με υπουργική απόφαση (ΦΕΚ 1691/Β/18-11-03) στα πλαίσια πιλοτικής εφαρμογής και αποτέλεσε ορόσημο των οργανωτικών αλλαγών που ακολούθησαν και σημείο αναφοράς μεταξύ της α' και β' φάσης της μελέτης.

### 3.2. Εργαλεία

1) Χρησιμοποιήθηκε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο «*Εκτίμηση Νοσηλευτικών Πρακτικών και Αναγκών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*» το οποίο αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε από την υποψήφια με τη συνδρομή της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής. Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας περιεχομένου, το εργαλείο βασίστηκε στη βιβλιογραφία και εμπλουτίστηκε με ερωτήσεις εμπειρογνομώνων που ανταποκρίνονταν στη δομή, λειτουργία, και στελέχωση της ΠΦΥ στον ελλαδικό χώρο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείτο από 40 κλειστές ερωτήσεις και 2 ανοιχτές, ενώ 6 ερωτήσεις βασιζόνταν στη χρήση κλίμακας Likert των 5 βαθμών (όπου 1=Ποτέ και 5=Πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις αντιπροσώπευαν τα παρακάτω πεδία, βασισμένες στη μέθοδο «ανάλυση εργασίας»:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (δημογραφικά, εκπαίδευση, εργασιακή εμπειρία, γνώσεις και δεξιότητες στην ΠΦΥ, ατομικές ικανότητες)
- Χαρακτηριστικά εργασίας (καθήκοντα, υποχρεώσεις)
- Ικανοποίηση από την εργασία
- Εκπαιδευτικές και άλλες ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης
- Στάσεις και απόψεις γύρω από τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση κατά την εργασία

Η διαδικασία στάθμισης περιλάμβανε κατά την πιλοτική εφαρμογή τον έλεγχο εγκυρότητας (περιεχομένου και προσώπου) και της αξιοπιστίας (επαναληψιμότητας) με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

2) Χρησιμοποιήθηκε το διεθνώς σταθμισμένο εργαλείο «*Training Needs Assessment*» των Hicks, Hennessy και Barwell<sup>32</sup> για την αξιολόγηση των αναγκών κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Κατόπιν σχετικής άδειας από τους κατασκευαστές, χρησιμοποιήθηκε μία τροποποιημένη έκδοση η οποία μεταφράστηκε, προσαρμόστηκε πολιτισμικά και σταθμίστηκε σύμφωνα με τη διεθνή μεθοδολογία. Το ερωτηματολόγιο «*Εκτίμηση Αναγκών Κατάρτισης*» στην ελληνική έκδοση αποτελείται από μία σελίδα δημογραφικών στοιχείων, την ενότητα Α με 30 ερωτήσεις, και την ενότητα Β με μία ανοιχτή ερώτηση. Οι 30 ερωτήσεις μετρούσαν τις δεξιότητες ως προς τις εξής πέντε κατηγορίες (superordinate categories): κλινικές, διαπροσωπικές-συνεργασίας, διοικητικές-τεχνικές, εποπτείας και ερευνητικές. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε κλίμακα από 1-7 (όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση) ως προς τις τέσσερις παρακάτω στήλες:

**Στήλη Α:** «Πόσο κρίσιμη είναι αυτή η δραστηριότητα για την επιτυχή επίδοση στην εργασία σας;»

**Στήλη Β:** «Πόσο καλή θεωρείτε την τωρινή σας επίδοση σε αυτή τη δραστηριότητα;»

**Στήλη Γ:** «Σε ποιο βαθμό θα μπορούσαν οι κατάλληλες οργανωτικές αλλαγές να ανεβάσουν το επίπεδο της επίδοσης σας σε αυτή τη δραστηριότητα;»

**Στήλη Δ:** «Σε ποιο βαθμό θα μπορούσε η κατάλληλη κατάρτιση να ανεβάσει το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή τη δραστηριότητα;»

Η συνολική βαθμολογία των 30 ερωτήσεων από τη στήλη Α παρείχε την επαγγελματική εικόνα (profile) του αποκρινόμενου, ενώ η συνολική βαθμολογία της στήλης Β αναδείκνυε το παρόν επίπεδο επίδοσης στην εργασία. Η σύγκριση των δύο βαθμολογιών (Α-Β) παρείχε ένα δείκτη αναγκών κατάρτισης.<sup>35</sup>

Η στάθμιση της ελληνικής έκδοσης περιλάμβανε τη μέτρηση αξιοπιστίας, εγκυρότητας και την ανάλυση παραγόντων μέσω των παρακάτω δοκιμασιών: α) εκτίμηση του βαθμού ομογένειας της κάθε ερώτησης με τη χρήση του συντελεστή άλφα του Cronbach, β) αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας με τη χρήση του συντελεστή κάππα (κ), γ) εγκυρότητα κριτηρίου για επιλεγμένες ερωτήσεις, και δ) διερευνητική παραγοντική ανάλυση για τον εντοπισμό των ιδιαίτερων θεματικών ενοτήτων με τη χρήση Varimax rotation (oblique) και την εκτίμηση του συντελεστή άλφα του Cronbach.

### 3.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για κάθε φάση συλλογής δεδομένων, ταχυδρομήθηκε σε όλα τα μέλη του πληθυσμού-στόχου μαζί με το ερωτηματολόγιο συνοδευτικό γράμμα στο οποίο αναφερόταν ο σκοπός και η διάρκεια της μελέτης, η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων, η διασφάλιση της ανωνυμίας στα τελικά αποτελέσματα, το δικαίωμα άρνησης συμμετοχής, καθώς και απόσυρσης από τη μελέτη χωρίς

την ύπαρξη αρνητικών επιπτώσεων. Η συμπλήρωση και επιστροφή των ερωτηματολογίων είχε θέση συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη. Η μελέτη εκπονήθηκε κατόπιν θετικής γνωμοδότησης από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και αντίστοιχης έγκρισης από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης (αρ. απόφασης 225/7/11-5-04).

### 3.4. Ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση και για τα δύο ερωτηματολόγια έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 13.0 και 15.0). Περιλάμβανε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τη σχετική συχνότητα μέσα από πίνακες και διαγράμματα, συμπερασματολογική ανάλυση (t-test,  $\chi^2$ -test, factor analysis) για την εύρεση διαφορών και προτύπων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και των ομάδων νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ανάλυση μεταβλητότητας (ANOVA) για τη σύγκριση των μέσων βαθμολογιών δύο ή περισσότερων ομάδων. Οι συνεχόμενες μεταβλητές εκφράστηκαν ως μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις (SD), ενώ οι διακριτές μεταβλητές ως τιμές και ποσοστά. Για τη βαθμολογία κάθε ερώτησης χρησιμοποιήθηκαν ανεξάρτητα και κατά ζεύγη t-tests για να προσδιορίσουν τις διαφορές μεταξύ δύο ομάδων. Οι διαφορές στις βαθμολογίες των ερωτήσεων για περισσότερες από δύο ομάδες εκτιμήθηκαν με ANOVA, ακολουθούμενο όπου χρειαζόταν από adjusted t-test (Scheffe test). Αντίστοιχες αναλύσεις με τη χρήση μη παραμετρικών δοκιμασιών (Mann-Whitney, Wilcoxon and Kruskal-Wallis) χρησιμοποιήθηκαν για την επαλήθευση των παραμετρικών δοκιμασιών. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression) για διχοτόμους εξαρτημένες μεταβλητές και ανάλυση συσχέτισης (correlation) για τον υπολογισμό του Pearson's correlation coefficient (r). Η μελέτη δέχθηκε ως στατιστικώς σημαντικά τα αποτελέσματα με  $p < 0,05$ .

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου, όπως αυτή προτείνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία.<sup>52,53</sup> Η κωδικοποίηση ανά θέμα και κατηγορία στις ανοιχτές ρωτήσεις των δύο εργαλείων έγινε αρχικά από την ερευνήτρια, με τη βοήθεια όρων που συναντούνται στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, και ελέγχθηκε από επιστημονικούς συνεργάτες της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής. Μετά από συζήτηση αναφορικά με τις υπάρχουσες διαφοροποιήσεις, έγινε συμφιλίωση των δύο ποιοτικών αναλύσεων σε μία τελική κατηγοριοποίηση.

## 4. Αποτελέσματα

### 4.1. Υφιστάμενη κατάσταση και χαρακτηριστικά νοσηλευτικού προσωπικού στα ΚΥ/ΠΙ της Κρήτης

**Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile.**

A. Markaki

N. Antonakis

A. Philalithis

C. Lionis

*Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. International Nursing Review 2006, 53:16-18.*

(Αναδημοσιεύεται με την άδεια του εκδότη Wiley-Blackwell)



## Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile

**A. Markaki<sup>1</sup> RN, MSN, MA, CS, N. Antonakis<sup>2</sup> MD, PhD,  
A. Philalithis<sup>3</sup> AKC, MBBS, PhD, MRCP(UK) & C. Lionis<sup>4</sup> MD, PhD**

**1** Clinical Specialist in Community Health Nursing, Regional Health and Welfare System (RHWS) of Crete, PhD Candidate, University of Crete, **2** General Practitioner, Anogia Health Center, **3** Associate Professor of Social Medicine, University of Crete, **4** Associate Professor of Social and Family Medicine, University of Crete, Crete, Greece

MARKAKI A., ANTONAKIS N., PHILALITHIS A. & LIONIS C. (2006) Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *International Nursing Review* 53, 16–18

**Background:** In 2001, the newly established Regional Health and Welfare System of Crete commissioned the first needs' assessment study of nursing personnel employed in the public sector of primary health care (PHC).

**Aim:** To capture the profile and professional needs of nursing staff working in Health Centers throughout the island of Crete and explore variations in nursing practice by educational preparation.

**Methods:** A newly developed, psychometrically tested questionnaire, was administered to all nursing staff in 14 rural Health Centers.

**Findings:** Vacancy rates are high, indicating a serious staffing deficit. The type of degree earned (2-year vs. 3 or 4-year program) does not differentiate nursing practice, with only two exceptions (obtaining a patient's history and counselling patients). The majority of respondents assess their existing knowledge and skills as 'adequate' while indicating a strong desire for continuing education. Job satisfaction is high in terms of interactions with clients and community recognition, while it is rated 'low' in terms of daily interactions with colleagues and support from work environment.

**Conclusion:** Cretan nursing staff in PHC operate within a restricted and task-orientated framework. Their educational preparation has little effect in practice role variations and professional needs. The Regional Health and Welfare System of Crete should address daily supervision and support issues, on-the-job training, continuing education needs, while taking immediate action to avoid potential turnover of existing staff and to aggressively recruit young, qualified nursing staff who will choose a career in PHC nursing.

**Keywords:** Crete, Human resource management, Needs assessment, Nursing, Primary health care, Skill mix

### Introduction

Professional needs assessment of nursing staff working in primary health care (PHC) is critical due to widespread diversity in training and job characteristics. In Greece, very little is known about

nursing personnel employed in rural Health Centers that are part of the National Health System. Furthermore, the absence of a centralized National Registry for Nursing, Midwifery and Health Visiting complicates any attempts to thoroughly study nursing resource issues in Greece. In 2001, the newly established Regional Health and Welfare System (RHWS) of Crete commissioned a survey to describe the profile of nursing personnel in rural primary care, identify nursing practice patterns and assess nurses' values and attitudes towards job satisfaction, continuing education, and on-the-job training.

Correspondence address: Adelais Markaki, 29 Rodon St., Heraklion, 713 06, Crete, Greece. Tel: +30 2810 276434; Fax: +30 2810 331570; E-mail: adamarkaki@yahoo.com.



## Methods

### Setting

The survey was carried out throughout the 14 rural Health Centers in the island of Crete.

### Target population

All 112 Registered Nurses (RNs), Midwives, Health Visitors (HVs) and Licensed Practical Nurses (LPNs), employed as of January 2002, were eligible. Subjects were then grouped according to educational preparation and emphasis placed on PHC in the curriculum into group A, consisting of 3-year and 4-year degree graduates (RNs, Midwives and HVs) and group B, consisting of 2-year degree graduates (LPNs).

### Data collection

A self-administered questionnaire was developed, consisting of 42 items representing four domains, namely: (1) individual characteristics; (2) job characteristics; (3) job satisfaction and potential turnover; and (4) self-reported learning needs. The instrument was piloted and validated with a moderate level of reproducibility based on the calculated Kappa value of 0.448 ( $P < 0.001$ ) for test-retest reliability. Upon obtaining bio-ethical approval by the Scientific Committee of the RHWS, the questionnaire was mailed to 109 eligible subjects (3 of the 112 could not be reached) and 92 questionnaires were returned back in stamped return envelopes (response rate 84.4%).

## Results

The profile of PHC nursing personnel in Crete shows an almost exclusively female workforce (97.8%) in their prime years (83.4% within the range of 30–49 years), balancing job requirements with family obligations (90% married and 70.7% have 2 or 3 children). They have considerable hands-on experience in PHC (62.2% have worked for over 10 years) and 44.4% are LPNs, frequently working without RN supervision and guidance.

All nursing staff assume mostly clinical responsibilities on a daily basis (62%). Teaching (21.7%), advocating (21.7%) and counselling (17.4%) are performed less frequently and mostly by group A, while LPNs counsel patients/families less frequently ( $P = 0.03$ ). Disease prevention and health maintenance are perceived mainly as clinical tasks and less as opportunities for teaching, and counselling. The two groups do not significantly differ in the clinical tasks they most frequently perform, with only one exception; LPNs obtain and record a patient's health history less frequently ( $P = 0.03$ ).

Although 80.4% of respondents consider their knowledge and skills 'adequate', 53.3% do not have basic computer skills and 77.2% do not speak a foreign language. The majority of all nursing

personnel (77.8%) have a positive attitude towards continuing education and on-the-job training, indicating as their main incentives career advancement (56.8%) and recognition from peers (41.3%).

Respondents report high job satisfaction from interactions with patients/families (68.6%) and from community recognition of their nursing role (60.9%). However, 67.9% are very unsatisfied from daily interactions with colleagues, and 35.6% are very unsatisfied from the lack of everyday support. Potential for turnover, based on intention to stay or not in current position within the Health Center, is estimated at 18.8%. Upcoming 'controlled wastage' due to impending retirement of staff between 50 and 59 years of age, is estimated at 11.1% (Buchan 2002).

## Discussion

This paper reports the first efforts undertaken by the Regional Health Authorities of Crete to uncover the hidden profile and practice patterns of nursing staff in PHC. Despite the small sample size and the limited geographical area being surveyed, there are some findings of general interest.

It appears that differentiation in educational preparation has less effect in practice role variations and professional needs of Cretan nurses than that reported elsewhere (Atkin et al. 1994; Kaiser & Rudolph 1996; Danielson et al. 2005). Compared with nurses in other countries, where much greater emphasis is placed on teaching and counselling (Hemessy & Hicks 1998), Cretan nurses operate within a more restricted and task-orientated framework. This can be partly explained by the employment of a large number of LPNs who are not trained in PHC or more advanced activities (i.e. counselling, obtaining a patient's history). However, it could also indicate that even RNs, HVs and Midwives do not fully understand the scope of PHC nursing practice (Dykeman & Ervin 1993). Furthermore, the high percentage of respondents who considered their knowledge and skills adequate to perform their duties, despite their poor computer and foreign language skills, could indicate a false sense of security and a tendency to keep job performance expectations low.

Major frustrations include the absence of clarity in reporting channels, the unclear job descriptions and the lack of day-to-day operational support. These findings are consistent with what has been reported in Greek literature (Dafogianni et al. 2001) as well as in international studies (Bramadat et al. 1996; Laffrey et al. 1997).

### Implications for practice and policy

This survey conveys several messages to health authorities in Crete and it is carried out at a time when the effects of a recent reorganization have been initially assessed and evalu-

ated (Lionis et al. 2004). First, radical changes in recruitment policy are urgently needed to reverse nursing personnel shortage. Second, the scope of primary health nursing practice needs to be broadened by moving beyond 'technical' care to health maintenance, health promoting and preventive care. Third, continuing learning and on-the-job training opportunities should be tailored towards the specific needs of mature female adults with families. Last, turnover and wastage rates should be monitored for the next 5 years as an indicator of retention difficulties.

At a national level, the establishment of Nursing Administration Departments within each Health Center as well as the establishment of a National Registry for Nursing, Midwifery and Health Visiting that would serve as a central data bank and license-issuing body are essential for improved regulation of the nursing profession.

Systematic fulfilment of the above needs will result in improved outcomes in recruitment, retention, utilization and skill mix of nursing personnel and therefore, will favourably impact on the quality of nursing care rendered to residents and visitors of Crete.

## References

- Atkin, K., Hirst, M., Lunt, N. & Parker, G. (1994) The role and self-perceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales. *Journal of Advanced Nursing*, **20**, 46–52.
- Bramadat, I.J., Chalmers, K. & Andrusyszyn, M.A. (1996) Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: the perceptions of community nurses, administrators, and educators. *Journal of Advanced Nursing*, **24**, 1224–1233.
- Buchan, J. (2002) Nursing shortages and evidence-based interventions: a case study from Scotland. *International Nursing Review*, **49**, 209–218.
- Dafogianni, C., Pantelidou, E. & Kotrotsiou, E. (2001) Community Nursing: Greek experience and international literature review. *ICUs and Nursing Web Journal*, **6**, 1–10.
- Danielson, E., Krogerus-Therman, L., Sivertsen, B. & Sourtzi, P. (2005) Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme. *International Nursing Review*, **52**, 32–38.
- Dykeman, M. & Ervin, N. (1993) Nurses' attitudes towards primary health care: development of an instrument. *Journal of Advanced Nursing*, **18**, 1567–1572.
- Hennessy, D. & Hicks, C. (1998) A cross-cultural tool to identify continuing education needs. *International Nursing Review*, **45** (4), 109–114.
- Kaiser, Laux, K. & Rudolph, E.J. (1996) In search of meaning: Identifying competencies relevant to evaluation of the community health nurse generalist. *Journal of Nursing Education*, **35** (4), 157–162.
- Laffrey, S., Dickenson, D. & Diem, E. (1997) Role identity and job satisfaction of community health nurses. *International Journal of Nursing Practice*, **3** (3), 178–187.
- Lionis, C., Tsiraki, M., Bardis, V. & Philalithis, A. (2004) Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions. *Croatian Medical Journal*, **45** (5), 600–660.

## **4.2. Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης**

### **Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας**

A. Μαρκάκη  
N. Αντωνάκης  
A. Φιλαλήθης  
X. Λιονής

(Έγινε δεκτή στο περιοδικό *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* )

## Ανάλυση εργασίας και ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας

Α. Μαρκάκη<sup>1</sup>, Ν. Αντωνάκης<sup>2</sup>, Α. Φιλαλήθης<sup>3</sup>, Χ. Λιονής<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Κλινικά Εξειδικευμένη Κοινωνική Νοσηλεύτρια, 7<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Κρήτης, Υποψήφια  
Διδάκτωρ Παν/μίου Κρήτης

<sup>2</sup>Ιατρός Γενικής Ιατρικής, Αναπληρωτής Διευθυντής Κ.Υ. Ανωγείων

<sup>3</sup>Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Παν/μίου Κρήτης

<sup>4</sup>Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής,  
Παν/μίου Κρήτης

**Λέξεις κλειδιά (MeSH Hellas):** ανάλυση εργασίας, επαγγελματική εξέλιξη,  
κοινωνική νοσηλευτική, διαχείριση ανθρώπινων πόρων, διοίκηση υπηρεσιών  
υγείας.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Α. Μαρκάκη, Κλινική Κοινωνικής και  
Οικογενειακής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο,  
Κρήτης. Τηλ. 2810-394600, E-mail: [adamarkaki@yahoo.com](mailto:adamarkaki@yahoo.com)

**Ευχαριστίες:** Την κ<sup>α</sup> Τριγώνη Μαρία, Επιστημονική Συνεργάτιδα της  
Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης,  
ευχαριστούμε θερμά για την συμμετοχή της στην ποιοτική ανάλυση και  
ερμηνεία των δεδομένων.

## Περίληψη

### **Σκοπός:**

Η εκπόνηση μιας περιγραφικής, διερευνητικής μελέτης με σκοπό να συμβάλει στο στρατηγικό σχεδιασμό πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

### **Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι:**

Τα 112 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετούσαν το 2002 στα 14 Κέντρα Υγείας και 121 Περιφερειακά Ιατρεία της Κρήτης. Χρησιμοποιήθηκε πρωτότυπο, σταθμισμένο ερωτηματολόγιο και επεστράφησαν 92 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τα δεδομένα των οποίων αναλύθηκαν στατιστικά και ποιοτικά.

### **Αποτελέσματα:**

Παρατηρείται σοβαρή υποστελέχωση και ανισοκατανομή στη σύνθεση στελέχωσης, με τους βοηθούς νοσηλευτές να αποτελούν την πλέον πολυάριθμη κατηγορία. Ως προς την καθημερινά εκτελούμενη εργασία, δεν υπάρχει η αναμενόμενη διαφοροποίηση ανάμεσα στους κατόχους διαφορετικών πτυχίων. Οι κάτοχοι τίτλου ειδικότητας διαφοροποιούνται ως προς την συχνότητα άσκησης συμβουλευτικού ρόλου ( $p=0,04$ ), την αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου ( $p=0,04$ ) και την κατ'οίκον νοσηλεία ( $p=0,02$ ). Κίνητρα προσέλκυσης αποτελούν η καλή φήμη της μονάδας (73,9%) και η διαμονή (71,7%) ή καταγωγή (65,2%) από την περιοχή όπου εδρεύει το ΚΥ ή ΠΙ. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες και η αναγνώριση από το κοινωνικό σύνολο αναφέρονται ως οι σημαντικότεροι λόγοι εργασιακής ικανοποίησης (84,8% και 82,6% αντίστοιχα), ενώ αντίθετα 65,2% όλου του προσωπικού ήταν ιδιαίτερα δυσαρεστημένο με τις δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και 62% με την έλλειψη υποστήριξης. Οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή αναφέρονται ως τα κυριότερα προβλήματα, ενώ οι προτεινόμενες αλλαγές αφορούν την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων και τις θεσμικές αλλαγές.

### **Συμπεράσματα:**

Κρίσιμα ζητήματα για την αποτελεσματική διαχείριση του νοσηλευτικού προσωπικού που υπηρετεί στα ΚΥ της Κρήτης αποτελούν οι περιορισμένες δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης, η απουσία θεσμοθετημένου υποστηρικτικού-συμβουλευτικού μηχανισμού, η έλλειψη διακριτών ρόλων, τα προβλήματα συνεργασίας και τέλος η δυσκολία προσέλκυσης ΤΕ προσωπικού.

## Εισαγωγή

Η ορθολογική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων αποτελεί βασική προτεραιότητα της διοίκησης υπηρεσιών υγείας τα τελευταία τριάντα χρόνια<sup>1</sup>. Πολύτιμα εργαλεία για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων (ΔΑΠ) αποτελούν οι μέθοδοι «ανάλυση εργασίας» και «εκτίμηση αναγκών» οι οποίες επιτρέπουν τη συστηματική περιγραφή και διερεύνηση του έργου που παράγεται και των αναγκών που προκύπτουν για το ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας.

Ανάλυση εργασίας είναι η διαδικασία με την οποία καθορίζονται: α) τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις που σχετίζονται με την εργασία, και β) οι επιδεξιότητες και ατομικές ικανότητες που απαιτούνται για την εκτέλεση μιας εργασίας<sup>2</sup>. Περιλαμβάνει το στάδιο συλλογής δεδομένων για την καλύτερη κατανόηση της εργασίας και το στάδιο αξιοποίησης των συλλεχθέντων στοιχείων για τον προσδιορισμό συγκεκριμένων στόχων. Αντίστοιχα, η εκτίμηση αναγκών των επαγγελματιών υγείας μέσα στον εργασιακό τους χώρο είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την έννοια της επαγγελματικής εξέλιξης. Κατά την τελευταία δεκαετία, η διερεύνηση των διαστάσεων του ρόλου<sup>3-6</sup>, των γνώσεων/δεξιοτήτων που απαιτούνται από κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας<sup>7-10</sup>, καθώς και της ομάδας υγείας<sup>11</sup> έχει αποτελέσει αντικείμενο αρκετών ερευνών, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η παροχή πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας επιτελείται μέσω της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, η άσκηση της οποίας αποτελεί μακρά παράδοση για αρκετές χώρες, όπως η ΜΒ, η Ολλανδία, η Σουηδία, οι Η.Π.Α., ο Καναδάς και η Αυστραλία. Η θεσμοθέτηση και κατοχύρωση τίτλου ειδικότητας «κοινοτικού νοσηλευτή» σε αυτές τις χώρες πιστοποιεί ότι ο κάτοχος έχει τις απαιτούμενες ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Στην Ελλάδα, παρά τη θετική γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ από το 1994, η Κοινοτική Νοσηλευτική δεν έχει ακόμη θεσμοθετηθεί ως νοσηλευτική ειδικότητα. Επιπλέον, η προβλεπόμενη από τον νόμο 2071/1992 σύσταση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε κάθε ΚΥ με προϊστάμενο νοσηλευτή πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης δεν έχει υλοποιηθεί μέχρι σήμερα<sup>12</sup>. Κατά συνέπεια, παρατηρούνται σοβαρές δυσλειτουργίες στην οργάνωση και παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας.

Παρά την ιδιαίτερη σημασία για τον στρατηγικό σχεδιασμό στην ΠΦΥ, το έργο που παράγει το νοσηλευτικό προσωπικό στα Κέντρα Υγείας, καθώς και οι ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης που απορρέουν, δεν είχαν αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής μελέτης. Πρόσφατη μελέτη αναφορικά με την οργανωτική κουλτούρα και την σύγκρουση ρόλων του προσωπικού στα Κέντρα Υγείας της Κρήτης ανέδειξε την αναγκαιότητα διερεύνησης των νοσηλευτικών ρόλων και του παραγόμενου έργου στο χώρο της ΠΦΥ<sup>13</sup>. Η ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) το 2001 και οι ανάγκες στρατηγικού σχεδιασμού σε περιφερειακό επίπεδο

απετέλεσαν την πρόκληση και παράλληλα το κίνητρο για την εκπόνηση μιας περιγραφικής, διερευνητικής μελέτης (action research) με σκοπό να συμβάλει στη διαδικασία οργανωτικών αλλαγών που είχαν ξεκινήσει να λαμβάνουν χώρα.

Σε συνέχεια λοιπόν μίας πρώτης παρουσίασης της υπάρχουσας κατάστασης και των αναδυόμενων χαρακτηριστικών του νοσηλευτικού προσωπικού στα ΚΥ και ΠΠ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης<sup>14</sup>, το παρόν άρθρο εστιάζεται στην περιγραφή και διερεύνηση: α) της νοσηλευτικής πρακτικής (νοσηλευτικό έργο) όσον αφορά τις κλινικές πράξεις, ρόλους, και αρμοδιότητες, β) των αναγκών επαγγελματικής εξέλιξης (διοικητικές-υποστηρικτικές, υλικοτεχνικές, θεσμικές) όπως αυτές προκύπτουν μέσα από την υπάρχουσα δομή του εργασιακού περιβάλλοντος, και γ) την διατύπωση αντίστοιχων προτάσεων για τον στρατηγικό σχεδιασμό πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Κρήτη.

## **Μέθοδοι**

### *Πληθυσμός μελέτης*

Η πρώτη φάση της μελέτης διεξήχθη από τον Ιανουάριο - Φεβρουάριο, 2002 με πληθυσμό μελέτης όλο το νοσηλευτικό προσωπικό (112 άτομα) που υπηρετούσε στα 14 Κέντρα Υγείας και τα 121 υπαγόμενα Περιφερειακά Ιατρεία του τότε Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης. Εξαιρέθηκαν τα τρία Νοσοκομεία/ΚΥ λόγω της ιδιόζουσας οργανωτικής δομής τους, που δεν επέτρεπε τη διάκριση ανάμεσα στις αμιγείς πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Ο Πίνακας I παρουσιάζει την σύνθεση του πληθυσμού-στόχου καθώς και τις προβλεπόμενες οργανικές θέσεις ανά πτυχίο και βαθμίδα.

### *Εργαλεία*

Χρησιμοποιήθηκε το πρωτότυπο ερωτηματολόγιο «Εκτίμηση Νοσηλευτικών Πρακτικών και Αναγκών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» το οποίο αναπτύχθηκε και σταθμίσθηκε από την Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης<sup>15</sup>. Για τη διασφάλιση της εγκυρότητας περιεχομένου, το εργαλείο βασίστηκε στη βιβλιογραφία και εμπλουτίστηκε με την συνδρομή εμπειρογνομόνων με ερωτήσεις που ανταποκρίνονταν στην δομή, λειτουργία και στελέχωση της ΠΦΥ στον ελλαδικό χώρο. Αποτελείτο από 40 κλειστές ερωτήσεις και 2 ανοιχτές, ενώ 6 ερωτήσεις βασίζονταν στη χρήση κλίμακας Likert των 5 βαθμών (όπου 1=Ποτέ και 5=Πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις αντιπροσώπευαν τα παρακάτω πεδία, βασισμένες στην μέθοδο «ανάλυσης εργασίας»:

- Ατομικά χαρακτηριστικά (δημογραφικά, εκπαίδευση, εργασιακή εμπειρία, γνώσεις και δεξιότητες στην ΠΦΥ, ατομικές ικανότητες)
- Χαρακτηριστικά εργασίας (καθήκοντα, υποχρεώσεις, ρόλοι)
- Εκπαιδευτικές και άλλες ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης
- Στάσεις και απόψεις γύρω από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση
- Εργασιακή ικανοποίηση

Η διαδικασία στάθμισης περιελάμβανε την πιλοτική εφαρμογή (εγκυρότητα προσώπου) και έλεγχο της επαναληψιμότητας, με ικανοποιητικά αποτελέσματα<sup>14</sup>.

#### *Διαδικασία συλλογής δεδομένων*

Από τα 112 άτομα του πληθυσμού-στόχου, 3 άτομα (2,7%) δεν ήταν διαθέσιμα λόγω μακροχρόνιας απουσίας και συνεπώς θεωρήθηκαν μη δικαιούμενα για συμμετοχή. Κατά συνέπεια, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 109 άτομα στα οποία δόθηκε από ένας κωδικός. Στο συνοδευτικό γράμμα αναφερόταν ο σκοπός και η διάρκεια της μελέτης, η εμπιστευτικότητα των απαντήσεων, η διασφάλιση της ανωνυμίας στα τελικά αποτελέσματα, το δικαίωμα άρνησης συμμετοχής, καθώς και απόσυρσης από τη μελέτη. Η συμπλήρωση και επιστροφή των 92 ερωτηματολογίων είχε θέση συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη (ρυθμός απάντησης 84,4%). Η μελέτη εκπονήθηκε κατόπιν θετικής γνωμοδότησης και έγκρισης από το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης, αντίστοιχα (αρ. πρωτοκόλλου 225/7/11-5-04).

#### *Ανάλυση δεδομένων*

Η στατιστική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS (έκδοση 13.0) και το MedCalc 7.0.3. Περιλάμβανε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την σχετική συχνότητα μέσα από πίνακες και διαγράμματα, συμπερασματολογική ανάλυση (t-test,  $\chi^2$ -test) για την εύρεση διαφορών και προτύπων μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών και των ομάδων νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και ανάλυση μεταβλητότητας (ANOVA) για την σύγκριση των μέσων βαθμολογιών δύο ή περισσότερων ομάδων. Στατιστικοί παράμετροι υπολογίστηκαν για κάθε ερώτηση και για τις κλίμακες στο σύνολο τους, χρησιμοποιώντας τη δοκιμασία  $\chi^2$  για πίνακες 2Χ2 (η διόρθωση κατά Yates' εφαρμόζοταν όπου υπήρχε ένδειξη). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε λογιστική παλινδρόμηση για διχοτόμους εξαρτημένες μεταβλητές και ανάλυση συσχέτισης για τον υπολογισμό του Pearson's correlation coefficient (r). Η μελέτη δέχθηκε ως στατιστικώς σημαντικά τα αποτελέσματα με  $p < 0,05$ .

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε με την μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου, όπως αυτή προτείνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία<sup>16,17</sup>. Η κωδικοποίηση ανά θέμα και κατηγορία στις ερωτήσεις «*Ποιες είναι οι πιο σημαντικές δυσκολίες/εμπόδια που αντιμετωπίζετε στη δουλειά σας σήμερα;*» (ερώτηση #21) και «*Ποιες αλλαγές θα προτεινάτε που θα βοηθούσαν στην καλύτερη απόδοση σας στην υπηρεσία σας;*» (ερώτηση #22) έγινε αρχικά από την ερευνήτρια ΑΜ, με τη βοήθεια όρων που συναντούνται στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα. Η κωδικοποίηση ελέγχθηκε από επιστημονική συνεργάτιδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής και μετά από συζήτηση, έγινε συμφιλίωση των διαφορών σε μία τελική κατηγοριοποίηση.



## **Αποτελέσματα**

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού των ΚΥ/ΠΠ παρουσιάζονται στον Πίνακα II. Οι βοηθοί νοσηλευτές αποτελούσαν την πλέον πολυάριθμη ειδικότητα (41,3%), σε αντίθεση με τους επισκέπτες υγείας (5,4%), γεγονός που συνάδει με τον πολύ μικρό αριθμό στελέχωσης. Δύο ΚΥ στελεχώνονταν αποκλειστικά από βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι είχαν άτυπα αναλάβει καθήκοντα και αρμοδιότητες που ορίζονται για τους νοσηλευτές-ΤΕ. Το 62,2% των συμμετεχόντων είχε άνω από 10 χρόνια εμπειρία στην ΠΦΥ, ενώ 80 άτομα (87%) είχαν εργασθεί σε μονάδα δευτεροβάθμιας φροντίδα υγείας (κρατικό νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική). Παρά το ότι η πλειονότητα διέμενε σε ακτίνα <10χλμ. από τον τόπο εργασίας (56,7%), το 25% κατοικούσε σε απόσταση >21 χλμ., ενώ το 41,4% δεν οδηγούσε (22 άτομα δεν κατείχαν άδεια οδήγησης και 16 δεν χρησιμοποιούσαν την άδεια οδήγησης που κατείχαν).

### **Ανάλυση εργασίας**

Εβδομήντα-δύο συμμετέχοντες (82%) εργαζόταν με κανονικό κυκλικό ωράριο, καλύπτοντας την απογευματινή ή νυχτερινή βάρδια, ανάλογα με τις ανάγκες, ενώ συχνά παρατηρείτο δυσκολία κάλυψης του προγράμματος λόγω της σημαντικής υποστελέχωσης σε σχέση με τις προβλεπόμενες οργανικές θέσεις (Πίνακας I). Τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις όλου του προσωπικού ανά βαθμίδα εκπαίδευσης (Ομάδα Α και Β) και θέση εργασίας (Ομάδα Γ και Δ) παρουσιάζονται στους Πίνακες III, IV και V.

Αναφορικά με τον διαχωρισμό ρόλων (Πίνακας III), αξιοσημείωτη ήταν η απουσία διαφοροποίησης ως προς την εκτέλεση του κλινικού, εκπαιδευτικού και διοικητικού ρόλου ανάμεσα στους κατόχους διαφορετικών πτυχίων, με εξαίρεση τον συμβουλευτικό ρόλο ( $p=0,01$ ) τον οποίο οι βοηθοί νοσηλευτών αναλάμβαναν λιγότερο συχνά σε καθημερινή βάση. Περαιτέρω σύγκριση μεταξύ της ομάδας Γ (όσοι κατείχαν νοσηλευτική θέση εργασίας) και της ομάδας Δ (μη νοσηλευτές) έδειξε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εκτέλεση του εκπαιδευτικού ρόλου ( $p=0,03$ ) με την ομάδα Δ να αναλαμβάνει αυτό τον ρόλο συχνότερα σε καθημερινή βάση.

Ως προς τις κλινικές πράξεις (Πίνακας IV), δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση ανάμεσα στους κατόχους διαφορετικών πτυχίων, ενώ περαιτέρω σύγκριση μεταξύ των ομάδων Γ και Δ έδειξε ότι η λήψη ιστορικού του αρρώστου γινόταν λιγότερο συχνά από την ομάδα Γ ( $p=0,04$ ) και η λήψη ζωτικών σημείων λιγότερο συχνά από την ομάδα Δ ( $p=0,0001$ ). Οι συχνότερες αρμοδιότητες (Πίνακας V) που αναθέτονταν στο σύνολο του προσωπικού δεν διαφοροποιούνταν με βάση το πτυχίο, με εξαίρεση την επίσκεψη σε σχολείο και χώρο εργασίας την οποία αναλάμβαναν συχνότερα οι επισκέπτες υγείας ( $p=0,004$ ).

Τέλος, δεκαοκτώ συμμετέχοντες (19,6%) ήταν κάτοχοι τίτλου ειδικότητας, όπως παθολογικής νοσηλευτικής ( $n=5$ ), χειρουργικής νοσηλευτικής ( $n=4$ ),

ειδικότητας μονάδας τεχνητού νεφρού (n=2), οικογενειακού προγραμματισμού (n=2) και ψυχοπροφυλακτικής-ανώδυνου τοκετού (n=2). Η πρακτική τους σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό διαφοροποιείται ως προς την συχνότητα άσκησης συμβουλευτικού ρόλου ( $p=0,04$ ), την αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου ( $P=0,04$ ) και την κατ'οίκον νοσηλεία ( $p=0,02$ ).

### *Ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης*

#### *1. Βελτιστοποίηση στελέχωσης και κίνητρα προσέλκυσης*

Πέρα από τις προφανείς ανάγκες για ποσοτική στελέχωση των ΚΥ, παρατηρήθηκε έντονη ανισοκατανομή στη σύνθεση στελέχωσης (skill mix) για όλη την υγειονομική περιφέρεια Κρήτης (Πίνακας I), πρόβλημα που δεν έχει βελτιωθεί σημαντικά έως σήμερα. Αυτή η υποστελέχωση και ανισοκατανομή τεκμηριώνονται περαιτέρω από τα ποιοτικά δεδομένα του Πίνακα VIII, όπου η κατηγορία «ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό» καταλαμβάνει την πρώτη θέση μεταξύ των δυσκολιών/εμποδίων στην καθημερινή εργασία.

Για το 1/3 των ερωτώμενων (33,7%) η τωρινή θέση εργασίας στην ΠΦΥ δεν ήταν η αρχική τους προτίμηση, ενώ τα κίνητρα προσέλκυσης να εργασθούν στην συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα VI. Περαιτέρω ανάλυση με λογιστική παλινδρόμηση μεταξύ της αρχικής επιλογής να εργασθεί κάποιος στην ΠΦΥ και των συγκεκριμένων κινήτρων προσέλκυσης δεν έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

#### *2. Εργασιακή ικανοποίηση*

Οι διαστάσεις εργασιακής ικανοποίησης, όπως αξιολογήθηκαν από τους συμμετέχοντες, παρουσιάζονται στον Πίνακα VII. Οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους αναφέρθηκαν ως η κυριότερη πηγή εργασιακής ικανοποίησης (84,8%), ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην Ομάδα Α και Β ( $p=0,03$ ), με τους πτυχιούχους ΤΕ να αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση συγκριτικά με τους ΔΕ. Αντίθετα, 65,2% όλου του προσωπικού ήταν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι με τις πενιχρές δυνατότητες για επαγγελματική εξέλιξη που προσφέρονταν, ενώ 62,0% ήταν πολύ δυσαρεστημένοι με την έλλειψη καθημερινής υποστήριξης στο εργασιακό τους περιβάλλον.

#### *3. Δυσκολίες – εμπόδια στην εργασία και προτεινόμενες αλλαγές*

Ακολουθώντας την μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου, οι απαντήσεις στην ανοιχτή ερώτηση «Ποιές οι πιο σημαντικές δυσκολίες/εμπόδια που αντιμετωπίζετε σήμερα στη δουλειά σας;» ταξινομήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν σε 7 θεματικές κατηγορίες (Πίνακας VIII).

Οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό (υποστελέχωση, έλλειψη συγκεκριμένων ειδικοτήτων) απασχόλησαν την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (53,6%), όπως αναδεικνύεται από την παρακάτω απάντηση:

*«Εκτελώ χρέη κλιβανοστή για γάζες με όλες τις συνέπειες...τον περισσότερο καιρό μόνη στην πρωινή βάρδια καλύπτοντας 5 τακτικά ιατρεία συν το έκτακτο.»  
(B. Νοσηλεύτρια #21)*

Η ελλιπής υλικοτεχνική υποδομή απετέλεσε το δεύτερο σημαντικό πρόβλημα.

*«Δύσκολη μετακίνηση στο χώρο εργασίας και στα εξυπηρετούμενα χωριά. Συνθήκες εργασίας άθλιες. Ανόπαρκτοι χώροι για ιατρείο – χωρίς θέρμανση, τουαλέτα κλπ.»  
(B. Νοσηλεύτρια #25)*

Παράλληλα, οι διοικητικές/θεσμικές ελλείψεις, όπως ενός μηχανισμού καθημερινού επιτόπιου ελέγχου και υποστήριξης στην άσκηση των καθηκόντων και η μη τήρηση του καθηκοντολόγιου ανάλογα με την βαθμίδα εκπαίδευσης και την ειδικότητα πρόσληψης, αναφέρθηκαν ως μείζονα προβλήματα και αιτίες δυσαρέσκειας.

*«Λόγω απουσίας άλλης νοσηλεύτριας έχει υποβαθμισθεί ο ρόλος μου, εκτελώ καθήκοντα πρακτικής νοσοκόμας.» (Νοσηλεύτρια #38)*

Οι διαπροσωπικές σχέσεις, προβλήματα συνεργασίας καθώς και μη αναγνώρισης του έργου από τους συναδέλφους απασχόλησαν το 24,6% των συμμετεχόντων.

*«Υπαρξη συνεργατών με αρνητική επίδραση στη δουλειά» (Νοσηλεύτρια #41)*

Σημαντικές επίσης ήταν οι παρατηρήσεις τους όσον αφορά τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες, τις δυσκολίες στην πρόσβαση, τις προβληματικές συνθήκες εργασίας καθώς και τα ατομικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους νοσηλευτική πρακτική. Οι δύσκολες συνθήκες εργασίας αναδεικνύονται μέσα από απαντήσεις όπως:

*«Έλλειψη φύλακα με αποτέλεσμα το γυναικείο προσωπικό να αρνείται τις νυκτερινές βάρδιες με συνέπεια να υπάρχει πρόβλημα κυκλικού ωραρίου.» (Νοσηλεύτρια #66)*

Οι προτεινόμενες αλλαγές για την βελτίωση της απόδοσης στην εργασία ταξινομήθηκαν και κωδικοποιήθηκαν ανάλογα και παρουσιάζονται στον Πίνακα ΙΧ. Σημαντική αναδείχθηκε η ανάγκη για αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων πόρων, όπως φαίνεται από τις απαντήσεις:

*«Να μπορούσα να ασχοληθώ με το αντικείμενο του επαγγέλματος μου.» (Μαία #32)  
«Να μπορώ να πηγαίνω στο νοσοκομείο (ιατρείο μαστού, γυναικολογικό) κάποιες μέρες του χρόνου. Να πάω σε ανάλογο ΚΥ στο εξωτερικό για κάποιο διάστημα να δω τον τρόπο εργασίας.» (Μαία #17)*

Η ανανέωση και επέκταση των υλικοτεχνικών υποδομών και η αλλαγή του τρόπου προμήθειας κατέλαβαν την δεύτερη θέση στις προτάσεις:

*«Ευκολία προμήθειας αναλώσιμου υλικού χωρίς να χρειάζεται το προσωπικό να τρέχει από το ΚΥ μέχρι το νοσοκομείο και να παρακαλά για να εξοικονομήσει τα άκρως απαραίτητα.» (Νοσηλεύτρια #2)*

Στην τρίτη θέση αναφέρθηκαν οι λειτουργικές αλλαγές, προκειμένου να ομαλοποιηθεί το υπάρχον σύστημα:

*«Υπαρξη αντικειμενικών κριτηρίων αξιολόγησης της ομάδας εργασίας και ηθική αναγνώριση του προσφερόμενου έργου.» (Νοσηλεύτρια #36)*

Τέλος, οι θεσμικές αλλαγές που συνδέονται με την πολιτική υγείας στην ΠΦΥ προτάθηκαν από το 14,3% των ερωτώμενων, όπως:

*«Αλλαγή νοοτροπίας και κατεστημένου, αλλαγή τρόπου διοίκησης, εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης αλλά με κατευθυντήριες γραμμές από το ΠεΣΥΠ ή άλλο αρμόδιο φορέα.» (Επισκέπτρια Υγείας #29)*

*«Δημιουργία και λειτουργία ομάδας υγείας, διαχωρισμός και κατοχύρωση των ρόλων των επαγγελματιών υγείας.» (Νοσηλεύτρια #75)*

## **Συζήτηση**

Από την επεξεργασία των επιλεγμένων δεικτών, σκιαγραφήθηκε με σαφήνεια το εκτελούμενο νοσηλευτικό έργο και οι ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετεί στα ΚΥ/ΠΙ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης. Πρόκειται για ένα ομοιογενή πληθυσμό, με περιορισμένη επαγγελματική κινητικότητα και διακυμάνσεις στο εκτελούμενο έργο. Απαρτίζεται κυρίως από γυναίκες που κατοικούν κοντά στον τόπο εργασίας, ηλικίας 30-49 ετών, με οικογενειακές υποχρεώσεις και οι οποίες εργάζονται επί πολλά χρόνια στον χώρο της ΠΦΥ, συχνά και στο ίδιο ΚΥ ή ΠΙ.

Σε όλα τα ΚΥ παρατηρήθηκε υποστελέχωση και ανισοκατανομή ειδικοτήτων, με τις πλέον απομακρυσμένες μονάδες να έχουν το μεγαλύτερο πρόβλημα στελέχωσης με προσωπικό ΤΕ, εύρημα που συμφωνεί με αυτό ανάλογης μελέτης από την υγειονομική περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος<sup>18</sup>. Περίπου το ήμισυ του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελούνταν από βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι συχνά εργάζονταν χωρίς την εποπτεία και υποστήριξη νοσηλευτών-ΤΕ, όπως ορίζεται από τα αντίστοιχα επαγγελματικά δικαιώματα<sup>19</sup>. Σε ιδιαίτερα απομονωμένα και δυσπρόσιτα ΚΥ ή ΠΙ, οι βοηθοί νοσηλευτών, οι οποίοι συχνά διέμεναν στην περιοχή ευθύνης, αποτελούσαν το ευκολότερα προσελκυσίμο μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό, με το μεγαλύτερο προσδόκιμο να παραμείνουν στη θέση τους κατά τη διάρκεια της εργασιακής ζωής τους. Αυτό εξηγεί γιατί η πλειονότητα των οργανικών θέσεων ΔΕ είναι καλυμμένες, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες θέσεις που παραμένουν κενές. Αντίθετα, οι θέσεις των επισκεπτών υγείας είναι οι πλέον δύσκολες να καλυφθούν λόγω της μεγάλης ζήτησης (πολλές προβλεπόμενες οργανικές θέσεις) και της αντίστοιχα μικρής προσφοράς (ένα και μόνο Τμήμα

Επισκεπτών Υγείας σε όλη την Ελλάδα), εμπόδιο που έχει αναδειχθεί και από προηγούμενη μελέτη<sup>20</sup>.

Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική μεταξύ των πτυχιούχων ΔΕ και ΤΕ. Εξαιρέση αποτελεί η ανάληψη συμβουλευτικού ρόλου και η λήψη ιστορικού, πρακτικές οι οποίες χαρακτηρίζουν πιο συχνά την εργασία των ΤΕ πτυχιούχων. Το παραπάνω εύρημα συμφωνεί με αυτό μίας συγκριτικής μελέτης στη ΜΒ, Αυστραλία και ΗΠΑ, όπου οι διάφορες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού, ανεξάρτητα από το εάν εργαζόντουσαν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ή ως νοσηλευτές προηγμένης άσκησης, επεδείκνυαν παρόμοια επαγγελματικά χαρακτηριστικά<sup>8</sup>. Αντίθετα, αντιστοιχη μελέτη από την Αυστραλία ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στους ρόλους που αναλάμβαναν οι διάφορες κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ, παρά το ότι είχαν αρκετά κοινά καθήκοντα<sup>21</sup>.

Στα ΚΥ και ΠΙ της Κρήτης, η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού δραστηριοποιούνταν καθημερινά στον κλινικό ρόλο, ενώ λιγότερο συχνά στον εκπαιδευτικό και συμβουλευτικό ρόλο, ρόλους που χαρακτηρίζουν την αμιγώς πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το εύρημα ότι η Ομάδα Δ (μαίες και επισκέπτες υγείας) αναλάμβανε συχνότερα τον εκπαιδευτικό ρόλο σε σχέση με την Ομάδα Γ (νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών). Πιθανολογείται ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στον αυξημένο φόρτο εργασίας των νοσηλευτών, λόγω της σοβαρής υποστελέχωσης<sup>20</sup>, που δεν τους επέτρεπε να διαθέσουν τον απαιτούμενο χρόνο ανά ασθενή και συνοδό για διδασκαλία και εμπέδωση. Μία άλλη εξήγηση θα μπορούσε να είναι η διαφορετική φιλοσοφία και εστίαση των αντιστοιχών προγραμμάτων σπουδών, με τους επισκέπτες υγείας να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας, από τους πτυχιούχους νοσηλευτικής<sup>22,23</sup>. Αν και σχετικά παραδείγματα καινοτόμων παρεμβάσεων από μαίες στην ύπαιθρο της Κρήτης έχουν πρόσφατα δημοσιευθεί<sup>24,25</sup>, η περαιτέρω μελέτη του θέματος κρίνεται σκόπιμη για τεκμηρίωση των παραπάνω υποθέσεων εργασίας.

Οι συχνότερες νοσηλευτικές κλινικές πράξεις ήταν οι παραδοσιακά «τεχνικές» όπως η λήψη ζωτικών σημείων, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η παροχή πρώτων βοηθειών και οι αιμοληψίες, οι οποίες είναι συνδεδεμένες με την χρήση τεχνικών μέσων και τεχνογνωσίας, κατόπιν αντιστοιχών ιατρικών εντολών. Η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των πτυχιούχων νοσηλευτικής (ομάδα Γ) έναντι των άλλων πτυχιούχων (ομάδα Δ) ως προς την συχνότητα εκτέλεσης αυτών των πράξεων ήταν η αναμενόμενη και συνάδει με το σκεπτικό της προηγούμενης παραγράφου. Αντίθετα, η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ομάδας Δ ως προς την συχνότητα λήψης του ιστορικού του αρρώστου, ενισχύει την άποψη ότι οι μαίες και οι επισκέπτες υγείας ενεργούν περισσότερο αυτόνομα και υιοθετούν μία ολιστικότερη αντιμετώπιση του ασθενή σε σύγκριση με τους πτυχιούχους νοσηλευτικής, και ειδικά τους ΔΕ οι οποίοι, όπως προβλέπεται από τα

επαγγελματικά τους δικαιώματα ενεργούν ως βοηθοί και όχι ως αυτόνομοι επαγγελματίες υγείας<sup>19</sup>.

Αντίστοιχα η πρόληψη, μία σύνθετη διεργασία που απαιτεί εξειδικευμένη γνώση, δεξιότητες και εμπειρία εκτελούνταν περισσότερο μηχανικά ως μία σειρά εμβολιασμών, λήψεων αρτηριακής πίεσης, εξετάσεων ζαχάρου και Pap tests, χωρίς όμως συχνά να συνοδεύεται από την αντίστοιχη διδασκαλία, ενημέρωση και παρότρυνση. Σε αντίθεση λοιπόν με άλλες χώρες όπου η πρόληψη και η προαγωγή υγείας αποτελούν τον κύριο κορμό της νοσηλευτικής πρακτικής<sup>26-28</sup>, το νοσηλευτικό προσωπικό ΠΦΥ στην Κρήτη ασχολείται λιγότερο και αποσπασματικότερα με αυτά τα καθήκοντα. Το εύρημα αυτό συνάδει με αυτό αντίστοιχης μελέτης από την υγειονομική περιφέρεια Δ. Ελλάδας, όπου υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα ενεργοποίησης του προσωπικού στην υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας<sup>18</sup>.

Η κατοχή τίτλου νοσηλευτικής ή μαιευτικής ειδικότητας βρέθηκε να διαφοροποιεί τη συχνότητα άσκησης συμβουλευτικού ρόλου, την αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου και την ενασχόληση με την κατ'οίκον νοσηλεία. Με δεδομένο ότι κανένας τίτλος ειδικότητας δεν είχε ως γνωστό αντικείμενο την κοινοτική νοσηλευτική ή ΠΦΥ, ήταν αξιοσημείωτο ότι έστω και αυτές οι τρεις διαστάσεις νοσηλευτικού έργου επηρρεάσθηκαν θετικά, αναδεικνύοντας την σημασία της ευρύτερης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Άλλωστε, όπως έχει επανειλημμένως υποστηριχθεί, η μη κατοχύρωση έως σήμερα της Κοινοτικής Νοσηλευτικής ως αυτόνομης νοσηλευτικής ειδικότητας στην Ελλάδα, καθιστά ιδιαίτερα προβληματική την απόκτηση και πιστοποίηση των απαραίτητων εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή ποιοτικής πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας<sup>20,29-31</sup>.

Προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι η έλλειψη ενιαίας νοσηλευτικής εκπαίδευσης και η μη ύπαρξη εξειδικευμένου καθηκοντολόγιου στην ΠΦΥ<sup>32</sup>, η μη γνώση του οργανογράμματος<sup>33</sup> και ο τύπος της οργανωτικής κουλτούρας<sup>13</sup> συμβάλλουν στην παρατηρούμενη σύγχυση ρόλων και στις εργασιακές συγκρούσεις. Αναμφισβήτητα, το νοσηλευτικό προσωπικό στις μονάδες ΠΦΥ της Κρήτης αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα, όπως αναδεικνύεται από το βαθμό δυσαρέσκειας για την έλλειψη διακριτών ρόλων και τις δυσκολίες συνεργασίας με τους συναδέλφους. Σε αντίθεση με προηγούμενη μελέτη στην υγειονομική περιφέρεια Αττικής<sup>34</sup>, οι εργαζόμενοι στα ΚΥ της Κρήτης φαίνεται να αναζητούν τη θέση τους στο οργανόγραμμα και να διαπραγματεύονται τις καθημερινές δραστηριότητες τους, οι οποίες συχνά ξεφεύγουν από τα καθιερωμένα επαγγελματικά πρότυπα.

Άλλα κρίσιμα ζητήματα για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων είναι η περιορισμένη εργασιακή ικανοποίηση, καθώς και η δυσκολία προσέλκυσης μετεκπαιδευμένου ΤΕ προσωπικού για κάλυψη θέσεων στην

ύπαιθρο. Αξιοσημείωτο είναι ότι 65,2% του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι ικανοποιημένο από τις υπάρχουσες δυνατότητες για επαγγελματική εξέλιξη, ενώ 62% αναφέρουν την έλλειψη υποστηρικτικού-συμβουλευτικού μηχανισμού ως κύριο λόγο δυσαρέσκειας. Παράλληλα, τα αρκετά υψηλά ποσοστά ενδεχόμενης και προβλεπόμενης διαρροής από τον εργασιακό χώρο της ΠΦΥ<sup>14</sup> απαιτούν την εφαρμογή μέτρων συγκράτησης και αποφυγής επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η συμμετοχή έμπειρων νοσηλευτών στα κέντρα λήψης αποφάσεων των υγειονομικών περιφερειών, καθώς και οι νέοι ρόλοι που θα μπορούσαν να αναλάβουν, απετέλεσαν αντικείμενο συζήτησης τα τελευταία χρόνια που δυστυχώς όμως δεν βρήκε την απαιτούμενη ανταπόκριση<sup>35</sup>. Στα πλαίσια μίας ακόμη επικείμενης νομοθεσίας για την ΠΦΥ, κρίνεται απαραίτητο το αίτημα αυτό να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα, τόσο για την επιστημονική κοινότητα όσο και για τους συνδικαλιστικούς φορείς. Έως τότε, η οποιαδήποτε αναφορά σε μέτρηση ποιότητας πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ή σε τεκμηριωμένη νοσηλευτική άσκηση κρίνεται από ανέφικτη έως ουτοπική.

### **Περιορισμοί μελέτης**

Βασικός μεθοδολογικός περιορισμός ήταν η επιλογή εστίασης σε μία μόνο υγειονομική περιφέρεια της Ελλάδος, που είχε ως αποτέλεσμα ένα σχετικά μικρό πληθυσμό-στόχο. Παρόλα αυτά, το δείγμα της μελέτης αντιπροσώπευε ένα υψηλό ρυθμό απάντησης (84.4%), ενώ κατά την ανάλυση, οι 4 βασικές κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού ταξινομήθηκαν σε δύο ζεύγη ομάδων (Α, Β και Γ, Δ) για να ελαττωθεί η επίδραση του μικρού δείγματος. Ως προς τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων, προκύπτει ότι η Κρήτη διαφέρει αναφορικά με την στελέχωση και σύνθεση κατανομής ειδικοτήτων στα ΚΥ/ΠΙ από την υγειονομική περιφέρεια Δ. Ελλάδας, μοναδική περιφέρεια για την οποία υπάρχει διαθέσιμη μελέτη<sup>18</sup>, ενώ η συνολική στελέχωση κυμαίνεται λίγο χαμηλότερα από τον μέσο όρο για όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας<sup>36</sup>. Τέλος, τα ευρήματα σχετικά με την ανάλυση εργασίας πρέπει να ερμηνευθούν προσεκτικά, αναφορικά με τους συγκεκριμένους χώρους από όπου προήλθε το δείγμα, χρησιμοποιώντας την τοπική γνώση και εμπειρία για να γίνουν οι ανάλογες συγκρίσεις ή αντιπαραβολές με άλλες μελέτες.

### **Συμπεράσματα - Προτάσεις**

Η ανάλυση εργασίας αποτελεί το πρώτο βήμα για την αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται από τα ΚΥ και ΠΙ της Κρήτης, την κατάστρωση προγράμματος άσκησης διοίκησης και τη χάραξη πολιτικής με τον καθορισμό αντικειμενικών στόχων. Κρίσιμα ζητήματα για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων αποτελούν οι περιορισμένες δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης, η απουσία ενός θεσμοθετημένου υποστηρικτικού-συμβουλευτικού μηχανισμού, η δυσκολία προσέλκυσης προσοντούχου ΤΕ προσωπικού, η έλλειψη διακριτών ρόλων και

οι δυσκολίες συνεργασίας με τους συναδέλφους. Με την προσθήκη νέας γνώσης και δεδομένων αναφοράς από την υγειονομική περιφέρεια Κρήτης, προσφέρεται η δυνατότητα σύγκρισης με άλλες υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας, καθώς και με χώρες της ΕΕ. Κατά συνέπεια, οι προτάσεις οι οποίες παρουσιάζονται στο Πλαίσιο Ι ενδέχεται να έχουν ευρύτερη εφαρμογή και σε άλλες υγειονομικές περιφέρειες, συμβάλλοντας στο γενικότερο στρατηγικό σχεδιασμό ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας.



# Job analysis and professional development needs of nursing staff in Primary Health Care Centers

A. Markaki, N. Antonakis, A. Philalithis, C. Lionis

## Summary

**Aim:** Implementation of a descriptive, exploratory study contributing to primary health care strategic planning within the 7<sup>th</sup> Health Region of Crete.

**Methods:** Study population included all 112 nursing staff employed in 2002 at the 14 rural Primary Health Care Centers (PHCCs) and 121 Satellite Clinics, throughout Crete. An original, validated questionnaire was mailed and 92 completed questionnaires were returned and were analyzed, statistically and qualitatively.

**Results:** Serious understaffing and skill mix issues were present in all rural units, with Licensed Practical Nurses (LPNs) outnumbering other nursing groups. In regards to everyday nursing practice, overall there were no significant differences among nursing professionals with different degrees. Holders of nursing or midwifery certification differed from non-certified staff in terms of frequency of counseling ( $p=0.04$ ), assessment of risk factors ( $p=0.04$ ) and home care visits ( $p=0.02$ ). The most important recruitment incentives were the unit's reputation (73.9%) and residence (71.7%) or origin (65.2%) from the unit's catchment area. Interactions with patients-families and community recognition were the most important job satisfaction sources (84.8% and 82.6%, respectively), while 65.2% of all staff were very unsatisfied with opportunities for professional development and 62% with lack of everyday support. Deficits in human resources and equipment-supplies were reported as major obstacles in job performance, whereas recommendations included effective human resource management and legislative changes.

**Conclusions:** Critical issues for effective management of nursing staff employed in Cretan PHCCs included the limited opportunities for professional development, absence of on-the-job support mechanism, role confusion, collaboration problems and difficulties in recruiting qualified personnel.

**Keywords:** job analysis, community nursing, human resources, professional development.

## Βιβλιογραφία

1. WHO. Education of Managers in Health Services: Report on a Working Group. Regional Office for Europe, 1977.
2. McCormick E. Job analysis: Methods and applications. American Management Association, New York, 1979.
3. Zee J, Kramer K, Derksen A, Kerkstra A, Stevens FCJ. Community nursing in Belgium, Germany and the Netherlands. *J Adv Nurs*, 20:791-801, 1994.
4. Laffrey S, Dickenson D, Diem E. Role identity and job satisfaction of community health nurses. *Int J Nurs Practice*, 3:178-187, 1997.
5. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R. Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future. *J Adv Nurs*, 34:842-849, 2001.
6. Dowswell T, Wilkin D, Kirk S, Banks-Smith J. Primary care groups and trusts: a threat or an opportunity for the development of community-based nursing in England. *J Nurs Management*, 10:283-289, 2002.
7. Nickel JT, Pituch MJ, Holton J, Didion J, Perzynski K, Wise J, McVey B. Community nursing competencies: a comparison of educator, administrator, and student perspectives. *Public Health Nurs*, 12:3-8, 1995.
8. Hennessy D, Hicks C. A cross-cultural tool to identify continuing education needs. *Int Nurs Review*, 45:109-114, 1998.
9. Ewens A, Howkins E, McClure L. Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice? *Nurse Educ Today*, 21:127-135, 2001.
10. Markaki A, Antonakis N, Hicks CM, Lionis C. Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek. *BMC Health Services Research*, 7:65, 2007.
11. Millward, LJ, Jeffries N. The team survey: a tool for health care team development. *J Adv Nurs*, 35:276-287, 2001.
12. Κατσουλάκη Σ, Νταφογιάννη Χ. Υπάρχει θεσμοθέτηση της κοινοτικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητας και ως επαγγέλματος; Ελληνική και διεθνής εμπειρία. *Νοσηλευτική*, 1:90-99, 1999.
13. Ροβίθης Μ. Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης.

Μεταπτυχιακή Εργασία, Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιούνιος 2005.

14. Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *Int Nurs Review*, 53:16-18, 2006.
15. Μαρκάκη Α. Σχεδιασμός στην ΠΦΥ: δημιουργία και δοκιμασία νέου εργαλείου εκτίμησης αναγκών. 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, Φεβρουάριος, 2002. (Πρακτικά, σελ. 147).
16. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care*. British Medical Journal Books, 2000.
17. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. 3<sup>rd</sup> edition. Thousand Oaks, California, Sage, 2002.
18. Παπαθεοχάρη Μ. Αποτίμηση της χρήσης και λειτουργίας των Κέντρων Υγείας στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας. Διπλωματική Εργασία, Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Ε.Σ.Υ., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πύργος, 2004.
19. ΠΔ 210/2001. Επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων ΤΕΕ Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών». ΦΕΚ 165/Α/2001.
20. Κάβουρα Μ, Ζαβράς Δ, Κυριόπουλος Ι. Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 42:457-468, 2003.
21. Mbambo S, Uys LR, Groenewald B. A job analysis of selected health workers in a district health system in KwaZulu-Natal. Part two: Job analysis of nurses in primary health care settings. *Curationis*, 26:42-52, 2003.
22. [http://www.teiath.gr/seyp/health\\_visit/index.htm](http://www.teiath.gr/seyp/health_visit/index.htm) «Βασικοί στόχοι» και «Δομή και διάρκεια του προγράμματος σπουδών» του Τμήματος Επισκεπτών Υγείας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας (accessed in 24/3/2008).
23. [http://www.teiath.gr/seyp/nursing\\_a/index.htm](http://www.teiath.gr/seyp/nursing_a/index.htm) «Πρόγραμμα σπουδών» και «Ωρολόγιο πρόγραμμα με κατανομή διδακτικών μονάδων» του Τμήματος Νοσηλευτικής Α', Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας (accessed in 24/3/2008).
24. Βιβιλάκη Β. Κατ'οίκον φροντίδα στην λοχεία από μαιά σε μία αγροτική περιοχή της Κρήτης. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης - Τμήμα Ιατρικής, 2005.

25. Vivilaki V, Romanidou A, Theodorakis P, Lionis C. Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. *Rural and Remote Health*, 5:376, 2005.
26. Cork M. Approaches to health promotion. *Midwife, Health Visitor and Community Nurse*, 26:169-173, 1990.
27. Halbert TL, Underwood JE, Chambers LW, Ploeg J, Johnson NA, Isaacs SM. Population based health promotion: a new agenda for public health nurses. *Canadian J Public Health*, 84:243-245, 1993.
28. Sourtzi P, Nolan P, Andrews R. Evaluation of health promotion activities in community nursing. *J Adv Nurs*, 24:1214-1223, 1996.
29. Λιονής Χ, Μποδοσάκης ΜΠ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12:7-9, 2000.
30. Καλοκαιρινού Α. Δραστηριότητες νοσηλευτικού προσωπικού σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο: *Θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*. Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς, 2005.
31. Λιονής Χ, Μαρκάκη Α. Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: αναγκαιότητα ή ουτοπία; *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 18:164-165, 2006.
32. Kalokerinou-Anagnostopoulou A. Historical evolution of Community Nursing in Greece. *ICUs Nurs Web J*, 14, 2003.
33. Πύλλη Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Θηραϊός Ε, Παπαθανάσογλου Ε. Μελέτη της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε ελληνικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική*, 44:347-354, 2005.
34. Θηραϊός Ε, Γιαμαλάκης Ν, Λύκου Ε, Πύλλη Μ, Μπέλος Γ, Οικονομοπούλου Χ, Μωραϊτης Ε. Λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία του προσωπικού των Κέντρων Υγείας του Β' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 15:176-183, 2003.
35. Τσιριντάνη Μ, Μπινιώρης Σ. Συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση νέων ρόλων και εφαρμογών στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας. *Νοσηλευτική*, 42:389-394, 2003.
36. Μάμας Θ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαραστέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. Η οργάνωση & διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

στην Ελλάδα. Στο: Θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς, 2005.

**Πίνακας Ι:** Σύνθεση πληθυσμού-στόχου και προβλεπόμενη στελέχωση στα ΚΥ και ΠΙ της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης

<b>Ιαν. 2002</b>			
<b>Πτυχίο - Βαθμίδα</b>	<b>Προβλεπόμενες οργανικές θέσεις</b>	<b>Υπηρετούντες</b>	<b>Κάλυψη (%)</b>
Νοσηλεύτες-ΤΕ	37	28	75,7
Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ	53	44	83,0
Επισκέπτριες Υγείας-ΤΕ	67	5	7,5
Μαίες-ΤΕ	65	35	53,8
<b>Σύνολο</b>	<b>222</b>	<b>112</b>	<b>50,5</b>

**Πίνακας II:** Κατανομή ομάδων (με βάση την βαθμίδα εκπαίδευσης ή την θέση εργασίας) ανά ηλικία, φύλο και εμπειρία στην ΠΦΥ (n=92)

	ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΑ ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ (ΔΕ ή ΤΕ)		ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΑ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Νοσηλευτικής ή άλλη)	
	ΟΜΑΔΑ Α n (%)	ΟΜΑΔΑ Β n (%)	ΟΜΑΔΑ Γ n (%)	ΟΜΑΔΑ Δ n (%)
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>				
20-29 ετών	2 (5,3)	3 (5,6)	3 (4,5)	2 (7,7)
30-39 ετών	24 (63,2)	19 (35,2)	35 (53,0)	8 (30,8)
40-49 ετών	8 (21,1)	24 (44,4)	23 (34,8)	9 (34,6)
50-59 ετών	4 (10,5)	8 (14,8)	5 (7,6)	7 (26,9)
<b>Σύνολο</b>	<b>38 (100,0)</b>	<b>54 (100,0)</b>	<b>66 (100,0)</b>	<b>26 (100,0)</b>
<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>n (%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
Άνδρες	0	2 (3,7)	2(3,0)	0
Γυναίκες	38 (100,0)	52 (96,2)	64(97,0)	26(100,0)
<b>Σύνολο</b>	<b>38 (100,0)</b>	<b>54 (100,0)</b>	<b>66(100,0)</b>	<b>26(100,0)</b>
<b>ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΦΥ</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
1-5 έτη	6 (15,8)	16 (29,6)	15 (22,7)	7 (26,9)
6-10 έτη	8 (21,0)	4(7,4)	11 (16,7)	1 (3,8)
> 10 έτη	22 (57,9)	33 (61,1)	38 (57,6)	17 (65,4)
Ελλιπείς εγγραφές	2 (5,26)	1 (1,8)	2 (3,0)	1 (3,8)
<b>Σύνολο</b>	<b>38 (100,0)</b>	<b>54 (100,0)</b>	<b>66(100,0)</b>	<b>26(100,0)</b>

Ομάδα Α= Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Β= Νοσηλευτές-ΤΕ + Μαιές-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

Ομάδα Γ= Νοσηλευτές-ΤΕ + Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Δ= Μαιές-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

**Πίνακας III:** Συχνότητα ρόλων στο καθημερινό νοσηλευτικό έργο στην ΠΦΥ  
(n και %)

Ρόλοι σε καθημερινή βάση	Ομάδα Α (n=38)	Ομάδα Β (n=54)	<i>p</i> ( $\chi^2$ , df=1)	Ομάδα Γ (n=66)	Ομάδα Δ (n=26)	<i>p</i> ( $\chi^2$ , df=1)	Σύνολο νοσ/κού προσωπικού (n=92)
Κλινικός	26(68,4)	31(57,4)	0,4	45(68,2)	12(46,2)	0,08	57(62,0)
Εκπαιδευτικός	7(18,4)	13(24,1)	0,7	10(15,2)	10(38,5)	<b>0,03</b>	20(21,7)
Συμβουλευτικός	2(5,3)	14(25,9)	<b>0,02</b>	5(7,6)	11(42,3)	<b>0,003</b>	16(17,4)
Συνηγορητικός	8(21,1)	12(22,2)	0,9	13(19,7)	7(26,9)	0,6	20(21,7)
Διοικητικός	5(13,2)	12(22,2)	0,4	13(19,7)	4(15,4)	0,9	17(18,5)

Ομάδα Α= Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Β= Νοσηλευτές-ΤΕ + Μαιες-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

Ομάδα Γ= Νοσηλευτές-ΤΕ + Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Δ= Μαιες-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ



**Πίνακας IV:** Συχνότητα κλινικών πράξεων στο καθημερινό νοσηλευτικό έργο στην ΠΦΥ (n και %)

<b>Καθημερινές νοσ/κές κλινικές πράξεις</b>	<b>Ομάδα Α (n=38)</b>	<b>Ομάδα Β (n=54)</b>	<b>p (χ<sup>2</sup>, df=1)</b>	<b>Ομάδα Γ (n=66)</b>	<b>Ομάδα Δ (n=26)</b>	<b>p (χ<sup>2</sup>, df=1)</b>	<b>Σύνολο νοσ/κού προσωπικού (n=92)</b>
Λήψη ιστορικού αρρώστου	7 (18,4)	20 (37,0)	0,09	15 (22,7)	12 (46,2)	<b>0,04</b>	27(29,3)
Λήψη ζωτικών σημείων	30 (78,9)	34 (63,0)	0,2	54 (81,8)	10 (38,5)	<b>0,0001</b>	64(69,6)
Αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου	5 (13,2)	17 (31,5)	0,07	15 (22,7)	7 (26,9)	0,9	22(23,91)
Πρόληψη	23 (60,5)	38 (70,4)	0,4	42 (63,6)	19 (73,1)	0,5	61(66,3)
Αιμοληψίες	11 (28,9)	7 (13,0)	0,1	15 (22,7)	3 (11,5)	0,5	18(19,6)
Αξιολόγηση/ ιεράρχηση περιστατικών	14 (36,8)	18 (33,3)	0,9	27 (40,9)	5 (19,2)	0,08	32(34,8)
Παροχή Πρώτων Βοηθειών	29 (76,3)	27 (50,0)	<b>0,02</b>	50 (75,8)	6 (23,1)	<b>0,0001</b>	56(60,9)
Λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος	32 (84,2)	30 (55,5)	<b>0,008</b>	56 (81,8)	6 (23,1)	<b>0,0001</b>	62(67,4)

Ομάδα Α= Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Β= Νοσηλευτές-ΤΕ + Μαιές-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

Ομάδα Γ= Νοσηλευτές-ΤΕ + Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Δ= Μαιές-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

**Πίνακας V:** Συχνότητα αρμοδιοτήτων (καθημερινά έως και 1 φορά ανά εβδομάδα) στο νοσηλευτικό έργο στην ΠΦΥ (n και %)

Νοσηλευτικές αρμοδιότητες (καθημερινά έως 1 φορά / εβδομάδα)	Ομάδα Α (n=38)	Ομάδα Β (n=54)	p (χ <sup>2</sup> , df=1)	Ομάδα Γ (n=66)	Ομάδα Δ (n=26)	p (χ <sup>2</sup> , df=1)	Σύνολο νοσ/κού προσωπικού (n=92)
Επίσκεψη στο σπίτι ασθενούς (περιστασιακή)	12(31,6)	16(29,6)	0,9	21(31,8)	7(26,9)	0,8	28(30,4)
Κατ'οίκον νοσηλεία (οργανωμένο πρόγραμμα)	10(26,3)	10(18,5)	0,5	17(25,8)	3(11,5)	0,2	20(21,7)
Αξιολόγηση κοινότητας (προβλήματα υγείας πληθυσμού)	4(10,5)	7(13,0)	0,9	7(10,6)	4(15,4)	0,8	11(12,0)
Σχεδιασμός/λήψη μέτρων δημόσιας υγείας	5(13,2)	7(13,0)	0,7	7(10,6)	5(19,2)	0,4	12(13,0)
Επίσκεψη σε σχολείο, χώρο εργασίας	2(5,3)	5(9,3)	0,8	4(6,1)	3(11,5)	0,6	7(7,6)

Ομάδα Α= Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Β= Νοσηλευτές-ΤΕ + Μαίες-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

Ομάδα Γ= Νοσηλευτές-ΤΕ + Βοηθοί Νοσηλευτών-ΔΕ

Ομάδα Δ= Μαίες-ΤΕ + Επισκέπτες Υγείας-ΤΕ

**Πίνακας VI:** Κίνητρα προσέλκυσης στην συγκεκριμένη μονάδα ΠΦΥ

Κίνητρα προσέλκυσης	Εξαιρετικά έως και αρκετά σημαντικό	Καθόλου ή λίγο σημαντικό	$p$ ( $\chi^2$ , $df=1$ )
Καλή φήμη της μονάδας	68(73,9)	17(18,5)	<0,0001
Διαμονή στην περιοχή όπου εδρεύει το ΚΥ/ΠΠ	66(71,7)	22(23,9)	<0,0001
Καταγωγή από την περιοχή όπου εδρεύει το ΚΥ/ΠΠ	60(65,2)	25(27,2)	<0,0001
Δυνατότητες για καθημερινή μάθηση - εξέλιξη	58(63,0)	24(26,1)	<0,0001
Ύπαρξη επαρκών υποδομών και στελέχωσης	54(58,7)	27(29,3)	<0,0001
Θετική επιρροή κάποιου εργαζόμενου στην μονάδα	29(31,5)	53(57,6)	<0,0006

**Πίνακας VII: Βαθμός εργασιακής ικανοποίησης απο τον τωρινό χώρο εργασίας**

<b>Διαστάσεις εργασιακής ικανοποίησης</b>	<b>Εξαιρετικά έως και αρκετά ικανοποιημένος</b>	<b>Καθόλου ή λίγο ικανοποιημένος</b>	<b>p (χ<sup>2</sup> df=1)</b>
Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων με ασθενείς/συνοδούς	78(84,8)	8(8,7)	<b>&lt;0,0001</b>
Αναγνώριση από κοινωνικό σύνολο	76(82,6)	11(12,0)	<b>&lt;0,0001</b>
Ύπαρξη συνεργατών με θετική επίδραση	17(77,2)	15(16,3)	<b>&lt;0,0001</b>
Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων με συνεργάτες	70(76,1)	17(18,5)	<b>&lt;0,0001</b>
Συνεργασία με ιατρούς και λοιπό προσωπικό	69(75)	17(18,5)	<b>&lt;0,0001</b>
Αναγνώριση από συνεργάτες	56(60,9)	31(33,7)	<b>0,0004</b>
Ύπαρξη και λειτουργία Ομάδας Υγείας	56(60,9)	32(34,8)	<b>0,0007</b>
Διακριτοί ρόλοι επαγ/τιών υγείας	46(50)	40(43,5)	<b>0,5</b>
Δυνατότητες για καθημερινή μάθηση	32(34,8)	53(57,6)	<b>0,003</b>
Ύπαρξη υποστηρικτικού, συμβουλευτικού μηχανισμού	27(29,3)	57(62,0)	<b>&lt;0,0001</b>
Δυνατότητες για επαγ/κή εξέλιξη	26(28,3)	60(65,2)	<b>&lt;0,0001</b>

**Πίνακας VIII: «Ποιές οι πιο σημαντικές δυσκολίες/εμπόδια που αντιμετωπίζετε σήμερα στη δουλειά σας;» (n=69)**

Δυσκολίες/εμπόδια	Σύνολο απαντήσεων n(%)
Ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού <ul style="list-style-type: none"> <li>• Υποστελέχωση προβλεπόμενων ειδικοτήτων</li> <li>• Ανισοκατανομή προσωπικού (skill mix)</li> <li>• Μη προβλεπόμενες ειδικότητες (επισκέπτες ιατροί)</li> </ul>	37(53,6)
Ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής <ul style="list-style-type: none"> <li>• Χώρου, κτιριακών εγκαταστάσεων (θέρμανση)</li> <li>• Υγειονομικού εξοπλισμού κ' αναλώσιμων</li> <li>• Μεταφορικών μέσων (για περιοδείες, επισκέψεις)</li> </ul>	25(36,2)
Ελλείψεις διοικητικές/θεσμικές <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθηκοντολόγιο στην ΠΦΥ – μη διακριτοί ρόλοι – ενασχόληση με αλλότρια καθήκοντα –μερική άσκηση επαγ/τος</li> <li>• Διοικητική υποστήριξη, ενημέρωση, άνιση μεταχείριση εργαζομένων, μη αποτελεσματική διοίκηση</li> <li>• Κίνητρα προσέλευσης και παραμονής στην ΠΦΥ</li> <li>• Συνεχιζόμενη εκπαίδευση (ΣΕ)</li> <li>• Ανυπαρξία δραστηριοτήτων πρόληψης</li> </ul>	22(31,9)
Διαπροσωπικές σχέσεις – συνεργασία προσωπικού <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλλειψη συνεργασίας – συντονισμού – κατανόησης - αρνητικό κλίμα</li> <li>• Μη αναγνώριση προσφοράς</li> </ul>	17(24,6)
Γεωγραφικές ιδιαιτερότητες – δυσκολίες πρόσβασης <ul style="list-style-type: none"> <li>• Απόσταση από τόπο διαμονής</li> <li>• Απόσταση από νοσοκομεία</li> </ul>	10(14,5)
Προβληματικές συνθήκες εργασίας <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελλιπής υγιεινή</li> <li>• Ανασφάλεια στο χώρο εργασίας</li> <li>• Κυκλικό ωράριο, φόρτος εργασίας,</li> </ul>	8(11,6)
Ατομικά εμπόδια <ul style="list-style-type: none"> <li>• έλλειψη μεταφορικού μέσου</li> <li>• αδυναμία συμμετοχής σε ΣΕ</li> <li>• αδυναμία απόκτησης ανώτερου πτυχίου</li> <li>• προσωρινή θέση</li> </ul>	4(5,8)

**Πίνακας ΙΧ: «Ποιές αλλαγές θα προτεινάτε για την καλύτερη απόδοση σας στην υπηρεσία;» (n=70)**

<b>Προτεινόμενες αλλαγές</b>	<b>Σύνολο απαντήσεων n(%)</b>
Αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων <ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυνατότητες ΣΕ και εξέλιξης (επισκέψεις σε πρότυπες μονάδες, εξειδικευμένα ιατρεία νοσ/μείων, συμμετοχή σε συνέδρια, κλινικά φροντιστήρια, εφαρμογή προγραμμάτων ΣΕ)</li> <li>• Πρόσληψη προσωπικού υποστελεχωμένων ειδικοτήτων</li> <li>• Άσκηση επαγ/τος για το οποίο το άτομο έχει προσληφθεί – εφαρμογή καθηκοντολογίου</li> </ul>	56(80,0)
Ανανέωση – επέκταση υλικοτεχνικών υποδομών <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανανέωση υγειονομικού εξοπλισμού - αλλαγή τρόπου προμήθειας αναλώσιμων – διασφάλιση επάρκειας φαρμακευτικού υλικού - απόκτηση μεταφορικού μέσου για επισκέψεις σε περιοχή ευθύνης</li> <li>• Δημιουργία νέων χώρων (επειγόντων περιστατικών, Μ/Γ ιατρείου, ακτινολογικού)</li> </ul>	14(20,0)
Λειτουργικές αλλαγές <ul style="list-style-type: none"> <li>• Τακτός έλεγχος και εποπτεία – αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης - ηθική αναγνώριση</li> <li>• Τακτές επισκέψεις ειδικευμένων ιατρών άλλων ειδικοτήτων – διασύνδεση με άλλες μονάδες – αποστολή Pap tests σε εργαστήρια εντός Κρήτης</li> <li>• Βελτίωση συνθηκών εργασίας (μείωση φόρτου εργασίας)</li> <li>• Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ μελών ομάδας υγείας</li> </ul>	13(18,6)
Θεσμικές αλλαγές (που συνδέονται με την πολιτική υγείας) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια ΚΥ (αλλαγή λειτουργίας, τρόπου διαχείρισης και οργανωτικής κουλτούρας)</li> <li>• Θέσπιση, λειτουργία ομάδας υγείας</li> <li>• Δημιουργία νέων υπηρεσιών (κοινωνική υπηρεσία)</li> <li>• Δημιουργία θέσεων νοσ/κού προσωπικού στα ΠΙ</li> </ul>	10(14,3)

## Πλαίσιο I: Προτάσεις για τον επιχειρησιακό σχεδιασμό ΠΦΥ της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης.

- Αίτημα προκήρυξης όλων των κενών οργανικών θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού στα ΚΥ.
- Ανάπτυξη δεικτών στελέχωσης για νοσηλευτικό προσωπικό στην ΠΦΥ ανά ΚΥ με βάση την εκτίμηση αναγκών κάθε περιοχής ευθύνης.
- Δραστηροποίηση νοσηλευτών, μαιών και επισκεπτών υγείας στην πρόληψη, αγωγή και προαγωγή υγείας μέσα από την ομάδα υγείας.
- Παροχή ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης και αναγνώρισης στο νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων, ιδιαίτερα στους βοηθούς νοσηλευτές (συμμετοχή σε διεπιστημονικές συναντήσεις, εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες με άλλους φορείς).
- Αλλαγή οργανωτικής κουλτούρας στα ΚΥ (ανάπτυξη κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης, κατανόησης των διαφορετικών ρόλων και συνεργασίας σε ομάδες υγείας).
- Δημιουργία Τμήματος ΠΦΥ στο οργανόγραμμα της Υγειονομικής Περιφέρειας, στελεχωμένου και από νοσηλεύτη.

### 4.3. Μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή, στάθμιση και εφαρμογή εργαλείου εκτίμησης αναγκών κατάρτισης

#### Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek

A. Markaki

N. Antonakis

C.M. Hicks

C. Lionis

*Markaki A, Antonakis N, Hicks CM, Lionis C. Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek. BMC Health Services Research 2007, 7:65.*



Research article

Open Access

## Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek

Adelais Markaki\*<sup>1,2</sup>, Nikos Antonakis<sup>3</sup>, Carolyn M Hicks<sup>4</sup> and Christos Lionis<sup>1</sup>

Address: <sup>1</sup>Clinic of Social and Family Medicine, Dept. of Social Medicine, University of Crete, P.O. Box 2208, 71003, Heraklion, Greece, <sup>2</sup>Regional Health and Welfare System of Crete, Smyrnis 26, 71201, Heraklion, Greece, <sup>3</sup>Health Center of Anogia, 74051, Anogia, Crete, Greece and <sup>4</sup>School of Health Sciences, University of Birmingham, Birmingham, UK

Email: Adelais Markaki\* - [adamarkaki@yahoo.com](mailto:adamarkaki@yahoo.com); Nikos Antonakis - [antonakisnikos@yahoo.gr](mailto:antonakisnikos@yahoo.gr); Carolyn M Hicks - [c.m.hicks@bham.ac.uk](mailto:c.m.hicks@bham.ac.uk); Christos Lionis - [lionis@galinos.med.uoc.gr](mailto:lionis@galinos.med.uoc.gr)

\* Corresponding author

Published: 2 May 2007

Received: 25 September 2006

BMC Health Services Research 2007, 7:65 doi:10.1186/1472-6963-7-65

Accepted: 2 May 2007

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/65>

© 2007 Markaki et al; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

### Abstract

**Background:** The translation and cultural adaptation of widely accepted, psychometrically tested tools is regarded as an essential component of effective human resource management in the primary care arena. The Training Needs Assessment (TNA) is a widely used, valid instrument, designed to measure professional development needs of health care professionals, especially in primary health care. This study aims to describe the translation, adaptation and validation of the TNA questionnaire into Greek language and discuss possibilities of its use in primary care settings.

**Methods:** A modified version of the English self-administered questionnaire consisting of 30 items was used. Internationally recommended methodology, mandating forward translation, backward translation, reconciliation and pretesting steps, was followed. Tool validation included assessing item internal consistency, using the alpha coefficient of Cronbach. Reproducibility (test – retest reliability) was measured by the kappa correlation coefficient. Criterion validity was calculated for selected parts of the questionnaire by correlating respondents' research experience with relevant research item scores. An exploratory factor analysis highlighted how the items group together, using a Varimax (oblique) rotation and subsequent Cronbach's alpha assessment.

**Results:** The psychometric properties of the Greek version of the TNA questionnaire for nursing staff employed in primary care were good. Internal consistency of the instrument was very good, Cronbach's alpha was found to be 0.985 ( $p < 0.001$ ) and Kappa coefficient for reproducibility was found to be 0.928 ( $p < 0.0001$ ). Significant positive correlations were found between respondents' current performance levels on each of the research items and amount of research involvement, indicating good criterion validity in the areas tested. Factor analysis revealed seven factors with eigenvalues of  $> 1.0$ , KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) measure of sampling adequacy = 0.680 and Bartlett's test of sphericity,  $p < 0.001$ .

**Conclusion:** The translated and adapted Greek version is comparable with the original English instrument in terms of validity and reliability and it is suitable to assess professional development needs of nursing staff in Greek primary care settings.

## Background

Effective human resource management begins with capturing the profile and professional needs of all groups comprising the health care workforce locally, regionally or country-wide. To this end, the adaptation and use of scales and questionnaires already validated in another language proves invaluable. Cross-cultural adaptation of instruments elicits standardized data that can be used in clinical practice, teaching, research, policy making and also facilitates the exchange of information within the international scientific community [1]. In Greece, there are several studies on professional development needs of nursing personnel working in secondary and tertiary care [2,3], but studies in primary care are lacking. Although registered nurses are formally qualified to work at any level of health care provision, questions have been raised about their preparedness to adequately function in the community [4].

In line with a project initiated in 2001 by the regional health authorities of Crete to identify the training needs of nursing staff in primary health care [5], the need for a widely-accepted, practical tool for researchers and administrators became a priority. With primary care reform being at the center of a public debate in contemporary Greece, the usefulness of such a tool would be twofold. First, it would further confirm or dispute the emerging occupational profile of nursing staff from the first survey carried out in Crete having used the newly developed instrument "Assessment of Nursing Practices and Needs in Primary Health Care" [5]. Second, it would allow for information exchange with colleagues and professional organizations from other countries, especially EU members, in order to plan joint continuing education courses and professional development opportunities for nurses, midwives and health visitors.

A thorough literature search did not reveal any relevant instrument in the Greek language, whereas there were several studies using an English psychometrically valid and reliable instrument, developed by Hicks, Hennessy and Barwell [6]. The Training Needs Assessment (TNA) questionnaire has been adapted and used in several English-speaking countries and its record of use with various health care professionals is well-documented [7-9]. Recently, as part of a state commissioned study, this tool has also been successfully translated and validated in Indonesia, a heavily populated, multicultural developing country with great deficit in nursing workforce [10].

Hence, the use of a tool tested successfully both in developed English-speaking countries as well as in a large developing country would draw on the commonalities and differences experienced by Greek primary health care (PHC) professionals and offer input to the international

debate. This article reports on the translation and validation of the TNA questionnaire and discusses several possibilities for implementation in the Greek primary health care setting.

## Methods

### Questionnaire

The original, self-administered, English version of the TNA questionnaire consists of four sections. Based on the developer's recommendation, a modified version was used, consisting of two sections and a biographical cover sheet with 8 short questions on demographics and research involvement. Section A consisted of 30 items within the following five superordinate categories: research/audit, communication and teamwork, administrative/technical, management/supervisory and clinical. All 30 items had to be rated along four seven-point ordinal scales. The first of these scales (A) asked respondents to assess how important the task was to their job, providing an overall occupational profile. The second scale (B) was a self-assessment of respondents' current performance level of the task, providing an index of skill. The comparison between the importance rating and the performance rating (A minus B) was the training need index, where high importance and low performance indicated a significant training need [10]. This protocol follows the importance/performance comparison approach to the assessment of training needs advocated by Martilla and James [11]. The third scale (C) evaluated the degree to which organizational changes in practice could improve performance in each task. Last, scale D measured the degree to which appropriate training would enhance performance level on each task. At the end of the questionnaire, section B comprised of an open question that gave an opportunity to the respondent to identify topics or clinical areas for further training, starting with the highest priorities.

### Translation

Based on procedures set by the Clinic of Social and Family Medicine at the University of Crete, written permission was obtained by the original developers to proceed with the translation and use of the tool for research purposes only. The Minimal Translation Criteria were followed [12] with two independent bilingual health professionals forward translating the questionnaire. One other native English speaker who did not have knowledge of the original instrument, then back translated the re-conciliated Greek version. The backward translation was sent to the developer of the original questionnaire for comparison and her suggestions were incorporated into the final Greek re-conciliated version.

Next, a cognitive debriefing process was used to identify any problems with language and to assess the degree to

which a respondent's understanding of each item matched the content that was meant to elicit [12]. As part of this process, the re-conciliated Greek version of the TNA was pilot tested with 10 health care professionals who had PHC experience and were not at that time employed by any of the rural Primary Health Care Centres (PHCCs) in Crete. The pilot test group consisted of 4 Registered Nurses (RNs), 3 Health Visitors (HVs) and 3 Midwives. Written comments made by them in the Cognitive Debriefing Report were explored by the authors and were included in the final Greek version.

### Validation

#### Setting and target population

Following the pilot test, the translated, culturally adapted version of TNA was validated throughout the 14 rural Health Centres that serve the rural population of Crete. All 119 RNs, HVs, Midwives and Licensed Practical Nurses (LPNs), employed as of December 2004 and practicing at those Health Centres were eligible.

#### Participants and data collection

Validation activities were initiated in January 2005 and were completed a month later. The questionnaire was mailed to all 119 eligible subjects with each one assigned a code number known only to the first author (AM). Along with the questionnaire there was a cover letter explaining the purpose of the study, the researchers' affiliation and contact information, the voluntary nature of participation, while also clearly stating that answers would be confidential and that anonymity would be guaranteed in the final data reports. From those eligible, 55 respondents returned the completed questionnaires in the prepaid envelopes (test response rate 46.2%). Respondents represented all 14 Health Centres and all of the targeted professional groups. Four weeks later, 10 of the initial 55 respondents were randomly selected to complete the questionnaire for a second time and all of them agreed to do so (retest response rate 100%). The size of the retest sample ( $n = 10$ ) was calculated as prescribed by Walter et al [13] with the following assumptions:

1) Type I error = 0.05, 2) Type II error = 0.20, 3) level of interclass correlation:  $r_{ho_0} = 0.6$ ,  $r_{ho_1} = 0.9$  (based on previous experience).

Internal consistency and reproducibility were measured as part of the reliability testing of the translated tool. Internal consistency was determined by checking the components of the questionnaire against each other, using Cronbach's alpha and requiring a minimum value of 0.70 for group and 0.90 for individual comparisons [14]. Reproducibility was measured by calculating the overall Cohen's kappa coefficient.

To determine the questionnaire's criterion validity, the same methodology as outlined by the original developers was followed [6]. Information about the respondents' research experience contained in two questions in the biographical cover sheet of the questionnaire was coded by two of the researchers along a 6-point scale (0 = no research involvement, 5 = significant involvement). These scores were then correlated with relevant research item scores from section A of the questionnaire.

To check the validity of the instrument's structure, an exploratory factor analysis using a Varimax (oblique) rotation and subsequent Cronbach's alpha was carried out on all 55 completed questionnaires, identifying separate factors that comprise the TNA questionnaire and highlighting how the items group together. A Bartlett's test of sphericity with  $p < 0.05$  and a Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) measure of sampling adequacy of  $\geq 0.6$  were used in performing this factor analysis. A factor was considered as important if its eigenvalue exceeded 1.0 [15].

### Ethics

The study was approved by the Scientific Committee and the Board of Trustees of the Regional Health & Welfare System of Crete (protocol # 225/7/11-5-04). Participant's informed consent was indicated by an individual's willingness to complete and return the questionnaire.

### Results

#### Translation

The translated tool was completed by participants without any additional external help. The TNA Cognitive Debriefing Report revealed some problems in comprehension of completion instructions. This finding explained the large number of missing items (400 out of a total of 1200 items or 33.3%) among respondents in the pilot testing. The majority of missing items (352 or 88%) were attributable to 3 HVs who all worked out of the same office and as later on admitted, influenced one another. Previous participation in research activities was significantly related to number of missing items ( $p < 0.0005$ ,  $df = 1$ ) since 2 out of the 4 respondents who reported having research experience were HVs.

Following a respondent's suggestion, a sentence was added to completion instructions reading, "For your convenience, ANSWER VERTICALLY (as of each rating A, B, C, D separately) for all questions from 1 - 30." In the demographics section some respondents reported problems understanding the actual questions. Thus, they proposed changing the phrase "job title" to "job position" and "number of years in job" as "number of years in present job". Furthermore, in regards to research exposure, they suggested changing "nature of research" to "topic of research" and the third option to the question

"Has this research been published?" was changed from "near future" to "uncertain", reflecting their degree of uncertainty and lack of feedback they frequently encountered. Age and number of years in present job were found to be significantly related to having problems understanding the questions and following instructions, with the oldest and most experienced ones having the most problems ( $p < 0.0001$ ,  $df = 1$ ).

#### Validation

The TNA questionnaire showed a very high overall internal consistency (alpha value: 0.98, 95% CI: 0.96–1.0,  $p < 0.001$ ) for individual comparison. Each column also showed very good alpha values (Table 1). The overall Cohen's kappa coefficient for reproducibility (test – retest reliability) of the questionnaire was "very good" [16] (0.928, 95% CI: 0.916–0.940  $p < 0.0001$ ). Out of 120 column items (30 items  $\times$  4 columns) 89 had very good reproducibility (Cohen's kappa coefficient  $> 0.81$ ), 28 had good reproducibility (0.61–0.80) and the remaining 3 had moderate reproducibility (0.41–0.60). Reproducibility results by column were also very good, as illustrated in Table 2.

Significant positive correlations were found between respondents' current performance levels on each of the research items (Column B) and amount of research involvement with  $p$  values between 0.012 and 0.033, as illustrated in Table 3. It appears therefore, that the translated tool has significant criterion validity in the area of research activities.

The exploratory factor analysis yielded seven factors with eigenvalues of  $> 1.0$  (KMO measure of sampling adequacy = 0.680 and Bartlett's test of sphericity,  $p < 0.001$ ). Those factors were responsible for 76.29% of variance and rotation converged in 10 iterations, presented in Table 4 (factor loadings in brackets).

#### Discussion

The lack of consensus at a national level regarding the content of training for primary health care professionals is hardly a unique problem for the Greek health care system [8,17-20]. However, in Greece this problem is further compounded by a heavily medical-oriented culture that permeates health science curricula and shapes public

expectations about primary health care services and each discipline's role in the community arena. The importance of taking into account specific local needs, along with the growing demand for continuous updating of professional knowledge and skills have resulted in a proliferation of courses that do not always meet the training needs of those being aimed at [8,17,19]. To overcome this problem, it is essential that PHC professional training must be based on a scientifically constructed needs analysis tool that could provide a systematic framework for addressing the identified needs. This systematic framework could be a response to the increasing demand for cross-cultural comparisons in the international setting and the use of common instruments and definitions valid to each culture [21].

Within the context of a Health Care Reform Act seeking to improve quality in primary care [22] and integrate health care services nationally [23], the authors identified and translated a culturally compatible instrument that would detect professional needs among various health professional groups and across the continuum of care settings. The validation process revealed a substantial Cohen's kappa coefficient and a satisfactory Cronbach's alpha, suggesting that the instrument is reliable for the Greek setting. Criterion validity was also good indicating that the instrument was valid, while the exploratory factor analysis of training needs revealed the shared variance of 7 separate factors.

However, some concerns have been raised when discussing the findings of the TNA's validation into Greek language and particularly:

- the small targeted population and sample size, attributed to the main study's aim and subsequent design. As an offset to this inherent limitation, participants were representative of all four targeted professional groups as well as the fourteen Health Centres that serve rural Crete.
- the relatively low return rate of 46.2%, which could be explained by having a self-selected sample, based on the cover letter's indication that the questionnaire aimed to identify training needs. Thus, similarly to past experiences [8], nursing staff who did not consider themselves in need of further training were implicitly excluded.

**Table 1: Internal consistency (Cronbach's alpha by column)**

Column	Kappa Value	95% Confidence Interval	P
A (Task Importance)	0.930	0.904–0.955	$< 0.0001$
B (Current Performance)	0.917	0.892–0.942	$< 0.0001$
C (Organizational change effect on performance)	0.927	0.900–0.954	$< 0.0001$
D (Training effect on performance)	0.938	0.914–0.962	$< 0.0001$

**Table 2: Reproducibility (test-retest reliability) by column**

Column	Cronbach alpha	95% Confidence Interval	P
A (Task Importance)	0.927	0.829–0.983	< 0.001
B (Current Performance)	0.932	0.841–0.984	< 0.001
C (Organizational change effect on performance)	0.939	0.850–0.988	< 0.001
D (Training effect on performance)	0.932	0.840–0.984	< 0.001

c) the relatively small sample size for factor analysis, which can be considered as adequate. However, there is no consensus among researchers, while there is some evidence that our sample size was adequate according to one criterion ( $N$  of cases >  $N$  of items; 55 respondents > 30 items) [24-26].

d) the missing data attributed to the lack of experience of the targeted population with research tools requiring rating of each item according to four criteria. In contrast to previous international validation studies of the TNA tool, where it had been administered in its simpler format omitting two of the four columns, our validation study included all four columns, making it more complex and demanding for participants to complete.

e) section B of the questionnaire with its open-ended structure, clearly does not have the same psychometric properties, but can be used in conjunction with section A to confirm responses regarding the participant's training needs.

Implications of the translated and validated questionnaire can be demonstrated at a local, national and international

**Table 3: Criterion validity testing for column B (Current Performance)**

Item	Rp	P	N
3B "Critically evaluating published research"	0,355	0,012	49
6B "Interpreting your own research results"	0,326	0,025	47
7B "Applying research results to your practice"	0,358	0,012	48
15B "Statistically analyzing your own research data"	0,339	0,021	46
21B "Writing papers on your research studies"	0,375	0,010	46
26B "Planning a research study"	0,314	0,033	46

level. Locally, it is expected to provide a "hands-on" approach to front-line regional managers in detecting and documenting professional skills and needs. At a national level, health authorities will have at their disposal a valuable tool that provides baseline measurement as well as continuous monitoring of the quality and management of primary care nursing across Greece. Although validation was carried out exclusively among nursing staff in primary health care settings, there are strong indications from previous studies that it could also be psychometrically robust when used in secondary and tertiary care settings or for other health professional groups. Consequently, the newly formed Hellenic Regulatory Body of Nurses might be interested in carrying out further research in other settings, establishing new practice standards and developing policies. Furthermore, academic institutions interested in developing new programs with an emphasis on interdisciplinary primary health care could benefit from the tool's use.

At an international level, initiatives for improving primary health care nursing and strengthening team work on a larger scale than that of the Crete project have been reported [27,28]. This study aims to add one more piece to the regulatory system framework that would facilitate the international transfer of health care professionals, especially within the EU. Hence, despite its limitations, this validation study may be useful for health planners, managers, clinicians and researchers from EU countries experiencing the same conditions as Greece and attempting to implement similar quality improvement programs in primary health care.

### Conclusion

The translated questionnaire into Greek language appears to be a reliable and valid tool for identifying professional development needs of nurses, midwives and health visitors in primary health care settings. The tool has a considerable degree of flexibility, making it suitable for a variety of applications in several settings. Its feasibility as a large-scale survey instrument for use among various Greek health care professional groups in secondary and tertiary care settings remains to be tested.

**Table 4: Factor analysis for Training Needs (Column A minus Column B)**

Item #	Factor 1 (accounting for 34.71% variance, Cronbach's $\alpha$ = 0.918): Communication/Patient-centered activities
1	Developing a relationship of trust with patients (0,864)
5	Having a good relationship with colleagues (0,844)
19	Organising your time effectively (0,813)
8	Communicating with patients face-to-face (0,776)
30	Personal adaptation to health service change (0,692)
4	Appraising your performance (0,646)
10	Treating patients (0,602)
24	Assessing patients' clinical needs (0,598)
22	Undertaking health promotion activities (0,453)
17	Planning, organising individual patient care (0,417)
Item #	Factor 2 (accounting for 11.40% of the variance; Cronbach's $\alpha$ = 0.902): Research/Audit activities
26	Planning a research study (0,819)
21	Writing papers on your research studies (0,778)
20	Using technical equipment (0,774)
25	Collecting relevant research information (0,766)
15	Statistically analysing your own research data (0,705)
28	Gaining access to research means (time, money, info., equipment) (0,686)
12	Gaining access to literature related to your clinical work (0,544)
Item #	Factor 3 (accounting for 8.70% of the variance; Cronbach's $\alpha$ = 0.812): Flexibility and application of knowledge
9	Defining viable research subjects (0,830)
7	Applying research results to your practice (0,801)
11	Introducing new ideas at work (0,605)
18	Evaluating patients' psychological and social needs (0,586)
27	Working as a team member (0,572)
Item #	Factor 4 (accounting for 7.17% of the variance; Cronbach's $\alpha$ = 0.710): Technical/Administrative procedures
2	Doing paperwork and routine data inputting (0,884)
29	Undertaking administrative activities (0,709)
14	Making info. available to pts. and carers (0,637)
16	Showing colleagues/students how to do things (0,533)
Item #	Factor 5 (accounting for 5.53% of the variance; Cronbach's $\alpha$ = 0.733): Relationships/Investigations
13	Offering feedback to colleagues (0,774)
12	Gaining access to literature related to your clinical work (0,665)
Item #	Factor 6 (accounting for 4.82% of the variance; Cronbach's $\alpha$ = 0.618): Reflective practice
3	Critically evaluating published research (0,826)
6	Interpreting your own research results (0,559)
Item #	Factor 7 (accounting for 3.95% of the variance; Cronbach's $\alpha$ = 0.726): Initiative
23	Achieving your goals with limited resources (0,787)
22	Undertaking health promotion activities (0,588)

## Abbreviations

PHC: Primary Health Care

TNA: Training Needs Assessment

PHCCs: Primary Health Care Centres

RN: Registered Nurse

HV: Health Visitor

LPN: Licensed Practical Nurse

EU: European Union

## Competing interests

The author(s) declare that they have no competing interests.

## Authors' contributions

All authors read and approved the final manuscript. AM participated in study design, translation and adaptation of the questionnaire, carried out data collection and data entry, participated in the analysis and wrote the final draft of the manuscript. NA participated in study design, carried out the statistical analysis and co-wrote the final draft of the manuscript. CH provided initial approval to use the instrument, consultation during translation/adaptation/validation process and co-wrote the final draft of the manuscript. CL conceived the study design, participated in the translation/adaptation/validation process and co-wrote the final draft of the manuscript.

## Acknowledgements

The authors would like to thank Dr. Leda Kalmanti and Ms. Rosemary Tzanaki for their contribution in the forward and backward translation, respectively. Mr. Scamatis Kardasis from the Regional Health and Welfare System of Crete for his assistance in accessing nursing staff registries, data collection and formatting the final manuscript. Also, Dr. Thanasis Alegakis, Biostatistician at the Department of Social Medicine, for his advice and consultation. Last, our sincere thanks and gratitude to all nursing staff in Cretan health care facilities who enthusiastically participated in the pilot testing and test-retesting procedures for the validation of the tool.

## References

- Hutchinson A, Benzen N, Konig-Zanhn C: *Cross-cultural health outcome assessment: a user's guide* European Research Group on Health Outcomes, Groningen, The Netherlands; 1997.
- Plati C, Lemonidou C, Katoscaras T, Mantas J, Lanara V: **Nursing manpower development and strategic planning in Greece.** *Image J Nurs Sch* 1998, **30**(4):329-333.
- Kavoura M, Zavras D, Kyriopoulos J: **Quantitative and qualitative definition of essential nursing personnel in Greece.** *Nositifiki* 2003, **42**(4):457-468. [in Greek].
- Sourczi P, Kalokerinou A: **Public health nursing in Greece.** *Professioni Infermistiche* 2003, **56**(4):195-200. [in Italian].
- Markaki A, Antonakis N, Philalichis A, Lionis C: **Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile.** *Int Nurs Rev* 2006, **53**(1):16-18.
- Hicks C, Hennessy D, Barwell F: **Development of a psychometrically valid training needs analysis instrument for use with primary health care teams.** *Health Serv Manage Research* 1996, **9**(4):262-272.
- Hicks C, Hennessy D: **Applying the principles of psychometrics to the development of a training needs analysis questionnaire for use with health visitors, district and practice nurses.** *NT Research* 1996, **1**(6):442-454.
- Hicks C, Hennessy D: **The use of a customized training needs analysis tool for nurse practitioner development.** *J Adv Nurs* 1997, **26**:389-398.
- Hennessy D, Hicks C: **A cross-cultural tool to identify continuing education needs.** *Int Nurs Rev* 1998, **45**(4):109-114.
- Hennessy D, Hicks C, Kawonal Y, Hilan A: **A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: paper 1 of 3.** *Human Resources for Health* 2006, 4:8.
- Mardilla J, James J: **Importance performance analysis.** *J Marketing* 1977, **41**(1):77-79.
- Medical Outcomes Trust: **Trust introduces new translation criteria.** *Trust Bulletin* 1997, **5**(4):3-4.
- Walter SD, Eliasziw M, Donner A: **Sample size and optimal designs for reliability studies.** *Stat Med* 1998, **17**:101-110.
- Cronbach LJ: **Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests.** *Psychometrika* 1951, **16**:297-334.
- Bowling A: **The principles of research.** In *Research methods in health: investigating and health services* 2nd edition. Philadelphia: University Press, Mainhead; 2002:133-162.
- Alcman DG: **Inter-rater agreement.** In *Practical statistics for medical research* Edited by: Chapman & Hall, London; 1997:403-409.
- Ackin K, Hirst M, Lunt N, Parker G: **The role and self-perceived training needs of nurses employed in general practice: observations from a national census of practice nurses in England and Wales.** *J Adv Nurs* 1994, **20**:46-52.
- Jansen PGM, Kerksra A, Abu-Saad HH, Zee J: **Models of differentiated practice and specialization in community nursing: a review of the literature.** *J Adv Nurs* 1996, **24**:968-980.
- Ewens A, Howkins E, McClure L: **Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice?** *Nurse Educ Today* 2001, **21**(2):127-135.
- Cheek J, Jones J: **What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses.** *Nurse Educ Today* 2003, **23**(1):40-50.
- Patrick DL, Wild DJ, Johnson ES, Wagner TH, Martin MA: **Cross-Cultural Validation of Quality of Life Measures.** In *Quality of Life Assessment: International Perspectives* Edited by: Orley J, Kuyken W. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 1994:19-32.
- Lionis C, Tsiraki M, Bardis V, Philalichis A: **Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions.** *Croatian Med Journal* 2004, **45**(5):600-604.
- Souliotis K, Lionis C: **Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective.** *J Med Systems* 2004, **28**(6):643-652.
- Mundfrom D, Show D, Lu K E T: **Minimum Sample Size Recommendations for Conducting Factor Analyses.** *Int J testing* 2005, **5**:159-168.
- MacCallum R, Widaman K, Preacher K, Hong S: **Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error.** *Multivariate Behavioral Research* 2001, **36**:611-637.
- Costello A, Osborne J: **Best practice in Explanatory Factor Analysis: Four recommendations of getting the most from your analysis.** *Practical assessment research & evaluation* 2005, **10**(7): [<http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf>].
- Danielson E, Krogerus-Therman I, Sivertsen B, Sourczi P: **Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme.** *Int Nurs Rev* 2005, **52**(1):32-8.
- Wright S, Cloonan P, Leonhardy K, Wright G: **An international programme in nursing and midwifery: building capacity for the new millennium.** *Int Nurs Rev* 2005, **52**(1):18-23.

## Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/65/prepub>

#### **4.4. Στάσεις, απόψεις, κίνητρα, εμπόδια για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση στην εργασία**

**Continuing education among rural nurses: a Greek perspective**

(Εκτενής περίληψη κειμένου που θα υποβληθεί σε ξενόγλωσσο περιοδικό)



## **Abstract**

*Purpose:* To assess continuing education (CE) attitudes, perceptions, opportunities, barriers and needs of nursing staff employed in rural Greek primary health care settings.

*Design:* A descriptive design study, conducted throughout the island of Crete. All 112 nursing staff (RNs, LPNs, Midwives and Health Visitors) employed and practicing at the 14 governmental rural primary health care centers (PHCCs) were eligible.

*Methods:* An original, validated self-administered questionnaire assessing CE attitudes, perceptions and needs was used. Ninety-two questionnaires were completed and analyzed statistically and qualitatively.

*Findings:* Professional development opportunities were very limited, fragmented and offered mostly off-site. Although, the majority of staff had a positive attitude towards CE, family obligations, distance of CE site and lack of free time were identified as primary barriers. Inability to speak English, lack of basic computer skills or facilities and absence of professional guidance were all implied hindering factors. Self-assessed competence was high, regardless of educational level or position held. The top 3 training priorities included 'Emergency services', 'Screening Programs', "Prevention – health promotion" and "Ethics". Individual ability to use a computer was significantly related to priority level assigned to specific training needs.

*Conclusions:* CE planning for Greek PHC nursing staff should be an on-going process, building on trainees' positive attitudes, while overcoming local barriers through systematic on-the-job training, targeting group-specific needs.

## **Background**

As part of an extensive action research study commissioned by the Regional Health and Welfare System (RHWS) of Crete, this article aims to report on attitudes and perceptions regarding CE, perceived barriers and opportunities regarding CE in rural and remote areas, and the emerging continuing education needs of nursing personnel in Cretan primary health care centers (PHCCs).

## **Methods**

### **Setting and target population**

All 109 nursing staff consisting of Registered Nurses (RNs), Licensed Practical Nurses (LPNs), Midwives and Health Visitors (HVs) employed and practicing at the 14 governmental rural PHCCs were eligible. Subjects were grouped according to two independent criteria. First, according to duration of degree studies LPNs were studied as a separate group (A), while RNs, HVs, and Midwives were grouped together (group B). Second, according to job position and occupational profile participants were classified into group C, consisting exclusively of nurses (RNs and LPNs) and group D, consisting of other nursing staff (Midwives and HVs).

### **Data collection**

The original, validated self-administered questionnaire "Assessment of Nursing Practices and Needs in Primary Health Care" was used (Markaki et al., 2006). This tool was developed to survey professional development needs and to draw the occupational profile of nursing staff in PHC settings. It captures self-assessed learning needs, attitudes and perceptions towards CE and major barriers in pursuing and completing CE activities.

Upon obtaining study approval by the Scientific Committee and the Board of Trustees of RHWS of Crete, the questionnaire was mailed to all eligible subjects, along with a cover letter providing essential study information. Ninety-two questionnaires were completed and received back in prepaid envelopes (response rate 84.4%), representing all 14 PHCCs and all targeted

professional groups. Participants' informed consent was indicated by willingness to complete and return the questionnaire.

## **Data analysis**

Data were entered in a Microsoft Excel spreadsheet and statistical analysis was performed using SPSS software package 15.0. Descriptive statistics were used to report relative frequency distributions through tables. Inferential statistics (t-test,  $\chi^2$ ) were used to determine differences among variables and groups of nursing staff. Statistical parameters were calculated for each questionnaire item and for the rating scales in their entirety, using  $\chi^2$  for tables 2X2 (Yates' correction was used, wherever applicable). Level of significance was set at  $p < .05$ .

Qualitative data analysis was performed according to the content analysis method, as prescribed in the literature (Pope & Mays, 2000; Patton, 2002). Coding by theme and categorization for items # 24b, 28b, 29b, 30b, 31a, 36b, and 40b was carried out by AM in Greek and was reviewed by NA. Any inconsistencies were discussed and resolved, resulting in a final analysis report. Relevant quotations along with the final analysis report were translated into English and were discussed with co-authors.

## **Findings**

Sample demographic characteristics are presented in **Table 1**.

### **Attitudes and perceptions regarding CE**

The majority of all nursing staff had a positive attitude towards CE (77.8%), with no significant difference between group A and B or C and D. Individual abilities, such as knowledge of the English language and possessing basic computer skills, were not statistically related to attitude towards CE. Logistic regression analysis showed that years lapsed since obtaining basic professional degree were not a predictor of interest towards CE ( $\beta = -1.017$ ,  $p = .201$ ), nor intention to continue professional studies ( $\beta = -.414$ ,  $p = .491$ ). In terms of duties and responsibilities, performing home care visits was negatively related to interest towards CE ( $r = -.16$ ,  $df = 1$ ,  $p = .0287$ ).

Perceptions about CE reflected past experiences and overall impressions from CE participation, as demonstrated by the following comments:

*“So far, educational programs have mostly been oriented towards physicians or administrators. Not much offered for nurses, let alone a holistic nursing approach...” (LPN13)*

*“Too much theory and not enough time allocated for practice. Educators should plan for more time to be spent outside the classroom and into the real clinical settings” (RN5)*

### **Opportunities vs. barriers regarding CE and on-the-job training**

Professional opportunities for CE and on-the-job training were reported by 31 respondents (33.7%) with 33.3% of them being seminars or clinical courses, another 33.3% on-site presentations by physicians and pharmaceutical company representatives, 19.1% case study discussions, 9.5% professional journal reading and 4.8% internet searching. Thirty-three respondents (35.9%) subscribed to a professional journal, with the majority being midwives (48.5%) and RNs following in second place (33.3%). Reasons given for not subscribing to a journal or a professional organization, in response to an open-ended question, were coded and categorized as shown in **Box 1**. Indicative comments included:

*“I don’t know of a particular one to subscribe” (RN33)*

*“Nobody suggested that I should subscribe” (LPN27)*

*“We should have access to professional journals at work” (HV09)*

Main incentives for pursuing and participating in CE activities were career advancement (56.8%) and recognition from peers (41.3%). Teaching, counseling or advocating for patients were all roles positively related to rating career advancement as a major CE incentive ( $r=.23$ ,  $r=.21$  and  $r=.22$ ,  $p<.05$ ). Home care visits were positively related to both career advancement ( $r=.22$ ,  $p<.05$ ) and financial reward ( $r=.21$ ,  $p<.05$ ).

Three barriers were directly identified in pursuing or completing CE activities: family obligations, distance of CE site, and lack of free time. Indicative respondent comments included the following:

*“I’m interested in any continuing education course that improves my job performance, as long as it is offered at my work site. Traveling from the village to the city is very cumbersome” (Midwife 40).*

Although lack of access to computer and internet facilities was reported by 61 respondents (66.3%), it was not directly identified as a barrier to CE and on-the-job training (**Box 1**).

### **Emerging continuing education needs**

**Table 2** presents the occupational profile of participants in regards to individual abilities and self-assessed competence in job performance. There were no significant differences between those speaking English or having basic computer skills and those who were not, with respondents from both categories rating themselves as competent. Also, chi-square analysis between groups A and B as well as groups C and D did not show any significant differences in perceived competence.

The top five training needs rated by phase I participants as ‘extremely important’ from a prompted list were “Emergency services” (76.1%), “Screening programs” (70.6%), prevention-health promotion (53.3%), “Ethics” (53.3%) and “Individual-family counselling” (47.8%). Ability to use a computer was significantly related to priority level assigned to specific training needs, as presented in **Table 3**. Years of experience in PHC were significantly related to rating “Epidemiology” as an extremely important training need ( $\chi^2=21.6$ ,  $df=12$ ,  $p=.042$ ). Furthermore, years lapsed since completion of basic professional degree were significantly related to priority level assigned to “Information Technology” (Spearman test:  $r=.231$ ,  $p=.034$ ) and “Prevention – health promotion” as training courses ( $\chi^2=47.0$ ,  $df=16$ ,  $p=.0001$ ). There were no significant differences between group A and B with the exception of “Ethics” which was rated by group A as a lower priority for training ( $p=.0005$ ). Last, group C and D did not differ significantly either, with the exception of “Community Health Nursing” which was rated by group D as a higher priority for training ( $p=.04$ ). **Table 4** presents how roles, tasks and scope of practice correlate with perceived on-the-job training needs.

## Discussion

The opportunistic and fragmented nature of professional development opportunities offered in rural PHC settings of Crete is consistent with findings from secondary and tertiary health care settings (Sarris et al., 2006). Despite the lack of a comprehensive regional CE plan for all PHCCs, the majority of all nursing personnel had a positive attitude towards CE, regardless of their educational level or job position held. Perceptions about CE reflected the medical-oriented culture that continues to permeate professional development activities in Greece, mostly focused on theory, while ignoring “hands-on” training opportunities. The urgency of establishing an effective interface between CE providers and the workplace, as well as shifting from off-site educational courses to ‘bench-to-bedside’ activities became clear.

Lack of information and professional guidance were major obstacles in pursuing avenues for professional development. This finding underscores the importance of the general practice manager’s role, as recently instituted in the UK (McLaren, S., et al., 2007). Midwives in Cretan PHC settings took more initiatives than other nursing groups in professional development activities, such as subscribing to professional journals and organizations and getting access to professional literature. This outcome offers one more indication of midwives’ potential for assuming expanded roles within transitional primary health care environments (Hennessy, Hicks & Koesno, 2006; Vivilaki et al., 2005).

In congruence with another study for Greek hospital nurses, main CE incentives for PHC nurses included career advancement and recognition from peers (Sarris et al., 2006). Surprisingly, financial rewards and benefits associated with CE were rated as the least important incentives, contrary to findings from a UK study of community health nurses (Kingma, 2003). However, an intriguing question is posed by the finding that staff performing home care visits demonstrated limited interest for CE and rated financial reward as the most important incentive. As suggested, further investigation targeting exclusively home care organizational attributes would be required (Flynn, Carryer, & Budge, 2005).

Main barriers in pursuing or completing CE activities, such as family obligations and lack of free time are consistent with those reported by hospital staff (Pierrakos, et al., 2006), whereas ‘distance of CE site’ underscores the

unique obstacles faced by rural staff who often have to travel long distances, in difficult driving conditions.

The high percentage of respondents considering themselves competent, regardless of their educational preparation, poor computer skills and inability to speak English was rather unexpected. However, as previously reported, rural nurses have very little opportunity for professional development, thus they may be unaware of their own needs or that they should improve their own performance (Hennessy et al., 2006). Furthermore, it could indicate a false sense of security and a tendency to keep job performance expectations low (Markaki, et al., 2006).

The top 3 training priorities, based on a listing of suggested topics, were consistent with findings from a recent study in Greek hospitals, where the most needed CE courses were those providing core knowledge, followed by specialized or technical knowledge courses (Pierrakos, et al., 2006). Hence, PHC nurses rated 'Emergency services' training first, reflecting the increased demand and challenges of providing first aid services in a remote and rural area, with scarce availability of specialists and equipment. The next two training priorities, 'Screening Programs' and "Prevention – health promotion", could be explained by the shortfalls in respective services (Markaki, et al., 2006), in contrast to those provided in countries with well-established community health nursing disciplines (Halbert, et al., 1993; Sourtzi, Nolan, & Andrews, 1996).

Although information technology knowledge deficits and lack of computer equipment or Internet facilities have been widely reported from other PHC settings (Alpay, & Russell, 2002; Chan, Brew, & De Lusignan, 2004; Lawton, Montgomery, & Farmer, 2001), findings from Cretan rural settings are disappointing. Implications are far reaching, as Internet allows access to a world-wide range of research knowledge, enhancing evidence-based practice and clinical governance (Werrett, Helm, & Carnwell, 2001). In terms of training needs, computer savvy staff rated "Communication – interpersonal relations", "Conflict management", "Ethics" and "IT" at a higher priority level, an indication of specialized, more advanced needs, similar to those reported elsewhere (Werrett, Helm, & Carnwell, 2001).

Depending on roles assumed, tasks undertaken and the range in scope of practice, priority level assigned to training needs differed. Most notably, the

clinical and administrative roles, undertaking prevention activities, screening, triage and public health planning were all correlated with select higher training needs.

### **Study limitations**

The small targeted population, attributed to the study's aim and subsequent design, should be taken into consideration when interpreting study findings. Also, more research will be needed to delineate a set of key professional development attributes that are not only important to primary health care nursing staff, but that also predict positive nurse – patient outcomes in rural settings.

### **Conclusions**

CE planning for Greek PHC nursing staff should be an on-going process, building on trainees' positive attitudes, while overcoming barriers through systematic on-the-job training, targeting local needs. This study has also shown the distinction in training needs by educational preparation and individual abilities, demonstrating the value of systematically collecting data prior to planning continuing education and on-the-job training activities.



## References

**Cheek, J., & Jones, J.** (2003). What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses. **Nurse Education Today, 23**, 40-50.

**Daley, B., Black, M., Gessner, B., Kisting Sparks R., Kuramoto, A.** (1999). Developing collaborative partnerships in continuing nursing education: walking the talk. **Journal of Continuing Education in Nursing, 30**, 213-218.

**Ewens, A., Howkins, E., McClure, L.** (2001). Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice? **Nurse Education Today, 21**, 127-135.

**Flynn, L., Carryer, J., Budge, C.** (2005). Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. **Journal of Nursing Scholarship, 37**, 67-72.

**Halbert TL, Underwood JE, Chambers LW, Ploeg J, Johnson NA, Isaacs SM.** (1993). Population based health promotion: a new agenda for public health nurses. **Canadian Journal of Public Health, 84**, 243-245.

**Hennessy, D., & Hicks, C.** (1998). A cross-cultural tool to identify continuing education needs. **International Nursing Review, 45**, 109-114.

**Hennessy, D., Hicks, C., Kawonal, Y., Hilan, A.** (2006). A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: paper 1 of 3. **Human Resources for Health, 4**, 8.

**Hicks, C., Hennessy, D., Barwell, F.** (1996). Development of a psychometrically valid training needs analysis instrument for use with primary health care teams. **Health Services Management Research, 9**, 262-272.

**Hicks, C., Hennessy, D.** (1996). Applying the principles of psychometrics to the development of a training needs analysis questionnaire for use with health visitors, district and practice nurses. **NT Research, 1**, 442-454.

**Hicks, C., & Hennessy, D.** (1997). The use of a customized training needs analysis tool for nurse practitioner development. **Journal of Advanced Nursing, 26**, 389-398.

**Joel, L.** (2001). Reflections and projections on nursing. **Nursing Administration Quarterly, 26**, 11-17.

**Kalokerinou, A., Sourtzi, P., Lanara, V.** (1998). Community nursing education and training in Greece. **European Nurse, 3**, 170-176.

**Kavoura, M., Zavras, D., Kyriopoulos, J.** (2003). Quantitative and qualitative definition of essential nursing personnel in Greece. **Nosileftiki, 42**, 457-468 [in Greek].

**Kelly, C., Muennich Cowell, J., Stevens, R.** (1997). Surveying public health nurses' continuing education needs: collaboration of practice and academia. **Journal of Continuing Education in Nursing, 28**, 115-123.

- Kingma, M.** (2003). Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference? **Human Resources for Health**, **1**, 2.
- Lionis, C., Tsiraki, M., Bardis, V., Philalithis, A.** (2004). Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions. **Croatian Medical Journal**, **45**, 600-604.
- Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A., Lionis, C.** (2006). Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. **International Nursing Review**, **53**, 16-18.
- Markaki, A., Antonakis, N., Hicks, C.M., Lionis, C.** (2007). Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek. **BMC Health Services Research**, **7**, 65.
- Markaki, A., Lionis, C.** (2008). Capacity building within primary health care nursing: a current European challenge. **Quality in Primary Care**, **16** (in press).
- McLaren, S., Woods, L., Boudioni, M., Lemma, F., Rees, S., Broadbent, J.** (2007). Developing the general practice manager role: managers' experiences of engagement in continuing professional development. **Quality in Primary Care**, **15**, 85-91.
- Offredy M.** (2007). Supporting research in primary care: building capacity from within. **Quality in Primary Care**, **15**, 73-75.
- Patton, M.** (2002). Qualitative research and evaluation methods. 3<sup>rd</sup> edition. Thousand Oaks, California, Sage.
- Pierrakos, G., Sarris, M., Amitsis, G., Kyriopoulos, J., Soulis, S.** (2006). Training needs and vocational training of human resources in health. **Nosileftiki**, **45**, 543-551 [in Greek].
- Pilli, M., Giannakopoulou, M., Thireos, E., Papathanasoglou, E.** (2005). Exploration of interdisciplinary collaboration in primary health care in Greece. **Nosileftiki**, **44**, 347-354 [in Greek].
- Plati, C., Lemonidou, C., Katostaras, T., Mantas, J., Lanara, V.** (1998). Nursing manpower development and strategic planning in Greece. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, **30**, 329-333.
- Pope, C., Mays, N.** (2000). Qualitative research in health care. British Medical Journal Books.
- Sarris, M., Pierrakos, G., Amitsis, G., Kyriopoulos, J., Soulis, S.** (2006). Evaluation of life long vocational training centers in the health sector. **Nosileftiki**, **45**, 118-128 [in Greek].
- Sourtzi P, Nolan P, Andrews R.** (1996). Evaluation of health promotion activities in community nursing. **Journal of Advanced Nursing**, **24**, 1214-1223.
- Werrett, J.A., Helm, R.H., Carnwell, R.** (2001). The primary and secondary interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. **Journal of Advanced Nursing**, **34**, 629-638.
- Vivilaki,V., Romanidou, A., Theodorakis, P., Lionis, C.** (2005). Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes?

An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. **Rural and Remote Health, 5, 376.**

**Table 1. Demographic characteristics of the sample**

	GROUPING BY EDUCATIONAL LEVEL (2 year vs. 3-4 year degree)		GROUPING BY JOB POSITION (Nurses vs. others )	
	GROUP A	GROUP B	GROUP C	GROUP D
	(LPNs) n=38 (%)	(RNs + Midwives + HVs) n=54 (%)	(RNs + LPNs) n=66 (%)	(Midwives + HVs) n=26 (%)
<b>AGE</b>				
20-29 years	2 (5.3)	3 (5.6)	3 (4.5)	2 (7.7)
30-39 years	24 (63.2)	19 (35.2)	35 (53.0)	8 (30.8)
40-49 years	8 (21.1)	24 (44.4)	23 (34.8)	9 (34.6)
50-59 years	4 (10.5)	8 (14.8)	5 (7.6)	7 (26.9)
<b>EXPERIENCE</b>				
<b>IN PHC</b>				
1-5 years	6 (15.8)	16 (29.6)	15 (22.7)	7 (26.9)
6-10 years	8 (21.0)	4 (7.4)	11 (16.7)	1 (3.8)
> 10 years	22 (57.9)	33 (61.1)	38 (57.6)	17 (65.4)
Missing	2 (5.26)	1 (1.8)	2 (3.0)	1 (3.8)

\*All participants were female except of two males (age group: 30-39, educational level: RN, experience: 6-10yrs and >10yrs)

**Box 1. Implied hindering factors to CE and on-the-job training**

<i>Limited individual abilities</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lack of ability to use a computer</li><li>▪ Not speaking English as a foreign language</li></ul>
<i>Poor access to computer and internet facilities –</i> <i>Availability</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Only at work</li><li>▪ Only at home</li><li>▪ Both at work and at home</li><li>▪ Elsewhere</li></ul>
<i>Not subscribing to a professional journal or organization –</i> <i>Reasons</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Lack of information –not sure</li><li>▪ Not interested</li><li>▪ Financial constraints</li><li>▪ Availability at the work-site</li></ul>
<i>Absence of professional development support</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Limited on-site CE opportunities</li><li>▪ Fragmented, opportunistic CE courses</li><li>▪ Lack of day-to-day operational guidance</li></ul>

**Table 2. Self-assessed competence in PHC and individual abilities**

<b>Level of self- assessed competence</b>	<b>Knowledge/skills in PHC n (%)</b>	<b>Ability to speak English n (%)</b>	<b>Computer skills n (%)</b>
<b>Adequate</b>	74 (80.4)	17 (19.3)	43 (46.7)
<b>Inadequate</b>	18 (19.6)	71 (80.7)	49 (53.3)

**Table 3. Priority ranking of training needs and individual ability to use a computer (N=92)**

High training priority needs* (rating 1-3)	Ability to use a computer				p
	Yes		No		
	n=43	%	n=49	%	
Community Health Nursing	39	52.7	35	47.3	.145
Epidemiology	38	52.8	34	47.2	.145
Prevention – health promotion	41	50.6	40	49.4	.414
Emergency services	39	48.1	42	51.9	.319
Home care nursing	30	55.6	24	44.4	.209
Screening programs	41	50.6	40	49.4	.184
Individual – family counseling	41	51.9	38	48.1	.147
Communication – interpersonal relations	43	53.8	37	46.3	<b>.004</b>
Conflict management	38	61.3	24	38.7	<b>.001</b>
Ethics	42	51.9	39	48.1	<b>.024</b>
Information technology	43	55.8	34	44.2	<b>.003</b>
Management in PHC	30	54.5	25	45.5	.200

\*Training priority 5-point rating scale ranging from “1=extremely needed” to 5=“not at all needed”

**Table 4. Correlation between select PHC roles – tasks – scope of practice and perceived on-the-job training needs**

PHC roles, tasks & scope of practice	CHN	Epidemiology	Prevention	Emergency Services	Home Care	Screening	Counseling	Communication	Conflict Management	Ethics	IT	Management
<i>Roles</i>												
Clinical	0,15	<b>0,21*</b>	<b>0,32*</b>	0,19	0,11	0,11	-0,10	0,06	<b>0,21*</b>	<b>0,28*</b>	<b>0,31*</b>	<b>0,28*</b>
Teaching	0,11	0,18	<b>0,24*</b>	-0,05	0,16	0,02	0,06	0,02	0,15	0,19	0,18	0,16
Counseling	0,00	<b>0,22*</b>	0,13	-0,08	0,04	0,07	0,13	0,01	0,18	0,17	0,16	0,08
Advocacy	0,04	<b>0,26*</b>	0,16	0,09	0,16	0,12	0,12	0,03	0,07	<b>0,34*</b>	<b>0,28*</b>	0,20
Administrative	0,09	<b>0,27*</b>	<b>0,21*</b>	0,01	0,15	0,02	<b>0,21*</b>	-0,03	0,07	<b>0,31*</b>	<b>0,32*</b>	<b>0,27*</b>
<i>Tasks</i>												
Patient history	0,09	<b>0,32*</b>	0,08	0,08	0,12	0,00	<b>0,25*</b>	0,12	0,16	<b>0,34*</b>	<b>0,29*</b>	0,10
Vital signs	0,03	0,10	0,15	<b>0,36*</b>	0,13	0,01	0,08	0,14	0,06	<b>0,23*</b>	0,15	<b>0,21*</b>
Risk screening	0,09	<b>0,30*</b>	<b>0,25*</b>	0,20	<b>0,27*</b>	0,06	<b>0,25*</b>	0,17	0,11	<b>0,30*</b>	<b>0,37*</b>	<b>0,23*</b>
Prevention	0,20	<b>0,28*</b>	<b>0,23*</b>	0,26*	<b>0,26*</b>	<b>0,28*</b>	<b>0,27*</b>	<b>0,33*</b>	<b>0,27*</b>	0,47*	<b>0,40*</b>	<b>0,30*</b>
Drawing blood	0,05	0,09	<b>0,30*</b>	0,09	0,11	0,00	0,08	-0,07	0,10	0,12	<b>0,24*</b>	0,18
Triage	0,13	0,18	<b>0,34*</b>	<b>0,26*</b>	0,15	0,15	0,14	0,07	<b>0,24*</b>	<b>0,20*</b>	0,15	<b>0,28*</b>
Emergency services	0,08	0,11	<b>0,23*</b>	<b>0,35*</b>	0,18	0,01	-0,03	0,07	0,11	0,13	0,12	<b>0,25*</b>
ECG	0,13	0,15	<b>0,24*</b>	<b>0,36*</b>	<b>0,24*</b>	0,04	0,03	0,12	0,15	0,19	<b>0,23*</b>	<b>0,29*</b>
<i>Scope of practice</i>												
Occasional home visits	0,17	<b>0,22*</b>	0,12	0,06	<b>0,24*</b>	-0,02	0,04	0,07	-0,02	0,15	<b>0,23*</b>	0,14
Home care	0,09	<b>0,21*</b>	0,10	0,05	0,14	-0,13	0,02	-0,09	-0,06	0,11	0,16	0,12
Community assessments	0,03	0,18	0,17	-0,06	0,01	0,09	0,18	0,03	0,12	<b>0,21*</b>	<b>0,27*</b>	0,08
Public Health Planning	0,12	<b>0,23*</b>	0,19	0,01	0,16	0,11	<b>0,25*</b>	0,09	<b>0,25*</b>	<b>0,33*</b>	<b>0,31*</b>	0,16
School - Occupational visits	0,11	0,18	0,16	-0,06	0,17	0,03	0,18	0,01	0,16	<b>0,23*</b>	<b>0,31*</b>	0,06

\*p<0.05



**4.5. Ανάγκες συνεχιζόμενης  
επαίδευσης και  
κατάρτισης στην εργασία**

**Exploring training needs of nursing staff in rural Cretan primary  
care**

A. Markaki

A. Alegakis

N. Antonakis

A. Kalokerinou

C. Lionis

*Markaki A, Alegakis A, Antonakis N, Kalokerinou A, Lionis C. Exploring training  
needs of nursing staff in rural Cretan primary care.  
(Submitted)*

## **Exploring training needs of nursing staff in rural Cretan primary care**

Running header: training needs of primary care nursing staff

**Adelais Markaki**, APRN,PhDc, *Alpha Mu*, Clinic of Family & Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece. Clinical Specialist in Community Health Nursing, Regional Health and Welfare System of Crete, Greece.

**Athanasios Alegakis**, PhD, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece.

**Nikos Antonakis**, MD,PhD, General Practitioner, Anogia Health Center, Crete, Greece

**Athena Kalokerinou-Anagnostopoulou**, RN,PhD, *Zeta Iota*, Assistant Professor of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Athens, Athens, Greece.

**Christos Lionis**, MD,PhD, Associate Professor of Social and Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Greece.

Correspondence to:

A. Markaki, Clinic of Social and Family Medicine, Dept. of Social Medicine, University of Crete, P.O. Box 2208, Heraklion, 71003, Crete, Greece.  
E-mail: adamarkaki@yahoo.com

Acknowledgements:

The authors would like to thank Professor Carolyn Hicks from the University of Birmingham, developer of "Training Needs Assessment", for her approval to use the instrument as well as her consultation on data analysis.

Precis:

Greek PHC nursing groups recorded similar occupational profiles and levels of performance with minor differences in emerging training needs.

## **Abstract**

*Purpose:* To assess occupational profile, level of performance, and on-the-job training needs of nursing staff employed in primary health care in rural Crete, Greece.

*Design:* An exploratory design study conducted throughout the island of Crete. All 119 nursing staff employed and practicing at the 14 governmental rural primary health care centers (PHCCs) was eligible and 55 participated in the study.

*Methods:* The translated, culturally adapted and validated Greek version of the Training Needs Assessment (TNA) self-completed questionnaire was used. Completed questionnaires were statistically analyzed according to educational level (group A=2-year degree graduates, group B=3 or 4-year degree graduates) and professional category.

*Findings:* There were no significant differences between groups in terms of importance for 28 out of 30 assigned tasks, whereas level of performance did not differ in any tasks. Significant differences in training needs emerged on 14 tasks for the whole sample, categorized into research/audit, clinical, management/supervision, communication/teamwork and administration /business related activities. Training needs did not differ according to age or work experience and there was no significant difference between appropriate training and organizational change as a more suitable means for meeting those needs.

*Conclusions:* Significant training needs were reported by all staff, mainly in research/audit and clinical skills. Systematic overview of skill deficits in relation to skill requirements should be implemented uniformly by regional health authorities to enhance the delivery of on-the-job training targeting group specific, local needs.

*Clinical relevance:* Planning on-the-job training for PHC nursing staff should take into consideration skill deficits in relation to skill requirements for each professional group.

## Background

The quest for ongoing, reliable and valid data in regards to professional development needs of nursing staff in primary health care (PHC) settings has been widely pursued over the past decade (Cheek, 2003; Ewens, Howkins, & McClure, 2001; Kelly et al., 1997; Werrett et al., 2001). Until today, the international community has not been able to reach consensus in regards to the minimum knowledge and skills required in the specialty field of community health nursing. This deficit presents a major obstacle in comparing professional practice across countries, as well as measuring the quality and effectiveness of primary health care nursing (Joel, 2002). As a result, continuing education needs of PHC professionals are quite elusive to assess and the use of a universally accepted measuring tool presents a challenge.

Nevertheless, there appears to be some agreement among researchers in regards to the urgency of meeting the following continuing education (CE) needs (Werrett et al., 2001): a) integration of information technology, b) role clarification and awareness, c) interdisciplinary communication to secure and maintain seamless care, d) multidisciplinary collaboration, e) professional practice issues and f) patient/client care issues. A new approach in addressing those needs, besides the traditional agency-wide in-services and external continuing education provider courses, lies with the development of networks between rural PHC providers and urban academic institutions, allowing for innovative and positive collaborations (Daley et al., 1999; Kelly et al., 1997; Markaki & Lionis, 2008; Offredy, 2007).

In Greece, due to the severe nursing shortage historically experienced, most studies have focused on manpower development in secondary and tertiary care settings, with limited references to primary health care staff (Kavoura, Zavras, & Kyriopoulos, 2003; Pilli et al., 2005; Pierrakos et al., 2006; Plati et al., 1998). At the same time, nurses' preparedness to adequately function in the community has been questioned (Kalokerinou, Sourtzi, & Lanara, 1998; Kavoura, Zavras, & Kyriopoulos, 2003).

As part of a collaborative long-term project initiated in 2001 between the Regional Health and Welfare System (RHWS) of Crete and the Clinic of Family & Social Medicine at the University of Crete, an action research study was carried out in 2005 to explore training and development needs of rural nursing staff. It is important to acknowledge that during the duration of this study, all PHCCs in

Crete participated in an on-going innovative quality improvement project, aiming to introduce clinical governance at a grass-roots level as well as institutional and professional autonomy (Lionis et al., 2004). This article aims to report on the occupational profile, the level of performance, and the emerging training needs of nursing personnel in Cretan primary health care centers (PHCCs) and to discuss implications as well as action steps to meet the identified needs.

## **Methods**

### **Setting and Target Population**

All 119 nursing staff consisting of Registered Nurses (RNs), Licensed Practical Nurses (LPNs), Midwives and Health Visitors (HVs) employed and practicing throughout Crete at the 14 governmental rural PHCCs as of January, 2005 were eligible for participation. Subjects were grouped according to educational level into two groups, in congruence with a previous study (Markaki et al, 2006). Group A consisted of graduates of 2-year programs with limited exposure to PHC in curriculum studies (LPNs), whereas group B consisted of graduates of 3 or 4-year programs with some emphasis on PHC in curriculum studies (RNs, HVs, and Midwives).

### **Data Collection**

The translated, culturally adapted and validated Greek version of the “Training Needs Assessment” (TNA) questionnaire was used (Markaki et al., 2007). The original tool, developed in the UK by Hicks, Hennessy and Barwell (1996), has been adapted and used in several developed as well as developing countries (Hennessy & Hicks, 1998; Hennessy et al., 2006; Hicks & Hennessy, 1996; Hicks & Hennessy, 1997). Its record of use with primary health care professionals is well-documented, while its degree of flexibility makes it suitable for a variety of applications in several settings. Although a detailed description of the Greek version of the TNA has been presented elsewhere (Markaki et al., 2007), its key components are summarized below. It comprised of 30 items that had to be rated along four seven-point ordinal scales. The first of the ordinal scales (column A), provided the respondent’s overall occupational profile. The second scale (column B) provided the respondent’s level of performance (index of skill). The

comparison between the two scales (A minus B) provided the training need index, where high importance and low performance indicated a significant training need (Hennessy et al., 2006). The third scale (column C) evaluated whether organizational changes in practice could improve performance in each task. Last, scale D measured whether appropriate training would enhance performance level on each task.

Upon obtaining study approval by the Scientific Committee and the Board of Trustees of RHWS of Crete, the questionnaire was mailed to all eligible subjects, along with a cover letter providing essential study information. Fifty-five questionnaires (46.2%) were completed and received back in prepaid envelopes, representing all 14 PHCCs and all targeted professional groups. Participants' informed consent was indicated by willingness to complete and return the questionnaire.

### **Data Analysis**

Data were entered in a Microsoft Excel spreadsheet and statistical analysis was performed using SPSS software package 15.0. Continuous variables were expressed as means and standard deviations (SD), while discrete variables as counts and proportions. For item scores, independent and paired sample t-tests were used to determine differences between two groups. Differences in items' scores for more than two groups were assessed by ANOVA, followed wherever needed by adjusted t-test (Scheffe test). Corresponding analyses using non-parametric tests (Mann-Whitney, Wilcoxon and Kruskal-Wallis) were also used to verify results of parametric tests. Pearson's rho calculations were used for measuring associations. Level of significance was set at  $p < .05$ .

### **Findings**

Sample demographic characteristics are presented in **Table 1**.

#### **Occupational Profile and Level of Performance**

In terms of importance of assigned tasks (column A), there were no significant differences between group A and B except of the following two tasks rated as more important by group B: «communicating with patients face-to-face” ( $p=.034$ ) and “undertaking health promotion activities” ( $p=.043$ ). Furthermore, there were

no differences in level of performance (column B) for any of the tasks between the two groups. However, upon examining each professional category separately, midwives displayed a higher level of performance compared to RNs in terms of “gaining access to literature related to clinical work” ( $p=.019$ ), “statistically analyzing own data” ( $p=.052$ ), and “undertaking health promotion activities” ( $p=.010$ ).

### **Emerging Training Needs**

Training needs, classified by superordinate categories for all participants, are presented in **Table 2**, with 14 significant ones having emerged. Further testing with ANOVA of columns A, B separately for each of the 5 superordinate categories and using as distinguishing factor the 4 professional categories (LPNs, HVs, Midwives and RNs) did not show any statistically significant differences, with only one exception: the degree of importance and performance for research/audit related items differed among all 4 professional categories ( $p=.039$  and  $p=.001$ , respectively).

Midwives displayed a significant training need in “gaining access to literature related to clinical work” ( $p=.016$ ) and “assessing patients’ clinical needs” ( $p=.019$ ) whereas, LPNs in “communicating with patients face-to-face” ( $p=.039$ ). In contrast, RNs displayed the most significant training needs, a total of six in the following skills: “gaining access to literature related to clinical work” ( $p=.020$ ), “using equipment (i.e. computers)” ( $p=.015$ ), “undertaking health promotion activities” ( $p=.013$ ), “achieving your goals with limited resources” ( $p=.028$ ), “collecting relevant research information” ( $p=.047$ ) and “planning a research study” ( $p=.028$ ).

Further training needs analysis by educational level is presented in **Table 3**, with differences in only two training needs between group A and B (“communicating with patients face-to-face” and “assessing patients’ needs”). In terms of age or years of experience, there was no statistically significant difference in training needs.

Last, **Table 4** presents the correlation and significance of difference in meeting the 14 identified significant training needs for all nursing staff. “Evaluating patients’ psychological and social needs” was the only statistically significant need that could be more effectively met through appropriate training

(Column D), rather than organizational change (Column C). For all other needs there was no difference in the effectiveness of the approach chosen.

## **Discussion**

In the context of changing cultures for lifelong learning, continuing professional development activities undertaken within PHC settings have been credited with enhancing employee skills, motivation and confidence, improving skill-mix, expanding roles and ultimately, improving patient services (McLaren et al., 2007). At a regional level, systematically surveying CE needs through the application of widely accepted tools, such as the TNA, allows limited budgets to be focused directly on areas of greatest need, consequently rationalizing scarce resources (Hennessy, Hicks, & Koesno, 2006). At an international level, it draws on the similarities and differences experienced by Greek PHC professionals in comparison to professionals from other countries, providing input to the on-going debate.

The major overlap of occupational profiles between 2-year graduates (LPNs) and 3 or 4-year graduates (RNs, Midwives and HVs), in terms of importance of assigned tasks, constitutes the major finding of this exploratory study and supports earlier findings from the same population, having used a different tool (Markaki et al., 2006). Our results are also similar to those reported from two recent Indonesian studies where the same instrument has been used (Hennessy, Hicks, & Koesno, 2006; Hennessy, et al., 2006). The two tasks that were rated as more important by RNs, Midwives and HVs entailed communication with patients and health promotion/prevention activities, which are both a main component of community health nursing practice, distinguishing it from LPN practice.

In terms of job related performance, midwives demonstrated greater competence than other nursing groups in getting access to professional literature and being more familiar with research related skills. This outcome offers one more indication of midwives' potential for assuming expanded roles within transitional primary health care environments (Hennessy, Hicks & Koesno, 2006; Vivilaki et al., 2005) and underscores the urgency of building research capacity in nursing and midwifery (McCance et al, 2007).

In regards to the whole sample, differences in training needs emerged on 14 out of 30 tasks, classified into five superordinate categories, similarly to a



comparative UK/Australia/USA study (Hennessy, Hicks, 1998). By far, research/audit related tasks were the most prominent training needs for all staff, reporting 7 out of a total 9 items. This rather unexpected result represents a paradigm shift in PHC nursing capacity building, illustrating a link between research and practice capacity building (Markaki, & Lionis, 2008). Clinical related tasks, comprised the second most needed training category, listing 4 out of 6 items with “Undertaking health promotion activities” being one of them, in accordance to a previously reported shortcoming in the scope of Cretan nurses’ practice (Markaki et al, 2006).

Registered nurses reported the most numerous significant training needs, a total of six, followed by midwives who reported two, and LPNs who reported only one. Interpretation of this finding would require an in-depth qualitative methodological approach, subject of a future study. Last, appropriate training activities and organizational changes appear to have an equal potential for meeting the identified training needs, with only exception the “evaluation of patients’ psychological and social needs” that is more suitably met through training.

### **Study Limitations**

As always, caution must be displayed in interpreting study findings, taking into consideration certain limitations. First, the small targeted population and sample size, attributed to the study’s aim and subsequent design. To counteract this inherent limitation, participants were representative of all four targeted professional groups and the 14 PHCCs that serve rural Crete. Second, the relatively low return rate of the questionnaire, attributed to the fact that nursing staff who did not consider themselves in need of further training were implicitly excluded, similarly to past experiences (Hicks, & Hennessy, 1997). Nevertheless, non-respondents did not differ from participants in gender, age, professional group and years of employment. Third, TNA is an instrument of perceived job-related expectations (duties and responsibilities) and self-assessed competence. However, several studies have demonstrated its capacity to elicit reasonably objective data in a systematic way (Hicks & Hennessy, 1997; Hicks & Hennessy, 2001; Hennessy et al., 2006). Last, it remains unclear to what extent, if any, organizational changes that had been taking place prior to initiation of this study impacted the results.

## **Study Implications**

Systematic overview of skill deficits in relation to skill requirements should be implemented uniformly by regional health authorities to enhance the delivery of on-the-job training targeting group specific, local needs. The widespread application of the TNA tool throughout PHCCs in other health regions of Greece could provide an invaluable data base for comparing PHC nursing practice and developing a coherent program of continuing professional development, nationally.

## **Conclusions**

All 4 professional groups recorded similar occupational profiles and levels of performance with only minor differences. Significant training needs were reported by all staff, mainly in research/audit and clinical skills. Age and work experience did not affect training needs, differentiation by educational level was very minor, whereas some differences existed by field of study (nursing, midwifery and health visiting).

## References

- Cheek, J., & Jones, J.** (2003). What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses. **Nurse Education Today, 23**, 40-50.
- Daley, B., Black, M., Gessner, B., Kisting Sparks R., Kuramoto, A.** (1999). Developing collaborative partnerships in continuing nursing education: walking the talk. **Journal of Continuing Education in Nursing, 30**, 213-218.
- Ewens, A., Howkins, E., McClure, L.** (2001). Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice? **Nurse Education Today, 21**, 127-135.
- Hennessy, D., & Hicks, C.** (1998). A cross-cultural tool to identify continuing education needs. **International Nursing Review, 45**, 109-114.
- Hennessy, D., Hicks, C., Kawonal, Y., Hilan, A.** (2006). A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: paper 1 of 3. **Human Resources for Health, 4**, 8.
- Hennessy, D., Hicks, C., Koesno, H.** (2006). The training and development needs of midwives in Indonesia: paper 2 of 3. **Human Resources for Health, 4**, 9.
- Hicks, C., Hennessy, D.** (2001). An alternative technique for evaluating the effectiveness of continuing professional development courses for health care professionals: a pilot study with practice nurses. **Journal of Nursing Management, 9**, 39-49.
- Hicks, C., Hennessy, D., Barwell, F.** (1996). Development of a psychometrically valid training needs analysis instrument for use with primary health care teams. **Health Services Management Research, 9**, 262-272.
- Hicks, C., Hennessy, D.** (1996). Applying the principles of psychometrics to the development of a training needs analysis questionnaire for use with health visitors, district and practice nurses. **NT Research, 1**, 442-454.
- Hicks, C., & Hennessy, D.** (1997). The use of a customized training needs analysis tool for nurse practitioner development. **Journal of Advanced Nursing, 26**, 389-398.
- Joel, L.** (2002). Reflections and projections on nursing. **Nursing Administration Quarterly, 26**, 11-17.
- Kalokerinou, A., Sourtzi, P., Lanara, V.** (1998). Community nursing education and training in Greece. **European Nurse, 3**, 170-176.
- Kavoura, M., Zavras, D., Kyriopoulos, J.** (2003). Quantitative and qualitative definition of essential nursing personnel in Greece. **Nosileftiki, 42**, 457-468 [in Greek].
- Kelly, C., Muennich Cowell, J., Stevens, R.** (1997). Surveying public health nurses' continuing education needs: collaboration of practice and academia. **Journal of Continuing Education in Nursing, 28**, 115-123.
- Lionis, C., Tsiraki, M., Bardis, V., Philalithis, A.** (2004). Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions. **Croatian Medical Journal, 45**, 600-604.

- Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A., Lionis, C.** (2006). Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. **International Nursing Review**, **53**, 16-18.
- Markaki, A., Antonakis, N., Hicks, C.M., Lionis, C.** (2007). Translating and validating a Training Needs Assessment tool into Greek. **BMC Health Services Research**, **7**, 65.
- Markaki, A., Lionis, C.** (2008). Capacity building within primary health care nursing: a current European challenge. **Quality in Primary Care**, **16** (in press).
- McCance, T., Fitzsimons D., Keeney, S., Hasson, F., McKenna, H.** (2007). Capacity building in nursing and midwifery research and development: an old priority with a new perspective. **Journal of Advanced Nursing**, **59**, 57-67.
- McLaren, S., Woods, L., Boudioni, M., Lemma, F., Rees, S., Broadbent, J.** (2007). Developing the general practice manager role: managers' experiences of engagement in continuing professional development. **Quality in Primary Care**, **15**, 85-91.
- Offredy M.** (2007). Supporting research in primary care: building capacity from within. **Quality in Primary Care**, **15**, 73-75.
- Pierrakos, G., Sarris, M., Amitsis, G., Kyriopoulos, J., Soulis, S.** (2006). Training needs and vocational training of human resources in health. **Nosileftiki**, **45**, 543-551 [in Greek].
- Pilli, M., Giannakopoulou, M., Thireos, E., Papathanasoglou, E.** (2005). Exploration of interdisciplinary collaboration in primary health care in Greece. **Nosileftiki**, **44**, 347-354 [in Greek].
- Plati, C., Lemonidou, C., Katostaras, T., Mantas, J., Lanara, V.** (1998). Nursing manpower development and strategic planning in Greece. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, **30**, 329-333.
- Werrett, J.A., Helm, R.H., Carnwell, R.** (2001). The primary and secondary interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. **Journal of Advanced Nursing**, **34**, 629-638.
- Vivilaki, V., Romanidou, A., Theodorakis, P., Lionis, C.** (2005). Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. **Rural and Remote Health**, **5**, 376.

**Table 1. Demographic characteristics of the sample****(n=55)\***

<i>Age in years</i>	<i>n (%)</i>
20-29	4 (7.3)
30-39	16 (29.1)
40-49	25 (45.5)
>50	10 (18.2)
<i>Work experience in years</i>	
≤5	14 (25.5)
6-10	7 (12.7)
>10	34 (61.8)
<i>Professional category – Educational level grouping**</i>	
Licensed Practical Nurses (LPNs) – Group A	19 (34.5)
Registered Nurses (RNs) – Group B	12 (21.8)
Midwives – Group B	20 (36.4)
Health Visitors (HVs) – Group B	4 (7.3)

\* All participants were female except of two males (age group: 40-49. educational level: 1 RN, 1 LPN, experience: 6-10 years and >10 years respectively)

\*\* Educational level grouping according to duration of professional degree studies and emphasis on PHC (Group A=graduates of 2-year degree studies with very limited exposure to PHC, Group B=graduates of 3 or 4-year degree studies with emphasis on PHC)

**Table 2. Correlation and significance of difference in training needs for all nursing staff (column A<sub>i</sub>-B<sub>i</sub>).**

Superordinate categories - Training needs	Mean	SD	r	t-test p	Mann-Whitney p
<b>Research/Audit</b>					
Critically evaluating published research	.3	1.9	.510*	.258	.142
Interpreting your own research results	.8	1.8	.564*	<b>.005</b>	<b>.003</b>
Applying research results to your practice	.6	1.7	.599*	<b>.021</b>	<b>.007</b>
Defining viable research subjects	.2	1.6	.578*	.338	.246
Gaining access to literature related to your clinical work	1.1	1.7	.463*	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>
Statistically analyzing your own research data	.8	1.7	.543*	<b>.003</b>	<b>.004</b>
Writing papers on your research studies	.5	1.9	.540*	.072	.089
Collecting and collating relevant research information	.8	1.9	.568*	<b>.006</b>	<b>&lt;.001</b>
Planning a research study	.9	1.8	.610*	<b>.002</b>	<b>&lt;.002</b>
Gaining access to research means	1.3	2.3	.291**	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>
<b>Clinical</b>					
Treating patients	-.1	1.7	.355**	.746	.709
Introducing new ideas at work	.5	1.3	.596*	<b>.005</b>	<b>.004</b>
Planning and organizing individual patient care	.5	1.3	.644*	<b>.004</b>	<b>.003</b>
Evaluating patients' psychological and social needs	.5	1.0	.756*	<b>.002</b>	<b>.002</b>
Undertaking health promotion activities	.5	1.7	.317**	<b>.039</b>	<b>.014</b>
Assessing patients' clinical needs	.3	1.8	.247	.203	<b>.019</b>
<b>Management/Supervision</b>					
Appraising your performance	.0	2.1	.232	.947	.333
Offering feedback to colleagues	.5	1.6	.415**	<b>.027</b>	<b>.019</b>
Showing colleagues/students how to do things	.0	1.9	.470*	.940	.829
Organizing your time effectively	1	1.7	.145	.744	.352
Personal adaptation to health service change	.0	1.8	.541*	.876	.944
<b>Communication/Teamwork</b>					
Developing a relationship of trust with patients	-.1	1.5	.088	.717	.921
Having a good relationship with colleagues	.0	1.4	.441*	.919	.950
Communicating with patients face-to-face	-.4	1.8	.113	.133	.413
Making information available to patients and/or caregivers	.4	.8	.833*	<b>&lt;.001</b>	<b>.002</b>
Working as a member of a team	.2	1.9	.484*	.411	.179
<b>Administration/Business</b>					
Doing paperwork or routine data inputting	-.3	1.6	.668*	.154	.201
Using technical equipment (i.e. computers)	1.3	1.8	.490*	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>
Achieving your goals with limited resources	.1	1.7	.378**	.743	.721
Undertaking administrative activities	-.1	2.1	.523	.836	.989

\* Significance level (p) for Pearson's Correlation \***<.001** \*\* **<0.05**

**Table 3. Difference in training needs (column A<sub>i</sub>-B<sub>i</sub>) according to educational level**

Superordinate categories -Training needs	Group A (LPNs)		Group B (RNs+Midwives+HVs)		p-value	
	Mean	SD	Mean	SD	t-test	Mann-Whitney
<b>Research/Audit</b>						
Critically evaluating published research	.4	1.6	.3	2.0	.847	.409
Interpreting your own research results	.9	2.0	.7	1.7	.636	.962
Applying research results to your practice	.1	2.1	.8	1.4	.216	.476
Defining viable research subjects	-4	2.0	.5	1.4	.073	.107
Gaining access to literature related to your clinical work	.7	2.0	1.3	1.5	.230	.055
Statistically analyzing your own research data	.4	1.2	1.0	1.9	.251	.322
Writing papers on your research studies	.1	1.6	.7	2.0	.277	.511
Collecting and collating relevant research information	.7	1.1	.8	2.2	.823	.945
Planning a research study	.6	1.3	1.0	2.0	.455	.483
Gaining access to research means	1.4	2.1	1.3	2.5	.917	.920
<b>Clinical</b>						
Treating patients	-3	1.6	.0	1.8	.516	.391
Introducing new ideas at work	.1	1.7	.7	1.1	.122	.066
Planning and organizing individual patient care	.2	.9	.7	1.4	.188	.178
Evaluating patients' psychological and social needs	.4	1.0	.5	1.1	.664	.587
Undertaking health promotion activities	.0	2.1	.7	1.3	.136	.453
Assessing patients' clinical needs	-5	2.2	.7	1.3	<b>.021</b>	.060
<b>Management/Supervision</b>						
Appraising your performance	-4	1.9	.2	2.1	.370	.098
Offering feedback to colleagues	.7	1.9	.4	1.5	.593	.793
Showing colleagues/students how to do things	-1	1.9	.0	1.9	.911	.813
Organizing your time effectively	.1	1.8	.1	1.7	.961	.551
Personal adaptation to health service change	-1	2.0	.0	1.7	.953	.834
<b>Communication/Teamwork</b>						
Developing a relationship of trust with patients	-3	1.3	.0	1.6	.478	.328
Having a good relationship with colleagues	-2	1.0	.1	1.5	.568	.240
Communicating with patients face-to-face and/or caregivers	-1.2	2.3	.0	1.4	<b>.017</b>	<b>.016</b>
Making information available to patients	.5	.7	.4	.8	.707	.588
Working as a member of a team	-2	2.0	.4	1.8	.297	.376
<b>Administration/Business</b>						
Doing paperwork or routine data inputting	-1	1.5	-4	1.7	.524	.676
Using technical equipment (i.e. computers)	1.2	1.8	1.3	1.8	.829	.756
Achieving your goals with limited resources	-4	1.8	.3	1.6	.144	.219
Undertaking administrative activities	.1	2.2	-1	2.0	.773	.838

**Table 4. Correlation and significance of difference in meeting identified significant training needs for all nursing staff [organizational changes vs. appropriate training] (column C<sub>i</sub>-D<sub>i</sub>).**

	Mean	SD	R	t-test p	Mann-Whitney P
<b>Research/Audit</b>					
Interpreting your own research results	-1.8	46	.492*	.084	.123
Applying research results to your practice	-.7	47	.690*	.483	.728
Gaining access to literature related to your clinical work	-.3	49	.605*	.795	.860
Statistically analyzing your own research data	-.7	45	.482*	.482	.352
Collecting relevant research information	-.1	47	.675*	.907	.526
Planning a research study	-1.5	45	.891*	.130	.142
Gaining access to research means	.2	47	.816*	.860	1.000
<b>Clinical</b>					
Introducing new ideas at work	-1.1	49	.683*	.268	.429
Planning and organizing individual patient care	-1.3	49	.728*	.195	.201
Evaluating patients' psychological and social needs	-2.0	49	.795*	.050	<b>.033</b>
Undertaking health promotion activities	-.7	49	.647*	.466	.264
<b>Management/Supervision</b>					
Offering feedback to colleagues	1.0	47	.639*	.316	.557
<i>Communication/Teamwork</i>					
Making information available to patients/caregivers	.7	49	.773*	.466	.449
<b>Administration/Business</b>					
Using technical equipment (i.e. computers)	-.8	49	.670*	.440	.230

\* Significance level (p) for Pearson's Correlation <.001



**4.6. Προκλήσεις για το  
νοσηλευτικό προσωπικό  
πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας  
στην Ελλάδα και στην Ευρώπη**

**Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:  
αναγκαιότητα ή ουτοπία;**

Χ. Λιονής  
Α. Μαρκάκη

και

**Capacity building within primary health care nursing: a current  
European challenge**

A. Markaki  
C. Lionis

*Λιονής Χ, Μαρκάκη Α. Οι νοσηλευτές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:  
αναγκαιότητα ή ουτοπία; Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2006, 18:164-165.*

*Markaki A, Lionis C. Capacity building within primary health care nursing: a  
current European challenge. Quality in Primary Care 2008, 16 (in press).*

## Οι νοσηλεύτες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: αναγκαιότητα ή ουτοπία;

Αρκετή συζήτηση έχει γίνει για την αποτελεσματικότητα της Π.Φ.Υ. Πολλά νομοθετήματα έχουν παραχθεί, αρκετές δημόσιες συζητήσεις και διαβουλεύσεις έχουν διεξαχθεί στη χώρα μας χωρίς όμως μια ουσιαστική αξιολόγηση των διαφόρων μέτρων τα οποία εισήγαγαν, παρά τις πρόσφατες δημοσιευμένες προσεγγίσεις. Αντίθετα λίγο μελάνι έχει χυθεί για το ρόλο, την εμπλοκή, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα και άλλων, πλην των ιατρών, επαγγελματιών υγείας. Ιδιαίτερα ο ρόλος της νοσηλεύτριας και της μαίας στην Π.Φ.Υ., έχει τύχει επισταμένης αναγνώρισης τόσο από τις Σχολές Επιστημών Υγείας σε Ευρωπαϊκά και Αμερικανικά πανεπιστήμια όσο και από το σύστημα υγείας προηγμένων στην Π.Φ.Υ. χωρών, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, την Σκανδιναβία και την Ολλανδία<sup>1,2</sup>. Στην Ελλάδα αντίθετα δεν έχει συζητηθεί διεξοδικά ο ρόλος, η πιθανή συμβολή, το περιεχόμενο της μετεκπαίδευσης και της εξειδίκευσής τους. Συνεπώς, εξακολουθεί να γίνεται αναφορά σ' αυτά τα επαγγέλματα υγείας με τον όρο παραϊατρικά (paramedical) επαγγέλματα, οι δε επαγγελματίες υγείας αναφέρονται και από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς ως «μη ιατρικό προσωπικό» ή «λοιπό προσωπικό». Εδώ ο συμβολισμός που αναδύεται μέσα από την άρνηση ύπαρξης μιας ιδιότητας είναι προφανής και ενδεικτικός της ιατροκεντρικής ταυτότητας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό χώρο της υγείας. Αναρωπιέται λοιπόν ο «μη ιατρός» επαγγελματίας υγείας, η τεχνογνωσία του και επομένως η δυνατότητα συμβολής του στη Δημόσια Υγεία ή στο επίπεδο υγείας μιάς κοινότητας είναι λιγότερο σημαντική ή επιθυμητή από την πολιτεία;

Ο βοηθητικός ρόλος και το περιορισμένο εύρος και φάσμα δραστηριοτήτων των νοσηλευτών και μαιών στην κοινότητα, όπως μια πρόσφατη

δημοσίευση υπογραμμίζει<sup>4</sup>, διαχωρίζει ουσιαστικά τις προσφερόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα από τις αντίστοιχες των προαναφερθέντων προηγμένων χωρών. Η ουσιαστική ανάμιξη Εξειδικευμένων Κλινικών Νοσηλευτών (Clinical Nurse Specialists) ή Νοσηλευτών Προηγμένης Άσκησης (Advanced Practice Nurses) στη διαχείριση νοσημάτων και ιδιαίτερα της υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη, των χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων αλλά και σε καταστάσεις που μειώνουν την ποιότητα ζωής, όπως της ακράτειας των ούρων και της χρόνιας κόπωσης έχει τεκμηριωθεί από διεθνείς μελέτες<sup>5-8</sup>.

Ενόψει της συζήτησης που είναι πάλι επίκαιρη για την Π.Φ.Υ. και την αποτελεσματικότητά της<sup>9</sup>, αξίζει να συζητηθεί ξανά ο ρόλος αυτών των επαγγελματιών υγείας<sup>10</sup>, να εξετασθεί η δυνατότητα εξειδίκευσής τους στη Π.Φ.Υ.<sup>11</sup>, να συζητηθεί η μεταπτυχιακή εκπαίδευσή τους, με ειδική αναφορά στην Π.Φ.Υ. και ακόμη να συζητηθεί ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της ομάδας υγείας στην οποία συμμετέχουν, που μέχρι σήμερα δεν κατέλαβε τη θέση που της αξίζει ως έννοια και λειτουργία<sup>12</sup>. Η εκ νέου ψηλάφηση των θεμάτων αυτών καθώς και η συζήτησή τους στο πλαίσιο μιας προοπτικής και αποτελεσματικής ανάπτυξης της Π.Φ.Υ. με αναφορά στον Γενικό Ιατρό και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της Π.Φ.Υ. φαίνεται να αποτελεί ένα επίκαιρο αλλά και ιδιαίτερα ελκυστικό θέμα. Η ανάγκη δε για οριοθέτηση και αποσαφήνιση της νοσηλευτικής πράξης στην Π.Φ.Υ. γίνεται επιτακτικότερη με ερωτήματα όπως:

- Ποιός οφείλει να είναι ο ρόλος του νοσηλευτή Π.Φ.Υ. με βάση τις διεθνείς επιταγές αλλά και την αμελικτη ελληνική πραγματικότητα;
- Περιλαμβάνει αυτός ο όρος την ιδιότητα του

κοινοτικού νοσηλευτή και την ιδιότητα του επισκέπτη υγείας;

- Ποιά πρέπει να είναι η κατεύθυνση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης για την κατάλληλη προετοιμασία του νοσηλευτή Π.Φ.Υ.;
- Πως θα διασφαλίζεται η ομαλή και αποτελεσματική διεπιστημονική συνεργασία όλων των μελών της ομάδας Π.Φ.Υ.;

Αυτά είναι μερικά από τα βασικά ερωτήματα που δημιουργούνται και χρήζουν προσεκτικών και έγκαιρων απαντήσεων. Απαντήσεις που δεν μπορούν να δοθούν παρά μόνο μέσα από ένα αμοιβαίο και ειλικρινή διάλογο, παραμερίζοντας συντεχνιακές και «λοιπές» προκαταλήψεις. Άλλωστε, σε ένα μη προβλέψιμο σύστημα υγείας, η πρόκληση είναι να είσαι proactive παρά reactive.

#### Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R. Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future *J Adv Nsg*, 34:842-849, 2001.
2. Dowswell T, Wilkin D, Kirk S, Banks-Smith J. Primary care groups and trusts: a threat or an opportunity for the development of community-based nursing in England. *J Nsg Management*, 10:283-289, 2002.
3. Clendon J, White G. The feasibility of a nurse practitioner-led primary health care clinic in a school setting: a community needs analysis. *J Adv Nsg*, 34:171-178, 2001.
4. Markaki A, Antonakis N, Philalithis A, Lionis C. Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile. *Int Nsg Review*, 53:16-18, 2006.
5. Vrijhof Bert. Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? Evaluation of effects on quality of care. Thesis, University of Maastricht, 2002.
6. Bodenheimer T, MacGregor K, Stohart N. Nurses as leaders in chronic care. *BMJ* 330:612-613, 2005.
7. Aubert RE, Herman WH, Waters J, Moorp W, Sutton D, Peterson BL, Bailey CM, Koplan JP. Nurse case management to improve glycemic control in diabetic patients in Health Maintenance Organization; A randomized controlled trial. *Aan Inter Med*, 129:605-612, 1998.
8. Wearden AJ, Riste L, Dowrick C, Chew - Graham C, Bental RP, Morriss PK. Fatigue intervention by nurses evaluation – The FINE trial. A randomised controlled trial of nurse led self-help treatment for patients in primary care with chronic fatigue syndrome: study protocol. *BMC Medicine*, 4:9, 2006.
9. Λιονής Χ, Μποδοσάκης ΜΠ. Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12:7-9, 2000.
10. Τσιριντάνη Μ, Μπινιώρης Σ. Συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση νέων ρόλων και εφαρμογών στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας. *Νοσηλευτική*, 42:389-394, 2003.
11. Κατσουλάκη Σ, Νταφογιάννη Χ. Υπάσχει θεσμοθέτηση της κοινοτικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητας και ως επαγγέλματος; Ελληνική και διεθνής εμπειρία. *Νοσηλευτική*, 1:90-99, 1999.
12. Πύλλη Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Θηραίος Ε, Παπαθανάσογλου Ε. Μελέτη της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε ελληνικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Νοσηλευτική* 44:347-354, 2005.

#### Χρήστος Λιονής

Αναπληρωτής Καθηγητής  
Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής  
Πανεπιστημίου Κρήτης

#### Αδελαΐς Μαρκάκη

Κλινικά Εξειδικευμένη  
Κοινοτική Νοσηλεύτρια  
Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης

Σημείωση: Το άρθρο αυτό δημοσιεύεται παράλληλα στα «Ιατρικά Χρονικά της Κρήτης» και στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

## Editorial

# Capacity building within primary healthcare nursing: a current European challenge

Adelais Markaki APRN BC

PhD Candidate, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Greece and Clinical Specialist in Community Health Nursing, Regional Health and Welfare System of Crete, Greece

Christos Lionis MD PhD

Associate Professor, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Greece

There is a growing interest and an ongoing debate on primary healthcare (PHC) and professional development in contemporary Europe that struggles to eliminate health inequalities. Capacity building is defined as promoting an environment that increases the potential of individuals, organisations and communities to receive and possess knowledge and skills as well as to become qualified in planning, developing, implementing and sustaining health-related activities according to changing or emerging needs.<sup>1,2</sup> Research capacity that develops skills and structures to facilitate research can be viewed as a critical component of overall capacity building within a profession. Hence, the link between research capacity building and capacity building in PHC nursing practice presents an issue of the utmost importance for the discipline of nursing. Disseminating knowledge and applying experiences gained from countries with well-established, advanced practice nursing in PHC to other countries, such as Greece, where PHC nursing is still seeking recognition, poses a current European challenge.

Throughout Europe, integration of services along the continuum of care, and interdisciplinary collaboration remain two key priorities of research and practice in PHC nursing.<sup>3-6</sup> Moreover, formulation and implementation of a national plan for assessing workforce needs as well as the presence of any constraints in the scope of nursing practice are prominent features of advanced nursing practice.<sup>7</sup> Within countries where nursing is still struggling to be considered an equal partner, advanced nursing practice and research are both lagging behind. In Greece, systematic efforts to assess PHC nursing staff needs have received limited attention,<sup>8</sup> and as of today, there is no national plan to address the severe shortage of specialised nursing staff in PHC.<sup>9</sup> There are also several constraints in the scope of community health nursing practice that merit special consideration.<sup>10,11</sup> One of the major hurdles for rural nurses is the restricted, task-oriented framework.

Results from a study in Crete indicate that resistance to organisational change and innovation is related to how 'restricted' or 'expanded' a PHC nurse views his or her role to be.<sup>8</sup> This finding is in agreement with a UK study which showed that receptivity to clinical nurse specialists' ideas is dependent on what community nurses view as their own role.<sup>12</sup> Another constraint is that educational preparation in Crete has been shown to have less of an effect in producing practice role variations and determining professional needs when compared to other countries.<sup>8</sup> This finding lends support to the argument that Greek PHC nurses lack the specialised education and training to adequately function in the community setting.<sup>9,13</sup>

The link between research capacity building and PHC nursing capacity building is further illustrated by common obstacles and hurdles shared by both. In keeping with findings from the scoping report on nursing research in Europe,<sup>14</sup> inadequate funding and 'poor' capacity of PHC staff to undertake the required research and development are two of the major obstacles in building capacity.<sup>15,17</sup> Without sufficient funding, there is no infrastructure from which to support and deliver nursing research or advanced nursing practice. Hence, aspiring nurse-researchers and nurse-clinicians focus on inward-looking, small studies and short-term projects that are easily achievable.<sup>18</sup> Similarly, 'poor' research capacity has been attributed to heavy workloads, staff shortages, lack of required research writing skills, the belief that research is more of a luxury than a necessity, and competition between academic institutions and clinical practice settings.<sup>15,16,19</sup> These hindering factors affect European nursing in different ways, depending on the nursing research and practice traditions within an individual country.<sup>20</sup>

In response to the above challenges, the two-tier system, proposed by Smith,<sup>20</sup> could be adapted to include PHC research and practice capacity building,

distinguishing European countries that are at an earlier stage of PHC nursing development from others that are wealthier or are at a more advanced stage. Countries where nursing is considered an important partner of the national healthcare system, including the UK, Sweden, Finland and the Netherlands, could be instrumental in creating partnerships with less-privileged countries, to develop the required critical mass of nurse experts and the cultural change needed for capacity building in PHC. The EU project 'Development of a Continuous Professional Educational Programme for Nurses in Public Health' is one such example of building capacity in public health nursing and demonstrating nurses' contribution to public's health.<sup>21</sup> This is also the aim of the 7th Framework Programme of the EU, and particularly of the call for 'Unlocking and developing the research potential of research entities established in the EU's convergence regions and outermost regions'.<sup>22</sup>

Investment in research networks to develop an evidence-based culture in primary care, a priority for the UK since 1998,<sup>15</sup> and Australia since 2000,<sup>23</sup> provides another golden opportunity for nursing staff working in countries with limited resources and capacity in nursing. Although research is still scarce, there is some evidence that nursing staff participating in research networks greatly benefit, even though they appear to be lagging behind their physician counterparts.<sup>23</sup> An example of an interdisciplinary practice-based research network is the one established in 2001 by the International Federation of Primary Care Research Networks,<sup>24</sup> aiming to support research for the benefit of patients by building capacity, taking initiatives in policy and advocacy and doing collaborative research. Although the network still consists mostly of general practitioners, it is imperative that a critical mass of young, technology-savvy nurses, midwives and health visitors becomes motivated to join in and contribute. A clear prerequisite for this to occur is the employment of mentors who will serve as role models and navigators in uncharted waters. To this end, the Workgroup of European Nurse Researchers<sup>25</sup> is developing valuable partnerships with governmental agencies and professional nursing organisations, sharing experience and expertise in the field of PHC nursing.

Although capacity-building strategies differ according to local, cultural, political and professional contexts, the main choice is between an 'inclusive' and 'exclusive' approach.<sup>26</sup> Regardless of the approach chosen, securing the required adaptability for all PHC staff in clinical, administrative and academic settings to freely move along a career trajectory that allows for continuous growth and change continues to be the ultimate challenge to all parties involved. Towards that end, recent policy documents formulated by the UK Clinical Research Collaboration (UKCRC) Workforce Careers Nursing Group,<sup>27</sup> and recommendations for

nurses in the UK on how to develop a 'bench-to-bedside' approach towards applied research,<sup>28</sup> provide essential leadership to other European countries with similar concerns. How those recommendations, developed in privileged European countries, could be adopted by countries in different geographical, cultural and political contexts is still questionable, highlighting the need for a stepwise model with clear guidance to countries where capacity and resources in nursing are lacking.

The most important step in building research capacity from within is to realise the potential of relevant research to transform practice by transforming the way nurses and midwives think and understand situations.<sup>29</sup> In that respect, the development of research and practice networks throughout all regional health systems in Greece would be a step towards successful primary healthcare reform. Such networks would facilitate the widespread use of culturally adapted, validated tools,<sup>8,11</sup> allowing for baseline data collection and development of a national data bank, a daunting task assigned to the recently formed Hellenic Regulatory Body of Nurses. Upon completion, it could provide valuable insight to the real professional status and needs of all PHC personnel, in order to set up coherent and effective capacity building.

At a time when other disciplines are taking steps to close the gap between research, policy and practice, as well as widening their scope of activity,<sup>17</sup> it is imperative that primary healthcare nurses, professional organisations and health authorities in Europe come to a consensus, proposing a paradigm shift in the content of capacity building in PHC. Acknowledging the link between research capacity building, and developing a strong, autonomous body of capable primary healthcare nurses will be instrumental in achieving discipline recognition throughout Europe.

## REFERENCES

- 1 Poole D. Building community capacity to promote social and public health: challenges for universities. *Health and Social Work* 1997;35:1321-4.
- 2 Crisp BR, Swerissen H and Duckett SJ. Four approaches to capacity building in health: consequences for measurement and accountability. *Health Promotion International* 2000;15:99-107.
- 3 Hirschfeld MJ. WHO priorities for a common nursing research agenda. *International Nursing Review* 1998;45:13-14.
- 4 Moreno-Casbas T, Martin-Arribas C, Orts-Cortes IS and Comet-Cortes P. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35:857-63.
- 5 Ross F, Smith E, Mackenzie A and Masterson A. Identifying research priorities in nursing and midwifery service delivery and organisation: a scoping study. *International Journal of Nursing Studies* 2004;41:547-58.

- 6 McCarthy G, Savage E and Lehane E. Research priorities for nursing and midwifery in Southern Ireland. *International Nursing Review* 2006;53:123–8.
- 7 Ketefian S, Redman RW, Hanucharurnkul S, Masterson A and Neves EP. The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *International Nursing Review* 2001;48:152–63.
- 8 Markaki A, Antonakis N, Philalithis A and Lionis C. Needs assessment of nursing staff in primary health care: the Cretan experience. *International Nursing Review* 2006;53:16–8.
- 9 Kavouara M, Zavras D, Kyriopoulos J. Quantitative and qualitative definition of essential nursing personnel in Greece [in Greek]. *Nosilefsiki* 2003;42:457–68.
- 10 Lionis C and Markaki A. Nurses in primary health care: a necessity or utopia [in Greek]? *Primary Health Care* 2006;18:164–5.
- 11 Markaki A, Antonakis N, Hicks CM and Lionis C. Translating and validating a training needs assessment tool into Greek. *BMC Health Services Research* 2007;7:65.
- 12 Austin L, Luker K and Martin R. Clinical nurse specialists and the practice of community nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006;54:542–52.
- 13 Kalokerinou A, Sourtzi P and Lanara V. Community nursing education and training in Greece. *European Nurse* 1998;3:170–6.
- 14 Instituto de Salud Carlos III. *Nursing Research in Europe: a scoping report*. Madrid, Spain: Instituto de Salud Carlos III, 2005.
- 15 Offredy M. Supporting research in primary care: building capacity from within. *Quality in Primary Care* 2007;15:73–5.
- 16 Campbell SM, Roland MO, Bentley E *et al*. Research capacity in UK primary care. *British Journal of General Practice* 1999;49:967–70.
- 17 Albert E and Mickan S. Closing the gap and widening the scope. New directions for research capacity building in primary health care. *Australian Family Physician* 2003;32:1038–40, 1043.
- 18 James V and Clark JM. Benchmarking research development in nursing: Curran's competitive advantage as a framework for excellence. *Journal of Research in Nursing* 2007;12:269.
- 19 McDonald J, Brown L and Murphy A. Strengthening primary health care: building the capacity of rural communities to access health funding. *Australian Journal of Rural Health* 2002;10:173–7.
- 20 Smith L. Nursing research in Europe: a progress report. *Journal of Research in Nursing* 2007;12:293.
- 21 Danielson E, Krogerus-Therman I, Sivertsen B and Sourtzi P. Nursing and public health in Europe – a new continuous education programme. *International Nursing Review* 2005;52:32–8.
- 22 Seventh Research Framework Programme (FP7) [www.cordis.europa.eu/lp7/dc](http://www.cordis.europa.eu/lp7/dc) (accessed 6 March 2008).
- 23 Ried K, Farmer EA, Weston KM. Setting directions for capacity building in primary health care: a survey of a research network. *BMC Family Practice* 2006;7:8.
- 24 International Federation of Primary Care Research Networks. [www.ifpcrn.org](http://www.ifpcrn.org) (accessed 6 March 2008).
- 25 Workgroup of European Nurse Researchers. [www.wenr.org](http://www.wenr.org) (accessed 6 March 2008).
- 26 Green B, Segrott J, Priest H *et al*. Research capacity for everyone? A case study of two academic nursing schools' capacity building strategies. *Journal of Research in Nursing* 2007;12:247.
- 27 UK Clinical Research Collaboration (UKCRC). *Developing the Best Research Professionals: qualified graduate nurses; recommendations for preparing and supporting clinical academic nurses of the future*. Report of the UKCRC Workforce Careers (Nursing), 2006.
- 28 Jackson C, Butterworth T. Every-one's business, no-one's responsibility; reporting clinical academic research activity by nurses in the United Kingdom. *Journal of Research in Nursing* 2007;12:213.
- 29 Stainton C. The power of nursing. *Reflections on Nursing Leadership* 2005;2: 16–9, 22.

#### ADDRESS FOR CORRESPONDENCE

Adelais Markaki, Collaborating Scientist, Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, PO Box 2208, 71003, Heraklion, Greece. Tel: +30-2810-394671; fax: +30-2810-394606; email: [adamarkaki@yahoo.com](mailto:adamarkaki@yahoo.com)

## 5. Συζήτηση

### 5.1. Κύρια ευρήματα

#### 5.1.1. Υφιστάμενη κατάσταση, στελέχωση και κατανομή σύνθεσης νοσηλευτικού προσωπικού στα ΚΥ/ΠΙ της Κρήτης

Από την επεξεργασία των επιλεγμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια των δύο φάσεων της μελέτης, σκιαγραφήθηκε με σαφήνεια η υφιστάμενη κατάσταση, η στελέχωση και κατανομή σύνθεσης του νοσηλευτικού δυναμικού που υπηρετούσε στα ΚΥ/ΠΙ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης. Πρόκειται για έναν ομοιογενή και σταθερό πληθυσμό, με περιορισμένη επαγγελματική κινητικότητα και διακυμάνσεις στο εκτελούμενο έργο. Αυτός απαρτιζόταν κυρίως από γυναίκες που κατοικούσαν κοντά στον τόπο εργασίας, ηλικίας 30-49 ετών, με οικογενειακές υποχρεώσεις και οι οποίες εργάζονταν επί πολλά χρόνια στο χώρο της ΠΦΥ, συχνά και στο ίδιο ΚΥ ή ΠΙ.

Περίπου το ήμισυ του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελείτο από βοηθούς νοσηλευτών, πτυχιούχους ΔΕ, οι οποίοι συχνά εργάζονταν χωρίς την εποπτεία και υποστήριξη νοσηλευτών-ΤΕ, όπως ορίζεται από τα αντίστοιχα επαγγελματικά δικαιώματα.<sup>54</sup> Σε ιδιαίτερα απομονωμένα και δυσπρόσιτα ΚΥ ή ΠΙ, οι βοηθοί νοσηλευτών, οι οποίοι συχνά διέμεναν στην περιοχή ευθύνης, αποτελούσαν το ευκολότερα προσελκύσιμο μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό, με τις λιγότερες μετακινήσεις και το μεγαλύτερο προσδόκιμο να παραμείνουν στη θέση τους κατά τη διάρκεια της εργασιακής ζωής τους. Αυτό το στοιχείο εξηγεί γιατί η πλειονότητα των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων ΔΕ ήταν καλυμμένες, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες θέσεις που παρέμεναν κενές. Αντίθετα, οι θέσεις των επισκεπτών υγείας ήταν οι πλέον δύσκολες να καλυφθούν λόγω της μεγάλης ζήτησης (πολλές προβλεπόμενες οργανικές θέσεις) και της αντίστοιχα μικρής προσφοράς, εμπόδιο που έχει αναδειχθεί και από προηγούμενη μελέτη.<sup>43</sup>

Διαπιστώθηκε επίσης μακροχρόνια υποστελέχωση και ανισοκατανομή ειδικοτήτων (skill mix), τόσο συνολικά σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, όσο και ξεχωριστά για κάθε ένα από τα 14 ΚΥ (*Παράρτημα Α - Πίνακας 3*). Οι πλέον απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες, λόγω γεωγραφικής θέσης, μονάδες είχαν το μεγαλύτερο πρόβλημα στελέχωσης με προσωπικό ΤΕ, εύρημα που συμφωνεί με αυτό αντίστοιχης μελέτης από την υγειονομική περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας.<sup>49</sup> Παράλληλα, οι ισχύοντες οργανισμοί των ΚΥ, οι περισσότεροι άνω των 15 ετών, μοιάζουν να είναι ξεπερασμένοι και χρήζουν άμεσης επανεξέτασης ενόψει των νέων πληθυσμιακών, και χωροταξικών δεδομένων αλλά και των νέων προτεραιοτήτων στο χώρο της ΠΦΥ.

#### 5.1.2. Ανάλυση εργασίας και επαγγελματικό προφίλ

Μείζον εύρημα και των δύο μετρήσεων της μελέτης (δημοσίευση #2 και #5) ήταν ότι οι πτυχιούχοι ΔΕ δε διέφεραν από τους ΤΕ στην καθημερινή τους

νοσηλευτική πρακτική. Ως συνέπεια, οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια επαγγελματικά χαρακτηριστικά (προφίλ), γεγονός μη αναμενόμενο με βάση τα διαφορετικά επαγγελματικά δικαιώματα<sup>55</sup> και τη διαφορετική έμφαση στο αντικείμενο σπουδών μεταξύ ΔΕ και ΤΕ προγραμμάτων εκπαίδευσης. Συγκριτική μελέτη στη ΜΒ, Αυστραλία και ΗΠΑ,<sup>35</sup> καθώς και μελέτη από την Ινδονησία,<sup>36</sup> όπου επίσης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο TNA, αναφέρει παρόμοια αποτελέσματα. Μία πιθανή ερμηνεία για τη μικρή διαφοροποίηση των νοσηλευτών διαφορετικών εκπαιδευτικών βαθμίδων, ως προς τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και το πώς αντιλαμβάνονται το ρόλο τους, είναι ότι σε πραγματικές εργασιακές συνθήκες, οι νοσηλευτές παρέχουν οποιαδήποτε νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται, ανεξάρτητα από τα όρια των ικανοτήτων τους ή τα επαγγελματικά τους δικαιώματα.<sup>36</sup>

Τα σημεία διαφοροποίησης της καθημερινής πρακτικής των ΤΕ πτυχιούχων από τους ΔΕ αφορούσαν: α) τη μεγαλύτερη σημασία που αποδίδεται στην επικοινωνία με τους ασθενείς και στη δραστηριοποίηση στην πρόληψη (δημοσίευση #5), και β) τη συχνότερη ανάληψη του συμβουλευτικού ρόλου και τη λήψη ιστορικού του αρρώστου (δημοσίευση #2). Ενδιαφέρον επίσης ήταν το εύρημα ότι η Ομάδα Δ (μαιές και επισκέπτες υγείας) αναλάμβανε συχνότερα τον εκπαιδευτικό ρόλο στην καθημερινή πρακτική σε σχέση με την Ομάδα Γ (νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών). Δεν είναι γνωστό εάν το εύρημα αυτό οφείλεται στον αυξημένο φόρτο εργασίας των νοσηλευτών, λόγω της σοβαρής υποστελέχωσης<sup>43</sup> που δεν τους επιτρέπει να διαθέσουν τον απαιτούμενο χρόνο ανά ασθενή και συνοδό για διδασκαλία και εμπέδωση, ή λόγω ελλείψεων σε επίπεδο γνώσεων ή δεξιοτήτων. Μία άλλη όμως εξήγηση θα μπορούσε να είναι η διαφορετική εστίαση των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών, με αυτά των επισκεπτών/τριών υγείας και μαιών/ευτών να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας, από αυτά των πτυχιούχων νοσηλευτικής.<sup>56,57</sup> Αν και δύο σχετικά παραδείγματα καινοτόμων παρεμβάσεων από μαιές στην ύπαιθρο της Κρήτης στηρίζουν αυτή την εξήγηση,<sup>58,59</sup> η περαιτέρω μελέτη του θέματος κρίνεται σκόπιμη.

Άξιο επίσης συζήτησης εύρημα ήταν η εστίαση του νοσηλευτικού προσωπικού σε κλινικά θέματα, με συχνότερες νοσηλευτικές πράξεις τη λήψη ζωτικών σημείων, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, την παροχή πρώτων βοηθειών, και τις αιμοληψίες. Η απουσία δεξιοτήτων συμβουλευτικής και πρόληψης, σύνθετων διεργασιών που απαιτούν εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία, δε συμβαδίζουν με την εικόνα άλλων πιο εξελιγμένων χωρών, όπου η πρόληψη και η προαγωγή υγείας αποτελούν τον κύριο κορμό της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής πρακτικής.<sup>22,60-62</sup> Το παραπάνω εύρημα θα μπορούσε να αποδοθεί σε διάφορους λόγους, όπως η έλλειψη ειδικής εκπαίδευσης και κατάρτισης των Ελλήνων νοσηλευτών στην ΠΦΥ,<sup>42,43,63</sup> το περιορισμένο και συγκεχυμένο οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ασκείται η νοσηλευτική πρακτική στα ΚΥ/ΠΠ,<sup>44,45,64</sup> καθώς και η απουσία προτύπων. Αντίθετα, μία προσαρμοσμένη στην κοινοτική νοσηλευτική εξειδίκευση θα επιδρούσε καταλυτικά στη συχνότητα και στην αποτελεσματικότητα με την οποία εκτελούνται οι δραστηριότητες προαγωγής υγείας, στην αυτονομία και στη διάκριση των ρόλων μεταξύ επαγγελματιών υγείας.<sup>8,11,62,65</sup>



Τέλος, αξιοσημείωτο ήταν το εύρημα ότι η κατοχή τίτλου νοσηλευτικής ή μαιευτικής ειδικότητας, πέρα από τις προπτυχιακές σπουδές, διαφοροποιούσε τη συχνότητα άσκησης συμβουλευτικού ρόλου, την αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου και την ενασχόληση με την κατ'οίκον νοσηλεία. Με δεδομένο ότι κανένας τίτλος ειδικότητας δεν είχε ως γνωστόικό αντικείμενο την κοινοτική νοσηλευτική ή ΠΦΥ, το εύρημα αυτό επισημαίνει τη θετική επίδραση της ευρύτερης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

### **5.1.3. Εργαλείο εκτίμησης αναγκών κατάρτισης**

Το μείζον εύρημα αυτής της μελέτης (δημοσίευση #3) ήταν ότι η μετάφραση και πολιτισμικά προσαρμοσμένη έκδοση του ερωτηματολογίου «*Εκτίμηση Αναγκών Κατάρτισης*» βρέθηκε να είναι συγκρίσιμη με την πρωτότυπη Αγγλική, ως προς την εγκυρότητα και αξιοπιστία, και κατάλληλη για την εκτίμηση των επαγγελματικών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση ανέδειξε επτά παράγοντες οι οποίοι ήταν σε συμφωνία με τους αντίστοιχους παράγοντες (superordinate categories) της πρότυπης Αγγλικής έκδοσης του ερωτηματολογίου.<sup>32,35</sup> Προτάθηκε η χρήση του εργαλείου στην απλουστευμένη του έκδοση, με δύο από τις τέσσερις κλίμακες (Α,Β) ή (Γ,Δ), για την αποφυγή δυσκολιών στη συμπλήρωση του εργαλείου και για την επίτευξη μεγαλύτερου αριθμού απαντήσεων.

### **5.1.4. Στάσεις, απόψεις, κίνητρα, εμπόδια για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση στην εργασία**

Μείζον εύρημα αυτής της μελέτης (δημοσίευση #4) ήταν η ανάδειξη του αποσπασματικού και ευκαιριακού χαρακτήρα των προγραμμάτων ΣΕ και κατάρτισης. Η ερμηνεία αυτού του ευρήματος μπορεί να αποδοθεί σε μία σειρά παραγόντων, όπως : α) η απουσία ενός ενιαίου πλαισίου εκπαιδευτικής πολιτικής σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, στοχευμένου στη συστηματική ανίχνευση αναγκών κατάρτισης κάθε επαγγελματικής ομάδας,<sup>66,67</sup> β) η έλλειψη διαθέσιμων οικονομικών πόρων για επιμόρφωση στον ευρύτερο τομέα της υγείας, γ) η απουσία οικονομικής και διοικητικής αυτονομίας και αυτοτέλειας των ΚΥ στη διαχείριση του προϋπολογισμού, καθώς και του ανθρώπινου δυναμικού τους,<sup>68,69</sup> και δ) οι λίγες προσφερόμενες ευκαιρίες ΣΕ και κατάρτισης για το νοσηλευτικό προσωπικό, σε σύγκριση με αυτές για το ιατρικό ή διοικητικό προσωπικό.

Η θετική στάση απέναντι στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση από την πλειονότητα του προσωπικού, ανεξαρτήτως εκπαιδευτικού επιπέδου και ειδικότητας, πιθανά υποδηλώνει το έντονο ενδιαφέρον του για βελτίωση και επικαιροποίηση των γνώσεων και δεξιοτήτων. Παράλληλα όμως επισημάνθηκε η αναγκαιότητα στενότερης διασύνδεσης μεταξύ φορέων παροχής ΣΕ και υγειονομικών μονάδων στην ύπαιθρο, με στόχο την παροχή περισσότερων

ευκαιριών στοχευμένης κατάρτισης στο χώρο εργασίας και την εφαρμοσμένη (κλινική) εκπαίδευση. Αυτό το εύρημα είναι σε συμφωνία με αυτό αντίστοιχης μελέτης σε όλη την Ελλάδα<sup>70</sup> και ερμηνεύεται από τη θεωρητική έμφαση και τον ιατροκεντρικό ή διοικητικό προσανατολισμό των παρεχόμενων προγραμμάτων κατάρτισης.

Τα κύρια κίνητρα ΣΕ και κατάρτισης για το νοσηλευτικό προσωπικό ΠΦΥ ήταν η βαθμολογική εξέλιξη και η αναγνώριση από τους συναδέλφους, με τις οικονομικές απολαβές (εκπαιδευτικά επιδόματα) να αποτελούν το λιγότερο σημαντικό κίνητρο, σε αντίθεση με μελέτη κοινοτικών νοσηλευτών στη ΜΒ.<sup>71</sup> Αξιοσημείωτο επίσης ήταν και το εύρημα ότι το προσωπικό που αναλάμβανε συχνότερα καθήκοντα κατ'οίκον νοσηλείας επεδείκνυε λιγότερο ενδιαφέρον για ΣΕ, με τις οικονομικές απολαβές να αποτελούν ένα από τα πιο σημαντικά κίνητρα κατάρτισης. Η ερμηνεία αυτού του ευρήματος απαιτεί περαιτέρω έρευνα εστιασμένη στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατ'οίκον νοσηλείας, όπως έχει σημειωθεί σε αντίστοιχες περιπτώσεις και από άλλους ερευνητές.<sup>72</sup>

Τα κύρια εμπόδια για την παρακολούθηση προγραμμάτων ΣΕ και κατάρτισης, όπως οι οικογενειακές υποχρεώσεις και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, ήταν σε συμφωνία με αυτά που ανέφερε το προσωπικό στα νοσοκομεία,<sup>70</sup> ενώ η απόσταση του χώρου κατάρτισης υπογράμμιζε τις ιδιαιτερότητες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε απομονωμένες και δυσπρόσιτες μονάδες, και όσοι δε διαθέτουν μεταφορικό όχημα ή άδεια οδήγησης. Επίσης, η έλλειψη επαρκούς ή έγκαιρης πληροφόρησης και επαγγελματικής καθοδήγησης ήταν ενδεικτικά της σημασίας και αναγκαιότητας θεσμοθέτησης θέσης διοικητικού διευθυντή στα ΚΥ, αντίστοιχα με πρόσφατη αλλαγή στη ΜΒ.<sup>73</sup> Τέλος, η πολύ περιορισμένη γνώση χρήσης Η/Υ, διαδικτύου και Αγγλικής γλώσσας, καθώς και η έλλειψη εξοπλισμού στους χώρους εργασίας, αποτελούσαν επιπρόσθετα εμπόδια στην εξ αποστάσεως ηλεκτρονική μάθηση και επαγγελματική εξέλιξη.

#### **5.1.5. Ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης στην εργασία**

Κύριο εύρημα και από τις δύο φάσεις της μελέτης (δημοσίευση #4, #5) ήταν ότι οι πρωταρχικές ανάγκες για ΣΕ και κατάρτιση εντοπίστηκαν σε γνωστικά αντικείμενα βασικών ή απαραίτητων γνώσεων και δεξιοτήτων (core knowledge), ενώ ακολουθούσαν τα αντικείμενα εξειδικευμένης ή τεχνολογικής γνώσης (specialized knowledge). Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με αντίστοιχη μελέτη εργαζομένων σε νοσοκομεία του ΕΣΥ<sup>70</sup> και αναδεικνύει τα βασικά ελλείματα γνώσης και δεξιοτήτων στα ΚΥ. Η κατάσταση της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας (πρώτες βοήθειες) στην πρώτη θέση, πιθανά αντανακλά την αγωνία του προσωπικού να προσφέρει τις απαραίτητες επείγουσες προ-νοσοκομειακές υπηρεσίες, συχνά κάτω από αντίξοες συνθήκες, με υποτυπώδη εξοπλισμό και χωρίς τη δυνατότητα άμεσης παραπομπής σε ιατρούς ειδικοτήτων. Παράλληλα, η κατάσταση των προγραμμάτων πρώιμης διάγνωσης, και πρόληψης-προαγωγής υγείας στη δεύτερη και τρίτη θέση αντίστοιχα, μάλλον επιβεβαιώνει τα ευρήματα της ανάλυσης εργασίας και του επαγγελματικού προφίλ.

Κύριο εύρημα της α' φάσης της μελέτης (δημοσίευση #4) ήταν ότι οι ρόλοι, τα καθήκοντα, και το εύρος της νοσηλευτικής πρακτικής διαφοροποιούσαν τις ανάγκες κατάρτισης. Έτσι, ο κλινικός και διοικητικός ρόλος, η ανάληψη δραστηριοτήτων πρόληψης, η πρόωμη διάγνωση, η ιεράρχηση περιστατικών, και ο σχεδιασμός μέτρων δημόσιας υγείας σχετιζόνταν θετικά με επλεγμένες ανάγκες κατάρτισης, τόσο σε βασικά όσο και σε εξειδικευμένα γνωστικά αντικείμενα. Επίσης, το προσωπικό που ήταν εξοικειωμένο με Η/Υ και χρησιμοποιούσε τεχνολογίες πληροφορικής είχε διαφορετικές ανάγκες κατάρτισης, με τα γνωστικά αντικείμενα «επικοινωνία-διαπροσωπικές σχέσεις», «διαχείριση συγκρούσεων», «δεοντολογία», και «τεχνολογία πληροφορικής» να έχουν υψηλότερη προτεραιότητα. Το εύρημα αυτό, αν και παρόμοιο με αυτό που έχει αναφερθεί από προηγούμενους ερευνητές,<sup>38</sup> χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, μιά και η συνολική εικόνα του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ιδιαίτερα απογοητευτική ως προς τις ελλείψεις στην πληροφορική σε επίπεδο γνώσεων, εξοπλισμού και προσβασιμότητας.

Από τη β' φάση της μελέτης (δημοσίευση #5) αναδείχθηκαν ανάγκες κατάρτισης σε 14 δεξιότητες, οι οποίες ταξινομήθηκαν σε: ερευνητικές/ελεγκτικές, κλινικές, διευθυντικές/εποπτικές, διαπροσωπικές/συνεργασίας και διαχειριστικές/διοικητικές. Οι ερευνητικές/ελεγκτικές δεξιότητες ήταν οι πλέον απαραίτητες, αντίστοιχα με συγκριτική μελέτη στη ΜΒ/ΗΠΑ/Αυστραλία όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο εργαλείο,<sup>35</sup> υποδηλώνοντας τη σχέση μεταξύ ανάπτυξης ερευνητικών δεξιοτήτων και επαγγελματικής εξέλιξης. Μη αναμενόμενο ήταν το εύρημα ότι η ηλικία και η εργασιακή εμπειρία δεν διαφοροποιούσαν τις ανάγκες κατάρτισης, αν και προηγούμενη μελέτη είχε αναδείξει συσχέτιση της ικανοποίησης από συμμετοχή σε προγράμματα κατάρτισης τόσο με την ηλικία (αρνητική συσχέτιση) όσο και με την εργασιακή εμπειρία.<sup>70</sup> Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι τόσο οι οργανωτικές αλλαγές όσο και τα κατάλληλα προγράμματα κατάρτισης θα μπορούσαν να είναι εξίσου αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των 13 από τις 14 ανάγκες κατάρτισης.

#### **5.1.6. Ανάγκες επαγγελματικής εξέλιξης**

Όπως προκύπτει από τη μελέτη (δημοσίευση #2), οι ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης στα ΚΥ/ΠΙ της Κρήτης ήταν αποσπασματικές, ενώ η περιορισμένη εργασιακή ικανοποίηση, η ενδεχόμενη και προβλεπόμενη διαρροή, καθώς και η δυσκολία προσέλκυσης ΤΕ προσωπικού στην ύπαιθρο αποτελούσαν κρίσιμα ζητήματα για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων. Όπως ήταν αναμενόμενο, η έλλειψη υποστηρικτικού-συμβουλευτικού μηχανισμού αναφέρθηκε ως κύριος λόγος δυσαρέσκειας. Παράλληλα, η μη ύπαρξη εξειδικευμένου καθηκοντολόγιου στην ΠΦΥ και η μη λειτουργία της ομάδας υγείας συνέβαλαν στην παρατηρούμενη σύγχυση ρόλων και στις δυσκολίες συνεργασίας. Σε αντίθεση λοιπόν με μελέτη στην υγειονομική περιφέρεια Αττικής,<sup>46</sup> οι εργαζόμενοι στα ΚΥ της Κρήτης φάνηκε να αναζητούν τη θέση τους στο συγκεκριμένο οργανόγραμμα και να διαπραγματεύονται τις

καθημερινές δραστηριότητες τους, οι οποίες συχνά ξέφευγαν από τα καθιερωμένα επαγγελματικά πρότυπα, λόγω της σοβαρής υποστελέχωσης.

Εξαιρέση από την επικρατούσα τάση χαμηλών προσδοκιών που χαρακτήριζε όλες τις ομάδες φαίνεται να αποτελούσαν οι μαιές, οι οποίες εμφανίζονταν περισσότερο ενεργοποιημένες, επιδιώκοντας με τα λιγοστά διαθέσιμα μέσα στα ΚΥ και ΠΙ να διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες και να βελτιώσουν την εργασιακή τους επίδοση. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με αυτό αντίστοιχης μελέτης από την Ινδονησία, όπου παρατηρήθηκε ότι οι μαιές είχαν τη δυνατότητα να αναλάβουν διευρυμένους ρόλους σε ένα περιβάλλον μεταρρύθμισης στον υγειονομικό τομέα.<sup>74</sup>

Τα παραπάνω ευρήματα συνηγορούν στην αναγκαιότητα αλλαγής της υπάρχουσας, μη εποικοδομητικής οργανωτικής κουλτούρας,<sup>51</sup> μέσα από την ανάπτυξη δραστηριοτήτων συνεχιζόμενης επαγγελματικής εξέλιξης για όλους τους επαγγελματίες υγείας, στους ίδιους τους χώρους ΠΦΥ. Άλλωστε, όπως έχει υποστηριχθεί, αυτές οι δραστηριότητες βελτιώνουν τις δεξιότητες και την αυτοεκτίμηση των εργαζομένων, με συνέπεια τη διεύρυνση των ρόλων και τελικά την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας.<sup>73</sup>

#### **5.1.7. Προκλήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό ΠΦΥ στην Ελλάδα και στην Ευρώπη**

Η κυριότερη πρόκληση που προκύπτει από τα άρθρα σύνταξης (δημοσίευση #6 και #7) είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ανάπτυξης ερευνητικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα. Η διάχυση της γνώσης και η εφαρμογή εμπειριών που αποκτήθηκαν από άλλες χώρες, με πιο ανεπτυγμένη νοσηλευτική επιστήμη και προηγμένη νοσηλευτική άσκηση στην ΠΦΥ, παρουσιάζεται ως πρόκληση για τη σημερινή Ευρώπη. Η σύμπραξη μεταξύ ανεπτυγμένων και λιγότερο ανεπτυγμένων χωρών για την προετοιμασία μιας κρίσιμης μάζας εξειδικευμένων νοσηλευτών και την υιοθέτηση μιας θετικής οργανωτικής κουλτούρας αποτελεί το ζητούμενο για την αντιμετώπιση αυτής της πρόκλησης.

Το χαρακτηριστικό γνώρισμα των χωρών οι οποίες ακόμη επιδιώκουν την αναγνώριση της νοσηλευτικής ως ισότιμου εταίρου, όπως η Ελλάδα, είναι ότι υστερούν σε προηγμένη νοσηλευτική πρακτική και έρευνα. Στην Ελλάδα, συστηματικές προσπάθειες διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ δεν έχουν γίνει και δεν υπάρχει εθνικός στρατηγικός σχεδιασμός για την αντιμετώπιση των σοβαρών ελλείψεων σε εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.<sup>43</sup> Παράλληλα, όπως προκύπτει από τη δημοσίευση #7, υπογραμμίζονται συγκεκριμένοι περιορισμοί στο εύρος της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής πρακτικής, οι οποίοι χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης. Ένας από αυτούς, για το προσωπικό που δραστηριοποιείται στην ύπαιθρο, είναι το άτυπο εργασιακό καθηκοντολόγιο που δίνει έμφαση στην τεχνολογική, προνοσοκομειακή φροντίδα, αγνοώντας τις πραγματικές προτεραιότητες της ΠΦΥ.

Όπως προκύπτει από τη δημοσίευση #6, στην Ελλάδα η συμμετοχή έμπειρων νοσηλευτών σε θέματα ΠΦΥ στα κέντρα λήψης αποφάσεων των υγειονομικών περιφερειών, καθώς και οι νέοι ρόλοι που θα μπορούσαν να αναλάβουν, απετέλεσαν αντικείμενο συζήτησης τα τελευταία χρόνια που δυστυχώς όμως δεν βρήκε την απαιτούμενη ανταπόκριση.<sup>48</sup> Στο πλαίσιο μίας ακόμη επικείμενης νομοθεσίας για την ΠΦΥ, κρίνεται απαραίτητο το αίτημα αυτό να αποτελέσει άμεση προτεραιότητα, τόσο για την επιστημονική κοινότητα όσο και για τους συνδικαλιστικούς φορείς, σε επίπεδο υγειονομικών περιφερειών, τοπικής αυτοδιοίκησης, και Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Διαφορετικά, η οποιαδήποτε αναφορά σε μέτρηση ποιότητας πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ή σε τεκμηριωμένη νοσηλευτική άσκηση κρίνεται από ανέφικτη έως ουτοπική.

## 5.2. Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης

Η μελέτη εστιάστηκε σε μία μόνο υγειονομική περιφέρεια της Ελλάδος και ως εκ τούτου δεν είναι άνευ κινδύνου η γενίκευση των αποτελεσμάτων της σε άλλες υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, αν και δεν υπάρχουν δεδομένα που να συνηγορούν στη διαφορετική σύνθεση και στελέχωση των ΚΥ και ΠΠ ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Σημειώνεται ότι η Κρήτη διαφέρει αναφορικά με τη στελέχωση και σύνθεση κατανομής ειδικοτήτων στα ΚΥ/ΠΠ από την υγειονομική περιφέρεια Δ. Ελλάδας, μοναδική περιφέρεια για την οποία υπήρχε διαθέσιμη μελέτη,<sup>49</sup> ενώ η συνολική στελέχωση της κυμαίνεται λίγο χαμηλότερα από το μέσο όρο για όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας.<sup>75</sup>

Ο σχετικά χαμηλός ρυθμός απάντησης (46.2%) στη β' φάση της μελέτης χρήζει περαιτέρω συζήτησης, ιδιαίτερα στο βαθμό που θα μπορούσε να επηρεάσει την ερμηνεία των αποτελεσμάτων στις δημοσιεύσεις #3 και #5. Μία ανάλυση όμως σύνθεσης των μη συμμετεχόντων στη μελέτη δεν έδωσε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες ήταν αντιπροσωπευτικοί και των 4 επαγγελματικών ειδικοτήτων, καθώς και των 14 ΚΥ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης.

Το σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος για παραγοντική ανάλυση αποτελεί ένα άλλο περιορισμό της μελέτης. Παρά το ότι δεν υπάρχει ομοφωνία ανάμεσα στους ερευνητές, το μέγεθος δείγματος θεωρήθηκε ως αρκετό, σύμφωνα με το κριτήριο  $N \text{ of cases} > N \text{ of items}$  (55 συμμετέχοντες  $>$  30 ερωτήσεις), όπως προτείνεται από τη σχετική βιβλιογραφία.<sup>76-78</sup>

Τέλος, ο σχετικά μεγάλος αριθμός εγγραφών από τις οποίες απουσίαζαν οι πληροφορίες (missing data), αποδόθηκαν σε έλλειψη εμπειρίας του δείγματος με ερευνητικά εργαλεία τα οποία ζητούν την ταυτόχρονη βαθμολόγηση κάθε ερώτησης σύμφωνα με 4 κριτήρια, αξίζει περαιτέρω συζήτησης πριν την ερμηνεία των σχετικών αποτελεσμάτων (δημοσίευση #3 και #5). Σε αντιδιαστολή με προηγούμενες διαπολιτισμικές μελέτες στάθμισης του ίδιου εργαλείου, όπου είχε εφαρμοσθεί στην απλούστερη του έκδοση με δύο από τις τέσσερις στήλες, η Ελληνική έκδοση περιλάμβανε και τις 4 στήλες, κάνοντας το ερωτηματολόγιο περισσότερο περίπλοκο και απαιτητικό ως προς τη συμπλήρωση.

### 5.3. Κύριες διαπιστώσεις της διατριβής αυτής με επιπτώσεις στην πολιτική υγείας

Από όλη την παραπάνω συζήτηση, διαπιστώνονται τα παρακάτω:

- Οι ισχύοντες οργανισμοί των ΚΥ χρειάζονται άμεση επανεξέταση με βάση τα νέα πληθυσμιακά, χωροταξικά και επιδημιολογικά δεδομένα, αλλά και τις νέες προτεραιότητες στο χώρο της ΠΦΥ. Προτείνεται η πρόβλεψη θέσεων διοικητικού διευθυντή, νοσηλευτών-ΠΕ και η επανεκτίμηση του αριθμού θέσεων επισκεπτών υγείας, με βάση τα ισχύοντα δεδομένα από την αγορά εργασίας.
- Η μη διαφοροποίηση της άσκησης του νοσηλευτικού έργου στα ΚΥ/ΠΙ μεταξύ των ΔΕ και ΤΕ πτυχιούχων έρχεται σε αντίφαση με τα αντίστοιχα επαγγελματικά δικαιώματα και με την έμφαση στο αντικείμενο σπουδών μεταξύ ΔΕ και ΤΕ προγραμμάτων εκπαίδευσης.
- Σε πραγματικές συνθήκες εργασίας, οι νοσηλευτές φαίνεται να παρέχουν ό,τι φροντίδα χρειάζεται, ανεξάρτητα από τα όρια των ικανοτήτων τους ή τα επαγγελματικά τους δικαιώματα.
- Η αυτόνομη και αποτελεσματική άσκηση νοσηλευτικού έργου στην ΠΦΥ προϋποθέτει την απόκτηση και πιστοποίηση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή ποιοτικής πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η απουσία εξειδίκευσης κοινοτικής νοσηλευτικής επιδρά στη συχνότητα και στην αποτελεσματικότητα με την οποία εκτελούνται οι δραστηριότητες προαγωγής υγείας, πρόληψης, και πρόωμης διάγνωσης.
- Η θετική επίδραση της ευρύτερης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αναδεικνύεται μέσα από την επίδραση ενός μετεκπαιδευτικού τίτλου νοσηλευτικής ή μαιευτικής ειδικότητας στο εύρος άσκησης του νοσηλευτικού έργου στα ΚΥ/ΠΙ.
- Το μεταφρασμένο στα Ελληνικά εργαλείο «Εκτίμηση αναγκών κατάρτισης» θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, στο πλαίσιο μιας πιλοτικής μελέτης νοσηλευτών μονάδων τεχνητού νεφρού που βρίσκεται ήδη σε εξέλιξη.
- Οι δυνατότητες για εξ αποστάσεως ηλεκτρονική μάθηση και επαγγελματική εξέλιξη δεν αξιοποιούνται επαρκώς λόγω της πολύ περιορισμένης γνώσης χρήσης Η/Υ, διαδικτύου και Αγγλικής γλώσσας, καθώς και της έλλειψης εξοπλισμού στους χώρους εργασίας.

- Στο πλαίσιο ενός συνολικού σχεδιασμού ανά υγειονομική περιφέρεια, κρίνεται απαραίτητη η διασύνδεση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με την κατάρτιση στην εργασία, καθώς και η ουσιαστική αξιολόγηση και πιστοποίηση των προγραμμάτων από ένα θεσμοθετημένο όργανο. Το όργανο αυτό, με την ευθύνη εποπτείας και συστηματικής ανίχνευσης των αναγκών κατάρτισης σε εθνικό επίπεδο, θα μπορούσε να διασφαλίσει ότι οι δράσεις κατάρτισης είναι όχι μόνο υψηλού επιπέδου αλλά και ότι ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες των εκπαιδευόμενων.
- Οι συνέπειες των ελλείψεων στην πληροφορική, τόσο σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων όσο και σε εξοπλισμό, έχουν διάφορες προεκτάσεις, καθώς το διαδίκτυο επιτρέπει την πρόσβαση σε ερευνητική γνώση παγκόσμιας εμβέλειας, βελτιώνοντας τη βασισμένη στις ενδείξεις πρακτική και την κλινική διακυβέρνηση.<sup>38</sup>
- Το προσωπικό διακατέχεται από ένα ψευδές αίσθημα ασφάλειας και μία τάση να κρατά τις προσδοκίες του για την απόδοση στην εργασία χαμηλές. Η έλλειψη ευκαιριών διεύρυνσης των επαγγελματικών οριζόντων καθιστά αδύναμο το προσωπικό στην ΠΦΥ να εκτιμήσει τις πραγματικές του ανάγκες και να συνειδητοποιήσει ότι χρειάζεται βελτίωση στην επίδοση του.<sup>79</sup>
- Η αντίσταση στην οργανωτική αλλαγή και στην καινοτομία σχετίζονται με το πόσο περιορισμένο ή διευρυνμένο αντιλαμβάνεται το ρόλο του το νοσηλευτικό προσωπικό στα ΚΥ/ΠΠ.



## 5.4. Ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και το *Θεωρητικό Πλαίσιο Μέτρησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας*,<sup>26</sup> ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα είναι τα εξής:

- Ποιά θεσμικά, διοικητικά ή οικονομικά μέτρα προσέλκυσης και παραμονής θα διασφαλίσουν το απαραίτητο αριθμητικά νοσηλευτικό προσωπικό στα ΚΥ και ΠΙ της υπαίθρου για τα επόμενα 20 χρόνια;
- Ποιά προγράμματα μετεκπαίδευσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης θα διασφαλίσουν το κατάλληλα εκπαιδευμένο, και επομένως ποιοτικό νοσηλευτικό προσωπικό στα ΚΥ και ΠΙ της υπαίθρου για τα επόμενα 20 χρόνια;
- Ποιές οργανωτικές αλλαγές θα συντελούσαν στην ενεργοποίηση των ομάδων υγείας και στην ανάληψη ενεργού ρόλου εκ μέρους των νοσηλευτών, μαιών και επισκεπτών υγείας στην παροχή ποιοτικής ΠΦΥ;
- Πως συσχετίζεται το επίπεδο στελέχωσης των ΚΥ (αναλογία νοσηλευτών/κατοίκους περιοχής ευθύνης) με την ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την εκπαίδευση στην αυτοδιαχείριση χρόνιων νοσημάτων και τον περιορισμό παραγόντων κινδύνου;
- Πως ελέγχεται και διασφαλίζεται η κλινική αποτελεσματικότητα νοσηλευτικών πράξεων και διαδικασιών στα συχνότερα χρόνια νοσήματα που συναντώνται στην ΠΦΥ;
- Ποιά η συσχέτιση κόστους με την αποτελεσματικότητα συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων στην ΠΦΥ;

## 6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

### 6.1 Συμπεράσματα

Κρίσιμα ζητήματα για την αποτελεσματική διαχείριση ανθρώπινων πόρων στα ΚΥ/ΠΠ της υγειονομικής περιφέρειας Κρήτης αποτελούν σήμερα η σοβαρή υποστελέχωση και ανισοκατανομή στη σύνθεση, η δυσκολία προσέλκυσης ΤΕ προσωπικού, οι περιορισμένες δυνατότητες εξέλιξης, η απουσία θεσμοθετημένου υποστηρικτικού-συμβουλευτικού μηχανισμού, η έλλειψη διακριτών ρόλων, και η μη εφαρμογή της ομάδας υγείας. Η καθημερινή νοσηλευτική πρακτική στα ΚΥ της Κρήτης μοιάζει να επικεντρώνεται στο κλινικό έργο, ενώ η προαγωγή υγείας και η πρόληψη μοιάζει να γίνεται αποσπασματικά και ευκαιριακά. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και τα επίπεδα επίδοσης των 4 ομάδων πτυχιούχων βρέθηκαν να είναι παρόμοια με μικρές διαφοροποιήσεις, ενώ ανάγκες περαιτέρω κατάρτισης δηλώθηκαν από όλο το προσωπικό, με μικρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των 4 ομάδων. Οι ερευνητικές/ελεγκτικές δεξιότητες κατέλαβαν την πρώτη θέση στην επιζητούμενη κατάρτιση, παράλληλα με τα αντικείμενα επιμόρφωσης στην επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα, πρόληψη, προαγωγή υγείας, και πρόωμη διάγνωση.

Με βάση τα παραπάνω, κρίνεται απαραίτητος ο στρατηγικός σχεδιασμός σε περιφερειακό επίπεδο δραστηριοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης στο χώρο εργασίας, ώστε να διασφαλίζεται ένα κοινό πλαίσιο επιμόρφωσης. Το πλαίσιο αυτό θα στοχεύει στις συγκεκριμένες ανάγκες κατάρτισης που αναδείχθηκαν ανάλογα με την κατηγορία εκπαίδευσης, την ειδικότητα, τις ατομικές ικανότητες, και τους ρόλους, τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες των καταρτιζόμενων. Επενδύοντας στη θετική στάση των εκπαιδευόμενων και στην ευρεία χρήση του εργαλείου «Εκτίμηση Αναγκών Κατάρτισης», το οποίο κρίθηκε εφαρμόσιμο στο ελληνικό περιβάλλον, τα εμπόδια που αναδείχθηκαν μπορούν να ξεπεραστούν μέσα από συγκεκριμένες επιλέξιμες δράσεις.

## 6.2. Προτάσεις

Η προσθήκη νέας γνώσης και δεδομένων αναφοράς από την υγειονομική περιφέρεια Κρήτης ως προς τη νοσηλευτική άσκηση και τις ανάγκες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξης, προσφέρει τη δυνατότητα σύγκρισης της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας με αυτήν στις υπόλοιπες υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδας, καθώς και με άλλες χώρες. Κατά συνέπεια, οι παρακάτω προτάσεις ενδέχεται να συμβάλουν στο γενικότερο σχεδιασμό ανάπτυξης του νοσηλευτικού και μαιευτικού επαγγέλματος που έχει κληθεί η χώρα μας να ολοκληρώσει, σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Μονάχου του 2000.<sup>80</sup>

1. Άμεσες ενέργειες για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού (96 κενές σε όλη την Κρήτη με βάση στοιχεία Σεπτ. 2007) προκειμένου να υπάρξει μία ελάχιστη αριθμητική επάρκεια. Παράλληλα, απαιτείται μία ορθολογικότερη κατανομή θέσεων ανά ειδικότητα και ΚΥ, με βάση όχι μόνο τους ποσοτικούς δείκτες αλλά και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες της κάθε περιοχής. Αυτό συνεπάγεται ανάπτυξη δεικτών στελέχωσης για νοσηλευτικό προσωπικό στην ΠΦΥ ανά υγειονομική περιφέρεια.
2. Σχεδιασμός και εκπόνηση κυκλικά επαναλαμβανόμενων προγραμμάτων κατάρτισης στους χώρους εργασίας, όλου του νοσηλευτικού προσωπικού των ΚΥ/ΠΙ και με ιδιαίτερη έμφαση στη συμμετοχή των βοηθών νοσηλευτών-ΔΕ. Οι δημογραφικές ιδιαιτερότητες του πληθυσμού-στόχου θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό αυτών των προγραμμάτων.
3. Δραστηροποίηση των νοσηλευτών, μαιών και επισκεπτών υγείας στην πρόληψη, αγωγή και προαγωγή υγείας μέσα από την ενεργοποίηση της ομάδας υγείας.
4. Παροχή ευκαιριών επαγγελματικής εξέλιξης και αναγνώρισης στο νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων, ιδιαίτερα στους βοηθούς νοσηλευτές, μέσα από την συμμετοχή σε διεπιστημονικές συναντήσεις, εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες με άλλους επαγγελματίες υγείας ή φορείς.
5. Αλλαγή οργανωτικής κουλτούρας στα ΚΥ μέσα από την ανάπτυξη κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης, κατανόησης των διαφορετικών ρόλων και συνεργασίας σε ομάδες υγείας.
6. Δημιουργία ενός Τμήματος ΠΦΥ στο οργανόγραμμα της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας, στελεχωμένου από νοσηλευτή υπεύθυνου για τον συντονισμό, την καθοδήγηση, τον σχεδιασμό όλων των ενεργειών/δραστηριοτήτων που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό στα ΚΥ/ΠΙ της Κρήτης.
7. Υιοθέτηση και χρήση επιλεγμένων νοσηλευτικών κατευθυντήριων οδηγιών για την διαχείριση των χρόνιων ασθενών και την μείωση των παραγόντων κινδύνου.

8. Χρήση εφαρμογών της πληροφορικής της υγείας για τη διασύνδεση των ΚΥ/ΠΠ μεταξύ τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη συστηματική παροχή προγραμμάτων τηλε-εκπαίδευσης.
9. Μέτρα προσέλκυσης και συγκράτησης νοσηλευτών στις μονάδες ΠΦΥ στην ύπαιθρο.
10. Θεσμοθέτηση της κοινοτικής νοσηλευτικής ειδικότητας και του νομικού πλαισίου που θα προσδιορίζει το εύρος άσκησης της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα.

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. World Health Organization. *World Health Report 2003: Shaping the future*. Geneva, 2003.  
[<http://www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2003/en/Chapter7-en.pdf>].
2. Noe R, Hollenbeck J, Gerhart B, Wright P. *Διαχείριση Ανθρώπινων Πόρων: Ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα*. Τόμος Α'. Επιμέλεια Κ. Αθανασόπουλος, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2006.
3. McCormick E. *Job analysis: Methods and applications*. American Management Association, New York; 1979.
4. Reinke W. (ed.) *Health Planning for Effective Management*. Oxford University Press, New York; 1988.
5. Lightfoot J. **Identifying needs and setting priorities: issues of theory, policy and practice**. *Health & Social Care in the Community* 1995, **3**:105-114.
6. Cowley S, Bergen A, Young K, Karanagh A. **A taxonomy of needs assessment, elicited from a multiple case study of community nursing education and practice**. *J Adv Nurs* 2000, **31**(1):126-134.
7. Todd CJ, Farquhar MC, Camilleri-Ferante C. **Team midwifery: the views and job satisfaction of midwives**. *Midwifery* 1998, **14**(4):214-224.
8. Jenkins-Clarke S, Carr-Hill R. **Changes, challenges and choices for the primary health care workforce: looking to the future**. *J Adv Nurs* 2001, **34**(6):842-849.
9. Cheek J, Jones J. **What nurses say they do and need: implications for the educational preparation of nurses**. *Nurse Educ Today* 2003, **23**(1):40-50.
10. Joel L. **Reflections and projections on nursing**. *Nurs Administration Quarterly* 2001, **26**(5):11-17.
11. Dowswell T, Wilkin D, Kirk S, Banks-Smith J. **Primary care groups and trusts: a threat or an opportunity for the development of community-based nursing in England**. *J Nurs Management* 2002, **10**:283-289.
12. Zee J, Kramer K, Derksen A, Kerkstra A, Stevens FCJ. **Community nursing in Belgium, Germany and the Netherlands**. *J Adv Nurs* 1994, **20**(5):791-801.
13. Laffrey S, Dickenson D, Diem E. **Role identity and job satisfaction of community health nurses**. *Int J Nurs Practice* 1997, **3**(3):178-87.
14. Nickel JT, Pituch MJ, Holton J, Didion J, Perzynski K, Wise J, McVey B. **Community nursing competencies: a comparison of educator, administrator, and student perspectives**. *Public Health Nurs* 2003, **12**(1):3-8.
15. Kaiser Laux K, Rudolph EJ. **In search of meaning: Identifying competencies relevant to evaluation of the community health nurse generalist**. *J Nurs Education* 1996, **35**(4):157-162.
16. Bramadat IJ, Chalmers K, Andrusyszyn MA. **Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: the perceptions of community nurses, administrators, and educators**. *J Adv Nurs* 1996, **24**:1224-1233.

17. Ewens A, Howkins E, McClure L. **Fit for purpose: does specialist community nurse education prepare nurses for practice?** *Nurse Educ Today* 2001, **21**(2):127-135.
18. Millward, LJ, Jeffries N. **The team survey: a tool for health care team development.** *J Adv Nurs* 2001, **35**(2):276-287.
19. Offredy M. **Supporting research in primary care: building capacity from within.** *Quality in Primary Care* 2007, **15**:73-5.
20. Campbell SM, Roland MO, Bentley E et al. **Research capacity in UK primary care.** *British Journal of General Practice* 1999, **49**:967-70.
21. Albert E, Mickan S. **Closing the gap and widening the scope. New directions for research capacity building in primary health care.** *Australian Family Physician* 2003, **32**:1038-40, 1043.
22. Twin S. **Editorial.** *Journal of Clinical Nursing* 2001, **10**:303-304.
23. Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment.* Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
24. Donabedian, A. **The quality of care: How can it be assessed?** *J American Med Assoc* 1988, **260**:1743-1748.
25. Office of Technology Assessment (OTA). *Patients' assessments of their care. The quality of medical care: Information for consumers.* Publication # OTA-H386, 1988, pp. 231-247.
26. Μερκούρης Α., Λεμονίδου Χ. **Μέτρηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας.** *Νοσηλευτική* 1999, **1**: 6-15.
27. Lang, N. *Issues in quality assurance in nursing: Issues in evaluation research.* American Nurses' Association, 1976, G124, 2M, 45-56.
28. [http://www.Esdne.gr/TomeasPFY\\_files/koinotiki.htm](http://www.Esdne.gr/TomeasPFY_files/koinotiki.htm) 28/4/2003
29. Stanhope M, Lancaster J: *Community health nursing: process and practice for promoting health.* 2<sup>nd</sup> edition. Washington DC: Mosby Co., 1988.
30. Moore Rosen L. **Associate and Baccalaureate degree final semester students' perceptions of self-efficacy concerning Community Health Nursing competencies.** *Public Health Nurs* 2000, **17**(4):231-238.
31. Kaiser KL, Carter KF, O'Hare PA, Callister LC. **Making connections: linking generalist and specialist essentials in baccalaureate community/public health nursing education and practice.** *J Prof Nurs* 2002, **18**(1):47-55.
32. Hicks C, Hennessy D, Barwell F. **Development of a psychometrically valid training needs analysis instrument for use with primary health care teams.** *Health Serv Manage Res* 1996, **9**(4): 262-272.
33. Hicks C, Hennessy D. **Applying the principles of psychometrics to the development of a training needs analysis questionnaire for use with health visitors, district and practice nurses.** *NT Research* 1996, **1**(6):442-454.
34. Hicks C, Hennessy D. **The use of a customized training needs analysis tool for nurse practitioner development.** *J Adv Nurs* 1997, **26**:389-398.
35. Hennessy D, Hicks C. **A cross-cultural tool to identify continuing education needs.** *Int Nurs Review* 1998, **45**(4):109-114.
36. Hennessy D, Hicks C, Kawonal Y, Hilan A. **A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: paper 1 of 3.** *Human Resources for Health* 2006, **4**:8.

37. Kelly C, Muennich Cowell J, Stevens R. **Surveying Public Health Nurses' continuing education needs: collaboration of practice and academia.** *J Cont Education in Nurs* 1997, **28**(3): 115-123.
38. Werrett JA, Helm RH, Carnwell R. **The primary and secondary interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care.** *J Adv Nurs* 2001, **34**(5):629-638.
39. Daley B, Black M, Gessner B, Kisting Sparks R, Kuramoto A. **Developing collaborative partnerships in continuing nursing education: walking the talk.** *J Cont Education in Nsg* 1999, **30**(5):213-218.
40. Σίσκου Ο. *Το ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα. Στο: Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας.* Λιαρόπουλος Λ. Α' τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007.
41. Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.). *Έναρξη νέων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.* Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Νο 11/104/21-1-1994.
42. Kalokerinou A, Sourtzi P, Lanara V. **Community nursing education and training in Greece.** *European Nurse* 1998, **3**(3):170-176.
43. Κάβουρα Μ, Ζαβράς Δ, Κυριόπουλος Ι. **Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα.** *Νοσηλευτική* 2003, **42**(4):457-468.
44. Kalokerinou-Anagnostopoulou A. **Historical evolution of Community Nursing in Greece.** *ICUs Nurs Web J* 2003, **14**.
45. Κατσουλάκη Σ, Νταφογιάννη Χ. **Υπάρχει θεσμοθέτηση της κοινοτικής Νοσηλευτικής ως ειδικότητας και ως επαγγέλματος; Ελληνική και διεθνής εμπειρία.** *Νοσηλευτική* 1999, **1**:90-99.
46. Θηραϊός Ε, Γιαμαλάκης Ν, Λύκου Ε, Πύλλη Μ, Μπέλος Γ, Οικονομοπούλου Χ, Μωραϊτίης Ε. **Λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία του προσωπικού των Κέντρων Υγείας του Β' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής.** *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2003, **15**(3):176-183.
47. Πύλλη Μ, Γιαννακοπούλου Μ, Θηραϊός Ε, Παπαθανάσογλου Ε. **Μελέτη της διεπαγγελματικής συνεργασίας σε ελληνικά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.** *Νοσηλευτική* 2005, **44** :347-354.
48. Τσιριντάνη Μ, Μπινιώρης Σ. **Συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση νέων ρόλων και εφαρμογών στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας.** *Νοσηλευτική* 2003, **42**(4), 389-394.
49. Παπαθεοχάρη Μ. *Αποτίμηση της χρήσης και λειτουργίας των Κέντρων Υγείας στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας.* Διπλωματική Εργασία, Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Ε.Σ.Υ., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πύργος, 2004.
50. Φιλαλήθης Α, Τσάκος Γ, Κούτης Α: *Μελέτη υποδομής και λειτουργίας των υπηρεσιών περιθαλψής και υγείας στην περιφέρεια Κρήτης.* Ηράκλειο, Περιφέρεια Κρήτης: ΠΕΠ 1994 - 1999 και Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας, 2000.
51. Ροβίθης Μ. *Μέτρηση της οργανωτικής κουλτούρας, της ασάφειας και σύγκρουσης ρόλων στο προσωπικό των Κέντρων Υγείας της Κρήτης.* Μεταπτυχιακή Εργασία, Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιούνιος 2005.
52. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care.* British Medical Journal Books; 2000.
53. Patton M. *Qualitative research and evaluation methods.* 3<sup>rd</sup> edition. Thousand Oaks, California: Sage; 2002.

54. ΠΔ 210/2001. Επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων ΤΕΕ Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών». ΦΕΚ 165/Α/2001.
55. ΠΔ 351/1989. Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας. ΦΕΚ/159/Α 1989.
56. [http://www.teiath.gr/seyp/health\\_visit/index.htm](http://www.teiath.gr/seyp/health_visit/index.htm) «Βασικοί στόχοι» και «Δομή και διάρκεια του προγράμματος σπουδών» του Τμήματος Επισκεπτών Υγείας, Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας (accessed in 24/3/2008).
57. [http://www.teiath.gr/seyp/nursing\\_a/index.htm](http://www.teiath.gr/seyp/nursing_a/index.htm) «Πρόγραμμα σπουδών» και «Ωρολόγιο πρόγραμμα με κατανομή διδακτικών μονάδων» του Τμήματος Νοσηλευτικής Α', Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας, ΤΕΙ Αθήνας (accessed in 24/3/2008).
58. Βιβιλάκη Β. Κατ'οίκον φροντίδα στην λοχεία από μαία σε μία αγροτική περιοχή της Κρήτης. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής, 2005.
59. Vivilaki V, Romanidou A, Theodorakis P, Lionis C. **Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete.** *Rural and Remote Health* 2005, 5:376.
60. Cork M. **Approaches to health promotion.** *Midwife, Health Visitor and Community Nurse* 1990, 26:169-173.
61. Halbert TL, Underwood JE, Chambers LW, Ploeg J, Johnson NA, Isaacs SM. **Population based health promotion: a new agenda for public health nurses.** *Canadian J Public Health* 1993, 84:243-245.
62. Sourtzi P, Nolan P, Andrews R. **Evaluation of health promotion activities in community nursing.** *J Adv Nurs* 1996, 24(6):1214-1223.
63. Σουρτζή Π. **Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και νοσηλεία στο σπίτι.** *Νοσηλευτική* 1997, 1: 24-30.
64. Λιονής Χ, Μποδοσάκης ΜΠ. **Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της.** *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12(1):7-9.
65. Sourtzi P. **Defining health promotion: The view of community nurses.** *Int J Health Education* 1998, 36(1):9-14.
66. Κυριόπουλος Γ, Σούλης Σ. **Καθορισμός των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης ανά ειδικότητα και περιφέρεια στον τομέα υγείας.** Υ.Υ.Π.Κ.Α., Αθήνα, 1998.
67. Σαρρής Μ, Πιερράκος Γ, Αμίτσης Γ, Κυριόπουλος Γ, Σούλης Σ. **Αξιολόγηση δομών συνεχιζόμενης κατάρτισης στις υπηρεσίες υγείας.** *Νοσηλευτική* 2006, 45(1):118-128.
68. Souliotis K, Lionis C. **Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective.** *J Med Systems* 2004, 28(6):643-652.
69. Lionis C, Tsiraki M, Bardis V, Philalithis A. **Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions.** *Croatian Med J* 2004, 45(5):600-604.
70. Πιερράκος Γ, Σαρρής Γ, Αμίτσης Γ, Κυριόπουλος Γ, Σούλης Σ. **Εκπαιδευτικές ανάγκες και συνεχιζόμενη κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού τομέα υγείας.** *Νοσηλευτική* 2006, 45(4):543-551.
71. Kingma M. **Economic incentive in community nursing: attraction, rejection or indifference?** *Human Resources for Health* 2003, 1:2.



72. Flynn L, Carryer J, Budge C. **Organizational attributes valued by hospital, home care and district nurses in the United States and New Zealand.** *J Nurs Scholarship* 2005, **37**(1):67-72.
73. McLaren S, Woods L, Boudioni M, Lemma F, Rees S, Broadbent J. **Developing the general practice manager role: managers' experiences of engagement in continuing professional development.** *Quality in Primary Care* 2007, **15**:85-91.
74. Hennessy D, Hicks C, Koesno H. **The training and development needs of midwives in Indonesia: paper 2 of 3.** *Human Resources for Health* 2006, **4**:9.
75. Μάμας Θ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαραστέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. *Η οργάνωση & διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα.* Στο: Θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς, 2005.
76. Mundfrom D, Show D, Luke T: **Minimum Sample Size Recommendations for Conducting Factor Analyses.** *Int J Testing* 2005, **5**:159-168.
77. Costello A, Osborne J: **Best practice in Explanatory Factor Analysis: Four recommendations of getting the most from your analysis.** *Practical assessment research & evaluation* 2005, **10**(7).  
Available online: <http://pareonline.net/pdf/v10n7.pdf>
78. MacCallum R, Widaman K, Preacher K, Hong S: **Sample Size in Factor Analysis: The Role of Model Error.** *Multivariate Behavioral Research* 2001, **36**:611-637.
79. Hennessy D, Hicks C, Hilan A, Kawonal Y. **The training and development needs of nurses in Indonesia: paper 3 of 3.** *Human Resources for Health* 2006, **4**:10.
80. [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828\\_4](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010828_4) Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000 (accessed 18/5/08)

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## Παράρτημα Α – Πίνακας 1

«Σύνθεση απασχόλησης στον τομέα υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2003»

Χώρες	Νοσηλευτές/γιατρό	Νοσηλευτές ως (%) του εργατικού δυναμικού	(%) γενικών γιατρών στο σύνολο των γιατρών
Αυστραλία	4	2,1	54
Αυστρία	2,8	1,9	42
Βέλγιο	1,5	n/a	53
Καναδάς	4,6	1,8	48
Τσεχία	2,3	1,6	21
Δανία	2,4	1,3	24
Φινλανδία	3,1	1,5	30
Γαλλία	2,2	1,6	49
Γερμανία	2,9	2	31
Ελλάδα	0,8 <sup>1</sup>	0,9	6
Ουγγαρία	2,7	2,1	20
Ισλανδία	3,8	2,4 <sup>1</sup>	20
Ιρλανδία	5,7	3,2	20
Ιταλία	1,3	1,3	23
Ιαπωνία	3,9 <sup>1</sup>	1,5	n/a
Κορέα	1,1	0,4	n/a
Λουξεμβούργο	4,6	1,9 <sup>1</sup>	33
Μεξικό	1,4	0,6	36
Ολλανδία	4	2,7 <sup>1</sup>	13
Νέα Ζηλανδία	4,2	1,8	34
Νορβηγία	4,3	2,8	20
Πολωνία	2	1,1	5
Πορτογαλία	1,3	0,8	14
Σλοβακία	2,1	1,3	14
Ισπανία	2,3	1,7	22
Σουηδία	3,1	2	17
Ελβετία	n/a	n/a	14
Τουρκία	1,3	0,5	54
Ηνωμένο Βασίλειο	4,2	1,8	31
ΗΠΑ	3,3 <sup>1</sup>	n/a	41
Μέσος όρος	2,9	1,7	28

<sup>1</sup> = 2001, n/a=δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

πηγή: OECD Health Data, 2006

Σίσκου Ο. Το ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα. Στο: Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Λιαρόπουλος Λ. Α' τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007.

## Παράρτημα Α – Πίνακας 2

«Στοιχεία απασχόλησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2003»

	Γιατροί	Νοσηλευτές	Οδοντίατροι	Φαρμακοποιοί
Αυστραλία	7,5	30	1,4	2,3
Καναδάς	5,3	24,7 <sup>3</sup>	1,5	1,7
Τσεχία	14,1	31,9	2,6	2,2
Δανία	16,5	39,2	4,6	1,1
Φινλανδία	7,6	23,2	2,8	n/a
Γαλλία	10,3	22,43	2,1	3,5
Γερμανία	7,3	20,9	1,7	1,2
Ελλάδα	29,3 <sup>1</sup>	22,8 <sup>1</sup>	7,6 <sup>1</sup>	5,6 <sup>2</sup>
Ισλανδία	8,3	31,5 <sup>3</sup>	2,3	n/a
Ιρλανδία	8,2	47,3	1,7	2,7
Ιταλία	20,7	27,3	2,7	5,8
Μεξικό	22	31,4	1,3	n/a
Ολλανδία	11,2	44,8 <sup>3</sup>	1,5	0,6
Νέα Ζηλανδία	8	33,3 <sup>3</sup>	1,5	2,8
Νορβηγία	6,4	27,3	1,5	0,7
Πολωνία	15,9	31,5	1,9	4,2
Πορτογαλία	24	30,5	3,8	6,2
Σλοβακία	15,5	33,1	2,6	2,4
Ισπανία	17,7	41,2	2,6	4,7
Ηνωμένο Βασίλειο	6,6	27,4	1,4	1,6
ΗΠΑ	6,3	n/a	n/a	n/a
Μέσος όρος	12,8	31,1	2,5	2,9

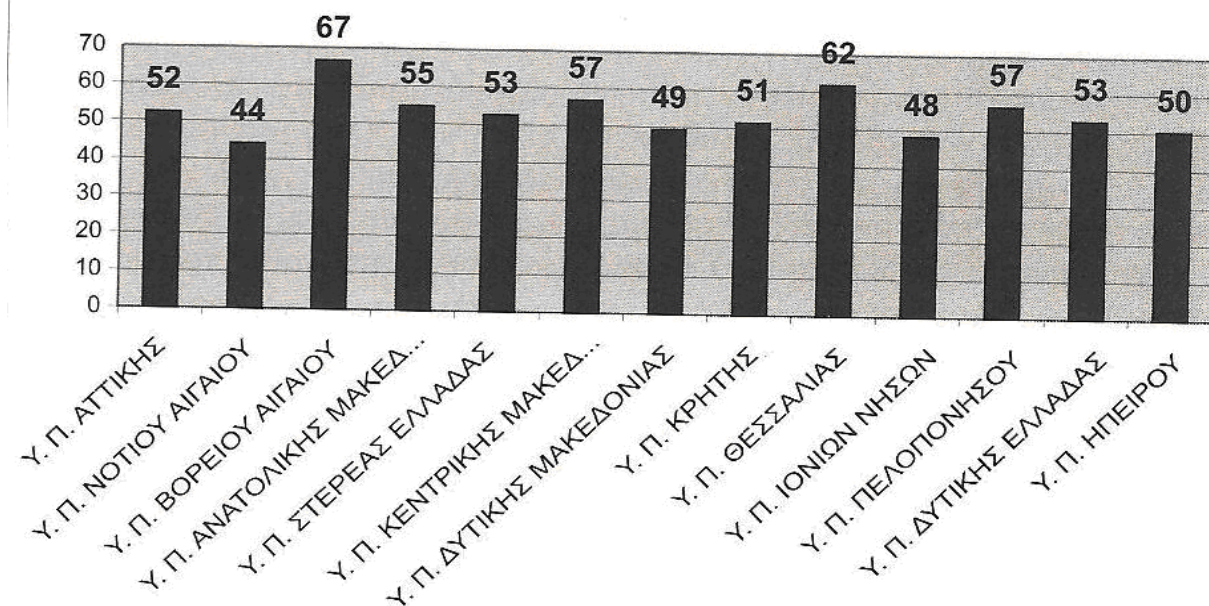
1=2001, 2=2000, 3=Περιλαμβάνονται και όσοι νοσηλευτές εργάζονται στη διοίκηση, στην έρευνα ή εκτός του τομέα της υγείας ή είναι άνεργοι, n/a=Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία

Πηγή: OECD Health Data, 2006

Σίσκου Ο. Το ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα. Στο: Οργάνωση υπηρεσιών & συστημάτων υγείας. Λιαρόπουλος Λ. Α' τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007.

## Παράρτημα Α – Διάγραμμα 1

«Ποσοστά στελέχωσης σε νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό ανά υγειονομική περιφέρεια σε σχέση με την προβλεπόμενη κάλυψη»



Πηγή: Μάμας Θ, Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Φαραστέλη Ο, Λιαρόπουλος Λ. *Η οργάνωση & διοίκηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα*. Στο: Θεωρία και πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, Πειραιάς, 2005.

### Παράρτημα Α – Πίνακας 3

«Κατανομή νοσηλευτικού προσωπικού και κάλυψη οργανικών θέσεων στα 14 Κέντρα Υγείας και 121 Περιφερειακά Ιατρεία της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (2002 έως 2007)»

Κατηγορία-Ειδικότητα	Προβλεπόμενες οργανικές θέσεις	Ιαν. 2002		Ιαν. 2004		Προβλεπόμενες οργανικές θέσεις*	Σεπ. 2007	
		Υπηρετούντες	Κάλυψη(%)	Υπηρετούντες	Κάλυψη(%)		Υπηρετούντες	Κάλυψη(%) †
Νοσηλεύς-ΤΕ	37	28	75.7	29	78.4	39**	36	92.3
Βιβλί Νοσηλεύων-ΔΕ	53	44	83.0	46	86.8	55**	56*	101.8*
Επισκέπτης Υγείας-ΤΕ	67	5	7.5	9	13.4	67	8	11.9
Μίας-ΤΕ	65	35	53.8	37	57.0	65	33	50.8
<b>Σύνολο</b>	<b>222</b>	<b>112</b>	<b>50.5</b>	<b>121</b>	<b>54.5</b>	<b>234</b>	<b>138</b>	<b>59.0</b>

\* Στους υπηρετούντες περιλαμβάνονται α) όσοι είναι αποσπασμένοι από άλλες μονάδες στο ΚΥ ή ΠΙ χωρίς να καλύπτουν αντίστοιχη οργανική θέση και β) όσοι καλύπτουν αντίστοιχη οργανική θέση αλλά είναι αποσπασμένοι από το ΚΥ και υπηρετούν σε άλλη μονάδα. Επομένως, δεν αντιστοιχεί στην πραγματική δύναμη σε ανθρώπινο δυναμικό ανά κατηγορία-ειδικότητα.

\*\*Οι προβλεπόμενες οργανικές θέσεις το 2007 είχαν αυξηθεί λόγω της δημιουργίας δύο νέων Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων (Τυμπακίου και Σφακίων).

† Η κάλυψη υπολογίστηκε ως η αναλογία υπηρετούντων ανά προβλεπόμενες θέσεις σε κάθε κατηγορία-ειδικότητα.

## Παράρτημα Β – Ερωτηματολόγιο 1

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου:-----

- 1) Σε ποιά μονάδα εργάζεσθε σήμερα; -----
- 2) Σε ποιά μονάδα ανήκετε οργανικά; -----
- 3) ΦΥΛΟ:            3<sup>α</sup>. Θήλυ                            3<sup>β</sup>. Άρρεν
- 4) ΗΛΙΚΙΑ:        4<sup>α</sup>. 20-29    4<sup>β</sup>. 30-39    4<sup>γ</sup>. 40-49    4<sup>δ</sup>. 50-60
- 5) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:  
 5<sup>α</sup>. Άγαμος    5<sup>β</sup>. Έγγαμος    5<sup>γ</sup>. Σε διάσταση    5<sup>δ</sup>. Διαζευγμένος    5<sup>ε</sup>. Χήρος
- 6) Πόσα παιδιά έχετε;  
 6<sup>α</sup>. Κανένα    6<sup>β</sup>. Ένα    6<sup>γ</sup>. Δύο                    6<sup>δ</sup>. Τρία    6<sup>ε</sup>. Τέσσερα και άνω
- 7) Με τι ωράριο εργάζεσθε σήμερα;  
 7<sup>α</sup>. Κανονικό (κυκλικό)    7<sup>β</sup>. Μειωμένο    7<sup>γ</sup>. Άλλο (εξηγήστε)-----
- 8) Τι απόσταση χρειάζεται να διανύσετε για να μεταβείτε από τον τόπο κατοικίας σας στον τόπο εργασίας;  
 8<sup>α</sup>. < από 5 χιλιόμετρα    8<sup>β</sup>. 5-10 χιλιόμετρα  
 8<sup>γ</sup>. 11-20 χιλιόμετρα    8<sup>δ</sup>. 21-40 χιλιόμετρα    8<sup>ε</sup>. > από 41 χιλιόμετρα
- 9) Είστε κάτοχος άδειας οδήγησης;  
 9<sup>α</sup>. Ναι, και οδηγώ    9<sup>β</sup>. Ναι, αλλά δεν οδηγώ    9<sup>γ</sup>. Όχι
- 10) Είστε κάτοχος ή έχετε στη διάθεση σας κάποιο όχημα κυκλοφορίας;  
 10<sup>α</sup>. Ναι                    10<sup>β</sup>. Όχι
- 11) Ποιό από τα παρακάτω πτυχία κατέχετε; *[Σημειώστε ένα μόνο, το ανώτερο]*  
 11<sup>α</sup>. Πτυχίο Νοσηλευτικής Α.Ε.Ι. (βαθμίδα ΠΕ)  
 11<sup>β</sup>. Πτυχίο Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. (βαθμίδα ΤΕ)  
 11<sup>γ</sup>. Πτυχίο Μαιευτικής (βαθμίδα ΤΕ)  
 11<sup>δ</sup>. Πτυχίο Επισκέπτη Υγείας (βαθμίδα ΤΕ)  
 11<sup>ε</sup>. Πτυχίο Βοηθού Νοσηλεύτη Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. ή Τ.Ε.Ε. ή Τ.Ε.Λ. ή Ι.Ε.Κ. (βαθμίδα ΔΕ)

12) Πριν πόσα χρόνια αποκτήσατε το ανώτερο πτυχίο που κατέχετε;

12<sup>α</sup>. 0-2 χρόνια  12<sup>β</sup>. 3-5 χρόνια  12<sup>γ</sup>. 6-10 χρόνια  12<sup>δ</sup>. Άνω από 10 χρόνια

13) Γνωρίζετε Αγγλικά;

13<sup>α</sup>. Καθόλου  13<sup>β</sup>. Λίγο  13<sup>γ</sup>. Αρκετά  13<sup>δ</sup>. Πολύ καλά

14) Γνωρίζετε κάποια άλλη ξένη γλώσσα (εκτός από την Αγγλική);

14<sup>α</sup>. Όχι  14<sup>β</sup>. Ναι. Ποιά γλώσσα;.....

15) Πόσα χρόνια εργάζεσθε στην Π.Φ.Υ. (σε Κέντρο Υγείας, Περιφερειακό Ιατρείο);

15<sup>α</sup>. 0-2 χρόνια  15<sup>β</sup>. 3-5 χρόνια  15<sup>γ</sup>. 6-10 χρόνια  15<sup>δ</sup>. Άνω από 10 χρόνια

16) Πριν ξεκινήσετε να εργάζεσθε στην Π.Φ.Υ. που αλλού είχατε εργασθεί σαν νοσηλευτικό προσωπικό;  
*[Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις]*

16<sup>α</sup>. Σε κρατικό Νοσοκομείο  16<sup>β</sup> Σε ιδιωτική Κλινική/Νοσοκομείο

16<sup>γ</sup>. Σε ιδιωτικό ιατρείο  16<sup>δ</sup>. Σε ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας

16<sup>ε</sup>. Σε σχολείο (α'βάθμιας ή β'βάθμιας εκπαίδευσης)  16<sup>στ</sup>. Άλλου

17) Ήταν η αρχική σας επιλογή να εργασθείτε στην Π.Φ.Υ.ή την προτιμήσατε λόγω έλλειψης καλύτερης θέσης;

17<sup>α</sup>. Ναι, ήταν η αρχική μου επιλογή  17<sup>β</sup>. Όχι, δεν ήταν η αρχική μου επιλογή

18) Αξιολογήστε τα παρακάτω ως προς την σημαντικότητα τους στην απόφασή σας να εργασθείτε στην συγκεκριμένη μονάδα Π.Φ.Υ.: *[Βαθμολογίστε κάθε απάντηση με την κλίμακα από 1 έως 5, όπου 1 «εξαιρετικά σημαντικό» και 5 «καθόλου σημαντικό»].*

	1 Εξαιρετικά Σημαντικό	2 Πολύ Σημαντικό	3 Σημαντικό	4 Λίγο Σημαντικό	5 Καθόλου Σημαντικό
18 <sup>α</sup> . Καταγωγή από την περιοχή όπου εδρεύει το ΚΥ/ΠΠ					
18 <sup>β</sup> . Διαμονή στην περιοχή όπου εδρεύει το ΚΥ/ΠΠ					
18 <sup>γ</sup> . Καλή φήμη της μονάδας					
18 <sup>δ</sup> . Ύπαρξη επαρκών υποδομών και στελέχωσης					
18 <sup>ε</sup> . Δυνατότητες για καθημερινή μάθηση και εξέλιξη					
18 <sup>στ</sup> . Ύπαρξη κάποιου εργαζόμενου στην μονάδα που σας επηρέασε θετικά					



19) Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα, εκτιμήσετε τον βαθμό ικανοποίησης στον τωρινό τόπο εργασίας σας: [Βαθμολογίστε κάθε απάντηση με την κλίμακα από 1 έως 5, όπου 1 «εξαιρετικά ικανοποιημένος» και 5 «καθόλου ικανοποιημένος»].

	1 Εξαιρετικά Ικανοποιημένος	2 Πολύ Ικανοποιημένος	3 Ικανοποιημένος	4 Λίγο Ικανοποιημένος	5 Καθόλου Ικανοποιημένος
19 <sup>α</sup> . Διακριτοί ρόλοι επαγ/τιών υγείας*					
19 <sup>β</sup> . Ύπαρξη και λειτουργία Ομάδας Υγείας**					
19 <sup>γ</sup> . Συνεργασία με ιατρούς και λοιπό προσωπικό					
19 <sup>δ</sup> . Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ συνεργατών					
19 <sup>ε</sup> . Ποιότητα διαπροσωπικών σχέσεων με ασθενείς/συνοδούς					
19 <sup>στ</sup> . Ύπαρξη συνεργατών με θετική επίδραση					
19 <sup>ζ</sup> . Ύπαρξη υποστηρικτικού, συμβουλευτικού μηχανισμού					
19 <sup>η</sup> . Δυνατότητες για καθημερινή μάθηση					
19 <sup>θ</sup> . Δυνατότητες για επαγ/κή εξέλιξη					
19 <sup>ι</sup> . Αναγνώριση από συνεργάτες					
19 <sup>κ</sup> . Αναγνώριση από κοινωνικό σύνολο					

\*Διακριτοί ρόλοι= σαφής διαχωρισμός των ρόλων του κάθε επαγγελματία υγείας

\*\*Ομάδα Υγείας= το σύνολο των επαγ/τιών υγείας που συνεργάζονται για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ

20) Θέλετε να παραμείνετε στην μονάδα Π.Φ.Υ. που εργάζεσθε σήμερα;

20<sup>α</sup>. Ναι  20<sup>β</sup>. Όχι  20<sup>γ</sup>. Δεν είμαι σίγουρος/η

21) Ποιές είναι οι πιά σημαντικές δυσκολίες/εμπόδια που αντιμετωπίζετε στην δουλειά σας σήμερα;

---



---



---

22) Ποιές αλλαγές θα προτεινάτε που θα βοηθούσαν στην καλύτερη απόδοση σας στην υπηρεσία σας;

---



---



---

23) Έχετε αποκτήσει κάποια αναγνωρισμένη Νοσηλευτική ειδικότητα;

- 23<sup>α</sup>. Ναι Πότε;..... Τι ειδικότητα;.....  
 23<sup>β</sup>. Όχι

24) Θεωρείτε ότι οι τωρινές σας γνώσεις και δεξιότητες είναι επαρκείς για να ασκήσετε τα καθήκοντα σας στην παρούσα σας θέση;

- 24<sup>α</sup>. Ναι  
 24<sup>β</sup>. Όχι Αν όχι, Γιατί:-----

25) Ποιούς από τους παρακάτω ρόλους αναλαμβάνετε στην τωρινή σας θέση και με τι συχνότητα; [Σημειώστε X στο αντίστοιχο τετράγωνο.]

Ρόλοι που αναλαμβάνετε στην τωρινή σας θέση	1 Καθημερινά	2 Συχνά (1-4 φορές εβδομαδιαίως)	3 Αρκετά Συχνά (1-3 φορές μηνιαίως)	4 Σπάνια (1-5 φορές το εξάμηνο)	5 Ποτέ
25 <sup>α</sup> . Κλινικός					
25 <sup>β</sup> . Εκπαιδευτικός (π.χ. διδασκαλία αρρώστου / οικογένειας)					
25 <sup>γ</sup> . Συμβουλευτικός (π.χ. οικογενειακός προγραμματισμός)					
25 <sup>δ</sup> . Συνήγορος αρρώστου / οικογένειας (π.χ. παραπομπή σε ειδικό ή άλλες υπηρεσίες)					
25 <sup>ε</sup> . Διοικητικός ρόλος (π.χ. διαχείριση υλικο- τεχνικού εξοπλισμού, εποπτεία προσωπικού)					

26) Ποιές από τις παρακάτω νοσηλευτικές κλινικές πράξεις καλείσθε να εκτελέσετε στην τωρινή σας θέση και με τι συχνότητα; [Σημειώστε X στο αντίστοιχο τετράγωνο.]

Κλινικές νοσ/κές πράξεις που εκτελείτε στην τωρινή σας θέση	1 Καθημερινά	2 Συχνά (1-4 φορές εβδομαδιαίως)	3 Αρκετά Συχνά (1-3 φορές μηνιαίως)	4 Σπάνια (1-5 φορές το εξάμηνο)	5 Ποτέ
26 <sup>α</sup> . Λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού αρρώστου					
26 <sup>β</sup> . Λήψη ζωτικών σημείων					
26 <sup>γ</sup> . Αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, λιπίδια παχυσαρκία, αλκοόλ)					

<u>Κλινικές νοσ/κές πράξεις</u> που εκτελείτε στην τωρινή σας θέση	1 Καθημερινά	2 Συχνά (1-4 φορές εβδομαδιαίως)	3 Αρκετά Συχνά (1-3 φορές μηνιαίως)	4 Σπάνια (1-5 φορές το εξάμηνο)	5 Ποτέ
26 <sup>ο</sup> Πρόληψη (π.χ. εμβολιασμοί, test σακχάρου, Pap test)					
26 <sup>ο</sup> . Αιμοληψίες					
26 <sup>στ</sup> . Αξιολόγηση / ιεράρχηση (triage) περιστατικών					
26 <sup>ζ</sup> . Παροχή πρώτων βοηθειών, αντιμετώπιση τραυματία					
26 <sup>η</sup> . Λήψη ECG					

27) Ποιές από τις παρακάτω νοσηλευτικές αρμοδιότητες έχετε στην τωρινή σας θέση και με τι συχνότητα τις εκτελείτε; [Σημειώστε X στο αντίστοιχο τετράγωνο.]

<u>Νοσ/κές αρμοδιότητες</u> που έχετε στην τωρινή σας θέση	1 Καθημερινά	2 Συχνά (1-4 φορές εβδομαδιαίως)	3 Αρκετά Συχνά (1-3 φορές μηνιαίως)	4 Σπάνια (1-5 φορές το εξάμηνο)	5 Ποτέ
27 <sup>α</sup> . Περιστασιακή επίσκεψη στο σπίτι ασθενούς					
27 <sup>β</sup> . Κατ'οίκον Νοσηλεία (στα πλαίσια οργανωμένου προγράμματος)					
27 <sup>γ</sup> . Αξιολόγηση κοινότητας (προβλημάτων υγείας πληθυσμού)					
27 <sup>δ</sup> . Σχεδιασμός/λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας					
27 <sup>ε</sup> . Επίσκεψη σε σχολείο/χώρο εργασίας					

28) Σας δίδονται κάποιες ευκαιρίες/δυνατότητες για μάθηση μέσα από τον χώρο της δουλειάς σας σήμερα;

- 28<sup>α</sup>. Όχι  
 28<sup>β</sup>. Ναι      Αν ναι, ποιές:-----

- 29) Είστε συνδρομητής σε κάποιο επιστημονικό ή ενημερωτικό περιοδικό για θέματα υγείας;
- 29<sup>α</sup>. Ναι Σε ποιό:-----  29<sup>β</sup>. Όχι
- 30) Διαβάζετε επιστημονικά περιοδικά, βιβλία ή άλλα συγγράμματα σχετικά με την εργασία σας;
- 30<sup>α</sup>. Ναι  30<sup>β</sup>. Αν όχι, γιατί:-----
- 31) Έχετε πρόσβαση σε Η/Υ και που;
- 31<sup>α</sup>. Ναι Αν ναι, που; (τόπο εργασίας, σπίτι, κάπου αλλού);-----  
 31<sup>β</sup>. Όχι
- 32) Γνωρίζετε τα στοιχειώδη για την χρήση Η/Υ;
- 32<sup>α</sup>. Ναι  32<sup>β</sup>. Όχι
- 33) Χρησιμοποιείτε το Internet;
- 33<sup>α</sup>. Ναι Αν ναι, πόσο συχνά (ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, συχνά, ή καθημερινά); .....  
 33<sup>β</sup>. Όχι
- 34) Συμμετέχετε ως μέλος κάποιας επιστημονικής εταιρείας ή συνδέσμου υγείας;
- 34<sup>α</sup>. Ναι Σε ποιό:.....  
 34<sup>β</sup>. Όχι Αν όχι γιατί:.....
- 35) Έχετε πρόθεση να συνεχίσετε τις σπουδές σας για απόκτηση επιπλέον πτυχίων;
- 35<sup>α</sup>. Ναι Αν ναι, είδος σπουδών;.....  
 35<sup>β</sup>. Όχι  35<sup>γ</sup>. Δεν είμαι σίγουρος/η
- 36) Εάν το Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης διοργανώνει στο Ηράκλειο προγράμματα κατάρτισης για το νοσηλευτικό προσωπικό στην Π.Φ.Υ. θα ενδιαφερόσαστε να συμμετέχετε;
- 36<sup>α</sup>. Ναι  36<sup>β</sup>. Όχι  36<sup>γ</sup>. Δεν είμαι σίγουρος/η
- 37) Ποιές ώρες θα θέλατε να διεξάγονται τα Προγράμματα Κατάρτισης;
- 37<sup>α</sup>. Εντός ωραρίου  37<sup>β</sup>. Εκτός ωραρίου  37<sup>γ</sup>. Συνδυασμός (εντός και εκτός ωραρίου)
- 38) Με ποιά σειρά θεωρείτε σημαντικά τα παρακάτω κίνητρα για να συμμετέχετε στα προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης (Σ.Ε); *[Βαθμολογείστε όλα τα τετράγωνα με 1 το «περισσότερο σημαντικό» και 4 το «λιγότερο σημαντικό».]*
- 38<sup>α</sup>. Επιδοτήσεις  38<sup>β</sup>. Εκπαιδευτική άδεια  
 38<sup>γ</sup>. Αναγνώριση από εργασιακό περιβάλλον  38<sup>δ</sup>. Προσμέτρηση για βαθμολογική εξέλιξη
- © Α. Μαρκάκη, 2002, Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης 6

39) Πιστεύετε ότι η Σ.Ε. πρέπει να είναι:

- 39<sup>α</sup>. Υποχρεωτική για όλο το ενεργό νοσηλευτικό προσωπικό  
 39<sup>β</sup>. Προαιρετική για όλο το ενεργό νοσηλευτικό προσωπικό  
 39<sup>γ</sup>. Δεν έχω άποψη

40) Θεωρείτε ότι η παρακολούθηση προγραμμάτων Σ.Ε. θα σας βοηθήσει να βελτιώσετε την νοσηλευτική φροντίδα που παρέχετε;

- 40<sup>α</sup>. Ναι  
 40<sup>β</sup>. Όχι      Αν όχι, γιατί:-----  
 40<sup>γ</sup>. Δεν έχω άποψη

41) Αξιολογήστε πόσο απαραίτητη θεωρείτε την άμεση επιμόρφωση σας στις παρακάτω θεματικές ενότητες: [0 που 1 το «εξαιρετικά απαραίτητο», και 5 το «καθόλου απαραίτητο».]

	1 Εξαιρετικά Απαραίτητο	2 Πολύ Απαραίτητο	3 Απαραίτητο	4 Λίγο Απαραίτητο	5 Καθόλου Απαραίτητο
41 <sup>α</sup> . Βασικές αρχές Κοινωνικής Νοσηλευτικής					
41 <sup>β</sup> . Επιδημιολογικά στοιχεία περιφέρειας Κρήτης					
41 <sup>γ</sup> . Πρόληψη και προαγωγή υγείας για τα 5 συχνότερα νοσήματα					
41 <sup>δ</sup> . Πρώτες Βοήθειες					
41 <sup>ε</sup> . Κατ'Οίκον Νοσηλεία					
41 <sup>στ</sup> . Προγράμματα πρόωξης διάγνωσης στην κοινότητα (π.χ. Ca μαστού, προστάτη, σακχ. διαβήτη, υπέρταση)					
41 <sup>ζ</sup> . Συμβουλευτική ατόμου/οικογένειας					
41 <sup>η</sup> . Επικοινωνία / Διαπροσωπικές σχέσεις στην ομάδα υγείας					
41 <sup>θ</sup> . Διαχείριση συγκρούσεων στο εργασιακό περιβάλλον					
41 <sup>ι</sup> . Δεοντολογία στην Π.Φ.Υ.					
41 <sup>κ</sup> . Πληροφορική στην Π.Φ.Υ.					
41 <sup>λ</sup> . Διοίκηση και Οικονομία στην Π.Φ.Υ.					

42) Πιστεύετε ότι μέσα από το νέο θεσμό του Πε.Σ.Υ. θα υπάρξουν θετικές αλλαγές στον ρόλο των Νοσηλευτών/τριών στην Π.Φ.Υ.;

- 42<sup>α</sup>. Ναι      Αν ναι, τότε ποιές αλλαγές:.....  
.....  
 42<sup>β</sup>. Όχι       42<sup>γ</sup>. Δεν είμαι σίγουρος/η

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!

© Α. Μαρκάκη, 2002, Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης

7

## Παράρτημα Β – Ερωτηματολόγιο 2 (Πρωτότυπο στην Αγγλική γλώσσα)

### TRAINING NEEDS ASSESSMENT

University of Birmingham, Birmingham, UK

Before reading the instructions, please complete the following:

Job position:  Sex: Male  Female

Number of years in present job:  Years Age:  Years

Have you been involved in research over the past 5 years? Yes  No

If “yes”, in what capacity were you mainly involved?

Describe briefly (e.g. administration/management, designing, data collection, analysis, report writing, participant).

What was the topic of the research? Describe briefly (if you were involved in more than one research programme, describe only the last).

Has this research been published (or to be published in the near future?)

Yes  No  Uncertain

#### Completion guidelines:

This questionnaire is comprised of two sections (A, and B) on training needs in your own profession. Please answer all the questions honestly in order for us to have a complete picture of your training needs. Each section has completion guidelines. Please read these and follow them carefully.

December 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K

1

**SECTION A: PROFESSIONAL TRAINING AND ORGANISATION NEEDS**

In order to carry out your work effectively, you need not only the relevant skills but also the right working conditions (e.g. contact with other people, compatible working practices, lack of practical limitations, etc.). In other words, your work environment must allow you to exercise your skills appropriately. Below you will see listed a series of skills, many of which you undertake in the performance of your work. Look at each of these activities and then rate each one in four ways, writing the appropriate number in each box. The first two ratings (A & B) concern how you evaluate their importance and your current performance. The other two ratings (C & D) concern the scope for performance improvement, either through training alone or through changes in working conditions. **For your convenience, ANSWER VERTICALLY (as of each rating A, B, C, D separately) for all questions from 1 - 30.**

D.	<p>To what degree could the appropriate training raise your performance level in this activity? Please rate expected performance after appropriate training ONLY.  <i>Grading from 1 – 7, where 1= little or no improvement, 7= very great improvement</i></p>				
C.	<p>To what degree could the appropriate organisational changes raise your performance level in this activity? Please rate expected performance after organizational change ONLY.  <i>Grading from 1 – 7, where 1= little or no improvement, 7= very great improvement</i></p>				
B.	<p>How good do you consider your current performance in this activity?  <i>Grading from 1 – 7, where 1= not good at all, 7= very good</i></p>				
A.	<p>How crucial is this activity for successful performance in your work?  <i>Grading from 1 – 7, where 1= not at all crucial, 7= extremely crucial</i></p>				
	1. Developing a relationship of trust with patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Doing paperwork and /or routine data inputting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Critically evaluating published research	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Appraising your performance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Having a good relationship with colleagues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Interpreting your own research results	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Applying research results to your practice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

December 2004

**D. To what degree could the appropriate training raise your performance level in this activity? Please rate expected performance after appropriate training ONLY.**  
*Grading from 1 – 7, where 1= little or no improvement, 7= very great improvement*

**C. To what degree could the appropriate organisational changes raise your performance level in this activity? Please rate expected performance after organizational change ONLY.**  
*Grading from 1 – 7, where 1= little or no improvement, 7= very great improvement*

**B. How good do you consider your current performance in this activity?**  
*Grading from 1 – 7, where 1= not good at all, 7= very good*

**A. How crucial is this activity for successful performance in your work?**  
*Grading from 1 – 7, where 1= not at all crucial, 7= extremely crucial*

8. Communicating with patients face-to-face	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Defining viable research subjects	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Treating patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Introducing new ideas at work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gaining access to literature related to your clinical work	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Offering feedback to colleagues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Making information available to patients and/or carers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Statistically analysing your own research data	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Showing colleagues and/or students how to do things	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Planning and organising individual patient care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Evaluating patients' psychological and social needs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

December 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K

3



**D. To what degree could the appropriate training raise your performance level in this activity? Please rate expected performance after appropriate training ONLY.**  
*Grading from 1 – 7, where 1= little or no improvement, 7= very great improvement*

**C. To what degree could the appropriate organisational changes raise your performance level in this activity? Please rate expected performance after organizational change ONLY.**  
*Grading from 1 – 7, where 1= little or no improvement, 7= very great improvement*

**B. How good do you consider your current performance in this activity?**  
*Grading from 1 – 7, where 1= not good at all, 7= very good*

**A. How crucial is this activity for successful performance in your work?**  
*Grading from 1 – 7, where 1= not at all crucial, 7= extremely crucial*

19. Organising your time effectively	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Using technical equipment (including computers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Writing papers on your research studies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Undertaking health promotion activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Achieving your goals with limited resources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Assessing patients' clinical needs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Collecting and collating relevant research information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Planning a research study	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Working as a member of a team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Gaining access to research means (e.g. time, money, information and equipment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Undertaking administrative activities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Personal adaptation to health service change	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

December 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K

4

**SECTION B: SPECIAL TRAINING NEEDS**

Please define the clinical fields in which you would like to have further training or guidance. Give fields in order of importance in the box below:

**THANK YOU VERY MUCH FOR YOUR COOPERATION**

**Please make sure that you have answered all the questions and post the completed questionnaire in the enclosed envelope as soon as possible.**

*The instrument «Ektimisi Anangon Katartisis» is the Greek translation of the «Training Needs Assessment» completed on 1/12/2004 by a team from the Clinic of Social and Family Medicine, Univ. of Crete coordinated by Adelais Markaki, PhD Candidate, Univ. of Crete under the supervision of Christos Lionis, Associate Professor, Univ. of Crete, upon obtaining permission from the University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing, Birmingham B15 2TT, U.K.*

Serial #: .....  
Return Date: .....

December 2004  
Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K

## Παράρτημα Β – Ερωτηματολόγιο 2 (Μετάφραση στην Ελληνική γλώσσα)

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

University of Birmingham, Birmingham, UK

Πριν διαβάσετε τις οδηγίες, παρακαλούμε συμπληρώσετε τα παρακάτω:

Θέση εργασίας:  Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα θέση:  Έτη Ηλικία:  Ετών

Έχετε αναμειχθεί σε κάποια επιστημονική έρευνα τα τελευταία 5 χρόνια; Ναι  Όχι

Εάν «Ναι», τότε με ποια ιδιότητα είχατε κυρίως αναμειχθεί;

Περιγράψτε σύντομα (π.χ. διαχείριση/διεύθυνση, σχεδιασμός, συλλογή δεδομένων, ανάλυση, συγγραφή εκθέσεων, συμμετέχοντας).

Ποια ήταν το θέμα της έρευνας;

Περιγράψτε σύντομα (εάν αναμειχθήκατε με περισσότερα από ένα ερευνητικά προγράμματα, περιγράψτε μόνο το τελευταίο).

Δημοσιεύθηκε αυτή η έρευνα  
(ή θα δημοσιευθεί στο εγγύς μέλλον);

Ναι  Όχι  Αβέβαιο

#### Οδηγίες για συμπλήρωση:

Αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο ενότητες (Α και Β) σχετικά με τις ανάγκες κατάρτισης μέσα στο ίδιο το επάγγελμά σας. Παρακαλούμε, απαντήστε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια προκειμένου να έχουμε μία ολοκληρωμένη εικόνα των αναγκών σας για κατάρτιση. Κάθε ενότητα έχει οδηγίες για συμπλήρωση. Παρακαλούμε διαβάστε τις και ακολουθήστε τις προσεκτικά.

Δεκέμβριος 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K.

1

**ΕΝΟΤΗΤΑ Α: ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ**

Προκειμένου να εκτελέσετε αποτελεσματικά την εργασία σας, δεν χρειαζόσαστε μόνο τις σχετικές δεξιότητες, αλλά επίσης και τις κατάλληλες εργασιακές συνθήκες (π.χ. την προσέγγιση των άλλων ατόμων, συμβατές εργασιακές πρακτικές, έλλειψη πρακτικών περιορισμών κ.λ.π.). Με άλλα λόγια, το εργασιακό σας περιβάλλον θα πρέπει να σας επιτρέπει να εξασκήσετε τις δεξιότητες σας κατάλληλα. Θα δείτε παρακάτω να αναφέρονται μία σειρά από δεξιότητες, πολλές από τις οποίες αναλαμβάνετε στην εκτέλεση της δουλειάς σας. Κοιτάξτε κάθε μία από αυτές τις δεξιότητες και μετά κατατάξτε την κάθε μία με τέσσερις τρόπους, γράφοντας τον κατάλληλο αριθμό σε κάθε κουτί. Οι πρώτες δύο κατατάξεις (Α & Β) έχουν να κάνουν με το πώς εσείς αξιολογείτε την σημαντικότητα τους και την τωρινή επίδοσή σας. Οι άλλες δύο κατατάξεις (Γ & Δ) έχουν να κάνουν με το εύρος για βελτίωση επίδοσης, είτε μέσω κατάρτισης είτε μέσω αλλαγών στην εργασιακή κατάσταση.

**Για δική σας διευκόλυνση, ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΚΑΘΕΤΑ (ως προς κάθε κατηγορία Α, Β, Γ, Δ ξεχωριστά) για όλες τις ερωτήσεις από 1-30.**

<b>Δ.</b>	<p>Σε ποιά βαθμό θα μπορούσε η κατάλληλη κατάρτιση να ανεβάσει το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή την δραστηριότητα; Παρακαλούμε κατατάξτε την αναμενόμενη επίδοση μετά από κατάλληλη κατάρτιση ΜΟΝΟ.  <i>Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση</i></p>	
<b>Γ.</b>	<p>Σε ποιά βαθμό θα μπορούσαν οι κατάλληλες οργανωτικές αλλαγές να ανεβάσουν το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή την δραστηριότητα; Παρακαλούμε κατατάξτε την αναμενόμενη επίδοση μετά από οργανωτική αλλαγή ΜΟΝΟ.  <i>Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση</i></p>	
<b>Β.</b>	<p>Πόσο καλή θεωρείτε την τωρινή σας επίδοση σε αυτή τη δραστηριότητα;  <i>Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= καθόλου καλή, 7= πολύ καλή</i></p>	
<b>Α.</b>	<p>Πόσο κρίσιμη είναι αυτή η δραστηριότητα για την επιτυχή επίδοση στην εργασία σας;  <i>Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= καθόλου κρίσιμη, 7= πάρα πολύ κρίσιμη</i></p>	
	<p>1. Δημιουργώντας σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>2. Κάνοντας γραφική δουλειά και / ή εισάγοντας δεδομένα ρουτίνας</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>3. Αξιολογώντας κριτικά δημοσιευμένα έρευνα</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>4. Αποτιμώντας την επίδοσή σας</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>5. Έχοντας καλή σχέση με τους συναδέλφους</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>6. Ερμηνεύοντας τα δικά σας ερευνητικά αποτελέσματα</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<p>7. Εφαρμόζοντας ερευνητικά αποτελέσματα στην πρακτική σας</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Δεκέμβριος 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K.

2

**Δ.** Σε ποιά βαθμό θα μπορούσε η κατάλληλη κατάρτιση να ανεβάσει το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή την δραστηριότητα; Παρακαλούμε κατατάξετε την αναμενόμενη επίδοση μετά από κατάλληλη κατάρτιση **ΜΟΝΟ**.  
*Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση*

**Γ.** Σε ποιά βαθμό θα μπορούσαν οι κατάλληλες οργανωτικές αλλαγές να ανεβάσουν το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή την δραστηριότητα; Παρακαλούμε κατατάξετε την αναμενόμενη επίδοση μετά από οργανωτική αλλαγή **ΜΟΝΟ**.  
*Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση*

**Β.** Πόσο καλή θεωρείτε την τωρινή σας επίδοση σε αυτή τη δραστηριότητα;  
*Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= καθόλου καλή, 7= πολύ καλή*

**Α.** Πόσο κρίσιμη είναι αυτή η δραστηριότητα για την επιτυχή επίδοση στην εργασία σας;  
*Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= καθόλου κρίσιμη, 7= πάρα πολύ κρίσιμη*

8. Επικοινωνώντας με τους ασθενείς πρόσωπο – με - πρόσωπο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Προσδιορίζοντας βιώσιμα ερευνητικά θέματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Διαχειρίζοντας τους ασθενείς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Εισάγοντας νέες ιδέες στη δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Αποκτώντας πρόσβαση σε βιβλιογραφία σχετική με την κλινική σας δουλειά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Προσφέροντας ανατροφοδότηση σε συναδέλφους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Παρέχοντας πληροφορίες σε ασθενείς και/ή φροντιστές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Αναλύοντας στατιστικά τα δικά σας ερευνητικά δεδομένα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Δείχνοντας σε συναδέλφους και / ή φοιτητές πως να κάνουν πράγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Σχεδιάζοντας και οργανώνοντας την εξατομικευμένη φροντίδα ασθενούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Αξιολογώντας τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Δεκέμβρης 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K.

3

**Δ.** Σε ποίο βαθμό θα μπορούσε η κατάλληλη κατάρτιση να ανεβάσει το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή την δραστηριότητα; Παρακαλούμε κατατάξετε την αναμενόμενη επίδοση μετά από κατάλληλη κατάρτιση **ΜΟΝΟ**.  
Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση

**Γ.** Σε ποίο βαθμό θα μπορούσαν οι κατάλληλες οργανωτικές αλλαγές να ανεβάσουν το επίπεδο επίδοσης σας σε αυτή την δραστηριότητα; Παρακαλούμε κατατάξετε την αναμενόμενη επίδοση μετά από οργανωτική αλλαγή **ΜΟΝΟ**.  
Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= λίγη ή καθόλου βελτίωση, 7= πολύ μεγάλη βελτίωση

**Β.** Πόσο καλή θεωρείτε την τωρινή σας επίδοση σε αυτή τη δραστηριότητα;  
Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= καθόλου καλή, 7= πολύ καλή

**Α.** Πόσο κρίσιμη είναι αυτή η δραστηριότητα για την επιτυχή επίδοση στην εργασία σας;  
Βαθμολογία από 1 – 7, όπου 1= καθόλου κρίσιμη, 7= πάρα πολύ κρίσιμη

19. Οργανώνοντας τον χρόνο σας αποτελεσματικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
20. Χρησιμοποιώντας τεχνικό εξοπλισμό (συμπεριλαμβανομένων των Η/Υ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
21. Γράφοντας εκθέσεις για τις ερευνητικές σας μελέτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
22. Αναλαμβάνοντας δραστηριότητες προαγωγής υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
23. Επίτευξη στόχων με τη λιγότερη δυνατή χρήση μέσων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
24. Εκτιμώντας τις κλινικές ανάγκες των ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
25. Συλλέγοντας και συνδυάζοντας σχετικές ερευνητικές πληροφορίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
26. Σχεδιάζοντας μία ερευνητική μελέτη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
27. Εργαζόμενος ως μέλος μίας ομάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
28. Αποκτώντας πρόσβαση σε ερευνητικά μέσα (π.χ. χρόνο, χρήματα, πληροφορίες και εξοπλισμό)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
29. Αναλαμβάνοντας διοικητικές δραστηριότητες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
30. Προσαρμοζόμενος προσωπικά με την αλλαγή στις υπηρεσίες υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Δεκέμβριος 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K.

4

## ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Παρακαλούμε προσδιορίστε τους κλινικούς τομείς στους οποίους θα θέλατε να έχετε περαιτέρω κατάρτιση ή καθοδήγηση. Αναφέρετε τους τομείς με τη σειρά μεγαλύτερης σημασίας στο παρακάτω πλαίσιο:

### ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ

Παρακαλούμε, βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει όλες τις ερωτήσεις και αποστέλλετε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στον εσώκλειστο φάκελλο όσο το δυνατόν πιο σύντομα.

*Το εργαλείο «Εκτίμηση Αναγκών Κατάρτισης» είναι η Ελληνική μετάφραση του «Training Needs Assessment» που ολοκληρώθηκε στις 1/12/2004 από ομάδα της Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Παν/μίου Κρήτης την οποία συντόνιζε η Αδελαΐς Μαρκάκη, Υποψήφια Διδάκτωρ Παν/μίου Κρήτης, υπό την εποπτεία του επιβλέποντα καθηγητή Χρήστου Λιονή, κατόπιν άδειας από το University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing, Birmingham B15 2TT, U.K.*

Σειρά: .....  
Ημ/νία επιστροφής: .....

Δεκέμβρης 2004

Copyright: The University of Birmingham, School of Health Sciences, Nursing Birmingham B15 2TT, U.K.

5

**Παράρτημα Γ**  
**Ανακοινώσεις σε Συνέδρια - Συμμετοχή σε Στρογγυλά**  
**Τραπέζια**

1. **Μαρκάκη Α.** *Εξέλιξη και ανάγκες ανθρώπινου δυναμικού στη Π.Φ.Υ.: Μεθοδολογική αναζήτηση του μίτου της Αριάνδης.* Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι «Μέθοδοι Έρευνας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, Αθήνα, 12-15 Δεκεμβρίου, 2007. (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ.37).
2. **Μαρκάκη Α,** Αντωνάκης Ν, Hicks C, Λιονής Χ. *Εκτίμηση αναγκών κατάρτισης: Παρουσίαση και στάθμιση ενός εργαλείου.* 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, Αθήνα, 13-16 Νοεμβρίου 2006. (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 48).
3. **Μαρκάκη Α.** *Η αξιολόγηση των υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας στο Κέντρο Υγείας και στην κοινότητα.* Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι «Αξιολόγηση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Φροντίδας στα Κέντρα Υγείας». 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο για τη Διοίκηση, τα Οικονομικά και τις Πολιτικές Υγείας, Αθήνα, 14-17 Δεκεμβρίου, 2005. (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 18).
4. **Μαρκάκη Α.** *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Κρήτη.* Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι «Νεότερες εξελίξεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα». 32<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη, 9-12 Μαΐου, 2005. (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 75).
5. **Μαρκάκη Α.** *Αποτελεσματικότητα νοσηλευτικής φροντίδας στην Π.Φ.Υ.* Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι «Αναζητώντας την αποτελεσματικότητα στην Π.Φ.Υ.: δεδομένα από την εμπειρία της Κρήτης». 12<sup>ο</sup> Παγκρήτιο Ιατρικό Συνέδριο, Ελούντα Λασιθίου, 28-31 Οκτωβρίου, 2004 (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 20).
6. **Μαρκάκη Α.** *Νέες προσεγγίσεις στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα: διεθνής και ελληνική εμπειρία.* 1<sup>ο</sup> Περιφερειακό Συνέδριο Κρήτης «Καινοτομία & Υγεία στον 21<sup>ο</sup> αιώνα», Ηράκλειο, 12-13 Δεκεμβρίου, 2003 (Πρακτικά Συνεδρίου, 1-24).
7. **Μαρκάκη Α.,** Αντωνάκης Ν., Λιονής Χ. *Ο ρόλος και οι μαθησιακές ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού στην Π.Φ.Υ.* 30<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 19-22 Μαΐου, 2003 (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 71).
8. **Μαρκάκη Α.** *Ο ρόλος και οι εκπαιδευτικές ανάγκες του νοσηλευτικού προσωπικού στην Π.Φ.Υ. του Πε.Σ.Υ. Κρήτης.* Εισήγηση στο Στρογγυλό Τραπέζι «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: νέες προσεγγίσεις». 1<sup>ο</sup> Παγκρήτιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Ηράκλειο, 28-30 Μαρτίου, 2003.
9. **Μαρκάκη Α.** *Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού και τα προγράμματα κατάρτισης του.* Εισήγηση στο στρογγυλό τραπέζι «Προσεγγίζοντας την ποιότητα στις



υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στο Πε.Σ.Υ. Κρήτης». 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής Υγείας, Αθήνα 5-7 Δεκεμβρίου, 2002 (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 46).

10. **Μαρκάκη, Α.** *Η αξιολόγηση ως μέσο διασφάλισης ποιότητας στην Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση: η εμπειρία των Η.Π.Α.* 29<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Ιωάννινα 13-16 Μαΐου, 2002 (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 61).
11. **Μαρκάκη, Α.,** Αντωνάκης, Ν., Τζιράκη, Μ., Ροβίθης, Ε., Λιονής, Χ., Μπαρδής, Β. *Νοσηλευτικό προσωπικό στα Κέντρα Υγείας του Πε.Σ.Υ. Κρήτης: Μιά πρώτη εκτίμηση των αναγκών τους.* 14<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Γενικής Ιατρικής, Ηράκλειο 8-12 Μαΐου, 2002 (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 182).
12. **Μαρκάκη, Α.** *Σχεδιασμός στην Π.Φ.Υ.: Δημιουργία και δοκιμασία νέου εργαλείου εκτίμησης αναγκών.* 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 25-27 Φεβρουαρίου, 2002 (Πρακτικά Συνεδρίου, σελ. 147).