



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ - ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος

Συσχέτιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσής με την επαγγελματική ανάπτυξη
του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργικού τομέα
Πανεπιστημιακού νοσοκομείου, με σκοπό τη βελτίωση παρεχόμενων
υπηρεσιών υγείας

Στρατήγη Ελένη
Νοσηλεύτρια ΤΕ

- Επιβλέποντες:**
1. Τσιλιγιάννη Ιωάννα, Επίκουρος Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Κρήτης.
 2. Βλασιάδης Κωνσταντίνος, Δρ. Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
 3. Κριτωτάκης Γεώργιος, Καθηγητής Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου (Ελ.Με.Πα.).

Αφιερωμένο σε ΕΚΕΙΝΟΝ που έκανε τα πάντα για μένα όσο ζούσε....Δυστυχώς όμως δεν πρόλαβε να με δει να φτάνω στο τέλος αυτού του ταξιδιού....Ξέρω όμως ότι ήταν πολύ περήφανος για τα παιδιά του....Ξέρω πως θα είναι και τώρα ...Σε ευχαριστώ πολύ για όλα!

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση αυτού του ερευνητικού εγχειρήματος θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους συνέβαλαν στην υλοποίηση και ολοκλήρωση της εργασίας μου. Πρωτίστως και ιδιαιτέρως θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Τσιλιγιάννη Ιωάννα. Ευχαριστίες πολλές, τόσο για την καθοδήγησή της, όσο και για τη συμπαράστασή της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου και συνεπιβλέποντα κύριο Βλασιάδη Κωνσταντίνο, για την αμέριστη συμπαράστασή του.

Δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω και τον έτερο συνεπιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Κριτσωτάκη Γεώργιο, για την άψογη συνεργασία μας,την καθοριστική συμβολή του,καθώς και την πραγματική συμπαράσταση του όλο αυτό το διάστημα.

Δε θα μπορούσα να παραλείψω, τον αξιότιμο διευθυντή σπουδών κ. Λιονή Χρήστο , για τα εφόδια ,που μου παρείχε , κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος. Η προθυμία του για βοήθεια ,καθώς και οι συμβουλές του, υπήρξαν κινητήριοις δύναμη για την ολοκλήρωση του προγράμματος.

Ακόμη θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους ιατρούς και νοσηλευτές που διέθεσαν τον πολύτιμο χρόνο τους, παρόλες τις αντίξοες και πρωτόγνωρες συνθήκες που επικρατούν, για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου στο σύζυγό μου Δημήτρη, για την υπομονή του όλο αυτό το διάστημα και την απίστευτη κατανόησή του.

Πίνακας συντμήσεων και συντομογραφιών

| | | | |
|-----|------------------|---|--|
| 1. | ΣΕΑ | = | Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη |
| 2. | ΣΕΕ | = | Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση |
| 3. | ΠΑ.Γ.Ν.Η. | = | ΠΑνεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου |
| 4. | ΣΕ | = | Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση |
| 5. | ΣΙΕ | = | Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση |
| 6. | ΣΝΕ | = | Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση |
| 7. | CPD | = | Continuing Professional Development |
| 8. | PRS | = | Participation Reasons Scale |
| 9. | DPS | = | Deterrents Participation Scale |
| 10. | BPS | = | Benefits Participation Scale |

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Συσχέτιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με την επαγγελματική ανάπτυξη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργικού τομέα Πανεπιστημιακού νοσοκομείου, με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Της: Στρατήγη Ελένη

Υπό την επίβλεψη των: 1. Τσιλιγιάννη Ιωάννα
2. Βλασιάδης Κωνσταντίνος
3. Κριτσωτάκης Γεώργιος

Ημερομηνία: Μάιος - Ιούνιος 2021

Εισαγωγή: Ο σημερινός ασθενής ή χρήστης υπηρεσιών υγείας φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, σε ένα σύστημα υγείας που αντιμετωπίζει ποικίλες δυσκολίες στην παροχή υπηρεσιών αλλά και οφείλει να παρακολουθεί τη συνεχή ανάπτυξη των γνώσεων, ιατρικών εξελίξεων και ευρημάτων. Γι' αυτό η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ) και η δια βίου μάθηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μείζονα προτεραιότητα του συστήματος υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σκιαγράφιση και αποτίμηση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η).

Μεθοδολογία: Η παρούσα συγχρονική μελέτη συνέλεξε δείγμα μέσω ενός εκτενούς ερωτηματολογίου (Participation Reasons Scale) από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα του ΠΑ.Γ.Ν.Η. Το δείγμα ήταν 99 ιατροί και νοσηλευτές. Η ανάλυση έγινε στο IBM SPSS 26.00, μέσω παραμετρικών ελέγχων και σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$.

Αποτελέσματα: Το 63,6% ($n=63$) ήταν νοσηλευτές και το 36,4% ($n=36$) ήταν ιατροί). Το 87,9% των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι η ΣΕΑ είναι πολύ σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα, παρόλο που υπάρχει ένα 4% που δεν τη θεωρούσε σημαντική. Η πλειονότητα (87,9%) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αισθάνεται πως έχει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες ώστε να παρέχει ποιοτική φροντίδα υγείας. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι θεωρούν πως η συμμετοχή τους σε προγράμματα ΣΕΑ θα

πρέπει να είναι υποχρεωτική (79,8%). Οι λόγοι για τους οποίους θεωρούσαν ότι θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική η ΣΕΑ είναι κυρίως η επαγγελματική αναβάθμιση (25,3), η παράμετρος της φιλοδοξίας/ανταγωνισμού (21,2%), καθώς και η βελτίωση τους σε ζητήματα τεχνολογικής ανάπτυξης (10%). Οι συμμετέχοντες φάνηκε να συμμετείχαν συχνότερα σε ενδοκλινικά και ενδονοσοκομειακά μαθήματα, και λιγότερο σε συνέδρια/ημερίδες, σε σεμινάρια, ή σε άλλα επιμορφωτικά προγράμματα ΣΕΑ. Η πλειοψηφία δήλωσε ότι θεωρεί πως τα προγράμματα ΣΕΑ είναι καλύτερο να συμβαίνουν εντός ωραρίου, ενώ αρκετοί δεν είχαν προτίμηση μεταξύ των προγραμμάτων εντός ή εκτός ωραρίου εργασίας. Ο αποδοτικότερος τρόπος διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕΑ φάνηκε να είναι η διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης (43,4%), ακολουθούν οι συζητήσεις περιστατικών (25,3%), τα κλινικά φροντιστήρια (24,2%) και το e-learning σε ένα πολύ μικρό ποσοστό (7,1%). Όσον αφορά τις διαφορές στις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ως προς το δημογραφικό-επαγγελματικό προφίλ τους, δε βρέθηκαν πολλές στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Φάνηκε ότι περισσότεροι άντρες συμμετέχουν σε προγράμματα ΣΕΑ - αν και το ποσοστό των γυναικών δεν ήταν χαμηλό, ότι δαπανούν περισσότερες ημέρες επιμόρφωσης, ότι θεωρούν πιο σημαντικά τις θεματικές ενότητες επιμόρφωσης για την πρόληψη/διαχείριση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και ότι η υπηρεσία τους παρέχει αρκετές ευκαιρίες επιμόρφωσης ($Pvalue < 0,05$). Αντίθετα, οι γυναίκες δε θεωρούσαν ότι παρέχονται αρκετές ευκαιρίες ΣΕΑ από την υπηρεσία τους. Επίσης, οι νεότερες ηλικίες φάνηκε να αναζητούν περισσότερο τη διεύρυνση των γνώσεών τους και μάλιστα ακόμα και με ιδιωτική πρωτοβουλία ($Pvalue < 0,05$). Εστιάζοντας στα αίτια και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε ΣΕΑ, αυτά αξιολογήθηκαν από τους συμμετέχοντες ως εξής: καλύτερη ανταπόκριση των γνώσεων και των δεξιοτήτων με τις απαιτήσεις του επαγγέλματος, καλύτερη ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών, προοπτική αύξησης της αποδοτικότητας, βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής, ανάπτυξη απαραίτητων δεξιοτήτων για τη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ενίσχυση της παραμονής στην παρούσα θέση και αξιολόγηση της εξέλιξης του επαγγέλματος.

Συμπεράσματα: Η αναγνώριση της ΣΕΑ ως κάτι σημαντικό φαίνεται να βρίσκεται σε καλά επίπεδα από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Υπάρχουν όμως εμπόδια και ανισότητες στις ευκαιρίες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Θα πρέπει να συνταχθεί ένα ολοκληρωμένο και αναλυτικό θεσμικό πλαίσιο που να προτείνει, περιγράφει αλλά και επιτρέπει τη συμμετοχή σε ΣΕΑ ως εργασιακή ανάγκη και κουλτούρα εξίσου για όλους τους εργαζόμενους στην υγειονομική φροντίδα. Αυτό θα πρέπει να δίνει ίσες ευκαιρίες σε όλους ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εμπειρίας, εργασιακής θέσης ή επαγγέλματος-ειδικότητας. Η διασφάλιση επίσης του ωραρίου, του επαρκούς προσωπικού και της ενίσχυσης του e-learning θα συμβάλουν σημαντικά στην προαγωγή της ΣΕΑ. Τέλος, η παροχή κινήτρων από την πλευρά των αρμόδιων αρχών αναμένεται να συμβάλει καθοριστικά.

Λέξεις κλειδιά: Συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη, συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση, ιατροί, νοσηλεύτες, υγειονομική φροντίδα

Abstract

Title: Association of continuous education with the professional development in the medical personnel of the surgical department of a University Hospital, with a view to improving the health services provided.

By: Stratigi Eleni

Supervisors: 1. Tsiligianni Ioanna
2. Vlasidis Konstantinos
3. Kritsotakis Georgios

Date: May – June 2021

Background: Patients and users of health services nowadays seem to be aware and particularly care for high quality of healthcare, in a health system that faces various difficulties in providing services, but has to keep updated on the continuous development of knowledge, medical developments and findings. That is why Continuing Professional Development (CPD) and lifelong learning of medical and nursing staff is a major priority of the healthcare system.

Aim: The purpose of this study was to stress and evaluate the ongoing CPD as a mean of improving the quality of health services provided by the medical and nursing staff of the University General Hospital of Heraklion (PAGNI).

Methods: The current cross-sectional study collected data by an extensive questionnaire (Participation Reasons Scale) provided to the medical/nursing staff of the Surgical Department of PAGNI. The sample was comprised of 99 physicians and nurses. The analysis was performed in the IBM SPSS 26.00, through parametric tests and at significance level $\alpha = 0.05$.

Results: The 63.6% (n=63) were nurses and the 36.4% (n=36) were physicians. The 87.9% of the participants considered that CPD is very important for the medical profession, although there is a 4% who do not consider it important. The majority of participants (87.9%) felt that they have sufficient knowledge and skills to provide high quality healthcare. Most of them considered that their participation in CPD programs should be mandatory (79.8%). The reasons why they considered that CPD should be mandatory are mainly the professional upgrade (25.3), or the aspect of ambition/competition (21.2%), as well as their improvement in matters of technological development (10%). Participants appeared to participate more frequently in inpatient classes, in-hospital classes, and less frequently in conferences/seminars, or other CPD training programs. The majority reported that they believe that CPD programs are best done during working hours, while many prefer equally during and after working hours. The most efficient way of conducting CPD programs seemed to be teaching in the form of lectures (43.4%), followed by case discussions (25.3%), clinical tutorials (24.2%) and e-learning (7.1%) in a very small percentage. Regarding the differences in the views of the medical staff regarding their demographic-professional profile, not many differences were found. It appeared that more men are participating in CPD programs although the percentage of women was not low, that they spend more training days, that they consider training topics more important for the prevention/management of in-

hospital infections and that their service provides several training opportunities (Pvalue<0.05). In contrast, women did not consider that their service provided enough CPD opportunities. Also, younger ages seemed to be looking more for the expansion of their knowledge and even with a private initiative (Pvalue<0.05). Focusing on the causes and factors that affect participation in CPD, these were assessed by the participants as follows: better matching between knowledge and skills based on the requirements of their profession, better meeting of patients' expectations, perspective of increasing efficiency, improvement of professional practice, development of necessary skills to maintain the quality of care provided, strengthening the stay in the current position and the evaluation of their professional development.

Conclusions: The recognition of CPD as an integral part of the healthcare system and culture seems to be at a good level among the medical staff. But there are obstacles and inequalities in the opportunities given, that need to be taken into account. A comprehensive and detailed institutional framework should be developed which should propose, describe and allow participation in CPD equally for all health care professionals. It should give everyone equal opportunities regardless of sex, age, experience, job or occupation. Ensuring the availability of working hours, adequate staff and strengthening of e-learning will also contribute significantly to the promotion of CPD. Provision of motives by the responsible authorities is also considered a crucial issue that will contribute to CPD.

Key words: continuous professional development, continuous professional education, physicians, nurses, healthcare

Πίνακας Περιεχομένων

| | | |
|--------|---|----|
| 1 | Εισαγωγή | 1 |
| 2 | Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας | 2 |
| 2.1 | Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη και Εκπαίδευση | 2 |
| 2.1.1. | Ορισμοί | 2 |
| 2.1.2. | Ποιος είναι ο σκοπός και οι στόχοι της ΣΕΕ; | 3 |
| 2.2 | Θεωρητικό υπόβαθρο..... | 4 |
| 2.2.1. | Θεωρίες εκπαίδευσης ενηλίκων..... | 4 |
| 2.2.2. | Κίνητρα και παρακίνηση επαγγελματιών υγείας με στόχο τη ΣΕΕ και ΣΕΑ | 6 |
| 2.2.3. | Θεωρίες παρακίνησης | 7 |
| 2.2.4. | Ανασταλτικοί παράγοντες | 12 |
| 2.3 | Συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας | 14 |
| 2.3.1. | Τύποι ΣΕΑ | 14 |
| 2.3.2. | Υποχρεωτική έναντι εθελοντικής ΣΕΑ | 15 |
| 2.4 | Αναγκαιότητα μελέτης..... | 18 |
| 3 | Σκοπός και επιμέρους στόχοι..... | 19 |
| 4 | Μεθοδολογία | 20 |
| 4.1 | Σχεδιασμός μελέτης..... | 20 |
| 4.2 | Δειγματοληψία | 20 |
| 4.3 | Ερωτηματολόγιο | 20 |
| 4.4 | Στατιστική ανάλυση δεδομένων..... | 21 |
| 4.5 | Άδειες βιοηθικής και ζητήματα προσωπικών δεδομένων..... | 21 |
| 5 | Αποτελέσματα | 22 |
| 6 | Συζήτηση..... | 38 |
| 6.1 | Σύνοψη κύριων ευρημάτων και σχόλια υπό το φως της βιβλιογραφίας | 38 |
| 6.2 | Περιορισμοί μελέτης | 41 |
| | Βιβλιογραφία | 42 |
| | Παραρτήματα | 47 |
| | Παράρτημα 1 – Άδειες χρήσεις ερωτηματολογίων | 48 |
| | Παράρτημα 2 - Ερωτηματολόγια..... | 49 |
| | Παράρτημα 3 – Γραφήματα..... | 57 |
| | Παράρτημα 4 - Άδειες βιοηθικής | 76 |

Ευρετήριο Πινάκων

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1: Επιχειρήματα υπέρ και κατά της υποχρεωτικής ΣΕΑ [10] | 17 |
| Πίνακας 2: Κατανομή δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 22 |
| Πίνακας 3: Κατανομή των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη ΣΕ στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 23 |
| Πίνακας 4: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 25 |
| Πίνακας 5: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 26 |
| Πίνακας 6: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 27 |
| Πίνακας 7: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με το επίπεδο βασικών σπουδών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 28 |
| Πίνακας 8: Στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 28 |
| Πίνακας 9: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τις σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πρώτο πτυχίο στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 30 |
| Πίνακας 10: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 31 |
| Πίνακας 11: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 32 |
| Πίνακας 12: Βαθμός σημαντικότητας (μέση τιμή, τυπική απόκλιση) των παραγόντων συμμετοχής στη ΣΕ στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 34 |
| Πίνακας 13: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στους παράγοντες συμμετοχής στη ΣΕ σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99) | 36 |

Ευρετήριο Σχημάτων

| | |
|--|----|
| Σχήμα 1: Η πυραμίδα των αναγκών του Maslow (1954) [30] | 8 |
| Σχήμα 2: Σχηματική απεικόνιση της θεωρίας του Herzberg [31,32] | 10 |
| Σχήμα 3: Σχηματική απεικόνιση της αλυσίδας αλληλεπιδράσεων της Cross (1981) [34] | 12 |

1 Εισαγωγή

Με τον όρο επαγγελματική ανάπτυξη περιγράφουμε την εξέλιξη ενός ατόμου στον επαγγελματικό του χώρο [1]. Η ορολογία της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Ανάπτυξης (ΣΕΑ) αναφέρεται στη βιβλιογραφία ως «η ανάπτυξη που επέρχεται καθώς οι εκπαιδευτικοί κινούνται δια μέσω του κύκλου της επαγγελματικής τους καριέρας» [2]. Όπως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, συνυφασμένος όρος με τη ΣΕΑ είναι και η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση (ΣΕΕ), η οποία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας [3]. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει διαρκώς να εξελίσει τις επιστημονικές του γνώσεις και να προσφέρει απλόχερα τα μέγιστα αναφορικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και αποκατάσταση [4]. Τα τελευταία χρόνια η συνεχιζόμενη επαγγελματική εξέλιξη αποτελεί πρωταρχικό στόχο, τόσο πανελλαδικά, όσο και σε διεθνές επίπεδο [4,5]. Όλοι οι κλάδοι καθημερινά εξελίσσονται σε οικονομικό, τεχνολογικό και πολιτισμικό επίπεδο με αποτέλεσμα να διαδραματίζονται μεταβολές εξέχουσας σημασίας, τόσο στη σύγχρονη κοινωνία όσο και στο χώρο της τεχνολογίας. Τόσο οι ιατροί, όσο και οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με ποικίλες περιβαλλοντικές μεταβολές στο εργασιακό τους περιβάλλον και αρκετές φορές έχουν επιρροή στην ποιότητα των υπηρεσιών και την απόδοση, καθώς και στον χρόνο νοσηλείας. Επιπρόσθετα υπάρχει ανοδική τάση του ποσοστού ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με τα θέματα υγείας τα τελευταία χρόνια [4].

Η ποιότητα παροχής φροντίδας υγείας αποτελεί τον κύριο στόχο των υπηρεσιών υγείας, καθώς είναι σημαντική και απαραίτητη για όλους και επηρεάζεται άμεσα από το επίπεδο της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας που είναι ανάλογη του επιπέδου εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού [6-8]. Ο σημερινός ασθενής ή χρήστης υπηρεσιών υγείας φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας [9], και γι' αυτό η ΣΕΑ και η δια βίου μάθηση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μείζονα προτεραιότητα του συστήματος υγείας.

Το συνεχές ενδιαφέρον που υπάρχει τα τελευταία χρόνια στο χώρο της υγείας, με έμφαση στις πολιτικές υγείας σχετικά με τη διαρκώς εξελισσόμενη γνώση και βελτίωση, οδήγησαν στην εκπόνηση της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.

2 Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

2.1 Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη και Εκπαίδευση

Συχνά στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία συναντάται ο όρος Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση (ΣΕ) και τα συνώνυμα της (εκπαίδευση ενηλίκων, δια βίου μάθηση, δια βίου εκπαίδευση κ.α.) και συχνά έχει ως στόχο την απόκτηση ευρύτερων γνώσεων και την καλλιέργεια προσωπικών ενδιαφερόντων. Η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Εκπαίδευση (ΣΕΕ) αποτελεί μια μορφή Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που εστιάζει στην περαιτέρω επιστημονική εξειδίκευση, στην απόκτηση νέας γνώσης και επαγγελματικών δεξιοτήτων [10]. Παρακάτω, θα δοθούν οι ορισμοί της ΣΕΕ, καθώς και της ΣΕΑ, που αποτελεί επέκταση της ΣΕΕ και είναι συνυφασμένη με το χώρο των επαγγελματιών υγείας.

2.1.1. Ορισμοί

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση, η ΣΕΕ ορίζεται ως «κάθε οργανωμένη δραστηριότητα στην οποία συμμετέχουν είτε εργαζόμενοι είτε άνεργοι, με σκοπό την απόκτηση δεξιοτήτων για μια υπάρχουσα ή μελλοντική θέση εργασίας, την αύξηση των αποδοχών τους ή των ευκαιριών προαγωγής τους» [10], ενώ το Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Ανάπτυξη της Επαγγελματικής Κατάρτισης την ορίζει ως τη «συνεχιζόμενη εκπαίδευση που αποβλέπει στη διατήρηση, ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και ικανοτήτων» [11].

Στην ελληνική νομοθεσία και βάσει του νόμου 3191/03 (ΦΕΚ Α' 258/7.11.2003) [12], η ΣΕΕ ορίζεται και συνιστάται στην «κατάρτιση ή επανακατάρτιση του ανθρωπίνου δυναμικού, η οποία συμπληρώνει, εκσυγχρονίζει ή αναβαθμίζει γνώσεις και δεξιότητες που αποκτήθηκαν στην αρχική εκπαίδευση ή/και από επαγγελματική εμπειρία με στόχους την ένταξη στην αγορά εργασίας, τη διασφάλιση της εργασίας, την επαγγελματική ανέλιξη και την προσωπική ανάπτυξη».

Η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Ανάπτυξη (ΣΕΑ), που στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται ως Continuing Professional Development, αποτελεί διεύρυνση του όρου της ΣΕΕ και συχνά χρησιμοποιείται αντί αυτού. Στο χώρο των επαγγελματιών υγείας, πρέπει να υπάρχει συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στις νέες πρακτικές και εξελίξεις της επιστήμης τους. Η ΣΕΕ των επαγγελματιών υγείας χωρίζεται σε Συνεχιζόμενη Ιατρική Εκπαίδευση (ΣΙΕ) που αφορά στους ιατρούς και σε Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ) που αφορά στους νοσηλευτές [10]. Ο Davis (1998) [13] έδωσε την ακόλουθη απλή περιγραφή για την ΣΙΕ: «η οποιαδήποτε διαδικασία με τη χρήση κάθε μέσου που μπορεί να εκπαιδευτεί ένας γιατρός μετά τις επίσημες σπουδές τους». Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών προσδιορίζει τη ΣΝΕ ως: «προγραμματισμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες που στοχεύουν στην ενίσχυση της εκπαιδευτικής και εμπειρικής βάσης των νοσηλευτών με απώτερο σκοπό την ενίσχυση της κλινικής πράξης, της εκπαίδευσης, της διοίκησης, της έρευνας και της ανάπτυξης θεωριών με τελικό σκοπό τη βελτίωση της υγείας των πολιτών» [14].

Τόσο η ΣΙΕ όσο και η ΣΝΕ αποτελούν τμήμα της ευρύτερης έννοιας της ΣΕΑ [15,16]. Η ΣΕΑ, πέρα από το θεωρητικό υπόβαθρο που παρέχει στους συμμετέχοντες, προβλέπει την εφαρμογή της νεοαποκτηθείσας γνώσης και στην πράξη [17]. Παράλληλα, έχει και κοινωνικό χαρακτήρα καθώς συμβάλει στην προσωπική ανάπτυξη ιατρών και νοσηλευτών ως μέλη της κοινωνίας [10]. Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης, θεωρείται ότι οτιδήποτε αφορά στη ΣΕΕ, αφορά και στη ΣΕΑ, με βάση τους παραπάνω ορισμούς που βρέθηκαν στη βιβλιογραφία.

2.1.2. Ποιος είναι ο σκοπός και οι στόχοι της ΣΕΕ;

Οι Knox & McLeish (1989) αναφέρουν ότι «ο σκοπός της ΣΕΕ είναι η βελτίωση των επαγγελματικών ικανοτήτων και η προώθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης ή/και ανάπτυξης της καριέρας» [18]. Σύμφωνα με τον Houle (1980), βασικός σκοπός της ΣΕΕ είναι «να προετοιμάζει τους επαγγελματίες για να αξιοποιήσουν τις καλύτερες και πιο επίκαιρες ιδέες και τεχνικές και παράλληλα, να είναι προετοιμασμένοι για το ότι αυτές μπορεί να τροποποιηθούν ή να αντικατασταθούν. Το βασικότερο μάθημα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης είναι να αναμένει κανείς ότι θα προκύπτει κάτι απρόβλεπτο» [19]. Ο Houle ορίζει επιπλέον ως στόχους των προγραμμάτων επαγγελματικής επιμόρφωσης τους παρακάτω:

1. Την ανάληψη νέων επαγγελματικών δραστηριοτήτων.
2. Τη διεύρυνση του επαγγελματικού ορίζοντα.
3. Την ενίσχυση των ευκαιριών προαγωγής.
4. Την αύξηση των αποδοχών του εργαζομένου.
5. Έμμεσος επιπλέον στόχος αποτελεί η αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης (job satisfaction) [19].

Η ΣΕΕ ως εξειδικευμένο πρόγραμμα επαγγελματικής επιμόρφωσης συμβάλει στην επαγγελματοποίηση¹. Πάλι σύμφωνα με τον Houle, ο επαγγελματίας βρίσκεται στο επίκεντρο της διαδικασίας αυτής, που έχει τους εξής στόχους:

1. Την τελειοποίηση της θεωρητικής γνώσης.
2. Την αυτό-βελτίωση και ενίσχυση της αυτό-αντίληψης του επαγγελματία.
3. Την πιστοποίηση.
4. Τη δημιουργία μιας επαγγελματικής κουλτούρας.
5. Τη νομική ενίσχυση των δικαιωμάτων και προνομίων των ατόμων που ασκούν το εκάστοτε επάγγελμα.
6. Τη δημόσια αποδοχή.
7. Την καθιέρωση επαγγελματικού ήθους.
8. Τη βελτίωση των σχέσεων με άλλα επαγγέλματα καθώς και με το κοινό στο οποίο απευθύνονται [19].

Σύμφωνα με τους Starke & Wade (2005) [20], ο τελικός σκοπός της ΣΕΑ είναι να συνεισφέρει στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτό οδηγεί στη θεώρηση του βασικού στόχου της ΣΙΕ, ο οποίος δεν είναι άλλος

¹ Δυναμική διαδικασία μέσω της οποίας τα μέλη μιας επαγγελματικής κοινότητας (vocation) επιδιώκουν να εξυψώσουν την εργασία τους σε επάγγελμα (profession), προσδίδοντας της τα χαρακτηριστικά εκείνα που προσδιορίζουν ένα επάγγελμα [19].

από «την εξασφάλιση ικανοποιητικών επιδόσεων εξαιτίας των εξελίξεων σε σχέση με την πιστοποίηση, τη διαπίστευση, τον ποιοτικό έλεγχο και την τεκμηριωμένη Ιατρική» [17]. Σύμφωνα με τον ορισμό της ΣΝΕ που δόθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ΣΝΕ θέτει σαν στόχο την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών, όσο και των προσδοκιών του κάθε νοσηλευτή, μέσω προσχεδιασμένων αλλά και τυχαίων εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων [14]. Παρόμοιος με τη ΣΙΕ είναι και ο σκοπός της ΣΝΕ, που συνδέεται με «την απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και τάσεων που θα επιτρέψουν στους επαγγελματίες να εκτελέσουν την εργασία πιο αποδοτικά, την κατάκτηση αναβαθμισμένων ρόλων που οδηγούν στην προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη και τέλος, στην εξασφάλιση πιστοποίησης όλων αυτών μέσα από θεσμοθετημένα συστήματα» [14].

Εν κατακλείδι, πάρα τους πολλαπλούς ορισμούς της ΣΕΕ και της ΣΕΑ, ο κυριότερος λόγος ύπαρξης των προγραμμάτων αυτών είναι η συνεχής επιμόρφωση ιατρών και νοσηλευτών με κυριότερο σκοπό την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προσφέροντας στην πορεία οφέλη τόσο για τους ίδιους τους εργαζόμενους, για την κοινωνία αλλά και για τους εργοδότες.

2.2 Θεωρητικό υπόβαθρο

2.2.1. Θεωρίες εκπαίδευσης ενηλίκων

Η ΣΕΕ και ΣΕΑ των επαγγελματιών υγείας αποτελεί μέρος του πλαισίου μάθησης και εκπαίδευσης ενηλίκων. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι διαδικασίες εκπαίδευσης ενηλίκων σαφώς διαφέρουν από αυτές των ανηλίκων [21]. Τα χαρακτηριστικά που επιβάλλουν το διαχωρισμό της εκπαίδευσης ενηλίκων από αυτή των ανηλίκων παρατίθενται ακολούθως:

- Εξ ορισμού, είναι ανήλικες. Και ως τέτοιοι, έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και την ανάγκη να εκπληρώσουν στόχους και προσδοκίες.
- Κατέχουν ήδη κάποιες γνώσεις από προηγούμενες σπουδές και έχουν ήδη αποκτήσει ποικίλες εμπειρίες από τον τομέα τους, γεγονός τα οποία τους δίνουν μια κατευθυντήρια οδό στην μετέπειτα εκπαίδευση.
- Συμμετέχουν ενεργά σε επιμορφωτικές δραστηριότητες με δυναμισμό και σθένος.
- Αυτοί οι ίδιοι θα διεκδικήσουν τη συμμετοχή τους σε τέτοιου είδους δραστηριότητες, δεν θα περιμένουν να τους το επιβάλει κάποιος τρίτος. Βασικό τους κίνητρο είναι η γνώση.
- Η κύρια δραστηριότητά τους δεν είναι η απόκτηση γνώσης, καθώς έχουν άλλες υποχρεώσεις και δεσμεύσεις στην καθημερινότητά τους. Αυτές οι υποχρεώσεις κάποιες φορές υποβοηθούν τη νέα μαθησιακή προσπάθεια, ενώ κάποιες άλλες φορές, την εμποδίζουν.
- Δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον για πρακτικά θέματα που στοχεύουν στην επίλυση κάποιου προβλήματος (προβληματοκεντρική προσέγγιση, problem-centered) παρά για γενικές γνώσεις (θεματοκεντρική προσέγγιση, subject-centered). Η παρακίνησή τους για μάθηση προέρχεται από εσωτερική ανάγκη παρά από εξωτερική.
- Δεν είναι τόσο προσαρμοστικοί όσον αφορά στον τρόπο μάθησης όσο θα ήταν ένας ανήλικος [21].

Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, ορισμένα στοιχεία που διακατέχουν τους ενήλικες ευνοούν τη νέα μάθηση, ενώ κάποια άλλα την εμποδίζουν. Επίσης παρατηρείται μια μεγάλη αντίθεση στα στοιχεία αυτά των ενηλίκων. Παρακάτω, θα παρατεθούν οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση των ενηλίκων:

- **Η επίδραση της επιτυχίας και της αποτυχίας:** Η επιτυχία ή αποτυχία στην ανάπτυξη νέας γνώσης επηρεάζει τη μαθησιακή πορεία ενός ενήλικα.
- **Ο ρόλος της ομάδας:** Η δυναμική που αναπτύσσεται μέσα σε μια ομάδα, μπορεί να αυξήσει τη δημιουργικότητα και να ενεργοποιήσει την ατομική πρωτοβουλία.
- **Οι μέθοδοι απόκτησης γνώσεων:** Οι προηγούμενες εμπειρίες και γνώσεις του ενήλικα αποτελούν τροχοπέδη για τη μαθησιακή πορεία που θα ακολουθήσει από εδώ και στο εξής. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι όσα ανακαλύπτει μόνος του, τα αφομοιώνει γρηγορότερα.
- **Τα κίνητρα μάθησης:** Βασική υπόθεση της εκπαίδευσης ενηλίκων είναι ότι το άτομο που επιδιώκει να μάθει, έχει κάποια εξειδικευμένη ανάγκη και θέλει να την καλύψει. Πάνω σε αυτό στηρίζεται η ανάπτυξη μαθησιακών προγραμμάτων.
- **Η οργάνωση της μάθησης:** Όσο καλύτερα οργανωμένη είναι η διαδικασία μάθησης, τόσο καλύτερα αποτελέσματα δίνει [22].

Συμπερασματικά από τα παραπάνω, ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης ενηλίκων θεωρείται επιτυχημένο και αποτελεσματικό όταν οι εκπαιδευόμενοι συμμετέχουν ενεργά, όταν λαμβάνετε υπόψιν ο ξεχωριστός τρόπος εκμάθησης του κάθε ενός και φυσικά, όταν αξιοποιούνται οι προηγούμενες γνώσεις και εμπειρίες τους. Απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνουν για το σχεδιασμό της δομής των προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων θεωρούνται οι παρακάτω: η σκιαγράφιση των επιμορφωτικών αναγκών του πληθυσμού-στόχου σε επίπεδο γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων, ο καθορισμός του σκοπού και των επιμέρους στόχων, η επιλογή των κατάλληλων εκπαιδευτικών μέσων και μεθόδων και τέλος, η αξιολόγηση ολόκληρου του προγράμματος [23].

Σύμφωνα με τους Davis et al. (2008) [24] και πέρα από τις γενικές θεωρίες εκπαίδευσης ενηλίκων που αναφέρθηκαν παραπάνω, η πλέον διαφωτιστική έρευνα πάνω στις θεωρίες εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας, με έμφαση στους ιατρούς είναι αυτή των Fox et al. (1989) [25]. Η έρευνα διεξήχθη στη Βόρεια Αμερική πάνω σε περισσότερους από 300 ιατρούς. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδωσε τρεις κατηγορίες απαντήσεων που έφτιαξαν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνουν οι ιατροί. Στην πρώτη κατηγορία, οι ιατροί απάντησαν με το σκεπτικό πως αυτή η γνώση ή δεξιότητα που θα αποκτήσουν μέσω της μάθησης, θα τους βοηθούσε στο να διευρύνουν το πεδίο επαγγελματικής πρακτικής τους. Στη δεύτερη κατηγορία, αναδείχθηκε πως το κίνητρο του κάθε ενός για αλλαγή έχει προέλευση και από εξωτερικές (π.χ. αλλαγές στο προφίλ των ασθενών) αλλά και από εσωτερικές πηγές (π.χ. εθελοντική συμμετοχή του ιατρού σε προγράμματα ΣΕΕ). Στην τρίτη κατηγορία αναδείχθηκε η διαφοροποίηση στον προσδιορισμό της έντασης και της έκτασης των αλλαγών αυτών, που ποίκιλε από μικρές αλλαγές που χαρακτηρίστηκαν ως «προσαρμογή» (π.χ. η χρήση ενός καινούριου φαρμάκου), έως

μεγαλύτερες που χαρακτηρίστηκαν ως «ανακατεύθυνση» (π.χ. η υιοθέτηση μιας εντελώς καινούριας κλινικής πρακτικής).

Εν κατακλείδι και λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω, η παροχή προγραμμάτων ΣΕΕ και ΣΕΑ έχει ως πληθυσμό-στόχο ώριμα και υπεύθυνα άτομα, που έχουν αποκτήσει εμπειρία από την κοινωνία. Πόσο μάλλον όταν αυτά τα προγράμματα απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, που το έργο τους είναι κρίσιμο και υψίστης σημασίας για την κοινωνία. Βασικός στόχος είναι πάντα η αυτοπραγμάτωση και ο αυτοκαθορισμός του κάθε ατόμου ξεχωριστά, αλλά και ως μέλος της κοινωνίας στην οποία δρα και προσφέρει.

2.2.2. Κίνητρα και παρακίνηση επαγγελματιών υγείας με στόχο τη ΣΕΕ και ΣΕΑ

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο το να διερευνηθούν τα κίνητρα που ωθούν τους επαγγελματίες υγείας να επιλέξουν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα επιμόρφωσης. Τι προσδοκίες έχουν από αυτήν την επιλογή; Ποια η αντίληψη για την όλη συμμετοχή τους και πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται στο τέλος από την επιλογή αυτή; Παρακάτω θα γίνει προσπάθεια για να απαντηθούν αυτά τα ερωτήματα, ξεκινώντας από την εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου «κίνητρο».

Ο όρος κίνητρο υποδηλώνει καθετί που να «κινήσει» το άτομο, να το ωθήσει σε δράση και οποιαδήποτε μορφή συμπεριφοράς [26]. Σύμφωνα με αρκετούς ψυχολόγους, η προϋπόθεση κάθε είδους δραστηριότητας ή πράξης πηγάζει από την ιδιότητα του κινήτρου να ωθεί το άτομο σε συμπεριφορά, η οποία πράξη αποτελεί τη λύτρωση του οργανισμού από την πίεση του κινήτρου. Οι στόχοι, οι προτιμήσεις, ο προσανατολισμός και οι επιθυμίες που γίνονται πράξη (δράση), σχετίζονται και εξαρτώνται άμεσα από το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται το άτομο [26].

Από τον παραπάνω ορισμό, προκύπτει ότι η επιλογή των επιμορφωτικών προγραμμάτων προς παρακολούθηση που κάνει το άτομο, σχετίζεται άμεσα με το περιβάλλον του, καθώς στην επιλογή αυτή συμβάλουν οι κοινωνικές συνθήκες, οι οικονομικές δυνατότητες και τα οικονομικά οφέλη που προσφέρει το πρόγραμμα αυτό. Εν ολίγης, στοιχεία που ικανοποιούν διάφορες ανάγκες του ατόμου και σχετίζονται με τα κίνητρά του. Η άμεση σχέση της έννοιας του κινήτρου με την επιλογή των επιμορφωτικών προγραμμάτων που κάνει το άτομο είναι φανερή [27].

Η έννοια της παρακίνησης/κινητοποίησης αφορά «στη δύναμη ή την ενέργεια που συνδέεται με κάποια εσωτερική κατάσταση, επιθυμία ή ανάγκη, που διεγείρει και ωθεί ένα άτομο να εμπλακεί σε μια συμπεριφορά για να ικανοποιήσει μια ανάγκη ή επιθυμία του» [27]. Η ισχύς της παρακίνησης διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους παρακινείται το άτομο, είτε αυτοί είναι ενδογενείς είτε εξωγενείς [27]. Η παρακίνηση για μάθηση (motivation to learn/motivation for learning/motivational orientation) συναντάται στη βιβλιογραφία ως η «τάση του ατόμου να επιδιώκει μαθησιακές δραστηριότητες που θεωρούνται σημαντικές, και από τις οποίες αντλεί κάποιο όφελος» [28,29]. Η έννοια της συμμετοχής αναφέρεται στη λήψη της απόφασης από το άτομο για να παρακολουθήσει μια εκπαιδευτική δραστηριότητα και στη συμπεριφορά που υλοποιεί την απόφαση αυτή. Κατά συνέπεια, η συμμετοχή ακολουθεί την παρακίνηση για μάθηση και είναι

αποτέλεσμα αυτής. Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται σύγχυση της έννοιας της παρακίνησης για μάθηση με την έννοια της συμμετοχής σε οργανωμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες [10]. Η απλή συμμετοχή σε τέτοια προγράμματα δεν είναι αρκετή για να αποκτηθεί και να κατανοηθεί η προσφερόμενη γνώση που στη συνέχεια θα πρέπει να εφαρμοσθεί στην πράξη. Χρειάζεται πραγματική παρακίνηση για γνώση από την πλευρά του ατόμου για την επίτευξη των παραπάνω. Η συμμετοχή μπορεί να επιβληθεί, όχι όμως και η παρακίνηση [10].

2.2.3. Θεωρίες παρακίνησης

Για να κατανοηθούν καλύτερα οι έννοιες των κινήτρων και της παρακίνησης, θα ακολουθήσει μια σύντομη ανασκόπηση των σημαντικότερων θεωριών παρακίνησης και το πως αυτές συνδέονται με τη ΣΕΕ και τη ΣΕΑ.

Η Ιεράρχηση των Αναγκών (Maslow's Hierarchy of Needs) (Maslow, 1954)

Το 1954, ο Abraham Maslow ανέπτυξε τη θεωρία του [30] για την ιεράρχηση των αναγκών ενός ατόμου, χωρίζοντάς τις σε πέντε κατηγορίες, τις ακόλουθες:

1. **Φυσιολογικές ή βιολογικές ανάγκες:** η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τις ανάγκες για τροφή, για ύπνο και όλες τις σωματικές ανάγκες.
2. **Ανάγκες για ασφάλεια και προστασία:** η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την αποφυγή πόνου, την επιθυμία για σιγουριά κ.α.
3. **Ανάγκη του ανήκειν/κοινωνικές ανάγκες:** Εδώ υπάγονται οι ανάγκες του ατόμου για ένταξη στο κοινωνικό σύνολο, αγάπη, τρυφερότητα, συναναστροφή με άλλα άτομα κ.λπ.
4. **Ανάγκη αυτοεκτίμησης/αναγνώρισης:** Η ανάγκη που έχει το άτομο να νιώθει σημαντικός, απαραίτητος στους γύρω του, να έχει αξιοπρέπεια και τον σεβασμό από όσους συναναστρέφεται.
5. **Ανάγκη αυτοπραγμάτωσης:** Η υψηλότερη ανάγκη του ατόμου, η ανάγκη να φτάσει στο μέγιστο δυναμικό του μέσω των ίδιων των ικανοτήτων του, χωρίς εξωτερική βοήθεια. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο παρακινείται πλέον από προσωπικά κίνητρα.

Η ιεράρχηση των αναγκών κατά τον Maslow φαίνεται και στο ακόλουθο σχήμα.



Σχήμα 1: Η πυραμίδα των αναγκών του Maslow (1954) [30]

Για να επιτευχθεί μια ανάγκη υψηλότερου επιπέδου από τη βάση, πρέπει πρώτα να έχει επιτευχθεί η βασική ανάγκη (φυσιολογικές/βιολογικές ανάγκες) ή η προηγούμενη στη σειρά ανάγκη, αν μιλάμε για ανάγκες υψηλότερες του 2^{ου} επιπέδου. Έτσι, για παράδειγμα, για να επιτευχθεί η ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης, πρέπει πρώτα να έχουν επιτευχθεί όλες οι προηγούμενες 4 ανάγκες.

Επίσης, κατά τον Maslow, ο βαθμός μη ικανοποίησης των αναγκών επηρεάζει το βαθμό παρακίνησης του ατόμου. Δηλαδή, οι ανάγκες είναι παρακινητικές όταν δεν ικανοποιούνται [30].

Η Θεωρία των Κινήτρων (Herzberg's Motivation Theory) (Herzberg, 1959)

Αναπτύχθηκε από τον Frederick Herzberg το 1959 [31,32]. Συναντάται στη βιβλιογραφία και με άλλα ονόματα, όπως: η θεωρία των δυο παραγόντων (Two Factor Theory), η θεωρία κινήτρων – υγιεινής του Herzberg (Herzberg's Motivation – Hygiene Theory), θεωρία διπλής δομής (Dual Structure Theory).

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, υπάρχουν δυο κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες παρακίνησης, η παρουσία των οποίων κάνει τους εργαζομένους να δουλεύουν αποδοτικότερα και απαντώνται μέσα στην ίδια τη φύση της δουλειάς. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι παράγοντες υγιεινής, η απουσία των οποίων κάνει τους εργαζομένους να δουλεύουν λιγότερο αποδοτικά. Αυτοί οι παράγοντες περικλείουν το περιβάλλον της εργασίας.

Στους παράγοντες παρακίνησης ανήκουν τα ακόλουθα:

- **Κατορθώματα:** Μια δουλειά πρέπει να δίνει στον εργαζόμενο μια αίσθηση επίτευξης. Αυτό θα προσφέρει ένα περήφανο συναίσθημα ότι έχει κάνει κάτι δύσκολο αλλά χρήσιμο.
- **Αναγνώριση:** Μια δουλειά πρέπει να παρέχει στον εργαζόμενο επαίνους και αναγνώριση των επιτυχιών του. Αυτή πρέπει να προέρχεται τόσο από τους προϊστάμενους του όσο και από τους συναδέλφους του.
- **Η ίδια η δουλειά:** Πρέπει να είναι ενδιαφέρουσα και να παρέχει αρκετή πρόκληση ώστε παραμείνουν οι εργαζόμενοι παρακινημένοι.
- **Υπευθυνότητα:** Οι εργαζόμενοι πρέπει να κάνουν τη δουλειά κομμάτι τους. Πρέπει να θεωρηθούν τον εαυτό τους υπεύθυνο για την ολοκλήρωσή της και να μην αισθάνονται σαν να είναι να κατευθύνονται από τους ανωτέρους τους.
- **Προαγωγή:** Πρέπει να υπάρχουν ευκαιρίες προαγωγής για τον εργαζόμενο.
- **Προσωπική ανάπτυξη:** Η εργασία θα πρέπει να δίνει στους εργαζόμενους την ευκαιρία να μάθουν νέες δεξιότητες. Αυτό μπορεί να συμβεί είτε μέσω της δουλειάς, είτε μέσω πιο επίσημης εκπαίδευσης.

Στους παράγοντες υγιεινής ανήκουν τα ακόλουθα:

- **Πολιτικές της/του εταιρείας/οργανισμού:** Πρέπει να είναι δίκαιες και σαφείς σε κάθε εργαζόμενο, καθώς και ισοδύναμες με αυτές των ανταγωνιστών.
- **Επίβλεψη:** Πρέπει να είναι δίκαιη και αρμόζουσα. Ο εργαζόμενος πρέπει να έχει όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία.
- **Εργασιακές σχέσεις:** Δεν πρέπει να υπάρχει ανοχή για εκφοβισμό ή κλίκες. Πρέπει να υπάρχει μια υγιής, φιλική και κατάλληλη σχέση μεταξύ συναδέλφων, προϊστάμενων και υφισταμένων.
- **Συνθήκες εργασίας:** Ο εξοπλισμός και το περιβάλλον εργασίας πρέπει να είναι ασφαλές, υγιεινό και κατάλληλο για εργασία.
- **Μισθός/αμοιβές:** Η δομή των αμοιβών πρέπει να είναι δίκαιη, λογική και ανταγωνιστική με άλλους οργανισμούς του ίδιου κλάδου.
- **Κατάσταση θέσης εργαζομένου:** Ο οργανισμός πρέπει να διατηρεί την κατάσταση όλων των υπαλλήλων εντός του οργανισμού.
- **Ασφάλεια:** Είναι σημαντικό οι εργαζόμενοι να αισθάνονται ότι η δουλειά τους είναι ασφαλής και ότι δεν βρίσκονται υπό τη διαρκή απειλή απολύσεων.

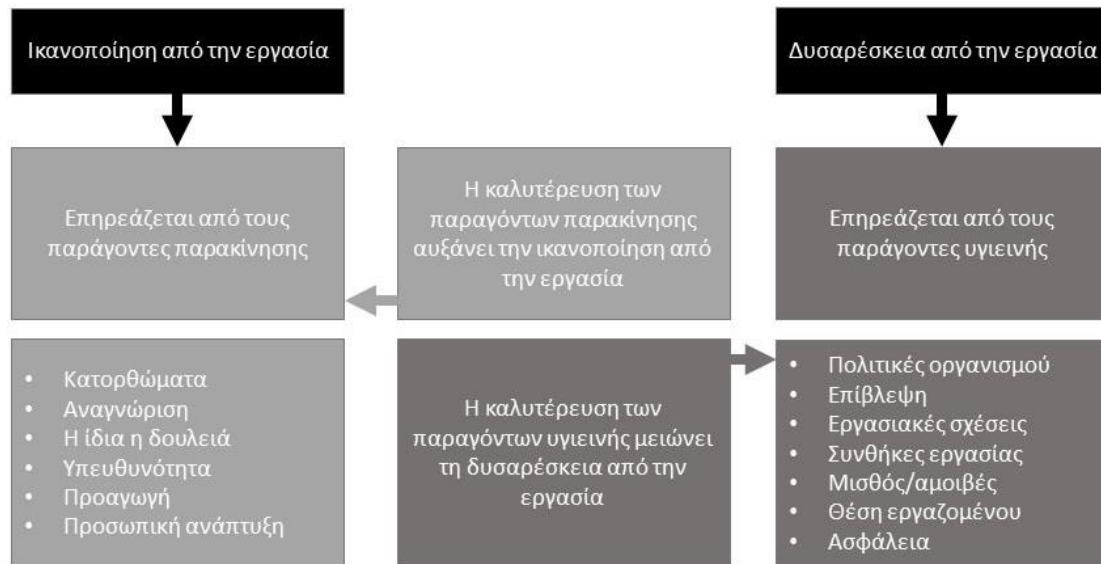
Με βάση αυτές τις δυο κατηγορίες παραγόντων και το πως επηρεάζουν την απόδοση της δουλειάς των εργαζομένων, υπάρχουν τέσσερις πιθανοί συνδυασμοί:

1. **Υψηλή υγιεινή και υψηλά κίνητρα:** Αποτελεί την ιδανική κατάσταση και αυτή για την οποία πρέπει να αγωνιστεί κάθε διευθυντής. Εδώ, όλοι οι εργαζόμενοι έχουν κίνητρα και έχουν πολύ λίγα παράπονα.
2. **Υψηλή υγιεινή και χαμηλά κίνητρα:** Σε αυτήν την περίπτωση, οι εργαζόμενοι έχουν λίγα παράπονα αλλά μικρό κίνητρο. Ένα παράδειγμα αυτής της κατάστασης είναι όπου οι μισθοί και οι συνθήκες εργασίας είναι ανταγωνιστικές, αλλά η εργασία δεν είναι πολύ ενδιαφέρουσα. Επομένως, οι εργαζόμενοι είναι απλά εκεί για να εισπράξουν το μισθό τους.
3. **Χαμηλή υγιεινή και υψηλά κίνητρα:** Σε αυτήν την περίπτωση, οι εργαζόμενοι έχουν μεγάλο κίνητρο, αλλά έχουν πολλά παράπονα. Ένα τυπικό παράδειγμα αυτής της κατάστασης είναι όπου η εργασία είναι

συναρπαστική και πραγματικά ενδιαφέρουσα, αλλά οι αμοιβές και οι όροι είναι πίσω σε σχέση με τους ανταγωνιστές του ίδιου κλάδου.

4. **Χαμηλή υγιεινή και χαμηλά κίνητρα:** Πρόκειται προφανώς για τη χειρότερη δυνατή κατάσταση για να βρεθεί ένας οργανισμός. Εδώ, οι εργαζόμενοι δεν έχουν κίνητρα και οι παράγοντες υγιεινής είναι σχεδόν ανύπαρκτοι.

Ακολουθεί σχηματική απεικόνιση της θεωρίας του Herzberg.



Σχήμα 2: Σχηματική απεικόνιση της θεωρίας του Herzberg [31,32]

Η θεωρία και το μοντέλο των Urbano & Jahns (1988)

Οι Mary Theresa Urbano & Irwin Jahns το 1988 ανέπτυξαν ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη ΣΕ [33]. Σύμφωνα με αυτό, τα κίνητρα του κάθε ατόμου για μάθηση προέρχονται από την προσωπικότητά του. Ο δημιουργός του μοντέλου αυτού, επηρεαζόμενοι από τη θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών κατά Maslow, θεωρούν ότι οι στάσεις, οι αξίες και οι πεποιθήσεις του ατόμου απέναντι στο πρόγραμμα επαγγελματικής εκπαίδευσης, καθώς και η απόφαση για τη συμμετοχή ή μη στο πρόγραμμα αυτό, καθορίζεται και επηρεάζεται από τη θέση του ατόμου στην ιεράρχηση των αναγκών του. Ο περίγυρος και το περιβάλλον του ατόμου, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι ευκαιρίες που είχε το άτομο για εκπαίδευση χαρακτηρίζονται από τους Urbano & Jahns ως «οι επιδρώσες δυνάμεις, οι οποίες συμβάλουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην τελική εκδήλωση της συμμετοχικής συμπεριφοράς».

Με βάση την ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow, έγινε η συσχέτιση κάποιων συμπεριφορών που παρουσιάζουν τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα ΣΕ με τις ανάγκες της πυραμίδας του Maslow. Συγκεκριμένα, η ανάγκη για επιβίωση συσχετίστηκε με την απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων για την άσκηση του επαγγελματικού ρόλου, γεγονός που θα δώσει τα απαραίτητα εργαλεία για την επαγγελματική επιβίωση του ατόμου. Η ανάγκη για ασφάλεια συσχετίστηκε με τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ που μακροπρόθεσμα παρέχουν επαγγελματική ασφάλεια στους συμμετέχοντες σε έναν ταχέως εξελισσόμενο επαγγελματικό χώρο. Τέλος, η ανάγκη της αναγνώρισης και της αυτοπραγμάτωσης συσχετίστηκε με τις

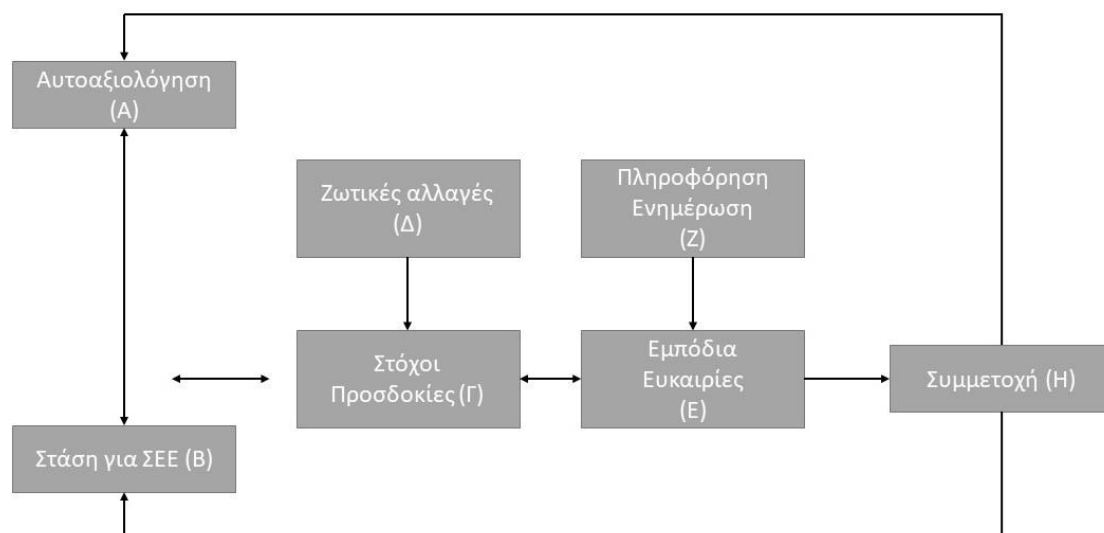
εσωτερικές ανάγκες για την απόκτηση γνώσεων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την υιοθέτηση στάσεων [33].

Το μοντέλο της Αλυσίδας Αλληλεπιδράσεων της Cross (Cross' Chain of Responses Model) (Cross, 1981)

Αναπτύχθηκε από την Patricia Cross το 1981 [34] και ενσωματώνει με επιτυχία το σκεπτικό των θεωριών εκπαίδευσης ενηλίκων και των θεωριών παρακίνησης. Το μοντέλο αυτό προσδιορίζει η συνδυασμένη δράση εσωτερικών δυνάμεων και εξωτερικών επιδράσεων και είναι κατάλληλο για την ερμηνεία της γενικής συμπεριφοράς και στάσης των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη ΣΕΑ και ΣΕΕ. Η αλληλουχία των αλληλεπιδράσεων έχει ως εξής:

1. **Αυτοαξιολόγηση (self-evaluation) (A):** Αποτελεί το σημείο εκκίνησης της αλυσίδας και αντανακλά χαρακτηριστικά από την προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία υγείας και αλληλοεπιδρά με τον δεύτερο κρίκο της αλυσίδας.
2. **Στάση για ΣΕΕ (attitude towards education) (B):** Είναι συνισταμένη των προηγούμενων εκπαιδευτικών εμπειριών του επαγγελματία υγείας. Τόσο η αυτοαξιολόγηση, όσο και η στάση για ΣΕΕ επηρεάζουν τον επόμενο κρίκο της αλυσίδας.
3. **Στόχοι και προσδοκίες (expectations) (Γ):** Η επίτευξη αυτών επηρεάζεται από μεταβατικές περιόδους στη ζωή του επαγγελματία υγείας και από τον επόμενο κρίκο στην αλυσίδα.
4. **Ζωτικές αλλαγές (life transitions, periods of change) (Δ):** Επηρεάζουν τις προσδοκίες και τους στόχους.
5. **Εμπόδια και ευκαιρίες (opportunities and barriers) (E):** Επηρεάζονται από την παρακίνηση ή μη του επαγγελματία υγείας στο να συμμετέχει σε προγράμματα ΣΕΕ και ΣΕΑ.
6. **Πληροφόρηση και ενημέρωση (information) (Z):** Κομβικό σημείο της αλυσίδας, καθώς δίνει τις απαραίτητες πληροφορίες για τα προγράμματα προς παρακολούθηση.
7. **Συμμετοχή (Participation) (H):** Ο τελευταίος κρίκος της αλυσίδας, αναφέρεται στη συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στα προγράμματα ΣΕΕ και ΣΕΑ, εφόσον έχει περάσει από όλα τα προηγούμενα στάδια/κρίκους.

Όλα τα στάδια και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους παρουσιάζονται στο Σχήμα 3.



Σχήμα 3: Σχηματική απεικόνιση της αλυσίδας αλληλεπιδράσεων της Cross (1981) [34]

2.2.4. Ανασταλτικοί παράγοντες

Στα προηγούμενα κεφάλαια παρατέθηκαν και αναλύθηκαν οι θεωρίες παρακίνησης που συμβάλουν στη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών για την εκδήλωση της συμμετοχικής συμπεριφοράς ενός ατόμου ώστε να λάβει μέρος σε προγράμματα ΣΕ. Θεωρείται εξίσου σημαντικό να αναλυθούν και οι λόγοι που δρουν αποτρεπτικά στην εκδήλωση της συμμετοχικής συμπεριφοράς του ατόμου και άρα, τον απωθούν από το να παρακολουθήσει προγράμματα ΣΕ. Ο Rogers (1999) [35] κατατάσσει τους ανασταλτικούς παράγοντες για τη μάθηση των ενηλίκων στις ακόλουθες τρεις κατηγορίες:

- Τους ανασταλτικούς παράγοντες που προκύπτουν από τα εκπαιδευτικά προγράμματα.
- Τους ανασταλτικούς παράγοντες που προκύπτουν από την κατάσταση των εκπαιδευομένων.
- Τους εσωτερικούς ανασταλτικούς παράγοντες.

Ακολουθεί σύντομη ανάλυση των τριών κατηγοριών ανασταλτικών παραγόντων σύμφωνα με τον Rogers.

Ανασταλτικοί παράγοντες που προκύπτουν από τα εκπαιδευτικά προγράμματα

Οι παράγοντες αυτοί είναι απόρροια της οργάνωσης και του σχεδιασμού ενός προγράμματος. Συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στη συμμετοχική συμπεριφορά ενός ατόμου, καθώς μπορούν να διευκολύνουν ή να δυσκολέψουν τη διαδικασία μάθησης του συμμετέχοντα. Το περιεχόμενο του προγράμματος πρέπει να συμβαδίζει με τα ενδιαφέροντα της ομάδας των συμμετεχόντων στην οποία στοχεύει, να είναι υψηλής μορφωτικής αξίας και να μπορεί να προσφέρει μάθηση χρήσιμη προς την κοινωνία. Επίσης καλό είναι να έχει εύκολη πρόσβαση. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι μαθησιακές δυνατότητες και τις ανάγκες των συμμετεχόντων, να δίνεται η δυνατότητα ενεργής και διαδραστικής συμμετοχής σε όλες τις φάσεις του προγράμματος, ώστε το ενδιαφέρον να κρατηθεί αμείωτο και

τέλος να παρέχεται πληθώρα επιλογών και ευκαιριών στους συμμετέχοντες ούτως ώστε να μπορούν να προσαρμόσουν το εκάστοτε πρόγραμμα ΣΕ στα μέτρα τους. Όλα αυτά συμβάλουν στη διευκόλυνση της μαθησιακής πορείας των συμμετεχόντων και εξαλείφουν σε μεγάλο βαθμό ή και ολοκληρωτικά αυτήν την κατηγορία ανασταλτικών παραγόντων. Αν το πρόγραμμα έχει στόχους και περιεχόμενο που δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες και τους στόχους των υποψήφιων εκπαιδευομένων, έχει μεγάλη πιθανότητα να αποτύχει [35].

Ανασταλτικοί παράγοντες που προκύπτουν από την κατάσταση των εκπαιδευομένων

Οι παράγοντες αυτής της κατηγορίας χωρίζονται στις παρακάτω τρεις υποκατηγορίες:

- **Φυσικοί παράγοντες:** Εδώ ανήκουν οι μόνιμοι παράγοντες που προκύπτουν κυρίως από τη διαδικασία της γήρανσης και γενικά ό,τι έχει να κάνει με την εξασθένηση κάποιας αίσθησης ή δυνατότητας του ατόμου, όπως αδύναμη μνήμη, μειωμένη όραση ή/και ακοή, διάσπαση προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης. Συμπεριλαμβάνονται και κάποιοι προσωρινοί παράγοντες, όπως κόπωση, δίψα, υπνηλία κ.λπ.
- **Περιβαλλοντικοί παράγοντες:** Παράγοντες που προκύπτουν από το φιλικό, οικογενειακό, εργασιακό περιβάλλον κ.λπ. του ατόμου και έχουν τη δυνατότητα να ενθαρρύνουν ή να αποθαρρύνουν τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ. Συμπεριλαμβάνεται και το μαθησιακό περιβάλλον, το οποίο φυσικά αναφέρεται στο περιβάλλον του ατόμου μέσα στο πρόγραμμα ΣΕ και δημιουργείται ύστερα από την εισαγωγή του στο πρόγραμμα αυτό και μπορεί από αυτό να παραχθούν ανασταλτικοί παράγοντες όπως και από κάθε άλλο περιβάλλον. Τα εμπόδια που δημιουργούνται από αυτήν την κατηγορία παραγόντων συνήθως είναι υποβοηθούμενα και καταρρίπτονται εύκολα, εφόσον εντοπιστεί η αιτία που τα προκαλεί.
- **Παράγοντες που προκύπτουν από τις διαπροσωπικές σχέσεις των συμβαλλόμενων:** Ο εκπαιδευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να επικοινωνήσει με τους εκπαιδευόμενους και να μεταλαμπαδεύσει τις γνώσεις του με τρόπο κατανοητό από όλους, καθώς επίσης και να δημιουργήσει το κατάλληλο για μάθηση κλίμα. Αν δεν έχει αυτήν την ικανότητα, συμβάλει αρνητικά στη μαθησιακή διαδικασία [35].

Εσωτερικοί ανασταλτικοί παράγοντες

Αυτή η κατηγορία παραγόντων περιλαμβάνει, σύμφωνα με τον Rogers [35], τα πιο σημαντικά εμπόδια στην εκπαίδευση ενηλίκων. Πηγάζουν από την προσωπικότητα του ίδιου του ατόμου και εκτείνονται σε ένα ευρύ φάσμα, με το ένα άκρο να καταλαμβάνουν οι ψυχολογικοί παράγοντες (συναισθηματικές μεταβλητές) και το άλλο άκρο οι γνωστικοί παράγοντες (εννοιολογικές δυσκολίες). Πιο συγκεκριμένα, το ένα άκρο απαρτίζουν οι εκπαιδευόμενοι που δεν θέλουν να μάθουν διότι το βρίσκουν αδύνατο λόγω των δυσκολιών που υπάρχουν στην πορεία και δεν προσπαθούν καν, και το άλλο άκρο απαρτίζουν οι εκπαιδευόμενοι που δεν μπορούν να μάθουν, λόγω αδυναμίας κατανόησης και σύνδεσης της νέας προσφερόμενης γνώσης με την ήδη υπάρχουσα [35].

Αρκετές φορές, τυχαίνει η νέα γνώση να ακυρώνει κάποια παλιά, με αποτέλεσμα ο εκπαιδευόμενος να την απορρίπτει εντελώς και να εμμένει σε αυτά που ξέρει ήδη διότι η καινούρια γνώση τον δυσκολεύει [21]. Αυτό συμβαίνει διότι ο εκπαιδευόμενος έχει αναπτύξει συναισθηματικούς δεσμούς με την ήδη υπάρχουσα γνώση και αυτό τον κάνει να υψώνει εμπόδια στην απόκτηση νέας γνώσης που θα έρθει να αντικαταστήσει ή να εμπλουτίσει την παλιά. Μπορεί να φτάσει μέχρι και στο σημείο εκδήλωσης επιθετικότητας προς τους γύρω του [21,34].

Μια δεύτερη αιτία απόρριψης της νέας γνώσης αποτελούν οι προκαταλήψεις του εκπαιδευόμενου (σεξουαλικές, κοινωνικές, φυλετικές, θρησκευτικές κ.λπ.). Ο εκπαιδευόμενος στέκεται σε αυτό που «ξέρει» και αρνείται να το αναλύσει περαιτέρω. Κύριος λόγος αυτής της άρνησης είναι ο φόβος του να φανερώσει ανακολουθία με τα μέχρι τώρα λεγόμενά του [21,34].

Τρίτη αιτία εμπόδισης της μάθησης είναι η συνήθεια. Δεσμεύει τους εκπαιδευόμενους με τις αντιλήψεις τους, τις στάσεις, τις ιδέες, τις αξίες και τις συμπεριφορές τους, που αρκετές φορές έρχονται σε αντιδιαστολή με τη γνώση που επρόκειτο να λάβουν. Αυτή η αιτία είναι υψίστης σημασίας και χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης, καθώς διαφέρει από άτομο σε άτομο, γεγονός το οποίο αποτρέπει την εύρεση καθολικής λύσης [21,34].

Όλοι αυτοί οι ανασταλτικοί παράγοντες ενσωματώνονται στη θεωρία της Cross, η οποία περιεγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο [10,34].

2.3 Συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας

Όπως κατέστη σαφές στα προηγούμενα κεφάλαια, τα οφέλη που αποκομίζονται από τα προγράμματα ΣΕ είναι πολλά, και για τον ίδιο τον εκπαιδευόμενο αλλά και για το κοινωνικό σύνολο, εφόσον η νέα γνώση εφαρμοσθεί για το κοινό καλό. Πόσο μάλλον όταν γίνεται λόγος για τους επαγγελματίες υγείας, των οποίων το επάγγελμα εξ ορισμού έχει κοινωνικό χαρακτήρα. Κανένα εκπαιδευτικό σύστημα στον κόσμο δεν είναι σε θέση να προσφέρει μάθηση ικανή να μείνει επίκαιρη σε βάθος χρόνου. Με άλλα λόγια, δεν είναι δυνατό ένας ιατρός οποιασδήποτε ειδικότητας, που αποφοίτησε πριν 30 χρόνια από τη σχολή ιατρικής, και λαμβάνοντας υπόψιν με τι αλματώδεις ρυθμούς εξελίσσεται η τεχνολογία, να θεωρείται ενημερωμένος πάνω στις σύγχρονες πρακτικές και μεθόδους του τομέα του, χωρίς να έχει μεσολαβήσει περαιτέρω εκπαίδευση. Αυτός είναι π βασικότερος λόγος που η ΣΕΑ είναι ουσιαστικά απαραίτητη στους επαγγελματίες υγείας για να μπορούν να συνεχίσουν να ασκούν το επάγγελμά τους σε βάθος χρόνου. Παρακάτω θα αναλυθούν συνοπτικά οι διάφοροι τύποι ΣΕΑ.

2.3.1. Τύποι ΣΕΑ

Παρότι, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, δεν υπάρχει μια κοινή μεθοδολογία ΣΕΑ ικανή να καλύψει το ευρύ φάσμα των επαγγελματιών υγείας, υπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που, βάσει ερευνών, συμβάλουν στην επιτυχία των προγραμμάτων ΣΕΑ στο χώρο της υγείας. Ο λόγος γίνεται για την ευελιξία, τη διαδραστικότητα, τη συνέχεια και την σχετικότητα με την πρακτική [36]. Η διάκριση της ΣΕΑ γίνεται σε επίσημη και ανεπίσημη [17].

Η ανεπίσημη εκπαίδευση είναι κυρίως αυτοκατευθυνόμενη και γίνεται με τη μελέτη βιβλίων, περιοδικών, με τη βοήθεια διαδικτυακών εφαρμογών, με την εκπόνηση εργασιών, με την επ' έργω μάθηση, με την αλληλεπίδραση μεταξύ συναδέλφων, με τη συμμετοχή σε επιτροπές κ.α [17]. Αποτελεί πολύ σημαντική μορφή μάθησης, καθώς δίνει μεγαλύτερο έλεγχο στους επαγγελματίες για το ποια γνώση θα επιλέξουν να αποκτήσουν, τότε και με ποιον τρόπο [24,37]. Σε αυτήν την κατηγορία ανήκει και η ηλεκτρονική μάθηση (e-learning), τα πλεονεκτήματα της οποίας είναι πολλά [24]. Η ηλεκτρονική μάθηση γνωρίζει άνθιση τις τελευταίες δυο δεκαετίες, καθώς πολλαπλασιάζονται οι πηγές που την προσφέρουν, παρέχοντας όλο και πιο ολοκληρωμένο και έγκυρο υλικό στους συμμετέχοντες [38-40]. Βασικό πλεονέκτημα αυτής της μορφής μάθησης είναι το χαμηλό κόστος, που τείνει να χαμηλώνει με την πάροδο του χρόνου και που σε κάποιες περιπτώσεις, δεν υπάρχει [41]. Πρέπει να σημειωθεί ότι παρόλη την πρόοδο που έχει γίνει στο κομμάτι της ηλεκτρονικής μάθησης στη χώρα μας, η πρόσβαση ιδιαίτερα για τους νοσηλευτές σε ενημερωμένες διαδικτυακές βιβλιοθήκες ή και ακόμα στο ίδιο το διαδίκτυο στο χώρο της εργασίας τους, είναι περιορισμένη [10]. Παρόλα τα οφέλη της ηλεκτρονικής μάθησης, υπάρχουν και μελανά σημεία. Δεν είναι όλες οι πηγές μάθησης αξιόπιστες, με αποτέλεσμα να χρειάζεται προσεκτική προσέγγιση και κριτική σκέψη εκ μέρους αυτών που τις αναζητάνε [41,42]. Η ανάγκη αξιολόγησης και απόρριψης του αναξιόπιστου διαθέσιμου ηλεκτρονικού έχει επισημανθεί πολλάκις στο παρελθόν [43].

Η επίσημη εκπαίδευση περιλαμβάνει διεργασίες επιμόρφωσης, κατευθυνόμενες από άλλους φορείς, όπως συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα, συνέδρια και σεμινάρια κ.α. [24]. Μπορεί να είναι υποχρεωτική ή εθελοντική και με βάση τον φορέα εκπαίδευσης, διαχωρίζεται σε ενδοϋπηρεσιακή και εξωϋπηρεσιακή. Σαν ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση χαρακτηρίζονται τα εκπαιδευτικά προγράμματα που γίνονται εντός του χώρου εργασίας (διαλέξεις, φροντιστηριακά μαθήματα) και ο προσανατολισμός των νέων υπαλλήλων. Σαν εξωϋπηρεσιακή εκπαίδευση χαρακτηρίζονται τα συνέδρια, τα εργαστήρια (workshops) και τα σεμινάρια που είναι σχετικά με το κάθε επάγγελμα [44,45]. Περαιτέρω διακρίσεις γίνονται ως προς το βαθμό διαδραστικότητας, ως προς τη μορφή (σεμινάρια, διαλέξεις), και ως προς το μέγεθος συμμετοχής [24].

Τέλος, το ίδιο σημαντική με την απόκτηση πιστωτικών μονάδων και φυσικά γνώσεων μέσω προγραμμάτων ΣΕΑ, είναι και η τεκμηρίωση της νεοαποκτηθείσας γνώσης. Ο συνηθέστερος τρόπος επίτευξης της τεκμηρίωσης είναι η ανάπτυξη προσωπικού χαρτοφυλακίου ΣΕΑ είτε σε έντυπη, είτε σε ηλεκτρονική μορφή [46].

2.3.2. Υποχρεωτική έναντι εθελοντικής ΣΕΑ

Το θέμα της ΣΕ των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με το κατά πόσο θα πρέπει να είναι εθελοντική ή υποχρεωτική απασχολεί τους ερευνητές από τη δεκαετία του 1970 [47]. Το ότι τα μέλη του εκάστοτε επαγγέλματος οφείλουν να είναι ενημερωμένοι και υπεύθυνοι επαγγελματίες αποτελεί δεδομένο. Σύμφωνα με τον Hughes (1990) [48], ο χρόνος ημίσειας ζωής της γνώσης των επαγγελματιών υγείας κυμαίνεται από 2 έως 5 χρόνια. Η Little (1993) [49] όρισε την υποχρεωτική εκπαίδευση ως «σεμινάρια ή/και προγράμματα συνεχιζόμενης πέρα από τη βασική εκπαίδευση, στα οποία συμμετέχει ο επαγγελματίας προκειμένου να αποκτήσει

πιστωτικές εκπαιδευτικές μονάδες όπως αυτό απαιτείται από τις κρατικές επιτροπές αδειοδότησης, τους επαγγελματικούς μηχανισμούς ή το εργασιακό περιβάλλον, ώστε να διατηρήσει την άδεια, την πιστοποίηση ή/και την εργασία του».

Τα επιχειρήματα προς υποστήριξη της υποχρεωτικής ΣΕΑ είναι πολλά. Κατά τη Marle (1987) [50], το ιδανικό θα ήταν η ΣΕΑ να ήταν εθελοντική, τάσσεται όμως εν τέλει υπέρ της υποχρεωτικής διότι θεωρεί τη ΣΕΑ ως απαραίτητη για τη διασφάλιση της ποιότητας της δημόσιας υγείας από τους «τεμπέληδες» και αδιάφορους για να συμμετέχουν εθελοντικά επαγγελματίες. Έτσι, επιτυγχάνεται η διατήρηση της εμπιστοσύνης των πολιτών στις υπηρεσίες παροχής υγείας, η αύξηση της ανταλλαγής απόψεων μεταξύ συναδέλφων, η εξάλειψη προβλημάτων ελλειπών και απρογραμματίστης παροχής ΣΕΑ και η κατάρριψη των φραγμών συμμετοχής [50,51]. Επίσης, αρκετοί υποστηρίζουν ότι η υποχρεωτική ΣΕΑ αποτελεί το μέσο για τη διασφάλιση της κλινικής ικανότητας των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή της επαγγελματικής αδράνειας [52-55]. Οι Dolphin (1983) [52] και Ruetz (1980) [56] κατόπιν ερευνών, συμπέραναν ότι πολλοί νοσηλευτές πρέπει να πιεστούν για να συμμετάσχουν σε προγράμματα ΣΕΑ.

Ο βασικός αντίλογος προς την υποχρεωτική ΣΕΑ είναι ότι έρχεται σε αντιπαράθεση με τις αρχές εκπαίδευσης ενηλίκων, μετατοπίζοντας τον έλεγχο πάνω στη ΣΕΑ από το άτομο στο εξωτερικό περιβάλλον [57,58]. Εξάλλου, όταν μια ενέργεια είναι εθελοντική, επιφέρει καλύτερο αποτέλεσμα [59]. Σύμφωνα με τον Morrison (1992) [58], η υποχρεωτική ΣΕΑ δεν αντιτίθεται μόνο στη φύση των ενηλίκων, αλλά και στη φύση του ίδιου του επαγγέλματος. Βάσει ορισμού, η τελειοποίηση των γνώσεων είναι αποκλειστική ευθύνη των ίδιων επαγγελματιών, οι οποίοι είναι ικανοί να επιλέξουν με ποιο τρόπο θα το πράξουν [47,58]. Ίσως σε όλους αυτούς που εθελοντικά συμμετέχουν σε προγράμματα ΣΕΑ, η επιβολή της υποχρεωτικής συμμετοχής λόγω του μικρού ποσοστού που δε συμμετέχει εθελοντικά, να φαντάζει σαν τιμωρία [57]. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή από μόνη της σε ένα πρόγραμμα ΣΕΑ δεν οδηγεί απαραίτητα σε επιμόρφωση, μάθηση, αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης [40,57,60]. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες θα συμμετάσχουν στα προγράμματα αυτά διότι είναι υποχρεωμένοι βάση κανονισμού να το κάνουν και όχι διότι νιώθουν την ανάγκη να εξελιχθούν σαν επαγγελματίες, διευρύνοντας και ανανεώνοντας τις γνώσεις τους. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες ίσως επιλέξουν προγράμματα που τα θεωρούν πιο εύκολα για παρακολούθηση και όχι εκείνη που πραγματικά θα τους προσδώσουν αυτό που έχουν ανάγκη [50].

Στον παρακάτω πίνακα, θα παρατεθούν τα σημαντικότερα επιχειρήματα υπέρ και κατά της υποχρεωτικής ΣΕΑ.

Πίνακας 1: Επιχειρήματα υπέρ και κατά της υποχρεωτικής ΣΕΑ [10]

| Υποχρεωτική ΣΕΑ επαγγελματιών υγείας | |
|--|--|
| ΥΠΕΡ | ΚΑΤΑ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Η συνεχής εκπαίδευση των ιατρών είναι απαραίτητη για την προστασία των πολιτών. • Εγγυάται τη συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας. • Εγγυάται τη συνεχή επικαιροποίηση της ανανέωσης της άδειας. • Διατήρηση επαγγελματικής συνείδησης. • Οι επαγγελματίες υγείας θα δεσμευτούν σε εκπαίδευση προκειμένου να καλύψουν ανάγκες που σε άλλη περίπτωση θα αγνοούσαν. • Καλά οργανωμένα προγράμματα δύναται να επηρεάσουν την πρακτική εφαρμογή. • Περιορίζονται οι παράγοντες της γεωγραφικής και επαγγελματικής απομόνωσης. • Οι επιδόσεις των «απρόθυμων» επαγγελματιών θα βελτιωθούν. | <ul style="list-style-type: none"> • Οι επαγγελματίες και όχι η συμμετοχή θα έπρεπε να είναι υπεύθυνοι για την αποτελεσματικότητα των επιδόσεών τους. • Εκείνο στο οποίο υποχρεώνεται ο επαγγελματίας είναι η συμμετοχή. Δεν μπορεί να εγгуηθεί αλλαγές στη μάθηση, στη στάση ή στην πρακτική. • Παραβιάζονται οι αρχές εκπαίδευσης ενηλίκων, διότι έχει τιμωρητικό χαρακτήρα για όσους συμμετέχουν εθελοντικά. • Η υποχρεωτική ΣΕΑ απαιτείται για όσους δε δεσμεύονται, που αποτελούν τη μειοψηφία. Οι περισσότεροι κατευθύνουν οι ίδιοι την εκπαίδευσή τους. • Δεν αποδεικνύεται η επίδοση των μη ικανών επαγγελματιών. • Ελλιπείς ενδείξεις ότι βελτιώνει την πρακτική. • Τα παρεχόμενα προγράμματα δεν είναι συνεπή με τις ανάγκες των εκπαιδευομένων. • Ο πολλαπλασιασμός των προγραμμάτων δύναται να υποθάψει την ποιότητά τους. • Η εφαρμογή των πολιτικών υποχρεωτικής ΣΕΑ είναι δαπανηρή. • Μειώνεται η χρήση πιο αξιόπιστων και έγκυρων μεθόδων αξιολόγησης της επαγγελματικής ικανότητας. |

Από τον Πίνακα 1, φαίνεται ότι τα σοβαρότερα επιχειρήματα είναι κατά της υποχρεωτικής ΣΕΑ. Πρέπει να επισημανθεί ότι τα προγράμματα ΣΕΑ, είτε είναι υποχρεωτικά είτε εθελοντικά, δεν αρκούν για να μετατρέψουν έναν ανίκανο επαγγελματία σε ικανό, έχουν τη δυνατότητα όμως να διατηρήσουν τον ικανό επαγγελματία στο ίδιο επίπεδο σε βάθος χρόνου.

2.4 Αναγκαιότητα μελέτης

Σε μελέτη των Flores Peña & Alonso Castillo (2006) [61] που διεξήχθη στο Μεξικό, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και οι μηνιαίες απολαβές φαίνεται να επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε ΣΕΑ, συμπεράσματα που ταυτίζονται με προηγούμενες μελέτες [62,63]. Αντίστοιχες μελέτες [33,62,63] συσχετίζουν το χρόνο εργασίας, τη θέση, την ωφέλεια των σεμιναρίων στον επαγγελματικό χώρο καθώς και το ακαδημαϊκό τους επίπεδο, το οποίο απορρέει από τη συμμετοχή τους σε ΣΕΕ και ΣΕΑ.

Στη μελέτη των Murphy et al. (2006) [64] στην Ιρλανδία, διερευνήθηκαν οι αιτίες που οδήγησαν στη συμμετοχή σε ΣΕΑ και οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν σε προγράμματα εκπαίδευσης. Πρωταρχικός σκοπός συμμετοχής ήταν η επαγγελματική βελτίωση και η αξιοπιστία στον εαυτό τους, με την ελπίδα να εξελιχθούν ιεραρχικά. Τροχοπέδη σε αυτό ήταν η μη στήριξη από τον «προϊστάμενο-υπηρεσία», η έλλειψη χρόνου για μελέτη λόγω εξαντλητικών ωραρίων στην εργασία, οικονομικοί αλλά και οικογενειακοί λόγοι.

Στην Ελλάδα οι σχετικές μελέτες εκλείπουν. Η Παναγιωτοπούλου το 2012 [10], εστίασε στη συμμετοχή και τα κίνητρα που ωθούν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να λάβει μέρος σε δραστηριότητες ΣΕΑ. Η πλειονότητα των νοσηλευτών λάμβανε ενημέρωση από το διαδίκτυο, τα άρθρα και τα συνέδρια. Το 67,1% των νοσηλευτών ήταν θετικοί στο να εμπλουτίσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους μέσω προγραμμάτων ΣΕΑ και το 51,8%, ήταν πεπεισμένοι ότι η συμμετοχή σε ΣΕΑ θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική. Τα σημαντικότερα εμπόδια για συμμετοχή σε ΣΕΑ, ήταν η φύση της εργασίας, το ωράριο, η έλλειψη προσωπικού, το κόστος και η έλλειψη χρόνου. Στη μελέτη της Παναγιωτοπούλου [10], οι θετικές απαντήσεις στην ερώτηση για την στάση των νοσηλευτών σχετικά με το θεσμό της συνεχιζόμενης εξέλιξης έφτανε το 97%, ενώ το 76% είχε λάβει μέρος στο παρελθόν σε ανάλογα προγράμματα, το 64% είχε λάβει μέρος σε κάποιο επιμορφωτικό πρόγραμμα τα τελευταία χρόνια και μάλιστα το 61% των νοσηλευτών εμφανίζονται από σχεδόν ως πολύ ικανοποιημένοι. Παρόλα αυτά το 58% δεν έχει αξιοποιηθεί από την υπηρεσία σύμφωνα με το αντικείμενο που μετεκπαιδεύτηκαν. Τέλος, από έρευνα της Γκουνάρα (2017) [65] που έγινε σε νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι το 79.4% θεωρεί ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση πρέπει να είναι υποχρεωτική.

3 Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σκιαγράφηση και αποτίμηση της συνεχιζόμενης επαγγελματικής ανάπτυξης ως μέσο βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αναφορικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Χειρουργικού Τομέα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η).

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης εμπεριείχαν τους ακόλουθους:

1. Την αποτύπωση και περιγραφή του προφίλ των συμμετεχόντων.
2. Την σκιαγράφηση των απόψεων των συμμετεχόντων αναφορικά με τη ΣΕΑ και η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων των απόψεων βάσει του προφίλ τους.
3. Την αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν σε συμμετοχή σε δραστηριότητες ΣΕΑ και η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων αυτών σύμφωνα με το προφίλ των συμμετεχόντων.

4 Μεθοδολογία

4.1 Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη παρατήρησης είχε διάρκεια τέσσερις μήνες (Ιανουάριο-Απρίλιο του 2021). Η μελέτη είχε ως πληθυσμό μελέτης το σύνολο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργικού τομέα του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑ.Γ.Ν.Η.). Συγκεκριμένα ως πληθυσμός μελέτης θεωρήθηκε το σύνολο των ιατρών και των νοσηλευτών (Π.Ε., Τ.Ε., Δ.Ε.) που εργάζονται στο χειρουργικό τομέα του ΠΑ.Γ.Ν.Η. και συγκεκριμένα στις ακόλουθες κλινικές: Γενική Χειρουργική, Νευροχειρουργική, Γναθοχειρουργική, Χειρουργική Ογκολογική, Ορθοπεδική.

4.2 Δειγματοληψία

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης λήφθηκε δείγμα ευκολίας, συνολικά 99 συμμετεχόντων (63 νοσηλευτές και 36 ιατροί). Αρχικά, στοχεύσαμε στην ένταξη 100 εργαζομένων έπειτα από μελέτη ισχύος της συγχρονικής μελέτης ($power=80\%$, $confidence\ interval=95\%$, $standard\ error=0,05$). Μόνο ένας εργαζόμενος αρνήθηκε, λόγω φόρτου εργασίας, οδηγώντας σε ποσοστό απόκρισης 99%.

4.3 Ερωτηματολόγιο

Για τη συλλογή δεδομένων και την αποτίμηση των στάσεων, απόψεων σχετικά με τη ΣΕΑ χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο Παναγιωτοπούλου και συν. (2016) [5]. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες, με βασική την τρίτη που είναι αυτούσια η κλίμακα Participation Reasons Scale (PRS) [66], η οποία μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στα ελληνικά δεδομένα από τους Παναγιωτοπούλου και συν. Έχει ληφθεί άδεια χρήσης για την πρωτότυπη και την ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου (Παράρτημα 1).

Οι άλλες δύο ενότητες έχουν δομηθεί από την Παναγιωτοπούλου και συν. για τις ανάγκες της μελέτης τους, με έμπνευση από ακόμα δύο κλίμακες την Deterrents Participation Scale (DPS) [67] και την Benefits Participation Scale (BPS) [68] και όχι λαμβάνοντας αυτούσια κομμάτια των ερωτηματολογίων.

Αναλυτικότερα, οι τρεις ενότητες: Η πρώτη ενότητα εμπεριέχει ομάδα 9 ερωτήσεων κλειστού τύπου δημογραφικών και προσωποποιημένων πληροφοριών των επαγγελματιών καθώς και ερωτήσεις αναφορικά με το εργασιακό περιβάλλον. Η δεύτερη ενότητα εμπεριέχει 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου, με σκοπό την καταγραφή των απόψεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αναφορικά με την συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Η τρίτη ενότητα εμπεριέχει την κλίμακα Participation Reason Scale (PRS) όπου ερευνάται η αφορμή συμμετοχής σε προγράμματα και παραθέτονται 30 ερωτήσεις, οι οποίες κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες. Οι αιτίες που αναζητούνται εστιάζονται στην επαγγελματική εξέλιξη (17 ερωτήσεις), στην παρεχόμενη ολιστική φροντίδα των ασθενών (7 ερωτήσεις), στην διεπιστημονική συνεργασία (4 ερωτήσεις), στους καθοριστικούς κοινωνικούς

παράγοντες που αποτελούν λόγους ανισοτήτων (2 ερωτήσεις). Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα 2.

4.4 Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Αρχικά, εφαρμόστηκε έλεγχος κατανομών των μεταβλητών μέσω Kolmogorov-Smirnov test και binomial test, και φάνηκε ότι η κατανομή των μεταβλητών ήταν κανονική ($Pvalue > 0,05$) και έτσι επιλέξαμε παραμετρικούς ελέγχους. Υπολογίσθηκαν οι συχνότητες (n) και τα ποσοστά (%) για τις ποιοτικές μεταβλητές και οι μέσες τιμές (μ.τ.) με τις τυπικές αποκλίσεις (τ.α.) για τις ποσοτικές. Εφαρμόστηκε ο έλεγχος chi-square test και το Two-samples Independent T-Test για τις συγκρίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και απόψεων-αιτιών σχετικών με τη ΣΕΑ. Τέλος, τα αποτελέσματα παρατίθενται υπό τη μορφή πινάκων, ενώ παρατίθενται όλα τα γραφήματα των στατιστικώς σημαντικών συγκρίσεων στο Παράρτημα 3. Η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη στο στατιστικό λογισμικό IBM SPSS 26.00, ενώ όλοι οι έλεγχοι έγιναν σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha = 0,05$.

4.5 Άδειες βιοηθικής και ζητήματα προσωπικών δεδομένων

Η παρούσα μελέτη έλαβε άδεια βιοηθικής από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Έρευνας του Πανεπιστημίου Κρήτης (ΕΗΔΕ) (Αριθ.Πρωτ.26/02.03.2021 αρχική υποβολή και ύστερα από διευκρινίσεις με αρ.πρωτ.44/05.04.2021 της Ε.Υ που είχαν ζητηθεί με την αρ.πρωτ.26/09.03.2021) και από την επιστημονική επιτροπή του ΠΑ.Γ.Ν.Η. (Αριθ.Πρωτ.7204/27.04.21). Παράλληλα, οι ερευνητές φρόντιζαν να ενημερωθούν εκτενώς οι συμμετέχοντες για τους σκοπούς και τις διαδικασίες της μελέτης και να δηλώσουν εγγράφως την ενήμερη συμμετοχή τους. Οι άδειες βιοηθικής παρατίθενται στο Παράρτημα 4.

5 Αποτελέσματα

Προφίλ συμμετεχόντων (ερευνητικό ερώτημα 1)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η κατανομή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, το 71,7% του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες και το 28,3% από άντρες. Το 42,4% αυτών ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 41 – 50 ετών, το 31,3% στην ομάδα των 31 – 40 ετών, το 23,2% στην ομάδα των 51 και άνω ετών και το 3% στην ομάδα των 25 – 30 ετών. Το 69,7% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, το 15,2% άγαμοι, το 12,1% διαζευγμένοι και το 3% χήροι. Ο μέσος αριθμός των παιδιών ήταν τα 1,62 παιδιά ανά συμμετέχοντα και κατά μέσο όρο 0,38 από αυτά ήταν κάτω των 12 ετών. Εν συνεχεία, το 40,4% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Τ.Ε.Ι., το 23,2% απόφοιτοι Α.Ε.Ι. και το 35,4% απόφοιτοι Δ.Ε. Το 52,5% δεν πραγματοποίησε περεταίρω σπουδές μετά το πρώτο πτυχίο, ενώ το 13,1% απέκτησε νοσηλευτική ειδικότητα, το 16,2% ιατρική ειδικότητα, το 11,1% μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, το 5,1% διδακτορικό τίτλο σπουδών και το 2% δεύτερο πτυχίο. Το 38,4% εργάζεται από 11 - 20 έτη, το 23,2% από 31 - 30 έτη, το 15,2% από 6 – 10 έτη, το 11,1% μέχρι 6 έτη και το 12,1% πάνω από 30 έτη. Τέλος, το 46,5% κατείχε θέση νοσηλεύτη/τριας, το 17,2% θέση προϊσταμένου/ης, το 17,2% θέση ιατρού, το 10,1% θέση υπεύθυνου/ης, το 8% θέση διευθυντή/τριας και το 1% θέση τομεάρχη.

Πίνακας 2: Κατανομή δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Δημογραφικά στοιχεία | N | % |
|--|------|------|
| Φύλο | | |
| Άνδρας | 28 | 28,3 |
| Γυναίκα | 71 | 71,7 |
| Ηλικιακή ομάδα | | |
| 25 έως 30 ετών | 3 | 3 |
| 31 έως 40 ετών | 31 | 31,3 |
| 41 έως 50 ετών | 42 | 42,4 |
| 51 ετών και άνω | 23 | 23,2 |
| Οικογενειακή κατάσταση | | |
| Άγαμος/η | 15 | 15,2 |
| Έγγαμος/η | 69 | 69,7 |
| Διαζευγμένος/η | 12 | 12,1 |
| Χήρος/α | 3 | 3 |
| Αριθμός παιδιών* | 1,62 | 0,99 |
| Αριθμός παιδιών κάτω των 12 ετών* | 0,38 | 0,71 |
| Επίπεδο βασικών σπουδών | | |
| Πτυχίο Α.Ε.Ι. | 23 | 23,2 |
| Πτυχίο Τ.Ε.Ι. | 40 | 40,4 |
| Πτυχίο Δ.Ε. | 36 | 35,4 |
| Σπουδές μετά το πτυχίο | | |
| Καμία | 52 | 52,5 |
| Νοσηλευτική ειδικότητα | 13 | 13,1 |
| Ιατρική ειδικότητα | 16 | 16,2 |
| Μεταπτυχιακό | 11 | 11,1 |

| | | |
|---|----|------|
| Διδακτορικό | 5 | 5,1 |
| Δεύτερο πτυχίο | 2 | 2 |
| Έτη υπηρεσίας | | |
| Μέχρι 6 έτη | 11 | 11,1 |
| 6 έως 10 έτη | 15 | 15,2 |
| 11 έως 20 έτη | 38 | 38,4 |
| 21 έως 30 έτη | 23 | 23,2 |
| 31 έτη και άνω | 12 | 12,1 |
| Επαγγελματική θέση στο νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε | | |
| Νοσηλεύτης/τρια | 46 | 46,5 |
| Υπεύθυνος/η | 10 | 10,1 |
| Προϊστάμενος/η | 17 | 17,2 |
| Τομέαρχης | 1 | 1 |
| Διευθυντής/τρια | 8 | 8 |
| Ιατρός | 17 | 17,2 |

*Μέση τιμή & τυπική απόκλιση

Απόψεις σχετικά με τη ΣΕΑ (ερευνητικό ερώτημα 2)

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, το 87,9% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η ΣΕ είναι πολύ σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα, ενώ το 4% καθόλου σημαντική. Το 87,9% αισθάνεται επαρκείς όσον αφορά τις γνώσεις και δεξιότητές του, ώστε να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, ενώ το 20,2% αισθάνεται μέτρια επάρκεια. Το 79,8% πιστεύει ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα ΣΕ θα πρέπει να είναι υποχρεωτική, ενώ το 20,2% ότι δεν πρέπει να είναι υποχρεωτική. Εν συνεχεία, το 25,3% πιστεύει ότι η επαγγελματική αναβάθμιση καθιστά στο παρόν ή στο μέλλον τη ΣΕ υποχρεωτική, το 21,2% πιστεύει ότι λόγοι φιλοδοξίας/ανταγωνισμού την καθιστούν υποχρεωτική, από 1% μοιράζεται στις ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου και στην τεχνολογική ανάπτυξη, το 4% πιστεύει ότι η ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι ο λόγος, ενώ το 47,5% θεωρεί όλους τους παραπάνω λόγους την αιτία. Οι συμμετέχοντες, τη χρονιά που πέρασε, συμμετείχαν κατά μέσο όρο 0,51 ημέρες σε ενδοκλινικά μαθήματα, 0,34 ημέρες σε ενδονοσοκομειακά μαθήματα, 0,13 ημέρες σε συνέδρια/ημερίδες, 0,08 ημέρες σε σεμινάρια, 0,21 ημέρες σε άλλα επιμορφωτικά προγράμματα ΣΕ και καμία ημέρα σε προγράμματα Κ.Ε.Κ. Το 49,5% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι η συμμετοχή του σε προγράμματα ΣΕ είναι προτιμότερο να γίνεται εντός ωραρίου, το 13,1% εκτός και το 37,4% δεν έχει πρόβλημα. Το 43,4% θεωρεί ως αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ τη διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης, το 25,3% τις συζητήσεις περιστατικών, το 24,2% τα κλινικά φροντιστήρια, ενώ το 7,1% το e-learning. Τέλος, οι συμμετέχοντες θεωρούν την ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας ως τον σημαντικότερο τομέα της νοσηλευτικής που συμπληρώνει τις ανάγκες τους (μέση τιμή=5,24), με τον τομέα διαχείρισης επειγόντων καταστάσεων (μέση τιμή=5,07), τον τομέα της διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας (μέση τιμή=4,99) και τον τομέα ψυχολογίας της υγείας (μέση τιμή=4,97) να έπονται.

Πίνακας 3: Κατανομή των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη ΣΕ στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | N | % |
|--------------------------|---|---|
|--------------------------|---|---|

| | | |
|--|------|-------|
| B1.Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση-Επιμόρφωση θεωρείτε ότι είναι σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα; | | |
| <i>Καθόλου</i> | 4 | 4 |
| <i>Μέτρια</i> | 8 | 8,1 |
| <i>Πολύ</i> | 87 | 87,9 |
| B2.Αισθάνεστε επαρκείς όσον αφορά τις γνώσεις και τις δεξιότητες σας, ώστε να παρέχετε ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα; | | |
| <i>Μέτρια</i> | 20 | 20,2 |
| <i>Πολύ</i> | 79 | 79,8 |
| B3.Πιστεύετε ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα ΣΕ πρέπει να είναι | | |
| <i>Υποχρεωτική</i> | 79 | 79,8 |
| <i>Μη υποχρεωτική</i> | 20 | 20,2 |
| B4.Τι πιστεύετε ότι καθιστά στο παρόν ή στο μέλλον τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση υποχρεωτική; | | |
| <i>Ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου</i> | 1 | 1 |
| <i>Τεχνολογική ανάπτυξη</i> | 1 | 1 |
| <i>Επαγγελματική αναβάθμιση</i> | 25 | 25,3 |
| <i>Λόγοι φιλοδοξίας-ανταγωνισμού</i> | 21 | 21,2 |
| <i>Ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας</i> | 4 | 4 |
| <i>Όλοι οι παραπάνω λόγοι</i> | 47 | 47,5 |
| B5α.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε ενδοκλινικά μαθήματα;* | 0,51 | 1,29 |
| B5β.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε ενδονοσοκομειακά μαθήματα;* | 0,34 | 0,99 |
| B5γ.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε συνέδρια/ημερίδες;* | 0,13 | 0,47 |
| B5δ.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε σεμινάρια;* | 0,08 | 0,396 |
| B5ε.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε προγράμματα Κ.Ε.Κ.;* | - | - |
| B5στ.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε άλλα επιμορφωτικά προγράμματα ΣΕ;* | 0,21 | 0,59 |
| B6.Η επιμόρφωση σας απορρέει κυρίως μετά από προσωπική σας πρωτοβουλία ή μέσω του φορέα της εργασίας σας; | | |
| <i>Προσωπική</i> | 50 | 50,5 |
| <i>Του φορέα</i> | 8 | 8,1 |
| <i>Και τα δυο</i> | 41 | 41,4 |
| B7.Πιστεύετε ότι η συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ είναι προτιμότερο να γίνεται: | | |
| <i>Εντός ωραρίου</i> | 49 | 49,5 |
| <i>Εκτός ωραρίου</i> | 13 | 13,1 |
| <i>Δεν έχω πρόβλημα</i> | 37 | 37,4 |
| B8.Ποιον θεωρείται καταλληλότερο χώρο για την υλοποίηση προγραμμάτων ΣΕ στο χώρο του νοσοκομείου; | | |
| <i>Αμφιθέατρο</i> | 62 | 62,6 |
| <i>Αίθουσα διαλέξεων</i> | 35 | 35,4 |
| <i>Άλλος χώρος</i> | 2 | 2 |
| B9.Ποιο θεωρείται αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ; | | |
| <i>Διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης</i> | 43 | 43,4 |

| | | |
|---|------|------|
| Συζητήσεις περιστατικών | 25 | 25,3 |
| Κλινικά φροντιστήρια | 24 | 24,2 |
| E-learning | 7 | 7,1 |
| B10.Ποιός τομέας της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συμπληρώνει τις ανάγκες σας; (βαθμός σημαντικότητας) | | |
| Κλινική νοσηλευτική κατάρτιση* | 4,75 | 3,1 |
| Πρόληψη / διαχείριση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων* | 4,55 | 3,09 |
| Τρόποι διαχείρισης άγχους* | 4,19 | 2,84 |
| Τρόποι επικοινωνίας ασθενών & διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων-συγκρούσεων* | 4,62 | 3,08 |
| Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας* | 4,99 | 2,98 |
| Ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας* | 5,24 | 3 |
| Διαχείριση επειγόντων καταστάσεων / ΚΑΡΠΑ* | 5,07 | 3,32 |
| Ψυχολογία της υγείας* | 4,97 | 3,05 |
| Άλλο* | 3,7 | 3,25 |

*Μέση τιμή & τυπική απόκλιση

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, το 92,9% των ανδρών και το 74,6% των γυναικών πιστεύει ότι η συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ πρέπει να είναι υποχρεωτική (Pvalue=0,042). Κατά μέσο όρο, τη χρονιά που πέρασε, οι άνδρες συμμετείχαν 1,7 ημέρες και οι γυναίκες 1,05 ημέρες σε ενδοκλινικά μαθήματα (Pvalue=0,039). Ο βαθμός σημαντικότητας του τομέα εκπαίδευσης της πρόληψης / διαχείρισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων κατά μέσο όρο στους άνδρες είναι 3,33 και στις γυναίκες 2,91 (Pvalue=0,044). Τέλος, το 53,6% των ανδρών και το 69% των γυναικών δεν θεωρεί ότι η υπηρεσία τους προτρέπει να συμμετάσχουν σε ΣΕ παρέχοντάς τους διευκολύνσεις και ευκαιρίες, ενώ το 3,6% των ανδρών και το 2,8% των γυναικών θεωρεί το αντίθετο (σε υπερθετικό βαθμό) (Pvalue=0,016).

Πίνακας 4: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Φύλο N (%) | | Pvalue |
|---|-------------|-------------|--------------|
| | Άνδρας | Γυναίκα | |
| B3.Πιστεύετε ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα ΣΕ πρέπει να είναι: | | | 0,042 |
| Υποχρεωτική | 26 (92,9) | 53 (74,6) | |
| Μη υποχρεωτική | 2 (7,1) | 18 (25,4) | |
| B5α.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε ενδοκλινικά μαθήματα;* | 1,7 (0,32) | 1,05 (0,12) | 0,039 |
| B10.Ποιός τομέας της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συμπληρώνει τις ανάγκες σας; (βαθμός σημαντικότητας) | | | |
| Πρόληψη / διαχείριση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων* | 3,33 (0,63) | 2,91 (0,34) | 0,044 |
| B11.Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας προτρέπει τους νοσηλευτές παρέχοντας διευκολύνσεις και ευκαιρίες στη ΣΕ; | | | 0,016 |
| Καθόλου | 15 (53,6) | 49 (69) | |
| Λίγο | 12 (42,9) | 10 (14,1) | |
| Μέτρια | - | 8 (11,3) | |

| | | | |
|-----------|---------|---------|--|
| Πολύ | - | 2 (2,8) | |
| Πάρα πολύ | 1 (3,6) | 2 (2,8) | |

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, το 33,3% της ηλικιακής ομάδας των 25-30, το 38,7% των 31-40 και το 13% των άνω των 50 αισθάνεται ότι έχει μέτρια επάρκεια όσον αφορά στις γνώσεις και στις δεξιότητες για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ το 66,7% των 25-30, το 61,3% των 31-40 και το 87% των άνω των 50 αισθάνεται ότι έχει καλή επάρκεια στον τομέα αυτό (Pvalue=0,014). Το 77,4% των 31-40 λαμβάνει προσωπική πρωτοβουλία για την επιμόρφωσή του, το 13% των άνω των 50 λαμβάνει την επιμόρφωσή του από τον φορέα, ενώ το 54,8% των 41-50 εντάσσετε και στις δυο περιπτώσεις (Pvalue=0,013). Εν συνεχεία, Η πλειοψηφία όλων των ηλικιακών ομάδων (66,7% των 25-30, 64,5% των 31-40, 59,5% των 41-50 και 65,2% των άνω των 50) θεωρεί ως καταλληλότερο χώρο για την υλοποίηση προγραμμάτων ΣΕ το αμφιθέατρο, ενώ οι υπόλοιποι κλείνουν προς την αίθουσα δεξιώσεων (Pvalue=0,009). Τέλος, το 54,8% των 31-40 και το 40,5% των 41-50 θεωρεί ως αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ τη διδασκαλία με μορφή διάλεξης, το 30,4% των άνω των 50 τις συζητήσεις περιστατικών. Το 28,6% των 41-50 τα κλινικά φροντιστήρια και το 66,7% των 25-30 το e-learning (Pvalue=0,015).

Πίνακας 5: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Ηλικιακή ομάδα N (%) | | | | Pvalue |
|--|----------------------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| | 25 – 30 | 31 - 40 | 41 - 50 | >50 | |
| B2.Αισθάνεστε επαρκείς όσον αφορά στις γνώσεις και στις δεξιότητες σας, ώστε να παρέχετε ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα; | | | | | 0,014 |
| <i>Μέτρια</i> | 1 (33,3) | 12 (38,7) | 4 (9,5) | 3 (13) | |
| <i>Πολύ</i> | 2 (66,7) | 19 (61,3) | 38 (90,5) | 20 (87) | |
| B6.Η επιμόρφωσή σας απορρέει κυρίως μετά από προσωπική σας πρωτοβουλία ή μέσω του φορέα της εργασίας σας; | | | | | 0,013 |
| <i>Προσωπική</i> | 1 (33,3) | 24 (77,4) | 16 (38,1) | 9 (39,1) | |
| <i>Του φορέα</i> | 1 (33,3) | 1 (3,2) | 3 (7,1) | 3 (13) | |
| <i>Και τα δυο</i> | 1 (33,4) | 6 (19,4) | 23 (54,8) | 11 (47,8) | |
| B8.Ποιον θεωρείται καταλληλότερο χώρο για την υλοποίηση προγραμμάτων ΣΕ στο χώρο του νοσοκομείου; | | | | | 0,009 |
| <i>Αμφιθέατρο</i> | 2 (66,7) | 20 (64,5) | 25 (59,5) | 15 (65,2) | |
| <i>Αίθουσα δεξιώσεων</i> | - | 11 (35,5) | 16 (38,1) | 8 (43,8) | |
| <i>Άλλος χώρος</i> | 1 (33,3) | - | 1 (2,4) | - | |
| B9.Ποιο θεωρείται αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ; | | | | | 0,015 |
| <i>Διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης</i> | 1 (33,3) | 17 (54,8) | 17 (40,5) | 8 (34,8) | |
| <i>Συζητήσεις περιστατικών</i> | - | 7 (22,6) | 11 (26,2) | 7 (30,4) | |
| <i>Κλινικά φροντιστήρια</i> | - | 5 (16,1) | 12 (28,6) | 7 (30,4) | |
| <i>E-learning</i> | 2 (66,7) | 2 (6,5) | 2 (4,8) | 1 (4,3) | |

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των

συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (66,7% των έγγαμων, 53,3% των άγαμων, 75% των διαζευγμένων και 33,4% των χήρων) θεωρεί ότι η υπηρεσία δεν τους προτρέπει σχεδόν καθόλου για να συμμετάσχουν σε προγράμματα ΣΕ, ενώ το 6,7% των άγαμων, το 1,4% των έγγαμων και το 8,3% των διαζευγμένων πιστεύει ότι η υπηρεσία τους προτρέπει πάρα πολύ (Pvalue=0,028). Τέλος, το 46,7% των άγαμων, το 66,7% των έγγαμων και το 75% των διαζευγμένων θεωρεί ότι το υψηλό κόστος είναι αποτρεπτικός λόγος για τη συμμετοχή του σε προγράμματα ΣΕ, ενώ το 53,3% των άγαμων, το 33,3% των έγγαμων, το 25% των διαζευγμένων και το 100% των χήρων δεν τον θεωρεί αποτρεπτικό λόγο (Pvalue=0,048).

Πίνακας 6: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Οικογενειακή κατάσταση N (%) | | | | Pvalue |
|---|------------------------------|-----------|----------------|----------|--------------|
| | Άγαμος/η | Έγγαμος/η | Διαζευγμένος/η | Χήρος/α | |
| B11.Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας προτρέπει τους νοσηλευτές παρέχοντας διευκολύνσεις και ευκαιρίες στη ΣΕ; | | | | | 0,028 |
| Καθόλου | 8 (53,3) | 46 (66,7) | 9 (75) | 1 (33,4) | |
| Λίγο | 3 (20) | 16 (23,2) | 2 (16,7) | 1 (33,3) | |
| Μέτρια | 3 (20) | 5 (7,2) | - | - | |
| Πολύ | - | 1 (1,4) | - | 1 (33,3) | |
| Πάρα πολύ | 1 (6,7) | 1 (1,4) | 1 (8,3) | - | |
| B12α.Θεωρείται ότι το υψηλό κόστος είναι αποτρεπτικός λόγος για τη συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ; | | | | | 0,048 |
| Ναι | 7 (46,7) | 46 (66,7) | 9 (75) | - | |
| Όχι | 8 (53,3) | 23 (33,3) | 3 (25) | 3 (100) | |

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με το επίπεδο βασικών σπουδών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, τη χρονιά που πέρασε, οι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. και οι απόφοιτοι Δ.Ε. συμμετείχαν κατά μέσο όρο 1,17 και 0,36 ημέρες αντίστοιχα σε ενδοκλινικά μαθήματα (Pvalue=0,037). Το 78,3% των πτυχιούχων Α.Ε.Ι., το 50% των πτυχιούχων Τ.Ε.Ι. και το 83,3% των αποφοίτων Δ.Ε. θεωρεί ότι η έλλειψη προσωπικού και τα αυξημένα ωράρια είναι αποτρεπτικοί λόγοι για τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ, ενώ οι υπόλοιποι όχι (Pvalue=0,004). Ο βαθμός σημαντικότητας της κλινικής νοσηλευτικής κατάρτισης ως τον τομέα νοσηλευτικής εκπαίδευσης που συμπληρώνει τις ανάγκες των συμμετεχόντων στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μέσο όρο 6,91 και στους απόφοιτους Δ.Ε. 3,53 (Pvalue<0,001). Εν συνεχεία, ο βαθμός σημαντικότητας της πρόληψης/διαχείρισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μ.ο. 6,39 και στους αποφοίτους Δ.Ε. 4,22 (Pvalue=0,008), ο βαθμός σημαντικότητας των τρόπων διαχείρισης άγχους στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μ.ο. 6,09 και στους αποφοίτους Δ.Ε. 3,67 (Pvalue=0,002), ο βαθμός σημαντικότητας των τρόπων επικοινωνίας ασθενών & διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων-συγκρούσεων στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μ.ο. 6,48 και στους απόφοιτους Δ.Ε. 3,86 (Pvalue=0,001), ο βαθμός σημαντικότητας της διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μ.ο. 6,3 και στους αποφοίτους Δ.Ε. 4,03 (Pvalue=0,005). Τέλος, ο βαθμός σημαντικότητας της ποιότητας στην παροχή

υπηρεσιών υγείας στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μ.ο. 6,78 και στους αποφοίτους Δ.Ε. 4,72 (Pvalue=0,011) και ο βαθμός σημαντικότητας της διαχείρισης επειγόντων καταστάσεων/ΚΑΡΠΑ στους αποφοίτους Α.Ε.Ι. ήταν κατά μ.ο. 6,74 και στους πτυχιούχους Δ.Ε. 4,58 (Pvalue=0,015).

Πίνακας 7: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με το επίπεδο βασικών σπουδών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Επίπεδο βασικών σπουδών N (%) | | | Pvalue |
|---|-------------------------------|---------------|-------------|------------------|
| | Πτυχίο Α.Ε.Ι. | Πτυχίο Τ.Ε.Ι. | Πτυχίο Δ.Ε. | |
| B5α.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε ενδοκλινικά μαθήματα;* | 1,17 (1,85) | - | 0,36 (1,07) | 0,037 |
| B10.Ποιός τομέας της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συμπληρώνει τις ανάγκες σας; (βαθμός σημαντικότητας) | | | | |
| <i>Κλινική Νοσηλευτική κατάρτιση*</i> | 6,91 (2,91) | - | 3,53 (2,62) | <0,001 |
| <i>Πρόληψη/διαχείριση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων*</i> | 6,39 (3,01) | - | 4,22 (2,91) | 0,008 |
| <i>Τρόποι διαχείρισης άγχους*</i> | 6,09 (2,71) | - | 3,67 (2,79) | 0,002 |
| <i>Τρόποι επικοινωνίας ασθενών & διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων-συγκρούσεων*</i> | 6,48 (2,79) | - | 3,86 (2,98) | 0,001 |
| <i>Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*</i> | 6,3 (3,05) | - | 4,03 (2,8) | 0,005 |
| <i>Ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας*</i> | 6,78 (3,04) | - | 4,72 (2,89) | 0,011 |
| <i>Διαχείριση επειγόντων καταστάσεων/ΚΑΡΠΑ*</i> | 6,74 (3,11) | - | 4,58 (3,31) | 0,015 |
| B12δ.Θεωρείται ότι η έλλειψη προσωπικού/αυξημένα ωράρια είναι αποτρεπτικοί λόγοι για τη συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ; | | | | 0,004 |
| <i>Ναι</i> | 18 (78,3) | 20 (50) | 30 (83,3) | |
| <i>Όχι</i> | 5 (21,7) | 20 (50) | 6 (16,7) | |

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ελαφριά αρνητική συσχέτιση μεταξύ των απόψεων σχετικά με τη ΣΕ και του συνολικού αριθμού των παιδιών και ελαφριά θετική συσχέτιση μεταξύ των απόψεων σχετικά με τη ΣΕ και του αριθμού των παιδιών κάτω των 12 ετών (Pvalues<0,05).

Πίνακας 8: Στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Αριθμός παιδιών | |
|---|-----------------|--------------|
| | Συνολικός | <12 ετών |
| B10.Ποιός τομέας της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συμπληρώνει τις ανάγκες σας; (βαθμός σημαντικότητας) | | |
| Τρόποι διαχείρισης άγχους | | |
| <i>Pearson correlation</i> | -0,243 | 0,206 |
| <i>Pvalue</i> | 0,015 | 0,041 |
| Τρόποι επικοινωνίας ασθενών & διαχείρισης διαπροσωπικών | | |

| | | |
|---|--------|--------------|
| σχέσεων-συγκρούσεων | | |
| <i>Pearson correlation</i> | -0,126 | 0,236 |
| <i>Pvalue</i> | 0,213 | 0,019 |
| Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας | | |
| <i>Pearson correlation</i> | -0,015 | 0,233 |
| <i>Pvalue</i> | 0,881 | 0,02 |
| Ψυχολογία της υγείας | | |
| <i>Pearson correlation</i> | -0,102 | 0,298 |
| <i>Pvalue</i> | 0,314 | 0,003 |
| Άλλο | | |
| <i>Pearson correlation</i> | -0,184 | 0,206 |
| <i>Pvalue</i> | 0,07 | 0,042 |

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τις σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πρώτο πτυχίο στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, όλοι όσοι έχουν νοσηλευτική ειδικότητα, ιατρική ειδικότητα, διδακτορικό και δεύτερο πτυχίο πιστεύουν ότι η συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ πρέπει να είναι υποχρεωτική, ενώ το 36,5% των συμμετεχόντων που δεν πραγματοποίησαν σπουδές μετά το πρώτο πτυχίο και το 9,1% των κατόχων μεταπτυχιακού πιστεύουν πως δεν πρέπει να είναι υποχρεωτική (Pvalue=0,002). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει πως όλοι οι αναφερθέντες λόγοι (ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου, τεχνολογική ανάπτυξη, επαγγελματική αναβάθμιση, λόγοι φιλοδοξίας-ανταγωνισμού, ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας) καθιστούν στο παρόν ή στο μέλλον τη ΣΕ υποχρεωτική (Pvalue=0,005). Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες που δεν πραγματοποίησαν άλλες σπουδές μετά το πρώτο πτυχίο συμμετείχαν 0,57 ημέρες σε προγράμματα ΣΕ, ενώ οι κάτοχοι δεύτερου πτυχίου συμμετείχαν 1,41 ημέρες (Pvalue=0,04). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει ότι η συμμετοχή με προγράμματα ΣΕ είναι προτιμότερο να γίνεται εντός ωραρίου, με εξαίρεση τους κάτοχους διδακτορικού τίτλου σπουδών που δεν έχει πρόβλημα είτε γίνεται εντός είτε εκτός (Pvalue=0,034). Το 55,8% των συμμετεχόντων που δεν πραγματοποίησαν περαιτέρω σπουδές μετά το πρώτο πτυχίο, το 43,8% αυτών που έχουν ιατρική ειδικότητα και το 50% των κατόχων δεύτερου πτυχίου θεωρεί ως αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ τη διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης, το 23% των συμμετεχόντων με νοσηλευτική ειδικότητα και το 20% των κατόχων διδακτορικού τίτλου σπουδών τις συζητήσεις περιστατικών, το 80% των κατόχων διδακτορικού τα κλινικά φροντιστήρια ενώ το 5,8% αυτών με καθόλου περαιτέρω σπουδές το e-learning (Pvalue=0,001). Εν συνεχεία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η έλλειψη ενημέρωσης (Pvalue=0,047) και η έλλειψη προσωπικού (Pvalue=0,006) είναι αποτρεπτικοί παράγοντες για τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με νοσηλευτική ειδικότητα που δεν τους θεωρούν αποτρεπτικούς παράγοντες. Τέλος, το 53,8% των συμμετεχόντων με χωρίς περαιτέρω σπουδές, το 68,8% αυτών με ιατρική ειδικότητα και το 80% των κατόχων διδακτορικού θεωρεί τις οικογενειακές υποχρεώσεις αποτρεπτικό παράγοντα για τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ, ενώ το 76,9% των συμμετεχόντων με νοσηλευτική ειδικότητα, το 81,8% των κατόχων μεταπτυχιακού και το 100% των κατόχων δεύτερου πτυχίου όχι (Pvalue=0,013).

Πίνακας 9: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τις σπουδές των συμμετεχόντων μετά το πρώτο πτυχίο στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Σπουδές μετά το πτυχίο N (%) | | | | | | Pvalue |
|--|------------------------------|------------------------|--------------------|--------------|-------------|----------------|--------------|
| | Καμία | Νοσηλευτική ειδικότητα | Ιατρική ειδικότητα | Μεταπτυχιακό | Διδακτορικό | Δεύτερο πτυχίο | |
| B3. Πιστεύετε ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα ΣΕ πρέπει να είναι: | | | | | | | 0,002 |
| <i>Υποχρεωτική</i> | 33 (63,5) | 13 (100) | 16 (100) | 10 (90,9) | 5 (100) | 2 (100) | |
| <i>Μη υποχρεωτική</i> | 19 (36,5) | - | - | 1 (9,1) | - | - | |
| B4. Τι πιστεύετε ότι καθιστά στο παρόν ή στο μέλλον τη ΣΕ υποχρεωτική; | | | | | | | 0,005 |
| <i>Ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου</i> | 1 (1,9) | - | - | - | - | - | |
| <i>Τεχνολογική ανάπτυξη</i> | 1 (1,9) | - | - | - | - | - | |
| <i>Επαγγελματική αναβάθμιση</i> | 19 (36,5) | 1 (7,7) | 2 (12,5) | 2 (18,2) | - | 1 (50) | |
| <i>Λόγοι φιλοδοξίας- ανταγωνισμού</i> | 19 (36,5) | - | - | 2 (18,2) | - | - | |
| <i>Ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας</i> | 3 (5,8) | - | 1 (6,3) | - | - | - | |
| <i>Όλοι οι παραπάνω λόγοι</i> | 9 (17,3) | 12 (92,3) | 13 (81,3) | 7 (63,6) | 5 (100) | 1 (50) | |
| B5στ. Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε άλλα επιμορφωτικά προγράμματα ΣΕ;* | 0,51 (0,07) | - | - | - | - | 1,41 (1) | 0,04 |
| B7. Πιστεύετε ότι η συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ είναι προτιμότερο να γίνεται | | | | | | | 0,034 |
| <i>Εντός ωραρίου</i> | 28 (53,8) | 7 (53,8) | 6 (37,5) | 6 (54,5) | 1 (20) | 1 (50) | |
| <i>Εκτός ωραρίου</i> | 8 (15,4) | 4 (30,8) | - | - | - | 1 (50) | |
| <i>Δεν έχω πρόβλημα</i> | 16 (30,8) | 2 (15,4) | 10 (62,5) | 5 (45,5) | 4 (80) | - | |
| B9. Ποιο θεωρείται αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ; | | | | | | | 0,001 |
| <i>Διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης</i> | 29 (55,8) | 4 (30,8) | 7 (43,8) | 2 (18,2) | - | 1 (50) | |
| <i>Συζητήσεις περιστατικών</i> | 13 (25) | 3 (23) | 5 (31,2) | 2 (18,2) | 1 (20) | 1 (50) | |
| <i>Κλινικά φροντιστήρια</i> | 7 (13,4) | 2 (15,4) | 4 (25) | 7 (63,6) | 4 (80) | - | |
| <i>E-learning</i> | 3 (5,8) | 4 (30,8) | - | - | - | - | |

| B12β.Θεωρείται ότι η έλλειψη ενημέρωσης είναι αποτρεπτικός λόγος για τη συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ; | | | | | | | 0,047 |
|---|--------------|--------------|--------------|-------------|-----------|---------|--------------|
| <i>Ναι</i> | 29 (55,8) | 1 (7,7) | 10 (62,5) | 5 (45,5) | 2 (40) | 1 (50) | |
| <i>Όχι</i> | 23 (44,2) | 12 (92,3) | 6 (37,5) | 6 (54,5) | 3 (60) | 1 (50) | |
| B12δ.Θεωρείται ότι η έλλειψη προσωπικού/αυξημένα ωράρια είναι αποτρεπτικοί λόγοι για τη συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ; | | | | | | | 0,006 |
| <i>Ναι</i> | 40 (76,9) | 3 (23,1) | 13 (81,3) | 7 (63,6) | 4 (80) | 1 (50) | |
| <i>Όχι</i> | 12 (23,1) | 10 (76,9) | 3 (18,8) | 4 (36,4) | 1 (20) | 1 (50) | |
| B12ε.Θεωρείται ότι οι οικογενειακές υποχρεώσεις είναι αποτρεπτικός λόγος για τη συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ; | | | | | | | 0,013 |
| <i>Ναι</i> | 28 (53,8) | 3 (23,1) | 11 (68,8) | 2 (18,2) | 4 (80) | - | |
| <i>Όχι</i> | 24 (46,2) | 10 (76,9) | 5 (31,3) | 9 (81,8) | 1 (20) | 2 (100) | |

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, το 80% αυτών που έχουν 6-10 έτη υπηρεσίας και το 75% αυτών που έχουν πάνω από 31 έτη δεν θεωρούν ότι η υπηρεσία τους προτρέπει παρέχοντάς τους διευκολύνσεις και ευκαιρίες στη ΣΕ, το 34,8% των συμμετεχόντων με υπηρεσία 21-30 έτη θεωρεί ότι τους προτρέπει λίγο, το 18,2% των συμμετεχόντων με υπηρεσία μέχρι 6 έτη μέτρια, ενώ το 18,2% αυτών με υπηρεσία μέχρι 6 έτη πάρα πολύ (Pvalue=0,039).

Πίνακας 10: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με τα έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Έτη υπηρεσίας N (%) | | | | | Pvalue |
|--|---------------------|----------|-----------|-----------|---------|--------------|
| | Μέχρι 6 | 6 - 10 | 11 - 20 | 21 - 30 | >31 | |
| B11.Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας προτρέπει τους νοσηλευτές παρέχοντας διευκολύνσεις και ευκαιρίες στη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση; | | | | | | 0,039 |
| <i>Καθόλου</i> | 3 (27,3) | 12 (80) | 26 (68,4) | 14 (60,9) | 9 (75) | |
| <i>Λίγο</i> | 3 (27,3) | 2 (13,3) | 8 (21,1) | 8 (34,8) | 1 (8,3) | |
| <i>Μέτρια</i> | 2 (18,2) | 1 (6,7) | 4 (10,5) | - | 1 (8,3) | |
| <i>Πολύ</i> | 1 (9,1) | - | - | - | 1 (8,4) | |
| <i>Πάρα πολύ</i> | 2 (18,2) | - | - | 1 (4,3) | - | |

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με εξαίρεση τους τομεάρχες, θεωρεί ότι η ΣΕ είναι πολύ σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα (Pvalue<0,001). Το 10% των υπεύθυνων θεωρεί ότι οι ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου καθιστούν τη ΣΕ υποχρεωτική, το 5,9% των προϊσταμένων την τεχνολογική ανάπτυξη, το 39,1% των νοσηλευτών/τριών την επαγγελματική αναβάθμιση, το 40% των υπεύθυνων τους λόγους φιλοδοξίας-ανταγωνισμού, το 5,9% των ιατρών την ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης

ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ η πλειοψηφία θεωρεί όλα τα παραπάνω σημαντικούς λόγους (Pvalue=0,003). Τη χρονιά που πέρασε, κατά μέσο όρο οι νοσηλεύτριες/τριες συμμετείχαν 0,09 ημέρες σε ενδοκλινικά μαθήματα και 0,11 ημέρες σε ενδονοσοκομειακά μαθήματα, ενώ οι ιατροί 1,94 και 1,18 ημέρες αντίστοιχα (Pvalue<0,001 και στα δυο). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η επιμόρφωσή τους απορρέει από προσωπική πρωτοβουλία, πλην των υπεύθυνων που δήλωσαν ότι απορρέει εξίσου από προσωπική πρωτοβουλία και του φορέα (Pvalue=0,004). Εν συνεχεία, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τάσσεται υπέρ του να γίνεται εντός ωραρίου η συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ (Pvalue=0,02). Το 58,7% των νοσηλευτών/τριών και το 50% των υπεύθυνων θεωρούν τη διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης ως τον αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ, το 41,2% των προϊστάμενων και το 37,5% των διευθυντών τις συζητήσεις περιστατικών, το 100% των τομεαρχών τα κλινικά φροντιστήρια, και το 20% των υπεύθυνων και το 17,6% των προϊστάμενων το e-learning (Pvalue=0,015). Τέλος, ο μέσος όρος του βαθμού σημαντικότητας της διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας ως τον τομέα της εκπαίδευσης που συμπληρώνει τις ανάγκες ήταν 5,54 για τους/τις νοσηλεύτριες/τριες και 3,53 για τους ιατρούς (Pvalue=0,012), ο μ.ο. της ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν 5,93 για τους/τις νοσηλεύτριες/τριες και 3,06 για τους ιατρούς (Pvalue<0,001), ο μ.ο. της διαχείρισης επειγόντων καταστάσεων/ΚΑΡΠΑ ήταν 5,5 για τους/τις νοσηλεύτριες/τριες και 3,41 για τους ιατρούς (Pvalue=0,024), ο μ.ο. της ψυχολογίας της υγείας ήταν 5,39 για τους/τις νοσηλεύτριες/τριες και 3,53 για τους ιατρούς (Pvalue=0,025) και ο μ.ο. άλλων τομέων ήταν 3,93 για τους/τις νοσηλεύτριες/τριες και 1,81 για τους ιατρούς (Pvalue=0,019).

Πίνακας 11: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις απόψεις σχετικά με τη ΣΕ σε σχέση με την επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων στο νοσοκομείο στο σύνολο του δείγματος (v=99)

| Απόψεις σχετικά με τη ΣΕ | Επαγγελματική θέση στο νοσοκομείο N (%) | | | | | | Pvalue |
|--|---|----------|----------------|-----------|-----------------|-----------|------------------|
| | Νοσηλεύτρια | Υπεύθυνη | Προϊστάμενος/η | Τομεάρχης | Διευθυντής/τρια | Ιατρός | |
| B1. Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση-Επιμόρφωση θεωρείτε ότι είναι σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα; | | | | | | | <0,001 |
| Καθόλου | - | 1 (10) | 2 (11,8) | 1 (100) | - | - | |
| Μέτρια | 4 (8,7) | 1 (10) | 2 (11,8) | - | - | 1 (5,9) | |
| Πολύ | 42 (91,3) | 8 (80) | 13 (76,5) | - | 8 (100) | 16 (94,1) | |
| B4. Τι πιστεύετε ότι καθιστά στο παρόν ή στο μέλλον τη ΣΕ υποχρεωτική; | | | | | | | 0,003 |
| Ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου | - | 1 (10) | - | - | - | - | |
| Τεχνολογική ανάπτυξη | - | - | 1 (5,9) | - | - | - | |
| Επαγγελματική αναβάθμιση | 18 (39,1) | - | 5 (29,4) | - | - | 2 (11,8) | |
| Λόγοι φιλοδοξίας-ανταγωνισμού | 14 (30,4) | 4 (40) | 3 (17,6) | - | - | - | |
| Ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης ολιστικής νοσηλευτικής | 2 (4,3) | 1 (10) | - | - | - | 1 (5,9) | |

| | | | | | | | |
|--|----------------|--------|----------|------------|-------------|----------------|------------------|
| <i>φροντίδας</i> | | | | | | | |
| Όλοι οι παραπάνω λόγοι | 12 (26,1) | 4 (40) | 8 (47,1) | 1 (100) | 8 (100) | 14 (82,4) | |
| B5α.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε ενδοκλινικά μαθήματα;* | 0,09 (0,6) | - | - | - | - | 1,94 (1,98) | <0,001 |
| B5β.Τη χρονιά που πέρασε, πόσες ημέρες συμμετείχατε σε ενδονοσοκομειακά μαθήματα;* | 0,11 (0,43) | | | | | 1,18 (1,7) | <0,001 |
| B6.Η επιμόρφωσή σας απορρέει κυρίως μετά από προσωπική σας πρωτοβουλία ή μέσω του φορέα της εργασίας σας; | | | | | | | 0,004 |
| <i>Προσωπική</i> | 29 (63) | 2 (20) | 8 (47,1) | 1 (100) | - | 10 (58,8) | |
| <i>Του φορέα</i> | 4 (8,7) | 3 (30) | 1 (5,9) | - | - | - | |
| <i>Και τα δυο</i> | 13 (28,3) | 5 (50) | 8 (47,1) | - | 8 (100) | 7 (41,2) | |
| B7.Πιστεύετε ότι η συμμετοχή σας σε προγράμματα ΣΕ είναι προτιμότερο να γίνεται | | | | | | | 0,02 |
| <i>Εντός ωραρίου</i> | 25 (52,3) | 6 (60) | 8 (47,1) | 1 (100) | - | 9 (52,9) | |
| <i>Εκτός ωραρίου</i> | 8 (17,4) | 1 (10) | 4 (23,5) | - | - | - | |
| <i>Δεν έχω πρόβλημα</i> | 13 (28,3) | 3 (30) | 5 (29,4) | - | 8 (100) | 8 (47,1) | |
| B9.Ποιο θεωρείται αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕ; | | | | | | | 0,015 |
| <i>Διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης</i> | 27 (58,7) | 5 (50) | 4 (23,5) | - | 2 (25) | 5 (29,4) | |
| <i>Συζητήσεις περιστατικών</i> | 9 (19,6) | 3 (30) | 7 (41,2) | - | 3 (37,5) | 3 (17,6) | |
| <i>Κλινικά φροντιστήρια</i> | 8 (17,4) | - | 3 (17,6) | 1 (100) | 3 (37,5) | 9 (52,9) | |
| <i>E-learning</i> | 2 (4,3) | 2 (20) | 3 (17,6) | - | - | - | |
| B10.Ποιός τομέας της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συμπληρώνει τις ανάγκες σας; (βαθμός σημαντικότητας) | | | | | | | |
| <i>Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας</i> | 5,54 (2,71) | - | - | - | - | 3,53 (2,79) | 0,012 |
| <i>Ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας</i> | 5,93 (2,73) | - | - | - | - | 3,06 (2,66) | <0,001 |
| <i>Διαχείριση επειγόντων καταστάσεων/ΚΑΡΠΑ</i> | 5,5 (3,19) | - | - | - | - | 3,41 (3,14) | 0,024 |
| <i>Ψυχολογία της υγείας</i> | 5,39 (3,04) | - | - | - | - | 3,53 (2,3) | 0,025 |
| <i>Άλλο</i> | 3,93 (3,3) | - | - | - | - | 1,81 (2,1) | 0,019 |

*Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Αίτια - παράγοντες συμμετοχής σε ΣΕΑ (ερευνητικό ερώτημα 3)

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται ο βαθμός σημαντικότητας των παραγόντων συμμετοχής στη ΣΕ στο σύνολο του δείγματος (n=99). Συγκεκριμένα, οι παράγοντες που θεωρήθηκαν σημαντικότερη για τη συμμετοχή σε προγράμματα ΣΕ ήταν η καλύτερη ανταπόκριση των γνώσεων και των δεξιοτήτων με τις απαιτήσεις του επαγγέλματος (μέση τιμή=6,28, τυπική απόκλιση=1,43), η καλύτερη ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών (μέση τιμή=5,99, τυπική απόκλιση=1,9), η προοπτική αύξησης της αποδοτικότητας (μέση τιμή=5,97, τυπική απόκλιση=1,54), η βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής (μέση τιμή=5,94, τυπική απόκλιση=1,71), η ανάπτυξη απαραίτητων δεξιοτήτων για τη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (μέση τιμή=5,88, τυπική απόκλιση=1,77) η ενίσχυση της παραμονής στην παρούσα θέση (μέση τιμή=5,87, τυπική απόκλιση=1,79) και η αξιολόγηση της εξέλιξης του επαγγέλματος (μέση τιμή=5,85, τυπική απόκλιση=1,79).

Πίνακας 12: Βαθμός σημαντικότητας (μέση τιμή, τυπική απόκλιση) των παραγόντων συμμετοχής στη ΣΕ στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Παράγοντες συμμετοχής στη ΣΕ | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση |
|--|-----------|-----------------|
| Γ1.Για να ανταποκρίνονται καλύτερα οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου με τις απαιτήσεις του επαγγέλματός μου | 6,28 | 1,43 |
| Γ2.Για να ανταλλάσσω ισότιμα σκέψεις με τους συναδέλφους μου | 5,82 | 1,68 |
| Γ3.Για να με βοηθήσει να γίνω περισσότερο αποδοτικός/η | 5,97 | 1,54 |
| Γ4.Για να με βοηθήσει ώστε να ανταποκρίνομαι καλύτερα στις προσδοκίες των ασθενών | 5,99 | 1,9 |
| Γ5.Για να διατηρήσω τις επαγγελματικές μου ικανότητες | 5,68 | 1,94 |
| Γ6.Για να αποκομίσω οφέλη για την οικογένειά μου και τους φίλους μου | 5,81 | 1,73 |
| Γ7.Για να συσχετίσω τις ιδέες μου με αυτές των συναδέλφων μου | 5,74 | 1,71 |
| Γ8.Για να διατηρήσω την επαγγελματική μου ταυτότητα | 5,58 | 1,86 |
| Γ9.Για να ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών μου | 5,83 | 1,68 |
| Γ10.Για να επανεξετάσω τις υποχρεώσεις μου απέναντι στο επάγγελμά μου | 5,63 | 1,76 |
| Γ11.Για να αυξήσω την πιθανότητα για προσωπικό οικονομικό όφελος | 5,64 | 1,98 |
| Γ12.Για να μάθω μέσω της αλληλεπίδρασης με άλλους νοσηλευτές | 5,63 | 1,92 |
| Γ13.Για να αναπτύξω ηγετικές ικανότητες για το επάγγελμά μου | 5,62 | 1,94 |
| Γ14.Για να αυξήσω τις επαγγελματικές μου δεξιότητες στη σχέση μου με τους ασθενείς | 5,69 | 1,97 |
| Γ15.Για να επαναπροσδιορίσω τα τρέχοντα επαγγελματικά μου καθήκοντα | 5,52 | 1,95 |
| Γ16.Για να αναπτύξω νέες επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες | 5,73 | 1,86 |
| Γ17.Για να βελτιώσω την επαγγελματική μου πρακτική | 5,94 | 1,71 |
| Γ18.Για να ενημερώνομαι για τις νέες εξελίξεις στη νοσηλευτική | 5,65 | 2,03 |
| Γ19.Για να με βοηθήσει να συμβάλλω στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών | 5,83 | 1,86 |
| Γ20.Για να αξιολογήσω την εξέλιξη του επαγγέλματός μου | 5,85 | 1,79 |
| Γ21.Για να γίνω πιο ανταγωνιστικός/η στη δουλειά μου | 5,68 | 1,84 |
| Γ22.Για να αυξήσω τις πιθανότητες για επαγγελματική εξέλιξη | 5,73 | 1,71 |

| | | |
|---|------|------|
| Γ23.Για να προκαλούμαι με τις σκέψεις των συναδέλφων | 5,46 | 2,04 |
| Γ24.Για να βελτιώσω την εικόνα του επαγγέλματός μου | 5,69 | 1,92 |
| Γ25.Για να βελτιώσω τις υπηρεσίες μου προς τους ανθρώπους | 5,7 | 1,93 |
| Γ26.Για να σκεφτώ τους περιορισμούς που προκύπτουν από τον ρόλο μου ως νοσηλεύτης/τρια | 5,71 | 1,84 |
| Γ27.Για να αναπτύξω δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας | 5,88 | 1,77 |
| Γ28.Για να ενισχύσω την παραμονή μου στην παρούσα θέση | 5,87 | 1,79 |
| Γ29.Για να διατηρήσω την ποιότητα στις νοσηλευτικές μου υπηρεσίες | 5,83 | 1,87 |
| Γ30.Για να αναστοχαστώ την αξία των νοσηλευτικών μου ευθυνών | 5,72 | 1,9 |

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στους παράγοντες συμμετοχής στη ΣΕ σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος ($n=99$). Αναλυτικότερα, η μέση τιμή (μ.τ.) του βαθμού σημαντικότητας (β.σ.) του παράγοντα 1 (βλέπε Πίνακα 13) στους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. ήταν 6,83 και στους αποφοίτους Δ.Ε. 5,86 ($Pvalue=0,013$), ενώ σε αυτούς χωρίς επιπλέον σπουδές 6,42 και στους κάτοχους δεύτερου πτυχίου 4 ($Pvalue=0,009$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 4 σε αυτούς χωρίς επιπλέον σπουδές ήταν 6,31 και στους κάτοχους δεύτερου πτυχίου 4 ($Pvalue=0,047$), ενώ στους/στις νοσηλεύτες/τριες ήταν 6,22 και στους ιατρούς 4 ($Pvalue=0,031$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 5 στους άγαμους ήταν 5,87 και στους χήρους 3,33 ($Pvalue=0,042$). Εν συνεχεία, η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 6 στους άνδρες ήταν 5,25 και στις γυναίκες 6,03 ($Pvalue=0,043$), ενώ στους/στις νοσηλεύτες/τριες ήταν 5,91 και στους ιατρούς 4,82 ($Pvalue=0,034$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 10 στους άγαμους ήταν 5,33 και στους χήρους 2,67 ($Pvalue=0,013$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 19 στους νοσηλεύτες ήταν 5,02 και στους ιατρούς 6,76 ($Pvalue=0,002$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 20 στους άγαμους ήταν 5,67 και στους χήρους 3 ($Pvalue=0,044$), ενώ στους/στις νοσηλεύτες/τριες 5,33 και στους ιατρούς 6,53 ($Pvalue=0,025$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 24 στην ηλικιακή ομάδα των 25-30 ήταν 4,33 και στους άνω των 50 6,35 ($Pvalue=0,038$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 25 στους/στις νοσηλεύτες/τριες ήταν 5,02 και στους ιατρούς 6,59 ($Pvalue=0,007$). Η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 26 στους άγαμους ήταν 5,47 και στους χήρους 3 ($Pvalue=0,038$). Τέλος, η μ.τ. του β.σ. του παράγοντα 27 στους/στις νοσηλεύτες/τριες ήταν 5,28 και στους ιατρούς 6,65 ($Pvalue=0,011$).

Πίνακας 13: Στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στους παράγοντες συμμετοχής στη ΣΕ σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο σύνολο του δείγματος (n=99)

| Παράγοντες συμμετοχής στη ΣΕ | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση | Pvalue |
|---|-----------|-----------------|--------------|
| Γ1.Για να ανταποκρίνονται καλύτερα οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου με τις απαιτήσεις του επαγγέλματός μου | | | |
| Επίπεδο βασικών σπουδών | | | 0,013 |
| Πτυχίο Α.Ε.Ι. | 6,83 | 0,65 | |
| Πτυχίο Δ.Ε. | 5,86 | 1,73 | |
| Σπουδές μετά το πτυχίο | | | 0,009 |
| Καμία | 6,42 | 1,09 | |
| Δεύτερο πτυχίο | 4 | 4,24 | |
| Γ4.Για να με βοηθήσει ώστε να ανταποκρίνομαι καλύτερα στις προσδοκίες των ασθενών | | | |
| Σπουδές μετά το πτυχίο | | | 0,047 |
| Καμία | 6,31 | 1,48 | |
| Δεύτερο πτυχίο | 4 | 4,24 | |
| Επαγγελματική θέση | | | 0,031 |
| Νοσηλεύτης/τρια | 6,22 | 1,66 | |
| Ιατρός | 5 | 2,57 | |
| Γ5.Για να διατηρήσω τις επαγγελματικές μου ικανότητες | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | 0,042 |
| Άγαμος/η | 5,87 | 1,77 | |
| Χήρος/α | 3,33 | 2,08 | |
| Γ6.Για να αποκομίσω οφέλη για την οικογένειά μου και τους φίλους μου | | | |
| Φύλο | | | 0,043 |
| Άνδρας | 5,25 | 2,1 | |
| Γυναίκα | 6,03 | 1,52 | |
| Επαγγελματική θέση | | | 0,034 |
| Νοσηλεύτης/τρια | 5,91 | 1,57 | |
| Ιατρός | 4,82 | 2,21 | |
| Γ10.Για να επανεξετάσω τις υποχρεώσεις μου απέναντι στο επάγγελμά μου | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | 0,013 |
| Άγαμος/η | 5,33 | 1,4 | |
| Χήρος/α | 2,67 | 2,08 | |
| Γ19.Για να με βοηθήσει να συμβάλλω στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών | | | |
| Επαγγελματική θέση | | | 0,002 |
| Νοσηλεύτης/τρια | 5,02 | 2,19 | |
| Ιατρός | 6,76 | 0,56 | |
| Γ20.Για να αξιολογήσω την εξέλιξη του επαγγέλματός μου | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | 0,044 |
| Άγαμος/η | 5,67 | 1,59 | |
| Χήρος/α | 3 | 3,46 | |
| Επαγγελματική θέση | | | 0,025 |
| Νοσηλεύτης/τρια | 5,33 | 2,04 | |
| Ιατρός | 6,53 | 1,07 | |
| Γ24.Για να βελτιώσω την εικόνα του επαγγέλματός μου | | | |
| Ηλικιακή ομάδα | | | 0,038 |
| 25 – 30 | 4,33 | 2,52 | |
| >50 | 6,35 | 1,37 | |
| Γ25.Για να βελτιώσω τις υπηρεσίες μου προς τους ανθρώπους | | | |

| | | | |
|--|------|------|--------------|
| Επαγγελματική θέση | | | 0,007 |
| Νοσηλεύτης/τρια | 5,02 | 2,24 | |
| Ιατρός | 6,59 | 0,87 | |
| Γ26.Για να σκεφτώ τους περιορισμούς που προκύπτουν από τον ρόλο μου ως νοσηλεύτης/τρια | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | | | 0,038 |
| Άγαμος/η | 5,47 | 1,73 | |
| Χήρος/α | 3 | 1,73 | |
| Γ27.Για να αναπτύξω δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας | | | |
| Επαγγελματική θέση | | | 0,011 |
| Νοσηλεύτης/τρια | 5,28 | 2,08 | |
| Ιατρός | 6,65 | 0,86 | |

Όλα τα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν παραπάνω παρατίθενται και με τη μορφή γραφημάτων στο Παράρτημα 3.

6 Συζήτηση

6.1 Σύνοψη κύριων ευρημάτων και σχόλια υπό το φως της βιβλιογραφίας

Σύνοψη ευρημάτων

Η μελέτη αυτή κατάφερε να απαντήσει στους στόχους που τέθηκαν στην αρχή και τα κύρια ευρήματα παρουσιάζονται στη σχετική ενότητα ακολουθώντας την αντίστοιχη σειρά και το θεματικό διαχωρισμό. Εν συντομία, μπορούν να αναφερθούν οι βασικές παρατηρήσεις μας.

Το 87,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι θεωρεί πως η ΣΕΑ είναι πολύ σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα, παρόλο που υπάρχει ένα 4% που δεν τη θεωρούσε σημαντική. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αισθάνεται πως έχει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες ώστε να παρέχει ποιοτική φροντίδα υγείας. Οι περισσότεροι θεωρούσαν ότι η συμμετοχή τους σε προγράμματα ΣΕΑ θα πρέπει να είναι υποχρεωτική. Οι λόγοι για τους οποίους θεωρούσαν ότι θα έπρεπε να είναι υποχρεωτική η ΣΕΑ είναι κυρίως η επαγγελματική αναβάθμιση, η παράμετρος της φιλοδοξίας/ανταγωνισμού, καθώς και η βελτίωσή τους σε ζητήματα τεχνολογικής ανάπτυξης. Ένα μικρό αλλά σημαντικό ποσοστό απέδωσε τους λόγους στην εξασφάλιση παροχής ολιστικής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες φάνηκε να συμμετείχαν συχνότερα σε ενδοκλινικά και ενδονοσοκομειακά μαθήματα, και λιγότερο σε συνέδρια/ημερίδες, σε σεμινάρια, ή σε άλλα επιμορφωτικά προγράμματα ΣΕΑ. Η πλειοψηφία θεωρούσε ότι τα προγράμματα ΣΕΑ είναι καλύτερο να συμβαίνουν εντός ωραρίου, ενώ αρκετοί δε έχουν προτίμηση μεταξύ των προγραμμάτων εντός ή εκτός ωραρίου εργασίας. Ο αποδοτικότερος τρόπος διεξαγωγής προγραμμάτων ΣΕΑ φάνηκε να είναι η διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης, ακολουθούν οι συζητήσεις περιστατικών, τα κλινικά φροντιστήρια και το e-learning σε ένα πολύ μικρό ποσοστό. Οι σημαντικότερες θεματικές ΣΕΑ κατά τη γνώμη τους ήταν η ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, έπειτα τη διαχείριση επειγόντων καταστάσεων, τη διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας και την ψυχολογία της υγείας.

Όσον αφορά στις διαφορές στις απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ως προς το δημογραφικό-επαγγελματικό προφίλ τους, δε βρέθηκαν πολλές διαφοροποιήσεις. Φάνηκε ότι περισσότεροι άντρες συμμετέχουν σε προγράμματα ΣΕΑ -αν και το ποσοστό των γυναικών δεν ήταν χαμηλό-, ότι δαπανούν περισσότερες ημέρες επιμόρφωσης, ότι θεωρούν πιο σημαντικά τις θεματικές ενότητες επιμόρφωσης για την πρόληψη/διαχείριση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και ότι η υπηρεσία τους παρέχει αρκετές ευκαιρίες επιμόρφωσης. Αντίθετα, οι γυναίκες δε θεωρούσαν ότι παρέχονται αρκετές ευκαιρίες ΣΕΑ από την υπηρεσία τους. Επίσης, οι νεότερες ηλικίες φάνηκε να αναζητούν περισσότερο τη διεύρυνση των γνώσεών τους και μάλιστα ακόμα και με ιδιωτική πρωτοβουλία. Οι νεότερες ηλικίες επίσης θεωρούσαν ως κατάλληλη μέθοδο ΣΕΑ το e-learning, ενώ οι μεγαλύτερες ηλικίες επιλέγουν κυρίως τις συζητήσεις περιστατικών και τα κλινικά φροντιστήρια. Άλλη διαφορά παρατηρήθηκε βάσει οικογενειακής κατάστασης, αναφορικά με τους αποτρεπτικούς παράγοντες συμμετοχής σε ΣΕΑ. Το μεγαλύτερο

ποσοστό των έγγαμων και των διαζευγμένων θεωρεί ότι το κόστος είναι αποτρεπτικός λόγος συμμετοχής σε ΣΕΑ. Αντίστοιχα, κύριος αποτρεπτικός λόγος ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, φάνηκε να είναι τα αυξημένα ωράρια και η έλλειψη προσωπικού κυρίως για τους πτυχιούχους Α.Ε.Ι. και λιγότερο για τους πτυχιούχους Τ.Ε.Ι. Τέλος, οι συμμετέχοντες θεωρούσαν σημαντικό να υπάρχει προτροπή και διευκολύνσεις από την υπηρεσία για συμμετοχή σε ΣΕ και συγκεκριμένα όσοι έχουν λιγότερα έτη προϋπηρεσίας αξιολογούν χαμηλότερα τα επίπεδα προτροπής και ευκαιριών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι η επιμόρφωσή τους απορρέει από προσωπική πρωτοβουλία, πλην των υπεύθυνων κάποιου τομέα που δήλωσαν ότι απορρέει εξίσου από προσωπική πρωτοβουλία και του φορέα.

Εστιάζοντας στα αίτια και τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε ΣΕΑ, αυτά αξιολογήθηκαν από τους συμμετέχοντες ως εξής: καλύτερη ανταπόκριση των γνώσεων και των δεξιοτήτων με τις απαιτήσεις του επαγγέλματος, καλύτερη ανταπόκριση στις προσδοκίες των ασθενών, προοπτική αύξησης της αποδοτικότητας, βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής, ανάπτυξη απαραίτητων δεξιοτήτων για τη διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ενίσχυση της παραμονής στην παρούσα θέση και αξιολόγηση της εξέλιξης του επαγγέλματος.

Συζήτηση και προεκτάσεις

Για να επιτύχει η ΣΕΑ, οι πεποιθήσεις και οι στάσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να καταγραφούν και να ληφθούν υπόψη στο σχεδιασμό πρακτικών και παρεμβάσεων, αναγνωρίζοντας και τροποποιώντας τα αντιληπτά εμπόδια, μέσω ενός συνδυασμού ρυθμιστικών, επαγγελματικών και προσωπικών καναλιών. Η άμεση εμπειρία της αποτελεσματικής ΣΕΑ, ελλείπει αντιληπτών εμποδίων, θα μπορούσε να επηρεάσει την προσωπική ανάπτυξη, την εξέλιξη της σταδιοδρομίας και το όφελος των ασθενών, ενισχύοντας έτσι τις προσωπικές πεποιθήσεις για την αξία της ΣΕΑ με επαναληπτικό τρόπο.

Μια συστηματική ανασκόπηση των Donya et al. (2011) [69] που διερεύνησε τις πεποιθήσεις και τις πρακτικές αναφορικά με τη συμμετοχή σε ΣΕΑ, εντόπισε οκτώ συχνά εμπόδια στην ΣΕΑ. Αυτά ήταν η έλλειψη χρόνου, το οικονομικό κόστος, η κατανόηση του περιεχομένου της ΣΕΑ, η έλλειψη κινήτρων και διευκολυντικών συνθηκών από την υπηρεσία, οι στάσεις απέναντι στην υποχρεωτική ΣΕΑ, οι περιορισμοί του πληροφοριακού/ηλεκτρονικού συστήματος και τα τεχνικά προβλήματα. Επίσης, οι πλειονότητα των επαγγελματιών δείχνει να συμφωνεί με τη σημαντικότητα συμμετοχής σε ΣΕΑ, αλλά υπάρχει και μια μερίδα που δεν είναι διατεθειμένη να κρατήσει θετική στάση και αφοσίωση σε αυτό. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με τις παρατηρήσεις της δικής μας μελέτης και φαίνεται οι στάσεις και απόψεις απέναντι στη ΣΕΑ να κυμαίνονται στο ίδιο πλαίσιο.

Προς την κατεύθυνση αυτή, έρχονται και άλλες μελέτες να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα σε πληθυσμό ιατρών [70] ή/και νοσηλευτών [71,72]. Συγκεκριμένα, μελέτη που διεξήχθη σε πληθυσμό ιατρών στην Ιορδανία [70], επεσήμανε ότι το κόστος και η έλλειψη χρόνου και κινήτρων αποτελούν σημαντικά εμπόδια συμμετοχής στη ΣΕΑ ή μη αφοσίωσης στην εργασιακή αυτή κουλτούρα. Μάλιστα τόνισαν ότι θα πρέπει να υπάρξει νομοθετικό πλαίσιο και ξεκάθαρος συντονισμός

και διασφάλιση συνθηκών και πόρων που θα μπορούν να υποστηρίξουν τη ΣΕΑ στο πεδίο της υγειονομικής περίθαλψης. Η μελέτη του Bindon (2017) [72] που εστιάζει στον πληθυσμό των νοσηλευτών, συμφωνεί με τα παραπάνω και προσθέτει την έλλειψη ευκαιριών στο νοσηλευτικό προσωπικό ως εμπόδιο.

Εστιάζοντας στο νοσηλευτικό προσωπικό, που όπως φαίνεται αντιμετωπίζει ακόμα περισσότερες δυσκολίες για συμμετοχή στη ΣΕΑ, και δεδομένων των διάφορων χώρων εργασίας, ρόλων, οργανωτικών πολιτισμών και κανονιστικών/οργανωτικών συστημάτων που υπάρχουν σχετικά με τη ΣΕΑ και την ΣΕΕ για τους νοσηλευτές, είναι κατανοητό ότι η διαχείριση της μάθησης κάποιου μπορεί να είναι πρόκληση. Η εύρεση και πλοήγηση των απαραίτητων πληροφοριών μπορεί να είναι μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία σε αυτές τις περιπτώσεις [72]. Ειδικά στο νοσηλευτικό προσωπικό, δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς η κουλτούρα της ΣΕΑ και ειδικά από την πλευρά των υπευθύνων και διευθυντών που ενδέχεται να μην αναγνωρίζουν την ανάγκη της ΣΕΑ στην κατηγορία αυτή του προσωπικού (έναντι των ιατρών) [73]. Συχνά λοιπόν, αναφέρεται ακόμα ένα εμπόδιο που, αν το διαχειριστούμε, θα μπορούσε να συμβάλει στην ενδυνάμωση της ΣΕΑ. Αυτό είναι η έλλειψη ηγεσίας και πλαισίου που να αναγνωρίζει και να διεκδικεί, αλλά και να διασφαλίζει το δικαίωμα της ΣΕΑ στο νοσηλευτικών προσωπικό [73].

Συνολικά για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να ληφθούν ορισμένα μέτρα ενίσχυσης της ΣΕΑ και διασφάλισης ενός σταθερού πλαισίου συνέχισής της. Έπειτα από την παραπάνω συζήτηση αλλά και από τα κύρια ευρήματα της μελέτης, μπορούν να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις με στόχο την ενδυνάμωση της ΣΕΑ και αύξηση του ποσοστού συμμετοχής σε αυτή [72]. Θα πρέπει να συνταχθεί ένα ολοκληρωμένο και αναλυτικό θεσμικό πλαίσιο που να προτείνει, περιγράφει αλλά και να επιτρέπει τη συμμετοχή σε ΣΕΑ ως εργασιακή ανάγκη και κουλτούρα εξίσου για όλους τους εργαζόμενους στην υγειονομική φροντίδα. Αυτό θα πρέπει ξεκάθαρα να περιλαμβάνει και να εξισώνει τους νοσηλευτές και τους ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Έπειτα, είναι απαραίτητο να εξασφαλιστεί η δυνατότητα συμμετοχής εντός και εκτός ωραρίου, η διαχείριση του ωραρίου, η ύπαρξη επαρκούς προσωπικού, η ύπαρξη μηχανισμών παρακολούθησης και αξιολόγησης της ΣΕΑ, τόσο της συμμετοχής και των δικαιωμάτων όσο και του αποτελέσμάτος της. Παράλληλα, είναι υψίστης σημασίας να υπάρχουν ίσες ευκαιρίες και κίνητρα για όλους, εστιάζοντας στην ισότητα μεταξύ φύλου, ηλικίας, ετών προϋπηρεσίας, εργασιακής θέσης και επαγγέλματος. Φαίνεται ότι έμφαση πρέπει να δοθεί στις γυναίκες και στους νοσηλευτές. Όσον αφορά στα κίνητρα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η διευκόλυνση στο κόστος όπου χρειάζεται, και η παροχή ενός εύρους θεμάτων, ειδών και τρόπων συμμετοχής σε ΣΕΑ. Το e-learning θα μπορούσε να αποτελέσει σημαντικό κομμάτι προαγωγής της ΣΕΑ, μιας και προσφέρει ένα εύρος δυνατοτήτων μη αποκλείοντας και τα κλινικά σεμινάρια σε όλο το φάσμα της εικονικής εκπαίδευσης (virtual education) [74]. Μάλιστα, προηγούμενες μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικά αποτελέσματα βελτίωσης της παροχής φροντίδας και της ποιότητας καθώς και των θετικών εκβάσεων στους ασθενείς μέσω από προγράμματα e-learning που αφορούν όλο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό [74-77].

6.2 Περιορισμοί μελέτης

Η μελέτη αυτή ήταν μια μελέτη παρατήρησης η οποία ακολούθησε ένα συγχρονικό σχεδιασμό, επιχειρώντας να μετρήσει τα αίτια συμμετοχής στη ΣΕΑ και τις σχετικές απόψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Γι' αυτό το λόγο, δε δύναται να διεξάγει σχέσεις αιτιολογικές παρά μόνο να περιγράψει τις υφιστάμενες τάσεις. Έτσι τα αποτελέσματά της θα πρέπει να εξετασθούν με προσοχή και λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της μελέτης. Προς την κατεύθυνση αυτή, αξίζει να αναφερθεί η απουσία τυχαίας ή στρωματοποιημένης δειγματοληψίας. Το δείγμα μας ήταν δείγμα ευκολίας και σίγουρα μειώνει την εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, αλλά δεν αφαιρεί σημαντικά από την αξιοπιστία τους, μιας και προέκυψαν από ένα δείγμα 99 επαγγελματιών με πολύ υψηλό ποσοστό απόκρισης (99%).

Βιβλιογραφία

- [1] Villegas-Reimers, E. (2003). *Teacher professional development: an international review of the literature*. Paris: International Institute for Educational Planning.
- [2] Glatthorn, A. (1995). "Teacher development". In: Anderson, L. (Ed.), *International encyclopedia of teaching and teacher education*. Elsevier Science Inc., 660 White Plains Road, Tarrytown, NY 10591-5153.
- [3] Τερζίδης, Κ., & Τζωρτζάκης, Κ. (2004). *Διοίκηση ανθρωπίνων πόρων*. Εκδόσεις Rosili.
- [4] Μπίζας, Λ. (2011). 'Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης.', *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(1): 3-4.
- [5] Παναγιωτοπούλου, Κ., Γιακουμιδάκης, Κ., Καλοκαιρινού, Α., & Μπροκαλάκη, Η. (2016). Συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη ιατρών και νοσηλευτών: Μετάφραση και στάθμιση της Participation Reasons Scale (PRS). *Archives of Hellenic Medicine/Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(6).
- [6] Καλοκαιρινού, Α., & Αναγνωστοπούλου, Α. (2007). Από το Νοσοκομείο στο Σπίτι: Ο ρόλος του Ιατρού και του Νοσηλευτή. *Πρακτικά 5ου Πολυθεματικού Ιατρικού Συνεδρίου. Νεάπολη Λακωνίας*.
- [7] Ferreira, G. S. M., de Azevedo Ponte, K. M., Aragão, A. E. A., Arruda, L. P., & Ferreira, I. S. (2012). Continuous education of professionals in the hospital environment: an exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(2), 488-491.
- [8] Xavier, M. T., Crespo, R., Fernández-Coll, M. L., Saumell, M., Millan-Mata, F., Cardona, À., & Codern-Bové, N. (2017). Expectations and perceptions of primary healthcare professionals regarding their own continuous education in Catalonia (Spain): a qualitative study.
- [9] Κρητικός, Α. (2005). *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μία θεωρητική προσέγγιση*.
- [10] Παναγιωτοπούλου, Κ. (2012). *Συμμετοχή και κίνητρα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε επαγγελματίες υγείας (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Παθολογικός Νοσηλευτικός)*.
- [11] Centre Européen pour le Développement de la Formation Professionnelle, CEDEFOP. (French: European Centre for the Development of Vocational Training). (2003). *Lifelong learning: citizens' views*.
- [12] Ν. 3191 (ΦΕΚ Α' 258/7.11.2003). *Το Εθνικό Σύστημα Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με την Απασχόληση (Ε.Σ.ΣΕΕ.Κ.Α.)*.
- [13] Davis, D. (1998). Does CME work? An analysis of the effect of educational activities on physician performance or health care outcomes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28(1), 21-39.
- [14] American Nurses Association, ANA. (1997). *Nursing Facts*. ANA: Washington, DC.
- [15] American Medical Association, AMA (2007). *Physician Recognition Award*.
- [16] International Council of Nurses, ICN. (2008). *Career development in nursing*.

- [17] Peck, C., McCall, M., McLaren, B., & Rotem, T. (2000). Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *Bmj*, 320(7232), 432-435.
- [18] Knox, A. B., & McLeish, J. A. B. (1989). Continuing Education of the Professional in Titmus, C. J. (ed.). (1989). *Lifelong Education for Adults - An International Handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- [19] Houle, C. O. (1980). *Continuing learning in the professional*. Jossey-Bas Publishers.
- [20] Starke, I., & Wade, W. (2005). Continuing professional development-supporting the delivery of quality healthcare. *ANNALS-ACADEMY OF MEDICINE SINGAPORE*, 34(11), 714.
- [21] Κόκκος, Α. (2005). Εκπαίδευση ενηλίκων: ανιχνεύοντας το πεδίο. Αθήνα: Μεταίχμιο.
- [22] Courau, S. (2000). Τα βασικά «εργαλεία» του εκπαιδευτή ενηλίκων. Αθήνα: Μεταίχμιο. Βεργίδης, Δ. (1999). Σχεδιασμός και δόμηση προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων. Στο Δ. Βεργίδης, Θ. Καραλής. *Εκπαίδευση Ενηλίκων: Σχεδιασμός, Οργάνωση και Αξιολόγηση Προγραμμάτων*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- [23] Βεργίδης, Δ. (1999). Σχεδιασμός και δόμηση προγραμμάτων εκπαίδευσης ενηλίκων. Στο Δ. Βεργίδης, Θ. Καραλής. *Εκπαίδευση Ενηλίκων: Σχεδιασμός, Οργάνωση και Αξιολόγηση Προγραμμάτων*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- [24] Davis, N., Davis, D., & Bloch, R. (2008). Continuing medical education: AMEE education guide No 35. *Medical teacher*, 30(7), 652-666.
- [25] Fox, R. D., Mazmanian, P. E., & Putnam, R. W. (1989). Changing and Learning in the Lives of Physicians. New York: Praeger Publishers. In Davis, N., Davis, D. & Bloch, R. (2008). *Continuing medical education: AMEE Education Guide No 35. Medical Teacher*, 30(7), 652-666.
- [26] Huitt, W. (2001). Motivation to learn: An overview. *Educational psychology interactive*, 12.
- [27] Smith, J., & Spurling, A. (2001). *Understanding Motivation for Lifelong Learning*. National Institute of Adult Continuing Education.
- [28] De Winter, K. (2005). Motivation of lower educated people for adult basic education in Belgium. In *5th European Research and Development Institutes (ERDI) of Adult Education Expert Seminar "Participation in Adult Education"*, 21-23 January, Bonn, Germany.
- [29] Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (1998). The adult learner: The definitive classic in adult education and resource development. *Houston, Texas: Gulf Publishing Co.*
- [30] Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harpers.
- [31] Herzberg, F. (1959). B. Mausner, and B. Snyderman, *The Motivation to Work*, New York, John Wiley.
- [32] Herzberg, F. (1965). The new industrial psychology. *ILR Review*, 18(3), 364-376.
- [33] Urbano, M. T. & Jahns, I. R. (1988). A conceptual framework for nurses' participation in continuing education. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 19 (4), pp. 182-19.
- [34] Cross, K. P. (1981). *Adults as Learners. Increasing Participation and Facilitating Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- [35] Rogers, A. (1999). Η εκπαίδευση ενηλίκων, Εκδόσεις. Μεταίχμιο, Αθήνα.

- [36] Mattheos, N., Schoonheim-Klein, M., Walmsley, A. D., & Chapple, I. L. C. (2010). Innovative educational methods and technologies applicable to continuing professional development in periodontology. *European Journal of Dental Education*, 14, 43-52.
- [37] Sectish, T. C., Floriani, V., Badat, M. C., Perelman, R., & Bernstein, H. H. (2002). Continuous professional development: raising the bar for pediatricians. *Pediatrics*, 110(1), 152-156.
- [38] Dent, W. A., Weiland, J. T. & Paltridge, D. (2008) Australasian emergency physicians: A Learning and educational needs analysis. Part Five: Barriers to CPD experienced by FACEM, and attitudes to the ACEM MOPS programme *Emergency Medicine Australasia*, 20, pp. 339–346.
- [39] Curran, V., Rourke, L., & Snow, P. (2010). A framework for enhancing continuing medical education for rural physicians: a summary of the literature. *Medical teacher*, 32(11), e501-e508.
- [40] Phillips, J. L., Piza, M., & Ingham, J. (2012). Continuing professional development programmes for rural nurses involved in palliative care delivery: an integrative review. *Nurse education today*, 32(4), 385-392.
- [41] Karaman, S. (2011). Nurses' perceptions of online continuing education. *BMC Medical Education*, 11(1), 1-6.
- [42] Starke, I. (2008). Global challenges in continuing medical education and continuing professional development in the United Kingdom. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28, 29-30.
- [43] Griscti, O. & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced*, 55 (4), pp. 450-455.
- [44] Παναγιωτάκη-Μπροκαλάκη, Η. (1998). Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική 2* σσ. 128-132.
- [45] Μαλλίδου, Α. (1997). Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στους νοσηλευτές: υποχρεωτική ή εθελοντική; *Νοσηλευτική 4 (2)* σσ. 112-119.
- [46] Munro, K. M. (2008). Continuing professional development and the charity paradigm: Interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development. *Nurse education today*, 28(8), 953-961.
- [47] Field, N. (2004). Mandatory continuing professional education: do we need it? *Radiographer*, 51(1), 5-9.
- [48] Hughes, P. (1990). Evaluating the impact of continual professional education (ENB 941). *Nurse education today*, 10(6), 428-436.
- [49] Little, C. D. (1993). Mandatory continuing education: a survey of the literature and a comment on the implications for physical therapy. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 13(2), 159-167.
- [50] Maple, G. (1987). Continuing Education for the Health Sciences: The Voluntary/Mandatory Debate. *Australian Journal of Adult Education*, 27(2), 22-28.
- [51] Hogston, R. (1995). Nurses' perceptions of the impact of continuing professional education on the quality of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 586-593.
- [52] Dolphin, N. W. (1983). Why do nurses come to continuing education programs?
- [53] Walker, K. (1995). Continuing education in the professions: A discussion. *The Radiographer*, 42(4), 99-102.

- [54] Fisher, G. S. (2001). Mandatory continuing education: the future of occupational therapy professional development? *Occupational therapy in health care*, 13(2), 1-24.
- [55] Mansouri, M., & Lockyer, J. (2007). A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 27(1), 6-15.
- [56] Puetz, B. E. (1980). Differences between Indiana registered nurse attenders and nonattenders in continuing education in nursing activities.
- [57] Brockett, R. G. (1992). Do we really need mandatory continuing education? *New directions for adult and continuing education*, 1992(54), 87-93.
- [58] Morrison, A. A. (1992). Resisting compulsory continuing professional education. *Australian Journal of Adult and Community Education*, 32(3), 146-150.
- [59] Chiplotin, J. R., & Bassett, S. F. (2002). Continuing Education Programmes: Their Effectiveness in the Maintenance of Physiotherapists' Professional Competency. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 30(3), 24-33.
- [60] Davee, P., & McHugh, J. (1995). Mandatory continuing education relevancy for nurses with advanced preparation.
- [61] Flores Peña, Y., & Alonso Castillo, M. (2006). Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(3), 309-315.
- [62] Desilets, L. D. (1995). Assessing registered nurses' reasons for participating in continuing education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26(5), 202-208.
- [63] Waddell, D. L. (1993). Why do nurses participate in continuing education? A meta-analysis. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 24(2), 52-56.
- [64] Murphy, C., Cross, C., & McGuire, D. (2006). The motivation of nurses to participate in continuing professional education in Ireland. *Journal of European Industrial Training*.
- [65] Γκουντάρα, Μ. (2017). Διερεύνηση των κινήτρων και της στάσης των Νοσηλευτών ενός Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης για τη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση.
- [66] Grotelueschen, A. D., Harnisch, D. L., & Kenny, W. R. (1979). An analysis of the Participation Reasons Scale administered to business professionals (Occasional Paper No. 7). *Urbana: University of Illinois at Urbana-Champaign, Office for the Study of Continuing Professional Education*.
- [67] Scanlan, C.L., & Darkenwald, G.G. (1984). Identifying deterrents to participation in continuing education. *Adult Education*, 34(3), 155-166.
- [68] Grotelueschen, A. D. (1980). *Research on Reasons for Participation in Continuing Professional Education: A Statement of Position and Rationale* (No. 5). Office for the Study of Continuing Professional Education, College of Education, University of Illinois at Urbana-Champaign.
- [69] Donyai, P., Herbert, R. Z., Denicolo, P. M., & Alexander, A. M. (2011). British pharmacy professionals' beliefs and participation in continuing professional development: a review of the literature. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(5), 290-317.
- [70] Younes, N. A., AbuAlRub, R., Alshraideh, H., Abu-Helalah, M. A., & Alhamss, S. (2019). Engagement of Jordanian physicians in continuous professional

- development: current practices, motivation, and barriers. *International journal of general medicine*, 12, 475.
- [71] Hew, K. F., & Hara, N. (2008). An online listserv for nurse practitioners: a viable venue for continuous nursing professional development? *Nurse Education Today*, 28(4), 450-457.
- [72] Bindon, S. L. (2017). Professional development strategies to enhance nurses' knowledge and maintain safe practice. *AORN journal*, 106(2), 99-110.
- [73] Perlstein, L., Hoffmann, R. L., Lindberg, J., & Petras, D. (2014). Addressing Barriers to Achieving Nursing Certification: Development of a Certification Achievement Program on a Medical–Surgical Unit. *Journal for nurses in professional development*, 30(6), 309-315.
- [74] Scott, K. M., Baur, L., & Barrett, J. (2017). Evidence-based principles for using technology-enhanced learning in the continuing professional development of health professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 37(1), 61-66.
- [75] Dalhem, W. A., Saleh, N., Kaminski, J., Bassendowski, S., Okunji, P., & Hill, M. (2014). The impact of eLearning on nurses' professional knowledge and practice in HMC. *Canadian Journal of Nursing Informatics*, 9(3-4), 1-14.
- [76] Wutoh, R., Boren, S. A., & Balas, E. A. (2004). E-Learning: a review of Internet-based continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 24(1), 20-30.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1 – Άδειες χρήσεις ερωτηματολογίων



Kalliori Panagiotopoulou

προς Εμένα

Σήμερα, 9:51 π.μ.



καλημέρα κυρία Στρατήγη

έχετε την άδειά μου για τη χρήση του ερωτηματολογίου που έχω σταθμίσει στην Ελληνική γλώσσα.

καλή επιτυχία

Δρ Καλλιόπη Παναγιωτοπούλου

From: <CAPE@uis.edu>
Date: 12 Feb 2021 at 11:58 am .
Subject: permission for PRS -Stratigi
To: <estratigi@yahoo.gr>

Dear Mrs Stratigi,

Thank you for your interest in using the PRS (PARTICIPATION REASONS SCALE).
We are glad to inform you that you have permission to use the scale for research reasons. In case of any publication we would appreciate it if you shared it with us.

On behalf of the developers,
Office for the Study of Continuing Professional Education,
University of Illinois

Παράρτημα 2 - Ερωτηματολόγιο

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με X στο αντίστοιχο κουτάκι)

• **“Φύλο”:**

- Άνδρας Γυναίκα

• **“ Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε ;”**

- Μέχρι 24 Ετών
 25 ως 30 Ετών
 31 ως 40 Ετών
 41 ως 50 Ετών
 51 Ετών και άνω

• **“Οικογενειακή κατάσταση:”**

- Άγαμος/η Διαζευγμένος /η
 Έγγαμος/η Χήρος/α

4. “Αριθμός παιδιών : ”

- Κανένα
 Ένα
 Δυο
 Τρία
 Περισσότερα

5. “Αριθμός παιδιών κάτω των 12 ετών :

.....

6. “Επίπεδο βασικών σπουδών;”

- Πτυχίο ΑΕΙ Πτυχίο ΑΤΕΙ Πτυχίο Δ.Ε.

7. “Σπουδές μετά το πτυχίο:”

- Καμία
 Νοσηλευτική Ειδικότητα
 Μεταπτυχιακό
 Διδακτορικό
 Δεύτερο πτυχίο

8. “Έτη υπηρεσίας: ”

- Μέχρι 10 έτη
 6-10 έτη
 11-20 έτη
 21 -30 έτη
 30 έτη και άνω

9. “Επαγγελματική Θέση στο νοσοκομείο το οποίο εργάζεστε;”

- Νοσηλεύτης/τρια
 Υπεύθυνος/η
 Προϊστάμενος/η
 Τομεάρχης
 Διευθυντής/ντρια

ΕΝΟΤΗΤΑ Β**ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

1. “Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση –Επιμόρφωση θεωρείτε ότι είναι σημαντική για το νοσηλευτικό επάγγελμα;”

- Πολύ
- Μέτρια
- Καθόλου

2. “Αισθάνεστε επαρκείς όσον αφορά τις γνώσεις και τις δεξιότητες σας, ώστε να παρέχετε ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα;”

- Πολύ
- Μέτρια
- Καθόλου

3. “Πιστεύετε ότι η συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης πρέπει να είναι :”

- Υποχρεωτική
- Μη Υποχρεωτική

4. “Τι πιστεύετε ότι καθιστά στο παρόν ή στο μέλλον, την Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση υποχρεωτική ;”

- Ανεπαρκείς γνώσεις πτυχίου
- Τεχνολογική Ανάπτυξη
- Επαγγελματική αναβάθμιση
- Λόγοι φιλοδοξίας-ανταγωνισμού
- Ανάγκη βελτίωσης της παρεχόμενης ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας
- Όλοι οι παραπάνω λόγοι

5. “ Την χρονιά που πέρασε πόσες ημέρες συμμετείχατε σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης;”

- Ενδοκλινικά μαθήματα
- Ενδονσοκομειακά μαθήματα
- Συνέδρια/ Ημερίδες
- Σεμινάρια
- Προγράμματα Κ.Ε.Κ.
- Άλλα επιμορφωτικά προγράμματα.

6. **“Η επιμόρφωση σας απορρέει κύρια μετά από προσωπική σας πρωτοβουλία ή μέσω του φορέα της εργασίας σας;”**

- Προσωπική
 Του φορέα
 Και τα δυο

7. **“Πιστεύετε ότι η συμμετοχή σας σε προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης είναι προτιμότερο να γίνεται :”**

- Εντός ωραρίου
 Εκτός ωραρίου
 Δεν έχω πρόβλημα

8. **“Ποιο θεωρείται καταλληλότερο χώρο για την υλοποίηση προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης στο χώρο του Νοσοκομείου;”**

- Αμφιθέατρο
 Αίθουσα διαλέξεων
 Άλλος χώρος

9. **“Ποιο θεωρείται αποδοτικότερο τρόπο διεξαγωγής προγραμμάτων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης;”**

- Διδασκαλία με τη μορφή διάλεξης
 Συζητήσεις περιστατικών
 Κλινικά φροντιστήρια
 E-learning

10. “ Ποιος τομέας της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης συμπληρώνει τις ανάγκες σας; ”Βαθμολογήστε με 1 (σημαντικότερο) και 9 (λιγότερο σημαντικό)

1. Κλινική Νοσηλευτική κατάρτιση

2. Πρόληψη / διαχείριση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων

3. Τρόποι διαχείρισης άγχους

4. Τρόποι επικοινωνίας ασθενών & διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων-συγκρούσεων.

5. Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας

6 Ποιότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας

7. Διαχείριση επειγόντων καταστάσεων / ΚΑΡΠΑ

| |
|--|
| 8. Ψυχολογία της υγείας <input type="checkbox"/> |
|--|

| |
|----------------------------------|
| 9. Άλλο <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------|

11. “Θεωρείτε ότι η Υπηρεσία σας προτρέπει τους νοσηλευτές παρέχοντας διευκολύνσεις και ευκαιρίες στην Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση;”

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

12. “Ποιούς λόγους θεωρείται αποτρεπτικούς για την συμμετοχή σας σε προγράμματα Συνεχιζόμενης εκπαίδευσης; ”

- Υψηλό κόστος
- Έλλειψη ενημέρωσης
- Έλλειψη υποστήριξης/παραίνεσης από Ν.Υ.
- Έλλειψη προσωπικού/Αυξημένα ωράρια
- Οικογενειακές υποχρεώσεις

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ (ΛΟΓΟΙ) ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

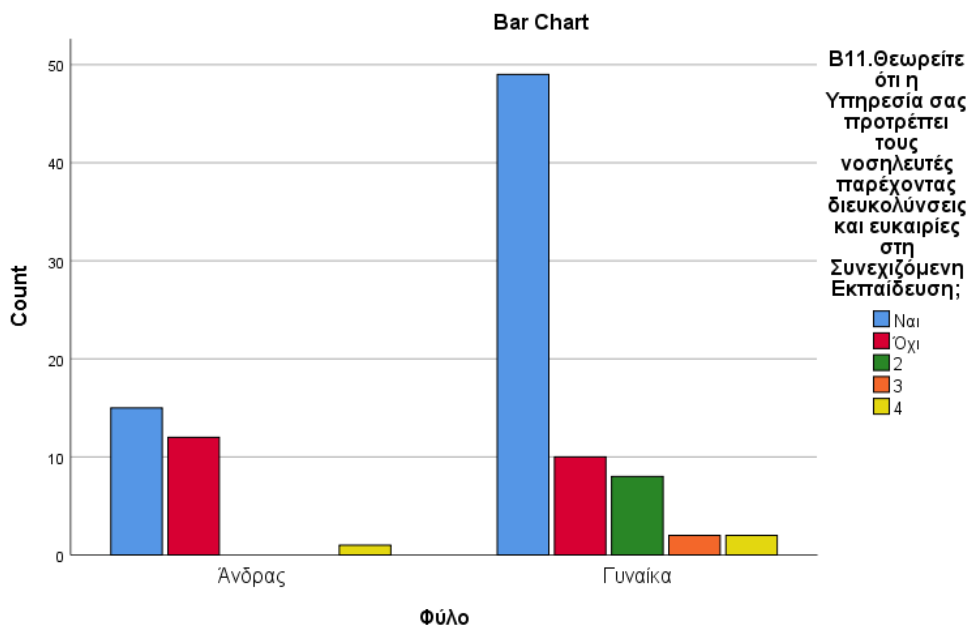
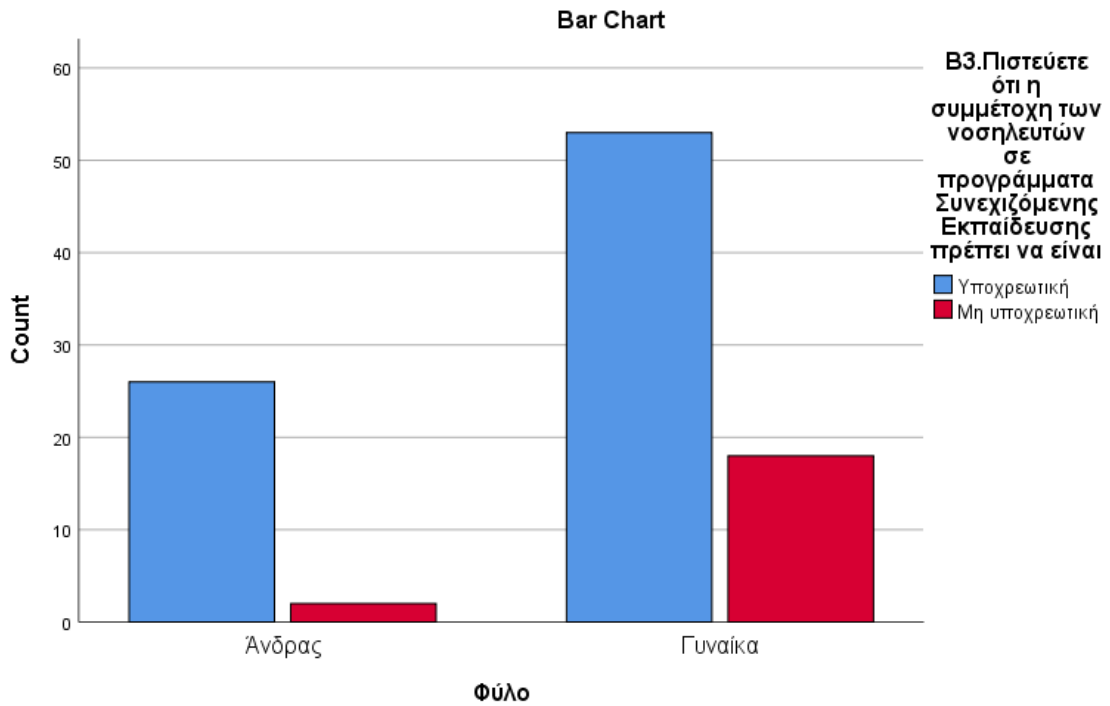
Στις προτάσεις που ακολουθούν κυκλώστε το νούμερο που αντιπροσωπεύει καλύτερα το βαθμό σημαντικότητας που αποδίδετε εσείς σε κάθε έναν από τους συγκεκριμένους λόγους για να συμμετάσχετε σε δραστηριότητα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Επιμόρφωσης. **Βαθμολογήστε με 1 (λιγότερο σημαντικό) και 7 (σημαντικότερο)**

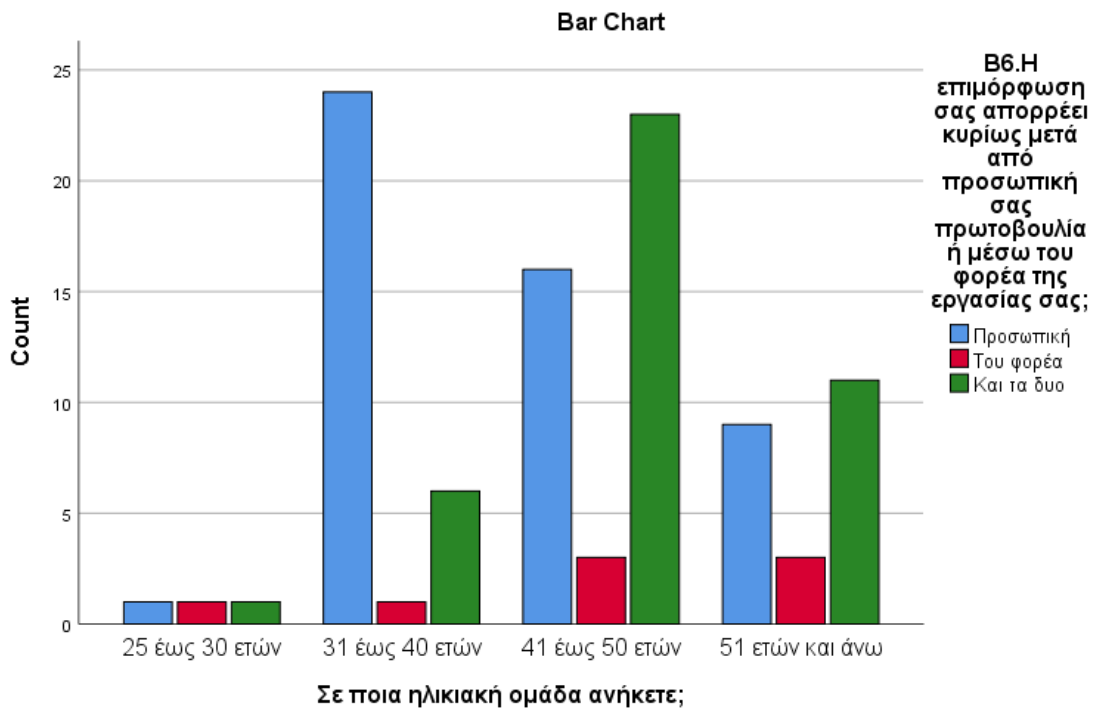
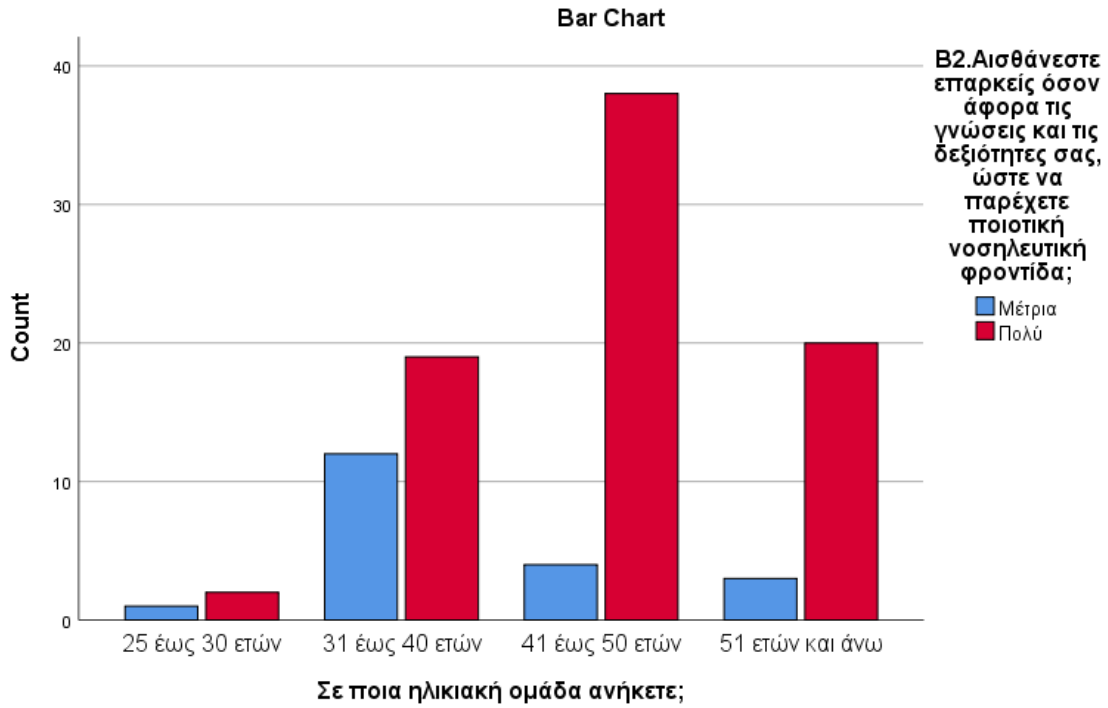
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Για να ανταποκρίνονται καλύτερα οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου με στις απαιτήσεις του επαγγέλματος μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Για να ανταλλάσω ισότιμα σκέψεις με τους συναδέλφους μου. | | | | | | | |
| 3 | Για να με βοηθήσει να γίνω περισσότερο αποδοτικός | | | | | | | |
| 4 | Για να με βοηθήσει ώστε να ανταποκρίνομαι καλύτερα στις προσδοκίες των ασθενών. | | | | | | | |
| 5 | Για να διατηρήσω τις επαγγελματικές μου ικανότητες | | | | | | | |
| 6 | Για να αποκομίσω οφέλη για την οικογένεια μου και τους φίλους μου | | | | | | | |
| 7 | Για να συσχετίσω τις ιδέες μου με αυτές των συναδέλφων μου. | | | | | | | |
| 8 | Για να διατηρήσω την επαγγελματική μου ταυτότητα. | | | | | | | |
| 9 | Για να ανταποκρίνομαι αποτελεσματικά | | | | | | | |

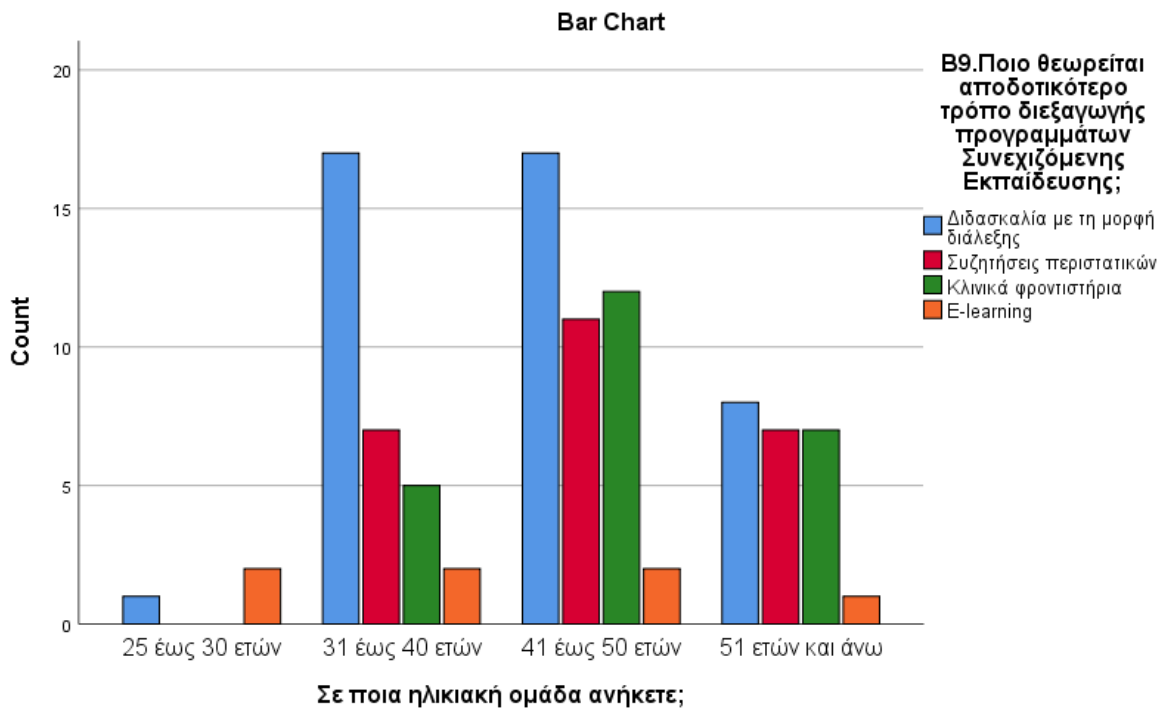
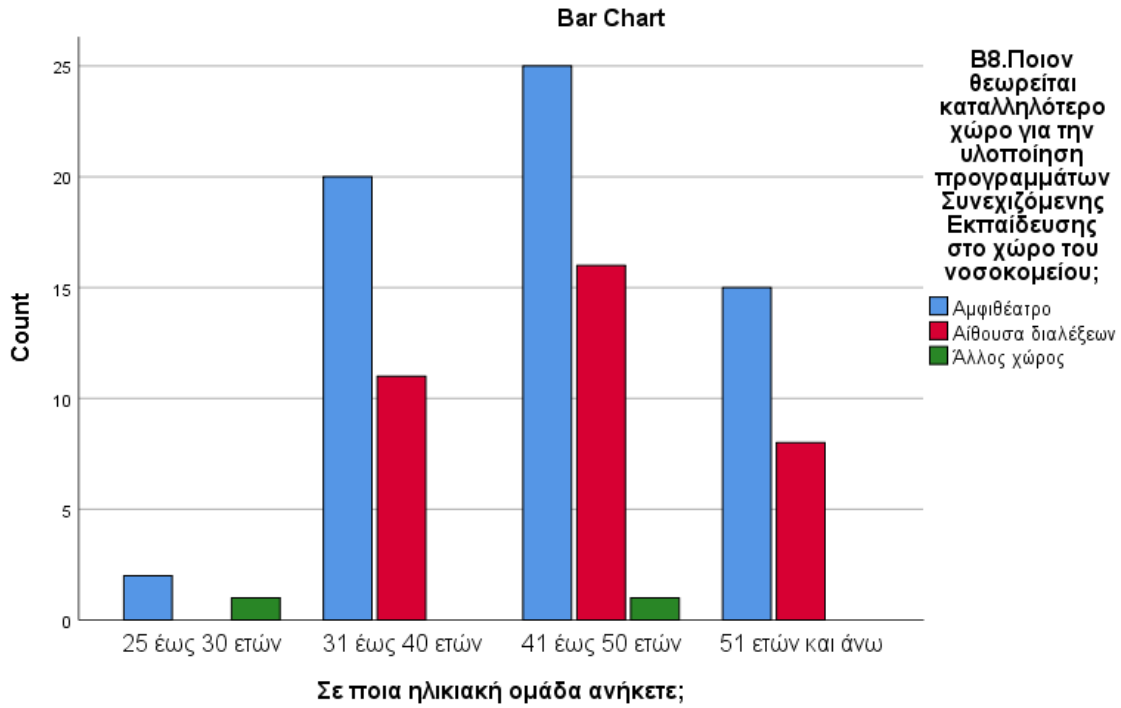
| | | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | στις ανάγκες των ασθενών μου | | | | | | | |
| 10 | Για να επανεξετάσω τις υποχρεώσεις μου απέναντι στο επάγγελμά μου. | | | | | | | |
| 11 | Για να αυξήσω την πιθανότητα για προσωπικό οικονομικό όφελος. | | | | | | | |
| 12 | Για να μάθω μέσω τις αλληλεπιδράσεις με άλλους νοσηλευτές. | | | | | | | |
| 13 | Για να αναπτύξω ηγετικές ικανότητες για το επάγγελμά μου | | | | | | | |
| 14 | Για να αυξήσω τις επαγγελματικές μου δεξιότητες στη σχέση μου με τους ασθενείς. | | | | | | | |
| 15 | Για να επαναπροσδιορίσω τα τρέχοντα επαγγελματικά μου καθήκοντα. | | | | | | | |
| 16 | Για να αναπτύξω νέες επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες. | | | | | | | |
| 17 | Για να βελτιώσω την επαγγελματική μου πρακτική. | | | | | | | |
| 18 | Για να ενημερώνομαι για τις νέες εξελίξεις στην νοσηλευτική | | | | | | | |
| 19 | Για να με βοηθήσει να συμβάλλω στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών. | | | | | | | |
| 20 | Για να αξιολογήσω την εξέλιξη του επαγγέλματός μου. | | | | | | | |
| 21 | Για να γίνω πιο ανταγωνιστικός στην δουλειά μου. | | | | | | | |

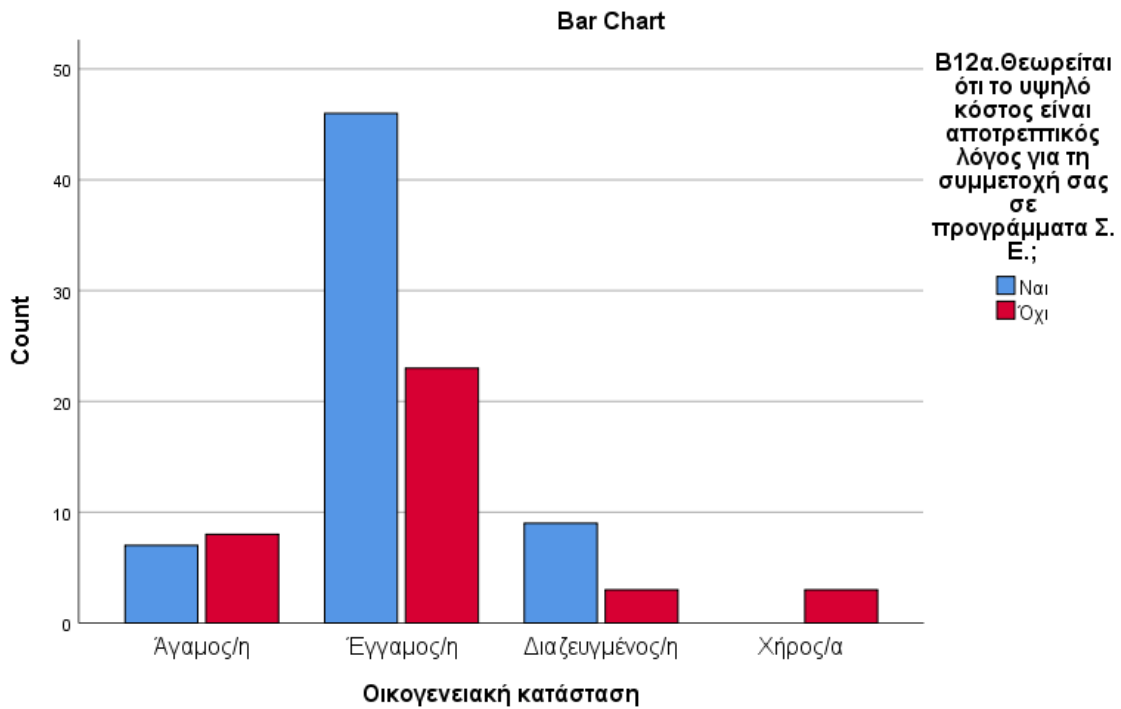
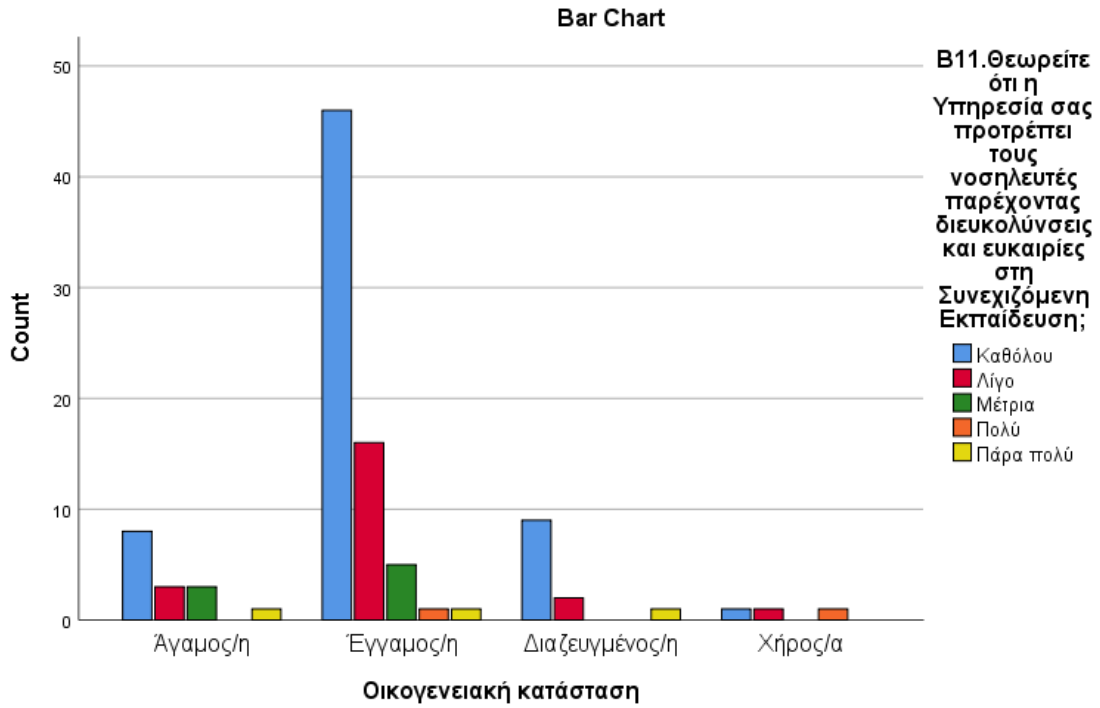
| | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
| 22 | Για να αυξήσω τις πιθανότητες για επαγγελματική εξέλιξη. | | | | | | | |
| 23 | Για να προκαλούμαι με τις σκέψεις των συναδέλφων | | | | | | | |
| 24 | Για να βελτιώσω την εικόνα του επαγγέλματος μου | | | | | | | |
| 25 | Για να βελτιώσω τις υπηρεσίες μου προς τους ανθρώπους | | | | | | | |
| 26 | Για να σκεφτώ τους περιορισμούς που προκύπτουν από τον ρόλο μου ως νοσηλεύτης. | | | | | | | |
| 27 | Για να αναπτύξω δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας | | | | | | | |
| 28 | Για να ενισχύσουν την παραμονή μου στην παρούσα θέση. | | | | | | | |
| 29 | Για να διατηρήσω την ποιότητα στις νοσηλευτικές μου υπηρεσίες. | | | | | | | |
| 30 | Για να αναστοχαστώ την αξία των νοσηλευτικών μου ευθυνών. | | | | | | | |

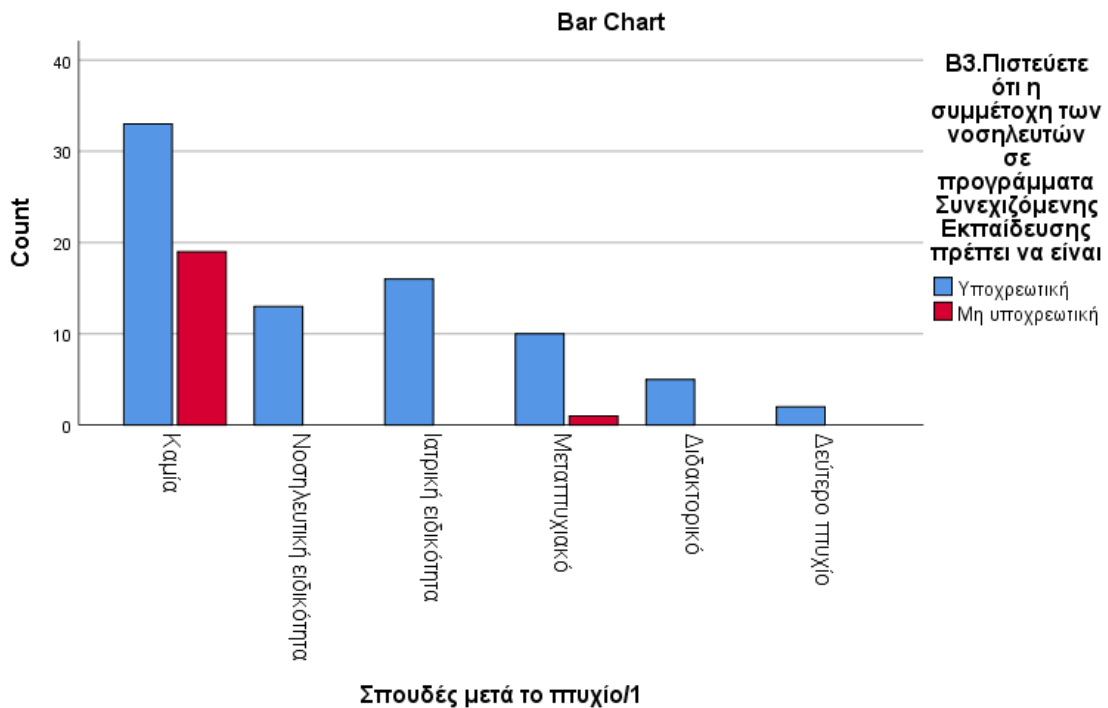
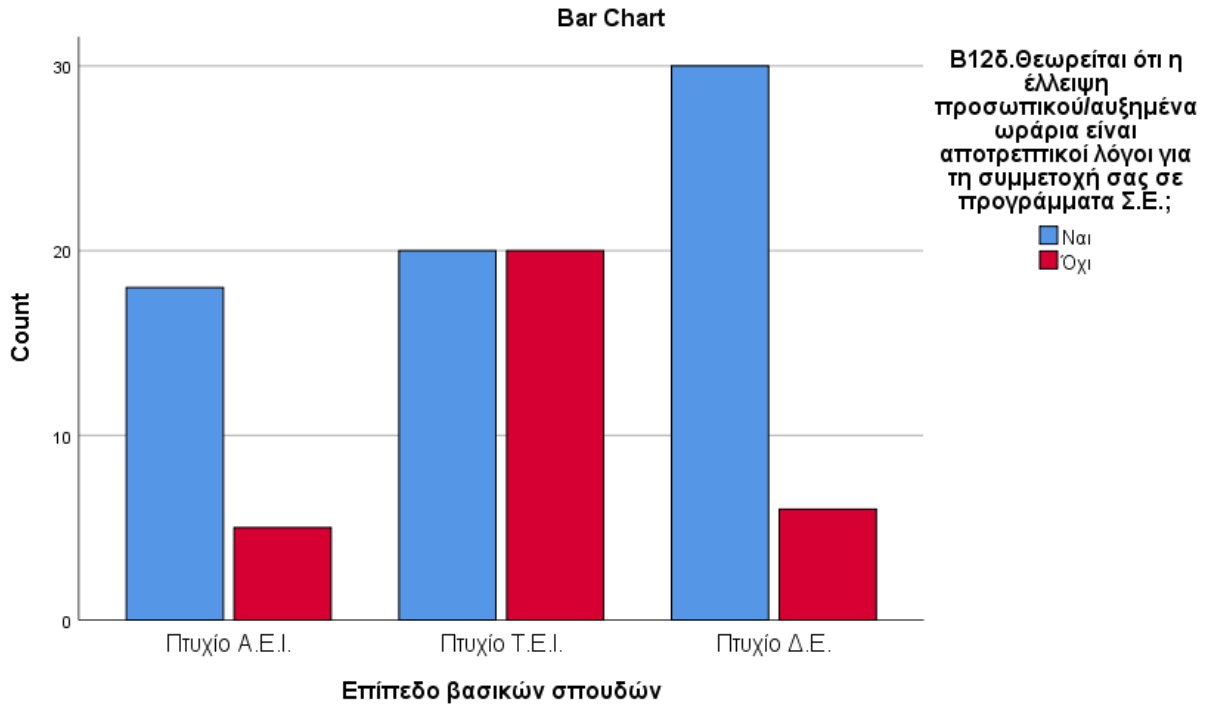
Παράρτημα 3 – Γραφήματα

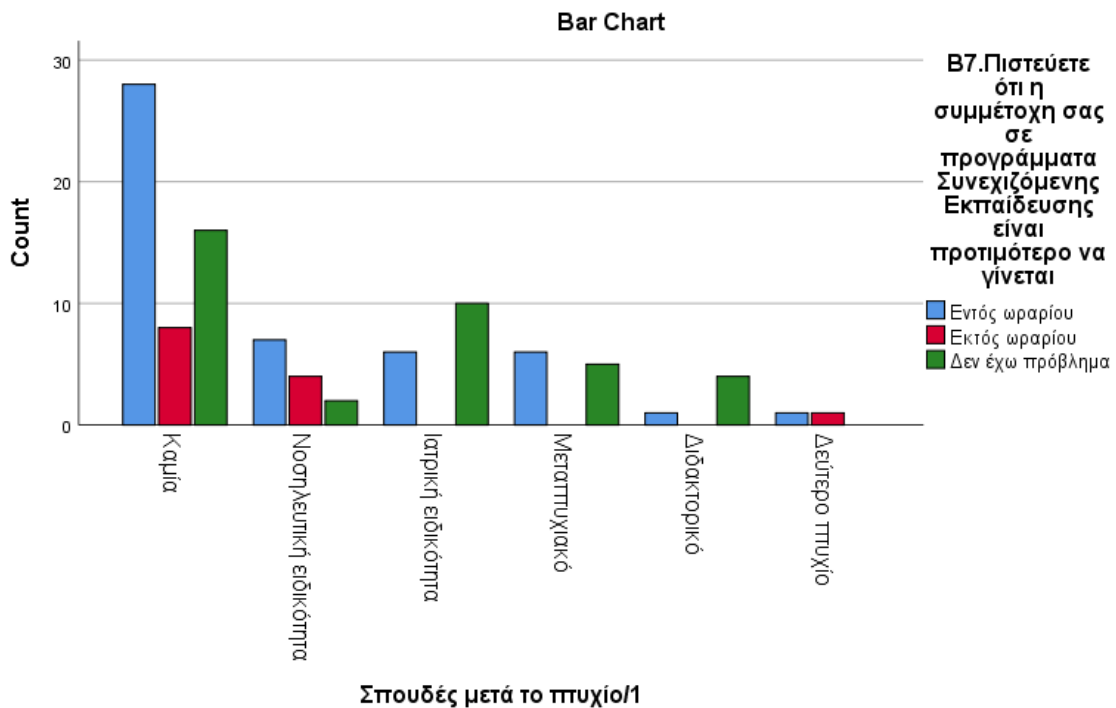
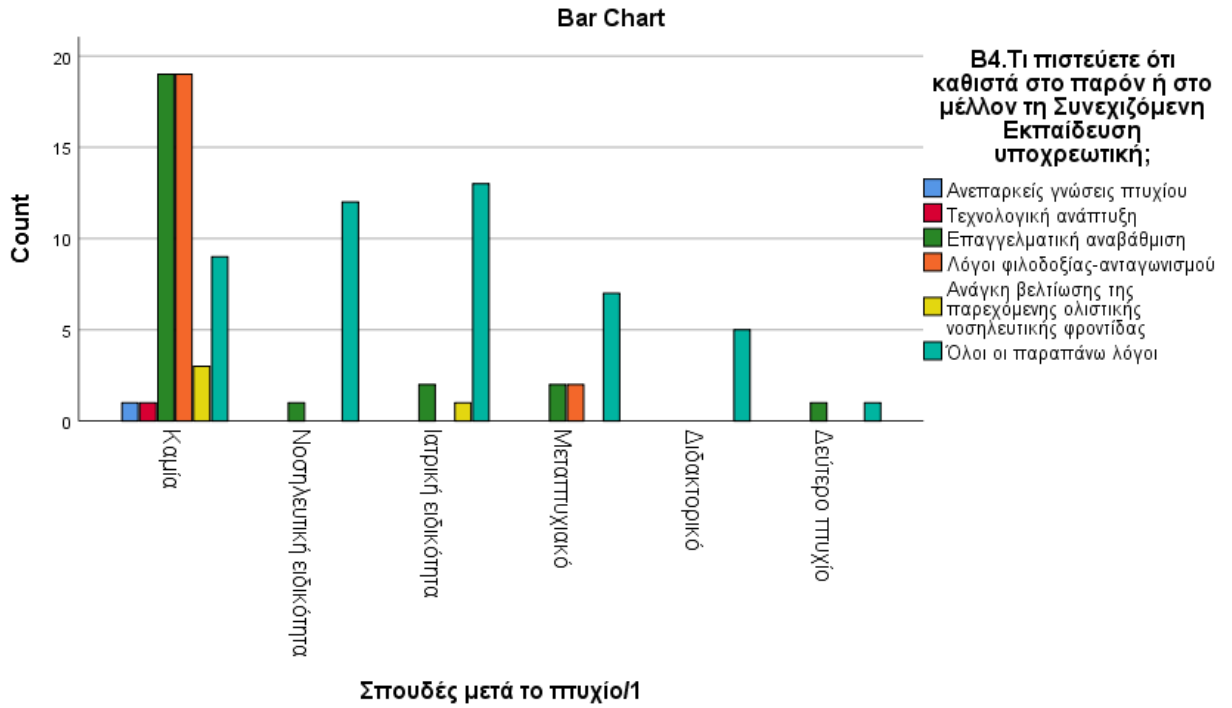


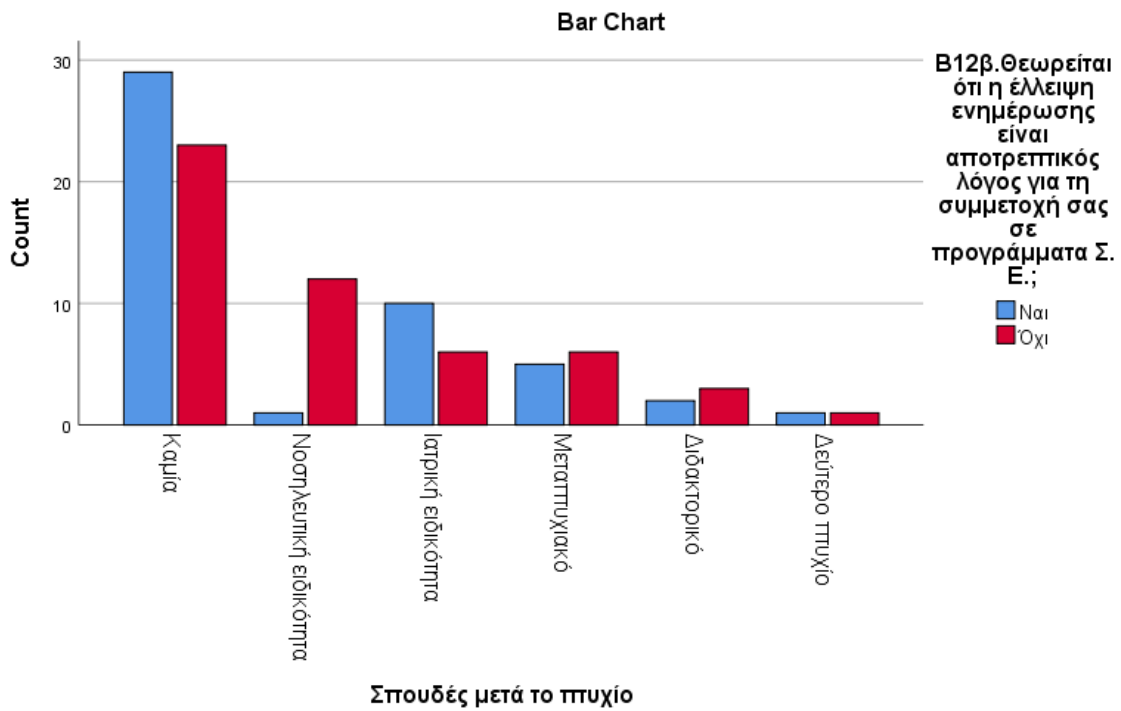
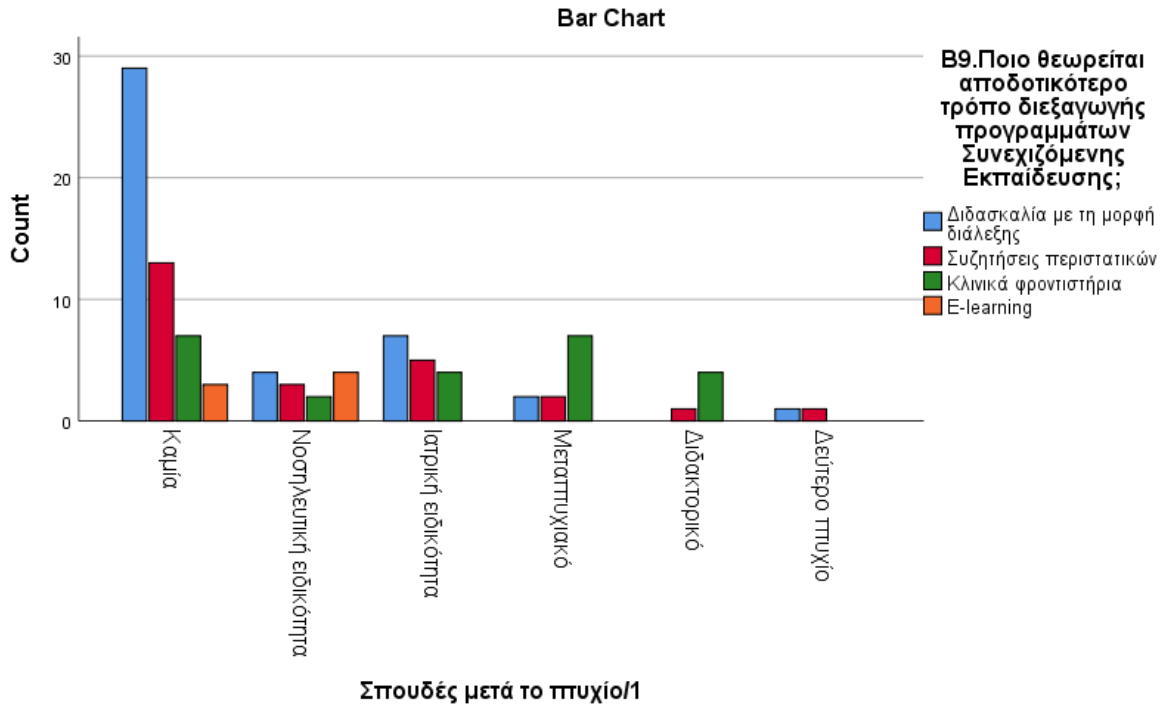


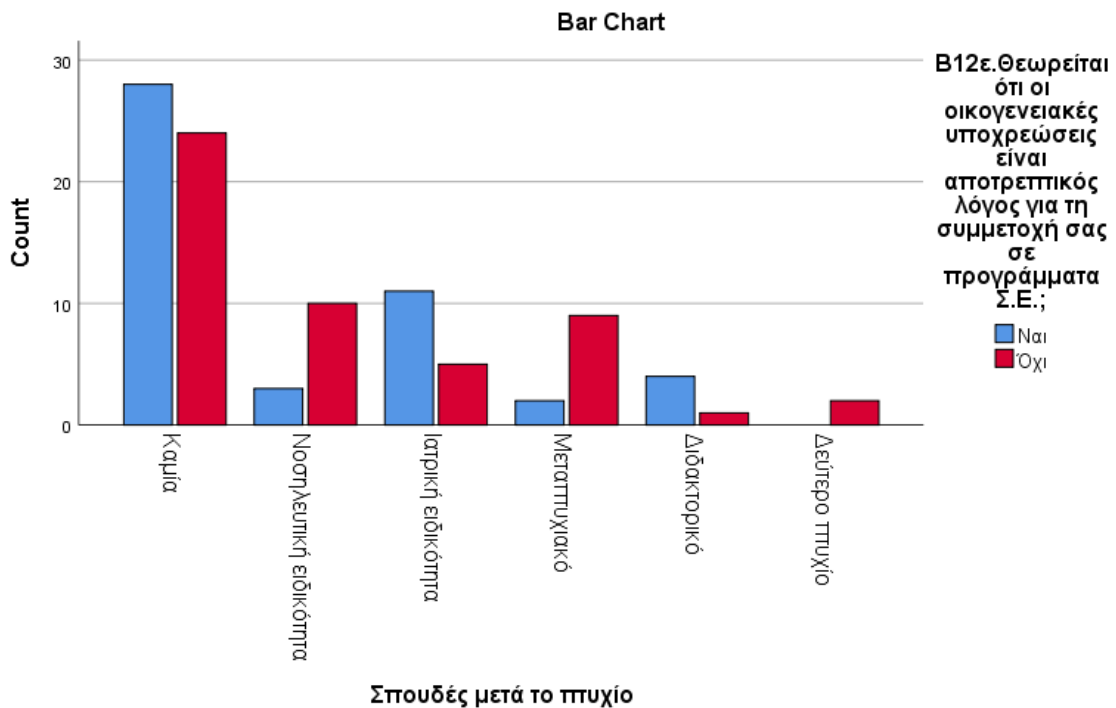
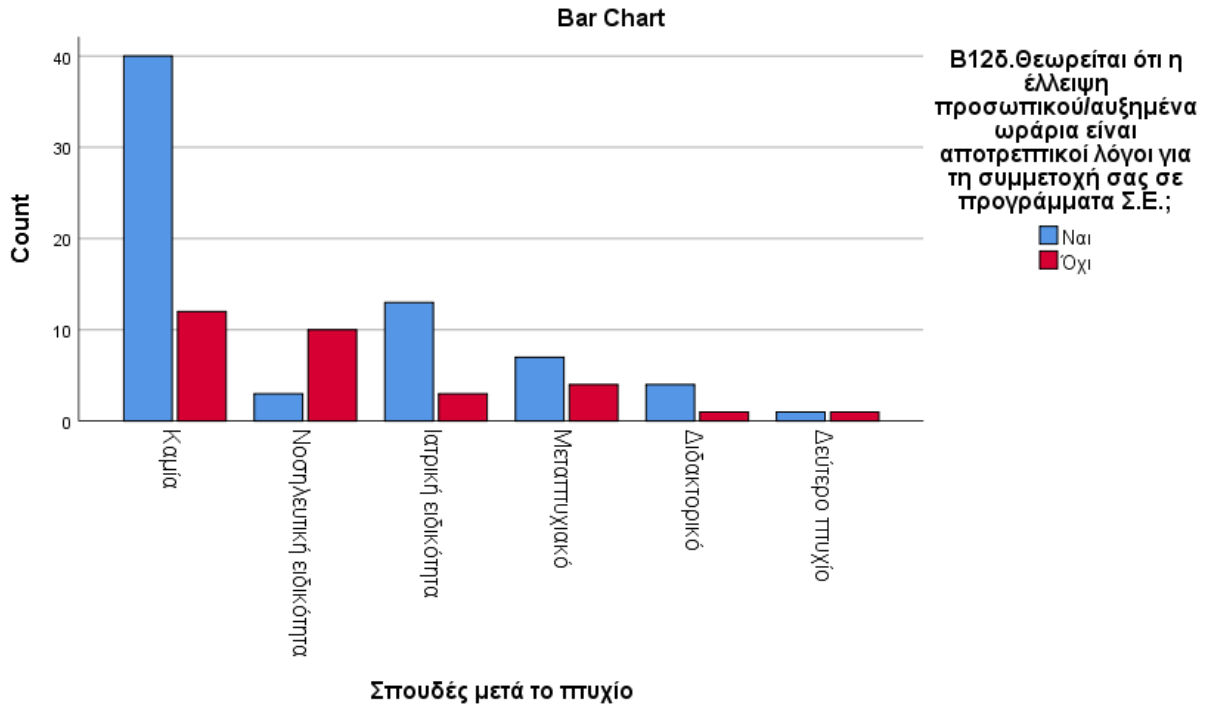


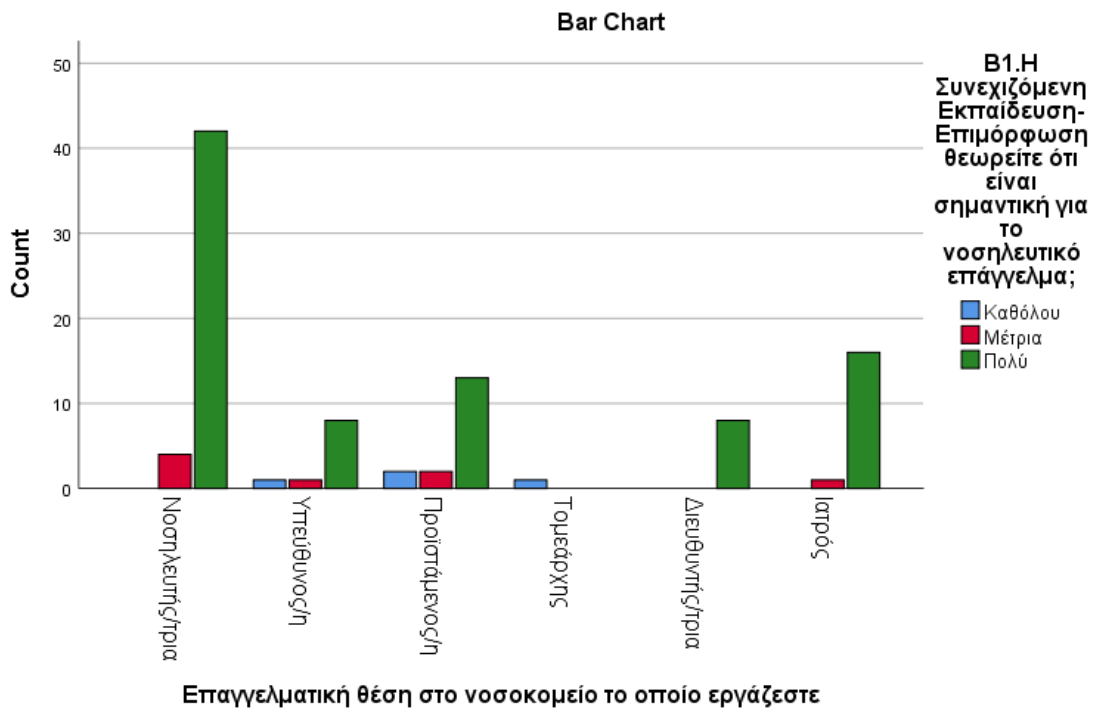
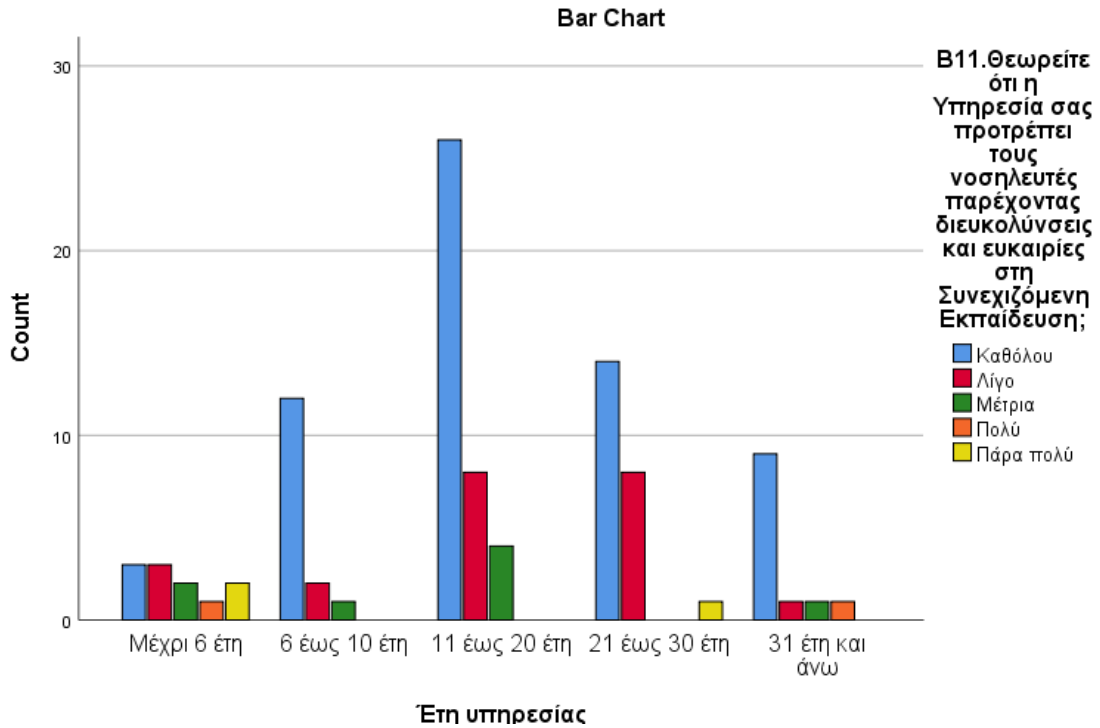


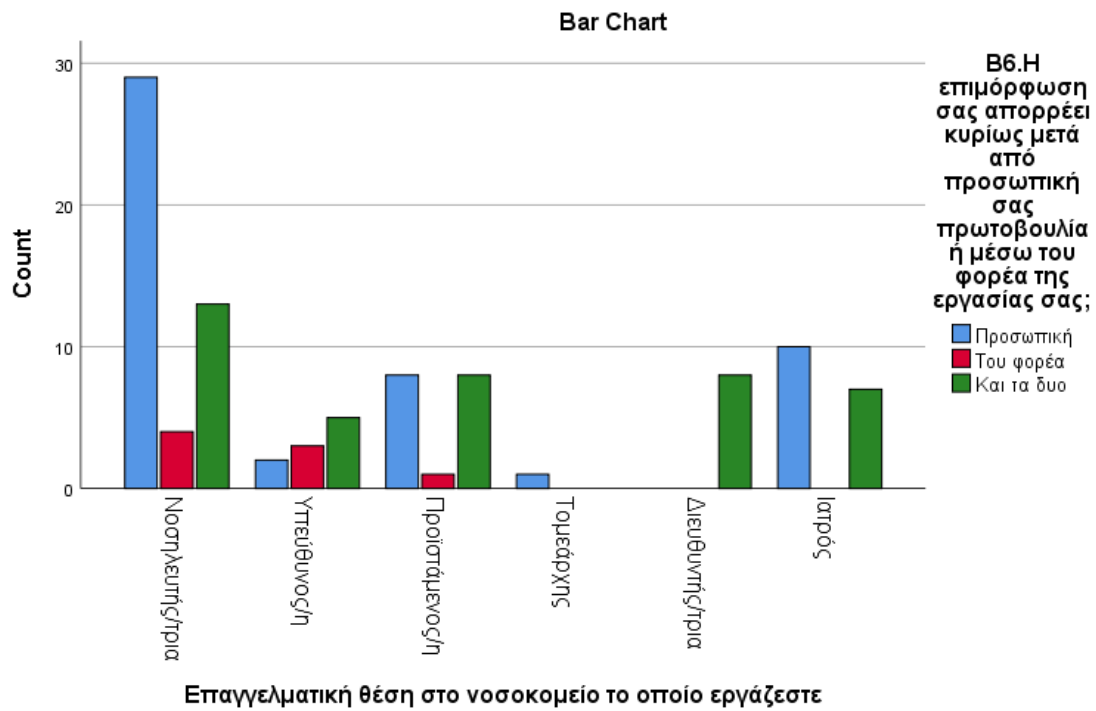
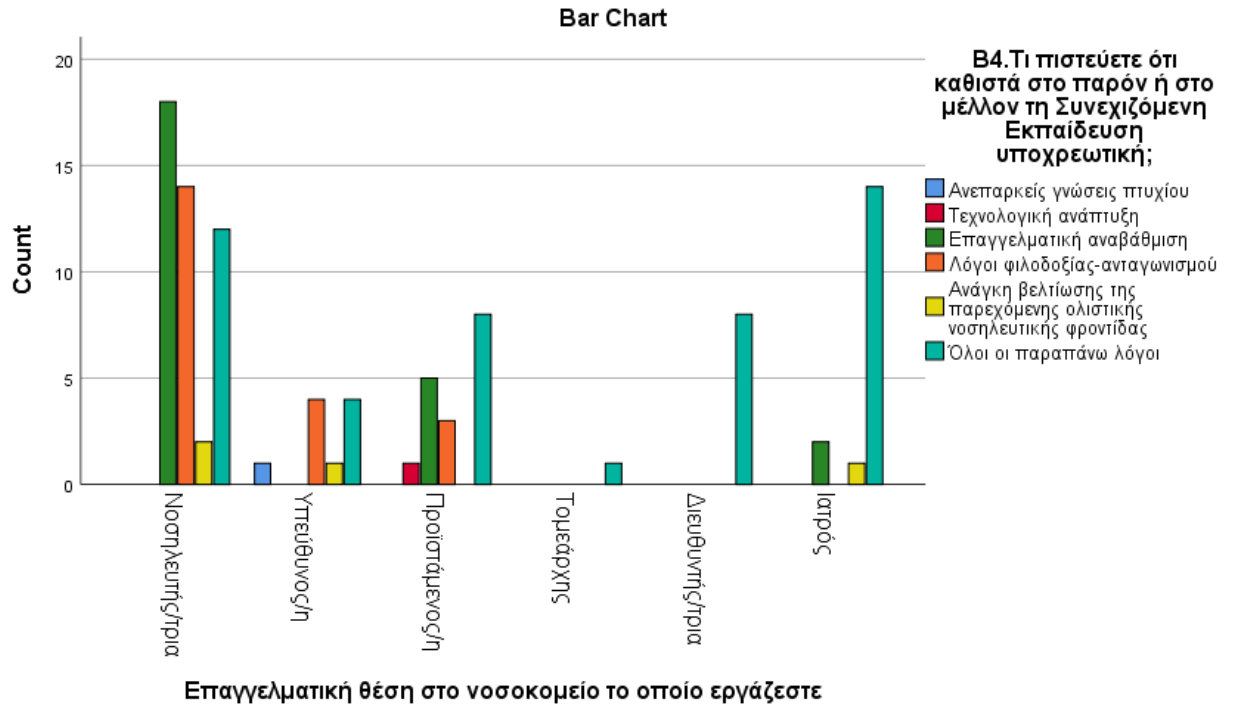


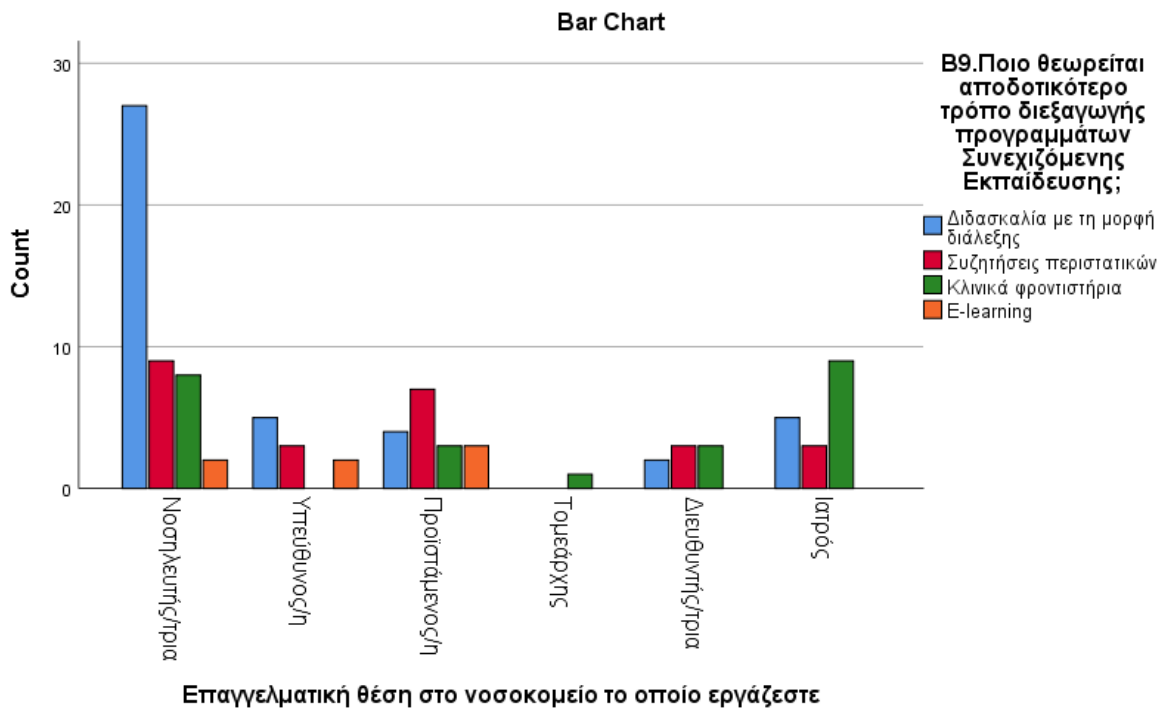
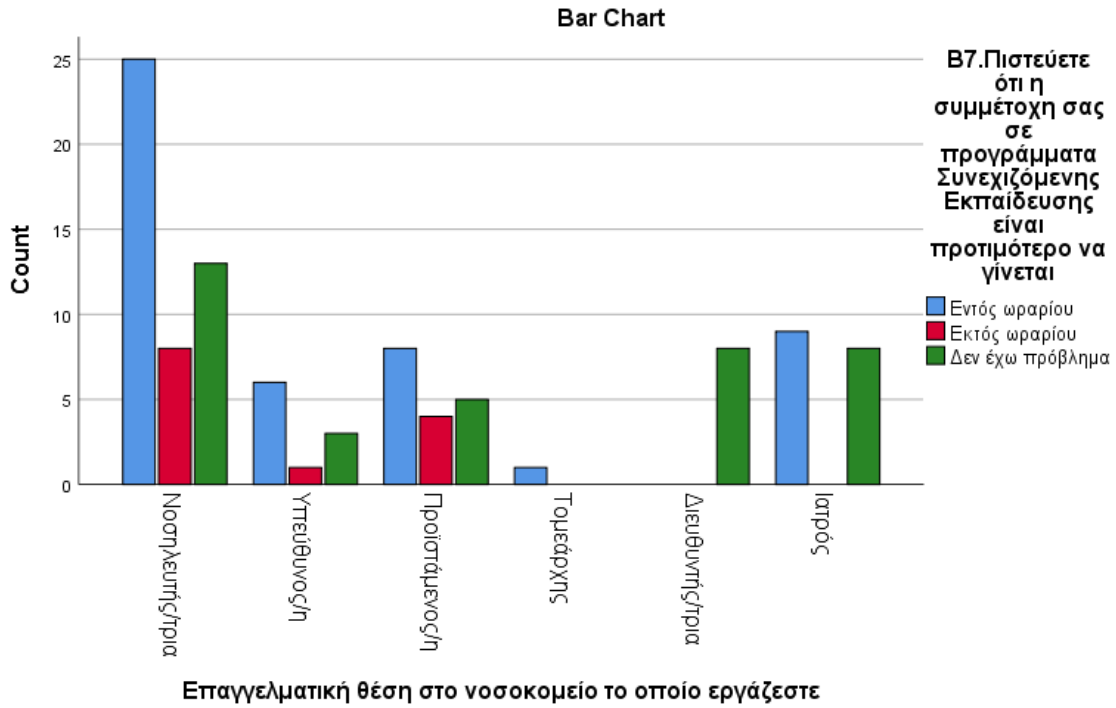


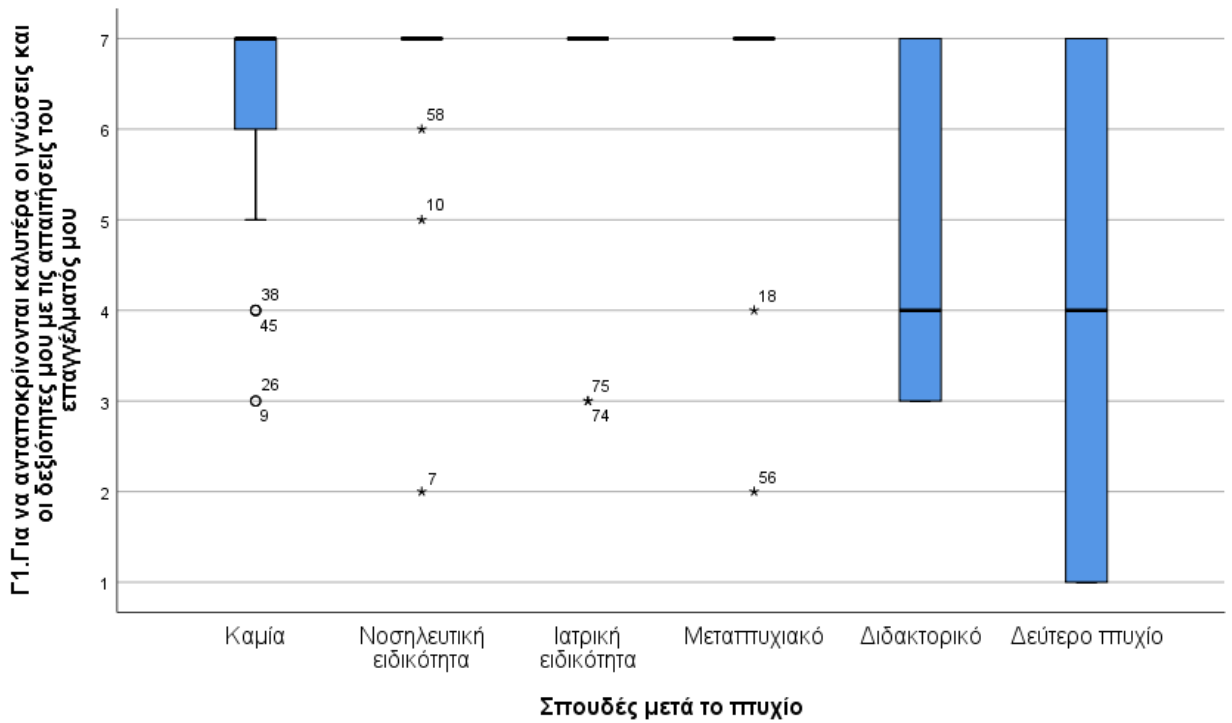
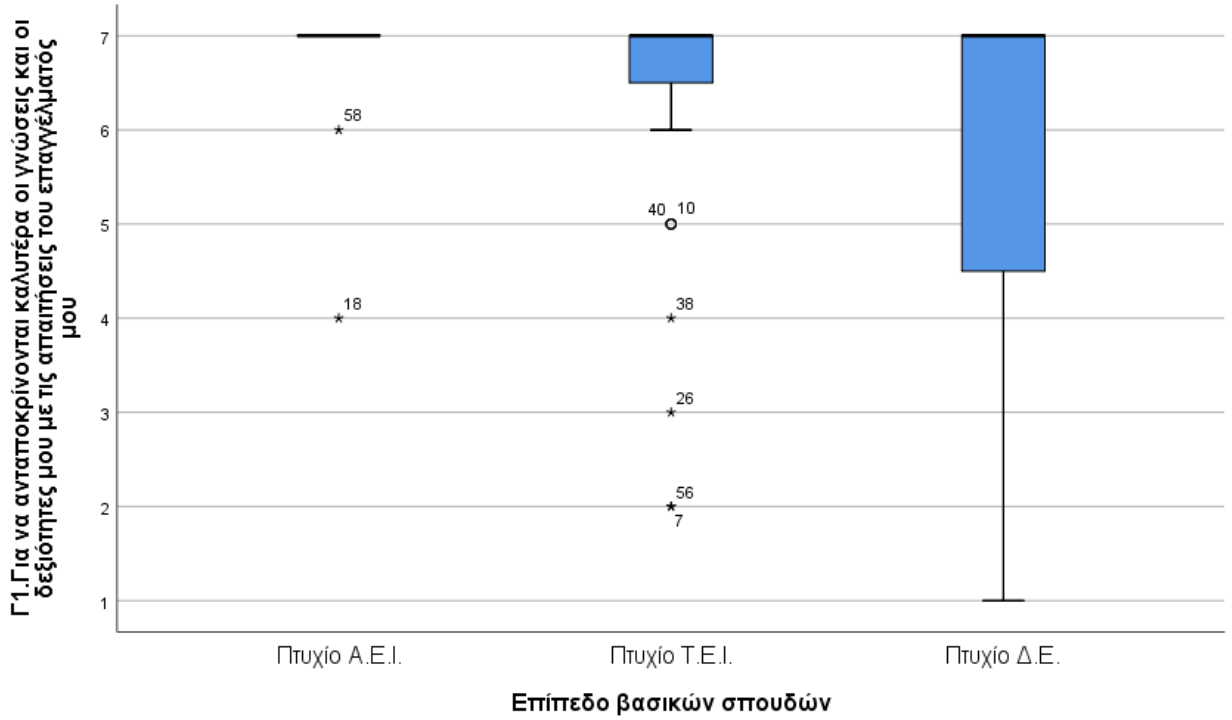


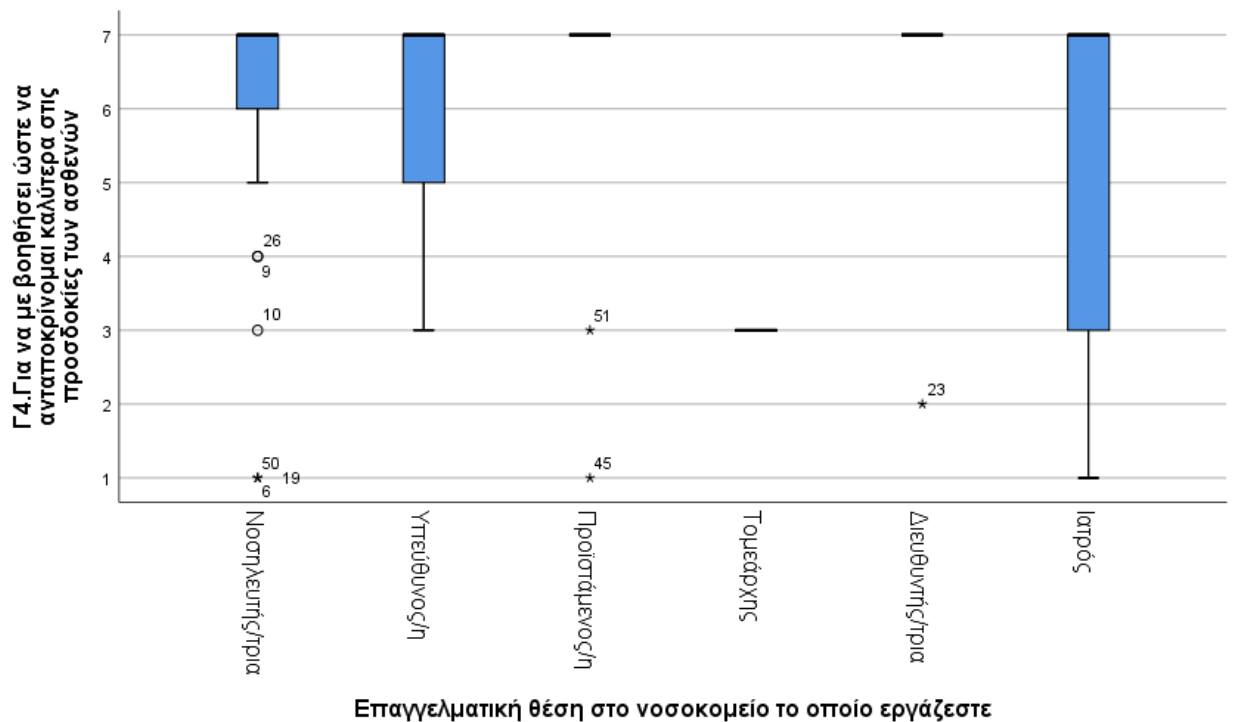
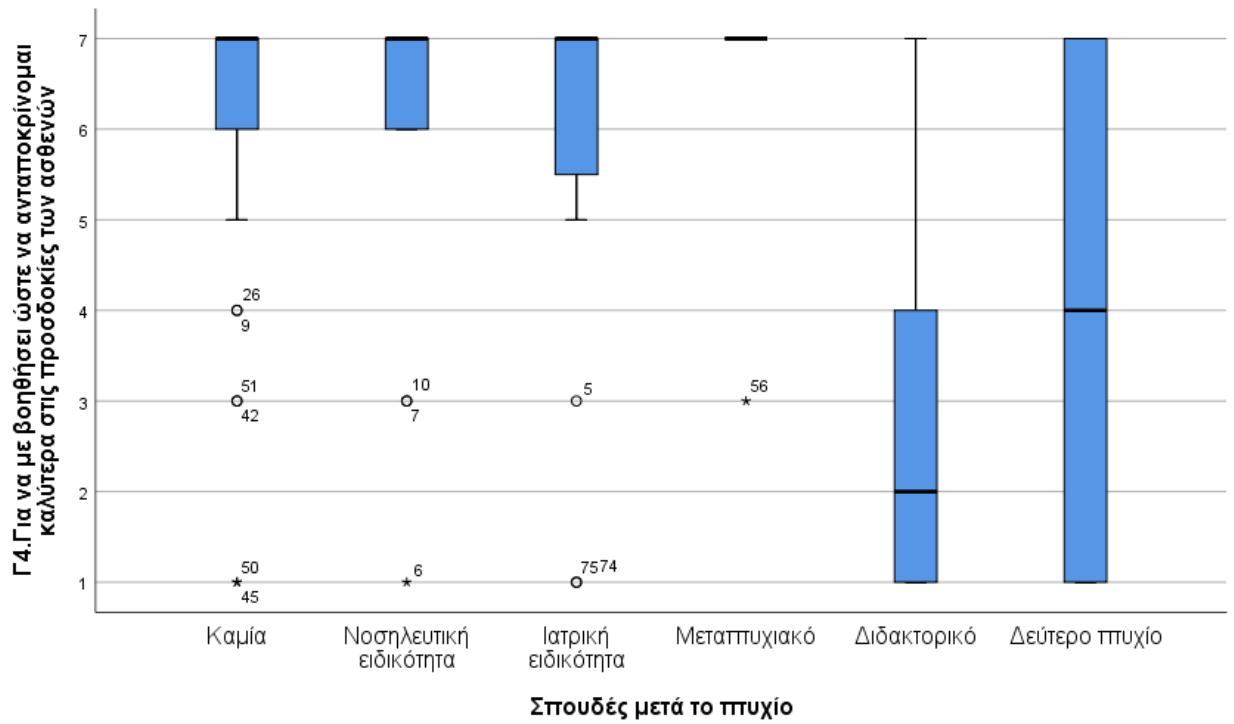


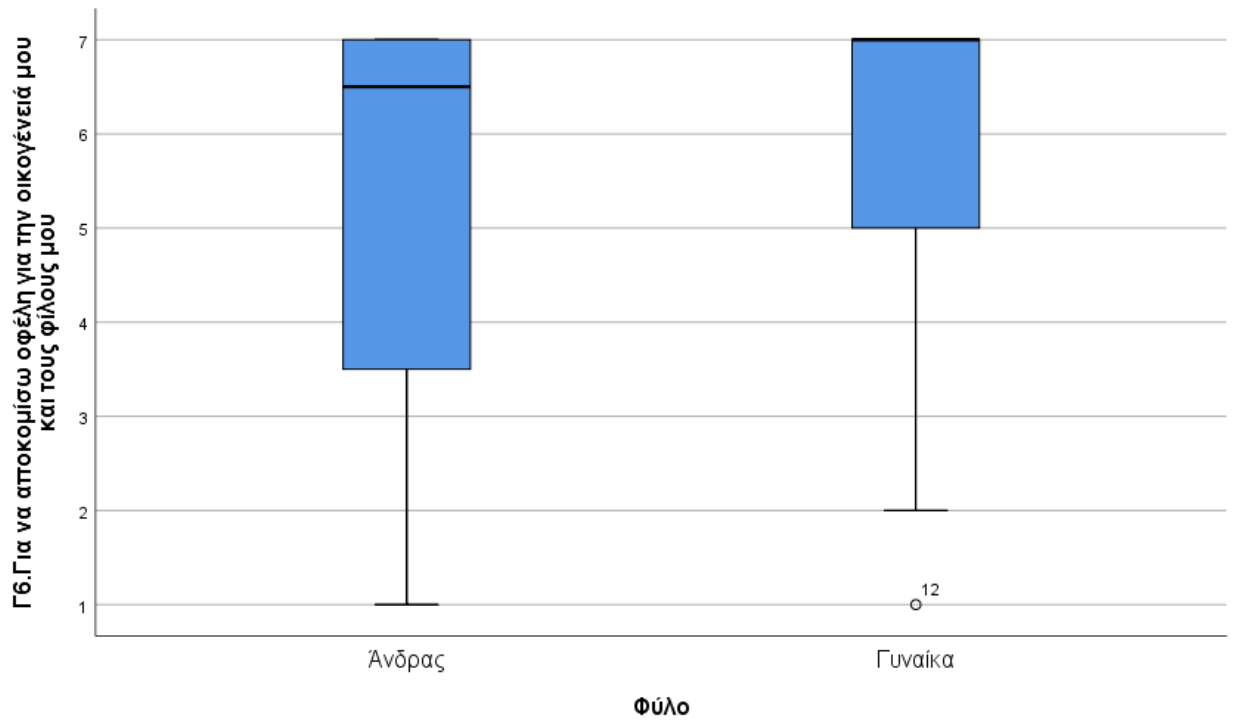
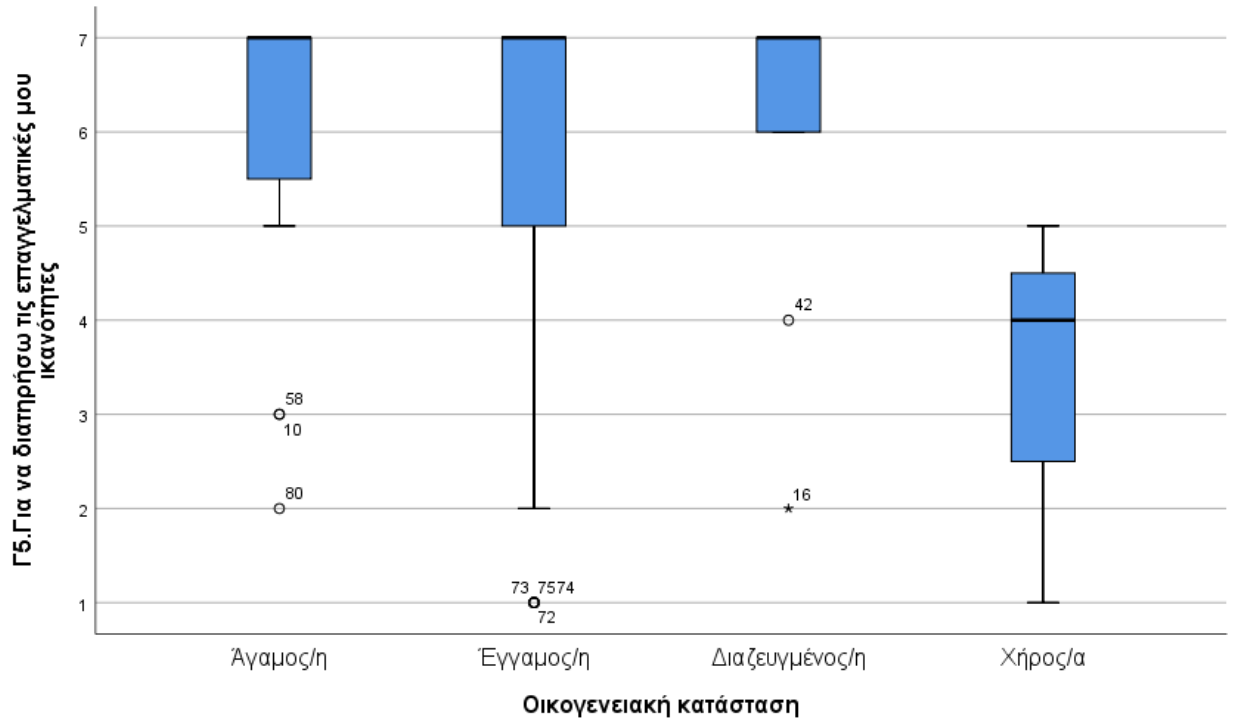


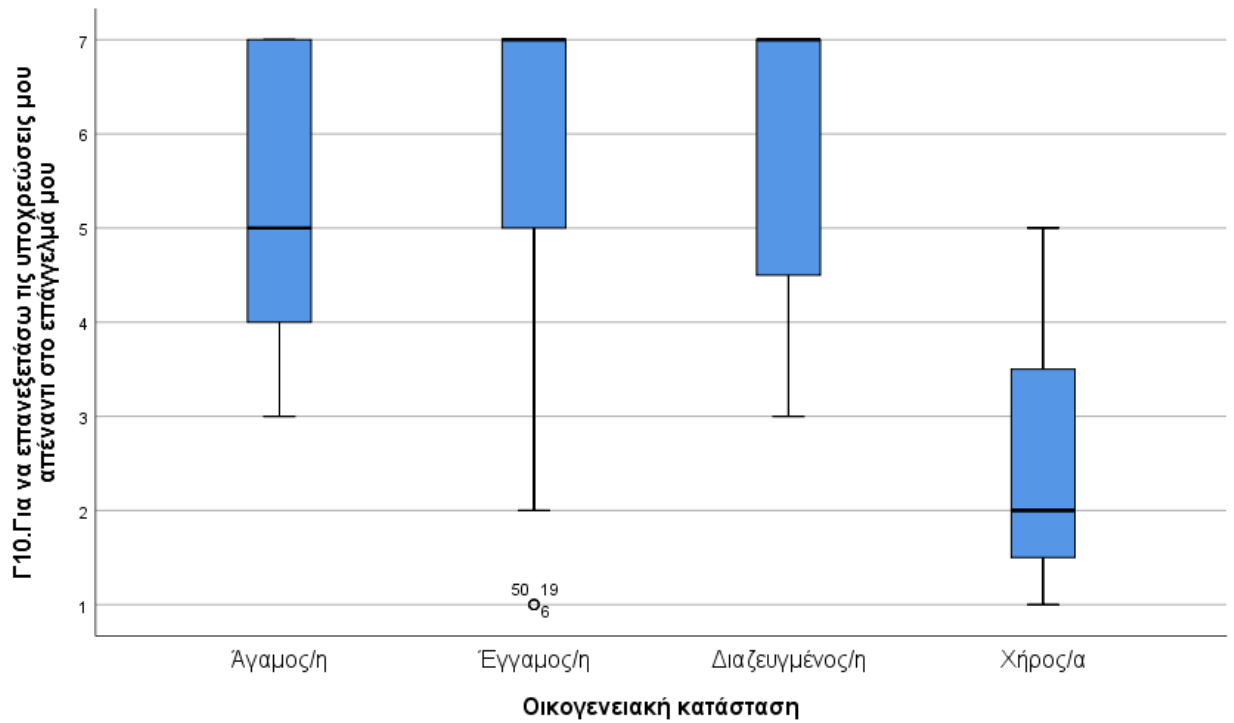
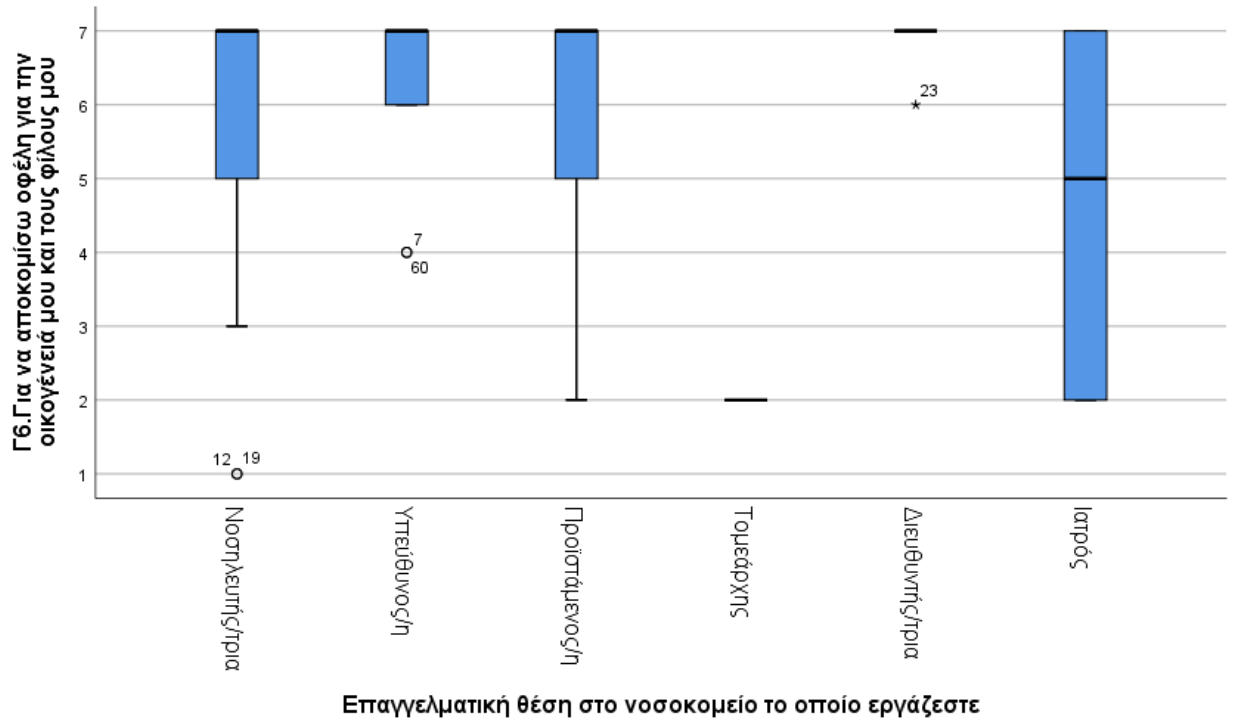


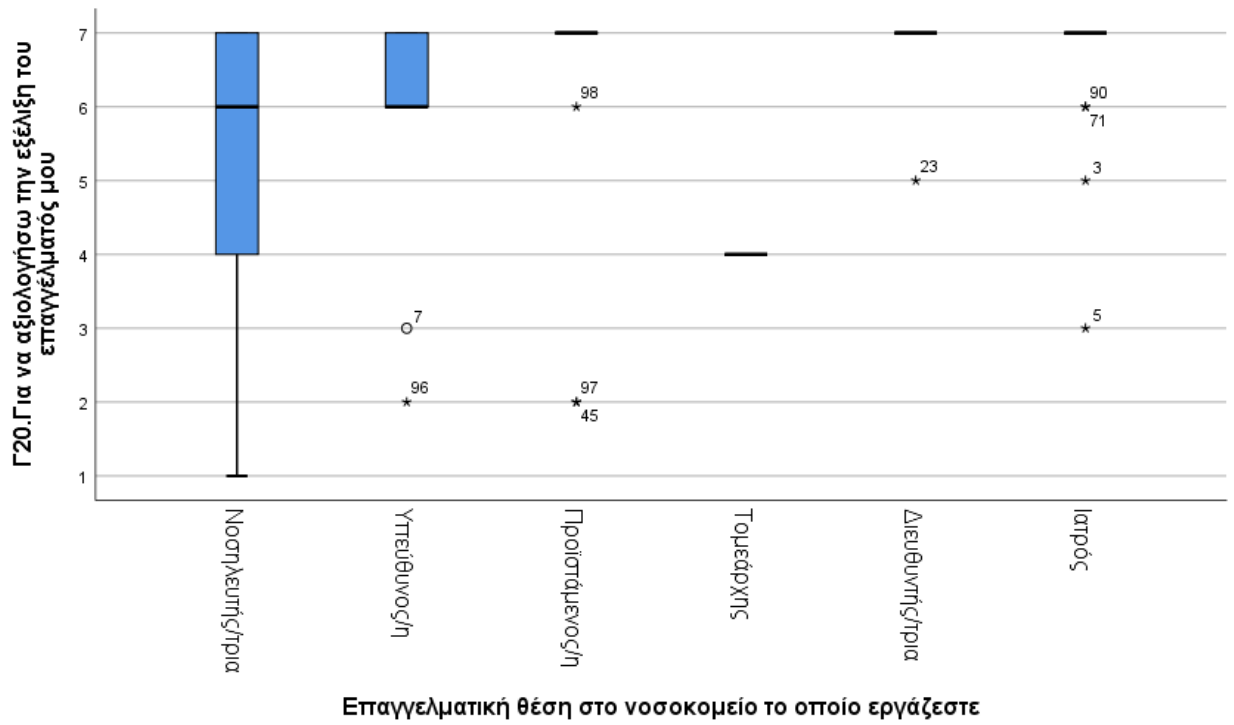
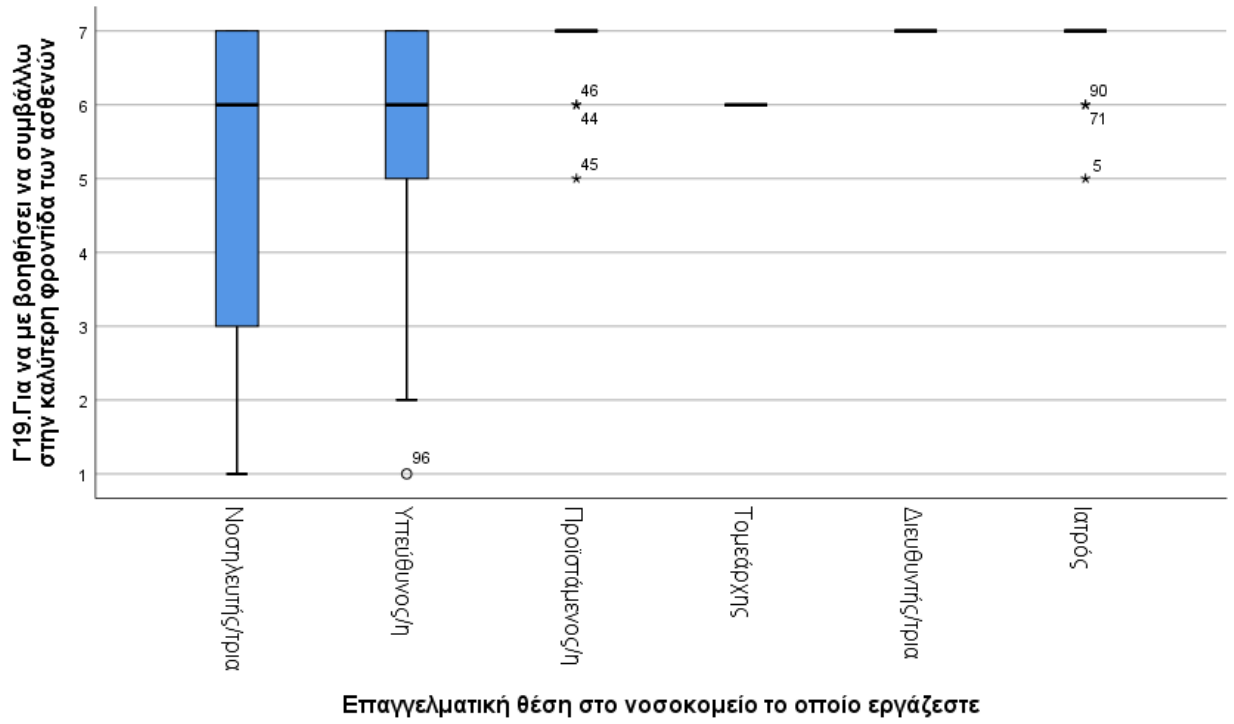


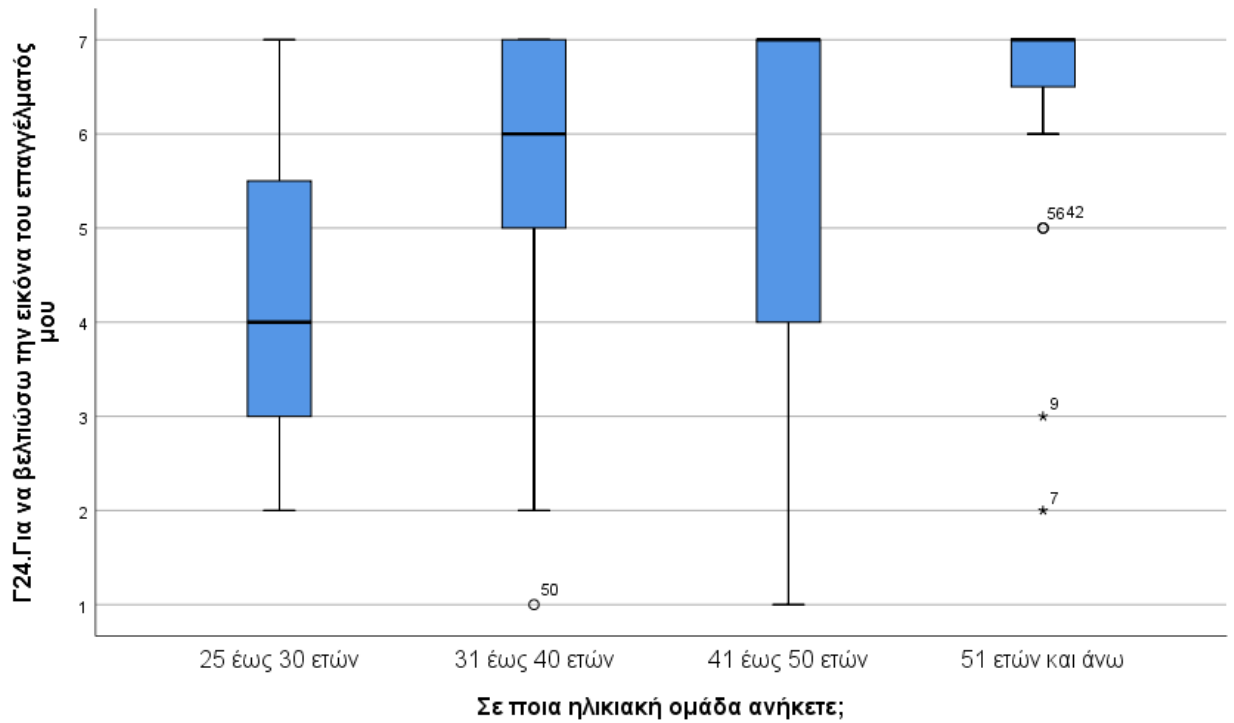
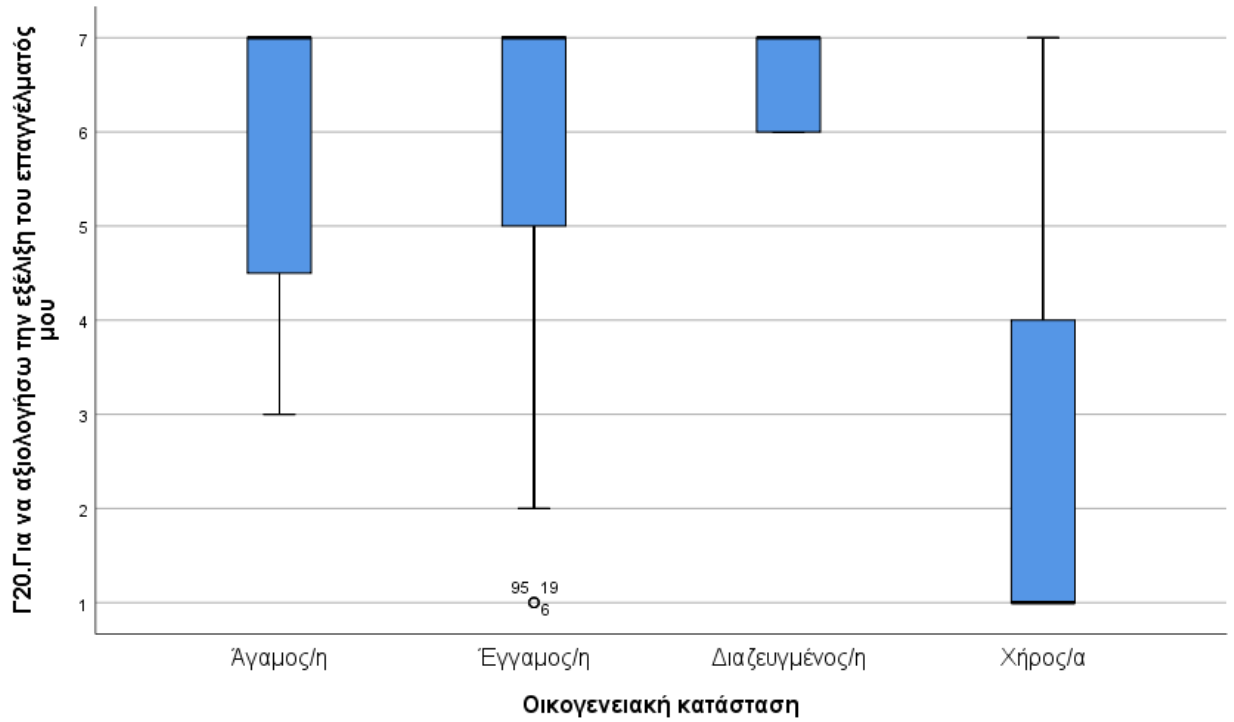


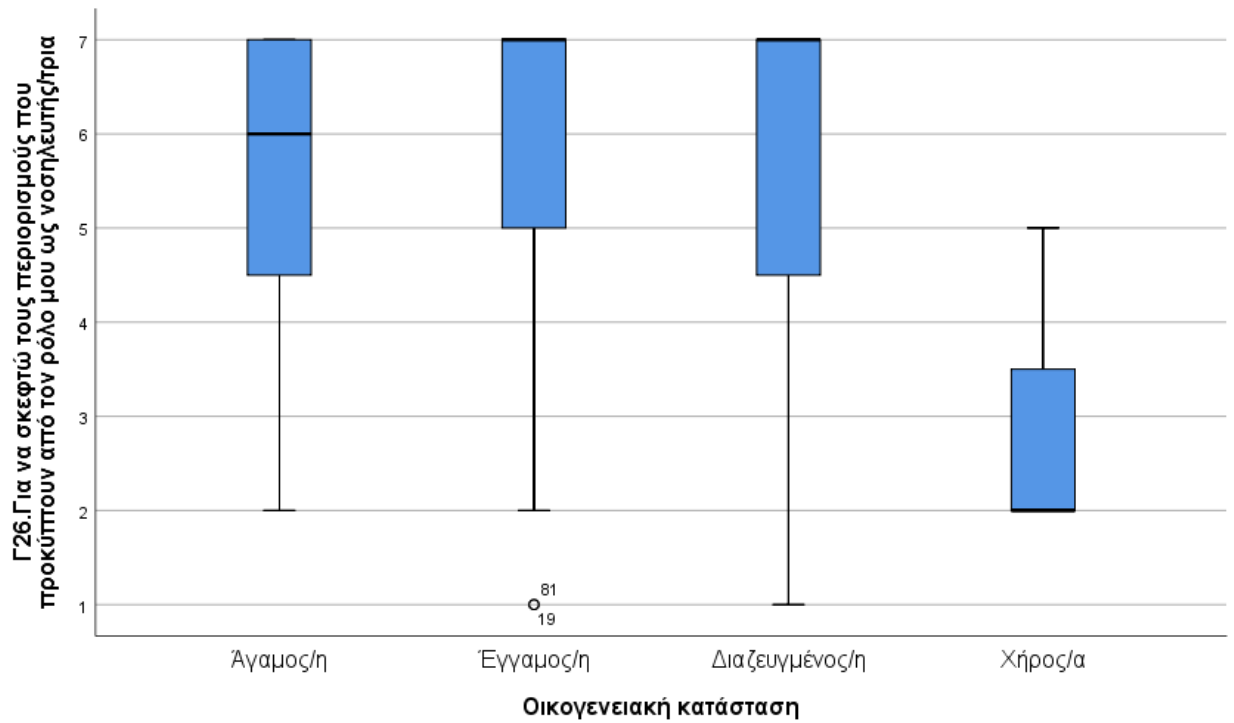
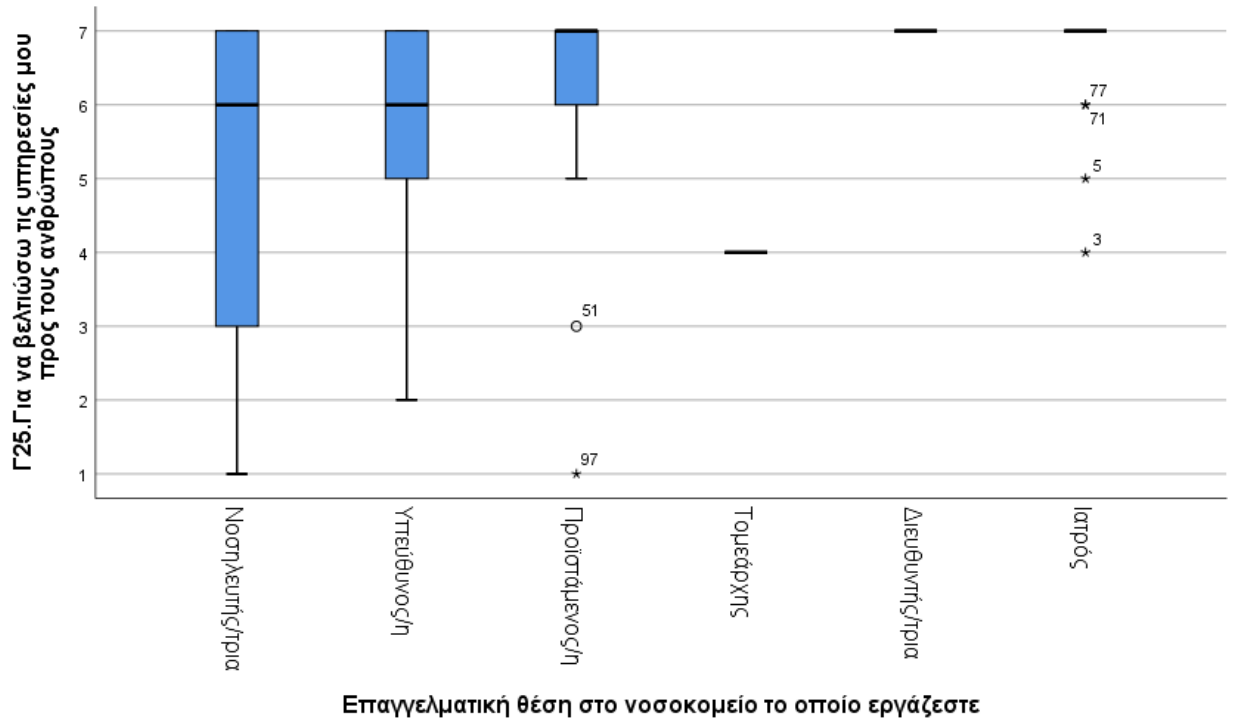


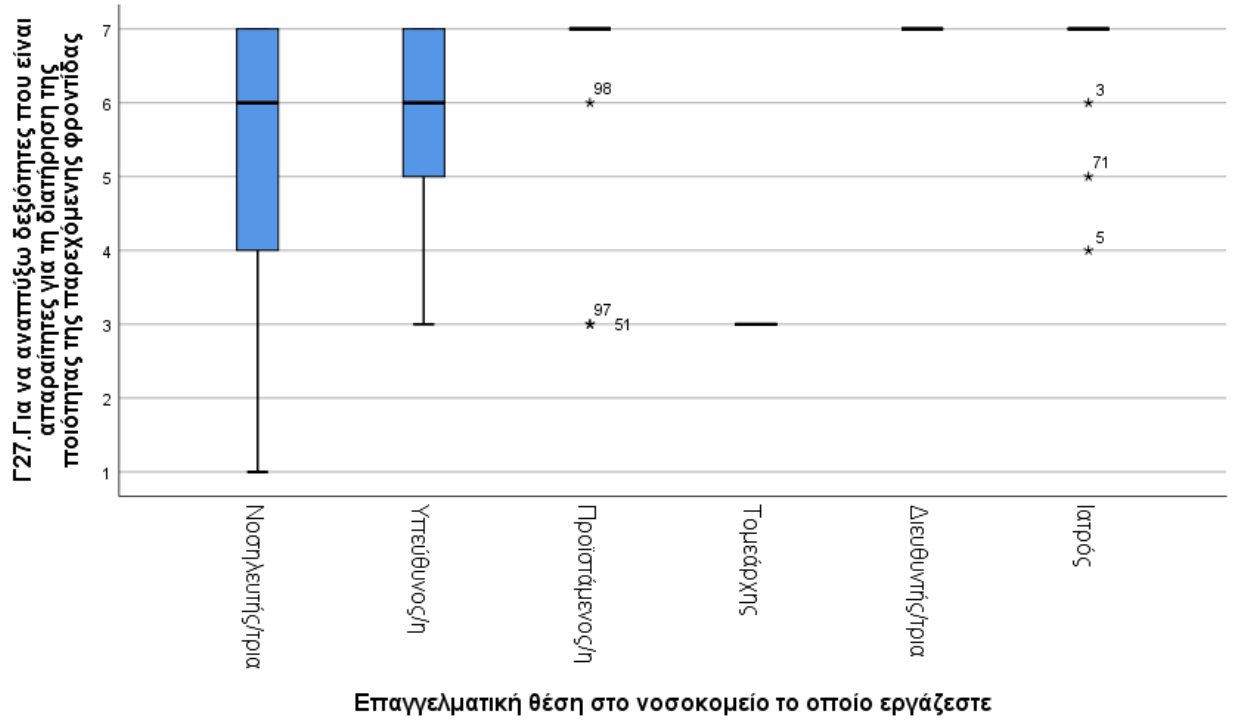












Παράρτημα 4 - Άδειες βιοηθικής

| | | | |
|--|-----------|--|----------|
| Τίτλος μελέτης για την οποία ζητήθηκε έγκριση | | | |
| Συσχέτιση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με την επαγγελματική ανάπτυξη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού του χειρουργικού τομέα Πανεπιστημιακού νοσοκομείου, με σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Μεταπτυχιακή εργασία Ελένης Στρατήγη) | | | |
| Επιστημονικός Υπεύθυνος της μελέτης | | | |
| Ιωάννα Τσιλιγιάννη, Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης | | | |
| Είδος προτεινόμενης μελέτης | | | |
| Συγχρονική μελέτη παρατήρησης | | | |
| Αριθμός Πρωτοκόλλου Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) | | | |
| 44/05.04.2021 (αρχική υποβολή 26/02.03.2021) | | | |
| Αριθμός & Ημερομηνία Απόφασης Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) | | | |
| 44/07.04.2021 | | | |
| Απόφαση Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) | | | |
| Εγκρίνεται κατόπιν επανυποβολής εντύπων | | | |
| Μέλη της Επιτροπής | | | |
| Σταυρούλα Τσινόρεμα, Πρόεδρος, Τακτικό Μέλος Σπύρος Αναστασιάδης, Αντιπρόεδρος, Τακτικό Μέλος Βασιλική Πετούση, Τακτικό Μέλος Ιωάννης Δαλέζιος, Τακτικό Μέλος Σοφία Αγγελάκη, Τακτικό Μέλος Παναγιώτης Βιδάλης, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος Ρωξάνη Φράγκου, Τακτικό Εξωτερικό Μέλος | | | |
| Σχόλια από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) με βάση τα οποία λήφθηκε η απόφαση για την αίτηση που υποβλήθηκε | | | |
| Μελετώντας το ερευνητικό πρωτόκολλο και όλα τα σχετικά δικαιολογητικά/πρόσθετες εγκρίσεις, όπως κατατέθηκαν στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) και λαμβάνοντας υπόψη τους σκοπούς και τα αναμενόμενα οφέλη, τη μεθοδολογία της έρευνας, την απουσία ταπεινών κινήτρων συμμετοχής, την έλλειψη σύγκρουσης συμφερόντων από τους ερευνητές και την έλλειψη πιθανών κινδύνων για τα υποκείμενα της έρευνας, και τις διευκρινίσεις και τα αναμορφωμένα έντυπα που εστάλησαν από την Ε.Υ. (με αρ. πρωτ. 44/05.04.2021) | | | |
| η Ε.Η.Δ.Ε. | | | |
| αποφασίζει ομόφωνα, σύμφωνα με τον Ν. 4521/2018 άρθρα 21-27, σχετικά με την υποβληθείσα αίτηση με αρ. πρωτ. 26/02.03.2021 (αρχική υποβολή), και ύστερα από τις διευκρινίσεις (αρ. πρωτ. 44/05.04.2021) της Ε.Υ. που είχαν ζητηθεί με την με αρ. πρωτ. 26/09.03.2021 Απόφαση της Επιτροπής, ότι εγκρίνει την εκτέλεση του εν λόγω ερευνητικού έργου, κατά το μέτρο που πληρούνται οι εκ του άμεσα εφαρμοστέου δικαίου και ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας όροι και προϋποθέσεις. | | | |
| Η παρούσα απόφαση της Ε.Η.Δ.Ε. σε καμία περίπτωση ΔΕΝ υποκαθιστά την απαιτούμενη από άλλη αρμόδια δημόσια υπηρεσία, διοικητικό όργανο ή ανεξάρτητη διοικητική Αρχή, έγκριση ή αδειοδότηση του παρόντος ερευνητικού έργου/ μελέτης που δύναται επιπλέον να απαιτείται εκ του νόμου. | | | |
| Ημερομηνία έκδοσης απόφασης | | | |
| Έτος: 2021 | | Μήνας: Απρίλιος | |
| | | Ημέρα: Έβδομη (07 ^η) Τετάρτη | |
| Υπογράφει η Πρόεδρος της Επιτροπής | | | |
| Θέση | Όνομα | Επώνυμο | Υπογραφή |
| Καθηγήτρια | Σταυρούλα | Τσινόρεμα | |

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ