

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

**«ΑΠΟΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ
ΚΡΑΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ»**



Υπεύθυνος Καθηγητής
DR. ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Σπουδαστές:

Ασπρούκος Απόστολος
Δάλλα Ιουλιάννα
Καλαϊτζίδου Ζωή
Παπαϊωάννου Νεκταρία

ΠΑΤΡΑ 1998



ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ

2908

Ευχαριστούμε τον Θεό που μας βοήθησε σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας. Ευχαριστούμε τους γονείς μας και τους καθηγητές μας και κυρίως τον κύριο Δετοράκη

Την εργασία μας την αφιερώνουμε στους ανθρώπους
που δοκίμασαν το «κρεβάτι» του πόνου και σ' αυτούς που μας
αγαπούν.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελ.

• Πρόλογος	1
• Εισαγωγή	2

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Κεφάλαιο 1.....	4
• Ορισμός υγείας.....	4
• Δημόσια αρωγή.....	6
• Ασφάλιση υγείας	6
• Εθνική υπηρεσία υγείας.....	7
• Το ΕΣΥ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα.....	8
• Τα προβλήματα του ΕΣΥ	11
• Αδυναμίες και ελλείψεις του ΕΣΥ.....	13
• Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας.....	14
- Κεφάλαιο 2	16
• Ιστορική εξέλιξη των νοσοκομείων.....	16
• Ορισμός συστήματος	20
• Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα	21
• Σκοπός νοσοκομείων	24
• Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία του σκοπού του νοσοκομείου	24
- Κεφάλαιο 3.....	25
• Γενικές αρχές	25
• Διαίρεση νοσοκομείων	26
• Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων	29
• Γιατί υπάρχει η τάση ίδρυσης των γενικών νοσοκομείων	30
- Κεφάλαιο 4.....	31
• Οργάνωση και διοίκηση.....	31
• Όροι κατάλληλοι για την ανέγερση των νοσοκομείων	34
• Ορθολογικός χωροταξικός σχεδιασμός	36
• Η συμβολή στον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων	36
• Εσωτερική διαίρεση	38
- Κεφάλαιο 5.....	39

• Νοσηλευτική μονάδα	39
• Εσωτερική διαίρεση Νοσηλευτικής μονάδα.....	39
• Ο θάλαμος του ασθενούς	41
• Το φυσικό περιβάλλον και ο ασθενής	43
- Αερισμός του θαλάμου.....	43
- Θερμοκρασία του θαλάμου	43
- Τεχνητός φωτισμός	44
- Θόρυβος	45
- Δυσσομία	45
-Κεφάλαιο 6.....	46
• Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα.....	46
• Κτιριακή υποδομή – εγκαταστάσεις	46
• Σύγχρονη τεχνολογία πρόκληση και πρόβλημα	47
• Το ανθρώπινο δυναμικό	47
- Κεφάλαιο 7.....	50
• Η επιστήμη της Νοσηλευτικής	50
• Ανάπτυξη της Νοσηλευτικής κατά την μυθική εποχή	52
• Η Νοσηλευτική στην Πρωτόγονη εποχή	53
- Οι γραιίες	53
• Η νοσηλευτική στην Προχριστιανική εποχή.....	53
- Οι λαοί της Μεσοποταμίας	53
• Η Νοσηλευτική στην Ελληνική εποχή.....	54
- Ο Ασκληπιός και τα ασκληπεία	54
• Η Νοσηλευτική στην Χριστιανική εποχή	54
- Κεφάλαιο 8.....	55
• Θεμελιώδεις αξίες Νοσηλευτικής	55
• Η Νοσηλευτική τέχνη και πράξη	57
• Το πνεύμα της Νοσηλευτικής	60
• Η επιστημονική διάσταση της Νοσηλευτικής	62
• Η πρώτη σχολή Νοσοκόμων στην Ελλάδα	63
• Οι σχολές Νοσοκόμων στην Ελλάδα	63
• Η εκπαίδευση των Νοσηλευτών	65
- Κεφάλαιο 9.....	66
• Βασικές έννοιες Νοσηλευτικής.....	66
• Νοσηλευτική διεργασία	72
- Νοσηλευτική αξιολόγηση	72
- Εφαρμογή του προγράμματος	73

- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων	73
• Μέθοδοι οργάνωσης νοσηλευτικής εργασίας	74
- Κατά ασθενή μέθοδο	74
- λειτουργική ή κατά εργασίας	75
- Ομαδική νοσηλευτική	75
- Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική.....	76
- Ευθύνες πρωτοβάθμιου Νοσηλευτή	77
• Αξιολόγηση μεθόδων	79
-Κεφάλαιο 10.....	86
• Η Νοσηλευτική σαν επάγγελμα	86
• Τα ηθικά προσόντα των Νοσηλευτών.....	88
• Επικοινωνία νοσηλευτή και αρρώστου.....	90
• Τα καθήκοντα του νοσηλευτή προς τους ασθενείς	94
• Νοσηλευτική δεοντολογία.....	95
- Κεφάλαιο 11.....	98
• Προβλήματα και αντιδράσεις του αρρώστου	98
• Εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο.....	100
• Τα δικαιώματα του αρρώστου.....	102

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

12. Υλικό – Μέθοδος Έρευνας	104
13. Στατιστική ανάλυση του Δείγματος	106
14. Συζήτηση.....	138
15. Προτάσεις	142
Περίληψη.....	144
Summary.....	145
Βιβλιογραφία.....	146
Παράρτημα	149

Πρόλογος

Βαδίζοντας προς το τέλος του αιώνα μας οι απαιτήσεις που επιβάλλονται από το σύγχρονο τρόπο ζωής, τη διεθνή οικονομική κρίση, την πολύπλοκη τεχνολογία, τις αλλαγές στη φιλοσοφία και την οργάνωση του συστήματος υγείας κάθε χώρας, τις δημογραφικές μεταβολές και την εμφάνιση νέων επειγόντων προβλημάτων υγείας, απαιτούν τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας πιο αποτελεσματικές και δημιουργικές. Ειδικότερα πιο αποτελεσματική Νοσηλευτική παρουσία σε όλους τους τομείς ζωής και δραστηριότητας του ανθρώπου.

Οι περισσότερες και καλύτερες γνώσεις που δίνονται στους λειτουργούς της νοσηλευτικής σήμερα, δεν είναι για να προωθηθούν οι νοσηλευτές σε κάποια άλλα έργα, αλλά για να βελτιώσουν τη «φροντίδα» που παρέχουν με αγάπη στον άνθρωπο άμεσα και με τη σύγχρονη μεθοδολογία και τεχνική του επαγγέλματος.

Στην πρακτική μας άσκηση (αλλά και σ' όλες τις παρουσίες μας στο χώρο του νοσοκομείου κατά την διάρκεια των σπουδών μας) είδαμε ότι ο σκοπός των νοσοκομείων αλλοτριώνεται κάθε μέρα και περισσότερο.

Θεωρήσαμε λοιπόν, ότι θα ήταν ενδιαφέρον να προσπαθήσουμε να ερευνήσουμε τις απόψεις των ασθενών που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία της Πάτρας. Μελετώντας τις απόψεις των ασθενών για τις υπηρεσίες των νοσοκομείων, καταφέραμε να γίνει οι αξιολόγησή τους.

Για την έρευνά μας χρειάστηκε κυρίως να έχουμε υπομονή, χρόνο και τρόπους επικοινωνίας για να συγκεντρωθούν τα στοιχεία (για να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια).

Αλλά πολύ σημαντικό για μας είναι να αποτελέσει η προσπάθεια, ερέθισμα για βαθύτερη διερεύνηση του θέματος, με αποτέλεσμα και κινήσεις από υπεύθυνους φορείς ώστε να επιλυθούν τα προβλήματα στα νοσοκομεία.

Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι παρόμοιες έρευνες έχουν γίνει σε νοσοκομεία της Αθήνας, Θεσσαλονίκης και Ιωαννίνων. Για τα νοσοκομεία της Πάτρας είναι η πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

Εισαγωγή

Ιστορικά, η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο του ιατρικού έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών είχε εμφανισθεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων άρχων της διοίκησης.

Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του ιατρικού επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στην διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων προς τον ασθενή υπηρεσιών.

Μια πρώτη πρωτόλεια προσέγγιση αποτίμησης της δραστηριότητας του ιατρικού έργου σαν της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών ήταν η προσπάθεια της θεμελιώτριας της νοσηλευτικής, νοσηλεύτριας F. Nightingale.

Η F. NIGHTINGALE, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών στις τρεις παρακάτω περιπτώσεις:

- Κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των στο νοσοκομείο
- Κατά τη διάρκεια της παραμονής των στο νοσοκομείο
- Κατά τη διάρκεια της παραμονής των στο νοσοκομείο και μετά από χειρουργική επέμβαση.

Με βάση αυτά τα δεδομένα επεχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών.

Πολλοί επιστήμονες του χώρου της υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο ασχολήθηκαν και συνέβαλαν αποφασιστικά στον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας.

Κι εμείς με την ερευνά μας επιδιώκουμε να διερευνήσουμε τις απόψεις των ασθενών ώστε να αξιολογήσουμε τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Είναι η πρώτη φορά που επιχειρείται κάτι τέτοιο στην περιοχή της Αχαΐας, ενώ παράλληλα, σε πανελλαδική κλίμακα, υπάχει ανάλογη έρευνα για τα νοσοκομεία της Αθήνας, Θεσσαλονίκης και για το Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων. Λόγω της φύσης του θέματος ήταν απαραίτητη η εξασφάλιση άδειας για την είσοδο μας στους θαλάμους των ασθενών. Πρέπει να τονίσουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μας παρείχε κάθε δυνατή βοήθεια για την ολοκλήρωση της έρευνας. Κανένα επίσης πρόβλημα δεν προέκυψε με τους ασθενείς, οι οποίοι μας αντιμετώπισαν στο σύνολό τους με καλή διάθεση. Βεβαία στην αρχή μερικοί ήταν επιφυλακτικοί. Από την πλευρά μας έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια για την μικρότερη ταλαιπωρία τους.

Για την έρευνά μας, η οποία έχει χαρακτήρα διερευνητικό, σαν δείγμα πήραμε τους ασθενείς που νοσηλεύονται στα κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας. Όπως το Π.Γ.Κ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», το στρατιώτικό νοσοκομείο «409», ΠΠΓΝΠ «Ρίου», το νοσοκομείο παιδών «Καραμανδανειο» το νοσοκομείο νοσημάτων θώρακος.

Σαν όργανο μέτρησης χρησιμοποιήσαμε γραπτό ανώνυμο ερωτηματολόγιο, που περιείχε ορισμένο αριθμό ερωτήσεων σε επίπεδο ιατρο-νοσηλευτικής, εργαστηριακών εξετάσεων, και μικρό αριθμό γενικών ερωτήσεων.

Χωρίσαμε την εργασία μας σε δύο μέρη, γενικό και ειδικό. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει γενικές πληροφορίες που αφορούν την υγεία, το ΕΣΥ, τα νοσοκομεία την νοσηλευτική και τον αρρωστο. Αρχικά κάνουμε μια ιστορική αναδρομή στα συστήματα υγείας και το πως λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα. στην συνέχεια αναφερόμαστε στην λειτουργία, και σκόπο των νοσοκομείων, στην επιστήμη της νοσηλευτικής (δικαιώματα, καθήκοντα). Και τελειώνουμε με τα δικαιώματα και την στάση των ασθενών.

Στο ειδικό μέρος καταγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνά μας που έγινε στα κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας. Τελειώνοντας την εργασία μας παραθέτουμε τις προτάσεις μας για την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων, ελπίζοντας ότι θα υπάρχει μια ελάχιστη ευαισθητοποίηση από τους αρμόδιους φορείς και μια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Να μην ξεχνάμε ότι «πελάτες» του νοσοκομείου, δεν είναι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

Ορισμός της υγείας

Στην κλίμακα των ανθρώπινων αξιών, η υγεία έχει την πρωτεύουσα θέση στα κίνητρα δράσης των ατόμων. Με τον όρο υγεία εννοείται η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου. Υγεία είναι η διαρκής και απόλυτος σωματική, ψυχική και πνευματική ευεξία του ανθρώπου. Δυστυχώς, η ευεξία αυτή δεν είναι δυνατό να είναι ούτε διαρκής, ούτε απόλυτος και κατά την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου διαταράσσεται ποικιλοτρόπως σε αρκετά μεγάλο ποσοστό ανθρώπων. Εκείνο το οποίο πρέπει να γίνει συνείδηση, τόσο των απλών ανθρώπων, όσο και των κρατούντων, είναι συνυφασμένη με την ύπαρξή του και ότι το πρόβλημα αυτό είναι καθημερινά μπροστά μας επιτακτικό και συνεχές¹.

Η εξασφάλιση του αγαθού της υγείας είναι από τα πρωταρχικά μελήματα του ανθρώπου, σαν άτομου, σε κάθε κοινωνία, αλλά και του Κράτους για το σύνολο των ατόμων του. Η πρόοδος της επιστήμης ακολουθεί τη ζήτηση για καλύτερη υγεία και καταλήγει στη, σαν χιονοστιβάδα, αύξηση ζήτησης των υγειονομικών φροντίδων. Ασθένειες, αναπηρίες και ανικανότητες, που άλλη φορά θεωρούνταν αναπόφευκτες, η πρόοδος της ιατρικής και της νοσηλευτικής τις έκανε αποκαταστάσιμες και ιατές. Η χειρουργική πλαστική είναι το πιο όμορφο παράδειγμα της αύξησης ζήτησης υγειονομικών φροντίδων. Εξαιτίας της φύσης του πρωταρχικού αγαθού της υγείας, η αύξηση της ζήτησης υγειονομικών φροντίδων θα συνεχιστεί, οποιαδήποτε και αν είναι η εξέλιξη της οικονομίας, σε παγκόσμια κλίμακα, αρκεί μόνο να υπάρχει η παραμικρή εξέλιξη στην ιατρική επιστήμη, που να μπορεί να δώσει μεγαλύτερη σωματική ή ψυχική ευεξία στο άτομο (πραγματική ή υποθετική).²

Η σύγχρονη ιατρική έχει αναθεωρήσει τις αρχές της γενικά με τις καταστάσεις που απαιτούν υγειονομικές φροντίδες. Το πεδίο έρευνας και άσκησης της ιατρικής τροποποιείται και διευρύνεται καθημερινά. Η μόλυνση του περιβάλλοντος διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο με σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία. Η οικονομική πρόοδος επίσης οδηγεί σε καινούργιες κατηγορίες ατυχημάτων, ιδίως στη βιομηχανία, αλλά και στην ίδια τη διαδικασία παροχής φροντίδων. Έτσι δημιουργούνται οικονομικές επιβαρύνσεις που, πολλές φορές, εκμηδενίζουν την ονομαστική επιφανειακή οικονομική πρόοδο μίας χώρας.

Η αύξηση της επικοινωνίας των ανθρώπων σε παγκόσμια κλίμακα (μεταφοράς αγαθών, υπηρεσιών ή ιδεών) οδηγεί σε διαφορετικούς τρόπους ζωής, που προκαλούν τις διάφορες σύγχρονες νόσους του πολιτισμού μας. Τα

ατυχήματα στη βιομηχανική παραγωγή στη συγκοινωνία, στα σπορ, από τη χρήση των ναρκωτικών και του αλκοόλ είναι τα κλασικά παραδείγματα που αναφέρονται στον τρόπο ζωής των σύγχρονων ανθρώπων. Οι τέσσερις συχνότερες σήμερα αιτίες του θανάτου, που είναι κατά σειρά οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο καρκίνος, οι πνευμονικές λοιμώξεις και τα ατυχήματα, έχουν προέλευση τον τρόπο ζωής των σύγχρονων ανθρώπων. Είναι κοινωνικές νόσοι. Ο κοινωνικός χαρακτήρας της υγείας και της νόσου, που σήμερα παρουσιάζεται στις βιομηχανικές χώρες, είναι στην πραγματικότητα φάση μίας μακράς εξέλιξης. Όσο οι κοινωνίες προοδεύουν, τόσο μειώνεται αυτό που ονομάζεται φυσική νοσηρότητα, δηλαδή οι επιδημικές, ενδημικές και μολυσματικές νόσοι και αυξάνονται οι τραυματισμοί, τα ατυχήματα, οι επαγγελματικές και λειτουργικές νόσοι, που είναι αποτελέσματα του τρόπου ζωής στο σύγχρονο πολιτισμό μας.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα της ιατρικής επιστήμης και έρευνας, προσφέρει και αποδίδει ποικιλοτρόπως. 1

Η οικονομική ανάπτυξη και ο τρόπος ζωής του συνόλου που αναφερόμαστε καθορίζουν το επίπεδο υγείας. Αυτό σημαίνει ότι μέσα από την κοινωνική δομή θα πρέπει να οριστεί το κατάλληλο σύστημα υγείας για κάθε λαό. Τούτο θα πρέπει να ακολουθήσει ή μάλλον να προπορευτεί της εξέλιξης της κοινωνικής δομής σε κάθε εποχή για να μπορέσει να επιτύχει τη μεγαλύτερη δυνατή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα.

Σήμερα η ιατρική περίθαλψη παρέχεται σε όλες τις χώρες του κόσμου με τη μορφή τριών κυρίως συστημάτων : της δημόσιας αρωγής , της ασφαλίσεως υγείας και της εθνικής υπηρεσίας υγείας. Η διάκρισης είναι βέβαια σχηματική για γιατί υπάρχουν πολλές οριακές και μεταβατικές μορφές συστημάτων. Εξάλλου, σε αρκετές χώρες τα συστήματα αυτά συνυπάρχουν τόσο μεταξύ τους όσο και με «νησίδες» ελεύθερης ιατρικής. Η δημόσια αρωγή χαρακτηρίζει τα αναπτυσσόμενα κράτη με αγροτική κυρίως οικονομία ` η ασφαλίση υγείας χαρακτηρίζει τα αναπτυγμένα κράτη του δυτικού κόσμου και τέλος, η εθνική υπηρεσία υγείας χαρακτηρίζει τις σοσιαλιστικές χώρες ανεξάρτητα από το βαθμό της οικονομικής τους αναπτύξεως. Η ελεύθερη ιατρική κινείται ανεμπόδιστα στο σύστημα της δημόσιας αρωγής, συνυπάρχει, κατά κανόνα, μα το ασφαλιστικό σύστημα αλλά δυσκολεύεται, συνήθως, να επιβιώσει μέσα στο πλαίσιο μιας εθνικής υπηρεσίας υγείας.²

Δημόσια αρωγή

Η δημόσια αρωγή είναι το βασικό σύστημα υγειονομικής περιθάλψεως των λαών των αναπτυσσόμενων χωρών της Αφρικής, της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής – δηλαδή του 50% του πληθυσμού της γης. Χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η δωρεάν παροχή στοιχειωδών υπηρεσιών για οξέα (συνήθως λοιμώδη) νοσήματα, σε υποτυπώδη νοσηλευτικά κέντρα με περιορισμένο τεχνολογικό εξοπλισμό, από ολιγάριθμους γιατρούς και ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό. Το σύστημα αυτό αποτελεί το πρώτο διστακτικό βήμα προς την κατεύθυνση της συλλογικής υγειονομικής καλύψεως του πληθυσμού και έχει σημαντικές ατέλειες οργανωτικές και λειτουργικές, ποσοτικές και ποιοτικές.³

Ασφάλιση υγείας

Η «ασφάλιση υγείας» είναι το τυπικό σύστημα υγειονομικής περιθάλψεως των αναπτυγμένων χωρών της Δυτικής Ευρώπης, Βόρειας Αμερικής, Αυστραλίας και Ιαπωνίας – δηλαδή του 20% του πληθυσμού της γης. Το σύστημα έχει πολλές ποικιλίες, αλλά βασίζεται κατά κανόνα στη σύμβαση των γιατρών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τους ασφαλιστικούς φορείς, και στην αμοιβή των χορηγών των ιατρικών υπηρεσιών κατά ιατρική πράξη (ιατρική επίσκεψη, χειρουργική επέμβαση, εργαστηριακή εξέταση, ημέρα νοσηλείας, κλπ.). η ασφάλιση υγείας μπορεί να είναι προαιρετική ή υποχρεωτική και να βασίζεται σε ασφαλιστικές εισφορές ή στη γενική φορολογία. Εξάλλου οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να είναι λίγοι ή πολλοί και να βρίσκονται κάτω από κρατικό, ημικρατικό, ή ιδιωτικό έλεγχο. Κατά κανόνα η σοσιαλιστική οικονομικό – κοινωνική απόκλιση συνδυάζεται με υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη, χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία, κρατικό έλεγχο των ασφαλιστικών φορέων και σημαντική μείωση του αριθμού τους. Μειονεκτήματα του ασφαλιστικού συστήματος είναι η δυσχέρεια συγκρατήσεως των ιατρικών δαπανών (δεν υπάρχει κανένα κίνητρο περιορισμού των δαπανών είτε από την πλευρά του κοινού, είτε από την πλευρά των ιατρών), η αδυναμία ορθολογικού προγραμματισμού (όλες οι παράμετροι του συστήματος είναι ανεξάρτητες και ουσιαστικά ανεξέλεγκτες), η δυσχέρεια ουσιαστικής περιφερειοποίησεως (regionalization) της υγείας (είναι δύσκολη η ανακοπή των κεντρομόλων ροών των ασθενών) και, τέλος, η οικονομική και διαχειριστική σύνδεση των

υγειονομικών προβλημάτων με τα συνταξιοδοτικά και άλλα ασφαλιστικά θέματα.³

Εθνική υπηρεσία υγείας

Η εθνική υπηρεσία υγείας είναι το τυπικό σύστημα υγειονομικής περιθάλψεως των σοσιαλιστικών χωρών της Ευρώπης και της Ασίας με πρότυπο τη Σοβιετική Ένωση και κάλυψη του 30% του πληθυσμού της γης. Χαρακτηριστικά του συστήματος είναι ότι οι γιατροί είναι έμμισθοι υπάλληλοι του κράτους με περιορισμό του δικαιώματος της ελεύθερης ασκήσεως του επαγγέλματος. Οι γιατροί (και οι άλλοι υγειονομικοί λειτουργοί) διορίζονται και κατανέμονται χωροταξικά με βάση τις κρατικές ανάγκες και την κρατική λογική, και εργάζονται σε κρατικά νοσοκομεία ή υγειονομικά κέντρα (πολυκλινικές). Χαρακτηριστικά (και θετικά) στοιχεία του συστήματος είναι η έμφαση στην πρόληψη και την πρωτογενή (εξωνοσοκομειακή) φροντίδα, η δημιουργία «πυρηνικών» υγειονομικών μονάδων (για πληθυσμό περίπου 5.000 ατόμων) και η μεγιστοποίηση της αποδόσεως των διατιθέμενων μέσων όταν υπάρχει ορθολογικός κεντρικός προγραμματισμός. Εξάλλου, μειονεκτήματα του συστήματος είναι ότι δεν υπάρχει ελευθερία εκλογής γιατρού και νοσηλευτικού ιδρύματος από την πλευρά του ασθενή, ούτε ελευθερία τόπου εγκαταστάσεως, συνταγογραφίας, ή άλλων παραεπιστημονικών επιλογών από την πλευρά του γιατρού.³

Το ΕΣΥ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα

Ο πιο άμεσα ορατός κίνδυνος που συνδέεται με την ασθένεια είναι το ίδιο το πρόβλημα υγείας, που, στις σωματικές και ψυχολογικές του εκφράσεις, κυμαίνεται από ένα απλό αίσθημα θανάτου.

Ο ρόλος των υπηρεσιών περίθαλψης στις περιπτώσεις αυτές είναι να αμβλύνει ή και να εξαφανίσει αυτές τις συνέπειες όσο το δυνατό συντομότερα και αποτελεσματικότερα μέσα από το Σύστημα Υγείας που αποτελείται από ένα συγκεκριμένο οργανωτικό και οικονομικό πλαίσιο κανόνων και ρυθμίσεων³.

Πέρασαν περισσότερα από 10 χρόνια από τη θεσμοθέτηση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Κι ενώ στην αρχή, μέχρι το 1989, η κατάσταση εξελισσόταν ικανοποιητικά και όλα έδειχναν ότι το πρόβλημα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των Ελλήνων θα λυνόταν οριστικά, η συνέχεια δεν επιφύλασσε τις ίδιες ευχάριστες διαπιστώσεις. Η σημαντική οπισθοδρόμησή του στην περίοδο 1989-1993, το όχι ιδιαίτερα αποτελεσματικό ενδιαφέρον της πολιτείας από το 1994 και ύστερα, και οι κακές συνήθειες που εν τω μεταξύ αποκτήθηκαν από πολλούς λειτουργούς του, οδήγησαν το ΕΣΥ στη σημερινή λειτουργική εικόνα του, για την οποία κανείς δεν δικαιολογείται να αισθάνεται ιδιαίτερα περήφανος. Γνωρίζω ότι με την αμέσως επόμενη δήλωση παραβιάζονται ανοικτές πόρτες, αλλά θεωρώ ότι είναι σκόπιμο να επαναλαμβάνεται, ότι η προσφορά φροντίδων υγείας στους πολίτες ενός κράτους είναι υποχρέωση της πολιτείας.⁴

Σ' όλες σχεδόν τις χώρες του δυτικού κόσμου, οι φροντίδες για την υγεία των πολιτών τους παρέχονται και από το Κράτος και από ιδιωτικούς φορείς. Το επίπεδο της παροχής φροντίδων υγείας στις χώρες αυτές είναι πολύ ψηλό. Στη χώρα μας τα πράγματα δεν είναι ανάλογα. Μέχρι πριν μερικά χρόνια, η κρατική φροντίδα για την υγεία του λαού ήταν πολύ υποβαθμισμένη, ενώ αντίθετα ήταν σε «άνθιση», ποσοτικά πάντοτε, η ιδιωτική ιατρική. Αυτό σήμαινε τάλαιπωρίες και μεγάλα έξοδα για τους έχοντες ανάγκη γιατρού και φαρμάκων Έλληνες πολίτες. Στην κυριολεξία, παλαιότερα στην Ελλάδα, η ιατροφαρμακευτική και η νοσηλευτική περίθαλψη σε μεγάλο βαθμό ήταν «εμπορεύσιμο προϊόν», το οποίο ο ελληνικός λαός υποχρεωνόταν να το «αγοράσει», έναντι παντός τιμήματος. Τα παραπάνω ίσχυαν μονότονα, θλιβερά και απαράδεκτα, μέχρι το 1981. Από τον Οκτώβριο του 1981 και ύστερα, η κυβέρνηση γνωρίζοντας την «κατάντια» που υπήρχε σχετικά με το θέμα, έκανε ενέργειες για τη διόρθωσή της πρωτοφανείς για τα ελληνικά δεδομένα. Ψήφισε νόμο για την υγεία (1397/83), και γενικά έκανε όλες τις ενέργειες που χρειαζόταν για τη δημιουργία Εθνικού Φορέα για την παροχή φροντίδων υγείας στον ελληνικό λαό, το Ε.Σ.Υ. Το ΕΣΥ, από την

αρχή της λειτουργίας του είχε πολύ καλές προϋποθέσεις για την επιτυχία του. Τέτοιες ήταν η μεγάλη και σωστή οργανωτική προσπάθεια που προηγήθηκε της θεσμοθέτησής του, οι σημαντικές οικονομικές παροχές του Κράτους και η σχεδόν καθολική αποδοχή του από το ελληνικό λαό. Και πέρα από αυτά, στοιχείο επιτυχίας του συστήματος ήταν ο θεσμός του νοσοκομειακού γιατρού, τον οποίο μάλιστα ήθελε με πλήρη και πραγματικά αποκλειστική απασχόληση, με στόχο τη σωστότερη παροχή ιατρικών φροντίδων στον ελληνικό λαό, και κυρίως την εξαφάνιση των πελατειακών σχέσεων γιατρού-αρρώστου.⁴ Το ΕΣΥ προοδευτικά αναπτύχθηκε, και λίγα χρόνια μετά την έναρξη της λειτουργίας του καταξιώθηκε στη συνείδηση του ελληνικού λαού με την απόδοσή του. Ο αγροτικός πληθυσμός και οι οικονομικά ασθενέστεροι συνειδητοποίησαν γρήγορα το μέγεθος της κοινωνικής αλλαγής και των οικονομικών ελαφρύνσεων που θα είχαν με το νέο θεσμό, και όλοι σχεδόν οι Έλληνες έδειχναν να αποδέχονται ότι η κατάσταση της υγείας τους συνδεόταν πλέον σε μεγάλο βαθμό με το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το μέγεθος των υπηρεσιών που πρόσφερε στους Έλληνες μέχρι το 1989 το ΕΣΥ, τους έπεισε σχεδόν όλους, ακόμη και πολέμιούς του, ότι η θεσμοθέτηση του ήταν επιτακτική κοινωνική ανάγκη. Όμως, πατά την ομολογουμένως αρκετά πετυχημένη πορεία του στα πρώτα 4-5 χρόνια της λειτουργίας του, από το Φθινόπωρο του 1989 άρχισε η αντίστροφη μέτρηση του χρόνου για την ουσιαστική κατάργησή του. Η αλλαγή κυβέρνησης, και φυσικά πολιτικής για την υγεία, και οι συστηματικές πράξεις και παραλήψεις ορισμένων υπευθύνων την εποχή εκείνη, το οδήγησαν σε υποβάθμιση, η οποία έγινε εντυπωσιακά αισθητή την περίοδο 1992-1993. Την περίοδο λοιπόν 1989-1993 το ΕΣΥ υποβαθμίστηκε, αλλά δεν καταργήθηκε. Επιβίωσε. Και επιβίωσε, έστω και λαβωμένο, γιατί το πίστεψε και το ήθελε ο πολύς κόσμος. Στη συνέχεια, από τον Οκτώβριο του 1993 και ύστερα, αναζωογονήθηκε το ενδιαφέρον της πολιτείας για τον Εθνικό Φορέα Υγείας, και παράλληλα φάνηκε να αρχίζουν να γίνονται ενέργειες για την αναβάθμισή του.

Σήμερα (1996), κάνοντας μία συνολική επανεκτίμηση της πορείας του ΕΣΥ στα 10 και πλέον χρόνια της λειτουργίας του, με μοναδικό στόχο τη γόνιμη κριτική, έχουμε να παρατηρήσουμε τα εξής: το ΕΣΥ, στη 10χρονη και πλέον λειτουργική διαδρομή του, πρόσφερε πολλά, πολύ περισσότερα από τα αναμενόμενα. Πρόσφερε περισσότερες και καλύτερου επιπέδου φροντίδες υγείας στον ελληνικό λαό, ελάττωσε την ανισότητα και την νοσηλευτική περίθαλψη ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την επαρχία, και έδωσε λύσεις σε πολλά χρονίζοντα, σχετικά με το θέμα, προβλήματα. Αυτά όμως που πέτυχε, αλλά και αυτά που μπορεί να πετύχει σύμφωνα με τη φιλοσοφία και τους στόχους του, υποχρεώνουν τον ελληνικό λαό, και βεβαίως την παρούσα κυβέρνηση της οποίας το ΕΣΥ είναι δημιούργημα, να το προστατέψουν. Να διορθώσουν και να

αποκαταστήσουν τα προβλήματα και τις καταστάσεις που δημιουργήθηκαν με τη λειτουργία του και να κάνουν, για την αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό του, όλες τις ενέργειες που επιβάλλονται.

Τα προβλήματα του Ε.Σ.Υ.

Τα προβλήματα και οι καταστάσεις που δημιουργήθηκαν από τη μέχρι τώρα λειτουργία του ΕΣΥ, και χρειάζονται προσεκτική προσέγγιση για την επίλυσή τους, είναι:

1. Η ανάγκη για αύξηση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.
2. Η ανάγκη για αυξημένη, σε ορισμένες περιπτώσεις εξειδικευμένη, περίθαλψη.
3. Η ανάγκη για επιστημονική, ανθρωπιστική και κοινωνική επιμόρφωση των λειτουργών του,
4. Η ανάγκη για μισθολογική και σωστή επιστημονική και υπηρεσιακή εξέλιξη των υπηρετούντων στο σύστημα.

Πρακτική, οι διορθώσεις και οι προσθήκες, δηλαδή οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν, για ένα πιο σύγχρονο και πιο λειτουργικό ΕΣΥ, είναι οι ακόλουθες:

1. Βελτίωση της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης και αύξηση της παροχής της. Και πέρα απ'αυτά, παροχή συστηματικής και σωστής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η αποδέσμευση σημαντικού αριθμού νοσηλευτικών κρεβατιών και η εξ'αυτού του γεγονότος εξαφάνιση ή μείωση από τα Νοσοκομεία των κρεβατιών εκστρατείας (ράντζων) και η εξοικονόμηση αρκετών χρημάτων που θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε άλλες ανάγκες του ΕΣΥ.

2. Αύξηση της εξειδικευμένης δευτεροβάθμιας, και σε ορισμένες περιπτώσεις τριτοβάθμιας περίθαλψης σε Περιφερειακά αλλά και σε Νομαρχιακά Νοσοκομεία, η οποία θα έχει στόχο αφενός την κάλυψη ελλειμμάτων σε ορισμένους τομείς (ΜΕΘ, Τραυματολογία κ.α.) και αφετέρου, και κυρίως, την παραπέρα ελάττωση των ανισοτήτων κέντρου-επαρχίας.

3. Αρτιότερη εκπαίδευση και πιο ορθολογική κατανομή του προσωπικού, κυρίως του ιατρικού, αλλά και του νοσηλευτικού.

4. Επιμόρφωση γενικά, και ειδικότερα ανθρωπιστική και κοινωνική, του ιατρικού, του νοσηλευτικού, αλλά και του διοικητικού προσωπικού που υπηρετεί στο ΕΣΥ.

5. Προσαρμογή των μισθών των εργαζομένων στο ΕΣΥ στις πραγματικές ανάγκες, και ρύθμιση της επιστημονικής εξέλιξης των γιατρών που υπηρετούν στο φορέα.

Σήμερα το ΕΣΥ, παρά το μεγάλο έργο που προσφέρει για 10 και περισσότερα χρόνια, δεν προχωράει όσο πρέπει σωστά. Αυτό το βλέπουν όλοι. Δεν κάνει σωστά αυτά που πρέπει να κάνει και για τα οποία δημιουργήθηκε. Αυτό το αισθάνονται πολύ καλά εκείνοι που έχουν την ανάγκη του, ο αγροτικός πληθυσμός και γενικά οι οικονομικά αδύναμοι Έλληνες. Τα χρήματα που δαπανώνται από την πολιτεία για την λειτουργία του δεν είναι λίγα. Ανάλογη

απόδοση δεν έχουν. Το ΕΣΥ, με τον τρόπο που λειτουργεί σήμερα, δίνει την εντύπωση ότι δε θέλει να συνεχίσει να υπάρχει. Κινδυνεύουν να πάνε περίπατο οι στόχοι, τα οράματα και οι προοπτικές του. Λειτουργία ρουτίνας επιτελείται, και μάλιστα αρκετά πρόχειρα και ανεύθυνα. Και γι' αυτό ευθύνονται όλοι. Πολιτεία, λειτουργοί, χρήστες. Είτε με την αδιαφορία τους, είτε με τις λάθος ενέργειές τους.⁴

Αδυναμίες και ελλείψεις του ΕΣΥ

Στο πόρισμα το οποίο υποβλήθηκε στη διεθνή επιτροπή από τον καθηγητή Α. Σισσούρα, μεταξύ των άλλων εντοπίζονται οι εξής αδυναμίες⁷.

-Έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας (οικογενειακός γιατρός κ.λ.π.)

-Ανυπαρξία κανόνων αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

-Ανορθολογισμό στο σχεδιασμό και τη διαχείριση, τόσο των οικονομικών όσο και των ανθρώπινων πόρων.

-Έλλειψη σύγχρονης διοίκησης στα νοσοκομεία, λόγω κυρίως του υφιστάμενου αντιαναπτυξιακού νομικού καθεστώτος (δημόσιο λογιστικό κ.λ.π.)

-Έντονες ανισότητες στις περιφέρειες κι ελάχιστα αναπτυγμένη πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το πόρισμα, η ψώρα μας διαθέτει ικανοποιητικό αριθμό κρεβατιών (5 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους) – σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης – τα οποία όμως είναι άνισα κατανομημένα και παραμένουν αναξιοποίητα.

Συγκεκριμένα, υπάρχουν 151 δημόσια νοσοκομεία (ανάμεσα τους ψυχιατρικά, στρατιωτικά, του ΙΚΑ και 5 πανεπιστημιακά) με 37000 κρεβάτια. Όμως οι υπάρχουσες κλίνες είναι άνισα κατανομημένες. Είναι ενδεικτικό ότι στη Θεσσαλία, στη Θράκη και στη Στερεά Ελλάδα υπάρχουν μόνο 2, 2,7 και 2,5 κρεβάτια ανά 1000 κατοίκους αντίστοιχα.

Αναπόφευκτα, παρατηρείται το φαινόμενο ασθενείς από την επαρχία να «μεταναστεύουν» προς την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη και την Πάτρα. Τα σχετικά στοιχεία είναι αποκαλυπτικά: το 51% των ασθενών της Βοιωτίας και το 48% της Εύβοιας καταφεύγουν στην Αθήνα και το 49% της Χαλκιδικής στη Θεσσαλονίκη. Ακόμη υπολογίζεται πως «μεταναστεύουν» το 20% των ασθενών από τα νησιά του Ιονίου και του Αιγαίου. Η πιο ακραία περίπτωση αφορά τις Κυκλάδες, αφού το 69% των ασθενών έρχονται στην Αθήνα, αν και υπάρχει νοσοκομείο στη Σύρο.

Επίσης υπάρχει παντελής έλλειψη προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού και επικρατεί έντονη ανισοκατανομή του.⁷

Τα χαρακτηριστικά των Υπηρεσιών Υγείας

Όμως είναι γνωστό οι Υπηρεσίες Υγείας ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνονται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων, για χάρη των οποίων έχουν δημιουργηθεί. Έτσι, οι Υπηρεσίες Υγείας πρέπει:⁸

1. είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.
2. Κατ'αρχήν να υπάρχουν και να είναι καλά οργανωμένες και επομένως να Με δεδομένη την ύπαρξη και οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, η επόμενη παράμετρος, η οποία χαρακτηρίζει την χρησιμότητά τους, είναι η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει τον χαρακτήρα της τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της ευθύνης των υπηρεσιών και σε ολόκληρο το 24ωρο.
3. Η ύπαρξη των Υπηρεσιών Υγείας και η δυνατότητα προσπέλασής τους δε σημαίνει αυτομάτως και επίλυση των προβλημάτων του χρήστη της ιατρικής φροντίδας. Οι Υπηρεσίες Υγείας οφείλουν επίσης να είναι αποδεκτές από τους πολίτες.

Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως:

- στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών,
- στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις Υπηρεσίες Υγείας και
- στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων.

Ο όρος Υπηρεσίες Υγείας ή Υγειονομικές Υπηρεσίες περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχομένων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Ο όρος αυτός εμπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (health care), όσο και αυτήν της περίθαλψης (treatment), που συχνά χρησιμοποιούνται λαθεμένα ως ταυτόσημες, ενώ υπάρχει σαφής διαφορά στο πεδίο αναφοράς των δύο όρων. Η φροντίδα υγείας είναι ευρύτερη έννοια, αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας. Η περίθαλψη αντίθετα, αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενική ή αντικειμενική συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.⁹ Πόλυ συνοπτικά, μπορεί να αναφερθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σε άτομα, τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου.

προβλήματος υγείας. Η φροντίδα, αντίθετα είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται και σε Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας Κοινότητας ή μιας χώρας. Η διάκριση δεν είναι πάντοτε σαφής. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες αγωγής υγείας, προσυμπτωματικού ελέγχου και δημόσιας υγιεινής, είναι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ η τακτική νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία υπάγεται στις υπηρεσίες περίθαλψης⁸

Η περίθαλψη διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν τη διάγνωση και θεραπεία εκτός νοσοκομείου και στην κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο για τη διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.

Κεφάλαιο 2^ο

Ιστορική εξέλιξη των νοσοκομείων

Για να αντιληφθούμε τις ανάγκες του προσωπικού του νοσοκομείου καλό είναι να ρίξουμε μια ματιά στο παρελθόν του, να παρακολουθήσουμε την εξέλιξή του και να συγκρίνουμε το σημερινό νοσοκομείο με το νοσοκομείο του παλιού τύπου.

Τα πρώτα νοσοκομεία εμφανίστηκαν υπό την επίδραση του Χριστιανισμού κατά τα τέλη του 4ου μ.Χ. αιώνα και στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών καταστημάτων και ιδρυμάτων, των πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και των απλών νοσοκομείων στα μοναστήρια, τα οποία αρχικά ονομάστηκαν ξενοδοχεία. Η ονομασία τους αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι αυτά ήταν ξενοδοχεία, στα οποία κατέφευγαν οι ταξιδιώτες και ξένοι, διέθεταν δε και ιδιαίτερο κτίριο για όσους από αυτούς ήταν άρρωστοι. Φημισμένο σε όλη την Βυζαντινή Αυτοκρατορία ήταν το ίδρυμα «Βασιλείας», που ανεγέρθηκε από τον Μεγ. Βασίλειο στην Καισαρεία (368μ. Χ.) και παρελάμβανε εκτός των άλλων και ένα νοσοκομείο, καθώς και το νοσοκομείο της Μονής του Παντοκράτορος στην Κωνσταντινούπολη (1136), που ιδρύθηκε από τον αυτοκράτορα Ιωάννη Κομνηνό τον Β' και την σύζυγό του Ειρήνη. Κατά τους 11ο και 12ο αιώνα εμφανίστηκαν πολυάριθμα λοιμοκαθαρητήρια και λεπροκομεία, τα λεγόμενα «Λαζαρέττω», τα οποία ήταν διάσπαρτα σ' όλη την Ευρώπη, λόγω των επιδημικών διαστάσεων που είχε λάβει τότε η λέπρα.⁵

Οι ιδιαίτεροι στενοί δεσμοί Εκκλησίας και περίθαλψης των αρρώστων, αποτέλεσμα της επικράτησης του ιδεώδους της φιλανθρωπίας και των αντιλήψεων της εποχής ότι η αρρώστια σχετίζεται άμεσα με την απόκλιση της ζωής του ατόμου από τους θρησκευτικούς κανόνες, διατηρούνται τουλάχιστον μέχρι το Μεσαίωνα και εκφράζεται με την άμεση γεινίαση των εκκλησιών με τα νοσοκομεία της εποχής. Στο Μεσαίωνα το νοσοκομείο, όπως αναφέρει ο G. ROSEN (1963), ήταν κυρίως ένα εκκλησιαστικό ίδρυμα, που δεν είχε πρωταρχικό ρόλο την παροχή ιατρικών φροντίδων. Αυτός ο τύπος του ιδρύματος σταδιακά αντικαθίσταται το 16ο αιώνα με ένα νέο τύπο νοσοκομείου, που οι στόχοι του δεν είναι θρησκευτικοί, αλλά κοινωνικοί και όπου η παροχή ιατρικών φροντίδων δεν αποτελεί ακόμη την πρωταρχική του αποστολή. Ο τύπος αυτός του νοσοκομείου λειτούργησε έως το 19ο αιώνα, παρέχοντας παράλληλα τις υπηρεσίες του στους αρρώστου και τους φτωχούς.

Μέχρι τις αρχές του αιώνα μας όλες οι θεραπευτικές πράξεις δεν απαιτούσαν το χώρο και τον εξοπλισμό του νοσοκομείου, δεδομένου ότι μπορούσαν να πραγματοποιηθούν χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα και μάλιστα με πολύ περισσότερες δυνατότητες επιτυχίας. Ο J.Eriksen (1974) αναφέρει ότι τουλάχιστον μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα η βασική αιτία θνησιμότητας στα νοσοκομεία ήταν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις και ότι οι άρρωστοι που εισάγονταν στο νοσοκομείο είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από κάποια μολυσματική αρρώστια παρά από αυτήν που ήταν η αιτία εισαγωγής τους σ' αυτό.

Η επιστημονική νοσηλεία εμφανίζεται στα νοσοκομεία τα μέσα του 19ου αιώνα χάρη στην αγωνιστική αφοσίωση της Florence Nightingale, που αντιλήφθηκε τις ανάγκες της νοσηλείας και εισήγαγε και επέβαλε την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού. Κατάλοιπα της παλαιάς νοοτροπίας υπάρχουν ακόμη σε μικρά νοσοκομεία της υπαίθρου. Τα νοσοκομεία πάντως εκείνα είναι αδύνατο να συγκριθούν με τα σημερινά, όπου η διοίκηση αντιλήφθηκε τις ευθύνες της απέναντι στους ασθενείς και προσπαθεί με κάθε θυσία να χορηγήσει σε αυτούς την καλλίτερη δυνατή νοσηλεία, όπου καταβάλλεται προσπάθεια και πρέπει να καταβάλλεται για την ισόρροπη ικανοποίηση όλων των αναγκών των ασθενών, γιατί είναι ο μόνος κατάλληλος τρόπος για να βοηθηθούν. Οι σωματικές, πνευματικές και ψυχικές ανάγκες πρέπει να ικανοποιούνται συγχρόνως, για να είναι ανεμπόδιση και αρμονική η βελτίωση των ασθενών και η απόκατάστασή των.⁶

Από το τέλος του 18ου αιώνα σημειώνονται ουσιαστικές μεταβολές στα θεραπευτήρια και νοσοκομεία, υπό την επίδραση κυρίως της Υγιεινής. Η ανάγκη, για καθορισμό κριτηρίων στο σχεδιασμό νοσοκομείων, τέθηκε για πρώτη φορά από τους Aiken (1777, Βρετανία) και Lavoisier (1788, Γαλλία) και υποστηρίχθηκε από τη Nightingale στο βιβλίο της «Notew on Hospital» (1859, Βρετανία).

Κατασκευάστηκαν έκτοτε πολλά νοσηλευτήρια του τύπου «περιπτέρων», που η σύνθεσή τους βασίζεται στην επανάληψη ενός τυποποιημένου στοιχείου, κύρια της νοσηλευτικής μονάδας, γνωστής ως θάλαμος «Nightingale» ή ανοιχτός θάλαμος.

Ένας τυπικός «Nightingale» θάλαμος χαρακτηρίζεται από την παράταξη διπλής σειράς 30 συνολικά κλινών. Τα μεγέθη του θαλάμου είναι συνήθως 9 μ. πλάτος, 36,6 μ. μήκος και 5ύψος. Τα περίπτερα συνδέονται μεταξύ τους με διαδρόμους και βοηθητικούς χώρους. Η επίδραση στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό του εύρους των λειτουργιών και των παροχών υγείας που έπρεπε να καλύψει το κτίριο, ήταν ελάχιστη. Αντίθετα, μεγάλη ήταν η επίδραση των αντιλήψεων της εποχής εκείνης ότι το υψηλό ποσοστό μολύνσεων των αρρώστων

στα νοσοκομεία οφείλονται σε «σαπρά μιάσματα», που βρίσκονταν στον αέρα και επομένως οι μολύνσεις θα μπορούσαν να μειωθούν δραστικά εάν τα «μιάσματα» αυτά διαχέονταν σε όσο γίνεται μεγαλύτερο όγκο αέρος και οι θάλαμοι αερίζονταν καλά. Οι αντιλήψεις αυτές διατηρήθηκαν μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, που η τελειοποίηση του μικροσκοπίου, των καλλιεργητικών τεχνικών και μικροβιολογικών μεθόδων είχαν ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη των μικροβίων ως παθογόνων αιτίων των νόσων, κυρίως όμως των συνθηκών δημιουργίας και εξάπλωσης των επιδημιών.⁵

Οι βασικές παράμετροι που έπρεπε να καλύπτουν τα νοσηλευτήρια τότε ήταν:

1. Η αποτελεσματικότητα και οικονομία κατά τη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διαδικασίας, που επιτυγχάνονταν με λειτουργικότερες διευθετήσεις των τόπων εργασίας του προσωπικού
2. Η εύκολη παρακολούθηση της πλειονότητας των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό
3. Η κατανομή των ασθενών σε ομάδες, που το μέγεθος τους επέτρεπε άνετη φροντίδα και παρακολούθηση.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μέχρι την του '30 ο Υγειονομικός Τομέας ήταν μερικώς αποτελεσματικός, μια και οι δυνατές ιατρικές παρεμβάσεις ήταν ελάχιστες, οι βελτιώσεις του επιπέδου υγείας οφείλονταν, κατά κύριο λόγο, στις αλλαγές των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής, που επέρχονταν με την βαθμιαία αύξηση του ατομικού διαθέσιμου εισοδήματος και την επέκταση της εκπαίδευσης και ενημέρωσης σε θέματα ατομικής υγιεινής. Η αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση εμφανίσθηκε στην δεκαετία του '30 και έγινε προσιτή σε όλους στο τέλος της δεκαετίας του '40 και του '50, με την ταχεία εξέλιξη της απαραίτητης τεχνολογίας και στο διάστημα αυτό άλλαξε εντελώς η μορφή που ήταν μετατράπηκαν σε ιδρύματα, όπου οι γιατροί μπορούσαν πλέον να προσφέρουν κατ'εξοχή νοσοκομειακές φροντίδες υγείας.

Έτσι, από τα μέσα της δεκαετίας του '50, παράλληλα με τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης των βιομηχανικών χωρών, που το 1961 ίδρυσαν τον Ο.Ο.Σ.Α., παρατηρείται ταυτόχρονα, μία επεκτατική κοινωνική πολιτική και σημαντική ανάπτυξη του Υγειονομικού Τομέα. Η ανάπτυξη αυτή που χαρακτηρίζει τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες οφείλεται στην υψηλή χρηματοδότηση και αύξηση των διατεθειμένων πόρων για την Υγεία, ιδιαίτερα από μέρος του δημόσιου τομέα.⁵

Την ίδια περίοδο παρατηρείται, επίσης, εντατική δραστηριότητα στην έρευνα του σχεδιασμού νοσοκομείων κυρίως στις Η.Π.Α., στις Σκανδιναβικές χώρες και στη Βρετανία, όπου καθοριστική είναι πλέον η επίδραση του εύρους των λειτουργιών και παροχών υγείας στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό. Η

πιο συστηματική, πειραματική και καινοτόμος μελέτη θεωρείται ότι είναι η μελέτη «Studies in the Functions and Design of Hospitals» των βρετανών όπου για πρώτη φορά συνεργάστηκαν άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, για να μελετήσουν τμήματα νοσοκομείου, το περιβάλλον και την ανάγκη-ζήτηση για νοσηλευτικές υπηρεσίες μιας συγκεκριμένης περιοχής.

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες, οι οποίοι συνέβαλαν στην παραπάνω εξέλιξη και δαπανών Υγείας, συνδέονται με το κοινωνικό –οικονομικό, πολιτιστικό και υγειονομικό περιβάλλον της ίδιας περιόδου. Συνοπτικά μπορούν να αναφερθούν:

- οι ανθρωπιστικές ιδέες και αντιλήψεις, οι οποίες διαπνέουν τους λαούς και τις κυβερνήσεις των χωρών, μετά τις καταστροφικές συνέπειες του δεύτερου Παγκοσμίου Πολέμου,

- η ευρεία κοινωνική αποδοχή που απολαμβάνει η αντίληψη, ότι η Υγεία είναι δημόσιο κοινωνικό αγαθό, που πρέπει να παρέχεται με την ευθύνη του Κράτους, σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών και ανεξάρτητα από το εισόδημα και την κοινωνική τους θέση,

- ο υψηλός ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης που χαρακτηρίζει το σύνολο των χωρών – μελών του Ο.Ο.Σ.Α., ο οποίος επιτρέπει την συνεχή και απρόσκοπτη χρηματοδότηση του Υγειονομικού Τομέα, είτε μέσω των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, είτε μέσω των υψηλών δημοσίων εσόδων;

- ο αυξημένος παρεμβατικός ρόλος και η ενεργός συμμετοχή του Κράτους στην οικονομική δραστηριότητα,

- ο προσανατολισμός της ιατρικής επιστήμης και συνακόλουθα του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίως προς την θεραπευτική κατεύθυνση, που είχε ως συνέπεια την οργάνωση νοσοκομειακών συστημάτων υψηλής τεχνολογίας, τα οποία απαιτούν αυξημένους πόρους.

Στην δεκαετία του '60 επεκτάθηκαν οι γνώσεις, ως προς τη διαγνωστική διαδικασία και τη θεραπεία των ασθενειών και τη δεκαετία του '70 το μικρό κοινοτικό Νοσοκομείο μετατρέπεται σ'ένα τοπικό, κοινοτικό πάλι, αλλά διαγνωστικό και θεραπευτικό Νοσοκομείο Κέντρο, όπου απασχολούνται ένα πλήθος επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο γιατροί. Στις αρχές της δεκαετίας του '80 το Νοσοκομείο παίρνει τη σημερινή του μορφή, που μπορεί να περιγραφεί ως πηγή «υγείας» μιας κοινότητας, αφού δεν περιορίζεται πλέον μόνο στη διάγνωση και θεραπεία, αλλά επεκτείνεται και σε τομείς παραγωγής της υγείας, πρόληψης ασθενειών και αποκατάστασης.⁵

Ορισμός συστήματος

Σαν σύστημα χαρακτηρίζεται το σύνολο μονάδων ή ομάδων ή υποσυστημάτων οργανωμένων σύμφωνα με ένα σχέδιο παραγωγής που επιδιώκει συγκεκριμένους στόχους. Κάθε σύστημα μπορεί να θεωρηθεί σαν υποσύστημα ενός μεγαλύτερου συστήματος. Έτσι το νοσοκομείο είναι υποσύστημα του ΕΣΥ, οι διάφορες υπηρεσίες, επιτροπές και το κέντρο υγείας υποσυστήματα του νοσοκομείου. Η ένταξη των νοσοκομείων στο ΕΣΥ σημαίνει πως η λειτουργία τους και οι στόχοι τους προδιαγράφονται από ένα ευρύτερο, εθνικό σχέδιο παραγωγής που ενσωματώνεται στη νομοθεσία και στις σχετικές διατάξεις, κανονισμούς, κλπ. Της κυβέρνησης. Οι στόχοι ενός συστήματος δεν είναι στατικοί, αλλά βρίσκονται σε διαρκή εξέλιξη. Με την ένταξή του στο ΕΣΥ, π.χ., το νοσοκομείο πάει να είναι απλώς μονάδα νοσοκομειακής περίθαλψης. Ο ρόλος του επεκτείνεται στην κοινωνική ιατρική, την πρόληψη, την κοινωνική περίθαλψη κλπ. Η αλλαγή στόχων συνήθως επηρεάζει την οργάνωση του συστήματος, την παραγωγική διαδικασία, την τεχνολογία της παραγωγής και άλλα στοιχεία του συστήματος. Η ένταξη των νοσοκομείων στο ΕΣΥ επέφερε αλλαγές σε όλους αυτούς τους τομείς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως ο κύκλος της αλλαγής έχει ολοκληρωθεί απόλυτα. Η οργανική ενσωμάτωση των θεσμικών αλλαγών συνήθως βρίσκεται αντιμέτωπη με οργανωμένα συμφέροντα υποομάδων μέσα στο σύστημα και στο περιβάλλον του.

Τα συστήματα διακρίνονται σε ανοικτά και κλειστά, ανάλογα με την έκταση των εισροών από το περιβάλλον τους (η διάκριση είναι σχετική γιατί δεν υπάρχουν απόλυτα κλειστά ή απόλυτα ανοικτά συστήματα). Επειδή δεν υπάρχει κοινωνικός παράγοντας που να μην συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την υγεία, το σύστημα υγείας θεωρείται ένα από τα πιο ανοικτά συστήματα. Όσο πιο ανοικτό είναι το σύστημα τόσο και η ανάγκη εφαρμογής μεθόδων ανάλυσης συστημάτων για την κατανόηση της λειτουργίας του και την ισόρροπη βελτιστοποίηση όλων των λειτουργιών του.¹⁰

Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα

Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους.

Η πρώτη περίοδος έχει την αφετηρία της στην σύσταση του Ελληνικού Κράτους και φθάνει μέχρι το 1909. Την περίοδο αυτή το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των δήμων ή των κοινοτήτων και των φιλόνητων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούσε καταφύγιο μόνο των απόρων.

Η δεύτερη περίοδος, 1909-1952, χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω και των ειδικών συνθηκών που επικρατούν (πόλεμοι, πρόσφυγες κ.α.). τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργούνται για την κάλυψη των αναγκών, είναι και το πρώτο ευρύ δίκτυο που εξελικτικά θα διευρυνθεί. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν και γενικεύτηκε η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρείχε, συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών, εξακολουθούσε να είναι χαμηλό. Εξαιρέση αποτελούσαν τα νοσοκομεία της Αθήνας «Ευαγγελισμός» «Ερυθρός Σταυρός» και «Πολιτικόν», τα οποία παρείχαν νοσηλεία υψηλού επιπέδου και διακρίθηκαν ως τα μοναδικά επιστημονικά κέντρα της εποχής⁵.

Σταθμοί στην ιστορία του υγειονομικού τομέα αποτελούν οι νόμοι που ψηφίστηκαν την περίοδο αυτή «περί Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας», «περί κοινωνικών ασφαλίσεων» και «περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων», ο οποίος αποτέλεσε και το θεμέλιο λίθο στην οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης στη χώρα μας.

Στην τρίτη περίοδο, 1953-1982 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες, ισχύει για πρώτη φορά η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα κ.α. χαρακτηριστικά, που συμβάλουν στην ορθολογική και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη τη χρονική αυτή περίοδο εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίδεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά Νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ, Νοσοκομεία που αποτελούν ΝΠΙΔ και ιδιωτικές κλινικές.

Η τέταρτη χρονική περίοδος που ακολουθεί, αρχίζει το 1983 και φτάνει μέχρι σήμερα, και χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης

ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), με τους νόμους 1397/1983 και 2071/1992. Έντονη κρατική παρέμβαση παρατηρείται την περίοδο αυτή στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία του νοσοκομειακού τομέα, ο οποίος στο ΕΣΥ πλέον δημοσιοποιείται πλήρως, με την ένταξη των νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου στις διατάξεις του Ν.2592/1953. Η προσπάθεια αυτή βρίσκεται σε εξέλιξη, αλλά η πορεία της επηρεάζεται δραστική από τις διαφορετικές κάθε φορά πολιτικές και κυβερνητικές επιλογές.⁸

Σκοπός νοσοκομείων

Σαν σκοποί των νοσοκομείων αναφέρονται οι ακόλουθοι .

Η νοσηλεία των ασθενών: Αυτός είναι ο πιο βασικός σκοπός της υπάρξεως των. Σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή, τα νοσοκομεία χρησιμοποιούνται για τη νοσηλεία των ασθενών και αυτό διότι.

α) Η ελληνική οικογένεια είναι στις περισσότερες περιπτώσεις η οικογένεια των δύο γενεών .

β) Περισσότερα από ένα μέλη της οικογενείας εργάζονται και γι' αυτό η νοσηλεία του ασθενούς γίνεται δύσκολη στο σπίτι.

γ) Η ιατρική περίθαλψη έγινε και συνεχίζει να γίνεται πολύπλοκη και έτσι η χορήγηση «κατ' οίκον» νοσηλείας παρουσιάζει δυσκολίες.

δ) Τα ταμεία ιατρικής περιθάλψεως τείνουν να εξασφαλίσουν νοσοκομειακή περίθαλψη στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού και τα πολύ αυξημένα έξοδα της ιατρικής περιθάλψεως δεν είναι πια εμπόδιο για τη νοσηλεία του ασθενούς στο νοσοκομείο.

ε) Η διαγνωστική μελέτη γίνεται αρτιότερη και η θεραπευτική αγωγή είναι πληρέστερη στο νοσοκομείο.

στ) Η θεραπεία τέλος και η ανάρρωση του ασθενούς πραγματοποιείται ταχύτερα στο νοσοκομείο. Σ' αυτό συμβάλλουν το καταρτισμένο ιατρικό προσωπικό, το κατάλληλα προετοιμασμένο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και τα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα, τα οποία διαθέτουν τα νοσοκομεία.

Η υγιεινή επίβλεψη ατόμων και η πρόληψη ασθενειών : Ο προληπτικός τομέας της ιατρικής επιστήμης σήμερα έχει πολύ τονιστεί διεθνώς. Δυστυχώς η ικανοποιητική εφαρμογή του έργου της προληπτικής υγιεινής δεν έχει καθιερωθεί ακόμη ευρέως στα νοσοκομεία της πατρίδας μας .

Η πρόληψη μεταδόσεως ασθενειών : Αυτό πραγματοποιείται κύρια με την απομόνωση ασθενών , που πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα.

Η πρόληψη εμφάνισης της νόσου : Η ανεύρεση υγιεινών η κοινωνικών παραγόντων που συντέλεσαν ή ενίσχυσαν την εμφάνιση της ασθένειας,, και η βοήθεια του ασθενούς για την αναγνώριση και αποφυγή τους, βοηθά στην πρόληψη επανεμφάνισης της νόσου.

Η εκπαίδευση και προετοιμασία των φοιτώντων στις διάφορες σχολές επαγγελματιών υγείας, όπως ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κλπ.

Η έρευνα και μελέτη : Τα νοσοκομεία παρέχουν εργαστήρια για έρευνες και μελέτες, εργαστήρια για στατιστική υποβοήθεια, καθώς και άλλα μέσα, απαραίτητα για την πρόοδο των επιστημών υγείας.

Ο τομέας της έρευνας και μελέτης νοσηλευτικών προβλημάτων δεν έχει ακόμα απασχολήσει τη νοσηλευτική της πατρίδας μας, πιστεύεται όμως ότι: Μια τέτοια προσπάθεια θα βελτιώσει κατά πολύ τις μεθόδους νοσηλείας και θα ανεύρει τρόπους παροχής αποτελεσματικότερης νοσηλευτικής φροντίδας για την ανακούφιση των ασθενών.¹¹

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία του σκοπού του νοσοκομείου είναι :

1. Η επάρκεια προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, τεχνικού, βοηθητικού κλπ.)
2. Η καλή διοικητική οργάνωση. Από αυτήν καθορίζεται η ιεραρχική διαβάθμιση (κλίμακα) του προσωπικού, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα .
3. Η καλή υπηρεσία επιβλέψεως, συντονισμού και ελέγχου του προσωπικού.
4. Το πρόγραμμα συνεχούς ενδουπηρεσιακής επιμορφώσεως.
5. Η παροχή ευκαιριών μετεκπαιδύσεως.
6. Η οργάνωση νοσηλευτικής υπηρεσίας.
7. Η επάρκεια υλικού και τεχνικών μέσων.
8. Οι υγιεινές συνθήκες φυσικού περιβάλλοντος.
9. Η ηθική και υλική ικανοποίηση του προσωπικού.
10. Το υψηλό ηθικό επίπεδο των εργαζόμενων για την προώθηση και επίτευξη των προσδιορισμένων σκοπών.

Κεφάλαιο 3^ο

Γενικές αρχές

Για να δουλέψει και να αποδώσει σωστά ένα Κρατικό Νοσοκομείο πρέπει να υπάρξουν οι εξής γενικές αρχές:

1. Σαφής καθορισμός των κανόνων λειτουργίας κάθε μονάδας του νοσοκομείου, ως και των καθηκόντων ενός εκάστου, από τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου μέχρι του τελευταίου νοσοκόμου. Όταν γνωρίζει σαφώς τα καθήκοντα του κάθε εργαζόμενος δεν θα υπάρξει ποτέ αντιδικία μεταξύ ελέγχοντος και ελεγχόμενου.
2. Περιοδικός συνεχής έλεγχος της εφαρμογής των κανόνων λειτουργίας των νοσοκομείων.
3. Καθορισμός των τρόπων ελέγχου και των συνεπειών σε περίπτωση υποτροπής παράβασης των κανόνων.
4. Η επίβλεψη της λειτουργίας των νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας είναι πρακτικά αδύνατη. Πολλές φορές οι Υπουργοί Υγείας και Πρόνοιας, στην προσπάθειά τους να βελτιώσουν την κατάσταση στα Κρατικά Νοσοκομεία έκαναν προσωπικές εφόδους σε διάφορα από αυτά. Τούτο όμως αφ'ενός δεν έχει κανένα αποτέλεσμα, αφ'ετέρου το έργο των Υπουργών είναι τόσο επιβαρημένο, ώστε κάθε προσπάθεια για ένα επί πλέον έργο είναι αδύνατη. Εξάλλου η θέση του Υπουργού δεν ενδείκνυται για τέτοιες δραστηριότητες και δεν είναι του κύρους του.⁷

Διαίρεση νοσοκομείων

Η διαίρεση των νοσοκομείων μπορεί να γίνει :

Από νοσηλευτική άποψη : Σύμφωνα μ' αυτή διαιρούνται τα νοσοκομεία σε δύο κατηγορίες, τα γενικά νοσοκομεία και τα ειδικά.

A) **Γενικά νοσοκομεία** ονομάζονται εκείνα τα νοσοκομεία που διαθέτουν κρεβάτια ή τμήματα για τη νοσηλεία ασθενών με διάφορες ασθένειες, όπως χειρουργικές, παθολογικές, ωτορινολαρυγγολογικές, οφθαλμολογικές, ορθοπαιδικές, νευρολογικές, γυναικολογικές κλπ.

Τα Γενικά νοσοκομεία λειτουργούν κυρίως στις επαρχίες . Σ' αυτήν την κατηγορία των νοσοκομείων υπάγονται το Γενικό «Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών», Το Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, το Νοσοκομείο Καβάλας, το Νοσοκομείο Καλαμάτας κ.α.

Στην Πάτρα υπάρχουν δύο γενικά νοσοκομεία , το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «ΡΙΟΥ», το Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας». Στο νοσοκομείο αυτό υπάγεται και το «409» νοσοκομείο.

B) **Ειδικά νοσοκομεία** ονομάζονται τα νοσοκομεία εκείνα που διαθέτουν κρεβάτια ή τμήματα για τη νοσηλεία ασθενών που πάσχουν από μία κατηγορία νοσημάτων.¹¹

Έχουμε τα εξής ειδικά νοσοκομεία :

- 1) Μαιευτήρια
- 2) Παιδιατρικά Νοσοκομεία
- 3) Νοσοκομεία Ατυχημάτων
- 4) Οφθαλμιατρεία
- 5) Αντικαρκινικά Κέντρα
- 6) Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων
- 7) Ψυχιατρεία
- 8) Σανατόρια
- 9) Αναρρωτήρια
- 10) Νοσοκομεία Χρονίων Νοσημάτων κ.λ.π.¹²

Ειδικά νοσοκομεία είναι το Οφθαλμιατρείο Αθηνών, το Νοσοκομείο Α. Συγγρού, το Νοσοκομείο Λοιμωδών Νοσημάτων, το Νοσοκομείο Παίδων «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», το Νοσοκομείο Παίδων «ΑΓΛΑΙΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» κ.α.

Στην Πάτρα τα ειδικά νοσοκομεία είναι το Νοσοκομείο Παίδων «ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ» , το Νοσημάτων Θώρακος .

Από διοικητική άποψη : Η διαίρεση των νοσοκομείων από διοικητική άποψη επηρεάζεται από το σύστημα υγείας που εφαρμόζει η χώρα.

Από διοικητική άποψη τα νοσοκομεία μπορεί να διαιρούνται στις εξής κατηγορίες:

1) Κρατικά Νοσοκομεία . Αυτά ιδρύονται και συντηρούνται με δαπάνη του Κράτους, διοικούνται από αντιπροσώπους του και υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας .

Κρατικά νοσοκομεία είναι :το Ιπποκράτειο , το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών και Πειραιώς, το Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο.

Σήμερα τα περισσότερα και μεγαλύτερα νοσοκομεία της χώρας μας είναι Κρατικά .

2) Δημοσίου Δικαίου Νοσοκομεία . Αυτά ιδρύονται από μεγάλους ευεργέτες και φιλάνθρωπους και συντηρούνται από δωρεές, κληροδοτήματα και επιχορηγήσεις του Κράτους. Υπάγονται στον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το δε Διοικητικό Συμβούλιο ενός τέτοιου Ιδρύματος ορίζεται από τους δωρητές . Νοσοκομεία Δημοσίου Δικαίου είναι το Νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ., κ.α.

3) Δημοτικά και Κοινοτικά Νοσοκομεία . Αυτά ιδρύονται και συντηρούνται με δαπάνη του Δήμου ή της Κοινότητας, διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο που εκλέγει ο Δήμος ή η Κοινότητα και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τέτοια νοσοκομεία είναι το Δημοτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΕΛΠΙΣ».

4) Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Αυτά ιδρύονται από ένα φιλάνθρωπο, διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο, που ορίζεται από τον ιδρυτή και συντηρούνται από τα έσοδα του νοσοκομείου , από προσφορές του ιδρυτή και από δωρεές, κληροδοτήματα ή και επιχορηγήσεις του κράτους. Τέτοια νοσοκομεία είναι το Σανατόριο Σισμανόγλειο, κ.α.. Τα νοσοκομεία αυτά ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας . Είναι επίσης δυνατόν ένα ιδιωτικό νοσοκομείο να ιδρυθεί από ιδιώτη και να προσφερθεί στο κράτος π.χ. το νοσοκομείο Νάουσας , δωρίθηκε στο Κράτος από τον βιομήχανο Θ. Λαναρά.

5) Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία . Η ίδρυση και συντήρησή τους γίνεται με δαπάνη του Πανεπιστημίου. Διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο εκλεγόμενο από το Πανεπιστήμιο και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας . Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αποσκοπούν στην εκπαίδευση των φοιτητών των σχολών επαγγελματιών υγείας και στην πρόοδο των επιστημών αυτών Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία είναι τα Αρεταίειο και Αιγινήτειο.¹⁴

Υπάρχει μια άλλη κατηγορία νοσοκομείων , τα οποία είναι Κρατικά Πανεπιστημιακά. Αυτά ιδρύονται και συντηρούνται με δαπάνη του Κράτους . Στο Διοικητικό τους Συμβούλιο μετέχει αντιπρόσωπος του Πανεπιστημίου σαν επιστημονικός σύμβουλος.

Σ' αυτήν την κατηγορία των νοσοκομείων ανήκουν το Ιπποκράτειο

Νοσοκομείο Αθηνών, το Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών κ.α.

6) Στρατιωτικά Νοσοκομεία. Υπάγονται απευθείας στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας.

Από άποψη αριθμού κλινών : Από την άποψη αυτή τα νοσοκομεία διαιρούνται σε μικρά, μεσαία, μεγάλα και πολύ μεγάλα νοσοκομεία .

1) Μικρά Νοσοκομεία : Αυτά διαθέτουν έως (50) πενήντα κρεβάτια .

Στην κατηγορία των μικρών νοσοκομείων ανήκει το «Οφθαλμιατρείο Αθηνών».

2) Μεσαία Νοσοκομεία: Αυτά διαθέτουν από (50) πενήντα έως (150) εκατοπενήντα κρεβάτια. Μεσαία είναι τα περισσότερα νοσοκομεία των επαρχιών.

3) Μεγάλα Νοσοκομεία. Αυτά διαθέτουν από (150) εκατοπενήντα έως (500) πεντακόσια κρεβάτια. Στην κατηγορία αυτή υπάγεται το νοσοκομείο του Ε.Ε.Σ. ,το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Πειραιώς κ.α.

4) Πολύ Μεγάλα Νοσοκομεία: Αυτά διαθέτουν πάνω από (500) πεντακόσια κρεβάτια. Πολύ μεγάλα νοσοκομεία είναι το θεραπευτήριο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»,το Νοσοκομείο Παιδών «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών κ.α.¹¹

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων .

Αναλύοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων αναλύουμε τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα των γενικών νοσοκομείων.¹²

Τα πλεονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων είναι τα ακόλουθα:

1. Στα ειδικά νοσοκομεία νοσηλεύονται ασθενείς που πάσχουν από ειδικές ασθένειες με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η μετάδοση μεταδοτικών ασθενειών και να επιτυγχάνεται η πλήρης αποκαταστασή τους.
2. Το προσωπικό, ιατρικό και νοσηλευτικό είναι πλήρως ειδικευμένο και έχει πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή της υγείας.
3. Υπάρχει σύγχρονος εξοπλισμός για την κάλυψη των αναγκών των αρρώστων.
4. Το εξειδικευμένο προσωπικό εφαρμόζει στην πράξη τις γνώσεις που αποκομίζει από τα επιμορφωτικά σεμινάρια που διοργανώνονται στα ειδικά νοσοκομεία.
5. Το προσωπικό είναι αρκετά ευαισθητοποιημένο για να προσφέρει συνεχή και άγρυπνη φροντίδα στους ασθενείς.
6. Τα ειδικά νοσοκομεία παρέχουν έγκυρα στατιστικά στοιχεία για την αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων κάθε χώρας.

Τα μειονεκτήματα των ειδικών νοσοκομείων είναι τα εξής:¹²

1. Τα ειδικά νοσοκομεία βρίσκονται κυρίως σε μεγάλα αστικά κέντρα ώστε να μην εξυπηρετείται ο πληθυσμός που βρίσκεται μακριά από αυτά.
2. Τα ειδικά νοσοκομεία είναι περιορισμένα ως προς τον αριθμό κυρίως για οικονομικούς λόγους.
3. Δεν προσφέρεται ολοκληρωμένη νοσηλεία σε ασθενείς που πάσχουν από άλλες ασθένειες εκτός αυτή που παρέχει το συγκεκριμένο ειδικό νοσοκομείο.
4. Οι ασθενείς στα ειδικά νοσοκομεία δυσχεραστούνται όταν βλέπουν γύρω τους ομοιοπαθείς και μάλιστα σε χειρότερη κατάσταση απ' αυτούς γιατί σκέφτονται ότι έτσι θα καταντήσουν και αυτή.
5. Είναι δύσκολο να πεισθεί ο ασθενείς για εισαγωγή κατ'ευθείαν σε ψυχιατρείο ή αντικαρκινικό κέντρο γιατί δυσκολεύεται την αλήθεια.
6. Τα ειδικά νοσοκομεία ,είναι πολυδάπανα εξαιτίας του ειδικού εξοπλισμού που χρειάζονται για την λειτουργία τους.
7. Παρουσιάζεται μειωμένος αριθμός κλινών για φιλοξενία περισσότερων ασθενών.

Γιατί υπάρχει η τάση ίδρυσης των γενικών νοσοκομείων

Στα γενικά νοσοκομεία η απαιτούμενη θεραπεία του αρρώστου είναι βραχύχρονη και η διερεύνηση ασφαλέστερη όσον αφορά την γενική κατάσταση. Σοβαρό επιχείρημα υπέρ των γενικών νοσοκομείων είναι το γεγονός διασποράς τους σ' όλη τη χώρα πράγμα που είναι ευνοϊκό στην εξυπηρέτηση των νοσηλευόμενων γιατί οι άρρωστοι μπορούν να εισαχθούν πιο εύκολα απ' ότι στα ειδικά νοσοκομεία

Πάντως ειδικά νοσοκομεία πρέπει να υπάρχουν όπου ειδικοί λόγοι το απαιτούν.

Σήμερα και στα νοσοκομεία καθώς και στην ιατρική , η ειδίκευση είναι μεγάλη. Φαίνεται όμως ότι γίνεται προσπάθεια και υπάρχει η τάση ίδρυσης γενικών νοσοκομείων. Φαίνεται ότι δημιουργείται μια ισορροπία ανάμεσα στη βάση της ειδικότητας και στη βάση της Γενικής Ιατρικής και της γενικής νοσοκομειακής περίθαλψης.

Από τη γενική νοσοκομειακή περίθαλψη των κλάδων των ασθενών, χωρίς όμως να αποκόπτεται απ' αυτή.

Εξάλλου, η τάση ίδρυσης γενικών νοσοκομείων και η ύπαρξη γενικής ιατρικής υποδηλώνει την ανάγκη για ολιστική θεώρηση του ανθρώπου, την αντιμετώπιση του αρρώστου σαν ψυχοσωματική οντότητα. Αντίθετα η ειδίκευση προωθεί τη μονομέρεια και αφαιρεί από τον επιστήμονα τη γενικευμένη γνώση. Επίσης η γενική ιατρική εκτός από την πολύπλευρη γνώση που προσφέρει στον επιστήμονα, βοηθάει και καλλιεργεί το ταπεινό φρόνημα χωρίς να καθιστά τον επιστήμονα λειτουργό υποχείριο όργανο της ειδίκευσης.

Κεφαλαίο 4^ο

Οργάνωση και διοίκηση νοσοκομείων

Ο τρόπος οργάνωσης και διοικήσεως των διαφόρων κατηγοριών νοσοκομείων, από διοικητική άποψη, ποικίλλει μεταξύ τους.

Αφού τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας ανήκουν στην κατηγορία των Κρατικών και οι μεταξύ τους διαφορές χαρακτηρίζονται σαν διαφορές με δευτερεύουσα σημασία, θα περιοριστούμε στην εξέταση του τρόπου οργάνωσης και διοικήσεως των Κρατικών νοσοκομείων που ισχύει μέχρι σήμερα.

Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) η σύνθεση του οποίου προβλέπεται από σχετικές νομοθετικές διατάξεις.

Σε κάθε Νοσηλευτικό Ίδρυμα Προίσταται Διοικητικός Διευθυντής.

Ο Διοικητικός Διευθυντής αναθέτει αρμοδιότητες υπεύθυνα στον υποδιευθυντή.

Στον Διοικητικό Διευθυντή υπάγονται οι ακόλουθες υπηρεσίες. Διοικητική (Γραμματεία, οικονομική υπηρεσία), Ιατρική, Νοσηλευτική, Τεχνική Φαρμακείου, Βοηθητικού Προσωπικού κ.α.

Τα καθήκοντα για κάθε μια από τις παραπάνω υπηρεσίες καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και αναφέρονται λεπτομερώς στον Οργανισμό κάθε Νοσοκομείου.

Ανώτατη αρχή είναι ο Υπουργός. Επειδή όμως ο Υπουργός, λόγω της μεγάλης απασχόλησης του σε άπειρα θέματα, είναι αδύνατο να κάνει ελέγχους στα νοσοκομεία για να έχει σαφή αντίληψη της λειτουργίας τους, τις ελλείψεις τους κλπ. Γι' αυτό ορίζει τους Επιθεωρητές Νοσοκομείων.

Ο Επιθεωρητής νοσοκομείων ορίζεται από τον Υπουργό και έχει στην δικαιοδοσία του 4-5 νοσοκομεία της περιφέρειας του. Είναι υποχρεωμένος να κάνει μια τουλάχιστον τακτική επιθεώρηση κάθε χρόνο σε κάθε νοσοκομείο που επιβλέπει και εκτάκτους ανάλογα με τις περιστάσεις.

Η επιθεώρηση διαρκεί πολλές ημέρες και ελέγχει την Διοικητική λειτουργία του νοσοκομείου αλλά και την λειτουργία των κλινικών.

Ελέγχει τα βιβλία, τα αρχεία, τις ελλείψεις σε μηχανήματα, τις ατέλειες και είναι υποχρεωμένος να προσκαλεί σε συνέντευξη πρόσωπα που εργάζονται εκεί για να μαθαίνει τα προβλήματα που υπάρχουν και τα παράπονα των εργαζομένων.

Μετά από κάθε επιθεώρηση είναι υποχρεωμένος να συντάξει αναφορά προς το Υπουργείο περιγράφοντας όλες τις παρατηρήσεις του καθώς και να υποβάλει κατάσταση με όλες τις ανάγκες του νοσοκομείου σε προσωπικό και μηχανήματα.

Κάθε αναφορά που περιέρχεται στο Υπουργείο θα φυλάσσεται σε ειδικό φάκελο για κάθε νοσοκομείο. Για να μπορέσει να φέρει σε πέρας το έργο του ο Επιθεωρητής, πρέπει να βοηθείται από ένα βοηθό και μία γραμματέα.

Η υπόλοιπη οργάνωση των νοσοκομείων είναι θέμα ενός οργανισμού λειτουργίας των νοσοκομείων, ο οποίος λείπει σήμερα και πρέπει ο κανονισμός αυτός να λαμβάνει υπόψη του την δυναμικότητα κάθε νοσοκομείου, την αποστολή του τον χώρο και τις ανάγκες που προτίθεται να καλύψει.⁷

Πλεονεκτήματα

Για τον Υπουργό:

1. Έχει συνεχή ενημέρωση για την λειτουργική και κτιριακή κατάσταση των νοσοκομείων της χώρας καθώς και για τον τεχνικό εξοπλισμό τους.
2. Μπορεί να ελέγχει τους επιθεωρητές και έχει σαφή εικόνα της απόδοσής τους, εκτιμώντας το έργο τους από τις υποβαλλόμενες αναφορές τους.
3. Μπορεί από τις υποβαλλόμενες αναφορές των επιθεωρητών να εκτιμήσει για τις ανάγκες προμήθειας μηχανημάτων ή στελέχωσης σε προσωπικό των νοσοκομείων.

Για το νοσοκομείο:

1. Το νοσοκομείο ξέροντας ότι ελέγχεται θα λειτουργεί καλύτερα.
2. Ο επιθεωρητής που επιβλέπει τα νοσοκομεία θα είναι προσιτός ανά πάσα στιγμή για να επιλύσει τα αναδυόμενα προβλήματα. Σήμερα ουδείς γνωρίζει που να αποτανθεί για την επίλυση σοβαρών προβλημάτων. Τα Διοικητικά Συμβούλια τις περισσότερες φορές είναι δυσκίνητα και πολλές φορές δεν επιλύονται εύκολα πολλά προβλήματα.

Μειονεκτήματα

Μπορεί να λεχθεί ότι γίνεται αστυνόμευση των προέδρων των Διοικητικών Συμβουλίων, των Δ/ντών κλπ.

Αυτό είναι λάθος. Είναι πράξη καθαρά δημοκρατική. Στις Δημοκρατίες ο λαός με την ψήφο του ελέγχει και κρίνει της κυβερνήσεις. Άρα, ο έλεγχος είναι μέσα στις λειτουργίες της Δημοκρατίας. Καμία επιχείρηση δεν πάει μπροστά αν ο ιδιοκτήτης δεν ελέγχει την επιχείρησή του. Γνωστό είναι πως υπάρχουν χιλιάδες τρόποι ελέγχου. Υπάρχουν τρόποι ελέγχου που ούτε υποβιβάζουν, ούτε θίγουν κανένα.

Έξ άλλου, ο Ελληνικός λαός θέλει και απαιτεί να του παρέχονται σωστές υπηρεσίες υγείας από ιδρύματα που λειτουργούν σωστά και θα λειτουργούν σωστά όταν επιβλέπονται. Η εναπόθεση της διεύθυνσης και λειτουργίας των

νοσοκομείων στην «φιλοτιμία των Ελλήνων» σπανίως απέδωσε, η αξιοκρατία για να γίνει κατάκτηση και να εμπεδωθεί χρειάζεται την αξιολόγηση.

Πως είναι δυνατόν να κρίνουμε την αξία κάποιου αν δεν παρακολουθήσουμε το έργο του. Για να υπάρξει κάποιος αξιότερος πρέπει να υπάρχουν άλλοι χαμηλότερης απόδοσης. Δεν είναι δυνατόν όλοι να είναι το ίδιο.

Έτσι, στην πραγματικότητα, το «μειονέκτημα» αυτό, το οποίο μπορεί να προβληθεί από ορισμένους, δεν είναι μειονέκτημα, αλλά ενέργεια απαραίτητη για να δουλέψει σωστά η μηχανή και να μπορεί ο καθένας να κριθεί από τις πράξεις του και, επιτέλους, να γίνει πράξη η αξιοκρατία στην χώρα μας.⁷

Όροι κατάλληλοι για την ανέγερση νοσοκομείων

Η επαγγελματική κατάρτιση κάθε κλάδου προσωπικού ενός νοσοκομείου (ιατρών νοσηλευτών φυσικοθεραπευτών κλπ.) καθώς και το υψηλό αίσθημα ευθύνης, αποτελούν βασικούς παράγοντες για την καλή λειτουργία ενός νοσοκομείου.

Παράλληλα όμως με την αρτιότητα του προσωπικού, την καλή λειτουργία ενός νοσοκομείου επηρεάζουν και άλλοι παράγοντες, καθώς η τοποθεσία, η αρχιτεκτονική, η διαρρύθμιση και ο εξοπλισμός του.

Προκειμένου να ανεγερθεί ένα νοσοκομείο το οικόπεδο πάνω στο οποίο θα χτιστεί πρέπει να έχει ελεύθερο ορίζοντα και να είναι πάνω σε λοφίσκο. Αυτό βοηθά στον καλλίτερο αερισμό, φωτισμό, και θέα. αντενδείκνυται το οικόπεδο να βρίσκεται σε χαράδρα ή πυκνόφυτα μέρη τόσο για την υγρασία, όσο και για την απόκρυψη της θέας.

Επιπρόσθετα το οικόπεδο πρέπει να βρίσκεται μακριά από ελώδεις εκτάσεις, θορύβους και βιομηχανικά συγκροτήματα.

Η τοποθεσία, όπου θα ανεγερθεί ένα νοσοκομείο, πρέπει να εξασφαλίζει ύδρευση και αποχέτευση καθώς και καλή συγκοινωνία, με την οποία εξουδετερώνονται οι δυσκολίες μεταφοράς τόσο των ασθενών και συγγενών, όσο και του προσωπικού, που εργάζεται στο νοσοκομείο.

Προκειμένου για σανατόρια, αυτά πρέπει να βρίσκονται 10 χιλιόμετρα τουλάχιστον μακριά από την πόλη και σε υψόμετρο 600-700 περίπου μέτρα πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας.

Τα ψυχιατρεία και αναρρωτήρια πρέπει να ανεγείρονται σε προάστια για την εξασφάλιση μεγάλης εκτάσεως και φυσικής ομορφιάς, παράγοντες απαραίτητοι για τη θεραπεία και ανάρρωση του ασθενούς.

Η έκταση του οικοπέδου εξαρτάται από τη δύναμη των κλινών του νοσοκομείου καθώς και από τον τύπο του νοσοκομείου. Σ' ένα γενικό νοσοκομείο πρέπει να αναλογεί για κάθε κρεβάτι έκταση 100 τετραγωνικών μέτρων, ενώ για νοσοκομείο Λοιμωδών νοσημάτων για κάθε κλίνη πρέπει να αναλογεί έκταση 200 τετραγωνικών μέτρων. Η σχέση αυτή αναφέρεται για τα νοσοκομεία τύπου «περίπτερω».

Το σχήμα του νοσοκομείου: Στις αρχές του 20ου αιώνα (περίοδος κατά την οποία ο αριθμός των νοσοκομείων αυξανόταν παντού) τα νοσοκομεία συχνά χτίζονταν στον τύπο των περιπτέρων. Ο τύπος αυτός των νοσοκομείων αποτελείται από περισσότερα του ενός μικρά κτίρια (περίπτερα), που συνδέονται μεταξύ τους με διαδρόμους (κατά προτίμηση με υπόστεγο). Κάθε περίπτερο

αφιερώνεται στην περίθαλψη ασθενών που πάσχουν από την ίδια ασθένεια π.χ. από οφθαλμολογικές παθήσεις, ορθοπεδικές κ.α.

Σαν πλεονεκτήματα αυτού του τύπου των νοσοκομείων αναφέρονται:

1. Καλλίτερος διαχωρισμός και απομόνωση των ασθενών.
2. Καλλίτερος αερισμός.
3. Καλλίτερος φωτισμός και
4. Μεγαλύτερη ησυχία.

Ο τύπος αυτός των νοσοκομείων εμφανίζει και τα ακόλουθα μειονεκτήματα:

1. Απαιτεί μεγάλο οικόπεδο.
2. Είναι περισσότερο δαπανηρή η ανέγερση του.
3. Απαιτεί περισσότερο προσωπικό για τη λειτουργία του.
4. Δυσχεραίνει τη μεταφορά των ασθενών για εργαστηριακές ξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις κλπ, κάτω από δυσμενείς καιρικές συνθήκες καθώς και η μεταφορά τροφών ή άλλου υλικού.
5. Δυσχεραίνεται η θέρμανση.

Ένας δεύτερος τύπος σχήματος νοσοκομείου είναι ο τύπος του ενιαίου κτιρίου. Στο ενιαίο κτίριο όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθώς και οι θάλαμοι των ασθενών βρίσκονται κάτω από την ίδια στέγη. Τα μειονεκτήματα του τύπου νοσοκομείου και μεταβάλλονται σε πλεονεκτήματα του, όπως:

1. Η ανέγερσή του δεν απαιτεί μεγάλο οικόπεδο και είναι λιγότερο δαπανηρή.
2. Για τη λειτουργία του δεν απαιτείται πολύ προσωπικό.
3. Η μεταφορά ασθενών για εργαστηριακές εξετάσεις, χειρουργεία κλπ. γίνεται εύκολα.
4. Διευκολύνεται η θέρμανση του κτιρίου.
5. Διευκολύνεται η μεταφορά τροφίμων και άλλου υλικού.

Σαν μειονεκτήματα του τύπου αυτού των νοσοκομείων (ενιαίο κτίριο) αναφέρονται τα πλεονεκτήματα του κτιρίου τύπου περιπτέρων, δηλαδή.

1. Δεν γίνεται ικανοποιητικά ο διαχωρισμός, καθώς και η απομόνωση των ασθενών.
2. Ο αερισμός είναι ελλιπής.
3. Ο φυσικός φωτισμός είναι ανεπαρκής και
4. Δεν εξασφαλίζεται απόλυτη ησυχία.

Τα πολλά πλεονεκτήματα του ενιαίου κτιριακού τύπου νοσοκομείου καθώς και η κάθετη εποχή της αρχιτεκτονικής σήμερα (πολυώροφα κτίρια), συντέλεσαν στην επικράτηση αυτού του τύπου.

Ορθολογιστικός χωροταξικός σχεδιασμός

Είναι προφανές ότι ο ορθολογιστικός χωροταξικός συσχετισμός των διαφόρων τμημάτων ενός νοσηλευτικού κτιρίου προϋποθέτει εξοικονόμηση χρόνου για το προσωπικό και τους ασθενείς. Είναι προφανή π.χ. τα πλεονεκτήματα από την γειννίαση των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και του ακτινοδιαγνωστικού ή του μαιευτηρίου και της μαιευτικής νοσηλευτικής μονάδας.

Ακόμη είναι προφανές ότι η ορθή χωροθέτηση των τμημάτων ενός νοσηλευτηρίου στο οικοπέδο είναι δυνατό να διευκολύνει την λειτουργία και τις κινήσεις προσωπικού και ασθενών περιορίζοντας αφενός μεν την απώλεια χρόνου, αφετέρου δε τα, σε αντίθετη περίπτωση, απαιτούμενα πρόσθετα οργανωτικά μέτρα π.χ. άμεση είσοδος προσέλευση εξωτερικών ασθενών, εξεύρεση ορθής θέσης για την είσοδο της τροφοδοσίας και την αποκομιδή των απορριμμάτων κτλ.¹³

Η συμβολή στον περιορισμό των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων

Λέγεται για την Γαλλία, ότι πέραν των όσων γράφονται στις επίσημες στατιστικές, στις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις οφείλεται αριθμός θανάτων μεγαλύτερος εκείνου που προξενούν τα τροχαία ατυχήματα.

Στη χώρα μας, που κατέχει το θλιβερό ευρωπαϊκό πρωτείο των θανάτων από τροχαία, ελπίζουμε ότι αυτό δεν επαληθεύεται.

Είναι δεκτό διεθνώς, ότι η μείωση του ποσοστού των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων είναι συνάρτηση της βελτίωσης των πρακτικών νοσηλείας και θεραπείας που εφαρμόζονται από το προσωπικό και συνεπώς είναι ίσως δύσκολο να κατανοηθεί άμεσα η συμβολή του αρχιτεκτονικού σχεδιασμού στην προσπάθεια αυτή.

Ο ορθός αρχιτεκτονικός σχεδιασμός συμβάλλει στην τήρηση της πειθαρχίας του προσωπικού, ως χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί ο σχεδιασμός πολύπλοκων τμημάτων, όπως είναι το συγκρότημα χειρουργείων και της κεντρικής αποστείρωσης, όπου ο αρχιτεκτονικός σχεδιασμός καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις κινήσεις και την συμπεριφορά του προσωπικού και ακόμη εξαναγκάζει στην τήρηση της πειθαρχίας.

Φυσικά στο σημείο αυτό υπεισέρχεται ο παράγων της γνώσης και ο βαθμός ενημέρωσης του υπεύθυνου αρχιτέκτονα, που θα πρέπει να λάβει υπόψη του τις νεότερες αντιλήψεις αντί να

Επαναπαύεται στις συνήθως χρησιμοποιούμενες πρακτικές, που βασίζονται στις προ τριακονταετίας γνώσεις. Ως παράδειγμα θα αναφέρουμε εδώ, το κατά κόρον σχεδιασμένο στο παρελθόν σύστημα δύο διαδρόμων – καθαρού και ακαθάρτου – του συγκροτήματος χειρουργείων, πού παρά το γεγονός ότι νεότερες επιστημονικές έρευνες απέδειξαν προ πολλού ότι είναι εσφαλμένο, συνεχίζεται να προτείνεται για χρήση στη χώρα μας.¹³

Εσωτερική διαίρεση νοσοκομείων

Κάθε νοσοκομείο εσωτερικά διαιρείται στους εξής χώρους.¹⁴

1. Αίθουσα Διοικητικού Συμβουλίου.
2. Γραφείο του Διευθυντή.
3. Γραφείο του Υποδιευθυντή.
4. Γραφείο του Γραμματέα και των Υπαλλήλων.
5. Γραφείο του Προϊστάμενου Οικονομικών Υπηρεσιών και των Υπαλλήλων του.
6. Γραφείο Διευθυντών Κλινικών.
7. Γραφείο Διευθύνουσας και Υποδιευθύνουσας Αδελφής.
8. Νοσηλευτικές Μονάδες ή Τμήματα.
9. Κεντρική Αποστείρωση.
10. Εξωτερικά Ιατρεία.
11. Τμήμα Εισαγωγής Ασθενών.
12. Χειρουργείο.
13. Εργαστήρια.
14. Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας.
15. Φαρμακείο.
16. Εκκλησία.
17. Νεκροθάλαμος..
18. Μαγειρεία.
19. Πλυντήριο.
20. Σιδερωτήριο.
21. Ραφείο.
22. Γραφείο Τεχνικής Υπηρεσίας.
23. Αποθήκες Υλικού.
24. Μηχανοστάσιο.
25. Τραπεζαρία Προσωπικού και Επισκεπτών.
26. Οίκημα Αδελφών. Αυτό αποτελεί συνήθως ανεξάρτητο κτίριο και σήμερα τείνει να εκλείψει η λειτουργία του.

Ανάλογα με το είδος του νοσοκομείου , είναι δυνατό να υπάρχουν και άλλες υποδιαίρεσεις, όπως τμήμα φυσικοθεραπείας για τα ορθοπεδικά νοσοκομεία και εργασιοθεραπείας για τα ψυχιατρεία κλπ.

Κεφάλαιο 5^ο

Νοσηλευτική μονάδα

Νοσηλευτική μονάδα ή τμήμα είναι ένας μικρός χώρος του νοσοκομείου, όπου νοσηλεύονται 30-50 ασθενείς.

Ο τρόπος λειτουργίας τόσο της νοσηλευτικής μονάδας, όσο και των άλλων τμημάτων ενός νοσοκομείου, καθώς χειρουργείου, εξωτερικών ιατρείων κλπ. ρυθμίζεται από τη νοσηλευτική υπηρεσία, της οποίας προϊστάται η Διευθύνουσα αδελφή του νοσοκομείου.

Εσωτερική διαίρεση νοσηλευτικής μονάδας

Κάθε νοσηλευτική μονάδα περιέχει τους ακόλουθους χώρους.

- α) Θάλαμοι. Σ' αυτούς νοσηλεύονται οι ασθενείς.
- β) Ένα ή και περισσότερα μικρά δωμάτια, τα οποία ονομάζονται απομονώσεις. Σ' αυτά νοσηλεύονται ασθενείς οι οποίοι έχουν ανάγκη ησυχίας ή εντατικής νοσηλείας, καθώς και ασθενείς με δύσσομες εκροές ή απεκκρίσεις.
- γ) Δωμάτια αλλαγής ή νοσηλείας, στα οποία γίνεται η προετοιμασία για τις διάφορες νοσηλείες καθώς και η τακτοποίηση των αντικειμένων μετά την εκτέλεση της νοσηλείας.
- ε) Βοηθητικοί χώροι (λουτρά, αποχωρητήρια κλπ.) .
- στ) Αποθήκη υλικού.
- ζ) Γραφείο προϊσταμένης νοσηλεύτριας και νοσηλευτών .
- η) Γραφείο ιατρών .

Απαραίτητη για κάθε νοσηλευτική μονάδα είναι η αίθουσα αναμονής για την παραμονή των επισκεπτών καθώς και των ασθενών. Ευχάριστη επίσης για τους περιπατητικούς ασθενείς είναι η ύπαρξη τραπεζαρίας.

Της νοσηλευτικής μονάδας προϊστάται η προϊσταμένη νοσηλεύτρια , την οποία βοηθάει η υπεύθυνη νοσηλεύτρια. Ανάλογα με τον αριθμό των κλινών της νοσηλευτικής μονάδας, καθώς και το είδος των ασθενών που νοσηλεύονται σ' αυτήν υπάρχει ορισμένος αριθμός αδελφών νοσοκόμων, γραφέας και ακόμη βοηθοί θαλάμων και το βοηθητικό προσωπικό, το οποίο αποτελείται από προσωπικό καθαριότητας και τραπεζοκόμους.

Η καλή λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας εξαρτάται από την επάρκεια σε κατάλληλα προετοιμασμένο προσωπικό, την ευσυνειδησία, την καλή συμπεριφορά και συνεργασία όλων των εργαζόμενων στο νοσοκομείο καθώς και από την πειθαρχία και την τήρηση της ιεραρχίας.

Η προϊσταμένη αδελφή με τη συμπεριφορά της, τη διδασκαλία της και κύρια με το παράδειγμα της εμπνέει το προσωπικό της μονάδας, βοηθάει και συντελεί στην καλή εξέλιξη και απόδοσή του.

Η ίδια εμπνέει στους υφιστάμενούς της την ιδέα και την πίστη ότι η εργασία τους, τόσο η δική της όσο και του υπόλοιπου προσωπικού, είναι ύψιστης σημασίας για την ομαλή λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας, την καλή νοσηλεία και την εξυπηρέτηση των ασθενών. Με τη βοήθεια δε όλων ο ασθενής θα γίνει σύντομα καλά και θα επιστρέψει υγιής στην οικογένειά του και στην κοινωνία.

Η προϊσταμένη αδελφή πρέπει να έχει καλή επαγγελματική κατάρτιση, διοικητική ικανότητα και ψυχικά προσόντα. Ακόμη πρέπει να έχει κατανόηση, καλοσύνη, να γνωρίζει πώς να συμπεριφέρεται και πώς να αντιμετωπίζει τις διάφορες δυσκολίες.

Δεν θα ήταν υπερβολή, αν παρομοίαζε κανείς τη νοσηλευτική μονάδα με ανθρώπινο σώμα και την προϊσταμένη αδελφή με τη ψυχή του σώματος.

Ο θάλαμος του ασθενούς

Αυτός αποτελεί το περιβάλλον, στο οποίο παραμένει ο ασθενής κατά το διάστημα της ασθένειάς του στο νοσοκομείο.

Σήμερα η εσωτερική διαρρύθμιση και διακόσμηση του νοσοκομείου έχει υποστεί βασικές αλλαγές. Μόλις πριν από λίγα χρόνια τα νοσοκομεία εσωτερικά ήταν γυμνά και παντού δέσποζε το λευκό χρώμα. Στις μέρες μας καταβάλλεται προσπάθεια το νοσοκομείο να προσεγγίσει το περιβάλλον του σπιτιού.

Στην προσπάθεια αυτή οι συνήθως μεγάλοι θάλαμοι των ασθενών με αριθμό κλινών 10-30 σχεδόν αντικαταστάθηκαν από μέτριους θαλάμους με αριθμό κλινών 6 έως 8. Την τρίτη κατηγορία θαλάμων αποτελούν οι μικροί θάλαμοι με αριθμό κλινών 3 έως 5. Τέλος υπάρχουν τα δωμάτια θέσεων, στα ο αριθμός κλινών κυμαίνεται από 1 έως 3 σε κάθε δωμάτιο.

Τόσο οι μεγάλοι θάλαμοι, όσο οι μέτριοι και οι μικροί έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.¹⁴

Πλεονεκτήματα μεγάλων θαλάμων

- Η παρακολούθηση, η νοσηλεία και η βοήθεια των ασθενών επιτυγχάνεται με μικρό αριθμό αδελφών.
- Οι ασθενείς αλληλοβοηθούνται και εμπυχώνονται.

Μειονεκτήματα μεγάλων θαλάμων

- Η ησυχία του θαλάμου γίνεται προβληματική.
- Η καθαριότητα και η τάξη του θαλάμου επιτυγχάνεται πολύ δύσκολα.
- Είναι δύσκολος ο διαχωρισμός των ασθενών ανάλογα με τη βαρύτητα της καταστάσεως και το είδος των περιστατικών. Έτσι γίνεται αναπόφευκτος ο δυσμενής επηρεασμός των ασθενών μεταξύ τους.

Πλεονεκτήματα μικρών θαλάμων

- Εξασφαλίζεται μεγαλύτερη ησυχία, τάξη και καθαριότητα μέσα στο θάλαμο.
- Γίνεται ευκολότερος ο διαχωρισμός των ασθενών, ανάλογα με τη βαρύτητα των περιστατικών.

Μειονεκτήματα μικρών θαλάμων

- Χρειάζεται μεγάλος αριθμός αδελφών για την καλή παρακολούθηση, νοσηλεία και βοήθεια των ασθενών.
- Ο ασθενής δεν έχει την ευκαιρία να δει άλλον ασθενή αναρρωνύοντα από ασθένεια, εξαιτίας της οποίας και ο ίδιος νοσηλεύεται, για να εμψυχωθεί.

Απαραίτητοι όροι, οι οποίοι δημιουργούν κατάλληλο περιβάλλον για τον ασθενή και παρέχουν δυνατότητα προσφοράς κατάλληλης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας σ' αυτόν είναι:

α) Ευρύχωρος θάλαμος. Αυτό βοηθάει στο να υπάρχει απόσταση τουλάχιστο 0.50 του μέτρου μεταξύ των δύο κρεβατιών και στο να μπορεί να τοποθετηθεί παραπέτασμα (παραβάν) το οποίο θα προστατεύει τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εκτελέσεως των νοσηλειών.

β) Ευάερος και ευήλιος θάλαμος.

γ) Θάλαμος μακριά από θορύβους.

δ) Θάλαμος με ελεύθερο ορίζοντα.

Πρέπει ακόμη να υπάρχουν μονώσεις για την εξασφάλιση περισσότερης ησυχίας. Το χρώμα των τοίχων να είναι κατά προτίμηση ανοιχτό (όχι λευκό), για να ξεκουράζει τον ασθενή. Το δάπεδο του θαλάμου να είναι στρωμένο με μωσαϊκό, μάρμαρο ή πλαστικό για τον εύκολο και καλό καθαρισμό του.

Οι γωνίες των τοίχων και της οροφής να είναι στρογγυλές, για να μη συγκεντρώνονται εκεί σκόνη και έντομα και να και να καθαρίζονται εύκολα. Η οροφή να είναι ασβεστωμένη και απλή (χωρίς σχέδια και γύψινες διακοσμήσεις), για να καθαρίζεται εύκολα και να αποφεύγεται η κόπωση του ασθενούς με τη συνεχή προσήλωσή του σ' αυτήν.

Προτιμάται οι θάλαμοι να έχουν εξώστες, για να βγαίνουν οι ασθενείς και παραμένουν στον ήλιο και τον καθαρό αέρα, όταν η κατάστασή τους το επιτρέπει.

Το φυσικό περιβάλλον και ο ασθενής

Έχει αποδειχτεί ότι το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς επηρεάζει την ψυχική και διανοητική κατάσταση του, η οποία στη συνέχεια αποτελεί σπουδαίο παράγοντα για την ανάρρωση και θεραπεία του.

Το άμεσο περιβάλλον κάθε ατόμου αποτελούν η θερμοκρασία, η υγρασία της ατμόσφαιρας και ο αερισμός της. Ο φωτισμός, η κακοσμία, ο θόρυβος ή η ησυχία και η καλαισθησία διαμορφώνουν το φυσικό περιβάλλον του ασθενούς.

Αερισμός του θαλάμου του ασθενούς

Αερισμός είναι η αντικατάσταση του ακάθαρτου αέρα ενός χώρου με καθαρό. Καθαρός είναι ο αέρας ο οποίος περιέχει οξυγόνο(O₂) 21%, όζο (O₃) 0.8%, άζωτο (N) 78%, διοξείδιο του άνθρακα (CO₂) 0.04% κ.α.

Καθαρός πρέπει να είναι ο εισπνεόμενος αέρας.

Ακάθαρτος είναι ο εμπνεόμενος αέρας, ο οποίος περιέχει οξυγόνο(O₂) 16.3% άζωτο (N) 70%, διοξείδιο του άνθρακα (CO₂) 4%, όζο (O₃) 0.8%, ακόμη και ο αέρας στον οποίο αιωρείται σκόνη ή είναι δύσσομος.

Ο αερισμός ενός χώρου γίνεται με φυσικά και τεχνητά μέσα. Φυσικά μέσα αερισμού είναι το άνοιγμα των παραθύρων και των θυρών. Τεχνητά μέσα είναι το air condition και ο εξαεριστήρας.

Ο αερισμός του θαλάμου του ασθενούς επιβάλλεται να γίνεται κατά το διάστημα του πρωινού και απογευματινού στρωσίματος του κρεβατιού, μετά τη χορήγηση δοχείου, μετά την αποχώρηση επισκεπτών, πριν από το νυχτερινό ύπνο, μετά τις αλλαγές τραυμάτων κλπ.

Ο αερισμός, τέλος, του θαλάμου του ασθενούς, πρέπει να γίνεται σε όλο το διάστημα του 24ωρου. Ο τακτικός και καλός αερισμός του θαλάμου αποτελεί βασικό καθήκον της αδελφής. Την ώρα του αερισμού η αδελφή πρέπει να φροντίζει να είναι καλά σκεπασμένοι οι ασθενείς, μακριά από ρεύματα και, στην ανάγκη, να τους προστατεύει με παραβάν.

Θερμοκρασία του θαλάμου του ασθενούς

Τόσο ο καθαρός αέρας, όσο και η κατάλληλη θερμοκρασία του περιβάλλοντος του ασθενούς συντελούν στην άνετη διαμονή του στο νοσοκομείο. Πολλές φορές η έλλειψή τους επηρεάζει την πορεία της ασθένειας.

Η κατάλληλη θερμοκρασία του θαλάμου στη διάρκεια της μέρας κυμαίνεται μεταξύ 17-20 οC, ενώ τη νύχτα πρέπει να είναι λίγους βαθμούς χαμηλότερη από την αντίστοιχη της μέρας, ποτέ όμως κατώτερη από 12 βαθμούς. Η θερμοκρασία όμως θαλάμου όπου νοσηλεύονται ασθενείς με νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος δεν πρέπει να ξεπερνά τους 15 βαθμούς σ'όλο το διάστημα του 24ωρου.

Η θέρμανση ενός χώρου γίνεται με ποικίλους τρόπους, όπως:

- Με την κεντρική θέρμανση. Αυτή πραγματοποιείται με το καλοριφέρ και το ερκοντίσιον.

Και τα δύο έχουν σαν αποτέλεσμα την ομοειδή θέρμανση σ'ολόκληρο το κτίριο. Με την ομοειδή θέρμανση όλου του κτιρίου αποφεύγονται οι ψύξεις ασθενών και διατηρείται σε φυσιολογικό όριο η υγρασία της ατμόσφαιρας και, έτσι, αποφεύγεται ο ερεθισμός του βλεννογόνου του αναπνευστικού συστήματος από τη ξηρότητα της ατμόσφαιρας. Τέλος, με την κεντρική θέρμανση δεν ελευθερώνονται στο θάλαμο του ασθενούς δηλητηριώδη αέρια από την καύση θερμαντικών ουσιών, όπως πετρέλαιο, ξυλάνθρακες κλπ. Και γι'αυτό η ρύθμιση της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος με κεντρική εγκατάσταση air condition είναι η ιδεωδέστερη.

- Θέρμανση με εστίες, δηλαδή θερμάστρες (πετρελαίου, ξύλων) κλπ

Η παραγόμενη θέρμανση επεκτείνεται σε περιορισμένη ακτίνα γύρω από την πηγή της και οι απομονωμένοι ασθενείς δε ζεσταίνονται. Η ατμόσφαιρα ξεραίνεται, γι'αυτό πρέπει να τοποθετείται πάνω στη θερμάστρα δοχείο που περιέχει νερό με μεγάλο ανοιχτό στόμιο, ώστε οι υδρατμοί που παράγονται με το βρασμό του νερού να υγραποιούν την ατμόσφαιρα.

Επιπρόσθετα η εμφάνιση δηλητηριωδών αερίων στην ατμόσφαιρα από τα προϊόντα της καύσεως κάνουν τον τρόπο αυτό της θερμάνσεως επικίνδυνο και γι'αυτό ακατάλληλο για ασθενείς.

Τεχνικός φωτισμός του θαλάμου του ασθενούς

Τα μέσα τεχνητού φωτισμού ενός χώρου είναι πολλά, καθώς κεριά, λάμπες λαδιού και πετρελαίου, ηλεκτρικός φωτισμός κλπ.

Ο τεχνητός φωτισμός του θαλάμου με ηλεκτρικό ρεύμα είναι ο καλλίτερος, γιατί είναι ομοιόμορφος, επαρκής (δίνει άπλετο φως και δεν κάνει κακό στα μάτια), ευχάριστος και δεν επηρεάζει τη σύνθεση του αέρα.

Σήμερα, ένεκα των πολλών πλεονεκτημάτων, έχει επικρατήσει σαν μέσον φωτισμού των νοσοκομείων ο ηλεκτρικός φωτισμός.

Τέλος, είναι καλό να γνωρίζει η αδελφή ότι το άφθονο και έντονο φως προκαλεί δυσφορία και εκνευρισμό στον ασθενή και γι' αυτό ενδείκνυται το σύστημα του πλάγιου φωτισμού. Ακόμη, σε ειδικούς θαλάμους, όπως είναι οι θάλαμοι εντατικής νοσηλείας, υπάρχει ειδικό σύστημα πλάγιου φωτισμού με ρυθμιζόμενη ένταση.¹⁴

Θόρυβος

Αν ο θόρυβος προκαλεί σωματική κούραση, νευρικές και ψυχικές διαταραχές στο υγιές άτομο, ενοχλεί ιδιαίτερα τους ασθενείς. Δυστυχώς τα νοσοκομεία είναι οι πιο θορυβώδεις χώροι των πόλεων, αν και γίνονται προσπάθειες να μειωθεί ο θόρυβος με μονωτικά υλικά, λαστιχένιους τροχούς στα τροχοφόρα κλπ.

Τα δυνατά γέλια, οι ομιλίες, τα θορυβώδη βαδίσματα, τα ραδιόφωνα, η τηλεόραση και άλλες πηγές θορύβου πρέπει να αποφεύγονται και να επικρατεί ατμόσφαιρα ηρεμίας και, όσο είναι δυνατό, ησυχίας στο νοσοκομείο.

Δυσσομία

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον υπάρχουν πολλές πηγές δυσσομίας όπως π.χ. οι εκροές και παροχετεύσεις των τραυμάτων, οι επιδρώσεις, οι εμετοί, οι αποχρέμψεις και άλλα. Τα μέτρα που συνίστανται για την εξουδετέρωση της δυσσομίας είναι ο καλός αερισμός, η καθαριότητα, η άμεση απομάκρυνση του δοχείου και άλλων χρησιμοποιηθέντων υλικών καθώς και η χρήση αποσμητικών ουσιών.

Κεφάλαιο 6^ο

Το νοσοκομείο στην Ελλάδα σήμερα

Στην Ελλάδα λειτουργούν 130 νοσοκομεία, από τα οποία τα 105 είναι γενικά και τα υπόλοιπα 25 ειδικά. Στους αριθμούς αυτούς δεν συμπεριλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία.

Κτιριακή υποδομή - εγκαταστάσεις

Εάν ξεκινήσουμε κατ'αρχήν από τη θέση, που έχει επιλεγεί για την εγκατάσταση των νοσοκομείων, διαπιστώνουμε τον ευκαιριακό τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίστηκε μέχρι σήμερα το θέμα αυτό. Το φαινόμενο αυτό βέβαια δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της χώρα μας. Χαρακτηριστικές είναι οι επισημάνσεις του McKeown(1966) ότι «νοσοκομεία κτίζονται με τον πιο επεισοδιακό και πολλές φορές ανεύθυνο τρόπο: με την προσφορά κάποιας διαθήκης, με τη συγκατάθεση κάποιου δωρητή, με βάση τα σχέδια ομάδων νέων γιατρών για να αυξήσουν τις προοπτικές της σταδιοδρομίας τους ή από την επιθυμία κάποιας κοινότητας να έχει το «δικό της» νοσοκομείο. Η τακτική αυτή καθόρισε τη θέση, το μέγεθος και το χαρακτήρα πολλών νοσοκομείων, λαμβάνοντας υπόψη ελάχιστα τις ανάγκες των ασθενών, καθώς και το γεγονός ότι με τον τρόπο αυτό ο χαρακτήρας των παρεχομένων υπηρεσιών τους θα παρέμενε σταθερός τουλάχιστον για ένα αιώνα. Τα αποτελέσματα αυτής της απρογραμματίστης ανάπτυξης είναι καταστροφικά».

Παράλληλα, όμως πρέπει να σημειωθεί ότι η διαμόρφωση αντικειμενικών κριτηρίων για το θέμα αυτό, φαίνεται ότι η συναντά σημαντικές δυσκολίες, τόσο εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που έχουν οι πολλαπλές δραστηριότητες που αναπτύσσονται σ'ένα νοσοκομείο, ο τοπικός και ταυτόχρονα ευρύτερος χαρακτήρας των προσφερομένων υπηρεσιών τους, η αντιφατικότητα συχνά της υπάρχουσας κατάστασης, αλλά και η απουσία έρευνας και τεκμηριωμένων απόψεων. Οι αποφάσεις στον τομέα αυτό είναι είναι αποσπασματικές και καλύπτουν συνήθως τρέχουσες πιεστικές ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές εμποδίζουν φυσικά, έτσι με τη χωροθέτησή του και την αναζήτηση της καλύτερης δυνατής θέσης.

Με εξαίρεση μικρό αριθμό νοσοκομείων, μεταξύ των οποίων τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία Ιωαννίνων, Πάτρας και Ηρακλείου, πολλά από τα

άλλα νοσοκομεία στεγάζονται σε κτίρια πολύ παλαιά ή σε κτίρια που προορίζονταν για άλλες χρήσεις και μετατράπηκαν στη συνέχεια σε νοσοκομεία. Οι συνεχείς επεμβάσεις στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό και οι μεγάλης κλίμακας, μετατροπές και επεκτάσεις τους, που κατά καιρούς επιχειρήθηκαν και συνεχίζονται σήμερα ακόμη, δεν ήταν πάντοτε οι κατάλληλες, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικότερες ελλείψεις στην κτιριακή τους υποδομή, που βέβαια επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία τους, καθώς και την ποιότητα των παρεχομένων από αυτά υπηρεσιών.⁵

Σύγχρονη τεχνολογία πρόκληση και πρόβλημα

Ο εξοπλισμός σήμερα των νοσοκομείων με μηχανήματα, συσκευές και όργανα υψηλής τεχνολογίας, παρά τον εκσυγχρονισμό που σημείωσε την τελευταία δεκαετία με την ταχεία διάδοση και στην Ελλάδα της βιοϊατρικής τεχνολογίας, δεν κρίνεται ως ικανοποιητικός, αφού τα νοσοκομεία βρίσκονται συχνό σε αδυναμία να καλύψουν από μόνα τους πλήρως τις απαιτήσεις για διάγνωση και θεραπεία των ασθενών τους και αναγκάζονται γι' αυτό να προσφεύγουν στη βοήθεια του ιδιωτικού τομέα. Οι ανισότητες επίσης που παρατηρούνται στην κατανομή της βιοϊατρικής τεχνολογίας μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων, υποδηλώνει την απουσία κεντρικού σχεδιασμού, καθώς και την έλλειψη αντικειμενικών κριτηρίων και κανόνων για την διάχυσή της ενώ ελάχιστο ή πολύ μικρό βάρος δίδεται σε παραμέτρους όπως η επιλογή, η ιατρική αποτελεσματικότητα, η οικονομική αποδοτικότητα, η αξιοπιστία και ακρίβεια, αλλά και επίσης η ανταπόκρισή της στις ανάγκες του πληθυσμού.

Παράλληλα, η απουσία από τα νοσοκομεία του απαραίτητου για την προληπτική συντήρηση, επισκευή και γενικά τεχνική υποστήριξη των μηχανημάτων και συσκευών αυτών υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας εξειδικευμένου προσωπικού, περιορίζει δραστικά την μακροβιότητα τους, όπως και την ανταποδοτικότητα των σημαντικών πόρων που κάθε φορά διατίθενται για την προμήθεια αυτών.⁵

Το ανθρώπινο δυναμικό

Τέλος, και αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει σήμερα τα νοσοκομεία, αυτό, σε σχέση με παλαιότερες εποχές, είναι βέβαια αριθμητικά περισσότερο, εξακολουθεί όμως να μην επαρκεί, ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό, για την κάλυψη των αυξημένων απαιτήσεων που προβάλλουν οι νέες σύγχρονες μορφές νοσηλείας και περίθαλψης. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η επιμόρφωση του προσωπικού, σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη

και εξέλιξη τόσο του ίδιου του προσωπικού, όσο και της λειτουργίας του Οργανισμού – Νοσοκομείου, βασίζεται ακόμη στην καλή διάθεση και τις οικονομικές δυνατότητες των υπαλλήλων, μια και κανένας κεντρικός σχεδιασμός, αλλά ούτε και κίνητρο ουσιαστικό υπάρχει. Πολιτικές και τεχνικές, με τις οποίες οι διαχειριστές θα μπορούσαν να επιτύχουν ικανοποιητική απόδοση από τους υφισταμένους τους, είναι δυστυχώς άγνωστες στο νοσοκομειακό χώρο, όπως και αυτές που αφορούν την προσέλκυση και επιλογή του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού, τον καθορισμό στόχων, τη συμμετοχική διοίκηση κλπ.

Το σύγχρονο νοσοκομείο, όπως αναφέρθηκε ήδη, γίνεται όλο και περισσότερο πολύπλοκο. η επέκταση των δραστηριοτήτων και η αύξηση των μεγεθών του, οδήγησε σε όλο και μεγαλύτερες ανάγκες σε προσωπικό, εξοπλισμό, αλλά και σε σύνθετες διαδικασίες λειτουργίας

Η εισαγωγή νέων, σύγχρονων μεθόδων διοίκησης – διαχείρισης, με παράλληλη ανάπτυξη εκείνων των λειτουργικών διασυνδέσεων που θα επιτρέψουν τη συνεχή ροή υπηρεσιών και πληροφοριών, αποτελούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την ποιοτική αναβάθμιση του παραγόμενου έργου και την αύξηση της αποτελεσματικότητάς του.

Η συμβολή του ανθρώπινου παράγοντα στην εκπλήρωση των παραπάνω προϋποθέσεων είναι πρωταρχική, μια και αποτελεί το σημαντικότερο συντελεστή παραγωγής στον Υγειονομικό Τομέα, και τον κύριο φορέα σχεδιασμού, εφαρμογής και μετασχηματισμού. Ο ρόλος που καλείται σήμερα να παίξει το στελεχιακό Υγειονομικό δυναμικό είναι καθοριστικός για την πορεία και ορθολογική ανάπτυξη του νοσοκομειακού τομέα στη χώρα μας. Έτσι το management, δηλαδή η ικανότητα των διοικούντων να συμβάλλουν θετικά στον μετασχηματισμό και εξέλιξη, καθώς και στην αποτελεσματική ανάπτυξη και πρόοδο κάθε επιμέρους Υπηρεσίας Υγείας, αξιοποιώντας πλήρως το ανθρώπινο δυναμικό τους, έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα και σημασία.

Οι συνθήκες, όμως, κάτω από τις οποίες καλούνται τα στελέχη των νοσοκομείων να εφαρμόσουν σήμερα οποιαδήποτε μορφή management χαρακτηρίζονται από:

- κτιριακή υποδομή, που είναι αποτέλεσμα σταδιακής και εξελικτικής διαδικασίας, η οποία όμως δεν πληρεί συχνά τις λειτουργικές προδιαγραφές και προτεραιότητες.

- εξοπλισμό ανισοβαρή από πλευράς μεγεθών, χρόνου κατασκευής-απόκτησης και αναγκών συντήρησης

- θεσμικό πλαίσιο απαρχαιωμένο, με ασφυκτικό έλεγχο του δημόσιου λογιστικού, δύσκαμπτους κανόνες και αλληλοσυγκρουόμενες πρακτικές, με ιδιαίτερη έξαρση της γραφειοκρατίας,

- μόνιμες καταστάσεις σύγχυσης, όσον αφορά τους ρόλους και αρμοδιότητες των εκάστοτε Διοικήσεων και Διευθύνσεων,

- μη συμμετοχή τους στον προσδιορισμό οποιουδήποτε στόχου σε μικροεπίπεδο νοσοκομείου, όπως και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, σχετικών με την υλοποίησή τους,

- συγκρούσεις μεταξύ των τριών Υπηρεσιών (ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής), ως αποτέλεσμα της πολυδιάστατης διεύθυνσης του χώρου που υπάρχει σήμερα,

- μη συμμετοχή των ιεραρχικά υπευθύνων στην επιλογή, αλλά και εξέλιξη των συνεργατών τους, αφού τόσο η επιλογή, όσο και η εξέλιξη τους γίνεται σύμφωνα με τις διαδικασίες που προβλέπει το δημοσιονομικό καθεστώς, που ισχύει σήμερα,

- αδυναμία, αντικειμενική, κατάρτισης και εκτέλεσης πραγματικού και «βέβαιου» Προϋπολογισμού, είναι γνωστό μόνο στο τέλος της οικονομικής χρήσης,

- συγκρούσεις και αντιθέσεις, που είναι συνυφασμένες με την ασάφεια των καθηκόντων και υποχρεώσεων των εργαζομένων, αφού δεν υπάρχει ακόμη σαφές καθηκοντολόγιο,

- παντελή έλλειψη κινήτρων για τους ίδιους και τους συνεργάτες τους, αλλά και έλλειψη οποιουδήποτε συστήματος αποτίμησης – αξιολόγηση του έργου τους,

Κάτω από τις συνθήκες αυτές νομίζουμε ότι τα περιθώρια άσκησης ορθολογικού management, είναι αναγκαστικά πολύ περιορισμένα και η συμβολή του ανθρώπινου, παρά την σπουδαιότητα που της αποδίδεται, δυστυχώς, εκ των πραγμάτων είναι αποδυναμωμένη.⁸

Κεφάλαιο 7^ο

Η επιστήμη της Νοσηλευτικής

Η Νοσηλευτική είναι *έργο* που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.¹⁴

Η Νοσηλευτική είναι *προσφορά υπηρεσίας* προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθάει εκείνον που βρίσκεται σ' ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, δηλαδή σε προνοσηρή κατάσταση, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Ανιχνεύει και ανευρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας ή και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Και τέλος φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπον ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας του ή να έχει ειρηνικά τα τέλη της ζωής του. Το μοναδικό έργο της αδελφής νοσοκόμου, όπως περιγράφει η Henderson, είναι η βοήθεια του ατόμου, υγιούς ή ασθενούς, για όσο διάστημα χρειάζεται στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία ή την αποκατάσταση της ή ακόμη και στον ειρηνικό θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές θα εκτελούσε το ίδιο το άτομο αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση.¹⁵

Η Νοσηλευτική είναι υπεύθυνο *κοινωνικό έργο*. Αποβλέπει στην περιφρούρηση και τη φροντίδα της ανθρώπινης υγείας, που αποτελεί μέγιστο συντελεστή στην πολυμερή ανάπτυξη της κοινωνίας και τη δημιουργία ανώτερου πολιτισμού. Την κοινωνική διάσταση της νοσηλευτικής τονίζει και η καθηγήτρια Hildegard Peplau, όταν γράφει ότι η νοσηλευτική είναι δύναμη που προάγει την ωρίμανση και την κίνηση της προσωπικότητας του ανθρώπου προς τη δημιουργική, οικοδομητική, παραγωγική, προσωπική και κοινωνική ζωή. Εξάλλου αυξάνει την κοινωνική σημασία της νοσηλευτικής ο διαπροσωπικός χαρακτήρας της. Δηλαδή, το γεγονός ότι είναι υπηρεσία ανθρώπου προς άνθρωπο και προσφέρεται πάντοτε μέσα σε κλίμα διαλόγου, συνεργασίας και διαπροσωπικών σχέσεων με απεριόριστες δυνατότητες επιδράσεως στον χαρακτήρα και την ψυχολογία του αρρώστου.

Η Νοσηλευτική είναι *έργο αγάπης*, πίστεως και υπομονής. Βασίζεται σε πνευματικά θεμέλια και εμπνέεται από χριστιανικά ιδεώδη. Είναι η επιστήμη της αγάπης. Συγγενεύει με το έργο της μητέρας και την πράξη του «Καλού Σαμαρείτου». Είναι παρουσία εφαρμοσμένης αγάπης. Προσφέρει διακονία, άνεση,

συμπαράσταση, άμεση βοήθεια, ανακούφιση, παρηγοριά, προστασία, αναστήλωση ψυχική και διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας.

Η Νοσηλευτική είναι *επιστήμη και τέχνη*, θεωρία και πράξη. Γι' αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τη νοσοκόμο τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Παντού και πάντοτε να είναι σε θέση να ανταποκρίνεται στην εξυπηρέτηση της υγείας του ανθρώπου με ζήλο και ηρωισμό. Όστε να ανανεώνονται τα γηρατειά, να υπερνικάτε η αρρώστια, οι κατάκοιτοι να σηκώνονται και οι άρρωστοι να αισθάνονται δυνατοί, σύμφωνα με τον λόγο:

«Γήρας ανακαινίζεται, και αρρώστια νικάται, και πηδῶσιν οι επικλίνης, και ασθενούντες περιζωννύονται δύναμιν»

Η Νοσηλευτική είναι έργο που καλλιεργεί την ψυχή, μορφώνει τη διάνοια και προάγει την ολοκλήρωση και αρτίωση της προσωπικότητας νοσοκόμου. Η νοσοκόμος ενώ νοσηλεύει και βοηθάει τον ασθενή να αναρρώσει από την ασθένειά του ή συνεργάζεται με άτομα για την επίλυση προβλημάτων της υγείας του, ωφελείται και η ίδια. Ευρύνει τις γνώσεις και την πείρα της σχετικά με το μεγαλείο της αρχιτεκτονικής του ανθρώπινου οργανισμού. Επίσης σπουδάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις άυλες δυνάμεις της προσωπικότητας του ανθρώπου, πώς υπερβαίνει κρίσιμες καταστάσεις και πώς ανασυγκροτείται ψυχοσωματικά. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες αυτές οδηγούν την νοσηλεύτρια σε βαθύτερη αυτοκατανόηση, μεγαλύτερη ωριμότητα και θαυμασμό.⁴⁴

Η νοσηλεύτρια ,που σπουδάζει και ασκεί τη νοσηλευτική, αποκτά ανεκτίμητα εφόδια και άριστο εξοπλισμό για την προσωπική της ζωή, είτε στη φροντίδα μιας οικογένειας, είτε στην εκπλήρωση οποιασδήποτε αποστολής και σταδιοδρομίας.

Σαν συμπέρασμα όσων γράφηκαν εισαγωγικά, τονίζεται ότι η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη της υγείας με πνευματικές διαστάσεις.

Ανάπτυξη της Νοσηλευτικής κατά την μυθική εποχή

Από τότε που ο άνθρωπος άρχισε να χρησιμοποιεί το νου του (σχηματισμός εννοιών, κρίσεων, συλλογισμών) για να ερμηνεύει τον γύρω του κόσμο, πράγματα και φαινόμενα, παρατήρησε και διέκρινε τη σκοπιμότητα της νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο.

Με την πείρα και σιγά-σιγά, κατέληξε σε διαπιστώσεις ακόμα και από τυχαία περιστατικά και γεγονότα, π.χ. όποιος πονούσε στο κορμί από κρυολόγημα, θεραπευόταν με την τριβή. Έτσι ο ασθενής υποβαλλόταν, αντί της σημερινής τριβής σε βάνανυσα γρονθοκοπήματα.

Άλλο βασικό κίνητρο για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής ήταν ο νόμος της αυτοσυντήρησης, που αποτελεί θεμέλιο της ανθρώπινης ζωής. Από αυτόν τον νόμο πηγάζει με ενστικτώδη τρόπο η τάση για την διατήρηση της υγείας και έτσι ο άνθρωπος ωθήθηκε στην εξεύρεση των μέσων και τρόπων θεραπείας των ασθενών, στην ανάπτυξη δηλαδή της ιατρικής και παράλληλα της νοσηλευτικής.

Ακόμα ένα στοιχείο που συντέλεσε στην προαγωγή της Νοσηλευτικής ήταν το συμφέρον της ομάδας.

Ο αρχηγός της ομάδας που είχε αρρώστους και μάλιστα άνδρες διαισθανόταν τον αφανισμό της φυλής και γι' αυτό ο ίδιος και με τους ιερείς ή μάγους κ.λ.π. φρόντιζε για τη θεραπεία τους. Μέσα απ' αυτές τις προσπάθειες πάντα αναπτυσσόταν η Νοσηλευτική.

Όλα αυτά βέβαια ανάγονται σε εποχές από τους ιστορικούς χρόνους, δηλαδή πριν την αποκάλυψη της γραφής με συνέπεια να μην ελέγχεται η αλήθεια τους εύκολα από την επιστήμη.¹⁶

Η Νοσηλευτική στην Πρωτόγονη εποχή

Οι Γραίες.

Οι Γραίες ή Γερόντισσες, ηλικιωμένες γυναίκες, που εκτός από τη γυναικεία συναισθηματικότητα, διέθεταν και εξαιρετη πείρα εξαιτίας της ηλικίας τους γύρω από τα θέματα νοσηλείας των αρρώστων, πολλές δε απ' αυτές ήταν προικισμένες με κάποιες περίεργες και δυσερέυνητες ιδιότητες σωματικές και ψυχικές με τις οποίες επηρέαζαν το περιβάλλον δυσμενώς ή ευμενώς.

Οι Γερόντισσες αυτές γνωρίζουν να περιποιούνται τους ασθενείς κατακλείουν τον τραυματία, προσφέρουν αφειήματα, καταπραϊντικά κ.τ.λ., ακόμα σε καταφεύγουν σε εξορκισμούς για την αποβολή των δαιμονίων. Αυτές λοιπόν είναι οι πρώτες «Νοσηλεύτριες».¹⁶

Η Νοσηλευτική στην Προχριστιανική εποχή.

Οι Λαοί της Μεσοποταμίας.

Ο Ηρόδοτος παρέχει μαρτυρίες από έθιμα ιατρικά και νοσηλευτικά των διαφόρων λαών.

Οι γνώσεις γύρω από τις μεθόδους θεραπείας και νοσηλείας πηγάζουν κυρίως από εφτακόσιες περίπου πλάκες που ανακαλύφθηκαν σε ανασκαφές το 1849 και αποτελούν μέρος της μεγάλης βιβλιοθήκης του βασιλιά Σαρδανάπαλου.

Αυτές οι πλάκες τώρα τοποθετημένες στο Βρετανικό Μουσείο του Λονδίνου, είναι ιατρικού περιεχομένου και αποδεικνύουν ότι πιθανόν οι Βαβυλώνιοι να είχαν φτάσει σε υψηλό επίπεδο μεθόδων θεραπείας, μάλιστα δε, είχαν αναπτύξει ειδικότητες νοσηλείας. Διέθεταν δε σωρεία φαρμάκων, φυσικά, και ορυκτά.

Οι ιατροί σύμφωνα με τις μαρτυρίες, φαίνονται να είχαν προσεγγίσει τα όρια της επιστημονικής ιατρικής και νοσηλευτικής, αφού περιγράφουν θεραπείες με επιθέματα, επιδέσμους, μαλάξεις, πλύσεις τραυμάτων, δίαιτα και ανάπαυση, χρήση εμετικών και υπόθετων, συστάσεις ατομικής υγιεινής κ.τ.λ.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της ανακάλυψης κατά τις ανασκαφές στα Σούσα (1902) του Δικαστικού Κώδικα του Χαμουραμπί. Περιεχόμενό του οι νομικές διατάξεις που ρυθμίζουν θέματα θεραπείας και γενικά περί ιατρικής νοσηλευτικής δεοντολογίας.¹⁶

Η Νοσηλευτική στην Ελληνική εποχή.

Ο Ασκληπιός και τα Ασκληπιεία.

Ο Ασκληπιός είναι γνωστό ότι ανακηρύχθηκε δημόσια, το 420 π.Χ., θεότητα στην Αθήνα και για πολλούς αιώνες είχε εμπνεύσει σεβασμό μέχρι λατρείας.

Πολλοί ναοί με το όνομα «Ασκληπιεία» είχαν αναφερθεί προς τιμήν του, όπως οι περιφημότεροι στα Τρίκαλα, στην Κνίδα Μικράς Ασίας, στην Κυρήνη Λιβύης, στην Επίδαυρο Αργολίδας, στην Αθήνα και την Κω.

Μερικοί από τους ναούς του Ασκληπιού είχαν μετατραπεί σε σχολές ιατρικές της εποχής εκείνης, στις οποίες αρχικά υπήρχαν στοιχεία μαγείας, νέας δεισιδαιμονίας, σιγά-σιγά όμως με τις θετικές παρατηρήσεις άρχισαν να απομακρύνονται για να παραχωρήσουν τη θέση τους στην Επιστήμη.¹⁶

Η Νοσηλευτική στην Χριστιανική Εποχή.

Με την επικράτηση του ο Χριστιανισμός αποτέλεσε ένα σπουδαιότατο παράγοντα στην ανάπτυξη της Νοσηλευτικής. Αφού διαδόθηκαν και εμπεδώθηκαν οι Χριστιανικές αρχές της αγάπης, της φιλανθρωπίας, της αλληλοβοήθειας κ.τ.λ. στην πίστη του λαού, δημιουργήθηκαν οι καλύτερες συνθήκες για την οργάνωση προσφοράς νοσηλευτικών υπηρεσιών στους ασθενείς γενικά.

Τώρα η συμπάθεια και η συμπάρασταση προς τους πάσχοντες δεν θεωρούνταν σαν απλή αρετή και καθήκον, αλλά υποχρέωση και καθήκον. Οι νοσηλευτικές φροντίδες δεν προσφέρονταν μόνο από δούλους ή άλλα πρόσωπα κατώτερης τάξης, αλλά από όλους τους Χριστιανούς.

Στην πρώτη Χριστιανική περίοδο της Εκκλησίας που κατ'έξοχήν διδάσκονταν η ισότητα όλων των ανθρώπων ανεξάρτητα από γένος, φυλή, έθνος, θρησκεία κ.λ.π. βλέπουμε να οργανώνεται προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών από τις γυναίκες. Αυτές παράλληλα με τα εκκλησιαστικά τους καθήκοντα ασκούσαν και τη νοσηλευτική με το τίτλο των διακονισσών.

Πάντως μέχρι την ανακήρυξη του Χριστιανισμού ως επίσημη θρησκεία (4ο αιώνας μ.Χ.) οι πληροφορίες αναφορική με την οργάνωση της νοσηλευτικής είναι συγκεχυμένες και ελλιπείς, ενώ για τις μετέπειτα χρονικές περιόδους, έχουμε στοιχεία που μας επιτρέπουν την παρακολούθηση της εξέλιξης μέχρι σήμερα.¹⁶

Κεφάλαιο 8^ο

Θεμελιώδεις αξίες Νοσηλευτικής.

Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρξε πάντοτε μόνιμο, συνεπές και διαρκές σημείο στον πυρήνα της Νοσηλευτικής. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει πλούσια ιστορία αφομοίωσης και αποστολής στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας των ατόμων, οικογενειών και κοινωνιών. Ανατρέχοντας στα βάθη των αιώνων έχουμε μαρτυρίες ότι από την πρώτη αρχή η νοσηλευτική δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες.

Η δε πρόοδος της γίνεται αντιληπτή περισσότερο από την αφομοίωση του έργου της, την προσήλωση και τη συνεχή ανταπόκριση στις ανθρώπινες αξίες και απαιτήσεις.

Η νοσηλευτική σε όλα τα μέρη του κόσμου διατηρεί και εκφράζει με δικούς της τρόπους ορισμένες πεποιθήσεις και αξίες για την φύση του ανθρώπου, για την αξία και την έννοια της ανθρώπινης ζωής και της υγείας. Η βιβλιογραφία της κλασικής Ελλάδος και της Βυζαντινής περιόδου δείχνει, ότι ο αξιολογικός προσανατολισμός της νοσηλευτικής έχει επηρεαστεί από το ιατρικό και φιλοσοφικό Ελληνικό πνεύμα και μορφοποιήθηκε από την Χριστιανική πίστη και αγάπη, όπως είχε συλληφθεί το νόημά του από τους Βυζαντινούς.

Η ολιστική θεώρηση του ανθρώπου έχει την αρχή της στην Ιπποκρατική σκέψη. Αυτή η θεώρηση του ανθρώπου απέκτησε βαθύτερο και υψηλότερο νόημα με την χριστιανική ανθρωπολογική προοπτική. Η Χριστιανική αντίληψη θεωρεί τον άνθρωπο σαν βιοψυχοκοινωνικό και πνευματικό ον, μοναδική, ανεπανάληπτη, αναντικατάστατη και ασύγκριτη ύπαρξη με μοναδική και προσωπική ψυχή, που δεν μπορεί να ανταλλαγεί με ολόκληρο τον κόσμο. Εφόσον ο άνθρωπος έχει εσωτερική αξία, η νοσηλευτική δεν προσφέρει με όρους της υπηρεσίας της σύμφωνα με τα τυχαία χαρακτηριστικά και προνόμια του ανθρώπου, αλλά παρέχει φροντίδα χωρίς διάκριση, με αγάπη και ενδιαφέρον.⁴⁷

Η σύγχρονη νοσηλευτική διατηρεί την ίδια αξιολογική προοπτική και πλαίσιο αναφοράς. Έτσι, ανευρίσκονται οι ακόλουθες αξίες:

- Φιλεύσπλαχνη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον όλο νοσηλευόμενο άνθρωπο.
- Δέος για το δώρο της ζωής.
- Σεβασμός για την αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρώπινου όντως.

-
- Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.
 - Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
 - Συμβολή των νοσηλευτών στην βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.

Σε πολλά σύγχρονα διεθνή συνέδρια,, ιδιαίτερα ηθικής και δεοντολογίας, ακολουθούν δηλώσεις και τονίζονται σημαντικά σημεία στα οποία συμφωνούν όλοι. Ορισμένα περιλαμβάνουν τα εξής θέματα και συμπεράσματα:

- Το να «αγαπήσεις τον πλησίον σου ως σε εαυτόν» έχει μεγαλύτερη σημασία τώρα παρά ποτέ άλλοτε, σαν αποτέλεσμα της παρούσας έμφασης στην τεχνολογική ανάπτυξη και την υποβάθμιση του ανθρώπου.
- Οι νοσηλευτές είναι ανάγκη να βρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου σαν πρόσωπο, ο οποίος δέχεται σεβασμό και χρειάζεται φροντίδα με δεξιοτεχνία.
- Η νοσηλεία είναι λειτούργημα και πραγματοποιείται από νοσηλευτές με αγάπη, αφοσίωση, εμπιστοσύνη, ευσυνειδησία και ικανότητα. Η επιστημονική νοσηλευτική άσκηση χρειάζεται οξεία ηθική και δεοντολογική ευαισθησία.
- Η έλλειψη γνώσης αποτελεί πρώτου μεγέθους «ανήθικη» συμπεριφορά. Επομένως, οι νοσηλευτές πρέπει να ενδιαφέρονται για την ατομική τους ηθική διαγωγή.

Γενικά, η αγάπη για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο και η ανθρωπιστική φροντίδα είναι οι περισσότερο κυριαρχούσες θεμελιώδεις αξίες στη νοσηλευτική σήμερα.¹⁷

Είναι φανερό, ότι οι νοσηλευτικές αξίες είναι αξίες των ανθρώπων όντων και βασικά δεν έχουν αλλάξει δια μέσω των αιώνων. Οι συνθήκες και οι περιστάσεις έχουν αλλάξει και θα συνεχίσουν να αλλάζουν. Η νοσηλευτική σαν δυναμικό και αναπτυσσόμενο έργο υφίσταται επιστημονικές και κοινωνικές αλλαγές. Διαφοροποιεί τους τρόπους και τα μέσα της. Βελτιώνει τις μεθόδους. Προσαρμόζει τις τεχνικές και τις διεργασίες σύμφωνα με τις ανάγκες της υγείας των ανθρώπων και της κοινωνίας. Αναπτύσσει την έρευνα. Προάγει την εκπαίδευση. Οργανώνει τις υπηρεσίες της παντού. Επηρεάζει την πολιτική της υγειονομικής φροντίδας της χώρας και σε διεθνή κλίμακα. Με άλλα λόγια, αλλάζουν οι λειτουργικές και όχι οι θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής.¹⁷

Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει συνεπές σύστημα αξιών, το οποίο υπάρχει σε όλες τις νοσηλευτικές διαστάσεις, στην εκπαίδευση, τη διοίκηση και τη θεωρητική ανάπτυξη της επιστήμης. Η φιλοσοφία της νοσηλευτικής σαν πηγή αξιών μπορεί να κατευθύνει τις αποφάσεις των νοσηλευτών για ηθική πράξη

οπουδήποτε και αν ασκούν τη νοσηλευτική: κλινικό χώρο, διοικητικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό.

Η Νοσηλευτική τέχνη και πράξη

Οι επιστημονικές αρχές και γνώσεις μόνο, δεν έχουν τη δύναμη να επιτελούν νοσηλευτική έργο. Απαιτείται και η νοσηλευτική τέχνη, δηλαδή η νοσηλευτική πράξη. Η νοσηλευτική υπάγεται στις καλές τέχνες σαν τη ζωγραφική, τη μουσική και ποίηση. Είναι αφιερωμένη στη φροντίδα του ανθρώπου, που στηρίζεται σε κανόνες και αρχές για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων σκοπών ανακουφίσεως και εξυπηρετήσεως του πονεμένου ανθρώπου.

Η Νοσηλευτική είναι εκτέλεση έργου, κατά την άσκηση του οποίου βρίσκονται σε πλήρη ενέργεια και δράση η νοσηλευτική μόρφωση σε συνδυασμό με τα μάτια, τα χέρια τη σκέψη, το συναίσθημα, τη θέληση, την πίστη, τα χαρίσματα, τα talέντα, τα ιδεώδη, δηλαδή ολόκληρη την προσωπικότητα του Νοσηλευτή.

Η Νοσηλευτική σαν πράξη καθιστά το Νοσηλευτή δραστήριο, τον κάνει να ζει το παρόν, να ασχολείται με τη ζωή. Ότι ενισχύει τη ζωή και την ψυχοσωματική ανάπτυξη του ανθρώπου είναι μέσο και σκοπός του. Δεν μπορεί να ζήσει μόνο με την επιστήμη. Πρέπει να φέρνει τη «ζωή» κάθε μέρα στο θάλαμο, όχι μόνο της γνώσεις του.¹⁶

Η ουσία της νοσηλευτικής τέχνης είναι η φροντίδα του αρρώστου. Τη φροντίδα αυτή απαρτίζουν τα εξής στοιχεία:

- Ανακούφιση σωματική και ψυχική.
- Αγάπη, θαλπωρή.
- Παρουσία, ενδιαφέρον, μέριμνα.
- Σεβασμός, άγρυπνη παρακολούθηση, ηρωισμός, θυσία.
- Διάλογος, συμμετοχή, υποστήριξη ψυχοσωματική.
- Συμβουλευτική υγιεινή.
- Διδασκαλία και διατήρηση της υγείας.

Όταν ο Νοσηλευτής έχει κάνει έργο την παραπάνω φροντίδα ήδη έχει πετύχει το μέγιστο της νοσηλευτικής τέχνης. Έχει δημιουργήσει άριστες ψυχολογικές συνθήκες για να προσφέρει στον άρρωστο και την πρακτική νοσηλευτική περιποίηση (ένεση, ορό, αλλαγή τραύματος, χορήγηση γεύματος κ.λ.π.).

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί την τεχνική, εκτελεστική πρακτική, βιωματική διάσταση του κλάδου. Γι' αυτό σε σύγκρισή με την επιστημονική κατάρτιση γίνεται πιο αισθητή από τους αρρώστους και στην κοινωνία. Η παρουσία ή απουσία φροντίδας, αλλά και η ποιότητά της γίνεται αμέσως

αντιληπτή και η αλήθεια αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται. Άλλωστε η αξία των επιστημονικά εκπαιδευμένων Νοσηλευτών διαπιστώνεται και αποδεικνύεται κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών νοσηλείων, οι οποίες πρέπει να εκτελούνται με δεξιοτεχνία και σύστημα, με λεπτούς και σταθερούς χειρισμούς, με πειθαρχία στους συγκεκριμένους κανόνες εκτελέσεως, όπως είναι οι κανόνες άσηπτης τεχνικής και με επιστημονικές γνώσεις π.χ.

- Γιατί εφαρμόζεται η συγκεκριμένη νοσηλεία;
- Ποιες συνθήκες επηρεάζουν την εφαρμογή της;
- Ποια αποτελέσματα αναμένονται;
- Υπάρχουν κίνδυνοι; πως προλαμβάνονται ή εξουδετερώνονται;
- Ποιες εξηγήσεις πρέπει να δοθούν στον άρρωστο;
- Πότε χρειάζεται η τροποποίηση ή αντικατάσταση της συγκεκριμένης νοσηλείας;

Επιπλέον η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει τον χειρισμό ορισμένων οργάνων, συσκευών και μηχανημάτων (μανόμετρα, καρδιοσκόπια, αναπνευστήρες, συστήματα παροχής οξυγόνου, αναρροφητήρες, τεχνητός νεφρός).ο χειρισμός αυτών απαιτεί γνώση της λειτουργίας την παρακολούθηση και ερμηνεία των πληροφοριών, τις οποίες μεταδίδουν για την κατάσταση του αρρώστου, αλλά και με την αντίληψη της μη καλής λειτουργίας τους, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχής νοσηλεία και παρακολούθηση του αρρώστου. Διότι κανένα μηχάνημα δεν μπορεί να σώσει τη ζωή του ανθρώπου αν δεν χρησιμοποιηθεί κατάλληλα και επιδέξια. Εκτός όμως αυτών, η νοσηλευτική τέχνη παρουσιάζει μια πολυμέρεια και πολυμορφία. Αναφέρονται ορισμένες από τις συνηθέστερες μορφές της, οι οποίες ανάλογα με την νοσηλευτική περίσταση ασκούνται μεμονωμένα ή σε ποικίλους συνδυασμούς:¹⁴

1. Η διδαχτική τέχνη.
2. Η τέχνη του νοσηλευτικού διαλόγου.
3. Η τέχνη της παρατηρήσεως.
4. Η τέχνη συνεργασίας.
5. Η τέχνη του αρχηγού-ηγετική τέχνη.
6. Η τέχνη της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.
7. Η τέχνη της νοσηλευτικής έρευνας.

Οι μορφές αυτές της νοσηλευτικής τέχνης στηρίζονται μεν σε επιστημονικές αρχές, αλλά απαιτούν και καλλιεργημένες δεξιότητες. Η αξία τους εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να τις επιλέγει και να τις εφαρμόζει ανάλογα με τις νοσηλευτικές περιστάσεις. Βέβαια θα έχει σαν τελικό σκοπό την ολοκληρωμένη προσωπική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, την πρόληψη

της ασθένειας, την αποκατάσταση, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και της ζωής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Επομένως η επιστήμη και η τέχνη έχουν σημαντική θέση και αποστολή στο νοσηλευτικό έργο. Δηλαδή λύνουν προβλήματα της νοσηλευτικής, η μια γνωσιολογικά και η άλλη τεχνικά. Ανακουφίζουν, θεραπεύουν τον άρρωστο χωρίς να μπορούν να εισδύσουν στην προσωπική του μοναδικότητα και να βοηθήσουν στην κατανόηση του ψυχικού του κόσμου. Αυτήν την αποστολή εκπληρώνει το πνεύμα της Νοσηλευτικής.¹⁴

Το πνεύμα της Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλευτική αν και χαρακτηρίζεται συνήθως σαν επιστήμη και τέχνη, εν τούτοις είναι σύνθεση τριών στοιχείων: επιστήμης, τέχνης και πνευματικής αντιμετώπισης του ανθρώπου.¹⁴

Οι πνευματικές αρχές και βάσεις της Νοσηλευτικής στην πατρίδα μας έχουν διαμορφωθεί από το ιατρικό και φιλοσοφικό αρχαίο Ελληνικό πνεύμα, ολοκληρώθηκαν από την χριστιανική πίστη και διατυπώθηκαν θεωρητικά κατά την Βυζαντινή εποχή. Οι αρχές αυτές είναι:

- Ολική θεώρηση του ανθρώπου.
- Πίστη στην εσωτερική αξία τους και
- Χριστιανική αγάπη στην νοσηλεία του αρρώστου.

Το πνευματικό αυτό τρίπτυχο αποτελεί το ιδεώδες της Ελληνικής Νοσηλευτικής. εμπνέει όλους τους σύγχρονους οραματισμούς και προγραμματισμούς στους τομείς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και κλινικής ασκήσεως.

Η θεώρηση του ανθρώπου ως όλου γεννήθηκε αρχικά στην Ιπποκράτειο Ιατρική σκέψη:

«... δεν είναι δυνατόν να μάθει κανείς την ιατρική προτού γνωρίσει καλά τι είναι άνθρωπος αλλά αυτό πρέπει να το μαθαίνουν οι μέλλοντες να θεραπεύουν τους ανθρώπους με επιτυχία...»

Η θεώρηση του ανθρώπου ως όλου απέκτησε βαθύτερη έννοια κάτω από το πρίσμα της χριστιανικής ανθρωπολογίας. Σύμφωνα με αυτή ο άνθρωπος είναι «σύνθετος εκ ψυχής και σώματος, ή σαρξ από της γης, η ψυχή ουράνια». Σ' αυτό όμως το μόνιμο κράμα, των δύο αντίθετων στοιχείων στον άνθρωπο, έγκειται το μεγαλείο αλλά και το μυστήριο και η τραγικότητα της ανθρώπινης προσωπικότητας.

Στο νοσηλευτικό έργο συναντούμε την εξαιρετη και θαυμάσια αυτή ενότητα και καλείται ο άνθρωπος που δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο με τις επιστήμες της ανατομίας, της φυσιολογίας, της φυσικής, της χημείας και των άλλων επιστημών. Ο άνθρωπος υπάρχει σαν πρόσωπο με υψηλό προορισμό, με πίστη, φιλοσοφία ζωής, κοινωνικούς δεσμούς, με προβλήματα και συγκρούσεις. Έχει πνευματικές αναζητήσεις που υπερβαίνουν τις διαστάσεις τις οποίες διδάσκουν οι βιολογικές επιστήμες. Επομένως το δημιουργήμα άνθρωπος απαιτεί ολική θεώρηση και ολοκληρωμένη νοσηλεία.

Η νοσηλευτική δεν προσαρμόζει τις υπηρεσίες ανάλογα με τα κοινωνικά προνόμια και τα επίκτητα χαρακτηριστικά του ανθρώπου, ανάλογα δηλαδή με

την καταγωγή, τη μόρφωση, το επάγγελμα, την οικονομική κατάσταση, το χρώμα κ.ο.κ. Η νοσηλευτική είναι ενιαία και αμέριστη προς όλους τους ανθρώπους.

Συμπερασματικά τονίζονται τα παρακάτω:

1. Σαν επιστήμη η Νοσηλευτική αντλεί εκλεκτικά, αρχές και θεωρίες από βασικές και εφαρμοσμένες επιστήμες.
2. Σαν τέχνη η Νοσηλευτική στηρίζεται μεν σε επιστημονικές αρχές, αλλά απαιτεί και καλλιεργημένες δεξιότητες.
3. Η Νοσηλευτική κυρίως διέπεται και εμπνέεται από πνευματικές αρχές, χωρίς τις οποίες δεν χρησιμεύει ούτε η επιστήμη ούτε η τέχνη.¹⁶

Η επιστημονική διάσταση της Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλευτική σπουδάζετε σήμερα σαν επιστήμη στην Ανώτερη και στην Ανώτατη εκπαίδευση. Χρησιμοποιεί επιστημονικές αρχές και θεωρίες, βασικές και εφαρμοσμένες επιστήμες π.χ. τη φυσική και τη χημεία, την ανατομία και φυσιολογία, τη υγιεινή και την ιατρική γενικά, την ψυχολογία και κοινωνιολογία, τη φιλοσοφία κ.α.

Από όλες σχεδόν τις επιστήμες αντλεί η Νοσηλευτική εκλεκτικά αρχές και γνώσεις, τις οποίες προσαρμόζει, συσχετίζει, συνθέτει σε ποικίλους, σύνθετους και μοναδικούς συνδυασμούς. Τις επιστημονικές αυτές αρχές τις ενσωματώνει στις δικές της θεμελιώδεις νοσηλευτικές αρχές και τις χρησιμοποιεί στη νοσηλεία των αρρώστων και την περιφρούρηση της υγείας και της κοινωνίας. Έπως είναι γνωστό, κάθε επιστήμη έχει εξειδικευμένα ενδιαφέροντα και ιδιαίτερα αντικείμενα μελέτης, προσφέροντας στη Νοσηλευτική γνώσεις για συγκεκριμένες λειτουργίες και αντιδράσεις του οργανισμού και της προσωπικότητας του ανθρώπου. Αλλά καμία επιστημονική αρχή, γνώση ή θεωρία οποιασδήποτε επιστήμης δεν μας διαφωτίζει απόλυτα για τις δυναμικές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές λειτουργίες και νοσολογικές διαταραχές που συμβαίνουν μέσα στον οργανισμό του ανθρώπου και επηρεάζουν τις σχέσεις του με το περιβάλλον.

Η νοσηλευτική επιστήμη προάγεται με τις βασικές γνώσεις των επιστημών και με ειδική επιστημονική έρευνα που διενεργούν επιστημονικά καταρτισμένοι Νοσηλευτές. Η έρευνα αυτή γίνεται σε Πανεπιστημιακές Νοσηλευτικές Σχολές όλων των χωρών του κόσμου. Τα ερευνητικά πορίσματα δημοσιεύονται σε πανεπιστημιακές διατριβές, νοσηλευτικά βιβλία και νοσηλευτικά περιοδικά διεθνούς κυκλοφορίας. Επιπλέον συχνά γίνονται νοσηλευτικά σεμινάρια και παγκόσμια συνέδρια Νοσηλευτών, όπου αναπτύσσονται όλες οι εξελίξεις της Νοσηλευτικής.¹⁴

Η πρώτη σχολή Νοσοκόμων στην Ελλάδα.

Το ερευνητικό πνεύμα της Βασίλισσας Όλγας διέκρινε ότι η ίδρυση μιας σχολής νοσοκόμων ήταν κάτι το απόλυτα απαραίτητο για την στοιχειώδη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας προς αντιμετώπιση της απερίγραπτης αθλιότητας, που μάστιζε την Ελληνική κοινωνία της εποχής εκείνης. Έτσι η ίδρυση αυτής της σχολής έγινε στόχος για την έκφραση των χριστιανικών της αρετών και κατ'αρχήν ίδρυσε τον «Σύλλογο υπέρ της γυναικείας παιδεύσεως» όπου οι άπορες Ελληνίδες έπαιρναν στοιχειώδη μόρφωση και ασκούσαν κάποιο βιοποριστικό επάγγελμα.

Αλλά απώτερο σκοπό του Συλλόγου η Βασίλισσα είχε τάξει τη μόρφωση Νοσοκόμων, ανέλαβε δε με δικές της δαπάνες την ίδρυση Σχολής το 1875 για την εκπαίδευση γυναικών νοσοκόμων, αναθέτοντας τη διοίκηση σε τριμελή εφορία κυριών υπό την προεδρία της τότε προέδρου του Συλλόγου κ. Ελένης Παπαρηγοπούλου. Τότε ιδρύθηκε και ο πρώτος πυρήνας του «Ευαγγελισμού».

Ο Ελληνικός λαός του εσωτερικού και του εξωτερικού στην έκκληση της Βασίλισσας Όλγας για οικονομική ενίσχυση προς περάτωση αυτών των ιδρυμάτων, ανταποκρίθηκε με προθυμία και έτσι το Μάρτιο του 1884 άνοιξε τις πόρτες του ο μικρός τότε «Ευαγγελισμός».

Η Βασίλισσα Όλγα στα τελευταία χρόνια της ζωής της με σκοπό την τέλεια μόρφωση των Νοσοκόμων ίδρυσε τον «Οίκον της Αγίας Όλγας». Σ' αυτό το ίδρυμα οι μαθήτριες ήταν εσωτερικές με σκοπό την άρτια μόρφωση, θεωρητική και πρακτική, αποτέλεσε δε από τότε η σχολή αυτή φυτώριο μορφωμένων και φυσικά περιζήτητων Αδελφών, αφοσιωμένων με ζήλο στο νοσηλευτικό έργο.¹⁴

Οι σχολές Νοσοκόμων στην Ελλάδα.

Θετικό ενδιαφέρον για την συγκρότηση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αρχίζει από το 1875 με τη ίδρυση, όπως έχει ήδη αναφερθεί, της πρώτης Σχολής Νοσοκόμων, καθώς και του θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός» από τη Βασίλισσα Όλγα.

Η Ελλάδα υπέγραψε το 1877 τη συνθήκη της Γενεύης του 1864 περί Ερυθρών Σταυρών και έτσι ιδρύθηκε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός υπό την προστασία της Βασίλισσας Όλγας. Μέσα δε στο πλαίσιο αυτής της Συνθήκης ιδρύθηκε η Σχολή Νοσοκόμων του Ε.Ε.Σ. με την συμβολή της Επιτροπής εξάιρετων προσωπικοτήτων της Αθήνας, στην οποία μετείχαν ο καθηγητής Γερουλάνος, ο Μακκάς, ο Λαμπαδάριος, Αθηνά Μεσολώρα και η Ελένη

Βασιλοπούλου, που διητέλεσε και σαν πρώτη διευθύνουσα, γυναίκα ευρύτατης μόρφωσης.[#]

Από το 1938 λειτούργησε η σχολή Επισκεπτριών Αδελφών ή Νοσοκόμων που αποτελεί την πρώτη ανεξάρτητη Κρατική Σχολή Αδελφών.

Η κατανόηση του θέματος ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα απ' όλους τους φορείς έγινε αφορμή να σημειωθούν σπουδαία βήματα προς αυτή την κατεύθυνση.

Έτσι εκτός από τις Σχολές που προαναφέρθηκαν συστάθηκαν και άλλες σχολές οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Θεσσαλονίκης (Κρατική) όπου ιδρύθηκε το 1954.
- Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Νοσοκομείου Αγίας Σοφίας όπου ιδρύθηκε το 1960.
- Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών Π.Ι.Κ.Π.Α. όπου ιδρύθηκε το 1962.
- Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Νοσοκομείου Αγλαΐας Κυριακού όπου ιδρύθηκε το 1964.
- Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Παμμακάριστου όπου ιδρύθηκε το 1965.
- Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Βασιλεύς Παύλος» όπου ιδρύθηκε το 1969.
- Σχολή Διακονισσών Αδελφών Νοσοκόμων «Η Ολυμπιάδα» όπου ιδρύθηκε το 1969.
- Τέλος το 1973 λειτούργησαν και πέντε Σχολές στα αντίστοιχα ΚΑΤΕΕ (Υπουργείου Παιδείας) Αθήνας, Θεσσαλονίκης, Πάτρας, Λάρισας και Ηρακλείου.

Επίσης λειτουργούν και Σχολές Νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης, οι οποίες τελευταία έχουν γίνει διετούς φοίτησης. Οι νοσηλεύτριες αυτές αποτελούν το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό, που είναι και αυτό απόλυτα απαραίτητο για την σωστή λειτουργία των μονάδων.

Εκτός των βοηθών νοσοκόμων υπήρχαν ακόμα και οι πρακτικές νοσηλεύτριες, που δεν έτυχαν καμιάς εκπαίδευσης.

Αυτές διέθεταν μόνο εμπειρία από μακροχρόνια άσκηση εντελώς βοηθητικών καθηκόντων που δεν απαιτούσαν ιδιαίτερη μόρφωση.

Η εκπαίδευση τω Νοσηλευτών.

Στον 20ο αιώνα με τις αλματώδεις κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης και την τελειότερη τεχνική οργάνωση των Νοσοκομείων, η Νοσηλευτική έπαυσε να αποτελεί πρακτική μέθοδο μιας απλής εμπειρίας. Σήμερα η Νοσηλευτική σε όλες τις ανεπτυγμένες επιστημονικά χώρες εμφανίζεται σαν επιστήμη που προϋποθέτει μόχθο, χρόνο, κόπο για να γίνει κτήμα των νεαρών σπουδαστριών και σπουδαστών.

1. Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Σχολές διετούς φοιτήσεως. Αποφοιτούν οι λεγόμενοι Πτυχιούχοι βοηθοί Νοσοκόμοι για παροχή νοσηλείας με την κατεύθυνση και επίβλεψη των Νοσηλευτών.
2. Τμήματα Νοσηλευτικής των Σχολών Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι.) τριετούς φοιτήσεως.

Στις Σχολές αυτές εντάχθηκαν από το ακαδημαϊκό έτος 1984-1985 και οι σπουδαστές των Ανώτερων Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων.

Αποφοιτούν οι Νοσηλευτές που υπεύθυνα προγραμματίζουν, εφαρμόζουν, επιβλέπουν την εφαρμογή και αξιολογούν τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών σε συσχετισμό με την εφαρμοσμένη θεραπεία και συνεργασία με το γιατρό. Οι αρμοδιότητες και οι ευθύνες των Νοσηλευτών σε όλη την έκτασή τους δεν περιγράφονται στο σημείο αυτό.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση σαν ιδιαίτερο πλεονέκτημα έχει στην διάθεσή της έτοιμες περιστάσεις από την πραγματική ζωή για την παροχή ποικίλων κλινικών μορφωτικών εμπειριών και την άσκηση της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Το νοσηλευτικό εργαστήριο, δηλαδή η κλινική άσκηση, περιλαμβάνει προγραμματισμό, οργάνωση, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση άμεσων εμπειριών των σπουδαστών και σπουδαστριών στη νοσηλεία του αρρώστου.⁴⁹

Κεφάλαιο 9^ο

Βασικές έννοιες Νοσηλευτικής.

Οι νοσηλευτικές θεωρίες παρέχουν γνώσεις για την βελτίωση της ασκήσεως της νοσηλευτικής με την περιγραφή, ερμηνεία, πρόβλεψη και κατεύθυνση των φαινομένων. Η δύναμη των νοσηλευτών και νοσηλευτριών αυξάνει με τις θεωρητικές γνώσεις, επειδή οι συστηματικά αναπτυγμένες μέθοδοι επιτυγχάνουν περισσότερο. Οι νοσηλευτές επίσης γνωρίζουν γιατί κάνουν αυτό που κάνουν και αν προκληθούν, μπορούν να το αιτιολογήσουν.

Η θεωρία εξασφαλίζει επαγγελματική αυτονομία κατευθύνοντας την άσκηση, την εκπαίδευση και την έρευνα στο επάγγελμα. Η μελέτη της θεωρίας βοηθάει στην ανάπτυξη αναλυτικής σκέψης, στην αποσαφήνιση αξιών, αρχών και υποθέσεων και στον καθορισμό σκοπών για την νοσηλευτική εκπαίδευση, άσκηση και έρευνα.

Οι θεωρίες ή θεωρητικά σχήματα (models) προσφέρουν τα πλαίσια για τη μελέτη φαινομένων και γεγονότων της πραγματικότητας. Τα φαινόμενα του νοσηλευτικού ενδιαφέροντος είναι : η νοσηλευτική (σαν πράξη), ο άνθρωπος, το περιβάλλον και η υγεία. Ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια συνεργάζονται με τον άνθρωπο και ρυθμίζουν το περιβάλλον του για την υγεία του. Σ' αυτά τα φαινόμενα και τις σχέσεις μεταξύ τους περιστρέφονται οι νοσηλευτικές θεωρίες που απαρτίζονται από τα ακόλουθα στοιχεία :έννοιες, αρχές, ορισμούς, θεωρητικές εκφράσεις, συσχετίσεις, ταξινομήσεις, αιτιολογήσεις, υποθέσεις και προβλέψεις.²⁰

Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής θεωρίας δείχνει τη ζωτικότητα της νοσηλευτικής σαν επιστήμη. Η νοσηλευτική δείχνει ενδιαφέρον για τα φαινόμενα που είναι σημαντικά για την υγεία των ατόμων και της κοινωνίας, καθώς και ικανότητα μελέτης αυτών των φαινομένων με τρόπους που αποτελούν ερεθίσματα για τη διερεύνηση νέας γνώσεως. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση, άσκηση και έρευνα έφθασαν σ' ένα σημείο ετοιμότητας για να προχωρήσουν με αυξημένη ικανότητα προς την ανάπτυξη ιδιαίτερης νοσηλευτικής θεωρίας (chaska, 1983). Κί' αυτή η ανάπτυξη στην νοσηλευτική μπορεί να χαρακτηριστεί σαν μια συνεχιζόμενη επιστημονική επανάσταση.

Οι «ορισμοί» της «νοσηλευτικής» δίνονται από επιστήμονες νοσηλεύτριες.

Κατά την FLORENCE NIGHTGALE: η νοσηλευτική είναι τέχνη και επιστήμη που αποβλέπει στην αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας στην πρόληψη ή θεραπεία της αρρώστιας, με τη δημιουργία κατάλληλων υγιεινών

συνθηκών. Για τη άσκηση της νοσηλευτικής χρειάζεται γνώση των νόμων της ζωής, των νόμων της υγείας και υγιεινής, της παθολογίας της αρρώστιας, της επιστήμης και της τέχνης της νοσηλευτικής καθώς και των κριτηρίων εκτιμήσεως της ποιότητάς της.

Η θεωρία της βασίζεται στο περιβάλλον. Λέει ότι το περιβάλλον είναι ικανό να προλάβει, να θεραπεύσει ή να συντελέσει στην αρρώστια, τα ατυχήματα ή τον θάνατο. Το περιβάλλον αντιπροσωπεύει όλες τις εξωτερικές συνθήκες και επιδράσεις, που επηρεάζουν τη ζωή και την ανάπτυξη του ανθρώπου.

Ενώ ο όρος περιβάλλον δεν εμφανίζεται στα γραπτά της, οι κυριότερες αρχές της για τον αερισμό, τη θέρμανση, τον φωτισμό, τη διαίτα, την καθαριότητα και τον θόρυβο, περιλαμβάνουν τα στοιχεία του περιβάλλοντος.

Η Nightingale πίστευε ότι οι Νοσηλεύτριες μπορούν να κάνουν ευνοϊκές τις παραπάνω συνθήκες χρησιμοποιώντας κοινό νου, παρατηρητικότητα, επιμονή και εφευρετικότητα. Έτσι η Νοσηλεύτρια, η φύση και ο άρρωστος μπορούν να συνεργασθούν για να βοηθήσουν να λάβει χώρα η ανάρρωση.

Η θεωρία αυτή είναι απλή και μπορεί να γενικεύεται σε όλες τις περιστάσεις.

Η Nightingale δίδασκε ότι το υγιεινό περιβάλλον είναι απαραίτητο για την καλή νοσηλευτική φροντίδα. Ο καθαρός αέρας και το ηλιακό φως είναι πρωταρχικές ανάγκες του αρρώστου. Επίσης η ανάγκη για καθαριότητα αφορά τον άρρωστο, τη νοσηλεύτρια και το περιβάλλον. Ένας καλά αερισμένος αλλά ακάθαρτος θάλαμος και ένας καθαρός αλλά όχι αερισμένος θάλαμος είναι το ίδιο μολυσμένες περιοχές. Επί πλέον, το άπλυτο σώμα του αρρώστου παρεμποδίζει την epούλωση και γίνεται αιτία μόλυνσεως του χειρουργικού τραύματος. Γι' αυτό συνιστάται, οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες να πλέουν τα χέρια τους συχνά και να διατηρούν καθαρούς τους αρρώστους. Ακόμη να τους φροντίζουν ώστε να είναι ζεστοί και να έχουν ησυχία και κατάλληλη διατροφή.

Για τον θόρυβο τόνιζε: Ο μη αναγκαίος θόρυβος ενοχλεί και δυσαρεστεί τον άρρωστο. Κάθε θυσία για την εξασφάλιση ησυχίας αξίζει επειδή ούτε ο καθαρός αέρας, ούτε η προσεκτική περιποίηση ωφελεί τον άρρωστο χωρίς την ησυχία.

Η Nightingale πίστευε ότι η διαίτα του αρρώστου είναι ευθύνη της νοσηλεύτριας αναφορικά με την αξιολόγηση των διαιτητικών αναγκών, τον προγραμματισμό των γευμάτων και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της διαίτας στον άρρωστο.

Το περιβάλλον θεωρείται σαν μια από τις κυριότερες πηγές μόλυνσεως. Είναι το σύνολο των εξωτερικών στοιχείων που επηρεάζουν την υγεία τόσο του αρρώστου όσο και του υγιούς ατόμου, και περιλαμβάνει το κάθε τι από την

τροφή και τα λουλούδια μέχρι την επικοινωνία νοσηλευτή-αρρώστου με λόγια και χωρίς λόγια.

Με άλλα λόγια η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι η αρρώστια μπορεί να προληφθεί ή η θεραπεία της να επιταχυνθεί με τη δημιουργία κατάλληλου υγιεινού περιβάλλοντος.

Η θεωρία της περιλαμβάνει τρεις σχέσεις: περιβάλλον-άρρωστος, νοσηλευτής-περιβάλλον και νοσηλευτής-άρρωστος.

Η VIRGINIA HENDERSON αναφέρει ότι «Το μοναδικό έργο της νοσηλεύτριας είναι η βοήθεια του ατόμου, αρρώστου ή υγιούς, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συντελούν στην υγεία ή την ανάρρωση (ή στον ειρηνικό θάνατο), και που θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια αν είχε την απαιτούμενη δύναμη, θέληση ή γνώση. Να προσφέρει δε τη βοήθεια αυτή η νοσηλεύτρια κατά τρόπο ώστε το άτομο να αποκτήσει ανεξαρτησία στο συντομότερο δυνατό διάστημα».

Η θεωρία αυτή χρησιμεύει σαν ακρογωνιαίος λίθος για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής επιστήμης.^{2ο}

Η Henderson γράφει και τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια, που θέλουν να κατανοήσουν και να βοηθήσουν κάθε άρρωστο επιδιώκουν ή και δημιουργούν ευκαιρίες για να συναντήσουν και να επικοινωνήσουν με τους φίλους και την οικογένειά του. Η μεγαλύτερη τους συμβολή σε ορισμένες περιπτώσεις αρρώστων μπορεί να είναι να βοηθήσουν ένα μέλος της οικογένειας για να καταλάβει τι χρειάζεται ο άρρωστος απ' αυτό.

Επίσης η αποκατάσταση του αρρώστου αρχίζει από την πρώτη νοσηλεία που του γίνεται. Ο νοσηλευτής είναι ο πρωταρχικός παράγοντας αποκαταστάσεως, αν βοηθάει η κινητοποιεί τον άρρωστο προς τη ανεξάρτητη αυτοφροντίδα.

Σε περιπτώσεις βέβαια κρίσιμης και αθεράπευτης αρρώστιας όταν η εξάρτηση και ο θάνατος του αρρώστου προβλέπονται σαν αναπόφευκτα, ο σκοπός των νοσηλευτών αλλάζει. Συνεχίζουν να είναι απαραίτητοι δίπλα στον άρρωστο. Προστατεύουν την αξιοπρέπεια του, τον ανακουφίζουν στη δυσφορία του και του εξασφαλίζουν την παρουσία των αγαπημένων προσώπων της οικογένειάς του κοντά του.

Η Henderson πιστεύει ότι τελικά και θεμελιακά η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα του νοσηλευτή ή της νοσηλεύτριας που δίνει τη φροντίδα.

Η FAYE ABDELLAH περιγράφει τη Νοσηλευτική σαν υπηρεσία προς άτομα και οικογένειες συνεπώς προς την κοινωνία. Βασίζεται σε μια τέχνη και επιστήμη, που διαμορφώνει τις στάσεις, διανοητικές ικανότητες και τεχνικές

δεξιότητες της νοσηλεύτριας, και του νοσηλευτή, σε επιθυμία και ικανότητα να βοηθάει αρρώστους και υγιείς να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες υγείας τους.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ικανοί να λύνουν προβλήματα με σκοπό την παροχή της καλύτερης επιστημονικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η διεργασία αυτή, που μοιάζει με τα στάδια της «νοσηλευτικής διεργασίας» περιλαμβάνει:

- εξακρίβωση του προβλήματος
- συλλογή δεδομένων
- διατύπωση, δοκιμή και αναθεώρηση υποθέσεων

Ο άρρωστος δεν θα έχει νοσηλεία ανωτέρας ποιότητας αν τα βήματα προς τη λύση του προβλήματος γίνουν λανθασμένα.

Η νοσηλευτική αξιολόγηση, για την Abdellah, είναι ο προσδιορισμός της φύσεως και εκτάσεως των νοσηλευτικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι άρρωστοι ή οικογένειες που νοσηλεύονται.²⁰

Η θεωρία της DOROTHEA OREM για την νοσηλευτική αναφέρεται στην παροχή άμεσης βοήθειας σε άτομο λόγω της ιδιαίτερης αδυναμίας να φροντίσει τον εαυτό του, που προκλήθηκε από κάποια αρρώστια. Οι ανάγκες του ατόμου για νοσηλευτική φροντίδα τροποποιούνται και προοδευτικά εκλείπουν όταν υπάρχει ευνοϊκή αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του (ανάρρωση), όταν μαθαίνει πως να εφαρμόζει την καθημερινή φροντίδα του μαζί με τη θεραπεία του, ή όταν κάποιο μέλος της οικογένειάς του μαθαίνει και μπορεί να τον βοηθάει, είτε ανεξάρτητα είτε με νοσηλευτική κατεύθυνση και επίβλεψη.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν εκτέλεση πράξεων-νοσηλειών στον ή για τον άρρωστο, καθοδήγηση, διδασκαλία, υποστήριξη και εξασφάλιση περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την πρόοδο στην αυτοφροντίδα, μέσα σε μια συνεχή επικοινωνία νοσηλευτή ή νοσηλεύτριας και αρρώστου.

Η PEPLAU με την σειρά της ανέπτυξε ένα ψυχολογικό σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με σκοπό να απομακρύνει τον νοσηλευτή και τη νοσηλεύτρια απ'τον νοσολογικό προσανατολισμό, ώστε να μπορούν να διερευνούν το ψυχολογικό νόημα των γεγονότων, των συναισθηματικών αντιδράσεων και των εκδηλώσεων της συμπεριφοράς.

Η Peplau έδωσε στους νοσηλευτές την ευκαιρία να διδάσκουν στους αρρώστους πως να βιώνουν συνειδητά τα συναισθήματα τους και να αναπτύσσουν τρόπους αποδοχής και αντιμετώπισης των συναισθημάτων τους.

Το θεωρητικό νοσηλευτικό πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων της βοηθάει τους νοσηλευτές να κατανοούν τη συμπεριφορά τους, να βοηθούν τους άλλους να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες τους και να εφαρμόζουν αρχές των ανθρωπίνων σχέσεων στα προβλήματα που δημιουργούνται σε όλες τις νοσηλευτικές περιστάσεις.

Η θεωρία αυτή περιγράφει τις ακόλουθες τεσσάρες φάσεις της σχέσεως νοσηλευτή αρρώστου και τον ρόλο του νοσηλευτή σ' αυτή τη σχέση:

1. Προσανατολισμός. Ο άρρωστος έχει μια ανάγκη και ζητά τη νοσηλευτική βοήθεια. Ο νοσηλευτής βοηθάει τον άρρωστο να αναγνωρίσει και να καταλάβει την ανάγκη του για βοήθεια.
2. Ανάπτυξη σχέσεως. Ο άρρωστος εκδηλώνει εμπιστοσύνη στον νοσηλευτή. Κι' αυτός τον βοηθάει να διερευνήσει τα συναισθήματά του και να ζήσει την εμπειρία της αρρώστιας του σαν ευκαιρία που ενισχύει τις ειδικές δυνάμεις στην προσωπικότητα του.
3. Συνεργασία. Ο άρρωστος προσπαθεί να ωφεληθεί από τη σχέση με τον νοσηλευτή. Συμμετέχει ενεργητικά στη νοσηλεία του, υπομένει την καθυστέρηση ικανοποιήσεως των αναγκών του, επιδιώκει στόχους βελτιώσεως της υγείας του .
4. Λήξη. Ο άρρωστος ανεξαρτοποιείται από τη βοήθεια του νοσηλευτή. Είναι ικανός και αναλαμβάνει υπεύθυνα την αυτοφροντίδα του.

Η Perlau περιγράφει τη νοσηλευτική σαν σημαντική θεραπευτική διαπροσωπική, παιδαγωγική διεργασία και δύναμη που προωθεί την ωρίμανση και ανάπτυξη της προσωπικότητας προς μια ζωή δημιουργική, ωφέλιμη και παραγωγική για το άτομο (άρρωστο και νοσηλευτή) και την κοινωνία.

Η JOYCE TRAVELBEE αναφέρεται στη διαπροσωπική θεωρία της νοσηλευτικής, την οποία ορίζει σαν διαπροσωπική διεργασία με την οποία βοηθείται το άτομο, η οικογένεια ή η κοινότητα να προλάβει ή να αντιμετωπίσει την εμπειρία της αρρώστιας και της δοκιμασίας και αν χρειάζεται να βρει νόημα στην εμπειρία του νοσηλευτή για την αρρώστια και τη δοκιμασία για τον άνθρωπο και τη ζωή.

Η νοσηλευτική κατά τη KING είναι διεργασία πράξεων, αντιδράσεων και επικοινωνιών με την οποία οι νοσηλευτές βοηθούν τα άτομα όλων των ηλικιών και όλων των κοινωνικοοικονομικών ομάδων να ικανοποιούν τις βασικές ανάγκες τους μέσω δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και να αντιμετωπίζουν την αρρώστια και την υγεία σε ένα ιδιαίτερο σημείο του κύκλου της ζωής.

Η WIEDENBACH περιγράφει την κλινική νοσηλευτική σαν σύνθεση τεσσάρων στοιχείων που είναι: φιλοσοφία, σκοπός, άσκηση και τέχνη. Η κλινική νοσηλευτική θεωρείται τέχνη, παροχ' η βοήθειας. Ακόμη συνδυασμός σκέψεων, συναισθημάτων και πράξεων για την εξυπηρέτηση ενός ατόμου που έχει ανάγκη για βοήθεια.

Για την ROY, σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθάει τον άνθρωπο να προσαρμόζεται σε αλλαγές, στις βιολογικές τους ανάγκες, στην ιδέα για τον εαυτό του, στην άσκηση του ρόλου του και στις σχέσεις του αλληλεξαρτήσεως κατά την υγεία και την αρρώστια. Η νοσηλευτική εκπληρώνει ένα μοναδικό ρόλο διευκόλυνσεως της προσαρμογής με την αξιολόγηση της συμπεριφοράς στον

καθένα από τους τέσσερους προσαρμοστικούς τρόπους (βιολογικές ανάγκες, αυτονομία, άσκηση του ρόλου και αλληλεξάρτηση) και παρεμβαίνοντας με τον χειρισμό των επιδρώντων ερεθισμάτων.^{2ο}

Η MZRA LEVINE στην θεωρία της περιλαμβάνει τέσσερις «αρχές διατηρήσεως». Αυτές αναφέρονται στην αρχή διατηρήσεως της ενέργειας, της σωματικής ακεραιότητας καθώς και της προσωπικής-ψυχολογικής (ακεραιότητας) και τέλος της κοινωνικής.

Για την MARTHA ROGERS σκοπός της νοσηλευτικής είναι να προωθήσει την αρμονία μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος του να ενισχύσει τη συνοχή και την ακεραιότητα του ανθρώπινου πεδίου και των πεδίων του περιβάλλοντος με σκοπό να βοηθήσει τον άνθρωπο να φθάσει μια μέγιστη κατάσταση υγείας, σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής. Παράλληλα αναφέρει ότι το μοναδικό κέντρο της νοσηλευτικής είναι: μια ελαστική και δημιουργική, εξατομικευμένη και κοινωνικά προσανατολισμένη συμπαθής και επιδέξια νοσηλευτική άσκηση.

Τέλος η Ελληνική Νοσηλευτική αναπτύχθηκε σαν τέχνη και επιστήμη με τις επιδράσεις του φιλοσοφικού και ιατρικού αρχαίου Ελληνικού πνεύματος της χριστιανικής διδασκαλίας και του βυζαντινού πολιτισμού, καθώς και με την επιρροή της διεθνούς νοσηλευτικής πορείας.

Ενσωματώνει το θεωρητικό τρίπτυχο που περιλαμβάνει:

1. Ολιστική θεώρηση του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική, μοναδική και αδιαίρετη ύπαρξη.
2. Πίστη στην ατίμητη αξία του ανθρώπου.
3. Νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου με θερμό ενδιαφέρον.

Πιστεύεται ότι οι νοσηλευτικές επιστημονικές θεωρίες και τα θεωρητικά πλαίσια είναι πολύ σημαντικά, απαραίτητα και χρήσιμα για την πρόληψη της αρρώστιας, την παροχή ασφαλώς νοσηλευτικής φροντίδας και την προαγωγή της υγείας.

Αλλά εκείνο που χρειάζεται ποιο πάνω και ποιο πέρα από τις θεωρίες για την εξασφάλιση της τελειότητας και αριστείας στην νοσηλευτική είναι η ποιότητα της όλης προσωπικότητας του νοσηλευτή. Και αυτό είναι η ημερήσια διάταξη στην καρδιά της σύγχρονης Ελληνικής Νοσηλευτικής.

Νοσηλευτική διεργασία

Η Νοσηλευτική εκφράζεται καλύτερα και πραγματοποιείται σήμερα με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, που εξασφαλίζει προσωπική νοσηλευτική φροντίδα, επιστημονικά ανθρωπιστικά και τεχνικά σωστή, σε όλες τις νοσηλευτικές περιστάσεις.

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.^{24,14}

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- Αξιολόγηση
- Προγραμματισμός
- Εφαρμογή
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής.

Το σύστημα είναι ανοικτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή είσοδο και ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συνεχή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας όχι νέα στη νοσηλευτική.

Η νοσηλευτική διεργασία, που αποβλέπει στην καλύτερη εξατομίκευση της φροντίδας του αρρώστου, δεν είναι απλή ακαδημαϊκή θεωρία άσχετη με την πρακτική εφαρμογή της νοσηλείας. Επίσης, δεν προσφέρει τη μαγική λύση σε όλα τα προβλήματα. Αν υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, υλικού, οργάνων και άλλων μέσων, η νοσηλευτική διεργασία δεν θα παρουσιάζει ξαφνική αύξηση της παραγωγής των ειδών αυτών. Θα αποδειχθεί τόσο καλή η μέθοδος, όσο καλοί είναι οι νοσηλευτές που την χρησιμοποιούν. Αλλά μπορεί να τις βοηθήσει να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους στον μέγιστο βαθμό για το καλό του αρρώστου.²⁴

• **Νοσηλευτική αξιολόγηση**

Η αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας πριν σχεδιάσει τη φροντίδα του αρρώστου, ο νοσηλευτής διερευνά, αναγνωρίζει και προσδιορίζει τα συμπτώματα, τα προβλήματα και τις ανάγκες τους.

Μετά τη νοσηλευτική αξιολόγηση, στην οποία έγινε αναγνώριση και εντόπιση των παρόντων και επικείμενων αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, ο νοσηλευτής προχωρεί στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.²⁴

• **Εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας**

Ο νοσηλευτής προχωρεί στην εκτέλεση του προγράμματος νοσηλείας για τον συγκεκριμένο άρρωστο, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζει να συλλέγει νέες ενέργειες.

Η εφαρμογή του προγράμματος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνει την ολική φροντίδα του αρρώστου, διότι λαμβάνει υπόψη τις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτιστικές, οικονομικές, και αποκαταστατικές ανάγκες του συγκεκριμένου αρρώστου και συμβάλει στην μερική ή πλήρη βελτίωση της υγείας του.²⁵

• **Εκτίμηση των αποτελεσμάτων**

Η φάση αυτή της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας και της προόδου του αρρώστου προς την ανάρρωση με βάση πάντα τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλείας του συγκεκριμένου αρρώστου.

Ακόμη, επισημαίνει και τα σημεία εκείνα, όπου η φροντίδα χρειάζεται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή. Η νοσηλεία ήταν αποτελεσματική; Πώς θα μπορούσε να βελτιωθεί;

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας επιτυγχάνεται με την παρατήρηση του αρρώστου, την επικοινωνία με τον ίδιο, με την οικογένεια του και με τη νοσηλευτική ομάδα, καθώς και με αντικειμενικές μετρήσεις και εξετάσεις όπως είναι η λήψη των ζωτικών σημείων κ.α.²⁶

Μέθοδοι οργάνωσης νοσηλευτικής εργασίας

Οι διάφορες μέθοδοι ή τα συστήματα οργάνωσης εργασίας που η νοσηλευτική έχει χρησιμοποιήσει μέχρι τώρα, αντικατοπτρίζουν την εξέλιξη της διοικητικής και νοσηλευτικής σκέψης και είναι οι ακόλουθες:¹⁷

- Κατά ασθενή μέθοδος
- Λειτουργική ή κατά εργασία
- Ομαδική νοσηλευτική
- Πρωτοβάθμια νοσηλευτική
- Προσωπική διευθέτηση ασθενούς

Κάθε σύστημα έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η εξέλιξη των συστημάτων είναι μια ανταπόκριση στην αλλαγή των αναγκών της κοινωνίας που παρουσιάζονται. Στη δεκαετία του '20, η κατά ασθενή μέθοδος ήταν η ενδεικνυόμενη. Μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο (1950), η λειτουργική κυριάρχησε λόγω έλλειψης νοσηλευτών. Στην ίδια δεκαετία αναπτύχθηκε η ομαδική νοσηλευτική για τη μέγιστη αξιοποίηση των γνώσεων και δεξιοτεχνιών των πτυχιούχων νοσηλευτών, καθώς και για την επίβλεψη του βοηθητικού προσωπικού. Στο τέλος της δεκαετίας του '70 παρατηρήθηκε στροφή των νοσηλευτών πάλι στη φροντίδα του αρρώστου με την πρωτοβάθμια νοσηλευτική.²² Και πρόσφατα αναπτύσσεται νέα προσέγγιση με την ατομική διαχείριση του αρρώστου(case management).

Κατά ασθενή μέθοδος

Η κατά ασθενή οργάνωση της εργασίας είναι η παλαιότερη όλων των μεθόδων. Άρχισε εμπειρικά από τη νοσηλεία του αρρώστου στο σπίτι, όπου ένα άτομο αναλάμβανε την όλη φροντίδα του και εξελίχθηκε με την ανάπτυξη των νοσοκομείων και του νοσηλευτικού έργου. Στη μέθοδο αυτή, ένας νοσηλευτής αναλαμβάνει κατά τη διάρκεια του ωραρίου του την ευθύνη της νοσηλευτικής φροντίδας ενός ή μικρού αριθμού αρρώστων.

Η μέθοδος εξασφαλίζει την άμεση παρακολούθηση κάθε αρρώστου και την ικανοποίηση όλων κατά το δυνατόν των αναγκών του. Αποτελεί δε και μια ικανοποιητική εμπειρία για τους νοσηλευτές, γιατί δίνεται η δυνατότητα παροχής ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο.

Εν τούτοις, η μέθοδος αυτή δεν εφαρμόζεται γενικά στα νοσοκομεία λόγω της μόνιμης έλλειψης νοσηλευτών, εφ' όσον αποκλείει όλες τις άλλες κατηγορίες

του νοσηλευτικού, προσωπικού, και του υψηλού κόστους της. Η εφαρμογή της έχει περιορισθεί στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας.

Λειτουργική ή κατά εργασία μέθοδος

Η λειτουργική είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας. Στη μέθοδο αυτή, ο προϊστάμενος αναθέτει εργασίες και όχι αρρώστους στο προσωπικό. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από πολλούς νοσηλευτές και ο καθένας έχει την ευθύνη μόνο για τα δικά του καθήκοντα, τα οποία είναι διαφορετικά από τα καθήκοντα των άλλων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται ταχύτερη διεκπεραίωση της εργασίας και αντιμετωπίζεται κατά κάποιο τρόπο η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικό.

Η λειτουργική μέθοδος θεωρείται ως η πλέον οικονομική. Αλλ'όμως, η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου είναι κατατεμαχισμένη. Ο άρρωστος δεν αντιμετωπίζεται σαν σύνολο και σαν ψυχοσωματική οντότητα, με αποτέλεσμα να μην έχει το αίσθημα ασφάλειας. Μολονότι τόσοι άνθρωποι ασχολούνται μαζί του, δεν γνωρίζει ένα υπεύθυνο γι' αυτόν πρόσωπο. Επί πλέον, με το διαχωρισμό και την «εξειδίκευση» γίνεται μεν λιγότερο πολύπλοκη η εργασία, αλλά καταντά ρουτίνα και δίνει λιγότερη ικανοποίηση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στο σύστημα αυτό, η διεκπεραίωση της εργασίας αποτελεί το κύριο μέλημα των νοσηλευτών.⁴⁷

Ομαδική νοσηλευτική

Σύμφωνα με την ομαδική νοσηλευτική, το νοσηλευτικό προσωπικό κάθε ωραρίου χωρίζεται σε ομάδες. Έτσι, νοσηλευτές, βοηθοί και πρακτικοί τοποθετούνται υπό την επίβλεψη ενός νοσηλευτή αρχηγού-συντονιστή της ομάδας, για να νοσηλεύσουν έναν αριθμό αρρώστων. Η βαθύτερη φιλοσοφία της μεθόδου είναι να αξιοποιούνται με την επίβλεψη και το συντονισμό του αρχηγού οι δυνατότητες κάθε μέλους της ομάδας στο μεγαλύτερο βαθμό. Με τη μέθοδο αυτή αντιμετωπίζεται κάπως η έλλειψη νοσηλευτών, με τη χρησιμοποίηση βοηθών και καταβάλλεται προσπάθεια για περισσότερο εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.

Παρόλα αυτά, δεν επιτυγχάνεται το επιθυμητό επίπεδο ανάπτυξης νοσηλευτικής φροντίδας επικεντρωμένης στον άρρωστο, γιατί είναι τεμαχισμένη με αναθέσεις σε διαφορετική ομάδα κάθε ημέρα και η έμφαση δίνεται κυρίως στο συντονισμό των καθηκόντων του προσωπικού. Και ακόμα, η έλλειψη αριθμού νοσηλευτών με τα προσόντα αρχηγού ομάδας δημιούργησε πρόβλημα.⁴⁷

Ο αρχηγός-συντονιστής πρέπει να είναι ειδικός εμπειρογνώμονας στην κλινική νοσηλευτική, να καλύπτει τις ανεπαρκείς υπηρεσίες των άλλων και τα κενά που αφήνει το πλημμελώς εκπαιδευμένο προσωπικό. Επίσης να έχει βασικές γνώσεις διοίκησης, επίβλεψης καθοδήγησης και διδασκαλίας και την ικανότητα να τα εφαρμόζει στην πράξη.

Τόσο με τη λειτουργική μέθοδο όσο και με την ομαδική νοσηλευτική, η άμεση φροντίδα των αρρώστων παρέχεται συνήθως από το βοηθητικό προσωπικό, που βρίσκεται πλησιέστερα στον άρρωστο.

Πρωτοβάθμια νοσηλευτική

Οι απογοητεύσεις που δημιούργησαν τα παραπάνω συστήματα, οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις και η έμφαση που δίνεται διεθνώς όλο και περισσότερο στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, δημιούργησαν την ανάγκη νέας αναζήτησης και εξασφάλισαν τη βάση και τα θεμέλια της Πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής. Η μέθοδος αυτή εμφανίστηκε προ 20ετίας περίπου. Παρά το μικρό διάστημα της εφαρμογής της, έχει αποκτήσει ταχύτατη εξάπλωση και θεωρείται σήμερα από πολλούς σαν το σύστημα του μέλλοντος στη νοσηλευτική. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι μέθοδος νοσηλευτικής φροντίδας, που εφαρμόζεται στα περισσότερα νοσοκομεία των ΗΠΑ, του Καναδά, πολλών Ευρωπαϊκών και άλλων χωρών.¹⁷

Η ονομασία πρωτοβάθμια νοσηλευτική δόθηκε για πρώτη φορά το 1969 σε ένα σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας, που είχε εφαρμοσθεί σε νοσηλευτική μονάδα των Πανεπιστημίων της Μινεσότα. Στη βιβλιογραφία, η πρωτοβάθμια νοσηλευτική έχει χαρακτηριστεί σαν:

- Φιλοσοφία
- Δυναμική διεργασία που συνεπάγεται αυξημένο κύρος και αυθεντία για τους νοσηλευτές.
- Σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας, που τοποθετεί τον νοσηλευτή κοντά στον άρρωστο.
- Μέθοδος αποκέντρωσης της εργασίας, που απαιτεί ωριμότητα, επίπεδο επιδεξιότητας και επιστημονικότητας.
- Επαγγελματική αφοσίωση και ευθύνη.

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική περιλαμβάνει σειρά από νοσηλευτικές δραστηριότητες, που γίνονται και τον κάθε άρρωστο και την οικογένειά του, προγραμματιζόμενες από τον ίδιο νοσηλευτή στον οποίο έχει ειδικά ανατεθεί η φροντίδα του συγκεκριμένου αρρώστου. Ο νοσηλευτής κατέχει κεντρική θέση μέσα στο σύστημα και έχει την ευθύνη για την προσωπική και ολοκληρωμένη φροντίδα του αρρώστου επί 24ώρες το 24ωρό και 7 ημέρες την εβδομάδα

καθόλη τη διάρκεια της διαμονής του στο νοσοκομείο. Είναι υπεύθυνος και υπόλογος, τόσο απέναντι στη διοίκηση του νοσοκομείου όσο και απέναντι σ'αυτόν τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένειά του για τη διεκπεραίωση, την έκβαση και τα αποτελέσματα όλων των ενεργειών του.

Σαν σύστημα, η πρωτοβάθμια νοσηλευτική αναφέρεται σε μέθοδος οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας από νοσηλεύτη, τον πρωτοβάθμιο. Αυτός αναλαμβάνει την πλήρη ευθύνη για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, από την ημέρα της εισόδου του στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδό του. Ακόμα, και τις ώρες απουσίας του, ο νοσηλεύτης είναι υπεύθυνος για τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στους αρρώστους του από το υπόλοιπο προσωπικό.²³

Κάθε νοσηλεύτης αναλαμβάνει την ευθύνη ενός αριθμού αρρώστων που του ανατίθενται, συνήθως 3-6. Παρέχει, κατά το δυνατόν, όλη τη νοσηλευτική φροντίδα στη διάρκεια του ωραρίου του, από τη χορήγηση φαρμάκων και τη λήψη ζωτικών σημείων μέχρι την πρόληψη ή περιποίηση των κατακλίσεων, την προετοιμασία για τις διάφορες παρακλινικές εξετάσεις τους κ.λ.π.

Ο προϊστάμενος του τμήματος στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική έχει το σύνθετο ρόλο της γενικής επίβλεψης και της εξασφάλισης νοσηλευτικής φροντίδας στον κάθε άρρωστο, ανεξάρτητα από το προσωπικό και τα ωράριά του. Προσφέρει συγχρόνως βοήθεια, ενίσχυση και υποστήριξη στους πρωτοβάθμιους νοσηλευτές, οι οποίοι είναι οι συνεχείς εκπρόσωποι του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον άρρωστο και την οικογένειά του.

Ευθύνες πρωτοβάθμιου νοσηλεύτη

1. Συζητεί τις αναθέσεις των αρρώστων με τον προϊστάμενο.
2. Εξηγεί το ρόλο της Π.Ν. στον άρρωστο.
3. Εκτιμά τις νοσηλευτικές και εκπαιδευτικές ανάγκες του.
4. Αναπτύσσει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους σκοπούς και αναμενόμενα αποτελέσματα νοσηλευτικής φροντίδας συμπεριλαμβάνοντας, τον άρρωστο και την οικογένειά του.
5. Διατυπώνει σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με όλες τις νοσηλευτικές ενέργειες.
6. Αναθεωρεί τη νοσηλευτική φροντίδα σύμφωνα με τη συνεχή αξιολόγηση.
7. Παρέχει προφορικές και γραπτές πληροφορίες για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου στον προϊστάμενο, το νοσηλευτικό προσωπικό και σε όλους όσους έχουν σχέση με τη νοσηλεία.
8. Αξιολογεί την ανταπόκριση του αρρώστου στη νοσηλευτική φροντίδα.

-
9. Σχεδιάζει με τον άρρωστο και την οικογένειά του την έξοδο ή μεταφορά του αρρώστου, πράγμα που εξασφαλίζει τη συνεχή παρακολούθησή του όταν χρειάζεται.
 10. Παρέχει κατάλληλη τεκμηρίωση για κάθε φάση της νοσηλευτικής διεργασίας.
 11. Εξουσιοδοτεί άλλον νοσηλευτή να τον αντικαθιστά κατά την απουσία του.
 12. Επιβλέπει τους βοηθούς, όταν προσφέρουν κάποια νοσηλεία στους αρρώστους.
 13. Αναζητεί εκπαιδευτικές ευκαιρίες που αυξάνουν την αντίληψη και κατανόηση των αναγκών του αρρώστου.
 14. Ανταποκρίνεται στις εκθέσεις των δελτίων αξιολόγησης, τα οποία αντανακλούν την ευθύνη για τα αποτελέσματα της εργασίας του με το συγκεκριμένο άρρωστο.
 15. Αναθεωρεί περιοδικά τις δραστηριότητές του για βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων και των οικογενειών τους.¹⁷

Αξιολόγηση μεθόδων

Χρησιμοποιούνται τέσσερα κριτήρια για την αξιολόγηση κάθε μεθόδου εργασίας: (1)η διοικητική αποδοτικότητα, (2)η αποτελεσματικότητα, δηλαδή ικανοποίηση αναγκών των ασθενών, (3)η ικανοποίηση αναγκών του προσωπικού και (4)η οικονομία.

Θεωρητικά, η λειτουργική μέθοδος είναι το πιο αποτελεσματικό σύστημα από διοικητικής πλευράς, λόγω της κατανομής του έργου σύμφωνα με συγκεκριμένες εργασίες. Κάθε εργαζόμενος έχει καθορισμένα καθήκοντα και εργασίες, διαφορετικά από τα καθήκοντα των άλλων. Υπάρχει μικρή πιθανότητα δημιουργίας σύγχυσης δηλαδή ποιος θα κάνει το κάθε τι. Ελάχιστος χρόνος απαιτείται για το συντονισμό δραστηριοτήτων του προσωπικού. Επί πλέον κάθε μέλος αποκτά μεγάλη δεξιοτεχνία, αν κάνει την ίδια εργασία επανειλημμένα. Δεν πρέπει δε να παραγνωριστεί η τάση των περισσότερων νοσηλευτικών μονάδων να επιστρέφουν στην κατ'εργασία μέθοδο σε περιόδους έλλειψης προσωπικού. Επομένως, οι νοσηλευτές βρίσκουν αποδοτικότερη τη μέθοδο αυτή, όταν υπάρχει πιεστική έλλειψη προσωπικού!⁴

Το λειτουργικό σύστημα αν και υψηλό σε αποδοτικότητα, κρίνεται χαμηλό ως προς το κριτήριο της ικανοποίησης των αναγκών του αρρώστου, λόγω της ομοιόμορφης οργάνωσης που συνεπάγεται. Ανάγκες του αρρώστου που δεν περιλαμβάνονται στις κατηγορίες των εργασιών και καθηκόντων της κατ'εργασίας μεθόδου, μπορεί να μη καλύπτονται. Η ανάγκη του αρρώστου, π.χ., ανακούφισης από κάποια ανησυχία, μπορεί να μη καλύπτεται από το νοσηλευτή που χορηγεί φάρμακα. Έτσι μπορεί να παραβλεφθούν προβλήματα αρρώστων, που δεν εμπίπτουν στις καθορισμένες κατηγορίες εργασιών.

Αλλ'όμως η κριτική αυτής της μεθόδου δεν πρέπει να γίνεται δεκτή χωρίς ερωτηματικά. Παρά το γεγονός, ότι όλες οι ανάγκες των αρρώστων δε μπορεί να ταξινομηθούν σε κατηγορίες και να περιγραφούν σε σύστημα εργασίας καθηκόντων του προσωπικού, όμως η ώριμη επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή εξισορροπεί αυτή την ενδεχόμενη έλλειψη. Σε πολλές περιπτώσεις η λειτουργική μέθοδος καλύπτει πλήρως τις ανάγκες του αρρώστου. Σε περιβάλλον που οι άρρωστοι έχουν όμοιες ανάγκες, όπως σε ανάνηψη σε τμήμα νεογνών κ.ο.κ. η ομοιογενής οργάνωση έχει τα πλεονεκτήματά της. Αν οι προβλεπόμενες ανάγκες ρουτίνας των αρρώστων λαμβάνονται υπόψη στην κατ'εργασία μέθοδο, τότε αυτές καλύπτονται με μεγαλύτερη συνοχή και συνέπεια από κάθε άλλο σύστημα εργασίας,

Οι εμπειρογνώμονες ακόμα βαθμολογούν την κατ'εργασία μέθοδο χαμηλά στην ικανοποίηση του προσωπικού. Το σύστημα διαχωρισμού έργου αναθέτει σε

κάθε εργαζόμενο τις ίδιες εργασίες και επομένως μπορεί να γίνεται ανιαρό. Εξ άλλου, ο εργαζόμενος δεν έχει την ικανοποίηση να δει τελειωμένο έργο, ότι ο άρρωστος γίνεται καλά από τις προσπάθειες του νοσηλευτή. Παρόμοιες κριτικές βασίζονται σε αφηρημένη ανάλυση του σχεδίου εργασίας και σε υποθέσεις για την προτίμηση των ανθρώπων. Αν και υπάρχουν πολλές περιπτώσεις μη ικανοποίησης με το σύστημα αυτό, γεγονός είναι ότι πολλά μέλη του προσωπικού ικανοποιούνται περισσότερο με το σύστημα προσανατολισμού προς τις εργασίες, γιατί αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια με την επανάληψή τους. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για το μη επιστημονικό προσωπικό που χρειάζεται περιορισμένο πεδίο, για να ανταποκριθεί σε σύνθετο περιβάλλον!¹⁷

Εφ'όσον η λειτουργική μέθοδος μπορεί να γίνει με το μικρότερο δυνατό αριθμό προσωπικού, είναι η πιο οικονομική μέθοδος. η οικονομία υπολογίζεται με βάση την κάθε εργασία σε σχέση με την αμοιβή που καταβάλλεται. Ακόμα η κατ'εργασία μέθοδος είναι το καλύτερο σύστημα για την αξιοποίηση των διαφόρων επιπέδων κατάρτισης και δεξιοτεχνιών του προσωπικού. Οικονομία επιτυγχάνεται όταν ανάθεση εργασιών γίνεται και στο βοηθητικό προσωπικό, πάντα όμως σύμφωνα με το τι επιτρέπει να κάνει και με νομική κάλυψη. Σήμερα με την επιστημονικότερη κατάρτιση των νοσηλευτών και της σύνθετης νοσηλείας των ασθενών, η λειτουργική μέθοδος έχει εγκαταλειφθεί τελείως στις προηγμένες χώρες. Κυρίως γιατί δεν καλλιεργεί την ανάπτυξη της προσωπικής ευθύνης των νοσηλευτών για την όλη φροντίδα του αρρώστου και δεν ενθαρρύνει την ομαδική προσέγγιση στο χώρο της εργασίας.

Το σύστημα της ομαδικής νοσηλευτικής αναπτύχθηκε σαν μια προσπάθεια μεγαλύτερης ικανοποίησης αρρώστων και νοσηλευτών, έστω και σε βάρος της διοικητικής αποτελεσματικότητας. Υπάρχουν πολλά αίτια για τη μη ικανοποιητική αποδοτικότητα του συστήματος της ομαδικής εργασίας, όπως χρησιμοποίηση κάθε μέλους της ομάδας για φροντίδα περιορισμένου και ορισμένου αριθμού αρρώστων και αποδιοργάνωση της μονάδας με την ελάττωση προσωπικού κ.ά. Εξ άλλου χρειάζεται πολύς χρόνος δαπανάται σε συναντήσεις του προσωπικού της ομάδας, καθώς και σε έλεγχο των εργασιών.

Η ανάθεση εργασίας γίνεται από αρχηγό με λιγότερη διοικητική πείρα και εκπαίδευση από τον προϊστάμενο που έκαμνε αυτή την εργασία. Υπάρχουν ανασφαλείς αρχηγοί ομάδων που προτιμούν να κάνουν οι ίδιοι τις εργασίες, οι οποίες έπρεπε να έχουν ανατεθεί σε άλλα μέλη, γιατί δεν έχουν άνεση στο έργο ανάθεσης. Αυτή η διοικητική έλλειψη ελαττώνει την απόδοση. Η πραγματικότητα ακόμα εμποδίζει την εφαρμογή της ομαδικής νοσηλευτικής. Αν, π.χ., πέντε νοσηλευτές συνωστίζονται συγχρόνως σ'ένα χώρο φαρμακείου ενός παλαιού νοσοκομείου για χορήγηση φαρμάκων, που είχε σχεδιασθεί να εξυπηρετεί ένα ή το πολύ δυο νοσηλευτές, παρουσιάζεται μεγάλη ανωμαλία στη

λειτουργία του τμήματος. Παρόμοιες περιπτώσεις δείχνουν τις δυσκολίες που υφίστανται και επομένως ελαττώνουν διοικητικά την απόδοση.⁴⁴

Πολλοί συγγραφείς δε συμφωνούν στο ότι η ομαδική νοσηλευτική είναι λιγότερο αποδοτική από την κατ'εργασία μέθοδο. Πιστεύουν, ότι η στενή συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των μελών του προσωπικού τονώνει το ηθικό, πράγμα που αναπληρώνει το χρόνο που χάνεται για τις συναντήσεις και το συντονισμό της εργασίας. Οι περισσότεροι υπερασπιστές αυτού του συστήματος βασίζουν την άποψή τους στην αυξανόμενη ικανοποίηση των αναγκών αρρώστων και προσωπικού.⁴⁷

Στην ομαδική νοσηλευτική αναγνωρίζεται ότι όταν ο νοσηλευτής έχει ευθύνη για μισό αριθμό ή το τρίτο των αρρώστων της μονάδας, γνωρίζει περισσότερο τον κάθε άρρωστο της αρμοδιότητας του παρ'ότι αν είχε ευθύνη για όλους του αρρώστους. Με μικρότερο αριθμό προσωπικού και αρρώστων, ο νοσηλευτής υπολογίζει καλύτερα τις δυνατότητες του προσωπικού και τις ανάγκες των αρρώστων για την ανάθεση εργασιών και κατευθύνει κάθε μέλος της ομάδας. Το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι βελτιωμένη νοσηλευτική φροντίδα. Οι ανάγκες του αρρώστου αντιμετωπίζονται καλύτερα με την ομαδική νοσηλευτική, γιατί νοσηλεύεται από περιορισμένο αριθμό προσωπικού που τον γνωρίζουν. Ανάγκες που μπορεί να παραβλεφθούν με την κατ'εργασία μέθοδο εδώ ανακαλύπτονται προσεκτικά.

Η αποτελεσματικότητα της φροντίδας υπολογίζεται όχι μόνο από την ανακάλυψη των αναγκών και την αντιμετώπιση των προβλημάτων, αλλά και από την ευκαιρία που δίνεται για ανάπτυξη περισσότερο θεραπευτικών σχέσεων μεταξύ αρρώστου-νοσηλευτή. Όμως τα πλεονεκτήματα της αποτελεσματικότερης φροντίδας αμβλύνονται ίσως, με την αυξανόμενη πιθανότητα δημιουργίας λαθών. Ο εργαζόμενος που ασχολείται με πολλές και διαφορετικές εργασίες είναι πιθανότερο να κάνει λάθος από εκείνον που εκτελεί την ίδια εργασία επανειλημμένα. Γι'αυτό πρέπει να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος για την παρακολούθηση και πρόληψη των λαθών. Θεωρητικά, κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να αισθάνεται μεγαλύτερη ικανοποίηση με τη μέθοδο αυτή, λόγω αυξημένης καθοδήγησης και καταλληλότερης ανάθεσης εργασιών ανάλογα με τις ικανότητες και την κατάρτιση.⁴⁷

Από οικονομικής πλευράς το σύστημα ομαδικής εργασίας είναι ίσως η πιο δαπανηρή μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Ο χρόνος του εργαζομένου που δαπανάται σε συναντήσεις και συντονισμούς κοστίζει πολύ. Η περιορισμένη χρησιμοποίηση προσωπικού για μια ομάδα ασθενών απαιτεί περισσότερο προσωπικό. Όταν δε το προσωπικό χρειάζεται να βοηθήσει και άλλες ομάδες, συχνά δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη αυτή του τμήματος με την πρόφαση ότι ο άρρωστος δεν είναι της ομάδας του. Έτσι τα άτομα που βρίσκονται σε υπηρεσία

δεν καλύπτουν τις ανάγκες των άλλων αρρώστων. Όπου δε αρχηγοί – συντονιστές και μέλη της ομάδας αλλάζουν, τότε ακόμα και η αρχική οικονομία της πεπειραμένης γνώσης των λίγων αρρώστων χάνεται.²⁴

Όμως, νεότερες απόψεις καταλήγουν στο συμπέρασμα, ότι η ομαδική νοσηλευτική είναι από τα καλύτερα εφικτά συστήματα οργάνωσης εργασίας σε κάθε νοσηλευτική μονάδα. Αναπτύσσει το ομαδικό πνεύμα μεταξύ του προσωπικού και αξιοποιούνται όλες οι δυνατότητές του, για παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Συγχρόνως με το σύστημα αυτό αναπτύσσονται τα νέα ηγετικά στελέχη νοσηλευτικής.

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική διαφέρει από τη μέθοδο της ομαδικής εργασίας. Κάθε άρρωστος ανατίθεται σε ένα νοσηλευτή για όλη την περίοδο της παραμονής του στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τον προγραμματισμό και την οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική επικεντρώνεται στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας παρά στην παροχή. Είναι το πρώτο σύστημα που μπορεί να συμπεριλάβει και άλλα συστήματα νοσηλευτικής φροντίδας, κι αυτό γιατί υπερέχει ο προγραμματισμός από την εφαρμογή. Είναι σύστημα που δίνει υπεροχή στις γνωσιολογικές πράξεις της νοσηλευτικής.

Η διοικητική αποδοτικότητα της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής ελαττώνεται με τη γνώση περιορισμένου αριθμού αρρώστων που αντιστοιχεί σε κάθε νοσηλευτή, αλλά το σύστημα επιτρέπει τη χρησιμοποίηση άλλων μελών του νοσηλευτικού προσωπικού για τη φροντίδα των αρρώστων. Τα λεπτομερή γραπτά προγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να αυξάνουν την απόδοση του άλλου προσωπικού. Όμως είναι πιθανό ο νοσηλευτής να δίνει περισσότερες νοσηλευτικές οδηγίες από ότι στα άλλα συστήματα εργασίας. Η αποδοτικότητα λοιπόν που ίσως προκύπτει από τις σαφείς οδηγίες και τη μετακίνηση του βοηθητικού νοσηλευτικού προσωπικού, ελαττώνεται με τις αυξανόμενες απαιτήσεις του έργου. Επομένως, η αποδοτικότητα της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής τοποθετείται στη βελτίωση της φροντίδας του αρρώστου.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι η αύξηση εργασίας που δημιουργείται με την πρωτοβάθμια νοσηλευτική, εύκολα αποθαρρύνει τον νοσηλευτή αν δεν έχει αρκετό χρόνο ή βοήθεια από άλλο προσωπικό για τη διεκπεραίωση της αυξημένης εργασίας. Απογοητεύεται όταν προγραμματίζει μεν λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά αυτό δεν τηρείται απ' όσους παρέχουν τη φροντίδα στον άρρωστο. Ένας τρόπος αύξησης της αποδοτικότητας της μεθόδου είναι η ελάττωση των πολλών θέσεων στην αλυσίδα της επικοινωνίας. Ο ιατρός και άλλα μέλη της ομάδας υγείας ενθαρρύνονται να επικοινωνούν κατ'ευθείαν με τον πρωτοβάθμιο νοσηλευτή. Έτσι λιγότερος χρόνος χάνεται στη μεταβίβαση

οδηγιών, ελαττώνεται δε και η πιθανότητα λαθών που συμβαίνουν με τα πολλά επίπεδα επικοινωνίας.⁴⁷

Η αποτελεσματικότητα βελτιώνεται με την πρωτοβάθμια νοσηλευτική. Το σύστημα βαθμολογείται υψηλά στο κριτήριο ικανοποίησης των αναγκών του αρρώστου, γιατί κάθε άρρωστος έχει τον «προσωπικό του» νοσηλευτή. Η μέθοδος εξασφαλίζει το ότι τουλάχιστον ένα μέλος του προσωπικού ενδιαφέρεται για την περίπτωση του αρρώστου και τα προβλήματα του αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται καλύτερα. Αποσκοπεί στην ανάπτυξη της επιστημονικής νοσηλευτικής με την καθιέρωση ευθύνης για την ατομικά προγραμματισμένη και παρεχόμενη φροντίδα. Αυξάνει την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την αποτελεσματική άσκηση του έργου τους. Η έκβαση της κατάστασης του αρρώστου σε ένα βαθμό είναι άμεσο αποτέλεσμα των αποφάσεων και των παρεμβάσεων τους. Αυτός ο τύπος εργασίας δίνει την ευκαιρία να ενεργοποιούνται στο ανώτατο όριο οι επιστημονικές και τεχνικές ικανότητες των νοσηλευτών. Και τα άλλα μέλη του προσωπικού βοηθούνται από τις σαφείς οδηγίες και την καθοδήγησή τους.

Η ικανοποίηση των αναγκών αρρώστου και προσωπικού εξαρτάται από την προετοιμασία του νοσηλευτή για το ρόλο της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής. Νοσηλευτής που δεν αισθάνεται ασφάλεια στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, νοιώθει ανασφάλεια με το σύστημα αυτό. Εξ άλλου ο άρρωστος, του οποίου ο νοσηλευτής δεν είναι ικανός, βρίσκεται δε χειρότερη θέση από τον άρρωστο που φροντίζεται από πολλούς νοσηλευτές, οι οποίοι θα καλύπτουν τις ανάγκες του με άλλα συστήματα.

Στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική, η επιτυχία ή η αποτυχία του συστήματος στηρίζεται κυρίως στην επιλογή των νοσηλευτών για τον πρωτοβάθμιο ρόλο. Η προετοιμασία των σημερινών φοιτητών για πρωτοβάθμιους ρόλους οπωσδήποτε αυξάνει την αίσθηση της επαγγελματικής ευθύνης. Ίσως το μεγαλύτερο κέρδος από αυτή τη μέθοδο είναι οι αλλαγές στη στάση και στην εκπαίδευση των μελλοντικών νοσηλευτών.

Από οικονομική άποψη, δεν υπάρχει συμφωνία ως προς το κόστος της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής έναντι της ομαδικής και λειτουργικής μεθόδου.

Αντικρουόμενες θέσεις προβάλλονται στη βιβλιογραφία και στις διάφορες νοσηλευτικές μελέτες. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική χαρακτηρίζεται από τις διάφορες πηγές σαν πιο δαπανηρή, ίση σε κόστος ή πιο οικονομική. Βεβαίως πολλές από τις μελέτες αυτές συνδυάζουν δυο μεταβλητές στον οικονομικό υπολογισμό: εφαρμογή της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής και πρόσληψη περισσότερου επιστημονικού νοσηλευτικού προσωπικού. Και άλλες συνδυάζουν το σύστημα με διάφορο πρόγραμμα στελέχωση ή βελτίωση γενικών συνθηκών του ιδρύματος. Εν τούτοις το σύστημα της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής

επιβάλλεται όλο και περισσότερο στις οργανωμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων και κέντρων υγείας στις προηγμένες χώρες.¹⁷

Ο ρόλος του νοσηλευτή διαφέρει στα διάφορα συστήματα εργασίας. Στη λειτουργική μέθοδο ο νοσηλευτής κυρίως οργανώνει, ιεραρχεί και εκτελεί ένα αριθμό ανατεθεισών εργασιών. Ο ρόλος του στο σύστημα αυτό είναι να τελειώσει αυτές τις εργασίες έγκαιρα. Μεγάλο μέρος δηλαδή του ρόλου του περιλαμβάνει οργάνωση και διοίκηση.

Στην ομαδική νοσηλευτική η ανάλυση των αναγκών του αρρώστου και η αντιμετώπιση των προβλημάτων αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας του νοσηλευτή. Αυξάνει το αίσθημα της ευθύνης για την έκβαση της κατάστασης του αρρώστου. Δεν μειώνει την ανάγκη οργάνωσης και διοίκησης. Εφόσον οι εργασίες είναι διάφορες, ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται πιο σύνθετος, ανεξάρτητα αν είναι αρχηγός ή μέλος της ομάδας. Δεν οργανώνει μόνο τη δική του εργασία, αλλά και τη συντονίζει με την εργασία των άλλων μελών. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική ελαττώνει σε κάποιο βαθμό τις οργανωτικές εργασίες του νοσηλευτή, αλλά αυξάνει την προσωπική ευθύνη για τη διεύθυνση ειδικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο ρόλος του προϊστάμενου διαφέρει επίσης στα τρία μεγάλα συστήματα εργασίας. Στη λειτουργική μέθοδο ο προϊστάμενος είναι διευθυντής με τη στενή έννοια της λέξης. Έχει την εποπτεία όλης της μονάδας. Είναι υπεύθυνος για την ανάθεση εργασιών, την εκτέλεση και το συντονισμό, να παρακολουθεί αν όλα τα συνθετικά της εργασίας ανατέθηκαν, συντονίστηκαν και διεκπεραιώθηκαν. Εφόσον πολλοί νοσηλευτές βλέπουν τον κάθε άρρωστο με το σύστημα αυτό, ο προϊστάμενος είναι βέβαιος ότι κάποιο λάθος ή παράλειψη στη νοσηλεία θα γίνει αντιληπτό από κάποιο μέλος του προσωπικού. Επομένως, η εκτίμηση για τις διάφορες δραστηριότητες και ο έλεγχος συνήθως περιορίζεται στην επίσκεψη των αρρώστων μια ή δύο φορές την ημέρα.

Με το σύστημα της ομαδικής νοσηλευτικής, ο προϊστάμενος αναθέτει πολλές από τις καθημερινές διοικητικές εργασίες στους αρχηγούς των ομάδων. Έτσι έχει περισσότερο χρόνο για ευρύτερο προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας και εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού. Από την άποψη του προϊστάμενου, η ομαδική νοσηλευτική θεωρείται ιδεώδης μέθοδος. Έχει την καλύτερη ανάθεση διοικητικών εργασιών και μικρό αριθμό ατόμων που απαιτούν στενή βοήθεια και αξιολόγηση, δηλαδή δυο ή τρεις αρχηγούς ομάδων. Αλλά αυτό σπάνια πραγματοποιείται γιατί ο προϊστάμενος επιφορτίζεται και με πάρα πολλά νέα καθήκοντα.

Η βοήθεια και η αξιολόγηση των αρχηγών των ομάδων, καθώς και η σχέση τους με το προσωπικό είναι πιο σύνθετη. Ο προϊστάμενος πρέπει να παρατηρεί και να αξιολογεί τις ικανότητες του αρχηγού για οργάνωση, συντονισμό και

τεχνικές νοσηλευτικές δεξιότητες αλλά και διαπροσωπικές σχέσεις. Ο συντονιστής συνήθως είναι ένας νοσηλευτής που είναι ελάχιστα προετοιμασμένος για οργανωτικό και διοικητικό ρόλο. Ο προϊστάμενος χρειάζεται να διδάξει συγχρόνως διοικητικές και νοσηλευτικές δεξιότητες, όπως πως να κάνουν τις κατάλληλες αναθέσεις, πως να αναγνωρίζουν τις ικανότητες του προσωπικού και πως να συνειδητοποιούν την ευθύνη της θέσης τους.

Στην ομαδική νοσηλευτική ο προϊστάμενος δεν μπορεί να αξιολογήσει τη νοσηλευτική φροντίδα μόνο με το να διαπιστώσει ότι όλες οι εργασίες διεκτεραιώθηκαν. Ο χρόνος που διαθέτει για παρακολούθηση, διδασκαλία και αξιολόγηση είναι πολύ αυξημένος με το σύστημα αυτό. Δεν μπορεί να βασιστεί στο ότι κάποιος νοσηλευτής θα ανακαλύψει τις παραλείψεις ή το λάθος, γιατί το ήμισυ ή το τρίτο του επιστημονικού του προσωπικού θα δει τον κάθε άρρωστο. Οι δραστηριότητες ελέγχου του προϊσταμένου πρέπει να εξασφαλίζουν την ασφαλή και επαρκή φροντίδα των αρρώστων.

Τα ίδια σημεία ισχύουν και για την πρωτοβάθμια νοσηλευτική. Όσο τα συστήματα νοσηλευτικής φροντίδας περιορίζουν τις επαφές του αρρώστου με λιγότερους νοσηλευτές, τόσο περισσότερο ο προϊστάμενος πρέπει να αναλαμβάνει τον έλεγχο της κλινικής νοσηλευτικής φροντίδας. Οφείλει να ελέγχει το κάθε πρόγραμμα φροντίδας του αρρώστου. Με το σύστημα της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής παράλειψη ή λάθος κρίσης του νοσηλευτή δεν πρόκειται να διορθωθεί, παρά μόνο αν ανακαλυφθεί από τον προϊστάμενο.

Στη διαχρονική εξέλιξη από τη λειτουργική μέθοδο, την ομαδική μέχρι την πρωτοβάθμια, ο ρόλος του προϊσταμένου εξελίσσεται από τον του οργανωτή και διευθυντή εργασιών, στον του ελέγχου της κλινικής νοσηλευτικής και του διδασκάλου. Αυτές οι ευθύνες, φυσικά, απαιτούν πολύ διαφορετικές ικανότητες. Γι' αυτό ακριβώς ένας ικανός προϊστάμενος σε ένα σύστημα εργασίας, μπορεί να είναι ανεπαρκής ή μέτριος σε κάποιο άλλο σύστημα.¹⁷

Κεφάλαιο 10^ο

Η Νοσηλευτική σαν επάγγελμα.

Η άσκηση του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος απαιτεί σαφή περιγραφή των λειτουργικών πράξεων και υπηρεσιών που προσφέρει, των υποχρεώσεων του επαγγελματία νοσηλευτικού λειτουργού ή του ελεύθερου επαγγελματία. Απαιτεί κατοχύρωση επαγγελματικών δικαιωμάτων και γενικότερα προστασία του ίδιου του επαγγέλματος.

Παρόλο που ίσως θεωρείται αυτονόητο, πρέπει να διερευνήσουμε την ακριβή υπόσταση της νοσηλευτικής και να κατοχυρώσουμε τον χαρακτηρισμό της ως επάγγελμα. Σύμφωνα με τον ορισμό, επάγγελμα είναι κάθε αμειβόμενη και συστηματικά ασκούμενη δραστηριότητα του ανθρώπου. Επαγγελματίας, δε, είναι ο ασκών ή κατά συγκεκριμένη υπηρεσία, ή αυτός που ασκεί κάποιο επάγγελμα για βιοπορισμό.

Είναι επάγγελμα ασκούμενο μεμονωμένα ως ελεύθεριο, αλλά και κάτω από υπαλληλική ιδιότητα ως λειτουργικό. Είναι επάγγελμα ανθρωπιστικό και αναγνωρίζεται διεθνώς ως επιστημονικό, εφόσον η νοσηλευτική διδάσκεται στα Α.Ε.Ι., έχει δικό της γνωστικό αντικείμενο, δική της έρευνα κλπ. Τέλος η νοσηλευτική είναι και τεχνικό επάγγελμα το οποίο είναι αντικείμενο της Τεχνικής Εκπαίδευσης Τ.Ε.Ι.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα ασκείται σαν λειτουργικό αλλά και σαν ελεύθεριο. Είναι επιστημονικό και τεχνικό αλλά και ανθρωπιστικό και κοινωνικό. Στην Νοσηλευτική όμως κυριαρχεί το στοιχείο της χρησιμότητας, βάση του οποίου στοιχειοθετείται η έννοια του επαγγέλματος π.χ. δάσκαλος, δικαστής, νοσηλευτής.²⁵

Η Νοσηλευτική είναι επάγγελμα που από τη φύση πρέπει να ασκείται με αλτρουισμό. Ο νοσηλευτής, ο οποίος είναι αλτρουιστής επαγγελματίας εξυπηρετεί αμειβόμενος το συνάνθρωπό του, επιδεικνύει σεβασμό, ευσυνειδησία και αγάπη. Αισθάνεται ηθική ικανοποίηση για ότι κάνει τίμια και σωστά χωρίς να εκμεταλλεύεται το συνάνθρωπό του, κάποια ανάγκη του οποίου καλύπτει, με την υπηρεσία που του προσφέρει. Ικανοποιημένος ηθικά ο επαγγελματίας τείνει στη βελτίωση και την τελειοποίηση του.

Ο σκοπός άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι η προσφορά υπηρεσιών στο συνάνθρωπο σε περίοδο αυξημένων αναγκών ή δυστυχίας, σε περίοδο που αδυνατεί να προστατέψει τον εαυτό του. Η επαγγελματική

προσφορά γίνεται με αυξημένο αίσθημα ευθύνης, τιμιότητα και σεβασμό προς τον συνάνθρωπο. Η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος απαιτεί υπόβαθρο επιστημονικό και τεχνικό, αλλά και ηθικό για να μην εκτραπεί ο επαγγελματίας προς τον εγωιστικό σκοπό της άσκησης του επαγγέλματός του. Πρόσωπα που επιλέγουν το νοσηλευτικό επάγγελμα μόνο για να κερδίσουν από αυτό πρέπει να απορρίπτονται.

Το επάγγελμα πρέπει να ασκείται από τον καθένα όχι μόνο για τον βιοπορισμό, δηλαδή μισθό, περίθαλψη, σύνταξη κλπ – που πρέπει να θεωρούνται δεδομένα – αλλά με τη συναίσθηση και την πεποίθηση ότι εξυπηρετεί το γενικότερο κοινωνικό σκοπό, μέσα στον οποίο είναι τοποθετημένο και το δικό του συμφέρον, αφού και αυτός αποτελεί μέρος του οργανικού συνόλου.

Χρήσιμο θα ήταν εδώ να αναφερθεί ο σχετικός λόγος του Ε. Παπανούτσου: «Αξίζει να σημειωθεί ιδιαίτερα ότι στον αληθινό επαγγελματία υπάρχει συνειδητή (και όχι σπάνια ασυνείδητη) η πεποίθηση ότι, πέρα από τον απλό βιοπορισμό, πέρα από την κοινωνική θέση, που εξασφαλίζει το επάγγελμα, κάποιος γενικότερος κοινωνικός σκοπός εξυπηρετείται με αυτό (το επάγγελμά του)».²⁶

Με αυτές τις θέσεις, ο Νοσηλευτής –τρία πρέπει να αισθάνεται ικανοποίηση, γιατί του δίνεται η ευκαιρία να κάνει την παρουσία του και μάλιστα κατά τρόπο έξοχο στην παραγωγική διαδικασία του συνόλου, της ενεργητικής ομάδας, με την προϋπόθεση βέβαια ότι και η ομάδα ανταποκρίνεται στις προσωπικές της ανάγκες, είτε υλικές είτε ηθικές.²⁵

Τα ηθικά προσόντα των Νοσηλευτών

Οι απαιτήσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν μπορούν να εκπληρωθούν από τους νοσηλευτές, αν δεν διαθέτουν τα κατάλληλα προσόντα. Αυτά θα τα αναπτύξουν ή θα τα αναπτύξουν ή θα τα αποκτήσουν αν έχουν τις ψυχικές και πνευματικές διαθέσεις χαρακτηριστικές για τη νοσηλευτική τους αποστολή, όπως είναι :

- η θέληση να ανακουφίζουν, υποστηρίζουν, θεραπεύουν
- η αγάπη και ο σεβασμός του ανθρώπου και της ζωής του
- η τιμιότητα και ευσυνειδησία
- η συναίσθηση της ευθύνης.

Ο σεβασμός της ζωής του ανθρώπου δεν έχει όρια. Απαιτεί εξάντληση όλων των δυνατοτήτων των νοσηλευτών και πάλι παραμένει αμείωτος λόγω της ανεκτίμητης υπεροχής του αντικειμένου, δηλαδή του ανθρώπου.

Άλλα προσόντα των νοσηλευτών, κατά την Peset, θεωρούνται η καλοσύνη, η ευεργετικότητα, η ευγένεια, η διάκριση, η υπομονή, η αξιοπρέπεια, η αγάπη της καλής και άριστης εργασίας, ο πόθος της προσωπικής τελειοποίησης, το θάρρος, η ψυχραιμία, η σύνεση, η ακρίβεια, το πνεύμα της συνεργασίας.

Σημαντική είναι και η περιγραφή των στοιχείων που απαρτίζουν το περιεχόμενο και την ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας όπως την επιχειρεί η Leininger. Είκοσι επτά κύρια στοιχεία ξεχωρίζει η διακεκριμένη αυτή νοσηλεύτρια και συγγραφέας, αφήνει δε ανοικτό περιθώριο και για άλλα ακόμη ανεξερευνήτα. Αναφέρονται τα πιο αντιπροσωπευτικά:

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| - άνεση | - μέριμνα |
| - συμπόνια | - αγάπη |
| - ενδιαφέρον | - βοήθεια |
| - παρουσία | - ανακούφιση του πόνου |
| - συμμετοχή | - αποκατάσταση της υγείας |
| - ψυχολογική υποστήριξη | - προστασία της υγείας |
| - στοργή | - εμπιστοσύνη |
| - τρυφερότητα | |

Στα στοιχεία αυτά παρατηρεί κανείς μια σύνθεση ψυχικών διαθέσεων και στάσεων από το ένα μέρος και εκφραστικών εκδηλώσεων, τρόπων συμπεριφοράς και πράξεων από το άλλο. Είναι φανερό ότι συμμετέχει ολόκληρη η προσωπικότητα των νοσηλευτών στη νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρουν στους αρρώστους.

Τη «φροντίδα», δηλαδή τη γεμάτη ενδιαφέρον μέριμνα για το καλό του αρρώστου τη σχολιάζει και ο Griffin σαν φιλοσοφική ηθική αρχή, που αποτελεί

την καρδιά της νοσηλευτικής. Η αρχή της «φροντίδας», γράφει, ενσωματώνει πράξεις αλλά και εσωτερικές διαθέσεις, συναισθήματα, διαπροσωπικές σχέσεις, δεξιότητες αποκατάστασης και διατήρησης της ακεραιότητας και του αυτοσεβασμού του αρρώστου. Οι δραστηριότητες στα πλαίσια της νοσηλευτικής τέχνης δεν είναι απαλλαγμένες προβλημάτων και άσχετες από τις εσωτερικές θέσεις των νοσηλευτών. Η παρατήρηση και η επισήμανση των αναγκών του αρρώστου καθώς και η επιλογή μεθόδων νοσηλευτικής παρεμβάσεως συνδέονται με τις ανώτερες αρχές των νοσηλευτών και κυρίως με τον σεβασμό και την προσοχή τους προς τον άρρωστο. Ακόμη και η τήρηση της ασηψίας και αντισηψίας όπου απαιτείται, και η ακρίβεια στη χορήγηση των φαρμάκων είναι ηθικές αρχές.

Πραγματικά, η ακρίβεια είναι σπουδαίο προσόν κάθε νοσηλευτή. Στη θεραπευτική οι μετρήσεις γίνονται με σταγόνες, με κόκκους, με μικρογραμμάρια. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να τηρείται απόλυτη ακρίβεια. Χρειάζεται ακρίβεια και στην ώρα και στη νοσηλεία και την εργασία. Η ακρίβεια διατηρεί την τάξη, την αρμονία και την ασφάλεια. Η μέριμνα των νοσηλευτών για την ακρίβεια εκφράζει αγάπη και σεβασμό προς τον άρρωστο!⁴

Επικοινωνία νοσηλεύτη και αρρώστου

Ο άνθρωπος σαν μοναδική προσωπικότητα αναπτύσσεται αρμονικά και εμπλουτίζεται με τον γόνιμο διάλογο, που δημιουργούν οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η επικοινωνία αποτελεί ουσιώδη ψυχολογική ανάγκη του ανθρώπου. Η έλλειψή της μπορεί να διαταράξει ή ακόμα και να κλονίσει την ψυχική υγεία.

Η άσκηση της νοσηλευτικής συντελείται σε ένα περιβάλλον, όπου υπάρχει συνεχώς επαφή και επικοινωνία νοσηλεύτη και αρρώστου. Σε αυτή τη διαπροσωπική σχέση ο άρρωστος σαν ψυχοσωματική ολότητα υφίσταται μια επίδραση υπέρ της υγείας του, όταν βέβαια αντιμετωπίζεται από ικανό νοσηλεύτη.

Η νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου περιλαμβάνει μεν ειδικές κλινικές μεθόδους, αλλά δεν περιορίζεται σε απλές τεχνικές διαδικασίες και απρόσωπα προκαθορισμένα επιστημονικά πλαίσια. Είναι κυρίως «διαπροσωπική διεργασία» δηλαδή ειδική σχέση και επικοινωνία νοσηλεύτη και αρρώστου και προϋποθέτει πάντα την αγάπη στην τελειότερη έκφρασή της, την ολόψυχη συμμετοχή στον πόνο του αρρώστου.

Πράγματι η νοσηλεία είναι διαπροσωπική τέχνη, είναι η επιστήμη του διαλόγου, είναι η ψυχοδυναμική συνεργασία προσωπικοτήτων. Με τον νοσηλευτικό διάλογο ο νοσηλευτής:

- Γνωρίζει τον άρρωστο σαν πρόσωπο.
- Εξακριβώνει και εντοπίζει τα προβλήματα και τις ανάγκες του.
- Εξετάζει πως η αρρώστια επηρεάζει την ψυχική διάθεση και στάση του προς τον εαυτό του, τους άλλους, τη ζωή.
- Επισημαίνει και επιβεβαιώνει τις προσωπικές του δυνατότητες για την αντιμετώπιση της αρρώστιας του και τις νοσηλευτικές του ανάγκες, για να προχωρήσει στην αποκατάσταση της υγείας του.
- Αξιολογεί και επιβεβαιώνει με τον ασθενή τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας και ανάλογα την αναθεωρεί και την αναπροσαρμόζει.
- Διδάσκει στον ασθενή τη φροντίδα της υγείας του, όπως ταιριάζει στην δεδομένη περίπτωση.

Η νοσηλευτική σαν «διαπροσωπική διεργασία» επηρεάζει ευνοϊκά την ψυχική κατάσταση του αρρώστου. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, τις επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και φόβους του. Η εξωτερικεύσή του μεταβιβάζει στο νοσηλεύτη το περιεχόμενο του ψυχισμού του π.χ. τι αισθάνεται, τι σκέπτεται, ... Αυτό αποτελεί τον ακριβέστερο δείκτη του επιπέδου της υγείας

του σε σύγκριση με άλλους δείκτες, όπως ο αριθμός των σφίξεών του, τα ακτινολογικά ευρήματα κλπ. Διότι η αναγνώριση της ψυχολογικής κατάστασώς του αρρώστου προσφέρει ευρύτερη βάση για την νοσηλευτική αξιολόγηση και τον προγραμματισμό της φροντίδας του.

Επομένως η νοσηλευτική αποδεικνύεται «θεραπευτική, εκπαιδευτική σχέση» και «η δύναμη που προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας προς δημιουργική, οικοδομητική και παραγωγική προσωπική και κοινωνική ζωή»!⁹

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή

Καθήκον είναι η πηγαία (χωρίς δηλαδή κανέναν εξωτερικό ή εσωτερικό καταναγκασμό) ψυχική διάθεση, η οποία κατευθύνει τον άνθρωπο σε πράξεις σύμφωνες με τους κανόνες της παραδεδεγμένης ηθικής.

Τα γενικά καθήκοντα των νοσηλευτών:

1. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όσες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει κάθε τι που επιβάλλει το καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
2. Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών των γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.
3. Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσων της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις δεοντολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.
4. Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απόσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτεία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό των συναδέλφων. Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α.
5. Ο νοσηλευτής πρέπει να συνεργάζεται με το γιατρό και να συμβάλει με το θεραπευτικό και προστατευτικό του ρόλο στο όλο θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενούς που πραγματοποιείται στο νοσοκομείο, στα εξωτερικά ιατρεία, στα κέντρα Υγείας και στην κοινότητα.
6. Πρέπει να συντονίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες με τις δραστηριότητες των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας.

-
7. Είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ ασθενούς, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων σε θέματα της αρμοδιότητάς του.
 8. Συνεργάζεται με τον προϊστάμενο για την πραγματοποίηση ενημερωτικών επικοινωνιών με τα μέλη της ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς για τα προβλήματα υγείας.
 9. Φροντίζει ώστε το περιβάλλον του ασθενούς να είναι κατάλληλο και ασφαλές.
 10. Συγκεντρώνει το απαραίτητο νοσηλευτικό υλικό που χρησιμοποιείται στις διάφορες διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις.
 11. Σέβεται την προσωπικότητα του ασθενούς και με κάθε τρόπο να διατηρεί και να προστατεύει την ατομικότητά του.
 12. Να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό του πρόγραμμα και να τον ενισχύει ψυχολογικά σε κάθε νοσηλεία.
 13. Να εξετάζει, παρατηρεί, αξιολογεί και να καταγράφει συμπτώματα και φυσικά σημεία του ασθενούς και ενημερώνει το γιατρό κατά την κρίση του.
 14. Να παρατηρεί τις αντιδράσεις του ασθενούς κατά τη διάρκεια της εξέτασης ή της νοσηλείας και να προλαμβάνει ανεπιθύμητες αντιδράσεις.
 15. Να αιτιολογεί και να τεκμηριώνει κάθε ενέργεια με βάση τις γνώσεις που κατέχει από τις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες και να τις προσαρμόζει σύμφωνα με τις νέες τάσεις και εξελίξεις της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης και τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς.²⁷

Καθήκοντα του νοσηλευτή προς τους ασθενείς.

1. Ο νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και να απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.
2. Ο νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή της βαρύτητας της νόσου.
3. Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και αποσπώντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευση της ή την παρεμπόδιση της αναπαραγωγής της.
4. Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή του στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευση.
5. Ο νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ίδιου ή τρίτου εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
 - Ο νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα.
 - Ο νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις.
 - Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο νοσηλευτής οφείλει να φροντίσει για την συνδρομή του ασθενή από συνάδελφό του!⁹

Νοσηλευτική Δεοντολογία.

Δεοντολογία είναι γνώσεις σχετικές μεταξύ τους και συστηματοποιημένες σε οργανικό σύνολο, οι οποίες καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση επαγγελματικών καθηκόντων κατά κύριο λόγο, αλλά και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό βίο, έτσι που να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά.

Επίσης Δεοντολογία είναι κανόνες καθηκόντων που αναπτύσσονται σε διάλογο με την κοινωνία. Αφορούν τα επιστημονικά επαγγέλματα.. είναι ένας τύπος εφαρμοσμένων κανόνων συμπεριφοράς, ηθικές αρχές με τις οποίες καθορίζονται οι πράξεις σαν σωστές ή εσφαλμένες στο ιδιαίτερο τομέα που εξετάζεται. Όσο περισσότερο ένα έργο ασχολείται με τον άνθρωπο τόσο πιο απαιτητική είναι η δεοντολογία του.

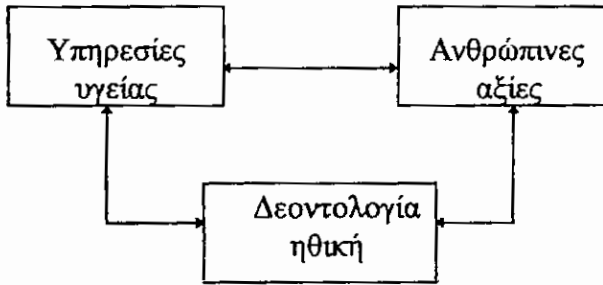
Οι κανόνες, που διατυπώνονται με τη Δεοντολογία, σκοπό έχουν να επιδράσουν στην ψυχική σφαίρα του νοσηλευτή, έτσι που αυθόρμητα να φέρεται στην εκτέλεση της νοσηλευτικής υπηρεσίας προς τον οποιοδήποτε άρρωστο, ανεξάρτητα από φυλή, θρησκεία, ιδεολογία κλπ.

Όταν οι κανόνες της Δεοντολογίας αφομοιωθούν από το νοσηλευτή γίνονται πλέον ο ασφαλής οδηγός που κατευθύνει σκέψεις, λόγους, πράξεις στον ορθό και πρόποντα δρόμο για να γίνει ωφέλιμο στοιχείο στον εαυτό του και σε όσους υπηρετεί με το θεάρεστό επάγγελμα.

Ο όρος «Δεοντολογία» με τη στενή γραμματική ερμηνεία του σημαίνει να λέει κανείς γύρω από αυτά που πρέπει να γίνονται, «περί των δεόντων γενέσθαι» όπως έλεγαν οι αρχαίοι μας πρόγονοι. Σημαίνει την πρόπουσα τακτική που επιβάλλεται και είναι ανάγκη να ακολουθεί ο καθένας όταν εκτελεί ένα έργο, μια υπηρεσία!⁹

Στο παγκόσμιο συνέδριο των Συμβουλίων Διεθνών Οργανισμών Ιατρικών Επιστημών για τη δεοντολογία των υπηρεσιών υγείας που έγινε το 1984 στην Αθήνα, τονίστηκε ότι η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες έχουν πρωταρχική θέση στο χώρο της υγείας.

Η σχέση υγεία και δεοντολογίας παριστάνει το ακόλουθο σχήμα:¹⁴



Η νοσηλευτική δεοντολογία αποβλέπει στο:

- Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς στο χώρο της εργασίας.
- Να τον βοηθάει να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις τόσο με τους συνεργάτες, όσο και με τους αρρώστους και τους συνοδούς τους.
- Να τον ευαισθητοποιεί και να τον βοηθάει να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει.
- Να τον προσανατολίζει να βλέπει τον άρρωστο σαν μια μοναδική ψυχοσωματική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα.
- Να του παρέχει τις βασικές γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.

Για να είναι ικανός ο νοσηλευτής να ανταποκριθεί σε όλες αυτές τις πτυχές του έργου του, του διοχετεύει την πείρα των χρόνων μέσα από δεοντολογικά κείμενα.

Αυτά τα κείμενα είναι:

1. Ο κώδικας του Αμμουραβί που νομοθετεί σχετικά με την άσκηση της ιατρικής και συνεπώς της νοσηλευτικής αφού δεν υπήρχαν διαχωριστικά όρια.
2. Το AYUR-VEDA, ινδικό θρησκευτικό βιβλίο, όπου είναι διατυπωμένες σαφείς δεοντολογικές διατάξεις.
3. Το Λευιτικό, βιβλίο της Παλαιάς διαθήκης, με το οποίο οι εβραίοι συστηματοποίησαν την ιατρική και την νοσηλευτική και διαμόρφωσαν με σαφείς δεοντολογικούς κανόνες τον τρόπο άσκησής τους.
4. Τα έργα του Ιπποκράτη που συγκροτούν βασικούς κανόνες της Δεοντολογίας είναι και τα:
 - Όρκος.
 - Παραγγελία.
 - Νόμους.

-
- Περί ιατρού.
 - Περί ευσημοσύνης.

5. Ταμβος εις τον νοσοκόμο του Αγίου Θεοδώρου του Στουδίτου: περιγράφει το πρόγραμμα της καθημερινής εργασίας, οριοθετεί τη σχέση νοσηλευτή – αρρώστου, παρέχει την δυνατότητα δημιουργίας κλίματος θεραπευτικής επικοινωνίας και τελικά χαρακτηρίζει τη νοσηλευτική έργο ιερό!⁹

Η Ελλάδα έχει υιοθετήσει τον διεθνή κώδικα ηθικών καθηκόντων του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών με τελευταία αναθεώρηση στο Μεξικό το 1973 και επανέγκριση το 1989. Ο κώδικας αυτός αναφέρει, ότι η βασική ευθύνη του νοσηλευτή είναι τετραπλή: Προαγωγή της υγείας, πρόληψη της ασθένειας, αποκατάσταση της υγείας και ανακούφιση του πόνου. Η ανάγκη παροχής νοσηλευτικής φροντίδας είναι παγκόσμια και στενά συνυφασμένος με την εύνοια της νοσηλευτικής, είναι ο σεβασμός προς τη ζωή, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ανθρώπου.

Εξ' άλλου η νοσηλευτική είναι ελεύθερη φραγμών εθνικότητας, φυλής, θρησκείας, χρώματος ηλικίας, φύλου, πολιτικών και κοινωνικών καταστάσεων.

Ο νοσηλευτής προσφέρει τις υπηρεσίες του για την υγεία του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας και συντονίζει αυτές τις υπηρεσίες μελών άλλων συναφών επαγγελμάτων!¹

Κεφάλαιο 11^ο

Προβλήματα και αντιδράσεις του αρρώστου.

Όταν ο άνθρωπος αρρωσταίνει, δεν δοκιμάζει μόνο τα ενοχλητικά και οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειας του. Δοκιμάζει και ένα πλήθος προβλημάτων και αντιδράσεων, που πρέπει να κατανοηθούν και αντιμετωπισθούν για την καλύτερη νοσηλεία και θεραπεία του.

Την ψυχική κατάσταση του αρρώστου περιγράφει η Suzanne Fouche ως εξής: «ο άρρωστος υποφέρει για ότι έχει αφήσει πίσω. Οι ευθύνες του, οι υποχρεώσεις του, τα βάρη του επαγγέλματος του, πάνε να δημιουργήσουν αγωνία μέσα του και να σταματήσουν το βλέμμα του στο παρελθόν, το τόσο κοντινό εξάλλου, που συγγέεται ακόμη με το παρόν. Η λύπη για όλα όσα δεν πραγματοποίησε ή δεν τελείωσε, η συνείδηση της ανεπάρκειας του, τον ταράσσουν πιο πολύ τώρα, τον καιρό της αδράνειας, παρά τότε που βρισκόταν πάνω στη μέθη της δουλειάς»²⁸

Ο άρρωστος που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο υποβάλλεται και σε διαγνωστικές εξετάσεις χωρίς να καταλαβαίνει τον σκοπό τους και χωρίς να μαθαίνει τα αποτελέσματα. Μερικές από τις εξετάσεις που κάμνει του είναι άγνωστες, μερικές επώδυνες, πολλές τον τρομάζουν, αλλά κανείς δεν διαθέτει χρόνο να του πει τι σημαίνουν. Και κανείς δεν τον ενημερώνει αν τα αποτελέσματα είναι ευνοϊκά ή δυσάρεστα.

Μια άλλη άποψη της νοσοκομειακής περιθάλψεως, που προκαλεί φόβο σε πολλούς ασθενείς, είναι το ότι υποχρεώνονται να αναλάβουν τον ρόλο του αρρώστου, που περιλαμβάνει στέρηση των συνήθων δικαιωμάτων, προνομίων, ικανοποιήσεων και των συμβόλων της κοινωνικής θέσεως. Για το άτομο που επί χρόνια ανέπτυξε ανεξαρτησία κρίσεως και πράξεως το να βρεθεί ξαφνικά υποβιβασμένος στην ανωνυμία μιας οριζόντιας θέσεως μέσα σε λευκά σεντόνια, εξαρτημένος από τη φροντίδα των άλλων, αποτελεί γενικά ένα έντονο shock στο αίσθημα της προσωπικής του αξίας. Επί πλέον, υπάρχει μια κατηγορία ανησυχιών, που σχεδόν όλοι οι ασθενείς φέρουν μαζί τους στο νοσοκομείο. Οι ανησυχίες αυτές αφορούν τον απότομο χωρισμό από την οικογένεια και την αγωνία: τι συμβαίνει στο σπίτι, τι κάνουν τα παιδιά κλπ., τη διακοπή της εργασίας ή των σπουδών και τις οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας.

Η ασθένεια είναι προσωπική εμπειρία, είναι κρίση και δοκιμασία, η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική υπερένταση. Όλοι οι άρρωστοι δεν

αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο. Η αντίδραση και η συμπεριφορά του αρρώστου επηρεάζεται από την προσωπικότητά του, την ξαφνική εισβολή, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια της αρρώστιας, τη σχέση του αρρώστου με την οικογένειά του, τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια.

Είναι τόσο μεγάλη η κίνηση καθημερινά στο νοσοκομείο. Όλοι φαίνονται βιαστικοί, πολυάσχολοι, τυπικοί, υπηρεσιακοί. Ο άρρωστος, πονεμένος θεατής από την κερκίδα της νοσοκομειακής κλίνης του, ρίχνει το ανήσυχο βλέμμα του και εξετάζει τους πάντες, καθώς τους βλέπει να αγωνίζονται εναντίον της ασθένειάς του με όλα τα σύγχρονα μέσα της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης. Και όμως κατά βάθος ο άρρωστος αισθάνεται ξένος, μόνος, ολομόναχος. Σε ποιόν να εμπιστευθεί τους φόβους, τις ανησυχίες, τον πόνο και την αγωνία του; Ποίος θα χύσει φως στις απορίες σχετικά με την εξέλιξη της αρρώστιας του; Πού θα απευθυνθεί για να εκφράσει το παράπονο, τη δυσκολία, το πρόβλημά του; Ο άρρωστος έχει άμεση ανάγκη πολύτιμης ψυχολογικής υποστηρίξεως και βοήθειας. Βλέπει όμως τους γιατρούς μετά την επίσκεψη να απομακρύνονται από τον θάλαμο, βλέπει και τους επισκέπτες να περιορίζονται συνήθως στην εκπλήρωση μιας κοινωνικής και εθιμοτυπικής υποχρεώσεως. Ποιος άλλος από την νοσηλεύτρια, που με την επιστημονική της κατάρτιση και το ειλικρινές ενδιαφέρον της πλησιάζει και κατανοεί περισσότερο από κάθε άλλον το φανερό και μυστικό δράμα του αρρώστου;⁴⁴

Η νοσηλεύτρια ανακουφίζει τον άρρωστο που εκδηλώνει άγχος ή μελαγχολία με τους εξής τρόπους:

- Διαθέτει χρόνο για να ακούσει τι εκφράζει ο ασθενής και προσφέρεται για νοσηλευτικό διάλογο (όταν τον χρειάζεται ο ασθενής)
- Νοσηλεύει κάθε άρρωστο σαν σημαντικό πρόσωπο και σέβεται την αγωνία, τις ιδέες και τα συναισθήματα του
- Βοηθάει τον ασθενή να καταλάβει την ωφέλεια της νοσηλείας και θεραπείας του στο νοσοκομείο
- Μεταδίδει στον ασθενή χρήσιμες γνώσεις, που θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις ειδικές εξετάσεις, θεραπείες ή εγχείρηση
- Δημιουργεί ευκαιρίες για τον ασθενή ώστε να ρωτά και να λύνει τις απορίες του
- Διευκολύνει τις επισκέψεις συγγενών και φίλων στον άρρωστο, εξασφαλίζει ενδιαφέροντα βιβλία ή άλλα μέσα απασχολήσεως και πάντοτε συμπεριφέρεται προς αυτόν με προσωπικό ενδιαφέρον και πηγαία ευγένεια.

Οι τρόποι που αναφέρθηκαν αποτελούν παραδείγματα ψυχολογικής νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου, που αντιδρά με ψυχική οδύνη προς την ασθένεια και την παραμονή του στο νοσοκομείο.

Εισαγωγή του αρρώστου.

Η νοσηλεύτρια του τμήματος, μόλις ειδοποιηθεί τηλεφωνικά ότι έρχεται νέος άρρωστος, ετοιμάζει το κρεβάτι του ανάλογα με την περίπτωση ασθένειας και τον περιμένει. Ο άρρωστος φθάνει με τη συνοδεία νοσοκόμου και η νοσηλεύτρια τον υποδέχεται με ευγένεια και αξιοπρεπή συμπεριφορά, τον αποκαλεί με το επίθετό του, τον καλωσορίζει και τον οδηγεί η ίδια μέχρι το κρεβάτι του. Τον συνιστά στους άλλους ασθενείς του θαλάμου και αντίθετα λείει και το δικό της επίθετο και τον βοηθάει να ξαπλώσει. Στη συνέχεια ειδοποιεί τον γιατρό της κλινικής, ότι έφθασε νέος ασθενής¹⁴

1. Συμπληρώνει η νοσηλεύτρια το έντυπο της εισαγωγής του αρρώστου με τα στοιχεία του π.χ. ονοματεπώνυμο, ηλικία, διεύθυνση, επάγγελμα, αριθμό τηλεφώνου κατοικίας ή ενός συγγενικού προσώπου, το πρόβλημα υγείας που αναφέρει ο άρρωστος κ.ά.
2. Παίρνει τα ζωτικά σημεία του αρρώστου(θερμοκρασία, σφίξεις, αρτηρ. πίεση) και τα γράφει στο διάγραμμα του, που ετοιμάζει η ίδια μαζί με τον φάκελο εντύπων νοσηλείας.
3. Παρατηρεί καλά την κατάσταση του δέρματος του αρρώστου μήπως παρουσιάζει κατακλίσεις, εξάνθημα ή άλλες ανωμαλίες καθώς και τη διανοητική κατάσταση του αρρώστου και γράφει τις παρατηρήσεις της στο ειδικό έντυπο των στοιχείων εισαγωγής του αρρώστου, που βασικά είναι δελτίο νοσηλευτικής αξιολογήσεως. Η νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου αναλυτικά περιγράφεται στο κεφάλαιο της νοσηλευτικής διεργασίας.
4. Εξασφαλίζει με κάθε μέσο άνεση και ασφάλεια για τον άρρωστο.
5. Δίνει υγρά ή γεύμα ανάλογα με την ιατρική οδηγία.
6. Τον προσανατολίζει αν είναι περιπατητικός στη γεωγραφική θέση και τους χώρους του τμήματος π..χ. πού είναι οι βοηθητικοί χώροι, το λουτρό, το γραφείο της Προϊσταμένης νοσηλεύτριας και του Διευθυντού γιατρού, το γραφείο των νοσηλευτών, η αίθουσα αναμονής των επισκεπτών και ο τηλεφωνικός θάλαμος.
7. Επίσης τον ενημερώνει σχετικά με τους κανονισμούς και το ημερήσιο πρόγραμμα του νοσοκομείου δηλαδή : ώρα πρωινής νοσηλείας, ατομικής υγιεινής, ιατρικής επισκέψεως, διανομής φαγητού, επισκεπτηρίου, βραδινής τακτοποιήσεως, για ύπνο. εξηγεί και τον τρόπο κλήσεως της νοσηλεύτριας.
8. Πληροφορεί τον άρρωστο η νοσηλεύτρια ότι η νοσηλευτική υπηρεσία λειτουργεί σε 24ωρη βάση και συντονίζει όλο το πρόγραμμα περιθάλψεως. Αυτό επιτυγχάνεται με εναλλασσόμενα ωράρια υπηρεσίας των νοσηλευτών και με οργανωμένο σύστημα επικοινωνίας. Τον βεβαιώνει ακόμη ότι όλες οι υπηρεσίες

του νοσοκομείου υπάρχουν και λειτουργούν για να τον εξυπηρετήσουν ανεξάρτητα σε ποιο θάλαμο νοσηλεύεται.⁴⁴

Συνήθως όμως ο άρρωστος συνοδεύεται από μέλη της οικογένειάς του, που μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο εισβολής της αρρώστιας και με τις συνήθειες και την προσωπικότητά του.

Η νοσηλεύτρια με προθυμία και ευγένεια εξηγεί τους κανονισμούς του νοσοκομείου στους συγγενείς σχετικά με τις ώρες επισκέψεων, τι είδους πράγματα μπορούν να φέρνουν στον άρρωστο, πότε θα συναντούν τον γιατρό για πληροφορίες, όπως θα βοηθήσουν στην ανάρρωση του.

Επίσης απαντά πρόθυμα στις ερωτήσεις τους χωρίς να δίνει πληροφορίες για τη διάγνωση, πορεία και πρόγνωση της ασθένειας, διότι αυτό αποτελεί ευθύνη του γιατρού. Ακούει με κατανόηση τους φόβους και τις ανησυχίες του, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση, εμπνέει εμπιστοσύνη. Έχει πάντα στο νου της, ότι οι συγγενείς του αρρώστου αντιπροσωπεύουν την κοινωνία και επομένως η καλή συμπεριφορά της προς αυτούς είναι η καλύτερη προβολή της νοσηλευτικής στην κοινωνία.

Τα δικαιώματα του αρρώστου¹⁴

- Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα να φροντίζεται η υγεία του, ανεξάρτητα από την κατάσταση του.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα για αξιοπρεπή, ανθρωπιστική και εξατομικευμένη φροντίδα υγείας χωρίς διάκριση φυλής, χρώματος, θρησκείας, φύλου, εθνικότητας, οικονομικής καταστάσεως, ηθικών και πολιτικών πεποιθήσεων.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται για την ασθένεια και θεραπεία του και για όλες τις εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας με τις συνέπειές τους, ώστε να κατανοεί ο ίδιος και η οικογένειά του, να συμμετέχει στις αποφασίες για τη θεραπεία του και να δίνει την πληροφορημένη συγκατάθεσή του πχ στην εκτέλεση λαρυγγεκτομής και τραχειοστομίας, μαστεκτομής, κολοστομίας κ.ά.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τα ονόματα, τους τίτλους και τα προσόντα των γιατρών και των νοσοκόμων, που έχουν την ευθύνη της νοσηλείας και θεραπείας του.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα της εχεμύθειας της συνεντεύξεώς του με τον γιατρό και την υπεύθυνη Νοσοκόμο, της κλινικής εξετάσεως του, της νοσηλείας και θεραπείας του. Δηλαδή, η συζήτηση της περιπτώσεως της αρρώστειας του, οι επικοινωνίες μεταξύ γιατρών και νοσοκόμων, η κλινική εξέταση, το ιστορικό και ο ατομικός φάκελλος υγείας του είναι εμπιστευτικά και πρέπει να τα χειρίζονται οι εντεταλμένοι με διάκριση. Άλλα άσχετα πρόσωπα προκειμένου να παρευρίσκονται ή να ενημερώνονται ή να τον παρατηρούν (π.χ. ερευνητές) πρέπει να έχουν την άδεια του αρρώστου.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα για συντονισμό και συνέχιση της φροντίδας της υγείας του, όταν χρειάζεται.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα για κατάλληλη διδασκαλία και εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό και τον φυσικοθεραπευτή, ώστε να μπορεί να φθάσει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και να κατανοήσει τις βασικές ανάγκες υγείας του.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να ενημερώνεται και να ερωτάται, αν το νοσοκομείο προγραμματίζει να συμμετέχει ή να κάνει έρευνα, που θα επηρεάσει τη νοσηλεία και θεραπεία του. Έχει και το δικαίωμα να αρνηθεί τη συμμετοχή του σε ερευνητικό πρόγραμμα.
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, όταν τις χρειασθεί για διάγνωση, νοσηλεία και θεραπεία ή παραπομπή και μεταφορά σε άλλο ίδρυμα αφού ενημερωθεί και λάβει πλήρες εξηγήσεις σχετικές με την ανάγκη μεταφοράς.

-
- Ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να εξετάζει τον λογαριασμό, με τον οποίο επιβαρύνεται η περίθαλψη του και να ζητά αιτιολόγηση.
 - Πάνω από όλα, ο άρρωστος έχει το δικαίωμα να πληροφορείται για τα δικαιώματά του στις διάφορες υπηρεσίες υγείας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

12. Υλικό – Μέθοδος Έρευνας.

Η έρευνα με θέμα, «Απόψεις νοσηλευομένων και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας», στηρίχθηκε σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο που ελήφθη από τυχαίο δείγμα 394 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στον παθολογικό 48,4% των ασθενών, (κλινικές: παθολογική, νευρολογική, πνευμονολογική.) και στον χειρουργικό τομέα, 49% των ασθενών, (κλινικές: χειρουργική, ουρολογική, οφθαλμολογική, γυναικολογική, Ο.Ρ.Λ., ορθοπαιδική.) των νοσοκομείων της Πάτρας και κατά την χρονική περίοδο 1/3/97-1/7/98.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε πέντε (5) κατηγορίες ή ενότητες ερωτήσεων και η κάθε μία κατηγορία περιείχε ορισμένο αριθμό ερωτήσεων σε επίπεδο ιατρό-νοσηλευτικής, εργαστηριακών εξετάσεων, ταχύτητα εξυπηρέτησης, ως και μικρό αριθμό γενικών ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις της «ανοιχτής απάντησης», της «κλειστής απάντησης», και της εναλλακτικής απάντησης.

Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τον τρόπο προσέλευσης στο νοσοκομείο και την υποδοχή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία. Στην υποδοχή των ασθενών ελέγχθηκε βαθμός ικανοποίησης ως προς την εξυπηρέτηση και την συμπεριφορά του προσωπικού των νοσοκομείων. Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις γύρω από τις συνθήκες νοσηλείας των ασθενών (συμβίωση, σίτιση, καθαριότητα, επισκεπτήριο). Η τρίτη ενότητα ερωτήσεων αφορούσε το δείκτη ικανοποίησης για την ιατρό-νοσηλευτική φροντίδα (ιατρικές εξετάσεις ενδονοσοκομειακές, νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και συνεργασία). Η τέταρτη ενότητα αφορούσε ερωτήσεις για την κοινωνική υπηρεσία των νοσοκομείων. Η πέμπτη ενότητα περιλάμβανε «γενικές ερωτήσεις» (επιθυμία για νοσηλεία στο εξωτερικό και γιατί).

Στην στατιστική ανάλυση του δείγματος εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό tέστ X^2 για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών όπως το νοσοκομείο, το είδος της κλινικής στο οποίο νοσηλεύονται, το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο των γονιών των ατόμων του δείγματος και μεταβλητών σχετικές με τον τρόπο μεταφοράς στο νοσοκομείο, τις συνθήκες διαβίωσης στις κλινικές και μεταβλητών σχετικές με την αξιολόγηση του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την εμφάνιση μέσω του παραπάνω tέστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Gamma προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής Gamma μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή

αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές του -1 και 1 . Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Θεωρούμε σαν ισχυρά στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό οδηγεί σε μια πιθανότητα $P < 0,05$.

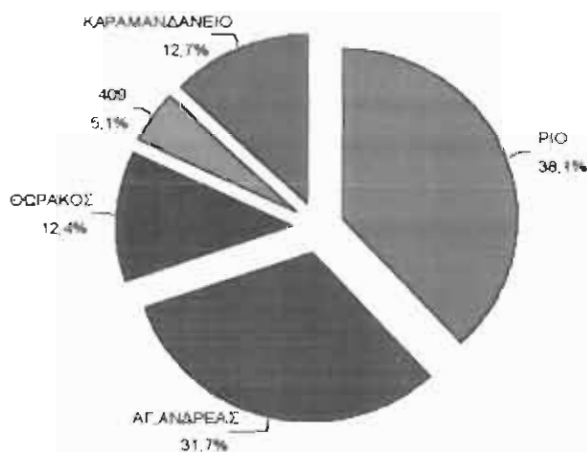
Για την λήψη των πληροφοριών χρησιμοποιήσαμε το διάλογο με τους ασθενείς ώστε να είναι πιο έγκυρα τα αποτελέσματα. Επίσης οι πληροφορίες πάρθηκαν και από συνοδούς που βρίσκονταν καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας των συγγενών τους, όπως π.χ. στο «Καραμανδάνειο». Όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας.

Από τους 394 ασθενείς οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο οι 189 (48%) ήταν άνδρες και οι 204 (51.8%) ήταν γυναίκες. 150 (38.1%) ασθενείς ήταν από το Π.Π.Γ.Ν.Π. «Ρίου», οι 125 (31.7%) ήταν από το Π.Γ.Ν. «Άγιος Ανδρέας», οι 20 (5.1%) από το στρατιωτικό νοσοκομείο «409», οι 50 (12.7%) ήταν ασθενείς από το νοσοκομείο παιδών «Καραμανδάνειο» και οι 49 (12.4%) ασθενείς ήταν από νοσοκομείο νοσημάτων «Θώρακος». Η ηλικία των 159 (40,4%) ήταν πάνω από τα 61έτη όσον αφορά την κατανομή των ασθενών σε θέσεις νοσηλείας οι 177 (44,9%) νοσηλεύτηκαν σε τρίκλινο θάλαμο. Από τους 394 ασθενείς οι 246 (62,4%) κατοικούσαν στην πόλη και οι 144 (36,5%) σε χωριό. Μόνο το 8,9% των ασθενών ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι. ενώ το 35,5% έχουν γραμματικές γνώσεις δημοτικού

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Το σύνολο του δείγματος αποτελείται από 394 άτομα. Τα άτομα επιλέγησαν από 5 νοσοκομεία της Πάτρας.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Αριθμός (%) ασθενών
Π.Π.Ν.Ρ	150 (38,1%)
ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ	125 (31,7%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	49 (12,4%)
409	20 (5,1%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	50 (12,7%)



Σχήμα 1 Κατανομή των ασθενών του δείγματος ανάλογα με το νοσοκομείο

- Φύλο

ΦΥΛΟ	Αριθμός (%) ασθενών
ΑΝΔΡΑΣ	189 (48%)
ΓΥΝΑΙΚΑ	204 (51,8%)

Το 51,8% του δείγματος των ασθενών αποτελείται από γυναίκες.

- Ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Αριθμός (%) ασθενών
Μέχρι 30	87 (22,1%)
31 – 60	146 (37,1%)
61 και άνω	159 (40,4%)

Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται από 11 έως 93 ετών. Το 40,4% των ασθενών είναι άτομα ηλικίας άνω των 61 ετών.

- Τόπος διαμονής

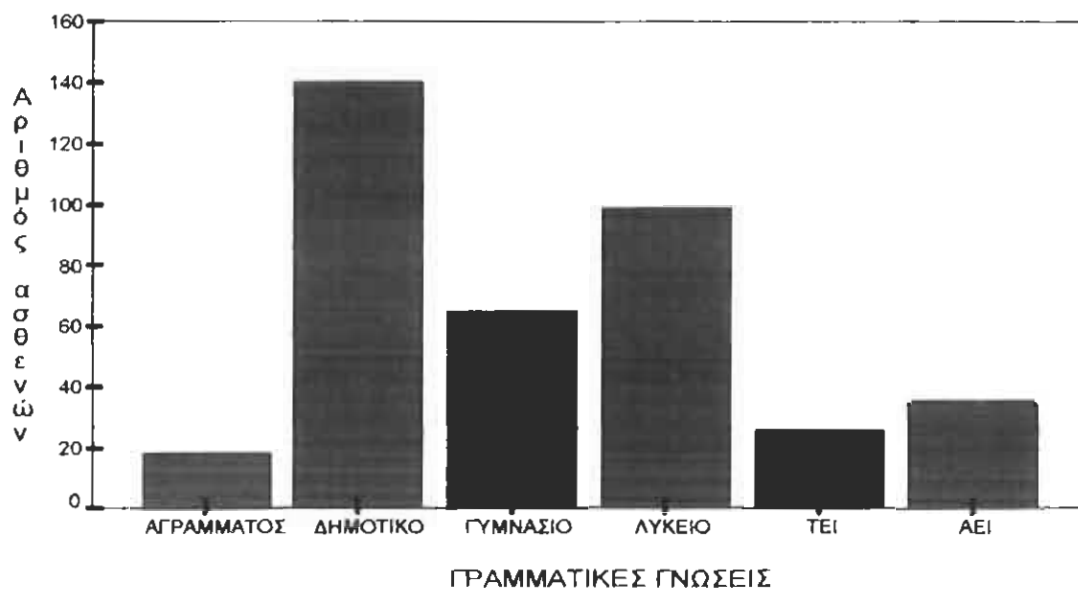
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Αριθμός (%) ασθενών
ΠΟΛΗ	246 (62,4%)
ΧΩΡΙΟ	144 (36,5%)

Το 62,4% των ασθενών του δείγματος μένουν σε πόλη.

- Γραμματικές γνώσεις

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Αριθμός (%) ασθενών
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	18 (4,6%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	140 (35,5%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	65 (16,5%)
ΛΥΚΕΙΟ	99 (25,1%)
Τ.Ε.Ι.	26 (6,6%)
Α.Ε.Ι.	35 (8,9%)

Το 35,5% των ασθενών έχουν γραμματικές γνώσεις δημοτικού, ενώ μόνο το 8,9% του δείγματος είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι.

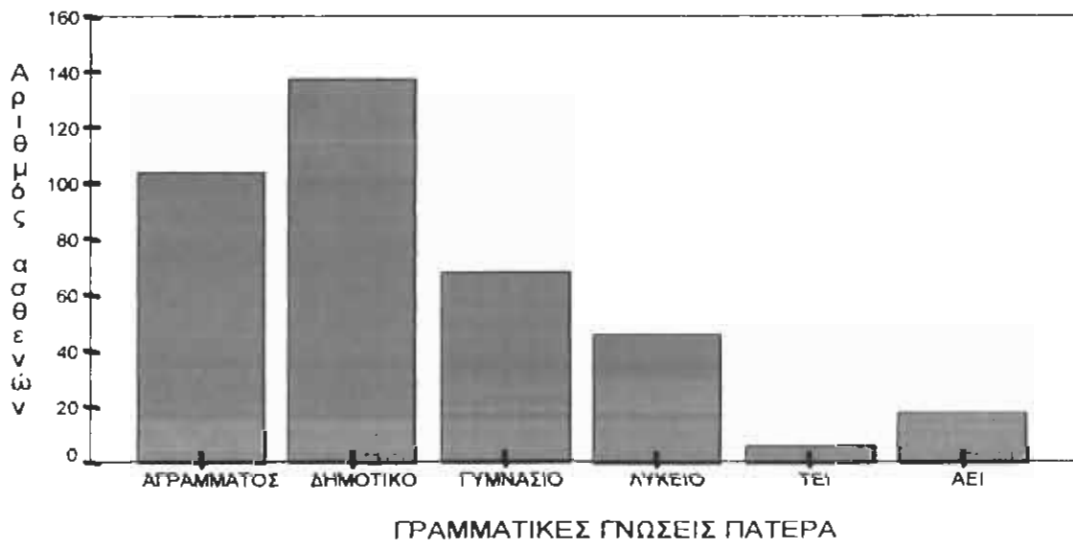


Σχήμα 2. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με τις γραμματικές τους γνώσεις

• Γραμματικές γνώσεις πατέρα

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΤΕΡΑ	Αριθμός (%) ασθενών
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	104 (26,4%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	138 (35%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	68 (17,3%)
ΛΥΚΕΙΟ	46 (11,7%)
Τ.Ε.Ι.	6 (1,5%)
Α.Ε.Ι.	18 (4,6%)

Το 35% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι ο πατέρας τους έχει γραμματικές γνώσεις δημοτικού, ενώ το 26,4% των ατόμων απάντησαν ότι ο πατέρας τους είναι αγράμματος.

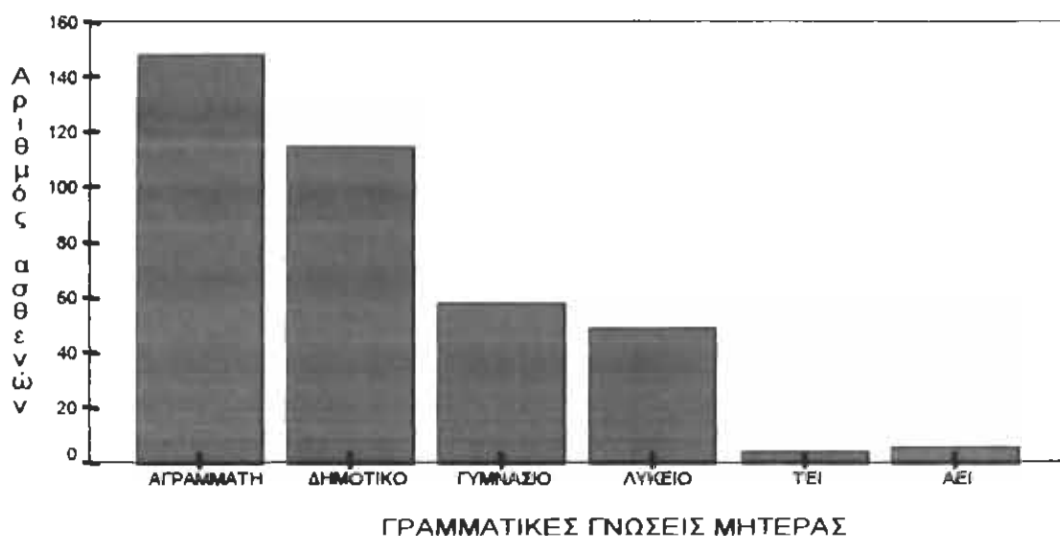


Σχήμα 3 Κατανομή των ασθενών του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις του πατέρα

- Γραμματικές γνώσεις μητέρας

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	Αριθμός (%) ασθενών
ΑΓΡΑΜΜΑΤΗ	148 (37,6%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	115 (29,2%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	58 (14,7%)
ΛΥΚΕΙΟ	49 (12,4%)
Τ.Ε.Ι.	4 (1%)
Α.Ε.Ι.	6 (1,5%)

Το 37,6% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι η μητέρα τους είναι αγράμματη, ενώ το 29,2% των ατόμων απάντησαν ότι έχει γραμματικές γνώσεις δημοτικού.

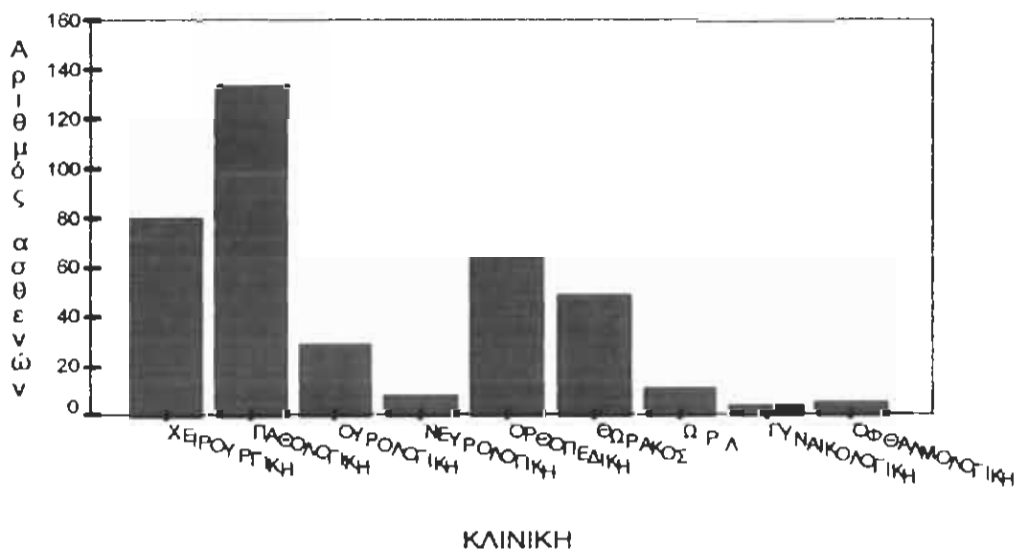


Σχήμα 4. Κατανομή των ασθενών του δείγματος ανάλογα με τις γραμματικές γνώσεις της μητέρας

• Κλινική

ΚΛΙΝΙΚΗ	Αριθμός (%) ασθενών
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	80 (20,3%)
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	134 (34%)
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	29 (7,4%)
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	8 (2%)
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	64 (16,2%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	49 (12,4%)
Ω.Ρ.Λ.	11 (2,8%)
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	4 (1%)
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	5 (1,3%)

Το 34% του δείγματος των ασθενών νοσηλεύονταν στην Παθολογική κλινική, ενώ το 20,3% των ασθενών νοσηλεύονταν στην Χειρουργική κλινική.



Σχήμα 5 Κατανομή των ασθενών του δείγματος ανάλογα με την κλινική στην οποία νοσηλεύονταν

- Τρόπος μεταφοράς στο Νοσοκομείο

ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ	Αριθμός (%) ασθενών
Ι.Χ.	215 (54,6%)
ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ	86 (21,8%)
ΤΑΞΙ	93 (23,6%)

Το 54,6% των ασθενών απάντησαν ότι μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο με Ι.Χ., ενώ το 21,8% των ασθενών μεταφέρθηκαν με ασθενοφόρο.

-

Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΑΣ ΗΤΑΝ:	Αριθμός (%) ασθενών
ΑΜΕΣΗ	234 (59,4%)
ΑΝΑΜΟΝΗ	160 (40,6%)

Το 59,4% των ασθενών απάντησαν ότι η εξέτασή τους στο Νοσοκομείο ήταν άμεση.

Η συμπεριφορά του Ιατρικού Προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία ήταν :	Αριθμός (%) ασθενών
Αριστη	42 (10,7%)
Καλή	214 (54,3%)
Μέτρια	129 (32,7%)
Κακή	6 (1,5%)

Το 54,3% των ασθενών απάντησαν ότι η συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία ήταν καλή.



Σχήμα 6. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με την άποψή τους για την συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία

Η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία ήταν:	Αριθμός (%) ασθενών
Αριστη	37 (9,4%)
Καλή	170 (43,1%)
Μέτρια	170 (43,1%)
Κακή	9 (2,3%)

Το 43,1% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία ήταν καλή, ενώ το ίδιο ποσοστό θεωρεί την συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού μέτρια.

Η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς σας στην κλινική ήταν άμεση:	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	258 (65,5%)
ΌΧΙ	102 (25,9%)
ΆΛΛΟ	24 (6,1%)

Το 65,5% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς τους στην κλινική ήταν άμεση.

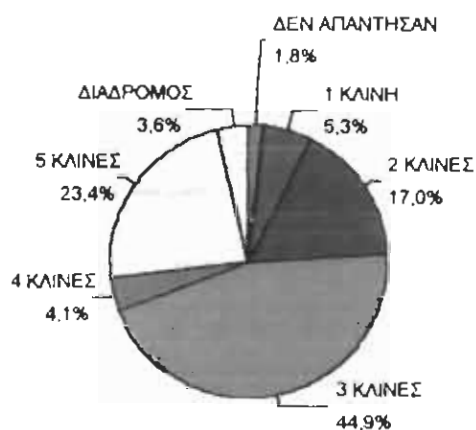
•

Με την εισαγωγή σας στην κλινική έγινε ενημέρωση του θαλάμου από το Ν.Π.;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	74 (18,8%)
ΌΧΙ	311 (78,9%)

Το 78,9% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι με την εισαγωγή τους στην κλινική δεν τους έγινε ενημέρωση (κατατόπιση) του θαλάμου από το Νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο ΘΑΛΑΜΟΣ ΣΑΣ ΔΙΑΘΕΤΕΙ:	Αριθμός (%) ασθενών
1 ΚΛΙΝΗ	21 (5,3%)
2 ΚΛΙΝΕΣ	67 (17%)
3 ΚΛΙΝΕΣ	177 (44,9%)
4 ΚΛΙΝΕΣ	16 (4,1%)
5 ΚΛΙΝΕΣ	92 (23,4%)
ΔΙΑΔΡΟΜΟΣ	14 (3,6%)

Το 44,9% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι ο θάλαμός τους διαθέτει 3 κλίνες, ενώ το 23,4% των ασθενών νοσηλεύεται σε θάλαμο με 5 κλίνες.



Σχήμα 7. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με τις κλίνες που διαθέτει ο θάλαμός τους

Η καθαριότητα του θαλάμου είναι:	Αριθμός (%) ασθενών
Αριστη	56 (14,2%)
Μέτρια	220 (55,8%)
Κακή	117 (29,7%)

Το 55,8% του δείγματος των ασθενών απάντησαν ότι η καθαριότητα του θαλάμου είναι μέτρια.

Είστε ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού;	Αριθμός (%) ασθενών
Αριστο	116 (29,4%)
Μέτριο	192 (48,7%)
Κακό	72 (18,3%)

Το 48,7% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι θεωρούν την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού μέτρια.

Δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή σας με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	162 (41,1%)
ΌΧΙ	230 (58,4%)

Το 58,4% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι δεν δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή τους με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο.

- Λαμβάνοντας υπόψιν τα 162 άτομα που απάντησαν ότι δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή τους με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο, ακολουθεί ο πίνακας που παραθέτει τις απαντήσεις τους σχετικά με τις αιτίες που προκαλούν αυτά τα προβλήματα.

ΚΥΡΙΕΣ ΑΙΤΙΕΣ:	Αριθμός (%) ασθενών
Νοσηλεία με βαριά πάσχοντες	63 (38,9%)
Πρόβλημα θορύβου στον θάλαμο	80 (49,4%)
Νοσηλεία με ηλικιωμένους	14 (8,7%)

Το 49,4% των ασθενών που απάντησαν ότι δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή τους με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο πιστεύουν ότι οφείλονται στο πρόβλημα θορύβου στον θάλαμο.

-

ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ	Αριθμός (%) ασθενών
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ	120 (30,5%)
ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΟ	271 (68,8%)

Το 68,8% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι το επισκεπτήριο είναι απεριόριστο.

Είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του Νοσοκομείου;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	372 (94,4%)
ΌΧΙ	19 (4,8%)

Το 94,4% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του Νοσοκομείου.

- Λαμβάνοντας υπόψιν τα 372 άτομα που απάντησαν ότι θεωρούν απαραίτητη την παραμονή συνοδού στο χώρο του Νοσοκομείου, ακολουθεί ο πίνακας που παραθέτει τις απαντήσεις των ασθενών σχετικά με τους λόγους για τους οποίους είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του Νοσοκομείου.

	Αριθμός (%) ασθενών
Συνεχή επίβλεψη	75 (20,1%)
Κάλυψη σωματικών και ψυχικών αναγκών	193 (51,9%)
Συντροφιά	67 (18%)

Το 51,9% των ασθενών του δείγματος που απάντησαν ότι είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του Νοσοκομείου πιστεύουν ότι αυτό οφείλεται στην ανάγκη για κάλυψη κάποιων σωματικών και ψυχικών αναγκών επειδή δεν επαρκεί το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο χρόνος διεκπεραίωσης των Νοσοκομειακών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	226 (57,4%)
ΌΧΙ	167 (43,4%)

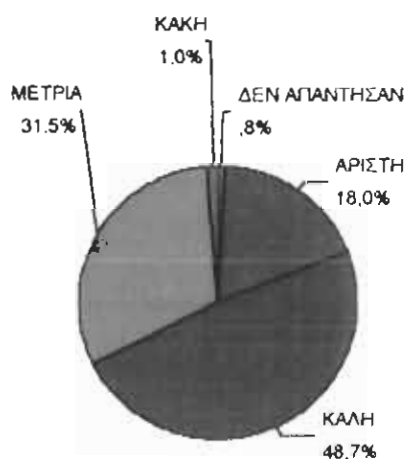
Το 57,4% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι ο χρόνος διεκπεραίωσης των Νοσοκομειακών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο.

Καθυστερήσεις συμβαίνουν από:	Αριθμός (%) ασθενών
Τραυματισμοφορείς	53 (13,5%)
Ακτινογραφίες	64 (16,3%)
Αναμονή Νοσηλευτικών παρεμβάσεων	30 (7,6%)
Αναμονή Ιατρικών παρεμβάσεων	15 (11,4%)

Το 16,3% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι οι κυριότερες καθυστερήσεις συμβαίνουν από ακτινογραφίες.

Η συμπεριφορά του Ιατρ. προσ. της κλινικής ήταν:	Αριθμός (%) ασθενών
Αριστη	71 (18%)
Καλή	192 (48,7%)
Μέτρια	124 (31,5%)
Κακή	4 (1%)

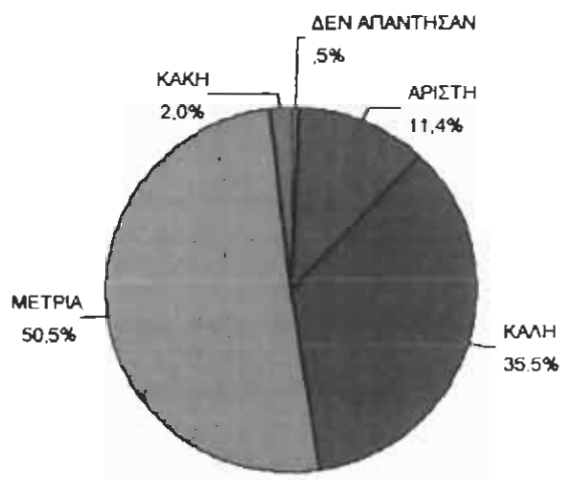
Το 48,7% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι η συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού της κλινικής ήταν καλή.



Σχήμα 8. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με την άποψή τους σχετικά με την συμπεριφορά του Ιατρικού Προσωπικού της κλινικής.

Η συμπεριφορά του Νοσηλ. προσ. της κλινικής ήταν:	Αριθμός (%) ασθενών
Αριστη	45 (11,4%)
Καλή	140 (35,5%)
Μέτρια	199 (50,5%)
Κακή	8 (3%)

Το 50,5% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού της κλινικής ήταν μέτρια.



Σχήμα 9. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με την άποψή τους σχετικά με την συμπεριφορά του Νοσηλευτικού Προσωπικού της κλινικής

Τρόπος προσέγγισης του προβλήματός σας εκ μέρους μέρος των γιατρών	Αριθμός (%) ασθενών
Συζήτηση	248 (62,9%)
Αδιαφορία	48 (13,3%)

Το 62,9% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι ο τρόπος προσέγγισης του προβλήματός τους εκ μέρους των γιατρών γίνεται με συζήτηση.

Τρόπος προσέγγισης του προβλήματός σας εκ μέρους μέρος των Νοσηλευτών	Αριθμός (%) ασθενών
Συζήτηση	136 (34,5%)
Αδιαφορία	66 (16,8%)
Τυπικά	187 (47,5%)

Το 47,5% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι ο τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματός τους εκ μέρους των Νοσηλευτών γίνεται τυπικά.

Έχετε επαρκή ενημέρωση της εξέλιξης της ασθένειάς σας;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	248 (62,9%)
ΟΧΙ	144 (36,5%)

Το 62,9% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι έχουν επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς τους.

Θα θέλατε να μάθετε την αλήθεια για Την κατάσταση της υγείας σας;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	387 (98,2%)
ΟΧΙ	3 (0,8%)

Το 98,2% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι θέλουν να ξέρουν την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους.

Διαπιστώσατε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του Νοσοκομείου;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	34 (8,6%)
ΟΧΙ	356 (90,4%)

Το 90,4% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι δεν διαπίστωσαν την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του Νοσοκομείου.

Θα επιθυμούσατε να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο του εξωτερικού;	Αριθμός (%) ασθενών
ΝΑΙ	133 (33,8%)
ΟΧΙ	256 (65%)

Το 65% των ασθενών του δείγματος απάντησαν ότι δεν επιθυμούν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού.

-
- Λαμβάνοντας υπόψιν τα 133 άτομα που απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού, ακολουθεί ο πίνακας που παραθέτει τις απαντήσεις τους σχετικά με τους λόγους για τους οποίους θα έπαιρναν μια τέτοια απόφαση.

	Αριθμός (%) ασθενών
Πιστεύετε στην καλύτερη ιατρική φροντίδα	40 (30%)
Πιστεύετε στην καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα	16 (12%)
Ο εξοπλισμός των νοσοκομείων είναι καλύτερος	40 (30%)
Σέβονται την προσωπικότητα του ασθενή	37 (28%)

Το 30% των ασθενών απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού γιατί πιστεύουν στην καλύτερη ιατρική φροντίδα, καθώς και το ίδιο ποσοστό απάντησε ότι ο εξοπλισμός των νοσοκομείων του εξωτερικού είναι καλύτερος.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Εφαρμόσαμε το μη παραμετρικό τεστ χ^2 για να εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ διαφόρων μεταβλητών όπως το νοσοκομείο, το είδος κλινικής στο οποίο νοσηλεύονται, το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο των γονιών των ατόμων του δείγματος και μεταβλητών σχετικές με τον τρόπο μεταφοράς στο νοσοκομείο, τις συνθήκες διαβίωσης στις κλινικές και μεταβλητών σχετικές με την αξιολόγηση του Ιατρικού και Νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά την εμφάνιση μέσω του παραπάνω τεστ σημαντικών σχέσεων εξάρτησης μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόσαμε τον μη παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Gamma προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός εξάρτησης. Ο συντελεστής Gamma μας δείχνει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο παραμέτρων. Όταν ο ρυθμός αύξησης είναι ίδιος και για τις δύο παραμέτρους η τιμή του συντελεστή αυξάνεται, ενώ όταν ο ρυθμός αύξησης είναι αρνητικός η τιμή του ελαττώνεται. Ο συντελεστής δεν έχει μονάδες και παίρνει τιμές μεταξύ του -1 και 1. Όταν ο συντελεστής παίρνει την τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων και του τρόπου μεταφοράς των ασθενών στο νοσοκομείο ($p = 0.0131$, $\text{Gamma} = - 0.7586$).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		
	Ι.Χ.	ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ	ΤΑΞΙ
Π.Π.Ν.Ρ	81 (54%)	31 (20,7%)	38 (25,3%)
ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ	64 (51,2%)	34 (27,2%)	27 (21,6%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	20 (40,8%)	15 (30,6%)	14 (28,6%)
409	12 (60%)	3 (15%)	5 (25%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	38 (76%)	3 (6%)	9 (18%)

Το 30,6% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Θώρακος απάντησαν ότι μεταφέρθηκαν με ασθενοφόρο, ενώ μόνο το 6% των ατόμων που νοσηλεύονται στο Καραμανδάνειο μεταφέρθηκαν με το ίδιο μέσο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ασθενών του δείγματος και του τρόπου μεταφοράς τους στο νοσοκομείο ($p = 0.0001$, $\text{Gamma} = 0.25267$).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		
	Ι.Χ	ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ	ΤΑΞΙ
Μέχρι 30	57 (65,5%)	13 (14,9%)	17 (19,5%)
31 - 60	92 (63%)	21 (14,4%)	33 (22,6%)
61 και άνω	66 (41,5%)	51 (32,1%)	42 (26,4%)

Το 32,1% των ασθενών ηλικίας άνω των 61 ετών απάντησαν ότι μεταφέρθηκαν στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο, ενώ μόνο το 14,4% των ατόμων ηλικίας από 31 έως 60 ετών μεταφέρθηκαν με το ίδιο μέσο στο νοσοκομείο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου διαμονής των ασθενών του δείγματος σχετικά με τον τρόπο μεταφοράς τους στο νοσοκομείο ($p= 0.0025$, Gamma = 0.27180).

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		
	Ι.Χ	ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ	ΤΑΞΙ
ΠΟΛΠ	146 (59,3%)	56 (22,8%)	44 (17,9%)
ΧΩΡΙΟ	67 (46,5%)	29 (20,1%)	48 (33,3%)

Το 33,3% των ασθενών του δείγματος που διαμένουν σε χωριό απάντησαν ότι μεταφέρθηκαν στο νοσοκομείο με ταξί, ενώ μόνο το 17,9% των ασθενών που διαμένουν στην πόλη μεταφέρθηκαν με το ίδιο μέσο στο νοσοκομείο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το πώς ήταν η εξέταση ($p = 0.000$, Gamma = - 0.41823).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Η ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΑΣ ΗΤΑΝ:	
	ΑΜΕΣΗ	ΑΝΑΜΟΝΗ
Π.Π.Ν.Ρ.	67 (44,7%)	83 (55,3%)
ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ	79 (63,2%)	46 (36,8%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	26 (53,1%)	23 (46,9%)
409	19 (95%)	1 (5%)
ΚΑΡΑΜΑΝΛΑΝΕΙΟ	43 (86%)	7 (14%)

Το 95% των ασθενών του δείγματος του νοσοκομείου 409 απάντησαν ότι η εξέτασή τους ήταν άμεση, ενώ μόνο το 44,7% των ασθενών του Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς των ασθενών στην κλινική ήταν άμεση ($p = 0.000$, $\text{Gamma} = - 0.52488$).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς σας στην κλινική ήταν άμεση;		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΆΛΛΟ
Π.Π.Ν.Ρ.	74 (50%)	65 (43,9%)	9 (6,1%)
ΑΓ.ΑΝΔΡΕΑΣ	80 (66,7%)	25 (20,8%)	15 (12,5%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	39 (79,6%)	10 (20,4%)	
409	20 (100%)		
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	45 (95,7%)	2 (4,3%)	

Το 100% των ασθενών του δείγματος του νοσοκομείου 409 απάντησαν ότι η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς τους στην κλινική ήταν άμεση, ενώ μόνο το 50% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο Π.Π.Ν.Ρ. πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν με την εισαγωγή των ασθενών στην κλινική τους έγινε ενημέρωση του θαλάμου από το Νοσηλευτικό προσωπικό ($p = 0.0006$, $\text{Gamma} = 0.28872$).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Με την εισαγωγή σας στην κλινική σας έγινε ενημέρωση του θαλάμου από το Νοσηλ.προσωπικό;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Π.Π.Ν.Ρ.	40 (27%)	108 (73%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	21 (16,9%)	103 (83,1%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	2 (4,1%)	47 (95,9%)
409	1 (5%)	19 (95%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	10 (22,7%)	34 (77,3%)

Το 27% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι με την εισαγωγή τους στην κλινική τους έγινε ενημέρωση (κατατόπιση) του θαλάμου από το Νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ μόνο το 4,1% των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Θώρακος είχε την ίδια αντιμετώπιση.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με την καθαριότητα των θαλάμων ($p = 0.000$, $\text{Gamma} = 0.18580$).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Η ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΑΛΑΜΟΥ ΕΙΝΑΙ:		
	ΑΡΙΣΤΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΚΗ
Π.Π.Ν.Ρ.	38 (25,5%)	86 (57,7%)	25 (16,8%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	6 (4,8%)	60 (48%)	59 (47,2%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	4 (8,2%)	16 (32,7%)	29 (59,2%)
409		19 (95%)	1 (5%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	8 (16%)	39 (78%)	3 (6%)

Το 95% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο 409 απάντησαν ότι η καθαριότητα του θαλάμου είναι μέτρια, ενώ μόνο το 32,7% των ασθενών του νοσοκομείου Θώρακος έδωσαν την ίδια απάντηση.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου διαμονής των ασθενών του δείγματος σχετικά με την καθαριότητα του θαλάμου ($p = 0.0147$, $\text{Gamma} = 0.03290$).

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Η ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΑΛΑΜΟΥ ΕΙΝΑΙ:		
	ΑΡΙΣΤΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΚΗ
ΠΟΛΗ	43 (17,6%)	124 (50,6%)	78 (31,8%)
ΧΩΡΙΟ	13 (9%)	92 (63,9%)	39 (27,1%)

Το 63,9% των ασθενών του δείγματος που διαμένουν σε χωριό απάντησαν ότι θεωρούν την καθαριότητα του θαλάμου μέτρια, ενώ μόνο το 50,6% των ασθενών που διαμένουν σε πόλη πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ασθενών του δείγματος σχετικά με την καθαριότητα του θαλάμου ($p = 0.0063$, Gamma = 0.12312).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Η ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΘΑΛΑΜΟΥ ΕΙΝΑΙ:		
	ΑΡΙΣΤΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΚΗ
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	4 (22,2%)	10 (55,6%)	4 (22,2%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	16 (11,5%)	90 (64,7%)	33 (23,7%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	8 (12,3%)	30 (46,2%)	27 (41,5%)
ΛΥΚΕΙΟ	20 (20,2%)	54 (54,5%)	25 (25,3%)
Τ.Ε.Ι	3 (11,5%)	16 (61,5%)	7 (26,9%)
Α.Ε.Ι	2 (5,7%)	13 (37,1%)	20 (57,1%)

Το 57,1% των ασθενών του δείγματος που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ απάντησαν ότι θεωρούν κακή την καθαριότητα του θαλάμου, ενώ μόνο το 22,2% των ασθενών που είναι αγράμματοι έχουν την ίδια άποψη για την καθαριότητα του θαλάμου.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού ($p = 0.000$, Gamma = - 0.03379).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Είστε ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού;		
	ΑΡΙΣΤΟ	ΜΕΤΡΙΟ	ΚΑΚΟ
Π.Π.Ν.Ρ	58 (39,2%)	65 (43,9%)	25 (16,9%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	20 (16,5%)	59 (48,8%)	42 (34,7%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	7 (14,9%)	35 (74,5%)	5 (10,6%)
409	14 (70%)	6 (30%)	
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	17 (38,6%)	27 (61,4%)	

Το 70% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο 409 απάντησαν ότι η ποιότητα και η ποσότητα του φαγητού είναι άριστη, ενώ μόνο το 14,9% των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Θώρακος έχουν την ίδια άποψη για την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ του τόπου διαμονής των ασθενών του δείγματος σχετικά με το αν είναι ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού στο νοσοκομείο ($p = 0.0204$, Gamma = - 0.19126).

ΤΟΠΟΣ	Είστε ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού;		
	Αριστο	Μέτριο	Κακό
ΔΙΑΜΟΝΗΣ			
ΠΟΛΗ	67 (28,8%)	112 (48,1%)	54 (23,2%)
ΧΩΡΙΟ	48 (33,6%)	78 (54,5%)	17 (11,9%)

Το 23,2% των ασθενών του δείγματος που διαμένουν σε πόλη απάντησαν ότι θεωρούν την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού στο νοσοκομείο κακή, ενώ μόνο το 11,9% των ασθενών που διαμένουν σε χωριό έχει την ίδια άποψη.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ασθενών του δείγματος σχετικά με το αν είναι ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού ($p = 0.0004$, $\text{Gamma} = 0.25810$).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Είστε ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού;		
	Αριστο	Μέτριο	Κακό
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	6 (33,3%)	8 (44,4%)	4 (22,2%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	49 (36,3%)	75 (55,6%)	11 (8,1%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	20 (31,3%)	31 (48,4%)	13 (20,3%)
ΛΥΚΕΙΟ	32 (33%)	44 (45,4%)	21 (21,6%)
Τ.Ε.Ι	3 (11,5%)	15 (57,7%)	8 (30,8%)
Α.Ε.Ι.	4 (11,8%)	16 (47,1%)	14 (41,2%)

Το 41,2% των ασθενών του δείγματος που είναι απόφοιτοι ΑΕΙ απάντησαν ότι θεωρούν κακή την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού στο νοσοκομείο, ενώ μόνο το 8,1% των ασθενών που έχουν γραμματικές γνώσεις δημοτικού πιστεύουν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας των ασθενών του δείγματος σχετικά με το αν είναι ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού ($p = 0.0004$, $\text{Gamma} = - 0.22844$).

ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)	Είστε ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού;		
	Αριστο	Μέτριο	Κακό
Μέχρι 30	14 (16,9%)	41 (49,4%)	28 (33,7%)
31 - 60	51 (36,7%)	64 (46%)	24 (17,3%)
61 και άνω	51 (32,7%)	85 (54,5%)	20 (12,8%)

Το 36,7% των ασθενών του δείγματος ηλικίας μεταξύ 31 και 60 ετών απάντησαν ότι θεωρούν άριστη την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού, ενώ μόνο το 16,9% των ατόμων ηλικίας μέχρι 30 ετών απάντησαν ότι είναι το ίδιο ευχαριστημένοι από την ποιότητα του φαγητού.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν δημιουργούνται προβλήματα μεταξύ των ασθενών στον ίδιο θάλαμο ($p = 0.000$, Gamma = 0.25095).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή σας με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Π.Π.Ν.Ρ.	72 (48,3%)	77 (51,7%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	42 (41,9%)	72 (58,1%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	26 (53,1%)	23 (46,9%)
409	3 (15%)	17 (85%)
ΚΑΡΑΜΑΝΛΑΝΕΙΟ	9 (18%)	41 (82%)

Το 53,1% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στον νοσοκομείο Θώρακος απάντησαν ότι δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή τους με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο, ενώ μόνο το 15% των ασθενών του νοσοκομείου 409 απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το ποιό είναι το σύστημα της κλινικής όσον αφορά το επισκεπτήριο ($p = 0.000$, Gamma = 0.35245).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Ποιό είναι το σύστημα της κλινικής όσον αφορά το επισκεπτήριο;	
	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟ	ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΟ
Π.Π.Ν.Ρ.	54 (36,5%)	94 (63,5%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	50 (40,3%)	74 (59,7%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	14 (28,6%)	35 (71,4%)
409		20 (100%)
ΚΑΡΑΜΑΝΛΑΝΕΙΟ	2 (4%)	48 (96%)

Το 100% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο 409 απάντησαν ότι το επισκεπτήριο είναι απεριόριστο, ενώ μόνο το 59,7% των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Αγ. Ανδρέας απάντησε το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν ο χρόνος διεκπεραίωσης των Νοσοκομειακών εξετάσεων γίνονται σε ικανοποιητικό χρόνο ($p = 0.000$, Gamma = - 0.49349).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Ο χρόνος διεκπεραίωσης των Νοσοκομειακών εξετάσεων γίνονται σε ικανοποιητικό χρόνο;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Π.Π.Ν.Ρ.	60 (40%)	90 (60%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	78 (62,4%)	47 (37,6%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	21 (43,8%)	27 (56,3%)
409	20 (100%)	
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	47 (94%)	3 (6%)

Το 100% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο 409 απάντησαν ότι ο χρόνος διεκπεραίωσης των Νοσοκομειακών εξετάσεων γίνονται σε ικανοποιητικό χρόνο, ενώ μόνο το 40% των ασθενών του νοσοκομείου Π.Π.Ν.Ρ. απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν υπάρχει επαρκή ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειάς τους ($p = 0.0002$, Gamma = - 0.14559).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Υπάρχει επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς σας;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Π.Π.Ν.Ρ.	96 (64%)	54 (36%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	60 (48,8%)	63 (51,2%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	38 (77,6%)	11 (22,4%)
409	15 (75%)	5 (25%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	39 (78%)	11 (22%)

Το 78% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Καρμανδάνειο απάντησαν ότι υπάρχει επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς τους, ενώ μόνο το 48,8% των ασθενών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας απάντησαν ότι έχουν επαρκή ενημέρωση.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης του προβλήματος των ασθενών εκ μέρους των γιατρών ($p = 0.0005$, Gamma = - 0.39202).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Τρόπος προσέγγισης του προβλήματος σας εκ μέρους των γιατρών με	
	Συζήτηση	Αδιαφορία
Η.Π.Ν.Ρ	102 (79,1%)	27 (20,9%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	63 (78,8%)	17 (21,3%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	30 (90,9%)	3 (9,1%)
409	15 (93,8%)	1 (6,3%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	38 (100%)	

Το 100% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο Καραμανδάνειο απάντησαν ότι ο τρόπος προσέγγισης του προβλήματός τους εκ μέρους των γιατρών γίνεται με συζήτηση, ενώ μόνο το 78,8% των ασθενών του νοσοκομείου Αγ. Ανδρέας έχουν την ίδια άποψη.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης του προβλήματος των ασθενών εκ μέρους των Νοσηλευτών ($p = 0.000$, Gamma = 0.32683).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Τρόπος προσέγγισης του προβλήματός σας εκ μέρους των Νοσηλευτών με		
	Συζήτηση	Αδιαφορία	Τυπικά
Η.Π.Ν.Ρ.	68 (45,6%)	32 (21,5%)	49 (32,9%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	40 (32,8%)	22 (18 %)	60 (49,2%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	9 (18,4%)	8 (16,3%)	32 (65,3%)
409	2 (10%)	4 (20%)	14 (70%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	17 (34,7%)		32 (65,3%)

Το 45,6% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο Η.Π.Ν.Ρ. απάντησαν ότι ο τρόπος προσέγγισης του προβλήματός τους γίνεται εκ μέρους των Νοσηλευτών με συζήτηση, ενώ μόνο το 10% των ασθενών του νοσοκομείου 409 απάντησαν το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσοκομείων σχετικά με το αν οι ασθενείς θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού ($p = 0.000$, Gamma = 0.01570).

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Θα επιθυμούσατε να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο του εξωτερικού;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Π.Π.Ν.Ρ.	49 (32,7%)	101 (67,3%)
ΑΓ. ΑΝΔΡΕΑΣ	43 (34,7%)	81 (65,3%)
ΘΩΡΑΚΟΣ	29 (63%)	17 (37%)
409	3 (15%)	17 (85%)
ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ	9 (18,4%)	40 (81,6%)

Το 63% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Θώρακος απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού, ενώ μόνο το 15% των ασθενών του νοσοκομείου 409 θα ήθελε το ίδιο.

- Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ασθενών του δείγματος σχετικά με το αν θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού ($p = 0.0432$, Gamma = 0.15122).

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Θα επιθυμούσατε να νοσηλευτείτε σε νοσοκ. του εξωτερικού;	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	4 (22,2%)	14 (77,8%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	55 (39,9%)	83 (60,1%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	27 (42,9%)	36 (57,1%)
ΛΥΚΕΙΟ	29 (29,3%)	70 (70,7%)
Τ.Ε.Ι	4 (15,4%)	22 (84,6%)
Α.Ε.Ι	10 (28,6%)	25 (71,4%)

Το 42,9% των ασθενών του δείγματος που έχουν γραμματικές γνώσεις γυμνασίου απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο του εξωτερικού, ενώ μόνο το 15,4% των ασθενών που είναι απόφοιτοι ΤΕΙ απάντησαν το ίδιο.

13. Συζήτηση

Μελέτες που αφορούν θέματα πάνω στις απόψεις των νοσηλευόμενων ασθενών και την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, όλο και περισσότερο αυξάνονται σε κράτη της Ευρώπης και των ΗΠΑ. Αντίθετα στην ελληνική βιβλιογραφία υπάρχουν σε πολύ περιορισμένο αριθμό. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να αξιολογηθούν οι απόψεις των νοσηλευόμενων ασθενών από τα νοσοκομεία της Πάτρας.

Για να εξηγήσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα θα αναφερθούμε λίγο στην κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού και στον αριθμό των κλινών.

Στο Π.Π.Γ.Ν.Π. «Ρίου» εργάζονται 7 ΠΕ, 303 ΤΕ, 303 ΔΕ νοσηλευτές, (σ' αυτό τον αριθμό συμπεριλαμβάνονται οι προϊσταμένες, το νοσηλευτικό προσωπικό στα εξωτερικά ιατρεία και το προσωπικό με μειωμένο ωράριο ή που είναι με άδεια,) 55 μαιές και διαθέτει 575 οργανικά κρεβάτια (εκτός τα κρεβάτια στο διάδρομο στις παθολογικές κλινικές). Σε αυτό το νοσοκομείο υπάρχουν θάλαμοι με 1 κλίνη, 2 κλίνες, 3 κλίνες και 5 κλίνες. Μια παθολογική κλινική του Ρίου στην απογευματινή βάρδια λειτουργεί με τρεις μόνο νοσηλευτές σε (μπορεί) 30 ασθενείς και η μία πολλές φορές έχει μειωμένο ωράριο. Το νοσοκομείο λειτουργεί 10 χρόνια.

Και στο νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» όχι πως είναι καλύτερα τα πράγματα. Διαθέτει 366 οργανικά κρεβάτια (μαζί με το «409» νοσοκομείο) όπου υπάρχουν θάλαμοι με 1 κλίνη, 2 κλίνες και 3 κλίνες. Το νοσηλευτικό προσωπικό απαρτίζεται από: 4 ΠΕ, 186 ΤΕ, και 247 ΔΕ νοσηλευτές συνολικά. Από τα στοιχεία αυτά βλέπουμε πως το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου του «Ρίου» είναι πιο καταρτισμένο. Το νοσοκομείο λειτουργεί σαν νοσοκομείο δημοσίου δικαίου 24 χρόνια.

Στο νοσοκομείο νοσημάτων «Θώρακος» έχει 2 ΠΕ, 9 ΤΕ, 12 ΔΕ νοσηλευτές μόνο στην κλινική και διαθέτει 50 οργανικά κρεβάτια + 3 διάδρομο. Οι θάλαμοι διαθέτουν 1 κλίνη, 3 κλίνες, 4 κλίνες, 8 κλίνες και 10 κλίνες. Σαν νοσοκομείο πρωτολειτούργησε το 1947 σαν σανατόριο. Οι εγκαταστάσεις δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών.

Το νοσοκομείο παιδών «Καραμανδάνειο» έχει 1ΠΕ, 42ΤΕ, 37ΔΕ νοσηλεύτριες και διαθέτει 90 ανεπτυγμένες κλίνες. Οι θάλαμοι διαθέτουν το πολύ 3 κλίνες. Λειτούργησε σαν νοσοκομείο δημοσίου δικαίου από το νομοθετικό διάταγμα του 1953.

Σύμφωνα με τα αιτιολογήματα της έρευνάς μας και την ανάλυση των συσχετίσεων που έγιναν, προέκυψαν οι παρακάτω στατιστικώς σημαντικές

συσχετίσεις χωρίς να γίνει σύγκριση αυτών με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, διότι οι άλλες έρευνες αξιολογούν ένα νοσοκομείο.

Στην έρευνά μας μελετήθηκαν $n=394$ ασθενείς από τους οποίους 189 άνδρες και 204 γυναίκες. Οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύθηκαν στον χειρουργικό τομέα 49%. Αποκλείστηκαν ασθενείς βαρέως πάσχοντες και ασθενείς οι οποίοι αρνήθηκαν να λάβουν μέρος στην εργασία. Το 44.9% νοσηλεύτηκε σε 3κλινο θάλαμο και το 5.3% σε μονόκλινο θάλαμο. Το 54.6% προσήλθε με δικό του μεταφορικό μέσο και 21.8% με ασθενοφόρο. Βρέθηκε θετική συσχέτιση με την ηλικία, και τόπο διανομής και αρνητική συσχέτιση ($p=0,000$, $\text{gamma}=-0,41823$) με το νοσοκομείο. Τα άτομα κάτω των 60 ετών ($p=0.0001$, $\text{gamma}=0.25267$) προσήλθαν με ιδιωτικό μέσο, και τα άτομα που μένουν στην πόλη ($p=0,0025$, $\text{gamma}=0.27180$). Στο νοσοκομείο Νοσημάτων «Θώρακος» προσήλθαν περισσότερα άτομα με ασθενοφόρο. Χαρακτήρισαν άμεση και καλή την εξυπηρέτηση στα εξωτερικά ιατρεία ενώ το 40.6% μέτρια και καθυστέρηση. Σχετίζεται αρνητικά ($p=0,000$, $\text{gamma}=-0,41823$) με το νοσοκομείο δηλαδή τα μικρά νοσοκομεία το «409» και το «Καραμανδάνειο» η εξέταση των ασθενών ήταν άμεση. Για την ταχύτητα μεταφοράς στην κλινική, 65.5% ανέφεραν ότι ήταν άμεση και σχετίζεται αρνητικά με το νοσοκομείο. Το 100% των ασθενών του δείγματος του νοσοκομείου «409» απάντησαν ότι η ταχύτητα μεταφοράς στην κλινική ήταν άμεση, ($\text{gamma}=-0.52488$ $p=0.000$) ενώ μόνο το 50% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο ΠΠΓΝΠ Ρίου πιστεύουν το ίδιο.

Η εξυπηρέτηση και η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας ήταν καλή 48.7% και μέτρια 50.5% αντίστοιχα. Το 62.9% των ασθενών δήλωσαν ότι οι ιατροί προσέγγισαν τους ασθενείς ενώ 47.5% των νοσηλευτών έχουν μια τυπική σχέση με τους ασθενείς. Βρέθηκε ότι οι ιατροί στα μικρά νοσοκομεία συζητούν με τους ασθενείς ($\text{gamma}=-0.39202$) ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές στα μεγάλα νοσοκομεία συζητούμε τους ασθενείς ($\text{gamma}=0.32683$). Το 78.9% δήλωσαν ότι δεν τους έγινε κατατόπιση στο θάλαμο και σχετίζεται θετικά με το νοσοκομείο ($p=0.0006$, $\text{gamma}=0.28872$). Το 27% των ασθενών του δείγματος που νοσηλεύονται στο ΠΠΓΝΠ Ρίου απάντησαν ότι με την εισαγωγή τους στην κλινική τους έγινε ενημέρωση (κατατόπιση) του θαλάμου από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ μόνο το 4.1% των ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Θώρακος είχε την ίδια αντιμετώπιση. Όπως είπαμε το νοσοκομείο του Ρίου έχει τα μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών που έχουν ανώτερη εκπαίδευση.

Τα 68.6% δήλωσε ότι το επισκεπτήριο είναι απεριόριστο. Έχουμε θετική συσχέτιση με το νοσοκομείο ($p=0.000$, $\text{gamma}=0.35245$) όσο πιο μικρό είναι το νοσοκομείο, τόσο πιο απεριόριστο είναι το επισκεπτήριο.

Το 48.7% χαρακτήρισαν μέτριο το φαγητό. Η άποψη για το φαγητό βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με το νοσοκομείο ($p=0.000$, $\gamma=-0.03379$), ηλικία ($p=0.0004$, $\gamma=-0.22844$) και τον όποιο διαμονής ($p=0.0204$, $\gamma=-0.19126$), και θετική με τις γραμματικές γνώσεις ($p=0.0004$, $\gamma=0.25810$). Άτομα μέσης και νεαρής ηλικίας, τα άτομα που μένουν στην πόλη, και τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση παραπονιούνται συχνότερα για την ποιότητα του φαγητού. Επίσης τα πιο μικρά νοσοκομεία προσφέρουν καλύτερη ποιότητα φαγητού.

Το 55.8% θεωρεί την καθαριότητα του θαλάμου μέτρια. Θετική συσχέτιση υπάρχει με τον τόπο διαμονής ($p=0.0147$, $\gamma=0.03290$), γραμματικές γνώσεις ($p=0.0063$, $\gamma=0.12312$), και το νοσοκομείο ($p=0.000$, $\gamma=0.18580$). Το νοσοκομείο του Ρίου θεωρείται πιο καθαρό από τα άλλα νοσοκομεία (βέβαια παίζει ρόλο οι εγκαταστάσεις). Επίσης τα άτομα που μένουν στην πόλη και τα άτομα με, ανώτερη εκπαίδευση πιστεύουν πως δεν είναι καλή η καθαριότητα των θαλάμων. Στην καθαριότητα περιλάβαμε και τις τουαλέτες.

Μόνο το 8.6% διαπίστωσε την ύπαρξη της κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου.

Το 57.4% αναφέρει ότι οι ενδονοσοκομειακές εξετάσεις έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο και σχετίζεται αρνητικά ($p=0.000$, $\gamma=-0.49349$) με τα νοσοκομεία. Στα μικρά νοσοκομεία οι εξετάσεις διεκπεραιώνονται σε ικανοποιητικό χρόνο.

Οι 41.1% δηλώνουν ότι δημιουργούνται προβλήματα μέσα στο θάλαμο και σχετίζεται θετικά ($p=0.000$, $\gamma=0.25095$) με το νοσοκομείο. Το νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος που έχει και 10 κλίνες σ' ένα θάλαμο δημιουργούνται περισσότερα προβλήματα απ' ό,τι στο νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας που διαθέτει 3 κλίνες σε ένα θάλαμο. Κύρια αιτία είναι δημιουργία θορύβου στον θάλαμο (49.4%).

Το 94.4% των ασθενών δηλώνουν ότι η παραμονή συνοδού είναι απαραίτητη για την κάλυψη των σωματικών και ψυχικών αναγκών, για συνεχή επίβλεψη και για συντροφιά.

Το 33.8% των ασθενών θέλουν να νοσηλευτούν στο εξωτερικό για καλύτερη ιατρική φροντίδα και ότι υπάρχουν καλύτερα νοσοκομεία. Θετική συσχέτιση έχουμε με τις γραμματικές γνώσεις ($p=0.0432$, $\gamma=0.15122$) και με το νοσοκομείο ($p=0.000$, $\gamma=0.01570$). Οι ασθενείς του δείγματος που έχουν γραμματικές γνώσεις γυμνασίου και οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο Θώρακος εκφράσανε την επιθυμία να νοσηλευτούν στα νοσοκομεία του εξωτερικού.

Στην ερώτηση, αν έχουν επαρκή ενημέρωση της εξέλιξης της ασθένειάς τους απάντησαν θετικά το 62.9% και σχετίζεται αρνητικά με το νοσοκομείο.

Παρατηρούμε ότι στο νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας οι ιατροί δεν γίνεται επαρκεί ενημέρωση. Δίλωσαν (το 98.2% των ασθενών)ότι θέλουν να μάθουν την αλήθει για την κατάσταση της υγείας τους.

14.Προτάσεις

Συμμεριζόμενοι τις απόψεις των νοσηλευτών και τις συζητήσεις που είχαμε μαζί τους και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνά μας θα θέλαμε να κάνουμε ορισμένες προτάσεις πιστεύοντας ότι θα συμβάλουμε στην ευαισθησία των ιθυνόντων για την οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων και την λήψη αποφάσεων και μέτρων για την βελτίωση τους, με κύριο σκοπό την αρτιότερη ποιοτικής και ολιστική φροντίδα του αρρώστου στο χώρο του νοσοκομείου.

Οι προτάσεις μας έχουν ως εξής:

- Να γίνει αποκατάσταση του ενιαίου management των νοσοκομείων με την ανάθεση της διοίκησης – διαχείρισης τους ικανούς managers, που η επιλογή τους όμως θα γίνει αποκλειστικά με κίνητρα για την επίτευξη αποτελεσμάτων.
- Να δοθεί μεγάλη προσοχή στην διοικητική οργάνωση. Από αυτήν καθορίζεται η ιεραρχική διαβάθμιση του προσωπικού, οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα.
- Ο αρμόδιος φορέας να ανάπτυξη προγράμματα ελέγχου και εξασφάλισης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Καθηκοντολογία προσωπικού κατά ειδικότητα, «ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση». Πουθενά μέχρι σήμερα δεν έχουν ορισθεί τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των εργαζομένων στα νοσοκομεία κατά ειδικότητα. Το μοιραίο αποτέλεσμα είναι να κάνει καθένας ότι θέλει ή να μην κάνει τίποτα, «ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση».
- Πρόσληψη περισσότερου νοσηλευτικού προσωπικού με ανώτερη εκπαίδευση. Οι χώρες που έχουν τη καλύτερη κάλυψη σε υπηρεσία της υγείας έχουν περισσότερο νοσηλευτικό δυναμικό απ'ότι ιατρούς.
- Το ΕΣΥ να αμείψει πλουσιοπάροχα όσους αποδεδειγμένα δουλεύουν με ποιότητα και επάρκεια για την υγεία του Ελληνικού λαού και να αποβάλει ή έστω να σταματήσει την αύξηση όσων προσπαθούν να στεγάσουν την ανεπάρκεια τους στο Δημόσιο.
- Στο νομοπλαίσιο του ΕΣΥ υπάρχει το άρθρο 42 σύμφωνα με το οποίο ανακηρύσσονται κάθε χρόνο τα εννέα καλύτερα νοσοκομεία, στο προσωπικό των οποίων καταβάλλεται ως ειδική αμοιβή χρηματικό ποσό ίσο με το μισό του βασικού μισθού κάθε υπαλλήλου.
- Να υπάρχει πρόγραμμα συνεχούς ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης.
- Να δοθεί περισσότερο βάρος στην καθαριότητα του περιβάλλοντος στο νοσοκομείο.
- Τα νοσοκομεία να έχουν πλήρη εξοπλισμό για την διεκπεραίωση των εξετάσεων σε ικανοποιητικό χρόνο και στην μείωση της ταλαιπωρίας των

ασθενών π.χ. για μία αξονική τομογραφία οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Άγιος Ανδρέας πρέπει να πάνε στο νοσοκομείο του Ρίου.

- Σημασία επίσης πρέπει να δοθεί και στις εγκαταστάσεις των νοσοκομείων. Γιατί τα μεγάλα και τεχνολογικά προηγμένα κτίρια νοσοκομείων δίνουν στους ανθρώπους μία αρνητική εικόνα και εμφανίζονται λιγότερο σαν ανθρώπινες κατοικίες και περισσότερο σαν κτίρια εργοστασίων.
- Μία και ενιαία Πανεπιστημιακή σχολή της νοσηλευτικής προκειμένου να υπάρξει ολοκληρωτική αναβάθμιση του επαγγέλματος.
- Πρέπει την νύχτα να υπάρχουν ικανοί νυκτερινοί προϊστάμενοι, για την καλή λειτουργία του νοσοκομείου και την ασφάλεια των αρρώστων. Όπως είναι γνωστό, τη νύκτα δεν λειτουργεί καμιά άλλη υπηρεσία παρά μόνον η νοσηλευτική.
- Η κοινωνική υπηρεσία να κάνει πιο αισθητή την παρουσία της και πιο δυναμικά.
- Πρέπει εμείς οι νοσηλευτές να εφαρμόζουμε στην πράξη τις γνώσεις, και να προσφέρουμε τις φροντίδες με αγάπη.
- Να εφαρμόζουμε τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Και σαν νοσηλεύτριες να δουλεύουμε με ευσυνειδησία.

Περίληψη

Στην εργασία μας ασχοληθήκαμε με τις απόψεις των ασθενών και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας.

Αναφερθήκαμε στο ΕΣΥ, από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα στα προβλήματά του, στις αδυναμίες και ελλείψεις. Τονίσαμε τους σκοπούς των νοσοκομείων, την ιστορική τους εξέλιξη, την διαίρεση τους όπως επίσης και την διοίκηση και οργάνωση.

Όσον αφορά τη νοσηλευτική και το νοσηλευτικό επάγγελμα, αναφερθήκαμε στην ιστορία της νοσηλευτικής, στις θεμελιώδεις αξίες της Νοσηλευτικής, στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, στα δικαιώματα και καθήκοντα, στους κώδικες νοσηλευτικής δεοντολογίας, στις σχέσεις των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Τελειώνουμε το γενικό μέρος με τα προβλήματα και αντιδράσεις των ασθενών και τα δικαιώματα του ασθενή.

Στην έρευνά μας μελετήθηκαν 394 ασθενείς από τους οποίους 189 άνδρες και 204 γυναίκες. Χρησιμοποιήσαμε το ερωτηματολόγιο για να συγκεντρώσουμε τις πληροφορίες. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο με 28 ερωτήσεις. Αποκλείστηκαν ασθενείς βαρέως πάσχοντες και ασθενείς που αρνήθηκαν να λάβουν μέρος στην εργασία.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών προσήλθαν με δικό τους μεταφορικό μέσο. Το 59.4% των ασθενών χαρακτήρισαν άμεση και καλή την εξυπηρέτηση στα εξωτερικά ιατρεία. Η εξυπηρέτηση και η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας ήταν καλή και μέτρια αντίστοιχα. Η άποψη για το φαγητό βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με το νοσοκομείο την ηλικία και τον τόπο διαμονής και θετικά με τις γραμματικές γνώσεις. Άτομα μέσης και νεαρής ηλικίας παραπονιούνται συχνότερα για την ποιότητα του φαγητού και για την καθαριότητα των θαλάμων(55.8%). Μόνο το 8.6% διαπίστωσε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας. Το 94.4% των ασθενών δηλώνουν ότι είναι απαραίτητη η παρουσία του συνοδού γιατί το προσωπικό δεν επαρκεί ώστε να κάλυψη πλήρως τις ανάγκες των ασθενών. Παρατηρήσαμε ότι υπάρχουν περισσότερα προβλήματα μεταξύ των ασθενών, εκεί που οι θάλαμοι διαθέτουν περισσότερες από 3κλίνες. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι δεν γίνεται κατατόπιση στον θάλαμο από τους νοσηλευτές (78.9%).

Παρόλα αυτά οι πλειοψηφία των ασθενών δεν θέλουν να νοσηλευτούν στο εξωτερικό. Το 33.8% των ασθενών θέλουν να νοσηλευτούν στο εξωτερικό γιατί

υπάρχει καλύτερη ιατρική φροντίδα, σέβονται την προσωπικότητα του ασθενή, και τα νοσοκομεία είναι καλύτερα εξοπλισμένα.

Τελειώνοντας την έρευνά μας παραθέτουμε τις προτάσεις μας, λαμβάνοντας υπόψη και τις προτάσεις των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνά μας για την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας.

Summary

In our project we dealt with the views of the patients and the assessment of the supplied health care services in the state Hospitals of Patras

We reported on the National Health Care System from its foundation until now on its problems, weaknesses and its shortages. We emphasized on the hospitals' aims, their administration and organization.

As far as nursing and the nursing profession is concerned we reported on the history of nursing, on the fundamental values of nursing, on the nursing' training, on the rights and duties, on the nursing code, on the relationships of the nurses with their patients. We are finishing the general part with the problems and the reactions of the patients and also with the rights of the patients.

394 patients were studied in our project, of whom 184 were men and 204 were women. We used the questionnaire to gather information. The patients who were interviewed remained anonymous. The questionnaire consisted of 28 questions. Patients who denied to take part in the project were excluded.

The largest percentage of the patients used their own transport mean 59,4% of the patients qualified as immediate and good the services at the 'private surgeries'. The services and behavior of the medical and nursing staff during their medical treatment was good and mediocre at each.

Opinions about the food was to be connected negatively with the hospital, the age and the place of living, and positively with the educational background people of middle and younger age are complaining more often about the quality of a social service. 94,4% of the patients are saying that the presence of an escort by their side, when visiting a hospital is necessary, because the staff is not enough to cover all the needs of the patients. We noticed that there are more problems between the patients wherever the wards have more than 3 beds. Patients complained that nurses do not guide and inform them about their wards (78,9%)

Never the less the majority of the patients do not want to get medical treatment abroad. 33,8% of the patients wish to be given medical aid abroad because they believe that they can be offered better medical care, the patients personality is being respected and hospitals are better equipped.

Ending our research, we are submitting our proposals, also considering the patients' proposals (who took in our project), for the improvement of the Health Care System.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΠΑΠΑΣΤΕΡΙΑΔΗΣ Ε.: «Το πρόβλημα της υγείας και η πρακτική προσέγγιση του Δημόσιου, Ιδιωτικού ή Μικτού φορέα», περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 4, τεύχος 3(22), Αθήνα, Μάιος-Ιούνιος 1993, σελ. 57.
2. ΑΝΑΠΛΩΡΩΤΗ – ΒΑΖΑΙΟΥ Ε.: «Παγκόσμιες αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά συστήματα», Αθήνα 1985, σελ.23-25.
3. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α.- ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.: «Προληπτική Ιατρική», Εκδόσεις «Παρισιάνοφ», Αθήνα 1986, σελ. 25-28
4. ΠΥΡΠΑΛΣΟΠΟΥΛΟΣ Μ.: «Το ΕΣΥ από την ίδρυση του μέχρι σήμερα», περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 7, τεύχος 5(42) Αθήνα, Σεπτέμβριος –Οκτώβριος 1996, σελ. 19-32.
5. ΣΠΪΛΛΑΣ Ι.: «Το νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, Σήμερα, Λύριο», περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 4, τεύχος 4(23), Αθήνα, Ιούλιος – Αύγουστος 1993, σελ19-25.
6. ΠΑΠΑΔΟΚΟΝΟΜΟΥ-ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.Κ.: «Αποστολή και Λειτουργία των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου III » Εκδόσεις Ο.Ε.Λ.Β., Αθήνα 1981, σελ. 77-80.
7. ΚΟΝΑΥΛΗΣ Κ.: «Για μια καλύτερη οργάνωση Νοσοκομείου Ε.Σ.Υ.», περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 5, τεύχος 3(28), Αθήνα, Μάιος – Ιούνιος 1994, σελ.63.
8. Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» τόμος 4, τεύχος 4 (23), Αθήνα, Ιούλιος – Αύγουστος 1993, σελ34-40.
9. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.: «Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Ευκαιρίες και Προβλήματα», περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας», τόμος 5, τεύχος 1(26), Αθήνα, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 1994, σελ. 57.
10. Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» τόμος 3, τεύχος 3 (16), Αθήνα, Μάιος – Ιούνιος 1992, σελ. 34 –37.

-
11. ΜΑΛΙΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. – ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ.: « Γενική Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική », τόμος Α, Έκδοση δέκατη έκτη, Εκδόσεις «ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1987, σελ. 14-43.
 12. ΠΑΠΑΔΟΚΟΝΟΜΟΥ-ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.Κ.: «Αποστολή και Λειτουργία των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου ΙV» Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1989, σελ. 22.
 13. Περιοδικό «Επιθεώρηση Υγείας» τόμος 1, τεύχος 4, Αθήνα, , Μάιος – Ιούνιος 1990, σελ. 42-45.
 14. ΡΑΓΙΑ ΧΡ. Α.: «Βασική Νοσηλευτική», Έκδοση Β' Αθήνα 1991, σελ. 14-27, 67-88, 99-111, 355-366.
 15. HENDERSON V.: «The Nature of Nursing» New York: The Macmillan Co, 1966, σελ. 15.
 16. ΓΕΩΡΓΑΚΗ Α. - ΝΑΝΟΥ Κ.: «Νοσηλευτική Ι», Εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1987, σελ. 8-25.
 17. ΛΑΝΑΡΑ Β.: «Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών», Αθήνα 1993, σελ. 255-272.
 18. SURCLIFLE D.: «Is Nursing more of an Art than a Science» Nursing Mirror 1980, σελ. 40.
 19. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Σ.-ΚΑΡΟΥΝΤΖΟΥ Γ.-ΚΑΤΣΑΡΙΩΤΗ Μ.-ΜΟΥΡΙΚΗ Μ.: «Η στάση των τελειόφοιτων νοσηλευτών απέναντι στην εκπαίδευσή τους και στο επάγγελμά τους» Πτυχιακή Εργασία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1998, σελ. 25-60.
 20. ΤΑΣΟΥΛΑ Β.: «Θεωρίες Νοσηλευτικής», Σημειώσεις διδασκαλίας, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1995, σελ. 9-41.
 21. ΠΑΠΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ.- ΣΠΥΡΙΔΩΝΙΔΟΥ Χ.: «Η σημερινή Νοσηλεύτρια στο χώρο του Νοσοκομείου», Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα 1993, σελ. 69-71.

-
- 22.KRON T, GRAY A : «The management of patient care: Putting leadership skills to work», Philadelphia, W.B. Saunders Co (6th ed) 1987, σελ.23-29.
- 23.ZANDER KS.: «Primary nursing», Germantowns Maryland, Aspen Systems 1980, σελ. 5-25.
- 24.STEVENS, BJ: «The nurse as executive», Rockville Maryland, Aspen Systems 1985, σελ.105-112, 87-90.
- 25.ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ.: «Νομοθεσία στη Νοσηλευτική και Διεθνείς Οργανισμούς» Σημειώσεις διδασκαλίας, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής , Αθήνα 1991,
- 26.ΓΕΩΡΓΑΚΗ Α.Γ.: «Δεοντολογία της Νοσηλευτικής», Σημειώσεις διδασκαλίας, , Εκδόσεις Πανεπιστημίου Αθηνών, τμήμα Νοσηλευτικής , Αθήνα 1983.
- 27.ΠΙΛΑΤΗ Δ. ΧΡΥΣΑΝΘΗ.: «Προτεινόμενο σχέδιο καθορισμού ευθύνων και καθηκόντων Νοσηλευτικού προσωπικού», Περιοδικό Νοσηλευτικής, τεύχος 1, Ιανουάριος- Μαρτίος 1990, Εκδόσεις Ε.Σ.Δ..Ν.Ε.
- 28.FOYCHE S.: «Ο αδελφός μου ο άρρωστος», Εκδόσεις Αδελφότητας «ΕΥΣΕΒΕΙΑ» Αθήνα 1962, σελ.45.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΘΕΜΑ : Απόψεις νοσηλευομένων και αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στα γενικά κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας.

1. Φύλο

Θήλυ

Άρρεν

2. Ηλικία

3. Τόπος Διαμονής

Πόλη

Χωριό

4. Γραμματικές γνώσεις

Του ίδιου

Πατέρα

Μητέρα

Αγράμματος

Αγράμματος

Αγράμματος

Δημοτικό

Δημοτικό

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Γυμνάσιο

Γυμνάσιο

Λύκειο

Λύκειο

Λύκειο

Τ.Ε.Ι.

Τ.Ε.Ι.

Τ.Ε.Ι.

Α.Ε.Ι.

Α.Ε.Ι.

Α.Ε.Ι.

5. Κλινική

6. Με ποιο τρόπο έγινε η μεταφορά σας στο Νοσοκομείο

Ι.Χ.

Ασθενοφόρο

Άλλο

7. Η εξέτάσή σας ήταν :

Άμεση

Αναμονή

8. Η συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία ήταν:

Άριστη Καλή Μέτρια Κακή

9. Η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού στα εξωτερικά Ιατρεία ήταν :

Άριστη Καλή Μέτρια Κακή

10. Η ταχύτητα εξυπηρέτησης της μεταφοράς σας στην κλινική ήταν άμεση :

Ναι Όχι Άλλο

11. Με την εισαγωγή σας στην κλινική σας έγινε ενημέρωση (κατατόπιση) του θαλάμου από το Νοσηλευτικό προσωπικό ;

Ναι Όχι

12. Ο θάλαμός σας διαθέτει :

1 κλίνη 2 κλίνες 3 κλίνες
4 κλίνες 5 κλίνες .. κλίνες

13. Η καθαριότητα του θαλάμου είναι :

Άριστη Μέτρια Κακή

14. Είστε ευχαριστημένοι από την ποιότητα και την ποσότητα του φαγητού ;

Άριστο Μέτριο Κακό

15. Δημιουργούνται προβλήματα από την συμβίωσή σας με τους άλλους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο ;

Ναι Όχι

Αν ΝΑΙ, κύριες αιτίες :

Νοσηλεία με βαριά πάσχοντες

Πρόβλημα θορύβου στον θάλαμο

Νοσηλεία με ηλικιωμένους

Άλλο

16. Ποιο είναι το σύστημα της κλινικής όσον αφορά το επισκεπτήριο ;

Περιορισμένο

Απεριόριστο

17. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του Νοσοκομείου ;

Ναι

Όχι

Αν Ναι, γιατί ;.....

18. Ο χρόνος διεκπεραίωσης των Νοσηλευτικών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο ;

Ναι

Όχι

19. Κυριότερες καθυστερήσεις συμβαίνουν από :

Τραυματιοφορείς

Ακτινογραφίες

Αναμονή Νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Αναμονή Ιατρικών παρεμβάσεων

Άλλο

20. Η συμπεριφορά του Ιατρικού προσωπικού της κλινικής ήταν :

Άριστη

Καλή

Μέτρια

Κακή

21. Η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού της κλινικής ήταν :

Άριστη

Καλή

Μέτρια

Κακή

22. Τρόπος προσέγγισης του προβλήματός σας εκ μέρος των γιατρών

Συζήτηση

Αδιαφορία

Άλλο

23. Τρόπος προσέγγισης του προβλήματος σας εκ μέρος των Νοσηλευτών

Συζήτηση Αδιαφορία Άλλο

24. Πιστεύετε ότι έχετε την επαρκή ενημέρωση της εξέλιξης της ασθένειάς σας ;

Ναι Όχι

25. Θα θέλατε να μάθετε την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας σας ;

Ναι Όχι

27. Διαπιστώσατε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του Νοσοκομείου ;

Ναι Όχι

28. Θα επιθυμούσατε να νοσηλευτείτε σε νοσοκομείο του εξωτερικού ;

Ναι Όχι

29. Αν ΝΑΙ, για ποιους λόγους.

Πιστεύετε στην καλύτερη ιατρική φροντίδα

Πιστεύετε στην καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα

Ο εξοπλισμός των νοσοκομείων είναι καλύτερος

Σέβονται την προσωπικότητα του ασθενή

Άλλο