

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

**ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Οι απόψεις των νοσηλευτών για την
δημόσια και ιδιωτική κλινική
νοσηλευτική φροντίδα**

Σπουδάστριες:
**Μποτώνη Αθανασία
Στεφανοπούλου Κωνσταντίνα**

Εισηγητής:
Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

Πάτρα, 2007

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτήν την προσπάθεια.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας που μας στήριξαν ψυχολογικά και οικονομικά αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας ζωής.

Τον καθηγητή μας κ. Μπακάλη Νικόλαο, που με την πολύτιμη βοήθεια του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία, παρά τις δυσκολίες που συναντήσαμε. Επίσης, που με την κατάλληλη μέθοδο διδασκαλίας του, μας βοήθησε να κατανοήσουμε την δομή, την μέθοδο και τον τρόπο σκέψης που χρειάζεται για να πραγματοποιηθεί μια έρευνα και την βοήθεια του στην μέθοδο αναζήτησης πληροφοριών.

Τον κ. Κουτσογιάννη Κωνσταντίνο για την βοήθεια του στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και την διδασκαλία του πάνω στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Τις προϊσταμένες των νοσοκομείων της Πάτρας που επισκεφτήκαμε, για την συγκατάθεση τους στην διεκπεραίωση της έρευνας και για την άμεση συνεργασία τους.

Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων της Πάτρας για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας όρος που απασχολεί την κοινωνία από τα αρχαία χρόνια ως σήμερα και αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς, με σκοπό την εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία.

Η παρούσα έρευνα, ήταν μία περιγραφική έρευνα, με σκοπό πρώτον, να εκτιμήσει την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, δεύτερον να διαπιστώσει τα θετικά και αρνητικά σημεία, και τρίτον να διατυπώσει αλλαγές όπου και αν, χρειάζεται. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου. Συλλέχθηκαν 70 ερωτηματολόγια μόνο από νοσηλευτικό προσωπικό, από τρία νοσοκομεία της Αχαΐας (δύο δημόσια και ένα ιδιωτικό). Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14.0.

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα εκτιμούν, ότι η κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν είναι καλή. Επίσης οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα πιστεύουν ότι είναι αυτόνομοι σε ποσοστό 80%, αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα είναι αυτόνομοι σε ποσοστό 51,9%. Όσον αφορά την νοσηλευτική διεργασία οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα θεωρούν ότι δεν εφαρμόζεται σε ποσοστό 72,5%, ενώ στον ιδιωτικό τομέα εφαρμόζεται σε ποσοστό 55,6%. Επιπλέον οι νοσηλευτές τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας. Η υλικοτεχνική υποδομή

χαρακτηρίζεται ως καλή στον ιδιωτικό τομέα και ως μέτρια στον δημόσιο τομέα. Επίσης, σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού στον δημόσιο τομέα είναι ανεπαρκείς, ενώ στον ιδιωτικό τομέα τον χαρακτηρίζουν ως μέτριο. Ακόμα, οι νοσηλευτές τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα εκτιμούν, ότι η αμοιβή τους δεν ανταποκρίνεται καθόλου στο προσφερόμενο έργο τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι θα πρέπει να γίνουν ενέργειες για την βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Η βελτίωση του τεχνολογικού εξοπλισμού και η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας θα βοηθούσε στην καλύτερη διεκπεραίωση των νοσηλευτικών πράξεων. Θα πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα του αρρώστου. Επιπλέον, είναι επιτακτική ανάγκη η συγκρότηση ενός καθηκοντολογίου σύγχρονου, σαφή και πλήρες τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να είναι περισσότερο ασφαλείς. Τέλος, με την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για την δια-βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση, και η παρότρυνσή τους για μεταπτυχιακά προγράμματα, θα βοηθήσει την δημιουργία νοσηλευτών υψηλού επιπέδου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	3
Περιεχόμενα.....	5

Κεφάλαιο 1 (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)

1.1 Εισαγωγή	7
1.2 Νοσηλευτική εκπαίδευση	8
1.3. Οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων.....	12
1.4. Οργάνωση των ιδιωτικών νοσοκομείων.....	16
1.4.1. Λόγοι έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού.....	24
1.5. Παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.....	26
1.5.1. Μέθοδοι παροχής νοσηλευτικής φροντίδας	26
1.6. Αυτονομία νοσηλευτών στο κλινικό έργο.....	30
1.7. Νοσηλευτική διεργασία.....	32
1.8. Η πληροφορική στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας.....	34
1.9. Συνεργασία με γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό	35
1.10. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση	36
1.10.1. Τρόποι συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης.....	37
1.10.2. Κίνητρα για συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση.....	38
1.11. Εφαρμογή καθηκοντολογίου	39
1.12. Επαγγελματική εξουθένωση.....	40
1.12.1. Παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών.....	41
1.13. Ξενοδοχειακή υποδομή	44
1.14. Το προφίλ και η δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος.....	45

Κεφάλαιο 2(Μέθοδος)

2.1 Σχεδιασμός.....	52
2.2 Διαδικασία	53
2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	54
2.4 Δείγμα	58
2.5 Στατιστική ανάλυση	59

Κεφάλαιο 3 (Αποτελέσματα)

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (δημόσιος τομέας).....	62
3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου δημόσιου τομέα.....	65
3.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ιδιωτικός τομέας).....	80
3.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ιδιωτικού τομέα.....	83
3.5 Αποτελέσματα Ανοιχτού Τύπου Ερώτησης (δημόσιος τομέας)	98
3.6 Αποτελέσματα Ανοιχτού Τύπου Ερώτησης (ιδιωτικός τομέας)	98

Κεφάλαιο 4 (Συζήτηση)

4.1 Συζήτηση	100
4.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	106
4.3 Προτάσεις	107

Βιβλιογραφία	109
--------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	116
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	117
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	118
---------------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Η νοσηλευτική σήμερα αποτελεί έναν από τους βασικότερους και σημαντικότερους κλάδους στο υγειονομικό σύστημα. Έργο της είναι η φροντίδα του υγιούς και του αρρώστου ατόμου. Η νοσηλευτική θεωρείται επιστήμη του ανθρώπου σε ότι αφορά την υγεία και την νόσο. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς (Αθανάτου,2003). Κύρια αποστολή της είναι η εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία (Αθανάτου,2003).

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, η νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών (www.esne.gr). Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας (www.esne.gr).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα ασκείται είτε μεμονωμένα σαν ελεύθερο είτε υπό υπαλληλική ιδιότητα σαν λειτουργικό. Είναι επάγγελμα ανθρωπιστικό, αναγνωρισμένο σαν επιστημονικό, αλλά και συγχρόνως τεχνολογικό (Αθανάτου,2003). Το νοσηλευτικό επάγγελμα στην άσκηση του απαιτεί υψηλή συναίσθηση ευθύνης. Είναι ένα επάγγελμα που πρέπει να διέπεται από νομοθεσία που να προστατεύει το δημόσιο συμφέρον αλλά και τους επαγγελματίες (Σαββοπούλου,2003).

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος ορίζει ότι η επαγγελματική ιδιότητα αυτού που ασχολείται με την φροντίδα των ασθενών και προσφέρει πρώτες βοήθειες και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες ονομάζεται νοσηλευτής (www.esne.gr). Φαίνεται όμως ότι ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύπλευρος και πολυδύναμος.

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 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 η ευσυνειδησία
- Η συναίσθηση της ευθύνης (Ασπρούκος και άλλοι,2002).

Άλλα προσόντα των νοσηλευτών, κατά την Peset (1997), 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 (Ασπρούκος και άλλοι,2002). Εκτός όμως των παραπάνω, ο νοσηλευτής χρειάζεται επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες με σκοπό την παροχή καλύτερης φροντίδας.

1.2 Νοσηλευτική εκπαίδευση

Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην χώρα μας αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια με ταχύ ρυθμό με σκοπό να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες της

εποχής μας για υψηλή επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού και για πληρέστερη νοσηλευτική ενημέρωση του ευρύτερου κοινού. Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα παρέχεται σε ένα επίπεδο (τριτοβάθμιο) από τα Πανεπιστήμια και τα ΑΤΕΙ.

Σκοπός των Τμημάτων νοσηλευτικής είναι η ανάδειξη στελεχών ικανών να ασχοληθούν με τον σχεδιασμό, την εποπτεία, τον έλεγχο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας καθώς και στον τομέα της προληπτικής ιατρικής και της αποκατάστασης της υγείας. Η διάρκεια σπουδών σε ΑΕΙ και ΑΤΕΙ είναι 8 εξάμηνα. Τα μαθήματα κάθε έτους διδάσκονται σε 2 εξάμηνα και οι εξετάσεις διενεργούνται 4 φορές τον χρόνο.

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές μπορούν να εργασθούν σε ένα ευρύ πλαίσιο υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και να ασχοληθούν με μια ποικιλία δραστηριοτήτων τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα (www.stedima.gr):

- Να εργασθούν ως υπάλληλοι σε Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας καθώς και σε ιδιωτικά Νοσοκομεία
- Μπορούν να γίνουν ελεύθεροι επαγγελματίες και να ανοίξουν σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας εταιρίες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.
- Ακόμα οι σύγχρονοι νοσηλευτές μπορούν να ασκήσουν διοίκηση σε όλες τις δομές και τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας, ως Προϊστάμενοι νοσηλευτικών τμημάτων, Διευθυντές Νοσηλευτικών Τομέων, Διευθυντές Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Αρκετοί νοσηλευτές υπηρετούν σήμερα ή υπηρετήσαν στο

παρελθόν, ως Διοικητές και Υποδιοικητές Νοσοκομείων και ένας Νοσηλευτής σήμερα υπηρετεί ως Διοικητής ΠΕΣΥ.

- Οι νοσηλευτές μπορούν να απασχοληθούν στο ΚΕΛΠΝΟ στον ΟΚΑΝΑ, στο ΙΚΑ, στη ΔΕΗ και σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία, σε υπηρεσίες υγείας τραπεζών, στη Σχολική Υγιεινή, στην Υγιεινή της Εργασίας και ως Επιθεωρητές Υπηρεσιών Υγείας
- Επίσης μπορούν να εργαστούν στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΙΕΚ, ΤΕΕ) αλλά και στην ανώτατη (πανεπιστήμια, ΑΤΕΙ).
- Στην έρευνα, ως ερευνητές απασχολούμενοι σε ερευνητικά κέντρα της Ελλάδας και του Εξωτερικού
- Να εργασθούν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς).

Η Νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα με απεριόριστες προοπτικές. Δίδει τη βάση σε όποιον επιθυμεί να συνεχίσει τις σπουδές του, ώστε να αποκτήσει ειδικότητα, ανάλογα με το ενδιαφέρον του, αλλά και τη ζήτηση (www.tovima.gr). Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης μπορούν να συνεχίσουν στα πανεπιστήμια της Ευρώπης και της Ελλάδας για MASTER'S στις ειδικότητες Παθολογικής-Χειρουργικής Νοσηλευτικής, Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής, Νοσηλευτικής Διοίκησης και Ογκολογικής Νοσηλευτικής, αλλά και για διδακτορικό. Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης έχουν την δυνατότητα να συνεχίσουν για MASTER'S στις ειδικότητες που αναφέραμε παραπάνω και για διδακτορικό στην Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών (Σαββοπούλου,2003).

Σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα 1579/1985, κατοχυρώνεται ο τίτλος του νοσηλευτή, ο οποίος απονέμεται στους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ,ΤΕΙ) (Μπακάλης,2006). Το 2001, με προεδρικό

διάταγμα ψηφίστηκε η ενιαία ανώτατη εκπαίδευση για την νοσηλευτική στη χώρα μας. Με τον νόμο 3252/2004 συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου υπό την επωνυμία «ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ» (Ε.Ν.Ε) το οποίο είναι πλήρως αυτοδιοικούμενο και υπαγόμενο στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Πάνου,2005). Ο νόμος αυτός ικανοποιεί ένα πάγιο αίτημα των νοσηλευτών για την επαγγελματική τους οργάνωση σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, καθιστώντας τους ισότιμους με τους συναδέλφους τους των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέλη της Ε.Ν.Ε είναι υποχρεωτικά όλοι οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι νοσηλευτικών τμημάτων ΑΕΙ και ΤΕΙ, πρώην ανωτέρων σχολών αδερφών νοσοκόμων, επισκεπτριών αδερφών νοσοκόμων, πρώην νοσηλευτικών σχολών Κ.Α.Τ.Ε.Ε και ισότιμων σχολών της αλλοδαπής. Η άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν χορηγείται πλέον χωρίς βεβαίωση εγγραφής μέλους της Ε.Ν.Ε, γεγονός που σε ένα βαθμό κατοχυρώνει τα επαγγελματικά δικαιώματα του κλάδου (Πάνου,2005). Παρόλα αυτά, η Ε.Ν.Ε. δεν έχει προσφέρει, μέχρι τώρα τουλάχιστον, τα αναμενόμενα. Όλοι ευελπιστούμε ότι θα πετύχει στο μέλλον και τους στόχους και τους σκοπούς της.

Διοικητικώς, οι υπηρεσίες υγείας κατευθύνονται από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λειτουργούν σε τρία επίπεδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Υγείας που παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας τα οποία βρίσκονται κατά το δυνατόν κοντά στον τόπο ζωής και δραστηριότητας του ατόμου και αποτελούν τον πρώτο σταθμό για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του ατόμου της κοινότητας. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από τα μικρότερα Νομαρχιακά νοσοκομεία που διαθέτουν όλες τις βασικές ειδικότητες, δεν έχουν όμως πλήρη εξοπλισμό για την εξειδικευμένη φροντίδα σε όλες τις

περιπτώσεις και την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από τα μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία τα οποία είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες και δίνουν την απόλυτα εξειδικευμένη φροντίδα στα άτομα που την έχουν ανάγκη (Κυριακίδου,2005).

Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. το 1983 είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων και τον περιορισμό των αντίστοιχων ιδιωτικών. Η αύξηση όμως αυτή δεν ακολουθήθηκε και από ανάλογη αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού (www.ypepth.gr). Το 1990, επιτράπηκε η επέκταση των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και δόθηκαν άδειες για δημιουργία νέων μονάδων. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα την επέκταση του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες υγείας, και την δημιουργία δύο πόλων στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας (Πάνου,2005). Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα προκάλεσε κάποιες επιπτώσεις στον δημόσιο τομέα όπως αύξηση της ανταγωνιστικότητας και προσφορά εναλλακτικής φροντίδας.

1.3. Οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων

Η οργανωτική δομή των δημόσιων νοσοκομείων ορίζεται βάση νόμων από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. μέχρι και τις μέρες μας. Οι νόμοι αυτοί είναι καθοριστικοί και περιοριστικοί για το πώς θα λειτουργήσει και πως θα οργανωθεί η νοσηλευτική υπηρεσία και το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα σε αυτήν. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι αλληλοεξαρτώμενη από τις υπόλοιπες υπηρεσίες του νοσοκομείου και η εργασία των νοσηλευτών εξαρτάται από την εργασία του υπόλοιπου προσωπικού των νοσοκομείων (Πάνου,2005).

Το Σεπτέμβριο του 1983 ψηφίστηκε ο Ν. 1397/83 για την δημιουργία του Ε.Σ.Υ., πάνω στον οποίο βασίστηκαν όλοι οι μετέπειτα νόμοι. Βασικοί στόχοι του νόμου αυτού ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας (Κατσαβοχρήστος,2005).

Σύμφωνα με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Παιδείας, μπορούν σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. να εγκαθίστανται και να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες, τα οποία εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου (Αγγελοπούλου,2006). Τα τμήματα αυτά στελεχώνονται αποκλειστικά με γιατρούς και άλλους επιστήμονες του ιατρικού τμήματος του πανεπιστημίου που ανήκουν (Αγγελοπούλου,2006).

Τα δημόσια νοσοκομεία διακρίνονταν σε νομαρχιακά και περιφερειακά. Στα νομαρχιακά νοσοκομεία διακρίνονταν τρεις υπηρεσίες: η ιατρική, η νοσηλευτική και η διοικητική. Στα περιφερειακά νοσοκομεία διακρίνονταν τέσσερις υπηρεσίες :η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική. Τα νοσοκομεία επίσης οργανώθηκαν βάσει ενιαίου πλαισίου οργάνωσης (Π.Δ.87/1986) με το οποίο καθιερώθηκαν κυρίως γενικοί συντελεστές για τις θέσεις προσωπικού, την αναλογία κρεβατιών, τον αριθμό γιατρών, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και ενιαίος κανονισμός λειτουργίας, βάσει του οποίου θα συγκεκριμενοποιούνται τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού κατά κλάδο και ειδικότητα (Πάνου,2005).

Το 2001 ο νόμος 2889 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» έρχεται να ανατρέψει τα παραπάνω με την ίδρυση των Πε.Σ.Υ.(Περιφερειακά Συστήματα Υγείας) σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας (Κατσαβοχρήστος, 2005). Ο ίδιος νόμος καταργεί την διάκριση των νοσοκομείων σε Νομαρχιακά, Περιφερειακά και Πανεπιστημιακά. Τα νοσοκομεία της χώρας χωρίζονται πλέον σε δυο κατηγορίες: τα γενικά και τα ειδικά, ενώ τα πανεπιστημιακά μετονομάζονται σε Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (www.yperpth.gr).

Σύμφωνα με τον παλαιό νόμο, όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου υπάγονταν ιεραρχικά στον Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου, και στην περίπτωση που δεν είχε προβλεφθεί θέση, οι υπηρεσίες υπάγονταν στον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Με τον νέο νόμο, κάθε νοσοκομείο διοικείται από τον Διοικητή (manager), ο οποίος έχει και την γενική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας (Αγγελοπούλου,2006).

Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται τέσσερις υπηρεσίες :η ιατρική, η νοσηλευτική, η διοικητική και η τεχνική, ενώ συνιστάται υποχρεωτικά ειδικό γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών» το οποίο στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό για την υποδοχή και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών (Πάνου,2005).

Σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001, γίνεται προσπάθεια να περιοριστεί η γραφειοκρατία μέσω της ίδρυσης τμημάτων όπως αυτά της Οργάνωσης και Πληροφορικής και του Ελέγχου Ποιότητας (www.yperpth.gr). Ο αριθμός των θέσεων νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία ορίζεται σε ποσοστό 35-45% (www.yperpth.gr).

Οι προσλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία σύμφωνα με τον Ν.3293/2004, γίνονται μέσω Α.Σ.Ε.Π. μετά από αίτημα του Διοικητή για πρόσληψη νοσηλευτών και συνήθως δεν εγκρίνεται ο αιτούμενος αριθμός αλλά μικρότερος (Πάνου,2005). Τα άτομα που θα προσληφθούν θα είναι μόνιμα, έτσι ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια αντικατάστασης εάν δεν ασκούν επαρκώς τα καθήκοντά τους, ενώ μπορούν να ασκούν πιέσεις για μετάθεση στον τόπο αρεσκείας τους, έτσι ώστε να δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την ισοκατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο δημόσιος τομέας είχε ως βασική μέθοδο χρηματοδότησης το ημερήσιο νοσήλιο. Όμως οι νομοθετικές ρυθμίσεις και η νοοτροπία που αναπτύχθηκε στο δημόσιο νοσοκομείο μετά την εφαρμογή του Ε.Σ.Υ., παρέχει την δυνατότητα σε οποιονδήποτε πολίτη ασφαλισμένο ή ανασφάλιστο να προσφεύγει σε όποιο νοσοκομείο επιθυμεί και να λαμβάνει χωρίς εμπόδια τις αναγκαίες νοσοκομειακές υπηρεσίες, όπως αυτές προσδιορίζονται από τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας (www.tovima.gr).

Το κράτος εγγυάται την συνεχή λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων με την χρηματοδότηση τους από δυο βασικές πηγές: α)μια άμεση υποχρεωτική που σχετίζεται με τον κρατικό προϋπολογισμό και καλύπτει πλήρως όλες τις αποδοχές των εργαζομένων στο νοσοκομείο και η οποία στο συνολικό ετήσιο νοσοκομειακό κόστος αφορά το 55-65% των πραγματικών εξόδων κάθε νοσηλευτικής μονάδας, και β)μια έμμεση επικουρική πηγή που προέρχεται από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης και συναρτάται κυρίως με τον αριθμό των ημερών νοσηλείας που παράγει το κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα , και η οποία στο συνολικό νοσοκομειακό κόστος, ανάλογα με τις τιμές του νοσηλίου και την

ικανότητα των ασφαλιστικών οργανισμών να εξοφλούν τις οικονομικές τους υποχρεώσεις προς τα νοσοκομεία, καλύπτει το 25-35% των πραγματικών εξόδων (www.in.gr).

Συμπερασματικά, ο δημόσιος τομέας στηρίζεται σε ενιαίο κεντρικό σχεδιασμό με αποκεντρωμένη περιφερειακή οργάνωση σε επίπεδο νομού και τοπικής κοινωνίας, με γνήσια εκπροσώπηση όλων των εμπλεκόμενων μερών. Τον χαρακτηρίζει η δημοκρατία, η συμμετοχικότητα, η διαφάνεια και η αξιοκρατία. Ο δημόσιος τομέας είναι ποιοτικός και θελκτικός (www.dopinion.wordpress.com). Έχει όργανα ελέγχου και αυτοελέγχου της ποιότητας, της επάρκειας και του αποτελέσματος. Προϋποθέτει την πραγματική δημοκρατία στους χώρους δουλειάς, υπερασπίζεται τις αξίες της συλλογικής δράσης και της αναβαθμισμένης συμμετοχής και παρέμβασης των τοπικών κοινωνιών (www.dopinion.wordpress.com). Ο δημόσιος τομέας χρηματοδοτείται 60% από το Κράτος, 33% από τα ασφαλιστικά ταμεία, 4-5% από ιδιώτες (www.kathimerini.gr). Ο βασικός μισθός του νεοπροσληφθέντα νοσηλευτή στα δημόσια νοσοκομεία κυμαίνεται από 900-1.000€

1.4. Οργάνωση των ιδιωτικών νοσοκομείων

Εκτός από τα δημόσια νοσοκομεία, και τα ιδιωτικά νοσοκομεία διέπονται από νόμους και προεδρικά διατάγματα που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία τους και έχουν στόχο την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου προσφοράς υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και την προστασία τους από τυχόν αυθαιρεσίες που μπορεί να παρουσιαστούν.

Με τον Ν.1397/83 για το Ε.Σ.Υ. απαγορεύτηκε η ανέγερση και λειτουργία νέων ιδιωτικών νοσοκομείων ή κλινικών πολλές από τις

οποίες έκλεισαν και αγοράστηκαν (Πάνου,2005). Με τον Ν.1982/1990 το προηγούμενο καθεστώς ανατράπηκε και επιτράπηκε η ίδρυση, η επέκταση, η ελεύθερη μεταβίβαση και η μετατροπή των ιδιωτικών κλινικών ως προς το αντικείμενο και τη νομική μορφή της επιχείρησης (Πάνου,2005).

Σύμφωνα με το Π.Δ 247/1991 η ιδιωτική κλινική προσδιορίζεται ως η υγειονομική μονάδα, η οποία παρέχει υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών. Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας χορηγείται από τις κατά τόπους νομαρχίες σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, καθώς και μετοχές ανωνύμων εταιρειών, δίνοντας τη δυνατότητα δημιουργίας αλυσίδας κλινικών με τη χορήγηση στο ίδιο πρόσωπο περισσότερων αδειών (Κατσαβοχρήστος,2005).

Όλες οι ιδιωτικές κλινικές υπάγονται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας αναφορικά με τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας στους νοσηλευόμενους, τη διασφάλιση ικανοποιητικής συντήρησης, αξιοπιστίας των ιατρικών μηχανημάτων, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και τυχόν εκπαιδευτικού έργου και την εν γένει τήρηση των νόμων και διατάξεων και εγκυκλίων διαταγών για τις ιδιωτικές κλινικές (Πάνου,2005).

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές απαρτίζονται από τρεις υπηρεσίες: την ιατρική, την νοσηλευτική και τη διοικητική, με περιορισμένο όμως εύρος και έκταση σε σχέση με τα αντίστοιχης δυναμικότητας σε κλίνες νοσοκομεία του δημοσίου (Αγγελοπούλου,2006). Οι ιδιωτικές κλινικές διακρίνονται σε Γενικές, Μικτές και Ειδικές. Γενικές θεωρούνται όσες διαθέτουν οπωσδήποτε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα νοσηλείας. Μικτές όσες διαθέτουν

τμήματα ειδικότητας αμιγώς παθολογικού ή αμιγώς χειρουργικού τομέα και Ειδικές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας αποκλειστικά μιας ειδικότητας (Αγγελοπούλου,2006). Η εργασία του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού κατανέμεται από τον Επιστημονικό Διευθυντή κλινικής, τμήματος ή εργαστηρίου, ο οποίος ορίζεται από τον ιδιοκτήτη ή το νόμιμο εκπρόσωπό του.

Σύμφωνα με το Π.Δ 235/2000 καλούνται όλες οι ιδιωτικές κλινικές που ιδρύθηκαν πριν τα Π.Δ. 247/1991 και 517/1991 να εκσυγχρονιστούν και να βελτιώσουν την λειτουργία τους σύμφωνα με το νόμο, έτσι ώστε να υπάρχει ομοιομορφία στις κλινικές του ιδιωτικού φορέα. Τίθενται όροι έκδοσης άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, καθώς προσδιορίζονται ο ελάχιστος αριθμός συνολικών κλινών και κλινών τμημάτων και ο εξοπλισμός τους (Παναγοπούλου,2005).

Όσον αφορά την Διοικητική ευθύνη των ιδιωτικών κλινικών, σύμφωνα με το παραπάνω προεδρικό διάταγμα, την έχει εκείνος στο όνομα του οποίου εκδίδεται η άδεια ίδρυσης ή λειτουργίας, ή σε περίπτωση εταιρειών, νόμιμος εκπρόσωπος τους. Ο Διοικητής Διευθυντής είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία της κλινικής. Την Επιστημονική Ευθύνη της ιδιωτικής κλινικής έχει ο Επιστημονικός Διευθυντής, ο οποίος και ορίζεται από το Διοικητικό Διευθυντή. Την επιστημονική ευθύνη κάθε Τμήματος ή Εργαστηρίου έχει ειδικευμένος γιατρός ορισμένος από τον Διοικητικό Διευθυντή (www.hesmo.gr).

Επιπλέον, σύμφωνα με το Π.Δ.517/2001, στον ιδιωτικό τομέα ορίζεται ως νοσηλευτική μονάδα μια αυτοτελής ενότητα νοσηλείας ασθενών με ιδιαίτερο νοσηλευτικό προσωπικό και μια προϊσταμένη νοσηλεύτρια, με μέγιστο αριθμό κλινών τις 40. Παρά το γεγονός ότι η νοσηλευτική

υπηρεσία δεν παρουσιάζει την έκταση και το εύρος της αντίστοιχης του δημόσιου έχει όμοια διάρθρωση, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την ελληνική εμπειρία και πρακτική (Κατσαβοχρήστος,2005).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την Σύσταση 157/77 στην χώρα μας, η μισθοδοσία των νοσηλευτών του ιδιωτικού τομέα και γενικά τα θέματα εργασιακών σχέσεων υπόκεινται στον έλεγχο Επιθεώρησης Εργασίας και εξαρτώνται από την διοίκηση του νοσοκομείου. Στην ίδια Σύσταση, αναφέρεται ότι αν η διάρκεια εργασίας υπερβαίνει τις 40 ώρες εβδομαδιαίως θα πρέπει να μειωθεί προοδευτικά χωρίς μείωση των αποδοχών και ότι η κανονική διάρκεια της ημέρας εργασίας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 8 ώρες και θα πρέπει να είναι συνεχής, εκτός και αν προβλέπονται περιπτώσεις από την νομοθεσία, τις συλλογικές συμβάσεις τους κανονισμούς των επιχειρήσεων ή τις διοικητικές αποφάσεις (Πάνου,2005). Συνιστάται γνωστοποίηση των ωραρίων εργασίας εγκαίρως και εβδομαδιαία ανάπαυση όχι μικρότερη των 48 ωρών και σε καμία περίπτωση ανάπαυση κάτω των 36 ωρών. Η προσφυγή σε υπερωρίες, ακατάλληλες ώρες, αναγκαστικές ή σε εφημερίες θα πρέπει να μειώνονται στο ελάχιστο (Πάνου,2005).

Όλες οι ιδιωτικές κλινικές, σύμφωνα με το Π.Δ. 247/91, υπάγονται στον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και στην Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών (www.ypes.gr). Ο έλεγχος των ιδιωτικών κλινικών από την Επιτροπή πραγματοποιείται τουλάχιστον μια φορά ετησίως. Η κατανομή της εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού γίνεται από τον Επιστημονικό Διευθυντή της κλινικής, ενώ οι υποχρεώσεις των νοσηλευτών καθορίζονται από τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της κλινικής (www.ypes.gr).

Στον ιδιωτικό τομέα το πρόβλημα της γραφειοκρατίας δεν υφίσταται, εφόσον οι προσλήψεις προσωπικού, δεν γίνονται βάση κάποιου νόμου αλλά απευθείας από την Διεύθυνση Προσωπικού του νοσοκομείου, βάσει των αναγκών και του Οργανισμού του και εφόσον έχουν εγκριθεί από το Διοικητικό Συμβούλιο του όπως συμβαίνει άλλωστε με τις περισσότερες ιδιωτικές επιχειρήσεις (www.in.gr). Ωστόσο οι προσλήψεις είναι μάλλον περιορισμένες στα πλαίσια μια πολιτικής μείωσης του λειτουργικού κόστους και για το λόγο αυτό παρουσιάζονται ελλείψεις και στον ιδιωτικό τομέα (www.esne.gr). Επιπλέον, η «ποιότητα» του νοσηλευτικού προσωπικού επαφίεται αποκλειστικά στο Διοικητικό Συμβούλιο και όχι βάση αξιοκρατικών χαρακτηριστικών.

Βασικός σκοπός του ιδιωτικού νοσοκομείου είναι η ανάπτυξη του, η οποία επιτυγχάνεται δια της προσέλκυσης ασθενών και της ύπαρξης θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και εξόδων του. Η ανάπτυξη του ιδιωτικού νοσοκομείου, το οποίο αποτελούσε ατομική επιχείρηση ενός ειδικού ιατρού ή ομάδας ιατρών, βασίσθηκε ιστορικά σε έσοδα που προέρχονταν από την κοινωνική ασφάλιση. Και αυτό γιατί μέχρι τη δεκαετία του '80, ούτε το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα ήταν αρκετό, ούτε η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είχε στην χώρα μας εισέλθει. Έτσι, η κοινωνική ασφάλιση αποτελούσε σχεδόν την αποκλειστική πηγή εσόδου για το νοσοκομειακό τομέα, είτε αυτός ήταν ιδιωτικός ή δημόσιος.

Η κοινωνική ασφάλιση και κυρίως τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία ΙΚΑ και ΟΓΑ, συμβάλλονταν και με τους δύο τομείς και η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων είχε ως βάση το ημερήσιο νοσήλιο (www.go-online.gr). Το νοσοκομειακό μανατζμεντ στόχευσε κατ' αρχή στην επιβίωση του νοσοκομείου με την προσέλκυση ασθενών που διέθεταν ατομικά εισοδήματα ή ήταν κυρίως δικαιούχοι προγραμμάτων

πρόσθετης ιδιωτικής ασφάλισης. Με δεδομένο τον μεγάλο αριθμό των ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες επιδίωκαν την εδραίωσή τους με αύξηση του μεριδίου της αγοράς, οι τελευταίες παρείχαν σχεδόν ελεύθερη νοσοκομειακή πρόσβαση και κατανάλωση στους δικαιούχους (www.tovima.gr).

Ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας που προσφέρει συνήθως υψηλό επίπεδο ξενοδοχειακών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, λειτουργεί σχεδόν μονοπωλιακά λόγω του μικρού του μεγέθους και της αδυναμίας των ιδιωτικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων να αντιδράσουν. Διαμορφώνει υψηλές τιμές που σε συνδυασμό με τη μέθοδο της αποζημίωσης διογκώνει και αυξάνει την κατανάλωση νοσοκομειακών υπηρεσιών με αποτέλεσμα να εκμεταλλεύεται την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία υφίσταται τις οικονομικές συνέπειες των επιλογών της (www.tovima.gr).

Η άνοδος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι πλέον σταθερή και εδραιωμένη. Παράλληλα, μια σειρά άλλων παραγόντων όπως η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, η αύξηση των υγειονομικών πόρων οδηγούν στην χώρα μας την αύξηση του ιδιωτικού τομέα υγείας σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις λοιπές χώρες (Μεθωνιού,2004).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι συνοπτικά οι παρακάτω:

- Ø ανάγκη για λήψη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας και για ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές.

- Ø δημιουργία μεγάλων επιχειρημάτων σχημάτων με καθετοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και άριστο επίπεδο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Ø Τεχνολογική πρόοδος: αύξηση θετικών ποσοστών κατά 100% στην διάγνωση και ως 80% στην θεραπεία, που καθίσταται δυνατή μόνο με σύγχρονο εξοπλισμό.
- Ø Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης
- Ø Επίπεδο νοσηλευτικών υπηρεσιών: ελλείψεις στην διάρθρωση, οργάνωση, λειτουργία των δημόσιων ιδρυμάτων (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, γραφειοκρατικά εμπόδια, συνθήκες διαμονής, ξενοδοχειακή υποδομή, ποιότητα γευμάτων, επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό) (Μεθωνιού,2004).

Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται 25% από το κράτος, 25% από τα ασφαλιστικά ταμεία, και 50% από ιδιώτες (www.kathimareni.gr). Ο βασικός μισθός του νεοπροσληθέντα νοσηλευτή στα ιδιωτικά νοσοκομεία κυμαίνεται από 700-900€

Σύμφωνα με έρευνα της Φυντανίδου (2000) προκύπτει ότι έχουν αυξηθεί οι απόψεις που θα ήθελαν το ΕΣΥ αλλά και το ασφαλιστικό σύστημα να λειτουργούν με περισσότερο «ιδιωτικοοικονομικά» κριτήρια. Το 76% των ερωτηθέντων θα ήθελε να έχει τη δυνατότητα επιλογής ασφαλιστικού φορέα (δημοσίου ή ιδιωτικού), ανάλογα με τις υπηρεσίες που προσφέρει. Αν υπήρχε αυτή η δυνατότητα, το ποσοστό που θα επέλεγε ιδιωτικό φορέα ασφάλισης είναι διπλάσιο από αυτό που θα επέλεγε κάποιον δημόσιο φορέα. Διάχυτη επίσης είναι η εντύπωση ότι ενώ δίνονται αρκετά χρήματα για το ΕΣΥ, δεν αξιοποιούνται σωστά.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 27% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι επιθυμεί την ιδιωτικοποίηση ή την εκχώρηση του management των νοσοκομείων σε ιδιώτες. Βέβαια, η πλειονότητα (36%) επιθυμεί την παραμονή του management στο κράτος, ενώ το υπόλοιπο 36% των ερωτηθέντων δεν τοποθετείται επί του θέματος. Επίσης, η συντριπτική πλειονότητα (71%) επικροτεί την ποινή απόλυσης για τα στελέχη του προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται οι διαφορές και οι ομοιότητες σχετικά με την οργανωτική δομή των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων.

Πίνακας 1: Διαφορές δημοσίου και ιδιωτικού φορέα.

	ΔΗΜΟΣΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ
ΔΙΑΦΟΡΕΣ	Ιατρική νοσηλευτική, διοικητική, τεχνική υπηρεσία	Ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική υπηρεσία
	Οι αμοιβές υπόκεινται στον δημοσιούπαλληλικό κώδικα	Οι αμοιβές υπόκεινται στον έλεγχο της επιθεώρησης εργασίας
	Προσλήψεις μέσω ΑΣΕΠ	Προσλήψεις μέσω διεύθυνσης προσωπικού
	Μεγαλύτερες αποδοχές	Χαμηλότερες αποδοχές
ΔΙΑΦΟΡΕΣ	Μέτρια ξενοδοχειακή υποδομή	Άριστη ξενοδοχειακή υποδομή
	Μόνιμο προσωπικό	Συμβασιούχοι
	Δωρεάν παροχή υπηρεσιών	Υψηλό κόστος φροντίδας
	Ελλιπείς εξοπλισμός	Σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός

	Ο μισθός προκαταβάλλεται στην αρχή κάθε δεκαπενθημέρου	Ο μισθός προκαταβάλλεται στο τέλος κάθε μήνα
	Γραφειοκρατικά εμπόδια	Καλύτερη εξυπηρέτηση
	Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού 35-45%	Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού 25-30%
ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ		
	Ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό	
	Ανεπάρκεια συντονισμού των δραστηριοτήτων του προσωπικού	
	Ωράριο εργασίας (3 βάρδιες)	
	Φόρτος εργασίας	
	Ασάφεια επαγγελματικού ρόλου	

Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο δημόσιος και ιδιωτικός φορέας είναι οι τεράστιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα που έγινε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (1994), δείχνει ότι αντί για 60.000 νοσηλευτές που έπρεπε να δουλεύουν για να καλύπτονται επαρκώς οι ανάλογες θέσεις, μόνο 31.778 είναι εν ενεργεία.

1.4.1. Λόγοι έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού

Οι λόγοι για τους οποίους δημιουργείται το πρόβλημα της έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι δεν είναι μόνο το γεγονός ότι όλο και λιγότεροι νέοι επιλέγουν σήμερα το νοσηλευτικό επάγγελμα, αλλά κυρίως ότι πολλοί νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμα.

Στην Ελλάδα το 73% των σπουδαστών της νοσηλευτικής εγκαταλείπουν το επάγγελμα κάποια στιγμή για να ακολουθήσουν άλλη καριέρα ή το χρησιμοποιούν σαν σκαλοπάτι για να εισέλθουν στην Ιατρική (Δουρέκα-Αγγλέζη,1999). Επίσης, στην ίδια έρευνα ένα 47% δηλώνουν ότι ευχαρίστως θα άλλαζαν επάγγελμα εάν έπαιρναν τον ίδιο ή καλύτερο μισθό (Δουρέκα-Αγγλέζη,1999).

Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί νοσηλευτές παραιτούνται λόγω έλλειψης επαγγελματικής ικανοποίησης και επαγγελματικής κόπωσης (Ασπρούκος και άλλοι,2002). Τέλος, άλλοι λόγοι που οδηγούν στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι χαμηλοί μισθοί, οι κακές συνθήκες εργασίας, το κυκλικό ωράριο και εργασία σε αργίες και Σαββατοκύριακα τα οποία δεν πληρώνονται ανάλογα.

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας που αναφέρονται στην Μεθωνιού (2004) σχετικά με τον αριθμό των κλινών σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία.

ΕΤΟΣ	Κλίνες σε δημόσια νοσοκομεία	Κλίνες σε ιδιωτικά νοσοκομεία
1996	37.016	15.286
1997	37.047	15.134
1998	37.457	14.745
1999	36.438	14.673

Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό κρεβατιών ανήκει στον δημόσιο τομέα.

1.5. Παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Κλινική νοσηλευτική φροντίδα είναι η φροντίδα που ασκείται από το νοσηλευτικό προσωπικό και οργανώνεται γύρω από τον άρρωστο. Στοχεύει στη βελτίωση της συνέχισης της φροντίδας με τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον ακολουθεί ως την αποκατάσταση και έξοδό του από το νοσοκομείο (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998).

1.5.1. Μέθοδοι παροχής νοσηλευτικής φροντίδας

Υπάρχουν έξι συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας διεθνώς. Παρακάτω περιγράφονται τα συστήματα αυτά αναφέροντας τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα.

1. Πλήρης /ολική φροντίδα ή κατά περίπτωση μέθοδος είναι η ανάθεση ενός ή μικρού αριθμού ασθενών σε πτυχιούχο νοσηλευτή ο οποίος παρέχει πλήρη φροντίδα, κατά το διάστημα ενός ωραρίου εργασίας του. Η ανάθεση μπορεί να γίνει και σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτή που αναλαμβάνει την φροντίδα με την επίβλεψη και την καθοδήγηση της κλινικής εκπαιδύτριας αλλά και της προϊσταμένης της νοσηλευτικής μονάδος. Η μέθοδος αυτή αποτελεί μια ικανοποιητική εμπειρία για τους νοσηλευτές γιατί παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα και ικανοποιούνται όλες κατά το δυνατόν οι ανάγκες των ασθενών. Όμως έχει περιορισμένη εφαρμογή λόγω υψηλού κόστους, γιατί η χρήση του απαιτεί περισσότερους πτυχιούχους νοσηλευτές με μείωση ή απάλειψη

των βοηθών και ελάχιστων πρακτικών (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998).

2. Η λειτουργική ή κατά εργασία μέθοδος κατά την οποία γίνεται από την προϊσταμένη ανάθεση φροντίδας σύμφωνα με εργασίες στα διάφορα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού (ένας νοσηλευτής αναλαμβάνει την χορήγηση φαρμάκων, άλλος την λήψη ζωτικών σημείων, οι βοηθοί νοσηλευτών την ατομική υγιεινή, οι βοηθοί θαλάμου την καθαριότητα). Αυτή θεωρείται η αποδοτικότερη διοικητικά μέθοδος γιατί επιτυγχάνεται ταχύτατη διεκπεραίωση εργασιών και αξιοποιείται το ανειδίκευτο προσωπικό.

Αναφορικά με το κριτήριο της ικανοποίησης των αναγκών των αρρώστων βαθμολογείται χαμηλά αφού η φροντίδα κατατεμαχίζεται και τα προβλήματα των αρρώστων που δεν περιλαμβάνονται στις προκαθορισμένες κατηγορίες εργασιών είναι αδύνατον να καλυφθούν. Ο διαχωρισμός και η επανάληψη ίδιων εργασιών καθημερινά γίνονται ένα απρόσωπο μηχανιστικό, ανιαρό έργο ρουτίνας. Η ανάπτυξη προσωπικής ευθύνης περιορίζεται και η ομαδική προσέγγιση αποκλείεται (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998). Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας.

3. Ομαδική νοσηλευτική είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο φροντίδας ομάδος ασθενών σε υπεύθυνο αρχηγό νοσηλευτή μαζί με μια ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού για ένα ωράριο εργασίας. Συνήθως ομάδα τριών ως πέντε ατόμων αναλαμβάνει φροντίδα δέκα ως είκοσι ασθενών. Ο αρχηγός κάθε ομάδας πρέπει να έχει εμπειρία στην κλινική νοσηλευτική για να καλύπτει ανεπαρκείς υπηρεσίες του πλημμελώς εκπαιδευμένου προσωπικού αλλά και

διοικητικά προσόντα για να συντονίζει αποτελεσματικά το έργο τους. Αν και οι περισσότεροι αρχηγοί ομάδων θεωρούν ότι παρέχουν οι ίδιοι νοσηλευτική φροντίδα, τις περισσότερες φορές δαπανούν τον χρόνο κυρίως στην επίβλεψη των μελών της ομάδας τους και σε γραφική εργασία (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998).

4. Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο μικρής ομάδας ασθενών σε έναν πτυχιούχο νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος της φροντίδας τους όλο το 24ωρο όλο το διάστημα της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Επίκεντρο της μεθόδου είναι το άτομο /ασθενής με το δικό του νοσηλευτή ο οποίος πρέπει να διατηρεί ικανοποιητική επικοινωνία με το θεράποντα γιατρό, την προϊσταμένη και τα μέλη άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου για τον καλύτερο συντονισμό του προγράμματος φροντίδας. Η διοικητική αποδοτικότητα του συστήματος μειώνεται με τη γνώση περιορισμένου αριθμού αρρώστων που αντιστοιχεί σε κάθε νοσηλευτή. Η επιτυχία ή αποτυχία του συστήματος οφείλεται στην προετοιμασία των νοσηλευτών για τον ρόλο αυτό. Αντικρουόμενες θέσεις προβάλλονται στη βιβλιογραφία ως προς το κόστος της έναντι των άλλων μεθόδων (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998).
5. Η προσωπική διευθέτηση του αρρώστου είναι ένας νεώτερος τρόπος οργάνωσης όπου ο νοσηλευτής προγραμματίζει και διεκπεραιώνει το σχέδιο φροντίδας αρρώστων με τον ταχύτερο καλύτερο τρόπο από την είσοδο μέχρι την έξοδο και τη συνεχιζόμενη φροντίδα εάν χρειάζεται. Είναι μία διεργασία συνεργασίας που προάγει την ποιότητα φροντίδας με την αποτελεσματική μείωση του κόστους. Στο σύστημα αυτό οι

νοσηλευτές είναι μόνο πτυχιούχοι με ειδική κατάρτιση και εμπειρία (είναι συνήθως κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών) και είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση της φροντίδας ατόμων με πολύπλευρες ανάγκες και συνήθως υψηλού κόστους ασθένειες όπως π.χ ο καρκίνος. Οι νοσηλευτές συνήθως δεν παρέχουν άμεση φροντίδα αλλά συντονίζουν εκείνη που παρέχεται από άλλους. Επίκεντρο του συστήματος είναι η εξασφάλιση αποτελεσματικής χρήσης των πόρων και ικανοποίησης στόχων φροντίδας με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο (Πατηρακη-Κουρμπάνη,1998).

6. Η επικεντρωμένη στον άρρωστο φροντίδα είναι ένα ακόμα σύστημα που όπως φαίνεται από την επωνυμία του φέρνει τις υπηρεσίες φροντίδας κοντά στον άρρωστο αντί να μετακινεί εκείνον προς αυτές. Στην πραγματικότητα δεν αναφερόμαστε απόλυτα σε ένα σύστημα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας γιατί εμπλέκεται σ'αυτό και μη νοσηλευτικό προσωπικό. Ένα ζεύγος νοσηλευτή και ενός άλλου επαγγελματία υγείας προετοιμάζονται για να προσφέρουν, όσο το δυνατόν περισσότερες νοσηλευτικές και μη υπηρεσίες όπως βασική νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, αναπνευστικές ασκήσεις, φλεβοκεντήσεις, ηλεκτροκαρδιογράφημα σε κάθε άρρωστο που τους ανατίθεται. Οι δυσκολίες χρήσης του είναι το μεγάλο κόστος της έναρξης εφαρμογής του γιατί προϋποθέτει ύπαρξη απαραίτητης υποδομής (π.χ Μικροβιολογικό, ακτινολογικό εργαστήριο τοποθετούνται κοντά στο χώρο νοσηλείας ασθενών). Το σοβαρότερο πρόβλημα που προκύπτει από την εφαρμογή του είναι ο κίνδυνος να χαθεί η αυθεντία κάθε ξεχωριστού επαγγελματία και να γίνει μία ομοιογενοποίηση προσωπικού, ενώ δημιουργείται κίνδυνος

ανταλλαγής της ποιότητας φροντίδας με την αποτελεσματικότητα (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998).

Στην Ελλάδα, στο δημόσιο τομέα χρησιμοποιείται στις μονάδες εντατικής θεραπείας το σύστημα πλήρης/ ολικής φροντίδας, ενώ το συνηθέστερο σύστημα που ακόμη χρησιμοποιείται στις κλινικές είναι το λειτουργικό, όπου το παρεχόμενο έργο λόγω του κατακερματισμού της φροντίδας είναι χαμηλής ποιότητας και αμφιβόλου αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα τη χαμηλή κοινωνική αποτίμηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Πατηράκη-Κουρμπάνη,1998).Στον ιδιωτικό τομέα, στις μονάδες εντατικής νοσηλείας χρησιμοποιείται το ίδιο σύστημα με το δημόσιο (πλήρης/ ολική φροντίδα), ενώ στις κλινικές, συνήθως παρατηρείται το σύστημα της ομαδικής νοσηλευτικής.

1.6. Αυτονομία νοσηλευτών στο κλινικό έργο

Η λέξη αυτονομία προέρχεται από τις λέξεις «εαυτός» και «νόμος». Ο όρος αυτονομία αναφέρθηκε για πρώτη φορά για να περιγράψει την αυτοκυριαρχία και αυτοδιαχείριση των ανεξάρτητων Ελληνικών πόλεων (Κάναρος και Μπαρμπέρης,2006).

Η αυτονομία συμπεριλαμβάνει την έννοια της ελευθερίας, την ελευθερία από εμπόδια στην ικανοποίηση των επιθυμιών, στην γνώση των δυνατών επιλογών, στην λήψη αποφάσεων και στην εφαρμογή αυτών των αποφάσεων (Kilpi,2000). Επιπλέον, η έννοια της αυτονομίας εμπεριέχει έννοιες όπως προσωπική επιλογή, εξουσία, υπευθυνότητα ισχύς και ανεξαρτησία (Ballou,1998). Η αυτονομία διακρίνεται στην αυτονομία λήψης αποφάσεων και την αυτονομία εφαρμογής των αποφάσεων.

Η δυνατότητα και τα περιθώρια ελέγχου στο χώρο εργασίας αντανακλούν το βαθμό επιρροής των εργαζομένων στην οργάνωση και την εκτέλεση της εργασίας τους. Η συμμετοχή τους στην λήψη αποφάσεων του οργανισμού εξασφαλίζει αυτή την δυνατότητα και παράλληλα καθιστά σαφέστερους και αποτελεσματικότερους τους μηχανισμούς εφαρμογής της απόφασης, καθώς αυτή θα έχει ήδη γίνει αποδεκτή (Νικολάου,2005). Η ευχέρεια πρόσβασης και συμμετοχής των εργαζομένων στις επαγγελματικές φύσης αποφάσεις και στον καθορισμό του πλαισίου εργασίας αυξάνουν την αυτονομία στην άσκηση του έργου και μειώνουν τις περιπτώσεις δυσaráσκειας (Νικολάου,2005).

Ο σημερινός νοσηλευτής σύμφωνα με την εκπαίδευσή του είναι πιο καταρτισμένος με αποτέλεσμα πολλές φορές να αναλαμβάνει περισσότερες αρμοδιότητες και πρωτοβουλίες. Οι νοσηλευτές παρακινούνται να κάνουν τις εργασίες τους ακόμα καλύτερα όταν είναι υπεύθυνοι γι'αυτές. Αυτό πολλές φορές απαιτεί την παροχή περισσότερης ελευθερίας ώστε το άτομο να πραγματοποιήσει τους στόχους του με τέτοιο τρόπο ώστε να αισθάνεται πως το αποτέλεσμα της εργασίας είναι δικό του (Μουρέλη και Ρομπότη,2005).

Ενώ οι νοσηλευτές έχουν αυτονομία, φαίνεται ότι παρουσιάζουν έλλειψη στο ρόλο των κλινικών τους αποφάσεων (Κάναρος και Μπαρμπέρης,2006). Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι όταν έχουν προσωπική και οργανωτική αυτονομία (Vaughan, 1989). Πιο συγκεκριμένα, προσωπική αυτονομία είναι οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών σε έναν συγκεκριμένο κλινικό τομέα, ενώ η οργανωτική αυτονομία είναι η ελευθερία που δίνεται από τον οργανισμό (νοσοκομείο) στον νοσηλευτή, η αυτονομία να πράττει (Vaughan,1989).

Παράγοντες που προτρέπουν το νοσηλευτή να επιτύχει μία εργασία είναι η υποστήριξη, η ενθάρρυνση, το ανοιχτό μυαλό του προϊστάμενου καθώς και η πλήρης πληροφόρηση σχετικά με την εργασία αυτή. Ακόμη, η ύπαρξη ομαδικής εργασίας και καλής σχέσης μεταξύ των μελών της ομάδας σίγουρα θα βοηθήσουν (Μουρέλη και Ρομπότη,2005).

Όμως, οι χώροι των νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) ως κεντρικά συστήματα, προσφέρουν ελάχιστες ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό για αυτονομία και συμμετοχή στις αποφάσεις, αφού με την σημερινή οργανωτική τους δομή, η παραδοσιακή ομάδα επιρροής είναι κυρίως οι γιατροί (Νικολάου,2005).

Σύμφωνα με έρευνα του Κάναρου και Μπαρμπέρη (2006), έδειξε ότι οι φοιτητές με τις γνώσεις που τους παρέχουν τα θεωρητικά μαθήματα δεν νιώθουν έτοιμοι να εργαστούν ως αυτόνομοι νοσηλευτές (50%). Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό διότι οι μελλοντικοί νοσηλευτές πιστεύουν ότι δεν θα μπορούν να παίρνουν πρωτοβουλίες όσον αφορά την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών τους, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό φορέα.

Αυτή η έλλειψη γνώσεων, σε συνδυασμό με το γραφειοκρατικό χαρακτήρα των νοσοκομείων, που οι γιατροί έχουν τον επικρατών ρόλο, θα οδηγήσει τους μελλοντικούς νοσηλευτές, σε έναν παθητικό ρόλο φροντίδας. Αυτός όμως ο τύπος νοσηλευτή είναι επικίνδυνος για την νοσηλευτική επιστήμη (Paul & Heaslip,1995).

1.7. Νοσηλευτική διεργασία

Είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στη πράξη. Είναι μία σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του (Σαββοπούλου,2003).

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου (Σαββοπούλου,2003).

Στάδια νοσηλευτικής διεργασίας

1. Η αξιολόγηση των αναγκών και προβλημάτων του ατόμου.
2. Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας
4. Η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας
(Σαββοπούλου,2003)

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας είναι αποτελεσματική όσον αφορά τον νοσηλευτή, τον ασθενή, τον οργανισμό (νοσοκομείο) και την επιστήμη γενικότερα. Καθιερώθηκε ως το επιστημονικό μέσο, για την καλύτερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Ως αποτέλεσμα διδάσκεται τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Η μη εφαρμογή της από

το νοσηλευτικό προσωπικό «αποσυνδέει» την επιστήμη από την νοσηλευτική.

1.8. Η πληροφορική στην εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας

Η τεχνολογία αφού έβαλε την σφραγίδα της στην ιστορία του αιώνα μας, με την θεαματική εξέλιξη της, πέρασε σε πιο πρακτικά επίπεδα, φιλοδοξώντας να προσφέρει τις «υψηλές» της υπηρεσίες σε όλους τους επαγγελματικούς, επιστημονικούς και κοινωνικούς χώρους. Στην νοσηλευτική του σήμερα η χρήση των μηχανών είναι μια καθημερινή πραγματικότητα. Οι μηχανές, ιδιαίτερα στο χώρο της μονάδας, αποτελούν πια τον περιβαλλοντικό διάκοσμο του σύγχρονου νοσηλευτή (Γιαννοπούλου,1995).

Η εφαρμογή νέων τεχνολογιών στους διάφορους τομείς της νοσηλευτικής έχει πλεονεκτήματα. Μερικά από αυτά είναι:

1. Σταθεροποίηση των μεθόδων νοσηλείας για πιο ακριβή διάγνωση και εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.
2. Δυνατότητα αποθήκευσης σημαντικών στοιχείων από κάθε θεραπευτική αγωγή σε ηλεκτρονικούς υπολογιστές για μελλοντική χρήση σε στατιστικές εφαρμογές και έρευνες.
3. Αυξημένη παραγωγικότητα, καθώς η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών βοηθά τον νοσηλευτή στην πιο γρήγορη εκπλήρωση των καθηκόντων του, ειδικά σε νοσηλείες ρουτίνας, και
4. Μείωση του χρόνου αλληλεπίδρασης νοσηλευτή- ασθενή

Αυτό το τελευταίο πλεονέκτημα της εφαρμογής της νέας τεχνολογίας αποτελεί και την αφετηρία του βασικότερου μειονεκτήματός της, δηλαδή της απώλειας ανθρωπιστικής αντιμετώπισης των ασθενών από τους νοσηλευτές (Γιαννοπούλου,1995).

1.9. Συνεργασία με γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό

Η συνεργασία στους χώρους εργασίας και οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις είναι από τους κυριότερους παράγοντες που συντελούν στην εργασιακή ικανοποίηση. Η καλή συνεργασία λειτουργεί ως πηγή συμπαράστασης, υποστήριξης και βοήθειας προς τους εργαζόμενους. Κατά τον Wade (1993) η ικανοποίηση απορρέει από την επαγγελματική στήριξη που επιτυγχάνεται με την υποστήριξη των διοικητικών οργάνων, το πνεύμα της συναδελφικότητας, τον καθοδηγητικό τρόπο επίβλεψης, την καθιέρωση εποικοδομητικών συζητήσεων και συνεργασίας. Η ύπαρξη συναδελφικότητας και καλών διαπροσωπικών σχέσεων, κρίνεται αναγκαία σε ένα οργανισμό γιατί συντελεί στην επίτευξη των οργανωτικών στόχων και στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού (Αγγελοπούλου,2006).

Η συνεργασία στον χώρο της εργασίας σχετίζεται άμεσα με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, τον χαρακτήρα του και είναι αποτέλεσμα μάθησης και επαγγελματικής αγωγής (Αθανασόπουλος και άλλοι,1998). Συνήθως, παρατηρείται ανυπαρξία καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών-γιατρών. Οι γιατροί πολλές φορές υποτιμούν το επάγγελμα και τις ικανότητες των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να μην αφήνουν περιθώριο στους νοσηλευτές για τη λήψη πρωτοβουλιών (Αγγελοπούλου,2006).

Επίσης, η καθημερινή επικοινωνία συντελεί στην αλληλοκατανόηση των ατόμων και στην εκπλήρωση των εργασιακών αναγκών (Μουρέλη και Ρομπότη,2005). Αντίθετα η αγένεια, η ακατάλληλη συμπεριφορά και τα δυσάρεστα σχόλια παίζουν αποδιοργανωτικό ρόλο στον χώρο εργασίας (Μουρέλη και Ρομπότη,2005). Μια ομάδα υγείας λειτουργεί αποτελεσματικά όταν υπάρχει επικοινωνία μεταξύ όλων των μελών υγείας. Σε ένα εχθρικό ή αυστηρά ιεραρχικό περιβάλλον, οι νοσηλευτές μπορεί να φαίνονται φοβισμένοι να αμφισβητήσουν γραπτές ή προφορικές οδηγίες, που αποτελούν λάθη ή δείγματα κακής επικοινωνίας (Λεοντίου,2007).

1.10. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση

Ο περισσότερο αναγνωρισμένος ορισμός της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι αυτός που διατυπώθηκε σε ομάδα εργασίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αναφέρει, ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι η εκπαίδευση την οποία ο λειτουργός υγείας αναλαμβάνει μετά το τέλος της βασικής επαγγελματικής κατάρτισης ή οποιασδήποτε πρόσθετης προηγμένης εκπαίδευσης γενικής ή ειδικότητας, για βελτίωση ικανότητας εφαρμογής και όχι για απόκτηση νέου διπλώματος ή άδειας άσκησης επαγγέλματος (Λανάρα,2004).

Η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση αρχίζει είτε αμέσως μετά την αποφοίτηση από την σχολή είτε μετά από αναγνωρισμένο προωθημένο πρόγραμμα που οδηγεί σε ειδικότητα ή μεταπτυχιακά διπλώματα. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση εκλαμβάνεται σαν ένα τμήμα, υποσύστημα της όλης εκπαίδευσης. Πρέπει να κατευθύνεται προς τις πρακτικές ανάγκες που έχουν σχέση με την ποιότητα φροντίδας υγείας και όχι σε ειδικές απαιτήσεις επαγγελματικών ομάδων και επιστημόνων. Να βασίζονται

στις άμεσες επαγγελματικές ανάγκες του εκπαιδευόμενου και όχι σε εκείνα που ενδιαφέρουν τον εκπαιδευτή (Παπαδημητρίου και άλλοι,2003).

Η διάθεση για συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση πηγάζει από την αίσθηση ευθύνης, τη συνειδητοποίηση των ελλείψεων και την ικανοποίηση της έμφυτης επιστημονικής αναζήτησης. Οι νέες γνώσεις, όχι μόνο θα καλλιεργήσουν το πνεύμα κάθε νοσηλευτή, αλλά και θα συνεπικουρήσουν στην καλύτερη κατανόηση του αντικειμένου με το οποίο ασχολείται. Πέρα όμως από τις εσωτερικές αυτές ανάγκες και κίνητρα, η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να επιβάλλεται από τους εργοδότες, εφόσον υπάρχουν συνεχώς καινούργια δεδομένα τα οποία απαιτούν πληρέστερη κατάρτιση των εργαζομένων στην υγεία (Παναουδάκη- Μπροκαλάκη,1998).

1.10.1. Τρόποι συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση επιτυγχάνεται με δύο τρόπους:

α) με την αυτοεκπαίδευση.

Η αυτοεκπαίδευση διαμορφώνεται με την ελεύθερη βούληση του κάθε ατόμου, κατευθύνεται από εσωτερικές δυνάμεις και τροποποιείται από την επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων και ευκαιριών. Πηγές ενημέρωσης αποτελούν επιστημονικά συγγράμματα και περιοδικά, το διαδίκτυο, τα διάφορα οπτικοακουστικά μέσα, καθώς και η ανταλλαγή απόψεων και γνώσεων με ειδικούς (Λανάρα,2004).

β) με την οργανωμένη ή κατευθυνόμενη εκπαίδευση.

Η οργανωμένη εκπαίδευση μπορεί να χωριστεί:

- στην ενδοϋπηρεσιακή, και

- στην εκπαίδευση που προσφέρεται εκτός υπηρεσίας

Στην ενδοϋπηρεσιακή εντάσσεται ο προσανατολισμός των νέων υπαλλήλων και τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που γίνονται, είτε με την μορφή διαλέξεων, είτε με την μορφή εργαστηριακών μαθημάτων, στο χώρο εργασίας, ενώ η εκτός υπηρεσίας συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση αφορά στην παρακολούθηση εκπαιδευτικών εκδηλώσεων όπως συνεδρίων, σεμιναρίων τα οποία έχουν σχέση με τον άρρωστο και την νοσηλευτική επιστήμη (Λανάρα,2004).

1.10.2. Κίνητρα για συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση

Η ύπαρξη ενός εκπαιδευτικού προγράμματος δεν είναι από μόνη της αρκετή. Απαιτείται η συμμετοχή νοσηλευτών για να το παρακολουθήσουν και να το αξιοποιήσουν (Παναουδάκη-Μπροκαλάκη,1998). Για να υπάρξει όμως συμμετοχή πρέπει να δοθούν ορισμένα κίνητρα όπως:

- Απόκτηση προσόντων τα οποία υπολογίζονται στην εξέλιξη του νοσηλευτή.
- Ύπαρξη κατάλληλων ευκαιριών.
- Ευχάριστο εκπαιδευτικό περιβάλλον χωρίς να θυμίζει μαθητικά θρανία.
- Εκπαιδευτικό πρόγραμμα που θα παρουσιάζει ενδιαφέρον με θέματα τα οποία να αναφέρονται σε καθημερινά προβλήματα.
- Οι μέθοδοι και οι τεχνικές διδασκαλίας να είναι σύγχρονες, ευχάριστες και αποδοτικές.

- Οι εκπαιδευτές να είναι υπεύθυνοι, αμερόληπτοι και εξειδικευμένοι στο αντικείμενο που διδάσκουν.
- Τα αποτελέσματα του εκπαιδευτικού προγράμματος να είναι άμεσα (Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη,1998).

1.11. Εφαρμογή καθηκοντολογίου

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα Υπ. Αριθμ. 351/8-6-1989, κατοχυρώνονται τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (www.career.gr). Ενώ η δημιουργία τους θεωρήθηκε επιτακτική, τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών είναι ασαφή και ελλιπή. Πιο συγκεκριμένα, δεν εξαντλούν τις δυνατότητες του νοσηλευτή. Θεωρούνται σαν ένα γενικό περίγραμμα και σαν μερική ανάλυση του όρου νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, μέσα στις υπηρεσίες πολλά από τα καθήκοντα αυτά εκτελούνται από άλλους υπαλλήλους και άλλα στην ελεύθερη άσκηση δεν υπάρχουν (Μπακάλης,2006). Επιπλέον, τα καθήκοντα γίνονται με απόφαση του νοσηλευτή και ευθύνη εκτέλεσης. Δηλαδή, αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι δεν μπορεί να διεκπεραιώσει κάτι, τότε θα πρέπει να αρνηθεί την ενέργεια-πράξη-φροντίδα (Μπακάλης,2006).

Φαίνεται επιτακτική ανάγκη, η συγκρότηση ενός καθηκοντολογίου σύγχρονου, σαφή και πλήρες, που θα καλύπτει όλη το φάσμα του νοσηλευτικού χώρου, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό φορέα έτσι ώστε οι νοσηλευτές να νιώθουν ασφάλεια και να ξέρουν τα όρια

άσκησης του επαγγέλματος τους. Το καθηκοντολόγιο θα πρέπει να αποτελεί τον «οδοδείκτη» των νοσηλευτών (Μπακάλης,2006).

1.12. Επαγγελματική εξουθένωση

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια και απασχολήσει ιδιαίτερα τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους, αλλά και τους ειδικούς του μανατζμέντ, καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή (Maslach και Jackson,1984). Μέχρι σήμερα, από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν στους επαγγελματίες της υγείας σε ποσοστό 34% (Cozens και Payne,1999). Η Firth-Cozens (1997) αναφέρει ότι το 1/3 των νοσηλευτών σε ολόκληρο τον κόσμο παρουσιάζουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά ακόμα στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλό.

Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται το σύνδρομο της σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης ατόμων που έχουν επαγγελματική σχέση φροντίδας με άλλους ανθρώπους. Συνιστάται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Hamgan,2000).

Ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον για τους αρρώστους, την ικανοποίηση από την εργασία του και σχηματίζει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια κατάσταση υπερκόπωσης. Ο αποθαρρυσμένος εργαζόμενος, για να

προστατέψει τον εαυτό του από το χρόνιο στρες και από επιπλέον απογοητεύσεις, καταφεύγει στην αδιαφορία (Παναγοπούλου,2005).

1.12.1. Παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών

α)Φόρτος εργασίας

Ο φόρτος εργασίας συνδέεται με την ανεπαρκή στελέχωση των νοσοκομείων σε νοσηλευτικό προσωπικό, τη μη ορθολογική κατανομή του στα διάφορα τμήματα, τη αναποτελεσματική οργάνωση της εργασίας, αλλά και την έλλειψη υποδομών. Αποτέλεσμα είναι η επιφόρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού με την διεκπεραίωση υπερβολικού έργου (Νικολάου,2005). Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, συνδεόμενος με το στρες και την έλλειψη συναδελφικής στήριξης, οδηγεί όχι μόνο στη δυσαρέσκεια, αλλά απειλεί και την επαγγελματική ακεραιότητα των νοσηλευτών, περιορίζει τον επαγγελματικό τους ρόλο, ενώ σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση και γενικά επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και ψυχοκοινωνική τους υγεία (Αθανασόπουλος και άλλοι,1998).

Ο φόρτος εργασίας, σε συνδυασμό με ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, έχει ως αποτέλεσμα και τον υποβιβασμό της έννοιας της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, κάτι που έχει αρνητική ψυχολογική επίδραση στο νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω της μη ανταπόκρισης του στο καθήκον της βελτίωσης της υγείας των ασθενών (Νικολάου,2005). Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας έχει αρνητική επίδραση στις σχέσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους. Δεν υπάρχει χρόνος για κοινωνική επαφή, αλληλεπίδραση και θετική ανατροφοδότηση, συζήτηση επαγγελματικών θεμάτων, προσδιορισμό των στόχων της

μονάδας, επαναβεβαίωση της σημαντικότητας της εργασίας (Αγγελοπούλου,2006).

β) Ρουτίνα εργασίας

Η αυξημένη ρουτίνα, δηλαδή ο τρόπος επανάληψης ενός έργου ή ο βαθμός στον οποίο επαναλαμβάνεται η ίδια εργασία, οδηγεί στην μείωση της ικανοποίησης, στο στρές και την αποχώρηση από την εργασία (Νικολάου,2005). Όσα περισσότερα ενδιαφέροντα και επαγγελματικές ευκαιρίες παρέχονται στους εργαζόμενους τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι και ενδυναμωμένοι αισθάνονται για την εργασία τους (Αγγελοπούλου,2006).

γ) Κυκλικό ωράριο

Το κυκλικό ωράριο είναι άλλο ένα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές. Η εναλλαγή των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τα οποία διεξάγεται η εργασία έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στον άνθρωπο. Ο άνθρωπος έχει έμφυτο σύστημα καθορισμού των κύκλων ύπνου-εγρήγορσης. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζομένου και τον κάνει πιο επιρρεπή σε ατυχήματα (Νικολάου,2005).

Οι αλλαγές στη βάρδια έχουν επιπλέον επίδραση στη θερμοκρασία του σώματος, στο ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση αλλά και στα κίνητρα των εργαζομένων. Πέρα από τις επιπτώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες, οι αλλαγές βάρδιας έχουν και κοινωνικές συνέπειες, γιατί διαταράσσουν την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή του εργαζομένου (Κατσαβοχρήστος,2005).

δ) Εργασιακό άγχος

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το δεύτερο συνηθέστερο πρόβλημα υγείας που οφείλεται στην εργασία είναι μετά την οσφυαλγία, το εργασιακό άγχος καθώς πλήττει σχεδόν ένα στους τρεις εργαζομένους (Παπαδιώτη και Αθανασίου,2000). Το εργασιακό άγχος μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε κλάδο και μέγεθος επιχείρησης, μπορεί να επηρεάσει τον καθέναν σε οποιοδήποτε επίπεδο. Πολλές συνθήκες όπως η πίεση, ο ανταγωνισμός, η αποδοτικότητα, η βία, ο εκφοβισμός, μπορεί να οδηγήσουν σε εργασιακό άγχος (Παπαδιώτη και Αθανασίου,2000). Το στρες λόγω της εργασίας μεταφέρεται στο σπίτι και μπορεί να επηρεάζει πολύ αρνητικά τις συζυγικές σχέσεις. Τα υψηλά επίπεδα του εργασιακού στρες, οδηγούν σε ένταση και διαφωνίες στο ζευγάρι που μπορεί να είναι γενεσιουργός ενός διαζυγίου (www.iatrotek.gr).

ε) Οικονομικές απολαβές –Μισθός

Η μισθολογική αμοιβή αξιολογείται, ως σημαντικός παράγοντας στην ζωή του ατόμου, εφόσον καλύπτει βασικές και υψηλού επιπέδου ανάγκες. Οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται τις αμοιβές, ως αποτέλεσμα των κόπων τους. Η μισθολογική αμοιβή τους δίνει ώθηση να συνεχίσουν αυτό το οποίο κάνουν και πολλές φορές μάλιστα μια μεγάλη αμοιβή αποτελεί επαγγελματική πρόκληση. Πολλοί είναι αυτοί που επιτελούν μια εργασία λόγω της χρηματικής πρόκλησης. Παρόλα αυτά, η αμοιβή από μόνη της δεν μπορεί να εξασφαλίσει εργασιακή ικανοποίηση, ιδιαίτερα σε ανθρώπους με στόχους, προσδοκίες και αξίες. Ωστόσο, ο δίκαιος τρόπος κατανομής της αμοιβής συντελεί στην εργασιακή ικανοποίηση (Αγγελοπούλου,2006).

1.13. Ξενοδοχειακή υποδομή

Βασικός σκοπός ενός νοσοκομείου είναι η παροχή φροντίδων υγείας ισότιμα σε κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης (Πετρέλη,2006). Οι εργασίες που συντελούνται σε ένα νοσοκομείο είναι σύνθετες, πολύπλοκες και πολυεπίπεδες, και κανένα τμήμα δεν είναι δυνατόν να λειτουργήσει αποκομμένο από την οργανωτική δομή του νοσοκομείου (Πετρέλη,2006). Οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται σε κάθε υπηρεσία είναι αλληλεξαρτώμενες και συμπληρωματικές μεταξύ τους, συχνά δε πραγματοποιούνται σε διαφορετικές χρονικές και λειτουργικές φάσεις, οπότε ο συσχετισμός τους αποτελεί σύνθετο έργο και χρειάζεται υψηλού βαθμού συγχρονισμός των αποφάσεων και των ενεργειών όσων εμπλέκονται στα διάφορα στάδια υλοποίησης του (www.tovima.gr).

Ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός ενός νοσοκομείου μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα αξιοπιστίας του νοσοκομείου σε συνδυασμό πάντα με το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό που τον χειρίζεται (www.depanon.gr). Το νοσοκομείο απαρτίζεται από τους εξής τομείς: παθολογικός, χειρουργικός, παιδιατρικός, τομέας ψυχικής υγείας, εργαστηριακός τομέας, φαρμακευτικός και λοιπά τμήματα.

Σε κάθε τμήμα – κλινική θα πρέπει να υπάρχει ένας ή περισσότεροι ηλεκτρονικοί υπολογιστές (H/Y), στους οποίους καταχωρούνται τα στοιχεία των ασθενών, διαγνώσεις και η θεραπευτική αγωγή του καθενός. Κάθε κλινική επίσης διαθέτει το γραφείο προϊσταμένης, το γραφείο γιατρών, το χώρο νοσηλείας των νοσηλευτών. Σε κάθε κλινική υπάρχουν επίσης συνήθως 8-10 θάλαμοι, οι οποίοι διαθέτουν 1-6 κλίνες.

Σύμφωνα με την Φυντανίδου (2000), οι ασθενείς στην πλειονότητά τους αναφέρουν ότι υπάρχουν οι προβλεπόμενες συνθήκες άνετης παραμονής (καθαριότητα, άνετα κρεβάτια, κλιματισμός κτλ.). Παρ' όλα αυτά σε όλες τις περιπτώσεις ένα σημαντικό ποσοστό, το οποίο κυμαίνεται από 15%-40%, δηλώνει ότι οι παραπάνω προϋποθέσεις δεν τηρούνταν. Ως βασικότερα προβλήματα εμφανίζονται η όχι καθημερινή αλλαγή των σεντονιών και η μη ύπαρξη τουαλέτας μέσα στον θάλαμο νοσηλείας.

1.14. Το προφίλ και η δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος

«Προφίλ» θεωρείται το σύνολο των χαρακτηριστικών ή και ο τρόπος συμπεριφοράς ατόμων ή ομάδων ατόμων που προσελκύει την δημόσια προσοχή. Αντίθετα, σαν «εικόνα», ορίζεται η υποκειμενική νοητική παράσταση, η οποία δεν αντανακλά την πραγματικότητα σε όλες της τις διαστάσεις (Μπαμπινιώτης,1998). Έτσι, ενώ προφίλ είναι αυτό που περνά προς τα έξω, αυτό δηλαδή που βλέπει ο κόσμος, εικόνα είναι αυτό που τελικά κατασκευάζει μέσα στο μυαλό του. Η έννοια της εικόνας μπορεί να θεωρηθεί ταυτόσημη με την έννοια της «παράστασης», η οποία σημαίνει την εξωτερική και επιπόλαιη εικόνα της πραγματικότητας σε αντίθεση με την βαθύτερη ουσία της. Η εικόνα δεν αντανακλά πάντα την πραγματικότητα με αντικειμενικό τρόπο.

Έρευνες σχετικά με το επαγγελματικό προφίλ των νοσηλευτών υποδεικνύουν ότι υπάρχει διάσταση ανάμεσα στον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους και στον τρόπο με τον οποίο ο κόσμος που βρίσκεται έξω από το επάγγελμα τον κατανοεί. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι ενώ ο γυναικείος πληθυσμός του κλάδου

αυτοπροσδιορίζεται με κριτήριο τον επαγγελματισμό του, το κοινό αποκλείει αυτό το στοιχείο από την άποψή του για τις νοσηλεύτριες και τις θεωρεί «μητέρες» και « ηρωίδες» (Πατιστέα,1998). Στην συνείδηση του απλού κόσμου, οι νοσηλεύτριες δεν ταυτίζονται με ανθρώπους που μπορεί να έχουν διοικητικές, οργανωτικές, ερευνητικές ή εκπαιδευτικές αρμοδιότητες (Αθανασόπουλος και άλλοι,1998).

Επιπρόσθετα, οι νοσηλεύτριες σπάνια απεικονίζονται να διαθέτουν ικανότητες διοίκησης, επίλυσης προβλημάτων, αξιολόγησης και συμμετοχής σε επιστημονικές δραστηριότητες. Ακόμη, και όταν σκιαγραφούνται σε διοικητικές και ηγετικές θέσεις, τα στοιχεία τα οποία επισημαίνονται είναι οι αρνητικές διαστάσεις της προσωπικότητάς τους. Έτσι ενώ περιγράφονται σαν «ικανές», «δυναμικές», «έξυπνες » και «οργανωτικές», την ίδια στιγμή θεωρούνται «σκληρές», «ψυχρές», «άκαμπτες», «άσπλαχνες» και «άστοργες» στο υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό (Αθανασόπουλος και άλλοι,1998).

Το προφίλ και η δημόσια εικόνα είναι περίπλοκα ζητήματα που σχετίζονται άμεσα με άλλες έννοιες όπως αυτές της εξουσίας, των δημοσίων σχέσεων, της δύναμης, της επικοινωνίας, του marketing. Για παράδειγμα, η προβληματική δημόσια εικόνα των νοσηλευτών μπορεί να ευθύνεται για την έλλειψη επαγγελματικής δύναμης και αντίστροφα η έλλειψη πραγματικής επαγγελματικής δύναμης και εξουσίας μπορεί να συμβάλλει στο χαμηλό κοινωνικό τους γόητρο (Πατιστέα,1998).

Παρόμοια, δεχόμενοι ότι προφίλ και δύναμη είναι έννοιες άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους και ότι εξουσία είναι η άσκηση δύναμης, οι Zaleznik και Kets DeVris (1994) κάνουν δυο υποθέσεις: α) ότι η πτωχή δημόσια εικόνα υποσκάπτει την απόκτηση και άσκηση εξουσίας από την

νοσηλευτική, και β) ή ότι η έλλειψη δύναμης και εξουσίας είναι υπεύθυνη για την πλημμελή επικοινωνία με τα κοινά ζητήματα που αφορούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι ίδιοι οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι το τελευταίο οδηγεί στο σχηματισμό ανακριβούς εικόνας για τον κλάδο.

Ανάμεσα στους **εξωεπαγγελματικούς παράγοντες** που ευθύνονται για την έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης του έργου των νοσηλευτών επισημαίνονται:

α) Ο τρόπος κοινωνικοποίησης των γυναικών.

Όπως είναι γνωστό, ο πληθυσμός του κλάδου μας, είναι κατεξοχήν γυναικείος. Έχει υπολογιστεί ότι στην Αμερική το 96% του νοσηλευτικού πληθυσμού είναι γυναίκες. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησε η Holcomb (1998) με σκοπό την διερεύνηση του νοσηλευτικού προφίλ όπως το αντιλαμβάνονται οι μαθητές της βασικής εκπαίδευσης, προέκυψε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μαθητών (98%) πιστεύει ότι η νοσηλευτική είναι γυναικεία εργασία και ότι το κύριο επαγγελματικό καθήκον των νοσηλευτριών είναι η διενέργεια ενδομυϊκών ενέσεων.

Τα ΜΜΕ δίνουν έμφαση σε εκείνες τις διαστάσεις της νοσηλευτικής που είναι συμβατές με τη γυναικεία φύση παραγνωρίζοντας άλλες που ταιριάζουν περισσότερο στην ανδρική. Μέσα από τα ΜΜΕ, οι νοσηλεύτριες δεν απεικονίζονται ούτε να πραγματοποιούν μεγάλα επιτεύγματα ούτε να αναλαμβάνουν ηγετικές θέσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί η κοινωνία μας δεν προσμένει από τις γυναίκες την επίδειξη δυναμικής συμπεριφοράς ή την ενεργή συμμετοχή τους στις δημόσιες

υποθέσεις (Πατιστέα,1998). Η κοινωνία μας θέλει τις γυναίκες παθητικές και υπάκουες προσωπικότητες στις οποίες ταιριάζει περισσότερο ο ρόλος του οπαδού παρά του ηγέτη. Σαν επακόλουθο, οι νοσηλεύτριες οφείλουν να υιοθετούν αυτό το μοντέλο συμπεριφοράς και να είναι συντηρητικές και υποχωρητικές ενώ, ταυτόχρονα, δεν επιδεικνύουν ιδιαίτερη ικανότητα σε κανένα άλλο ρόλο εκτός από τους στερεότυπους ρόλους της μητέρας και της συζύγου.

β) Η έλλειψη δύναμης της νοσηλευτικής στο σύστημα υγείας.

Η έλλειψη αυτή συνδέεται άμεσα με τον τρόπο «ανατροφής» των γυναικών-νοσηλευτριών από την κοινωνία μας καθώς και από την στάση της κοινωνίας απέναντι στα δυο φύλα. Είναι γνωστό ότι η συγκεντρωτική γραφειοκρατική δομή του υγειονομικού μας συστήματος βασίζεται στον έλεγχο και την εξουσία, συστατικά στοιχεία, στα οποία βασίζονται μέθοδοι διοίκησης που απευθύνονται περισσότερο στο ανδρικό φύλο. Αυτή η δομή ελάχιστα περιθώρια δίνει στις γυναίκες-νοσηλεύτριες να καταλάβουν θέσεις στη κορυφή της ιεραρχίας όπου λαμβάνονται οι αποφάσεις και καθορίζεται η υγειονομική πολιτική. Άνθρωποι του διοικητικού και ιατρικού κλάδου αποθαρρύνουν τις γυναίκες-νοσηλεύτριες από την αναζήτηση και απόκτηση θέσεων ισχύος επειδή φοβούνται κυρίως ότι η δική τους προσωπική και συντεχνιακή εξουσία θα τεθεί σε κίνδυνο (Πατιστέα,1998).

Οι Kalisch και Scobey (1983) επισημαίνουν ότι οι γυναίκες-γιατροί θεωρούνται πιο έξυπνες και φιλόδοξες από ότι οι νοσηλεύτριες διότι διαθέτουν μεγαλύτερη κοινωνική δόξα και καταξίωση. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι, εκτός από τους εξωεπαγγελματικούς παράγοντες που

επηρεάζουν το προφίλ της νοσηλευτικής, πρέπει να υπεισέρχονται και παράγοντες που αφορούν το καθ' αυτό επάγγελμα.

Στους ενδοεπαγγελματικούς παράγοντες ανήκουν:

α) Η ιστορία του επαγγέλματος. Ο θρησκευτικός προσανατολισμός του επαγγέλματος στα αρχικά του βήματα προσέδωσε στις νοσηλεύτριες φιλανθρωπική αποστολή την οποία ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας ακόμη θεωρεί θεμέλιο λίθο της νοσηλευτικής. Είναι επομένως λογικό να φαντάζουν παράξενες στον απλό κόσμο επαγγελματικές κινήσεις οι οποίες αποσκοπούν στην απόκτηση δύναμης και την διεκδίκηση υψηλότερων αμοιβών (Πατιστέα,1998).

β) Η φύση του επαγγέλματος. Οι νοσηλεύτριες προσφέρουν φροντίδα σε πολλούς επαγγελματικούς χώρους οι οποίοι χαρακτηρίζονται από σημαντική ανομοιομορφία ως προς τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχουν. Οι πολλαπλές διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου και η έλλειψη ενός σαφούς ορισμού για το επάγγελμα μπερδεύει τους αποδέκτες των υπηρεσιών υγείας και τους εμποδίζει να σχηματίσουν μια ακριβή ιδέα για την νοσηλευτική.

γ) Η νοσηλευτική εκπαίδευση. Δυστυχώς, τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν ελάχιστα, αν όχι καθόλου, μαθήματα επικοινωνίας, διοίκησης, marketing και δημοσίων σχέσεων τα οποία θα επέτρεπαν στις νοσηλεύτριες να ασκήσουν αποτελεσματικό έλεγχο σε ζητήματα που τις αφορούν και να μεταδώσουν στο κοινό πληροφορίες που σχετίζονται με τον κλάδο τους.

δ) Η συμπεριφορά των νοσηλευτριών. Η συμπεριφορά αυτή η οποία συχνά ταιριάζει με τα στερεότυπα που η ίδια η κοινωνία έχει

δημιουργήσει για τις νοσηλεύτριες ενισχύει την αρνητική δημόσια εικόνα μας. Πολλές φορές οι νοσηλεύτριες μετέχουν ενεργά, συχνά ασυνείδητα, στην διαιώνιση του αρνητικού τους προφίλ προβάλλοντας έναν εαυτό ο οποίος δεν αντανακλά την πραγματική τους αξία και ικανότητα. Για παράδειγμα, όλες οι νοσηλεύτριες έχουν συνεργαστεί με συναδέλφισες, οι οποίες δεν διστάζουν να υποτιμήσουν ή ακόμη και να κατηγορήσουν άλλες νοσηλεύτριες σε γιατρούς ή σε ασθενείς προκειμένου να αποκομίσουν προσωπικούς επαίνους για τις ικανότητές τους.

ε) Η απουσία από δημόσιες συζητήσεις. Ακόμη χειρότερη από την μη συμμετοχή των νοσηλευτριών σε συζητήσεις που αφορούν την υγεία/ασθένεια και το υγειονομικό σύστημα είναι ίσως το γεγονός ότι ο νοσηλευτικός κλάδος δεν έχει συνειδητοποιήσει αυτήν την ελλιπή εκπροσώπηση. Οι νοσηλεύτριες ακούγονται σπάνια σε δημόσιες συζητήσεις για θέματα υγείας και περίθαλψης επειδή οι εκπρόσωποι των ΜΜΕ δεν γνωρίζουν πώς να εντοπίσουν τα κατάλληλα πρόσωπα που θα μιλήσουν εκ μέρους του νοσηλευτικού κλάδου.

Από έρευνα που έγινε στους σπουδαστές νοσηλευτικής των Α.Τ.Ε.Ι. προέκυψε ότι μόνο το 4% αυτών βρίσκεται στην σχολή μετά από πραγματικά δική του επιλογή ενώ το 22% είχε σκεφτεί να ακολουθήσει μια οποιαδήποτε σχολή του υγειονομικού κύκλου. Είναι αξιοσημείωτο ότι το 1/3 των σπουδαστών-νοσηλευτών είχε δηλώσει την νοσηλευτική σχολή σαν τελευταία του επιλογή (Πατιστέα,1998).

Η σε βάθος ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πέρα από κάθε αμφιβολία ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα περιβάλλεται από παραδοσιακές, στερεότυπες αντιλήψεις οι οποίες ούτε του αξίζουν ούτε ανταποκρίνονται στη σημερινή του ταυτότητα. Οι αιτίες της «φτωχής»

δημόσιας εικόνας μας πρέπει να αναζητηθούν τόσο μέσα όσο και έξω από το επάγγελμα (Αθανασόπουλος και άλλοι,1998). Οι αρνητικές συνέπειες αυτής της εικόνας τόσο για τον κλάδο όσο και για την ευρύτερη κοινωνία πρέπει να σημάνουν συναγερμό στους επαγγελματίες νοσηλευτές και ιδιαίτερα στην ηγεσία του κλάδου η οποία οφείλει να συνειδητοποιήσει το πρόβλημα και να δραστηριοποιηθεί στην άμεση αντιμετώπιση του (Πατιστέα,1998).

Μετά από ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας, δεν βρήκαμε να έχει γίνει παρόμοια έρευνα. Έρευνες έχουν γίνει που αναφέρονται στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, εστιάζοντας στις απόψεις του προσωπικού για την διοίκηση και τους προϊσταμένους και στην ικανοποίηση του προσωπικού από το επίπεδο των μισθών και των κοινωνικών παροχών της εργοδοσίας.

Η δική μας έρευνα εστιάζεται στην κλινική νοσηλευτική φροντίδα τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Σκοπός της ερευνάς μας είναι:

- η εκτίμηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
- η διαπίστωση των θετικών σημείων
- η διαπίστωση των αρνητικών σημείων
- να προταθούν αλλαγές, όπου και αν, χρειάζονται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μέθοδος

Σύμφωνα με τον Μαντζαράκη (2004) μέθοδος είναι ο συστηματικός και προγραμματισμένος τρόπος δράσης, προσέγγισης, εξέτασης, ανάλυσης και ερμηνείας προβλημάτων ή φαινομένων βάση συγκεκριμένων κανόνων προκειμένου να επιτευχθεί ένας εκ των προτέρων προκαθορισμένος στόχος. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο του 2007. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να αναγνωρίσει και να συγκρίνει τις απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Για να διαχειριστούμε μια συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε δύο διαφορετικούς τομείς (δημόσιο και ιδιωτικό). Επιλέξαμε τρία διαφορετικά νοσοκομεία της Πάτρας.

2.1 Σχεδιασμός

Για τον σχεδιασμό της έρευνας, έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τα θέματα που θα εξερευνούσαμε για την κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, στο προηγούμενο κεφάλαιο, έδειξε ότι έχει γίνει παρόμοια έρευνα στην Ελλάδα, αλλά αναφέρεται στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού, του διοικητικού, του παραϊατρικού και του βοηθητικού προσωπικού στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, και δεν εστιάζεται στην κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αυτής περιλάμβανε 30 ερωτήσεις. Φαίνεται ότι, υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης στην Ελλάδα σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Ως αποτέλεσμα, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί τέτοια έρευνα, που

όχι μόνο θα αναγνωρίζει τις απόψεις των νοσηλευτών αλλά και να συγκρίνει το κλινικό έργο των νοσηλευτών στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε. Σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) η περιγραφική έρευνα δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Επιπλέον, ο Παρασκευόπουλος (1984) αναφέρει ότι μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 30 ερωτήσεις και διατυπώσεις για τους νοσηλευτές (παράρτημα 1).

2.2 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρία νοσοκομεία της Πάτρας, ένα ιδιωτικό και δύο δημόσια. Αφού επιλέχτηκαν τα νοσηλευτικά ιδρύματα, στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες του κάθε τμήματος (παράρτημα 1,2). Το γράμμα επεξηγούσε το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο σύλλεξης πληροφοριών και ζητώντας άδεια να προσεγγίσουμε νοσηλευτικό προσωπικό διαφόρων τμημάτων όπως Παθολογικό, Χειρουργικό, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, με σκοπό να διαπιστώσουμε τις απόψεις του νοσηλευτικού για την κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν αφού σε κάθε ένα από τα παραπάνω τμήματα έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες και χαρακτηριστικά. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών περιλαμβάνονταν στα γράμματα. Αφού η έγκριση εξετάστηκε από

την/τον προϊσταμένη/ο του κάθε τμήματος, δόθηκε η έγκριση για πραγματοποίηση της έρευνας.

Το δείγμα συλλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Μετά από συνεννόηση με την/τον προϊσταμένη/ο, τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους νοσηλευτές. Διευκρινιζόταν ότι πρώτον, η συμμετοχή ήταν εθελοντική δεύτερον, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και τρίτον, να επιλέξουν μόνο μια απάντηση σε κάθε ερώτηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 5 έως 7 λεπτά. Ερωτήσεις κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων έγιναν από τους νοσηλευτές σε δύο ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, έγιναν ερωτήσεις σχετικά με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας και την αυτονομία στην κλινική άσκηση. Διευκρινήσεις δόθηκαν από τους ερευνητές.

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην περιγραφική μας έρευνα, ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με τους Burns και Grove (1987) είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει, να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδο για την ανάπτυξη της επιστήμης. Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (1994) το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπλέον, η Σαχίνη-Καρδάση (2004) παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου:

- Είναι λιγότερο δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο και ενέργεια για την διαχείριση τους.
- Παρέχουν την δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας .
- Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή
- Συλλογή περισσότερων πληροφοριών, και τέλος
- Μειώνει τα λάθη της συνέντευξης.

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων:

- Να αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- Να αποφεύγεται η χρήση όρων που φορτίζουν/καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- Θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας .
- Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις-κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.
- Το λεξιλόγιο και η συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτικό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση του περιεχομένου της ερώτησης.

Παρότι το ερωτηματολόγιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, οι Clifford και Cough (1990) αναφέρουν τα παρακάτω μειονεκτήματα:

- Δυσκολία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου
- Χαμηλός αριθμός ανταπόκρισης
- Έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντος στην έρευνα
- Ο ερωτώμενος δεν έχει την δυνατότητα να του δοθούν διευκρινίσεις

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας περιλάμβανε 6 μέρη. Οι διατυπώσεις είχαν θετική κατεύθυνση και οι νοσηλευτές απαντούσαν ανάλογα, χρησιμοποιώντας τις κλίμακες Likert που κατασκευάστηκαν.

Πιο συγκεκριμένα, στο 1^ο μέρος του ερωτηματολογίου κατασκευάστηκαν 5 ερωτήσεις σχετικά με την εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία και την σχέση του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από πολύ καλή μέχρι κακή) έτσι ώστε να προσδιορίζει στο συγκεκριμένο μέρος, τις απόψεις των νοσηλευτών.

Το 2^ο μέρος περιλάμβανε 8 διατυπώσεις σχετικά με την υλικοτεχνική υποδομή, την συνεχιζόμενη εκπαίδευση, την κλινική νοσηλευτική φροντίδα και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από άριστη μέχρι ανεπαρκείς). Το 3^ο μέρος αποτελείται από 10 διατυπώσεις σχετικά με την αυτονομία, την αμοιβή, το φόρτο εργασίας και τον διοικητικό ρόλο του

νοσηλευτικού προσωπικού. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από πάρα πολύ μέχρι καθόλου).

Το 5^ο μέρος περιλάμβανε συνολικά 6 διατυπώσεις που αφορούσαν σχετικά με την ύπαρξη καθηκοντολογίου, την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, την συμμετοχή σε νοσηλευτική έρευνα και την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή στο χώρο εργασίας του νοσηλευτή. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 2 σημείων (ναι-όχι).

Επιπροσθέτως, η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου, ήταν ανοικτού τύπου, δίνοντας την δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, να εκφράσουν ελεύθερα τις προτάσεις τους για το τι πρέπει να αλλάξει ή να διορθωθεί στον κλινικό τους χώρο. Τέλος, το 6^ο μέρος περιλάμβανε μερικές δημογραφικές ερωτήσεις (παράρτημα 3).

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεκτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) αξιοπιστία, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης, ενώ οι Polit και Hungler (1997) την ορίζουν ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς την μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού. Τρία είναι τα χαρακτηριστικά αξιοπιστίας του οργάνου μέτρησης όταν οι ερευνητές συλλέγουν δεδομένα: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στη μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Σήμερα, χρησιμοποιούνται τρεις τύποι εγκυρότητας: εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα

σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion-related validity) και δομική εγκυρότητα (construct validity) (Σαχίνη-Καρδάση,2004). Στην παρούσα έρευνα για την εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα χρησιμοποιήθηκε ειδική ομάδα καθηγητών που πιστοποίησε ότι το περιεχόμενο, η δομή και η διατύπωση των ερωτήσεων ήταν ικανοποιητική.

2.4 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη-Καρδάση (2004) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται από δύο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στην παρούσα έρευνα, δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιήθηκε λόγω της έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία (accidental or convenience sampling), επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας (Σαχίνη-Καρδάση,2004). Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί τη χρήση του πιο βολικού δείγματος από τον πληθυσμό. Το πρόβλημα στην δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να μην

είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται (Polit και Hungler,1997). Για να ελαττώσουμε το λάθος στην έρευνα μας, συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Όλο το δείγμα ήταν νοσηλευτές. Το νοσηλευτικό ίδρυμα επιλέχτηκε με δειγματοληψία ευκολίας.

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν ξεκινήσει η έρευνα. Γενικά, και όταν το επιτρέπουν οι οικονομικοί πόροι, τα μεγάλα δείγματα προτιμώνται από τα μικρότερα. Σύμφωνα με τον Sirkin (1985) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος “rule of thumb” που απαιτεί τουλάχιστον τούς συμμετέχοντες όσες και οι μεταβλητές που εξετάζονται. Έτσι, χρειαζόμασταν τουλάχιστον 30 νοσηλευτές από κάθε νοσοκομείο (δημόσιο και ιδιωτικό). Στην έρευνα, συμπεριλήφθησαν 30 νοσηλευτές από τον ιδιωτικό τομέα και 40 νοσηλευτές από τον δημόσιο τομέα. Το δείγμα ήταν συνολικά 70 νοσηλευτές. (n=70).

2.5 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 11.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό $p < 0,05$ για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Επίσης, για την περιγραφή και παρουσίαση των δεδομένων χρησιμοποιήσαμε περιγραφική στατιστική. Ο Δημητρόπουλος (1994) προτείνει ότι με την χρήση της περιγραφικής στατιστικής μπορούμε να πετύχουμε:

- την περιγραφή ποσοτικών δεδομένων μέσω πινάκων
- γραφικών απεικονίσεων
- την περιγραφή της κεντρικής τάσης και της διασποράς της κατανομής
- την μεταφορά δεδομένων στις διάφορες κλίμακες έκφρασης τιμών (συχνότητα (f), την διάμεση τιμή (median), εύρος (range), σταθερή απόκλιση (standard deviation)).

Σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) για την ανάλυση και μελέτη των ανοικτών ερωτήσεων υπάρχουν τρεις διαδικασίες ποιοτικής ανάλυσης:

1. Μετατροπή ποιοτικών σε ποσοτικά δεδομένα. Ο σκοπός αυτής της ανάλυσης είναι περιγραφικός. Σ'αυτήν την περίπτωση ο ερευνητής μπορεί να αναφέρει τη συχνότητα και την κατανομή των κατηγοριών που εκχωρήθηκαν τα δεδομένα ή να συσχετίσει την κατανομή των κατηγοριών που εκχωρήθηκαν τα δεδομένα ή να συσχετίσει την κατανομή τους με κάποιες άλλες μεταβλητές.
2. Η οργάνωση δεδομένων. Ο ερευνητής οργανώνει το υλικό, κωδικοποιεί με σκοπό την κατάταξη τους σε πίνακα έτσι ώστε να σχηματιστούν ποσοτικά δεδομένα.
3. Εκτέλεση ανάλυσης περιεχομένου (content analysis) είναι ο τρόπος ταξινόμησης λεκτικών ή συμπεριφορικών δεδομένων και απαιτεί αναλυτική σκέψη και δημιουργικότητα από τον ερευνητή. Οι δύο σύγχρονοι τύποι ανάλυσης περιεχομένου που χρησιμοποιούνται στην τρέχουσα νοσηλευτική έρευνα

είναι: η σημασιολογική (semantic content analysis) και η συμπερασματική (inferrent content analysis).

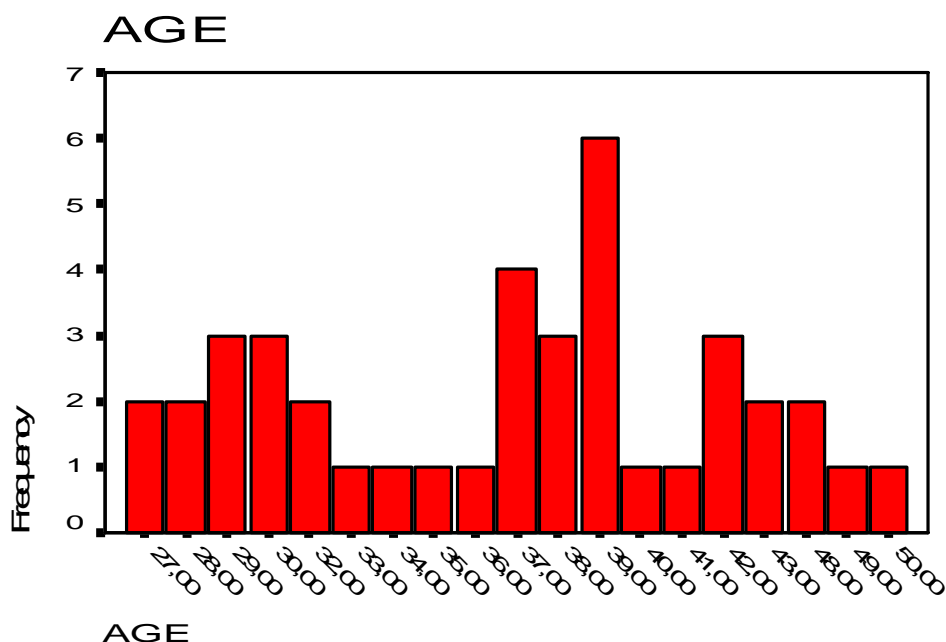
Η διαδικασία ποιοτικής ανάλυσης που επιλέχθηκε σ' αυτήν την έρευνα είναι η ανάλυση περιεχομένου. Μετά την συλλογή των ερωτηματολογίων, οι απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές στην ανοικτού τύπου ερώτηση, διαβάστηκαν πολλές φορές προσεκτικά. Στην συνέχεια, υπογραμμίστηκαν με κόκκινο στυλό οι λέξεις κλειδιά έτσι ώστε να κωδικοποιηθούν οι απαντήσεις του δείγματος και να σχηματιστούν οι κατηγορίες. Έπειτα κατασκευάστηκαν επτά κατηγορίες για τον δημόσιο τομέα και επτά κατηγορίες για τον ιδιωτικό τομέα. Τοποθετήθηκαν οι λέξεις κλειδιά στις αντίστοιχες κατηγορίες. Για να μειωθεί το ποσοστό λάθους (bias), τα δεδομένα ελέχθηκαν και από τον τρίτο ερευνητή (ο επιβλέπων καθηγητής), για να εκτιμήσει ότι η διαδικασία ήταν αξιόπιστη και έγκυρη (Burns,2000). Η συγγραφή των αποτελεσμάτων έγινε με αφηγηματικό τρόπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

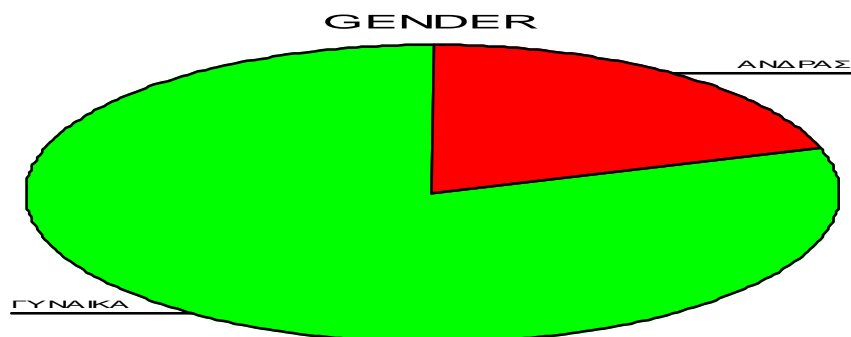
3.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (δημόσιος τομέας)

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία.



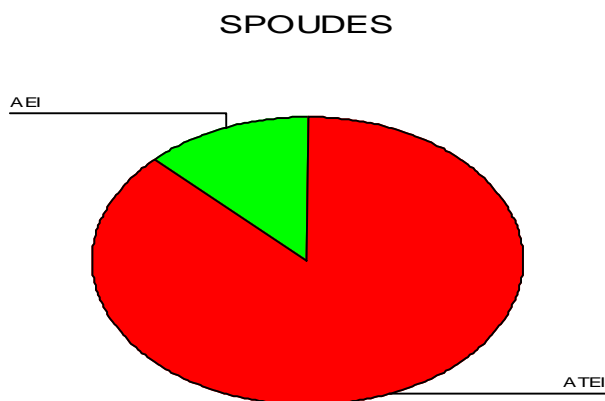
Η ηλικία ενός μεγάλου αριθμού νοσηλευτών κυμαινόταν από **37-42 ετών** (42,5%) ενώ 10% κυμαινόταν από 27-32.

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



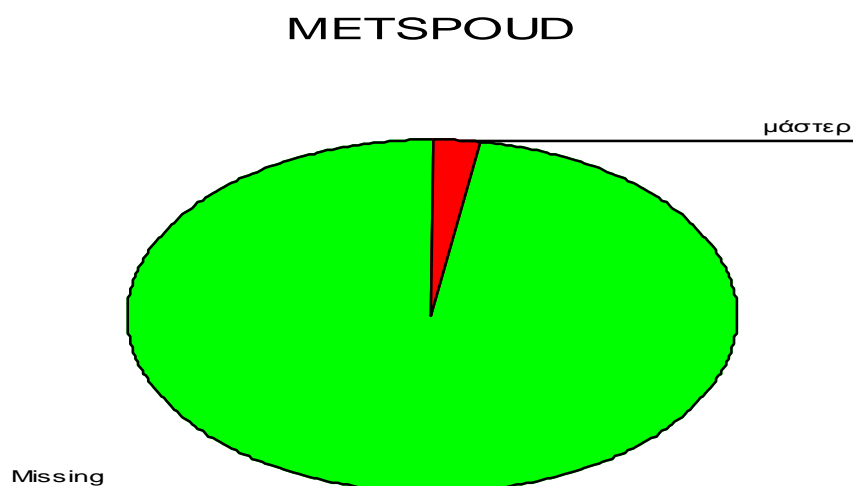
Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών του δημόσιου τομέα ήταν γυναίκες

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με τις σπουδές.



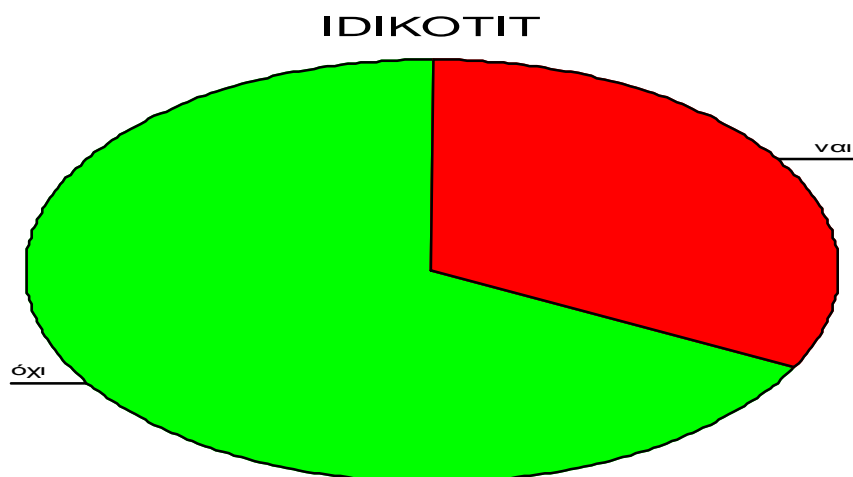
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν πτυχιούχοι **νοσηλευτές ΑΤΕΙ**

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το μεταπτυχιακό.



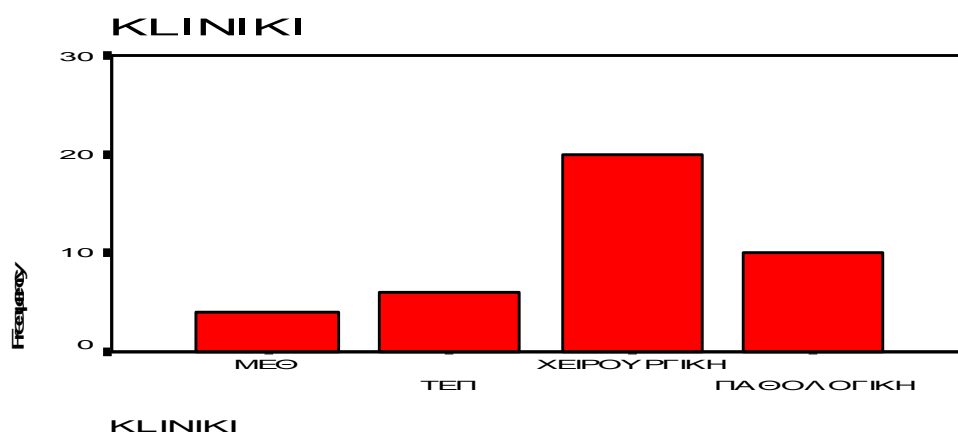
Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών στο δημόσιο τομέα **δεν είχε μάστερ** ενώ το 2,5% είχε μεταπτυχιακό (μάστερ).

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την ειδικότητα.



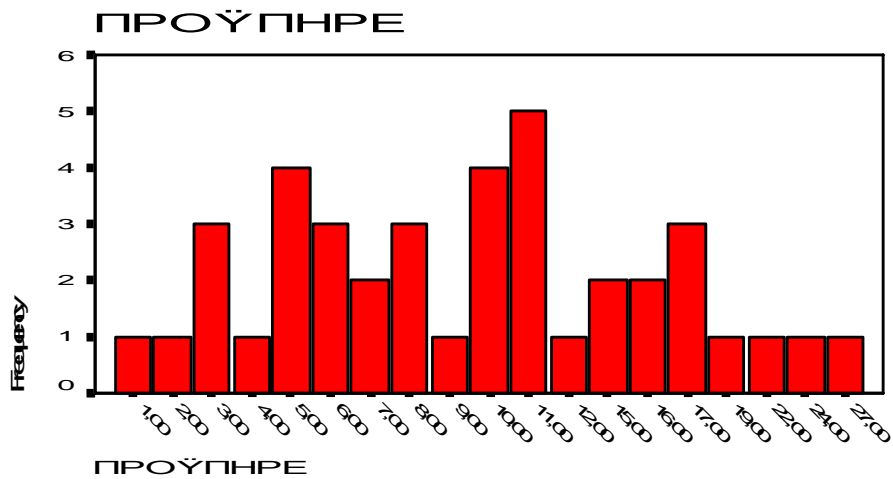
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (67,5%) δεν είχαν ειδικότητα νοσηλευτικής, ενώ το 32,5% είχε.

Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την κλινική που εργάζονται.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται σε χειρουργική κλινική (50%), ενώ το (25%) στην παθολογική.

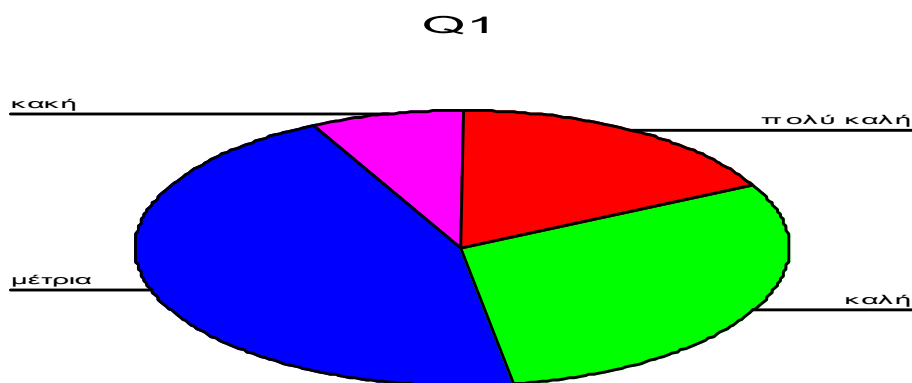
Γράφημα 7: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την προϋπηρεσία.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (30%) είχε 9-11 χρόνια προϋπηρεσία, ενώ το (25%) είχε 5-8 χρόνια.

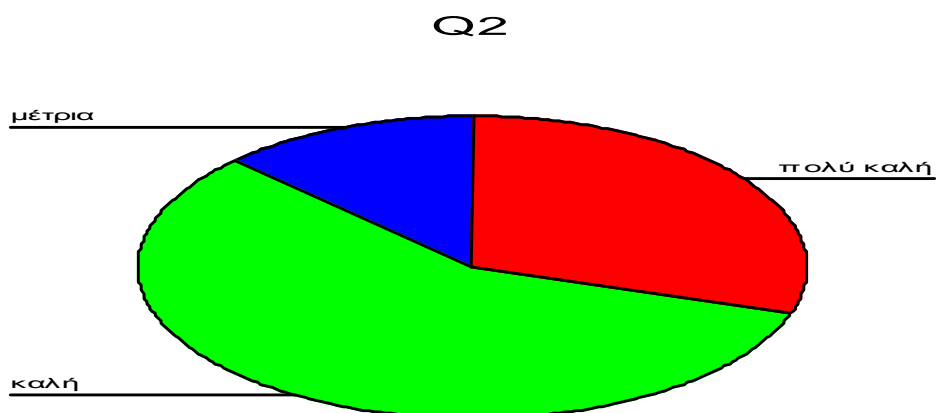
3.2. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου δημόσιου τομέα.

Γράφημα 8: Η εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία.



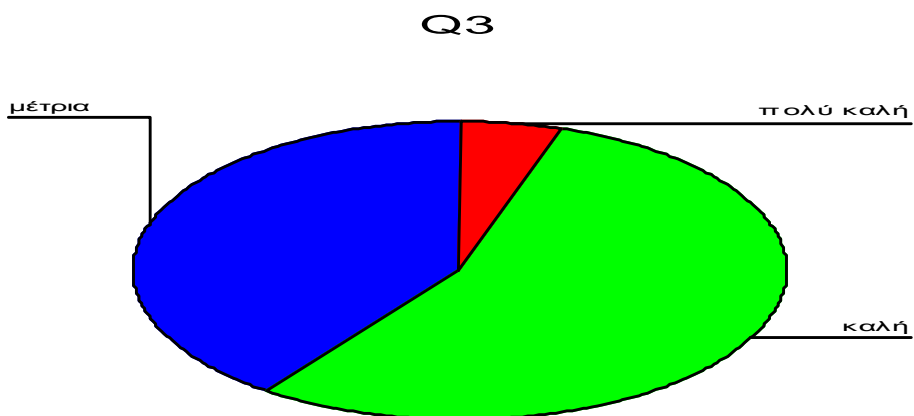
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (45%) θεωρούν ότι η εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία είναι **μέτρια**, ενώ το 30% την θεωρούν **καλή**.

Γράφημα 9: Η σχέση με τους νοσηλευτές.



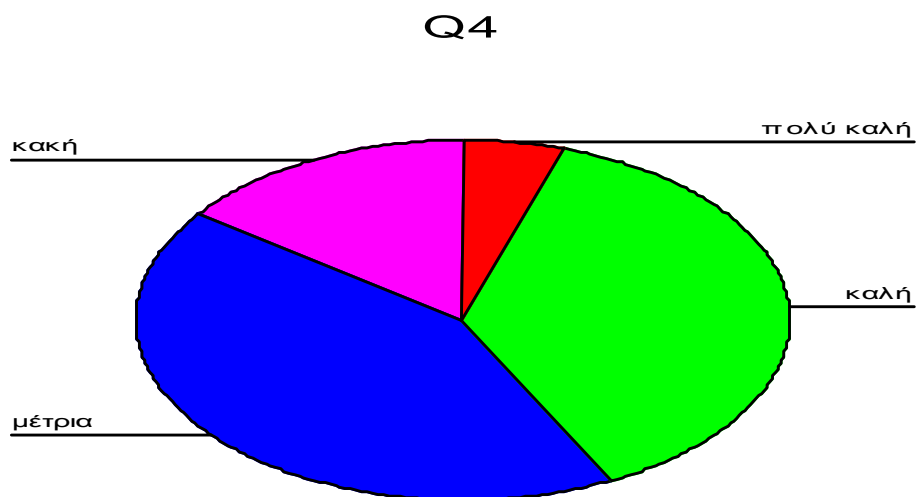
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (57,5%) εκτιμούν την σχέση τους με τους νοσηλευτές **καλή**, ενώ το 30% την εκτιμούν **πολύ καλή**.

Γράφημα 10: Η σχέση με τους γιατρούς.



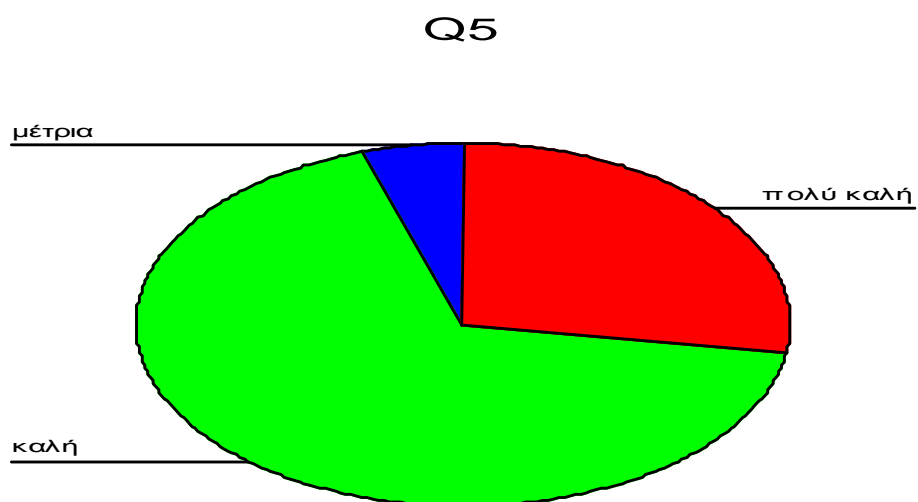
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (55%) θεωρούν την σχέση τους με τους γιατρούς **καλή**, ενώ το 40% την θεωρούν **μέτρια**.

Γράφημα 11: Η σχέση με την διοίκηση.



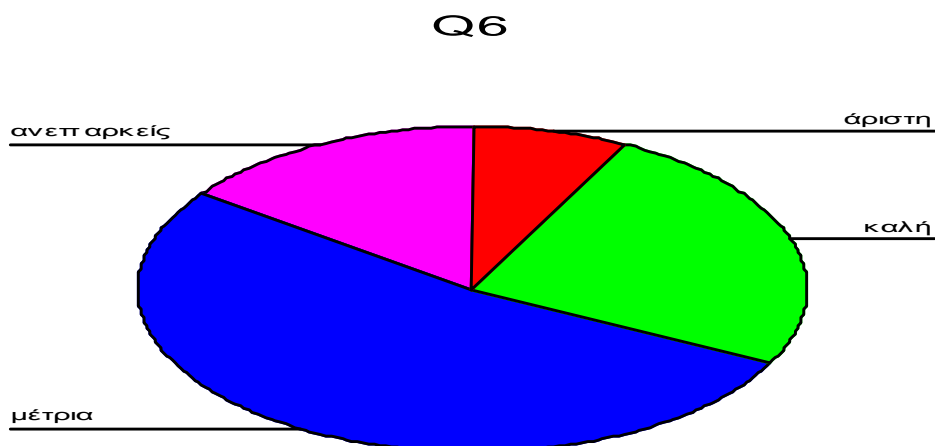
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (42,5%) εκτιμούν την σχέση τους με την διοίκηση **μέτρια**, ενώ το 37,5% την εκτιμούν **καλή**.

Γράφημα 12: Η σχέση με το λοιπό προσωπικό.



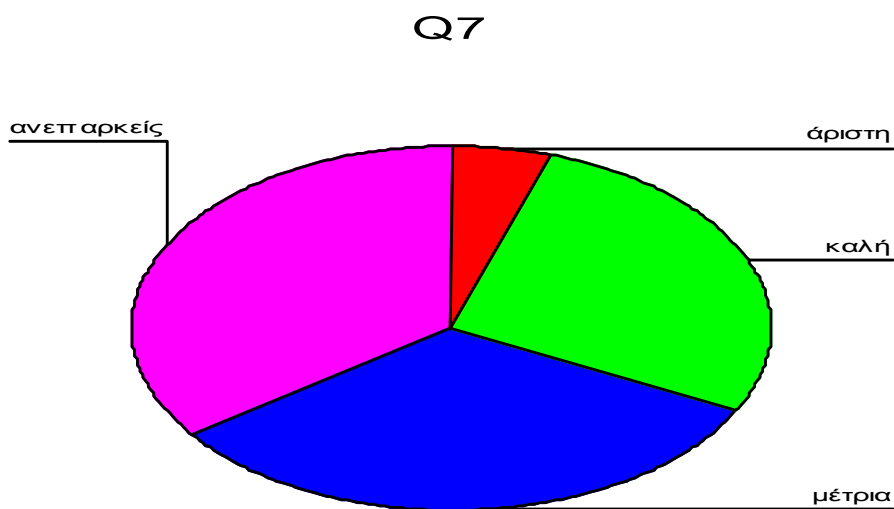
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (67,5%) θεωρούν την σχέση τους με το λοιπό προσωπικό **καλή**, ενώ το 27,5% την θεωρούν **πολύ καλή**.

Γράφημα 13: Σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός της κλινικής.



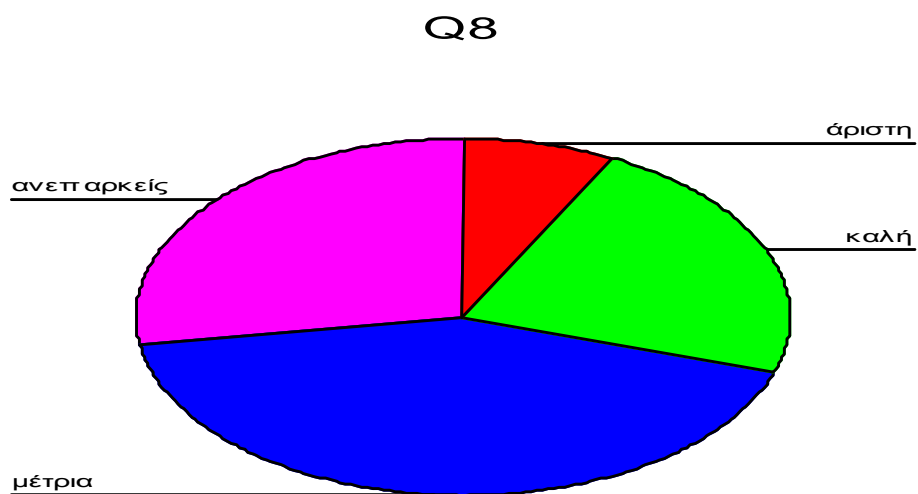
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (52,5%) εκτιμούν τον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό της κλινικής τους **μέτριο**, ενώ το 25% τον εκτιμούν **καλό**.

Γράφημα 14: Οι αποθηκευτικοί χώροι.



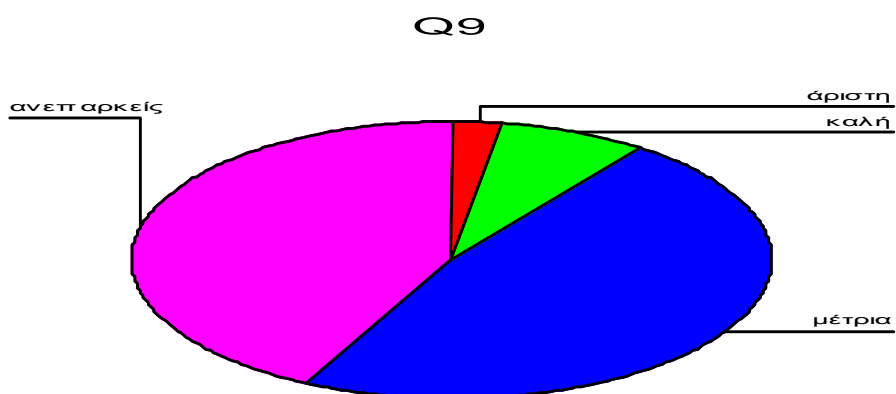
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (35%) θεωρούν τους αποθηκευτικούς χώρους **ανεπαρκείς**, ενώ το 32,5% τους θεωρούν **μέτριους**.

Γράφημα 15: Οι χώροι νοσηλείας.



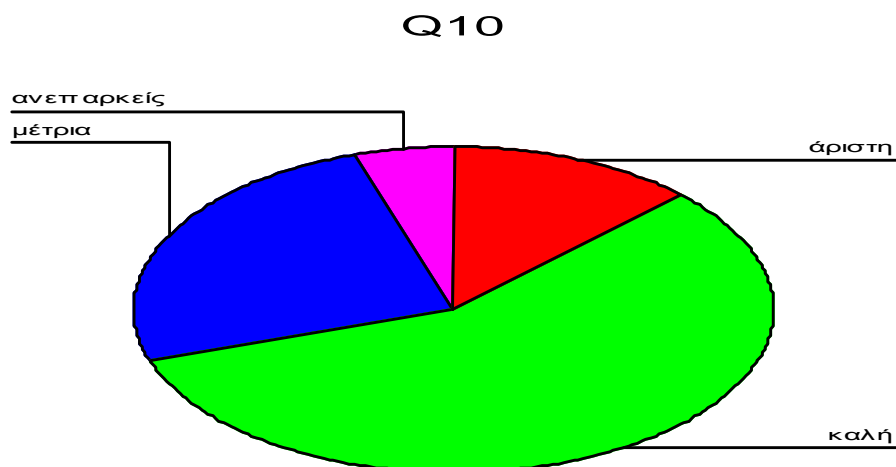
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (42,5%) εκτιμούν τους χώρους νοσηλείας **μέτριους**, ενώ το 27,5% τους εκτιμούν **ανεπαρκείς**.

Γράφημα 16: Οι χώροι ανάπαυσης του προσωπικού.



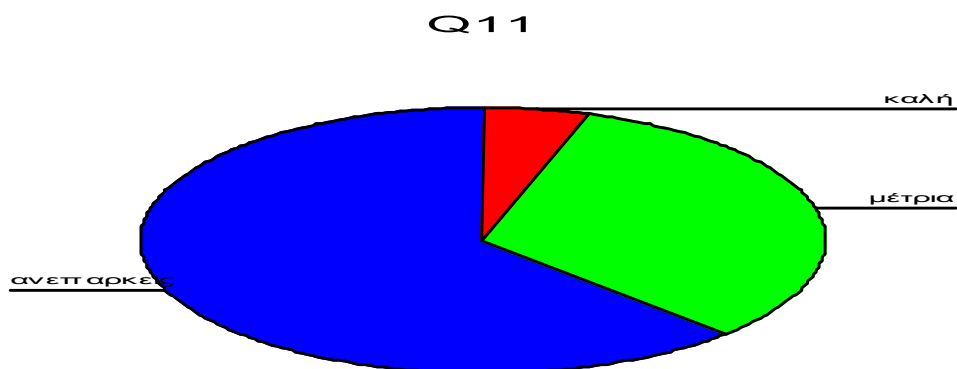
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (47,5%) θεωρούν τους χώρους ανάπαυσης του προσωπικού **μέτριους**, ενώ το 42,5% τους θεωρούν **ανεπαρκείς**.

Γράφημα 17: Γνώσεις νοσηλευτικής από ΑΤΕΙ/ΑΕΙ.



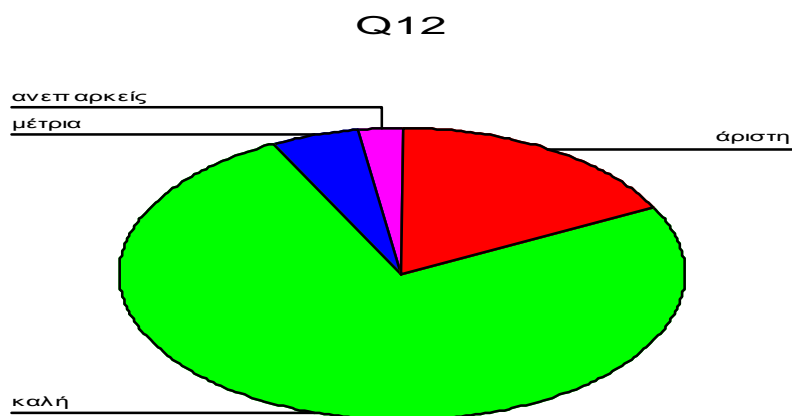
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (57,5%) εκτιμούν τις γνώσεις νοσηλευτικής που αποκόμισαν από τα ΑΤΕΙ/ΑΕΙ **καλές**, ενώ το 25% τις εκτιμούν **μέτριες**.

Γράφημα 18: Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο νοσοκομείο τους.



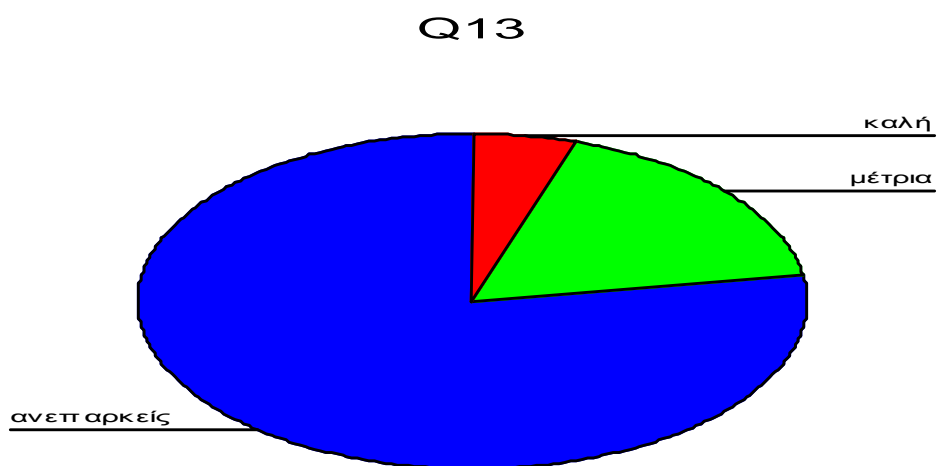
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (62,5%) θεωρούν την συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο νοσοκομείο τους **ανεπαρκείς**, ενώ το 32,5% την θεωρούν **μέτρια**.

Γράφημα 19: Η κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν.



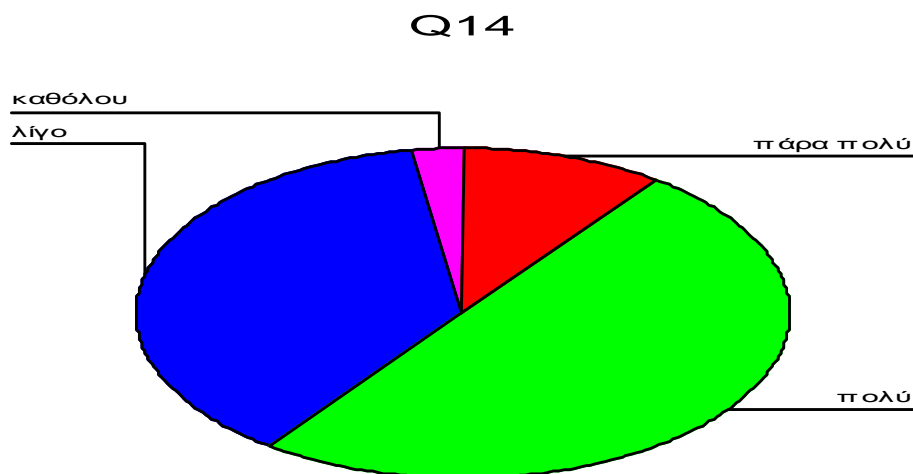
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (75%) εκτιμούν την κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχετε **καλή**, ενώ το 17,5% την εκτιμούν **άριστη**.

Γράφημα 20: Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού.



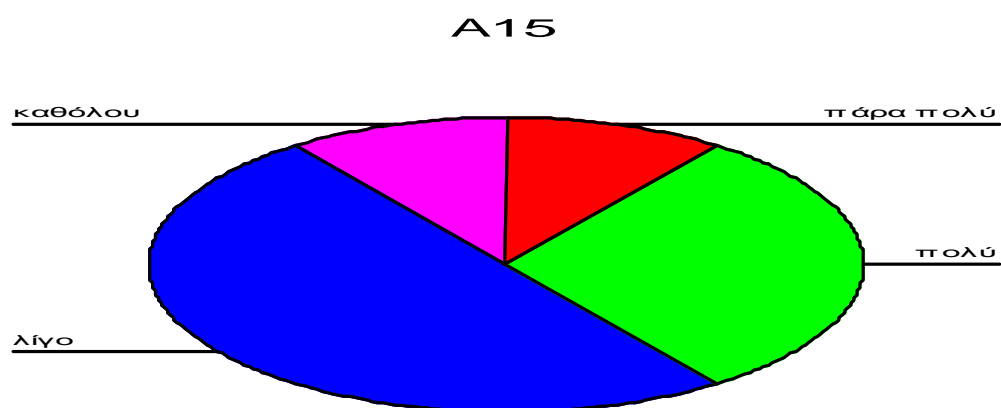
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (77,5%) θεωρούν τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική τους **ανεπαρκή**, ενώ το 17,5% τον θεωρούν **μέτριο**.

Γράφημα 21: Ο επηρεασμός στην νοσηλευτική φροντίδα από τους γιατρούς.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (50%) εκτιμούν ότι οι γιατροί επηρεάζουν την νοσηλευτική τους φροντίδα **πολύ**, ενώ το 37,5% εκτιμούν ότι την επηρεάζουν **λίγο**.

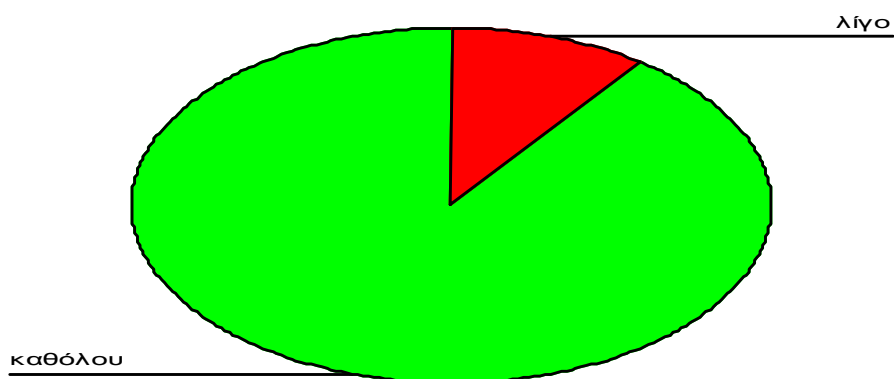
Γράφημα 22: Πόσο βοηθά η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται, στην καλύτερη εκτέλεση του έργου.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (50%) θεωρούν ότι η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται στην κλινική τους, βοηθά στην καλύτερη εκτέλεση του έργου τους **λίγο**, ενώ το 30% θεωρούν ότι βοηθά **πολύ**.

Γράφημα 23: Η ανταπόκριση της αμοιβής στο προσφερόμενο έργο.

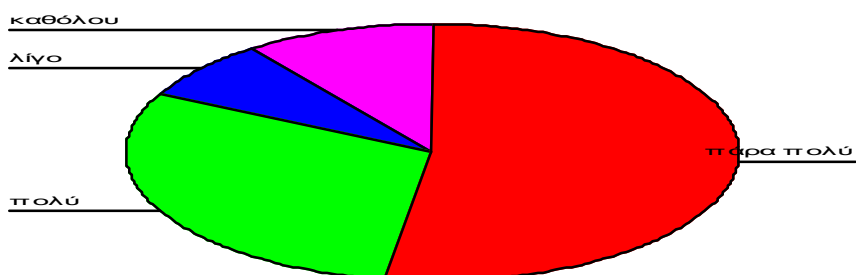
Q16



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (90%) εκτιμούν ότι η αμοιβή τους **δεν ανταποκρίνεται** στο προσφερόμενο έργο.

Γράφημα 24: Ο επηρεασμός του κλινικό έργου από το επισκεπτήριο.

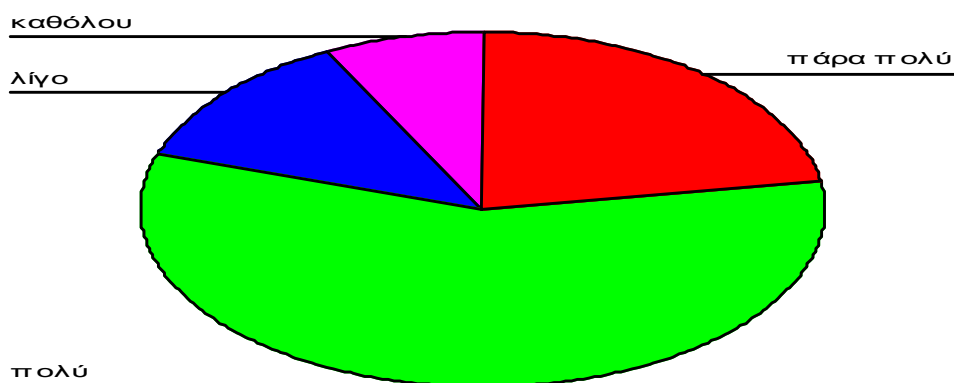
Q17



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (82,5%) θεωρούν ότι το επισκεπτήριο επηρεάζει το κλινικό τους έργο.

Γράφημα 25: Αυτονομία κατά την κλινική νοσηλευτική άσκηση.

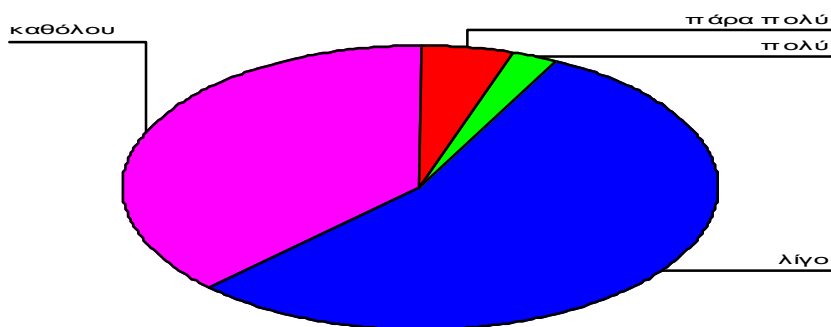
Q18



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (80%) εκτιμούν ότι κατά την νοσηλευτική κλινική τους άσκηση είναι **αυτόνομοι**.

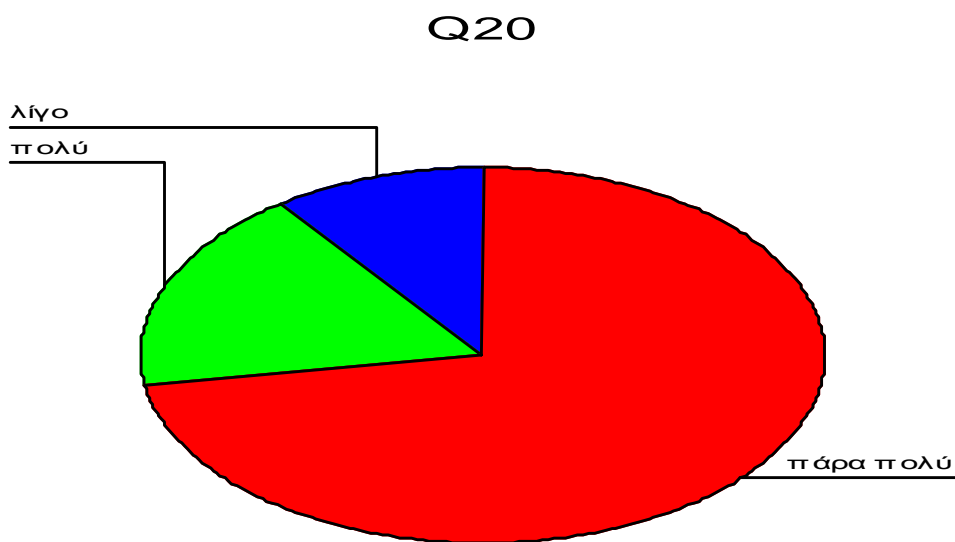
Γράφημα 26: Η βοήθεια του καθηκοντολογίου στα καθήκοντα των νοσηλευτών.

Q19



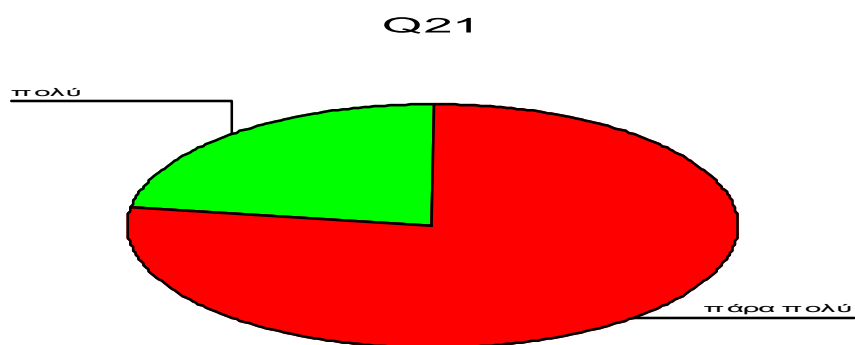
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (90%) εκτιμούν ότι το καθηκοντολόγιο δεν έχει βοηθήσει να γίνουν σαφή και διακριτά τα καθήκοντα των νοσηλευτών.

Γράφημα 27: Ο επηρεασμός του προσωπικού ελεύθερου χρόνου από την εργασία.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (90%) εκτιμούν ότι η εργασία τους στο νοσοκομείο **επηρεάζει** τον προσωπικό ελεύθερο χρόνο τους.

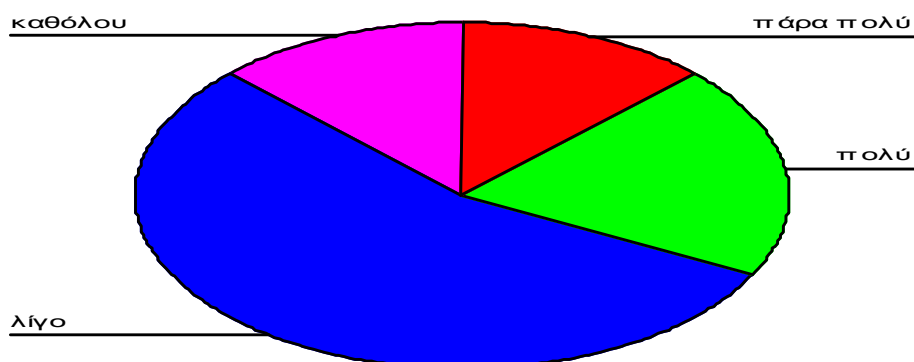
Γράφημα 28: Φόρτος εργασίας στην δουλειά.



Όλο το δείγμα θεωρεί ότι **αντιμετωπίζουν** φόρτο εργασίας στην δουλειά τους

Γράφημα 29: Κλινική διδασκαλία σε φοιτητές.

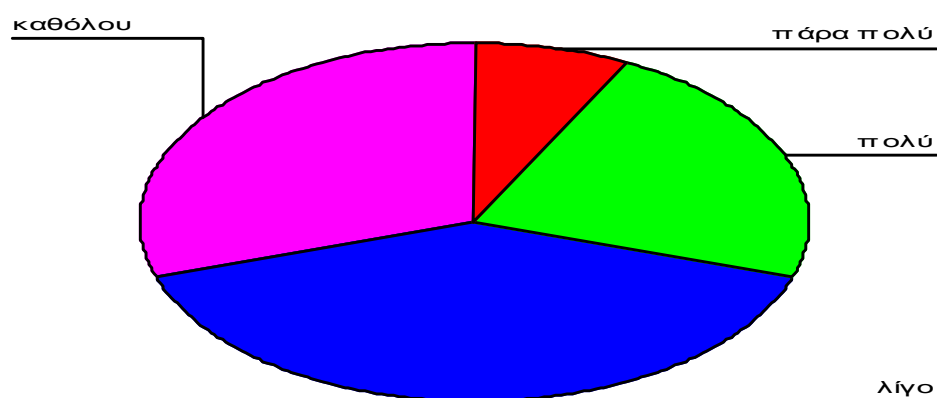
Q22



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (55%) εκτιμούν ότι η κλινική διδασκαλία σε φοιτητές παρέχεται **λίγο**, ενώ το 20% εκτιμούν **πολύ**.

Γράφημα 30: Άσκηση διοικητικού ρόλου στην κλινική άσκηση.

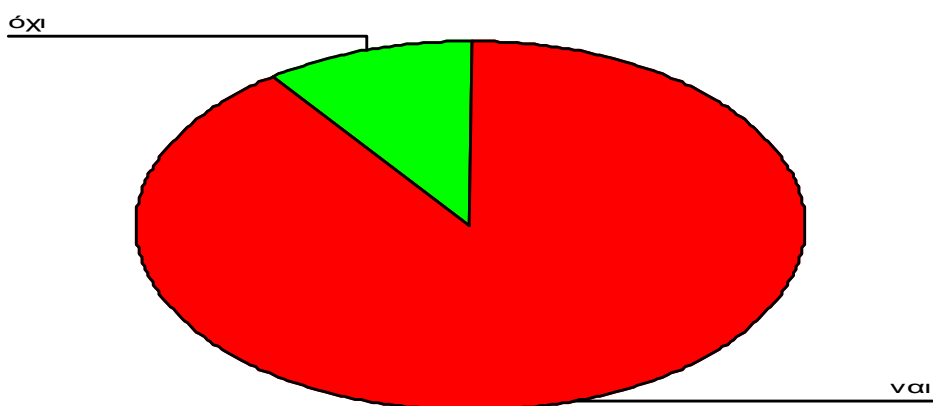
Q23



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (70%) θεωρούν ότι ασκούν τον διοικητικό τους ρόλο από **λίγο** έως **καθόλου** στην καθημερινή τους κλινική άσκηση.

Γράφημα 31: Ύπαρξη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου.

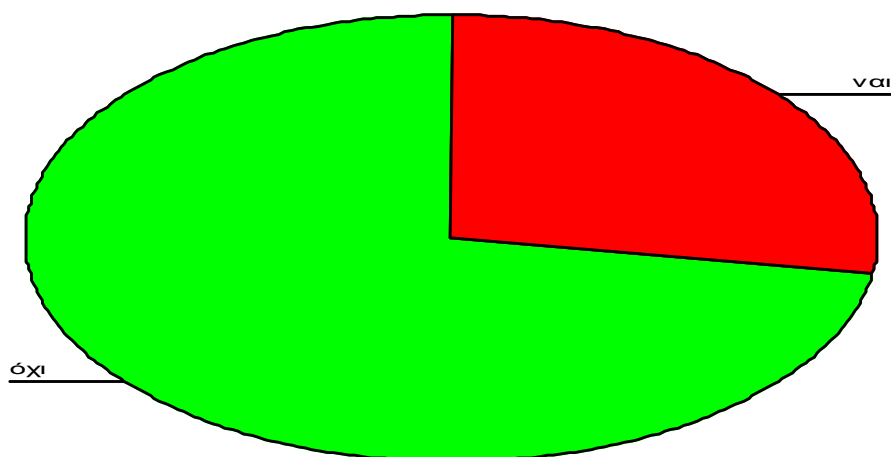
Q24



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (90%) **γνωρίζουν** την ύπαρξη του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, ενώ το 10% **όχι**.

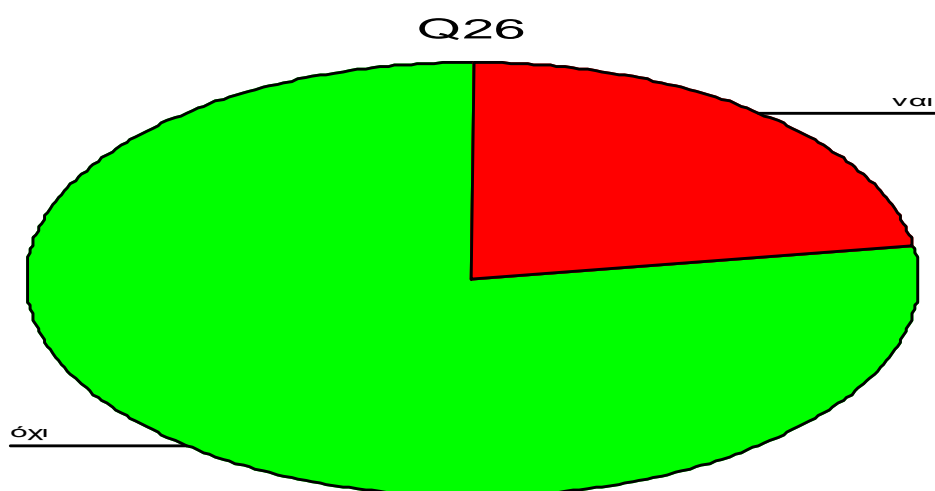
Γράφημα 32: Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας.

Q25



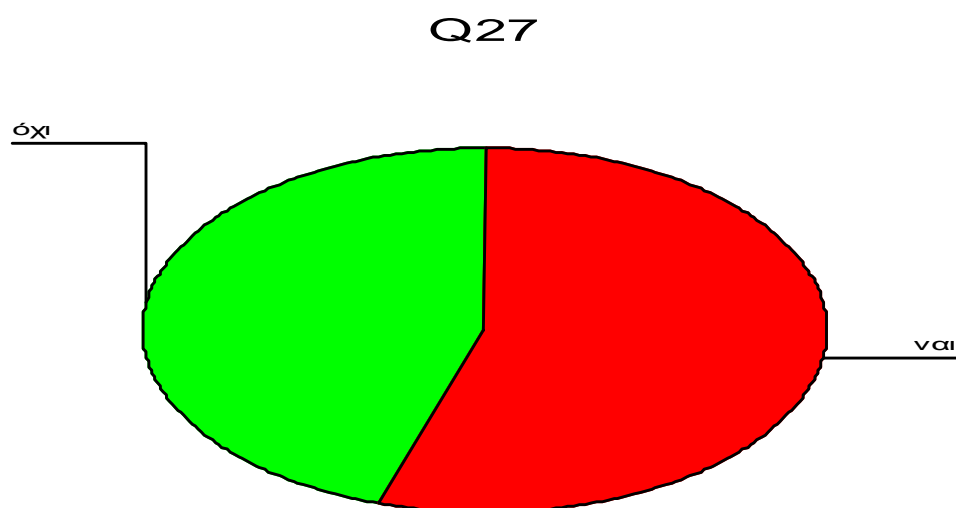
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (72,5%) θεωρούν ότι **δεν εφαρμόζεται** η νοσηλευτική διεργασία στο τμήμα τους, ενώ το 27,5% θεωρούν ότι εφαρμόζεται.

Γράφημα 33: Η συμβολή της διοίκησης στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση.



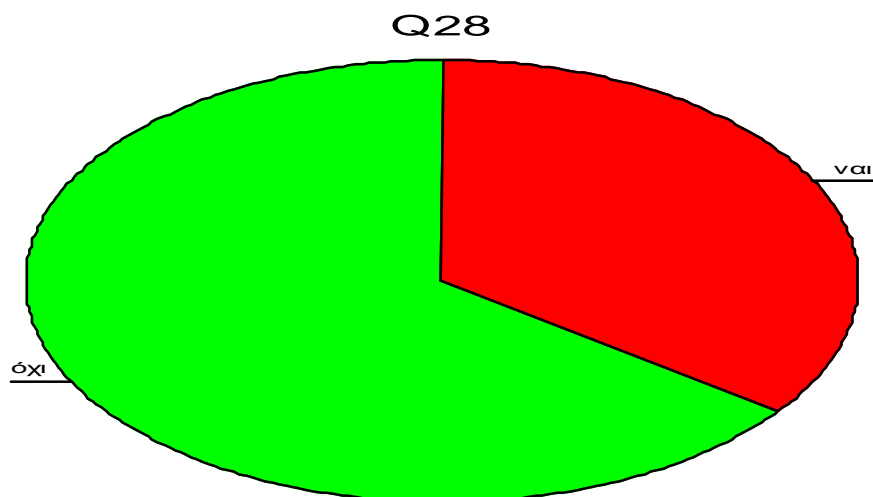
Οι περισσότεροι νοσηλευτές (77,5%) εκτιμούν ότι η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας **δεν συμβάλλει** στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους.

Γράφημα 34: Συμμετοχή σε νοσηλευτική έρευνα.



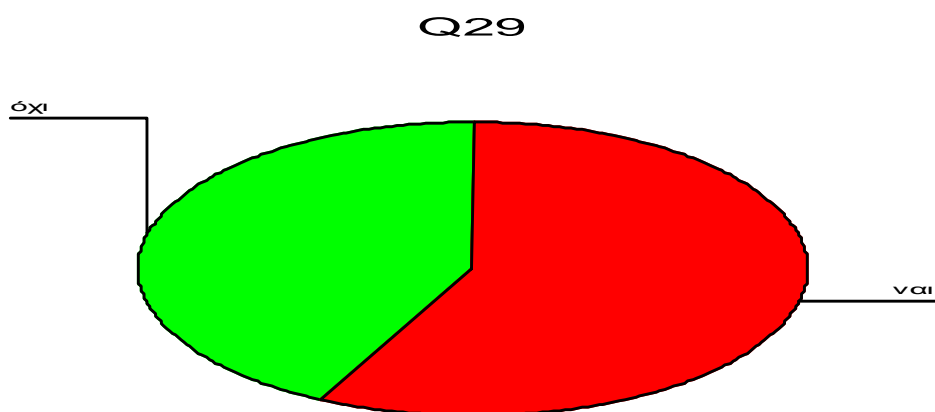
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (55%) θεωρούν ότι έχουν συμμετάσχει σε νοσηλευτική έρευνα, ενώ το 45% **όχι**.

Γράφημα 35: Η χρήση κλινικών πρωτοκόλλων στην κλινική άσκηση.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (65%) εκτιμούν ότι **δεν χρησιμοποιούν** κλινικά πρωτόκολλα στην κλινική νοσηλευτική τους άσκηση, ενώ το 35% χρησιμοποιούν.

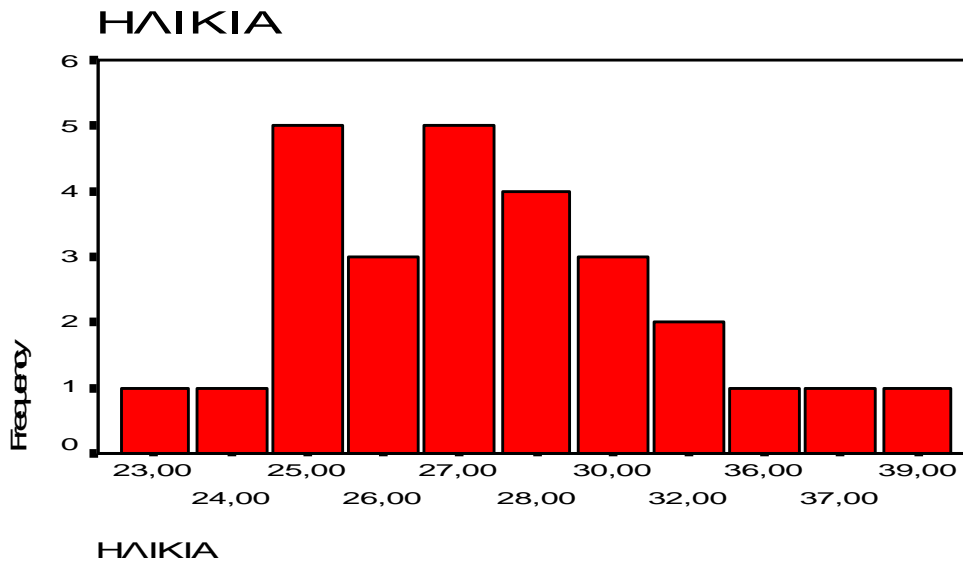
Γράφημα 36: Χρήση Η/Υ.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (57,5%) θεωρούν ότι **χρησιμοποιούν** στο τμήμα τους τον Η/Υ, ενώ το 42,5% **δεν** τον χρησιμοποιούν.

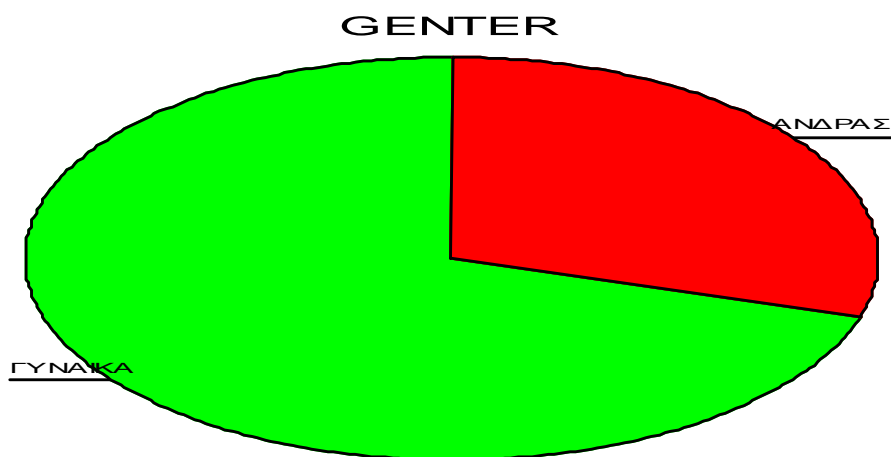
3.3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (ιδιωτικός τομέας)

Γράφημα 37: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία.



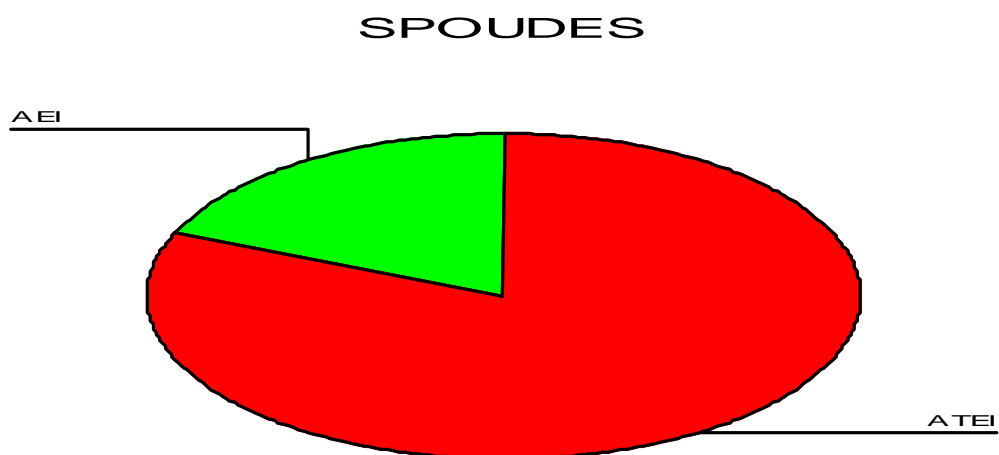
Η ηλικία ενός μεγάλου αριθμού νοσηλευτών κυμαινόταν από **25-28 ετών** (62,9%) ενώ 10% κυμαινόταν από 30-39.

Γράφημα 38: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



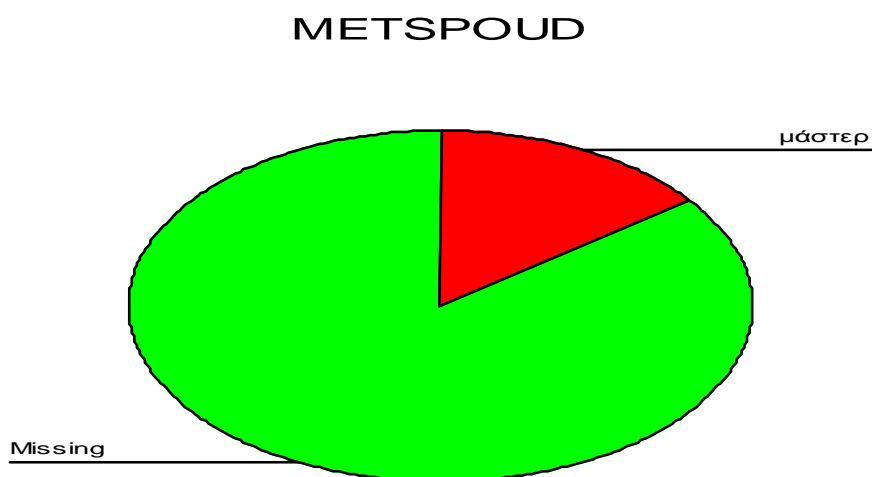
Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών του ιδιωτικού τομέα ήταν **γυναίκες**

Γράφημα 39: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με τις σπουδές.



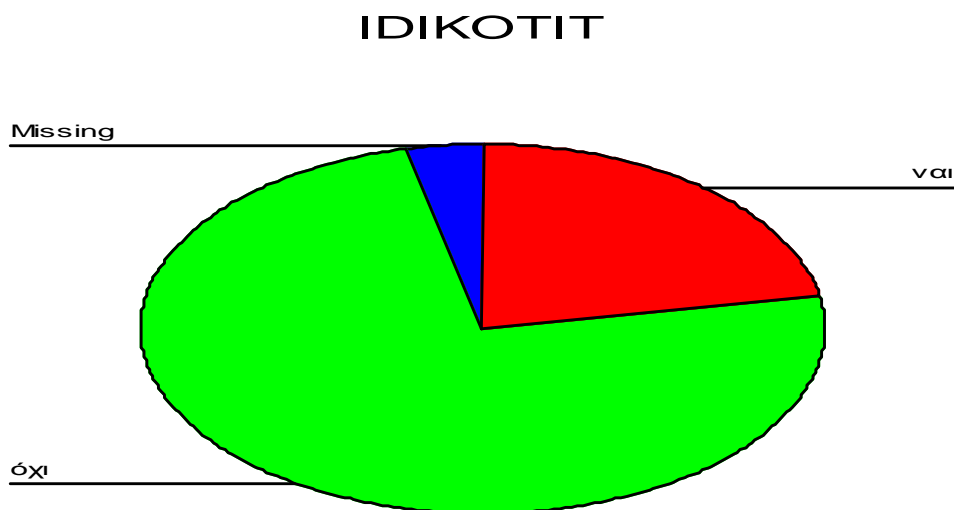
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν **πτυχιούχοι νοσηλευτές ΑΤΕΙ**

Γράφημα 40: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το μεταπτυχιακό.



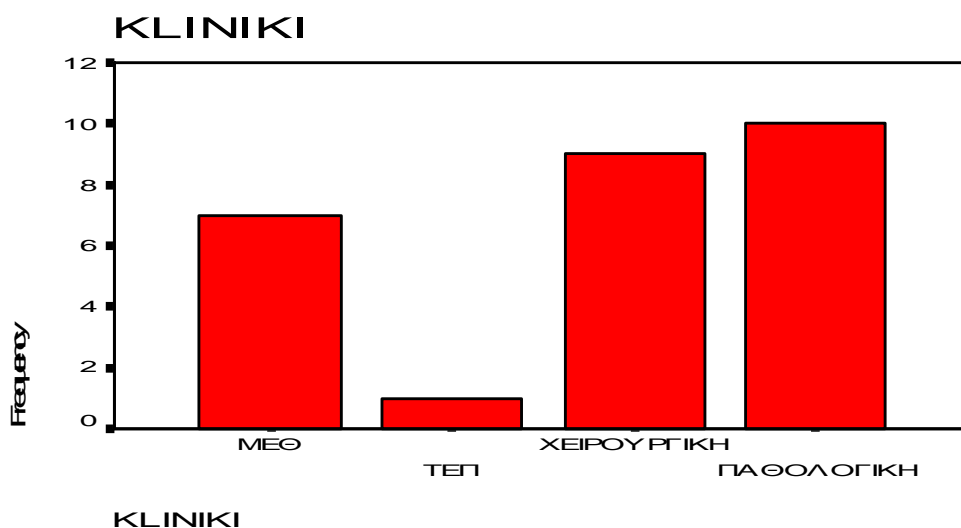
Το μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών (85,2%) **δεν είχε μεταπτυχιακό.**

Γράφημα 41: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την ειδικότητα.



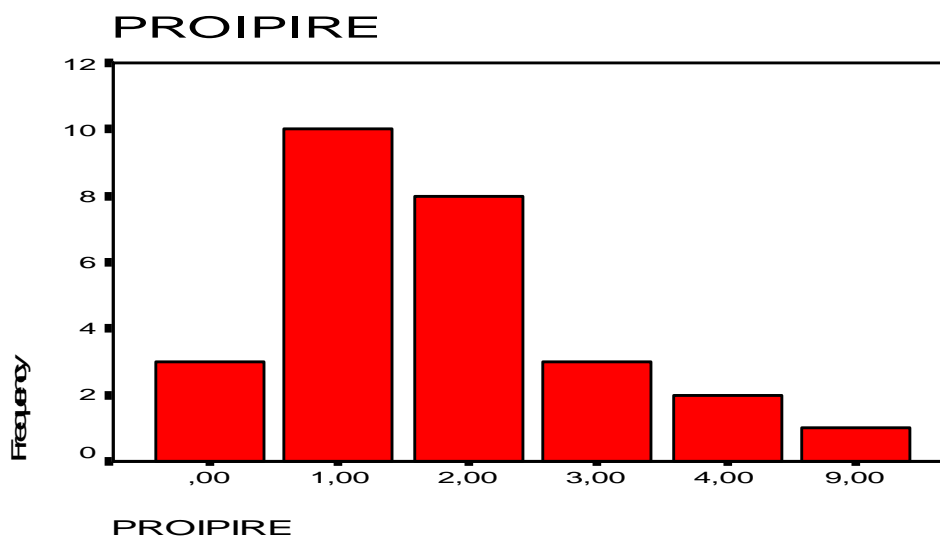
Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος **δεν είχαν νοσηλευτική ειδικότητα**

Γράφημα 42: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με την κλινική που εργάζονται.



Το περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονται σε **παθολογική κλινική (37%)**, στην χειρουργική (33,3%), ενώ (25,9%) και (3,7%) στην ΜΕΘ και ΤΕΠ αντίστοιχα.

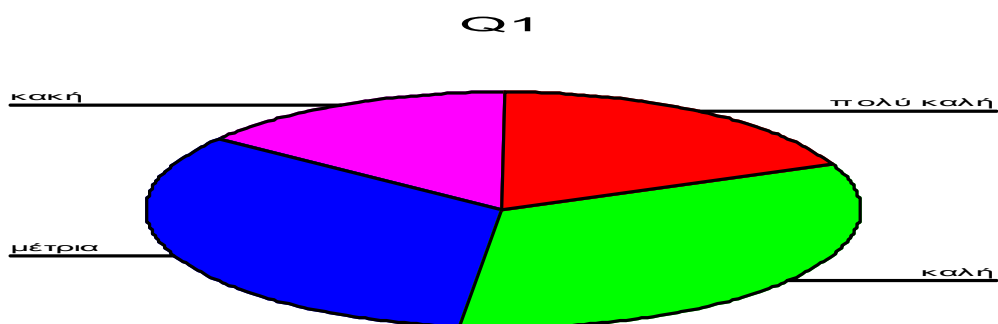
Γράφημα 43: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την προϋπηρεσία.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (77,7%) είχε χρόνο προϋπηρεσία από **1-3 χρόνια**.

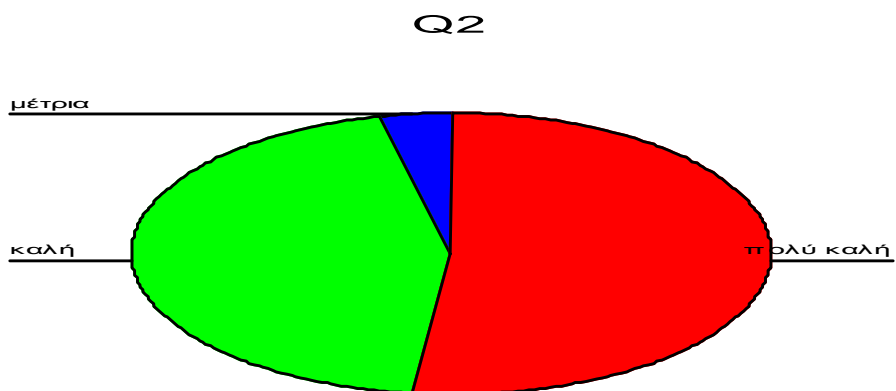
3.4. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ιδιωτικού τομέα.

Γράφημα 44: Η εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία.



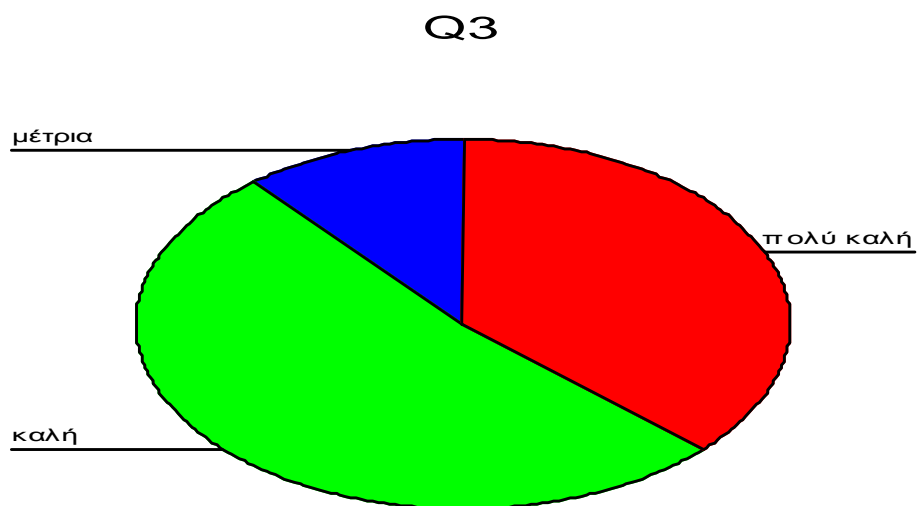
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (33,3%) θεωρούν ότι η εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία είναι **καλή** και **μέτρια** (ίδια αποτελέσματα), ενώ το 18,5% την θεωρούν **πολύ καλή**.

Γράφημα 45: Η σχέση με τους νοσηλευτές.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (51,9%) εκτιμούν την σχέση τους με τους νοσηλευτές **πολύ καλή**, ενώ το 44,4% την εκτιμούν **καλή**.

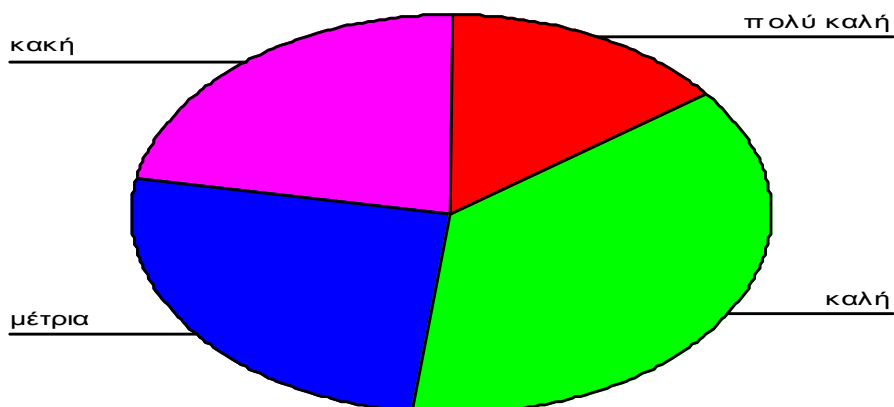
Γράφημα 46: Η σχέση με τους γιατρούς.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (51,9%) θεωρούν την σχέση τους με τους γιατρούς **καλή**, ενώ το 37% την θεωρούν **πολύ καλή**.

Γράφημα 47: Η σχέση με την διοίκηση.

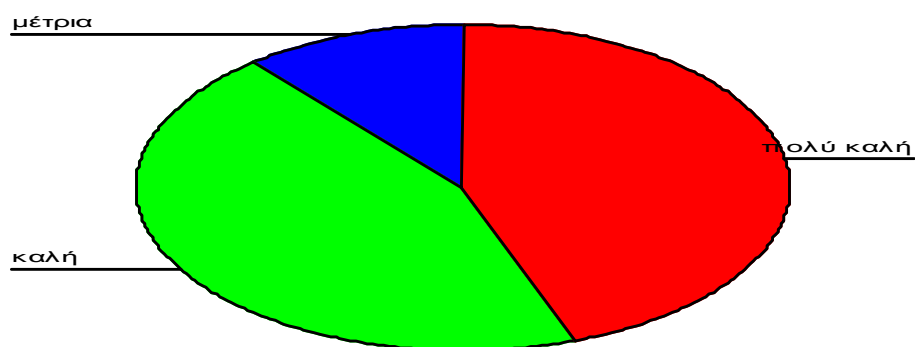
Q4



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (37%) εκτιμούν την σχέση τους με την διοίκηση **καλή**, ενώ το 25,9% την εκτιμούν **μέτρια**.

Γράφημα 48: Η σχέση με το λοιπό προσωπικό.

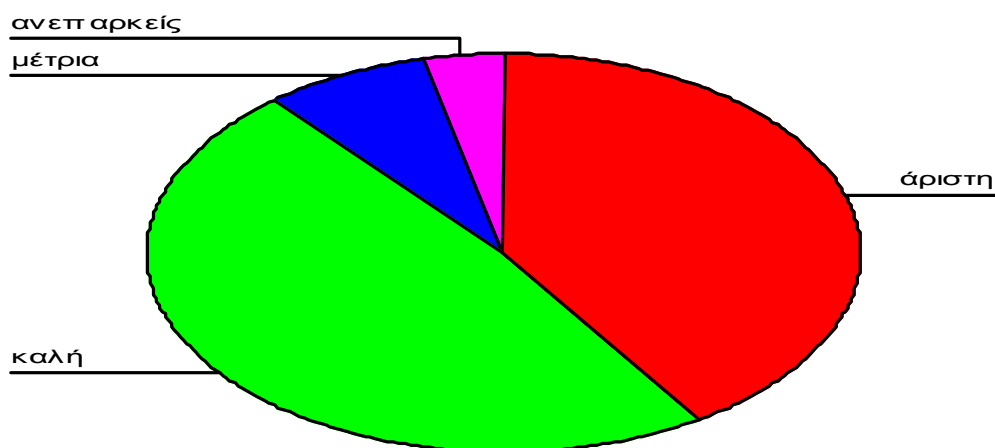
Q5



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (44,4%) θεωρούν την σχέση τους με το λοιπό προσωπικό **πολύ καλή** και **καλή** (ίδια αποτελέσματα).

Γράφημα 49: Σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός της κλινικής.

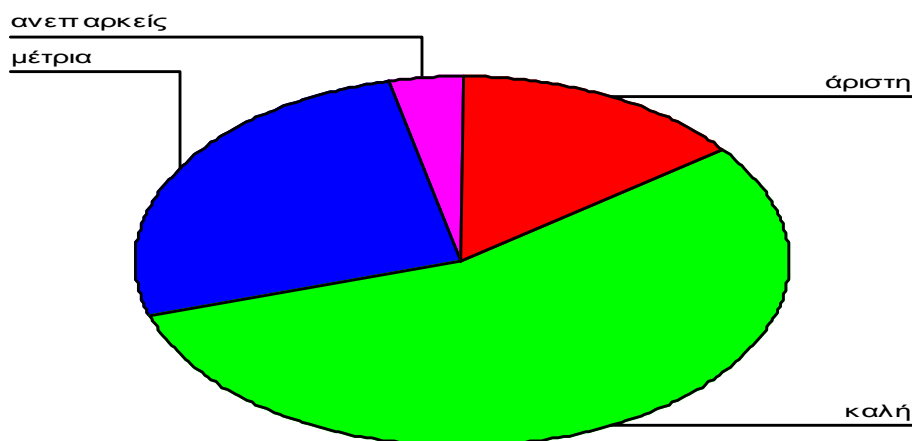
Q6



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (48,1%) εκτιμούν τον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό της κλινικής τους **καλό**, ενώ το 40,7% τον εκτιμούν **άριστο**.

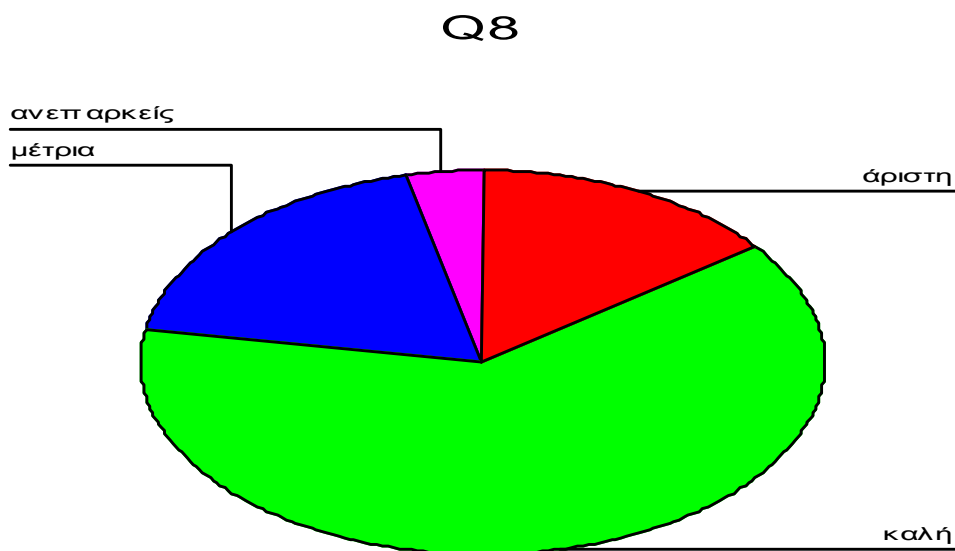
Γράφημα 50: Οι αποθηκευτικοί χώροι.

Q7



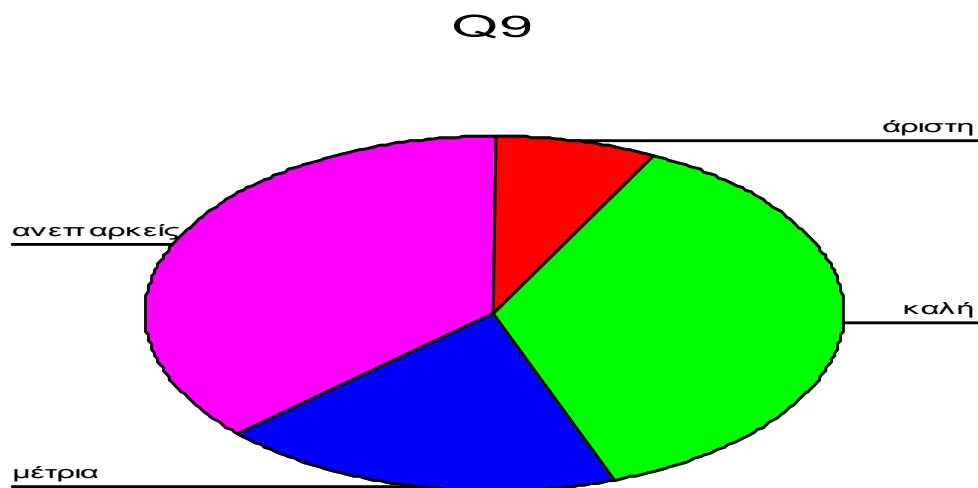
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (55,6%) θεωρούν τους αποθηκευτικούς χώρους **καλούς**, ενώ το 29,9% τους θεωρούν **μέτριους**.

Γράφημα 51: Οι χώροι νοσηλείας.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (63%) εκτιμούν τους χώρους νοσηλείας **καλούς**, ενώ το 18,5% τους εκτιμούν **μέτριους**.

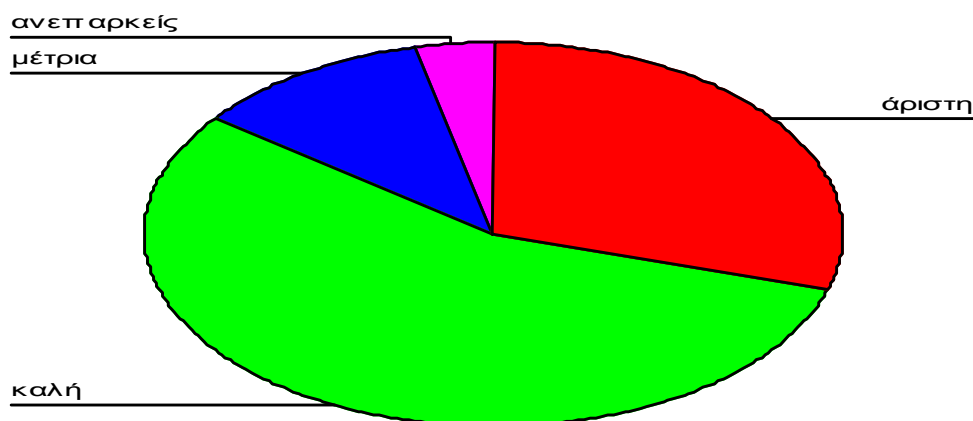
Γράφημα 52: Οι χώροι ανάπαυσης του προσωπικού.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (37%) θεωρούν τους χώρους ανάπαυσης του προσωπικού **καλούς** και **ανεπαρκείς** (ίδια αποτελέσματα).

Γράφημα 53: Γνώσεις νοσηλευτικής από ΑΤΕΙ/ΑΕΙ.

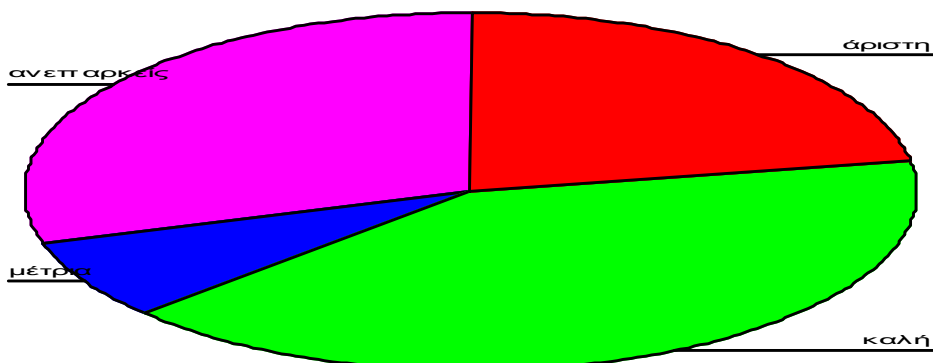
Q10



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (55,6%) εκτιμούν τις γνώσεις νοσηλευτικής που αποκόμισαν από τα ΑΤΕΙ/ΑΕΙ **καλές**, ενώ το 29,6% τις εκτιμούν **άριστες**.

Γράφημα 54: Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο νοσοκομείο τους.

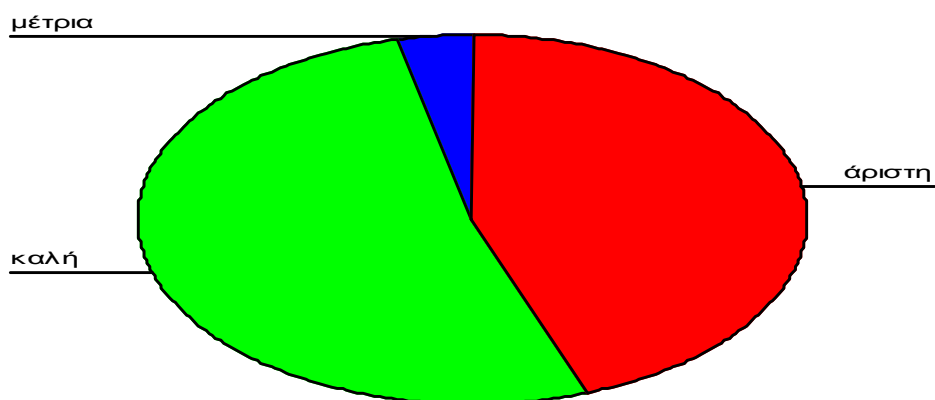
Q11



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (40,7%) θεωρούν την συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο νοσοκομείο τους **καλή**, ενώ το 29,6% την θεωρούν **ανεπαρκή**.

Γράφημα 55: Η κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν.

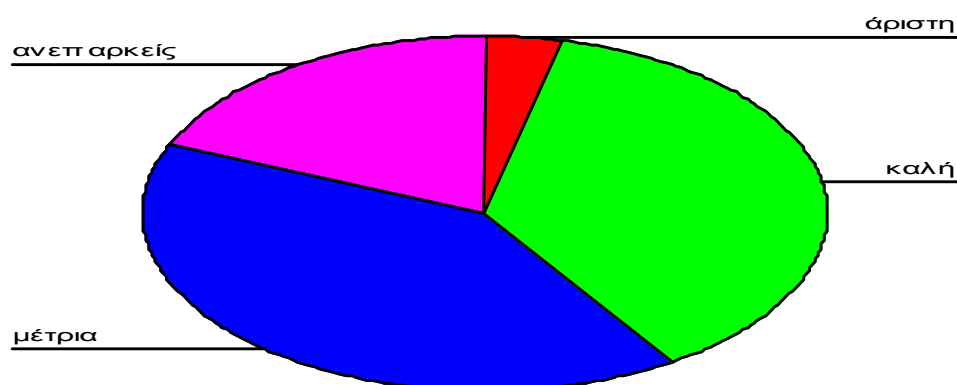
Q12



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (51,9%) εκτιμούν την κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχετε **καλή**, ενώ το 44,4% την εκτιμούν **άριστη**.

Γράφημα 56: Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού.

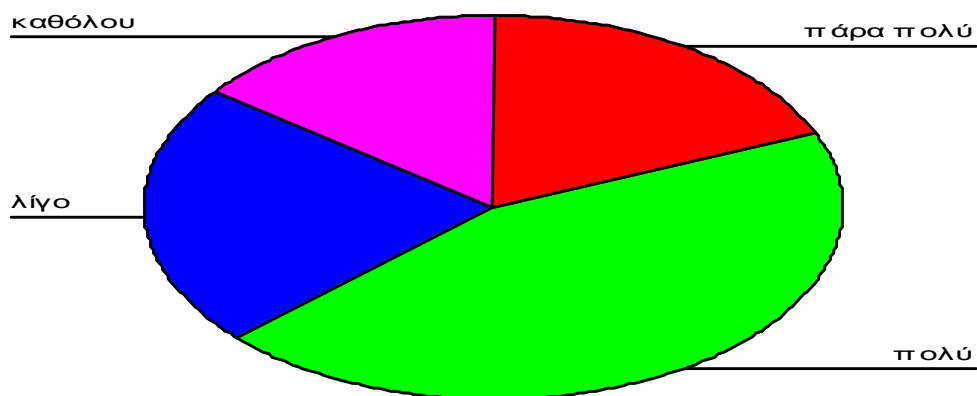
Q13



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (40,7%) θεωρούν τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική τους **μέτριο**, ενώ το 37% τον θεωρούν **καλό**.

Γράφημα 57: Ο επηρεασμός στην νοσηλευτική φροντίδα από τους γιατρούς.

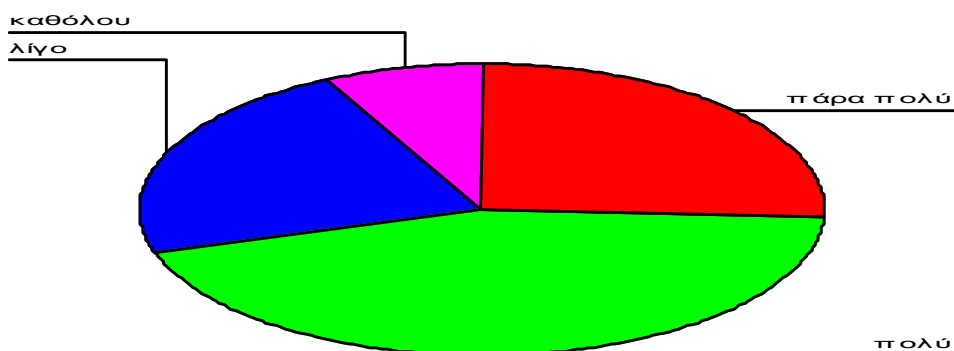
Q14



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (62,9%) εκτιμούν ότι οι γιατροί **επηρεάζουν** την νοσηλευτική τους φροντίδα.

Γράφημα 58: Η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται, πόσο βοηθά στην καλύτερη εκτέλεση του έργου.

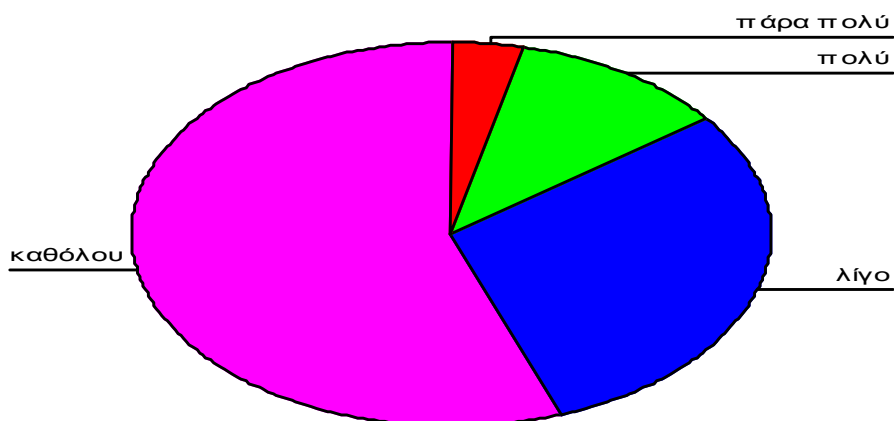
Q15



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (70,3%) θεωρούν ότι η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται στην κλινική τους, **βοηθά** στην καλύτερη εκτέλεση του έργου τους

Γράφημα 59: Η ανταπόκριση της αμοιβής στο προσφερόμενο έργο.

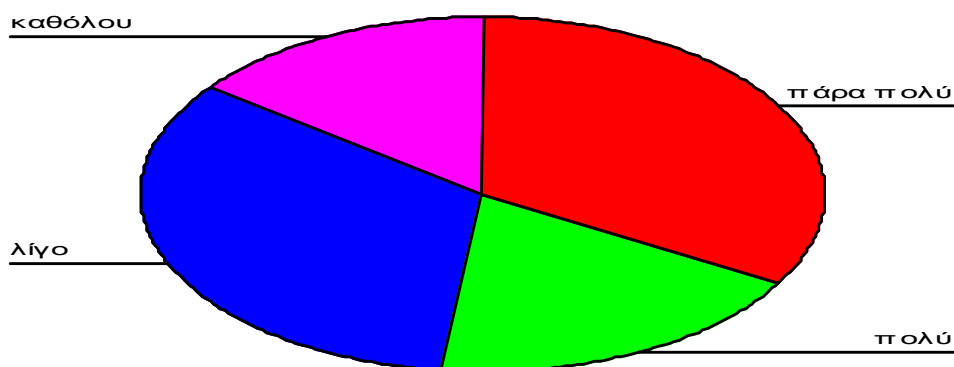
Q16



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (85,2%) εκτιμούν ότι η αμοιβή τους **δεν ανταποκρίνεται** στο προσφερόμενο έργο τους

Γράφημα 60: Ο επηρεασμός του κλινικό έργο από το επισκεπτήριο.

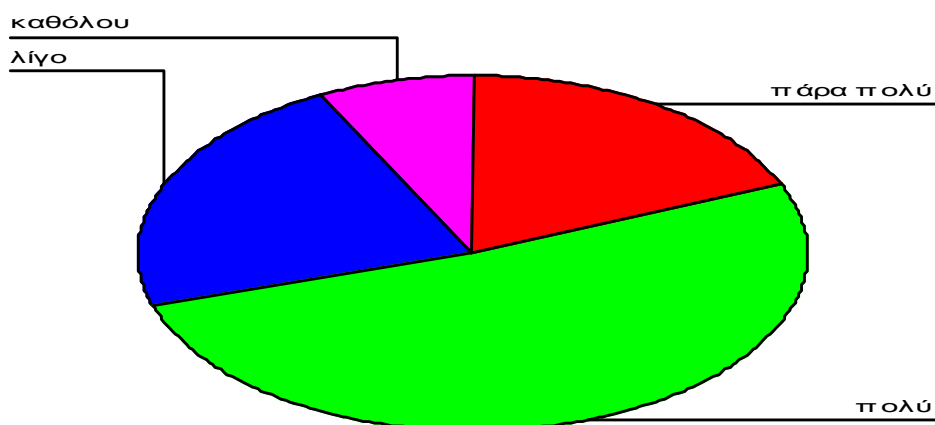
Q17



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (33,3%) θεωρούν ότι το επισκεπτήριο επηρεάζει το κλινικό τους έργο **πάρρα πολύ** και **λίγο** (ίδια αποτελέσματα).

Γράφημα 61: Αυτονομία κατά την κλινική νοσηλευτική άσκηση.

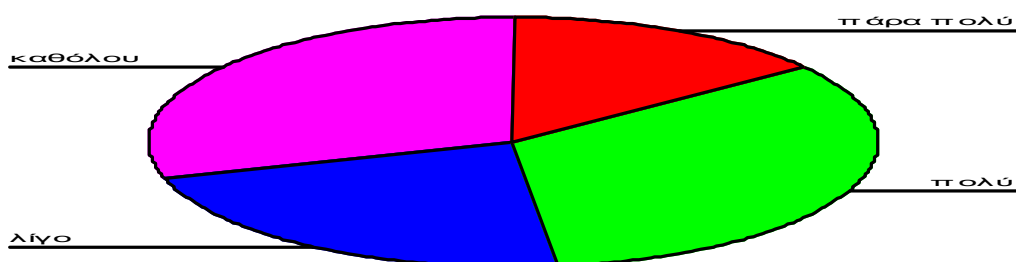
Q18



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (51,9%) εκτιμούν ότι κατά την νοσηλευτική κλινική τους άσκηση είναι **αυτόνομοι**, ενώ το 22,2% εκτιμούν ότι είναι **λίγο** αυτόνομοι.

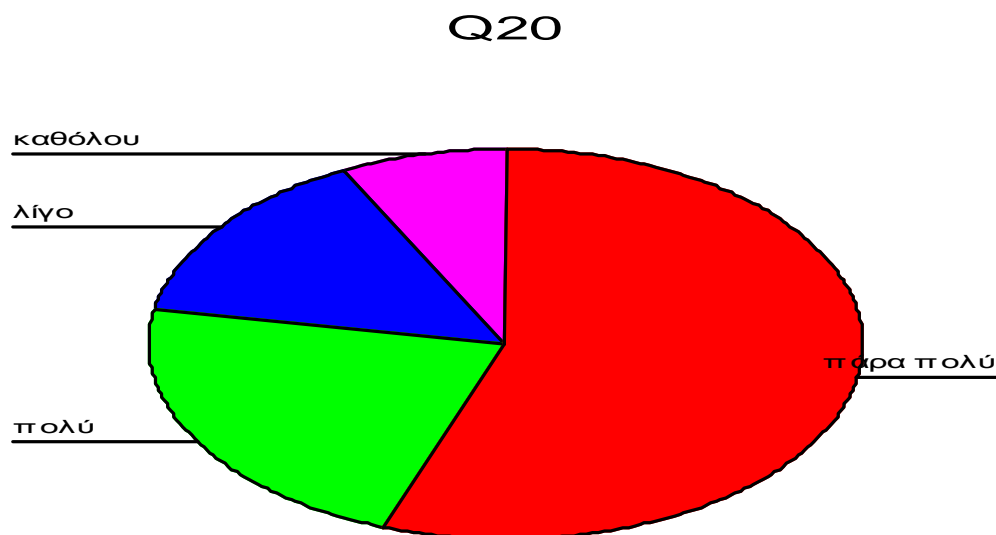
Γράφημα 62: Η βοήθεια του καθηκοντολογίου στα καθήκοντα των νοσηλευτών.

Q19



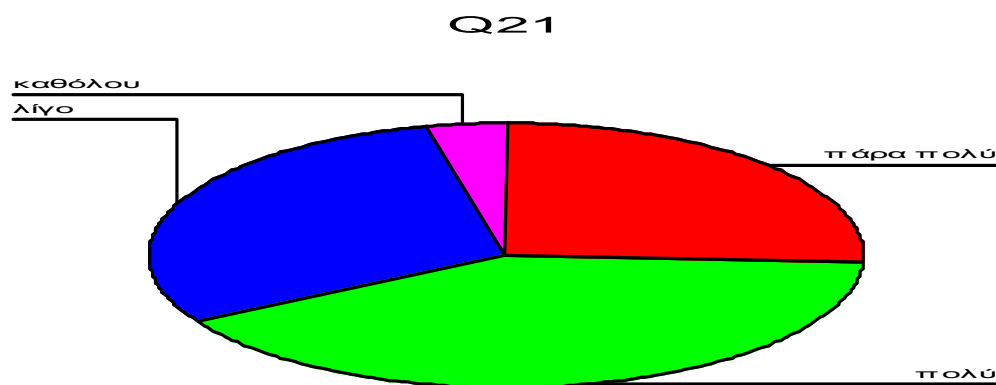
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (33,3%) εκτιμούν ότι το καθηκοντολόγιο έχει βοηθήσει **πολύ** να γίνουν σαφή και διακριτά τα καθήκοντα των νοσηλευτών, ενώ το 29,6% εκτιμούν **καθόλου**.

Γράφημα 63: Ο επηρεασμός του προσωπικού ελεύθερου χρόνου από την εργασία.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (77,8%) εκτιμούν ότι η εργασία τους στο νοσοκομείο **επηρεάζει** τον προσωπικό ελεύθερο χρόνο τους.

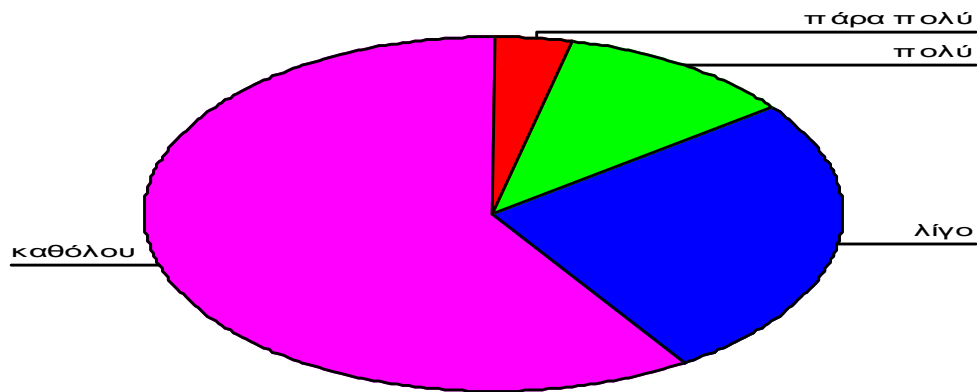
Γράφημα 64: Φόρτος εργασίας στην δουλειά.



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (40,9%) θεωρούν ότι αντιμετωπίζουν **πολύ** φόρτο εργασίας στην δουλειά τους, ενώ το 29,6% **λίγο**.

Γράφημα 65: Κλινική διδασκαλία σε φοιτητές.

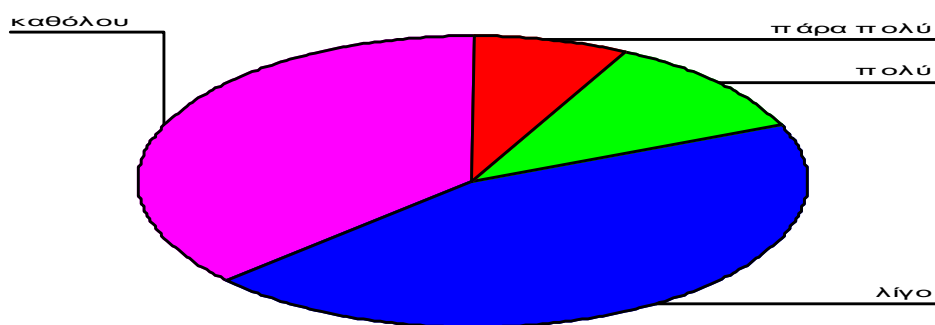
Q22



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (59,3%) εκτιμούν ότι δεν παρέχεται **καθόλου** κλινική διδασκαλία σε φοιτητές.

Γράφημα 66: Άσκηση διοικητικού ρόλου στην κλινική άσκηση.

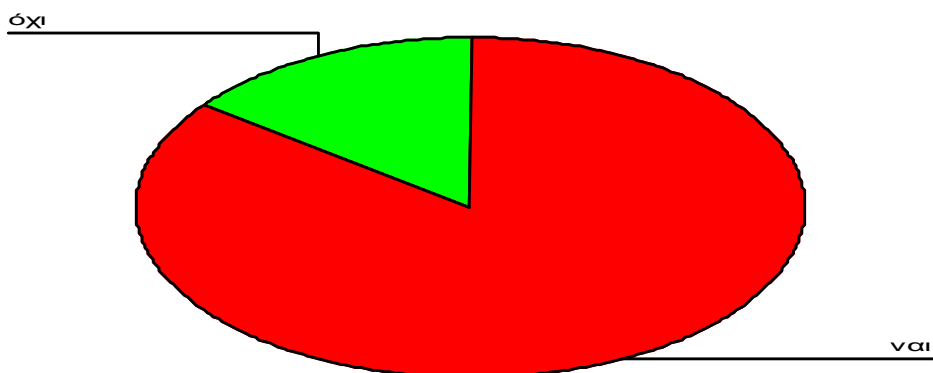
Q23



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (81,4%) θεωρούν ότι ασκούν τον διοικητικό τους ρόλο στην καθημερινή τους κλινική άσκηση από **λίγο** έως **καθόλου**.

Γράφημα 67: Ύπαρξη νοσηλευτικού καθηκοντολογίου.

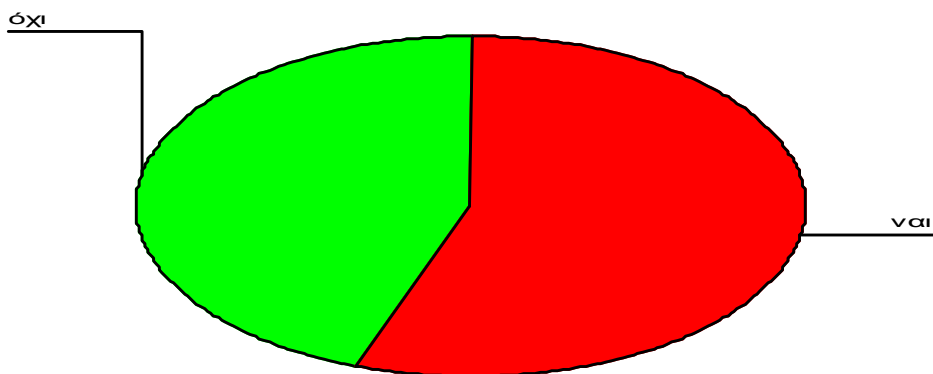
Q24



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (85,2%) **γνωρίζουν** την ύπαρξη του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου, ενώ το 14,8% **όχι**.

Γράφημα 68: Εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας.

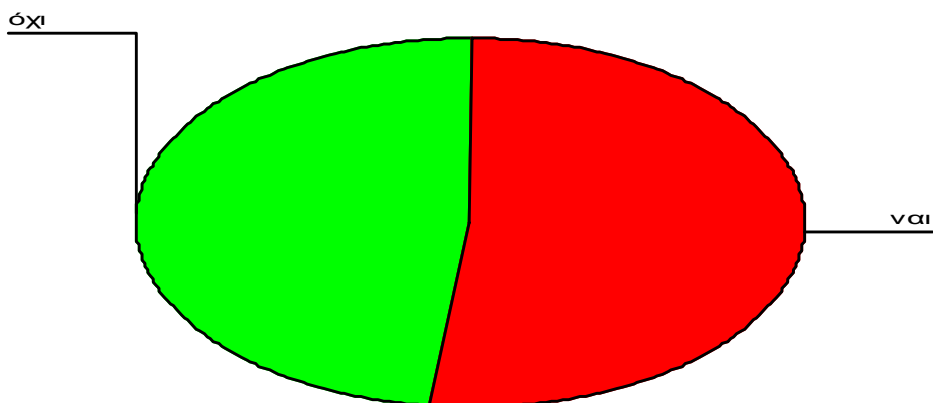
Q25



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (55,6%) θεωρούν ότι **εφαρμόζεται** η νοσηλευτική διεργασία στο τμήμα τους, ενώ το 44,4% θεωρούν ότι **δεν εφαρμόζεται**.

Γράφημα 69: Η συμβολή της διοίκησης στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

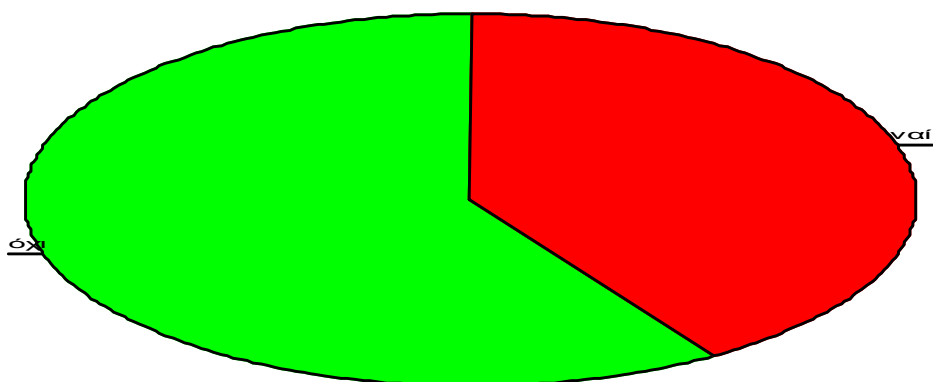
Q26



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (51,9%) εκτιμούν ότι η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας **συμβάλλει** στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους, ενώ το 48,1% εκτιμούν ότι **δεν συμβάλλει**.

Γράφημα 70: Συμμετοχή σε νοσηλευτική έρευνα.

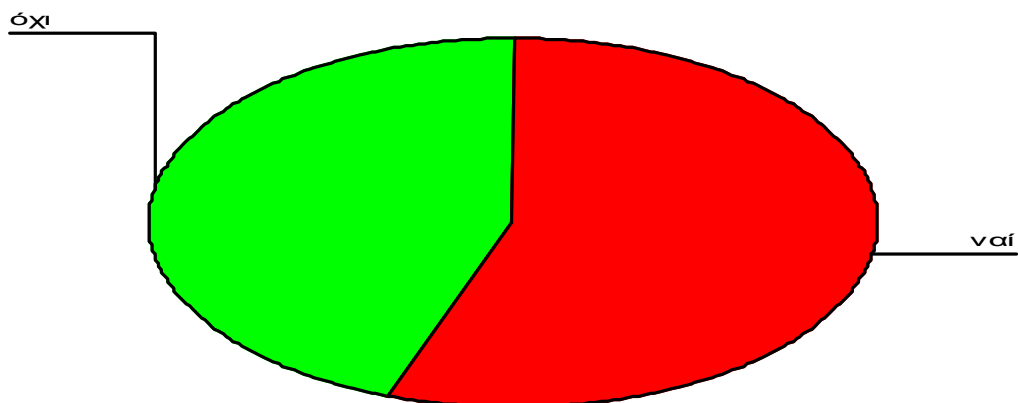
Q27



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59,3%) θεωρούν ότι **δεν** έχουν συμμετάσχει σε νοσηλευτική έρευνα.

Γράφημα 71: Η χρήση κλινικών πρωτοκόλλων στην κλινική άσκηση.

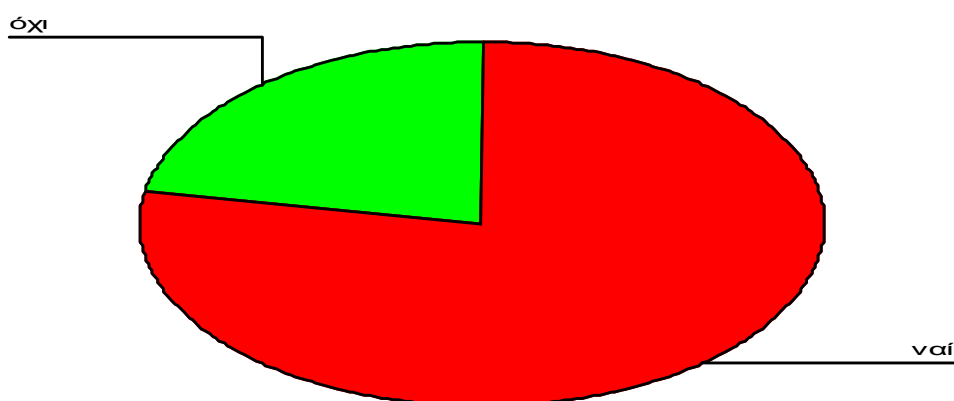
Q28



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (55,6%) εκτιμούν ότι **χρησιμοποιούν** κλινικά πρωτόκολλα στην κλινική νοσηλευτική τους άσκηση, ενώ το 44,4% **δεν χρησιμοποιούν**.

Γράφημα 72: Χρήση Η/Υ.

Q29



Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (77,8%) θεωρούν ότι **χρησιμοποιούν** στο τμήμα τους τον Η/Υ.

3.5. Αποτελέσματα Ανοιχτού Τύπου Ερώτησης (δημόσιος τομέας)

Οι νοσηλευτές στην ανοικτού τύπου ερώτηση, θεωρούν ότι είναι σημαντικό να αλλάξουν κάποιοι παράμετροι όσον αφορά **στον κλινικό τους χώρο**. Πιο συγκεκριμένα, ο Α αναφέρει ότι «είναι απαραίτητη η πρόσληψη προσωπικού στον κλινικό του χώρο...». Επίσης, ο Β πιστεύει ότι «η αμοιβή είναι χαμηλή και είναι μια σημαντική παράμετρος που πρέπει να αλλάξει στο κλινικό του χώρο, με την αύξηση του μισθού...». Ο Γ γράφει ότι «τα καθήκοντα των νοσηλευτών είναι ασαφή και ελλιπή». Επιπλέον ο Δ προτείνει ότι «..πρέπει να δοθούν περισσότερα κίνητρα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση». Ο Ε προτείνει «καλύτερη συνεργασία με το προσωπικό για καλύτερη απόδοση...και περισσότερη στήριξη από την διοίκηση...». Ο Ζ γράφει ότι «πρέπει να γίνουν αλλαγές στο ωράριο εργασίας για καλύτερη απόδοση του προσωπικού». Τέλος, αξίζει να σημειωθεί η πρόταση του Η «...να αλλάξει η πολιτική της υγείας για τα ασφαλιστικά δικαιώματα...καθώς και να χαρακτηριστεί το επάγγελμα του νοσηλευτή ως βαρύ και ανθυγιεινό.

3.6. Αποτελέσματα Ανοιχτού Τύπου Ερώτησης (ιδιωτικός τομέας)

Οι νοσηλευτές στην ανοικτού τύπου ερώτηση, θεωρούν ότι είναι σημαντικό να αλλάξουν κάποιοι παράμετροι όσον αφορά **στον κλινικό τους χώρο**. Πιο συγκεκριμένα, ο Α αναφέρει ότι «..χρειάζεται καλύτερη επικοινωνία μεταξύ εργαζόμενου και εργοδότη για επίλυση προβλημάτων...». Ο Β γράφει ότι «πρέπει να υπάρχουν περισσότερα κίνητρα στο προσωπικό έτσι ώστε να παραμένει το ενδιαφέρον και η προσφορά του..».Ο Γ «..ζητά ελαστικότερο ωράριο εργασίας...». Ο Δ πιστεύει ότι «είναι απαραίτητη η τήρηση καθηκοντολογίου...». Ο Ε αναφέρει ότι «θα πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη αμοιβή...». Ο Ζ γράφει ότι «θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ όλων των μελών υγείας...και σεβασμός...». Τέλος, ένας νοσηλευτής προτείνει «να

συνεχιστεί με την βοήθεια της διοίκησης η περαιτέρω εκπαίδευση και ενημέρωση των νοσηλευτών για νέα θέματα και τεχνικές...».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε μια εποχή γρήγορων ανακατατάξεων και αλλαγών. Η σύγχρονη κοινωνία είναι πολύπλοκη, ενώ τα προβλήματα και οι ανάγκες της προϋποθέτουν τρόπους αντιμετώπισης διαφορετικούς από εκείνους που μέχρι τώρα γνωρίζαμε. Το θέμα της κλινικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα επίκαιρο, ανοιχτό, πολυδιάστατο και πολυσυζητημένο θέμα στο χώρο της υγείας.

Σ' αυτό το κεφάλαιο θα συζητήσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Οι σκοποί της έρευνας ήταν πρώτον, η διαπίστωση θετικών και αρνητικών σημείων της κλινικής νοσηλευτικής φροντίδας και δεύτερον να προταθούν αλλαγές, όπου και αν χρειάζονται.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε, ότι στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα που να εξετάζει συνολικά τις απόψεις των νοσηλευτών για την κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Έχει πραγματοποιηθεί μία έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα όπου αναφέρεται στην ικανοποίηση του νοσηλευτικού, διοικητικού, παραϊατρικού και βοηθητικού προσωπικού και δεν εστιάζεται στην κλινική νοσηλευτική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών του δημόσιου τομέα εκτιμούν ότι η κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται είναι **καλή** σε ποσοστό **75%**, ενώ στον ιδιωτικό τομέα την θεωρούν επίσης **καλή** σε ποσοστό **51,9%**. Σύμφωνα με την

βιβλιογραφία κλινική νοσηλευτική φροντίδα είναι η φροντίδα που ασκείται από το νοσηλευτικό προσωπικό και οργανώνεται γύρω από τον άρρωστο (Πατηράκη-Κουρμπάνη, 1998). Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την παρεχόμενη κλινική νοσηλευτική φροντίδα είναι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού. Όπως φαίνεται από την ερευνά μας στο δημόσιο τομέα ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού είναι **ανεπαρκής**, ενώ αντίστοιχα στον ιδιωτικό τομέα είναι επίσης **μέτριος**. Ως αποτέλεσμα, δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τον αριθμό των νοσηλευτών και την κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται.

Οι λόγοι για τους οποίους δημιουργείται το πρόβλημα της έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό φαίνεται ότι δεν είναι μόνο το γεγονός ότι όλο και λιγότεροι νέοι επιλέγουν σήμερα το νοσηλευτικό επάγγελμα, αλλά κυρίως ότι πολλοί νοσηλευτές εγκαταλείπουν το επάγγελμα, επειδή οι συνθήκες εργασίας είναι κακές και αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας. Σύμφωνα με την ερευνά μας, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας στην δουλειά τους σε ποσοστό **90%** στον δημόσιο τομέα και **40,9%** στον ιδιωτικό τομέα. Γεγονός που επηρεάζει τον προσωπικό ελεύθερο χρόνο τους, λόγω υπερβολικής κόπωσης και κυκλικού ωραρίου(βάρδιες). Πιθανόν να οφείλεται στο ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει περισσότερο προσωπικό μιας και οι περισσότεροι πτυχιούχοι νοσηλευτές πριν διοριστούν στο δημόσιο, πίνουν δουλειά στον ιδιωτικό τομέα.

Φαίνεται ότι ένας επιπλέον λόγος για τον οποίο οι νοσηλευτές εγκαταλείπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι και ο οικονομικός. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα έδειξε ότι οι νοσηλευτές τόσο στον δημόσιο όσο

και στον ιδιωτικό τομέα πιστεύουν ότι η αμοιβή τους **δεν ανταποκρίνεται** στο προσφερόμενο έργο τους.

Ενώ οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι είναι αυτόνομοι, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, φαίνεται ότι παρουσιάζουν έλλειψη στο ρόλο των κλινικών τους αποφάσεων επειδή οι γιατροί επηρεάζουν το κλινικό τους έργο σε μεγάλο ποσοστό και στους δύο τομείς. Όμως, οι χώροι των νοσοκομείων (δημόσιων και ιδιωτικών) ως κεντρικά συστήματα, προσφέρουν ελάχιστες ευκαιρίες στο νοσηλευτικό προσωπικό για αυτονομία και συμμετοχή στις αποφάσεις, αφού με την σημερινή οργανωτική τους δομή, η παραδοσιακή ομάδα επιρροής είναι κυρίως οι γιατροί (Νικολάου,2005).

Η συνεργασία στους χώρους εργασίας και οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις είναι από τους κυριότερους παράγοντες που συντελούν στην εργασιακή ικανοποίηση. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η σχέση τους με τους άλλους νοσηλευτές στο δημόσιο τομέα είναι **καλή** σε ποσοστό **57,5%**, ενώ στον ιδιωτικό τομέα είναι **πολύ καλή** σε ποσοστό **51,9%**. Επιπλέον, η σχέση τους με τους γιατρούς και το λοιπό προσωπικό πιστεύουν ότι είναι **καλή** και στους δύο τομείς, με ελάχιστη διαφορά. Όσον αφορά τις σχέσεις στον χώρο της υγείας, η μόνη διαφορά είναι η σχέση των νοσηλευτών με την διοίκηση που πιστεύουν ότι στον δημόσιο τομέα είναι **μέτρια** σε ποσοστό **42%**, ενώ στον ιδιωτικό πιστεύουν ότι είναι **καλή** σε ποσοστό **37%**. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί η θέση του εργαζόμενου στον δημόσιο τομέα είναι μόνιμη, επομένως δεν μπορεί να επηρεαστεί από οποιαδήποτε αρνητική σχέση με την διοίκηση. Αντίθετα στον ιδιωτικό τομέα όπου η θέση του εργαζόμενου δεν είναι μόνιμη το προσωπικό πρέπει να έχει καλές

σχέσεις με την διοίκηση για να μπορέσει να συνεχίσει να ασκεί το επάγγελμα του σε αυτό τον χώρο, ώστε να μην χάσει την δουλειά του.

Όσον αφορά την υλικοτεχνική υποδομή δηλαδή τον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό, τους αποθηκευτικούς χώρους, τους χώρους νοσηλείας και τον χώρο ανάπαυσης προσωπικού, οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα πιστεύουν ότι είναι **μέτρια**, σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα που οι νοσηλευτές θεωρούν ότι είναι **καλή**. Αυτό συμβαίνει γιατί στον ιδιωτικό τομέα οι ασθενείς πληρώνουν για να έχουν την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα οπότε επιβάλλεται να υπάρχει άριστος και σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός, κάτι που δεν συμβαίνει στον δημόσιο τομέα όπου η νοσηλευτική φροντίδα είναι δωρεάν και το κράτος δεν προσφέρει πολλά χρήματα για την δημόσια υγεία, ώστε να υπάρχει ο απαραίτητος και σύγχρονος τεχνολογικός εξοπλισμός. Άρα είναι αναγκαία η χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα για καλύτερη ποιότητα φροντίδας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, γνωρίζουν την ύπαρξη του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου. Ωστόσο οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα πιστεύουν ότι το καθηκοντολόγιο έχει βοηθήσει **λίγο** ώστε να γίνουν σαφή και διακριτά τα καθήκοντα των νοσηλευτών, ενώ στον ιδιωτικό τομέα πιστεύουν ότι έχει βοηθήσει **πολύ**. Φαίνεται επιτακτική ανάγκη λοιπόν, η συγκρότηση ενός καθηκοντολογίου σύγχρονου, σαφή και πλήρες, που θα καλύπτει όλη το φάσμα του νοσηλευτικού χώρου, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό φορέα έτσι ώστε οι νοσηλευτές να νιώθουν ασφάλεια και να ξέρουν τα όρια άσκησης του επαγγέλματος τους. Το καθηκοντολόγιο θα πρέπει να αποτελεί τον «οδοδείκτη» των νοσηλευτών (Μπακάλης,2006).

Μια ακόμα διαφορά είναι ότι στον δημόσιο τομέα οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι **δεν εφαρμόζεται** στο τμήμα τους η νοσηλευτική διεργασία σε ποσοστό **72,5%**, ενώ στον ιδιωτικό τομέα πιστεύουν ότι **εφαρμόζεται** σε ποσοστό **55,6%**. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας είναι αποτελεσματική όσον αφορά τον νοσηλευτή, τον ασθενή, τον οργανισμό (νοσοκομείο) και την επιστήμη γενικότερα. Καθιερώθηκε ως το επιστημονικό μέσο, για την καλύτερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η μη εφαρμογή της από το νοσηλευτικό προσωπικό «αποσυνδέει» την επιστήμη από την νοσηλευτική. Οι λόγοι για τους οποίους δεν εφαρμόζεται η νοσηλευτική διεργασία είναι: α) οι παλαιότεροι νοσηλευτές δεν την γνωρίζουν, γιατί δεν την διδάχτηκαν και β) δεν εφαρμόζεται στο παρόν σύστημα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, γιατί χρησιμοποιείται η κατά εργασία μέθοδος, κατά την οποία γίνεται από την προϊσταμένη ανάθεση φροντίδας σύμφωνα με εργασίες στα διάφορα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού (ένας νοσηλευτής αναλαμβάνει την χορήγηση φαρμάκων, άλλος την λήψη ζωτικών σημείων, οι βοηθοί νοσηλευτών την ατομική υγιεινή, οι βοηθοί θαλάμου την καθαριότητα).

Αυτή ενώ θεωρείται η αποδοτικότερη διοικητικά μέθοδος γιατί επιτυγχάνεται ταχύτατη διεκπεραίωση εργασιών και αξιοποιείται το ανειδίκευτο προσωπικό, ωστόσο πιστεύουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να χρησιμοποιεί την μέθοδο της ομαδικής νοσηλευτικής κατά την οποία γίνεται ανάθεση από τον προϊστάμενο φροντίδας ομάδος ασθενών σε υπεύθυνο αρχηγό νοσηλευτή μαζί με μια ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού για ένα ωράριο εργασίας. Συνήθως ομάδα τριών ως πέντε ατόμων αναλαμβάνει φροντίδα έως δέκα ασθενών. Η μέθοδος αυτή αποτελεί μια ικανοποιητική εμπειρία για τους

νοσηλευτές γιατί παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα και ικανοποιούνται όλες κατά το δυνατόν οι ανάγκες των ασθενών.

Σχετικά με τις γνώσεις νοσηλευτικής που αποκόμισαν από τα ΑΤΕΙ/ΑΕΙ, οι νοσηλευτές τις χαρακτηρίζουν **καλές** τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Άρα οι προσπάθειες που γίνονται για ενιαία τριτοβάθμια νοσηλευτική εκπαίδευση φαίνεται ότι έχει αποτέλεσμα.

Επιπλέον, μια ακόμα διαφορά είναι ότι οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα θεωρούν ότι η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας **δεν συμβάλλει** στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους σε ποσοστό **77,5%** και αυτός είναι ένας λόγος που δεν έχουν συμμετάσχει σε νοσηλευτική έρευνα, ενώ στον ιδιωτικό τομέα πιστεύουν ότι η διοίκηση **έχει συμβάλλει** στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους σε ποσοστό **51,9%** και έχουν συμμετάσχει σε νοσηλευτική έρευνα. Άρα η νοσηλευτική διοίκηση των δημοσίων νοσοκομείων πρέπει να δώσει περισσότερη έμφαση και σημασία στην δια-βίου εκπαίδευση, διότι όπως έχει αποδειχτεί η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση βοηθά να καλύψει ορισμένα κενά γνώσης που δεν καλύφθηκαν από προγράμματα βασικής εκπαίδευσης, να αναθεωρήσει ή να τροποποιήσει την υπάρχουσα γνώση και να ενημερώσει για τις εξελίξεις του σήμερα, να καλλιεργήσει δεξιότητες, να εφαρμόσει και να αξιολογήσει στην πράξη τις αποκτηθείσες γνώσεις.

Οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα **χρησιμοποιούν** στο τμήμα τους τον Η/Υ σε ποσοστό **57,5%** και σε ποσοστό **77,8%** στον ιδιωτικό τομέα αντίστοιχα. Η χρήση του Η/Υ είναι πολύ σημαντική, καθώς παρέχουν δυνατότητα αποθήκευσης σημαντικών στοιχείων σχετικά με την κατάσταση υγείας του κάθε ασθενή, βοηθά τον νοσηλευτή στην πιο γρήγορη εκπλήρωση των καθηκόντων του, και τέλος είναι ένα μέσο για

την άμεση και ασφαλή πληροφόρηση του νοσηλευτή σε θέματα υγείας (κατάλογος νοσηλευτικών περιοδικών).

Την εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία οι νοσηλευτές στον δημόσιο τομέα την χαρακτηρίζουν **μέτρια** σε ποσοστό **45%**, ενώ στον ιδιωτικό τομέα την χαρακτηρίζουν **καλή** σε ποσοστό **33,3%**. Πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νέοι νοσηλευτές βλέπουν την εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος διαφορετικά μιας και δεν έχουν μπει στο δημόσιο «στίβο» της νοσηλευτικής με τα πολλά και πολυσύνθετα προβλήματα.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα περιβάλλεται από παραδοσιακές, στερεότυπες αντιλήψεις οι οποίες ούτε του αξίζουν ούτε ανταποκρίνονται στη σημερινή του ταυτότητα. Οι αιτίες της «φτωχής» δημόσιας εικόνας των νοσηλευτών πρέπει να αναζητηθούν τόσο μέσα όσο και έξω από το επάγγελμα (Αθανασόπουλος και άλλοι,1998). Η ερευνά μας έδειξε ότι οι παράγοντες που πιθανόν επηρεάζουν την εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, για τον δημόσιο τομέα είναι: α) η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, β) η μη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση στο νοσοκομείο που εργάζονται, και γ) ο φόρτος εργασίας, ενώ για τον ιδιωτικό τομέα είναι: α) η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και β) ο φόρτος εργασίας.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Αν και η παρούσα έρευνα διαπίστωσε σημαντικά αποτελέσματα τόσο για την δημόσια όσο και για την ιδιωτική νοσηλευτική φροντίδα, υπήρχαν και κάποιοι περιορισμοί. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό (n=70). Ελπίζουμε μελλοντικά, να γίνει από κάποια άλλη ομάδα

παρόμοια έρευνα με μεγαλύτερο δείγμα. Επιπροσθέτως, για την ερευνά μας χρησιμοποιήσαμε δειγματοληψία ευκολίας, χρησιμοποιώντας τρία (3) νοσοκομεία στο νομό Αχαΐας, (δύο δημόσια και ένα ιδιωτικό). Οι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσαμε να επεκταθούμε σε περισσότερα νοσοκομεία ήταν πρώτον, λόγω έλλειψης οικονομικών πόρων και δεύτερον ήταν περιορισμένος ο χρόνος που είχαμε στην διάθεση μας ώστε να ολοκληρώσουμε την έρευνα. Τέλος, ενώ το ερωτηματολόγιο που κατασκευάσαμε ήταν σε πιλοτική μορφή, έδειξε αρκετά καλά στοιχεία αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

4.3 Προτάσεις

Το θεσμικό πλαίσιο στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα δεν επιτρέπει την παροχή οικονομικών κινήτρων και την σύνδεση της παραγωγικότητας με τις οικονομικές απολαβές, την διοίκηση με συγκεκριμένους στόχους και την συμμετοχή των εργαζομένων στα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα του οργανισμού.

Κατά την δική μας άποψη, οι παράγοντες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την κλινική νοσηλευτική φροντίδα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα είναι:

- Η αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού, ώστε να μην υπάρχει έλλειψη.
- Ο χαρακτηρισμός του επαγγέλματος ως βαρύ και ανθυγιεινό.
- Να γίνουν τα καθήκοντα των νοσηλευτών περισσότερο σαφή.
- Να δοθούν κίνητρα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

- Η διαμόρφωση του περιβάλλοντος εργασίας, ώστε να είναι πιο ευχάριστο και ανθρώπινο.
- Η αυτονομία των νοσηλευτών κατά την άσκηση των νοσηλευτικών τους καθηκόντων.
- Η βελτίωση του επιπέδου επικοινωνίας.
- Η αύξηση των οικονομικών απολαβών.
- Η μείωση του εργασιακού άγχους.
- Η επάρκεια του υγειονομικού υλικού.

Σε ότι αφορά στους νοσηλευτές, θα πρέπει να αναζητηθούν νέες μέθοδοι οργάνωσης και διοίκησης, που προάγουν το ομαδικό πνεύμα και ενισχύουν την πρωτοβουλία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον. Κάτι τέτοιο θα επιτευχθεί με τη σταδιακή ανανέωση των διαδικασιών νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα, καθώς και του λειτουργικού συστήματος νοσηλευτικής διοίκησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελοπούλου Μ (2006) Ο ρόλος των συνθηκών εργασίας και της αφοσίωσης στον οργανισμό στην επαγγελματική εξουθένωση του νοσηλευτικού προσωπικού. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Αδαλή Ε (2002) Πρόληψη- Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Νοσηλευτική, 41(2):172

Αθανασόπουλος Φ, Κάναβος Ι, Καραβατσέλου Β, και Σπηλιωπούλου Ε (1998) Η ηθική – επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Αθανάτου Ε (2003) Κλινική νοσηλευτική. Έκδοση ΙΓ΄, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Ασπρούκος Α, Δάλλα Ι, Καλαϊτζίδου Ζ, και Παπαϊωάννου Ν (2002) Απόψεις νοσηλευόμενων και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Ballou Α (1998) A concept analysis autonomy. Journal of Professional Nurses, 14(2):102-110

Bowling Α (1997) Research Methods in Health: investigation health and health services. Open university Press, Buckingham.

Brint P και Wood M (1989) *Advanced Design in Nursing Research*. Sage, News bury Park.

Burns N και Grove G (1987) *Nursing Research*. WB Saunders, Philadelphia.

Γιαννοπούλου Α (1995) *Διλήμματα και προβληματισμοί στη σύγχρονη νοσηλευτική*. Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα.

Clifford C και Cough S (1990) *Nursing Research: a skill-based introduction*. Prentice-Hall, New York.

Cozens J και Payne R (1999) Stress in health professionals. Psychological and organizational causes and interventions ,32(2):60-63

Cushway (1992) Stress, coping and burnout in mental health nurses. International journal of psychiatry, 40(5):125-128

Δημητριάδης Ζ (2000) *Μεθοδολογία έρευνας*. Interbooks, Αθήνα.

Δημητρόπουλος Ε (1994) *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Ελλην, Αθήνα.

Δουρέκα –Αγγλέζη Α (1999) Η νοσηλευτική ως επαγγελματική επιλογή. Νοσηλευτική ,38(4):361

Griffith K (1999) Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. International journal of nursing studies, 25(3):352-353

Hamgan B (2000) Burnout in mental health nurses finding from all-waves stress study. Psychological health, 24(2):178-182

Holcomb J (1998) An analysis of the impact of authorship on the image of nursing. American Journal of Nursing, 40(5):45-52

<http://www.hesmo.gr/files/2004-supp/page99.pdf>

http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2148

<http://www.in.gr/Reviews/placeholder.asp?lngReviewID=2464&lngChapterID=27669&lngItemID=27678>

http://www.go-online.gr/ebusiness/specials/article.html?article_id=400

http://www.iatrotek.gr/newsarticle.asp?art_id=2166

http://www.ypes.gr/ypes_po/detail.asp?docid=1679

http://news.kathimerini.gr/4Dcgi/4Dcgi/w_articles_civ_11_02/04/2006_179387

http://tovima.dolnet.gr/print_article.php?e=B&f=13110&m=A46&aa=1

<http://www.depanom.gr/default.asp?siteID=1&pageid=7&langid=1>

<http://www.ypepth.gr>

<http://www.stedima.gr>

<http://career.teilam.gr/dikaiomata/nosileut.html>

<http://www.esne.gr>

Κάναρος Δ και Μπαρμπέρης Θ (2006) Η στάση των φοιτητών νοσηλευτικής και των καθηγητών για την παρεχόμενη προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Kalisch P (1983) Improving the image of Nursing. American journal of Nursing, 83(1):48-52

Κατσαβοχρήστος Π (2005) Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών: Ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των εργαζομένων στον δημόσιο και ιδιωτικό χώρο της υγείας. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Kilpi L και άλλοι (2000) Patient's autonomy, privacy and informed consent. IOS Press, Amsterdam

Κυριακίδου Ε (2005) Κοινωνική νοσηλευτική. Έκδοση 6^η, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Λανάρα Β (2004) Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Έκδοση ΙΑ, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Λεοντίου Ι (2007) Ποιοτικοί χώροι εργασίας: Ποιοτική φροντίδα ασθενούς. Αναφέρεται στην ιστοσελίδα http://www.ypes.gr/ypes_po/detail.asp?docid=1679, Αθήνα

Μαντά Ν και Ντάνο Α (1994) Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών εργασιών. Σύγχρονη εκδοτική, Αθήνα.

Μαντζαράκης Γ (2004) Επιστημονική Έρευνα. Θεσσαλονίκη.

Maslach C και Jackson S (1986) Maslach intreview. 2nd edition, Palo alto consulting psychologists press, California

Μεθωνιού Λ (2004) Οι εξελίξεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Αναφέρεται στην ιστοσελίδα http://tovima.dolnet.gr /print_article.php ?e= B&f = 13110 & m=A46&aa=1, Αθήνα

Μουρέλη Π και Ρομπότη Μ (2005) Ηθική και επαγγελματική ικανοποίηση νοσηλευτών. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Μπαμπινιώτης Γ (1998) Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα

Μπακάλης Ν (2006) Σημειώσεις Επαγγελματική νομοθεσία .ΑΤΕΙ Πάτρας

Νικολάου Α (2005) Η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που την διαμορφώνουν. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Παναγοπούλου Γ και Στεφοπούλου Μ (2005) Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτικού προσωπικού: συσχέτιση της με την φυσική και ψυχική ευεξία και η χρήση των υπηρεσιών υγεία από τους ίδιους. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Πάνου Α και Δαμουλάκης Γ (2005) Προγραμματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού και διαχείριση του χρόνου εργασίας σε νοσηλευτικά ιδρύματα του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Paul R και Heaslip P (1995) Critical thinking and intuitive nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 22:40-47

Παναουδάκη –Μπροκαλάκη Η (1998) Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 37(2):128-130

Παπαδημητρίου Μ, Κούρτης Γ, Μητρούλιας Γ και Φιλιππάτος Γ (2003) Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*, 42(2):195-200.

Παπαδιώτη-Αθανασίου Β (2000) Οικογένεια και όρια. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα.

Πατηράκη - Κουρμπάνη Ε (1998) Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας: Ορίζοντες και πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 37(2):115-119

Πατιστέα Ε (1998) Προφίλ και δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος: ελληνική και διεθνείς πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*, 37(4):361-366

Peset S (1997) The nature of Nursing. New York, Αναφέρεται στον Ασπρούκος και άλλοι (2002)

Πετρέλη Β (2006) Οργάνωση και διαχείριση αναλώσιμου υλικού σε νοσοκομειακές μονάδες. Πτυχιακή Εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Polit I Hungler P (1997) Nursing Research: methods appraisal and utilization. 4th ed. Lippincott, Philadelphia.

Σαββοπούλου Γ (2003) Βασική νοσηλευτική. Έκδοση 3^η, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Σαχίνη-Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία έρευνας – εφαρμογή στο χώρο της υγείας. Βήτα, Αθήνα.

Sirkin M (1995) Statistics for the social sciences. Sage, Thousand, Oaks.

Tyler – Cushway L (1998) Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession. Nursing Times, 82(8):52-55

Vaughan B (1998) Autonomy and Accountability. Nursing Times, 85(3):54-55

Wade D (1993) Organizational behavior and analysis. New York, Αναφέρεται στην Αγγελοπούλου (2006)

Zaleznik και Kets Devris (1994) The public image of the nurse. Boston: Little, Brown and Co

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

18 Οκτωβρίου 2007

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ.26334

Πάτρα

Αγαπητή Προϊσταμένη/ε

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τις απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα.

Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και να προταθούν αλλαγές, όπου και αν, χρειάζονται.

Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 30 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα σας είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής σας. Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Μποτώνη Αθανασία

Στεφανοπούλου Κωνσταντίνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

18 Οκτωβρίου 2007

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ.26334

Πάτρα

Αγαπητή Διευθύντρια

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τις απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα.

Σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και να προταθούν αλλαγές, όπου και αν, χρειάζονται.

Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 30 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα σας είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής σας. Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Μποτώνη Αθανασία

Στεφανοπούλου Κωνσταντίνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί νοσηλευτές,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακή μας εργασίας. Περιλαμβάνει μερικές ερωτήσεις και διατυπώσεις έτσι ώστε να ερευνήσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα.

Εκτός των απαντήσεων, θα έχετε την δυνατότητα να προσθέσετε τα προσωπικά σας σχόλια στο τέλος του ερωτηματολογίου. Περιλαμβάνει επίσης μερικές δημογραφικές ερωτήσεις.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις ,διαλέγοντας μια μόνο επιλογή.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ !!!

Μποτώνη Αθανασία

Στεφανοπούλου Κωνσταντίνα

<u>Ποια η άποψη σας</u>	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
Για την εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην κοινωνία;	£	£	£	£
Για τη σχέση σας με τους νοσηλευτές;	£	£	£	£
Για τη σχέση σας με τους γιατρούς;	£	£	£	£
Για τη σχέση σας με την διοίκηση;	£	£	£	£
Για τη σχέση σας με το λοιπό Προσωπικό (βοηθοί θαλάμου, τραυματιοφορείς);	£	£	£	£
<u>Πως θα εκτιμούσατε</u>	Άριστη	Καλή	Μέτρια	Ανεπαρκής
Τον σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό της κλινικής σας;	£	£	£	£
Τους αποθηκευτικούς χώρους;	£	£	£	£
Τους χώρους νοσηλείας;	£	£	£	£
Τους χώρους ανάπαυσης προσωπικού;	£	£	£	£
Τις γνώσεις νοσηλευτικής που αποκομίζατε από τα ΑΤΕΙ/ΑΕΙ;	£	£	£	£

Την συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο νοσοκομείο σας;	£	£	£	£
Την κλινική νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται;	£	£	£	£
Τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική σας;	£	£	£	£
	Πάρα Πολύ	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
Οι γιατροί επηρεάζουν την νοσηλευτική σας φροντίδα;	£	£	£	£
Η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται στην κλινική σας, βοηθά στην καλύτερη εκτέλεση του έργου σας;	£	£	£	£
Θεωρείται ότι η αμοιβή σας ανταποκρίνεται στο προσφερόμενο έργο σας;	£	£	£	£
Το επισκεπτήριο επηρεάζει το κλινικό σας έργο;	£	£	£	£
Πόσο αυτόνομος/η είστε κατά την νοσηλευτική κλινική σας άσκηση;	£	£	£	£

Το καθηκοντολόγιο, έχει βοηθήσει να γίνουν σαφή και διακριτά τα καθήκοντα των νοσηλευτών;	£	£	£	£
Κατά πόσο η εργασία σας στο νοσοκομείο (κυκλικό ωράριο, κόπωση) επηρεάζει τον προσωπικό ελεύθερο χρόνο σας;	£	£	£	£
Αντιμετωπίζεται μεγάλο φόρτο εργασίας στη δουλειά σας;	£	£	£	£
Παρέχεται κλινική διδασκαλία σε φοιτητές;	£	£	£	£
Ασκείται τον διοικητικό σας ρόλο στην καθημερινή σας κλινική άσκηση;	£	£	£	£
<u>Παρακαλώ απαντήστε</u>		Ναι		Όχι
Γνωρίζεται την ύπαρξη του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου;	£		£	
Στο τμήμα σας εφαρμόζεται η νοσηλευτική διεργασία;	£		£	
Η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, συμβάλλει στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση σας;	£		£	

Έχετε συμμετάσχει σε νοσηλευτική έρευνα; £ £

Χρησιμοποιείται κλινικά πρωτόκολλα στην
κλινική νοσηλευτική σας άσκηση; £ £

Χρησιμοποιείται στο τμήμα σας τον Η/Υ; £ £

Τι πιστεύεται ότι πρέπει να αλλάξει στο κλινικό σας χώρο;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ποιο έτος γεννηθήκατε; _____

Φύλο: Άρρην £ Θήλυ £

Σπουδές: ΑΕΙ £ ΑΤΕΙ £

Μεταπτυχιακό: Μάστερ £ Διδακτορικό £

Έχετε τίτλο νοσηλευτικής ειδικότητας; Ναι £ Όχι £

Απασχόληση: Δημόσιος Τομέας £ Ιδιωτικός Τομέας £

Σε ποια κλινική δουλεύετε; _____

Έτη προϋπηρεσίας στο παρόν τμήμα: _____