

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**«ΛΑΘΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΙΣ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΚΑΙ ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ»**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΠΟΛΥΓΕΝΗ ΠΑΟΛΑ

ΣΤΑΥΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΦΛΕΣΣΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2008

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*...Η Ιθάκη σ'έδωσε τ'ωραίο ταξίδι.
Χωρίς αυτήν δεν θα βγαινες στον δρόμο.
Αλλά δεν έχει να σε δώσει πια.*

*Κι αν πτωχική την βρεις, η Ιθάκη δεν σε γέλασε.
Έτσι σοφός που έγινες, με τόση πείρα,
ήδη θα το κατάλαβες, οι Ιθάκες τι σημαίνουν...*

Κωνσταντίνος Καβάφης

...Έτσι λοιπόν καταλάβαμε πως η ζωή είναι γεμάτη Ιθάκες...
Κι αν αυτή η τετράχρονη Ιθάκη τελείωσε, για μας θα παραμείνει η πιο σημαντική, η πιο σπουδαία, γιατί μας χάρισε ανεπανάληπτες εμπειρίες και κυρίως γνώσεις για να σταθούμε άξιες μπροστά στην ανθρωπότητα.

Χρειάστηκε κόπος, υπομονή και αγάπη για να φτάσουμε ως εδώ..
Ευχαριστούμε όλους εκείνους τους καθηγητές που μας δίδαξαν την πραγματική νοσηλευτική, τον κύριο Μπακάλη Νικόλαο για την πολύτιμη βοήθεια του και φυσικά τους γονείς μας που μας στήριξαν και θα μας στηρίζουν όσο τους χρειαζόμαστε...

Σας ευχαριστούμε...
Βούλα, Γιώτα, Πάολα.

Αφιερωμένο σε αυτούς που πιστεύουν σε εμάς. . .

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λάθος είναι οτιδήποτε αποκλίνει από τον κανόνα και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή, ενώ παράλειψη είναι η αμέλεια, η έλλειψη φροντίδας, η αδιαφορία και η απροσεξία, όπου η ζωή του πάσχοντος δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο αλλά έμμεσο. Τα λάθη και οι παραλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την καθημερινή του κλινική άσκηση οφείλονται σε επαγγελματικούς και προσωπικούς παράγοντες.

Η έρευνα είχε στόχο να αναδείξει αν οι νοσηλευτές διαπράττουν λάθη και παραλείψεις στην καθημερινή κλινική τους άσκηση, τους πιθανούς παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές σε λάθη και παραλείψεις και τέλος να προταθούν αλλαγές όπου κι αν χρειάζεται. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2007. Χρησιμοποιήθηκε πλάνο παρατήρησης (38 παρατηρήσεις) που συμπληρωνόταν από τους ίδιους τους ερευνητές. Επικεντρώθηκε σε τρία δημόσια νοσοκομεία (Αθήνα, Άργος, Πάτρα). Η στατιστική ανάλυση έγινε με το spss 14.0.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως γίνονται λιγότερα λάθη στα τρία δημόσια νοσοκομεία της χώρας, όμως οι παραλείψεις που συμβαίνουν σε αυτά είναι περισσότερες, σε τέτοιο ποσοστό ώστε να είναι σημαντικά υπολογίσιμες. Ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών διαπράττει κυρίως τα εξής λάθη: δεν ελέγχει την ημερομηνία φαρμάκου, δεν χειρίζεται σωστά το άσηπτο υλικό και δεν καταγράφει νοσηλευτική διεργασία. Ενώ, οι περισσότερο παρατηρούμενες παραλείψεις είναι το μη πλύσιμο χεριών πριν βγάλουν τα φάρμακα, η μη ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή, το ανύπαρκτο λουτρό καθαριότητας και η μη αλλαγή γαντιών.

Συμπερασματικά, οι παράγοντες που οδηγούν τους νοσηλευτές σε λάθη και παραλείψεις φαίνεται ότι είναι η γεωγραφική περιοχή, η κλινική, η βάρδια, η εκπαίδευση, η νοσηλευτική ευθύνη και προσωπικότητα, η έλλειψη προσωπικού και οι χαμηλές δαπάνες για την υγεία. Οι επιπτώσεις αυτών των λαθών και

παραλείψεων επικεντρώνονται στον ίδιο τον ασθενή, την οικογένεια του, τον νοσηλευτή και το κράτος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή.....	7
Θεμελιώδεις αξίες της Νοσηλευτικής.....	8
Νοσηλευτική ηθική.....	9
Νοσηλευτική δεοντολογία.....	10
Νοσηλευτικό καθήκον.....	11
Δικαιώματα νοσηλευτών.....	12
Νοσηλευτική ευθύνη.....	15
Νοσηλευτική εκπαίδευση.....	17
Σκοπός της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης.....	18
Οι τομείς εργασίας των νοσηλευτών.....	18
Λάθος και παράλειψη.....	20
Παράγοντες που ωθούν στα λάθη και τις παραλείψεις.....	21
Επαγγελματικό άγχος.....	21
Επαγγελματική εξουθένωση.....	23
Σύνδρομο «Burn out».....	23
Περιβάλλον εργασίας.....	25
Σκοπός της έρευνας.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μέθοδος.....	27
Σχεδιασμός.....	27
Διαδικασία.....	29
Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	31
Δείγμα.....	34
Στατιστική ανάλυση.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Χαρακτηριστικά δείγματος.....	36
Αποτελέσματα πλάνων παρατήρησης (Λάθη).....	39
Αποτελέσματα πλάνων παρατήρησης (Παραλείψεις).....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση.....	58
Αίτια που πιθανόν οφείλονται τα λάθη και οι παραλείψεις.....	60
Επιπτώσεις.....	69
Περιορισμοί έρευνας.....	76
Βιβλιογραφία.....	77
Παράρτημα Ι.....	80
Παράρτημα ΙΙ.....	81
Παράρτημα ΙΙΙ.....	82

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη, τέχνη και φιλοσοφία της φροντίδας. Ενσωματώνει επιστημονική γνώση, ανθρωπιστική συμπεριφορά και τις βαθύτερες αξίες της ανθρώπινης ζωής. Όπως αναφέρει η Ραγιά (2002) η επιτυχημένη άσκησή της περιλαμβάνει αρμοδιότητες όπως διοικητικές, εκπαιδευτικές, και ερευνητικές οι οποίες απαιτούν από το νοσηλευτικό προσωπικό τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Έτσι, κατορθώνεται η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η οποία αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των ασθενών και συντελεστή της προόδου του νοσηλευτικού έργου. Ο αξιολογικός προσανατολισμός ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη νοσηλευτική φροντίδα και αποκατάσταση των σωματικά ή ψυχικά ασθενών και των αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρώπινων υπάρξεων. Η Νοσηλευτική αναφέρεται σε όλους τους ανθρώπους (ασθενείς-υγιείς), σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας, είτε σε νοσοκομείο είτε στην κοινότητα.

Αυτά είναι υψηλά καθήκοντα που απαιτούν από κάθε νοσηλευτή όχι μόνο άριστη επιστημονική κατάρτιση και δεξιοτεχνία, αλλά και ψυχική ωριμότητα και αρτιότητα, καλλιεργημένο χαρακτήρα, ηθική δύναμη και θέληση, αυταπάρνηση, αφοσίωση και ηρωισμό.

Η Νοσηλευτική είναι κατεξοχήν έργο ευθύνης λόγω της μέγιστης αξίας του ανθρώπου, τον οποίο υπηρετεί και της σοβαρότητας των συνεπειών τόσο των νοσηλευτικών πράξεων όσο και των νοσηλευτικών παραλείψεων. Γι' αυτό καθόσον θεμελιώνει και ενδυναμώνει την επιστημονική της βάση, οφείλει με την ίδια μέριμνα και ένταση να ενισχύει τον δεσμό της με τις ανθρωπιστικές αρχές και αξίες. Τότε μόνο θα διατηρήσει την ύπαρξή της ως επιστήμη, και θα βρίσκεται στην επικαιρότητα βάζοντας στόχο και σκοπό την καλύτερη ποιότητα φροντίδας στον ασθενή.

Όπως αναφέρει η Ραγιά (2002) η εξασφάλιση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση των νοσηλευτών, αλλά και από :

- την πνευματική τους τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής του,
- τη νοσηλευτική τους συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες,
- τις υπεύθυνες αποφάσεις τους σε κρίσιμες απρόβλεπτες και προβληματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν.

1.2 Θεμελιώδεις αξίες της Νοσηλευτικής

Όπως αναφέρει ο Φώτης (2007) στις ανθρώπινες επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις της εκάστοτε κοινωνίας. Εντούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι.

Το ερώτημα είναι αν υπάρχουν αποσαφηνισμένες προσωπικές και επαγγελματικές αξίες για τους νοσηλευτές και αν αυτές συμπίπτουν ή είναι αντιφατικές. Συνήθως, οι προσωπικές και επαγγελματικές αξίες δεν είναι σύμφωνες. Οι προσωπικές αξίες που έχουν οι νοσηλευτές συνήθως έχουν στόχο την καλύτερη ποιότητα φροντίδας στον ασθενή. Από την άλλη μεριά, το νοσοκομείο (οργανισμός) λειτουργεί με στόχο τη σχέση κόστος – ωφελιμότητα με αποδέκτη τον ασθενή. Με άλλα λόγια, ενώ οι νοσηλευτές έχουν σαν βασική προϋπόθεση την “καλύτερη” παροχή φροντίδας, ο οργανισμός έχει σαν κεντρικό στόχο τη μείωση του κόστους και αύξηση της αποδοτικότητας. Πολύ συχνά, οι δύο αυτές αξίες δεν τέμνονται ή και στην χειρότερη μορφή, αλληλοσυγκρούονται. Οι νοσηλευτικές συνθήκες, από τις καθημερινές εμπειρίες ως τις δραματικές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή, απαιτούν λήψη κλινικών αποφάσεων που πολλές φορές φέρνουν τους νοσηλευτές σε πληθώρα διλημάτων. Πεποίθηση όλων αποτελεί ότι η κοινωνία χρειάζεται αξίες για να

επιζητήσει και φυσικά η νοσηλευτική έχει ανάγκη αξιών, για να εκπληρώσει την αποστολή της στην κοινωνία.

Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρξε πάντοτε μόνιμο, συνεπές και διαρκές σημείο στον πυρήνα της Νοσηλευτικής. Ανατρέχοντας στα βάθη των αιώνων αποδεικνύεται από την πορεία της πως η νοσηλευτική δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε σύμφωνα με τις ανθρώπινες αξίες (Κατωπόδη, 2007).

Σύμφωνα με την Παφυλάγου (2007) η σύγχρονη νοσηλευτική διατηρεί σχεδόν την ίδια προοπτική και το ίδιο πλαίσιο αναφοράς με την πρωταρχική νοσηλευτική ακολουθώντας πιστά τις παρακάτω αξίες:

- Φιλεύσπλαχνη φροντίδα και ενδιαφέρον για τον νοσηλευόμενο άνθρωπο.
- Δέος για το δώρο της ζωής.
- Σεβασμός στην αξία, αξιοπρέπεια, αυτονομία και ατομικότητα κάθε ανθρωπίνου οντότητας.
- Σεβασμός και προστασία των δικαιωμάτων του αρρώστου.
- Ευθύνη για την παροχή ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Αμέριστη και αδιάκριτη υπηρεσία στο άτομο.
- Συμβολή των νοσηλευτών στη βελτίωση και ανύψωση της κοινωνίας με την προαγωγή της υγιεινής διαβίωσης των ανθρώπων.

1.3 Νοσηλευτική Ηθική

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι η λέξη ηθική προέρχεται από τον αρχαίο Ελληνικό κόσμο και χρησιμοποιείται πολύ από τον Αριστοτέλη (Φώτη, 2007).

Παράγεται από τη λέξη “ήθος”, που προέρχεται και συνδέεται, με τη λέξη έθος. Έθος και έθος λέγεται κυρίως η συνήθεια. Παρ’όλο ότι το ήθος κατά τον Όμηρο σημαίνει τη διαμονή ή την κατοικία των ανθρώπων και των ζώων, η λέξη αυτή αποδίδεται στον Αριστοτέλη, ο οποίος πίστευε ότι οι αρετές βρίσκονται σε άμεση εξάρτηση από τη συνήθεια και την άσκηση. Έτσι, η ηθική που δείχνει την ιδιαίτερη πολιτεία του ανθρώπου, τον τρόπο ζωής του, έχει άμεση σύνδεση με τη συνήθεια και την άσκηση. Επομένως, μπορεί να λεχθεί ότι η ηθική περιγράφει τη ζωή κάθε ανθρώπου, νοσηλευτή, ιατρού, κοινωνικού λειτουργού, κλπ.

1.4 Νοσηλευτική Δεοντολογία

Η Ραγιά (2002) αναφέρει ότι η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες έχουν πρωταρχική θέση στον χώρο της υγείας. Επηρεάζουν τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις ηθικές επιλογές για την προστασία και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και την εξασφάλιση άριστης ποιότητας στην φροντίδα υγείας. Από πολύ παλιά, υπήρχε και υπάρχει πάντα, ένα “έντονο” ενδιαφέρον και μια “αγωνία” για την ανάπτυξη, μετάδοση και τήρηση των δεοντολογικών αρχών και αξιωμάτων σε όλους τους τομείς της έκφρασής της. Σκοπός της νοσηλευτικής δεοντολογίας είναι να εφοδιάσει τον νοσηλευτή με ένα αξιολογικό πλαίσιο αναφοράς, ως πυξίδα προσανατολισμού για τις υπεύθυνες κρίσεις, επιλογές, αποφάσεις, στάσεις και πράξεις του στην καθημερινή εργασία.

Πιο συγκεκριμένα, η Γιαννοπούλου (2003) προσδιορίζει ότι η Νοσηλευτική Δεοντολογία είναι το σύνολο των γνώσεων και κανόνων, που καθορίζουν τη συμπεριφορά του νοσηλευτή στην άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων και γενικότερα ρυθμίζουν τις εκδηλώσεις του τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό βίο, έτσι που να ανταποκρίνεται στην υψηλή αποστολή του και να δικαιώνεται κοινωνικά.

Η Νοσηλευτική Δεοντολογία αποβλέπει κυρίως πρώτον, στην ενημέρωση του νοσηλευτή για τα επαγγελματικά του καθήκοντα και τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο εργασίας, και δεύτερον του παρέχει τις βασικές

γνώσεις και να τον οπλίζει για τα προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων και τα δεοντολογικά διλήμματα στην καθημερινή πράξη.

Όπως αναφέρει η Ραγιά (2002) η νοσηλευτική δεοντολογία ως περιγραφή επαγγελματικών κανόνων εμφανίστηκε από την εποχή της Florence Nightingale. Το περιεχόμενο της όμως άλλαξε από αυστηρούς κανόνες σε τονισμό της προσωπικής ευθύνης των νοσηλευτών, καθώς σήμερα λαμβάνουν ακαδημαϊκή μόρφωση. Ο όρκος της Florence Nightingale, που έδιναν οι απόφοιτες της Σχολής της από το 1860 στο Λονδίνο, ήταν στην πραγματικότητα ένας κώδικας ηθικών καθηκόντων (Ραγιά, 2002).

Έκτοτε οι νοσηλευτές, όταν τελειώσουν τη βασική νοσηλευτική τους εκπαίδευση στο Πανεπιστήμιο, ή Α. Τ. Ε .Ι. δίνουν τον καθιερωμένο όρκο και κάνουν ένορκη καθομολόγηση ότι θα ασκήσουν το έργο πιστά, ευσυνείδητα και αμερόληπτα, με δικαιοσύνη και χρηστότητα. Ο όρκος των νοσηλευτών έχει τις ρίζες του στον όρκο του Ιπποκράτη, που αποτελεί ορόσημο στην ηθική του ιατρικού επαγγέλματος και ισχύει μέχρι σήμερα.

1.5 Νοσηλευτικό Καθήκον

Είναι ότι οφείλει κανείς να πράξει. Είναι υποχρέωση επιβαλλόμενη από το νόμο και την ηθική. Η έννοια καθήκον ανάγεται περισσότερο στην ηθική, στη γενικότερη συμπεριφορά, στη στάση των ευθυνών του νοσηλευτικού προσωπικού. Το 1953 υιοθετήθηκε από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ένας διεθνής κώδικας ηθικών καθηκόντων, ένας οδηγός δράσης που βασίζεται σε κοινωνικές αξίες και ανάγκες. Προκειμένου να επιτύχει το σκοπό του, ο Κώδικας πρέπει να γίνεται κατανοητός, αποδεκτός και να χρησιμοποιείται από τους νοσηλευτές σε όλες τις πτυχές του έργου τους. Η πιο πρόσφατη αναθεώρηση έγινε το 2000, που αναφέρει ότι η βασική ευθύνη του νοσηλευτή είναι:

- Προαγωγή της υγείας
- Πρόληψη της ασθένειας

- Αποκατάσταση της υγείας και
- Ανακούφιση του πόνου (Γιαννοπούλου, 2003).

Στα επαγγέλματα εφαρμογών όπως η νοσηλευτική, όπου προβλέπονται συγκεκριμένες πράξεις – τεχνικές, ο επαγγελματίας έχει δικαίωμα, καθήκον και υποχρέωση να τις εκτελεί σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από την επιστήμη, τη μεθοδολογία και την τεχνική του επαγγέλματος, με συναίσθηση ευθύνης, με την ανάλογη γενική συμπεριφορά προς τον «εξυπηρετούμενο» και τη δεοντολογία του επαγγέλματος. Για να υπάρχει καθήκον και υποχρέωση επαγγελματική, πρέπει να υπάρχει πρωτίστως δικαίωμα. Γενικά, μιλάμε για καθήκοντα μέσα στις οργανωμένες υπηρεσίες και μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένης λειτουργικής ιεραρχίας ευθυνών.

1.6 Δικαιώματα νοσηλευτών

Ο νοσηλευτής εκτός από τα ανθρώπινα δικαιώματα κατοχυρώνεται και νομικά. Παρακάτω περιγράφονται τα επαγγελματικά των νοσηλευτών σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα του 1989:

- Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλευτής-Νοσηλεύτρια» αποκτούν ειδικές επιστημονικές τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.
- Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέας, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα δραστηριότητες: Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με τη δική τους απόφαση ευθύνη εκτέλεσης, προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντος του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του.

- Παρέχουν ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα. Λαμβάνουν νοσηλευτικά μέτρα και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου, για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση. Καλύπτουν τις αδυναμίες αυτοφροντίδας. Υποβοηθούν και φροντίζουν λειτουργίες απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης και λαμβάνουν νοσηλευτικά μέτρα για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.

- Παρακολουθούν στενά αρρώστους για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα. Λαμβάνουν μέτρα για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Απομονώνουν και δηλώνουν αρρώστους με λοιμώδες νόσημα. Παρέχουν προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου, στο θάλαμο και της υποστήριξη της οικογένειας.

- Βοηθούν στη σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους. Εφαρμόζουν φυσικά μέσα για πρόκληση υποθερμίας. Πληροφορούν τον άρρωστο και τους οικείους του σε θέματα που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου, τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας, την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή. Παρέχουν εκπαίδευση και βοήθεια στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα, εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι και φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.

- Βοηθούν στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου, άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων. Διενεργούν γραπτή και προφορική ενημερωτική επικοινωνία με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς και συνεργάζονται στο συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

- Πράξεις σε απουσία γιατρού: οι νοσηλευτές εφαρμόζουν πρωτόκολλα επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια

προβλεπτά οξέα συμβάντα, εφαρμόζουν πρώτες βοήθειες. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή: Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ'εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος: Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή, χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους, πλήρης παρεντερική θρέψη, θεραπευτικά λουτρά και βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων

- Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων. Να συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας και να καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής άσκησης, ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας και καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα.

- Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να συμμετέχουν σε έκτατες ανάγκες υγειονομικών προβλημάτων, σε όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας με τον τομέα ειδικότητάς τους και να καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα.

- Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος απασχολούνται στην νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. Ακόμα έχουν το δικαίωμα να επισημάνουν προβλήματα για την έρευνα ή μελέτη και να τις διεξάγουν με σκοπό την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και μεθοδολογίας. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας

άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών έχουν χαρακτηριστεί ως γενικά, ασαφή και ελλιπή. Βέβαια φαίνεται πως δεν είναι ξεκάθαρα πολλά σημεία σχετικά με τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών. Για παράδειγμα, στη χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, δεν διευκρινίζεται αν ο νοσηλευτής καλύπτεται νομικά να χορηγήσει φλεβοκαθετήρα ή ακόμα αν μπορεί να δώσει αίμα. Άλλο ένα σημαντικό σημείο είναι στη χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους, όπου και πάλι, δεν διευκρινίζεται εάν ο νοσηλευτής μπορεί να κάνει στοματοτραχειακή ή ρινοτραχειακή διασωλήνωση, διαδερμικό διαλαρυγγικό αερισμό ή ακόμα και κρικοθυρεοτομεία. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί εάν ο νοσηλευτής μπορεί να επέμβει ή όχι σε απουσία γιατρού. Το ερώτημα που τίθεται είναι, αν ο νοσηλευτής ενώ κατέχει τις απαραίτητες, επιστημονικές γνώσεις, αν μπορεί να ενεργήσει μόνος (ανεξάρτητα), τη συγκεκριμένη στιγμή που θα χρειαστεί.

1.7 Νοσηλευτική Ευθύνη

Όπως αναφέρει η Ραγιά (2002) η Νοσηλευτική είναι έργο ευθύνης γιατί υπηρετεί τον άνθρωπο. Επομένως, οι νοσηλευτές καλούνται να συνειδητοποιήσουν την ευθύνη που έχουν τόσο απέναντι στην επιστήμη όσο και απέναντι στον ασθενή, στον οργανισμό και στην κοινωνία. Γεννάτε όμως το ερώτημα: ποιο το περιεχόμενο και ποια η έκταση αυτής της ευθύνης;

Η νοσηλευτική ευθύνη εκτείνεται σε καθετί που αφορά στο επάγγελμα. Αρχικά, οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για την άρτια βασική εκπαίδευσή τους (προπτυχιακή) και τη συνεχή επιμόρφωση, τη διατήρηση, τον εκσυγχρονισμό και την τελειοποίηση των νοσηλευτικών τους δεξιοτήτων, μεθόδων και εφαρμογών.

Η αρτιότερη άσκηση της νοσηλευτικής, προϋποθέτει την καθημερινή συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής ευθύνης. Η προθυμία, η παρατηρητικότητα,

η ετοιμότητα, η ακρίβεια και η προσοχή εξαρτώνται από το βαθμό στον οποίο έχουν συνειδητοποιήσει την ευθύνη τους οι νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τη Ραγιά (2002) οι μορφές νοσηλευτικής ευθύνης διακρίνονται σε:

∅ Ευθύνη για την παρατηρητικότητα και εκτίμηση συμπτωμάτων, αντιδράσεων, αναγκών και προβλημάτων του ασθενούς, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή ορθών νοσηλευτικών ενεργειών, καθώς και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη βελτίωση, επιδείνωση, μεταβολή ή στασιμότητα της κατάστασης του ασθενούς.

∅ Ευθύνη για τη σωστή χρήση των οργάνων, συσκευών, μηχανημάτων και άλλων ειδών νοσηλευτικής και ιατρικής τεχνολογίας για την προστασία και ανακούφιση του ασθενούς.

∅ Ευθύνη για την σωστή καταγραφή όσων αφορούν στη νοσηλεία του ασθενούς.

∅ Ευθύνη για την επίβλεψη του προσωπικού που εκτελεί νοσηλεία με την καθοδήγηση των νοσηλευτών, διότι αυτοί έχουν την ευθύνη για λάθη και παραλείψεις.

∅ Ευθύνη για την εκτέλεση των νόμιμων ιατρικών οδηγιών, για την κατανόηση της επιστημονικής ένδειξής τους και του θεραπευτικού αποτελέσματος που αναφέρεται στις οδηγίες αυτές.

∅ Ευθύνη για τη σωστή επιλογή και εκτέλεση κάθε νοσηλείας σύμφωνα με τις βασικές αρχές της Νοσηλευτικής.

∅ Ευθύνη για την διδασκαλία και διαπαιδαγώγηση ασθενούς σχετικά με την αυτοεξυπηρέτηση, την αποκατάσταση και διατήρηση του ασθενούς.

∅ Ευθύνη για την ασφαλή και ποιοτική παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

Η συναίσθηση της ευθύνης βέβαια δεν ακολουθείται «αυτόματα» ως αποτέλεσμα της εκπαίδευσης των φοιτητών. Δεν επιβάλλεται στους νοσηλευτές, όσο πειστικές οδηγίες και αν τους δοθούν, και ούτε «έρχεται» ύστερα από την επιτυχία στις εξετάσεις ή όταν πάρουν το πτυχίο τους. Η ευθύνη είναι ισόβια διεργασία και καλλιεργείται με την άσκηση του επαγγέλματος, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη τήρηση των νοσηλευτικών δικαιωμάτων και καθηκόντων.

1.8 Νοσηλευτική εκπαίδευση

1.8.1 Εισαγωγή

Σύμφωνα με τη Σαββοπούλου (2003) η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα δίδεται από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, η οποία διαχωρίζεται σε Τεχνολογική Ανώτατη εκπαίδευση (Α.Τ.Ε.Ι.) και την Ανώτατη εκπαίδευση στα Πανεπιστήμια.

1. Η Τεχνολογική Εκπαίδευση παρέχεται μέσω 7 σχολών στην επικράτεια. Η φοίτηση διαρκεί 4 χρόνια (οκτώ εξάμηνα). Το πρόγραμμα προσφέρει εκπαιδευτική προετοιμασία που βασίζεται αφενός μεν, στις φυσικές και κοινωνικές επιστήμες αφετέρου δε, στη διδασκαλία κλινικής νοσηλευτικής και εμπειρία στις υπηρεσίες υγείας, που καλύπτουν όλα τα στάδια και τις φάσεις της ζωής του ατόμου που εντοπίζεται ανά πάσα στιγμή στον άξονα υγεία - ασθένεια. Οι Πτυχιούχοι Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) μπορούν να συνεχίσουν τις σπουδές τους στα πανεπιστήμια της Ευρώπης και της Ελλάδος για μεταπτυχιακό πτυχίο (MASTER, Διδακτορικό), και σε διάφορες ειδικότητες όπως Παθολογική, Χειρουργική, Ψυχιατρική, Κοινωνική, Νοσηλευτική Διοίκηση, Ογκολογική κ.α.

2. Στην Σχολή του Πανεπιστημίου της Αθήνας, η φοίτηση είναι και εκεί τετραετής. Οι απόφοιτοι Πτυχιούχοι Νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) έχουν την δυνατότητα να συνεχίσουν για μεταπτυχιακό πτυχίο (MASTER, Διδακτορικό), αλλά και στις ειδικότητες που αναφέραμε παραπάνω.

1.8.2. Σκοπός της νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Σήμερα ο προσανατολισμός και των δύο προγραμμάτων (Α.Τ.Ε.Ι., Α.Ε.Ι.) είναι περισσότερο η θεωρητική κατάρτιση των νοσηλευτών σε σχέση με την κλινική τους άσκηση. Ο σκοπός της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι να προετοιμάσει έναν επιστήμονα νοσηλευτή που θα έχει όχι μόνο θεωρητικές γνώσεις και τεχνικές ικανότητες, αλλά ανεπτυγμένη κριτική σκέψη, παρατηρητικότητα και αίσθημα ευθύνης απέναντι στους ασθενείς. Τα τμήματα Νοσηλευτικής συμβάλλουν στην επαγγελματική αποκατάσταση των φοιτητών τους, διατηρώντας αμφίδρομη σχέση και συνεργασία με Πανεπιστήμια και φορείς τόσο του εσωτερικού όσο και του εξωτερικού, για την επίτευξη της αποστολής τους (www.teithe.gr).

1.9 Οι τομείς εργασίας των νοσηλευτών

Οι τομείς εργασίας των νοσηλευτών σήμερα, σε γενικές γραμμές είναι :

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ: Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών εργάζεται στα νοσοκομεία, που κατά κύριο λόγο παρέχεται θεραπεία σε πολύπλοκες καταστάσεις. Τα νοσοκομεία περιλαμβάνουν πολυάριθμους τομείς όπως χειρουργικούς, παθολογικούς, εντατική φροντίδα, κá. Αναλυτικότερα, στην παθολογική κλινική νοσηλεύονται περιστατικά παθολογικής φύσεως όπως από απλές λοιμώξεις μέχρι βαριά χρόνια νοσήματα χωρίς όμως αυτό να αποκλείει τη νοσηλεία όλων των περιστατικών που φιλοξενεί ένα νοσοκομείο. Από την άλλη μεριά, στη χειρουργική κλινική νοσηλεύονται περιστατικά που χρήζουν άμεσης χειρουργικής παρέμβασης. Συγκεκριμένα, η φροντίδα που παρέχεται χωρίζεται σε προεγχειρητική και μετεγχειρητική, και προσφέρεται έως ότου να αποκατασταθεί πλήρως η υγεία του πάσχοντος. Πρωτεύων σκοπός και των δύο τμημάτων είναι η ίαση, η αποκατάσταση της υγείας, η θεραπεία της ασθένειας, η ψυχολογική υποστήριξη, η ενημέρωση/ εκπαίδευση του ασθενή και των οικείων του, η ανακούφιση του πόνου δηλαδή ένα σύστημα ολοκληρωμένης παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία εργάζονται 37.5 ώρες την εβδομάδα και καλύπτουν τις τρεις βάρδιες του εικοσιτετραώρου. Η εικοσιτετράωρος παρουσία του νοσηλευτή στην νοσηλευτική μονάδα, όπως γίνεται φανερό, καθιστά τον νοσηλευτή κύριο συντονιστή των υπηρεσιών που παρέχονται σε όλους τους αρρώστους.

ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ: Είναι γενικά αποδεκτό ότι τις τελευταίες δεκαετίες η έμφαση δίνεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας έξω από το νοσοκομείο. Αυτό προέκυψε με την αυξημένη ενημέρωση όσον αφορά την σπουδαιότητα της διατήρησης της υγείας και της πρόληψης της νόσου.

Οι τομείς που εργάζονται οι νοσηλευτές στην κοινότητα είναι:

- Των Κέντρων Υγείας
- Της Υγιεινής της Εργασίας
- Της Σχολικής Υγιεινής (Γιαννοπούλου, 2003).

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: Οι Νοσηλευτές, όπως αναφέρει και το Προεδρικό Διάταγμα του 1989, απασχολούνται και στην εκπαίδευση (Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια).

Θα ήταν αξιοσημείωτο να αναφέρουμε πως εκτός από τις θεωρητικές και τεχνολογικές γνώσεις και δεξιότητες, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει τόσο τα καθήκοντα του όσο και τα δικαιώματά του. Προσωπική μέριμνα κάθε νοσηλευτή είναι η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας με αίσθημα νοσηλευτικής ευθύνης. Ο νοσηλευτής, σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας οφείλει να σέβεται και να θέτει ως προτεραιότητα του το συμφέρον του ασθενή, να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ασθενή ή στο ίδρυμα στο οποίο εργάζεται, να συνεργάζεται με όλο το υγειονομικό προσωπικό, κ.α. (Προεδρικό Διάταγμα, 2001)

Γενικά, η Νοσηλευτική Δεοντολογία κατευθύνει και προσδιορίζει το έργο που θα πρέπει να ακολουθεί ο νοσηλευτής. Φαίνεται όμως ότι ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας έχει χαρακτήρα κατευθυντήριων γραμμών και όχι κανόνων, και

ως αποτέλεσμα “εμποδίζει” τον νοσηλευτή να πράξει ως ανεξάρτητος επιστήμονας.

Έτσι λοιπόν, η Νοσηλευτική έχοντας αίσθημα ευθύνης και προπάντων ήθος, δεν επιτρέπει, όσο αυτό είναι εφικτό, να γίνονται λάθη ή παραλείψεις ή ακόμα και τα δύο, στη καθημερινή κλινική άσκηση. Αλλά τι είναι λάθος και τι παράλειψη; Είναι σοβαρά ή όχι; Αναστρέψιμα ή μη; Επικίνδυνα; Τρομακτικά; Τραγικά; Ή απλά και άνευ ουσίας; Θέτουν σε κίνδυνο ζωές; Οικογένειες και υπολείψεις; Τα παρακάτω ερωτήματα, θα προσπαθήσουμε να απαντηθούν παρακάτω.

1.10 Λάθος και Παράλειψη

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (1998) λάθος είναι οτιδήποτε αποκλίνει από τον κανόνα και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή, ενώ παράλειψη είναι η αμέλεια, η έλλειψη φροντίδας, η αδιαφορία και η απροσεξία, όπου η ζωή του πάσχοντος δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο αλλά έμμεσο. Φαίνεται ότι το λάθος και η παράλειψη είναι τόσο ίδιες, μα και τόσο διαφορετικές έννοιες. Ξεχωρίζουν από μικρές, ελάχιστες λεπτομέρειες που έχουν να κάνουν με το αποτέλεσμα πάνω στον ίδιο τον ασθενή και όχι με την παρέκκλιση από τις νοσηλευτικές αρχές και θεωρίες. Ως αποτέλεσμα, το λάθος είναι πιο σοβαρό και επικίνδυνο, μπορεί να αποβεί τραγικό και μη ανατρέψιμο και να θέσει σε κίνδυνο ανθρώπινες ζωές. Τα λάθη και οι παραλείψεις αποτελούν τις δύο όψεις ενός νομίσματος που ο νοσηλευτής σε καθημερινή βάση πρέπει να αντιμετωπίζει και κυρίως να αποφύγει. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει γνώσεις, εμπειρία, υπευθυνότητα, ήθος και αγάπη για το επάγγελμα που επέλεξε να εξασκήσει.

Είναι αξιοσημείωτη η αναφορά του Φώτη (2007) πως ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να εκτιμά την κατάσταση κάθε ασθενούς ώστε να προσδιορίζει τις επιπτώσεις της ασθένειας. Αυτό επιτυγχάνεται με τη συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων στοιχείων (πληροφοριών) σχετικά με τον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του. Οι πληροφορίες συγκεντρώνονται και αναλύονται με σκοπό την αναγνώριση και προσδιορισμό των αναγκών του ασθενή. Ο νοσηλευτής οφείλει να αποφασίσει υπεύθυνα και να ενεργεί με βάση την αξιολόγηση. Έχει

προσωπική ευθύνη και απαιτεί ενεργητική θέση. Ο νοσηλευτής πρέπει να «εκτιμεί» τις αξίες και τις αρχές, να αξιολογεί επιλογές, ενέργειες και πράξεις, με πλήρη γνώση των ηθικών και δεοντολογικών συνεπειών της απόφασής του. Οφείλει να χρησιμοποιεί μηχανισμούς και διαδικασίες που διατίθενται στο ίδρυμα για ελαχιστοποίηση αρνητικών επιπτώσεων στον άρρωστο (π.χ. πρωτόκολλα σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών, όπως ΚΑΡΠΑ).

Ποια είναι όμως η πραγματική διάσταση των επιπτώσεων ή συνεπειών αυτών των δύο ενεργειών; Γίνονται λάθη και παραλείψεις από το νοσηλευτικό προσωπικό; Και αν ναι, γιατί επιτρέπουμε να γίνονται; Ποιοι παράγοντες ωθούν το νοσηλευτικό προσωπικό, να υποπέσει σε λάθη και παραλήψεις;

1.11 Παράγοντες που ωθούν στα λάθη και τις παραλείψεις

Σύμφωνα με την Ελληνική Νοσηλευτική βιβλιογραφία, δεν υπάρχει σχετική έρευνα για το θέμα, και έτσι είναι δύσκολο να απαντηθεί αν γίνονται λάθη ή/και παραλήψεις από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η μικρή κλινική μας εμπειρία όμως μας βοηθάει να διαπιστώσουμε την άποψη ότι το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει και λάθη και παραλήψεις στο κλινικό του έργο. Οι συνέπειες αυτών των λαθών και παραλείψεων φαίνεται ότι έχουν επιπτώσεις στους ασθενείς, στους συγγενείς τους, στον οργανισμό (νοσοκομείο), και κυρίως στην επιστήμη. Όπως σε όλους τους επαγγελματικούς τομείς, έτσι και στο χώρο της άσκησης της νοσηλευτικής, επικρατούν εργασιακά προβλήματα όπως οι εντατικοί ρυθμοί εργασίας, το διευρυμένο ωράριο εργασίας, το περιβάλλον εργασίας, ο έντονος ανταγωνισμός, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, το άγχος, η εξουθένωση, το σύνδρομο Burn out, κόπωση κ. ά, που πιθανώς «ωθούν» το νοσηλευτικό προσωπικό σε λάθη και παραλείψεις. Επίσης, φαίνεται ότι η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων προκαλούν πολλές φορές τους νοσηλευτές σε λάθη. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες αναλύονται παρακάτω.

1.11.1 Επαγγελματικό άγχος

Όπως αναφέρει η Μιχαλοπούλου (2003) το επαγγελματικό άγχος αποτελεί συχνά αντικείμενο μελέτης, καθώς αποτελεί σημαντικό παράγοντα της εργασίας

του κάθε ατόμου. Το άγχος μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου μειώνοντας την απόδοσή του στον χώρο εργασίας. Μερικά συμπτώματα που προκαλεί το άγχος είναι κεφαλαλγία, στηθάγχη, υπέρταση, μυαλγία, ανορεξία, αϋπνία, ανησυχία, ακόμα και κατάθλιψη. Οι κυριότεροι παράγοντες που προκαλούν άγχος στους νοσηλευτές είναι οι συχνές βάρδιες, η σύγκρουση των ρόλων τους, η συνεχής επικοινωνία με ποικιλία ατόμων και τα οικογενειακά προβλήματα που μεταφέρονται στο χώρο εργασίας (Μιχαλοπούλου, 2003).

Επίσης, η πολύωρη εργασία και το σχέδιο ροής της δουλειάς αναφέρονται ότι επηρεάζουν στο επίπεδο άγχους των νοσηλευτών. Επιπλέον, οι William και Wilkins (2005) υποστηρίζουν ότι οι όροι της νομοθεσίας στους οποίους οι νοσηλευτές εργάζονται, τα επίπεδα προσωπικού, οι ώρες απασχόλησης, το φυσικό περιβάλλον, η επιχειρησιακή φιλοσοφία, η διαχείριση, το ύψος και η ικανότητα ηγεσίας, τα χαρακτηριστικά των εργασιακών χώρων και η επικοινωνία μπορούν να επηρεάσουν την πιθανότητα των λαθών και την ποιότητα της προσοχής που διατίθεται στους ασθενείς. Όλα τα παραπάνω είναι ιδιαίτερα σημαντικά, ειδικά στην Ελλάδα, που η φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, εξαντλητικά ωράρια εργασίας, όχι καλές συνθήκες εργασίας, χαμηλό επίπεδο προσωπικού (νοσοκόμοι), και φιλοσοφία-νοοτροπία φροντίδας “η δουλειά να βγει πέρα”.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το διευρυμένο ωράριο (διπλές βάρδιες), όπου προκαλεί επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η κρίση τους, καθώς και οι κλινικές και ηθικές τους αποφάσεις. Είναι σημαντικό να διδάσκονται μέθοδοι αντιμετώπισης του άγχους και να δίνονται λύσεις στα προβλήματα που συναντά ο νοσηλευτής στους χώρους εργασίας, ώστε να μειώνεται το άγχος και να αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση.

1.11.2 Επαγγελματική εξουθένωση

Σύμφωνα με τους Τεγόπουλο και Φυτράκη (1993) ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται η καταπόνηση, ο επαγγελματικός εξευτελισμός, η επαγγελματική εκμηδένιση και κάθε είδους σωματική και ψυχολογική πίεση που ασκείται στον εργαζόμενο. Όπως αναφέρει η Αδάλη (2002) οι επιπτώσεις από την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους οργανισμούς. Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος και η λήψη μέτρων τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τις νοσηλευτικές διοικήσεις είναι απαραίτητα για την ανακούφιση από τις δυσμενείς επιπτώσεις.

Οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης θα πρέπει να συμβαδίζουν με στόχο τη βελτίωση των συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης και τη μείωση της δράσης των στρεσογόνων παραγόντων. Στα προληπτικά μέτρα συμπεριλαμβάνονται οι διαλέξεις σχετικά με το εργασιακό στρες και τον τρόπο αντιμετώπισής του, η αναδιάρθρωση και η ευελιξία των προγραμμάτων εργασίας, η εκπαίδευση των νοσηλευτών και των στελεχών της διοίκησης στο πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης και η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε θέματα που αφορούν στην προαγωγή της υγείας. Σε κάθε περίπτωση οι νοσηλευτικές διοικήσεις μπορούν να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν αλλαγές μετά από έρευνα.

1.11.3 Σύνδρομο Burn out

Η Maslach (2007) υποστηρίζει ότι το σύνδρομο Burn out χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις:

1. Τη συναισθηματική εξάντληση, όπου ο εργαζόμενος αισθάνεται ψυχικά «άδειος», δηλαδή ότι δεν έχει πλέον να προσφέρει κάτι στη δουλειά του.
2. Την απροσωποποίηση, όταν ο εργαζόμενος δηλαδή αναπτύσσει έναν μηχανισμό άμυνας προκειμένου να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική εξάντληση που βιώνει. Αποστασιοποιείται από τους ασθενείς, το αντικείμενο

της εργασίας του και σε ορισμένες περιπτώσεις από τον ίδιο του τον εαυτό. Συχνά εκδηλώνει αδιαφορία ή επιθετική συμπεριφορά. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η απροσωποποίηση αποτελεί το «ειδοποιό στοιχείο» του burn-out, αυτό που το κάνει να ξεχωρίζει από άλλες ψυχικές καταστάσεις, όπως το στρες στην εργασία ή τη χρόνια κόπωση.

3. Το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων, που προκύπτει ως αποτέλεσμα των δύο παραπάνω. Το άτομο νιώθει ότι είναι εντελώς ανίκανο, αναπτύσσει δηλαδή αρνητική εικόνα για τον εαυτό του ως προς τα επαγγελματικά του επιτεύγματα και αισθάνεται ότι έχει αποτύχει σε αυτό το επάγγελμα.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου Burn out είναι:

- Ψυχικά: αίσθημα διαρκούς κόπωσης, θυμός, απογοήτευση, απώλεια ενθουσιασμού, αρνητικές σκέψεις, άγχος, αδυναμία συγκέντρωσης και χαμηλή αυτοεκτίμηση.
- Σωματικά: ημικρανίες, αϋπνίες, γαστρεντερικές διαταραχές, αλλεργίες – γενικά όλες οι σωματικές διαταραχές που συνδέονται και με το στρες.
- Συμπεριφοράς: διάφορες καταχρήσεις (αλκοόλ, κάπνισμα, ναρκωτικές ουσίες), διατροφικές διαταραχές..

Οι πιο ευάλωτοι στην ανάπτυξη του συνδρόμου αυτού είναι τα άτομα που ασχολούνται με επαγγέλματα που ενέχουν το στοιχείο της διαπροσωπικής επαφής, όπως της νοσηλευτικής. Και αυτό γιατί νιώθουν διαρκώς ότι πρέπει να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις όχι μόνο της διοίκησης, αλλά και των «ασθενών-πελατών». Επίσης, κινδυνεύουν περισσότερο οι νεότεροι σε ηλικία (Καρκάνη, 2007). Αν και ξεκινούν με ιδανικά και φιλοδοξίες, στην πορεία διαπιστώνουν ότι η εργασιακή πραγματικότητα απέχει πολύ από τα όνειρά τους. Σημαντικό ρόλο όμως παίζει και η προσωπικότητα. Οι εργαζόμενοι που είναι πιο εκτεθειμένοι είναι άτομα ευαίσθητα, με έντονα ιδεολογικά στοιχεία,

υψηλούς στόχους, έχουν επενδύσει στη δουλειά τους και προσπαθούν να βρουν προσωπική πληρωμή μέσα από την εργασία τους (Καρκάνη, 2007).

1.11.4 Περιβάλλον εργασίας

Στο περιβάλλον εργασίας υπόκεινται οι κτιριακές υποδομές, οι συνθήκες και ο τρόπος εργασίας, οι επαγγελματικοί κίνδυνοι, οι πολιτικές που ακολουθεί η διοίκηση, η ψυχολογική και σωματική βία, το μέγεθος του φόρτου εργασίας, οι ισορροπίες στην εργασιακή ζωή, κ.α. Με άλλα λόγια, το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα το νοσηλευτή. Το ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον επιδρά αρνητικά στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Υψηλά ποσοστά νοσηλευτών στον Καναδά, τις Ηνωμένες Πολιτείες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία αναφέρουν πιέσεις στην εργασία, τόσο σημαντικές ώστε να επηρεάζεται η παρεχόμενη φροντίδα (Νοσηλευτικό Δελτίο, 2007).

1.12 Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα που διεξήχθη είχε σκοπό:

- να διαπιστώσει αν το νοσηλευτικό προσωπικό προβαίνει ή όχι σε λάθη κατά την κλινική του άσκηση
- να διαπιστώσει αν το νοσηλευτικό προσωπικό προβαίνει ή όχι σε παραλείψεις κατά την κλινική του άσκηση
- να περιγραφούν οι επιπτώσεις των λαθών και παραλείψεων (ασθενείς, οργανισμούς, κοινωνία)
- να προταθούν αλλαγές, όπου και αν, χρειάζεται, και

- να προσδιοριστούν οι μεταβλητές που πιθανών να επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό σε λάθη και παραλείψεις (προπτυχιακή εκπαίδευση, διοικητική οργάνωση, φιλοσοφία, δια βίου εκπαίδευση, κ.α.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Μέθοδος

Σύμφωνα με τον Μαντζαράκη (2004) μέθοδος είναι ο συστηματικός και προγραμματισμένος τρόπος δράσης, προσέγγισης, εξέτασης, ανάλυσης και ερμηνείας προβλημάτων ή φαινομένων βάσει συγκεκριμένων κανόνων προκειμένου να επιτευχθεί ένας εκ των προτέρων προκαθορισμένος στόχος. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε τον μήνα Οκτώβριο του 2007. Ήταν μια εφαρμοσμένη και κατ' επέκταση κλινική έρευνα που στόχο είχε αρχικά να αναγνωρίσει την πιθανότητα νοσηλευτικών λαθών και παραλείψεων στα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, είχε στόχο να αναδείξει τους πιθανούς παράγοντες που οδήγησαν τους νοσηλευτές να διαπράξουν τις παραλείψεις και τα λάθη αυτά καθώς και να προταθούν αλλαγές όπου και αν χρειάζονται. Για να επιτύχουμε μια αποτελεσματική και αναλυτική μέθοδο, αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε τρεις διαφορετικές πόλεις της χώρας μας (Αθήνα, Άργος, Πάτρα), σε δυο διαφορετικές κλινικές (Παθολογική, Χειρουργική) και να διεξαχθεί η έρευνα σε όλες τις βάρδιες του νοσοκομείου (Πρωί, Απόγευμα, Βράδυ).

2.1 Σχεδιασμός

Για το σχεδιασμό της έρευνας, έπρεπε να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τα θέματα που θα ερευνούσαμε, όσο αφορά την πραγματοποίηση ή όχι νοσηλευτικών λαθών και παραλείψεων. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, στο προηγούμενο κεφάλαιο, έδειξε ότι υπάρχουν πιθανότητες να γίνονται λάθη και παραλείψεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας και ειδικότερα πως υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που επηρεάζουν τους νοσηλευτές ώστε να τα διαπράττουν. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αντιμετωπίσαμε μεγάλη δυσκολία διότι δεν υπάρχει πλούσια ελληνική βιβλιογραφία ή κάποια παρόμοια έρευνα που να σχετίζεται με το θέμα που επιλέξαμε να ερευνήσουμε. Έτσι, χρησιμοποιήσαμε τη «λιγοστή» ελληνική βιβλιογραφία και ανατρέξαμε μέσω του διαδικτύου σε ξένα νοσηλευτικά περιοδικά ψάχνοντας παρόμοιες έρευνες.

Δυστυχώς, υπάρχουν ελάχιστες δημοσιεύσεις σχετικά με λάθη και παραλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού και έτσι δεν μας βοήθησαν να θέσουμε κατευθυντήριους άξονες για την έρευνά μας. Αυτή η δυσκολία είχε σαν αποτέλεσμα να θέλουμε πολύ περισσότερο να φέρουμε εις πέρας αυτή την έρευνα ώστε να θέσουμε τις βάσεις για τυχόν έρευνες που θα διεξαχθούν στο μέλλον.

Με κριτήριο την επιστημονικότητα της μεθοδολογίας, των μέσων και των τεχνικών που χρησιμοποιούνται, όπως τα αναφέρει ο Δημητρόπουλος (1994), η έρευνα διακρίνεται σε:

- Ομαδική ή συλλογική, διότι διεξάγεται από μικρή ή μεγάλη ερευνητική ομάδα
- Νομοθετική, διότι μελετάται η συμπεριφορά πολλών υποκειμένων ταυτόχρονα και μπορεί να καταλήξει στη διατύπωση νόμων, αρχών και λοιπών γενικεύσεων
- Διαχρονική, διότι μελετώνται χαρακτηριστικά υποκειμένων επί ένα χρονικό διάστημα το οποίο είναι δυνατόν να ποικίλει από μερικές ώρες μέχρι δεκαετίες
- Διερευνητική, διότι κύριος σκοπός της εργασίας είναι η ανακάλυψη ή η διατύπωση ενός προβλήματος για περαιτέρω διερεύνηση του
- Ανεξάρτητη, διότι οι ερευνητές έχουν μεγάλο βαθμό ελευθερίας επιλογών ως προς τους σκοπούς, τις υποθέσεις, τις μεταβλητές κ.α.

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σχεδιασμός επιτόπιας έρευνας με κριτήριο το ερευνητικό περιβάλλον και τον τόπο διεξαγωγής της έρευνας. Η έρευνα επιτόπιας μελέτης γίνεται στο ίδιο περιβάλλον που εκδηλώνεται η υπό μελέτη συμπεριφορά ή το μελετώμενο φαινόμενο(Δημητρόπουλος, 1994). Τα χαρακτηριστικά των επιτόπιων ερευνών σύμφωνα με την Σαχίνη-Καρδάση (2004) είναι τα εξής:

- ✓ Το κύριο «όργανο» για συλλογή δεδομένων είναι ο ίδιος ο ερευνητής
- ✓ Η συλλογή δεδομένων γίνεται είτε με παρατήρηση είτε με συνεντεύξεις
- ✓ Είναι δύσκολη έρευνα διότι ο ερευνητής μπορεί να ταυτιστεί με το ερευνητικό πεδίο
- ✓ Χρειάζεται την απόλυτη προσοχή και συγκέντρωση του ερευνητή
- ✓ Απαιτεί χρόνο και κόπο από τον ερευνητή

▼ Τέλος, είναι επιλογή του ερευνητή εάν θα επιλέξει καλυμμένη έρευνα, δηλαδή εάν θα κάνει γνωστό το λόγο της παρουσίας του στο ερευνητικό πεδίο, χωρίς όμως να καταπατά τις ηθικές αρχές της έρευνας.

Ένα ιδιαίτερο είδος εφαρμοσμένης ερευνητικής προσέγγισης είναι η λεγόμενη έρευνα δράσης. Πρόκειται συνήθως για μιας μικρής κλίμακας επιτόπια έρευνα που αποβλέπει στον εντοπισμό – διάγνωση κάποιου συγκεκριμένου πρακτικού προβλήματος σε μια συγκεκριμένη πραγματική κατάσταση, με την ισότιμη συμμετοχή και τη συνευθύνη τόσο των εκπροσωπούντων στην ερευνητική μεθοδολογία όσο και των εκπροσωπούντων στην πράξη (Παρασκευόπουλος, 1985). Έτσι λοιπόν η έρευνα μας αποκτά μια πιο αντιπροσωπευτική διάκριση (έρευνα δράσης) φανερώνοντας ξεκάθαρα τις προθέσεις και το σκοπό της.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της παρατήρησης χρησιμοποιώντας «πλάνο παρατήρησης λαθών και παραλείψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σε πρωινές, απογευματινές και βραδινές βάρδιες» που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές με συνολικά 38 παρατηρήσεις για το νοσηλευτικό προσωπικό σε Παθολογικές και Χειρουργικές κλινικές.

2.2 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας (Αθήνα, Άργος, Πάτρα). Αφού επιλέχθηκαν τα νοσοκομεία, στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες των Παθολογικών και Χειρουργικών τμημάτων. Το γράμμα εξηγούσε τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής των πληροφοριών, την ταυτότητα των ερευνητών και ζητούσε την άδεια διεξαγωγής της έρευνας στα τμήματά τους (παράρτημα I, σελ 80). Τήρηση των αρχών ηθικής έρευνας, ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού περιλαμβάνονταν στο γράμμα. Αφού η έγκριση εξετάστηκε από τις προϊστάμενες των τμημάτων και από τα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων, δόθηκε έγκριση για την πραγματοποίηση της έρευνας. Βέβαια λόγω του ελάχιστου χρόνου που είχαμε στη διάθεση μας, διεξαγωγή έρευνας δεν πραγματοποιήθηκε στην παθολογική κλινική ενός νοσοκομείου στην Πάτρα εξαιτίας της χρονοβόρας διαδικασίας που θα χρειαζόταν για να παρθεί μια

έγκριση για την διεξαγωγή της έρευνας από το Διοικητικό συμβούλιο και την προϊσταμένη του τμήματος. Έτσι, η έρευνα στην Πάτρα επικεντρώθηκε μόνο στην χειρουργική κλινική όπου δόθηκε άδεια έρευνας άμεσα από την ίδια την προϊσταμένη του τμήματος.

Στη συνέχεια, για τον έλεγχο του «πλάνου παρατήρησης» σχεδιάστηκε και έγινε μια πιλοτική μελέτη (pilot study). Η δοκιμαστική εφαρμογή της έρευνας είναι συνήθης πρακτική, κι αυτό απορρέει από την κοινή λογική αλλά και τον επιστημονικό κανόνα, να γίνεται πρώτα μια δοκιμαστική διεξαγωγή της έρευνας. Με αυτό τον τρόπο ελέγχουμε την ορθότητα, την πληρότητα, την ρεαλιστικότητα και την αποτελεσματικότητα της έρευνας τόσο όσον αφορά το εργαλείο μέτρησης όσο και τη διαδικασία (Δημητρόπουλος, 1994). Κατά τους Burns και Grove (1987) η πιλοτική έρευνα είναι σαφώς μια μικρότερη έρευνα που γίνεται για να επιβεβαιώσει εάν η μεθοδολογία που ακολουθείται από τους ερευνητές είναι η κατάλληλη για την σωστή διεξαγωγή της έρευνας. Επιπροσθέτως, η Nieswiadomy (1987) υποστηρίζει πως η πιλοτική έρευνα δεν έχει ιδιαίτερες δυσκολίες αφού το δείγμα είναι σαφώς μικρότερο και ο χρόνος διεξαγωγής της είναι ελάχιστος.

Αποφασίστηκε λοιπόν να προβούμε στην πιλοτική μελέτη από τις 20 Οκτωβρίου έως τις 21 Οκτωβρίου. Η δοκιμαστική αυτή έρευνα επιβεβαίωσε ότι το περιεχόμενο και τη δομή του «πλάνου παρατήρησης» ήταν αρκετό καλό. Από την άλλη μεριά, ανέδειξε τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίζαμε στην κύρια έρευνα, όπως τις χρονικές στιγμές που έπρεπε να παραβρισκόμασταν στα τμήματα των νοσοκομείων για παράδειγμα ώρες νοσηλειών, αλλαγών, κ.ά.

Μετά την ολοκλήρωση της πιλοτικής μελέτης, αποφασίστηκε να διεξαχθεί η κύρια έρευνα η οποία ξεκίνησε στις 22 Οκτωβρίου και ολοκληρώθηκε στις 31 Οκτωβρίου. Ο χρόνος συμπλήρωσης του «πλάνου παρατήρησης» κυμαινόταν ανάλογα τον ερευνητή και την βάρδια στην οποία παρατηρούσε κυμαινόταν μεταξύ 30 και 90 λεπτών. Η παρατήρηση γινόταν και στις τρεις βάρδιες του κάθε τμήματος. Όταν ολοκληρώνονταν οι νοσηλευτικές αυτές διεργασίες αποχωρούσαμε από το νοσοκομείο και επιστρέφαμε ξανά τις ώρες που διενεργούνταν οι επόμενες ενέργειες/πράξεις στην επόμενη βάρδια. Στο τέλος της διεξαγωγής της έρευνας δόθηκε σε όλο το νοσηλευτικό προσωπικό κάθε

τμήματος, να συμπληρώσει ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα ώστε να συλλεχθούν τα ανάλογα στοιχεία.

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην έρευνα μας χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μέθοδος διότι σύμφωνα με Σαχίνη-Καρδάση (2004) όταν μια μελέτη περιλαμβάνει ανοικτά, μη αριθμητικά δεδομένα, που συγκεντρώθηκαν με δομημένες ή μη δομημένες συνεντεύξεις, παρατήρηση με συμμετοχή, τεκμήρια και μελέτες περιπτώσεων, ο ερευνητής, αργά ή γρήγορα, έρχεται αντιμέτωπος με την πρόκληση να βγάλει νόημα από τη μάζα των ετερογενών αυτών δεδομένων. Όταν η μελέτη έχει πιο φιλοσοφικούς σκοπούς και ζητά απαντήσεις σε ερωτήσεις που αφορούν ανθρώπινες εμπειρίες κάτω από φυσικές συνθήκες, για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιούνται ποιοτικές μέθοδοι.

Τα πιο διαδεδομένα μέσα συλλογής πληροφοριών της ποιοτικής έρευνας είναι η συνέντευξη και η παρατήρηση. Στη συγκεκριμένη έρευνα ως μέθοδο συλλογής πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε η παρατήρηση. Άλλες μέθοδοι (ερωτηματολόγιο, συνέντευξη) επίσης συζητήθηκαν αλλά αποκλείστηκαν διότι πιστεύαμε ότι το ερωτηματολόγιο και η συνέντευξη δεν θα παρέχουν τις πληροφορίες που χρειαζόμασταν για την διαπίστωση ή μη νοσηλευτικών λαθών και παραλείψεων. Με άλλα λόγια, είναι δύσκολο να συλλέγαμε έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες, ρωτώντας τους νοσηλευτές αν κάνουν ή όχι λάθη και παραλείψεις. Επιπροσθέτως, όπως αναφέρει ο Κιόχος (1997) η παρατήρηση είναι μέθοδος συγκέντρωσης στοιχείων που γίνεται για να μελετήσει ανθρώπινες κυρίως συμπεριφορές. Συμπληρώνοντας, ο Μάντζαρης (2004) υποστηρίζει πως η παρατήρηση προϋποθέτει την ενεργοποίηση και την χρήση των αισθήσεων και σχετίζεται με τη θεωρητική γνώση καθ' ότι πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία. Με άξονες διάφορα κριτήρια γίνονται κάποιες χρήσιμες διακρίσεις της παρατήρησης. Έτσι, η παρατήρηση μας διακρίθηκε σε:

- Άμεση, λόγω απευθείας παρατήρησης του υπό μελέτη φαινομένου
- Ετεροπαρατηρητική, διότι λαμβάνει χώρα όταν παρατηρείται η συμπεριφορά κάποιου άλλου ατόμου

- Σύγχρονη, διότι εκδηλώνεται την παρούσα φάση
- Παθητική, λόγω της αμέτοχης στάσης του ερευνητή, ο οποίος απλά παρατηρεί
- Φυσική, λόγω του φυσικού πλαισίου παρατήρησης στο οποίο το υποκείμενο ζει, εργάζεται, συμπεριφέρεται κ.α.
- Ορατή, διότι ο ερευνητής γίνεται αντιληπτός-ορατός από τους παρατηρούμενους
- Και τέλος, η παρατήρηση μας διακρίνεται αναφορικά με τον γενικό τρόπο και τα μέσα καταχώρισης-καταγραφής των δεδομένων σε παρατήρηση γραπτής καταχώρησης εφόσον χρησιμοποιήθηκε πλάνο συμπλήρωσης παρατηρήσεων (Δημητρόπουλος, 1994).

Οι Μαντάς και Ντάνος (1994) αναφέρουν τα πλεονεκτήματα της παρατήρησης:

1. Περιγράφονται συμπεριφορές που δεν μπορούν να περιγραφούν με λόγια όπως τα συναισθήματα
2. Αποτελεί μέθοδο εκλογής για την ποιοτική έρευνα
3. Εξασφαλίζονται πολύ καλά αποτελέσματα από έναν αντικειμενικό ερευνητή
4. Είναι εφικτή, ευέλικτη μέθοδος διότι μπορεί ο ερευνητής να αντιμετωπίσει κάθε δυσκολία και την επιλύσει στην παρούσα φάση

Παρότι η παρατήρηση έχει αρκετά πλεονεκτήματα, τα παρακάτω μειονεκτήματα όπως τα αναφέρει ο Δημητρόπουλος (1994) πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν:

1. Είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν και να καταχωρηθούν αρκετές παρατηρήσεις όπως τα συναισθήματα, κ.α.
2. Είναι χρονοβόρα λόγω της απαιτούμενης παρατήρησης πολλών ταυτόχρονων συμπεριφορών
3. Πολλές φορές δεν είναι βέβαιο αν η παρατηρούμενη συμπεριφορά είναι φυσική και πραγματική και όχι εσκεμμένη και παραπλανητική
4. Έχει μεγάλο βαθμό απόκλισης από την αντικειμενικότητα αφού μπορεί εύκολα ο ερευνητής να επηρεαστεί αισθητά από ερευνητικό περιβάλλον
5. Η συμπεριφορά του παρατηρούμενου ποικίλει εφόσον γνωρίζει ότι παρατηρείται.

Το πλάνο παρατήρησης αποτελείτο από δύο μέρη. Στο 1ο μέρος παρατηρούνται τα λάθη και στο 2^ο μέρος παρατηρούνται οι παραλείψεις. Ωστόσο και τα δύο μέρη είναι χωρισμένα σε υποενότητες ανάλογα με το αντικείμενο το οποίο παρατηρούσαμε. Σε κάθε μέρος υπήρχαν μια στήλη από ένα ζεύγος κουτάκια. Πάνω από την πρώτη στήλη κάθε ζεύγους υπήρχε το γράμμα «Ν» (Ναι) και πάνω από την δεύτερη στήλη κάθε ζεύγους υπήρχε το γράμμα «Ο» (Όχι). Εκεί λοιπόν σημειώνονταν το κάθε κουτάκι εάν γίνονταν ή όχι τα παρατηρούμενα. Στο τέλος κάθε πλάνου υπήρχε η ένδειξη «Πρωινή-Απογευματινή-Βραδινή», η ένδειξη «Παθολογική, Χειρουργική» και η ένδειξη «Αθήνα, Άργος, Πάτρα» όπου τσεκάρονταν κάθε φορά τα αντίστοιχα ανάλογα με την βάρδια, το τμήμα και το μέρος που λάμβανε μέρος η έρευνα.

Αναλυτικότερα, το πλάνο δημιουργήθηκε σε οριζόντια διάταξη μιας Α4 σελίδας και χωρίστηκε σε 2 μέρη (παράρτημα ΙΙΙ, σελ. 82). Το σιέλ μέρος που αποτελούσε τις παρατηρήσεις των λαθών και το κίτρινο μέρος που αποτελούσε τις παρατηρήσεις των παραλείψεων. Η αλλαγή χρώματος διευκόλυνε στο τσεκάρισμα των δύο μεγάλων κατηγοριών. Στα δύο μέρη κατασκευάστηκαν τέσσερις ίδιες υποενότητες ξεκινώντας με τις κατηγορίες «Φάρμακα, νοσηλεία, άσηπτη τεχνική και ουροδόχο κύστη». Δεξιά στο πλάνο ήταν τα Λάθη και αριστερά ήταν οι Παραλείψεις. Οι παρατηρήσεις κατασκευάστηκαν σύμφωνα με τα δεδομένα της πρώτης εικόνας που θα αντικρίζαμε μπαίνοντας στην κλινική ενός νοσοκομείου.

Η επιλογή των παρατηρήσεων δεν ήταν εύκολη αφού έπρεπε να ομαδοποιήσουμε και να συγκεκριμενοποιήσουμε τις κατηγορίες διότι ο χρόνος που είχαμε στην διάθεση μας καθώς και η μικρή κλινική μας εμπειρία δεν μας επέτρεπαν να ψάξουμε με λεπτομέρεια όλα όσα αντικρίζαμε στις κλινικές των νοσοκομείων. Κάθε παρατήρηση στηρίχθηκε αποκλειστικά και μόνο στην βιβλιογραφία που διδαχθήκαμε όλα αυτά τα έτη στο προπτυχιακό επίπεδο (Βασικές αρχές νοσηλευτικής και Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική, Αθανάτου, Μαλγαρινού, Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου).

Επιπροσθέτως, ιδιαίτερη σημασία δόθηκε στην εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας. Ως βαθμός αξιοπιστίας ορίζεται ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται

το σφάλμα μέτρησης ή ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς τη μεταβλητότητα του παρατηρούμενου βαθμού (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Επίσης, η αξιοπιστία έχει 4 χαρακτηριστικά όπως αναφέρουν οι Dempsey (1992): σταθερότητα, συμφωνία αποτελεσμάτων, ομοιογένεια κλίμακας και ισοδυναμία. Η εγκυρότητα ορίζεται ως μαρτυρία πως το όργανο μετρά πραγματικά ότι σκοπεύει να μετρήσει. Υπάρχουν 3 τύποι εγκυρότητας: η εγκυρότητα περιεχομένου, δοκιμή εγκυρότητας και εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο. (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Για να επιτύχουμε εγκυρότητα και αξιοπιστία, η έρευνα μας στηρίχθηκε στη βιβλιογραφία και στο νομικό πλαίσιο για τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών. Επίσης, η πιλοτική μελέτη έδειξε ότι η μέθοδος της παρατήρησης προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το θέμα της έρευνας. Τέλος ένας ανεξάρτητος ερευνητής, που στην προκειμένη περίπτωση ήταν ο επιβλέπων καθηγητής, μελέτησε το «πλάνο παρατήρησης» και συμφώνησε ότι η δομή και το περιεχόμενο του ήταν ικανοποιητικό.

2.4 Δείγμα

Δείγμα είναι ένας μικρόκοσμος του πληθυσμού της ερευνητικής μελέτης. Η δειγματοληψία είναι το σημαντικότερο βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία επιτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό της (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται κυρίως από δυο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο συλλογής του δείγματος. Έχει διαπιστωθεί πως όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που διεξάγονται από το δείγμα αυτό. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιαδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Όπως αναφέρει ο Κίοχος (1997) το μειονέκτημα της δειγματοληψίας

ευκολίας είναι ότι το δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό, αλλά παραπλανητικό που θα οδηγήσει την έρευνα σε ψευδή αποτελέσματα. Για να ελαχιστοποιήσουμε την πιθανότητα λάθους επιλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Όλο το δείγμα ήταν μόνο νοσηλευτικό προσωπικό. Τα τρία δημόσια νοσοκομεία επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας. Παρατηρήθηκαν 40 περιπτώσεις (15 στην Αθήνα, 15 στο Άργος, 9 στην Πάτρα).

2.5 Στατιστική ανάλυση

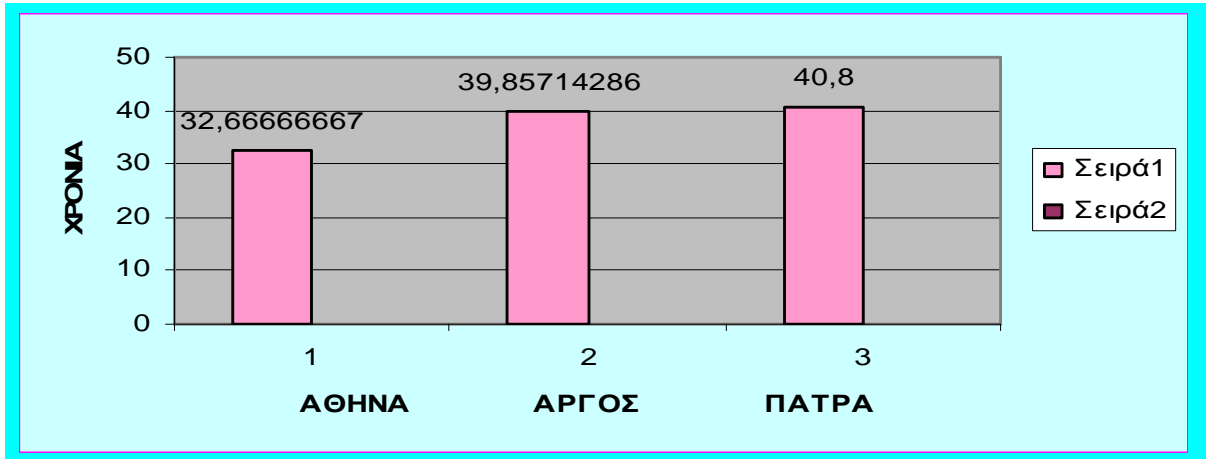
Τα αποτελέσματα της έρευνας (πλάνο παρατήρησης, δημογραφικά στοιχεία) αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 14.0. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για την παρουσίαση των δεδομένων. Η περιγραφική στατιστική είναι μέθοδος οργάνωσης και αθροιστικής απεικόνισης δεδομένων κατά τρόπο τέτοιο ώστε να είναι δυνατό να γίνουν ευκολότερα αντιληπτά (Μαντάς και Ντάνος, 1994). Επιπροσθέτως, ο Δημητρόπουλος (1994) υποστηρίζει πως με την περιγραφική στατιστική γίνονται γραφικές απεικονίσεις, πίνακες ποσοτικών δεδομένων, περιγραφή κεντρικής τάσης και διασπορά κατανομής καθώς επίσης μεταφορά δεδομένων σε διάφορες κλίμακες έκφρασης τιμών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Αποτελέσματα Παρατηρήσεων

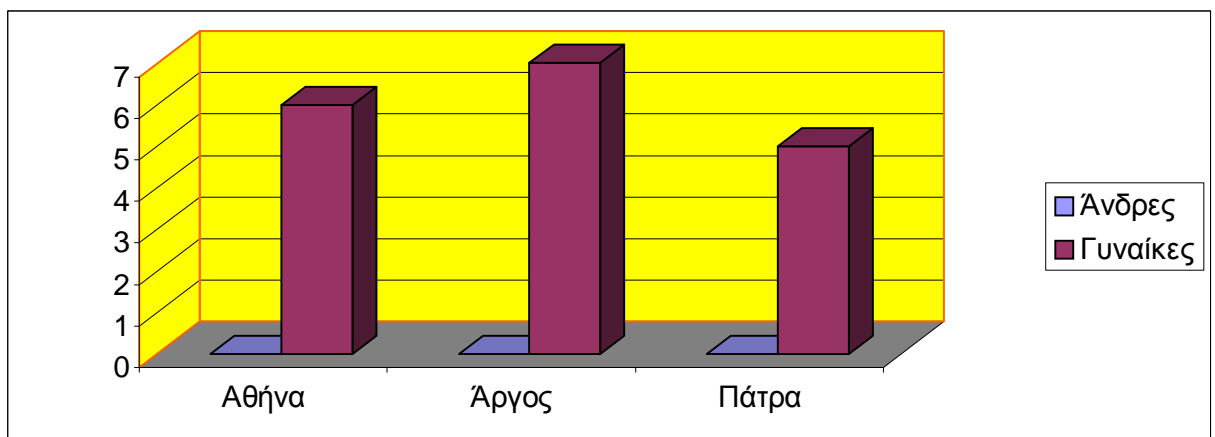
3.1 Χαρακτηριστικά δείγματος

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σχετικά με την ηλικία



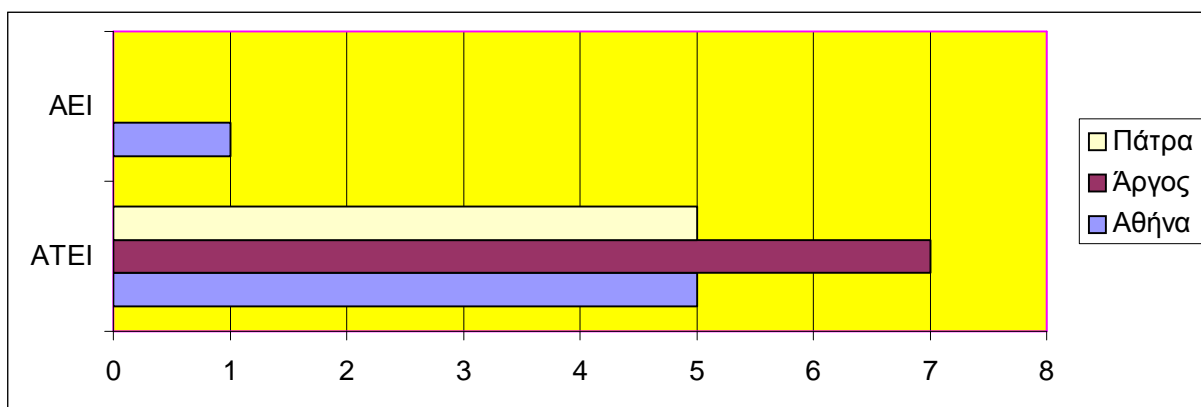
Η ηλικία των περισσότερων νοσηλευτών/τριών που πήραν μέρος στην έρευνα κυμαινόταν **μεταξύ 30 και 40 ετών**. Αναλυτικότερα, στην Αθήνα ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 32 έτη, στο Άργος 39 και στην Πάτρα 40.

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



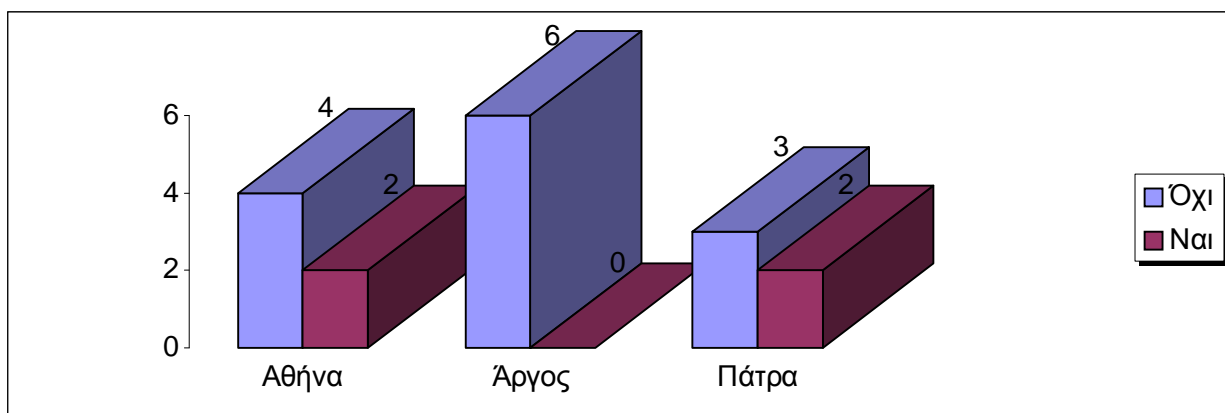
Όλο το δείγμα ήταν **γυναίκες**.

Γράφημα 3: Πτυχίο νοσηλευτών



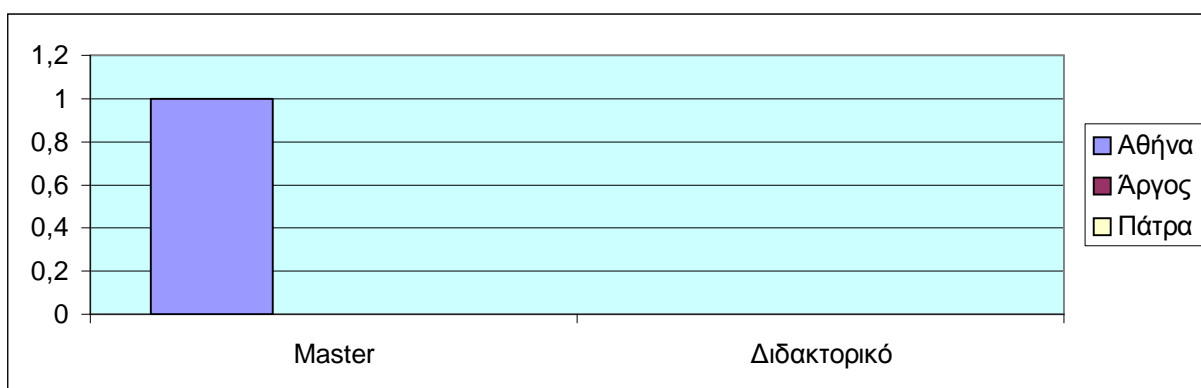
Οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν πτυχίο **ATEI**.

Γράφημα 4: Νοσηλευτική ειδικότητα.



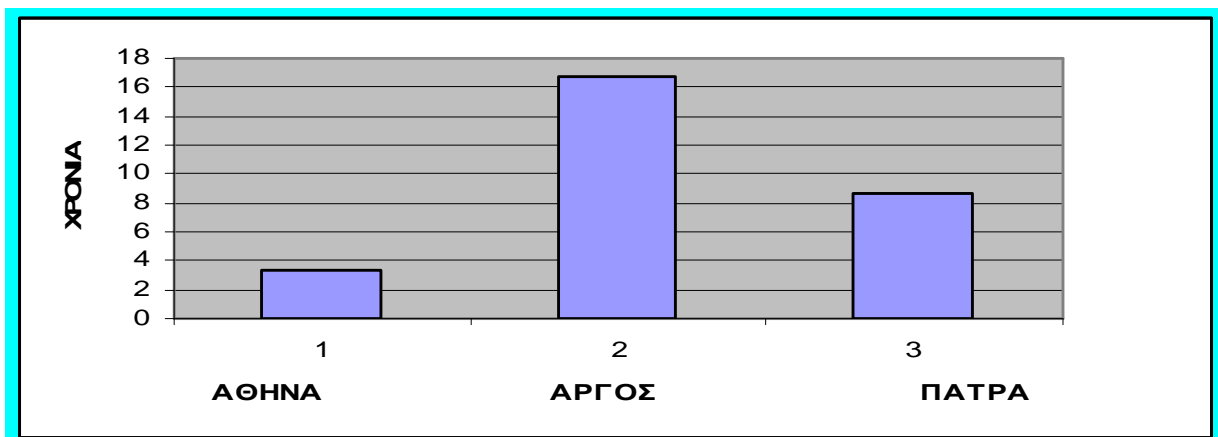
Οι περισσότεροι νοσηλευτές του δείγματος **δεν είχαν νοσηλευτική ειδικότητα**.

Γράφημα 5: Μεταπτυχιακές σπουδές



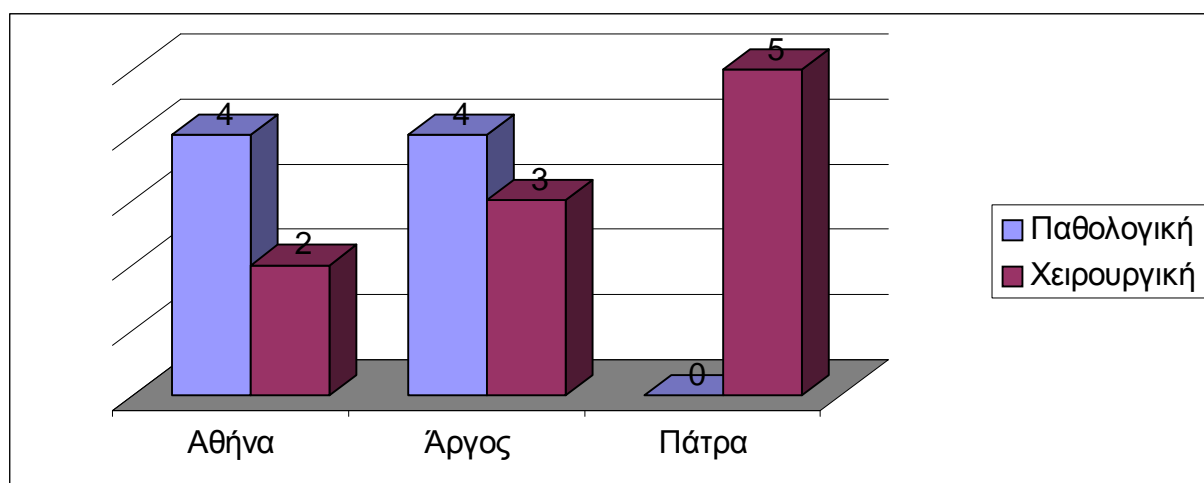
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (99%) **δεν είχε** μεταπτυχιακό στην νοσηλευτική.

Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με τα χρόνια εργασίας στην κλινική.



Στο **Άργος** οι νοσηλευτές απασχολούνται **περισσότερα έτη** στις κλινικές (έως 16 χρόνια), σε αντίθεση με την Αθήνα που έχει τους λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές (έως 3 χρόνια).

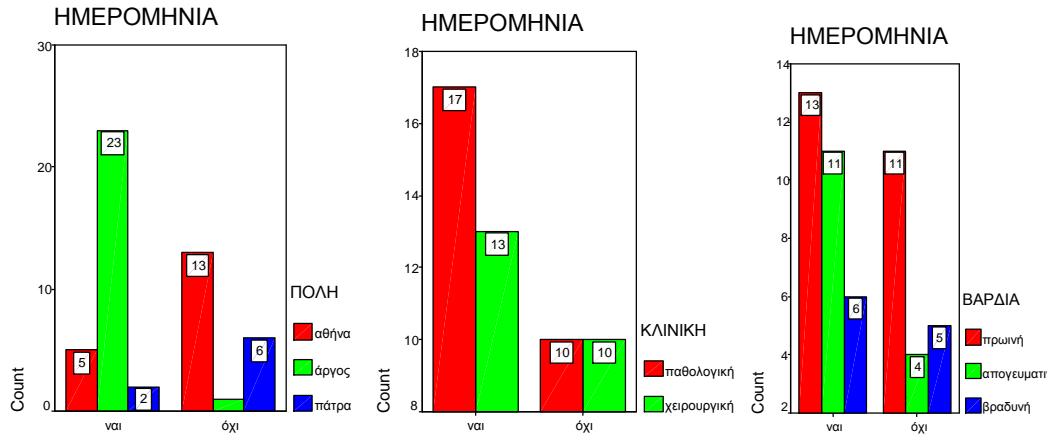
Γράφημα 7: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την κλινική που εργάζονται.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (60%) δούλευαν σε **χειρουργικές κλινικές** ενώ το 40 % σε παθολογικές.

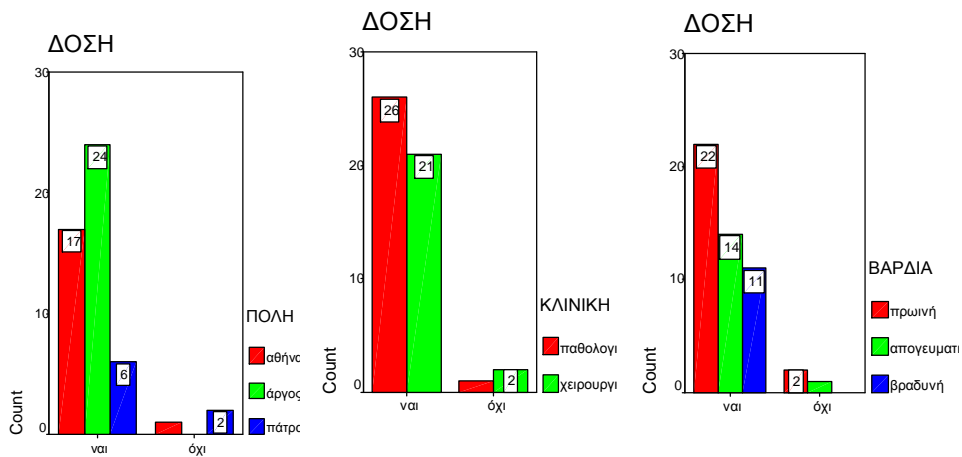
3.2 Αποτελέσματα Πλάνων Παρατήρησης (Λάθη)

Γράφημα 8: Ημερομηνία σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



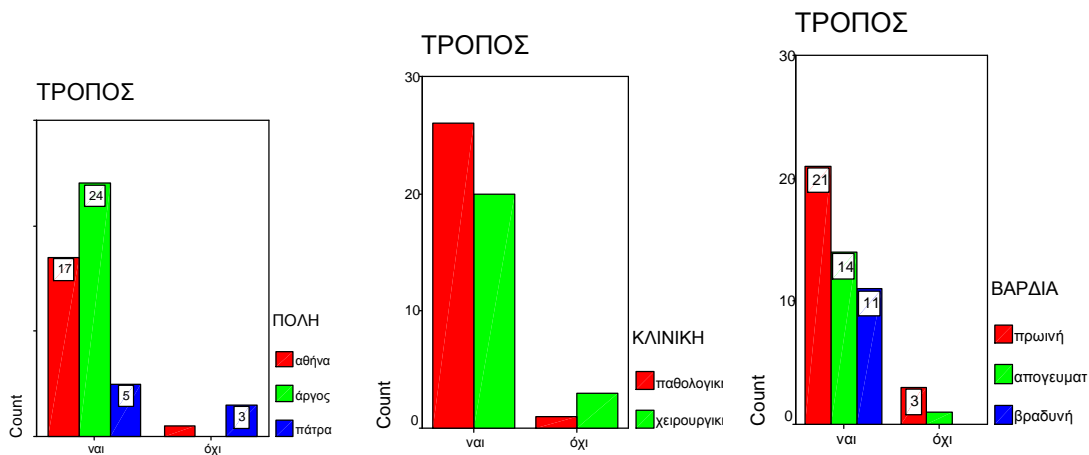
Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν ελέγχουν την ημερομηνία, σε αντίθεση με το **Άργος** όπου το **46%** των νοσηλευτών το κάνουν.

Γράφημα 9: Δόση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



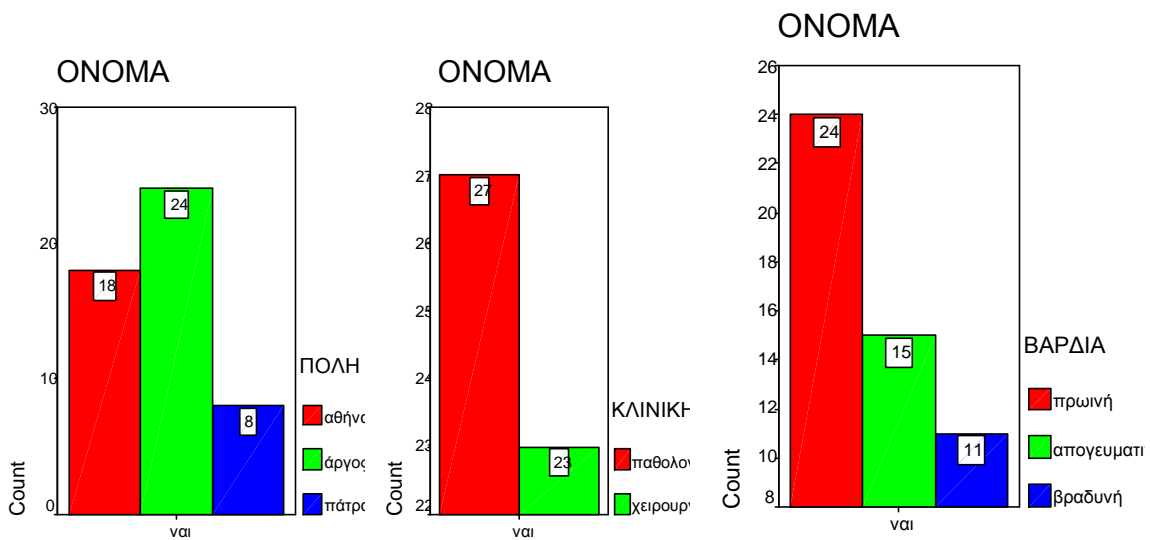
Η πλειονότητα των νοσηλευτών **ελέγχει** την δόση του φαρμάκου.

Γράφημα 10: Τρόπος σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



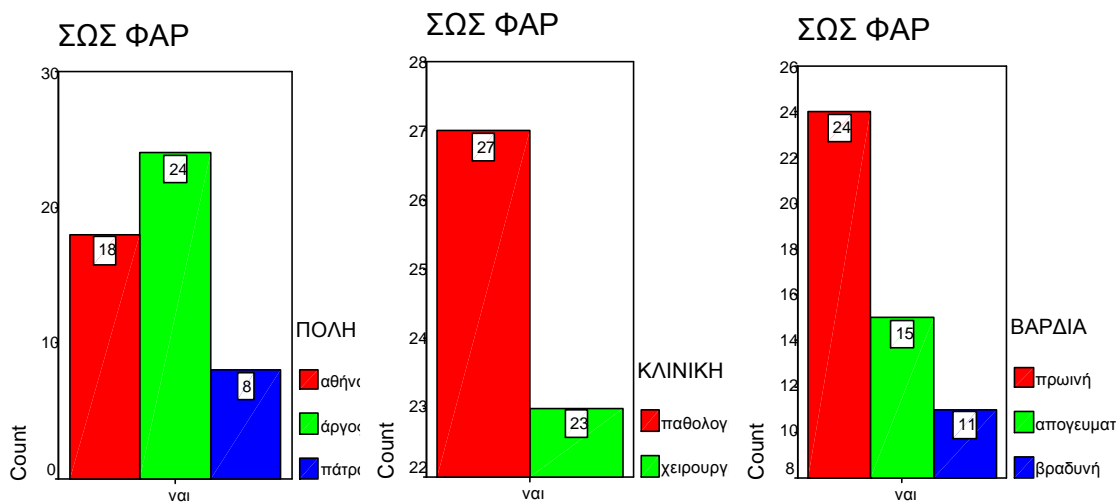
Σε όλες τις πόλεις, όλες τις κλινικές και όλες τις βάρδιες ελέγχουν τον τρόπο χορήγησης φαρμάκου.

Γράφημα 11: Όνομα σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



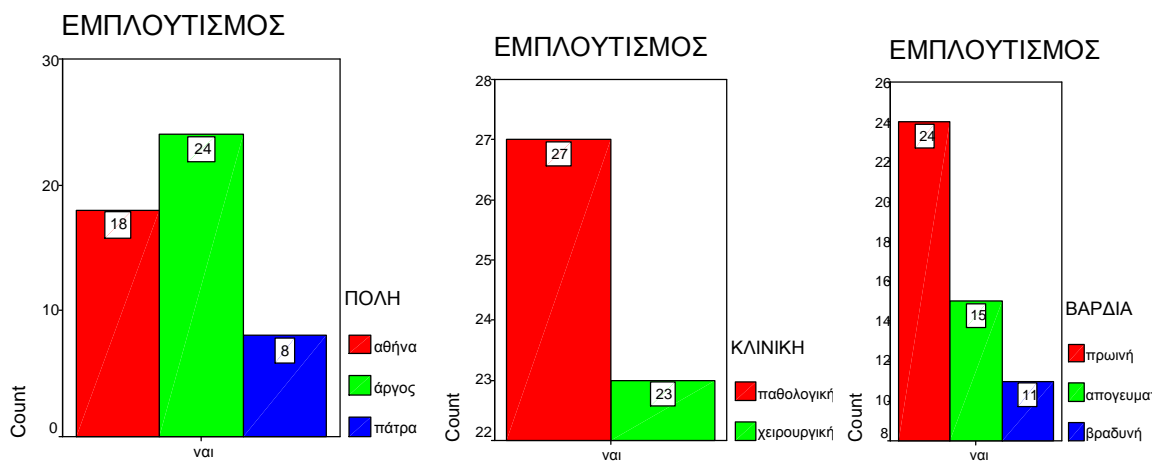
Οι νοσηλευτές σε όλες τις πόλεις, τις κλινικές και βάρδιες ελέγχουν το όνομα του φαρμάκου.

Γράφημα 12: Σωστό φάρμακο σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



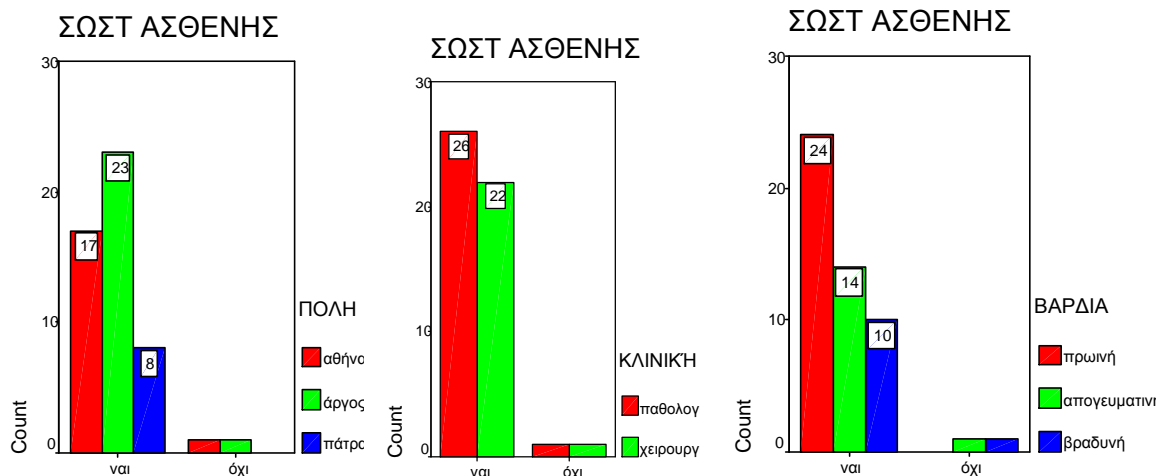
Όλοι οι νοσηλευτές δίνουν το σωστό φάρμακο στον σωστό ασθενή.

Γράφημα 13: Εμπλουτισμός σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



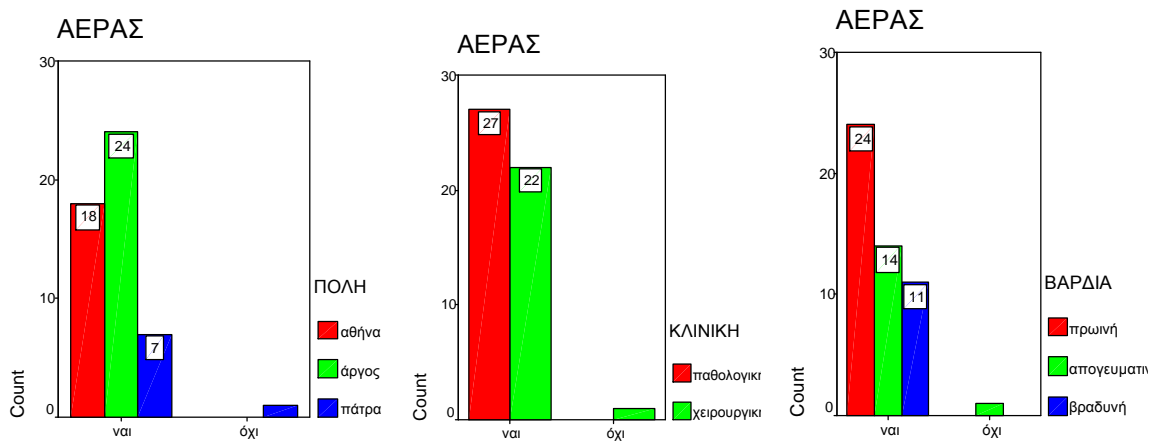
Τα πλήρη στοιχεία του εμπλουτισμού αναγράφονται από όλους τους νοσηλευτές πάνω στις συσκευασίες των ορών.

Γράφημα 14: Στοιχεία ασθενή σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



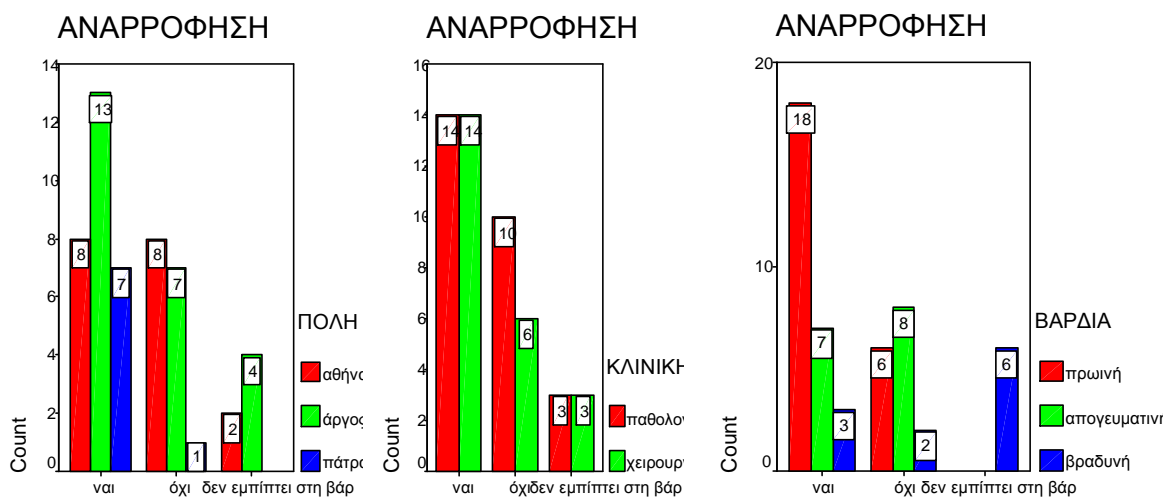
Όλοι οι νοσηλευτές αναγράφουν τα πλήρη στοιχεία του ασθενή πάνω στους ορούς.

Γράφημα 15: Αέρας σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



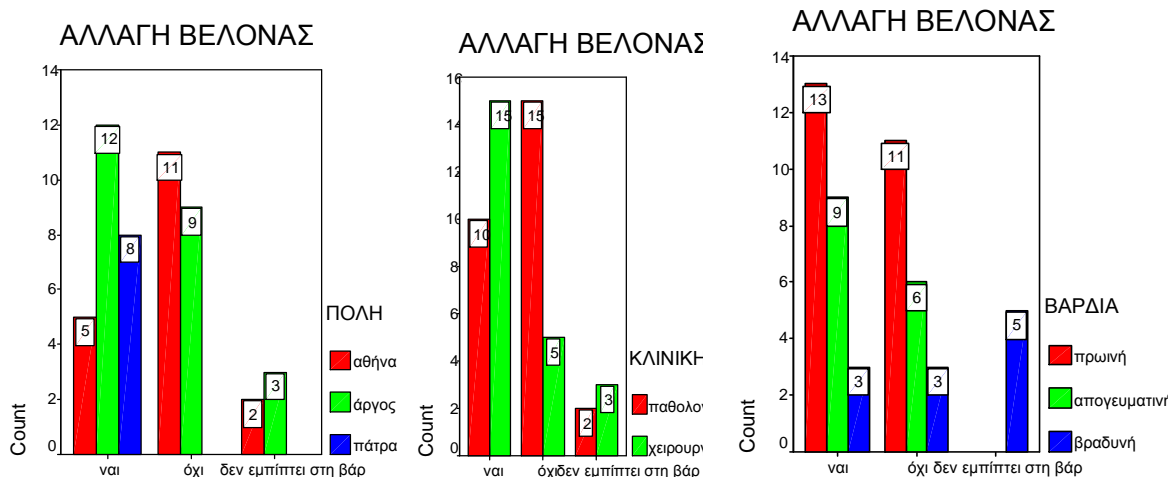
Έλεγχος για αέρα στη συσκευή ορού κάνουν όλοι οι νοσηλευτές.

Γράφημα 16: Αναρρόφηση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



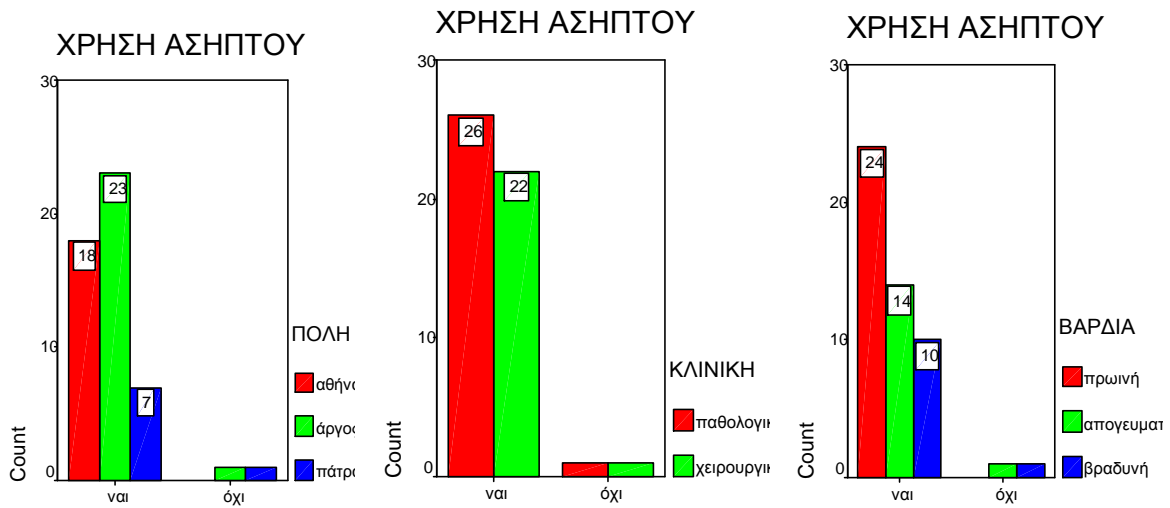
Αναρρόφηση πριν την ενδομυϊκή **κάνει το 26%** των νοσηλευτών στο **Αργος**, σε αντίθεση με το **16%** της **Αθήνας** και το **13 %** της **Πάτρας** που **δεν το κάνουν**.

Γράφημα 17: Αλλαγή βελόνας σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



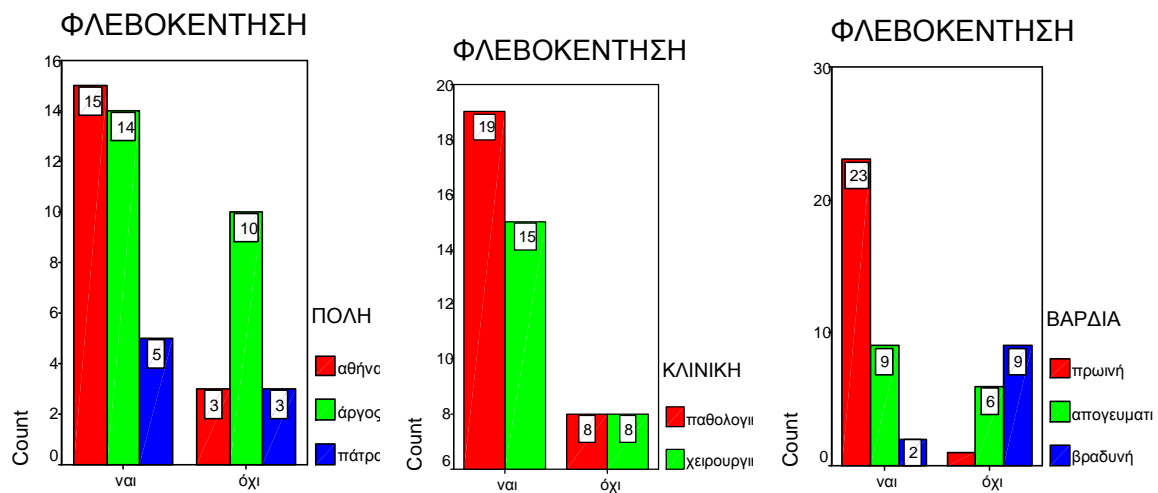
Δεν αλλάζουν οι νοσηλευτές των **παθολογικών** κλινικών τις βελόνες πριν την ενδομυϊκή ένεση, σε αντίθεση με το **Αργος (24%)** που τις αλλάζουν.

Γράφημα 18: Χρήση άσηπτου υλικού σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



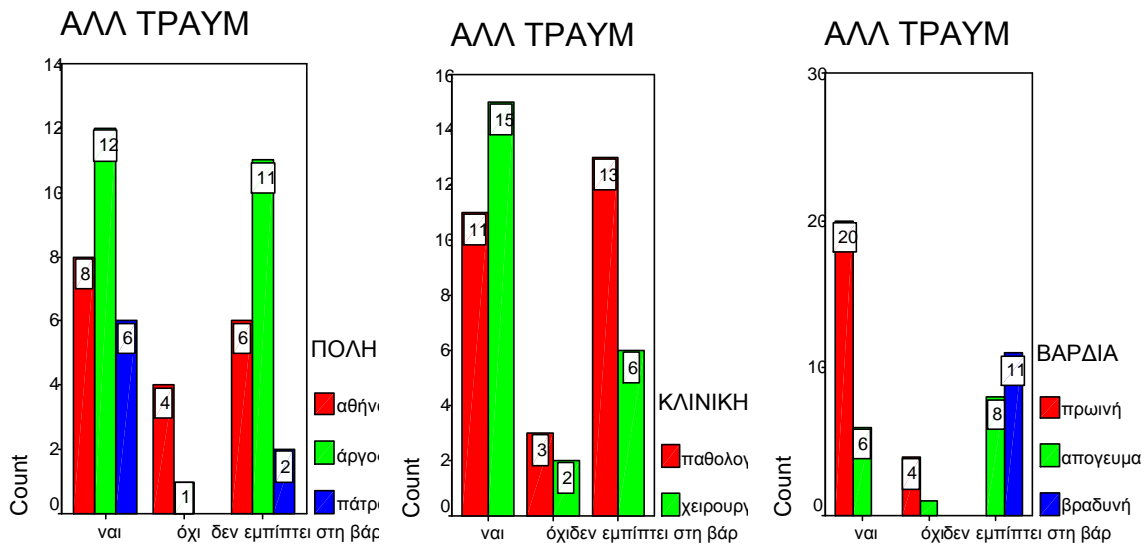
Όλοι οι νοσηλευτές κάνουν χρήση άσηπτου υλικού.

Γράφημα 19: Φλεβοκέντηση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



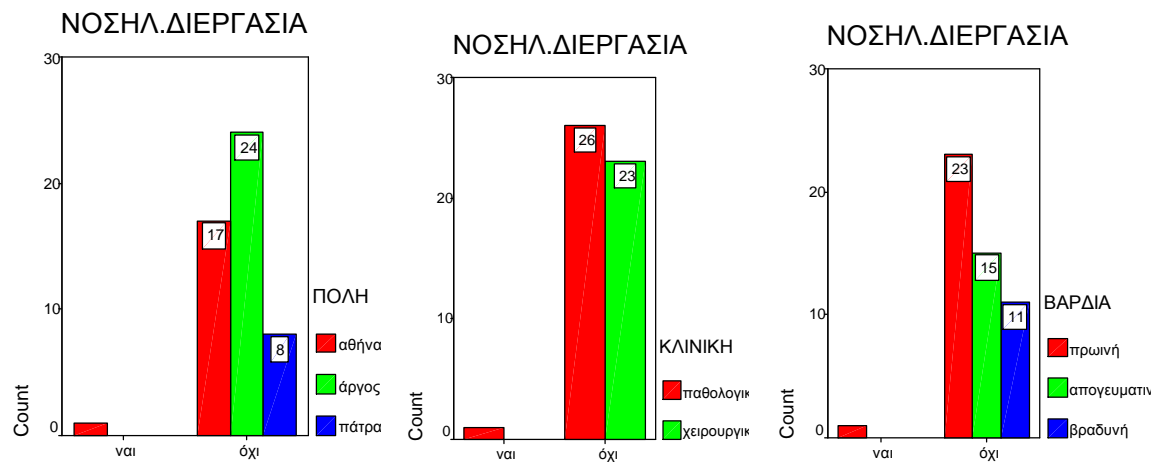
Οι περισσότεροι νοσηλευτές ελέγχουν την καλή λειτουργία της φλέβας σε αντίθεση με το Άργος (20%) όπου δεν το κάνουν.

Γράφημα 20: Αλλαγή τραύματος σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



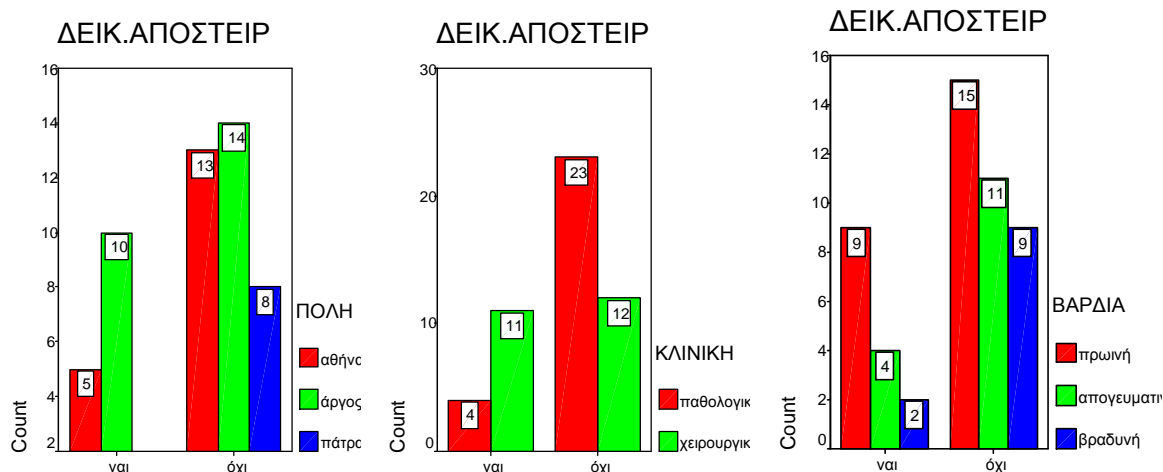
Οι περισσότεροι νοσηλευτές αλλάζουν τα τραύματα με σωστή σειρά.

Γράφημα 21: Νοσηλευτική διεργασία σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



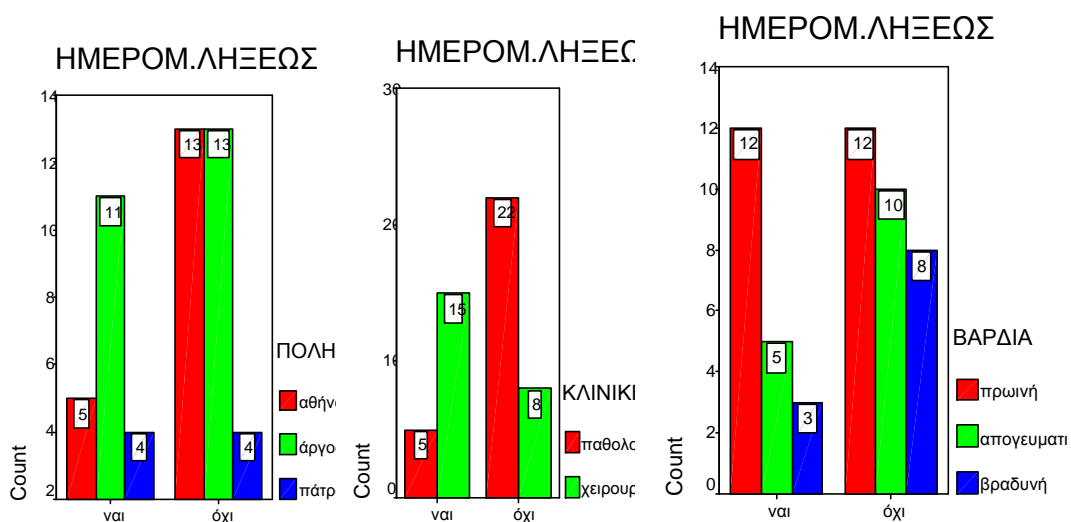
Σε καμία πόλη, σε καμία κλινική και βάρδια δεν καταγράφουν νοσηλευτική διεργασία .

Γράφημα 22: Δείκτης αποστείρωσης σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



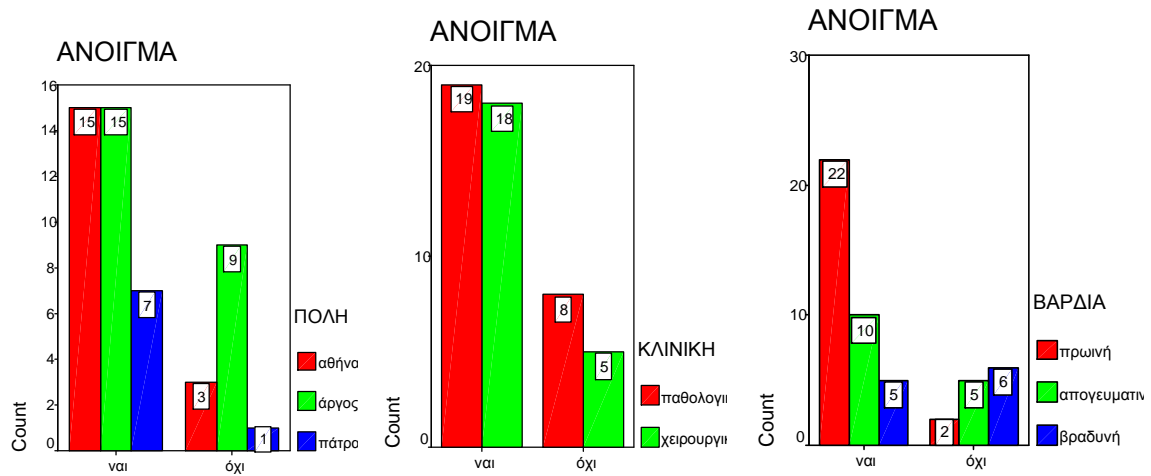
Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν ελέγχουν τον δείκτη αποστείρωσης και ιδιαίτερα στις παθολογικές κλινικές.

Γράφημα 23: Ημερομηνία λήξεως σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



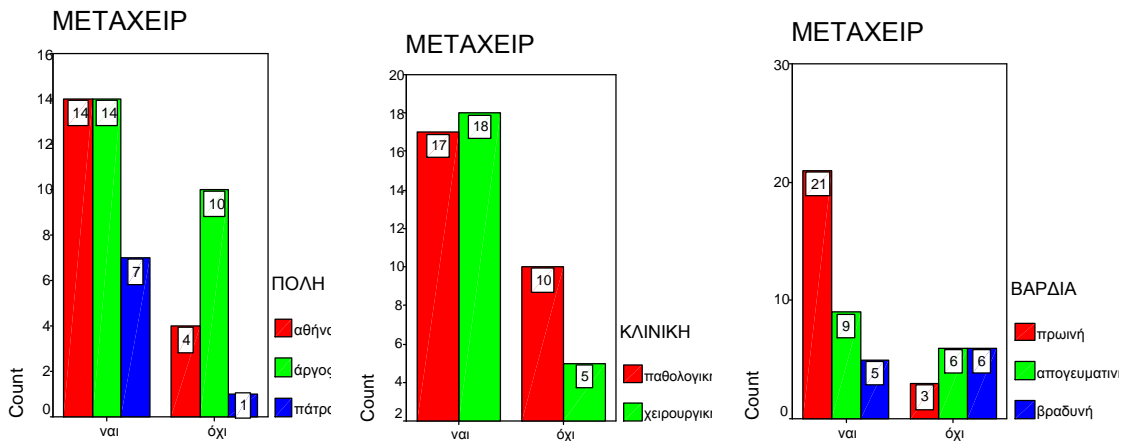
Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν ελέγχουν την ημερομηνία λήξεως εκτός απ'το Άργος όπου το 22% των νοσηλευτών το ελέγχουν.

Γράφημα 24: Άνοιγμα σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



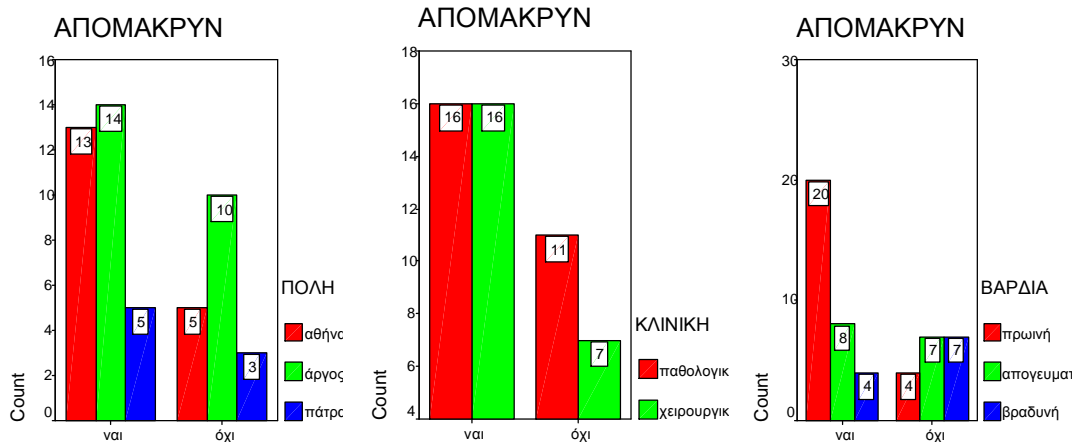
Οι περισσότεροι νοσηλευτές ανοίγουν σωστά το άσηπτο υλικό.

Γράφημα 25: Μεταχείριση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



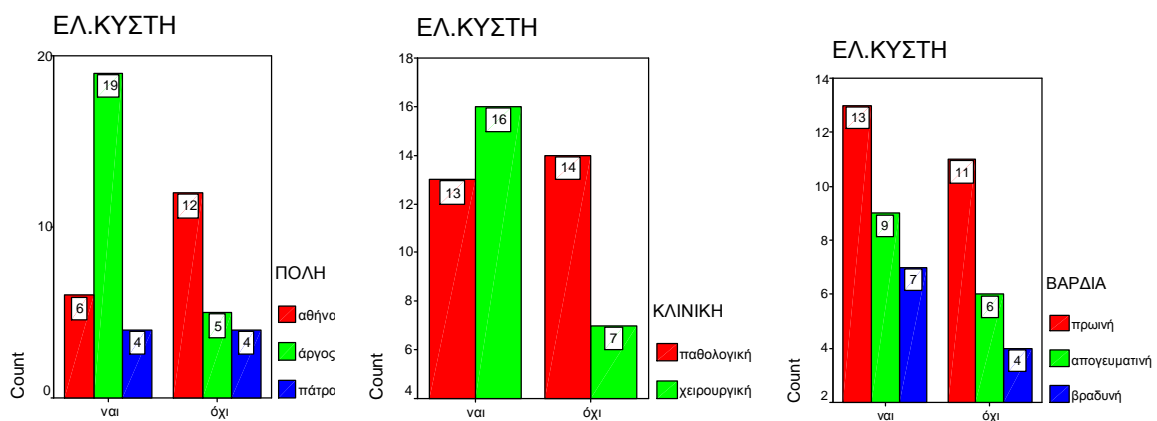
Διαπιστώθηκε πως στις χειρουργικές κλινικές οι περισσότεροι νοσηλευτές μεταχειρίζονται σωστά το άσηπτο υλικό.

Γράφημα 26: Απομάκρυνση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



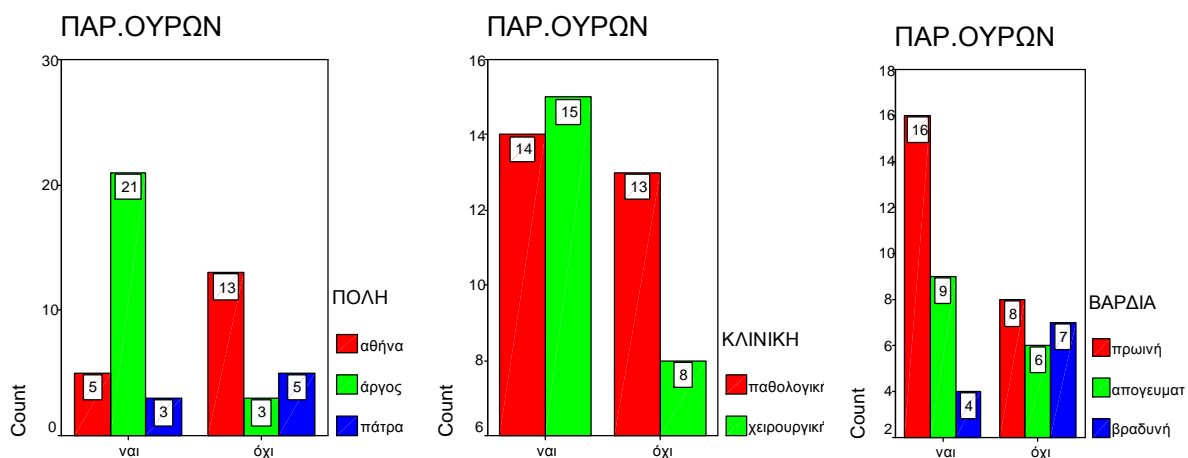
Το 20% των νοσηλευτών στο **Άργος** δεν απομακρύνει σωστά το άσηπτο υλικό.

Γράφημα 27: Έλεγχος κύστης σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



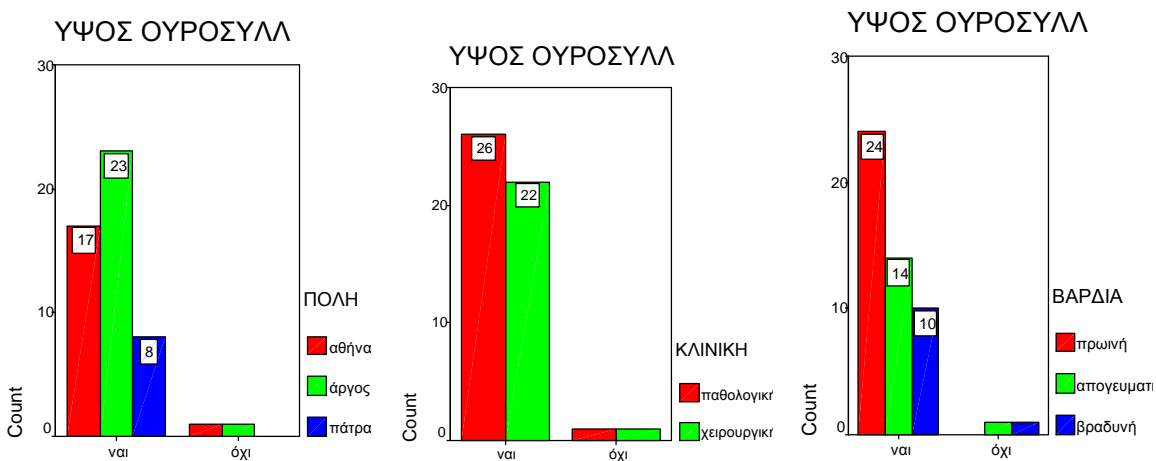
Στην **χειρουργική** κλινική οι **περισσότεροι** νοσηλευτές στο **Άργος** ελέγχουν την ουροδόχο κύστη, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους που δεν το κάνουν.

Γράφημα 28: Παρατήρηση ούρων σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



Η πλειονότητα των νοσηλευτών και ιδιαίτερα στις παθολογικές κλινικές δεν παρατηρούν την όψη των ούρων.

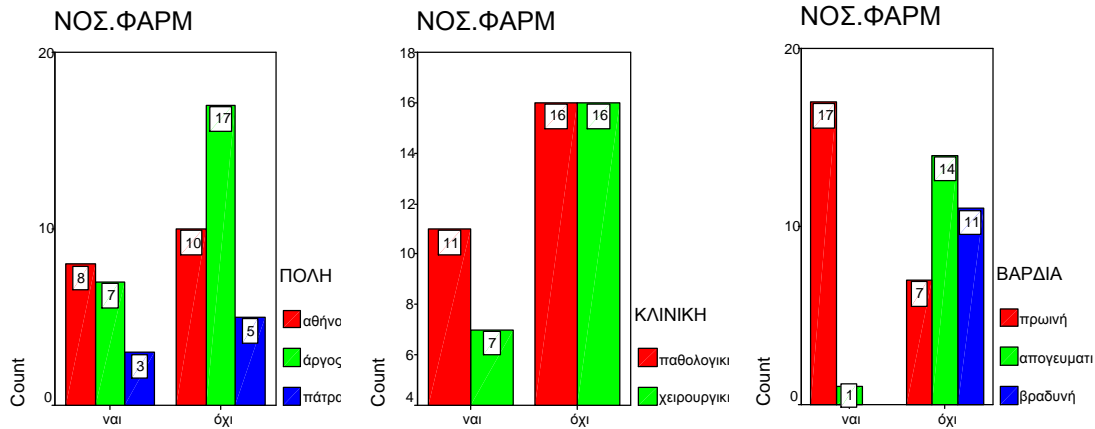
Γράφημα 29: Ύψος ουροσυλλέκτη σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



Ο ουροσυλλέκτης σε όλα τα νοσοκομεία τοποθετείται στο σωστό ύψος.

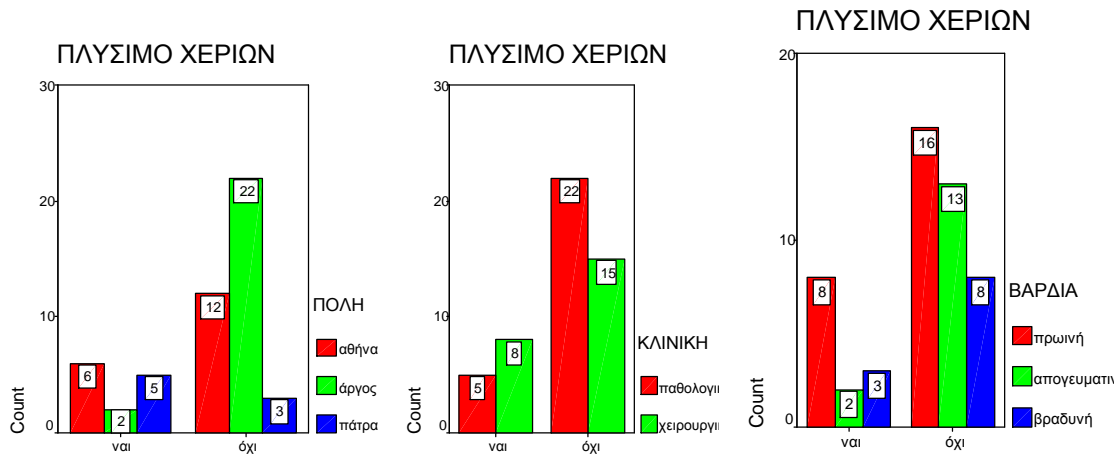
3.3 Αποτελέσματα Πλάνων Παρατήρησης (Παραλείψεις)

Γράφημα 30: Νοσηλεία φαρμάκων σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



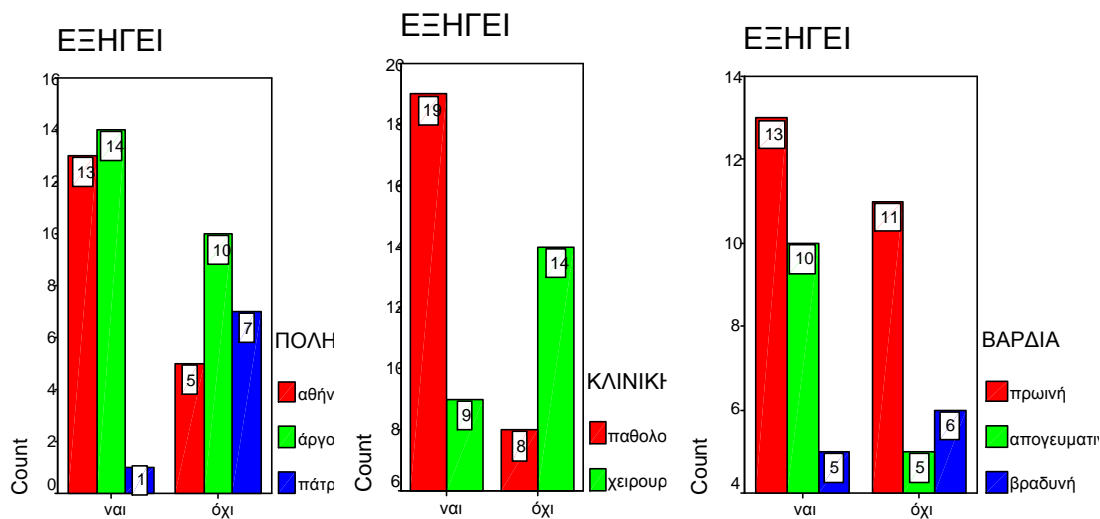
Φαίνεται πως οι περισσότεροι νοσηλευτές που βγάζουν τα φάρμακα **δεν** τα δίνουν κιόλας σε όλες τις πόλεις, τις κλινικές και βάρδιες.

Γράφημα 31: Πλύσιμο χεριών σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



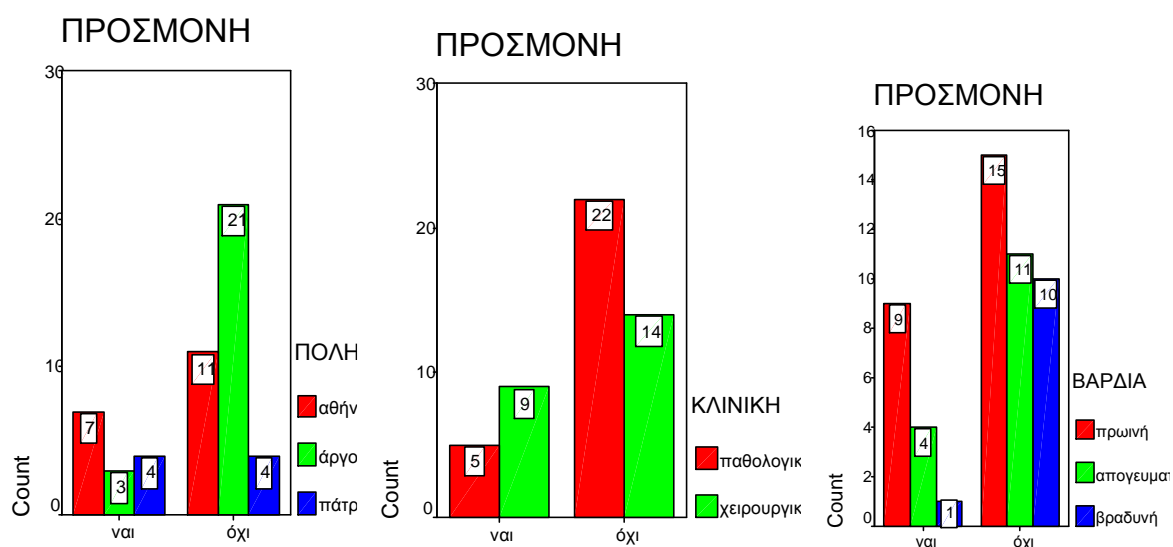
Οι περισσότεροι νοσηλευτές **δεν** πλένουν τα χέρια τους πριν βγάλουν τα φάρμακα..

Γράφημα 32: Εξηγεί σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



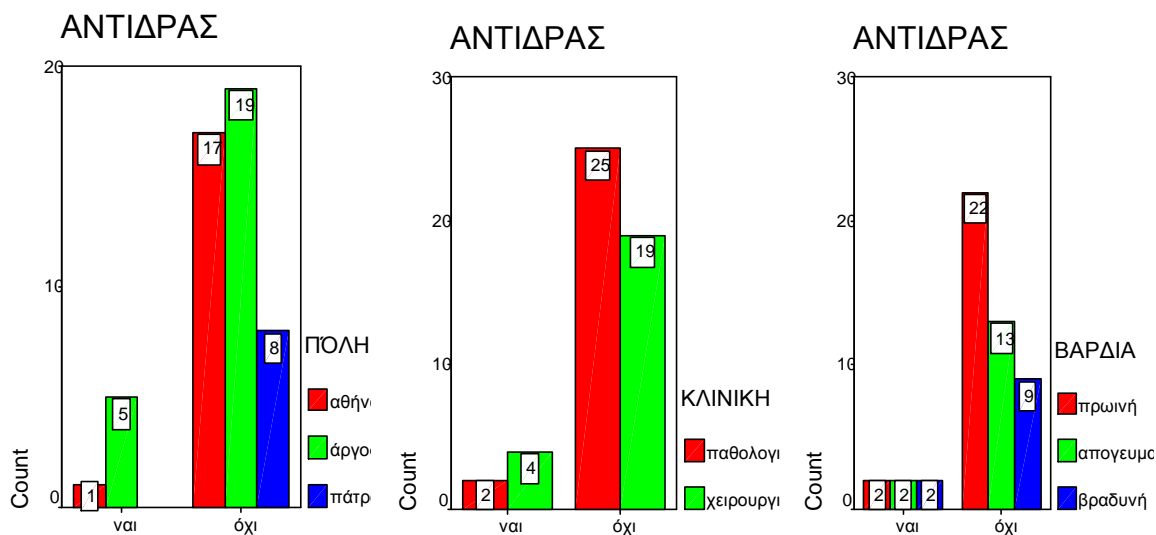
Η **πλειονότητα** των νοσηλευτών **εξηγεί** στον ασθενή τι πρόκειται να γίνει σε όλες τις βάρδιες., **εκτός** της βραδινής βάρδιας.

Γράφημα 33: Προσμονή σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



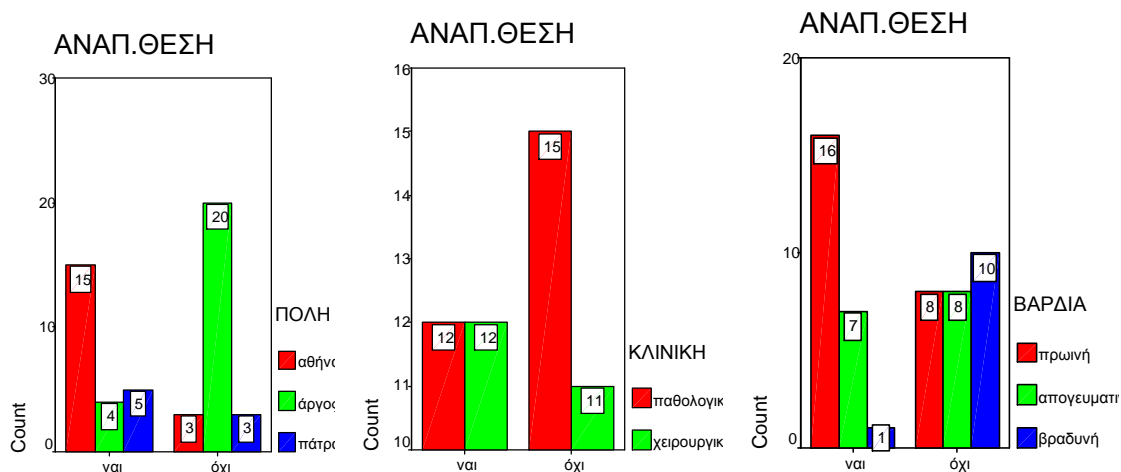
Οι **περισσότεροι** νοσηλευτές **δεν** περιμένουν να πει ο ασθενής τα φάρμακα.

Γράφημα 34: Αντίδραση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



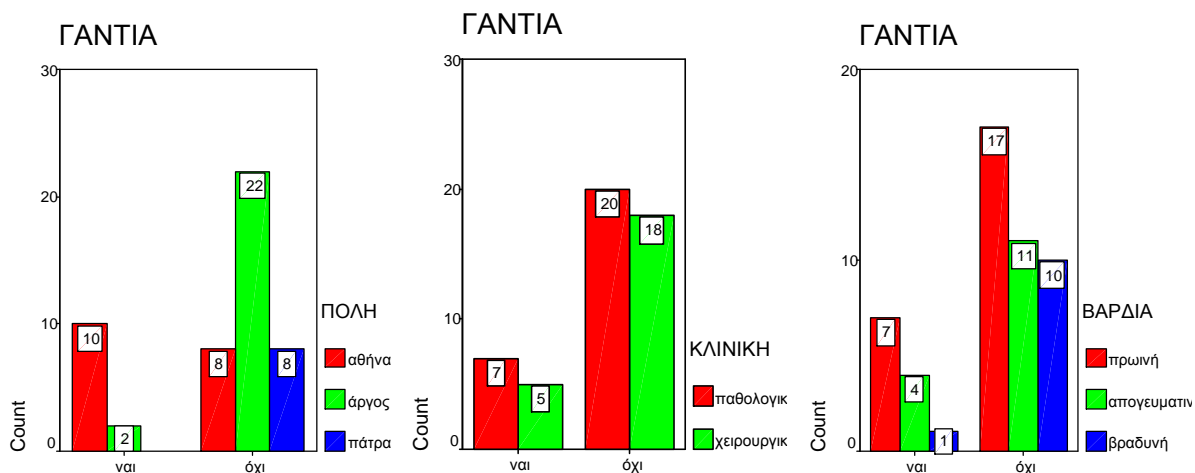
Διαπιστώνεται πως οι **περισσότεροι** νοσηλευτές **δεν** περιμένουν μετά την πόση του φαρμάκου από τον ασθενή για τυχόν αντιδράσεις.

Γράφημα 35: Αναπαιτική θέση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



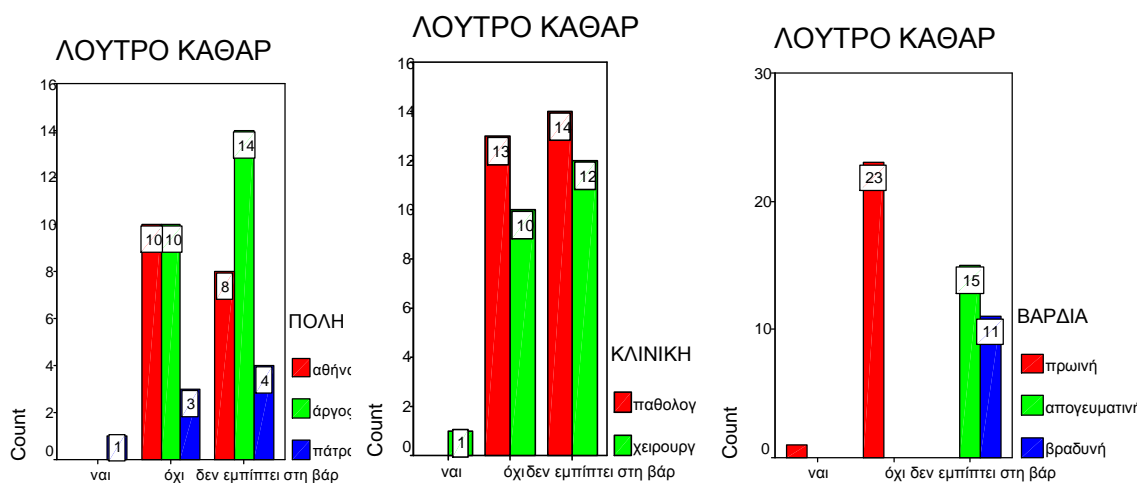
Η **πλειονότητα** των νοσηλευτών, **εκτός** του Άργους, τακτοποιούν σε αναπαιτική θέση τους ασθενείς.

Γράφημα 36: Γάντια σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



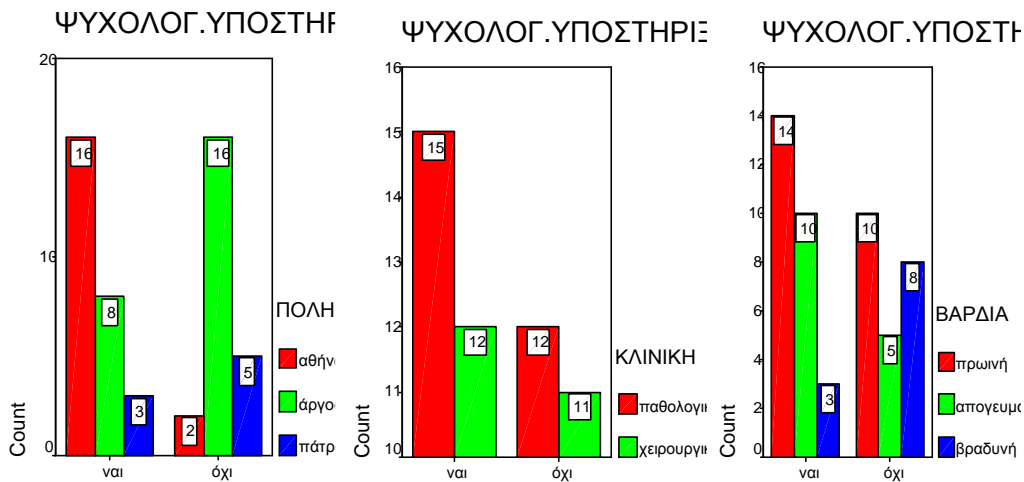
Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν αλλάζουν γάντια και ιδιαίτερα στις πρωινές βάρδιες.

Γράφημα 37: Λουτρό καθαριότητας σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



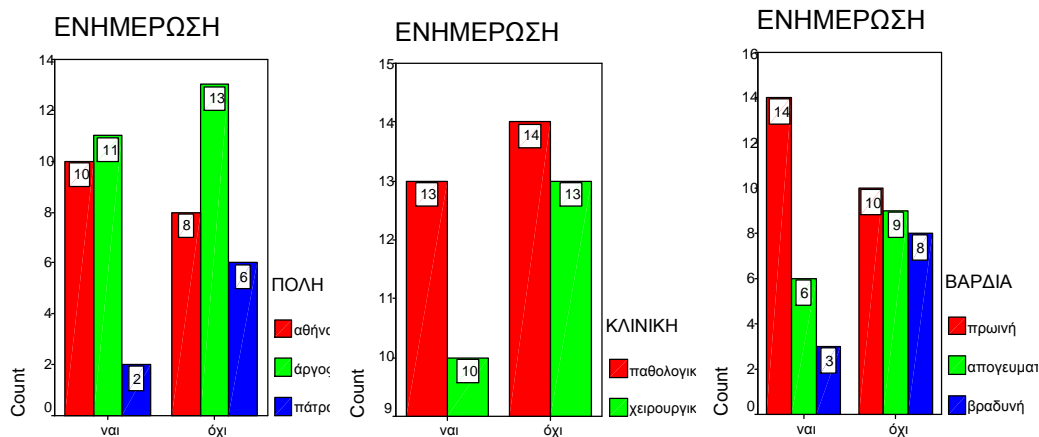
Διαπιστώθηκε πως στις πρωινές βάρδιες δεν γίνεται λουτρό καθαριότητας, ενώ στις υπόλοιπες βάρδιες δεν εμπίπτει η ενέργεια αυτή.

Γράφημα 38: Ψυχολογική υποστήριξη σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



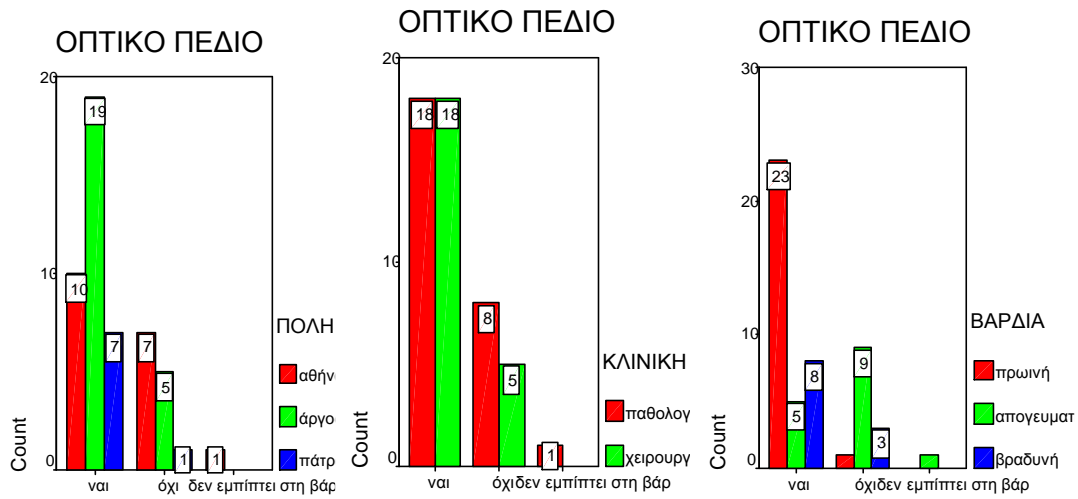
Οι περισσότεροι νοσηλευτές στην Αθήνα υποστηρίζουν ψυχολογικά τους ασθενείς.

Γράφημα 39: Ενημέρωση σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



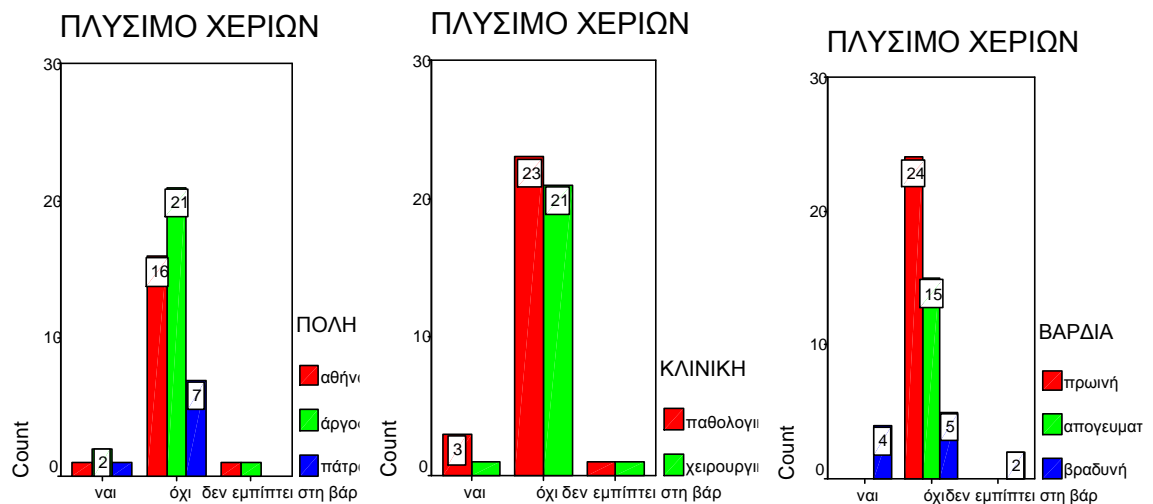
Η πλειονότητα των νοσηλευτών δεν ενημερώνει τους ασθενείς ή τους συγγενείς.

Γράφημα 40: Οπτικό πεδίο αποστειρ. υλικού σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



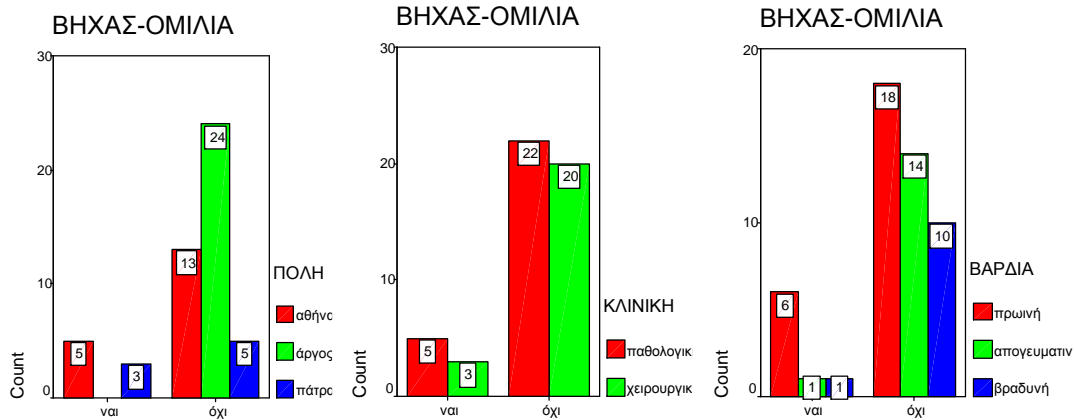
Οι περισσότεροι νοσηλευτές διατηρούν εντός του οπτικού τους πεδίου τα άσηπτα υλικά.

Γράφημα 41: Πλύσιμο χεριών σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



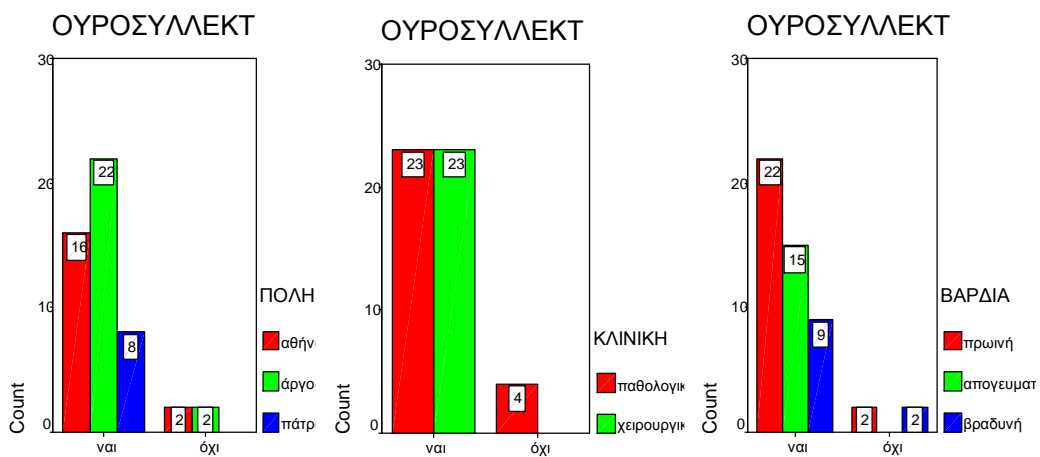
Φαίνεται πως οι νοσηλευτές δεν πλένουν τα χέρια τους πριν φορέσουν αποστειρωμένα γάντια.

Γράφημα 42: Βήχας-ομιλία σε αποστειρ. υλικό σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



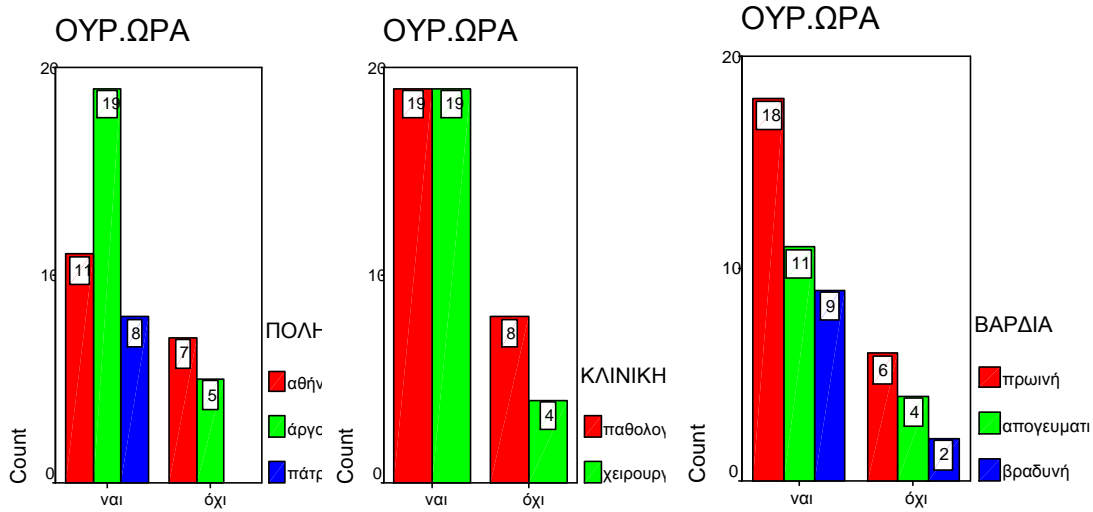
Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν αποφεύγουν τον βήχα ή την ομιλία πάνω από το άσηπτο υλικό.

Γράφημα 43: Σωστά τοποθετημένος ουροσυλλέκτης σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



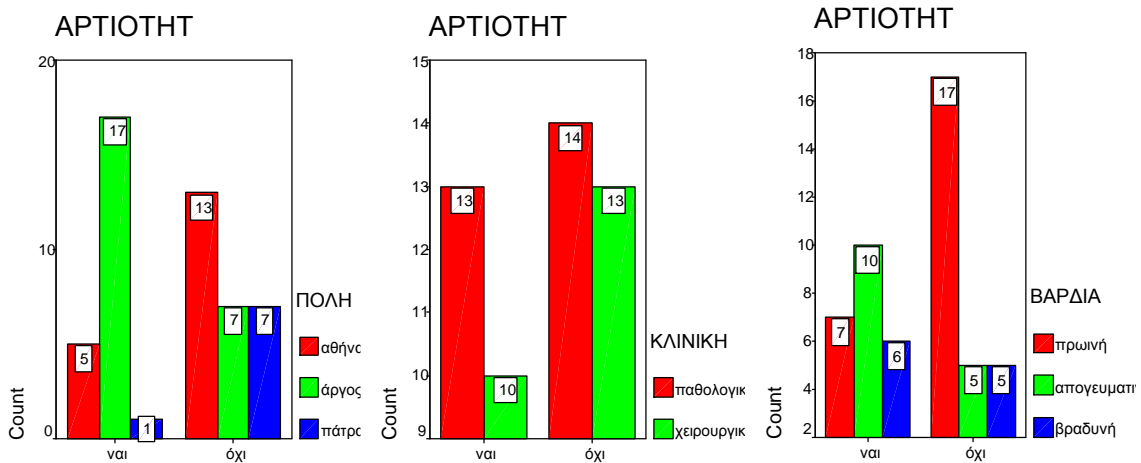
Ο ουροσυλλέκτης τοποθετείται σωστά στο κρεβάτι των ασθενών σε όλα τα νοσοκομεία.

Γράφημα 44: Άδειασμα ουροσυλλέκτη σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



Φαίνεται πως σε **όλες** τις **πόλεις**, **όλες** τις **κλινικές** και **όλες** τις **βάρδιες** αλλάζουν τον ουροσυλλέκτη την **σωστή** ώρα.

Γράφημα 45: Αρτιότητα ουροσυλλέκτη σε σχέση με την πόλη, κλινική και βάρδια



Διαπιστώνεται πως **δεν ελέγχεται** η αρτιότητα του ουροσυλλέκτη, **εκτός** από το **Άργος** στην **παθολογική** κλινική, την **απογευματινή** βάρδια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Σκοπός της Νοσηλευτικής Επιστήμης είναι η φροντίδα του ατόμου, της οικογένειας ή της ομάδας. Από την αρχή η νοσηλευτική ακολούθησε την ολιστική προσέγγιση, έχοντας ως σκοπό την ικανοποίηση όλων των εκφάνσεων της ανθρώπινης υπόστασης (Αλεξανδροπούλου, Τσουραπλή, 2005).

Στην παρούσα έρευνα εξετάσαμε όσο ήταν δυνατό, εάν η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται αλάνθαστη και χωρίς παραλείψεις. Σκοπός ήταν να διαπιστώσουμε εάν το νοσηλευτικό προσωπικό προβαίνει ή όχι σε λάθη, εάν προβαίνει ή όχι σε παραλείψεις, να ειπωθούν οι πιθανοί λόγοι που ωθούν το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να τα διαπράττει, να περιγραφούν αλλαγές όπου κι αν χρειάζεται και να προσδιοριστούν οι μεταβλητές που πιθανόν να επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό. Πριν όμως παραθέσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, θα ήταν αξιοσημείωτο να παραθέσουμε τον ορισμό του λάθους και της παράλειψης στο κεφάλαιο 1.

Λάθος είναι οτιδήποτε αποκλίνει από τον κανόνα και θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή, ενώ **παράλειψη** είναι η αμέλεια, η έλλειψη φροντίδας, η αδιαφορία και η απροσεξία όπου η ζωή του πάσχοντος δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο, αλλά έμμεσο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν πως γίνονται λάθη στα τρία δημόσια νοσοκομεία της χώρας, αλλά οι παραλείψεις που συμβαίνουν σε αυτά είναι περισσότερες, σε τέτοιο ποσοστό ώστε να είναι σημαντικά υπολογίσιμες. Διαπιστώθηκε δε, πως γίνονται περισσότερες παραλείψεις και λάθη στις παθολογικές κλινικές και μάλιστα στις απογευματινές βάρδιες. Ωστόσο η πόλη που φαίνεται κυρίως να συμβαίνουν τα παραπάνω είναι μια από τις επαρχιακές (Άργος). Εξετάζοντας τα αποτελέσματα και διαπιστώνοντας, πως ανεξάρτητα με το ποσοστό επί της % που παρατηρείται το φαινόμενο, τελικά γίνονται και τα δύο, και λάθη και παραλείψεις. Γι' αυτό το λόγο, είτε συμβαίνουν τα λάθη, είτε οι

παραλείψεις, είτε και τα δύο μαζί, οι παράγοντες που πιθανόν να οφείλονται μπορεί να είναι ίδιοι.

Αναλύοντας αρχικά τα στοιχεία διαπιστώσαμε πως μεγάλη σημασία για τη διαμόρφωση των αποτελεσμάτων είχαν ορισμένα χαρακτηριστικά των νοσοκομείων που ερευνήσαμε, όπως τα γεωγραφικά χαρακτηριστικά, το είδος της κλινικής και φυσικά οι βάρδιες.

∅ **Γεωγραφικά χαρακτηριστικά:** Το νοσοκομείο της πρωτεύουσας καλύπτει την περιοχή των Νοτίων Προαστίων, από την Λεωφόρο Συγγρού έως το Λαύριο περίπου 2.500.000 κατοίκων, ενώ τα επαρχιακά νοσοκομεία καλύπτουν πολλούς ομόρους δήμους, ακόμα και νομούς όπως συμβαίνει παραδείγματος χάρη στην πόλη της Πάτρας με τα νοσοκομεία της να καλύπτουν την δυτική Πελοπόννησο, καθώς και τη μισή Στερεά Ελλάδα. Έτσι, εύλογα, φτάνουμε στο συμπέρασμα πως για να παρατηρούνται περισσότερα λάθη και παραλείψεις στις επαρχιακές πόλεις πιθανόν οφείλεται ο μεγάλος όγκος των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτά.

∅ **Κλινικές:** Μια από τις κύριες διαφορές των κλινικών (παθολογικής, χειρουργικής) είναι στον τρόπο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Στην χειρουργική κλινική η παροχή φροντίδας είναι επισταμένη στα τραύματα με συγκεκριμένες ενέργειες, προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές, σε αντίθεση με την παθολογική όπου η νοσηλευτική φροντίδα αποκτά έναν συντηρητικό ρόλο και φυσικά λόγω της πληθώρας των παθολογικών ασθενειών παρατηρείται υπερπληρότητα σ' αυτές τις κλινικές με αποτέλεσμα την μη παροχή ποιοτικής φροντίδας λόγω έλλειψης χρόνου, προσωπικού κ.α.

∅ **Βάρδιες:** Έχουν καθοριστικό ρόλο στην παρατήρηση ή όχι λαθών και παραλείψεων, διότι η ποικιλομορφία του δυναμικού κάθε τμήματος που παρατηρείται είναι ανάλογη της πρωινής, απογευματινής ή βραδινής βάρδιας. Στις πρωινές βάρδιες η παρουσία της προϊσταμένης είναι αρκετή ώστε η προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι προσηλωμένη στην νοσηλευτική φροντίδα και μόνο, καθώς επίσης ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού να ανέρχεται στους 3 με 4 νοσηλευτές-τριες. Αντίθετα στις

απογευματινές βάρδιες, το δυναμικό ελαχιστοποιείται σε 2 ή και σε 1 νοσηλεύτρια υποβοηθούμενο από νοσοκόμους που αναλαμβάνουν δυστυχώς καθήκοντα νοσηλευτών, καθώς επίσης και η απουσία ελέγχου και οργάνωσης από μια προϊσταμένη ωθεί την απροσεξία στα άκρα. Όσο αναφορά τη βραδινή βάρδια σπάνια εμπίπτει κάποια νοσηλεία για να παρατηρηθούν λάθη και παραλείψεις, αλλά και πάλι η αδράνεια της νύχτας βοηθά στην πραγματοποίηση παροχής μη ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Αφού αναφερθήκαμε στους αρχικούς παράγοντες που πιθανόν οφείλονται τα λάθη και οι παραλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην συνέχεια θα ασχοληθούμε ιδιαίτερα με τους λόγους που πιστεύουμε πως οι νοσηλευτές κάνουν συγκεκριμένα λάθη και παραλείψεις επηρεασμένοι από συγκεκριμένους λόγους. Η παρούσα έρευνα έδειξε πως ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών διαπράττει κυρίως τα εξής λάθη:

1. Δεν ελέγχει την ημερομηνία φαρμάκου,
2. Δεν χειρίζεται σωστά το άσηπτο υλικό και
3. Δεν καταγράφει ποτέ νοσηλευτική διεργασία.

Ενώ, οι περισσότερες παρατηρούμενες παραλείψεις είναι:

1. το μη πλύσιμο των χεριών πριν βγάλουν τα φάρμακα,
2. η μη ενημέρωση
3. η μη ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή,
4. το ανύπαρκτο λουτρό καθαριότητας των ασθενών,
5. η μη αλλαγή γαντιών.

Έτσι λοιπόν, όπως προαναφέρθηκε, είτε συμβαίνουν λάθη, είτε παραλείψεις τα αίτια είναι τα ίδια και αναφέρονται παρακάτω.

4.2 Αίτια που πιθανόν οφείλονται τα λάθη και οι παραλείψεις:

✓ **Εκπαίδευση:** Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που πιθανόν οφείλονται τα λάθη και οι παραλείψεις είναι η έλλειψη ολοκληρωμένης εκπαίδευσης: προπτυχιακής, μεταπτυχιακής (ειδικότητα) και γενικώς η δια βίου νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Εάν ο νοσηλευτής δεν εκπαιδευτεί σωστά η

επαγγελματική του κατάρτιση δεν θα είναι ποτέ η απαιτούμενη για να σταθεί άξιος μπροστά στο νοσηλευτικό του έργο. Παρατηρήθηκε από την έρευνα πως η πλειονότητα των νοσηλευτών δεν έχει ειδικότητα, άρα δεν γνωρίζει όσο καλά θα έπρεπε το αντικείμενό του. Ένα άλλο αξιοσημείωτο αποτέλεσμα είναι αυτό της μη καταγραφής νοσηλευτικής διεργασίας που άμεσα συνεπάγεται με ένα μη καταρτισμένο νοσηλευτή. Η νοσηλευτική διεργασία δεν εφαρμόζεται λόγω της μη γνώσης της από τους παλαιότερους νοσηλευτές, αφού δεν την διδάχθηκαν, και φυσικά λόγω του συστήματος “κατά εργασίας μέθοδο” που ισχύει στο παρόν σύστημα δεν εφαρμόζεται το μοντέλο της πλήρους παροχής νοσηλευτικής φροντίδας από τους νεότερους νοσηλευτές.

Προτείνουμε λοιπόν τα εξής:

1. Να κατοχυρωθεί η Ενιαία Ανώτατη Δημόσια Εκπαίδευση όλου του νοσηλευτικού προσωπικού με κατάργηση όλων των άλλων βαθμίδων εκπαίδευσης δημοσίου και ιδιωτικού και της ιδιωτικής παιδείας.
2. Να δοθούν δυνατότητες μέσα από το δημόσιο σύστημα παιδείας δωρεάν εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και επιστημονικής εξέλιξης (Μαρίνος Γ, Χαραλάμπους Μ, Μαυρίκος Γ, Παντελάκη Ε, Νικολαΐδου Β, Σκοπελίτης Σ, Ζιώγας Γ, Κανταρτζής Α, Γκάτσης Ν, Τσίογκας Τ, Αλυσανδράκης Κ, Μωραΐτης Ν, 2007)
3. Απαίτηση για έγκαιρη, συνεχιζόμενη και αποτελεσματική ενημέρωση των λειτουργών της υγείας με δια βίου εκπαίδευση (επιστημονικά σεμινάρια, κ.α.).
4. Επιτροπές-Διαγωνισμοί για αξιολόγηση και επανεξέταση των βασικών γνώσεων των νοσηλευτών.
5. Σε ατομικό επίπεδο οι νοσηλευτές να λάβουν ακαδημαϊκή και οικονομική επιβράβευση για την ποιότητα τους αλλά να χρησιμοποιηθούν και ακαδημαϊκά-κίνητρα για την συνεχή επιμόρφωση τους.

✓ **Το αίσθημα της νοσηλευτικής ευθύνης:** Η νοσηλευτική ευθύνη εκτείνεται σε καθετί που αφορά στο επάγγελμα. Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για την άρτια βασική εκπαίδευσή τους και τη συνεχή επιμόρφωση, τη διατήρηση, τον εκσυγχρονισμό και την τελειοποίηση των νοσηλευτικών τους δεξιοτήτων, μεθόδων και εφαρμογών. Η αρτιότερη άσκηση της Νοσηλευτικής προϋποθέτει την καθημερινή συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής ευθύνης. Η *προθυμία, η παρατηρητικότητα, η ετοιμότητα, η ακρίβεια, η προσοχή στις γενικές γραμμές και στις λεπτομέρειες*, τα πάντα εξαρτώνται από το βαθμό στον οποίο έχουν συνειδητοποιήσει την ευθύνη τους οι νοσηλευτές (Ραγιά, 2002).

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαπιστώνεται πως τελικά η νοσηλευτική ευθύνη παίρνει πολλές μορφές στη διάρκεια της καθημερινής κλινικής άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο νοσηλευτής δεν ενημερώνει, δεν υποστηρίζει, δεν προθυμοποιείται να κάνει κάτι τόσο απλό και εύκολο, όπως με το να ασχοληθεί σε πνευματικό επίπεδο με τον ασθενή, για παράδειγμα να περιμένει να πιει τα φάρμακα, να του εξηγήσει τι νοσηλεία πρόκειται να του κάνει, κ. ά. Εδώ λοιπόν φέρει την ευθύνη να το κάνει. Η νοσηλευτική δεν είναι μόνο επιστήμη, είναι και τέχνη. Η τέχνη του ανθρώπου που προσφέρει, που αγαπά, που φροντίζει. Τέλος, φαίνεται πως για ορισμένες παραλήψεις φταίει αποκλειστικά και μόνο το ανύπαρκτο αίσθημα ευθύνης κάθε νοσηλευτή (π.χ. για την ψυχολογική υποστήριξη).

Σε αυτή την περίπτωση προτείνουμε τα εξής :

1. Προσθήκη νέων μαθημάτων πιο φιλοσοφικών για την κατανόηση της αναγκαίας ανάπτυξης προπτυχιακής νοσηλευτικής ευθύνης.
2. Ανάπτυξη «σωστής» προσωπικότητας νοσηλευτή από τα χρόνια της σχολής. Όχι μόνο δημιουργία σωστών επαγγελματιών νοσηλευτών αλλά και σωστών ανθρώπων.

✓ **Έλλειψη προσωπικού:** Το ζήτημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού είναι επίκαιρο, ανοιχτό, πολυδιάστατο και πολυσυζητημένο στο χώρο της δημόσιας υγείας. Είναι ο πυρήνας μιας αλυσιδωτής έκρηξης για τα προβλήματα που μπορούν να αλληλοεξαρτώνται από αυτό. Η έλλειψη προσωπικού επιφέρει άπειρα προβλήματα στο Ε.Σ.Υ και στο υπάρχον

προσωπικό που επανδρώνουν τα νοσοκομεία της χώρας μας. Τα προβλήματα αυτά είναι οι διπλές βάρδιες, το κυκλικό ωράριο, η επαγγελματική εξουθένωση, το σύνδρομο burn out, ο υψηλός φόρτος εργασίας, το υψηλό αίσθημα ευθύνης, η μη ικανοποιητική επάνδρωση των νοσοκομείων που σαφώς όλα αυτά κάνουν τους νοσηλευτές να μην προσέχουν λόγο της αυξημένης κούρασης και αρμοδιοτήτων με αποτέλεσμα να προβαίνουν σε λάθη και παραλείψεις.

Όπως αναφέρουν οι βουλευτές του Κ.Κ.Ε. (Μαρίνος Γ, Χαραλάμπους Μ, Μαυρίκος Γ, Παντελάκη Ε, Νικολαΐδου Β, Σκοπελίτης Σ, Ζιώγας Γ, Κανταρτζής Α, Γκάτσης Ν, Τσίογκας Τ, Αλυσανδράκης Κ, Μωραΐτης Ν, 2007) σε ερώτηση στη Βουλή των Ελλήνων, καταγράφοντας τις συνέπειες από τις τεράστιες ελλείψεις σε προσωπικό, φαίνεται πως υπάρχουν νοσηλευτές/τριες που κάνουν 2 και 3 νυχτερινές βάρδιες την βδομάδα ή δουλεύουν όλα τα Σαββατοκύριακα του μήνα, τους χρωστάνε δεκάδες ρεπό ή δουλεύουν για χρόνια σε βαριά ή κλειστά τμήματα χωρίς εναλλαγή. Σ' αυτές τις συνθήκες εργασίας υπονομεύεται η υγεία τους, το δικαίωμά τους για σταθερό και μειωμένο ημερήσιο χρόνο εργασίας, ελεύθερο χρόνο, ξεκούραση, επιμόρφωση, ψυχαγωγία και οικογενειακή ζωή.

Συμπληρώνοντας οι Κορομπέλη, Κτένας και Κικεμένη (2006) για το κυκλικό ωράριο αναφέρουν πως στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει το «βιολογικό ρολόι» ή βιορυθμός, που καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας του. Στις υπηρεσίες υγείας, η ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση αναγκάζει το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Τα άτομα που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας κατά την νύχτα αναγκάζονται να διακόψουν το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου. Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το λεγόμενο “jet lag” syndrome. Το βασικό συμπέρασμα αφορά στη σημαντικότητα των επιπτώσεων στους νοσηλευτές της εργασίας σε κυκλικό ωράριο και νυχτερινές βάρδιες, οι οποίες δεν υφίστανται άμεσα, αλλά έμμεσα μέσω των αλλαγών στην

ποσότητα και ποιότητα του ύπνου. Επομένως, απαιτείται καλύτερος σχεδιασμός των βαρδιών.

Επιπλέον το «αγκάθι» στην νοσοκομειακή επάνδρωση είναι οι νοσοκόμοι που εκτελούν χρέη νοσηλευτών. Σύμφωνα με την Κωστιάδου (2005), έχουμε αρκετές χιλιάδες βοηθούς νοσηλευτών, ενώ έχει ανατραπεί η διεθνής αναλογία των νοσηλευτών που είναι δυο νοσηλευτές, μια βοηθός ή στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού 60% νοσηλευτές, 40% βοηθοί. Έχουμε δε υπέρπληθώρα βοηθών νοσοκόμων χωρίς να υπάρχει ο αναγκαίος αριθμός νοσηλευτών για να στελεχωθούν οι υγειονομικές υπηρεσίες. Συνεχώς ακούμε ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και ότι πολλές μονάδες, νοσηλευτικά κρεβάτια σε νοσοκομεία δεν έχουν αναπτυχθεί λόγω μη πρόσληψης νοσηλευτών.

▼ Επαγγελματική εξουθένωση: Τα παραπάνω αίτια συνεπάγονται την λεγόμενη επαγγελματική εξουθένωση. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθότι αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Η πλειοψηφία των ερευνητικών εργασιών που έχουν εκπονηθεί ως σήμερα και αναφέρονται στην επαγγελματική εξουθένωση, έχουν ως πληθυσμό μελέτης τους επαγγελματίες υγείας. Στη συνέχεια, αναφέρεται ότι το 1/3 των νοσηλευτριών παρουσιάζουν συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης από τα αρχικά στάδια της καριέρας τους, ενώ ο κίνδυνος για την εμφάνιση σοβαρών ψυχικών διαταραχών στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα είναι πολύ υψηλός (Το βήμα του Ασκληπιού, 2007)

Ακόμα ο χώρος σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Για πολλούς νοσηλευτές, τα σημεία αυτά αποτέλεσαν το κίνητρο για επανεκτίμηση της εργασίας τους, ενώ για άλλους την αφορμή να εγκαταλείψουν οριστικά το νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι παράγοντες προέρχονταν από την έλλειψη οργάνωσης, την ποιότητα των σχέσεων εργασίας με τους προϊστάμενους και το ιατρικό προσωπικό, την σύγκρουση με τον

ασθενή, τον φόβο από το θάνατο του ασθενούς και την συμμετοχή στις αποφάσεις για την πορεία του ασθενούς και του τμήματος. Επίσης μεγάλου βαθμού επαγγελματική εξουθένωση παρουσιάζουν οι παθολογικοί και οι χειρουργικοί νοσηλευτές εξαιτίας του υψηλού φόρτου εργασίας, των γρήγορων ρυθμών, του αισθήματος ευθύνης, της έλλειψης αυτοφροντίδας των ασθενών καθώς και της ανεπάρκειας κοινωνικής υποστήριξης (Το βήμα του Ασκληπιού, 2007).

Ο βαθμός πίεσης που δέχονται οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματος επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Ο βαθμός εκπαίδευσης των νοσηλευτών σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου «burn out». Οι καταρτιζόμενοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βίωναν υψηλότερη πίεση φόρτου εργασίας από το αναρμόδιο προσωπικό. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης και οργάνωσης ήταν ο κύριος παράγοντας άγχους που αναφέρθηκε από το καταρτισμένο προσωπικό, ενώ οι δύσκολοι ή απαιτητικοί ασθενείς αποτελούσαν επίσης πηγή άγχους για το αναρμόδιο προσωπικό. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις στρατηγικές του κάθε οργανισμού, ενώ ο βαθμός πίεσης στο χώρο της εργασίας και οι προσωπικές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου(www.medtime.gr).

Όσον αφορά στον Ελλαδικό χώρο οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος για παράδειγμα επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης κ.ά. Οι επαγγελματίες υγείας λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν, αισθάνονται κόπωση και δεν μπορούν να βοηθήσουν και να επικοινωνήσουν στοιχειωδώς με τους ασθενείς τους. Συχνά αντιμετωπίζουν το επάγγελμα ως ένα αναπόφευκτο κακό, από το οποίο δεν μπορούν να δραπέτευσουν. Ως αποτέλεσμα, προσπαθούν να κρατήσουν μια απόσταση ασφαλείας από άλλα άτομα που θεωρούνται ως πηγή της εξάντλησής τους.

Αντίθετα, η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης(Αδάλη,2002).

Στον Ελλαδικό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει στην εργασία του, γιατί είναι ικανοποιημένο από το αντικείμενο της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Στην προσπάθεια του να απεγκλωβιστεί από αυτή την φόρτιση αναπτύσσει ως μηχανισμό άμυνας μια «απρόσωπη» σχέση με τον ασθενή. Επιπροσθέτως, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων σε συνδυασμό με την απάθεια προς τις ανάγκες του ασθενή, οδηγεί σε πλήρη ή μερική παραίτηση προς τις απαιτήσεις του ασθενή (www.medtime.gr)

Ως αποτέλεσμα των παραγόντων της συναισθηματικής φόρτισης, των αρνητικών συναισθημάτων και του μειωμένου αισθήματος προσωπικών επιτευγμάτων, ο εργαζόμενος αναπτύσσει λανθασμένη επικοινωνία σε κάθε επίπεδο, ατομικό, κοινωνικό, επαγγελματικό τόσο με τον ασθενή, τους συγγενείς όσο και με τους υπόλοιπους συναδέλφους. Στο πρώτο στάδιο, διακατέχεται από ενθουσιασμό για το επάγγελμα που επέλεξε και θέτει υψηλούς στόχους και προσδοκίες, οι οποίες όταν διαψεύδονται σηματοδοτούν την έναρξη του δεύτερου σταδίου «της αμφιβολίας και της αδράνειας», κατά το οποίο ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται (www.medtime.gr).

Η μη ικανοποίηση από την εργασία, τον ωθεί στο στάδιο «της απογοήτευσης και της ματαίωσης» όπως επίσης δεν μπορούν να υλοποιηθούν οι προσωπικοί στόχοι των εργαζομένων λόγω έλλειψης πόρων. Τελικά, η επαγγελματική εξουθένωση υποδηλώνει την απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζομένου για την φύση και το χώρο της εργασίας, η οποία καταλήγει σε διαταραχή των σχέσεων με τους ασθενείς και γενικότερα το περιβάλλον (Το βήμα του Ασκληπιού).

Προτείνουμε:

1. Μαζικές προσλήψεις μόνιμου-σταθερού προσωπικού που θα λύσουν τα προβλήματα στις βάρδιες, του κυκλικού ωραρίου, της επαγγελματικής εξουθένωσης κ.α.

2. Η πρώιμη αναγνώριση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης συνεισφέρει στην καλύτερη επαγγελματική συμπεριφορά και στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υψηλής ποιότητας στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται:

- ο Γνώσεις και εκπαίδευση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου.
- ο Μείωση των πηγών έντασης.
- ο Διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης.
- ο Προαγωγή της υγείας.
- ο Ειδική υποστηρικτική ομάδα στον εργασιακό χώρο.
- ο Εφαρμογή προγραμμάτων συμβουλευτικής βοήθειας.
- ο Υποστήριξη από τη νοσηλευτική διοίκηση σε όσους νοσηλευτές βιώνουν το σύνδρομο.
- ο Βοήθεια στην ανάπτυξη και βελτίωση της ανθεκτικότητας στην επαγγελματική εξουθένωση και τέλος
- ο Υποστηρικτικό κλίμα στο χώρο εργασίας.

ν Έλλειψη υγειονομικού υλικού και χαμηλές δαπάνες για την υγεία:

Ακούγεται απίθανο κι όμως μπορεί να οφείλονται κάποιες παραλείψεις εξαιτίας του υγειονομικού υλικού. Η μη αλλαγή γαντιών, ίσως να γίνεται λόγω έλλειψης του συγκεκριμένου υλικού και όχι λόγω ανευθυνότητας των νοσηλευτών. Η Καρακατσάνη (2007) αναφέρει πως η αγορά και διάθεση των αναλώσιμων αποτελεί μια “πονεμένη” ιστορία ή καλύτερα μια ανεξήγητη κατάσταση. Έτσι, τουλάχιστον, τη χαρακτηρίζουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του Δημοσίου, οι οποίοι καθημερινά βρίσκονται αντιμέτωποι με σοβαρές ελλείψεις, που δημιουργούν προβλήματα στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Το σύστημα προμήθειας πάσχει και μάλιστα σοβαρά, αλλά ουδείς τολμά να προβεί σε τομές για θεραπεία του προβλήματος. Ο λανθασμένος προγραμματισμός, οι

χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες και η έλλειψη συντονισμού ευθύνονται για τις σπατάλες και τις συνεχείς ελλείψεις, που βραχυκυκλώνουν νευραλγικά τμήματα του δημοσίου.

Σας αναφέρουμε μερικά παραδείγματα για να αναδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος. Πρόσφατα σε Γενικό Νοσοκομείο παρουσιάστηκε σοβαρή έλλειψη γαντιών μιας χρήσης και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζονταν να χρησιμοποιεί γάντια του χειρουργείου για να εκτελεί απλές εργασίες. Η κάλυψη του κενού με τη χρήση των χειρουργικών γαντιών κόστισε στο Δημόσιο ένα σεβαστό χρηματικό ποσό, καθότι τα εν λόγω αναλώσιμα κοστίζουν υπερδιπλάσια απ' ό,τι τα συνηθισμένα μη αποστειρωμένα γάντια. Επίσης, συχνά παρατηρείται έλλειψη καθετήρων στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Την ίδια ώρα διαρρέουν πληροφορίες ότι μεγάλες ποσότητες καθετήρων βρίσκονται στις κρατικές αποθήκες και για άγνωστους λόγους δεν διοχετεύονται στα νοσοκομεία (Καρακατσάνη, 2007).

Επιπλέον, η Φυντανίδου (2006) συμπληρώνει ότι πληρώνουμε χρυσά τα υγειονομικά υλικά σε σχέση με άλλες χώρες. Δεκάδες εκατομμύρια ευρώ, τα οποία ξοδεύονται κάθε χρόνο άσκοπα, θα μπορούσαν να διατεθούν για επενδύσεις στον χώρο της δημόσιας υγείας, αλλά και για την κάλυψη βασικών αναγκών. Άνω του 1500% κερδίζουν οι προμηθευτές ορισμένων υλικών. Το μεικτό κέρδος του προμηθευτή, όπως είχαν αποκαλύψει προ μηνών ο τέως υπουργός Υγείας κ. Ν. Κακλαμάνης και ο γενικός γραμματέας του υπουργείου εκτιμάται ότι ανέρχεται σε 1.574%.

Συνεχίζοντας παραθέτουμε τα εξής:

§ Να προωθείται, παράλληλα, η κωδικοποίηση των φαρμακευτικών ειδών και των υγειονομικών αναλώσιμων, με στόχο να περιοριστούν οι ελλείψεις καθώς και οι σπατάλες που ταλανίζουν τα νοσοκομεία.

§ Να γίνεται σωστός προγραμματισμός των παραγγελιών, διαχείριση των αποθεμάτων και έλεγχος των προϊόντων του υγειονομικού υλικού.

§ Να ιδρυθούν νέες ευέλικτες δομές που θα εξασφαλίζουν έγκαιρη και αξιόπιστη παράδοση και παραλαβή υλικών και σημαντική εξοικονόμηση δαπανών.

§ Ανάθεση αποθήκευσης και τροφοδοσίας των νοσοκομείων με αναλώσιμα στις εταιρίες που τα εισάγουν.

§ Παρουσία αρμόδιας αρχής που θα ελέγχει τα αποθέματα αναλώσιμων υλικών.

§ Και τέλος, εφαρμογή κατάλληλου νομικού πλαισίου για την οργάνωση και εύρυθμη λειτουργία των συστημάτων και του διοικητικού κλάδου κάθε νοσοκομείου.

4.3 Επιπτώσεις

Κάθε παρεκτροπή από το μοντέλο της σωστής νοσηλευτικής φροντίδας που είτε αποτελεί λάθος είτε παράλειψη, επιφέρει πάντοτε επιπτώσεις, άλλοτε μικρές και ασήμαντες και άλλοτε μεγάλες και σημαντικές.

Οι επιπτώσεις των λαθών και παραλείψεων επιβαρύνουν:

- ∅ τον ασθενή
- ∅ την οικογένειά του
- ∅ τον νοσηλευτή (όχι απαραίτητα) και
- ∅ το κράτος.

Ασθενής: Σίγουρα ο άμεσα προσβαλλόμενος των επιπτώσεων από τα λάθη και τις παραλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ο ίδιος ο ασθενής, ο οποίος βάλλεται σωματικά αφού ο κίνδυνος ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων ή επιμόλυνσης τραυμάτων είναι αυξημένος. Καθώς επίσης εξαιτίας της

απροσεξίας των νοσηλευτών αυξάνεται ο χρόνος παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο με συνέπεια την απουσία από την εργασία του. Αυτό μπορεί να σημαίνει την οριστική του παύση από την εργασία του εάν απολυθεί ή ακόμα την άσχημη οικονομική του κατάσταση εφόσον δεν εργάζεται και δεν λαμβάνει οικονομικές αποδοχές. Όλα αυτά συντελούν στην δημιουργία μιας επιβαρυσμένης ψυχολογικής κατάστασης που μπορεί να επηρεάσει τον ασθενή και να του δημιουργήσει και άλλα σωματικά συμπτώματα (ψυχοσωματικά) που θα επιβαρύνουν την ήδη επιβαρυσμένη κατάστασή του. Αξιοσημείωτο είναι και μια άλλη όψη της οικονομικής επίπτωσης προς τον ασθενή, αυτή της χρηματικής επιβάρυνσης από το κόστος νοσηλείας του εάν δεν καλύψει τα έξοδά του ο ασφαλιστικός του οργανισμός.

Οικογένεια: Η οικογένεια του ασθενή επιβαρύνεται και αυτή σημαντικά διότι αποδιοργανώνεται η ομαλή ροή της, διαταράσσεται η γαλήνη της, πάσχει οικονομικά και ειδικά όταν ο ασθενής αποτελεί τον μοναδικό εργαζόμενο της οικογένειας. Άρα ο ασθενής και η οικογένεια αποτελούν τα συγκοινωνούντα δοχεία των επιπτώσεων της αμάθειας, ανευθυνότητας και ελλείψεων του νοσηλευτικού προσωπικού.

Νοσηλεύτης: Οι επιπτώσεις των λαθών και παραλείψεων δεν επιβαρύνουν πάντοτε τον νοσηλευτή. Πιθανόν θα υποστεί τις συνέπειες εάν του γίνει κάποια αναφορά και πάρει διαστάσεις το ζήτημα, κυρίως από το περιβάλλον του ίδιου του ασθενή. Έτσι μπορεί να πληγεί η ίδια του η εργασία και η καριέρα φυσικά.

Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να ξεχνά πως είναι επαγγελματίας αλλά και λειτουργός, έχει δικαιώματα αλλά αυτό δεν σημαίνει πως δεν τιμωρείται όταν παραβεί τα πρόποντα και τα δέοντα. Σύμφωνα με τον Μπακάλη (2007), *Επάγγελμα* είναι κάθε αμειβόμενη και συστηματικά ασκούμενη δραστηριότητα προσώπου. *Επαγγελματίας* είναι ο ασκών επάγγελμα, αμειβόμενος κατά πράξη ή κατά συγκεκριμένη υπηρεσία. Εξ' ορισμού προκύπτει, ότι όταν μιλούμε για επάγγελμα θα πρέπει να υπάρχουν τα βασικά στοιχεία:

- συγκεκριμένα έργα (πράξεις)
- η συγκεκριμένη δραστηριότητα να ασκείται συστηματικά και κατά τρόπο συνεχή
- να υπάρχει συγκεκριμένο πρόσωπο επαγγελματία αλλά και εξυπηρετούμενου
- να υπάρχει αμοιβή.

Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα γιατί σαν δραστηριότητα έχει τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Είναι επάγγελμα ασκούμενο μεμονωμένα αλλά και υπό υπαλληλική ιδιότητα. Είναι επάγγελμα ανθρωπιστικό, αναγνωριζόμενο ως επιστημονικό, έχει το δικό της γνωστικό αντικείμενο, τα δικά της θεωρητικά μοντέλα, τη δική της έρευνα. Έτσι απαιτεί υψηλή συναίσθηση ευθύνης διότι μπορεί να ασκηθεί ακίνδυνα και επομένως πρέπει να διέπεται από νομοθεσία που να προστατεύει το δημόσιο συμφέρον αλλά και τους ίδιους τους επαγγελματίες. Η Πολιτεία οφείλει να προστατεύσει αποτελεσματικά το νοσηλευτικό επάγγελμα, το οποίο αναγνωρίζεται διεθνώς (Μπακάλης, 2007).

Ακόμα *λειτουργήμα*, είναι η άσκηση επαγγέλματος με τρόπο λειτουργικό. Προϋποθέτει οργανωμένη δημόσια υπηρεσία και υπαλληλική ιδιότητα επαγγελματία. Η νοσηλευτική ασκείται σαν λειτουργήμα σε οργανωμένες μονάδες υγείας. Το 2004 συγκεκριμένα, ιδρύθηκε η Ε.Ν.Ε. στο οποίο όλοι οι νοσηλευτές εγγράφονται υποχρεωτικά, ασκεί προστασία στους νοσηλευτές, κάνει έλεγχο του επαγγέλματος και εκπροσωπεί επίσημα το επάγγελμα στα συμβουλευτικά κέντρα αλλά και στα κέντρα των αποφάσεων (Μπακάλης, 2007).

Επιπλέον, ο Μπακάλης (2007) συμπληρώνει πως για λόγους εύρυθμης λειτουργίας ενός δημοσίου οργανισμού ή μιας ιδιωτικής επιχείρησης, ορισμένα παραπτώματα των εργαζομένων ανάγονται σε πειθαρχικά παραπτώματα (ή αδικήματα). *Πειθαρχικό παράπτωμα* είναι κάθε παράβαση εργασιακού καθήκοντος που συντελείται με υπαίτια πράξη ή υπαίτια παράλειψη του εργαζομένου και μπορεί να καταλογιστεί σε αυτόν. Το πειθαρχικό δίκαιο, το δίκαιο που προβλέπει τα πειθαρχικά παραπτώματα, τις πειθαρχικές ποινές που επιβάλλονται σε περίπτωση τέλεσης τους και τα πειθαρχικά όργανα που επιβάλλουν αυτές τις ποινές ανήκει συστηματικά στο δημοσιοϋπαλληλικό δίκαιο

και ο Υπαλληλικός Κώδικας (νόμος 2683/1999) ρυθμίζει όλα τα σχετικά με αυτό ζητήματα. Ο ιδιωτικός τομέας, εάν και εφόσον επιθυμεί να εφαρμόσει πειθαρχικές διατάξεις, εφαρμόζει αυτές του νόμου 3789/1957 «περί τροποποίησης και συμπληρώσεως ενίων διατάξεων της εργατικής νομοθεσίας».

Σύμφωνα με αυτό η πειθαρχική ποινή υπέχει πάντοτε ο δημόσιος υπάλληλος και οποιοδήποτε πρόσωπο υπάγεται σε δημόσιο οργανισμό. Για να υπέχει όμως αντίστοιχη ευθύνη ο εργαζόμενος στον ιδιωτικό τομέα, πρέπει η επιχείρηση να έχει προβλέψει την εφαρμογή πειθαρχικών διατάξεων στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας της (Μπακάλης, 2007).

Οι πειθαρχικές ποινές που επιβάλλονται στους δημόσιους υπαλλήλους είναι οι εξής:

§ Η έγγραφη επίπληξη.

§ Το πρόστιμο, που μπορεί να ανέρχεται μέχρι του ποσού των αποδοχών τριών μηνών.

§ Η στέρηση του δικαιώματος για προαγωγή από ένα έως πέντε έτη.

§ Ο υποβιβασμός κατά ένα βαθμό.

§ Η προσωρινή παύση από τρεις έως έξι μήνες με πλήρη στέρηση των αποδοχών (Μπακάλης, 2007).

§ Η οριστική παύση, δηλαδή η απόλυση από την υπηρεσία.

Η απαρίθμηση των πειθαρχικών παραπτώματων στον Υπαλληλικό Κώδικα είναι ενδεικτική. Πειθαρχικά παραπτώματα στα οποία θα μπορούσε να υποπέσει ένας νοσηλευτής είναι:

- η παράβαση καθήκοντος κατά τον ποινικό κώδικα ή άλλους ειδικούς ποινικούς νόμους
- η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων
- η άρνηση εκτέλεσης υπηρεσίας

- η αμέλεια και η ατελής ή μη έγκαιρη εκπλήρωση του καθήκοντος
- η παράβαση της υποχρέωσης εχεμύθειας
- η άσκηση κριτικής των πράξεων της προϊστάμενης αρχής που γίνεται δημόσια, γραπτά ή προφορικά, με σκόπιμη χρησιμοποίηση έκδηλα ανακριβών στοιχείων ή με πρόδηλα απρεπείς εκφράσεις
- η παροχή εργασίας ή η εκτέλεση έργου με αμοιβή χωρίς προηγούμενη άδεια της υπηρεσίας
- η αδικαιολόγητη άρνηση προσέλευσης για ιατρική εξέταση
- η ανάρμοστη συμπεριφορά προς τους πολίτες, η αδικαιολόγητη μη εξυπηρέτηση τους και η μη έγκαιρη διεκπεραίωση των υποθέσεων τους
- η αδικαιολόγητη προτίμηση νεότερων υποθέσεων με παραμέληση παλαιότερων
- η αποδοχή οποιασδήποτε υλικής εύνοιας ή ανταλλάγματος που προέρχεται από πρόσωπο του οποίου τις υποθέσεις χειρίζεται ο υπάλληλος
- η φθορά λόγω ασυνήθιστης χρήσης, η εγκατάλειψη ή η παράνομη χρήση πράγματος, το οποίο ανήκει στην υπηρεσία.

Κλείνοντας, καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως από την απροσεξία ή την αμάθεια ακόμα και την ανευθυνότητα που διέπει τον κάθε νοσηλευτή/τρια μπορεί να επιβαρυνθεί σημαντικά η εξέλιξή του στις ανώτερες βαθμίδες, να μην αξιολογηθεί ευνοϊκά για την καριέρα του από την προϊσταμένη του ή την διοίκηση ή ακόμα και να κατηγορηθεί για ποινικό αδίκημα, κακούργημα ή και πλημμέλημα.

Κράτος: Σύμφωνα με την Φούρα (2006) πληρώνει το Δημόσιο αποζημιώσεις σε ασθενείς κάθε χρόνο. Με γεωμετρική πρόοδο αυξάνονται και στην Ελλάδα οι αγωγές ασθενών κατά γιατρών και νοσηλευτών για λάθη, που σε ορισμένες περιπτώσεις αποβαίνουν μοιραία για τη ζωή των ασθενών. Όλο και περισσότεροι ασθενείς ή συγγενείς ασθενών στρέφονται κατά του ιατρικονοσοκομειακού προσωπικού διεκδικώντας αποζημιώσεις για βλάβη της υγείας τους, ή απώλεια ζωής προσφιλούς τους προσώπου. Το μέγεθος των αποζημιώσεων που θα κληθεί να καταβάλει το ελληνικό Δημόσιο δεν είναι

καθόλου ευκαταφρόνητο αν λάβει κανείς υπ' όψιν τα ποσά που εκδικάστηκαν σε περιπτώσεις σφαλμάτων προς τους ασθενείς από ελληνικά δικαστήρια. Ενδεικτικά αναφέρουμε ορισμένα ποσά σε δικασμένες περιπτώσεις: 440.205 ευρώ σε κοριτσάκι που κατέληξε από μη ελεγμένο μολυσμένο αίμα, 586.94 ευρώ για εσφαλμένη επέμβαση καταρράκτη, 586.940 ευρώ για θάνατο από βρογχοπνευμονία, κ. ά (Φούρα, 2006).

Για τη Ελλάδα δεν υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία για τις οικονομικές επιπτώσεις. Έρευνα έδειξε πως η βλάβη που θα προκληθεί εξαιτίας λαθών, οδηγεί σε περαιτέρω παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, συνεπώς σε αύξηση του χρόνου, επομένως και του κόστους νοσηλείας, γεγονός που σημαίνει επιπλέον φάρμακα, υγειονομικό υλικό, εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσης έδειξε ότι οι δαπάνες των νοσοκομείων για την θεραπεία ασθενών που υπέστησαν βλάβη από κακή χορήγηση φαρμάκων, υπολογίζονται από δυο έως πεντέμισι δισεκατομμύρια ευρώ τον χρόνο. Μόνο σε ένα νοσοκομείο διαπιστώθηκε ότι ασθενείς νοσηλεύτηκαν έως και πέντε ημέρες περισσότερο, λόγω εσφαλμένης χορήγησης φαρμάκων. Εάν αυτό είχε αποφευχθεί έστω και στις μισές περιπτώσεις, το νοσοκομείο θα εξοικονομούσε 500.000 ευρώ ετησίως.»

Φαίνεται επιπλέον πως σύμφωνα με την Μπιτσικά και την Τράτσα (2007), οι Έλληνες ζουν με τον φόβο των συνεπειών διάφορων ιατρονοσηλευτικών λαθών, ενώ είναι οι πρώτοι μεταξύ των υπόλοιπων Ευρωπαίων στην έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Μόνο ένας στους τέσσερις πολίτες στη χώρα μας εμπιστεύεται την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από αυτές τις επαγγελματικές ομάδες. Έτσι, 7 στους 10 πολίτες στην Ελλάδα ανησυχούν επειδή πιστεύουν ότι ως ασθενείς θα βρεθούν αντιμέτωποι με λανθασμένη διάγνωση, θεραπεία ή φαρμακευτική αγωγή. Η ανασφάλειά τους πάντως δεν προέρχεται από προσωπική εμπειρία, αφού μόνο σε ποσοστό 13% δηλώνουν ότι οι ίδιοι ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχουν βιώσει μια αντίστοιχη αρνητική

κατάσταση κατά την περίθαλψη τους, ενώ 1 στους 10 αντιμετωπίζει πρόβλημα από λανθασμένη επιλογή φαρμάκου που είχε συνταγογραφήσει κάποιος γιατρός.

Συμπληρώνοντας, το κράτος εκτός από το ότι πλήγεται οικονομικά μαζί με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που επωμίζονται τα επιπλέον έξοδα νοσηλείας, πλήγεται και η δημόσια εικόνα του Ε.Σ.Υ. Εκτός από το ότι οι ασθενείς ωθούνται σε ιδιωτικά νοσοκομεία με αποτέλεσμα την οικονομική ζημία του κράτους αλλά την προσωπική και ασφαλιστική επιβάρυνσή τους. Τέλος, στην υγειονομική κοινότητα επικρατούν κι άλλες απόψεις για εναλλακτικές προτάσεις ώστε να βοηθήσουν το Ε.Σ.Υ. να προάγει την καλύτερη και αρτιότερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υγείας στον ελληνικό πληθυσμό.

Προτείνουν:

- ο Αναγκαίες νέες πρωτοβουλίες για καλύτερη επικοινωνία και ενημέρωση μέσω εκλαϊκεύσεως βασικών ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων μέσω φυλλαδίων και διαδικτυακών τόπων ή δημιουργίας δωρεάν τηλεφωνικών γραμμών επικοινωνίας με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- ο Διαφώτιση κοινού για το δικαίωμα τους στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, άρα στην αύξηση της πίεσης στο κράτος για βελτίωση της ποιότητας
- ο Καθιέρωση οικονομικών κινήτρων προς τους οργανισμούς εκείνους που επενδύουν στην ποιότητα, ώστε με κάποιο τρόπο να επιμεριστεί το βάρος της επένδυσης, αλλά και το κέρδος στο επίπεδο του κοινωνικού αγαθού της υγείας
- ο Παρέμβαση πολιτείας και κοινωνίας με άμεση προτεραιότητα σε θέματα ποιότητας στην υγεία και ενθάρρυνση για επένδυση πόρων στη δημιουργία νέων εργαλείων για την προώθηση των σχετικών μεταρρυθμίσεων.

4.3 Περιορισμοί της έρευνας

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος. Αν και η έρευνα πρόσφερε σημαντικά στοιχεία για την στάση των νοσηλευτών απέναντι στην ενέργεια ή όχι λαθών και παραλείψεων, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Επιπλέον, αν και το πλάνο παρατήρησης χρησιμοποιήθηκε σε πιλοτική μορφή, έδειξε ότι είχε πολύ καλά στοιχεία αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Επίσης, η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων ανάγκασε τους ερευνητές σε δείγμα μόνο τριών δημοσίων νοσοκομείων της χώρας. Ως αποτέλεσμα, τα αποτελέσματα θα πρέπει να γενικευτούν με επιφύλαξη. Τέλος, η μέθοδος συλλογής δεδομένων είχε ως μέθοδος περιορισμούς διότι αν και προσέφερε «φυσικά» αποτελέσματα, υπήρχε η υπόνοια πως ο παρατηρούμενος – ερευνητής μπορεί να άλλαζε συμπεριφορά, και να είχε υποκειμενική επιρροή στα αποτελέσματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδάλη Ε (2002) Πρόληψη-Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. Νοσηλευτική, 41(2): 169-173.

Αλεξανδροπούλου Μ και Τσουροπλή Λ (2005) Αξιολόγηση κόστους, της ποιότητας ζωής στο νοσοκομείο και στην κατ' οίκον νοσηλεία. Νοσηλευτική 44 (1): 24-30

Burns N και Grove S (1987) The practice of nursing research. W.B. Saunders company.

Γιαννοπούλου Α (2003) Διλήμματα και προβλήματα στην σύγχρονη νοσηλευτική. Ταβίθα, Αθήνα.

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

Dempsey A και Dempsey P (1992) Nursing research, text and workbook. Little, Brown and Company.

Καρακατσάνη Σ (2007) Παραγγελίες αναλώσιμων στα τυφλά. www.tzaneio.gr/service/1/3/nmam.asp?m-id=3scat/2/85cop/=

Καρκάνη Γ (2007) Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης. www.iatrotek.gr, <file:///c:/D:/anew.gr/dreams/article.php?aid=38>

Κατωπόδη Δ, Παφυλάγου Ζ και Φώτης Θ (2007) Ηθικά διλήμματα στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, www.medlook.net, <file:///D://cy/barners/transparent.gif>.

Κιόχος Π (1997) Μεθοδολογία διεξαγωγής ερευνών. Σταμούλης, Αθήνα.

Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε και Κικεμένη Α (2006) Κυκλικό ωράριο. Νοσηλευτική 45(1):98-106.

Κωστιάδου Σ (2005) Προς νοσηλευτικό προσωπικό.
www.parliament.gr/papakosta/delta/onikrst.htm

Μαντάς Ν και Ντάνος Α (1994) Μεθοδολογία εκπόνησης πτυχιακών εργασιών.
Συγχρονική εκδοτική, Αθήνα.

Μάντζαρης Γ (2004) Επιστημονική έρευνα. C4V, Θεσσαλονίκη.

Μαρίνος Γ, Χαραλάμπους Μ, Μαυρίκος Γ, Παντελάκη Ε, Νικολαΐδου Β,
Σκοπελίτης Σ, Ζιώγας Γ, Κανταρτζής Α, Γκάτσης Ν, Τσίογκας Τ, Αλυσανδράκης
Κ, Μωραΐτης Ν (2007) Ερώτηση των βουλευτών του Κ.Κ.Ε. στην Βουλή των
Ελλήνων.

www.rizospastis.gr/page.do?pub/date=12/10/2007&id=90638page&vo=13&direction=1

Μιχαλοπούλου Α (2003) Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα
επειγόντων περιστατικών. www.iatrotek.gr, <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=1662v>.

Μπακάλης Ν (2007) Σημειώσεις κοινοτικής νοσηλευτικής .ΑΤΕΙ Πατρών.

Μπαμπινιώτης Γ (1998) Λεξικό νέας ελληνικής γλώσσας Κέντρο λεξικολογίας,
Αθήνα.

Νοσηλευτικό Δελτίο (2007) τεύχος 129, Ιούνιος, ΕΣΝΕ.

Nieswiadomy R (1987) Foundationw of nursing research. Appleton and Lange,
California.

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. GloryBook,
Αθήνα.

Πρόγραμμα σπουδών τμήματος Νοσηλευτικής, www.teithe.gr,
file://D:\selides/cgi-bin/academic.cgi.

Προεδρικό Διάταγμα, 216/2001. Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας

Προεδρικό Διάταγμα, 351/1389. Επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών.

Ραγιά Α (2002) Νοσηλευτική Δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας, www.iatrotek.gr, <http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=16337>.

Σαββοπούλου Γ (2003) Βασική νοσηλευτική. Ταβίθα, Αθήνα.

Σαχίνη-Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία έρευνας. Βήτα, Αθήνα.

Τεγόπουλος – Φυτράκης (1993) Ελληνικό λεξικό. Αρμονία, Αθήνα.

Το βήμα του Ασκληπιού (2007) Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. www.vima-asklipiou.gr/index.php?option=com_content&task=view&itemid=57&limitstart=5

Φούρα Μ (2007) Αναγκαίο και ρεαλιστικό να παρθούν άμεσα μέτρα,. www.simerini.com.cy/ngconted-cfm?a-id=3156624

Φυντανίδου Ε (2006) πληρώνουμε χρυσό το υγειονομικό υλικό, ποιοι πλουτίζουν από το σημερινό καθεστώς στις προμήθειες των δημοσίων νοσοκομείων. www.tovima.do/net.gr/prind_articlephp?e=138f=146888rom=148-aa=1

Wilkins W (2005) Full text display knowledge base help logoff journal of nursing care quality, Journal of Nursing Care Quality, 22 (3): 234-238.

www.medtime.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Γράμμα στην Προϊσταμένη του τμήματος

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας

22 Οκτωβρίου 2007

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ. 263 34

Πάτρα

Αγαπητή κα Προϊστάμενη

Είμαστε προπτυχιακές φοιτήτριες στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά λάθη και παραλείψεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική τους άσκηση.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διαπιστώσει, αν γίνονται, νοσηλευτικά λάθη και παραλείψεις στο καθημερινό κλινικό έργο των νοσηλευτών.

Πλάνο παρατήρησης έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 38 θέματα. Έχουν σχηματιστεί 4 κατηγορίες (φάρμακα, νοσηλεία, άσηπτη τεχνική και ουροδόχος κύστη) από τη φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητα**.

Θα σας είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους νοσηλευτές του τμήματος σας. Η συμμετοχή των νοσηλευτών είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση

Πολυγένη Πάολα

Σταύρου Παναγιώτα

Φλέσσα Παρασκευή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Δημογραφικά στοιχεία Παρατήρησης

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ποιο έτος γεννηθήκατε;

Είστε :

Άντρας

Γυναίκα

Τι πτυχίο έχετε;

ΑΤΕΙ

ΑΕΙ

Έχετε νοσηλευτική
ειδικότητα;

Όχι

Ναι

Μεταπτυχιακό:

Master

Διδακτορικό

Πόσα χρόνια δουλεύετε στην κλινική;

Σε ποια κλινική δουλεύετε;

Παθολογική

Χειρουργική

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Πλάνο Παρατήρησης