

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα και στη Φινλανδία

Επιμέλεια: Γιαννούλια Μαρία
Κυριλή Κωνσταντίνα
Χασάμπαλη Μαρίνα
Φοιτήτριες

Εισηγητής: Παπαδημητρίου Μ.
Καθηγήτρια

Πάτρα, 2009

*«Η εργασία αφιερωνεται στον
νοσηλευτικό προσωπικό
Φινλανδίας – Ελλάδας.»*

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	5
Εισαγωγή.....	6
Γενικό Μέρος	
<u>1ο Κεφάλαιο</u> Ιστορική αναδρομή	9
1.1 Η νοσηλευτική στο πέρασμα των χρόνων	13
1.2 Ιστορικά στοιχεία	18
1.2.1 Η επαγγελματική αποκατάσταση των αποφοίτων Νοσηλευτικής.....	20
1.2.2 Στοιχεία Πανεπιστημίου Νοσηλευτικής Αθηνών.....	20
1.2.3 Αναφορές για το επάγγελμα.....	21
1.2.4 Η διεθνής εμβέλεια της νοσηλευτικής.....	22
1.3 Η νοσηλευτική πραγματικότητα στην Ελλάδα με αριθμούς.....	24
<u>2ο Κεφάλαιο</u> Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα και στη Φινλανδία	25
2.1 Δομή σπουδών στην Ελλάδα.....	25
2.1.1 Μεταπτυχιακά.....	26
2.2 Πρόγραμμα σπουδών στη Φινλανδία	26
2.2.1 Εκλεξιμότητα.....	26
2.2.2 Επαγγελματική Θέση.....	27
2.2.3 Δομή του πτυχιακού προγράμματος και βασικό περιεχόμενο	27
2.2.4 Μέθοδοι διδασκαλίας	27
2.2.5 Δομή του πτυχιακού προγράμματος στην νοσηλευτική.....	28
2.2.6 Εκβάσεις εκμάθησης και στόχοι του προγράμματος του ακαδημαϊκού έτους.....	28
2.2.7 Η εκπαίδευση των πολυτεχνείων στη Φινλανδία	29
2.2.8 Εκπαίδευση στα Πολυτεχνεία	29
2.3 Μεθοδολογία έρευνας	30
<u>3ο Κεφάλαιο</u> Νομοθεσία & Δεοντολογία	35
3.1 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.....	35
3.2 Επαγγελματικά δικαιώματα της ειδικότητας «Νοσηλευτής».....	39
3.3 Επαγγελματικά δικαιώματα της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών».....	41
3.4.1 Καθήκοντα νοσηλευτών.....	44
3.4.2 Καθήκοντα βοηθών νοσηλευτών	50
<u>4ο Κεφάλαιο</u> Η νοσηλευτική στη ζωή των επαγγελματιών υγείας	53
4.1 Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης.....	54
4.2 Παράγοντες χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης.....	55
4.2.1 Κυκλικό ωράριο.....	57
4.2.1.1 Επαγγελματικά προβλήματα	58
4.2.1.2 Οικογενειακά και Κοινωνικά προβλήματα	58
4.2.1.3 Προσωπικά-βιολογικά προβλήματα.....	59
4.2.1.4 Τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων.....	60
4.2.2 Διατροφή και τρόπος ζωής.....	62
4.2.2.1 Επιπτώσεις στην υγεία του νοσηλευτή λόγω απομάκρυνσης του από τη μεσογειακή διατροφή	66
4.2.2.2 Χρήσιμες συμβουλές.....	67
4.2.3 Εργασιακό stress.....	69
4.3 Κλινικός έλεγχος ποιότητας	73

Ειδικό Μέρος	
Υλικό – Μέθοδος.....	81
Συμπεράσματα- Συσχετίσεις	109
Συζήτηση	140
Συμπεράσματα- Προτάσεις	145
Περίληψη.....	146
Βιβλιογραφία	147
Παράρτημα	
1.Ερωτηματολόγιο	154
2.Στατιστικοί Πίνακες	157
3.Φωτογραφικό υλικό.....	158

Πρόλογος

Το νοσηλευτικό επάγγελμα εμφανίζεται στην ιστορία της ανθρωπότητας από την εποχή εκείνη όπου δίπλα στον έχοντα ανάγκη φροντίδας έπαψε να υπάρχει ή δεν επαρκούσε η μητέρα, η σύζυγος, η αδελφή και έπρεπε κάποιο πρόσωπο πιο ειδικό να έρθει στο σπίτι να νοσηλεύσει με αμοιβή. Με το πέρασμα των αιώνων και τις αναπόφευκτες μεταβολές και μεταξιώσεις που επέφερε στη ζωή των ανθρώπων, όπως ήταν φυσικό, άλλαξε τη φύση της νοσηλευτικής από οικογενειακή υπόθεση σε επάγγελμα.¹

Πρωτοπόρος σ' αυτή την αλλαγή ήταν η μεγάλη Αγγλίδα νοσοκόμος Florence Nightigale, η οποία μετά την επιτυχή δράση της στον Κριμαϊκό πόλεμο (1854-1856), ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσοκόμων στο Νοσοκομείο Αγίου Θωμά στο Λονδίνο, το 1860.^{1,2}

Στις πρώτες νοσηλευτικές σχολές, που ιδρύθηκαν στα μέσα του 19ου αιώνα, οι φοιτητές μάθαιναν με το σύστημα της «μαθητείας» υπό την επίβλεψη της προϊσταμένης του τμήματος, που είχε την ευθύνη τους. Σύντομα, η ανάγκη για περισσότερους και καλύτερα εκπαιδευμένους νοσηλευτές οδήγησε στην ανάπτυξη των νοσηλευτικών σχολών και την ανάληψη της κλινικής διδασκαλίας από τους κλινικούς καθηγητές, που αποτελούσαν εκπαιδευτικό προσωπικό του ακαδημαϊκού ιδρύματος.³

Η νοσηλευτική είναι υπεύθυνη εργασία δύσκολη, και επίπονη σε ατμόσφαιρα συνεχούς εντάσεως, πόνου και αγωνίας. Διεξάγεται σε περιβάλλον ανθυγιεινό μέχρι και εξαθλιωμένο και λειτουργεί με κυκλικό ωράριο. Είναι όμως επάγγελμα που έχει αντικείμενο εργασίας τον άνθρωπο στην πιο δύσκολη ώρα της ζωής του.^{4,5}

Εισαγωγή

Η φιλοσοφική θεώρηση και η θεωρητική θεμελίωση της Νοσηλευτικής πράξης στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές που υποστηρίζουν, τεκμηριώνουν και κατευθύνουν την κλινική Νοσηλευτική και την Κοινωνική Νοσηλευτική σε κάθε δράση. Ο μοναδικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει το άτομο υγιές ή μη για την εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία, περιλαμβάνει την προώθηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη φροντίδα των αρρώστων, των ατόμων με ειδικές ανάγκες και ατόμων στα τελευταία στάδια της ζωής τους, την αποκατάστασή της (ή σε έναν ειρηνικό θάνατο) που θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια, εάν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Η νοσηλευτική φροντίδα απευθύνεται σε όλες τις ηλικίες, σε ομάδες, σε οικογένειες ή σε τμήμα νοσηλευτικής.^{2,3}

Σκοπός της έρευνας αυτού είναι η μελέτη του νοσηλευτικού επαγγέλματος και στη συνέχεια η εμβάθυνση σε κάποιους από τους κυριότερους τομείς που το διέπουν. Συγκεκριμένα αναφερόμαστε στο εκπαιδευτικό σύστημα, στη νομοθεσία, στο κυκλικό ωράριο, στη διατροφή και στο τρόπο ζωής των νοσηλευτών. Δώθηκε ιδιαίτερη προσοχή στο κλινικό έλεγχο ποιότητας και στην διεθνή εμβέλεια του επαγγέλματος. Μέσω της ειδικής έρευνας που διεξήχθη σε Έλληνες και Φιλανδούς νοσηλευτές στοχεύουμε στην γνωστοποίηση των βασικών διαφορών και ομοιοτήτων των δυο χωρών.

Η εκπαίδευση στη Νοσηλευτική, έχει στόχο την ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου, την απόκτηση γνώσεων και ειδικών δεξιοτήτων στο επάγγελμα. Ο νοσηλευτής αποτελεί τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα στη λειτουργία και οργάνωση της Δευτεροβάθμιας, Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, των Κέντρων Υγείας και την ανάλογη ενημέρωση των ατόμων, οικογενειών ομάδων και κοινοτήτων σε θέματα υγείας. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου που έχει ήδη νοσήσει, αλλά επεκτείνεται κυρίως στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της Υγείας.^{4,5}

Με την ολοκλήρωση των σπουδών τους οι πτυχιούχοι Νοσηλευτές είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν και να συμβάλλουν στην επίλυση προβλημάτων υγείας. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Νοσηλευτικής φέρουν τον τίτλο «Νοσηλευτής –Νοσηλεύτρια» (παρ.2 άρθρο 5 του Ν.1579/85) και αποκτούν ειδικές επιστημονικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της Νοσηλευτικής φροντίδας ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων. Οι Νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων στο Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων.⁶ Οι τομείς απασχόλησης των νοσηλευτών - τριών στη χώρα μας είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιδρύματα Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκπαίδευση, σε ιδιωτικούς φορείς υγείας, σε οργανισμούς και σε επιχειρήσεις με νοσηλευτικές υπηρεσίες.⁷

Η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες έχουν πρωταρχική θέση στον χώρο της υγείας, τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις ηθικές επιλογές για την προστασία και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου ασθενούς ή του ατόμου με ειδικές ανάγκες για την εξασφάλιση άριστης ποιότητας στη φροντίδα υγείας στην καρδιά της νοσηλευτικής.⁸ Ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας που θεσπίστηκε με προεδρικό διάταγμα βασισμένο στο παρόμοιο διεθνή κώδικα αλλά και στα ελληνικά

δεδομένα δίνει οδηγίες συμπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας κατάλληλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων με συνεχή τήρηση των ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και της άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Ιδιαίτερα τονίζονται η καλλιεργημένη προσωπικότητα του νοσηλευτή, το νοσηλευτικό απόρρητο, η ευθύνη και η συνεργασία.^{9,10}

Ωστόσο ο τρόπος λειτουργίας του νοσηλευτή καθορίζεται από το βιολογικό του ρολόι ή το βιορυθμό του. Επειδή 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 τη νύχτα αναγκάζονται να διακόψουν το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου έχοντας σαν αποτέλεσμα να προκαλούνται σοβαρά ατυχήματα εν ώρα υπηρεσίας.^{11, 12, 13, 14}

Καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και η μείωση στο ελάχιστο των νοσηλευτικών λαθών επιτυγχάνεται με την καλύτερη προπτυχιακή εκπαίδευση, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση (μετεκπαίδευση). Ακόμα με την αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών, τη συμμετοχή στα κοινά, το σχέδιο εφαρμογής κλινικής ποιότητας αλλά και τη βελτίωση της συνεργασίας με γιατρούς και νοσηλευτές καθώς επίσης και το σεβασμό απέναντι στο νοσηλευτικό επάγγελμα μπορεί να γίνει εφικτό.¹³



*Γενικό
Μέρος*

1. Ιστορική Αναδρομή

Η νοσηλευτική σήμερα αποτελεί έναν από τους βασικότερους και σημαντικότερους κλάδους στο υγειονομικό σύστημα. Έργο της είναι η φροντίδα του υγιούς και του αρρώστου ατόμου.^{1, 15}

Ένα από τα πράγματα που όλες οι χώρες έχουν κοινό παγκοσμίως είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές παρέχουν τη πλειονότητα της Φροντίδας Υγείας. Το γεγονός αυτό αναγνωρίστηκε και από το Γενικό Διευθυντή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος και δήλωσε πως οι Νοσηλευτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά των Συστημάτων Υγείας. Αυτή τη στιγμή παγκοσμίως, υπάρχουν περίπου 12 εκατομμύρια νοσηλευτές.

Νοσηλευτές οι οποίοι σήμερα επιμορφώνουν τις μητέρες, εμβολιάζουν μικρά παιδιά, συμβουλεύουν τους νέους για υγιεινό τρόπο ζωής, ενθαρρύνουν τους ενήλικες για άσκηση και καλή διατροφή, βελτιώνουν το τρόπο ζωής των ηλικιωμένων, και απαλύνουν το πόνο του ετοιμοθάνατου. Εργάζονται σε νοσοκομεία, σχολεία, φυλακές.

Είναι παρόντες σε καιρό ειρήνης (Ολυμπιακοί Αγώνες, Αεροπορική Επίδειξη Αρχάγγελος, Φυσικές καταστροφές, Τσουνάμι), αλλά και στα πεδία των μαχών ως μέλη των Ειρηνευτικών Αποστολών, και στα στρατόπεδα των προσφύγων σε όλα τα μήκη και πλάτη της Γηολόχου.¹⁵

Η Νοσηλευτική πάντα είχε, και έχει, ως στόχο να βοηθήσει τον άνθρωπο να ζήσει. Μία οπτική που αποδίδεται στη Florence Nightingale. Δε μπορεί να αρνηθεί κανείς ότι για τα ίδια ιδανικά μίλησαν και οι Έλληνες αρχαίοι κλασικοί και πως το ίδιο πρέσβευε και το Βυζάντιο. Ιδανικά που δε χάθηκαν ούτε και κατά τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας φτάνοντας μέχρι τις μέρες μας. Ιδανικά που βλέπουν τον ασθενή ως μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας, που δίνουν έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα και στην ακεραιότητα του Νοσηλευτή.^{15, 16}

Βασικές αρχές όπως η αγάπη, το καθήκον, και η καλοσύνη συνεχίζουν να χαρακτηρίζουν το Νοσηλευτικό επάγγελμα, ακόμη και αν δεν ακούγονται σήμερα με τις ίδιες ακριβώς λέξεις καθώς έχουν αντικατασταθεί από άλλες πιο τεχνοκρατικές.

Σήμερα η Νοσηλευτική είναι αναπόσπαστο κομμάτι του Οικοδομήματος που ονομάζεται Σύστημα Υγείας, και ο Νοσηλευτής αποτελεί το υποκατάστατο των αναγκών του ασθενούς.

Η Henderson (1997) είχε πει πως η μοναδικότητα της δράσης του Νοσηλευτή είναι να βοηθήσει το άτομο να κάνει εκείνες τις δραστηριότητες, που φυσιολογικά θα τις έκανε χωρίς βοήθεια, δίνοντας του δύναμη, θέληση ή γνώση. Σήμερα όπως ήταν και έναν αιώνα πριν, οι θεμέλιοι λίθοι της φροντίδας είναι τα ιδανικά μας, το όραμα, οι κανόνες και το επαγγελματικό ήθος.¹⁵

Όλοι οι νοσηλευτές γνωρίζουν το πόσο σκληρή είναι η πραγματικότητα που αντιμετωπίζουν καθημερινά. Όλοι πηγαίνουν στην εργασία τους έχοντας ως στόχο να αποδώσουν τα μέγιστα και να κάνουν το καλύτερο που μπορούν δίνοντας το καλύτερο εαυτό τους.

Ωστόσο πολύ συχνά στις μέρες μας επιστρέφουν σπίτι τους απογοητευμένοι γιατί δε κατάφεραν να επιτύχουν σε όλο το μέγεθος, τους στόχους τους για ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Δεν έδωσαν σε όλους τους ασθενείς αυτό που επιθυμούσαν. Η απάντηση είναι ίδια σε όλο το κόσμο. Έκαναν αυτό που μπορούσαν καλύτερα υπό τις παρούσες συνθήκες.^{15, 17, 18}

Συνάδελφοι από την Αφρική θα απαντούσαν με τον ίδιο τρόπο. Χρησιμοποίησαν πλαστικές σακούλες για να προστατέψουν τους εαυτούς τους και το νεογέννητο από το AIDS. Ωστόσο οι σακούλες γλιστράνε όπως και τα νεογέννητα.

Συνάδελφοι από τη Μέση Ανατολή σε μεταπολεμικές περιοχές, αισθάνονται επιστρέφοντας σπίτι τους ότι έκαναν το καλύτερο που μπορούσαν, χωρίς φάρμακα, αποστειρωμένες σύριγγες και άλλα βασικά υλικά που εμείς τα θεωρούμε δεδομένα.

Το ίδιο απαντούν και συνάδελφοι όπου στις περιοχές που εργάζονται αντιστοιχεί ένας νοσηλευτής σε 50 ασθενείς. Το ίδιο θα μπορούσε να απαντήσει ο καθένας. Έκανε ότι καλύτερο μπορούσε υπό τις παρούσες συνθήκες. Θα μπορούσαν να κάνουν περισσότερα αλλά υπάρχει έλλειψη προσωπικού. Ολοκλήρωσαν τα βασικά, αλλά γνώριζαν ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες τους είχαν ανάγκη για επιμόρφωση, άνεση, ή κατευθυντήριες οδηγίες μετά το εξιτήριο.

Ίσως το σημαντικότερο και λιγότερο αναγνωρίσιμο είναι ακριβώς το γεγονός ότι παρά όλες τις δυσκολίες οι νοσηλευτές είναι εκεί, και η φροντίδα τους αποτελεί τεκμήριο για τους ασθενείς τους.

Οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν τη διαφορά. Η διατήρησης ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε υψηλό επίπεδο επιτυγχάνεται με τη διατήρηση των δεξιοτήτων τους, την χρησιμοποίηση αυτών ανάλογα με επαγγελματισμό και αίσθημα ευθύνης και να λύσουν τα προβλήματα του εργασιακού τους χώρου. Είναι προφανές πως όλα αυτά είναι υποχρεωμένοι να το κάνουν, αλλά απαιτείται να κάνουν αυτά και πολλά περισσότερα.

Χρειάζεται ανθρώπινο δυναμικό. Πρέπει να εξασφαλιστεί η ύπαρξη καταρτισμένων νοσηλευτών, και μαθητών που να είναι έτοιμοι να μάθουν. Με τη κεκτημένη ταχύτητα της ανάπτυξης και των αλλαγών, πρέπει να σιγουρευτούν πως όλοι θα έχουν πρόσβαση στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ώστε να αναπτυχθεί και να διατηρηθεί ο συναγωνισμός.

Πρέπει να εξασφαλιστεί πως η τεχνολογία δε θα υποκαταστήσει πλήρως τον ανθρώπινο παράγοντα, την ανθρώπινη επαφή. Πρέπει να γίνει καταγραφή της ποιότητας και του κόστους της νοσηλευτικής φροντίδας ώστε να αποδειχτεί πόσο συμμετέχει η νοσηλευτική στα θετικά αποτελέσματα υγείας. Απαιτείται, μέσω των νοσηλευτικών συλλόγων, να συνεργαστούν με του κρατικούς οργανισμούς, ώστε πρώτον : να δημιουργηθούν εκείνες οι πολιτικές οι οποίες θα επιτρέψουν στους νοσηλευτές να αποδώσουν τα μέγιστα, και δεύτερον : να βρεθεί η ισορροπία στη ζήτηση και στη παροχή νοσηλευτών και άλλων εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Αυτοί ακριβώς είναι όμως και οι παράγοντες εκείνοι στους οποίους θα έπρεπε να επιμείνουν και οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ποιότητα της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας: Είναι η επίδραση της τεχνολογίας, η τεκμηρίωση της φροντίδας, ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού¹⁵

Η τεχνολογική πρόοδος στις τηλεπικοινωνίες δίνει τη δυνατότητα να επικοινωνούν μεταξύ τους οι νοσηλευτές και με τους ασθενείς τους, όπου και αν βρισκόμαστε. Όλο και περισσότεροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για ανεύρεση νέων πληροφοριών και γνώσεων, ενώ νέες πιο εξελιγμένες συσκευές βοηθούν στη παροχή ασφαλούς και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν εμπιστοσύνη στις νέες τεχνολογίες και ιδιαίτερα στη δυνατότητα που τους δίνουν τελικά ώστε να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στους φτωχότερους των φτωχών.

Αλλωστε είναι αξιοπαρατήρητο ότι στις μέρες μας οι νέοι νοσηλευτές προτιμούν τη τεχνολογία, προτιμούν τμήματα που χρησιμοποιούν συσκευές προηγμένης τεχνολογίας.

.Πρέπει να επαγρυπνούν ώστε να διατηρήσουν τη φροντίδα στο σύστημα υγείας. Για να το καταφέρουν πρέπει να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση για πληροφορίες και τεκμηριωμένη φροντίδα που να συνδυάζει κόστος και αποτελεσματικότητα. Πρέπει να ελέγξουν, να παρακολουθήσουν, να εκτιμήσουν και να καταγράψουν την εργασία τους και την συνεισφορά τους στην υγεία των ασθενών τους και της κοινότητας γενικότερα.

Η Νοσηλευτική σήμερα έχει κοινή γλώσσα παγκοσμίως μέσω του International Classification of Nursing Practice (ICNP). Αυτό δίνει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές παγκοσμίως

1. Τη περιγραφή, τη μέτρηση και τη σύγκριση των δραστηριοτήτων τους.
2. Τη σύγκριση στις νοσηλευτικές πληροφορίες, στις διάφορες ειδικότητες, πληθυσμούς γεωγραφικές περιοχές και χρονικές περιόδους.
3. Τη καταγραφή στα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
4. Την αξιολόγηση και επανατροφοδότηση

Όλες αυτές οι πληροφορίες μπορούν να επεξεργαστούν με τη βοήθεια ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων και να βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων.

Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετάσχουν σε εθνικά και διεθνή φόρουμ και συνέδρια και να ανταλλάξουν τις απόψεις τους και τις ιδέες τους όσον αφορά τη πρόοδο και την έρευνα στο τομέα τους.

Η προσέλευση και η διατήρηση ικανών επαγγελματιών στο σύστημα υγείας αποτελούσε πάντα μία πρόκληση. Σήμερα διεθνώς, οι νέοι έχουν περισσότερες δυνατότητες επιλογής επαγγελματικής καριέρας. Επιπρόσθετα ο πληθυσμός των νοσηλευτών φαίνεται να γηράσκει, αν αναλογιστεί κανείς πως η μέση ηλικία των νοσηλευτών σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Βρετανία και ο Καναδάς είναι τα 43 έτη.

Η κατάσταση διαφέρει από χώρα σε χώρα. Μπορεί να μιλάμε για έλλειψη, αλλά αυτή μπορεί να είναι αληθινή, ψευδοέλλειψη, πλεονασματική, ή να υπάρχει ισορροπία. Σε μερικές χώρες δεν υπάρχουν πολλοί νοσηλευτές με επιστημονική κατάρτιση, ενώ σε άλλες όπως στην Ελλάδα δυσκολεύονται να βρουν εργασία. Υπάρχουν χώρες που η έλλειψη αυτή είναι κατά κάποιο τρόπο τεχνητή καθώς υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτές αλλά δεν επιθυμούν να εργαστούν υπό τις παρούσες συνθήκες.

Για αυτή τη συνθήκη θα πρέπει να κάνουν αυτό που τους αντιστοιχεί ώστε να εξασφαλίσουν ένα επαρκές και καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό για τώρα και για το μέλλον. Πρέπει να πιάσουν τις κυβερνήσεις ώστε να αναλάβουν τις ευθύνες τους, όσον αφορά το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού θεωρώντας την επένδυση στο νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό τόσο σημαντική όσο και άλλες εθνικές επενδύσεις. Οι πολύτιμοι πόροι απαιτούν στοχαστική και συνεχή προσοχή και η νοσηλευτική αποτελεί το νούμερα ένα πόρο στο σύστημα υγείας κάθε χώρας.

Οι κυβερνήσεις πρέπει να ελέγξουν τον αριθμό των νοσηλευτών που μπαίνουν στην αγορά εργασίας, να υπολογίσουν τις μελλοντικές απαιτήσεις, να εκπαιδεύσουν και να επανεκπαιδεύσουν τους νοσηλευτές, να ταιριάξουν τις ικανότητες του ανθρώπινου δυναμικού με τις ανάγκες του πληθυσμού και να πραγματοποιούν συνεχόμενη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των σχεδιασμών τους.

Επιπρόσθετα η νοσηλευτική πρέπει να δράσει ως ο βασικός ρυθμιστής, ο συνήγορος, ο σύμβουλος και ο φύλακας για να εξασφαλίσει ένα επαρκές καλά εκπαιδευμένο

εργατικό δυναμικό με τις απαραίτητες ικανότητες για να εργαστεί και να ανταποκριθεί στις νέες ευκαιρίες. Σχεδόν σε όλο το κόσμο οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εργαστούν σε υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων και ανεξαρτησίας από όσο επιτρέπει η παράδοση η πολιτική και η γραφειοκρατία της κάθε χώρας.

Η ισορρόπηση προσφοράς και ζήτησης δε μπορεί να αγνοήσει το ζήτημα της δίκαιης αποζημίωσης και της δημιουργίας ενός περιβάλλοντος εργασίας το οποίο διευκολύνει την αποτελεσματική πρακτική.

Τα χαρακτηριστικά αυτά που θα πρέπει να έχουν τα νοσοκομεία για καλά υποκινούμενο προσωπικό, χαμηλά ποσοστά απώλειας για διάφορους λόγους, και ποιοτικά αποτελέσματα είναι:

1. οριζόντια ιεραρχία που ωστόσο προάγει την επικοινωνία
2. αποκεντρωμένος τρόπος λήψης αποφάσεων με τις αποφάσεις να λαμβάνονται όσο το δυνατόν πιο κοντά στο χώρο εργασίας
3. αυτοδιοίκηση ως κανόνας για τη νοσηλευτική
4. ελαστικός-εύκαμπτος προγραμματισμός εργασίας
5. αυτονομία στους νοσηλευτές; αυτό σημαίνει πως οι νοσηλευτές ή το τμήμα να έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει νοσηλευτικές αποφάσεις
6. η συνεισφορά των νοσηλευτών στους πόρους και τις πολιτικές είναι επιθυμητή και πολύτιμη
7. ισχυρή υποστήριξη και κίνητρα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και παραγωγή επιστημονικού έργου.

Τα νοσοκομεία αυτά έχουν συμμετοχική διαχείριση με καλή αμφίδρομη επικοινωνία. Η διοίκηση είναι ορατή και προσιτή και υπάρχουν ισχυροί και καταρτισμένοι ηγέτες με μια ισχυρή φιλοσοφία για τη φροντίδα του ασθενούς. Τελικά το περιβάλλον προάγει τη φροντίδα και διαθέτει τους απαραίτητους πόρους.

Ίσως η τελευταία αίσθηση που δημιουργήθηκε να είναι δυσάρεστη. Η αίσθηση πως το μέλλον δείχνει να είναι ομιχλώδες, και ότι θα χρειαστεί νέα προσπάθεια και περισσότερη κούραση και δουλειά. Ότι γράφτηκαν ελάχιστα έως καθόλου ευχάριστα πράγματα. Ελπίζουμε ωστόσο να γίνει σαφές πως έχουν γίνει άλματα στο τομέα της νοσηλευτικής και πως οι νοσηλευτές κάνουν και θα κάνουν τη διαφορά προς μια πιο ποιοτική φροντίδα και καλύτερο σύστημα υγείας.

Έχουν ακόμη πολύ δουλειά να κάνουν ώστε να γίνουν κτήμα τους οι νέες τεχνολογίες, να συνεχίσουν να τεκμηριώνουν την αξία τους και την αποδοτικότητα τους, να διασφαλίσουν την επάρκεια ικανοποιημένων και καταρτισμένων νοσηλευτών, και να δώσουν στους νέους συναδέλφους κίνητρα, προοπτικές και νέες ευκαιρίες.

Πρέπει να είναι σίγουροι ότι οι Νοσηλευτές παρέχουν και θα παρέχουν τη φροντίδα τους εντός του συστήματος υγείας. Μέσω της τέχνης και της επιστήμης της νοσηλευτικής και μέσω της ανθρωπιάς. Χωρίς ανθρωπιά παρέχουν κρύες υπηρεσίες. Με οδηγό τους την ανθρωπιά, διατηρούν την εμπιστοσύνη και κάνουν τη διαφορά στη πρόοδο της νοσηλευτικής, των νοσηλευτών και της υγείας για το παγκόσμιο πληθυσμό.

Πρέπει να είναι ενθουσιασμένοι με το μέλλον τους. Είναι και πρέπει να προσπαθήσουν ακόμη περισσότερο να είναι, άριστοι επαγγελματίες και ανθρωπιστές, αφοσιωμένοι να συνεργάζονται με όλους στο τομέα της υγείας με απώτερο σκοπό την επίτευξη των κοινών τους στόχων. Τη θεραπεία, φροντίδα και ανακούφιση των ασθενών. Περιορίζονται μόνο από τα όρια, που αναπόφευκτα υπάρχουν, των οραμάτων τους.¹⁵

1.1 Η νοσηλευτική στο πέρασμα των χρόνων

Πριν καθορίσουμε τι είναι νοσηλευτική και ποιες οι διαστάσεις της στο σύστημα υγείας, θεωρείται σκόπιμο να αναφερθούμε με συντομία στο νόημα της Υγείας και της Νόσου, ώστε να γίνει περισσότερο κατανοητή η αποστολή και η ευρύτητα του έργου των νοσηλευτών.

Υγεία κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), καλείται η πλήρης σωματική, οργανική, διανοητική, ηθική και κοινωνική ισορροπία του ανθρώπου.

Νόσος καλείται κάθε μακρο-ή μικρο-χρονική και ποιοτική διαταραχή της υγείας που οφείλεται σε διάφορα αίτια και μπορεί να προκαλέσει και το θάνατο.

Οι ορισμοί αυτοί αφορούν το άτομο και για αυτό είναι υγεία θετικό υγιεινολογικό αποτέλεσμα. Η Florence nightingale γράφει ότι η υγεία δεν είναι μόνον το αίσθημα της ευεξίας, αλλά η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος σωστά κάθε δυνατότητα που διαθέτει.

Η υγεία είναι ο άξονας που συνδέει τα δύο φαινόμενα : τη ζωή και το θάνατο γύρω από τα οποία περιστρέφεται η διαδρομή του ανθρώπου στη γη. Από την ΠΟΥ η αξία της υγείας αναγνωρίζεται σαν κοινωνικό αγαθό. Η υγεία από όλους τους ανθρώπους θεωρείται πολύτιμο αγαθό της ζωής μας, θείο δώρο και η απώλεια της η μεγαλύτερη συμφορά. Η άγνοια βασικών αρχών υγιεινής που προφυλάσσουν και διατηρούν την ψυχοσωματική υγεία ή η παραμέληση τους, η άτακτη ζωή, και άλλοι παράγοντες συχνά οδηγούν στην αυτοκαταστροφή. Ενώ όλοι μας επιθυμούμε την υγεία λίγοι έχουμε συνειδητοποιήσει ότι η πραγμάτωση του πόθου αυτού σχετίζεται απόλυτα με την ορθή βιοτροπία, δηλαδή με το σωστό τρόπο ζωής.

Η Νοσηλευτική λόγω των διαστάσεων της, που συνεχώς αυξάνονται με την ιατρική και τεχνολογική πρόοδο στο χώρο της υγείας, δεν είναι εύκολο να δοθεί απόλυτα ακριβής ορισμός που να καλύπτει όλο το εύρος της. Κατά καιρούς εκφράστηκαν διάφορες γνώμες και διατυπώθηκαν ορισμοί για τη νοσηλευτική από προσωπικότητες του νοσηλευτικού χώρου και επίσημους νοσηλευτικούς οργανισμούς.

Νοσηλευτική είναι η τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για τη πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Ο νοσηλευτής μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαλογή ασθενών, μέχρι παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων.¹⁵

Αντίθετα, η δημιουργία νομικού προσώπου δημόσιου δικαίου νοσηλευτών είναι γενικά αποδεκτό, τουλάχιστον τα τελευταία χρόνια ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό παίζει τον ουσιαστικότερο ρόλο στην ποιότητα της φροντίδας υγείας στον Έλληνα πολίτη σε όλα τα επίπεδα (Πρωτοβάθμιο - Δευτεροβάθμιο - Τριτοβάθμιο). Η προσπάθεια αναβάθμισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης την τελευταία 20ετία έχει ήδη φέρει αποτελέσματα τα οποία γίνονται εμφανή στον κάθε ένα που έρχεται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Όμως είναι λυπηρό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα - λειτούργημα δεν προσέχθηκε και δεν αξιολογήθηκε από την πολιτεία ανάλογα με τη σημαντικότητα του έργου που προσφέρει. Έτσι μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει καμία ουσιαστική

επαγγελματική κατοχύρωση. Ακόμα χειρότερα δεν υπάρχει κανένας έλεγχος και ο οποιοσδήποτε μπορεί να εκτελεί νοσηλευτικές πράξεις χωρίς καμιά συνέπεια για τον ίδιο αλλά με ανυπολόγιστες συνέπειες για την υγεία και τη ζωή των πολιτών της χώρας μας!

Ένα επίσης τεράστιο πρόβλημα είναι η μη δυνατότητα καταγραφής του υπάρχοντος αλλά και του αναγκαίου, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας, καθότι καταγεγραμμένο είναι μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό των δημοσίων νοσοκομείων ενώ δεν γνωρίζουμε τίποτε για τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, τους οργανισμούς και τους άνεργους.

Σημαντικό θέμα αποτελεί και η πολυμορφία της εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού (ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ), η οποία προκαλεί προβλήματα τόσο στο εργασιακό περιβάλλον αλλά και στην εξασφάλιση ποιοτικής παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Η υποβαθμισμένη έως ανύπαρκτη μέχρι σήμερα αυτοτελής συμμετοχή της Νοσηλευτικής στη χάραξη πολιτικής στον τομέα υγείας είναι γεγονός που βρίσκεται σε ασυμφωνία με τις διεθνείς τάσεις και προοπτικές, και έχει σα συνέπεια την απουσία νομοθετημάτων ή εξελίξεων του κλάδου.¹⁵

Όλα αυτά σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές, το ισχύον συνταξιοδοτικό καθεστώς και την εντατικοποίηση της εργασίας, έχουν σαν αποτέλεσμα το νοσηλευτικό επάγγελμα που είναι ακόμα και σήμερα σε πολύ χαμηλή εκτίμηση ανάμεσα στους νέους ανθρώπους και απογοητεύει πολύ γρήγορα τους νέους επαγγελματίες, οι οποίοι είτε δεν ασκούν το επάγγελμα καθόλου μετά τη λήψη του πτυχίου τους, είτε με την πρώτη ευκαιρία το εγκαταλείπουν. Ο νοσηλευτής σήμερα αισθάνεται περισσότερο από ποτέ ανασφαλής. Η ανασφάλεια αυτή έχει επιπτώσεις σε όλους τους τομείς άσκησης της νοσηλευτικής.^{15, 16}

Η λύση όλων των παραπάνω προβλημάτων που έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην παροχή φροντίδας υγείας στον Έλληνα πολίτη είναι η δημιουργία ενός ΝΠΔΔ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ.

Η σύσταση αυτού του φορέα αποτελεί σήμερα ώριμη διεκδίκηση του Νοσηλευτικού Κλάδου που δεν χωρά καμιά αναβολή ή καθυστέρηση στην υλοποίησή του.

Οι σκοποί που αναφέρονται είναι:

1. Η προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης Επιστήμης και Τέχνης για την ανύψωση του θεσμού και την εξασφάλιση υψηλής στάθμης φροντίδας υγείας στο κοινωνικό σύνολο.
2. Η έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και η σύνταξη και υποβολή επιστημονικώς ελεγμένων μελετών στα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας.
3. Η εισήγηση για γενικά και ειδικά νοσηλευτικά θέματα με δική της πρωτοβουλία ή εφ' όσον προσκληθεί από τον αρμόδιο Υπουργό ή άλλο φορέα.
4. Η συμβολή στην εξεύρεση και εφαρμογή μεθόδων και τρόπων για ορθολογική διοίκηση (οργάνωση - στελέχωση) και διαχείριση των πόρων με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας και την αύξηση της παραγωγικότητας αυτών.
5. Η εισήγηση σε θέματα εκπαίδευσης - μετεκπαίδευσης - συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του νοσηλευτικού κλάδου, η αξιοποίηση προς τον σκοπό αυτό υποτροφιών, εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθώς και η υλοποίησή τους.
6. Η συμμετοχή στην υλοποίηση προγραμμάτων επιχορηγούμενων από την Ευρωπαϊκή Ένωση που άμεσα ή έμμεσα έχουν σχέση με τη Νοσηλευτική.
7. Η χορήγηση - ανανέωση στα μέλη του, της άδειας άσκησης επαγγέλματος και η παρακολούθηση της επαγγελματικής τους δραστηριότητας, η τήρηση μητρώων καθώς

και η αντιποίηση της άσκησης του επαγγέλματος.

8.Ο έλεγχος φορέων και ατόμων που προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα.

9.Η αξιολόγηση φορέων που παρέχουν νοσηλευτική εκπαίδευση και φορέων που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα.

10.Η αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

11.Η συμμετοχή στα εκάστοτε θεσμοθετημένα όργανα όπως το ΚΕΣΥ, ΠΕΣΥ, ΕΣΑΝ κι οποιοδήποτε άλλο αφορά το νοσηλευτικό επάγγελμα αλλά και τη γενικότερη χάραξη πολιτικής στον τομέα της Υγείας.

12.Η εκπροσώπηση της χώρας σε Διεθνείς και Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου καθώς και σε όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως ICN, PCN, WENR, WHO, ILO, ACTN, Συμβούλιο Ευρώπης κ.ά.

13.Η έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου και άλλων συγγραμμάτων και φυλλαδίων που αφορούν τη νοσηλευτική για την ενημέρωση των μελών του αλλά και του κοινωνικού συνόλου.

14.Ο καθορισμός και διασφάλιση της ελεύθερης άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

15.Ο έλεγχος τήρησης του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η προαγωγή των δεοντολογικών ηθών και εθίμων του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

16.Η μελέτη υγειονομικών θεμάτων και η οργάνωση επιστημονικών νοσηλευτικών συνεδρίων.

17.Η δημιουργία συναδελφικού πνεύματος μεταξύ των μελών της.

18.Η επιστημονική προαγωγή των μελών της.

19.Η συμβολή στη προστασία της υγείας του Ελληνικού Λαού.

Τα παραπάνω θα επιτευχθούν με τη συμμετοχή στα εκάστοτε θεσμοθετημένα όργανα όπως το ΚΕΣΥ, ΠΕΣΥ, ΕΣΑΝ κι οποιοδήποτε άλλο αφορά το Νοσηλευτικό επάγγελμα γενικότερα. Με τη συμμετοχή στις επιτροπές κρίσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Με την άσκηση πειθαρχικής δικαιοδοσίας.¹⁹

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

Ίδρυση Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ) και λοιπές συναφείς διατάξεις.

Άρθρο 1

1. Συνιστάται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με την επωνυμία "Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ), πλήρως αυτοδιοικούμενο, το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

2. Έδρα της ΕΝΕ ορίζεται η Αθήνα.

3. Η ΕΝΕ είναι σύμβουλος της Κυβέρνησης, των Δημοσίων Οργανισμών και Επιχειρήσεων οι οποίοι εποπτεύονται από το Δημόσιο και ΟΤΑ επί των θεμάτων πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης υγείας και πολιτικής της υγείας.

4. Μέλη της ΕΝΕ είναι υποχρεωτικώς όλοι οι Νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Άρθρο 2

Σκοποί της ΕΝΕ είναι:

1. Η προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης

Επιστήμης και Τέχνης για την ανύψωση του θεσμού και την εξασφάλιση υψηλής στάθμης φροντίδας υγείας στο κοινωνικό σύνολο.

2. Η έρευνα, ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών προβλημάτων της χώρας.

3. Η συμβουλευτική της αποστολή στον Υπουργό Υγείας σε θέματα πολιτικής της υγείας, οργάνωσης και αξιολόγησης των παρεχομένων Νοσηλευτικών υπηρεσιών.

4. Η γνωμοδότηση επί σχεδίων νόμων, προεδρικών διαταγμάτων, υπουργικών αποφάσεων και κανονιστικών διατάξεων σχετικών με την πολιτική της υγείας και ιδιαίτερα της Νοσηλευτικής και η έκφραση γνώμης σε θέματα εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης, νοσηλευτικών ειδικοτήτων και επιμόρφωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού.

5. Η χορήγηση στα μέλη άδειας ασκήσεως επαγγέλματος του Νοσηλευτή καθώς και η επαγγελματική κατοχύρωση και αναγνώριση της αυτοδύναμης και ανεξάρτητης άσκησης της Νοσηλευτικής.

6. Ο καθορισμός των νοσηλευτικών πράξεων και η κατόπιν προτάσεώς της, έκδοση Υπουργικών αποφάσεων με τις οποίες θα κοστολογούνται.

7. Η εποπτεία της τήρησης των νόμων και των κανονισμών που αφορούν τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των Νοσηλευτών καθώς και την επαλήθευση των χρησιμοποιούμενων υπό των μελών αυτού τίτλων σπουδών.

8. Η τήρηση του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η προαγωγή των δεοντολογικών ηθών και εθίμων του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 3

Η ΕΝΕ

1. Διοικείται από ενδεκαμελές (11) Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ) το οποίο εκλέγεται, κατά τη ΓΣ της ΕΝΕ από τους αιρετούς αντιπροσώπους των ΠΤ.

2. Διαρθρώνεται σε Περιφερειακά Τμήματα (ΠΤ) κατά υγειονομική περιφέρεια. Όργανα Διοίκησης του ΠΤ είναι η Γενική Συνέλευση (ΓΣ) και το ΠΣ.

3. Το σύστημα εκλογής του ΚΣ και των Περιφερειακών Συμβουλίων (ΠΣ) είναι απλή αναλογική. Πρόταση ΕΣΔΝΕ: Οι υποψήφιοι γι' αυτά κατέρχονται σε ενιαίο ψηφοδέλτιο. Πρόταση ΠΟΕΔΗΝ: Οι υποψήφιοι γι' αυτά κατέρχονται με συνδυασμούς ή μεμονωμένοι υποψήφιοι.

4. Με Προεδρικό Διάταγμα (ΠΔ) που θα εκδοθεί εντός ενός έτους από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και τη σύμφωνη γνώμη του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΔΝΕ) (αναγνωρισθέντος με την υπ' αρ. 137/1924 Απόφαση του Πρωτοδικείου Αθηνών και τροποποιηθέντος δια της υπ' αρ. 927/1988 Απόφασης του Πρωτοδικείου Αθηνών) και των εκπροσώπων Νοσηλευτών της ΠΟΕΔΗΝ, ρυθμίζονται τα θέματα τα οποία αφορούν την οργάνωση και λειτουργία της ΕΝΕ.

Ειδικότερα ρυθμίζονται θέματα αναφερόμενα στα εξής:

α. Μέλη της ΕΝΕ.

β. Εξειδίκευση των σκοπών της ΕΝΕ των αναφερόμενων στο άρθρο 2 του παρόντος.

γ. Άδεια άσκησης επαγγέλματος των Νοσηλευτών. Αντιποίηση της άσκησης του επαγγέλματος.

δ. Πειθαρχικά όργανα, πειθαρχικά παραπτώματα, πειθαρχικές ποινές.

ε. Οργανισμός της ΕΝΕ, αρμοδιότητες των οργάνων του, καθώς και θέματα σχετικά

με το διοικητικό και επιστημονικό προσωπικό.

στ. Επιτροπές, αποζημιώσεις μελών, κανονισμοί.

ζ. Πόροι, προϋπολογισμός, εισφορά μελών καθώς και άλλο θέμα που συνεπάγεται η λειτουργία της ΕΝΕ ως ΝΠΔΔ.

5. Όλοι οι κάτοχοι άδειας άσκησης νοσηλευτικού επαγγέλματος, κάτοχοι πτυχίου νοσηλευτικής τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, υποχρεούνται να εγγραφούν στην ΕΝΕ εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσης του ΠΔ.

Κατά τη μεταβατική αυτή περίοδο αρμόδιοι για την εγγραφή και είσπραξη των εισφορών είναι η Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή με τη συνεργασία των Νοσηλευτικών Διευθύνσεων εκάστου Νοσοκομείου.

Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι Νοσηλευτές και αυτοί που δεν εργάζονται σε Νοσοκομείο μπορούν να εγγραφούν στο πλησιέστερο προς την κατοικία τους Νοσοκομείο.

6. Μέχρι τη διενέργεια των πρώτων εκλογών για την ανάδειξη του ΚΣ, την ΕΝΕ διοικεί Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή αποτελούμενη από δεκατρία (13) μέλη. Η Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή είναι Νοσηλευτές και διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εν συνεχεία δεσμευτικής κοινής προτάσεως του ΕΣΔΝΕ και της ΠΟΕΔΗΝ.

7. Οι πρώτες εκλογές στο ΝΠΔΔ για την ανάδειξη ΠΣ και ΔΣ, διεξάγονται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευση του ΠΔ και με την ευθύνη της Προσωρινής Διοικούσας Επιτροπής. Ειδικότερα, η προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή καλεί τα μέλη της ΕΝΕ, σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια χωριστά, σε ΓΣ για να ορίσουν με κλήρο πενταμελή Εφορευτική Επιτροπή με σκοπό την οργάνωση και διεξαγωγή εκλογών προς ανάδειξη ΠΣ, Εξελεγκτικής Επιτροπής και Αιρετών Αντιπροσώπων του Περιφερειακού Τμήματος. Δέκα μέρες μετά την ανάδειξη των Αιρετών Αντιπροσώπων όλων των ΠΤ συγκαλείται ΓΣ της ΕΝΕ η οποία ορίζει με κλήρο πενταμελή (5) Εφορευτική Επιτροπή με σκοπό τη διεξαγωγή εκλογών για ανάδειξη ΔΣ, Πειθαρχικών Συμβουλίων και Εξελεγκτικής Επιτροπής.

8. Τα του σκοπού και της διοίκησης της ΕΝΕ μπορεί να μεταβάλλονται με ΠΔ/μα εκδιδόμενο προτάσει του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από απόφαση ΓΣ της ΕΝΕ.

Άρθρο 4

Με την εκλογή της οριστικής διοίκησης της ΕΝΕ

α) στα κατά την παράγραφο 1 του άρθρου 2 του ν. 1278/1982 μέλη της ολομέλειας του ΚΕΣΥ προστίθενται δύο τακτικοί και δύο αναπληρωματικοί εκπρόσωποι της ΕΝΕ

β) στα κατά την παράγραφο 1 του άρθρου 11 του ν. 2519/1997 μέλη του Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας (ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ.) προστίθεται ο Πρόεδρος της ΕΝΕ

γ) στα κατά την παρ. 2 του άρθρου 12 του ν. 2519/1997 μέλη του Ανώτατου Ειδικού Επιστημονικού Συμβουλίου Υγείας (Α.Ε.Ε.Σ.Υ.) προστίθεται ο Πρόεδρος της ΕΝΕ

δ) αυτή εκπροσωπείται ως μέλος (ένα τακτικό και ένα αναπληρωματικό) στο Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (ΑΣΑΝ)

Άρθρο 5

1. Η διάλυση του σωματείου με την επωνυμία Εθνικός Σύνδεσμος Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών Ελλάδος και η απορρόφηση από την ΕΝΕ ακολουθεί τις διατάξεις που ορίζει το ισχύον καταστατικό του ΕΣΔΝΕ και οι κείμενες διατάξεις του

Αστικού Κώδικα.

2. Οι εκπρόσωποι του ΕΣΔΝΕ σε διεθνείς ενώσεις και όργανα θεωρείται ότι εκπροσωπούν πλέον την ΕΝΕ μέχρι λήξης της θητείας τους, ή, σε περίπτωση ορισμού τους, μέχρι της εκλογής της οριστικής διοίκησης της ΕΝΕ, η οποία δύναται να τους αντικαταστήσει.

3. Πρόταση ΕΣΔΝΕ

Σε περίπτωση διάλυσης του ΕΣΔΝΕ και απορρόφησής του από την ΕΝΕ, αμέσως μετά τη λύση του πρώτου,

4. οι υπάλληλοι του ΕΣΔΝΕ προσλαμβάνονται από την ΕΝΕ σε οργανικές θέσεις ανάλογες των προσόντων τους, που προβλέπονται στον Οργανισμό της,

5. τα υφιστάμενα κληροδοτήματα του ΕΣΔΝΕ μετατρέπονται σε κληροδοτήματα της ΕΝΕ, κατά το ιδρυτικό τους και τις εκάστοτε κείμενες διατάξεις.²¹

1.2 Ιστορικά στοιχεία

Από τη φιλόνηρωπη τέχνη στη σύγχρονη επιστήμη

Ένας οφειλόμενος φόρος τιμής στο Νοσηλευτή, συμπαραστάτη του ανθρώπου στην ασθένεια και στον πόνο από την Αρχαιότητα μέχρι τη σύγχρονη εποχή. Καταγράφονται και τεκμηριώνονται σημαντικές στιγμές από την εποχή των θρύλων, την κλασική αρχαιότητα, τη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, το Βυζάντιο, τη Δύση και το Νέο Κόσμο, αλλά και την πρόσφατη ιστορία της Κατοχής, του Εμφυλίου και της μετεμφυλιακής περιόδου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η αναφορά στην ελληνική ιστορία της Νοσηλευτικής, μια σχετικά άγνωστη πλευρά του θέματος.²¹

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) ιδρύθηκε το 1923. Έγινε μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (Internasional Council of Nurses, ICN) το 1929. Είναι το επιστημονικό όργανο των νοσηλευτών και τους εκπροσωπεί σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Καταστατικού είναι επιστημονικό – επαγγελματικό σωματείο και αποτελεί τον φορέα έκφρασης όλων των Ελλήνων Νοσηλευτών.

Ο ΕΣΝΕ είναι μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) από το 1929, της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Συνδέσμων Νοσηλευτών (European Federation of Nurses Associations, EFN), της Ομάδας Εργασίας Νοσηλευτών Ερευνητών Ευρώπης (The Workgroup of European Nurse Researchers, WENR), του Ευρωπαϊκού Φόρουμ των Νοσηλευτικών και Μαιευτικών Συνδέσμων και του Π.Ο.Υ (European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO, EFNNMA AND WHO), της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Νοσηλευτική Ογκολογία (The European Oncology Nursing Society, EONS), της Ομοσπονδίας Νοσηλευτών Επαγγελματικής Υγείας στην ΕΕ (Federation of Occupational Health Nurses within the EU, FOHNEU), της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νοσηλευτικών Ενώσεων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (The European Federation of Critical Care Nursing Association, EFFCNA), της Διεθνούς Ένωσης Συνδέσμων Παιδιατρικών Νοσηλευτών (International Association of Pediatric Nurses, IAPN), της Ένωσης Συνδέσμων Παιδιατρικών Νοσηλευτών Ευρώπης (Paediatric Nursing Associations of Europe, PNAE).

Συνεργάζεται δε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization,

WHO), το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Office, ILO), την Διεθνή Ομοσπονδία Συνδέσμων Νοσηλευτών Αναισθησιολογίας, (International Federation of Nursing Anesthesiology Associations, IFNA) και με τους 129 Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών μελών του ICN.

Σε εθνικό επίπεδο ο ΕΣΝΕ συνεργάζεται με τους αρμόδιους υπηρεσιακούς παράγοντες όποτε και όπου κληθεί, με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης και με άλλους επαγγελματικούς και συνδικαλιστικούς φορείς. Έχει στενή συνεργασία με φορείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων όπως την Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών (ΕΝΕΝ), το Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥΔΝΟΧ) κ.α.

Ένας από τους σκοπούς του ΕΣΝΕ είναι να προβάλλει τη Νοσηλευτική και να διατυπώνει θέσεις και απόψεις για θέματα που απασχολούν το κοινωνικό σύνολο και έχουν σχέση με την υγεία.

Ο ΕΣΝΕ λαμβάνει μέρος σε όλα τα Συνέδρια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών που οργανώνονται ανά 2ετία και 4ετία σε διάφορες χώρες, όπως επίσης και σε όλες τις Συναντήσεις και Συνόδους των Ευρωπαϊκών Νοσηλευτικών Οργανώσεων και των Επιτροπών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Διοικητική του διάρθρωση περιλαμβάνει Περιφερειακά Τμήματα και Παραρτήματα σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας τα οποία δραστηριοποιούνται αυτόνομα σε συνεργασία πάντοτε με το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΣΝΕ.

Ο ΕΣΝΕ ιδρύει τομείς κατά ειδικότητες για την επιμόρφωση και μελέτη κοινών προβλημάτων όπως είναι ο Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Διοίκησης, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας / Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, Εκπαίδευσης, Ψυχικής Υγείας, Αναισθησιολογίας και Παιδιατρικής. Μεταξύ των μέσων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των σκοπών του Συνδέσμου είναι η οργάνωση ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ημερίδων και Δημερίδων καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, η έκδοση του τριμηνιαίου περιοδικού «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ», του μηνιαίου ενημερωτικού δελτίου «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ», του τριμηνιαίου ενημερωτικού φυλλαδίου «ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» και άλλων εντύπων.

Ακόμη, ο ΕΣΝΕ προκηρύσσει κάθε χρόνο τις Υποτροφίες : (1) «Ελένης Πατρινέλη» για διεξαγωγή νοσηλευτικής έρευνας, (2) «Μαρίας Βουλγαράκη» για παρακολούθηση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος, βραχείας διάρκειας, στο εξωτερικό και (3) χορηγεί το Βραβείο «Αικατερίνης Καυκιά – Κέπετζη».

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Σ.Ν.Ε) ιδρύθηκε στις 27 Σεπτεμβρίου του 1923. Έγινε μέλος του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (Internasional Council of Nurses, ICN) το 1929. Είναι το επιστημονικό όργανο των νοσηλευτών και τους εκπροσωπεί σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Σκοπός του συνδέσμου είναι η ανάπτυξη της Νοσηλευτικής επιστήμης, η κατοχύρωση του τίτλου και του έργου των νοσηλευτών, ο καθορισμός ειδικών κριτηρίων ασκήσεως του νοσηλευτικού επαγγέλματος, η εκπροσώπηση του κλάδου σε όλα τα επίπεδα, με τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής σε εθνικό επίπεδο, καθώς και η εκπροσώπηση του κλάδου στο διεθνή νοσηλευτικό χώρο και άλλους διεθνείς οργανισμούς.

Ο Ε.Σ.Ν.Ε συμμετέχει σε όλα τα συνέδρια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, που οργανώνονται ανά 2ετία και 4ετία σε διάφορες χώρες, όπως επίσης και σε όλες τις συναντήσεις και συνόδους των Ευρωπαϊκών Νοσηλευτικών Οργανώσεων και των

Επιτροπών , όπως η Μόνιμη Επιτροπή Νοσηλευτών (PCN) της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο Ε.Σ.Ν.Ε δια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών συνεργάζεται με τους Διεθνείς οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών , όπως ο WHO, το Διεθνές Γραφείο Εργασίας κ.λ.π. Επίσης συνεργάζεται με όλους τους Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών όλων των χωρών του κόσμου.

Κεντρικά στον Ε.Σ.Ν.Ε. λειτουργούν διάφοροι τομείς : Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, νοσηλευτικής ογκολογίας, αναισθησιολογικής Νοσηλευτικής, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ψυχικής υγείας, μονάδων εντατικής θεραπείας νοσηλευτική εκπαίδευσης. Για την καλύτερη οργάνωσή του, ο Ε.Σ.Ν.Ε. έχει ιδρύσει περιφερειακά τμήματα στην Κρήτη, στην Έδεσσα, στην Καβάλα, στην Πάτρα και τη Θεσσαλονίκη.²³

1.2.1 Η επαγγελματική αποκατάσταση των αποφοίτων Νοσηλευτικής

Αρχικά η μεγάλη Αγγλίδα νοσοκόμος Florence Nightigale, η οποία μετά την επιτυχή δράση της στον Κριμαϊκό πόλεμο (1854-1856), ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσηλευτών στο Νοσοκομείο Αγίου Θωμά στο Λονδίνο, το 1860.¹

Στις πρώτες νοσηλευτικές σχολές, που ιδρύθηκαν στα μέσα του 19ου αιώνα, οι φοιτητές μάθαιναν με το σύστημα της «μαθητείας» υπό την επίβλεψη της προϊσταμένης.²

Πλέον, οι οκτώ σχολές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και οι δύο σχολές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης της χώρας μας έχουν πετύχει τα τελευταία χρόνια να παράγουν σταθερά κάθε χρόνο αρκετές δεκάδες νοσηλευτών υψηλού μάλιστα επιπέδου, ελάχιστοι τελικώς φτάνουν ως τον επαγγελματικό προορισμό τους, δηλαδή στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Ο λόγος είναι ότι οι θέσεις τους στις κλινικές καταλαμβάνονται συνήθως από βοηθούς νοσηλευτές, δηλαδή από όλους όσοι αποφοιτούν από σχολές νοσηλευτικής εκτός ΤΕΙ και ΑΕΙ, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να έρχονται επικουρικά να συμπληρώνουν τα κενά του κλάδου τους στα νοσοκομεία.

Η αιτία θεωρείται το Προεδρικό Διάταγμα 210/2001 το οποίο προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα μεγάλα προβλήματα στη λειτουργία του ΕΣΥ, αλλά με το μικρότερο δυνατό κόστος, παραχώρησε βασικές αρμοδιότητες των νοσηλευτών και στους βοηθούς.

Έτσι, οι τελευταίοι εκτός από τη φροντίδα και την υγιεινή των ασθενών, ανέλαβαν και τη νοσηλεία, δηλαδή το σύνολο των αναγκαίων ιατρικών πράξεων για την περίθαλψη και τη θεραπεία των ασθενών. Οι νοσηλευτές πάλι επιφορτίστηκαν με την ευθύνη των πράξεων των βοηθών νοσηλευτών. Κι αν στο δημόσιο σύστημα υγείας οι βοηθοί νοσηλευτές αποτέλεσαν στην αρχή τουλάχιστον της ισχύος του Προεδρικού Διατάγματος, μία ισχυρή τονωτική ένεση για το κουρασμένο και γερασμένο νοσηλευτικό προσωπικό, στον ιδιωτικό τομέα δεν τηρήθηκαν ούτε τα προσχήματα: οι βοηθοί νοσηλευτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά της νοσοκομειακής περίθαλψης.²⁴

1.2.2 Στοιχεία Πανεπιστημίου Νοσηλευτικής Αθηνών

Από τη μεριά του πανεπιστημίου νοσηλευτικής τονίζεται ότι μετά την αποφοίτησή το 60% των φοιτητών βρίσκουν γρήγορα εργασία στον τομέα της υγείας. Προσφέρουν βοήθεια στον συνάνθρωπο και αμείβονται καλά αν και αντιμετωπίζουν καθημερινά μεγάλο φόρτο εργασίας λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτά τα τέσσερα στοιχεία συνθέτουν το παζλ του επαγγέλματος του νοσηλευτή στην Ελλάδα. «Τα επίπεδα

ανεργίας στον χώρο της Νοσηλευτικής είναι πολύ χαμηλά έως μηδενικά». Καθηγητές, φοιτητές, νοσηλευτές και συνδικαλιστές αυτή την απάντηση δίνουν σε όποιον τους ρωτήσει ποιες είναι οι επαγγελματικές προοπτικές για τον απόφοιτο Νοσηλευτικής. Όπως εξηγούν, ακόμα κι αν δεν καταφέρει κάποιος να απορροφηθεί στο δημόσιο, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες και στον ιδιωτικό τομέα.

Ενδεικτικά είναι τα στοιχεία από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το μοναδικό Πανεπιστημιακό Τμήμα στην Ελλάδα, που δείχνουν ότι το 60% των αποφοίτων εργάζεται στον κλινικό τομέα, το 32% στην εκπαίδευση και μόνο το 8% κάνει κάτι άλλο. Μάλιστα, η ολοκλήρωση των σπουδών στο συγκεκριμένο Τμήμα γίνεται σε χρόνο ρεκόρ, το 80% των φοιτητών τελειώνει τις σπουδές σε 4,5 χρόνια και άμεσα μπορεί να αναζητήσει εργασία. Οι νέοι νοσηλευτές ωστόσο τονίζουν ότι οι σημερινοί εργαζόμενοι πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της μεγάλης έλλειψης νοσηλευτών στα νοσοκομεία, που αποτελεί και το κυριότερο πρόβλημα του χώρου. Από τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία προκύπτει ότι λείπουν περίπου 20.000 νοσηλευτές. Κατάσταση που δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων και μοιραία και στη δουλειά των νοσηλευτών. Πολλές φορές καλούνται να βοηθήσουν και να εξυπηρετήσουν 20 ασθενείς αντί για 3.

Ένα ακόμη από τα μειονεκτήματα που ξεχωρίζουν φοιτητές και καθηγητές του Πανεπιστημιακού Τμήματος είναι η χαμηλού επιπέδου πρακτική εκπαίδευση. Σπουδαστές και φοιτητές σημειώνουν ότι στη χειρότερη περίπτωση απλώς παρακολουθούν τους εργαζόμενους στα νοσοκομεία και στην καλύτερη θερμομετρούν τους ασθενείς.

Όσο για τις αμοιβές, κυμαίνονται στα επίπεδα των δημοσίων υπαλλήλων για τους νοσηλευτές που εργάζονται στα νοσοκομεία, ενώ υψηλές θεωρούνται και για όσους απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα, σε κλινικές.²⁵

1.2.3 Αναφορές για το επάγγελμα

Ο Πρόεδρος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιωάννης Μαντάς αναφέρει ότι οι σπουδές στο Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών είναι τόσο καλά οργανωμένες που περίπου το 80% αποφοιτά μόλις σε 4½ χρόνια. Οι απόφοιτοι του Τμήματος Νοσηλευτικής δεν έχουν άγχος αν θα βρουν δουλειά. «Όσοι κάνουν αίτηση μέσω ΑΣΕΠ προσλαμβάνονται αμέσως. Όποιος θέλει να εργαστεί δεν μένει άνεργος». Με αυτόν τον παραστατικό τρόπο περιγράφει στον υποψήφιο ο καθηγητής και πρόεδρος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κύριος Ιωάννης Μαντάς τις πολύ καλές προοπτικές επαγγελματικής αποκατάστασης για τους αποφοίτους Νοσηλευτικής.

Ο κ. Μαντάς τονίζει μάλιστα ότι δυνατότητες απασχόλησης για τους νοσηλευτές δεν υπάρχουν μόνο στο ΕΣΥ αλλά και σε ιδιωτικές κλινικές, στη βιομηχανία ως νοσηλευτές εργασίας, σε ταμεία υγείας. Σπεύδει όμως να προσθέσει ότι δεν είναι μόνο οι αμοιβές και η σίγουρη αποκατάσταση που πρέπει να προσελκύουν έναν νέο στη Νοσηλευτική. Είναι και η ηθική ικανοποίηση που παίρνει από την επαφή με τον ασθενή. Η παροχή νοσοκομειακής φροντίδας, βοήθειας στον άρρωστο, προσφέρουν ευχαρίστηση στον νοσηλευτή.

Εντούτοις, το μεγαλύτερο πρόβλημα που απασχολεί τους φοιτητές είναι η κλινική άσκηση. Οι φοιτητές πηγαίνουν για εκπαίδευση στις κλινικές του ΕΣΥ όμως δεν υπάρχει καθηγητής να τους εκπαιδεύσει. Η εκπαίδευση βασίζεται σε προϊσταμένες νοσηλεύτριες

που μπορεί όμως να μην έχουν καν πτυχίο Πανεπιστημίου. Γι' αυτό ο κύριος Μαντάς προτείνει ή την ίδρυση κλινικών για άσκηση στα νοσοκομεία ή την ίδρυση πανεπιστημιακών νοσοκομείων για την άσκηση όλων των επαγγελματιών υγείας.

Η σπουδάστρια Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πατρών Σοφία Ανδρεάδη αναφέρει ότι είναι ένα επάγγελμα που σε κάνει να νιώθεις πολύ όμορφα όταν προσφέρεις βοήθεια στον ασθενή. Ταυτόχρονα, αυτή η καθημερινή επαφή με τους αρρώστους σου δίνει τη δυνατότητα να πληροφορείσαι όλο και περισσότερα για το "φαινόμενο" άνθρωπος. Επιπλέον, η υπομονή, η αφοσίωση και η αγάπη για το επάγγελμα είναι απαραίτητα για έναν νοσηλευτή, προκειμένου να αντεπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις της νοσηλευτικής. Ωστόσο, δεν αρκεί μόνο αυτό. Η υπομονή είναι απαραίτητη, στις καθημερινές επαφές που έχουν οι νοσηλευτές με τους ασθενείς ή τους συνοδούς τους. Πολλές φορές την ίδια ημέρα πρέπει να αντέχεις να ακούς τις ερωτήσεις ή τα παράπονα, δικαιολογημένα ή αδικαιολόγητα, δεκάδων ασθενών και συνοδών. Ένα ακόμα πρόβλημα του επαγγέλματος είναι η συνεργασία των νοσηλευτών με τους γιατρούς στον χώρο εργασίας, σημειώνει η τεταρτοετής σπουδάστρια, με βάση την έως τώρα εμπειρία της σε νοσοκομεία, στο πλαίσιο της πρακτικής της. Σε πολλές περιπτώσεις οι γιατροί δεν αναλαμβάνουν τις ευθύνες που τους αναλογούν, με αποτέλεσμα όλο το βάρος να πέφτει στους νοσηλευτές. Επιπλέον, μερίδα των γιατρών εξακολουθεί να βλέπει τους νοσηλευτές «ως κατώτερους». Το κύριο μειονέκτημα που ξεχωρίζει είναι στην κλινική άσκηση και την πρακτική, διότι συνήθως σε βάζουν να κάνεις δουλειές ρουτίνας από τις οποίες δεν μαθαίνεις σχεδόν τίποτα.²⁵

Τέλος ο Γιώργος Πεντάζος φοιτητής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών συμπληρώνει στα παραπάνω ότι στο έτος που φοιτούσε ήταν περίπου 170 με 180 άτομα και τα 70 ήταν άνδρες διαφεύδοντας ότι ο χώρος των νοσηλευτών γυναικοκρατείται. Αυτό που τον προσείλκυσε στον χώρο των επαγγελματιών υγείας είναι η επαφή με τον συνάνθρωπο. Επιπροσθέτως αναφέρει ότι η Νοσηλευτική γυναικοκρατείται δεν ισχύει πλέον. Παρότι το τμήμα έχει πολύ καλό επίπεδο γνώσεων και προσφέρει πολλά διαφορετικά μεταπτυχιακά ενημερώνει, όσους επιλέξουν σπουδές Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, για το μεγάλο πρόβλημα που απασχολεί σχεδόν το σύνολο των φοιτητών: την πρακτική εξάσκηση διότι ομάδες φοιτητών πηγαίνουν στα νοσοκομεία για εξάσκηση καθημερινά αλλά οι συνθήκες δεν είναι οι καλύτερες. Απλώς παρακολουθούν, δεν υπάρχει οργάνωση ή υποδομή να μας δεχθούν.²⁶

1.2.4 Η διεθνής εμβέλεια της νοσηλευτικής

Διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών

Για να αντιπροσωπεύσει τη νοσηλευτική παγκοσμίως, που προωθεί το επάγγελμα και επηρεάζοντας την πολιτική υγείας.

Το διεθνές Συμβούλιο των νοσηλευτών είναι ομοσπονδία των ενώσεων των εθνικών νοσοκόμων (NNAs), αντιπροσωπεύοντας τους νοσηλευτές σε περισσότερες από 128 χώρες. Ιδρυμένο το 1899, το ICN είναι ο πρώτος παγκόσμιος και ευρύτερος φθάνοντας διεθνής οργανισμός για τους προσφέροντες ιατρικές υπηρεσίες. Δημιουργημένο από τους νοσηλευτές για τους νοσηλευτές, το ICN εργάζεται για να εξασφαλίσει ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας για όλους, τις υγιείς πολιτικές υγείας συνολικά, την πρόοδο της νοσηλευτικής γνώσης, και την παρουσία παγκοσμίως ενός σεβαστού επαγγέλματος φροντίδας και ενός ικανού και ικανοποιημένου νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού.

Ο οδηγός τριών στόχων και πέντε τιμών πυρήνων παρακινεί όλες τις δραστηριότητες ICN.

Οι τρεις στόχοι είναι:

- για να φέρει μαζί παγκοσμίως τους νοσηλευτές

- για να προωθήσει τους νοσηλευτές και την νοσηλευτική παγκοσμίως
- για να επηρεάσει την πολιτική υγείας.

Οι πέντε τιμές πυρήνων είναι:

- Ηγεσία με οράματα
- Συμμετοχή όλων
- Ευελιξία
- Συνεργασία
- Αποτελεσματικότητα.

Ο **κώδικας ICN για τους νοσηλευτές** είναι το ίδρυμα για την ηθική πρακτική περιποίησης σε όλο τον κόσμο. Τα πρότυπα, οι οδηγίες και οι πολιτικές ICN για την πρακτική περιποίησης, την εκπαίδευση, τη διαχείριση, την έρευνα και την κοινωνικοοικονομική ευημερία γίνονται αποδεκτά συνολικά ως βάση της πολιτικής περιποίησης.

Το ICN προωθεί την περιποίηση η γενικότερα τη νοσηλευτική, τους νοσηλευτές και την υγεία μέσω των πολιτικών του, συνεργασίες, υπεράσπιση, ανάπτυξη ηγεσίας, δίκτυα, συνέδρια, ειδικά προγράμματα, και από την εργασία του στους χώρους της επαγγελματικής πρακτικής, του κανονισμού και της κοινωνικοοικονομικής ευημερίας.

Το ICN είναι ιδιαίτερα ενεργό σε:

Επαγγελματική πρακτική νοσηλευτικής

Διεθνής ταξινόμηση για την πρακτική νοσηλευτικής - ICNP®

- Προηγμένη πρακτική νοσηλευτικής
- Επιχειρηματικό πνεύμα
- VIH/AIDS, φυματίωση και ελονοσία
- Υγεία γυναικών
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Οικογενειακή υγεία
- Ασφαλές ύδωρ

Κανόνες νοσηλευτικής

- Κανονισμός και Credentialing
- Κώδικας της ηθικής, των προτύπων και των ικανοτήτων
- Δια βίου εκπαίδευση

Κοινωνικοοικονομική ευημερία για τους νοσηλευτές

- Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας
- Ανθρώπινος προγραμματισμός του δυναμικού και πολιτική
- Ανταμοιβή
- Εξέλιξη σταδιοδρομίας
- Διεθνές εμπόριο στις επαγγελματικές υπηρεσίες

Οι συνεργασίες και οι στρατηγικές συμμαχίες μας με τις κυβερνητικές και μη κυβερνητικές αντιπροσωπείες, θεμέλια, περιφερειακές ομάδες, εθνικές ενώσεις, και άτομα, βοηθούν το ICN προωθώντας τη νοσηλευτική παγκοσμίως.

Το ICN είναι με κεντρικά γραφεία στη Γενεύη, Ελβετία. Για περισσότερες πληροφορίες στη δομή, τις δημοσιεύσεις και τις δραστηριότητες ICN.²⁷

Το διεθνές Συμβούλιο των νοσηλευτών (ICN) τίθεται ως στόχος να χρησιμεύσει ως μια πλήμνη για τη διεθνή ανταλλαγή των ιδεών, των εμπειριών και της πείρας για το κάθε αυτό επάγγελμα της νοσηλευτικής.

Προηγούμενος το ICN παρείχε τις ευκαιρίες για τους νοσηλευτές να συναντηθεί ανεπίσημα στις συνεδριάσεις του. Εντούτοις, ζωντανός σε αυτό που γίνεται ένας όλο και περισσότερο σύνθετος και γρήγορα μεταβαλλόμενος κόσμος, οι αμεσότεροι τρόποι απαιτούνται για να επικοινωνήσουν και να ακολουθήσουν τα κοινά επαγγελματικά συμφέροντα.

Το ICN έχει επιλέξει έναν μηχανισμό δικτύωσης για να κάνει αυτό επειδή τα δίκτυα είναι για:

- γνωριμία ,να είναι γνωστός οι άνθρωποι έξω από τον άμεσο κύκλο επαφών σας
- καθιέρωση και χρησιμοποίηση των επαφών για τις πληροφορίες, την υποστήριξη και άλλη βοήθεια
- οικοδόμηση των σχέσεων και επιπλέον δίκτυα
- επικοινωνία.

Τα δίκτυα μπορούν να υπερβούν τα οργανωτικά, επαγγελματικά, πειθαρχικά και εθνικά όρια.

Το ICN έχει προσδιορίσει μερικές δραστηριότητες για τα δίκτυά του. Μπορούν:

- να προσδιορίσει τα ζητήματα νωρίς και το όργανο ελέγχου πώς αναπτύσσονται
- να ακολουθήσει τις τάσεις
- να προσφέρει την ειδική πείρα μέσω της δημιουργίας μιας λίμνης των πόρων από τα μέλη δικτύων
- να διαδώσει του ICN και άλλοι την εργασία στον τομέα του ενδιαφέροντος και
- να οργανώσει τις συνεδριάσεις και τις διασκέψεις.²⁷

1.3 Η νοσηλευτική πραγματικότητα στην Ελλάδα με αριθμούς

Τα στοιχεία της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας δείχνουν την παθογένεια του νοσηλευτικού κλάδου από τους περίπου 22.500 πτυχιούχους νοσηλευτές που είναι εγγεγραμμένοι στο μητρώο του, μόνον οι 1.550 εργάζονται σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι 13.000 εργάζονται σε νοσοκομεία του ΕΣΥ και λοιπούς φορείς του δημοσίου ενώ περίπου 8.000 είναι οι άνεργοι, μεγάλη μερίδα των οποίων προσφέρει παράνομη εργασία σε ιδιωτικά ιατρεία. Σε οτιδήποτε αφορά τους περίπου 24.000 βοηθούς νοσηλευτές, τα 2/3 αυτών εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τους μετριοπαθείς υπολογισμούς της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), τουλάχιστον 15.000 είναι οι κενές οργανικές θέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, σημειωτέον ότι οι υπολογισμοί έχουν γίνει με βάση τους παρωχημένους στις περισσότερες περιπτώσεις σήμερα Οργανισμούς Σύστασης των νοσοκομείων.

Το τεράστιο έλλειμμα νοσηλευτικού προσωπικού αποτυπώνεται και στα στοιχεία της Eurostat σύμφωνα με τα οποία η Ελλάδα είναι στις τελευταίες θέσεις της ευρωπαϊκής κατάταξης με 2,3 νοσηλευτές να αντιστοιχούν σε 1000 κατοίκους. Μάλιστα βρίσκεται μία θέση πιο χαμηλά από την γειτονική Αλβανία η οποία έχει αναλογία 2,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους κοιτάζοντας με δέος τις σχετικές αναλογίες των περισσότερων χωρών, όπως της Ιρλανδίας όπου αναλογούν 17 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Αναλυτικότερα 22.500 είναι οι πτυχιούχοι νοσηλευτές και 24.000 οι βοηθοί νοσηλευτές

δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αν και 15.000 επιπλέον νοσηλευτές χρειάζονται τα νοσοκομεία σύμφωνα με τους ξεπερασμένους πλέον οργανισμούς σύστασης των νοσοκομείων. 35 κρεβάτια αναλογούν σε κάθε νοσηλευτή, ενώ θα έπρεπε να αναλογούν 5. Ένας νοσηλευτής σε χειρουργείο ή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κάνει δουλειά που αναλογεί σε 4 συναδέλφους του.²⁶

2. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα και στη Φινλανδία

2.1 Δομή σπουδών στην Ελλάδα

Οι σπουδές του τμήματος περιλαμβάνουν θεωρητική διδασκαλία, ασκήσεις πράξης, εργαστηριακές ασκήσεις, σεμινάρια και επισκέψεις σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ειδική βαρύτητα δίνεται στην ανάπτυξη των προσωπικών ικανοτήτων του φοιτητή, περιλαμβανομένης της ανάπτυξης πρωτοβουλιών, της κριτικής σκέψης και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων. Το τελευταίο εξάμηνο περιλαμβάνει εκπόνηση πτυχιακής εργασίας, κατά τη διάρκεια του οποίου μπορεί να πραγματοποιείται και η άσκηση στο επάγγελμα.

Το πρόγραμμα σπουδών δομείται με βάση το φόρτο εργασίας του φοιτητή. Σε κάθε μάθημα του προγράμματος σπουδών κατανέμεται ένας αριθμός Διδακτικών Μονάδων του συστήματος ECTS. Το σύνολο των Διδακτικών Μονάδων των μαθημάτων κάθε εξαμήνου κατανέμεται στα μαθήματα αναλογικά προς το φόρτο Εργασίας. Διδακτικές Μονάδες κατανέμονται και στην πτυχιακή εργασία και στην πρακτική άσκηση.

Για τη λήψη του πτυχίου, ο φοιτητής παρακολουθεί επιτυχώς πρόγραμμα σπουδών που περιλαμβάνει μαθήματα: α) Γενικής υποδομής, β) Ειδικής Υποδομής, γ) Ειδικότητας και δ) Διοίκησης, Οικονομίας, Νομοθεσίας και Ανθρωπιστικών Σπουδών.

Τα μαθήματα διακρίνονται σε υποχρεωτικά για όλους τους φοιτητές του Τμήματος και κατ' επιλογήν υποχρεωτικά. Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας, εξασφαλίζει την εμπάθυνση του τελειόφοιτου του Τμήματος σε ένα επίκαιρο θέμα εφαρμοσμένης έρευνας ή σε αντικείμενο που έχει άμεση σχέση με την ειδικότητα των σπουδών.

Η πρακτική άσκηση στο επάγγελμα διαρκεί έξι ημερολογιακούς μήνες και πραγματοποιείται σε οργανισμούς, υπηρεσίες και άλλους συνεργαζόμενους φορείς που σχετίζονται με το γνωστικό αντικείμενο των σπουδών, υπό τη συνεχή επίβλεψη και καθοδήγηση των συνεργατών του Τμήματος. Την ευθύνη για την εποπτεία, συντονισμό και την αξιολόγηση έχει η εκάστοτε επιτροπή Πρακτικής Άσκησης που ορίζεται από το Συμβούλιο του Τμήματος.

Το πρόγραμμα σπουδών του Τμήματος μπορεί να διαρθρώνεται σε κατευθύνσεις που περιλαμβάνουν την παρακολούθηση μιας ομάδας κατά την επιλογή υποχρεωτικών μαθημάτων. Με αυτό τον τρόπο, δίνεται η δυνατότητα στο φοιτητή να διαμορφώσει ένα πρόγραμμα επιλογών σύμφωνα με τις ιδιαίτερες κλίσεις και προτιμήσεις του. Οι φοιτητές που θα παρακολουθήσουν επιτυχώς την ομάδα των επιλογής υποχρεωτικών μαθημάτων παίρνουν βεβαίωση που πιστοποιεί την παρακολούθηση της κατεύθυνσης. Το Τμήμα έχει τη δυνατότητα να δημιουργεί νέες, να ενεργοποιεί ή να αδρανοποιεί υπάρχουσες κατευθύνσεις ανάλογα με τις υφιστάμενες συνθήκες.³⁰

Ο φοιτητής της Νοσηλευτικής είναι ένας ενήλικας υπεύθυνος για τη μόρφωσή του, η οποία αποτελεί μία συνεχή δια βίου διεργασία και έχει το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η διδακτική μεθοδολογία και προσέγγιση ενισχύει την ενεργό συμμετοχή των φοιτητών στη διαδικασία της μάθησης. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η καλλιέργεια αναλυτικής και κριτικής σκέψης και η υποστήριξη του φοιτητή για ενεργό συμμετοχή στη διεργασία της μάθησης. Ο καθηγητής λειτουργεί ως συντονιστής της μάθησης, σύμβουλος και βοηθός του φοιτητή, ενώ ο φοιτητής αποτελεί τον δια βίου μαθητή και ερευνητή της γνώσης. Το εκπαιδευτικό περιβάλλον ενισχύει την ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού, ενισχύει την αυτονομία και αυτενέργεια των φοιτητών και προσφέρει ίσες ευκαιρίες μάθησης σε όλους.

Η άσκηση της Νοσηλευτικής βασίζεται στην έρευνα και το ενδιαφέρον της εστιάζεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα. Προωθεί την αυτοφροντίδα, την ανεξαρτησία, τον σεβασμό της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως παρέχει επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις αρρώστιας. Επιδιώκει την απόκτηση κάθε νέας θεωρητικής γνώσης και τεχνογνωσίας, με σκοπό τη συνεχή προσαρμογή της Νοσηλευτικής Επιστήμης στην ταχύτατα αναπτυσσόμενη γνώση, με προσανατολισμό τόσο την πρόληψη όσο και την θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών.³¹

2.1.1 Μεταπτυχιακά

Καθώς ο ανταγωνισμός στην αγορά εργασίας μεγαλώνει διαρκώς όλοι οι νέοι σήμερα καλούνται να έχουν όλο και περισσότερες γνώσεις, εφόδια και δεξιότητες προκειμένου να έρθουν πιο κοντά στην πολυπόθητη πρόσληψη. Ουσιαστική λύση στο αδιέξοδο της ανεργίας και της εξασφάλισης μιας καλής θέσης στον επαγγελματικό στίβο δίνουν οι μεταπτυχιακοί τίτλοι σπουδών. Δεν έχουν όμως τα ίδια αποτελέσματα όλα τα μεταπτυχιακά προγράμματα. Υπάρχουν μεταπτυχιακοί τίτλοι που προσφέρουν περισσότερες δυνατότητες στους νέους να διεκδικήσουν θέσεις εργασίας που θα αποτελέσουν μια καλή αφετηρία για την καριέρα τους.³¹

Η χρονική διάρκεια για την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης ορίζεται σε δύο ακαδημαϊκά έτη. Ο κάτοχος ΜΔΕ μπορεί να υποβάλει αίτηση για την απόκτηση του Διδακτορικού Διπλώματος για το οποίο απαιτούνται επιπλέον δύο έτη. Η μέγιστη χρονική διάρκεια για την απόκτηση του ΔΔ ορίζεται σε τέσσερα έτη.³²

2.2 Πρόγραμμα σπουδών στη Φινλανδία

Ο τίτλος των σπουδαστών αποφοιτώντας το πτυχιακό πρόγραμμα στην νοσηλευτική είναι το πτυχίο της νοσηλευτικής φροντίδας. Το πτυχίο είναι συγκρίσιμο με τα ισοδύναμα πτυχία των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα πτυχία της νοσηλευτικής φροντίδας εγκρίνονται από την εθνική αρχή για τις medicolegal υποθέσεις. Η έκταση του πτυχιακού προγράμματος στην περιποίηση είναι 210 πιστώσεις (cr) και η εκπαίδευση διαρκεί για 3,5 έτη.^{32, 33}

2.2.1 Εκλεξιμότητα

Οι ειδικότητες πυρήνων στην νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνουν τη γνώση και τις πρακτικές δεξιότητες όπως τις δεξιότητες παρατήρησης που περιλαμβάνουν τη δυνατότητα να αναλυθούν και να ερμηνευθούν οι αποκτηθείσες πληροφορίες για την υγιή λήψη απόφασης αγκαλιάζοντας τη βασική περιποίηση καθώς επίσης και τις διαφορετικές εξειδικευμένες περιοχές. Οι άγαμοι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει για να έχουν τη διαχείριση πληροφοριών, τις επαγγελματικές δεξιότητες επικοινωνίας και γλώσσας καθώς επίσης και την ετοιμότητα στη δια βίου μάθηση. Η επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών είναι βασισμένη σε μια βάση πληροφοριών που αγκαλιάζει και την επιστήμη περιποίησης και άλλες πειθαρχίες.³⁰

2.2.2 Επαγγελματική Θέση

Οι νοσηλευτές της υγειονομικής περίθαλψης βοηθούν, καθοδηγούν, υποστηρίζουν και αποκαθιστούν τους ανθρώπους στις διαφορετικές ομάδες ηλικίας. Βοηθούν τους ανθρώπους για να αντιμετωπίσουν και για να προσαρμοστούν στις ασθένειες, τις ανικανότητες καθώς επίσης και το θάνατο. Σαν εμπειρογνώμονες στον τομέα περιποίησης εφαρμόζουν και αναπτύσσουν την περιποίηση ή τη φροντίδα που προωθεί και διατηρεί την υγεία, αποτρέπουν τις ασθένειες θεραπεύοντας τες βάση διαδικασίας. Ενεργούν ως εμπειρογνώμονες στις ομάδες εργασίας multiprofessional χρησιμοποιώντας τις διευθυντικές δεξιότητές τους. Η εκπαίδευση επιτρέπει στη νοσηλεύτρια για να ενεργήσει ελαστικά στα μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα εργασίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των ειδικευμένων τομέων της νοσηλευτικής καθώς επίσης και στις ιδιωτικές οργανώσεις και στον τρίτο τομέα.³²

2.2.3 Δομή του πτυχιακού προγράμματος και βασικό περιεχόμενο

Το πτυχιακό πρόγραμμα εκτελείται σύμφωνα με τη νομοθεσία σχετικά με τα πολυτεχνεία και αποτελείται από τις μελέτες πυρήνων, τις επαγγελματικές μελέτες, τη πτυχιακή εργασία και τις εκλεκτορικές μελέτες. Η απασχολημένη εκμάθηση, η κλινική κατάρτιση (75 Cr) είναι ένα ουσιαστικό μέρος των επαγγελματικών μελετών και της αύξησης που υποστηρίζονται από τις θεωρητικές μελέτες. Η απασχολημένη εκμάθηση πραγματοποιείται στους διαφορετικούς τύπους τοποθετήσεων υγειονομικής περίθαλψης που έχουν μια κλινική συμφωνία κατάρτισης με το πολυτεχνείο. Τα νοσοκομεία και άλλες κλινικές θέσεις κατάρτισης απαιτούνται για να παρέχουν την επίβλεψη επιπέδων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της κλινικής κατάρτισης. Το βασικό περιεχόμενο του πτυχιακού προγράμματος είναι μελέτες και σπουδές στη βασική νοσηλευτική, τη δημόσια υγεία, την υγεία των γυναικών, τη ψυχική υγεία, την παιδιατρική νοσηλευτική, την περιεγχειριτική νοσηλευτική, την γεροντολογική νοσηλευτική , και την ιατρικό-χειρουργική νοσηλευτική.^{32.33}

2.2.4 Μέθοδοι διδασκαλίας

Οι μελέτες εφαρμόζονται σύμφωνα με μια εξεταστική και κρίσιμη προσέγγιση εργασίας. Οι σπουδαστές μαθαίνουν να παράγουν τις πρακτικές πληροφορίες και για την επαγγελματική χρήση και να ενισχύουν την ευημερία των ασθενών και σημαντικοί άλλοι τους. Ο στόχος της κλινικής κατάρτισης είναι να εξοικειωθούν οι σπουδαστές με τους

διαφορετικούς τομείς της νοσηλευτικής και της υγειονομικής περίθαλψης στα βασικά πρακτικά καθήκοντα από την άποψη των επαγγελματικών μελετών. Μέρος των σπουδών μπορεί επίσης να ολοκληρωθεί στη διεθνή ανταλλαγή σπουδαστών.^{32, 33}

2.2.5 Δομή του πτυχιακού προγράμματος στην νοσηλευτική

Ο κοινός πυρήνας αποτελείται από 10 credits.
Επαγγελματικές σπουδές αποτελούνται από 178 credits.
Συμπεριλαμβανομένου του κλινικής άσκησης, 75 credits.
Διατριβή /πτυχιακή εργασία 15 credits.
Εκλεκτορικές μελέτες 7 credits.
Στο σύνολο 210 credits.^{32, 33}

2.2.6 Εκβάσεις εκμάθησης και στόχοι του προγράμματος του ακαδημαϊκού έτους

Μετά από το πρώτο ακαδημαϊκό έτος, οι σπουδαστές μπορούν να ενεργήσουν μαθαίνοντας και λειτουργώντας το περιβάλλον των πολυτεχνείων και να ξέρουν το πτυχιακό πρόγραμμα και το μελλοντικό επάγγελμά τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι σπουδαστές κερδίζουν την ικανότητα στις δεξιότητες παρατήρησης, τη συλλογή των στοιχείων, την τεκμηρίωση και την ανάλυση και την ερμηνεία των πληροφοριών. Είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν τις βασικές διαδικασίες και τις επεξεργασίες. Οι σπουδαστές αποκτούν τη γνώση και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την υγιή λήψη αποφάσεων. Οι σπουδαστές ξέρουν τις ευθύνες των νοσοκόμων για την ιατρική περίθαλψη του ασθενή, και είναι σε θέση να διανείμουν το φάρμακο. Διαχειρίζονται τους ιατρικούς υπολογισμούς. Ξέρουν πώς να λειτουργήσουν στις διαφορετικές καταστάσεις πρώτων βοηθειών και είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν τη βασική υποστήριξη ζωής. Οι σπουδαστές μαθαίνουν να αναγνωρίζουν και να προσδοκούν και τα πιθανά προβλήματα υγείας των ατόμων καθώς επίσης και της κοινωνίας. Οι σπουδαστές ξέρουν το φινλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι σε θέση να λάβουν τους διαφορετικούς πολιτισμούς υπόψη. Κατά τη διάρκεια της φροντίδας των ασθενών /των πελατών ενεργούν σύμφωνα με τις εθνικές/διεθνείς αξίες και τις αρχές που επικρατούν στην υγειονομική περίθαλψη και σύμφωνα με τους εθνικούς κανονισμούς και τους νόμους.

Μετά από το δεύτερο ακαδημαϊκό έτος, οι σπουδαστές αναπτύσσουν τις νοσηλευτικές δεξιότητές τους στους διαφορετικούς τομείς της νοσηλευτικής όπως την ιατρική, τη χειρουργική νοσηλευτική καθώς επίσης στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη και την φροντίδα που παρέχεται στους ηλικιωμένους. Είναι σε θέση να αξιολογήσουν τις ανάγκες των ασθενών στις διαφορετικές ομάδες ηλικίας, και είναι σε θέση να προγραμματίσουν, να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την φροντίδα μαζί με τους ασθενείς και σημαντικούς άλλους τους. Οι σπουδαστές είναι σε θέση να ενεργήσουν ως νοσηλευτές που είναι ακόμα στην αρχή και να υποστηρίξουν τους ασθενείς στη διαδικασία. Οι σπουδαστές ελέγχουν τη διαδικασία εκμάθησής τους και έχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθούν στο επάγγελμα και την επαγγελματική τους εξέλιξη.

Μετά από το τρίτο ακαδημαϊκό έτος, οι σπουδαστές επιπλέον εμβαθύνουν τη γνώση τους στους διαφορετικούς τομείς από την νοσηλευτική όπως τη ψυχική υγεία, και την περιεγχειριτική νοσηλευτική. Ειδικά κατά τη διάρκεια αυτού του χρόνου εμβαθύνουν τις

διοικητικές δεξιότητες, τις γνώσεις τους και τις δεξιότητες στην ιατρικό-χειρουργική νοσηλευτική. Μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την έρευνα και τη θεωρητική γνώση για να υποστηρίξουν τις φιλοδοξίες τους κατά την ανάπτυξη και την αξιολόγηση της δικής τους εργασίας. Οι σπουδαστές εστιάζουν στους τομείς στόχων της νοσηλευτικής κατά επιλογή του θέματος για τη πτυχιακή τους εργασία.

Μετά από το τέταρτο ακαδημαϊκό έτος, οι σπουδαστές έχουν γίνει ικανότεροι σαν προμηθευτές και υπεύθυνους για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής. Έχουν ενισχύσει την επαγγελματική ταυτότητα τους και στη νοσηλευτική εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης των ιατρικό-χειρουργικών ασθενών. Οι σπουδαστές έχουν υιοθετήσει μια έρευνα-προσανατολισμένη στη προσέγγιση κατά τη παραγωγή της πτυχιακής εργασίας τους και μπορεί να θεωρηθεί ως προοδευτική προσέγγιση στη μελλοντική επαγγελματική εργασία τους.^{32, 33}

2.2.7 Η εκπαίδευση των πολυτεχνείων στη Φινλανδία

Το φινλανδικό σύστημα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αποτελείται από δύο συμπληρωματικούς τομείς: πολυτεχνεία και πανεπιστήμια. Η αποστολή των πανεπιστημίων είναι να πραγματοποιηθεί η επιστημονική έρευνα και να παρασχεθεί η οδηγία και η μεταπτυχιακή εκπαίδευση βασισμένες σε αυτό. Τα πολυτεχνεία εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες σε απάντηση στις ανάγκες αγοράς εργασίας και διευθύνουν την E&A που υποστηρίζει αυτή την οδηγία και προωθεί την περιφερειακή ανάπτυξη ειδικότερα. Το σύστημα των πολυτεχνείων είναι ακόμα αρκετά νέο. Τα πρώτα πολυτεχνεία άρχισαν να λειτουργούν σε δοκιμαστική βάση το 1991-1992 και τα πρώτα έγιναν μόνιμα το 1996. Μέχρι το 2000 όλα τα πολυτεχνεία λειτουργούσαν σε μόνιμη βάση. Τα πολυτεχνεία είναι multi-field περιφερειακά ιδρύματα που εστιάζουν στις επαφές με την οικονομικά ενεργή ζωή και στην περιφερειακή ανάπτυξη. Ο συνολικός αριθμός νέων και ώριμων πολυτεχνικών σπουδαστών είναι 130,000. Βραβείο πολυτεχνείων άνω των 20.000 πολυτεχνικών βαθμών και 200 πολυτεχνικών μεταπτυχιακών ετησίως. Το σύστημα των υψηλότερων βαθμών τέθηκε σε ισχύ μετά από μια δοκιμαστική περίοδο το 2005 και ο αριθμός προγραμμάτων του πολυτεχνικού μεταπτυχιακού αναμένεται για να αυξηθεί στα ερχόμενα έτη. Στο Υπουργείο Παιδείας, τα πολυτεχνεία αντιμετωπίζονται από το τμήμα για την τριτοβάθμια εκπαίδευση και την επιστήμη.³³

2.2.8 Εκπαίδευση στα Πολυτεχνεία

Τα πανεπιστήμια, που είναι ακαδημαϊκά ή καλλιτεχνικά ιδρύματα, εστιάζουν στην έρευνα και την εκπαίδευση βασισμένες στην έρευνα. Παρέχουν το βασικό πτυχίο, μεταπτυχιακό, τον κάτοχο άδειας άσκησης επαγγέλματος και τους διδακτορικούς βαθμούς. Τα πολυτεχνεία προσφέρουν τη σχετική με την εργασία εκπαίδευση σε απάντηση στις ανάγκες αγοράς εργασίας. Ένας πολυτεχνικός βαθμός απαιτεί 3,5 - 4,5 έτη πλήρους απασχόλησης μελέτης. Η απαίτηση για τα προγράμματα του πολυτεχνικού κυρίου είναι ένας πολυτεχνικός βαθμός ή ένα αντίτιμο, συν ένα τουλάχιστον τριών ετών επαγγελματικής εμπειρίας στο σχετικό τομέα.

Η εκπαίδευση ενηλίκων παρέχεται σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης. Οι ενήλικοι μπορούν να μελετήσουν για ένα πτυχίο γενικής εκπαίδευσης ή για έναν επαγγελματικό

τίτλο σπουδών ή τις ενότητες που περιλαμβάνονται σε αυτόν τον επαγγελματικό τίτλο, να πάρουν άλλες σειρές μαθημάτων που αναπτύσσουν τις δεξιότητες υπηκοότητας και εργασίας ή να ακολουθήσουν τις ψυχαγωγικές μελέτες.

Η ευημερία της φινλανδικής κοινωνίας στηρίζεται στην εκπαίδευση, τον πολιτισμό και τη γνώση. Όλα τα παιδιά είναι εγγυημένα για τη μελέτη και ανάπτυξη τους σύμφωνα με τις δυνατότητές τους ανεξάρτητα από την κατοικία τους, τη γλώσσα ή την οικονομική θέση. Όλοι οι μαθητές έχουν δικαίωμα στην ικανές και υψηλής ποιότητας εκπαίδευση και την καθοδήγηση και σε ένα ασφαλές μαθησιακό περιβάλλον και μια ευημερία. Το εύκαμπτο εκπαιδευτικό σύστημα και η βασική εκπαιδευτική ασφάλεια κάνουν για τη δικαιοσύνη και τη συνέπεια στα αποτελέσματα.³³

2.3 Μεθοδολογία Έρευνας

Η νοσηλευτική έρευνα άρχισε με τη Florence Nightingale. Ωστόσο, για αρκετά χρόνια μετά τη Nightingale ,πολύ λίγα βρίσκονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ,που να αφορούν νοσηλευτική έρευνα.

Οι περισσότερες μελέτες που έγιναν μεταξύ 1900 και 1940 αφορούσαν τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1940, εξαιτίας ενός αριθμού παραγόντων, οι νοσηλευτικές μελέτες εστιάζονταν στη σχέση ανάμεσα σε προμήθεια/ απαίτηση για νοσηλευτές. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η Νοσηλευτική άρχισε έναν αγώνα για να δείξει την επιστημονική της ταυτότητα και η νοσηλευτική έρευνα έστρεψε το επίκεντρό της στους ίδιους τους νοσηλευτές.

Στη δεκαετία 1950, η συνισταμένη ενός αριθμού δυνάμεων προκάλεσε μια ανοδική επιτάχυνση στη νοσηλευτική έρευνα. Η αύξηση του αριθμού νοσηλευτών με ακαδημαϊκή προετοιμασία και η βελτίωση των ερευνητικών δεξιοτήτων του εκπαιδευτικού προσωπικού, η διδασκαλία του μαθήματος « Μεθοδολογία Έρευνας » σε ένα μεγάλο αριθμό νοσηλευτικών σχολών , η αύξηση των μέσων για επικοινωνία ερευνητικών εκθέσεων (περιοδικά, συναντήσεις, συνδιασκέψεις) και η οικονομική υποστήριξη της νοσηλευτικής έρευνας στις ΗΠΑ ,ήταν μερικές από τις συνιστώσες δυνάμεις που έδωσαν ώθηση στη νοσηλευτική έρευνα.

Στη δεκαετία 1970, οι νοσηλευτικές έρευνες επικεντρώνονταν κύρια στη βελτίωση της φροντίδας αρρώστου. Αυτή η μετακίνηση μπορεί να αποδοθεί στην αυξανόμενη συνειδητοποίηση από τους νοσηλευτές της ανάγκης για μια επιστημονική βάση γνώσης , από την οποία να εξασκούν.

Η δεκαετία 1980, με την αύξηση των νοσηλευτών ερευνητών ,την ευρεία χρήση Η/Υ στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων ,τη μεγαλύτερη άνεση στην εκτέλεση ερευνών και με μια συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση ότι η έρευνα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού επαγγέλματος, έφερε τη νοσηλευτική έρευνα σε νέο επίπεδο ανάπτυξης. Οι νοσηλευτές ερευνητές έδωσαν περισσότερη προσοχή στους τύπους ερευνητικών ερωτήσεων, στις μεθόδους συλλογής πληροφοριών που θα μεγιστοποιούσαν τα οφέλη από ευρήματα ερευνών ,στην προστασία των δικαιωμάτων ατόμων που συμμετέχουν στις μελέτες και στο δεσμό ανάμεσα σε θεωρία και έρευνα. Στη δεκαετία 1980, επίσης , παρουσιάστηκε ένα μεγάλο ενδιαφέρον για μελέτες που προσπαθούν να κατανοήσουν σε

βάθος ένα πρόβλημα ή κατάσταση παρατηρώντας τους ανθρώπους στο φυσικό τους περιβάλλον.

Η επιστημονική προσέγγιση είναι η πιο προχωρημένη μέθοδος απόκτησης γνώσης , που αναπτύχθηκε από τους ανθρώπους . Συνδυάζει τρόπους λογικού συλλογισμού με άλλα χαρακτηριστικά , για να δημιουργήσει ένα σύστημα λύσης προβλήματος που , αν και υπόκειται σε σφάλματα, είναι πιο αξιόπιστο από τους υπόλοιπους τρόπους απόκτησης γνώσης.

Μερικά από τα βασικά αξιώματα που αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους της επιστημονικής προσέγγισης για απόκτηση γνώσης είναι τα εξής :

- Καλύτερα να γνωρίζουμε παρά να αγνοούμε τον κόσμο μας .
- Οι επιστήμονες μπορούν να χρησιμοποιούν τις αισθήσεις τους για κατανόηση της εξωτερικής πραγματικότητας.
- Οι παρατηρητές του κόσμου έχουν τη δυνατότητα να συσχετίσουν τις παρατηρήσεις τους εννοιολογικά και να βγάλουν νόημα από αυτές .
- Είναι δυνατή η διάκριση μιας υποκείμενης νομοτέλειας τόσο στον ψυχοκοινωνικό όσο και στο φυσικό κόσμο.
- Στις ψυχοκοινωνικές και φυσικές νομοτέλειες υπάρχουν σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος.

Δεδομένων αυτών των αξιωμάτων , μπορούμε να ορίσουμε την επιστημονική έρευνα, που αντιπροσωπεύει την εφαρμογή της επιστημονικής προσέγγισης ,ως διεργασία στην οποία συγκεντρώνονται συστηματικά από τον κόσμο που γνωρίζουμε, μέσω των αισθήσεών μας, αξιοπαρατήρητα, επιβεβαιώσιμα δεδομένα , προκειμένου να περιγράψουν ,να ερμηνευθούν ή να προβλεφθούν γεγονότα.

Χαρακτηριστικά της επιστημονικής έρευνας. Η επιστημονική προσέγγιση στην έρευνα ,όπως είδαμε , αναφέρεται σε μια γενική σειρά συστηματικών ,ελεγχόμενων διαδικασιών ,που χρησιμοποιούνται για να αποκτηθεί εξαρτημένη και χρήσιμη πληροφορία. Τα χαρακτηριστικά της επιστημονικής έρευνας, που βγαίνουν από τον ορισμό της είναι :

Τάξη και συστηματικότητα. Σε μια επιστημονική μελέτη , ο ερευνητής κινείται με ένα τακτικό και συστηματικό τρόπο από την ορισμό του προβλήματος , μέσω του σχεδίου της μελέτης και της συλλογής δεδομένων στη λύση του προβλήματος .

Έλεγχος . Ο έλεγχος περιλαμβάνει επιβολή συνθηκών στην ερευνητική κατάσταση , ώστε να ελαχιστοποιούν οι προκαταλήψεις και να αυξηθεί η ακρίβεια και η εγκυρότητα.

Εμπειρική μαρτυρία. Η εμπειρική μαρτυρία στηρίζεται στην αντικειμενική πραγματικότητα, που συγκεντρώνεται άμεσα ή έμμεσα μέσω των ανθρώπινων αισθήσεων. Η απαίτηση να χρησιμοποιείται εμπειρική μαρτυρία ως βάση γνώσης συντελεί ώστε τα ευρήματα της επιστημονικής έρευνας να βασίζονται στην πραγματικότητα και όχι στα προσωπικά πιστεύω ή εννοήσεις του ερευνητή. Η εμπειρική έρευνα επιβάλλει ορισμένο βαθμό αντικειμενικότητας στην ερευνητική κατάσταση , επειδή οι ιδέες εκτίθενται σε δοκιμασία στον πραγματικό κόσμο.

Γενίκευση. Ένας σημαντικός σκοπός της επιστήμης είναι να κατανοεί τα φαινόμενα όχι σε απομονωμένες μόνο περιστάσεις , αλλά σε μια ευρεία , γενική έννοια .Ένα από τα σπουδαία χαρακτηριστικά της επιστημονικής προσέγγισης είναι η ικανότητά της να πηγαίνει πέρα από τη συγκεκριμένη κατάσταση. Εξάλλου , ο βαθμός στον οποίο τα ευρήματα μιας έρευνας μπορούν να γενικευθούν , αποτελεί κριτήριο εκτίμησης της ποιότητάς της.

Οι βασικοί στόχοι της επιστημονικής έρευνας είναι : α) να αναπτύσσει ερμηνείες της πραγματικότητας (θεωρίες) και β) να βρίσκει λύσεις σε διάφορα προβλήματα. Η έρευνα που γίνεται για ανάπτυξη θεωρίας ονομάζεται βασική ή καθαρή έρευνα . Συχνά , η έρευνα αυτή συγκρίνεται με οικοδομικούς λίθους , πάνω στους οποίους στηρίζεται η αύξηση γνώσης και η παραπέρα έρευνα. Η έρευνα που κατευθύνεται προς λύση πρακτικών προβλημάτων ονομάζεται *εφαρμοσμένη έρευνα*. Η έρευνα αυτή περιλαμβάνει μελέτες που σχεδιάζονται όχι μόνο για λύση προβλημάτων ή λήψη αποφάσεων, αλλά επίσης και για κλινικές δοκιμές που στοχεύουν στην ανάπτυξη και αξιολόγηση νέου προγράμματος, προϊόντος, μεθόδου ή διαδικασίας .

Η διάκριση αυτή ανάμεσα σε βασική και εφαρμοσμένη έρευνα ελαχιστοποιείται προκειμένου για έρευνες εφαρμοσμένων επιστημών ,όπως η Νοσηλευτική.

Παρακάτω εξετάζονται μερικοί πιο συγκεκριμένοι λόγοι για τους οποίους διενεργείται έρευνα μέσα στο πλαίσιο του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Περιγραφή .Ο κύριος σκοπός πολλών νοσηλευτικών ερευνητικών μελετών είναι η περιγραφή φαινομένων που έχουν σχέση με το νοσηλευτικό επάγγελμα, Ο ερευνητής που διεξάγει περιγραφική έρευνα παρατηρεί, περιγράφει και ταξινομεί. Οι περιγραφικές μελέτες μπορεί να έχουν μεγάλη αξία για τη Νοσηλευτική. Τα φαινόμενα που οι νοσηλευτές ερευνητές ενδιαφέρονται να περιγράψουν, περιλαμβάνουν θέματα όπως stress και αντιμετώπιση του στους αρρώστους , αγωγή πόνου, ανάγκες των ηλικιωμένων, πιστεύω για την υγεία.

Διευρεύνηση .Η διερευνητική ,όπως και η περιγραφική έρευνα ,αρχίζει με κάποιο φαινόμενο ενδιαφέροντος και στοχεύει στη διερευνησή των διαστάσεων του φαινομένου , του τρόπου με τον οποίο αυτό εκδηλώνεται και των παραγόντων με τους οποίους σχετίζεται.

Επεξήγηση Η επεξηγηματική έρευνα σχεδιάζεται προκειμένου να διαπιστώσει το «γιατί» ορισμένου φυσικού φαινομένου. Η επεξηγηματική έρευνα ,γενικά, συνδέεται με θεωρίες που αντιπροσωπεύουν μια μέθοδο παραγωγής ,οργάνωσης και ολοκλήρωσης ιδεών για τον τρόπο με τον οποίο τα φαινόμενα διασχετίζονται. Ενώ η περιγραφική έρευνα παρέχει πληροφορίες και η διερευνητική έρευνα παρέχει πιθανές διορατικότητες, η επεξηγηματική έρευνα προσπαθεί να προσπαθεί κατανόηση των βασικών αιτίων των φαινομένων.

Πρόβλεψη και έλεγχος. Με την παρούσα γνώση ,τεχνολογία και θεωρητική ανάπτυξη, υπάρχουν πολυάριθμα προβλήματα που αντιστέκονται στην πλήρη κατανόηση και ερμηνεία.. Παρά ταύτα , είναι συχνά δυνατό να γίνει πρόβλεψη και έλεγχος φαινομένων με βάση ευρήματα από επιστημονικές έρευνες , ακόμα και όταν δεν υπάρχει πλήρης κατανόηση. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα νοσηλευτικών μελετών και μελετών που έχουν σχέση με την υγεία , στα οποία η πρόβλεψη και ο έλεγχος αποτελούν βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς.

Η επιστημονική προσέγγιση, όπως και αλλού τονίστηκε , είναι η πιο προχωρημένη μέθοδος απόκτησης γνώσης που αναπτύχθηκε από τους ανθρώπους . Ωστόσο , δεν είναι αλάνθαστη. Μερικοί περιορισμοί της επιστημονικής προσέγγισης είναι : ηθικά θέματα, προβλήματα μέτρησης , η ανθρώπινη πολυπλοκότητα και γενικοί περιορισμοί.

Ηθικά θέματα Ηθικά θέματα δημιουργούν περιορισμούς για την επιστημονική προσέγγιση με 2 τρόπους .Ο πρώτος αφορά επιφυλάξεις αναφορικά με το τι θεωρείται αποδεκτό στο όνομα της επιστήμης σε σχέση με τα δικαιώματα των ζωντανών οργανισμών. Ο δεύτερος αφορά τον τύπο του προβλήματος για τον οποίο η επιστημονική

μέθοδος είναι κατάλληλη. Η επιστημονική προσέγγιση δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να απαντήσει σε ηθικές ερωτήσεις, στις οποίες ανήκουν οι πιο επίμονες και ενδιαφέρουσες ερωτήσεις για την ανθρώπινη εμπειρία όπως για παράδειγμα ,το θέμα της ευθανασίας. Η έρευνα δεν μπορεί να απαντήσει σε ερωτήσεις που στηρίζονται σε ανθρώπινες αξίες , αν και μπορεί να ρίξει φώς σε ορισμένες πλευρές αυτών των ερωτήσεων.

Προβλήματα μέτρησης. Για να μελετηθεί μια μεταβλητή είναι απαραίτητο αυτή να μετρηθεί. Αν και υπάρχουν ακριβή όργανα μέτρησης των φυσιολογικών μεταβλητών ,όπως αρτηριακή πίεση ,θερμοκρασία κ.λ.π ,ακόμα δεν έχουν αναπτυχθεί παραβαλλόμενα με αυτά ακριβή όργανα μέτρησης των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, όπως άγχος ,πόνος ,αυτοπεποίθηση ,επιθετικότητα.

Ανθρώπινη πολυπλοκότητα Ένας από τους μεγαλύτερους φραγμούς με τον οποίο έρχονται αντιμέτωποι όσοι μελετούν τους ανθρώπους χρησιμοποιώντας την επιστημονική προσέγγιση, είναι η πολυπλοκότητά τους. Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός σε προσωπικότητα, κοινωνικό περιβάλλον, πνευματικές ικανότητες, αξίες, τρόπο ζωής και κατάσταση υγείας. Είναι δύσκολο για την επιστημονική προσέγγιση να συλλάβει επαρκώς αυτή τη πολυπλοκότητα. Αυτός ο περιορισμός οδήγησε μερικούς νοσηλευτές ερευνητές να απορρίψουν το παραδοσιακό μοντέλο επιστημονικής έρευνας, η φιλοσοφική βάση του οποίου είναι ο *λογικός θετικισμός*. Έτσι ,αναδύθηκε ένα εναλλακτικό μοντέλο έρευνας, που έχει τις διανοητικές του ρίζες στη φιλοσοφική παράδοση που είναι γνωστή ως *φαινομενολογία*. Η φαινομενολογική προσέγγιση στηρίζεται σε διάφορες υποθέσεις για τη φύση των ανθρώπων και για το πώς αυτή κατανοείται. Οι ερευνητές, στη φαινομενολογική παράδοση δίνουν έμφαση στην κατανόηση της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή πραγματικά βιώνεται, μέσω συλλογής και ανάλυσης διηγηματικού υποκειμενικού υλικού.

Γενικοί περιορισμοί. Μελέτες τέλεια σχεδιασμένες και εκτελεσμένες είναι αδύνατες. Στην πραγματικότητα, κάθε ερευνητική μελέτη περιέχει κάποια ατέλεια. Κάθε ερευνητική ερώτηση μπορεί να τεθεί με σχεδόν άπειρους τρόπους. Εξάλλου, στις περισσότερες καταστάσεις, οι καλύτερες μέθοδοι είναι πολυέξοδες και χρονοβόρες. Ωστόσο, ακόμα και όταν ξοδεύονται τεράστιοι πόροι, είναι βέβαιες μερικές ελλείψεις. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι μικρές, απλές μελέτες δεν έχουν αξία απλά, σημαίνει ότι καμία μελέτη μόνη της δεν μπορεί να επαληθεύσει ή να διαψεύσει τις ιδέες του ερευνητή. Κάθε τελειωμένη μελέτη προσθέτει στο σώμα συσσωρευμένης γνώσης. Αν τεθεί η ίδια ερώτηση από διάφορους ερευνητές και καθένας από αυτούς πετύχει τα ίδια ή όμοια αποτελέσματα, τότε αυξάνεται η εμπιστοσύνη στην απάντηση της ερώτησης.

Η νοσηλευτική έρευνα έχει τα ίδια βασικά χαρακτηριστικά με την επιστημονική έρευνα, δηλαδή, συστηματική προσέγγιση και αυστηρή μέθοδο για γένεση νέας γνώσης.

Η King (1987) ορίζει τη νοσηλευτική έρευνα ως την έρευνα που μελετά τις διεργασίες και τη πρακτική της νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική έρευνα υλοποιεί τη λειτουργία των νοσηλευτικών θεωριών , που είναι να περιγράφουν , να εξηγούν και να προλέγουν φαινόμενα για να οικοδομούν νοσηλευτική γνώση. Η νοσηλευτική έρευνα δοκιμάζει υποθέσεις , απαντά ερωτήσεις ή παρέχει ποιοτικά δεδομένα για νοσηλευτικά φαινόμενα.

Κύριο επίκεντρο της νοσηλευτικής έρευνας είναι η συνεχής βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής προς όφελος των αρρώστων/πελατών , οικογενειών ,κοινοτήτων, αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών.

Πιο συγκεκριμένα , η νοσηλευτική έρευνα :

- Αποσκοπεί στην κατανόηση θεμελιωδών μηχανισμών που επηρεάζουν την ικανότητα ατόμων και οικογενειών να διατηρούν ή να προάγουν άριστη λειτουργία και να ελαχιστοποιούν τα αρνητικά αποτελέσματα της αρρώστιας.

- Ενδιαφέρεται για τις εκβάσεις των νοσηλευτικών παρεμβάσεων , προκειμένου να εξασφαλίσει ποιοτική και αποτελεσματική σε κόστος νοσηλευτική φροντίδα .

- Ρίχνει βάρος στην παραγωγή γνώσης που αφορά πολιτικές και συστήματα που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα αποτελεσματικά και αποδοτικά.

- Αποτελεί σημαντικό μέρος τόσο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης , που της παρέχει τα πιο πρόσφατα ευρήματα για σχεδιασμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, όσο και της νοσηλευτικής διοίκησης , που τη βοηθά να εκπονεί αποδοτικά μελλοντικά σχέδια.

Οι Polit και Hungler (1993) παραθέτουν μερικούς από τους λόγους που κάνουν απαραίτητη τη νοσηλευτική έρευνα. Η νοσηλευτική έρευνα βοηθά τη Νοσηλευτική :

- Να ορίσει τις παραμέτρους της και τον τελειώς καθορισμένο και μοναδικό ρόλο της στην παροχή φροντίδας υγείας.

- Να δείξει στους άλλους την κοινωνική σχετικότητα και αποτελεσματικότητα της πρακτικής της.

- Να αποκαλύπτει αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες για διάφορες ομάδες πληθυσμού.

- Να εξαλείφει νοσηλευτικές πράξεις που δεν είναι αποτελεσματικές στην επίτευξη επιθυμητών εκβάσεων.

- Να αναγνωρίζει μεθόδους νοσηλευτικής φροντίδας που βελτιώνουν την κατάσταση υγείας και είναι αποτελεσματικές σε κόστος.

Επίσης, η νοσηλευτική έρευνα καθιστά ικανούς τους νοσηλευτές :

- Να περιγράφουν τα χαρακτηριστικά μιας κατάστασης για την οποία λίγα είναι γνωστά.

- Να ερμηνεύουν φαινόμενα που πρέπει να μελετώνται στο σχεδιασμό νοσηλευτικής φροντίδας.

- Να προλέγουν πιθανά αποτελέσματα ορισμένων νοσηλευτικών αποφάσεων σε σχέση με τη φροντίδα αρρώστου/πελάτη.

- Να ελέγχουν το συμβάν ανεπιθύμητων εκβάσεων σε άρρωστο/πελάτη.

- Να εισηγούνται, με αρκετό βαθμό εμπιστοσύνης, δραστηριότητες που θα πετύχουν επιθυμητή συμπεριφορά του πελάτη.³⁴

3. Νομοθεσία & Δεοντολογία

Η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες έχουν πρωταρχική θέση στον χώρο της υγείας, τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις ηθικές επιλογές για την προστασία και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου ασθενούς ή ανάπηρου για την εξασφάλιση άριστης ποιότητας στη φροντίδα υγείας στην καρδιά της νοσηλευτικής. Υπήρχε και υπάρχει αγωνία για την ανάπτυξη, μετάδοση και τήρηση των δεοντολογικών αρχών και αξιωμάτων σε όλους τους τομείς της έκφρασης της. Σκοπός της νοσηλευτικής δεοντολογίας είναι να εφοδιάσει το: νοσηλευτή με ένα αξιόλογο πλαίσιο αναφοράς. Ως πυξίδα προσανατολισμού για τις ευθύνες και επιλογές, αποφάσεις, στάσεις και πράξεις του στην καθημερινή εργασία. Η εργασία του μπορεί να είναι κλινική, συμβουλευτική, διοικητική, διδακτική, συγγραφική, ερευνητική.^{35.36}

Ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας που θεσπίστηκε με προεδρικό διάταγμα βασισμένο στο παρόμοιο διεθνή κώδικα. Αλλά και στα ελληνικά δεδομένα δίνει οδηγίες συμπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας κατάλληλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων με συνεχή τήρηση των ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και της άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας ιδιαίτερα τονίζονται η καλλιεργημένη προσωπικότητα του νοσηλευτή, το νοσηλευτικό απόρρητο, η ευθύνη και η συνεργασία.^{35.37}

3.1 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

Στην Αθήνα, 18 Ιουλίου 2001 ΑΡΙΘ. 216 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.
Ο πρόεδρος της ελληνικής δημοκρατίας Κωνσταντίνος Στεφανόπουλος και ο υπουργός υγείας και πρόνοιας Δημήτριος Θάνος.

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παρ. Ι και 2 του άρθρου Π4 του Ν. 2071/92 (ΦΕΚ 1 23/Α/92) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».
2. Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/85) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν.2081/92 (ΦΕΚ 154/Α/92) και τροποποιήθηκε με Το άρθρο Ι παρ. 2 άρθρου Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/Α/97).
3. Την αρ. 2850/18.4.2000 (ΦΕΚ 565/Β) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο».
4. Την αρ. απόφαση 15 της 139ης Ολομέλειας 2.4.98 του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.
5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις παρόντος Π.Δ/τος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.
6. Την αριθ. 28912001 Γνωμοδότηση του Συμβουλίου Επικρατείας, μετά από πρόταση του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουν. Θεσπίζεται Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ως εξής:

Άρθρο 1

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σ όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του,

σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία.

Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

Άρθρο 4

Ο Νοσηλευτής πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Άρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

Ο Νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις τους την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής. λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.

Άρθρο 8

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του

επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές Περιβάλλον. Οφείλει επίσης να διαφυλάξει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους.

Άρθρο 10

Ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

Άρθρο 12

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδας, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Άρθρο 13

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του ανεξαρτησία και την ιδιότητά του ως ισότιμου μέλους της θεραπευτικής ομάδας.

Άρθρο 14

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επιφύσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Άρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 16

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 17

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες, εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή.

Άρθρο 18

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σε όλες τις περιστάσεις, το σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της ελεύθερης επιλογής του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση του φυσικού και ηθικού πόνου του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί υπέρτατο χρέος του νοσηλευτή να συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής που μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου, κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 12 του Ν. 2737/1999 (Α'174), παρέχει τη συνδρομή του στο ιατρικό έργο και λαμβάνει κάθε απαραίτητο μέτρο προκειμένου να διαπιστωθεί ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις.

Άρθρο 20

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή, μετά από αίτησή του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του. Σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο νοσηλευτής εξαιτίας των προσωπικών του πεποιθήσεων έχει τη δυνατότητα αποχής από τη διαδικασία αναπαραγωγής ή διακοπής της κύησης.

Άρθρο 21

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Παιδιατρικής Νοσηλευτικής. Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού - ασθενή πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επιδιώκεται η λήψη της συναίνεσης, ιδιαίτερα των εφήβων.

Άρθρο 22

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής : Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη

τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

Άρθρο 23

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής : Ο νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινωνικής νοσηλευτικής να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Άρθρο 24

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. στον Υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.^{28, 39}

3.2 Επαγγελματικά δικαιώματα της ειδικότητας «Νοσηλεύτης»

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα Υπ Αριθμ 351/8-6-1989 «Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων». τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των ΤΕΙ καθορίζονται ως εξής:

Άρθρο I Επαγγελματικά Δικαιώματα. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης-Νοσηλεύτρια» (παρ 2. άρθρο 5 του Ν 1579185) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.

1. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων. στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες:

2.1 Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και 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

2.1.1 Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους όλων των ηλικιών. που πάσχουν από διάφορα νοσήματα

2.1.2 Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου

2.1.3 Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση

2.1.4 Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας

2.1.5 Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.

2.1.6 Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας

2.1.7 Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.

- 2.1.8 Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- 2.1 Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα.
- 2.1.10 Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου. στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας
- 2.11.1 Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους
- 2.11.2 Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών.
- 2.11.3 Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων σε θέματα που αφορούν: τη λειτουργία του νοσοκομείου για: την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
- 2.11.4 Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στο άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα
- 2.11.5 Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους Του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
- 2.11.6 Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα
- 2.11.7 Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων.
- 2.11.8 Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς.
- 2.11.9 Συνεργασία στο συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.
- 2.2 Πράξεις σε απουσία γιατρού
- 2.2.1 Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.
- 2.2.2 Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.
- 2.3 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 κα την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
- 2.3.1 Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.
- 2.3.2 Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- 2.3.3 Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
- 2.3.4 Πλήρης παρεντερική θρέψη.
- 2.3.5 Θεραπευτικά λουτρά.
- 2.3.6 Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.
- 3.1 Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.
- 3.2 Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας
- 3.3 Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητας τους. σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
- 3.4 Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
- 3.5 Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητας τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
- 3.6 Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων ειδικών νοσηλευτών αφού

εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.

Ακόμη έχουν το δικαίωμα να επισημαίνουν προβλήματα για 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.^{40.41.42}

3.3 Επαγγελματικά δικαιώματα της ειδικότητας «Βοηθών Νοσηλευτών»

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ'ΑΡΙΘ.210/ΦΕΚ Α'/165 24-7-2001

Επαγγελματικά δικαιώματα των κατόχων Διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης των ειδικοτήτων "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτική Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας" των Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) και των πτυχιούχων Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών", καθώς και καθορισμός των προϋποθέσεων και της διαδικασίας χορήγησης της άδειας ασκήσεως των ανωτέρω επαγγελμάτων.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

- Τις διατάξεις του εδαφίου ζ' της παραγράφου 3 του άρθρου 2 και της παραγράφου 3 του άρθρου 6 του Ν. 2009/92 "Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 18/Α'/1992), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.
- Τις διατάξεις της παραγράφου 8 του άρθρου 5 του Ν. 1579/1985 "Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις"(ΦΕΚ 217/Α'/23.12.85).
- Την αριθμ. 3/2000 απόφαση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Συν. Ολομ. 164/2.11.2000).
- Την αριθμ. 2850/2000 ΦΕΚ 565/Β' Απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο".
- Την, υπ' αριθμ. 2/25.1.2001, Γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ο.Ε.Ε.Κ.
- Το άρθρο 29Α του Ν. 1558/85 "Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα" (Α' 137) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/1992 (Α' 154) και αντικαταστάθηκε από το άρθρο 1 παρ. 2 εδάφ. α του Ν. 2469/1997 (Α' 38) και το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.
- Την, υπ' αριθμ. 219/2001, Γνωμοδότηση του ΣτΕ, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Στους κατόχους Διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης, των ειδικοτήτων "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική

Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτής Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις", και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ. και στους κατόχους πτυχίου των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών" χορηγείται άδεια άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Νοσηλευτή. *** ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με το άρθρο 1 ΠΔ 268/2003, ορίζεται ότι: "Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Νοσηλευτή του Προεδρικού Διατάγματος 210/01 (ΦΕΚ 165/Α'/24.7.2001) χορηγείται με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις στους κατόχους διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης των ειδικοτήτων "Βοηθός τραυματολογίας ορθοπεδικής" και Βοηθός "Ειδικής Νοσηλευτικής" των Ι.Ε.Κ".

Άρθρο 2

Περιγραφή καθηκόντων

Οι νοσηλευτικές πράξεις που ασκούνται από τους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92, των ειδικοτήτων "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτής Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ. και από τους πτυχιούχους των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών", μετά από ανάθεση από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι οι ακόλουθες:

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
2. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
3. Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη.
4. Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα.
5. Παρακολούθηση λειτουργίας παροχетеύσεων.
6. Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου.
7. Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία).
8. Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.
9. Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας - υπερθερμίας.
10. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
11. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.
12. Απλές επιδέσεις.
13. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχетеύσεων.
14. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.
15. Εκκενωτικό υποκλυσμό.
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού για την αποστείρωση.
18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορρών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λ.π.
19. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
20. Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία, καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.

21. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κατακεκλιμένο άτομο). Επίσης, οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη του ανατίθεται από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, υπό την προϋπόθεση ότι την αποκλειστική ευθύνη φέρει ο νοσηλευτής, ο οποίος και κρίνει εάν ο διπλωματούχος των ειδικοτήτων "Νοσηλευτής Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτική ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ., και ο πτυχιούχος των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών" δύναται στην συγκεκριμένη περίπτωση να εκτελέσει, με ασφάλεια για την υγεία του αρρώστου, την, εν λόγω, εργασία.
22. Οι κάτοχοι Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92, των ειδικοτήτων "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτής Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ., και οι κάτοχοι πτυχίου των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών" ασκούν επείγουσες νοσηλευτικές πράξεις και εφαρμόζουν πρώτες βοήθειες, όπως είναι οι ακόλουθες:
 1. Ισχαιμη περιίδεση.
 2. Ακινητοποίηση κατάγματος.

Άρθρο 3

Η άδεια άσκησης επαγγέλματος των κατόχων Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92, των ειδικοτήτων "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτής Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ. και των κατόχων πτυχίου των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών" χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τις παρακάτω προϋποθέσεις:

α) στους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ο.Ε.Ε.Κ.) των Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) μετά από πρακτική άσκηση τριών (3) μηνών, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και ο χρόνος προαιρετικής πρακτικής άσκησης των καταρτιζομένων, όπως εκάστοτε ρυθμίζεται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, σύμφωνα με την παράγραφο 4 του άρθρου 5 του Ν. 2009/92 "Εθνικό Σύστημα Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης και άλλες διατάξεις" όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

β) στους κατόχους πτυχίου επιπέδου 3 (Τ.Ε.Ε. Β' κύκλου σπουδών) της ανωτέρω ειδικότητας μετά από πρακτική άσκηση έξι (6) μηνών και

γ) στους κατόχους πτυχίου επιπέδου 2 (Τ.Ε.Ε. Α' κύκλου σπουδών) της ανωτέρω ειδικότητας μετά από πρακτική άσκηση δώδεκα (12) μηνών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, καθώς και κάθε λεπτομέρεια σχετικά με τη διαδικασία χορήγησης της εν λόγω άδειας.

Άρθρο 4

Από τη δημοσίευση του παρόντος καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του Βοηθού Νοσηλεύτη-τριας στους κατόχους πτυχίων των:

1. Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ)
2. Τεχνικών Επαγγελματικών Λυκείων (Τ.Ε.Λ.) Νοσηλευτικής κατεύθυνσης.
3. Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) Νοσηλευτικής
4. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) Α' κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών
5. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) Β' κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών
6. Σχολών της αλλοδαπής ισοτίμων προς τις ανωτέρω Σχολές.

Άρθρο 5

Υφιστάμενες ευνοϊκότερες διατάξεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στους πτυχιούχους των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολών και των Τ.Ε.Λ. δεν θίγονται από τις διατάξεις του παρόντος.

Οι άδειες άσκησης επαγγέλματος που έχουν ήδη χορηγηθεί στους πτυχιούχους των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολών, των Τ.Ε.Λ., των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου σπουδών και ισοτίμων Σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής εξακολουθούν να ισχύουν.

"Η άδεια άσκησης επαγγέλματος των κατόχων πτυχίων ΤΕΕ Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας Βοηθών Νοσηλευτών, που απέκτησαν τον τίτλο τους πριν τη δημοσίευση του παρόντος Π.Δ. χορηγείται χωρίς την πραγματοποίηση της πρακτικής άσκησης που προβλέπεται από τις διατάξεις των περιπτώσεων β και γ του άρθρου 3 του Π.Δ. 210/2001, εφαρμοζόμενων κατά τα λοιπά των διατάξεων του παρόντος".

*** Η παρ.3 προστέθηκε με το άρθρο 3 ΠΔ 268/2003,ΦΕΚ Α 240/16.10.2003.

Άρθρο 6

Η ισχύς του παρόντος Διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Στον Υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ανατίθεται η δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος Διατάγματος.^{41, 43}

3.4.1 Καθήκοντα Νοσηλευτών

Στο κείμενο περιλαμβάνονται οι σημαντικότερες αρχές που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους, το κοινωνικό σύνολο και μεταξύ τους, με οποιοδήποτε τρόπο και αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

Για τη σύνταξη του παρόντος κώδικα ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses - I.C.N. Sao Paolo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκιο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955).

Στον παρόντα Κώδικα υιοθετείται ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή σαν την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας. Όπου στον παρόντα κώδικα αναφέρεται ο όρος ασθενής θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για υγιή ή ασθενή με τη στενή έννοια του όρου, και όπου αναφέρεται ο όρος πόνος, αυτός θα πρέπει να νοείται με την ευρεία έννοια του όρου σαν σωματικός, ψυχικός, κοινωνικός ή ηθικός.

Τέλος, επισημαίνεται ότι οι Νοσηλευτές είναι θεματοφύλακες της υγείας των προσώπων που η πολιτεία τους εμπιστεύεται και οφείλουν ν' αναγγέλλουν, όπως ορίζει ο νόμος, στα αρμόδια όργανα κάθε παράβαση νόμου που αφορά τη δημόσια τάξη.

I. ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Άρθρο 1

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα.

Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια.

Άρθρο 3

Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

Άρθρο 4

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ν' απόσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέγκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την προσπόριση παράνομο οφέλους του ιδίου ή τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως,

ιατρούς, οδοντίατρος, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσικοθεραπευτές, διοικητικούς κ.ά.

II. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Άρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και ν' απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απόσχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της.

Άρθρο 8

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.

Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Άρθρο 10

Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Άρθρο 11

Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή, απόσχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του.

Άρθρο 12

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα.

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις.

Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενό του.

ΙΙΙ. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ, ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Άρθρο 13

Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

Άρθρο 14

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία.

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.

Άρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό.

Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

ΙV. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 16

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια

της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα, σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

V. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΕΡΕΥΝΗΤΗ

Άρθρο 17

Ο Νοσηλευτής - ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

Άρθρο 18

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν, την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 19

Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων, παρά μόνο στο μέτρο που αυτή η έρευνα δικαιολογείται από μια διαγνωστική ή θεραπευτική χρησιμότητα σε σχέση με τον ασθενή.

VI. ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ

Άρθρο 20

Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή, την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέπει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

VII. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

Άρθρο 21

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατό του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης.

Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του.

Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων.

VIII. ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Άρθρο 22

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτησή του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής.

Άρθρο 23

Είναι σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, να αρνείται να παρέμβει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή έκτρωσης.

IX. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Άρθρο 24

Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

X. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Άρθρο 25

Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα.

XI. ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Άρθρο 26

Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

XII. ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ

Άρθρο 27

Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να απέσχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος⁴⁴

3.4.2 Διαφορές καθηκόντων Νοσηλευτών και Βοηθών Νοσηλευτών

Ο ορθολογικός τρόπος κατανομής αρμοδιοτήτων στο σύνολο των υπαλλήλων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας και εν γένει του νοσηλευτικού προσωπικού Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας αποτελεί τη μόνη οδό για την εύρυθμη λειτουργία όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την καλύτερη δυνατή ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Ο έλληνας νομοθέτης, αναλογιζόμενος την παραπάνω διαπίστωση, φρόντισε να επιβάλλει ορισμένους κανόνες, έχοντας ως κύριο μέλημά του τον σαφή διαχωρισμό των αρμοδιοτήτων των Νοσηλευτών από εκείνες των Βοηθών Νοσηλευτών.

Προκειμένου, εξ αρχής, να καταστεί ορατή η κατά τα άλλα αυτονόητη διαφοροποίηση μεταξύ των Νοσηλευτών και των Βοηθών Νοσηλευτών, αναφέρονται τα παρακάτω :

A) Σύμφωνα με το άρθρο 5§2Α του Ν.1579/1985, από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και νοσηλεύτριας στους πτυχιούχους ή διπλωματούχους των: α) Τμημάτων νοσηλευτικής Α.Ε.Ι. β) Νοσηλευτικών τμημάτων Τ.Ε.Ι. γ) Τέως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε. δ) Ισότιμων σχολών αλλοδαπής των αντίστοιχων σχολών α, β, γ.

B) Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Προεδρικού Διατάγματος 210/2001, από τη δημοσίευση του παρόντος καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του Βοηθού Νοσηλευτή - τριας στους κατόχους πτυχίων των: 1. Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ) 2. Τεχνικών Επαγγελματικών Λυκείων (Τ.Ε.Λ.) Νοσηλευτικής κατεύθυνσης 3. Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) Νοσηλευτικής (Τ.Ε.Ε.) 4. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων Α' κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών 5. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) Β' κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών 6. Σχολών της αλλοδαπής ισοτίμων προς τις ανωτέρω Σχολές.

Από τις παραπάνω διατάξεις, προκύπτει ότι ο νομοθέτης θέλησε να διαχωρίσει πλήρως τους Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ από τους Βοηθούς Νοσηλευτών ΔΕ και, φυσικά, από το νοσηλευτικό προσωπικό ΥΕ.

Η βούληση αυτή του νομοθέτη επιβεβαιώνεται από τις διατάξεις που αφορούν τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των παραπάνω κατηγοριών υπαλλήλων. Ειδικότερα :

A) Το άρθρο 1§2 του Προεδρικού Διατάγματος 351/1989 καθορίζει με σαφήνεια τα επαγγελματικά δικαιώματα των Νοσηλευτών, δια της ακριβούς περιγραφής των νοσηλευτικών πράξεων, που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ασθενούς. Στις πράξεις αυτές περιλαμβάνεται η παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα, η λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου, η λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση, η κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας, η υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών εντέρου και ουροδόχου κύστης, η λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας, η στενή παρακολούθηση αρρώστων για

έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα, η λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, η απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα, η προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας, η σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους, η εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας, η εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα, η εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, η φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα, η βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών ιδρυμάτων, η διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς. Σε απουσία γιατρού, οι Νοσηλευτές εφαρμόζουν τις πρώτες βοήθειες. Περαιτέρω, έχουν την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελούν και πιο περίπλοκες πράξεις κατά εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, όπως : μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή, χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς, πλήρης παρεντερική θρέψη, θεραπευτικά λουτρά, βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

Β) Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Προεδρικού Διατάγματος 210/2001, οι νοσηλευτικές πράξεις που ασκούνται από τους κατόχους Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92, των ειδικοτήτων "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτική Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ. και από τους πτυχιούχους των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών", μετά από ανάθεση από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, είναι οι ακόλουθες:

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
2. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
3. Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη.
4. Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα.
5. Παρακολούθηση λειτουργίας παροχετεύσεων.
6. Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου.
7. Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία).
8. Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.
9. Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας - υπερθερμίας.
10. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
11. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία.
12. Απλές επιδέσεις.
13. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
14. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.
15. Εκκενωτικό υποκλυσμό.
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού για την αποστείρωση.

18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορρών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λ.π.

19. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.

20. Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία, καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.

21. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κατακεκλιμένο άτομο). Επίσης, οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη του ανατίθεται από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, υπό την προϋπόθεση ότι την αποκλειστική ευθύνη φέρει ο νοσηλευτής, ο οποίος και κρίνει εάν ο διπλωματούχος των ειδικοτήτων "Νοσηλευτής Χειρουργείου", "Νοσηλευτική Τραυματολογία", "Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων", "Νοσηλευτική ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις" και "Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας" των Ι.Ε.Κ., και ο πτυχιούχος των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας "Βοηθών Νοσηλευτών" δύναται στην συγκεκριμένη περίπτωση να εκτελέσει, με ασφάλεια για την υγεία του αρρώστου, την εν λόγω εργασία.

Από τον συνδυασμό των παραπάνω διατάξεων, προκύπτει ότι οι αρμοδιότητες των Νοσηλευτών και των Βοηθών Νοσηλευτών είναι θεσμοθετημένες και σαφώς διαχωρισμένες. Οι σχετικές διατάξεις έχουν οπωσδήποτε δεσμευτικό χαρακτήρα για όλους τους ενδιαφερομένους, συμπεριλαμβανομένων των κατεχόντων θέσεις διευθυντών, τομεαρχών και προϊσταμένων των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Οι εν λόγω διευθυντές, προϊστάμενοι κλπ δεν δύνανται δια προφορικών εντολών ή υπηρεσιακών εγγράφων να αλλοιώνουν το περιεχόμενο των προαναφερθεισών κανονιστικών διατάξεων. Συνεπώς, οιαδήποτε ανάθεση ή κατανομή αρμοδιοτήτων που διαφοροποιείται του θεσμικού πλαισίου που διαμορφώνουν τα Προεδρικά Διατάγματα 351/1989 και 210/2001 είναι παράνομη και καταχρηστική.

Στο ίδιο πνεύμα, η άρνηση εκτέλεσης πράξεων, που εκφεύγουν των υπό του νόμου προδιαγεγραμμένων αρμοδιοτήτων, δεν αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα. Αντιστρόφως, η άρνηση, από τους Βοηθούς Νοσηλευτών ΔΕ και ΥΕ εν προκειμένω, εκτέλεσης πράξεων, που εμπίπτουν στο πεδίο των αρμοδιοτήτων τους και τους ανατίθενται από Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, είναι δυνατόν να επισύρει βαρύτερες πειθαρχικές ποινές.

Τονίζεται, ότι οι Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ δύνανται να αναθέτουν στους Βοηθούς Νοσηλευτών ΔΕ και ΥΕ την εκτέλεση και άλλων πράξεων, πέραν των περιγραφόμενων στο άρθρο 2 του ΠΔ 210/2001, εφόσον εκτιμούν ότι οι συγκεκριμένες πράξεις μπορούν να πραγματοποιηθούν με ασφάλεια από τους Βοηθούς. Η πράξη ανάθεσης, η οποία είναι συνήθως προφορική εντολή, είναι δεσμευτική για τον Βοηθό Νοσηλευτή, τυχόν δε άρνηση εκτέλεσης αποτελεί παράβαση καθήκοντος.

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 2 του ΠΔ 87/1986, κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρ. 10 του Ν. 1397/83, από τρεις υπηρεσίες α) την Ιατρική, β) την Νοσηλευτική και γ) την Διοικητική. Κάθε υπηρεσία έχει την δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Συνεπάγεται, ότι καθήκοντα μιας εκ των τριών Υπηρεσιών δεν δύνανται να ανατίθενται σε υπαλλήλους άλλης Υπηρεσίας. Αυτό προκύπτει και από τη διάταξη του άρθρου 30 του Υπαλληλικού Κώδικα, σύμφωνα με την οποία ο υπάλληλος εκτελεί τα καθήκοντα του κλάδου ή της ειδικότητάς του. Εν προκειμένω, οι Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ δεν δύνανται να υποχρεωθούν όπως εκτελούν καθήκοντα της Διοικητικής ή της Τεχνικής Υπηρεσίας.⁴⁵

4. Η νοσηλευτική στη ζωή των επαγγελματιών υγείας

Το νοσηλευτικό επάγγελμα περιγράφεται ως ιδιαίτερα απαιτητικό, δύσκολο και στρεσογόνο, ενώ υπάρχει δυσαρμονία μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι νοσηλευτές από το επάγγελμα τους και την αντίληψη που αποκτούν κατά την άσκηση του. Όταν οι προσδοκίες που έχει κάποιος για το επάγγελμα και τον επαγγελματικό του ρόλο είναι σε συμφωνία με την αντίληψη που αποκτά κατά την άσκηση του, τότε βιώνει ικανοποίηση, ενώ αν, αντίθετα, υπάρξει δυσαρμονία τότε το άτομο βιώνει τη δυσαρέσκεια και τη σύγκρουση.⁴⁹

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας,⁵¹ ενώ η άσκηση του απαιτεί σωματική, διανοητική και συναισθηματική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, την οργανική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη. Σε αυτό το πλαίσιο, η ικανότητα του ατόμου που παρέχει φροντίδα δεν συνιστάται μόνο στη πραγματοποίηση σωστών τεχνικών στην εργασία του, αλλά και στη δημιουργία του κατάλληλου συναισθηματικού κλίματος.⁵² Υποστηρίζεται ότι η ποιότητα του έργου που παρέχεται, επηρεάζεται από τις συνθήκες άσκησης του επαγγέλματος και τα προσωπικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία.^{53, 54}

Είναι κοινή αντίληψη, ότι το σύγχρονο πρόσωπο του νοσηλευτή περιλαμβάνει ενδιαφέρον, ικανότητα ενσυναίσθησης, αυταπάρνηση και άλλες ανθρωπιστικές αξίες. Πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα, στο πλαίσιο αναζήτησης της ταυτότητας του σύγχρονου νοσηλευτή ανέδειξε ότι ο νοσηλευτής εκτός από την επαγγελματική ικανότητα, πρέπει να έχει στοιχεία στην προσωπικότητα του όπως αυτά του ανθρωπισμού, της ανιδιοτέλειας, της ιδεολογίας και την ικανότητα να επιδεικνύει αλληλεγγύη, ενσυναίσθηση, αυταπάρνηση και ευσυνειδησία.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος απαιτεί ειδικά προσωπικά χαρακτηριστικά, υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων σε συνδυασμό με ένα υψηλό επίπεδο σωματικής και συναισθηματικής δύναμης, ενώ ποικιλία κοινωνικοοικονομικών παραγόντων δημιουργούν αύξηση της ζήτησης των νοσηλευτών προκειμένου να υποστηριχθούν οι υπηρεσίες υγείας.⁵⁵

Ωστόσο το επάγγελμα δεν φαίνεται να δέχεται τον σεβασμό της κοινωνίας στη χώρα μας, αφού στο σύνολο τους οι νοσηλευτές βίωναν την επαγγελματική προκατάληψη λόγω της επαγγελματικής τους ιδιότητας κατάσταση που προβάλλει την απαρχαιωμένη και μη ρεαλιστική δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος.^{56,57} Επιπλέον, παράγοντες όπως οι κακές συνθήκες εργασίας και η απογοήτευση των ίδιων των νοσηλευτών από το πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος τους δεν επιτρέπουν στους νοσηλευτές να αναδείξουν στους ασθενείς τους όλες τις πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου.⁵⁸

Επιπρόσθετα αποτελέσματα έρευνας κατέδειξαν ότι υπάρχει εξαιρετικά υψηλό ποσοστό νοσηλευτών που χαρακτηρίζει κακή τη κτηριακή υποδομή του νοσοκομείου και στοιχειώδες έως μέτριο το επίπεδο διάθεσης των μέσων και υλικών του τμήματος στο οποίο εργάζονται. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με μεγάλο αριθμό ερευνών που αναδεικνύουν τις κακές συνθήκες άσκησης του επαγγέλματος στην Ελλάδα καθώς και την απογοήτευση των ίδιων των επαγγελματιών της νοσηλευτικής από της συνθήκες εργασίας.^{59,60} Και όλα αυτά συμβαίνουν παρόλο που το περιβάλλον εργασίας ασκεί την κρισιμότερη επιρροή στη δυνατότητα των νοσηλευτών να παρέχουν ποιοτική περίθαλψη.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται το νοσηλευτικό προσωπικό από τις διάφορες ηγεσίες, επηρεάζει τη συμπεριφορά του και επιδρά σε σημαντικό επίπεδο στην προσωπική και επαγγελματική τους εξέλιξη. Έχει διαπιστωθεί ήδη ότι το ύψος της διοίκησης, η υποστήριξη που παρέχει, η επίδειξη εμπιστοσύνης ο σεβασμός και η αναγνώριση συμβάλουν σημαντικά στην ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους.⁶⁰

4.1 Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα σύνδρομα χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας με παρόμοιο τρόπο με τους εργαζομένους σε οποιαδήποτε άλλο εργασιακό χώρο. Τα δύο αυτά σύνδρομα έχουν αρκετά σύνθετα χαρακτηριστικά, ενώ εκδηλώνονται με διαφορετικά συμπτώματα. Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ΣΧΚ) είναι ένα σύνδρομο συμπτωμάτων, τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια άλλη νοσολογική οντότητα, μεμονωμένα όμως μπορεί να ανευρίσκονται σε διάφορες οργανικές παθήσεις, με την κόπωση να κυριαρχεί. Το ΣΧΚ δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ασθένεια, αλλά ως μία κατάσταση που φαίνεται να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και περίπλοκους μηχανισμούς.⁶¹ Χαρακτηρίζεται από επίμονη κόπωση για τουλάχιστον έξι μήνες, αρκετά ανεξήγητα συμπτώματα και πολλά λειτουργικά προβλήματα. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι ισχυρότερες φυσικές αιτίες προκαλούν μεγαλύτερη διάρκεια των παραπόνων για κόπωση στους ασθενείς με ΣΧΚ.

Η διάγνωση του ΣΧΚ βασίζεται στην αφαιρετική διαδικασία. Οι γιατροί συναντούν δυσκολίες στη διάγνωση του συνδρόμου, επειδή έχει αρκετά κοινά σημεία και συμπτώματα με αρκετές άλλες ασθένειες. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κάποια διαγνωστική ή εργαστηριακή διαδικασία που να επιβεβαιώνει την παρουσία του ΣΧΚ, αλλά η διάγνωση βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια.

Τα μείζονα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΧΚ είναι η χρόνια ή υποτροπιάζουσα κόπωση που διαρκεί έξι μήνες ή και περισσότερο και δεν βελτιώνεται με την κατάκλιση και προκαλεί σημαντική μείωση των δραστηριοτήτων του ατόμου σε κοινωνικό, πνευματικό και προσωπικό επίπεδο. Τα ελάσσονα κριτήρια εμφανίζονται πριν από την έναρξη της κόπωσης και διαρκούν έξι μήνες και περισσότερο. Μερικά από αυτά είναι η αδυναμία συγκέντρωσης της μνήμης, μη εξιδρωματική φαρυγγίτιδα, ευαίσθητοι τραχηλικοί και μασχαλιαίοι αδένες, μυαλγίες, επώδυνες αρθρώσεις χωρίς οίδημα ή σημεία φλεγμονής, πρωτοεμφανιζόμενες γενικευμένες κρίσεις κεφαλαλγίας, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, γενικευμένη κακουχία διάρκειας μεγαλύτερη των 24_{αρω} ωρών.

Από τους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές είναι η εργασιακή ομάδα με τις μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξει ΣΧΚ. Ειδικά για τους νοσηλευτές, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Όσοι εργάζονται στα νοσοκομεία, εκτός από το ασταθές ωράριο, σύμφωνα με το οποίο ο νοσηλευτής εργάζεται σε βάρδιες που απέχουν μεταξύ τους μόνο οκτώ ώρες έχουν να αντιμετωπίσουν επιπλέον σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι η αυξημένες ευθύνες της εργασίας, ο θάνατος του ασθενούς, ο φόβος μόλυνσης με λοιμογόνους παράγοντες, η μειωμένη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και η έλλειψη προσωπικού.

Ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (ΣΕΕ burnout) εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών

του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες στη διάρκεια της επαγγελματικής του δραστηριότητας. Όταν η κόπωση ανάμεσα στους εργαζομένους γίνεται σοβαρή και επίμονη, μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνια αδυναμία και μειωμένη ικανότητα για εργασία.

Σύμφωνα με τον Potter πρόκειται για μία διαταραχή του ενδιαφέροντος για την εργασία που καταλήγει σε μία εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζομένου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου. Μετά την εμφάνιση του, το σύνδρομο υποχωρεί δύσκολα. Ο εργαζόμενος έχοντας μάθει να εργάζεται αυτόματα και χωρίς τα ανάλογα κίνητρα, αλλοτριώνεται απέναντι στην εργασία του και δυσκολεύεται να ανακάμψει, ακόμη κι αν βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας.

Τα συμπτώματα του ΣΕΕ είναι κυρίως ψυχολογικά, ενώ οι πάσχοντες εργαζόμενοι συχνά αποδίδουν τα παράπονα τους σε προβλήματα της εργασίας θεωρώντας πως αυτή ευθύνεται για την κατάσταση τους. Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι οι μόνιμα κουρασμένοι εργαζόμενοι δεν πάσχουν εξορισμού από ΣΕΕ ενώ, αντίστροφα οι πάσχοντες από ΣΕΕ μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονο τους. Επιπρόσθετα, τα συμπτώματα του ΣΣΕ, σε αρκετά σημεία, μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης, του συνδρόμου μετατραυματικού stress και με τις αγχώδεις διαταραχές. Το άτομο που αισθάνεται κόπωση, εκτός από το stress που βιώνει στην εργασία και το εντοπίζει στην καθημερινότητα του, εμφανίζει συμπτώματα οργανικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά που ενδέχεται να μην είναι σε θέση να τα αποδώσει σε κάποια αιτία. Σύμφωνα με τον Potter, τα συμπτώματα του συνδρόμου χωρίζονται στα αρνητικά συμπτώματα (μη ικανοποίηση, αγωνία, συχνές διαμαρτυρίες, αισθήματα αδικίας, κατάθλιψη και εκρήξεις θυμού), διαπροσωπικά προβλήματα (προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, υπερβολές, ευερεθιστότητα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και το οικογενειακό περιβάλλον). Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας, αναφέρονται κρυολογήματα, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, πόνοι στη μέση και κόπωση. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθεί κατάχρηση ουσιών όπως κάπνισμα, οινόπνευμα, φάρμακα, ναρκωτικά. Επίσης, οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου μπορεί να αλλάζουν. Όταν το ΣΕΕ βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ο εργαζόμενος βλέπει στους συναδέλφους του σαν εχθρούς και καλύπτει τις αδυναμίες του αποδίδοντας ευθύνες στο πλαίσιο της εργασίας. Όταν τα συμπτώματα προχωρήσουν πολύ, το άτομο οδηγείται σε καταθλιπτική κατάσταση και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής, ακόμα και φαρμακευτικής βοήθειας.⁶²

4.2 Παράγοντες κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παράγοντες πρόκλησης του ΣΣΕ είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του stress στο άτομο ενώ ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και η οικογενειακή του κατάσταση. Η Sue Micklevitz διαχώρισε τους παράγοντες σε εργασιακούς και σε ατομικούς. Οι μεγαλύτερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγαλύτερος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζομένου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη.⁶³ Έρευνα των Maslach και Leiter κατέγραψε πέντε στοιχεία, τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου. Το υπερβολικά

φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζομένου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του υπαλλήλου ως προς την αποζημίωση ή την αξιολόγηση του και η σύγκρουση αξιών του ατόμου.

Ειδικά για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και σε κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χρόνου είναι πολλές φορές συγκεχυμένα καθώς στην περίπτωση ενός εκτάκτου περιστατικού, καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους.⁶⁴

Ο Αντωνίου αναφέρει ότι ο βασικότερος παράγοντας για την επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές είναι ο πόνος και η οδύνη των ασθενών. Πολλές φορές καλούνται να περιθάλψουν άτομα με ιδιαίτερα σοβαρές ασθένειες, ενώ πολλοί είναι και αυτοί που καταλήγουν μετά από μακροχρόνια πάθηση. Οι νοσηλευτές καταλήγουν στην αδιαφορία και στην έλλειψη κατανόησης για τους ασθενείς, ενώ η εργασία μετατρέπεται σε χώρο μη ικανοποίησης.

Η εμφάνιση ή όχι του συνδρόμου, εξαρτάται από το βαθμό εμφάνισης αυτών των παραγόντων, αλλά και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του. Ιδιαίτερα επιρρεπή είναι τα άτομα ηλικίας 30-40 ετών, ανύπανδροι άνδρες, άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου.⁶⁵

Αναφορικά με τη διάγνωση του συνδρόμου, η Maslach επεσήμανε τρία χαρακτηριστικά των ατόμων με ΣΕΕ, τα οποία αποτελούν και διαγνωστικά κριτήρια. Είναι ο κυνισμός, αίσθημα σωματικής και συναισθηματικής εξουθένωσης και μειωμένη αποδοτικότητα.

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη. Σε αντίθεση με άλλες επαρκώς προσδιορισμένες ασθένειες δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αρκετές πιθανές αιτίες για την εμφάνιση του έχουν προταθεί, όπως η κατάθλιψη, η αναιμία από έλλειψη σιδήρου, η υπογλυκαιμία, η υπόταση, το ιστορικό αλλεργιών, η μόλυνση από ιούς. Παράγοντες όπως ο διαβήτης, η υπατιτιδα, καρκίνος ευθύνονται για το ένα τρίτο των περιστατικών. Σε διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος οδηγούν οι λοιμώξεις οξείας έναρξης ή επανενεργοποίηση ιών, η έλλειψη συστατικών του μεταβολισμού. Οι ουσίες αυτές είναι γνωστό, ότι μπορούν να προκαλέσουν μία σειρά συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία παρατηρούνται στο ΣΧΚ.⁶⁶ Λόγω αυτής της υπεραντιδραστικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος έχει αναφερθεί ότι το σύνδρομο μοιάζει με αυτοάνοση νόσο, έχει δε παρατηρηθεί υψηλό ποσοστό αλλεργικών αντιδράσεων σε τροφές, εισπνεόμενα σωματίδια ή φάρμακα στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες.⁶⁷

Εάν ένας ασθενής εμφανίζει κόπωση έξι μηνών ή και περισσότερο, η οποία δεν αντιμετωπίζεται με την ανάπαυση και συνοδεύεται από διάφορα μη ειδικά συμπτώματα όπως, εικόνα γριπώδους συνδρομής, γενικευμένο πόνο, διαταραχές μνήμης, ο γιατρός θα πρέπει να διερευνήσει την πιθανότητα ΣΧΚ.

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι το γυναικείο φύλο και η ηλικία 40-50 ετών. Το σύνδρομο απαντάται σε άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης.⁶⁸ Τα περισσότερα θύματα είναι πάντως γυναίκες, κυρίως νέες σε ηλικία που πρόσφατα έχουν αποκτήσει οικογένεια, ενώ συγχρόνως εργάζονται ή βρίσκονται σε περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά και γυναίκες μεγαλύτερης σε ηλικία. Η επαγγελματική υπερδραστηριότητα, οι ευθύνες του σπιτιού, η φροντίδα του παιδιού και

οι κοινωνικές υποχρεώσεις φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία να παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα.⁶⁹

4.2.1 Κυκλικό ωράριο

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε ένα κόσμο με γοργούς ρυθμούς και η ζωή έχει αναπτυχθεί σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής κοινότητας. Έτσι σαν νοσηλευτές σε αυτή την κοινωνία προσφέρουμε ζούμε ,και έχουμε απαιτήσεις, όσο εμείς αλλά και οι οικογένειες μας , τα παιδιά μας. Ωστόσο, η ελλιπής εκπαίδευση, η επαγγελματική εξουθένωση, η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, οι ελλείψεις προσωπικού, καθώς επίσης και το κυκλικό ωράριο και οι δύσκολες συνθήκες εργασίας είναι μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι νοσηλευτές και αποτελούν τους σπουδαιότερους παράγοντες δημιουργίας νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη.⁹

Με ένα τόσο ιδιαίζον επάγγελμα υπάρχουν στιγμές που ο καθένας από μας έχει πιεστεί να αντιμετωπίσει καταστάσεις που προκύπτουν. Αυτά δυστυχώς προκύπτουν από την φύση του επαγγέλματος που απαιτεί κυκλικό ωράριο εργασίας ή βάρδια. Ωστόσο όπως όλοι πολύ καλά γνωρίζουμε 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 τη 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 ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το “shift lag” syndrome. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές βιώνουν πολλές βιολογικές αλλαγές σε σχέση με το βιολογικό τους ρολόι λόγω του συστήματος βάρδιας που προϋποθέτει εναλλαγές μέρας και νύχτας. Οι διάφοροι τρόποι μείωσης των διάφορων προβλημάτων που προκύπτουν είναι ποικίλοι και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως την ηλικία, και την προσαρμοστικότητα του ατόμου στην συνεχή αλλαγή του ωραρίου του. Ο αποσυνχρονισμός των ρυθμών διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς και η ικανότητα να εκτελούνται σημαντικά πράγματα ,με σωστό και αποτελεσματικό τρόπο. Τα αντανακλαστικά μειώνονται λόγω έλλειψης ύπνου, στοιχείο σημαντικό που δεν πρέπει για κανένα λόγο να παίρνεται ελαφρά.⁸

Σύμφωνα λοιπόν με το λεξικό του Μπαμπινιώτη βάρδια ορίζετε καθεμία από τις ομάδες εργατών η υπάλληλων που εναλλάσσεται με άλλες για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου. Είναι η χρονική διάρκεια κατά την οποία η ομάδα είναι επιφορτισμένη με συγκεκριμένο καθήκον. Οι νοσηλευτές μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας και ποιο συγκεκριμένα το δικό μας σύστημα περιλαμβάνει δυο εξάωρες και μια δωδεκάωρη βάρδια.³¹ Ωστόσο, μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα όπως της δυσαρέσκειας του επαγγελματικού στρες ,καταστάσεις που μεταβάλλουν την ζωή τους και τις καθημερινές συνήθειες ,όπως διατροφή και ύπνο. Ακόμα τις οικογενειακές τους σχέσεις αλλά και τις κοινωνικές.⁸

4.2.1.1 Επαγγελματικά

Αρχικά αναφέρουμε τα επαγγελματικά προβλήματα όπως παρουσιάζονται στη καθημερινότητα των νοσηλευτών:

- Άγχος και στρες προκύπτει από έντονη εναλλαγή στο ωράριο που σε άτομα με δυσκολία στην προσαρμογή του βιολογικού τους ρολογιού μπορεί να μην μπορούν να αποδώσουν ικανοποιητικά.
- Ο τρόπος με τον οποίο προγραμματίζεται η αλληλουχία του ωραρίου που συνήθως προτεραιότητα έχουν όλοι άλλοι παράγοντες παρά οι προσωπικοί ρυθμοί του ατόμου.
- Οι απαιτήσεις του προγράμματος είναι έτσι που δεν επιτυγχάνετε η παραγωγικότητα οποιοδήποτε τμήματος.
- Διαπροσωπικές σχέση μεταξύ συνάδελφων σε συνάρτηση πάντα με το πρόγραμμα, λόγω των αλλαγών και των απαιτήσεων.
- Λάθη που μπορούν να προκύψουν και ατυχήματα λόγω της παρατεταμένης αϋπνίας .Σε ερευνά που δημοσιεύθηκε στο Public Heart Briefs αναφέρετε ότι παρατηρήθηκε σε άτομα που υπόκειντο σε κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν 53,6% πιο ευάλωτα σε Λάθη, χορηγήσεις φαρμάκων, τρυπήματα από λερωμένες βελόνες αλλά και σε οδικά ατυχήματα καθώς οδηγούσαν από και προς την εργασία τους.
- Η ασφάλεια του ασθενή θέτετε σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές εργάζονται πολλές και απρόβλεπτες ώρες, ειδικά όταν το τελευταίο ξύπνημα τους ξεπερνά τις 17 ώρες.
- Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας οφείλετε πολλές φορές στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή βάρδια ή την νυχτερινή εργασία. Ενώ στην πρωινή μέσα από την αλληλεπίδραση και την συνεργασία με την νοσηλευτική διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό αυξάνονται οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο.
- Μετά από μια 12ωρη βάρδια το ρίσκο να τρυπηθεί κάποιος να δώσει λάθος φάρμακα σε σύγκριση με κάποιον που δούλεψε 8ωρη βάρδια μειώνετε στο 50% στον δεύτερο.
- Η απορρύθμιση των ρυθμών προάγει στους νοσηλευτές μοτίβα ύπνου και επαγρύπνησης καθώς και εγρήγορσης και νύστας που αυτό με την σειρά του έχει επίπτωση στο να εκτελούνται σχηματικές νοσηλευτικές διεργασίες με αναποτελεσματικό τρόπο.
- Επίσης από έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. αποδείχτηκε ότι η πρώτη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών που αφορά την έλλειψη προσοχής, που μπορεί να προκληθεί από προβλήματα του συστήματος αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό. Μια άλλη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών είναι τα φαρμακευτικά λάθη τα οποία σύμφωνα με την έρευνα υπερτερούν, καθώς επίσης και τα λάθη τα οποία σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων και αφορούν κυρίως την ώρα χορήγησης.⁹

4.2.1.2 Οικογενειακά και Κοινωνικά προβλήματα

- Έπειτα όσον αφορά τα οικογενειακά και τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι νοσηλευτές είναι:
- Το κυκλικό ωράριο εργασίας παρεμβαίνει και δυσχεραίνει την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών ,καθώς και όλες οι δραστηριότητες τους εξαρτώνται

από το πρόγραμμα εργασίας τους. Το πρόβλημα οξύνετε κατά τις παρόδους των γιορτών όπως Χριστούγεννα και Πάσχα που όλοι προβάλλουν προσωπικούς λόγους για να ευνοηθούν από το πρόγραμμα.

- Η αντιμετώπιση προβλημάτων με την Φροντίδα των παιδιών είναι καθημερινό φαινόμενο σε συνάρτηση πάντα με την ικανοποίηση των επαγγελματικών αναγκών.
- Η υπόλοιπη κοινωνία που ζει και εργάζεται σε διαφορετικούς ρυθμούς .
- Αύξηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που οφείλονται στην μείωση της επαφής με την οικογένεια και τους φίλους και ποιοτικά αλλά και ποσοτικά.
- Το σημερινό εκπαιδευτικό σύστημα σε συνάρτηση με το κυκλικό ωράριο εργασίας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.
- Η έλλειψη κατανόησης από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όσον αφορά την φύση του επαγγέλματος μας λόγω άλι κυκλικού ωραρίου.
- Οι οικογενειακοί ρυθμοί πρέπει να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του νοσηλευτή της οικογένειας και αν αυτό δεν γίνει τότε παρατηρούνται δυσλειτουργίες στην οικογένεια καθώς αυξάνετε το άγχος στον νοσηλευτή.

4.2.1.3 Προσωπικά-βιολογικά προβλήματα

- Η βάρδια αναστατώνει τους βιολογικούς ρυθμούς του ατόμου που συνάδουν με τον κύκλο μέρας και νύχτας.
- αναστατώνει την συγχρονισμένη σχέση σώματος βιολογικού ρολογιού και περιβάλλοντος.
- Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά την διάρκεια της νύχτας και κάτω από αντίξοες συνθήκες είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους. Ενώ κοιμούνται πρωινές ώρες αντίθετα από τους βιολογικούς τους ρυθμούς.³²
- Η φυσιολογία του κερκάρδιου ρυθμού έχει ερευνηθεί και έχει βρεθεί να υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υπόφυση και στο νευροενδοκρινικό σύστημα και στη ρυθμικότητα.
- Η θερμοκρασία κατά την διάρκεια της μέρας αυξάνεται σημειώνοντας την μεγαλύτερη της τιμή αργά το πρωί ή νωρίς το απόγευμα. Μειώνετε τις απογευματινές ώρες και συνεχίζει την κάθοδο της την περίοδο της νύχτας εμφανίζοντας την κατώτερη της τιμή τις πρωινές ώρες (3-6 μμ). Σε αυτές τις ώρες αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους επαγγελματίες υγείας. Γι' αυτό το πρωί που η θερμοκρασίες είναι πιο ψηλές οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.
- Στο νυχτερινό ύπνο η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή λειτουργία μειώνετε ενώ στη φάση εργασίας αυξάνονται. Ελαττώνονται γιατί ο νυχτερινός ύπνος είναι πιο ξεκούραστος και βαθύτερος από τον πρωινό ύπνο που ακολουθεί νυχτερινή εργασία.
- Σύμφωνα με τον Halberg (1959) τα επίπεδα κορτικοστεροειδών στην κυκλοφορία του αίματος αυξάνονται λίγο πριν την διαδικασία της εγρήγορσης. Πρόκειται για ένα μηχανισμό του κεντρικού συστήματος ο οποίος διεγείρει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία προετοιμάζοντας τον οργανισμό για έγερση. Πόσες φορές δεν έχουμε παρατηρήσει ότι ξυπνάμε το πρωί πριν το ρόλοι μας χτυπήσει την προγραμματισμένη ώρα. Τα επίπεδα της ακετυλχολίνης, των γαστρικών ορμονών επιδρούν μεταβάλλοντας λειτουργίες συμπεριφοράς όπως διάθεση, ύπνο, Ακόμα και δείκτες νοημοσύνης.

- Οι κερκάρδιοι ρυθμοί έχουν ενδογενή βάση ελέγχου όπως τα κέντρα ομοιοστάσεις στον εγκέφαλο(αναπνευστικό-καρδιακής λειτουργίας) αλλά παράλληλα δέχονται επιδράσεις από εξωτερικούς παράγοντες.
- Οι ώρες των γευμάτων, η αρχή και το τέλος της εργασίας ακόμα και τα πολύωρα τηλεοπτικά προγράμματα δίνουν στον άνθρωπο την αίσθηση του χρόνου.
- Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του νοσηλευτή. Οι εργαζόμενοι με τέτοιο ωράριο παρουσιάζουν κατά 10-20% αύξηση των γαστρεντερικών διαταραχών. Συνήθως παραπονιούνται για γαστρικά και 12λικά έλκη τα οποία εμφανίζονται οκτώ φορές περισσότερο σε σχέση με τους επαγγελματίες του πρωινού ωραρίου.
- Ο Rutter Franz (1977) διαπίστωσε αύξηση στην κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού τα οποία μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα.
 - Αρκετοί νοσηλευτές δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν, τους κόβετε η αναπνοή ή βρίσκονται σε τέτοια υπερδιέγερση που αδυνατούν να ηρεμήσουν μετά από μια έντονη βάρδια³³
- Η διαταραχές του ύπνου στους νοσηλευτές με κυλιόμενο ωράριο περιλαμβάνει την δυσκολία να κοιμηθούν και την μείωση της ποιότητας του ύπνου τους. Έτσι έχουν περισσότερα διαστήματα αϋπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου. Μερικοί δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και αν ξυπνήσουν είναι δύσκολο να κοιμηθούν ξανά. Επομένως απουσιάζει εντελώς ο ήρεμος γαλήνιος ύπνος που είναι αναγκαίος για την αποθήκευση ενέργειας.
- Η χρήση και η κατάχρηση ουσιών όπως οινόπνευματος, καπνού, υπνωτικά φάρμακα, παυσίπονα και ηρεμιστικά είναι συνεπακόλουθο από την έλλειψη ποιοτικού ύπνου.
- Το κυκλικό ωράριο εργασίας ενεργά και στον δείκτη θνησιμότητας των ατόμων. Έρευνα των Tailor and Pocock 1972 αποκαλύπτει διάφορα στον δείκτη θνησιμότητας μεταξύ των εργαζόμενων με σταθερό πρωινό ωράριο με των νυν και τέως εργαζόμενων με κυκλικό ωράριο εργασίας. Για τους πρώτους ήταν 92%, για τους δεύτερους 102% και για τους τρίτους 132%. Ενώ ο Kripke (1979) συσχέτισε την θνησιμότητα με την ποσότητα ύπνου. Εκείνοι που αφιέρωναν 6.0 με 6.9 ώρες την μέρα στον ύπνο είχαν 11% επιπλέον θανάτους σε σύγκριση με αυτούς που κοιμόντουσαν 7.0 με 7.9 ώρες την μέρα. Οι Eysenck and Eysenck(1964) αναφέρουν ότι η προσωπικότητα των ατόμων τοποθετείται σε δυο θεωρητικούς πόλους με αντίστοιχα χαρακτηριστικά. Οι εσωστρεφείς που είναι ήσυχοι, παθητικοί, σκεπτόμενοι και επιφυλακτικοί. Οι εξωστρεφείς είναι δραστήριοι, ομιλητικοί και κοινωνικοί. Οι νευρικοί είναι κακοδιάθετοι νευρικοί, ευερέθιστοι, και ανήσυχοι και οι σταθεροί που είναι νηφάλιοι αξιόπιστοι, ελεγχόμενοι και ξέγνοιαστοι.
- Επίσης το κυκλικό ωράριο σχετίζεται με τον πρωινό και απογευματινό τύπο. Οι προσωπικότητες πρωινού τύπου είναι ευέλικτοι και αποδίδουν καλύτερα τορωίσεαντίθεση με τους απογευματινούς τύπους γεγονός που οφείλεται στοβιολογικό τους ρόλοι.

4.2.1.4 Τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων

Επειδή η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών εξαρτάται από το κυκλικό ωράριο εργασίας και η παρερχόμενη νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από την ποιότητα ζωής

των νοσηλευτών έχουμε υποχρέωση πρώτα στην οικογένεια μας και αμέσως μετά στην νοσηλευτική μας ιδιότητα και οντότητα. Τα μέτρα που μπορούν να παρθούν ποικίλουν για τον καθένα ξεχωριστά, αλλά και γενικά. Όσον αφορά το ίδιο το άτομο και τις ενέργειες που μπορεί να πάρει:

- Φροντίδα για ασφαλή νοσηλεία και για τον ασθενή αλλά και για τον νοσηλευτή.
- Συναινέσει η άρνηση σε προγράμματα τα οποία είναι εξαντλητικά για το άτομο.
- Προσπάθεια ικανοποίησης και άλλων αναγκών πέρα του καθήκοντος όπως οικογένεια και κοινωνικό περιβάλλον
- Προαγωγή υγιεινής ζωής
- Διακοπή καπνίσματος
- Διατήρηση κανονικού βάρους σώματος
- Εφαρμογή συνηθειών που βοηθούν τον ύπνο για χαλάρωση όπως μουσική και διάβασμα
- Ορισμός χρόνου ύπνου
- Διατροφικές συνήθειες όπως ποτό και διεγερτικά
- Γυμναστική
- Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος.
- Στο εξωτερικό όμως έχουν αναπτύξει και διάφορα αλλά συστήματα που εμπλέκουν τους νοσηλευτές και την διοίκηση όσον αφορά το κυκλικό ωράριο εργασίας. Το I.C.N. είναι δεσμευμένο σε όλα τα μέλη του ώστε να
- Αναγνωρίζει τις καινοτομίες και τις τάσεις στο κυκλικό ωράριο εργασίας π.χ. σπαστό ωράριο εργασίας (split shifts).
- Να διανέμει πληροφορίες στα μέλη συνδέσμων για τα αντίκτυπο του κυκλικού ωραρίου.
- Να δίνει κατευθυντήριες γραμμές για ανάπτυξη στρατηγικών για αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων
- Να φροντίζει να Αναγνωρίζει επαγγελματικούς κινδύνους σε συνάρτηση με το κυκλικό ωράριο εργασίας
- Επίσης οι διάφοροι εθνικοί σύνδεσμοι χρειάζονται βοήθεια για να διαπραγματεύονται και να καλυτερεύουν τις συνθήκες για τους νοσηλευτές βάρδιας παρέχοντας:
- Βάρδιες που να διασφαλίζουν περιόδους ξεκούρασης, την χρονική περίοδο της βάρδιας καθώς και την σειρά του κύκλου.
- Ικανοποιητικό αριθμό νοσηλευτικού δυναμικού
- Πρόσβαση σε επαγγελματικές υπηρεσίες υγείας
- Προγράμματα για μείωση του στρες
- Πρόσβαση σε συνεχή εκπαίδευση
- Ασφαλή μεταφορικά μέσα
- Ζεστά γεύματα
- Αποδυτήρια
- Προστασία από διακρίσεις.

Έτσι, για να προγραμματιστεί το σωστό προσωπικό, στο σωστό τόπο την σωστή χρονική περίοδο και με τα χαμηλότερα δυνατά κόστη είναι ένας συνεχής αγώνας που κάθε μεγάλη νοσοκομειακή μονάδα αντιμετωπίζει. Εκμηδενίζοντας κάθε ανεπαρκή προσπάθεια των διοικητικών λειτουργιών καθώς και την ικανότητα τους να φέρουν εις

πέρας την αποστολή τους όσον αφορά τον πιο πάνω στόχο, το νοσοκομείο Dukes university χρησιμοποίησε ένα πρόγραμμα για την κατάρτιση του ωραρίου. Πριν το πρόγραμμα το σύστημα του Duke university βασιζόταν στον παραδοσιακό τρόπο του χαρτιού και της πέννας, πράγμα που ήταν πολύ δύσκολο λόγω του μεγέθους του νοσοκομείου αλλά και των αναγκών του. Με το νέο πρόγραμμα το νοσοκομείο μπορεί να παρακολουθεί και να ελέγχει τις υπερορίες, βελτίωσε την επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων αλλά και των υπάλληλων καθώς επίσης αναπτύχθηκε ο αυτοπρογραμματισμός. Μια πολύ καλή λύση είναι το Nurseviz το οποίο είναι ένα 100% διαδικτυακό πρόγραμμα σημαντικό εργαλείο στην διάθεση των διάφορων οργανισμών. Ταιριάζοντας τις ανάγκες των εργαζόμενων με τις ανάγκες των ασθενών. Επίσης επιτρέπει στους νοσηλευτές να πλειοδοτούν για ανοιχτές βάρδιες, καθώς να στέλνουν τις προτιμήσεις τους αλλά και να βλέπουν τις Βάρδιες τους on-line. Ωστόσο, η ποιότητα των επιλογών που παίρνονται καθημερινά από τον υπεύθυνο τήρησης του προγράμματος έχει τεράστιο αντίκτυπο στο ηθικό των νοσηλευτών και επίσης έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα φροντίδας, φανταστείτε την πνευματική ένωση ασθενή και νοσηλευτή όταν ο δεύτερος είναι στρεσαρισμένος και αγχωμένος αλλά και υπερκοπομένος.⁸

4.2.2 Διατροφή κ τρόπος ζωής

Η Παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή, ύστερα από μελέτες και στη χώρα μας και αλλού, έχει αποδειχτεί ότι είναι η πιο υγιεινή διατροφή. Η Μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από τις διατροφικές συνήθειες που βρέθηκε ότι είχαν οι κάτοικοι της Κρήτης και της Νότιας Ιταλίας στις αρχές της δεκαετίας του 1960. Είναι ξακουστή για τις ευεργετικές της ιδιότητες καθώς προφυλάσσει από εμφράγματα του μυοκαρδίου και από διάφορες μορφές καρκίνου, είναι φτωχή σε θερμίδες, τονώνει τον οργανισμό, βοηθάει την καλή λειτουργία του εντέρου.

Ο τρόπος αυτός διατροφής κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια καθώς πλήθος μελετών δείχνουν ότι οι κάτοικοι Μεσογειακών περιοχών ζουν περισσότερο, ενώ πολύ σπανιότερα σε σχέση με τους Αμερικανούς και τους Βορειοευρωπαίους πάσχουν από καρκίνο εντέρου και στήθους ή καρδιακές παθήσεις.^{70.71.72}

Τα βασικά χαρακτηριστικά της Μεσογειακής διατροφής, είναι η υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ακόρεστων λιπαρών, προστατεύουν εκτός των άλλων, και το δέρμα από τα σημάδια του χρόνου, δηλαδή τις ρυτίδες. Και σε συνδυασμό με καθημερινή σωματική άσκηση όπως περπάτημα, χορός το Μεσογειακό διατροφικό μενού αποτελεί συνταγή για μακροζωία και υγεία

Αν θελήσουμε να αναλύσουμε περισσότερο τα χαρακτηριστικά της είναι τα εξής: Αφθονία τροφών φυτικής προέλευσης, όπως φρούτα, λαχανικά, πατάτες, δημητριακά και όσπρια

- Ελαιόλαδο ως βασικό έλαιο, που αντικαθιστά όλα τα άλλα λίπη και έλαια όπως βούτυρο, μαργαρίνη κτλ.
- Καθημερινή λήψη μικρών ποσοτήτων γαλακτοκομικών προϊόντων, όπως το τυρί και το γιαούρτι.
- Κατανάλωση ψαριού και πουλερικών σε εβδομαδιαία βάση (όχι καθημερινή).
- Αυγά το πολύ μέχρι τέσσερα την εβδομάδα.
- Κατανάλωση ζάχαρης σε εβδομαδιαία βάση αλλά όχι καθημερινή.

- Κόκκινο κρέας μοσχάρι, χοιρινό μόνο λίγες φορές το μήνα.
- Φυσική δραστηριότητα στο επίπεδο που συντηρεί την αίσθηση καθημερινής υγείας και ευεξίας.
- Λογική κατανάλωση κρασιού συνήθως με τα γεύματα 1-2 ποτήρια του κρασιού.

Τα βασικά της χαρακτηριστικά απεικονίζονται σχηματικά με την αντίστοιχη Διατροφική Πυραμίδα. Πρόκειται για μια γραφική αναπαράσταση των ποσοτήτων των διαφόρων συστατικών της διαίτας με τη μορφή πυραμίδας.

Παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή

ΜΗΝΙΑΙΑ

ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΑ

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ

συστηματική
φυσική άσκηση



κρασί
με μέτρο



Μία μικρομερίδα αντιστοιχεί περίπου στο μισό της μερίδας εστιατορίου.
Θυμηθείτε επίσης: • πίνετε άφθονο νερό • αποφεύγετε το αλάτι
• χρησιμοποιείτε μυρωδικά (ρίγανη, βασιλικό, θυμάρι, κ.λπ.) στη θύση του.

Πηγή: Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

ΕΚΤΥΠΩΣΗ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Μία τέτοια ανάλυση δεν μπορεί να γενικευθεί και για τον παγκόσμιο πληθυσμό, καθώς ο τύπος της δίαιτας ποικίλει ανάμεσα στους διάφορους πληθυσμούς, αλλά ακόμη και μεταξύ ομάδων του ίδιου πληθυσμού', αναφέρουν οι ερευνητές στο επιστημονικό περιοδικό 'British Medical Journal'.⁷⁴

Για αυτό ο όρος μεσογειακή διατροφή δεν είναι δόκιμος απλά επειδή υπάρχουν 16 χώρες που περιβάλλουν τη Μεσόγειο και κάθε μια από αυτές έχει υιοθετήσει το δικό της διατροφικό μοντέλο. Το τελευταίο είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης της κουλτούρας, της οικονομίας, της θρησκείας και άλλων κοινωνικοπολιτιστικών παραγόντων. Υπάρχουν βασικότερα χαρακτηριστικά του παραδοσιακού ελληνικού μεσογειακού τρόπου.

Σίγουρα η συχνή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι κάτι που θα έπρεπε να διακρίνει τους νεοέλληνες. Με τον όρο συχνή κατανάλωση εννοούμε δύο με τρία φρούτα την ημέρα και λαχανικά (κυρίως με τη μορφή της σαλάτας αλλά και μαγειρευμένων π.χ χόρτων) σε κάθε κύριο γεύμα. Η χαμηλή θερμιδική πυκνότητα των τροφίμων αυτών, αλλά ιδιαίτερα ο πλούτος τους σε βιταμίνες, μέταλλα, μικροστοιχεία και αντιοξειδωτικές ενώσεις τα καθιστά σύμμαχους ανεκτίμητης αξίας ενάντια στην παχυσαρκία.

Συνεχίζοντας, η καθημερινή κατανάλωση δημητριακών αποτελεί βασικό στοιχείο του παραδοσιακού τρόπου διατροφής μας. Με τον όρο δημητριακά αναφέρονται το ψωμί και τα ζυμαρικά ολικής άλεσης, το μη αποφλοιωμένο ρύζι, το κουσκούς, το μπληγούρι, ο τραχανάς κ.α.

Όπως συμβαίνει με τα φρούτα και τα λαχανικά, η μεγάλη περιεκτικότητα των τροφίμων αυτών σε φυτικές ίνες είναι πολύ σημαντική για την εύρυθμη λειτουργία του πεπτικού συστήματος και τη διατήρηση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα. Αυτό το τελευταίο είναι ένας σημαντικός στόχος στην προσπάθεια καταπολέμησης της παχυσαρκίας και απώλειας βάρους αφού όσο καλύτερη η ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα τόσο μικρότερος ο κίνδυνος αποθήκευσης περίσσειας λίπους στο σώμα.

Οκτώ μικρομερίδες δημητριακών καθημερινά υπαγορεύουν οι διατροφικές οδηγίες για ενήλικες στην Ελλάδα με κάθε μικρομερίδα να ισοδυναμεί είτε με μια φέτα ψωμιού 25 γραμμαρίων είτε με μισό φλιτζάνι τσαγιού μαγειρευμένου ρυζιού ή ζυμαρικών.

Ένα από τα ξεχωριστά χαρακτηριστικά των Ελλήνων είναι η κατανάλωση των οσπρίων η οποία με βάση τις μεσογειακές οδηγίες θα πρέπει να λαμβάνει χώρα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Τα όσπρια αποτελούν κατηγορία τροφίμων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφού αποτελούν καλή πηγή φυτικών πρωτεϊνών χωρίς τη συνοδεία των τριγλυκεριδίων, της χοληστερόλης και των κορεσμένων λιπαρών οξέων που χαρακτηρίζει το κόκκινο κρέας.

Η παραδοσιακή κατανάλωση δε συνδυασμένου μίγματος οσπρίων και δημητριακών (π.χ φακές ή ρεβύθια με ρύζι) αποτελεί μια άριστη πηγή χαμηλού θερμιδικού περιεχομένου, πρωτεϊνών καλής βιοδιαθεσιμότητας, αντιοξειδωτικών ουσιών και φυτικών ινών.

Πολύ κοντινή στην κατηγορία των δημητριακών είναι η κατηγορία της πατάτας. Όμως η μεσογειακή διατροφή προτείνει ιδανική κατανάλωση πατάτας σε επίπεδα όχι πάνω από 3 μικρομερίδες ανά εβδομάδα, με 1 μικρομερίδα να ισούται με 100 γραμμάρια πατάτες. Ας μην ξεχνάμε σε αυτό το σημείο πως τα επεξεργασμένα δημητριακά όπως το λευκό ψωμί, το λευκό ρύζι και τα λευκά μακαρόνια έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη.

Σύμφωνα με τα τελευταία επιστημονικά δεδομένα, η συχνή κατανάλωση επεξεργασμένων ή μη, προϊόντων που έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη ή υψηλό

γλυκαιμικό φορτίο είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε πρόσληψη περιττού βάρους και σε επακόλουθη εκδήλωση παχυσαρκίας ή διαβήτη τύπου 2.

Επιπρόσθετα, ο περιορισμός στην κατανάλωση ζάχαρης είτε με τη μορφή γλυκισμάτων είτε με τη μορφή αναψυκτικών καλό θα ήταν να αρχίζει από μικρή ηλικία όταν διαμορφώνονται οι μελλοντικές διατροφικές συνήθειες.

Για το κόκκινο κρέας οι συστάσεις κατανάλωσης είναι 1 με 2 φορές το μήνα και όχι σε μεγάλη ποσότητα. Η προτίμηση του κοινού θα πρέπει να εστιάζει στα ψάρια 1-2 φορές την εβδομάδα), και στα πουλερικά (κοτόπουλο, γαλοπούλα) ή σε άλλα άπαχα κρέατα (π.χ κουνέλι) τα οποία καλό θα ήταν να καταναλώνονται 1 φορά εβδομαδιαίως. Ο αριθμός των αυγών που μπορούν να καταναλωθούν καλό θα ήταν να μην ξεπερνά τα 3 ανά εβδομάδα.

Τέλος, η ευεργετική επίδραση της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ στη λειτουργία της καρδιάς μεταφράζεται σε 1 ποτήρι κόκκινου κρασιού για τις γυναίκες και σε 2 ποτήρια για τους άντρες καθημερινά.⁷⁵ Ωστόσο, προσθέτουν ότι τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν το σκορ Μεσογειακής διατροφής, το οποίο χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες ως δείκτης θνησιμότητας, ως ένα ιδιαίτερα αποτελεσματικό εργαλείο. Τα αποτελέσματα έρευνας έρχονται να προσθέσουν στον ολοένα αυξανόμενο όγκο ερευνητικών δεδομένων που αναδεικνύουν την αξία της Μεσογειακού τύπου δίαιτας. Αυτό το μοτίβο διατροφής έχει συνδεθεί με τη μακροζωία, τη μικρότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και την προστασία ενάντια σε ορισμένες μορφές καρκίνου. Ορισμένα από τα βασικότερα θρεπτικά συστατικά μίας τέτοιας δίαιτας είναι το β-καροτένιο, η βιταμίνη C, οι πολυφαινόλες, καθώς και απαραίτητα μεταλλικά στοιχεία.

Μεταξύ των κυριότερων χαρακτηριστικών της Μεσογειακής διατροφής, βρέθηκε ότι εννέα από αυτά ήταν εκείνα που συνεισέφεραν σημαντικά στο προστατευτικό αποτέλεσμα, μεταξύ των οποίων η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, η χαμηλή κατανάλωση κρέατος και των προϊόντων του και η υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών – κάτι που συμφωνεί άλλωστε με τη σύσταση των επιστημόνων υγείας και επίσημων φορέων για κατανάλωση 5 φρούτων και λαχανικών την ημέρα, εκ των οποίων η μία μπορεί να είναι ένας 100% φυσικός χυμός'. Άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά είναι επίσης η κατανάλωση οσπρίων, ελαιολάδου και καρπών, καθώς και ο υψηλός λόγος μονοακόρεστων προς κορεσμένων λιπαρών στη διατροφή.

Η συνεισφορά αυτών των εννέα χαρακτηριστικών της Μεσογειακής διατροφής εκτιμάται ότι ήταν έως έναν βαθμό προσθετική', ανέφεραν οι ερευνητές.⁷⁴

4.2.2.1 Επιπτώσεις στην υγεία του νοσηλευτή λόγω απομάκρυνσης του από τη μεσογειακή διατροφή

Από τη δεκαετία του 1950 και τη μελέτη των επτά χωρών φάνηκε ότι η υιοθέτηση ενός μεσογειακού τρόπου διατροφής αυξάνει τη μακροζωία, αλλά ίσως να προάγει το υπέρβαρο και την παχυσαρκία. Η μελέτη των επτά χωρών (Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες, Ιταλία, Ολλανδία, η τότε Γιουγκοσλαβία - νυν Σερβία, Φινλανδία και Ιαπωνία) άρχισε στα τέλη της δεκαετίας του '40 και προσπάθησε να εξετάσει την σχέση της διατροφής με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες και πιο μακροχρόνιες επιδημιολογικές μελέτες παγκοσμίως, η οποία εισήγαγε στην επιστημονική κοινότητα τον όρο "μεσογειακή διατροφή" και τις ευεργετικές τις επιδράσεις στην υγεία.

Όμως μέσα σε διάστημα 50 ετών το συνολικό λίπος της ελληνικής διατροφής αυξήθηκε, ως αποτέλεσμα της αυξημένης διαθεσιμότητας του ελαιόλαδου αλλά και της εισαγωγής επιπρόσθετων πηγών λίπους εκτός του ελαίου αυτού. Ως συνέπεια του γεγονότος αυτού, αυξήθηκε η περιεκτικότητα της ελληνικής διατροφής σε κορεσμένα λιπαρά οξέα και για την ακρίβεια φαίνεται ότι τριπλασιάστηκε.

Κάνοντας μια ανασκόπηση στα στοιχεία όλων των μελετών που έγιναν από τότε θα λέγαμε πως η τρέχουσα κατανάλωση λίπους στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλή και κυμαίνεται μεταξύ ενός ελάχιστου μέσου όρου της τάξης του 35% και ενός μέγιστου μέσου όρου της τάξης του 47%. Πρακτικά κάτι τέτοιο μεταφράζεται σε κατανάλωση των μισών θερμίδων της καθημερινής διαίτας μόνο από λίπη. Οι συνέπειες των διατροφικών αυτών αλλαγών φάνηκαν στην υγεία των Ελλήνων η οποία χειροτέρευσε μέσα σε τριάντα χρόνια. Οι συχνότητες της παχυσαρκίας και του διαβήτη αυξήθηκαν και η πλειοψηφία του ενήλικου πληθυσμού είναι είτε υπέρβαροι είτε παχύσαρκοι. Σε αυτό συνέβαλε και η αυξημένη κατανάλωση θερμίδων μαζί με την ταυτόχρονη μείωση της φυσικής δραστηριότητας. Ιδιαίτερα στον ελληνικό πληθυσμό, η διάδοση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας είναι μεγάλη, οπότε και το ζήτημα αυτό είναι μείζονος σημασίας. Πολύ πρόσφατα όμως δεδομένα καταδεικνύουν ότι ο μεσογειακός τρόπος διατροφής στην Ελλάδα δε σχετίζεται με αύξηση του βάρους. Το υπέρβαρο είναι γενικότερο πρόβλημα των Ελλήνων και άλλων μεσογειακών λαών και το πιο πιθανό είναι ότι σχετίζεται με περιορισμένη φυσική δραστηριότητα σε συνδυασμό με αυξημένη κατανάλωση θερμίδων.⁷⁵

4.2.2.2 Χρησιμες συμβουλές

Εκτός από τον ευεργετικό ρόλο της ελληνικής μεσογειακής διατροφής το χαμηλό βάρος και η καλή υγεία των ανθρώπων είναι συνάρτηση και των υψηλών επιπέδων φυσικής δραστηριότητας. Η τελευταία παρατηρούμενη αύξηση της συχνότητας της παχυσαρκίας των Ελλήνων κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας και για αλλαγή της εθνικής διατροφικής πολιτικής ώστε η συνολική πρόσληψη λίπους να κυμανθεί κάτω από το 30% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης με το ελαιόλαδο να συνεχίζει να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο.⁷⁵

Επομένως, θα πρέπει να ακολουθείτε ένα διατροφικό μοντέλο το οποίο να συμβάλει στην υγεία του ατόμου. Συνοψίζοντας λοιπόν ορισμένες διατροφικές οδηγίες, έχουμε:

1. Υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, ψωμιού και άλλων δημητριακών, φασολιών, σπόρων, πατάτας και ελαιόλαδου ως κυριότερης πηγής λίπους
2. Μέτρια έως χαμηλή κατανάλωση γαλακτοκομικών, πουλερικών και ψαριών και ελάχιστη κατανάλωση κόκκινου κρέατος
3. Τα επίπεδα κατανάλωσης των αυγών κυμαίνονται από μηδέν έως τέσσερις φορές την εβδομάδα
4. Μέτρια έως χαμηλή κατανάλωση κρασιού.⁷⁵
5. Περιορισμός των κορεσμένων λιπαρών και των trans- λιπαρών .
6. Περιορισμός της διαιτητικής χοληστερόλης.
7. Δύο ή περισσότερες μερίδες φρέσκου ψαριού εβδομαδιαίως κρίνονται απαραίτητες λόγω των ευεργετικών ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων.

8. Αποφυγή των υπερπρωτεϊνικών διαιτών για απώλεια βάρους
9. Αν υπάρχουν συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, περιορισμός της κατανάλωσης αλατιού. Προσοχή στις κρυφές πηγές δηλαδή τροφές πλούσιες σε νάτριο.
10. Σε υπερτασικά άτομα, περιορισμός της κατανάλωσης άλατος σε συνδυασμό με δίαιτα πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και γαλακτοκομικά χαμηλών λιπαρών.
11. Μέτρια απώλεια βάρους προς όφελος της αρτηριακής υπέρτασης.⁷⁶
12. Σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σε αρχικά στάδια χρόνιας νεφρικής νόσου, περιορισμός της πρόσληψης διαιτητικής πρωτεΐνης.
13. Η κατανάλωση άφθονων ποσοτήτων σόγιας μπορεί να μειώνει τον ατομικό κίνδυνο εκδήλωσης αναπνευστικών διαταραχών όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), σύμφωνα με στοιχεία που δημοσιεύονται στο επιστημονικό έντυπο Respiratory Research.
14. Το γάλα προσθέτει χρόνια ζωής. Αυτό είναι το συμπέρασμα έρευνας Βρετανών επιστημόνων, που διαπίστωσε ότι όσοι πίνουν γάλα τακτικά, μειώνουν κατά 15% - 20% τις πιθανότητές τους να πεθάνουν από καρδιά, εγκεφαλικό, καρκίνο ή διαβήτη.
15. Σε πάρα πολλές έρευνες που έγιναν από κορυφαία Πανεπιστημιακά Ιδρύματα φάνηκε πως η συχνή κατανάλωση τομάτας προφυλάσσει από καρκίνο του προστάτη, των πνευμόνων και του στομάχου.
16. Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν για τον οργανισμό μας σημαντικές πηγές, βιταμινών, μετάλλων, φλαβονοειδών, καροτενοειδών και φυσικά φυτικών ινών.
17. Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί εκατοντάδες έρευνες οι οποίες αναφέρονται στις ευεργετικές επιδράσεις των αντιοξειδωτικών βιταμινών σε σχεδόν όλους τους ιστούς του ανθρώπινου σώματος.
18. Οι γυναίκες που θέλουν να προστατευθούν από την εκδήλωση καρκίνου του μαστού πριν την εμμηνόπαυση θα πρέπει να φροντίζουν να τρώνε πολλά καρότα.⁷⁷
19. Η κατανάλωση τροφών χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη, πλούσιων σε φυτικές ίνες και θρεπτικά συστατικά φαίνεται να δρα ευεργετικά στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη.
20. Ελάχιστη έως και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο. Δε συνίσταται όμως σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του διαβήτη τύπου II.

Οι αντιοξειδωτικοί και νευροπροστατευτικοί παράγοντες που περιέχονται στα τρόφιμα φαίνεται ότι παρέχουν προστασία κατά της άνοιας. Επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι ορισμένες δίαιτες που είναι πλούσιες σε αντιοξειδωτικά (όπως η μεσογειακή διατροφή) έχουν συσχετιστεί με μικρότερο ποσοστό εκδήλωσης της νόσου Alzheimer και μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη και θεραπεία της άνοιας. Εξάλλου έρευνες σε ζώα έδειξαν ότι τα διαιτητικά αντιοξειδωτικά ελαττώνουν την εναπόθεση της β-αμυλοειδούς στον εγκέφαλο, την λιπιδική υπεροξειδωδη, τις βλάβες του DNA, την νευροτοξικότητα και την απώλεια νευρώνων, δηλαδή των παραγόντων που συμβάλουν στην εμφάνιση άνοιας και Alzheimer. Κατά συνέπεια για την πρόληψη της άνοιας συνιστάται η καθημερινή κατανάλωση τουλάχιστον έξι μερίδων φρέσκων φρούτων και λαχανικών, δύο μικρομερίδων λιπαρών ψαριών την εβδομάδα αλλά και ξηρών καρπών, σπόρων, ελαιολάδου, πράσινου τσαγιού και κόκκινου κρασιού. Σύμφωνα με στοιχεία έρευνας που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Neurology και έχουν περιληφθεί σε ανακοίνωση με θέμα «Άνοια και διατροφή», οι άνθρωποι που κατανάλωναν ψάρια τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα είχαν 40% χαμηλότερες πιθανότητες να εμφανίσουν

άνοια , ενώ η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μία φορά την ημέρα μείωνε τον κίνδυνο κατά 35%. Ωστόσο η κατανάλωση άλλων τύπων λαδιών που περιέχουν ω-6, όπως το ηλιέλαιο , αντί για ω-3 λιπαρά διπλασίαζε τον κίνδυνο. Ο λόγος που οι τροφές αυτές ή τα συμπληρώματα διατροφής μπορούν ενδεχομένως να απομακρύνουν την άνοια δεν είναι γνωστός. Ωστόσο πολλοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι τα αντιοξειδωτικά μπορούν να περιορίσουν τη βλάβη στα κύτταρα του σώματος, συμπεριλαμβανομένων των εγκεφαλικών κυττάρων, που είναι αθροιστική κατά τη διάρκεια της ζωής.^{78.79}

Η συγκεκριμένη διατροφική σύνθεση της Μεσογειακής Διατροφής έχει ως αποτέλεσμα αφενός χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά και χοληστερόλη, αφετέρου υψηλή περιεκτικότητα σε σύμπλοκους-σύνθετους υδατάνθρακες π.χ. (προϊόντα ολικής άλεσης και όσπρια) καθώς και φυτικές ίνες. Η καθημερινή κατανάλωση ελαιόλαδου σε ποικίλες ποσότητες συνεπάγεται υψηλή περιεκτικότητα της διαίτας σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, η οποία κυμαίνεται μεταξύ του 15%-20% των θερμίδων, με αποτέλεσμα το λιπιδικό σύνολο να ανέρχεται στο 25-35% του θερμιδικού συνόλου.

Με αυτήν τη σύνθεση, η Μεσογειακή Διατροφή ικανοποιεί όλες τις προϋποθέσεις μιας ισορροπημένης διατροφής, όπως αυτή που περιγράφηκε παραπάνω. Έχει την απαιτούμενη χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά οξέα (λίπος ζωικό) και οι υδατάνθρακες προέρχονται κυρίως από πλούσιους σε φυτικές ίνες σύνθετους-σύμπλοκους υδατάνθρακες. Η αναλογία των μονοακόρεστων λιπαρών οξέων και υδατανθράκων και κατά συνέπεια το θερμιδικό σύνολο, μπορεί να ποικίλλει, ανάλογα με το μεταβολικό προφίλ, τις ατομικές προτιμήσεις και τη διαφοροποίηση της ποσότητας ελαιόλαδου που καταναλώνεται σε καθημερινή βάση.

Αν είναι απαραίτητη η απώλεια βάρους και ο περιορισμός των θερμίδων, η ποσότητα του ελαιόλαδου είναι καλό να ελαττώνεται , ενώ πιο γενναιόδωρη χρήση του μπορεί να γίνει όταν συνιστάται μια ισοθερμική διαίτα, πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Εξάλλου η ποικιλία των τροφών που προτείνονται στη Μεσογειακή Διατροφή και η γευστικότητά τους την καθιστούν τόσο σημαντική και συγχρόνως απαραίτητη επιλογή για κάθε ελληνικό τραπέζι. Τελικά το μήνυμα που προκύπτει είναι ότι η Μεσογειακή/ελληνική πατροπαράδοτη διατροφή μπορεί να προστατέψει ή και να προλάβει τον ανθρώπινο οργανισμό από πολύ σοβαρές ασθένειες.⁷⁵

4.2.3Εργασιακό stress

Στα ελληνικά η λέξη στρες σημαίνει άγχος. Η ελληνική γλώσσα δανείστηκε τη λέξη στρες από τα αγγλικά και τη χρησιμοποιεί με τη σημασία της ψυχολογικής πίεσης. Στρες ή άγχος είναι μία φυσική ή διανοητική κατάσταση έντονης πίεσης, η οποία απαιτεί μία ψυχοσωματική ανταπόκριση από μέρους μας, που θα μας επιτρέψει να αντιμετωπίσουμε προκλήσεις ή να ξεφύγουμε από κάποιο κίνδυνο. Το στρες δεν είναι τίποτα άλλο παρά η αντίδραση του οργανισμού στα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τα οποία οι ειδικοί τα αποκαλούν και στρεσογόνους παράγοντες. Όταν είμαστε στρεσαρισμένοι, ο οργανισμός μας παράγει ορμόνες, όπως αδρεναλίνη, κορτιζόλη, οι οποίες τον προετοιμάζουν να ενεργοποιηθεί.

Οι άνθρωποι που καταναγκαστικά κάνουν πολλά πράγματα μαζί, συχνά είναι θύματα πίεσης που ασκούν οι ίδιοι στον εαυτό τους. Μοιάζουν πάντα τρεχάτοι και βιαστικοί και συχνά δεν προλαβαίνουν να τελειώσουν τη μία δουλειά πριν αρχίσουν την άλλη. Το βρίσκουν δύσκολο να συγκεντρωθούν για πολύ, είναι ανίκανοι να πάρουν γρήγορες αποφάσεις και ξεχνούν πολλά από αυτά που έχουν να κάνουν. Θέτουν λάθος προτεραιότητες, αναβάλουν πράγματα και μοιάζουν ανίκανοι να αρχίσουν το κάθε τι. Είναι επιρρεπείς σε ατυχήματα και κάνουν ανόητα λάθη. Δεν αντέχουν την κριτική και έχουν την τάση να κατηγορούν τους άλλους παρά τον εαυτό τους. Οι απαιτήσεις τους από τους άλλους μπορεί να είναι παράλογες, αν και οι ίδιοι είναι άκαμπτοι και βρίσκουν λάθη στους πάντες και τα πάντα. Επιπλέον, υπάρχουν και σήματα που δεν είναι εμφανή, όπως τα υψηλά επίπεδα λιπών και χοληστερόλης στο αίμα, καθώς και το εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτά τα προειδοποιητικά σήματα υπερβολικού στρες αξίζει τον κόπο να τα αναγνωρίζει το άτομο διότι είναι η βάση για την προσπάθεια ελέγχου του στρες.

Οι επιστήμονες χωρίζουν το στρες σε δύο μέρη: Αρχικά στο δημιουργικό στρες, που είναι χρήσιμο γιατί μας κρατάει σε εγρήγορση και μας βοηθάει να ανταποκριθούμε στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και να είμαστε πιο παραγωγικοί. Και κατά δεύτερον στο αρνητικό στρες, το οποίο παρεμποδίζει τις καθημερινές μας δραστηριότητες. Είναι μια κατάσταση κατά την οποία απειλείται η ομοιόσταση του οργανισμού, η ιδιότητα δηλαδή που έχει κάθε οργανισμός να αποκαθιστά τη σταθερότητα στις διάφορες φυσιολογικές του λειτουργίες, όπως η σύνθεση αίματος και η διατήρηση της θερμοκρασίας.

Το ισοζύγιο ανάμεσα στις θετικές και τις αρνητικές επιδράσεις του στρες στην απόδοση και την αποτελεσματικότητα, περιγράφηκε αρχικά το 1908, από τους Yerkes και Dodson στο εργαστήριο φυσιολογίας του Χάρβαρντ. Αυτοί απέδειξαν ότι, όταν η πίεση αυξάνεται, αυξάνεται επίσης η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα. Έδειξαν, όμως, πως η σχέση αυτή ισχύει μόνο μέχρι ένα όριο. Όταν το στρες και η πίεση συνεχίζουν να αυξάνονται, το άγχος που προκύπτει, παράγει μία μείωση στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητα. Στο σημείο όπου μπορεί να επιτευχθεί η μέγιστη απόδοση υπάρχουν τα καλύτερα δυνατά ερεθίσματα και προκλήσεις και πετυχαίνουμε την καλύτερη απόδοση. Υπάρχει ένας βαθμός στρες, αλλά επειδή τον χειριζόμαστε καλά, νιώθουμε ακόμα ότι από την προσπάθεια μας παίρνουμε ανταμοιβή, ικανοποίηση και αίσθημα αποτελεσματικότητας. Στην κατάσταση αυτή είμαστε ικανοί να παίρνουμε αποφάσεις, να γινόμαστε πιο δημιουργικοί και ενήμεροι για το περιβάλλον μας.⁸⁰

Με άλλα λόγια το πρώτο στάδιο είναι του συναγερμού στο οποίο γίνονται λειτουργικές ρυθμίσεις καθώς το σώμα αντιδρά κατά του ξένου παράγοντα. Το άτομο ετοιμάζεται βιολογικά για επίθεση ή για φυγή. Αυτό γίνεται με την έκκριση ορμονών ιδίως από το φλοιό των επινεφριδίων. Αν ξεπεράσει αυτό το στάδιο, το σώμα μπαίνει στο δεύτερο στάδιο της αντίστασης, στο οποίο ο νους και το σώμα αγωνίζεται να καταπολεμήσουν το παράγοντα του στρες ή να προσαρμοστούν σε αυτόν μέσα από μία αυξημένη δραστηριότητα. Η νευρο-ορμονική αντίδραση είναι κάπως διαφορετική σε αυτό το στάδιο κατά το οποίο το σώμα καταναλώνει ενέργεια προσαρμογής από ένα απόθεμα περιορισμένου δυναμικού. Τέλος, αν το στρες είναι αρκετά μακροχρόνιο και αν δεν εξουδετερωθεί ο παράγοντας του στρες ή αν το άτομο είναι ανίκανο να το νικήσει, επανεμφανίζονται τα σημάδια της αντίδρασης του σταδίου του συναγερμού, αλλά τώρα

πια δεν είναι αναστρέψιμα, το σώμα φτάνει στο στάδιο της εξάντλησης. Η ενέργεια προσαρμογής τελειώνει και ο άνθρωπος μπορεί να καταλήξει.

Η Marita Frain και η Teresa Valiga συμπληρώνουν ότι η κατάσταση του στρες μπορεί να διαιρεθεί σε τέσσερα επίπεδα σοβαρότητας, με αντίστοιχες φυσικές επιδράσεις. Το λιγότερο σοβαρό είναι το επίπεδο ένα, στο οποίο το άτομο αντιμετωπίζει καθημερινές καταστάσεις στρες, όπως η κυκλοφοριακή συμφόρηση. Το επίπεδο δύο περιλαμβάνει καινούργια ή απρόβλεπτα γεγονότα, όπως μια συνέντευξη για δουλειά ή ένα απρόβλεπτο ραντεβού. Το τρίτο επίπεδο περιλαμβάνει πιο σταθερό στρες, όπως η ασθένεια συγγενικού προσώπου. Στο επίπεδο αυτό φτάνει το άτομο όταν δεν διατηρεί τον έλεγχο της κατάστασης. Οι σωματικές αντιδράσεις μπορεί να επιδεινωθούν και να περιλαμβάνουν ταχυπαλμίες, πεπτικές διαταραχές, αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Το τέταρτο είναι και το κρίσιμο στάδιο, συνήθως στάδιο αναπηρίας και μπορεί να οδηγήσει σε ψύχωση.

Οι αιτίες που προκαλούν το εργασιακό στρες των εκπαιδευτικών είναι ο εργασιακός Φόρτος ή η εργασιακή ένταση, οι ευθύνες ανάλογα με τη θέση, έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση, ανεπαρκής χρηματοδότηση και έλλειψη πόρων, άσχημο εργασιακό κλίμα, προβλήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, φόβος συγκρούσεων, χαμηλοί μισθοί, φόβος και ανησυχία αξιολόγησης, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης από τους συναδέλφους και από το ιατρικό προσωπικό, έλλειψη εργασιακής σταθερότητας και ασφάλειας, έλλειψη ανάπτυξης καριέρας.

Όλα τα συμπτώματα και οι ασθένειες επηρεάζονται από τα συναισθήματα μας και την πνευματική μας κατάσταση σε αρκετά μεγάλο βαθμό. Εκδηλώνετε ως μη ειδική αντίδραση προς μεταβολές ή απειλές του εσωτερικού ή του εξωτερικού περιβάλλοντος. Οι αντιδράσεις τις έντασης δεν είναι οπωσδήποτε βλαβερές. Αρχικά μάλιστα είναι προστατευτικές. Οι εκδηλώσεις είναι βιολογικές και ψυχολογικές, δομικές ή λειτουργικές, φανερές ή καλυμμένες. Κατά τη θετική πλευρά η ένταση βοηθάει στη διατήρηση ομοιοστασίας παρά τις συμβαίνουσες αλλαγές και στην αύξηση κινήτρων για δράση, εμπειριών μάθησης, δημιουργικότητας, ανάπτυξης, παραγωγικότητας και ικανοποίησης από την επιτυχία αυτών. Αντίθετα όμως, προκαλεί δυσφορία όταν οι ανάγκες του ατόμου δεν μπορούν να εκπληρωθούν και όταν απειλούνται η ακεραιότητα και η ευεξία του. Έτσι κάθε εμπειρία έντασης, που προκαλεί δυσφορία, αφήνει ψυχοσωματική αδυναμία, πολλές φορές μη αναστρέψιμη. Μια σειρά από συμπτώματα που σχετίζονται με το στρες, λειτουργούν ως προειδοποιητικά σήματα που αν τα παραμελήσουμε ή τα αγνοήσουμε, μπορεί να μας κάνουν τις πιο επιρρεπείς σε μακροχρόνιες αρρώστιες. Ο πονοκέφαλος από ένταση είναι μία κατάσταση κοινή ανάμεσα στους ανθρώπους, που καταπιέζουν τα συναισθήματα τους, με αποτέλεσμα να συσσωρεύεται μέσα στο σώμα τους. Συνήθως προκαλείται από τη σύσφιξη των μυών του κεφαλιού και του αυχένα. Οι μύες καταναλώνουν το οξυγόνο πιο γρήγορα από το κανονικό ρυθμό και αυτό κάνει τα αγγεία να διαστέλλονται, κάτι που το σώμα αισθάνεται σαν πόνο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, οι εκδηλώσεις ενδεικτικά του εργασιακού στρες ιεραρχήθηκαν ως εξής: Burnout, κατάθλιψη, συναισθηματική εξάντληση, υψηλός αριθμός απουσιών και αδιαθεσία, προβλήματα ύπνου, καρδιαγγειακές ασθένειες ή συμπτώματα, συχνές διαπροσωπικές συγκρούσεις, ημικρανίες, εκνευρισμός, υπέρταση, γαστρολογικές διαταραχές, μεταστροφές προσωπικού, κυκλοθυμία, εθισμοί όπως αλκοολισμός, κάπνισμα, ουσίες.

Ενδιαφέρουσα ήταν η πρόταση της ETUCE, διημερίδα που πραγματοποιήθηκε στις 19 – 20/11/07 στη Μάλτα, με αφορμή τα αποτελέσματα της έρευνάς της για το εργασιακό στρες. Από την πλευρά της Ελλάδας συμμετείχε η ΟΛΜΕ και η ΔΟΕ με τον Ανδρέα Καλδή και τον Τριαντάφυλλο Οικονόμου μέλη των Δ.Σ. ΟΛΜΕ και ΔΟΕ αντίστοιχα. Σύμφωνα λοιπόν, με το άρθρ. 6 παρ. 2 και 3 της Οδηγίας Πλαίσιο 89/391/EEC της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την «Υγεία και Ασφάλεια στην Εργασία» παρέχεται μια γενική υποχρέωση στους εργοδότες να ελέγχουν a priori τους κινδύνους και τα «κενά» ασφάλειας στους εργασιακούς χώρους πριν εφαρμόσουν προληπτικά μέτρα και δράσεις. Με άλλα λόγια, πρέπει να εφαρμοστεί ένα σύστημα εκτίμησης για την υγεία και ασφάλεια και η υποχρέωση αυτή έγκειται στον εργοδότη. Η Οδηγία Πλαίσιο δεν κατονομάζει συγκεκριμένους κινδύνους για την υγεία και ασφάλεια, ωστόσο, σύμφωνα με τον γενικό τρόπο αντιμετώπισης της Οδηγίας Πλαίσιο, οι «γενικές αρχές πρόληψης» εμπεριέχουν όλους τους κινδύνους είτε οργανωτικούς, είτε σωματικούς και ψυχολογικούς, οι οποίοι μπορεί να επηρεάζουν την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων σε σχέση με τη σωματική, πνευματική και / ή κοινωνική τους ευημερία (ευεξία).

Η διαδικασία εκτίμησης των κινδύνων, η οποία ζητείται από την Οδηγία Πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και είναι παρόμοια για τους κινδύνους σε όλους τους χώρους εργασίας, μπορεί να κατανεμηθεί σε μια σειρά βημάτων και δράσεων. Το σχεδιασμό την εκτίμηση, την αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων και κινδύνων, την απόφαση για το ποιοι μπορούν να υποστούν τη βλάβη, την αξιολόγηση του επιπέδου του κινδύνου με: α) την αναγνώριση των της δράσης που έχει ήδη αναληφθεί β) την απόφαση για το εάν είναι επαρκής και γ) εάν δεν είναι τι επιπλέον πρέπει να γίνει, τη καταγραφή των παραπάνω ευρημάτων, την επισκόπηση της εκτίμησης με τις κατάλληλες παρεμβάσεις και τον έλεγχο της επίδρασης των μέτρων που πάρθηκαν.

Σύμφωνα με το άρθρο 11 της Οδηγίας Πλαίσιο: η εμπλοκή των εργαζομένων και των εκπροσώπων τους στην όλη διαδικασία είναι κρίσιμη για την επιτυχία της, ενώ θα πρέπει να υπάρξει διαβούλευση από πριν για τις αιτίες του στρες, τις ομάδες που επηρεάζει, αλλά και για τα μέτρα που πρέπει να παρθούν για την πρόληψη του εργασιακού στρες.⁸²

Είναι σαφές λοιπόν ότι το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο και είναι επιβεβαιωμένο από μελέτες ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό stress από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι παράγοντες stress που επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν προσδιοριστεί και είναι κυρίως ο φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού, το κυκλικό ωράριο, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η έλλειψη ηθικής και οικονομικής ικανοποίησης και η περιορισμένη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επιδρούν στην πνευματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και να προκαλούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Επιπλέον, οι νοσηλευτές είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (burn out syndrome) , κάτι που έχει φανεί σε πολλές μελέτες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό οι οποίες κυρίως τονίζουν την αρνητική επίδραση του συνδρόμου στην ποιότητα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων. Οι ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες φαίνεται να συμβάλλουν στην κοινωνική απαξίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Επιπρόσθετα ,το εργασιακό περιβάλλον απειλεί την υγεία των νοσηλευτών, γεγονός που καταδεικνύεται από τη διεθνή βιβλιογραφία και, συγκεκριμένα, αναφέρεται ο κίνδυνος από τα λοιμώδη νοσήματα, η άσκηση

οποιασδήποτε μορφής βίας στους επαγγελματίες υγείας και η καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματος. Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, το ωράριο εργασίας και ειδικά, η νυχτερινή βάρδια φαίνεται να επηρεάζουν τα επίπεδα ορμονών καθώς και τη διάρκεια και την ποιότητα του ύπνου. Οι κλινικοί νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται υπό συνθήκες έντονου stress, με μικρή ωστόσο αυτονομία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς συχνά λειτουργούν κάτω από πολιτικές που κάποιοι άλλοι έχουν επιλέξει. Θεωρώντας λοιπόν δεδομένο ότι το νοσηλευτικό προσωπικό υφίσταται επαγγελματική εξουθένωση και λαμβάνοντας υπόψη ότι μια συνιστώσα του συνδρόμου είναι η συναισθηματική εξάντληση, διαπιστώνουμε ότι η συναισθηματική αυτή έκπτωση δεν περιορίζεται μόνο στον εργασιακό χώρο αλλά μεταφέρεται και εκτός αυτού. Όμως υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης του επαγγελματικού στρες, τα θετικά αποτελέσματα των οποίων έχουν αποδειχθεί διεθνώς, προτείνονται διάφορα μέτρα, όπως άσκηση και χαλάρωση, τα οποία θα πρέπει να εφαρμόζονται και μέσα στο χώρο του νοσοκομείου. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να μεριμνήσουν για την υγεία των εργαζομένων, πρέπει να τεθούν οι δομές και να εξασφαλιστούν οι προϋποθέσεις για καλύτερο εργασιακό και υποστηρικτικό περιβάλλον. Καλύτερες υπηρεσίες υγείας, από άποψη ποιότητας και ποσότητας, θα προσφερθούν από υγιείς επαγγελματίες υγείας.^{80,81}

4.3 Κλινικός έλεγχος ποιότητας

Ως κλινικός έλεγχος ορίζεται ένα συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης φροντίδας, συγκεκριμένα μέτρα σύγκρισης χρησιμοποιούνται ως οδηγοί σημεία. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους, αξιολογούνται και εκτιμώνται ως προς συγκεκριμένα κριτήρια και αποδεκτά επίπεδα φροντίδας. Όταν ενδείκνυται, εφαρμόζονται αλλαγές σε επίπεδο προσωπικό, ομάδας, και υπηρεσίας. Ο περαιτέρω έλεγχος συνίσταται στην αποτίμηση της κατάστασης ως προς τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

Ο μηχανισμός και η φιλοσοφία του κλινικού ελέγχου ποιότητας αναπτύχθηκε μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα αλλαγών και αναζητήσεων για ένα αναβαθμισμένο και αξιόπιστο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) στη Μεγάλη Βρετανία. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί καίριο στοιχείο του μοντέλου διαχείρισης, γνωστού ως «Κλινική Διακυβέρνηση» στη Μεγάλη Βρετανία. Το συγκεκριμένο μοντέλο διαχείρισης έδωσε νέα ώθηση στο θεσμό του κλινικού ελέγχου και εδρεύει στην καρδιά των ποικίλων συστημάτων Κλινικής Διακυβέρνησης που έχουν υιοθετηθεί στο Βρετανικό ΕΣΥ.

Παράλληλα, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας εξελίσσεται και προσαρμόζεται στις προκύπτουσες ανάγκες και προκλήσεις. Τα παραδοσιακά επαγγελματικά όρια δοκιμάζονται και καινούργιοι ρόλοι και λειτουργίες αναδύονται. Κάποιες από αυτές, από προθεσμιακές εξελίσσονται σε θεσμικές. Οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εξελίσσονται με οδηγό-μεταξύ άλλων- τον ανθρωποκεντρισμό, την ευελιξία στη διοικητική διαχείριση και την παροχή φροντίδας που συμπορεύεται με την έρευνα και τις επιστημονικές εξελίξεις.

Η έννοια του κλινικού ελέγχου ποιότητας απαντάται για πρώτη φορά στο έγγραφο (White paper) με τίτλο «Δουλεύοντας για τους ασθενείς» του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας το 1989, όπου ως κλινικός έλεγχος ποιότητας ορίζεται «μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας ,συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων και της προκύπτουσας έκβασης για τον ασθενή» (μετάφραση από τον ίδιο το συγγραφέα). Σχετικά γρήγορα, ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έγινε ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας. Πιο πρόσφατα, κυβερνητικές πρωτοβουλίες, όπως η δημοσίευση των κειμένων «Μια Υπηρεσία πρώτης ποιότητας: Ποιότητα στο νέο ΕΣΥ» και « Πλάνο δράσης στο ΕΣΥ», υπογραμμίζουν και ανανεώνουν τη διάθεση και αποφασιστικότητα για έλεγχο διαμέσου της εφαρμογής του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης.

Η Κλινική Διακυβέρνηση πρεσβεύει πως κάθε υπηρεσία υγείας είναι υπεύθυνη για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της και για τη διασφάλιση υψηλών επιπέδων φροντίδας, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο οποίο μπορεί να αναπτυχθεί η υψηλή κλινική πρακτική. Ένας από τους στόχους της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι να ενσωματωθούν οι μάλλον ανόμοιες και αποσπασματικές προσεγγίσεις στην ποιότητα, που υπήρξαν στο παρελθόν, σε μια ολιστική και σφαιρική προσέγγιση. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί απαραίτητο δομικό και λειτουργικό στοιχείο αυτής της διαδικασίας.

Οι μεταρρυθμίσεις έχουν εισαγάγει δύο σημαντικές αλλαγές. Ειδικότερα, καθίσταται σαφές ότι η αρμοδιότητα και η τελική ευθύνη για την ποιότητα της κλινικής πράξης δεν περιορίζεται μόνο στους μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας και στις θεραπευτικές ομάδες, αλλά επεκτείνεται και επιβαρύνει τη διοικούσα αρχή, με την οργάνωση υγειονομικής περιθαλψής και ιδιαίτερα εκείνους που την κατευθύνουν. Παράλληλα ,οι υπηρεσίες έχουν την υποχρέωση να υιοθετήσουν και να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου ,ενώ καθίσταται ρητή η ευθύνη για προσδιορισμό και επίλυση προβλημάτων ποιότητας.⁸²

Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Μια εκτενής ανασκόπηση σε περισσότερους από 100 δημοσιευμένους ορισμούς προσδιόρισε 18 διαφορετικές διαστάσεις ή χαρακτηριστικά της ποιότητας και κατέδειξε τις παραλλαγές και μορφές στη σημασιολογική της διάσταση. Ο Donabedian προειδοποίησε ότι : «Η έννοια της ποιότητας στη φροντίδα είναι εντυπωσιακά δύσκολο να οριστεί...ο καθορισμός των κριτηρίων είναι αξιολογικός...Υπό αυτή τη μορφή, ως ποιότητα μπορεί να οριστεί οτιδήποτε και καθετί, αν και είναι, συνήθως, απλά μια αντιπροσώπευση των αξιών και στόχων που επικρατούν σε κάθε σύστημα υγείας...>>

Ο Barnes τονίζει ότι ο ορισμός της ποιότητας πρέπει να είναι σαφής ,απλός και λειτουργικός. Ο προσδιορισμός της ποιότητας δεν έχει καμία εγγενή αξία ,εκτός κι αν η ποιότητα είναι μετρήσιμη, οπότε μπορεί να εκτιμηθεί η δυνατότητα βελτίωσης της. Ο Donabedian πρότεινε τρεις βασικές παραμέτρους- δομή, διεργασία και έκβαση- για την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας. Ο Maxwell πρότεινε έξι παραμέτρους για τον ίδιο σκοπό στο χώρο της υγείας : πρόσβαση, σχετικότητα, αποτελεσματικότητα, δικαιοσύνη, κοινωνική, αποδοχή, αποδοτικότητα.

Οι τρέχουσες μεταβολές στο σύγχρονο περιβάλλον υγείας δημιουργούν πολλαπλές προκλήσεις στους επαγγελματίες υγείας και στις υπηρεσίες υγείας. Στόχος είναι η επίτευξη και η διατήρηση ισορροπίας σε θέματα ποιότητας στον τομέα της υγείας. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας απαιτούν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Σήμερα, είναι

πλέον επιβεβλημένη η αναζήτηση και εξερεύνηση των εντυπώσεων των ασθενών όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας. Η εισροή σχετικών πληροφοριών μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες και να δημιουργήσει καινοτόμες στρατηγικές στη διαχείριση της ποιότητας.

Τρεις είναι οι κύριοι παράγοντες που έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση της βελτίωσης της ποιότητας . Οι χρήστες των συστημάτων υγείας αναλαμβάνουν ενεργούς ρόλους, συμμετέχουν στη φροντίδα τους και δεν είναι πλέον παθητικοί δέκτες. Επίσης, ενημερώνονται πολύ καλύτερα. Η πολυπλοκότητα στις υπηρεσίες και στις θεραπευτικές παρεμβάσεις καθιστά την υγειονομική περίθαλψη λιγότερο ασφαλή. Δεδομένου ότι ο ρυθμός και η πολυπλοκότητα της φροντίδας έχουν αυξηθεί, οι κίνδυνοι για τους χρήστες έχουν αυξηθεί ανάλογα. Επιπρόσθετα, με την αναγνώριση των δυνατοτήτων για περαιτέρω βελτίωση έχουμε αρχίσει να αναγνωρίζουμε τις αδικαιολόγητα ποικίλες παραλλαγές στην κλινική πρακτική, που υπάρχουν σχεδόν σε κάθε τομέα υπηρεσιών υγείας.

Κλινικός έλεγχος – Μοντέλο και διεργασία

Ο κλινικός έλεγχος ουσιαστικά αφορά στην εξέταση της κλινικής πρακτικής με στόχο τη διασφάλιση της βέλτιστης φροντίδας προς τους ασθενείς .Επομένως, η κλινική απόδοση εξετάζεται ως προς καθορισμένα πρότυπα και επίπεδα ποιότητας.

Ο κλινικός έλεγχος προϋποθέτει την αξιοποίηση μιας ευρείας σειράς μεθόδων από διάφορες επιστήμες, όπως π.χ. ανάπτυξη οργανισμών, στατιστική και διαχείριση πληροφοριών .Ο έλεγχος ποιότητας μπορεί να αναληφθεί από μεμονωμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ή από ομάδες επαγγελματιών σε ενιαίες ή πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδες, που στηρίζονται συνήθως από το προσωπικό του ελέγχου ποιότητας. Στην έναρξη κάθε προγράμματος ελέγχου ποιότητας, η προετοιμασία του περιβάλλοντος είναι καίρια και αποφασιστική για την τελική επιτυχία της μεθόδου.

Στη συνέχεια, παρουσιάζονται πιο αναλυτικά τα βήματα του κλινικού ελέγχου ποιότητας .

Προσδιορισμός του πεδίου μελέτης και ομάδας εργασίας

- Καλό είναι να επιλέγετε ένα πεδίο ενδιαφέροντος η ένα θέμα που σας ενδιαφέρει ή κάτι που θεωρείται σημαντικό για το πεδίο εργασίας σας που είναι και επιτεύξιμο.
- Σιγουρευτείτε ότι έχετε την υποστήριξη των συναδέλφων και καθιερώστε ένα καλό δίκτυο επικοινωνίας με τα υπόλοιπα μέλη της κλινικής ομάδας που θα πρέπει να συμμετάσχουν. Όλοι εκείνοι που θα επηρεαστούν από το πρόγραμμα ελέγχου ποιότητας χρήζουν ενημέρωσης.
- Εάν υπάρχει γραφείο ποιότητας και ελέγχου στο νοσοκομείο, επιδιώξτε την έγκρισή τους για το πρόγραμμά σας.
- Το στάδιο της προετοιμασίας αποτελεί ένα από τα κρισιμότερα βήματα για την τελική έκβαση. Ορίστε χρονικό πλάνο ολοκλήρωσης, με σαφείς και συνοπτικούς σκοπούς. Θυμηθείτε ότι ένας στόχος είναι μια δήλωση για αυτό που θέλετε να επιτύχετε.

Η βιβλιογραφία προτείνει και τη συμμετοχή των χρηστών(ασθενών, επισκεπτών) στη διαμόρφωση της θεματολογίας. Οι εμπειρίες των ασθενών μπορούν να προσφέρουν πλούσιο υλικό προς μελέτη και προσανατολισμό του ελέγχου ποιότητας. Ως «χρήστες» νοούνται και όσοι εργάζονται στο συγκεκριμένο χώρο-υπηρεσία.. Οι γνώσεις και οι ιδιαίτερες δεξιότητες και ικανότητες των μελών της διεπιστημονικής ομάδας συνθέτουν

και ενισχύουν το πρόγραμμα ελέγχου. Ο έλεγχος είναι έργο συλλογικό και μόνον ως τέτοιο πρέπει να νοείται.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στην καρδιά του ελέγχου ποιότητας. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως συμμετοχικοί παράγοντες και όχι μόνον ως πηγή πληροφοριών. Πληροφορίες συλλέγονται από διάφορες πηγές, όπως αναφορές δυσμενών συμβάντων, επιστολές ασθενών, άμεση παρατήρηση κλινικής πράξης και φροντίδας, λογοδοσία και πίνακες ζωτικών σημείων, focus groups .Επιπρόσθετα, ένας χρήσιμος οδηγός στη διαμόρφωση του προγράμματος είναι και τα αποτελέσματα από τη μελέτη των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών.

Προσδιορισμός προτύπων και δεικτών ποιότητας

Ένα πρόγραμμα χωρίς σαφείς στόχους δεν μπορεί να επιτύχει τίποτα, ενώ απαιτείται μια σαφής αίσθηση αντίληψης του σκοπού, ώστε να μπορέσουν να εξεταστούν οι κατάλληλες μέθοδοι για τον έλεγχο ποιότητας. Αφότου επιλέγει το αντικείμενο ή πεδίο μελέτης, καθορίζεται ο σκοπός του προγράμματος, έτσι ώστε να χρησιμοποιηθεί η πλέον κατάλληλη μεθοδολογία κλινικού ελέγχου.

Προσδιορισμός προτύπων και δεικτών ποιότητας

Μετά την επιλογή του πεδίου μελέτης, προτείνεται η εύρεση και μελέτη προτύπων και κριτηρίων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Τα πρότυπα πρέπει να θεμελιώνονται στην εμπειρία και στα πιο πρόσφατα κλινικά στοιχεία που προκύπτουν από τη συστηματική μελέτη των πηγών. Τα πρότυπα είναι ευπροσδιόριστα και μετρήσιμα. Πρότυπο θα μπορούσε να είναι για παράδειγμα «το 91 % των χειρουργικών ασθενών που διακομίζονται από τη μονάδα ανάνηψης πρέπει να έχουν εκτιμηθεί με επίπεδα πόνου 0 η 1». Αφού καθοριστούν τα αποδεκτά πρότυπα κλινικής άσκησης, επιλέγονται τα κατάλληλα κριτήρια ή δείκτες ποιότητας.

Τα κριτήρια συμβάλλουν στην προσπάθεια εκτίμησης και αξιολόγησης της απόδοσης και του επιπέδου φροντίδας που παρέχει η θεραπευτική ομάδα, ο επαγγελματίας υγείας και η υπηρεσία. Τα κριτήρια εκφράζουν πτυχές της πράξης που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να μετρηθούν αντικειμενικά. Ο προσδιορισμός τέτοιων κριτηρίων αποτελεί μια χρονοβόρο διαδικασία και απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία. Μια εναλλακτική λύση είναι να χρησιμοποιηθούν κριτήρια που έχουν αναπτυχθεί από οργανισμούς οι οποίοι δραστηριοποιούνται σε θέματα ποιότητας.

Τα κριτήρια διακρίνονται σε κριτήρια που αφορούν στη δομή, στη διεργασία και στην έκβαση μιας πράξης ή και ενός συνόλου ενεργειών. Η κατηγοριοποίηση αυτή διευκολύνει τον εντοπισμό προβλημάτων ανά κατηγορία κριτηρίων.

Τα δομικά κριτήρια αναφέρονται στους πόρους που απαιτούνται, όπως ο απαιτούμενος αριθμός προσωπικού, η ποιότητα και το επίπεδο εμπειρίας, ο εξοπλισμός και ο φυσικός χώρος. Τα κριτήρια που αφορούν στη διεργασία αναφέρονται στις ενέργειες και τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών, όπως η επικοινωνία, η εκτίμηση, η εκπαίδευση, οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι χειρουργικές και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αξιολόγηση, η τήρηση αρχείων (λογοδοσία) . Έχει υποστηριχθεί ότι τα κριτήρια διεργασίας είναι πιο ευαίσθητοι δείκτες ποιότητας, δεδομένου ότι μια φτωχή έκβαση δεν εμφανίζεται κάθε φορά που υπάρχει ένα λάθος ή μια παράλειψη στην παροχή φροντίδας. Παρά ταύτα, η σημασία των κριτηρίων διαδικασίας καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο επηρεάζουν την

έκβαση .Τα κριτήρια έκβασης είναι –ενδεικτικά- δείκτες της σωματικής αντίδρασης σε κάποια παρέμβαση ,του επιπέδου υγείας, του επιπέδου γνώσεων και της ικανοποίησης. Αν και αποτελεί συχνή και αποδεκτή πρακτική ο έλεγχος ποιότητας να εστιάζει στις εκβάσεις, εντούτοις παρέχει ανεπαρκείς πληροφορίες για την ανάπτυξη ενός προγράμματος δράσης για τη βελτίωση της κλινικής άσκησης.

Το δείγμα και η συλλογή δεδομένων

Ο καθορισμός του αριθμού του δείγματος των ασθενών θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικός της συνολικής ομάδας ασθενών που μελετάται. Η συλλογή δεδομένων μπορεί να είναι αναδρομική ή συγχρονική. Οι Buchanan & Huczynski υποστηρίζουν πως, ενδεχομένως, η μεθοδολογία μιας προοπτικής μελέτης μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο ασκούν την κλινική άσκηση τα υποκείμενα της μελέτης εάν γνωρίζουν ότι παρατηρούνται . Αυτό είναι γνωστό ως επίδραση Hawthorne. Το εργαλείο συλλογής δεδομένων σχεδιάζεται σε σχέση με τους στόχους και τους σκοπούς του συγκεκριμένου κλινικού ελέγχου. Συνίσταται η πιλοτική χρήση του εργαλείου αρχικά σε ένα μικρό δείγμα δεδομένων, οπότε εντοπίζονται ελλείψεις και ασάφειες.

Ανάλυση δεδομένων : Αποτελέσματα και σύγκριση με πρότυπα

Η ανωνυμία και το απόρρητο διατηρείται σε όλα τα στάδια του ελέγχου ποιότητας. Το υλικό και τα αποτελέσματα συνοψίζονται σε μορφή κατανοητή .Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στην υπόλοιπη ομάδα με τη βοήθεια γραφικών παραστάσεων ή με διαγράμματα. Στη συνέχεια, γίνεται σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα κλινικά πρότυπα και ακολουθεί προσπάθεια ανεύρεσης των λόγων και των παραγόντων που δεν επέτρεψαν την επίτευξη των προτύπων. Παραδείγματος χάρη, αν στη μονάδα ανάνηψης έχει επιτευχθεί ο έλεγχος του μετεγχειρητικού πόνου μόνο στο 85% των ασθενών αντί για το 91%, αυτό μπορεί να υποδηλώνει την ανάγκη περαιτέρω ενημέρωσης του προσωπικού στην εκτίμηση των επιπέδων του πόνου ή το γεγονός ότι το καθορισμένο πρότυπο είναι πάρα πολύ υψηλό. Κατόπιν , προτείνεται η αναθεώρηση του επιθυμητού επιπέδου κλινικής πρακτικής ή μελετάται η δυνατότητα βελτίωσης της κλινικής πράξης

Προτεινόμενες μεταβολές-Πλάνο δράσης

- Ανακοινώστε τα συμπεράσματά σας και καταγράψτε εντυπώσεις. Στο στάδιον αυτό, η ανατροφοδότηση και επικοινωνία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας είναι καίριας σημασίας.
- Ενθαρρύνετε τη συζήτηση, διαμορφώστε τις συστάσεις σας και μην ξεχάσετε να αποδώσετε έπαινο εάν έχουν επιτευχθεί πρότυπα κλινικής πρακτικής. Οι συστάσεις πρέπει να είναι ρεαλιστικές και επιτεύξιμες.
- Σε αυτή τη φάση, συμφωνήστε για ένα σχέδιο δράσης, ποιος δηλαδή θα κάνει τι, πότε και πως.

Ενσωμάτωση αλλαγών

Αυτό θα μπορούσε να είναι το δυσκολότερο στάδιο στη διαδικασία του ελέγχου ποιότητας. Συχνά οι άνθρωποι αντιστέκονται στην προοπτική κάποιας μεταβολής. Η ενεργός συμμετοχή τους στον κλινικό έλεγχο θα καταστήσει την αλλαγή πιθανότερη και

πιο επιτυχή. Προσδιορίστε ποια αλλαγή είναι απαραίτητη και επιλέξτε έναν κατάλληλο μηχανισμό για να την πραγματοποιήσετε.

Διάφορες θεωρίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν τον τρόπο αλλαγής των ανθρώπινων συμπεριφορών, καθώς επίσης και τα αίτια που προκαλούν αλλαγή μιας δεδομένης κατάστασης. Οι θεωρίες αυτές έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικά πεδία δράσης, όπως στην εκπαίδευση και εκμάθηση, τη διοίκηση, τα οικονομικά, την κοινωνιολογία και την ψυχολογία. Από μόνη της, καμία θεωρία δεν εξηγεί πλήρως τη διαδικασία της αλλαγής στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Όμως, η εξοικείωση με μερικές από αυτές τις θεωρίες ενισχύει την κατανόηση του πλαισίου στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται, των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και της διαδικασίας εφαρμογής της αλλαγής.

Το ΕΣΥ έχει προσδιοριστεί ως ένας τεράστιος οργανισμός, όπου άτομα με διαφορετικά ταλέντα και στάσεις ζωής δραστηριοποιούνται επαγγελματικά. Επιπρόσθετα, έχει περιγραφεί ως μια σύνθετη οργάνωση που διέπεται από διαφορετικές κουλτούρες, νόρμες και κανόνες που προκύπτουν από διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων :

- Των ποικίλων διαδικασιών κοινωνικοποίησης των επαγγελματιών
- Των διαφορετικών αναγκών και προσδοκιών που έχουν οι διαφορετικοί πληθυσμοί χρηστών
- Της ιστορικότητας της κάθε υπηρεσίας
- Της κατανομής των πόρων και των τοπικών αναγκών

Το ΕΣΥ λειτουργεί και εξελίσσεται μέσα σε κλίμα ισορροπίας και δυναμικής, όπως αυτό επηρεάζεται από διαφορετικούς ενισχυτικούς και αποθαρρυντικούς παράγοντες. Η «δεδομένη κατάσταση» (status quo) πρέπει να αλλάξει, για να επιτρέψει στην αλλαγή να λάβει χώρα και να επέλθει μετά την αλλαγή η απαιτούμενη ισορροπία.

Προκειμένου να δημιουργηθεί η τάση για αλλαγή, αποδυναμώνονται ή αναιρούνται επιλεκτικά οι αρνητικοί παράγοντες. Μόνο η ενδυνάμωση των ενισχυτικών παραγόντων θα υποκινήσει μια ανάλογη αντίσταση από τους αρνητικούς παράγοντες. Η διαδικασία της αλλαγής έχει τις θετικές και αρνητικές πτυχές της και πρέπει να ρυθμιστεί. Η συνεχής επικοινωνία και υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή υιοθέτηση μιας αλλαγής. Η επανάληψη του ελέγχου ποιότητας σε εύλογο χρονικό διάστημα θεωρείται απαραίτητη, ώστε να εντοπιστούν ενδεχόμενες αλλαγές στην κλινική πρακτική και ο βαθμός επίδρασής τους στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η μεθοδολογία του ελέγχου ποιότητας και το «περιβάλλον» είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Οι λανθάνουσες δομές και οι τεχνοκρατικές εισροές στο ανοικτό σύστημα του ΕΣΥ επηρεάζουν και διαμορφώνουν έμμεσα την ποιότητα στον κλινικό χώρο. Παράλληλα, όταν η επικράτουσα κουλτούρα ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα και απομυθοποιεί το σφάλμα και την αποτυχία, εν δυνάμει προωθεί τη μεταβολή και τη βελτίωση.

Η αξία του κλινικού ελέγχου ποιότητας

Η βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη συμμετοχή και τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Είναι προφανές ότι μια δομημένη και αντικειμενική αξιολόγηση της κλινικής πράξης καθίσταται απαραίτητη. Το σύστημα ποιότητας, διά του κλινικού ελέγχου, παρέχει τα μέσα για μια τέτοια αξιολόγηση. Εντούτοις, πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι ενώ οι νοσηλευτές έχουν θετική στάση

απέναντι στον κλινικό έλεγχο ,ο ενθουσιασμός τους δεν μεταφέρεται πάντα στην πράξη. Πράγματι, η εισαγωγή του κλινικού ελέγχου στο Βρετανικό ΕΣΥ, το 1990, βασίστηκε περισσότερο στην πίστη ότι θα επιφέρει ποιοτική βελτίωση στο σύστημα υγείας, παρά σε επιστημονικά δεδομένα που αποδείκνυαν την αξία του. Παράλληλα, υπήρξε ασυμφωνία ως προς την καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου και την ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη.

Η εμφάνιση του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης έχει δώσει καινούργια ώθηση στην ανάγκη για αξιόπιστο και έγκυρο κλινικό έλεγχο. Η ποιότητα στον κλινικό χώρο έχει ενσωματωθεί με τον οικονομικό έλεγχο και με την απόδοση των υπηρεσιών σε όλα τα οργανωτικά επίπεδα. Επομένως, επιβεβαιώνεται ο κεντρικός ρόλος του κλινικού ελέγχου. Επιπλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ο κλινικός έλεγχος, ως μηχανισμός και πρόγραμμα ποιότητας, διέπεται από στοιχεία που είναι εξίσου εφαρμόσιμα και στη λήψη των κλινικών αποφάσεων και στην απόδοση της υπηρεσίας.

Ενδεικτικά, ο κλινικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών. Συχνά, τα κριτήρια του ελέγχου ποιότητας ορίζονται από τις συστάσεις που προκύπτουν από τις κλινικές οδηγίες. Κατά αυτόν τον τρόπο ,το κλινικό προσωπικό είναι σε θέση γνωρίζει εάν οι συστάσεις των κλινικών οδηγιών εφαρμόζονται. Επίσης, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι με τον κλινικό έλεγχο δίνεται ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας, η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κλινικής ομάδας βελτιώνονται αισθητά, ενώ παράλληλα βελτιώνεται και το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Ο κλινικός έλεγχος που συνοδεύεται από επαρκή ενημέρωση και πλάνο δράσης συμβάλλει στη βελτίωση στη βελτίωση της ποιότητας, ενώ αντίθετα η έλλειψη κατανόησης του στόχου του κλινικού ελέγχου μπορεί να προκαλέσει φόβο και δυσπιστία.

Συμπεραίνοντας, ο κλινικός έλεγχος μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα , το «περιβάλλον» όπου διενεργείται ο έλεγχος θα πρέπει να διέπεται από δομές και κουλτούρα με υποστηρικτικό χαρακτήρα. Σήμερα, είναι περισσότερο αντιληπτό πως η ποιότητα, κατά ένα μεγάλο μέρος ,είναι απόρροια των οργανωτικών δομών και όχι τόσο της απόδοσης ενός μεμονωμένου επαγγελματία υγείας. Η δομή αποτελεί το υπόβαθρο και το επιστέγασμα στα θέματα της ποιότητας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία του κλινικού ελέγχου είναι η καλή ηγεσία, το υποστηρικτικό περιβάλλον, οι μηχανισμοί και υλικοτεχνικές υποδομές, που καθιστούν τον κλινικό έλεγχο λιγότερο δύσκολο και εφικτό, ο καλός προγραμματισμός σε όλα τα στάδια του ελέγχου και η αντιμετώπιση προβλημάτων και θεμάτων που αποκαθιστούν την εμπιστοσύνη στα μέλη της κλινικής ομάδας.⁸³



*Ειδικό
Μέρος*

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

B. Πληθυσμός – Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 139 νοσηλευτές (69 Έλληνες και 70 Φιλανδούς) ηλικίας 23-58 ετών μέσου όρου ηλικίας $34,09 \pm 8,00$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 28 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 11 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Ιανουάριο έως και τον Μάιο του 2009 σε Ελλάδα και Φινλανδία στις περιοχές Πάτρα, στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου και στην ιδιωτική κλινική 'Ολύμπιο', Αγρίνιο, στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής και στην ιδιωτική κλινική 'Κρικιλί', Ιωάννινα, στο γενικό νοσοκομείο Χατζηκώστα και Tampere της Φινλανδίας στο νοσοκομείο 'Tays'.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η νοσηλευτική ιδιότητα του ερωτώμενου

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης). Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής. Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων. Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) και το t-test (student's t-test). Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows. Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 139 νοσηλευτές (69 Έλληνες και 70 Φινλανδοί) ηλικίας 23-58 ετών μέσου όρου ηλικίας $34,09 \pm 8,00$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

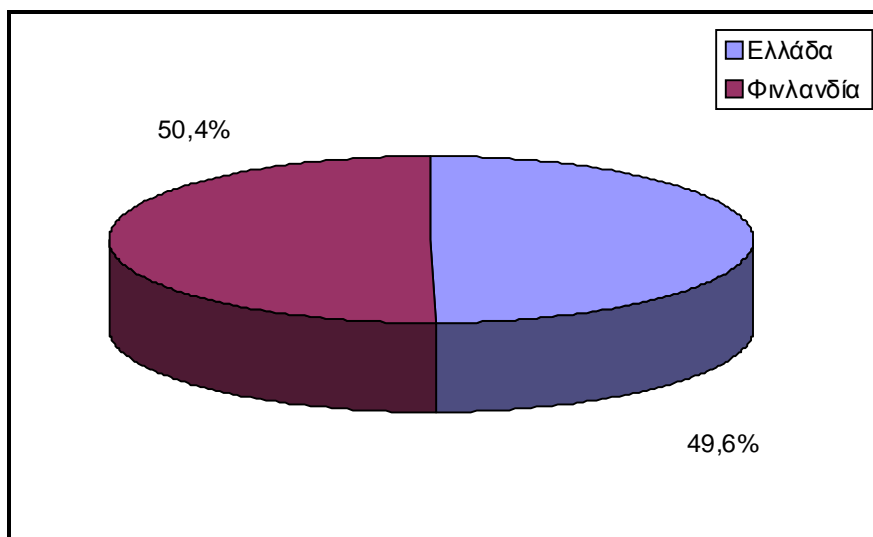
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 50,4% των ερωτηθέντων (70 άτομα) ήταν Φινλανδοί και οι υπόλοιποι (69 άτομα – ποσοστό 49,6%) Έλληνες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη χώρα προέλευσης.

ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	N=139	Percent (%)
Ελλάδα	69	49,6
Φινλανδία	70	50,4

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη χώρα προέλευσης.



Η ηλικία των ερωτηθέντων Ελλήνων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 25 και 48 έτη με μέσο όρο τα 34,97 έτη και τυπική απόκλιση τα 6,74 έτη ενώ των Φιλανδών κυμάνθηκε μεταξύ 23 και 58 έτη με μέσο όρο τα 33,21 έτη και τυπική απόκλιση τα 9,03 έτη (Πίνακας 2). Η διαφορά του παρατηρείται στους μέσους όρους της ηλικίας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=1,298$, $df=137$, NS).

Πίνακας 2: Ηλικία ερωτηθέντων νοσηλευτών.

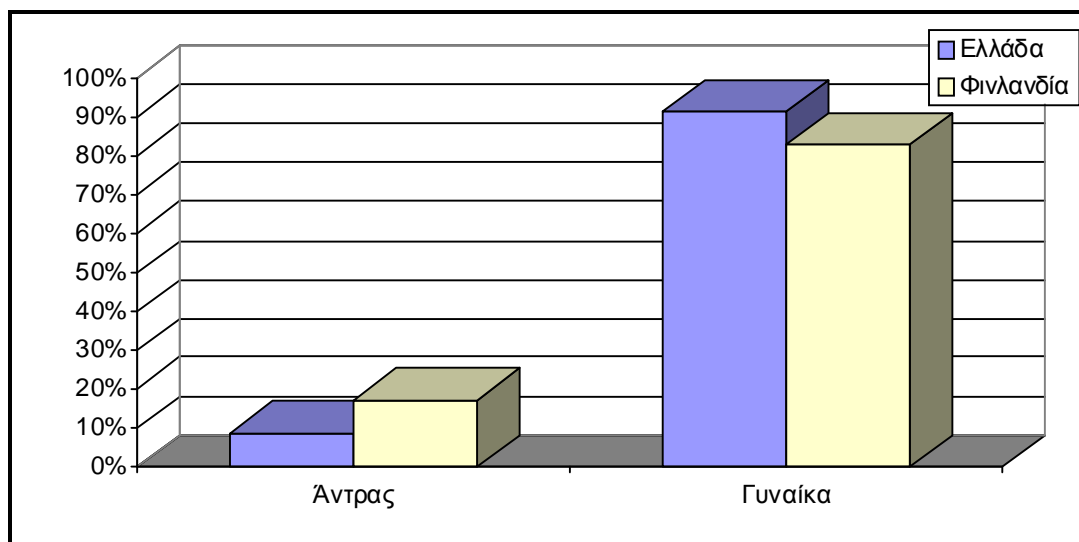
ΗΛΙΚΙΑ	Έλληνες (N=69)	Φιλανδοί (N=70)
Μέσος όρος	34,97	33,21
Τυπική απόκλιση	6,74	9,03
Ελάχιστο	25	23
Μέγιστο	48	58

Το 91,3% (63 άτομα) των Ελλήνων νοσηλευτών ήταν γυναίκες έναντι του 82,9% (58 άτομα) των Φιλανδών (Πίνακας 3, Σχήμα 2). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,200$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 3: Συσχέτιση χώρας προέλευσης και φύλου.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Φύλο	Άντρας	6	12	18
		8,7%	17,1%	12,9%
	Γυναίκα	63	58	121
		91,3%	82,9%	87,1%
		69	70	139
$\chi^2 = 2,200$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 2: Συσχέτιση χώρας προέλευσης και φύλου.

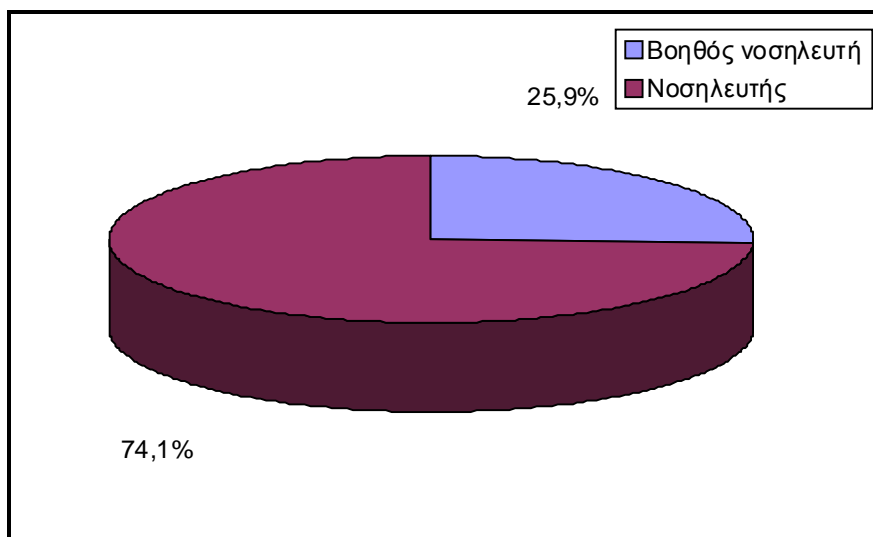


Το 74,1% των ερωτηθέντων (103 άτομα) στην παρούσα έρευνα ήταν Νοσηλευτές και το υπόλοιπο 25,9% (36 άτομα) Βοηθοί νοσηλευτές (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ιδιότητά τους.

ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	N=139	Percent (%)
Βοηθός νοσηλευτή	36	25,9
Νοσηλευτής	103	74,1

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ιδιότητά τους.



Η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων Ελλήνων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 1 και 36 έτη με μέσο όρο τα 9,28 έτη και τυπική απόκλιση τα 5,94 έτη ενώ των Φιλανδών κυμάνθηκε επίσης μεταξύ 1 και 36 έτη με μέσο όρο τα 9,16 έτη και τυπική απόκλιση τα 8,23 έτη (Πίνακας 5). Η διαφορά του παρατηρείται στους μέσους όρους της προϋπηρεσίας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=0,097$, $df=137$, NS).

Πίνακας 5: Προϋπηρεσία ερωτηθέντων νοσηλευτών.

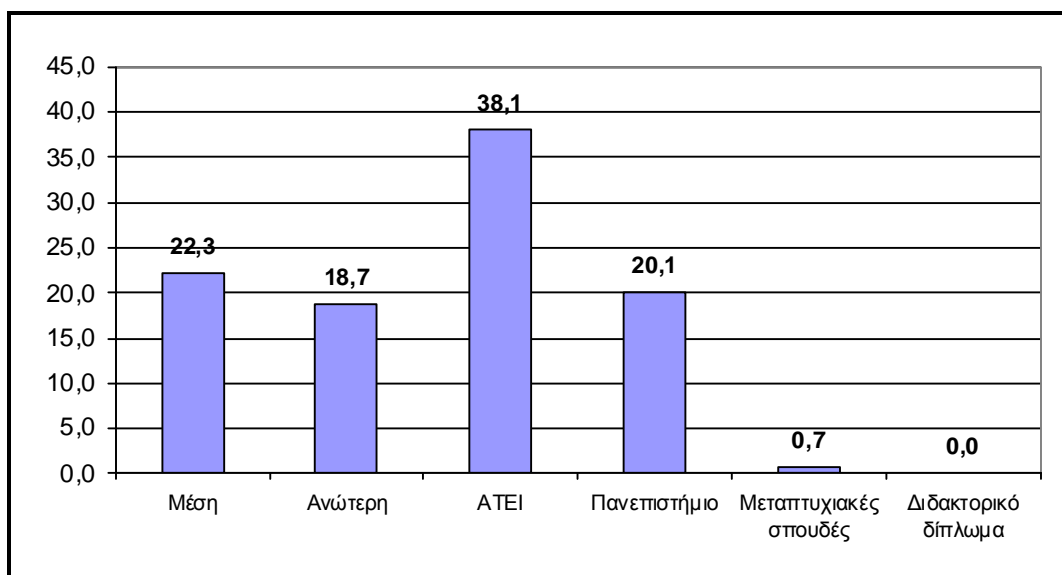
ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ	Έλληνες (N=69)	Φιλανδοί (N=70)
Μέσος όρος	34,97	33,21
Τυπική απόκλιση	6,74	9,03
Ελάχιστο	1	1
Μέγιστο	36	36

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (53 άτομα – ποσοστό 38,1%) ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΤΕΙ, άλλα 28 άτομα (ποσοστό 20,1%) κατείχαν πτυχίο ΑΕΙ, 31 άτομα (ποσοστό 22,3%) ήταν απόφοιτοι μέσης σχολής και 26 άτομα (ποσοστό 18,7%) δήλωσαν απόφοιτοι ανώτερης σχολής. Αντίθετα μόνο 1 άτομο (ποσοστό 0,7%) κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και κανένας διδακτορικό δίπλωμα (Πίνακας 6, Σχήμα 4).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	N=139	Percent (%)
Μέση	31	22,3
Ανώτερη	26	18,7
ΑΤΕΙ	53	38,1
Πανεπιστήμιο	28	20,1
Μεταπτυχιακές σπουδές	1	0,7
Διδακτορικό δίπλωμα	0	0,0

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

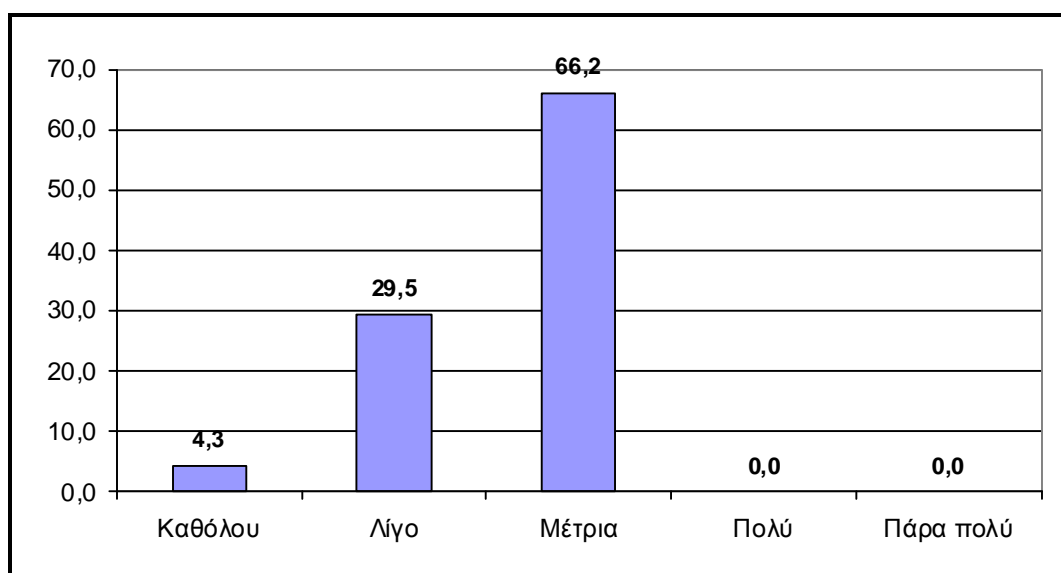


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (133 άτομα – ποσοστό 95,7%) δήλωσαν ότι είναι είτε «μέτρια» είτε «λίγο» ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους και τα υπόλοιπα 6 άτομα (ποσοστό 4,3%) «καθόλου» ικανοποιημένοι. Αντίθετα κανένας δεν δήλωσε ούτε «πολύ» ούτε «πάρα πολύ» ικανοποιημένος από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα του (Πίνακας 7, Σχήμα 5).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟ ΒΑΣΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΑΣ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	6	4,3
Λίγο	41	29,5
Μέτρια	92	66,2
Πολύ	0	0,0
Πάρα πολύ	0	0,0

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

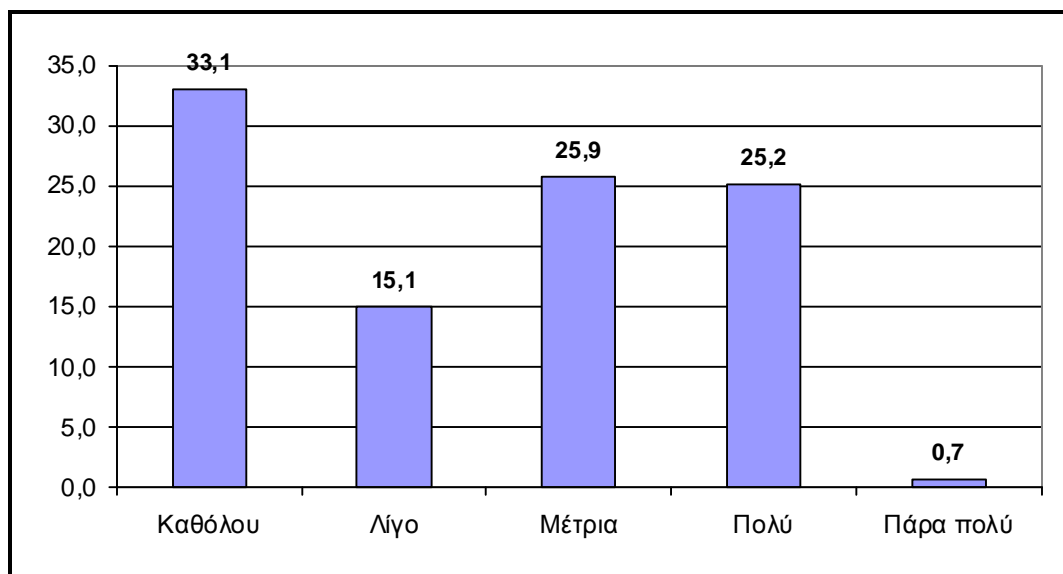


Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (46 άτομα – ποσοστό 33,1%) δήλωσαν ότι δεν έχουν «καθόλου» ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους ενώ άλλα 57 άτομα (ποσοστό 41,0%) δήλωσαν ότι έχουν είτε «λίγο» είτε «μέτρια». Αντίθετα άλλοι 36 άτομα (ποσοστό 25,9%) δήλωσαν ότι έχουν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους (Πίνακας 8, Σχήμα 6).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

ΕΧΕΤΕ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΑ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΑΣ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	46	33,1
Λίγο	21	15,1
Μέτρια	36	25,9
Πολύ	35	25,2
Πάρα πολύ	1	0,7

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

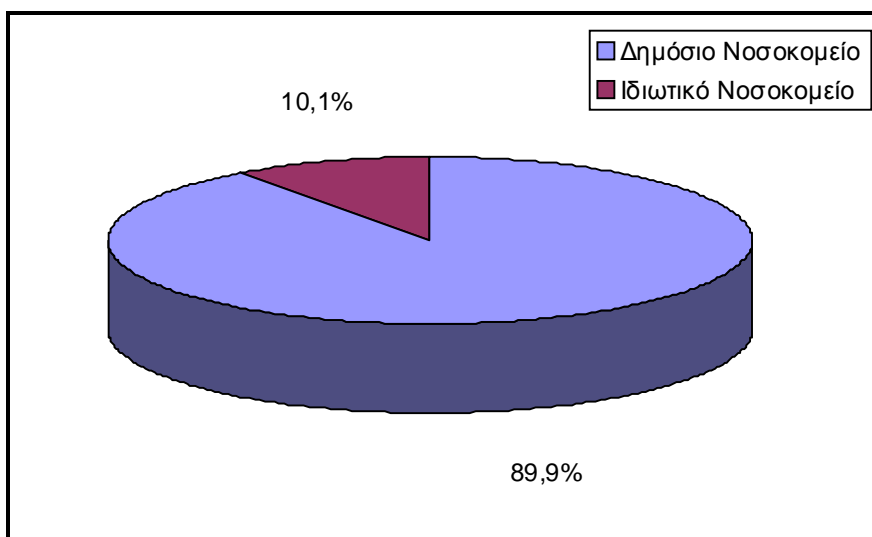


Το μεγαλύτερο ποσοστό 89,9% των ερωτηθέντων (125 άτομα) στην παρούσα έρευνα εργάζονταν σε Δημόσιο Νοσοκομείο ενώ το υπόλοιπο 10,1% (14 άτομα) σε Ιδιωτικό (Πίνακας 9, Σχήμα 7).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το χώρο εργασίας τους.

ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	N=139	Percent (%)
Δημόσιο Νοσοκομείο	125	89,9
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	14	10,1

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το χώρο εργασίας τους.

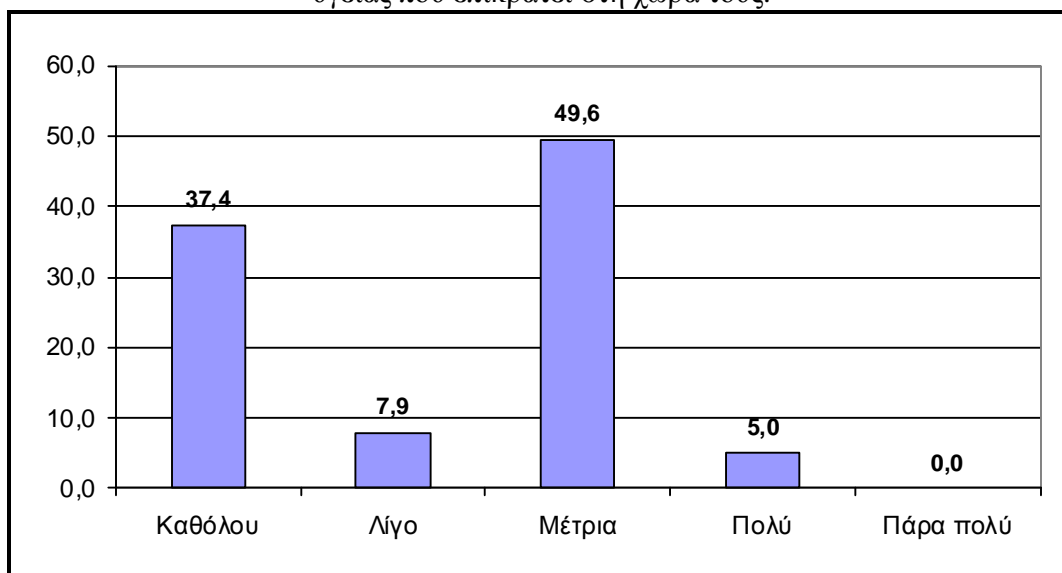


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (80 άτομα – ποσοστό 57,5%) δήλωσαν ότι είναι είτε «μέτρια» είτε «λίγο» ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους και άλλα 52 άτομα (ποσοστό 37,4%) «καθόλου» ευχαριστημένοι. Αντίθετα μόνο 7 άτομα (ποσοστό 5,0%) δήλωσαν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους (Πίνακας 10, Σχήμα 8).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.

ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΑΣ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	52	37,4
Λίγο	11	7,9
Μέτρια	69	49,6
Πολύ	7	5,0
Πάρα πολύ	0	0,0

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.

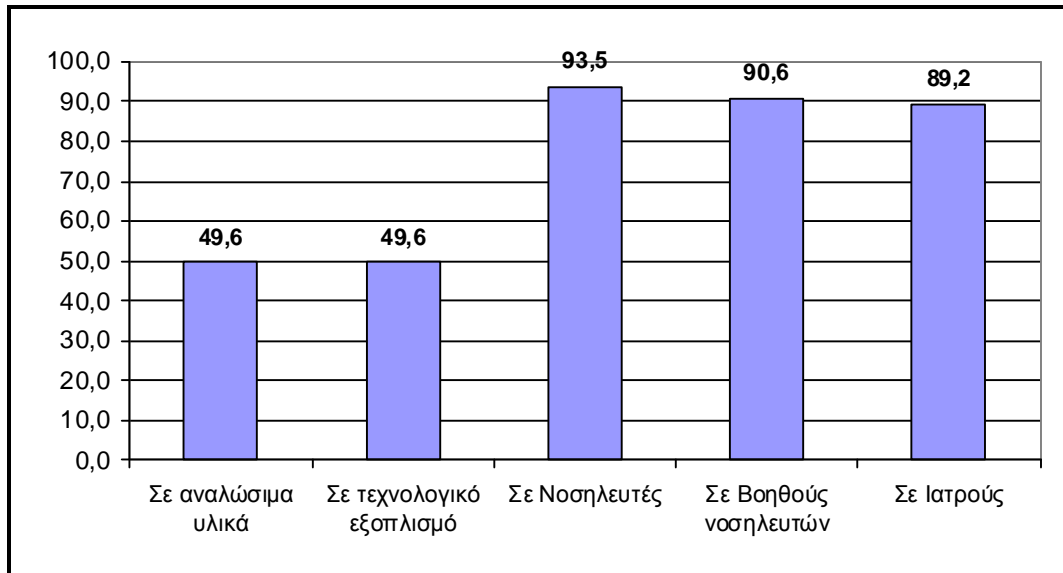


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (130 άτομα – ποσοστό 93,5%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους, άλλα 126 άτομα (ποσοστό 90,6%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε βοηθούς νοσηλευτές και άλλα 124 άτομα (ποσοστό 89,2%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε ιατρούς. Τέλος, άλλα 69 άτομα (ποσοστό 49,6%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη τόσο σε αναλώσιμα υλικά όσο και σε τεχνολογικό εξοπλισμό (Πίνακας 11, Σχήμα 9).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν και τι είδους ελλείψεις υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΑΙ ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;	N=139	Percent (%)
Σε αναλώσιμα υλικά	69	49,6
Σε τεχνολογικό εξοπλισμό	69	49,6
Σε Νοσηλευτές	130	93,5
Σε Βοηθούς νοσηλευτών	126	90,6
Σε Ιατρούς	124	89,2

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν και τι είδους ελλείψεις υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους.

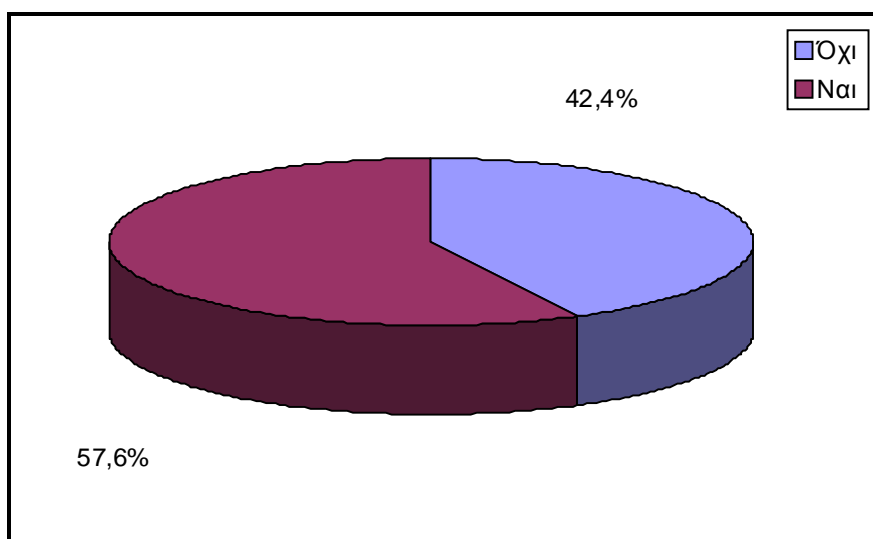


Το μεγαλύτερο ποσοστό 57,6% των ερωτηθέντων (80 άτομα) είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται ενώ το υπόλοιπο 42,4% (59 άτομα) δεν είναι (Πίνακας 12, Σχήμα 10).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.

ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΣΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;	N=139	Percent (%)
Όχι	59	42,4
Ναι	80	57,6

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.



Οι ώρες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως κυμάνθηκαν μεταξύ 20 ωρών και 40 ωρών με μέσο όρο τις 37,75 ώρες και τυπική απόκλιση τις 4,38 ώρες (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Ώρες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως.

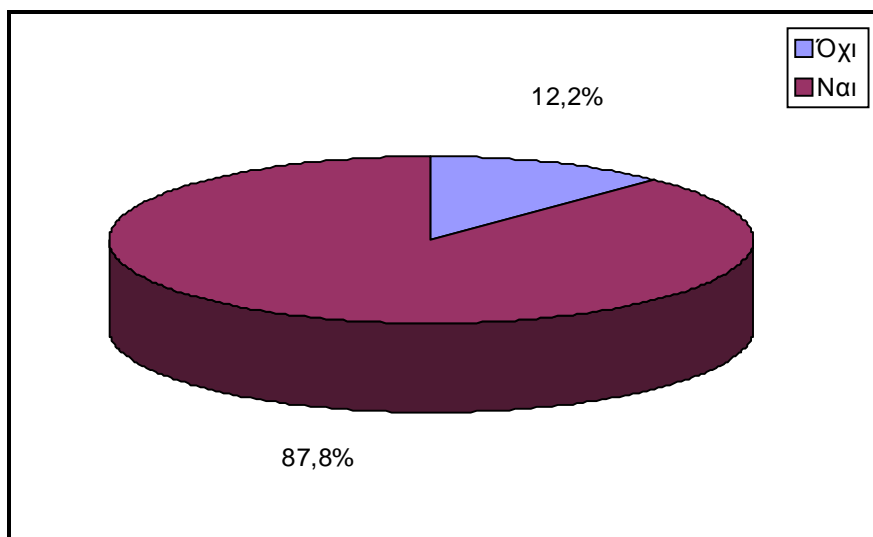
ΩΡΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ	N=139
Μέσος όρος	37,75
Τυπική απόκλιση	4,38
Ελάχιστο	20
Μέγιστο	40

Το μεγαλύτερο ποσοστό 87,8% των ερωτηθέντων (122 άτομα) δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο ενώ μόνο το υπόλοιπο 12,2% (17 άτομα) δεν δουλεύουν (Πίνακας 14, Σχήμα 11).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.

ΔΟΥΛΕΥΕΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΙΚΟ ΩΡΑΡΙΟ;	N=139	Percent (%)
Όχι	17	12,2
Ναι	122	87,8

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.

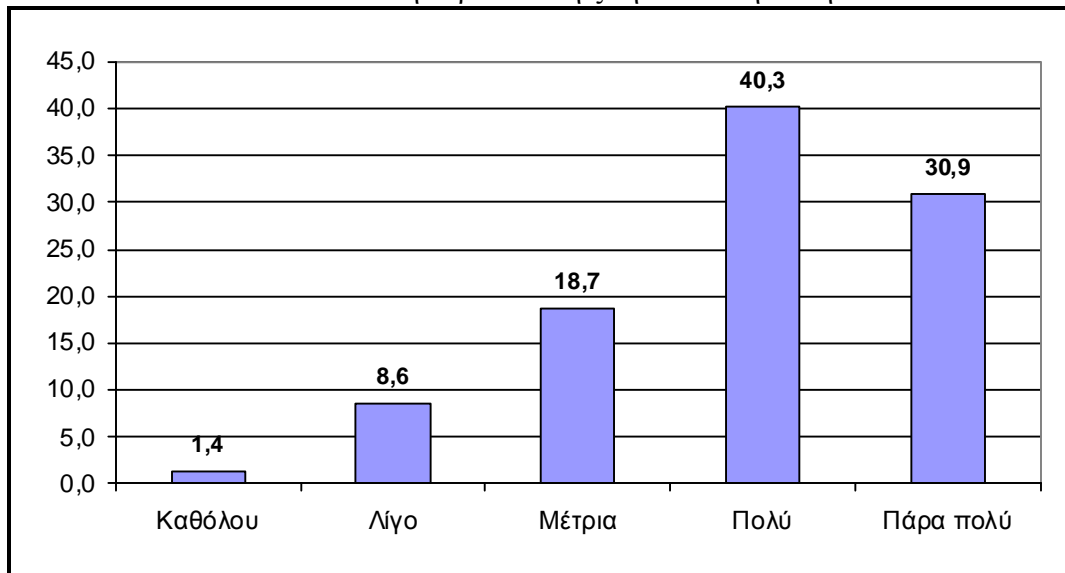


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (99 άτομα – ποσοστό 71,2%) πιστεύουν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή και άλλα 26 άτομα (ποσοστό 18,7%) το πιστεύει «μέτρια». Αντίθετα μόνο 14 άτομα (ποσοστό 10,0%) πιστεύουν ότι η δυσκολία είναι είτε «καθόλου» είτε «λίγο» (Πίνακας 15, Σχήμα 12).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΚΥΚΛΙΚΟ ΩΡΑΡΙΟ ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	2	1,4
Λίγο	12	8,6
Μέτρια	26	18,7
Πολύ	56	40,3
Πάρα πολύ	43	30,9

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.

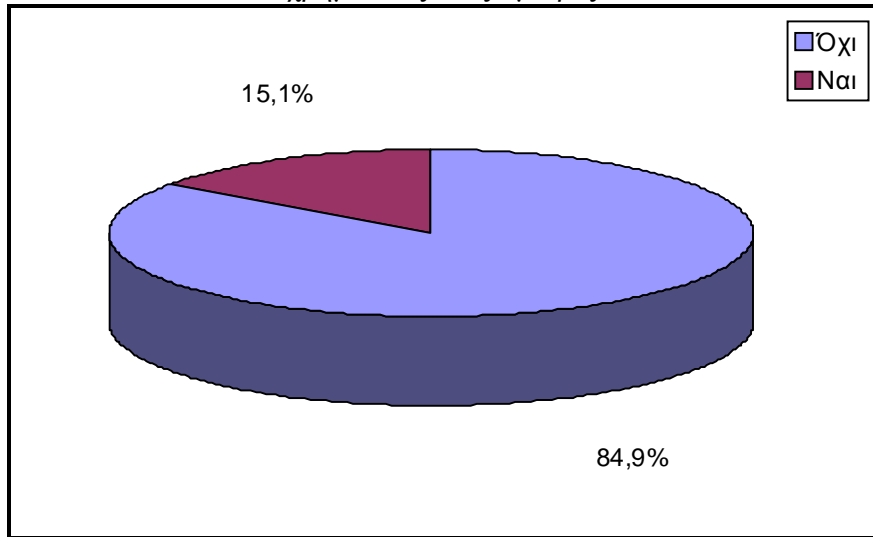


Το μεγαλύτερο ποσοστό 84,9% των ερωτηθέντων (118 άτομα) δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους αμοιβές ενώ μόνο το υπόλοιπο 15,1% (21 άτομα) δήλωσαν ότι είναι (Πίνακας 16, Σχήμα 13).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους αμοιβές.

ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΧΡΗΜΑΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΜΟΙΒΕΣ;	N=139	Percent (%)
Όχι	118	84,9
Ναι	21	15,1

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους αμοιβές.



Η μέση δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 12 και 90 ατόμων με μέσο όρο τα 39,45 άτομα και τυπική απόκλιση τα 11,17 άτομα (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα των ερωτηθέντων.

ΔΥΝΑΜΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	N=139
Μέσος όρος	39,45
Τυπική απόκλιση	11,17
Ελάχιστο	12
Μέγιστο	90

Ο μέσος αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή στο τμήμα των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 2 και 60 ασθενών με μέσο όρο τους 9,50 ασθενείς και τυπική απόκλιση τους 6,78 ασθενείς (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Αριθμός ασθενών ανά νοσηλεύτη στο τμήμα των ερωτηθέντων.

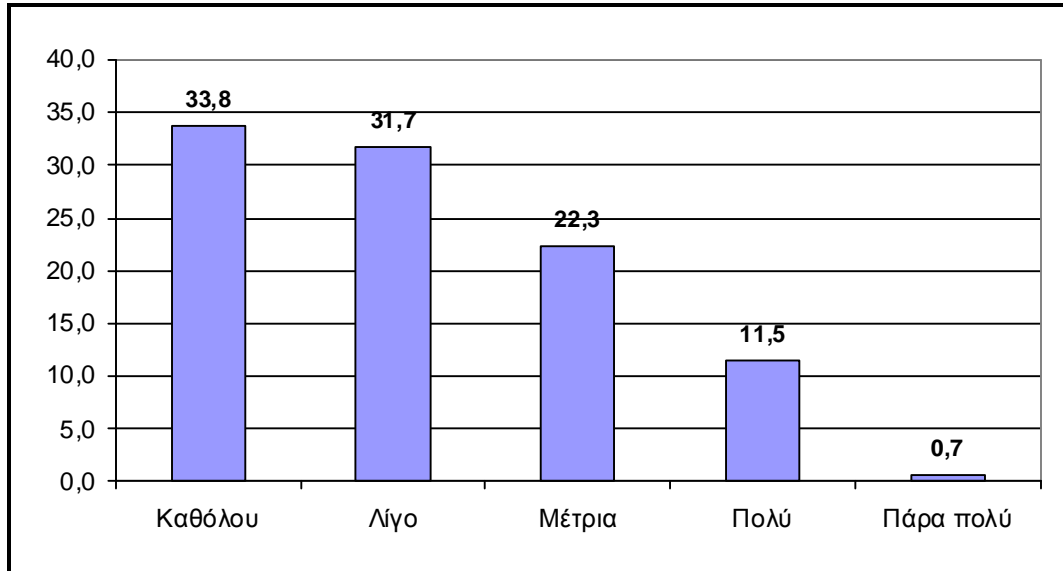
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	N=139
Μέσος όρος	9,50
Τυπική απόκλιση	6,78
Ελάχιστο	2
Μέγιστο	60

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (91 άτομα – ποσοστό 65,5%) θεωρούν είτε «καθόλου» είτε «λίγο» ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται και άλλα 31 άτομα (ποσοστό 22,3%) το θεωρεί «μέτρια». Αντίθετα μόνο 17 άτομα (ποσοστό 12,2%) θεωρούν ότι καλύπτονται οι ανάγκες είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» (Πίνακας 19, Σχήμα 14).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	47	33,8
Λίγο	44	31,7
Μέτρια	31	22,3
Πολύ	16	11,5
Πάρα πολύ	1	0,7

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.

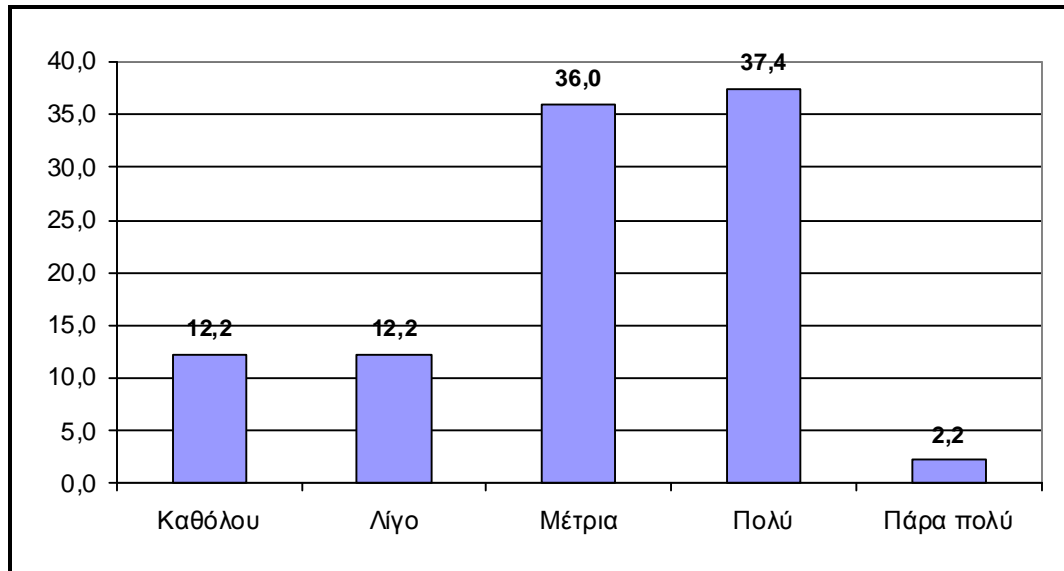


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (102 άτομα – ποσοστό 73,4%) πιστεύουν είτε «πολύ» είτε «μέτρια» ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή και άλλα 3 άτομα (ποσοστό 2,2%) το πιστεύει «πάρα πολύ». Αντίθετα 34 άτομα (ποσοστό 24,4%) πιστεύουν ότι είτε δεν προάγει «καθόλου» είτε την προάγει «λίγο» (Πίνακας 20, Σχήμα 15).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΤΟΜΕΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΠΡΟΑΓΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΔΟΧΗ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	17	12,2
Λίγο	17	12,2
Μέτρια	50	36,0
Πολύ	52	37,4
Πάρα πολύ	3	2,2

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.

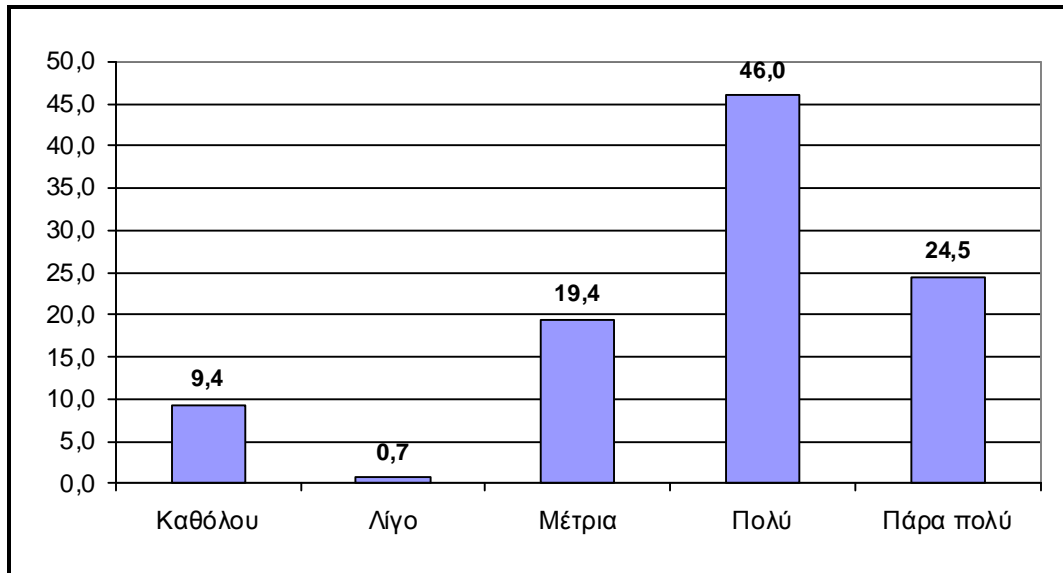


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (98 άτομα – ποσοστό 70,5%) πιστεύουν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ότι η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή και άλλα 27 άτομα (ποσοστό 19,4%) το πιστεύει «μέτρια». Αντίθετα, μόνο 14 άτομα (ποσοστό 10,1%) πιστεύουν είτε ότι δεν έχει «καθόλου» είτε έχει «λίγο» βοηθήσει (Πίνακας 21, Σχήμα 16).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσον η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή.

ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ Η/Υ ΕΧΕΙ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΤΟ ΕΡΓΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	13	9,4
Λίγο	1	0,7
Μέτρια	27	19,4
Πολύ	64	46,0
Πάρα πολύ	34	24,5

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσον η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή.

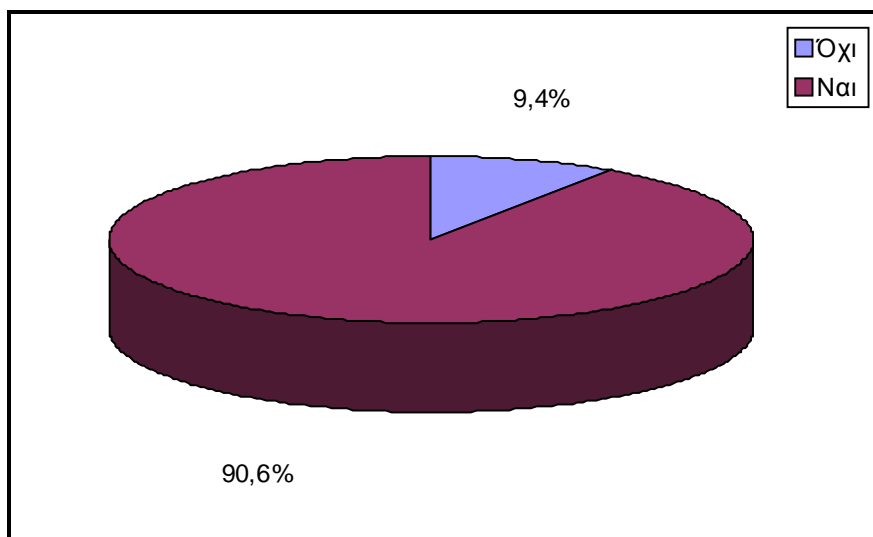


Το μεγαλύτερο ποσοστό 90,6% των ερωτηθέντων (126 άτομα) πιστεύουν ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ ενώ μόνο το υπόλοιπο 9,4% (13 άτομα) δεν το πιστεύει (Πίνακας 22, Σχήμα 17).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΙ ΩΦΕΛΗΣΕΙ ΟΠΟΥ ΕΧΕΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΘΕΙ Η ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ Η/Υ;	N=139	Percent (%)
Όχι	13	9,4
Ναι	126	90,6

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ.

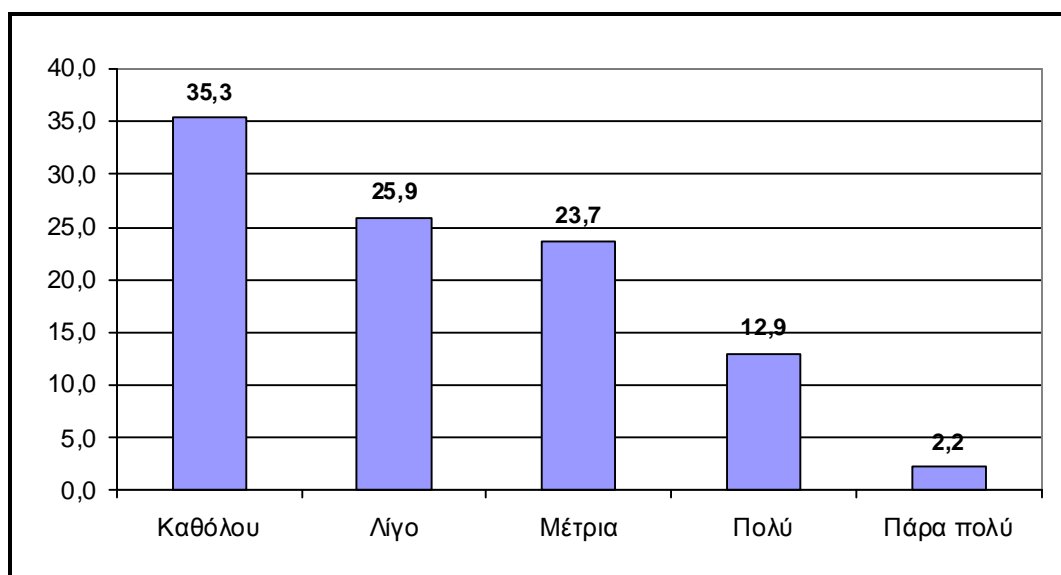


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (85 άτομα – ποσοστό 61,2%) θεωρούν ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν είτε «καθόλου» είτε «λίγο» τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας και άλλα 33 άτομα (ποσοστό 23,7%) το θεωρεί «μέτρια». Αντίθετα, 21 άτομα (ποσοστό 15,1%) το θεωρεί είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» (Πίνακας 23, Σχήμα 18).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.

ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΣΑΣ, ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ, ΣΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ;	N=139	Percent (%)
Καθόλου	49	35,3
Λίγο	36	25,9
Μέτρια	33	23,7
Πολύ	18	12,9
Πάρα πολύ	3	2,2

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.



Το μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου των ερωτηθέντων αναλώνεται σε παροχή φροντίδας (79,23% ± 18,07%), ακολουθεί η ανάλωση περίπου ίδια κατά μέσο όρο σε εκπαίδευση (9,00% ± 8,73%) και διοίκηση (8,29% ± 15,13%) και τέλος η έρευνα (3,55% ± 5,14%) όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 24 όπου φαίνονται και τα υπόλοιπα στοιχεία των κατανομών.

Πίνακας 24 Ανάλωση (%) του χρόνου των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

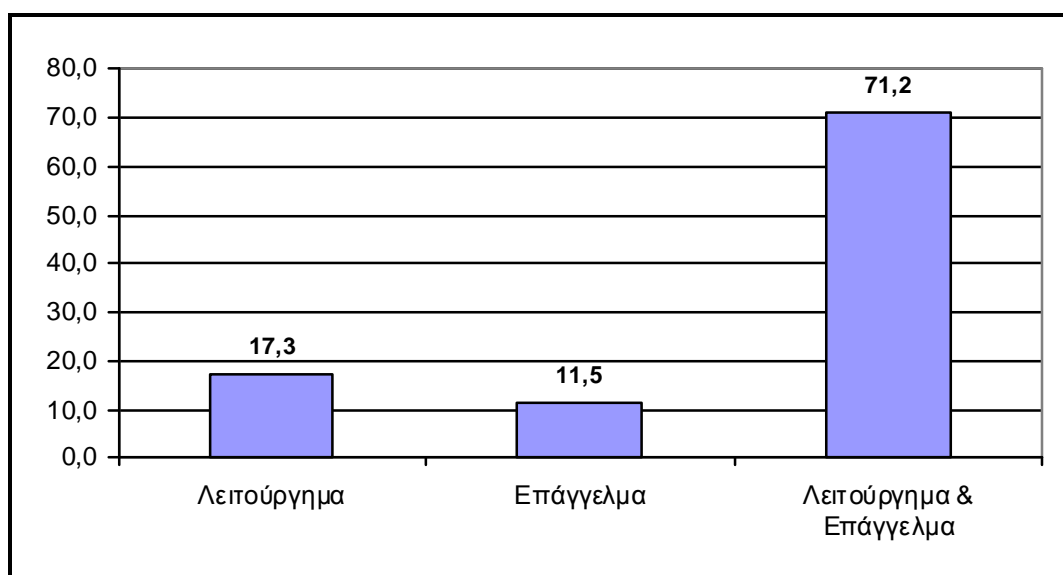
ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΝΑΛΩΝΕΤΑΙ (%) ΣΕ	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Διοίκηση	139	0	90	8,29	15,13
Εκπαίδευση	139	0	30	9,00	8,73
Έρευνα	139	0	30	3,55	5,14
Παροχή φροντίδας	139	5	100	79,23	18,07

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (99 άτομα – ποσοστό 71,2%) θεωρούν ότι βάσει των σημερινών δεδομένων ο νοσηλευτής πράττει τόσο Λειτουργήματα όσο και Επάγγελμα και άλλα 24 άτομα (ποσοστό 17,3%) θεωρεί ότι πράττει μόνο Λειτουργήματα. Αντίθετα, μόνο 16 άτομα (ποσοστό 11,5%) θεωρεί ότι ο νοσηλευτής πράττει μόνο Επάγγελμα (Πίνακας 25, Σχήμα 19).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θεωρούν ότι πράττει ο νοσηλευτής βάσει των σημερινών δεδομένων.

ΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΠΡΑΤΤΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΒΑΣΕΙ ΤΩΝ ΣΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ;	N=139	Percent (%)
Λειτουργημα	24	17,3
Επάγγελμα	16	11,5
Λειτουργημα & Επάγγελμα	99	71,2

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θεωρούν ότι πράττει ο νοσηλευτής βάσει των σημερινών δεδομένων.

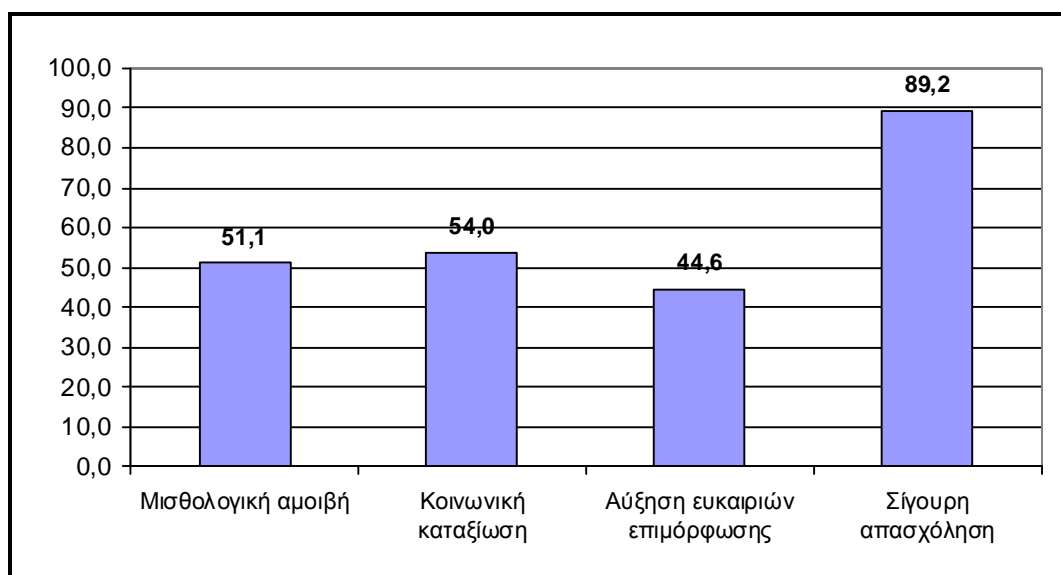


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (124 άτομα – ποσοστό 89,2%) θεωρούν ότι το κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι η σίγουρη απασχόληση ενώ ακολουθούν κίνητρα όπως η κοινωνική καταξίωση (75 άτομα – ποσοστό 54,0%), η μισθολογική αμοιβή (71 άτομα – ποσοστό 51,1%) και η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης (62 άτομα – ποσοστό 44,6%) (Πίνακας 26, Σχήμα 20).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο θεωρούν ότι είναι κίνητρα προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΙΝΗΤΡΑ ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ;	N=139	Percent (%)
Μισθολογική αμοιβή	71	51,1
Κοινωνική καταξίωση	75	54,0
Αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης	62	44,6
Σίγουρη απασχόληση	124	89,2

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιά θεωρούν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

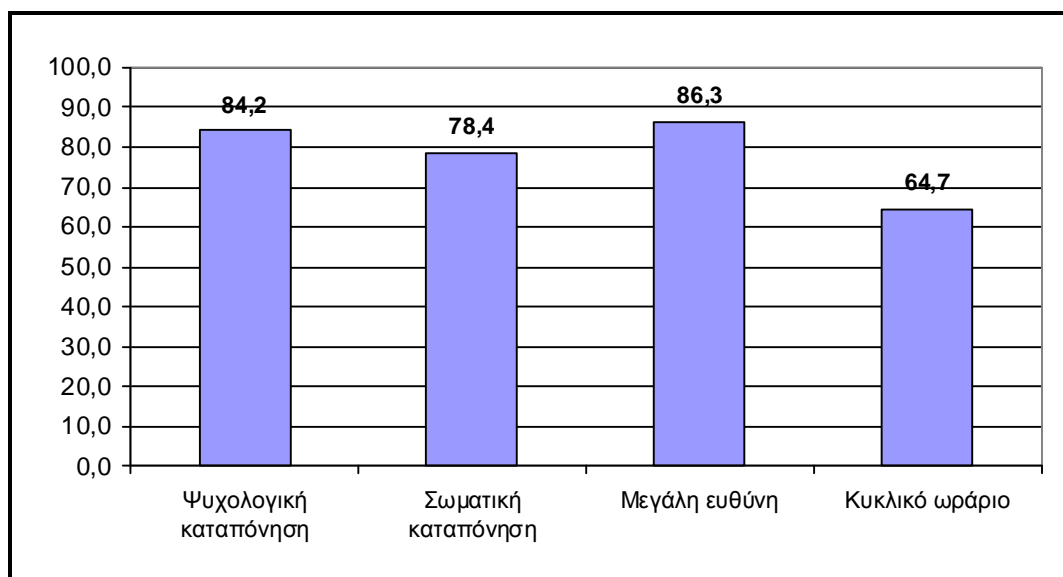


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (120 άτομα – ποσοστό 86,3%) θεωρούν ότι η μεγάλη ευθύνη είναι ο λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα, όπως η ψυχολογική καταπόνηση (117 άτομα – ποσοστό 84,2%) αλλά και η σωματική καταπόνηση (109 άτομα – ποσοστό 78,4%) και ακολουθεί το κυκλικό ωράριο (90 άτομα – ποσοστό 64,7%) (Πίνακας 27, Σχήμα 21).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο θεωρούν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΛΟΓΟΣ ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;	N=139	Percent (%)
Ψυχολογική καταπόνηση	117	84,2
Σωματική καταπόνηση	109	78,4
Μεγάλη ευθύνη	120	86,3
Κυκλικό ωράριο	90	64,7

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο θεωρούν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα.

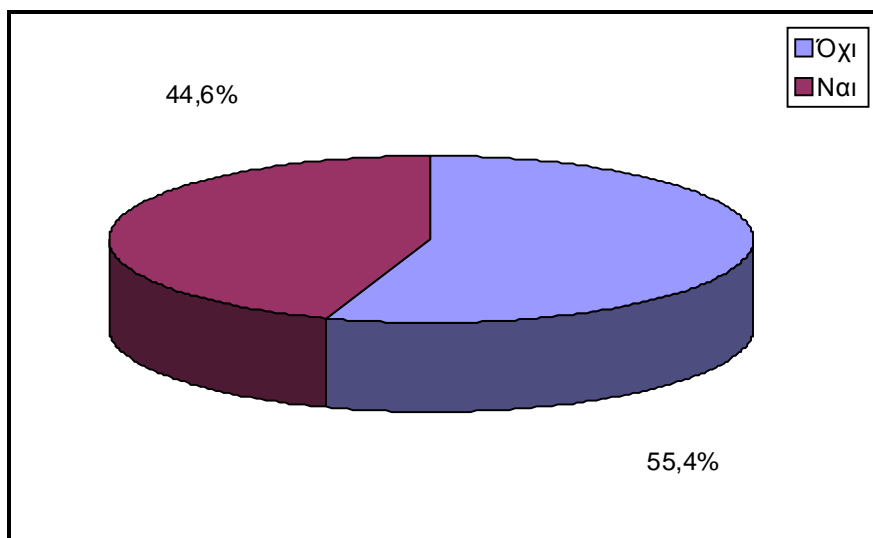


Το μεγαλύτερο ποσοστό 55,4% των ερωτηθέντων (77 άτομα) δεν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη νοσηλευτική διεύθυνση ενώ το υπόλοιπο 44,6% (62 άτομα) το πιστεύει (Πίνακας 28, Σχήμα 22).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη νοσηλευτική διεύθυνση.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ;	N=139	Percent (%)
Όχι	77	55,4
Ναι	62	44,6

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη νοσηλευτική διεύθυνση.

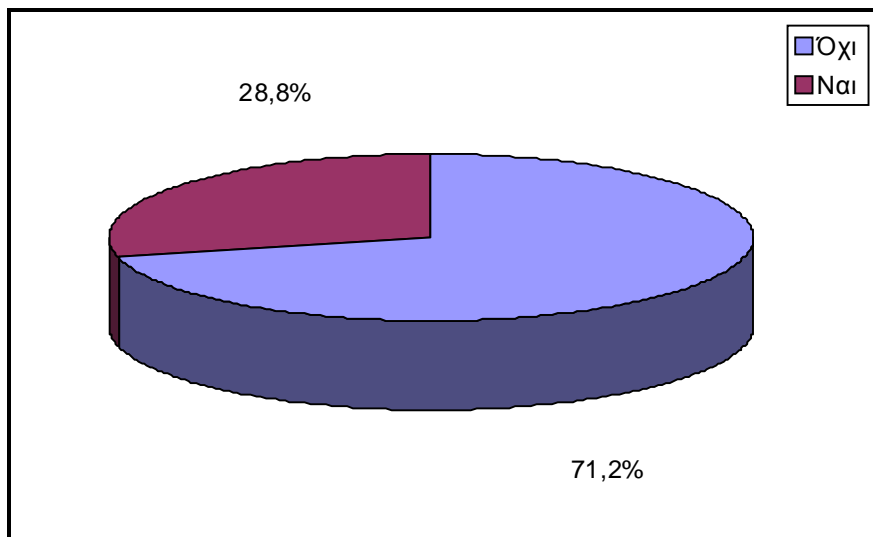


Το μεγαλύτερο ποσοστό 71,2% των ερωτηθέντων (99 άτομα) δεν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την πολιτεία (πολύ υψηλότερο από αυτό που αφορά στη νοσηλευτική διεύθυνση) ενώ το υπόλοιπο 28,8% (40 άτομα) το πιστεύει (Πίνακας 29, Σχήμα 23).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την πολιτεία.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΕΙΑ;	N=139	Percent (%)
Όχι	99	71,2
Ναι	40	28,8

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την πολιτεία.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

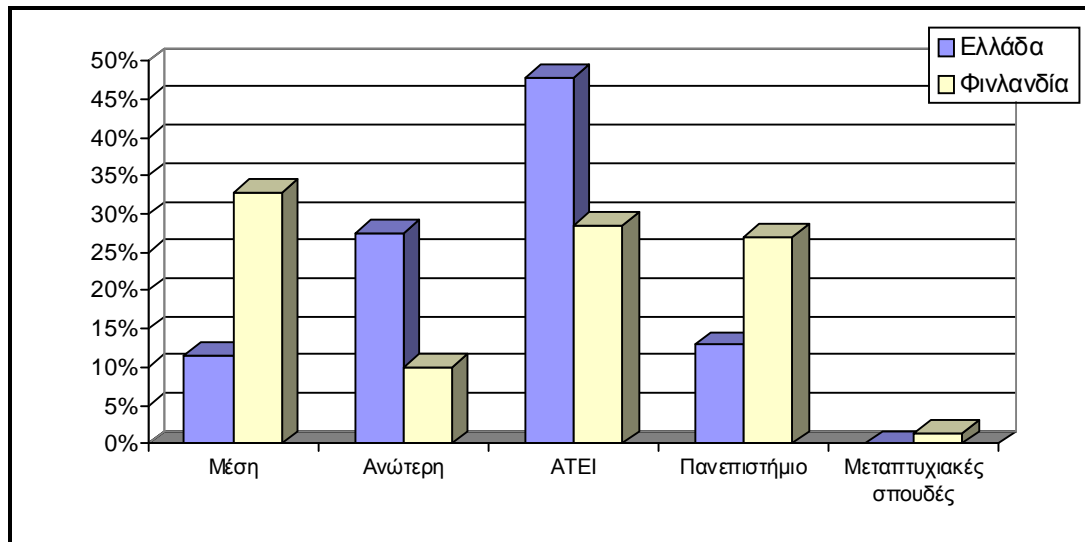
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 139 νοσηλευτές (69 Έλληνες και 70 Φινλανδοί) ηλικίας 23-58 ετών μέσου όρου ηλικίας $34,09 \pm 8,00$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Το 27,1% των ερωτηθέντων Φινλανδών ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 28,6% αυτών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 32,9% αυτών απόφοιτοι Μέσης σχολής έναντι 13,0%, 47,8% και 11,6% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 30, Σχήμα 24). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 20,551$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 30: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης και του επιπέδου εκπαίδευσης.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Μέση	8	23	31
		11,6%	32,9%	22,3%
	Ανώτερη	19	7	26
		27,5%	10,0%	18,7%
	ΑΤΕΙ	33	20	53
		47,8%	28,6%	38,1%
	Πανεπιστήμιο	9	19	28
		13,0%	27,1%	20,1%
	Μεταπτυχιακές σπουδές	0	1	1
		0,0%	1,4%	0,7%
		69	70	139
$\chi^2 = 20,551$, $df = 4$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 24: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης και του επιπέδου εκπαίδευσης.

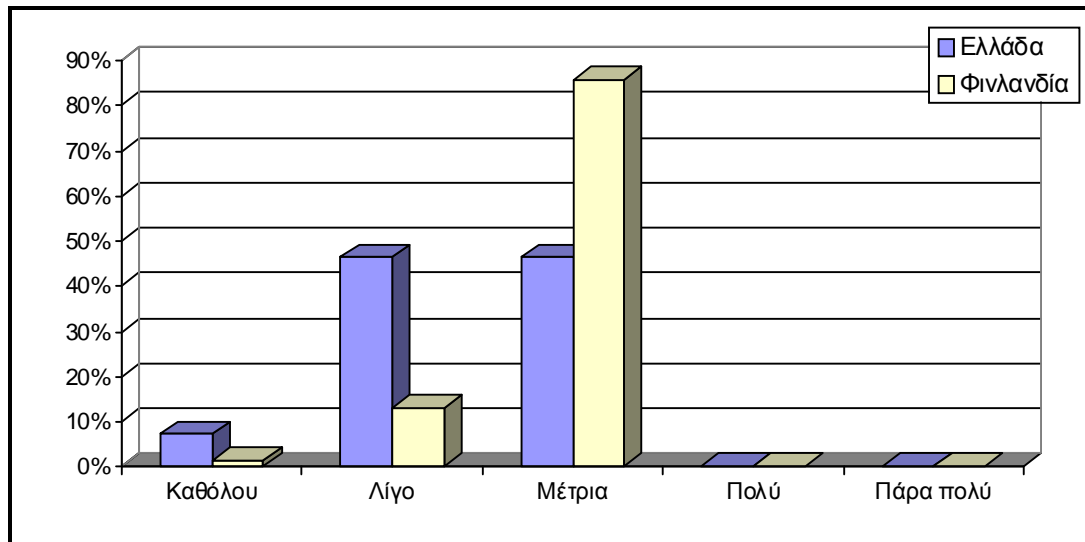


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων ανεξάρτητα χώρας προέλευσης δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι (καθόλου – λίγο – μέτρια) από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους. Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αφού το 85,7% αυτών δήλωσαν «μέτρια» ικανοποιημένοι και το 12,9% «λίγο» ικανοποιημένοι έναντι 46,4%, και επίσης 46,4% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 31, Σχήμα 25). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 24,085$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 31: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης			
		Ελλάδα	Φινλανδία		
Είστε ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα σας;	Καθόλου	5	1	6	
		7,2%	1,4%	4,3%	
	Λίγο	32	9	41	
		46,4%	12,9%	29,5%	
	Μέτρια	32	60	92	
		46,4%	85,7%	66,2%	
	Πολύ	0	0	0	
		0,0%	0,0%	0,0%	
	Πάρα πολύ	0	0	0	
		0,0%	0,0%	0,0%	
			69	70	139
	$\chi^2 = 24,085$, $df = 2$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 25: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

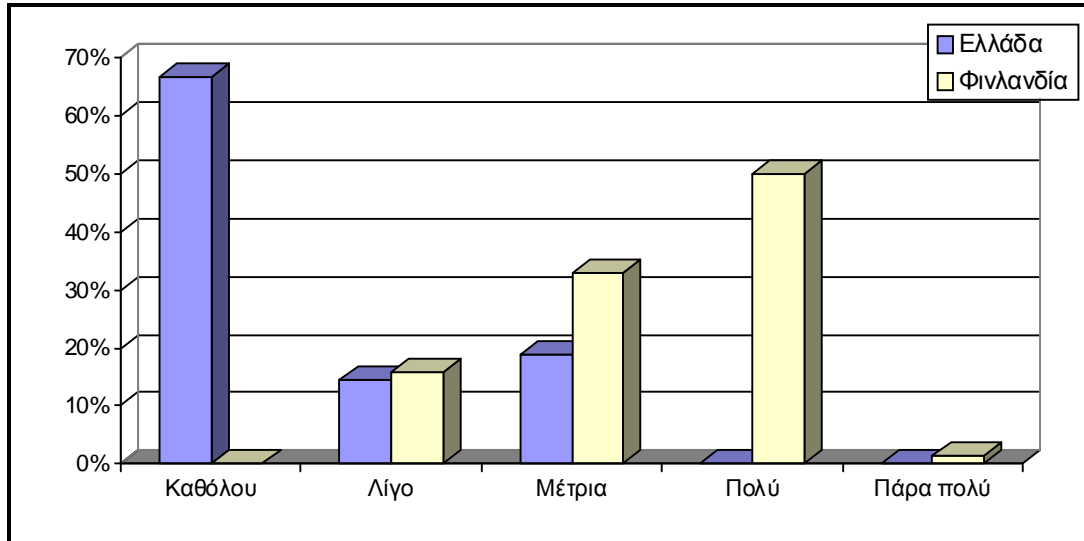


Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί έχουν πολύ περισσότερες ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους αφού άνω του 50% αυτών δήλωσαν ότι έχουν «πολύ» και «πάρα πολύ» και κανένας εξ αυτών «καθόλου» έναντι 0,0% και 66,7% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 32, Σχήμα 26). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 84,823$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 32: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης			
		Ελλάδα	Φινλανδία		
Έχετε ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα σας;	Καθόλου	46	0	46	
		66,7%	0,0%	33,1%	
	Λίγο	10	11	21	
		14,5%	15,7%	15,1%	
	Μέτρια	13	23	36	
		18,8%	32,9%	25,9%	
	Πολύ	0	35	35	
		0,0%	50,0%	25,2%	
	Πάρα πολύ	0	1	1	
		0,0%	1,4%	0,7%	
			69	70	139
	$\chi^2 = 84,823$, $df = 4$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 26: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

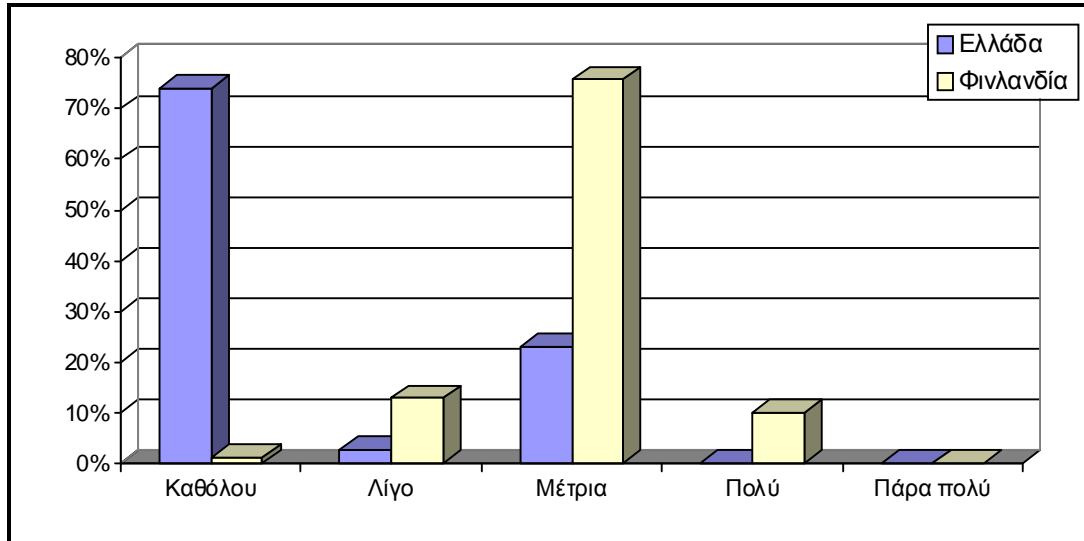


Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους αφού το 85,7% αυτών δήλωσαν «μέτρια» και «πολύ» ευχαριστημένοι και μόλις το 14,3% «λίγο» και «καθόλου» έναντι 23,2%, και 76,8% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 33, Σχήμα 27). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 79,369$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 33: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Είστε ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα σας;	Καθόλου	51	1	52
		73,9%	1,4%	37,4%
	Λίγο	2	9	11
		2,9%	12,9%	7,9%
	Μέτρια	16	53	69
		23,2%	75,7%	49,6%
	Πολύ	0	7	7
0,0%		10,0%	5,0%	
Πάρα πολύ	0	0	0	
	0,0%	0,0%	0,0%	
		69	70	139
$\chi^2 = 79,369$, $df = 3$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 27: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.



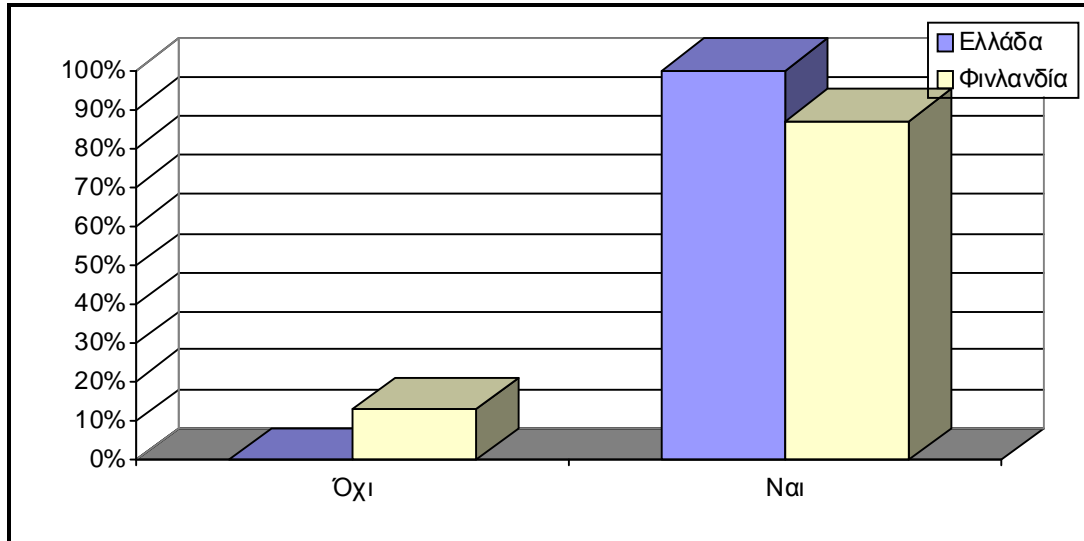
Όσον αφορά τις ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά και τεχνολογικό εξοπλισμό στο χώρο εργασίας των ερωτηθέντων υπήρξε πλήρης διαφοροποίηση των απαντήσεων αφού το 100,0% των Φιλανδών δήλωσε ότι δεν υπάρχουν τέτοιες ελλείψεις ενώ αντίθετα το 100,0% των Ελλήνων συναδέλφων τους δήλωσε ότι υπάρχουν.

Οι ερωτηθέντες Φιλανδοί θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (87,1%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 100,0% (Πίνακας 34, Σχήμα 28). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 9,486$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Πίνακας 34: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	0	9	9
		0,0%	12,9%	6,5%
	Ναι	69	61	130
		100,0%	87,1%	93,5%
		69	70	139
$\chi^2 = 9,486$, $df = 1$, $p < 0,01$				

Σχήμα 28: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.

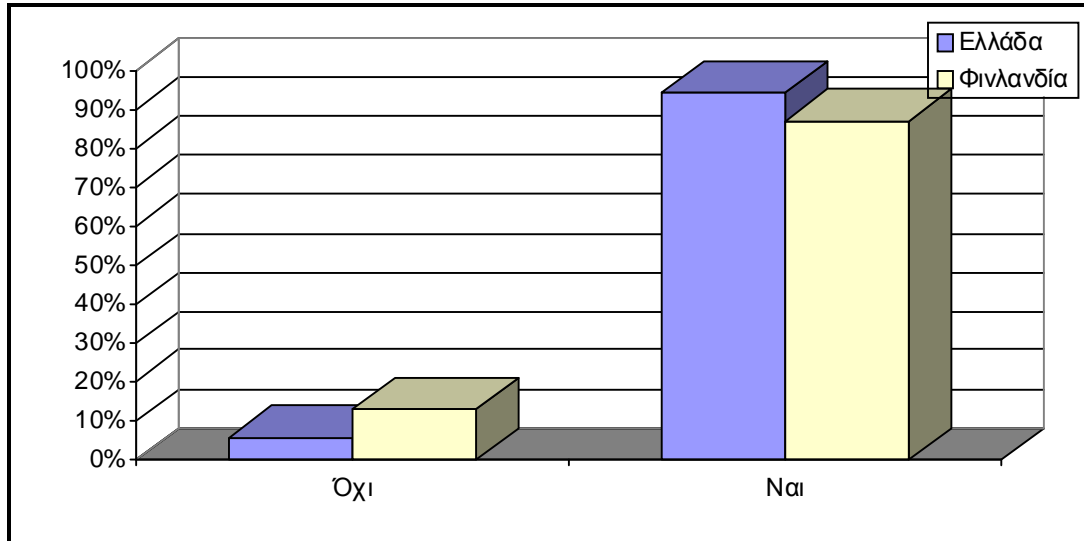


Σε παρόμοια υψηλά ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 87,1%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 94,2%) θεωρούν ότι υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους (Πίνακας 35, Σχήμα 29). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,043$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 35: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	4	9	13
		5,8%	12,9%	9,4%
	Ναι	65	61	126
		94,2%	87,1%	90,6%
		69	70	139
$\chi^2 = 2,043$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 29: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.

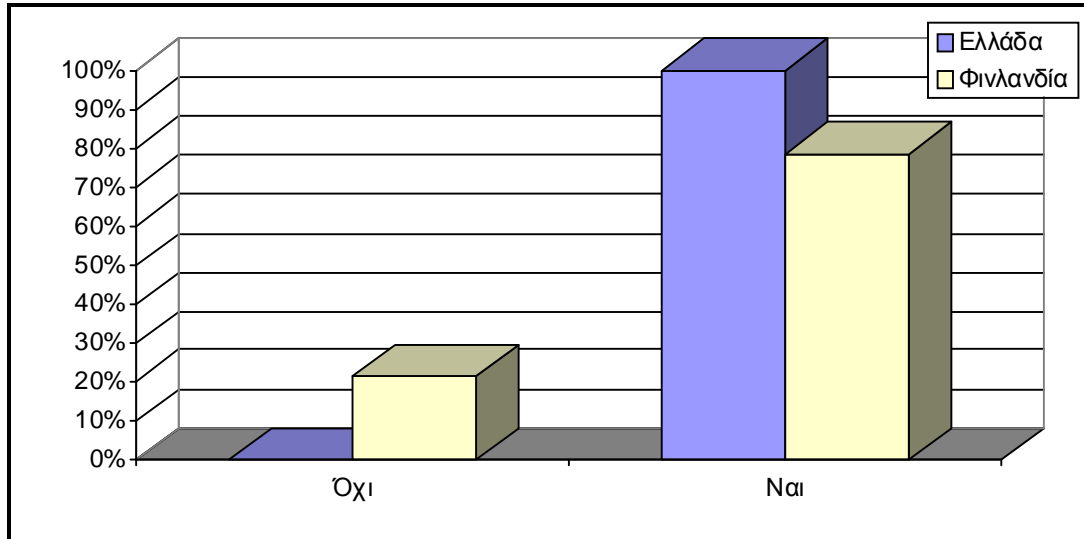


Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (78,6%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 100,0% (Πίνακας 36, Σχήμα 30). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 16,574$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 36: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	0	15	15
		0,0%	21,4%	10,8%
	Ναι	69	55	124
		100,0%	78,6%	89,2%
		69	70	139
$\chi^2 = 16,574$, $df = 1$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 30: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους.

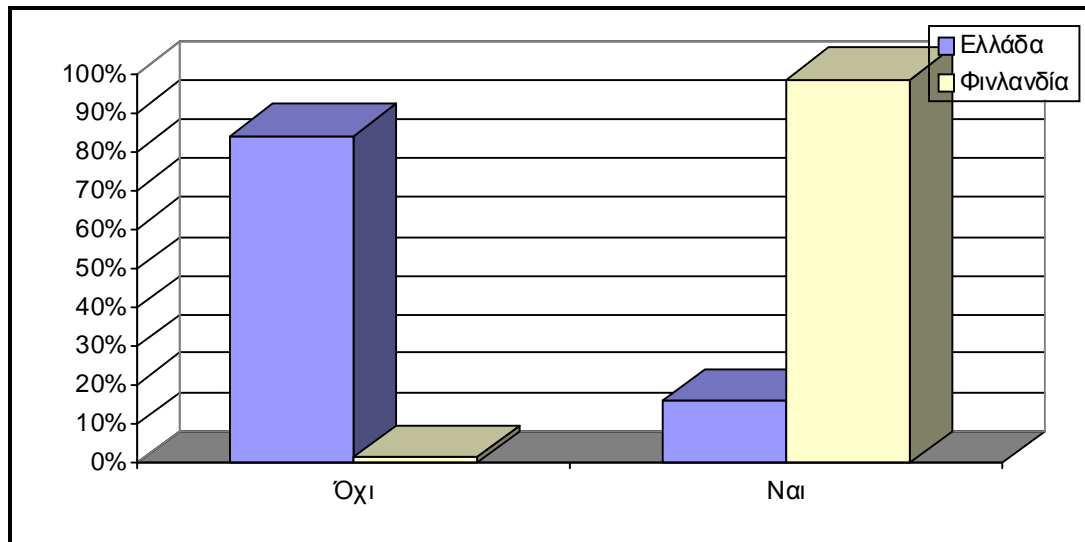


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων Φινλανδών (ποσοστό 98,6%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που δήλωσαν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 15,9% (Πίνακας 37, Σχήμα 31). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 97,116$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 37: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεστε;	Όχι	58	1	59
		84,1%	1,4%	42,4%
	Ναι	11	69	80
		15,9%	98,6%	57,6%
		69	70	139
$\chi^2 = 97,116$, $df = 1$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 31: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.



Ο μέσος όρος εβδομαδιαίας απασχόλησης των Ελλήνων ήταν 38,77 ώρες και η τυπική απόκλιση 3,47 ενώ για τους Φινλανδούς ήταν 36,74 και 4,93 αντίστοιχα (Πίνακας 38). Η διαφορά που παρατηρείται με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των Ελλήνων είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($t=2,795$, $df=137$, $p<0,01$) (Πίνακας 38).

Πίνακας 38: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και των μέσων ωρών εργασίας την εβδομάδα.

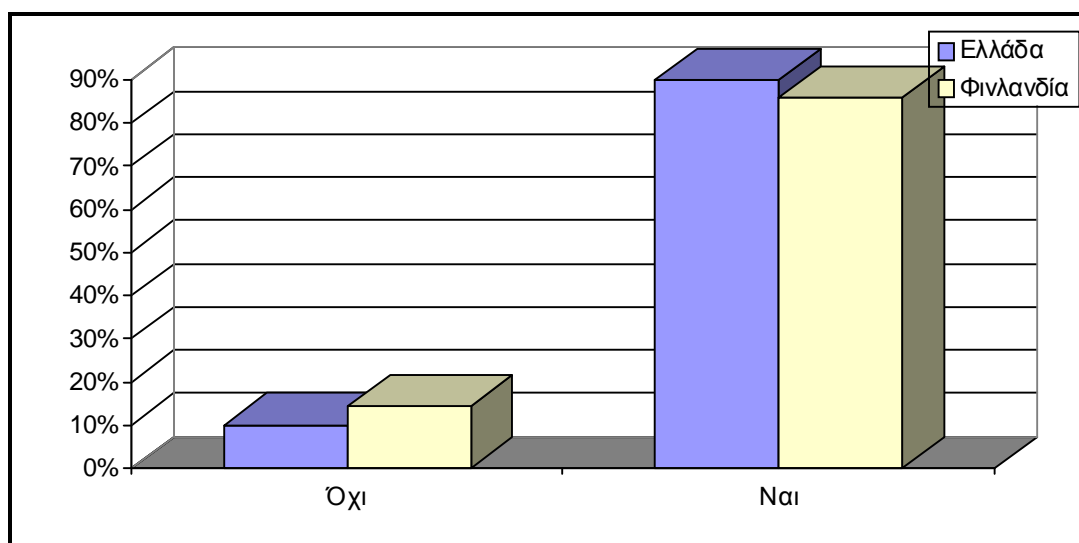
Χώρα προέλευσης	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	38,77	3,47	2,795	137	p<0,01
Φινλανδία	70	36,74	4,93			

Σε παρόμοια υψηλά ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 85,7%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 89,9%) δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο (Πίνακας 39, Σχήμα 32). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,555$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 39: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Δουλεύετε σε κυκλικό ωράριο;	Όχι	7	10	17
		10,1%	14,3%	12,2%
	Ναι	62	60	122
		89,9%	85,7%	87,8%
		69	70	139
$\chi^2 = 0,555, df = 1, NS$				

Σχήμα 32: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.

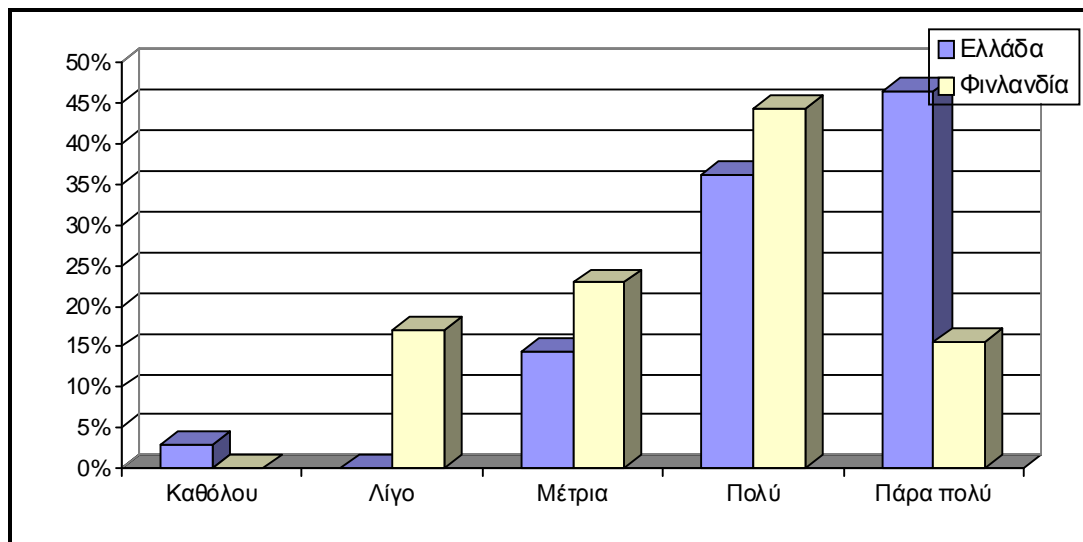


Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί πιστεύουν σε ποσοστό 60,0% «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή έναντι 82,6% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 40, Σχήμα 33). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 26,277, df = 4, p < 0,0001$).

Πίνακας 40: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του πόσο πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή;	Καθόλου	2	0	2
		2,9%	0,0%	1,4%
	Λίγο	0	12	12
		0,0%	17,1%	8,6%
	Μέτρια	10	16	26
		14,5%	22,9%	18,7%
	Πολύ	25	31	56
		36,2%	44,3%	40,3%
	Πάρα πολύ	32	11	43
		46,4%	15,7%	30,9%
		69	70	139
$\chi^2 = 26,277, df = 4, p < 0,0001$				

Σχήμα 33: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του πόσο πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.

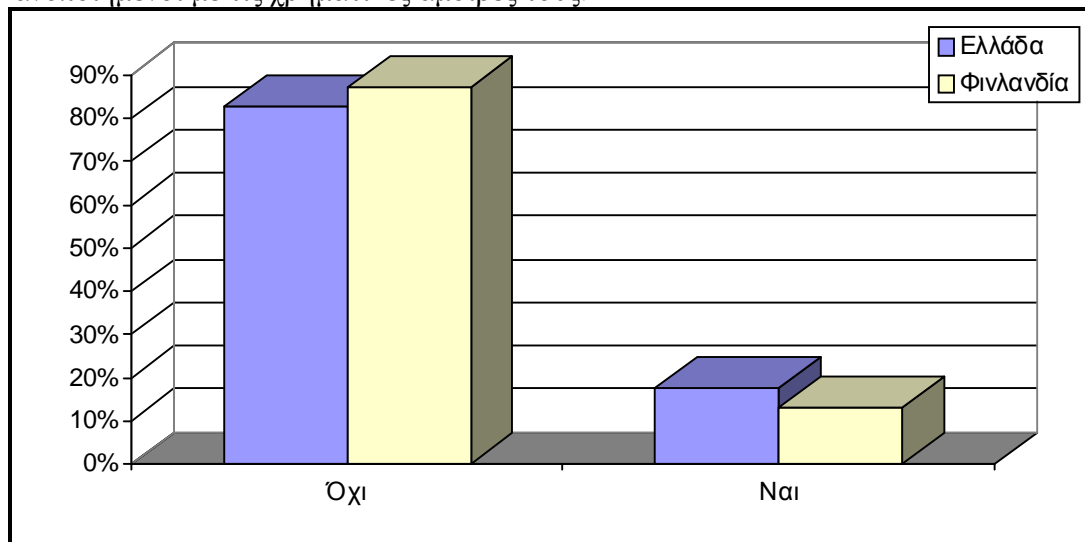


Σε παρόμοια υψηλά ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 87,1%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 82,6%) δεν είναι ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές τους (Πίνακας 41, Σχήμα 34). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,557$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 41: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Είστε ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές σας;	Όχι	57	61	118
		82,6%	87,1%	84,9%
	Ναι	12	9	21
		17,4%	12,9%	15,1%
		69	70	139
$\chi^2 = 0,557$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 34: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές τους.



Η μέση δύναμη των ατόμων φροντίδας στα τμήματα εργασίας των Ελλήνων ήταν 33,09 ώρες και η τυπική απόκλιση 10,27 ενώ για τους Φιλανδούς ήταν 45,71 και 8,09 αντίστοιχα (Πίνακας 42). Η διαφορά που παρατηρείται με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των Φιλανδών είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=-8,060$, $df=137$, $p<0,0001$) (Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και της μέσης δύναμης των ατόμων φροντίδας στο τμήμα εργασίας τους.

Χώρα προέλευσης	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	33,09	10,27	-8,060	137	p<0,0001
Φινλανδία	70	45,71	8,09			

Ο μέσος αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή στα τμήματα εργασίας των Ελλήνων ήταν 13,69 ώρες και η τυπική απόκλιση 7,11 ενώ για τους Φιλανδούς ήταν 5,10 και 1,65 αντίστοιχα (Πίνακας 43). Η διαφορά που παρατηρείται με (σχεδόν τριπλάσια) υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των Ελλήνων είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=10,146$, $df=137$, $p<0,0001$) (Πίνακας 43).

Πίνακας 43: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του μέσου αριθμού ασθενών ανά νοσηλευτή στο τμήμα εργασίας τους.

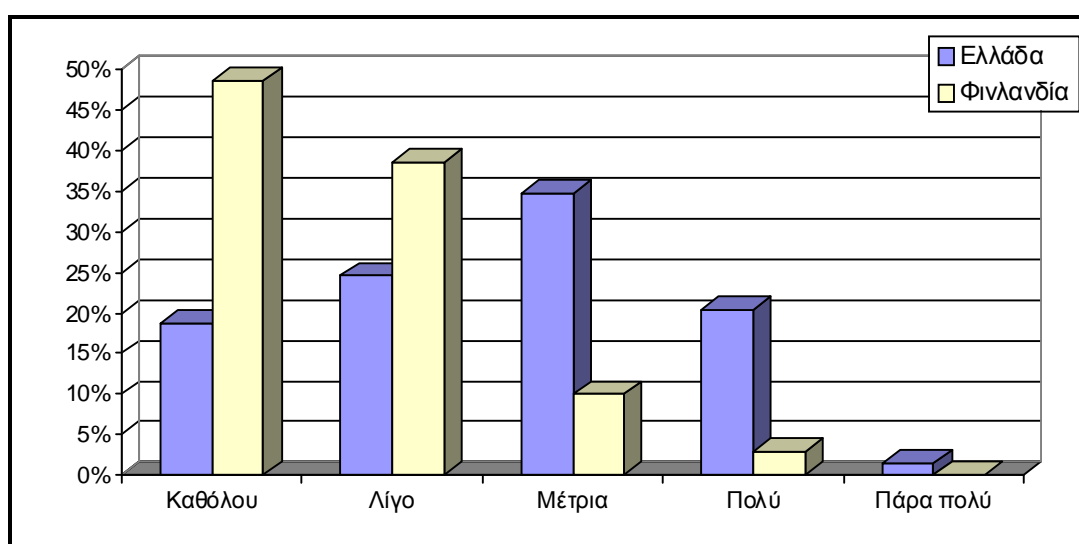
Χώρα προέλευσης	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	13,96	7,11	10,146	137	p<0,0001
Φινλανδία	70	5,10	1,65			

Οι ερωτηθέντες Φιλανδοί θεωρούν σε ποσοστό μόλις 2,9% «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται έναντι 21,7% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 44, Σχήμα 35). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 30,973$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 44: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.

		Χώρα προέλευσης			
		Ελλάδα	Φινλανδία		
Θεωρείτε ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζεστε;	Καθόλου	13	34	47	
		18,8%	48,6%	33,8%	
	Λίγο	17	27	44	
		24,6%	38,6%	31,7%	
	Μέτρια	24	7	31	
		34,8%	10,0%	22,3%	
	Πολύ	14	2	16	
		20,3%	2,9%	11,5%	
	Πάρα πολύ	1	0	1	
		1,4%	0,0%	,7%	
			69	70	139
	$\chi^2 = 30,973$, $df = 4$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 35: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.

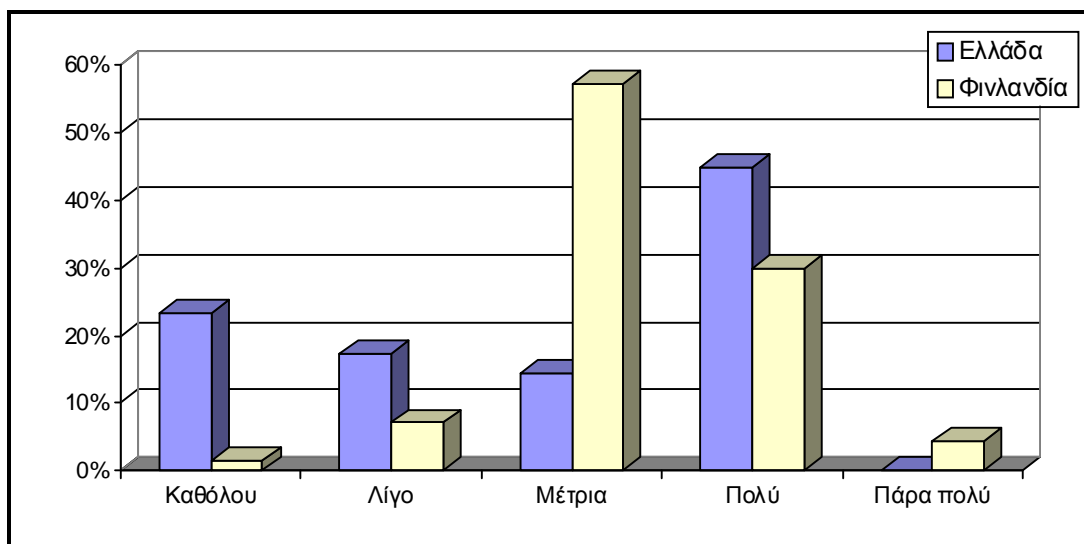


Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν περισσότερο ότι ο τομέας εργασίας τους δεν προάγει την κοινωνική αποδοχή αφού δηλώνουν σε ποσοστό 40,6% «καθόλου» και «λίγο» έναντι μόλις 8,5% των ερωτηθέντων Φινλανδών (Πίνακας 45, Σχήμα 36). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 39,036$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 45: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι ο τομέας εργασίας σας προάγει την κοινωνική αποδοχή;	Καθόλου	16	1	17
		23,2%	1,4%	12,2%
	Λίγο	12	5	17
		17,4%	7,1%	12,2%
	Μέτρια	10	40	50
		14,5%	57,1%	36,0%
	Πολύ	31	21	52
		44,9%	30,0%	37,4%
	Πάρα πολύ	0	3	3
		0,0%	4,3%	2,2%
		69	70	139
$\chi^2 = 39,036$, $df = 4$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 36: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.

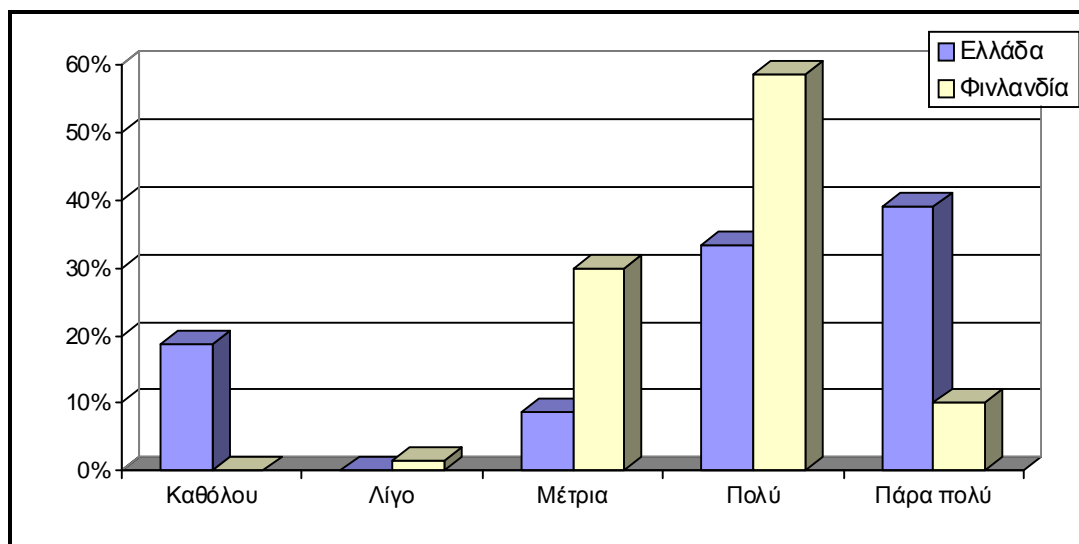


Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν περισσότερο ότι η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή αφού δηλώνουν σε ποσοστό 72,4% «πολύ» και «πάρα πολύ» έναντι 68,6% των ερωτηθέντων Φινλανδών (Πίνακας 46, Σχήμα 37). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 39,155$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 46: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή;	Καθόλου	13	0	13
		18,8%	0,0%	9,4%
	Λίγο	0	1	1
		0,0%	1,4%	,7%
	Μέτρια	6	21	27
		8,7%	30,0%	19,4%
	Πολύ	23	41	64
		33,3%	58,6%	46,0%
	Πάρα πολύ	27	7	34
		39,1%	10,0%	24,5%
		69	70	139
$\chi^2 = 39,155$, $df = 4$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 37: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή.

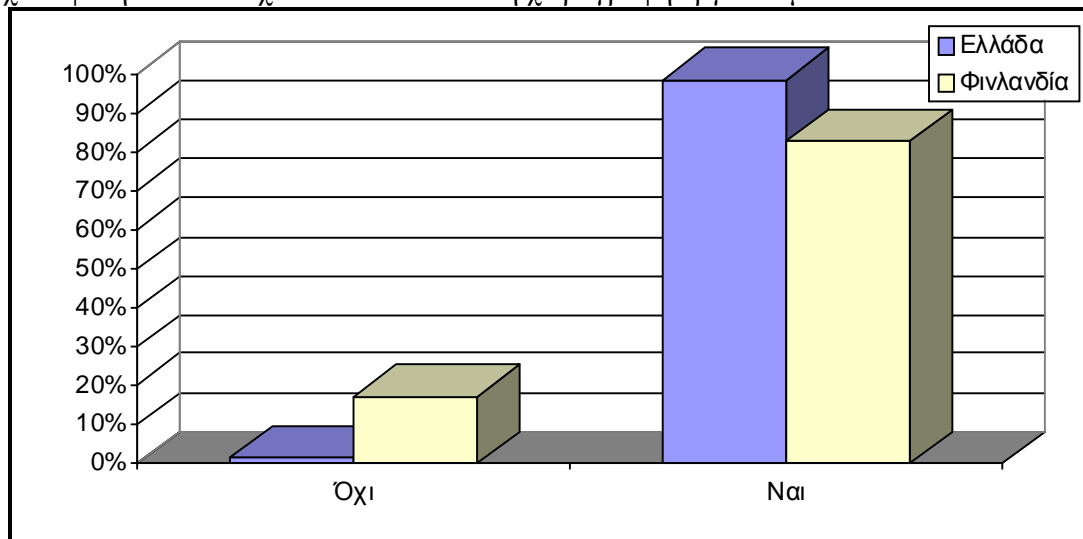


Οι ερωτηθέντες Φιλανδοί πιστεύουν σε υψηλό ποσοστό (82,9%) ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το πιστεύουν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 98,6% (Πίνακας 47, Σχήμα 38). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 10,095$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Πίνακας 47: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ;	Όχι	1	12	13
		1,4%	17,1%	9,4%
	Ναι	68	58	126
		98,6%	82,9%	90,6%
		69	70	139
$\chi^2 = 10,095$, $df = 1$, $p < 0,01$				

Σχήμα 38: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι έχει ωφελήσει όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ.

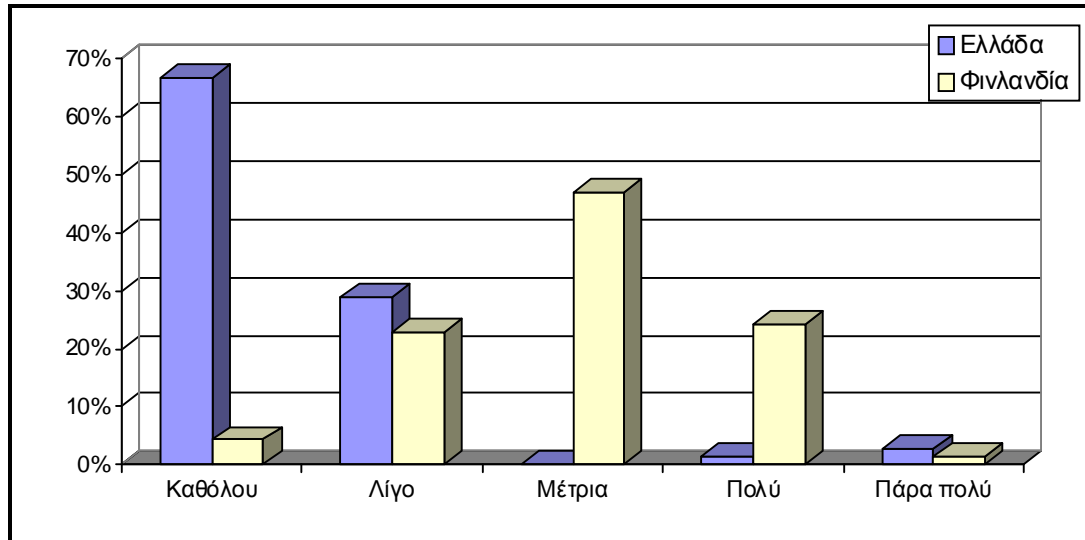


Οι ερωτηθέντες Φιλανδοί πιστεύουν περισσότερο ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας αφού δηλώνουν σε ποσοστό 25,7% «πολύ» και «πάρα πολύ» έναντι μόλις 4,3% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 48, Σχήμα 39). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 85,732$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 48: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι οι συνθήκες εργασίας σας και το αντικείμενό σας, ευνοούν τη συμμετοχή σας, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας;	Καθόλου	46	3	49
		66,7%	4,3%	35,3%
	Λίγο	20	16	36
		29,0%	22,9%	25,9%
	Μέτρια	0	33	33
		0,0%	47,1%	23,7%
	Πολύ	1	17	18
		1,4%	24,3%	12,9%
	Πάρα πολύ	2	1	3
		2,9%	1,4%	2,2%
		69	70	139
$\chi^2 = 85,732$, $df = 4$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 39: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.



Το μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου των ερωτηθέντων αναλώνεται σε παροχή φροντίδας ($79,23\% \pm 18,07\%$), ακολουθεί η ανάλωση περίπου ίδια κατά μέσο όρο σε εκπαίδευση ($9,00\% \pm 8,73\%$) και διοίκηση ($8,29\% \pm 15,13\%$) και τέλος η έρευνα ($3,55\% \pm 5,14\%$) όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

Όσον αφορά τις τέσσερις συνιστώσες ανάλωσης χρόνου τόσο οι Έλληνες ερωτηθέντες όσο και οι Φινλανδοί ακολουθούν περίπου τα ίδια ποσοστά ανάλωσης χωρίς οι μικρές διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές για καμία συνιστώσα (Πίνακας 49). Βέβαια οι Έλληνες αναλώνουν μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου τους σε παροχή φροντίδας ($81,32\% \pm 20,10\%$) έναντι των Φινλανδών ($77,17\% \pm 15,70\%$) ενώ οι Φινλανδοί ερωτηθέντες αναλώνουν μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου τους σε εκπαίδευση, διοίκηση και (ιδιαίτερα) έρευνα έναντι των Ελλήνων (Πίνακας 49).

Πίνακας 49: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του επί τοις εκατό (%) της ανάλωσης του χρόνου αυτών.

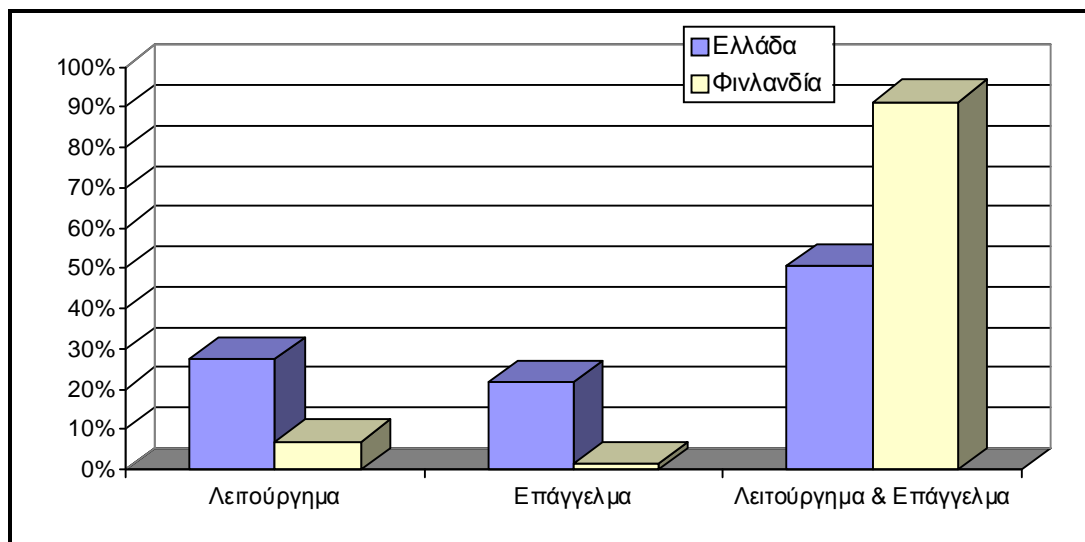
Χώρα προέλευσης	Διοίκηση					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	8,06	17,98	-0,138	137	NS
Φινλανδία	70	8,53	11,78			
Χώρα προέλευσης	Εκπαίδευση					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	7,81	8,72	-1,602	137	NS
Φινλανδία	70	10,17	8,65			
Χώρα προέλευσης	Έρευνα					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	2,96	5,86	-1,348	137	NS
Φινλανδία	70	4,13	4,27			
Χώρα προέλευσης	Παροχή φροντίδας					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	81,32	20,10	-1,357	137	NS
Φινλανδία	70	77,17	15,70			

Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί θεωρούν ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα είναι ξεκάθαρα και Λειτουργήμα και Επάγγελμα όπως δηλώνει το 91,4% αυτών έναντι 50,7% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 50, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 28,906$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 50: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και τι θεωρούν ότι είναι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Τι θεωρείτε ότι είναι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα;	Λειτουργήματα	19	5	24
		27,5%	7,1%	17,3%
	Επάγγελμα	15	1	16
		21,7%	1,4%	11,5%
	Λειτουργήματα & Επάγγελμα	35	64	99
		50,7%	91,4%	71,2%
		69	70	139
$\chi^2 = 28,906, df = 2, p < 0,0001$				

Σχήμα 40: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και τι θεωρούν ότι είναι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα.

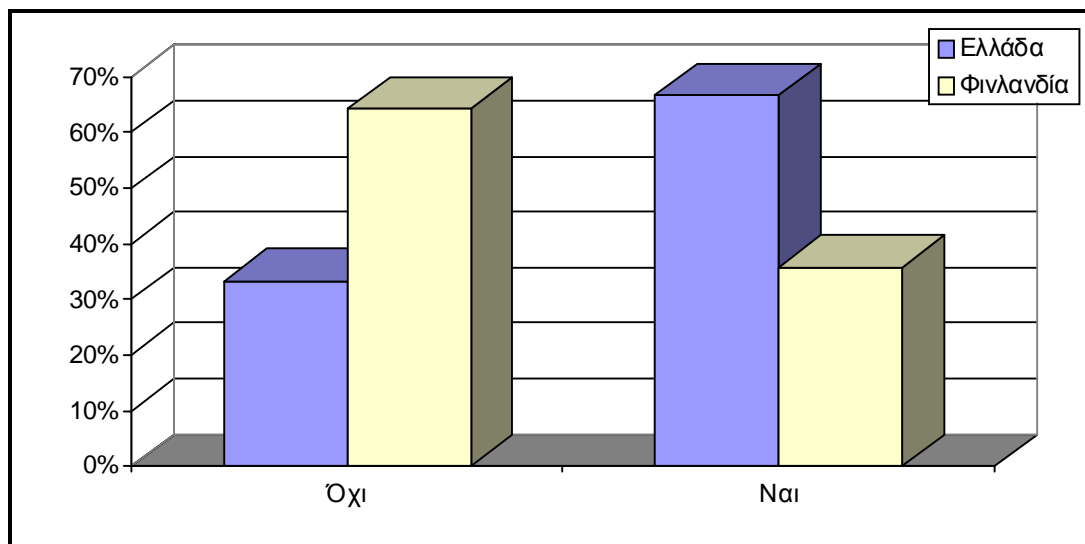


Το 66,7% των ερωτηθέντων Ελλήνων πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η μισθολογική αμοιβή έναντι των ερωτηθέντων Φινλανδών που το πιστεύουν σε ποσοστό 35,7% (Πίνακας 51, Σχήμα 41). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 13,322$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 51: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η μισθολογική αμοιβή.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η μισθολογική αμοιβή;	Όχι	23	45	68
		33,3%	64,3%	48,9%
	Ναι	46	25	71
		66,7%	35,7%	51,1%
		69	70	139
$\chi^2 = 13,322$, $df = 1$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 41: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η μισθολογική αμοιβή.

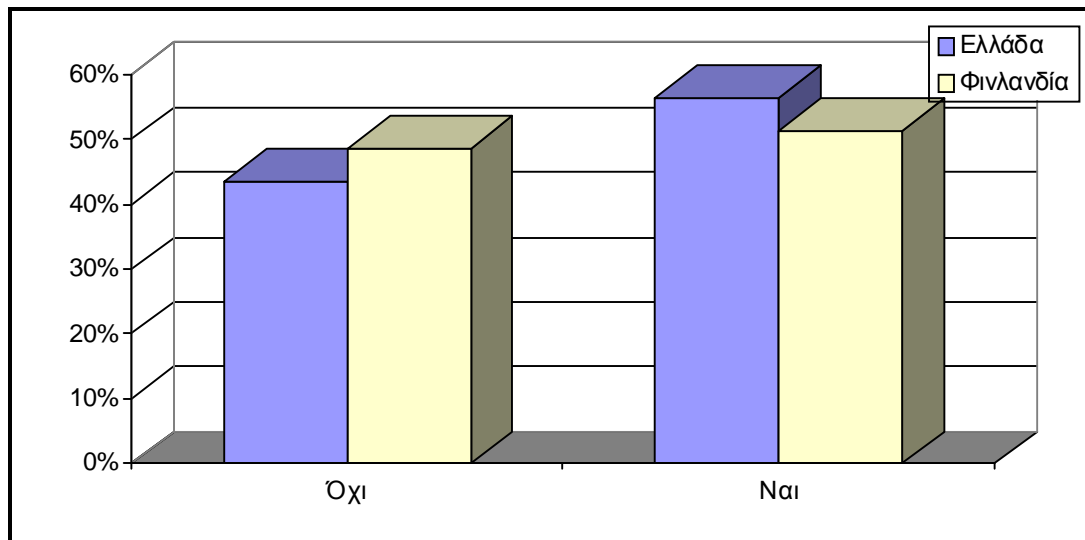


Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 51,4%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 56,5%) πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση (Πίνακας 52, Σχήμα 42). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,363$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 52: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση;	Όχι	30	34	64
		43,5%	48,6%	46,0%
	Ναι	39	36	75
		56,5%	51,4%	54,0%
		69	70	139
$\chi^2 = 0,363, df = 1, NS$				

Σχήμα 42: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση.

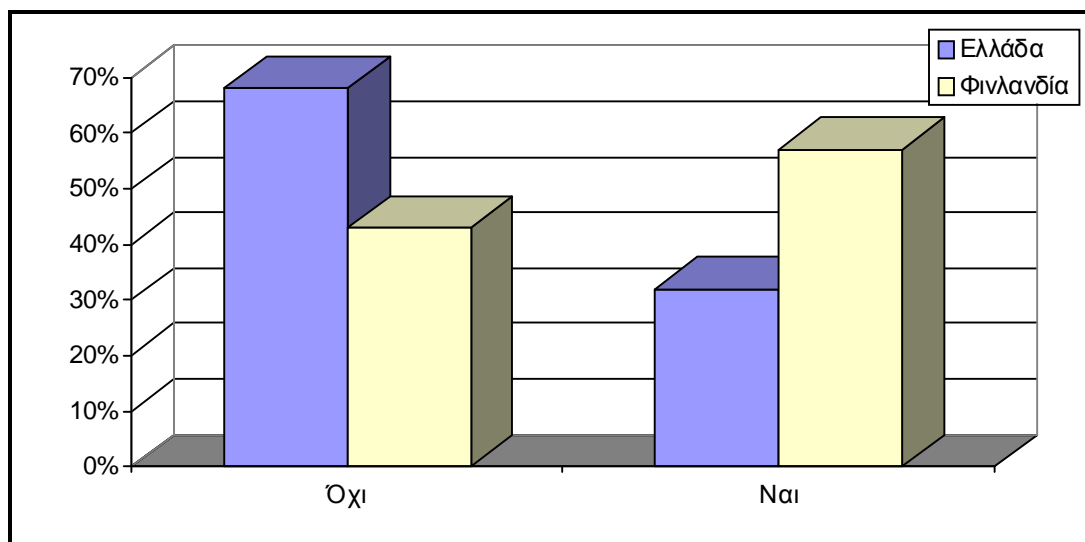


Το 57,1% των ερωτηθέντων Φινλανδών πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το πιστεύουν σε ποσοστό 31,9% (Πίνακας 53, Σχήμα 43). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 8,972$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Πίνακας 53: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης;	Όχι	47	30	77
		68,1%	42,9%	55,4%
	Ναι	22	40	62
		31,9%	57,1%	44,6%
		69	70	139
$\chi^2 = 8,972$, $df = 1$, $p < 0,01$				

Σχήμα 43: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης.

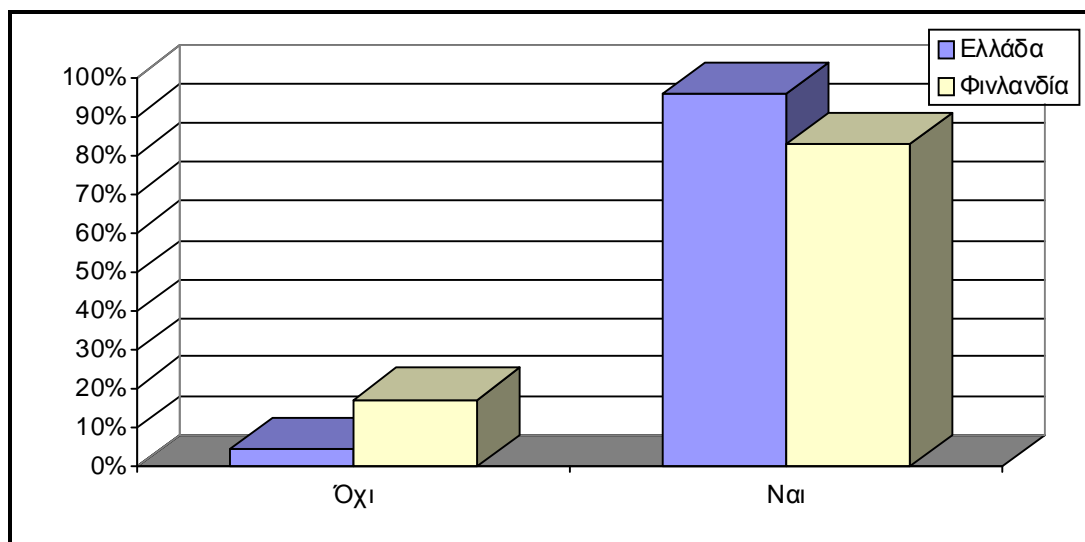


Οι ερωτηθέντες Φιλανδοί πιστεύουν σε υψηλό ποσοστό (82,9%) ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το πιστεύουν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 95,8% (Πίνακας 54, Σχήμα 44). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 5,909$, $df = 1$, $p < 0,05$).

Πίνακας 54: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση;	Όχι	3	12	15
		4,3%	17,1%	10,8%
	Ναι	66	58	124
		95,7%	82,9%	89,2%
		69	70	139
$\chi^2 = 5,909$, $df = 1$, $p < 0,05$				

Σχήμα 44: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση.

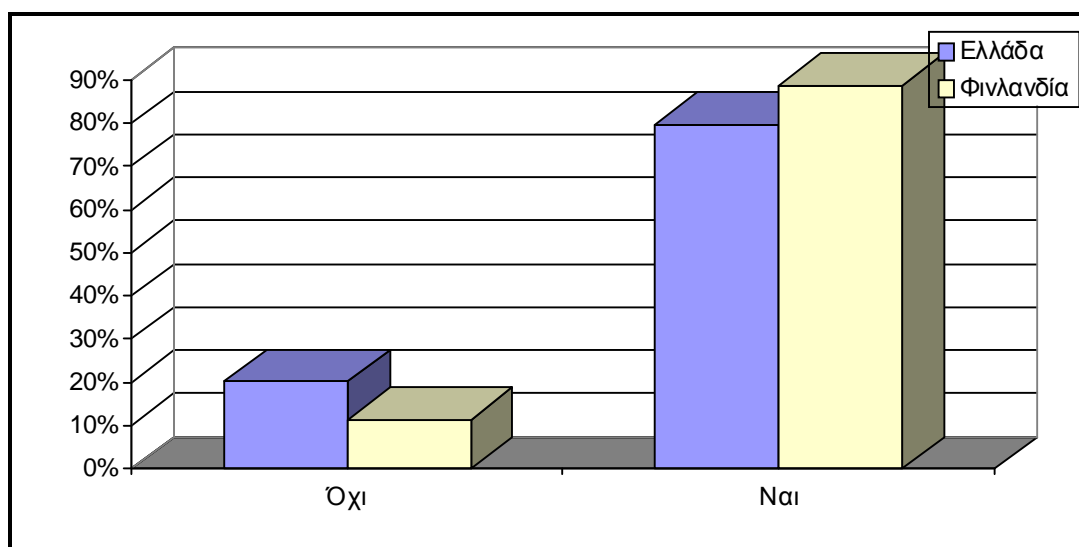


Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 88,6%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 79,7%) πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η ψυχολογική καταπόνηση (Πίνακας 55, Σχήμα 45). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,048$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 55: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η ψυχολογική καταπόνηση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η ψυχολογική καταπόνηση;	Όχι	14	8	22
		20,3%	11,4%	15,8%
	Ναι	55	62	117
		79,7%	88,6%	84,2%
		69	70	139
$\chi^2 = 2,048$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 45: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η ψυχολογική καταπόνηση.

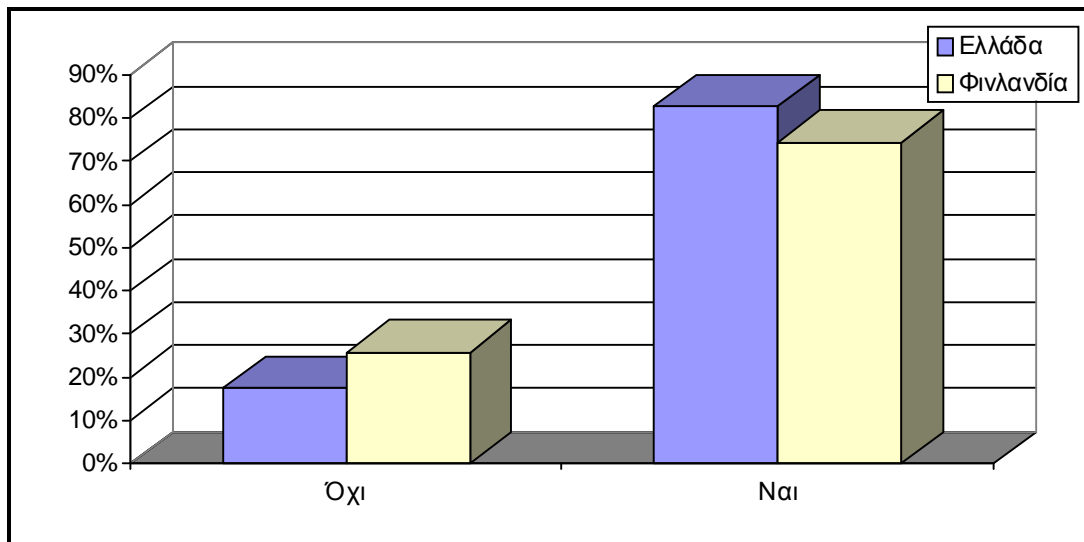


Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 74,3%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 82,6%) πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση (Πίνακας 56, Σχήμα 46). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 1,422$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 56: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση;	Όχι	12	18	30
		17,4%	25,7%	21,6%
	Ναι	57	52	109
		82,6%	74,3%	78,4%
		69	70	139
$\chi^2 = 1,422$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 46: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση.

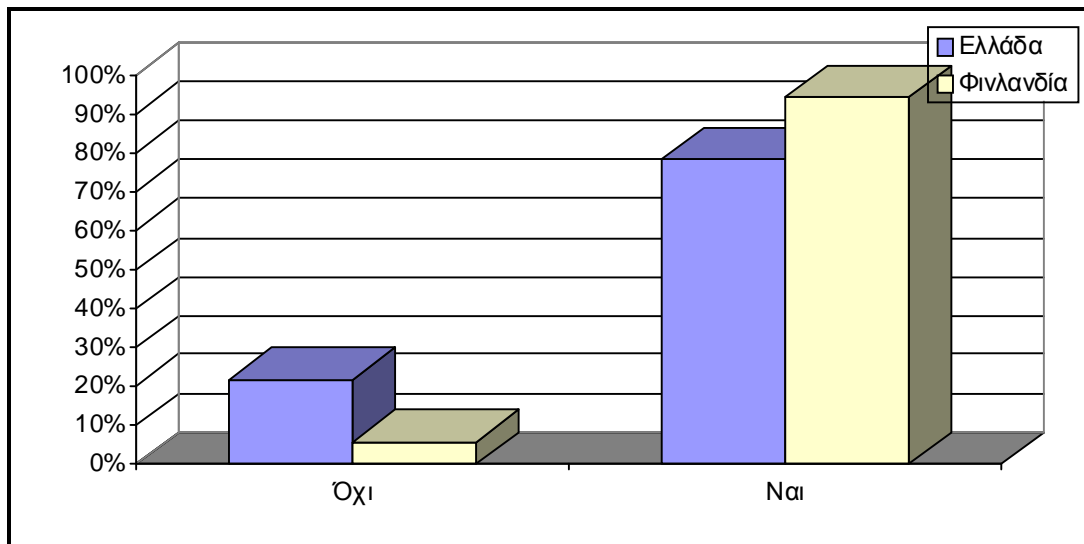


Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν σε υψηλό ποσοστό (78,3%) ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη έναντι των ερωτηθέντων Φινλανδών που το πιστεύουν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 94,3% (Πίνακας 57, Σχήμα 47). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 7,562$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Πίνακας 57: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη;	Όχι	15	4	19
		21,7%	5,7%	13,7%
	Ναι	54	66	120
		78,3%	94,3%	86,3%
		69	70	139
$\chi^2 = 7,562$, $df = 1$, $p < 0,01$				

Σχήμα 47: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη.

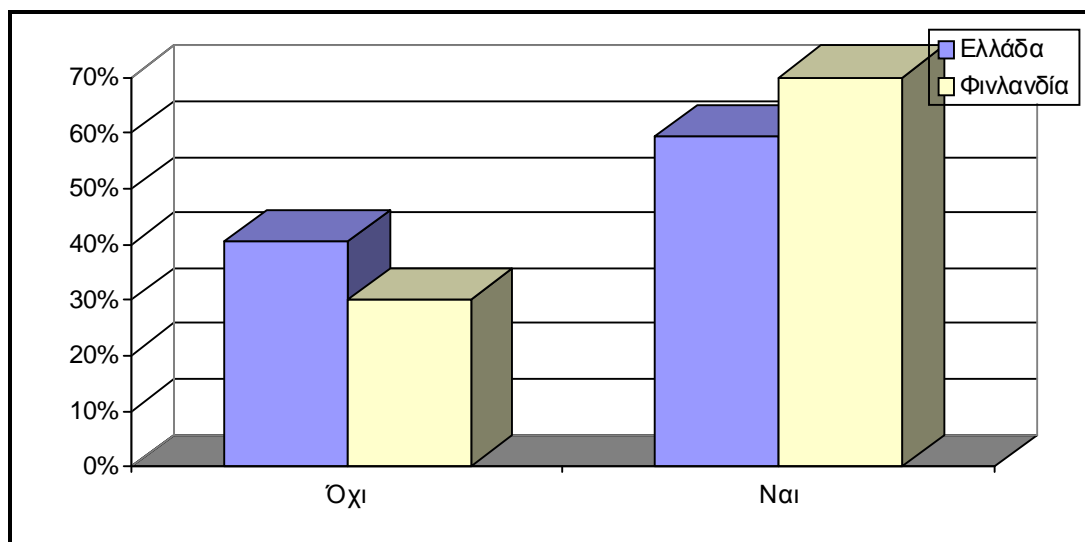


Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 70,0%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 59,4%) πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο (Πίνακας 58, Σχήμα 48). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 1,704$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 58: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο;	Όχι	28	21	49
		40,6%	30,0%	35,3%
	Ναι	41	49	90
		59,4%	70,0%	64,7%
		69	70	139
$\chi^2 = 1,704$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 48: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο.

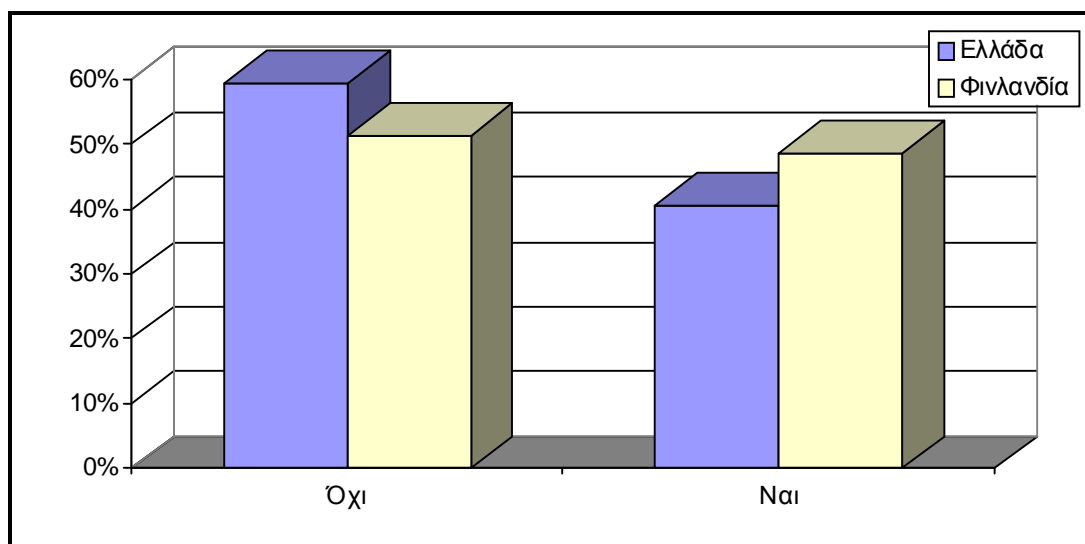


Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί (ποσοστό 59,4%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 51,4%) θεωρούν ότι δεν υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη Νοσηλευτική διεύθυνση (Πίνακας 59, Σχήμα 49). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,898$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 59: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη Νοσηλευτική διεύθυνση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Θεωρείτε ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων σας από τη Νοσηλευτική διεύθυνση;	Όχι	41	36	77
		59,4%	51,4%	55,4%
	Ναι	28	34	62
		40,6%	48,6%	44,6%
		69	70	139
$\chi^2 = 0,898$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 49: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη Νοσηλευτική διεύθυνση.

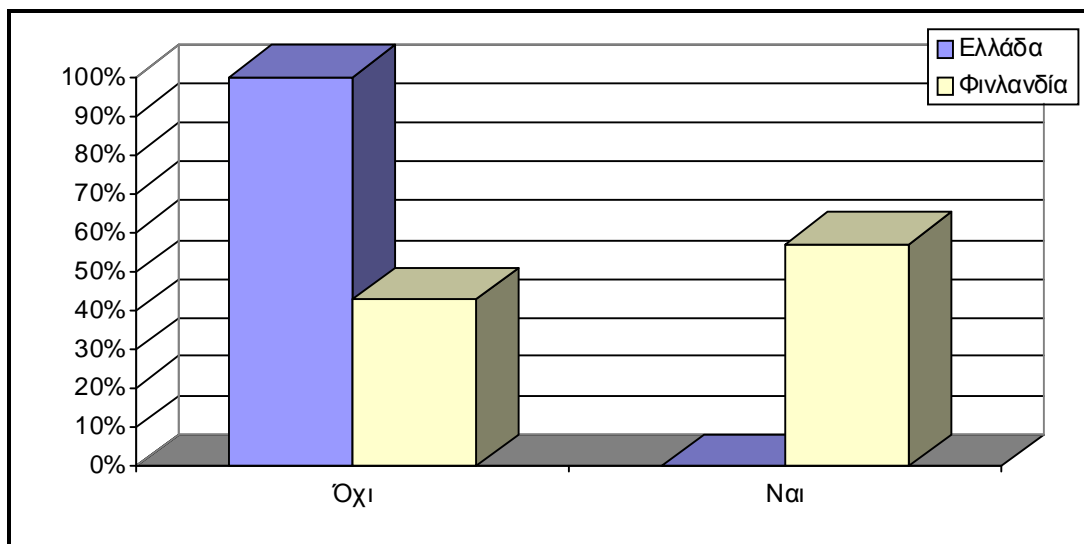


Το σύνολο (100,0%) των ερωτηθέντων Ελλήνων θεωρούν ότι δεν υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την Πολιτεία έναντι των ερωτηθέντων Φινλανδών που θεωρούν ότι δεν υπάρχει σε ποσοστό 42,9% (Πίνακας 60, Σχήμα 50). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 55,359$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 60: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την Πολιτεία.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Φινλανδία	
Θεωρείτε ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων σας από την Πολιτεία;	Όχι	69	30	99
		100,0%	42,9%	71,2%
	Ναι	0	40	40
		0,0%	57,1%	28,8%
		69	70	139
$\chi^2 = 55,359$, $df = 1$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 50: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την Πολιτεία.



Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα που πραγματεύεται το θέμα του νοσηλευτικού επαγγέλματος Ελλάδας – Φινλανδίας αντιμετωπίσαμε ιδιαίτερο πρόβλημα στη διεξαγωγή του ερωτηματολογίου με τους Φινλανδούς νοσηλευτές. Το πρόβλημα υπήρξε στο ότι δεν μπορούσαν να κατανοήσουν ακριβώς την αγγλική γλώσσα που ήταν γραμμένο το ερωτηματολόγιό τους και να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις αυτού.

Αρχικά θα θέλαμε να γνωστοποιήσουμε τον τόπο του ερευνητικού μας έργου που είναι η Πάτρα, στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου και στην ιδιωτική κλινική ‘Ολύμπιο’, το Αργίνιο, στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής και στην ιδιωτική κλινική ‘Κρικιλή’, τα Ιωάννινα, στο γενικό νοσοκομείο Χατζικώστα και το Tampere της Φινλανδίας στο νοσοκομείο ‘Tays’. Το δείγμα είναι τυχαίο και έχει πραγματοποιηθεί ποιοτική ανάλυση. Κύριος **στόχος** της έρευνάς μας είναι να εντοπίσουμε τις διαφορές και τις ομοιότητες του Ελληνικού και του Φινλανδικού νοσηλευτικού έργου ώστε να κοινοποιηθούν και να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα τα οποία θα καλυτερεύσουν το έργο των νοσηλευτών.

Το 80% του Ελληνικού δείγματος ήταν γυναίκες ενώ το 100% του Φινλανδικού δείγματος ήταν γυναίκες. Αυτό αναδεικνύει ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα προτιμάται περισσότερο από γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των Ελλήνων νοσηλευτών είναι 36 έτη και του Φινλανδικού 38 έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων η πρόσληψή τους φαίνεται να είναι άμεση καθώς οι περισσότεροι δουλεύουν αμέσως μετά την απόκτηση του εκάστοτε πτυχίου τους. Αυτό παρουσιάζεται και στις δύο χώρες αλλά πιο έντονα στη Φινλανδία.

Πέρασε ανεπιστρεπτί ο καιρός που το δημόσιο σύστημα υγείας ήταν κατά κανόνα στελεχωμένο από «πρακτικές». Τα αποτελέσματα του 29^{ου} πανελλήνιου νοσηλευτικού συνεδρίου απορρίπτουν αυτό το γεγονός καθώς αναφέρουν ότι το 75% του νοσηλευτικού δυναμικού στο ΕΣΥ έχει πτυχίο μέσης, ανώτερης ή ανώτατης, εκπαίδευσης.⁸⁴ Αναλυτικότερα, όλοι από τους ερωτηθέντες είχαν πτυχίο εκπαίδευσης και στην ερώτηση για την ιδιότητά τους ως νοσηλευτές ή ως βοηθοί νοσηλευτών το 60% του Ελληνικού δείγματος απάντησαν ότι έχουν ιδιότητα νοσηλευτή και το άλλο 40% βοηθό νοσηλευτή ενώ στη Φινλανδία τα αποτελέσματα ήταν 66,5% και 33,5% αντίστοιχα.. Μπορεί επίσης να συγκριθεί και με το επίπεδο εκπαίδευσης της κάθε χώρας. Στην Ελλάδα το 11,6% έχει τίτλο μέσης εκπαίδευσης που προέρχεται από την αποφοίτηση της μέσης εκπαίδευσής τους σε τμήμα που σχετίζεται με τη νοσηλευτική⁸⁵, το 27,5% έχει τίτλο ανώτερης εκπαίδευσης που είναι οι διετής σχολές μετά τη μέση εκπαίδευση και το υπόλοιπο 47,8% έχει τίτλο από ανώτερο τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα. Στο δείγμα μας είχε υπάρξει ποσοστό 13,0% με τίτλο πανεπιστημίου ενώ δεν υπήρξε άτομο με τίτλο μεταπτυχιακού. Αντίστοιχα στη Φινλανδία το 10,0% του δείγματος έχουν τίτλο ανώτερης εκπαίδευσης, το 28,6% τίτλο τεχνολογικού ιδρύματος και το 27,1% τίτλο πανεπιστημίου. Ποσοστό 32,9% από τους ερωτηθέντες έχει τίτλο μέσης εκπαίδευσης και ένας από αυτούς τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού.

Σημαντικά αποτελέσματα προκύπτουν και από την ερώτηση για το αν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά. Τα Ελληνικά ποσοστά είναι δυσάρεστα καθώς το 66,7% δηλώνει ότι δεν έχει καθόλου ευκαιρίες, το 14,5% δηλώνει ότι έχει λίγες

και μόλις το 18,8% δηλώνει ότι έχει μέτριο βαθμό ευκαιριών. Σύμφωνα με το διοικητικό συμβούλιο του Ε.Ε.Ν.Ε.Ε. αναφέρει θερμά ότι λειτουργούν αρκετά μεταπτυχιακά τα οποία δίνουν την ευκαιρία και τη δυνατότητα στους νοσηλευτές, αποφοίτους ΤΕΙ να τα παρακολουθήσουν υποδηλώνοντας ότι ο νόμος 2916/2001 συμπεριέλαβε τα ΤΕΙ στην ανώτερη εκπαίδευση δίνοντάς τους την ευκαιρία να οργανώσουν μεταπτυχιακά προγράμματα σε σύμπραξη με πανεπιστήμια.⁸⁵ Οι Φινλανδοί, σε αντίθεση, δεν απάντησε κανένας τους ότι δεν έχουν καθόλου ευκαιρίες, το 15,7% δηλώνει ότι έχει λίγες, το 32,9% μέτριες ενώ το ποσοστό του 50,0% δηλώνει ότι έχει πολλές ευκαιρίες σε μεταπτυχιακά και διδακτορικά. Το συμπέρασμα είναι ότι το Φινλανδικό σύστημα βοηθάει το νοσηλευτικό προσωπικό για περισσότερη γνώση του αντικειμένου τους περισσότερο από το Ελληνικό. Βέβαια, το γεγονός ότι οι Φινλανδοί έχουν περισσότερες ευκαιρίες δεν ανταποκρίνεται στην απάντηση για το αν κατέχουν τίτλο μεταπτυχιακού ή διδακτορικού.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης για το αν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα εκπαίδευσης νοσηλευτικής είναι ενδιαφέροντα καθώς υπήρξε πολύ σημαντική στατιστική διαφορά. Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αφού το 85,7% αυτών δήλωσαν «μέτρια» ικανοποιημένοι και το 12,9% «λίγο» ικανοποιημένοι έναντι 46,4% και επίσης 46,4% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων.

Οι Έλληνες νοσηλευτές αναρωτιούνται πώς να είναι ικανοποιημένοι όταν με την εργασία που προσφέρουν αμείβονται με μισθούς μη ικανοποιητικούς ή όταν καταστρατηγούνται τα συνταγματικά κατοχυρωμένα εργασιακά τους καθήκοντα (κατάργηση πενθήμερου, νυχτερινή εργασία, κατάργηση της δωδεκάωρης ενδιάμεσης ξεκούρασης μεταξύ δύο βαρδιών).¹⁸ Επικυρώνει αυτά τα αποτελέσματα και η παρούσα έρευνα της πτυχιακής εργασίας υποστηρίζοντας ότι το 23,2% των Ελλήνων νοσηλευτών απάντησαν ότι είναι «μέτρια» και «πολύ» ευχαριστημένοι ενώ το 76,8% «λίγο» και «καθόλου» έναντι 85,7% και 14,3% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Φινλανδών.

Το παραπάνω συμπέρασμα μπορεί να αιτιολογηθεί και με βάσει των απαντήσεων τους στις παρακάτω ελλείψεις των νοσοκομείων τους. Όσον αφορά τις ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά και τεχνολογικό εξοπλισμό στο χώρο εργασίας των ερωτηθέντων υπήρξε πλήρης διαφοροποίηση των απαντήσεων αφού το 100,0% των Φινλανδών δήλωσε ότι δεν υπάρχουν τέτοιες ελλείψεις ενώ αντίθετα το 100,0% των Ελλήνων συναδέλφων τους δήλωσε ότι υπάρχουν. Σε παρόμοια υψηλά ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Φινλανδοί με ποσοστό 87,1% όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες με 94,2% θεωρούν ότι υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους. Επίσης, οι Φινλανδοί θεωρούν σε υψηλό ποσοστό 78,6% ότι υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε, ακόμα υψηλότερο, ποσοστό 100,0% καθώς και υψηλά ποσοστά της τάξεως των 87,1% για τους Φινλανδούς και 100% για τους Έλληνες δηλώνουν τις ελλείψεις σε νοσηλευτές.^{87.88}

Παρόμοια ποσοστά ανέδειξε και η έρευνα ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης με θέμα οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού με ποσοστό 78,7% για τα ελλιπή μέσα και υλικά.⁸⁶ Πολλοί παράγοντες, επίσης, του νοσηλευτικού επαγγέλματος ασχολούνται με τις ελλείψεις στα νοσοκομεία και γενικά στο σύστημα υγείας προσπαθώντας να ομαλοποιήσουν και να καλυτερεύσουν το σημερινό ελληνικό σύστημα.^{89.90.91}

Από τις μεγάλες ελλείψεις που θεωρούν οι Έλληνες ότι υπάρχουν στα νοσοκομεία τους αιτιολογείται και η απάντηση ότι μόλις το 15,9% του προσωπικού του θεωρεί ότι

είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας στο ίδρυμα που εργάζονται έναντι οι Φινλανδοί το 98,6% είναι ικανοποιημένοι. Αρκετά δύσκολο είναι για τους Έλληνες νοσηλευτές να ικανοποιούνται με το επάγγελμά τους καθώς βάση της έρευνας του ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης το 94,4% του προσωπικού ξεπερνούν καθημερινά τις ανθρώπινες αντοχές τους.⁸⁶ Εξουθενώνονται σωματικά, πνευματικά και κατακερματίζονται συναισθηματικά.¹⁸

Ο μέσος όρος των δειγμάτων και των δύο χωρών απάντησαν ότι το 87,8% του πληθυσμού τους δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο. Το αποτέλεσμα συνδέεται άμεσα με την ερώτηση για τη δυσκολία της ζωής του νοσηλευτή βάσει του κυκλικού ωραρίου.¹⁸ Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.^{92,93} Οι ερωτηθέντες Φινλανδοί πιστεύουν σε ποσοστό 60,0% «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή έναντι 82,6% των ερωτηθέντων Ελλήνων. Επίσης δυσαρεστημένοι φαίνονται να είναι οι νοσηλευτές και στις δύο χώρες από τις χρηματικές αμοιβές καθώς ο μέσος όρος αυτών φτάνει το 84,6%. Στις χώρες της Ε.Ε. η νοσηλευτική είναι ένας από τους επαγγελματικούς κλάδους με τις καλύτερες αποδοχές και ασφάλιση ενώ η Ελλάδα είναι από τα πιο κακοπληρωμένα επαγγέλματα, ενώ ασφαλιστικά στο δημόσιο δεν αναγνωρίζεται το ανθυγιεινό της εργασίας.¹⁸

Αξιόλογες είναι και οι αναλύσεις των παρακάτω αποτελεσμάτων. Διαπιστώνεται ότι η δύναμη των ατόμων φροντίδας στα τμήματα της Φινλανδίας είναι μεγαλύτερη της Ελλάδας καθώς ο μέσος αριθμός κρεβατιών ανέρχεται στα 46 και της Ελλάδας στα 33 κρεβάτια. Σημαντικό στοιχείο σύγκρισης είναι ο αριθμός των ασθενών σε κάθε νοσηλευτή. Τα Φινλανδικά αποτελέσματα ανέδειξαν ότι σε κάθε νοσηλευτή τους αντιστοιχούν 4,71 ασθενείς μέσο όρο και ο μέγιστος αριθμός ασθενών είναι 5. Για τα Ελληνικά αποτελέσματα ο μέσος όρος είναι 14 ασθενείς για κάθε νοσηλευτή και ο μέγιστος είναι 30. Το συγκεκριμένο νούμερο διαπιστώθηκε σε ιδιωτικό νοσοκομείο και οι ίδιοι οι νοσηλευτές μας παρότρυναν να το τονίσουμε. Το γεγονός αυτό είναι λυπηρό αν αναλογιστεί κανείς ότι από το νόμος ο μέγιστος αριθμός φροντίδας του κάθε νοσηλευτή είναι 5 ασθενείς.⁹³ επικυρώνονται τα αποτελέσματα της έρευνας αναφέροντας ότι και στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. η αναλογία νοσηλευτών είναι 7,96 ανά 1000 κατοίκους. Στην Πορτογαλία μία χώρα με παρόμοιους οικονομικούς δείκτες με την Ελλάδα η αναλογία είναι 3,47 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Στην Ελλάδα η αντίστοιχη αναλογία είναι 1,35 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους ενώ στην Φινλανδία το εντυπωσιακό ποσοστό 20,96 ανά 1000.¹⁶ Ένα μεγάλο πρόβλημα που διαπιστώνεται από την αναλογία των νοσηλευτών προς ασθενείς είναι τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων. Συγκεκριμένα, ένα από τα αποτελέσματα της μελέτης που δημοσιεύτηκε στο έγκριτο επιστημονικό έντυπο «British Medical Journal» στις 12 Μαρτίου του 2009 είναι ότι ο φόρτος εργασίας και η κοΰραση συμβάλουν στο 32% των νοσηλευτικών λαθών.¹⁷

Στην ερώτηση κατά πόσο η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή δηλώνουν σε ποσοστό 72,4% «πολύ» και «πάρα πολύ» έναντι 68,6% των ερωτηθέντων Φινλανδών. Θέλουμε να τονίσουμε ο γεγονός ότι μόνο το 13,3% των Ελληνικών τμημάτων επανδρώνονται με Η/Υ και αυτοί είναι καθαρά στην λειτουργία των προϊσταμένων. Θα θέλαμε να γνωστοποιήσουμε ότι σε όλους τους νοσηλευτές παρέχεται η χρήση αυτών με το δικό τους Η/Υ όχι μόνο για τις αρμοδιότητες της κλινικής αλλά και για προσωπική χρήση. Επίσης το 98,6% του Ελληνικού δείγματος απάντησε ότι πιστεύει

ότι όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ έχει ωφελήσει και στην Φινλανδία το 82,9% θεωρεί ότι έχουν ωφελήσει

Το δίκτυο της έρευνας έχει σκοπό να δώσει τη δυνατότητα ανάπτυξης της έρευνας σε όλους τους νοσηλευτές, υποστηρίζοντας κάθε ερευνητική προσπάθεια. Οι απαντήσεις της ερώτησης κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας και το αντικείμενο του κάθε νοσηλευτή ευνοεί τη συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας αναφέροντας ότι το 4,3% των Ελλήνων απάντησε «πολύ» και «πάρα πολύ» έναντι του 25,7% των Φινλανδών τονίζοντας την έλλειψη χρόνου από τον αυξημένο αριθμό ασθενών προς κάθε νοσηλευτή.^{16.17}

Η εκπαίδευση και η έρευνα αποτελούν τους δύο πόλους οι οποίοι συνθέτουν τη φυσιογνωμία της κάθε επιστήμης⁸⁵. Αναγκαίο, βεβαία, είναι και το διοικητικό έργο με σημαντικά καθήκοντα και ευθύνες σε όλα τα θέματα και τους τομείς του συστήματος.⁸³ Ακόμα, η κύρια μέριμνα των νοσηλευτών είναι η παροχή φροντίδας στον ασθενή.^{16.17} Οι απαντήσεις των νοσηλευτών στο ερώτημα πόσο τοις εκατό του χρόνου σας αναλώνετε στα παρακάτω θέματα ήταν Έλληνες για διοίκηση 8,06%, για εκπαίδευση 7,81%, για έρευνα 2,96% και για παροχή φροντίδας 81,32%. Όσο για τους Φινλανδούς απάντησαν διοίκηση 8,53%, εκπαίδευση 10,17%, έρευνα 4,13% και παροχή φροντίδας 77,17%. Διαπιστώνεται ότι και στις δύο χώρες καταναλώνεται περισσότερος χρόνος στην παροχή φροντίδας παρά στα υπόλοιπα καθήκοντά τους.

Η Florence Nightingale, η πρώτη νοσηλεύτρια, έθεσε τις βάσεις της σύγχρονης Επιστημονικής Νοσηλευτικής και κατέστησε το Νοσηλευτικό έργο κοινωνικό λειτούργημα.¹⁸ Επίσης το νοσηλευτικό επάγγελμα δίκαια θεωρείται πάνω από όλα λειτούργημα με βασικές συνιστώσες τη συγκινησιακή αφοσίωση, τη μεγάλη ανθρωπιά και τη προσφορά αγάπης.^{83.86.93} Σύμφωνα με την έρευνα το ποσοστό του 50,7% του Ελληνικού νοσηλευτικού προσωπικού θεωρεί ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα πράττει ταυτόχρονα λειτούργημα και επάγγελμα, το 27,5% μόνο λειτούργημα και το άλλο 21,7% μόνο επάγγελμα. Και για τους Φινλανδούς το 91,4% απάντησε ότι πράττει λειτούργημα και επάγγελμα και το υπόλοιπο 1,4% μόνο επάγγελμα ενώ την απάντηση μόνο λειτούργημα το 7,1%.

Η Florence Nightingale οραματίστηκε τη νοσηλευτική ως μία επιστήμη με ανεκτίμητη συνεισφορά στην κοινωνία.¹⁶ Όμως, βάση του 29^{ου} νοσηλευτικού συνεδρίου, δηλώνεται ότι η Ελλάδα είναι μία κοινωνία που θεωρεί ακόμα το νοσηλευτικό επάγγελμα χαμηλού κοινωνικού κόστους, σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Σουηδία, Φινλανδία).⁸³ Δυσανάλογα βγαίνουν τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν περισσότερο ότι ο τομέας εργασίας τους δεν προάγει την κοινωνική αποδοχή αφού δηλώνουν σε ποσοστό 40,6% «καθόλου» και «λίγο» έναντι μόλις 8,5% των ερωτηθέντων Φινλανδών.

Ρωτήσαμε τους νοσηλευτές για τα κίνητρα προσέλκυσης του επαγγέλματός τους και οι απαντήσεις ήταν οι εξής: οι Έλληνες απάντησαν ναι στο κίνητρο της μισθολογικής αμοιβής το 66,7% για τη κοινωνική καταξίωση ναι το 56,5% ,για την αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης ναι το 31,9% και όσο για τη σίγουρη απασχόληση ναι το 95,7%. Για τους Φινλανδούς και για τη μισθολογική αμοιβή ναι το 35,7%, για την κοινωνική καταξίωση ναι το 51,4%, για αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης ναι το 57,1% και για τη σίγουρη απασχόληση ως κίνητρο ναι το 82,9%.

Έπειτα ρωτήσαμε για τους λόγους απομάκρυνσης από το επάγγελμα. Το 79,7% των Ελλήνων νοσηλευτών απάντησαν ότι είναι απομάκρυνσης η ψυχολογική καταπόνηση, το

82,6% λόγω της σωματικής καταπόνησης το 78,3% εξαιτίας της μεγάλης ευθύνης και 59,4% για το κυκλικό ωράριο.^{18,92}

Οι Φινλανδοί απάντησαν 88,6% ναι για την ψυχολογική καταπόνηση, το 74,3% ναι για τη σωματική καταπόνηση, το 94,3% ναι για τη μεγάλη ευθύνη και 70% ναι για το κυκλικό ωράριο.

Τέλος, καταγράψαμε τις απαντήσεις τους για το αν υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων από τη νοσηλευτική διεύθυνση, οι Έλληνες απάντησαν όχι το 59,4% και οι Φινλανδοί 51,4% όχι και κατανόηση από τη πολιτεία 100% οι Έλληνες απάντησαν όχι και από τους Φινλανδούς το 42,9%. Μπορεί να αιτιολογηθεί αυτό το αποτέλεσμα αν συγκριθεί με έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών για τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ε.Ε. κατατάσσοντας τη Φινλανδία στις υψηλότερες θέσεις μαζί Γαλλία, Γερμανία, Ολλανδία με ποσοστό 7-7,5%, ενώ την Ελλάδα στην χαμηλότερη θέση με ποσοστό 3,2%.⁹¹

Το **αποτέλεσμα** της έρευνας αυτής είναι ότι ανεξάρτητα από τις ελλείψεις και τα προβλήματα που επικρατούν, οι νοσηλευτές και στις δύο χώρες είναι πρόθυμοι να κατατάξουν τη νοσηλευτική ως μία από τις σημαντικότερες επιστήμες αρκεί να τους δοθούν κίνητρα. Ακόμη, αυτή η μελέτη στηρίχθηκε στις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας και νοοτροπίας των δύο χωρών. Μελλοντικά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα αυτής για την ομαλότερη και λειτουργικότερη πορεία της νοσηλευτικής επιστήμης.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

1. Η εκπαίδευση της Νοσηλευτικής επιστήμης πρέπει να εδραιωθεί με κατάλληλο εξοπλισμό εργαστηρίων καθώς και με καθηγητές που γνωρίζουν καλά το αντικείμενο αυτό.
2. Η κλινική και πρακτική άσκηση θα ωφελούσε για τους φοιτητές αν η εργασία τους δεν διαφοροποιούταν από αυτή των μόνιμων νοσηλευτών.
3. Να δίνεται η ευκαιρία μεταπτυχιακών και η δυνατότητα ειδικοτήτων χωρίς να υπάρχει αναμονή και δυσκολία διεκπαιρέωσής τους.
4. Να δίνονται κίνητρα δια βίου μάθησης.
5. Να διοριστούν οι απαιτούμενοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών για την ομαλότερη λειτουργία του έργου τους.
6. Διευθέτηση των αρμοδιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού και των βοηθών ώστε να οροθετείται η εργασία του καθενός.
7. Προτροπή των νοσηλευτών και των βοηθών για παρακολούθηση σεμιναρίων με χορήγηση άδειας και μοριοδότηση αυτών.
8. Η τοποθέτηση νοσηλευτών με ειδικότητες σε αντίστοιχα τμήματα και μόνο εφόσον υπάρχει μεγαλύτερη εξειδίκευση.
9. Μείωση των ελλείψεων σε αναλώσιμα υλικά, τεχνολογικό εξοπλισμό, και σε προσωπικό.
10. Αυξηση των χρηματικών αποδοχών
11. Χορήγηση κατάλληλου εξοπλισμού με βάση τις ανάγκες του εκάστοτε τμήματος.
12. Διανομή Η/Υ σε όλα τα τμήματα για τη μείωση του χρόνου αρχειοθέτησης και διευκόλυνση των ασθενών με προβλήματα γραφειοκρατίας.
13. Ύπαρξη ενός συγκεκριμένου λογισμικού προγράμματος με βάση την αντικατάσταση γραπτής λογοδοσίας και την επικοινωνία ιατρών – νοσηλευτών για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά.
14. Όλοι οι φορείς που ασχολούνται με την οργάνωση και την διοίκηση των διάφορων νοσοκομείων, πρέπει να φροντίσουν το προσωπικό έτσι που να του παρέχονται ευκολίες, όπως χώρους προσωπικού για ξεκούραση, αποδυτήρια, καφετερίες, και τραπεζαρίες με καλό φαγητό.
15. Τα άτομα που ασχολούνται με τα προγράμματα τήρησης βάρδιας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλες τις παραμέτρους που αφορούν το προσωπικό(ηλικία, θέση, υγεία, οικογενειακούς παράγοντες ,ψυχολογικούς κ.τ.λ).
16. Πρέπει να γίνουν επαναξιολογήσεις έτσι ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες, να προάγουν την υγεία και την ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και την διασφάλιση της ποιότητας νοσηλείας και των ασθενών.
17. Να γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες κατανόησης των προβλημάτων από τη νοσηλευτική διεύθυνση και από την πολιτεία.
18. Η επιβράβευση των πράξεων του νοσηλευτικού προσωπικού από την πολιτεία για τόνωση του ηθικού και αναγνώριση της αξίας των έργων τους.

Περίληψη

Η νοσηλευτική σήμερα αποτελεί έναν από τους βασικότερους και σημαντικότερους κλάδους στο υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας. Έργο της είναι η φροντίδα του υγιούς και του αρρώστου ατόμου.

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το νοσηλευτικό επάγγελμα ως Επιστήμη και Τέχνη, όπως εκπαιδευτικό σύστημα, κυκλικό ωράριο, λόγοι απομάκρυνσης ή λόγοι προσέλκυσης στο επάγγελμα σε Ελλάδα και Φινλανδία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Το δείγμα του Νοσηλευτικού Προσωπικού (139 άτομα) της έρευνας προέρχεται από την Ελλάδα και τη Φινλανδία. Η συγκέντρωση πληροφοριών έγινε δια μέσου ερωτηματολογίου (27 μεταβλητές), η συγγραφή του οποίου στηρίχθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία. Η μελέτη διήρκεσε περίπου ένα έτος από Σεπτέμβριο 2008 έως Αύγουστο 2009. Η κωδικοποίηση έγινε με το SPSS και η μέθοδος επεξεργασίας και ανάλυσης των αποτελεσμάτων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) και το t-test (student's t-test) και ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Το 79,7% των Ελλήνων νοσηλευτών απομακρύνονται από το επάγγελμα λόγω ψυχολογικής καταπόνησης ($P < 0,01$) και το 82,6% λόγω σωματικής καταπόνησης ($P < 0,01$). Οι νοσηλευτές και των 2 χωρών σε ποσοστό 87,8% εργάζονται σε κυκλικό ωράριο ($P < 0,0001$). Το 27,1% των Φιλανδών ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 28,6% απόφοιτοι ΤΕΙ και το 32,9% απόφοιτοι Μέσης σχολής έναντι 13,0%, 47,8% και 11,6% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων ($P < 0,0001$). Στη Φινλανδία αναφέρουν ότι υπάρχει επάρκεια σε αναλώσιμο υλικό στα νοσοκομεία σε ποσοστό που αγγίζει το 100% ενώ δε συμβαίνει το ίδιο για τα νοσοκομεία της Ελλάδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Οι παράγοντες που επηρεάζουν το Νοσηλευτικό Επάγγελμα φαίνεται να διαφέρουν στις 2 χώρες. Στην Ελλάδα υπάρχουν θεσμικά και λειτουργικά προβλήματα όσον αφορά τη Νοσηλευτική περισσότερο από ότι στη Φινλανδία. Οι νοσηλευτές και στις 2 χώρες φαίνεται να έχουν τη θέληση και την υπομονή να ασκούν το Νοσηλευτικό Επάγγελμα αν και δεν τους δίνονται τα κίνητρα των προσδοκιών τους με αποτέλεσμα την αποξένωση και περιθωριοποίησή τους και ως εκ τούτου την απογοήτευση από την άσκηση του επαγγέλματός τους.

Βιβλιογραφία

1. www.aspe.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=427&Itemid=2-66k 5/1/2009 13:41
2. Μαουτσάκης Μ., Για τη παγκόσμια ημέρα Νοσηλευτών 15/5/2008 www.104fm.gr/all-news/opinion/73-article/3278-----.html 20/7/2009 14:15
3. Αγωνιστική παρέμβαση νοσοκομείου Πρέβεζας, Εργαζόμενοι νοσοκομείου Πρέβεζας, <http://agonistikiparembasi.blogspot.com/2009/05/12.html> 1/8/2009 10:04
4. Νοσηλευτική www.teicrete.gr/nosil/ 7/7/2009 14:30
5. www.teicrete.gr/teielekpaideyshsxolesseyynoshleytikh.htm 6/1/2009 13:09
6. www.iatrotek.org/ioShowJournal.asp?y=2006&jID=20000-10k 6/1/2009 10:32
7. www.ypepti.gr/el_ec_page1121.html 7/1/2009 17:45
8. Συμμετοχή στη Τριαδική Συνάντηση Εθνικών Νοσηλευτικών Συνδέσμων, Regulators & Chief Nurses Officers www.esne.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=85:-regulatorw-a-chiefnurse-officers&catid=45:-a-meetings&Itemid=106-69k 7/1/2009 22:10
9. Ανακοίνωση του τμήματος Υγείας του Συνασπισμού www.syn.gr/gr/keimeno.php?id=7050 4/6/2009 17:25
10. www.vima-aslipiou.gr/volumes/vol_01_08.htm 20/7/2009 15:00
11. Ελληνική εταιρία Νοσηλευτικής έρευνας και εκπαίδευσης www.eenee.gr/index.php 6/7/2009 15:40
12. Δάγλας Α., Οι νοσηλευτές έχουν πλέον την ομοσπονδία τους www.panyso.gr/docs/diakiriksi.pdf 5/7/2009 18:18
13. Τσώλη Θ., Λάθη στην εντατική www.edugate.gr/ek-ty/04-05-09-03 8/8/2009 21:10
14. Σύγχρονος Νοσηλευτής, τεύχος 10. Έκδοση ΠΑΣΥΝΟ- ΕΣΥ. Αθήνα 2009 σ. 9, 40, 41
15. Θεολόγου Σ., Σχέσεις μεταξύ θεραπευτικών ειδικοτήτων www.politikokafeneio.com/igia/sxesis240205.htm 7/1/2009 22:10
16. Μπαμπάτσικου Φ., Florence Nightingale www.teiath.gr/userfiles/nursing_a/documents/florence.pdf 8/7/2009 10:10
17. www.edugate.gr/gr/keimeno.php?id=7050 3/7/2009 12:05
18. Φιλιππατου Β., Παγκόσμια ημέρα Νοσηλευτών 13/5/2005 www.mykefalonia.com/modules/news/article.php?storyid=980 4/7/2009 16:15
19. Θεοφάνης Φ., Η νοσηλευτική φροντιδα σήμερα 12/11/2006 www.medtime.gr/content/view/63/51/lang.greek/ 17/7/2009 19:20

20. Φαγιά Α., Βικιπαίδεια Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια, Νοσηλευτική
<http://el.wikipedia.org/wiki/Νοσηλευτική> 3/7/2009 20:30
21. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών
www.esne.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=43
20/6/2009 19:20
22. Φηγάτος Γ., Ιστορία της Νοσηλευτικής
www.e-shop.gr/show_bks.phtml?id=BKS.0662143 22/6/2009 20:45
23. Σύντομη ιστορία Ε.Σ.Ν.Ε.
www.esne.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=11
20/7/2009 16:23
24. Η ιστορία του εθνικού συνδέσμου νοσηλευτών Ελλάδος
www.pepagnh.gr/panosi/esne.htm 20/7/2009 17:00
25. www.greekmeds.gr/forum/index.phpshowtopic=22483 7/1/2009 23:08
26. Χαραλαμπάκης Μ., «Πονοκέφαλος» τα νοσοκομεία - Ευκαιρίες στον ιδιωτικό τομέα, 16/12/2003
www.omosimo.com/jobs/nosileutis.htm 5/1/2009 14:27
27. To represent nursing worldwide, advancing the profession and influencing health policy. www.icn.ch/abouticn.htm 4/7/2009 22:15
28. www.teicrete.gr/nosil/index.php?option=com_content&task=view=32&Itemid=49 8/1/2009 16:20
29. www.teicrete.gr/nosil//index.php?option=com_frontpage&Itemid= 18/1/2009 17:10
30. Μεταπτυχιακά για όσους στοχεύουν την κορυφή
www.εργασια.gr/arthra_educ3.php 8/1/2009 17:40
31. Συμβατικό μεταπτυχιακό
www.nurs.uoa.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=68
8/1/2009 18:23
32. [http://ects.piramk.fi/cms/ects/ects0809.nsf/\\$all/39881F52C85E4C64C2257433003EBDE7](http://ects.piramk.fi/cms/ects/ects0809.nsf/$all/39881F52C85E4C64C2257433003EBDE7) 8/1/2009 18:50
33. Ανδριανουπολίτης Κ., Ολόκληρο το Φινλανδικό εκπαιδευτικό σύστημα
www.sonom.gr/upload/finsys.pdf 8/1/2009 19:19
34. Σαχίνη-Καρδάση Α. Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας έκδοση Γ', εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004 σ.8
35. Φαγιά Α., Νοσηλευτική δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας
www.iatrotek.org/ioArt.asp?id=16337 7/1/2009 15:40
36. Polytechnic education in Finland
www.minedu.fi/OPM/Koulutus/ammattikorkeakoulutus/?lang=en 8/1/2009 19:55
37. www.ypepti.gr/el_ec_page1121.html 7/1/2009 17:45
38. <http://career.teilam.gr/dikaio.mata/nosileut.html> 9/1/2009 16:23

39. www.pasonop.gr/keimena/kodikas_nosiletikis_deontologias.pdf 8/1/2009
20:15
40. *Επαγγελματικά Δικαιώματα : Τμήμα Νοσηλευτικής*
www.pasonop.gr/keimena/epaggelmatika_dikaiomata_TE,PE.html 9/1/2009
16:40
41. *Επαγγελματικά Δικαιώματα: Νοσηλευτών ΤΕ – ΠΤΕ*
www.pasyno.gr/docs/dikaiomata_TE.pdf 9/1/2009 17:30 10/8/2009 19:12
42. *Εφημερίδα της κυβέρνησεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος πρώτο,*
Αρ. Φύλλου 167, 25 Ιουλίου 2001
www.pasonop.gr/keimena/kodikas_nolileytikis_deontologias.pdf
43. *Επαγγελματικά δικαιώματα διετών νοσηλευτών*
www.pasonop.gr/keimena/epaggelmatika_dikaiomata_DE.html.htm8/1/2009 20:45
44. *Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας*
[www.papagnh.gr/somateio/ADMIN/MHNYMAENHMER.ASP?ID=52&WHE
RE=NOMOI](http://www.papagnh.gr/somateio/ADMIN/MHNYMAENHMER.ASP?ID=52&WHE
RE=NOMOI) 22/8/2009 23:10
45. www.pasyno.gr/docs/GN_FLORINAS.pdf 9/1/2009 17:00
46. *Μπαμπινιώτης Γ. Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας έκδοση Β, εκδόσεις*
Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ, Αθήνα 2002. σ.346
47. *Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και ειδικές νοσηλίες έκδοση ΙΕ,*
εκδόσεις Αθανάτου Ε., Αθήνα 2004. σ. 19
48. *Πετρόπουλος Κ., Προβλήματα στην υγεία 12/5/2008 22:34*
www.patranews.gr/news.asp?id=9500 11/1/2009 19:23
49. *Benson L, Ducanis A. Nurses perceptions of their role and role conflicts.*
Rehabil Nurs 1995. p. 20,204-211
50. *Baines C, Evans P. Women's carin: Feminist perspectives on social welfare.*
McClellant & Stewart, Toronto, 1991 p. 157-161
51. *Fagermoen MS. Professional identity: Vallues embedded in meaningful nurcing*
practice. J Adv Nurs 1997, p. 25,434- 441
52. *Δημητριάδου Α, Λαβδανίτη Μ. Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού*
προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό.(Υπό δημοσίευση),
2009
53. *Kralik D, Koch T, Engagement ant detachment: Understanding patients*
experiences with nurcing. J Adv Nurs 1997, p. 26, 399-407
54. *Beardshaw V. Battle to stem the shortage tide. Health Serv J 1990.p*
5224,1606 ,
55. *Δημητριάδου Α. Επιδημιολογική διερευνηση των αντιλήψεων για την*
ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαιδευση
του. Διδακτορική διατριβή. Ιατρική σχολή ΑΠΘ. 2008
56. *Κοτσαμπασάκη Σ, Ανδρέα Σ. Αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών*
Νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την

- επαγγελματική σταδιοδρομία στην νοσηλευτική. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2003, σ.42, 353-363
57. Χαράλαμπίδου Ε. Ικανοποίηση των νοσηλευτών: Παράγοντες ποιότητας στο σύστημα φροντίδας. Πρακτικά 21ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα, 1994, σ.12-20
58. Karnikola MN, Papathanassoglou EDE, Giannakopoulou M, Koutroubas A. Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *J Nurs Manag* 2007, p.15, 78-90
59. Δημητρακάκη Μ. Η εκπαίδευση του σύγχρονου νοσηλευτή. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2008 σ.127
60. Clinical practice guidelines Chronic fatigue syndrome. Produced by a Working Group convened under the auspices of the Royal Australasian College of Physicians. *MJA* 2002, p.17- 55, 176
61. www.docpotter.com 10/9/2009 22:06
62. Micklevitz S. Professional burnout in the park and recreation profession. *Illinois Periodicals online*. 2001
63. Maslach C, Shaufeli B, Leiter P. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, p.52-397,422
64. Salanova M, Bresó E, Schaufeli W. Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educ Psychol Meas* 2005, p.65, 807-819
65. Levy J. Viral studies of chronic fatigue syndrome introduction. *Clin Infect Dis* 1994, p. 18,117-120
66. Rydstet I, Strannegard O. Increased serum levels of antibodies to Epstein-Barr virus in adults with history of atopic dermatitis. *Int Arch Allergy Appl Immunol* 1984, p.75, 179-183
67. Cunha B., Chronic Fatigue Syndrome
www.emedicine.com/MED/topic3392.htm 29/9/2009 00:30
68. Buchwald D, Umali P, Umali J, Pearlman T, Komarof A. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome. Prevalence in a Pacific Northwest health care system. *Ann Intern Med* 1995, p.123, 81-88
69. Κρητική και μεσογειακή διατροφή www.crete.tournet.gr/diet/cuisine-el.jsp 6/9/2009 22:50
70. Μεσογειακή Διατροφή www.geocities.com/nutripolis/mesogiakidiatrofi.htm 7/9/2009 17:29
71. Τρόφιμα διατροφή www.ekpizo.gr/el/foodnutrition/187/190/ 7/9/2009 18:05
72. Renaud S., Η Μεσογειακή διατροφή: Κρητική διαίτα, εκδόσεις Τραυλός, Αθήνα 2001, σ.40-55
73. Καμανιώτη Κ., Σωστή διατροφή
www.iatronet.gr/article.asp?art_id=9044 6/9/2009 22:35

74. Παπαμίκου Β., Η μεσογειακή διατροφή εναντίων της παχυσαρκείας
www.in2life.gr/wellbeing/nutrition/articles/119733/article.aspx?singlepage=1
5/8/2009 16:09
75. Αποστολοπούλου Α., Ελαιόλαδο - Μεσογειακή διατροφή και σακχαρώδης Διαβήτης
www.sugarfree.gr/content/view/1030/50/ 3/9/2009 17:50
76. Δίαιτα και Υγεία <http://health.in.gr/diaita/> 1/9/2009 16:10
77. Μεσογειακή διατροφή
http://nurseface09.blogspot.com/2009/05/blogpost_09.html 8/7/2009 15:00
78. Πάσχαλιδου Ε., Η Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από άνοια - Alzheimer
<http://forum.olympic-village.gr/forums/t/152.aspx> 6/7/2009 18:04
79. Βαγγέλη Ε., Εργασιακό στρες / άγχος και προβλήματα του νοσηλευτικού προσωπικού
www.lib.teipat.gr/ptyxiakes/seyp/seyp_nos/2006-2010/5003pe.pdf 10/8/2009
20:10
80. Θεοδώρου Β., Το εργασιακό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση
http://e-psychologist.blogspot.com/2008/01/blog-post_31.html 4/9/2009 15:20
81. <http://olme-attik.att.sch.gr/files/misthkath/misthkath.xls> 15/8/2009 19:13
82. www.mharris.euro-bell.co.yk/resource/audit/choosing.htm 25/6/2009 14:00
83. www.northbristol.nhs.uk/depts/clinikalgovernance/ckinikalaudit/displau_page.asp?id=37 25/6/2009 13:10
84. Νοσηλευτική: Έγυψηση ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, 29^ο Πανελλήνιο νοσηλευτικό συνέδριο 13/5/2002
www.apapadopoulos.gr/main/rec/sp-gr/sp75/sp75.html 9/7/2009 21:30
85. Δάλλας Σ., Νέοι νόμοι, νέα προβλήματα, Ελευθεροτυπία 20/10/2008
http://archive.enet.gr/online/online_text/c=112,id=10432096,24623072,37839584,54118496,59789792,32382304 5/1/2009 14:27
86. Ελληνική εταιρία νοσηλευτικής έρευνας και εκπαίδευσης
www.eenee.gr/index.php 10/9/2009 21:30
87. Δημητριάδου Παντέκα Α., Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό
www.vimasklipiou.gr/volumes/issues/2009/issues_3/issues_03_09.htm#E3
6/8/2009 14:00
88. Κρητικός Γ., Οι ελλείψεις στα νοσοκομεία στέλνουν απαισιόδοξα μηνύματα
www.ethnos.gr/article.asp?catid+11424&subid=2&tag=9283&pubid=2448818
25/8/2009 18:00
89. Ελλείψεις σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας
www.palo.gr/cluster.aspx?id=425123 6/8/2009 12:28
90. www.inews.gr/50/sovares-elleipseis-nosileutikou-prosopikou-sta-nosokomeia-tis-kritis.htm 5/9/2009 21:30
91. www.avgi.gr/ArticleActionshow.action?articleID=4512 16/9/2009 16:30

92. *Ανακοίνωση του τμήματος υγείας του συνταξιοδοτικού*
www.syn.gr/gr/keimeno.php?id=7050 6/9/2009 17:10
93. www.panyso.gr/docs/diakiriksi.pdf 5/9/2009 15:09
94. <http://career.teilam.gr/dikaio.mata/nosileut.html> 9/1/2009 16:23



Παράρτημα

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Το ερωτηματολόγιο είναι στα πλαίσια της πτυχιακής με θέμα
« Το Νοσηλευτικό επάγγελμα Ελλάδα – Φινλανδία >>

Το παρών ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Απευθύνεται σε όσους ασκούν τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη. Κύριος σκοπός είναι η διεξαγωγή της πτυχιακής εργασίας και απώτερος είναι η σύγκριση του Ελληνικού και Φινλανδικού συστήματος υγείας.

Ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας

Σπουδάστριες:

Γιαννούλια Μαρία

Κυριλή Κωνσταντίνα

Χασάμπαλη Μαρίνα

Καθηγήτρια:

Παπαδημητρίου Μαρία

Πάτρα, 2008

- 1)Φύλο: Γυναίκα Αντρας
- 2)Ηλικία:
- 3)Χώρα: Ελλάδα Φινλανδία
- 4)Ιδιότητα: Νοσηλεύτης Βοηθός νοσηλεύτη
- 5)Επίπεδο εκπαίδευσης:
 Μέση Ανώτερη Ανώτατη: ΑΤΕΙ Πανεπιστήμιο Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
- 6)Είστε ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα εκπαίδευσης νοσηλευτικής στη χώρα σας;
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 7)Έχετε ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά;
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 8)Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα του νοσηλεύτη;έτη
- 9)Εργάζεστε σε: Δημόσιο Νοσοκομείο Ιδιωτικό Νοσοκομείο
- 10)Είστε ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα σας;
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 11)Υπάρχουν ελλείψεις στο χώρο εργασίας σας όπως;
 Σε αναλώσιμα υλικά: Ναι Όχι
 Σε τεχνολογικό εξοπλισμό: Ναι Όχι
 Σε προσωπικό: Νοσηλευτές: Ναι Όχι
 Βοηθοί νοσηλευτών: Ναι Όχι
 ΙΑτρούς: Ναι Όχι
 Άλλο
- 12)Ως νοσηλευτές είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στη χώρα σας στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεστε; Ναι Όχι
- 13)Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε; ώρες
- 14)Δουλεύετε σε κυκλικό ωράριο; Ναι Όχι
- 15)Πόσο πιστεύετε ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλεύτη;
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 16)Είστε ικανοποιημένη από τις χρηματικές σας αμοιβές; Ναι Όχι

- 17) Ποια είναι η δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα σας;
- 18) Πόσοι ασθενείς αντιστοιχούν σε κάθε νοσηλευτή;.....
- 19) Το νοσηλευτικό δυναμικό θεωρείτε ότι καλύπτει τις ανάγκες της εκάστοτε κλινικής που εργάζεστε;
Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 20) Κατά πόσο ο τομέας εργασίας σας προάγει την κοινωνική αποδοχή;
Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 21) Κατά πόσο η χρήση του Η/Υ έχει βοηθήσει το έργο του νοσηλευτή;
Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 22) Πιστεύετε ότι όπου έχει αντικατασταθεί η χειρόγραφη εργασία με Η/Υ έχει ωφελήσει;
Ναι Όχι
- 23) Κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας σας και το αντικείμενο σας ευνοούν τη συμμετοχή σας στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας;
Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 24) Πόσο τοις εκατό του χρόνου σας αναλώνετε σε θέματα:
Διοίκησης%
Εκπαίδευσης%
Έρευνας%
Παροχής φροντίδας%
- 25) Θεωρείτε πως ο νοσηλευτής πράττει λειτούργημα ή επάγγελμα βάσει των σημερινών δεδομένων;
Λειτούργημα Επάγγελμα Λειτούργημα & Επάγγελμα
- 26) Είναι κίνητρα προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος τα εξής;
Μισθολογική αμοιβή: Ναι Όχι
Κοινωνική καταξίωση: Ναι Όχι
Αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης: Ναι Όχι
Σίγουρη απασχόληση: Ναι Όχι
- 27) Λόγοι απομάκρυνσης από το επάγγελμα:
Ψυχολογική καταπόνηση: Ναι Όχι
Σωματική καταπόνηση: Ναι Όχι
Μεγάλη ευθύνη: Ναι Όχι
Κυκλικό ωράριο: Ναι Όχι
- 28) Υπάρχει κατανόησης των προβλημάτων από:
Νοσηλευτική διεύθυνση: Ναι Όχι Πολιτεία: Ναι Όχι

Στατιστικοί Πίνακες

<i>ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ Ε.Ε. (% ως προς το ΑΕΠ)</i>	
Φινλανδία- Βέλγιο- Γαλλία- Γερμανία	7- 7,5%
Δανία- Αυστρία- Βρετανία- Σουηδία	6%
Ισπανία	5,5%
Πορτογαλία	4,2%
Ελλάδα	3,2%

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών, Καθ. Ι. Υφαντόπουλος⁹²

<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε. (% ως προς το Α.Ε.Π.)</i>	
Σουηδία	36%
Δανία	35%
Φινλανδία	34%
Βέλγιο	33%
Ολλανδία	33%
Γερμανία	31%
Γαλλία	31%
Λουξεμβούργο	28%
Αγγλία	27,5%
Ιταλία	24%
Ισπανία	22%
Πορτογαλία	21%
Ελλάδα	21%
Ιρλανδία	20%
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ Ε.Ε.	28,5%

Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών, Καθ. Ι. Υφαντόπουλος⁹²

Φωτογραφικό Υλικό





Tays, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Tampere, Φινλανδίας

12 Μαΐου

έχει οριστεί ως Παγκόσμια Ημέρα Νοσηλευτών³⁵