

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑ

ΣΧΟΛΗ:Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ
ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ
ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΦΙΛΑΝΔΙΑΣ**

Σπουδάστρια:

Πισσά-Δημητρίου Διαμάντω

Εισηγητής:

Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

Πάτρα, 2011

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους ανθρώπους που με στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

Ευχαριστώ τους γονείς μου που με στήριξαν ψυχολογικά και οικονομικά αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μου ζωής.

Τον καθηγητή μου κ. Μπακάλη Νικόλαο, που με την πολύτιμη βοήθειά του κατάφερα να ολοκληρώσω την πτυχιακή μου παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισα. Επίσης με την σωστή διδασκαλία του και τις γνώσεις του με βοήθησε να καταλάβω πως μπορώ να ολοκληρώσω μία έρευνα και τη μέθοδο αναζήτησης πληροφοριών. Επιπλέον που με τις γνώσεις του με βοήθησε να αναλύσω τα αποτελέσματα με το πρόγραμμα spss 17.0.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Ulla Panaanen για την πολύτιμη βοήθεια της στην διεκπαιρέωση μοιράσματος των ερωτηματολογίων στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Oulu της Φιλανδίας.

Τις προισταμένες των νοσοκομείων της Πάτρας , της Αθήνας και της Φιλανδίας που επισκέφτηκα, για την συγκατάθεσή τους στη διεκπεραίωση της έρευνας και για την άμεση συνεργασία τους.

Τέλος , το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων της Πάτρας, της Αθήνας και του Oulu της Φιλανδίας για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές καθημερινά, αποτελούν σημαντικό στοιχείο στην παροχή, όσο το δυνατόν καλύτερης ποιότητας παροχής φροντίδας στους ασθενείς.

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό πρώτον να διαπιστώσει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε Ελλάδα και Φιλανδία και δεύτερον να συγκρίνει τις κλινικές τους αποφάσεις. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου, που έχει ξαναχρησιμοποιηθεί στο παρελθόν, και έχει ελεγχθεί για στοιχεία αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Συλλέχθηκαν 330 ερωτηματολόγια (169 από Φιλανδούς νοσηλευτές και 161 από Έλληνες νοσηλευτές), από δύο δημόσια νοσοκομεία της Φιλανδίας και τρία της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι Φιλανδοί νοσηλευτές πραγματοποιούν συχνά διάγνωση. Επιπλέον, οι Φιλανδοί νοσηλευτές πολύ συχνά αλλάζουν τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή. Όσο αφορά την εκπαίδευση των φοιτητών και του νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού δραστηριοποιούνται συχνά και λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις σε αυτόν τον τομέα. Επιπρόσθετα οι Φιλανδοί νοσηλευτές ενημερώνουν τους ασθενείς και την οικογένειά τους για την πρόγνωση και την εξέλιξη της ασθένειάς τους.

Από την άλλη μόνο 42 Έλληνες νοσηλευτές απάντησαν ότι πραγματοποιούν τακτικά νοσηλευτική διάγνωση και σπάνια μόνο ένας απάντησε ότι αλλάζει τακτικά τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή. Επιπλέον αδυνατούν να εκπαιδεύουν συχνά και τακτικά τους φοιτητές και το νεοπροσλαμβανόμενο προσωπικό. Τέλος οι Έλληνες νοσηλευτές σπάνια δίνουν πληροφορίες στον

ασθενή και την οικογένεια του για την κατάσταση της υγείας του και την πρόγνωση της ασθένειας.

Η έρευνα ανέδειξε ορισμένες ενέργειες έτσι ώστε να αναβαθμιστεί η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα οι Έλληνες νοσηλευτές θα πρέπει να λαμβάνουν συχνότερα κλινικές αποφάσεις. Θα πρέπει να υπάρξει ενιαία νοσηλευτική εκπαίδευση όπως τη Φιλανδία και το προσωπικό στα νοσοκομεία να είναι περισσότερο. Επιπλέον πρέπει να κατοχυρωθούν τα νοσηλευτικά δικαιώματα και να αποκτήσει καλύτερο προφίλ η νοσηλευτική επιστήμη στην Ελλάδα όπως αυτό συμβαίνει και στη Φιλανδία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα	5

Κεφάλαιο 1 (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)

1.1 Εισαγωγή.....	7
1.2 Δημογραφικά στοιχεία της Ελλάδας.....	9
1.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Φιλανδίας.....	11
1.4 Σύστημα υγείας στην Ελλάδα	13
1.5 Σύστημα υγείας στη Φιλανδία	16
1.6 Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα	19
1.7 Νοσηλευτική εκπαίδευση στη Φιλανδία.....	22
1.8 Η νοσηλευτική επιστήμη στην Ελλάδα	25
1.9 Η νοσηλευτική επιστήμη στη Φιλανδία.....	28
1.10Κλινικές αποφάσεις.....	30
1.11 Κλινικές αποφάσεις Ελλήνων νοσηλευτών	36
1.12Κλινικές αποφάσεις Φιλανδών νοσηλευτών.....	37
1.13Ομοιότητες και διαφορές Ελλήνων και Φιλανδών νοσηλευτών	37

Κεφάλαιο 2(Μέθοδος)

2.1Σχεδιασμός	40
2.2Διαδικασία.....	41
2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	42

2.4 Δείγμα.....	44
2.5 Στατιστική ανάλυση	45

Κεφάλαιο 3(Αποτελέσματα)

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Ελλάδα και Φιλανδία ..	46
3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου κλινικών αποφάσεων και κλινικής πρακτικής Ελλήνων και Φιλανδών νοσηλευτών	52

Κεφάλαιο 4

4.1 Συζήτηση	60
Βιβλιογραφία.....	74
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV	86

Κεφάλαιο 1

1.1 Εισαγωγή

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη, είναι σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών και εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς . Η ξεχωριστή συμβολή της Νοσηλευτικής στην φροντίδα υγείας έγκειται στην ικανότητα της να βοηθήσει τον άνθρωπο να αντιμετωπίσει το περιβάλλον του δίνοντας του ολιστική, συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα. Πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να χρησιμοποιήσει την προσαρμοστική του ικανότητα στον μέγιστο δυνατό βαθμό και όσο πιο αποτελεσματικά μπορεί(Σαββοπούλου,2006).

Η κύρια ευθύνη της Νοσηλευτικής άσκησης αναπτύσσεται εξαιτίας των δευτερογενών προβλημάτων που προκαλούνται από την αδυναμία του αρρώστου να εκτελεί τη συνηθισμένη καθημερινή συμπεριφορά του (Σαχίνη, 2006). Προβλήματα που μπορούν αποφασιστικά να επηρεάσουν τον ρυθμό και το είδος των προσαρμογών που θα κάνει το άτομο και η οικογένεια του στη διεργασία της νόσου, την θεραπεία και την αποκατάστασή του.

Η Νοσηλευτική είναι ένα από τα κυριότερα έργα, που ασχολείται με τη φροντίδα του αρρώστου και του υγιούς ατόμου. Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα και την καρδιά της Νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας. Περιγράφεται ως ανθρώπινο γνώρισμα, ηθική υποχρέωση, διαπροσωπική σχέση, θεραπευτική παρέμβαση και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις. Παρά τις συζητήσεις και τις αντιφατικές απόψεις για το τι είναι φροντίδα και ποιος την καθορίζει, οι περισσότεροι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η εν λόγω έννοια ταυτίζεται με τη Νοσηλευτική και συνδέεται απόλυτα με την ύπαρξη της (Κυριακίδου,2010).

Η διασφάλιση υψηλής ποιότητας φροντίδας και η ελαχιστοποίηση των σφαλμάτων απαιτεί μια συστηματική προσέγγιση που αφορά όλα τα στάδια σχεδιασμού και εκτέλεσης της Νοσηλευτικής φροντίδας. Ο σχεδιασμός της εργασίας με σκοπό την ασφάλεια σημαίνει την προσεκτική ανάπτυξη των Νοσηλευτικών ρόλων, ώστε να αντισταθμίζονται περιορισμοί όπως η εξουθένωση και το στρες. Επίσης, συνίσταται στην αναγνώριση και κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών του προσωπικού όσο αφορά συγκεκριμένες διαδικασίες φροντίδας και εξοπλισμού (Σαχίνη,2009).

Ένα από τα σημαντικότερα νοσηλευτικά καθήκοντα είναι η νοσηλευτική διάγνωση. Στην άσκηση της Νοσηλευτικής η διάγνωση έχει κεντρικό ρόλο και βασίζεται στο ιστορικό, τις εργαστηριακές εξετάσεις και την αντικειμενική εξέταση και παρακολούθηση του ασθενούς (Κουρκούτα,2001). Το νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιεί τη νοσηλευτική θεωρία και τις πληροφορίες από κάθε περιστατικό και πραγματοποιεί τη νοσηλευτική διάγνωση (Elkin,1996).

Επιπρόσθετα, η κριτική σκέψη για τους νοσηλευτές είναι πολύ σημαντική διότι οδηγεί σε σωστές κλινικές αποφάσεις και ποιοτικότερη φροντίδα. Με την κριτική σκέψη επιτυγχάνεται ευκολότερα η νοσηλευτική διάγνωση και λύνονται δύσκολα και περίπλοκα προβλήματα που έχουν σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς αλλά και την πρόληψη του υγιούς ατόμου (Hudak και Gallo,1998).

Η Νοσηλευτική ακολούθησε τις αλλαγές στην τεχνολογία και τη γνώση και βαδίζει παράλληλα με το ιατρικό επάγγελμα στην εφαρμογή της πολύπλοκης θεραπευτικής αγωγής . Η σημερινή τάση και πεποίθηση της Νοσηλευτικής είναι η ανάγκη αναγνώρισης του επαγγέλματος σε ανεξάρτητο επιστημονικό κλάδο, χωρίς βέβαια τούτο να επηρεάσει τη συνεργασία και αλληλοκατανόηση που πρέπει να επικρατεί ανάμεσα στους επιστήμονες όλων των επαγγελματιών υγείας (Κυριακίδου,2005). Ο σκοπός αυτός έχει ήδη επιτευχθεί στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου όπου ο νοσηλευτής εργάζεται

σαν ξεχωριστός επιστήμονας τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και στην κοινότητα γενικά.

Σε αυτή την εργασία θα αναλύσουμε τις κλινικές αποφάσεις των Νοσηλευτών και θα ανακαλύψουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων. Επιπλέον θα συγκρίνουμε το επίπεδο λήψης κλινικών αποφάσεων των Νοσηλευτών στη Φιλανδία με αυτό στην Ελλάδα, με κύριο στόχο να διαπιστώσουμε τα κοινά σημεία αλλά και τις διαφορές στην κλινική πρακτική και καθημερινότητα των Νοσηλευτών ανάμεσα στις δύο χώρες. Τέλος θα θέλαμε να προτείνουμε μεθόδους που μπορούν να βοηθήσουν τους Νοσηλευτές να παίρνουν καλύτερες κλινικές αποφάσεις αλλά και γενικότερα μέσα από τη σύγκριση των δύο χωρών να διερευνηθούν τρόποι ενδυνάμωσης των νοσηλευτών. Ανασκοπώντας την Ελληνική νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν παρατηρήσαμε παρόμοια έρευνα.

1.2 Δημογραφικά στοιχεία Ελλάδας

Η Ελλάδα είναι μια Ευρωπαϊκή χώρα, που βρίσκεται στο νοτιότερο άκρο των Βαλκανίων. Είναι χερσόνησος και βρέχεται προς Ανατολικά από το Αιγαίο Πέλαγος, προς δυτικά από το Ιόνιο Πέλαγος και προς Νότια από το Λυβικό Πέλαγος, ενώ στα Βόρεια συνορεύει από την Αλβανία, τη Γιουγκοσλαβία και τη Βουλγαρία. Επίσης στα βορειοανατολικά συνορεύει με την Τουρκία. Έχει έκταση 131.986 τ. χλμ, από τα οποία τα 106.778 τ.χλμ, αποτελούν το ηπειρωτικό τμήμα της και τα υπόλοιπα 25.778 τ.χλμ, αποτελούν το νησιωτικό τμήμα της.

Η Ελλάδα έχει 10.964.020 κατοίκους(2009), κατανεμημένους ως εξής: άρρενες 5.431.816(40,5%), θήλεις 5.532.204(50,5%). Όσο αφορά την ηλικία 0-14 ετών του πληθυσμού αποτελεί το 15,2%(1.666.888), 15-64 ετών 67,7%(7.423.889), 65 ετών και άνω 17,1%(1.873.243). Το προσδόκημο ζωής γενικά για τον

πληθυσμό είναι τα 79,7 έτη και συγκεκριμένα για τους άντρες 78,2 και για τις γυναίκες 81,9.

Η Ελλάδα είναι γενικά ορεινή χώρα. Μάλιστα θεωρείται μία από τις πιο ορεινές Ευρωπαϊκές χώρες. Επειδή όμως είναι χερσόνησος έχει πλούσιο θαλάσσιο διαμελισμό. Ολόκληρη η χώρα διασχίζεται απ άκρα σε άκρα από ψηλά ή χαμηλά βουνά που καθώς διασταυρώνονται μεταξύ τους, σχηματίζουν μικρές κοιλάδες. Η θάλασσα που περιβρέχει την Ελλάδα είναι η Μεσόγειος, η οποία σχηματίζει πολλά πελάγη στον ελληνικό χώρο όπως είναι το Αιγαίο και άλλα πελάγη. Στα πελάγη αυτά βρίσκονται πολλά και σπουδαία λιμάνια όπως το λιμάνη του Πειραιά(Ελλαδική Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Το κλίμα της χώρας είναι μεσογειακό, αλλά κυμαίνεται κατά περιοχές, ανάλογα με το έδαφος, την απόσταση τους από τη θάλασσα κτλ. Γενικά είναι ήπιο το κλίμα της. Το καλοκαίρι παρουσιάζει ψηλές θερμοκρασίες και ξηρασίες και έχει μεγαλύτερη διάρκεια από το χειμώνα, ο οποίος είναι σύντομος, βροχερός και ήπιος. Η μέση ετήσια θερμοκρασία είναι 16 με 19 βαθμούς Κελσίου, ενώ τα χιόνια είναι σπάνια στα νότια της χώρας. Στα βόρεια όμως πέφτει πολύ συχνά χιόνι χωρίς όμως αυτό να δημιουργεί πρόβλημα(Ελλαδική Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Η Ελλάδα αποτελείται από ένα μεγάλο ηπειρωτικό τμήμα, το νότιο άκρο των Βαλκανίων, το οποίο ενώνεται με την πρόην ηπειρωτική Πελοπόννησο, από τον Ισθμό της Κορίνθου, αφού η Πελοπόννησος μετά την κατασκευή της διώρυγας της Κορίνθου είναι στην πραγματικότητα νησί. Η χώρα περικλείεται από το Ιόνιο, το Αιγαίο και το Λιβυκό Πέλαγος. Η Ελλάδα έχει μήκος ακτών 13.676 χιλιόμετρα, που θεωρείται εξαιρετικά μεγάλο, και οφείλεται στον πλούσιο οριζόντιο εδαφικό διαμελισμό και το έντονο ανάγλυφο της περιοχής, καθώς και στο πλήθος των αναρίθμητων νησιών, τα οποία είναι πάνω από 1500, και είναι κυρίως αποτέλεσμα της σύγκρουσης της Αφρικανικής

τεκτονικής πλάκας με την Ευρωπαϊκή. Έχει μήκος συνόρων που πλησιάζει τα 1.228 χιλιόμετρα(el.wikipedia.org/wiki/Ελλάδα).

1.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά Φιλανδίας

Η Φιλανδία βρίσκεται βορειοανατολικά της Βαλτικής θάλασσας. Η έκταση της είναι 338.145 κμ² που την κατατάσει στις επτά πιο μεγάλες χώρες της Ευρώπης. Συνορεύει με τη Νορβηγία στο βόρειο κομμάτι της, νότια με το Φιλανδικό κόλπο, δυτικά με τον κόλπο της Μπόθνια και τη Σουηδία και Ανατολικά με τη Ρωσία(Jarvelin,2002). Το έδαφος της Φιλανδίας είναι κυρίως πεδινό. Τα υπόλοιπα βουνά δεν ξεπερνούν τα 600 m και μόνο ένα ξεπερνά τα 1000 m. έχει χιλιάδες λίμνες μικρές και μεγάλες που καλύπτουν το 50% του εδάφους της νότιας περιοχής. Δεν έχει πολλούς ποταμούς(Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια, 2000). Το κλίμα της Φιλανδίας γενικά είναι πολύ ψυχρό.

Η μέση ετήσια θερμοκρασία δεν ξεπερνά τον 1 βαθμό κελσίου. Μάλιστα ο χειμώνας της είναι ψυχρότερος από της Νορβηγίας και της Σουηδίας. Οι χιονοπτώσεις αρχίζουν Σεπτέμβρη- Οκτώβρη, ενώ τα χιόνια λιώνουν από Απρίλη και αργότερα. Το ψυχρό κλίμα συντελεί στο πάγωμα των κόλπων της και γι αυτό η ναυσιπλοία διακόπτεται στη διάρκεια του χειμώνα(Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια,2000). Γενικά στη Φιλανδία ο χειμώνας έχει πολύ μεγάλη διάρκεια και το καλοκαίρι είναι μικρό. Η πρωτεύουσα είναι το Ελσίνκι που έχει γύρω στους 500.000 κατοίκους. Το 68% της χώρας καλύπτεται από δάσος και το 10% είναι νερό(Jarvelin,2002).

Η χώρα είναι αραιοκατοικημένη , δηλαδή υπάρχουν μεγάλες αποστάσεις από περιοχή σε περιοχή μέχρι και 16 km². Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού βρίσκεται σε πόλεις και κωμόπολεις ενώ μόλις το 1/3 σε αγροτικές περιοχές. Ο πληθυσμός συνολικά είναι 5.000.000 και η μετανάστευση είναι σε μέτρια επίπεδα. Το 18% του πληθυσμού είναι κάτω από 15 και το 15% άνω των 60(Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια,2000).

Έχει δύο επίσημες γλώσσες Φιλανδικά και Σουηδικά(περίπου το 6% είναι ομιλούντες Σουηδικά). Επιπλέον, υπάρχει και ένας μικρός αριθμός ανθρώπων στη Λαπωνία που μιλάει Ρομανικά. Η Φιλανδία αποτελείται από 448 κοινότητες και σε κάθε κοινότητα τις περισσότερες φορές επικρατούν και οι δύο γλώσσες. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η Φιλανδική οικονομία βασίζεται στη βιομηχανία η οποία βασίζεται στα δάση και στην παραγωγή χαρτιού. Η ανεργία έχει μειωθεί πάρα πολύ λόγω οικονομικής ανάπτυξης της χώρας τα τελευταία χρόνια (Jarvelin,2002).

Η βλάστηση της Φινλανδίας είναι κατά το μεγαλύτερο μέρος της δασική, κάτι που αποτελεί και σημαντικό οικονομικό κεφάλαιο για τη χώρα, με την παραγωγή χαρτιού και προϊόντων ξυλείας. Εκτός από το βορειότερο τμήμα, που καλύπτεται από τούνδρα, το μεγαλύτερο μέρος της χώρας σκεπάζεται από πεύκα, σημύδες και έλατα, ενώ το νοτιότερο τμήμα από δρύες. Δάση από σημύδες εκτείνονται επίσης μέχρι το Νότο. Στη Φινλανδία ενδημούν πολυάριθμα είδη δέντρων και φυτών, αλλά και λειχήνων. Ο δασικός πλούτος της χώρας αποτελεί αντικείμενο προστασίας στη φιλανδική νομοθεσία, ωστόσο το γεγονός ότι απουσιάζουν μεγάλα φυσικά πάρκα, αλλά και η παλαιότερη υποβάθμιση που υπέστησαν τα δάση του Βορρά από τη συστηματική εξόρυξη τύρφης συνιστούν αρνητικούς παράγοντες.

Οι Φιλανδοί, που συνιστούν πάνω από το 90% του πληθυσμού, έχουν τόσο φιννοουγγρική όσο επίσης σκανδιναβική και βαλτική προέλευση. Τα μέλη της σουηδικής μειονότητας εκτός από τα νησιά Όλαντ κατοικούν στις δυτικές και τις νοτιοδυτικές περιοχές της χώρας. Οι Λάπωνες (Σάμι), φιννοουγγρικής καταγωγής πληθυσμός, είναι παραδοσιακά εγκαταστημένοι στον Αρκτικό κύκλο. Στη χώρα ζει επίσης μειονότητα ρωσικής καταγωγής πολιτών(el.wikipedia.org/wiki/Φιλανδία).

Οι πιο πυκνοκατοικημένες περιοχές της Φινλανδίας είναι οι νότιες, κυρίως κατά μήκος των ακτών. Αντίθετα, η περιοχή της Λαπωνίας είναι εξαιρετικά

αραιοκατοικημένη (2 κάτ. ανά τ. χλμ.). Η πρωτεύουσα της χώρας, το Ελσίνκι, αποτελεί πνευματικό και βιομηχανικό κέντρο και το σημαντικότερο λιμάνι στον Κόλπο της Φινλανδίας. Από τις άλλες φινλανδικές πόλεις οι μεγαλύτερες είναι η Έσποο (περ. 210.000 κάτ.), Δυτικά του Ελσίνκι και Τάμπερε (193.174 κάτ.)(el.wikipedia.org/wiki/Φινλανδία).

1.4 Σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα παρουσίασε σημαντική ανάπτυξη στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα αναφορικά με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο από 1,5% στις αρχές της δεκαετίας του 70 ανέρχεται σήμερα σε 3,8% του ενεργού πληθυσμού. Από αυτό το ποσοστό το 28,6% είναι γιατροί και το 29,8% νοσηλευτικό προσωπικό(Ανδριώτη,1998).Το σύστημα υγείας στη χώρα μας είναι ιατροκεντρικό, δηλαδή τον πρώτο και κύριο λόγο έχει η ιατρική επιστήμη και μετά η Νοσηλευτική με αποτέλεσμα η φροντίδα να υπολείπεται και να παραμερίζεται καμία φορά εξ ολοκλήρου. Οι πολίτες στην Ελλάδα πληρώνουν φόρους μέσα από τους οποίους εξοφλούν οικονομικά και κάποιες παροχές στην υγεία(Castledine,2001).

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε με την κακή πολιτική της χώρας. Μετά τον παγκόσμιο πόλεμο 1946-1949 η Ελλάδα υπέφερε οικονομικά με αποτέλεσμα πολλοί από τους πολίτες να μην μπορούν να αποκτήσουν ασφάλιση υγείας. Από τότε δημιουργήθηκαν κοινωνικές ομάδες που έχουν πρόσβαση στην υγεία και άλλες όχι(Liaropoulos και Tragakos,2002).Η Ελλάδα το 1983 δημιούργησε ενιαίο Εθνικό Σύστημα Υγείας με σκοπό να αποκτήσει ένα επιτυχημένο σύστημα υγείας και να μειώσει τα προβλήματα στον τομέα της υγείας(Mossialos, Allin και Davaki,2005). Ωστόσο, το σύστημα υγείας έχει κεντριοποιηθεί με αποτέλεσμα να βαραίνει οικονομικά τους πολίτες.

Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ το 1983 είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των δημόσιων νοσηλευτικών μονάδων και τον περιορισμό των αντίστοιχων ιδιωτικών. Η

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

Το σύστημα υγείας έχει τρία μέρη: δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας και τον ιδιωτικό τομέα. Το υπουργείο υγείας και πρόνοιας είναι υπεύθυνο για όλα τα παραπάνω και για την καλή λειτουργία τους. Η ασφάλιση των πολιτών καλύπτει ένα μέρος μόνο των διαγνωστικών δραστηριοτήτων και των νοσηλειών και στα ιδιωτικά το κόστος είναι μεγάλο και βαραίνει τους πολίτες οικονομικά(Castledine,2001). Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο κύριοι τρόποι ασφάλισης: η δημόσια και η ιδιωτική. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης προσφέρει στον περισσότερο πληθυσμό ασφάλιση υγείας και ο Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης ΟΓΑ προσφέρει στους αγρότες. Υπάρχουν βέβαια και άλλες ασφαλίσεις όπως το ΤΕΒΕ για τους ελεύθερους επαγγελματίες και επιχειρηματίες και η δημόσια ασφάλιση για εκείνους που εργάζονται στο δημόσιο τομέα.

Στην Ελλάδα ο ιδιωτικός τομέας είναι σε έξαρση και πολλές φορές ξεπερνάει και τον δημόσιο τομέα σε παροχές της υγείας. Στην θεωρία θα έπρεπε ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας να συνεργάζονται για την καλή υγεία των πολιτών αυτό όμως στη χώρα μας δεν συμβαίνει. Ωστόσο τα ιδιωτικά έχουν ξεκάθαρα κερδοσκοπικό χαρακτήρα είτε είναι νοσοκομεία είτε διαγνωστικά κέντρα είτε πολύιατρεία. Το 25% του πληθυσμού πληρώνει ακριβά τον ιδιωτικό τομέα(Mossialos, Allin και Davaki, 2005).

Η Ελλάδα στις μέρες μας έχει ιδιωτικοποιήσει την υγεία περισσότερο από όλες τις χώρες της Ευρώπης. Είναι πολύ σημαντικό να ερευνηθεί σε βάθος γιατί έχει ιδιωτικοποιηθεί τόσο ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα και στο μέλλον ίσως πολύ λίγοι έχουν πρόσβαση σε αυτή (Siskou και Kaitelidou,2008). Αυτό συμβαίνει γιατί ο δημόσιος τομέας στην χώρα μας πλήττεται οικονομικά οπότε έχει πάψει να προσφέρει ποιοτική φροντίδα και θεραπεία μη έχοντας πολλές φορές και τον κατάλληλο ιατρονοσηλευτικό εξοπλισμό. Επιπλέον, πολλές ασφαλίσεις δεν καλύπτουν τα έξοδα για διαγνωστικές εξετάσεις και νοσηλείες η χειρουργεία περίπλοκα

Είναι ανάγκη όπως καταλαβαίνουμε ο δημόσιος τομέας της υγείας να αρχίσει να αναπτύσσεται με τα κατάλληλα κονδύλια, επαρκής νοσηλευτικό προσωπικό και ιατρικό εξοπλισμό. Μια λύση θα ήταν να συνεργάζεται ο ιδιωτικός με τον δημόσιο τομέα για το κοινό καλό των πολιτών και την προαγωγή της υγείας(Siskou και Kaitelidou, 2008). Μια άλλη πληγή στα νοσοκομεία είναι οι ανεπίσημες πληρωμές(φακελάκια) σε γιατρούς και νοσηλευτές. Αυτό σημαίνει ότι στην Ελλάδα πολλές φορές για να έχεις σωστή φροντίδα και θεραπεία πρέπει να πληρώσεις παραπάνω από ότι είναι νόμιμο(Liaropoulos και Tragakos,1998).

Όσο αφορά τα φαρμακεία και την αγορά φαρμάκων υπάρχουν φαρμακεία που εφημερεύουν κάθε μέρα σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας και με συνταγογράφηση γιατρού και τα βιβλιάρια που είναι ασφαλισμένος ο πολίτης μπορεί να λάβει φαρμακευτική αγωγή. Εάν ο πολίτης δεν είναι ασφαλισμένος και δεν έχει συνταγή γιατρού πληρώνει το κόστος των φαρμάκων(old.certu.gr/libfiles-health system-in-greece).

Διοικητικώς, οι υπηρεσίες υγείας κατευθύνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και λειτουργούν σε τρία επίπεδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας τα οποία βρίσκονται κατά το δυνατόν κοντά στον τόπο ζωής και δραστηριότητας του

ατόμου και αποτελούν τον πρώτο σταθμό για την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας του ατόμου της κοινότητας. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχεται από τα μικρότερα Νομαρχιακά νοσοκομεία που διαθέτουν όλες τις βασικές ειδικότητες, δεν έχουν όμως πλήρη εξοπλισμό για την εξειδικευμένη φροντίδα σε όλες τις περιπτώσεις και την τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από τα μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία τα οποία είναι εξοπλισμένα με όλες τις ειδικότητες και δίνουν την απόλυτα εξειδικευμένη φροντίδα στα άτομα που την έχουν ανάγκη (Κυριακίδου,2005).

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

1.5 Σύστημα υγείας στη Φιλανδία

Το σύστημα υγείας της Φιλανδίας δεν είναι ιατροκεντρικό. Όλες οι επιστήμες υγείας συντελούν στην ανάπτυξη και σωστή λειτουργία

του(<http://countrystudies.us/finland/72htm>). Στη Φιλανδία η κάθε κοινότητα έχει την ευθύνη για την υγεία και την πρόνοια του πληθυσμού. Πολλές έρευνες πραγματοποιούνται από επιστημονικά ινστιτούτα κάθε χρόνο για την υγεία του πληθυσμού(Jarvelin, 2002).

Στη Φιλανδία είναι ανεπτυγμένη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που σκοπό έχει να:

- Προλαμβάνει ασθένειες
- Να οργανώνει προληπτικές εξετάσεις για τους πολίτες
- Να παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα στα παιδιά
- Να οργανώνει ομάδα αποτελούμενη από σχολικούς νοσηλευτές και νοσηλευτές για ηλικιωμένους
- Να οργανώνει την προληπτική ιατρική φροντίδα
- Να προωθεί τη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι
- Να προωθεί την επανένταξη
- Να φροντίζει και να προστατεύει ανθρώπους με ψυχικές παθήσεις

Ο ιδιωτικός τομέας δεν είναι σε έξαρση και πάντα συνεργάζεται με τον δημόσιο τομέα στα πλαίσια φροντίδας υγείας. Γενικά, ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται κυρίως από φυσιοθεραπευτές, χειρουργούς, μικροβιολόγους (<http://countrystudies.us/finland/72htm>). Οι πολίτες έχουν ασφάλιση με μία κάρτα που λέγεται Kela card αν και δεν καλύπτονται όλα τα έξοδα όπως για παράδειγμα οι ασθενείς πληρώνουν το ασθενοφόρο και αν νοσηλευτούν πάνω από τρεις μέρες πληρώνουν και τα νοσήλεια και τα φάρμακα. Επιπλέον, κάποιες εξετάσεις δεν γίνονται δωρεάν όμως όλα αυτά που έχουν ξοδέψει οι πολίτες επιστρέφονται σε αυτούς στο τέλος του χρόνου(Jarvelin,2002).

Το Νοσηλευτικό προσωπικό απορροφάτε αμέσως από τα νοσοκομεία και τα ΚΥ αλλά και στα σχολεία, τα πανεπιστήμια και μπορούν να δουλέψουν και ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Η ποιότητα της φροντίδας, του εξοπλισμού των

νοσοκομείων είναι σε υψηλό επίπεδο. Τα ΚΥ προσφέρουν περίθαλψη και έχουν ξεχωριστές υπηρεσίες για παιδιά, φοιτητές, οικογένειες, εγκυμονούσες(Jarvelin, 2002).

Τα δημόσια νοσοκομεία στη Φιλανδία είναι πλήρως εξοπλισμένα με ιατροτεχνικό εξοπλισμό και τελευταίας τεχνολογίας υπολογιστές. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αρκετό για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών και η συνεργασία γιατρών και νοσηλευτών είναι πολύ καλή συμπληρώνοντας η μία την άλλη. Επιπλέον στα νοσοκομεία γίνονται πολλές έρευνες έτσι ώστε να προωθηθεί η πρόληψη ασθενειών αλλά και η αντιμετώπιση προβλημάτων στην υγεία και ιδιαίτερα στη φροντίδα(Jarvelin,2002).Σκοπός του Φιλανδικού συστήματος υγείας είναι η πρόληψη ασθενειών και η ασφάλεια των πολιτών. Το σύστημα υγείας της Φιλανδίας θέτει μακροπρόθεσμους στόχους για μείωση ασθενειών και μακροζωία των ανθρώπων. Θεωρείτε από πολλές Ευρωπαϊκές χώρες το ιδανικό σύστημα υγείας(Jarvelin,2002).

Δημόσια υγειονομική περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε όλους τους κατοίκους της Φιλανδίας, ανεξαρτήτως της οικονομικής τους κατάστασης. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται από τα δημοτικά κέντρα υγείας καθώς και εξειδικευμένη νοσοκομειακή φροντίδα (www.expats-finland.com). Το υπουργείο κοινωνικών υποθέσεων και υγείας συντάσσει την κοινωνική πρόνοια και την υγειονομική νομοθεσία περίθαλψης και τους οδηγούς εφαρμογής του. Η κυβέρνηση της κοινωνικής ασφάλισης(KELA) παρέχει βοήθεια προς τους κατοίκους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (www.expats-finland.com). Η επιστροφή των ιατρικών και νοσηλευτικών εξόδων είναι διαθέσιμες για τα τέλη του γιατρού, την οδοντιατρική περίθαλψη, εξετάσεις, θεραπείες και πολλά άλλα. Ας σημειωθεί ωστόσο ότι η επιστροφή δεν υπολογίζεται με βάση το πραγματικό κόστος αλλά το χρονοδιάγραμμα των παγίων τελών δείχνει ότι το ανώτατο κόστος καλύπτεται (www.expats-finland.com).

Όσο αφορά την Kela Card κάρτα Ασφάλισης υγείας, για να διεκδικηθεί η επιστροφή ιατρικών εξόδων θα πρέπει να αποκτηθεί μια κάρτα Kela, η οποία γίνεται μνεία της ιδιότητας ενός κατοίκου της περιοχής για την κοινωνική ασφάλιση στη Φιλανδία. Επιπλέον με την επίδειξη της κάρτας τα φάρμακα λαμβάνονται σε μειωμένη τιμή (www.expats-finland.com). Σε περίπτωση ασθένειας πρέπει να υπάρξει ένα ραντεβού για την επίσκεψη στο τοπικό κέντρο υγείας. Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης καλούν 112 η επισκέπτονται το τοπικό νοσοκομείο.

Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τα δημοτικά κέντρα υγείας. Συνήθως είναι ανοιχτό μόνο για συγκεκριμένες ώρες και ως εκ τούτου πρέπει να υπάρξει ραντεβού για μία εξέταση από το γιατρό (www.expats-finland.com). Τα φάρμακα πωλούνται μόνο στα φαρμακεία. Μερικοί πωλούν χωρίς συνταγή αλλά για ‘ισχυρά’ φάρμακα η συνταγή γιατρού είναι απαραίτητη. Υπάρχει πάντα ένα φαρμακείο σε κάθε πόλη που είναι ανοιχτό μέχρι αργά (www.expats-finland.com).

1.6 Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα

Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια με ταχύ ρυθμό και κλιμακώνεται σε διάφορα επίπεδα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και σε ποικίλες μορφές αγωγής υγείας, για να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες της εποχής μας για υψηλή επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού και για πληρέστερη νοσηλευτική ενημέρωση του ευρύτερου κοινού (Αθανάτου,2007).

Η Νοσηλευτική εκπαίδευση, όπως είναι γνωστό, παρέχεται σε ένα επίπεδο ανώτατο (από τα πανεπιστήμια και τα ΤΕΙ). Σκοπός της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι η προετοιμασία ενός νοσηλευτή καταρτισμένου θεωρητικά και τεχνικά που είναι έτοιμος να προσφέρει τις γνώσεις του και την εμπειρία

του, τόσο στο υγιές όσο και στο άρρωστο άτομο διδάσκοντας, ενημερώνοντας, επισημαίνοντας έγκαιρα συμπτώματα, βοηθώντας στη θεραπεία, την αποκατάσταση και την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, μετά την διαταραχή που προκάλεσε η αρρώστια ή το ατύχημα (Σαββοπούλου,2006).

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

- Να εργαστούν ως υπάλληλοι σε Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας καθώς και σε ιδιωτικά Νοσοκομεία
- Μπορούν να γίνουν ελεύθεροι επαγγελματίες και να ανοίξουν σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας εταιρίες παροχής υπηρεσιών κατ οίκον φροντίδας.
- Ακόμα οι σύγχρονοι νοσηλευτές μπορούν να ασκήσουν διοίκηση σε όλες τις δομές και τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας, ως Προϊστάμενοι νοσηλευτικών τμημάτων, Διευθυντές Νοσηλευτικών Τομέων, Διευθυντές Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αρκετοί νοσηλευτές υπηρετούν σήμερα ή υπηρέτησαν στο παρελθόν, ως διοικητές και Υποδιοικητές Νοσοκομείων και ένας Νοσηλευτής σήμερα υπηρετεί ως Διοικητής ΠΕΣΥ.
- Οι νοσηλευτές μπορούν να απασχοληθούν στο ΚΕΛΠΝΟ στον ΟΚΑΝΑ, στο ΙΚΑ, στη ΔΕΗ και σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία, σε υπηρεσίες υγείας τραπεζών, στη Σχολική Υγιεινή, στην Υγιεινή της Εργασίας και ως Επιθεωρητές Υπηρεσιών Υγείας
- Επίσης μπορούν να εργαστούν σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση(ΙΕΚ,ΤΕΕ) αλλά και στην ανώτατη(πανεπιστήμια, ΤΕΙ).
- Στην έρευνα, ως ερευνητές απασχολούμενοι σε ερευνητικά κέντρα της Ελλάδας και του Εξωτερικού

- Να εργαστούν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε άλλες χώρες(ΗΠΑ, Καναδάς).

Παρόλα αυτά η νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας έχει αρκετά μειονεκτήματα. Η παιδεία είναι διχασμένη σε ΤΕΙ και πανεπιστήμια ενώ κανονικά πρέπει να υπάρχει ενιαία νοσηλευτική πανεπιστημιακού επιπέδου εκπαίδευση. Είναι σημαντικό οι φοιτητές νοσηλευτικής να εκπαιδεύονται από έμπειρους εκπαιδευτές ιδιαίτερα στην κλινική τους άσκηση. Σήμερα η νοσηλευτική πρακτική εκπαίδευση αντιμετωπίζει προβλήματα όπως και η θεωρητική εκπαίδευση(Finnie,2004).

Οι περισσότεροι φοιτητές Νοσηλευτικής στην Ελλάδα δεν είναι ευχαριστημένοι από τις σπουδές τους(Norman και άλλοι,2005). Αυτό μπορεί να οφείλετε στην έλλειψη εξοπλισμού των εργαστηρίων στην έλλειψη προσαρμοσμένων μαθημάτων ανάλογα με τις ανάγκες του εκπαιδευτικού συστήματος και γενικότερα η αντιμετώπιση των φοιτητών Νοσηλευτικής(Norman,2005). Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι φοιτητές πολλές φορές είναι δυσαρεστημένοι και από την επικοινωνία και συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό που τους διδάσκει στην κλινική τους άσκηση και αυτό πρέπει να αλλάξει έτσι ώστε να μπορεί η εκπαίδευση να γίνει ποιοτικότερη και να μην αποτελεί αγγαρεία για τους φοιτητές(Bartz και άλλοι,2003). Άλλη μία πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει η νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ο διχασμός της και οι πολλές σχολές εισακτέων που υπάρχουν πολλές φορές με διαφορετική ποιότητα και προγράμματα σπουδών(Elsevier,2007).

Σημαντικό στην εκπαίδευση και ιδιαίτερα στη Νοσηλευτική είναι η συνεργασία φοιτητών-καθηγητών όπου εκεί ο φοιτητής και ο καθηγητής είναι ίσοι και μοιράζονται κοινούς στόχους την ποιοτική εκπαίδευση με στόχο την σωστή φροντίδα(Paterson,1998). Ωστόσο, στη χώρα μας η συνεργασία φοιτητών-καθηγητών έχει πολλές ελλείψεις και υπάρχει μεγάλο χάσμα επικοινωνίας

ανάμεσα τους πολλές φορές με αποτέλεσμα την ελλιπή εκπαίδευση(Paterson, 1998).

1.7 Νοσηλευτική Εκπαίδευση στη Φιλανδία

Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες υγείας και άτομα με υψηλού βαθμού εξειδίκευση. Το έργο τους το οποίο βασίζεται στη νοσηλευτική επιστήμη είναι ανεξάρτητο και υπεύθυνο. Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει τους ασθενείς και επιπλέον προωθεί την υγεία του πληθυσμού, την πρόληψη ασθενειών, την θεραπεία και την αποκατάσταση (www.nurses.fi).

Στη Φιλανδία οι νοσηλευτές λαμβάνουν την εκπαίδευσή τους στα πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών. Νοσηλευτές, νοσηλευτές δημόσιας υγείας, μαίες και παραιατρικό προσωπικό πληρούν τις νοσηλευτικές προϋποθέσεις για φροντίδα με την ίδια σχολική εκπαίδευση(AMK στα Φιλανδικά) (www.nurses.fi). Η ολοκλήρωση των σπουδών που αποτελείται από 210 έως 270 μονάδες ECTS , διαρκεί 3,5 έως 4,5 χρόνια. Οι νοσηλευτές για να αποκτήσουν πτυχίο θα πρέπει να έχουν 210 μονάδες, οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας 240 και οι μαίες 270 (www.nurses.fi).

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν άριστη θεωρητική γνώση τόσο της νοσηλευτικής επιστήμης όσο και άλλων συναφών επιστημών. Πρέπει να είναι σε θέση να εφαρμόσουν αυτή τη γνώση για την εργασία τους στην πράξη και να έχουν τη δυνατότητα για διεξαγωγή έρευνας, την απόκτηση πληροφοριών και τη διαχείριση τους (www.nurses.fi). Μεταφέρουν έναν υψηλό βαθμό ευθύνης, που αποτελεί το να λαμβάνουν αποφάσεις σε πολλές πτυχές της νοσηλευτικής (www.nurses.fi). Απαιτείται επίσης να έχουν την ικανότητα να αντιμετωπίζουν το εργασιακό άγχος και να επιλύουν προβλήματα που τυχόν προκύπτουν, πρέπει να διαθέτουν υψηλό βαθμό ακρίβειας και σχολαστικότητα στο έργο τους (www.nurses.fi). Θα πρέπει να είναι σε θέση να κυριαρχήσουν και να εφαρμόσουν ένα σταθερό ρεύμα των νέων τεχνολογιών και εξοπλισμών. Η

συνεχής επιμόρφωση και η νέα γνώση είναι απαραίτητη για την διατήρηση των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων (www.nurses.fi).

Η Νοσηλευτική στη Φιλανδία διεξάγεται στα πολυτεχνεία(AMK) ή αλλιώς πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών. Η τελευταία θέση σε κολέγια ήταν το 1988 με μόνο λίγες θέσεις. Ο βαθμός των πολυτεχνικών σχολών είναι προγράμματα που έχουν εγκριθεί από το υπουργείο παιδείας (eu.europa.eu). Υπάρχουν τρεις επιλογές στο πρόγραμμα νοσηλευτικής AMK:

- Οι νοσηλευτές.
- Νοσηλευτές Δημόσιας Υγείας που έχουν δευτερεύον μορφωτικό επίπεδο, η εκπαίδευση και η κατάρτιση διαρκεί τρία χρόνια και σύμφωνα με την κατηγορία αυτή μπορούν οι απόφοιτοι να εργαστούν σε κοινωνικές υπηρεσίες και μόνο (eu.europa.eu).
- Μαίες.

Τα τρία ρεύματα όλων των τύπων περιλαμβάνουν σπουδές στη βασική εκπαίδευση για νοσηλεία (eu.europa.eu). Η εκπαίδευση των νοσηλευτών και των νοσηλευτών δημόσιας υγείας περιλαμβάνει τριετή εκπαίδευση για γενική περίθαλψη(45//77/EC, 453/77/EC) (eu.europa.eu). Οι νοσηλευτές μπορούν να είναι και νοσηλευτές δημόσιας υγείας αντίστοιχα. Οι μαίες έχουν τον τίτλο της νοσηλεύτριας και γνωρίζουν τις βασικές νοσηλείες. Οι νοσηλευτές τείνουν να εργάζονται σε νοσοκομεία ενώ οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας σε κέντρα υγείας και σχολεία (eu.europa.eu).

Όσο αφορά τους πρακτικούς νοσηλευτές αν και είναι επαγγελματίες έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και έχουν την ικανότητα να εργαστούν αυτόνομα σε ορισμένα βασικά καθήκοντα, αλλά συχνά υπό την επίβλεψη Νοσηλεύτριας(eu.europa.eu). Τα θεσμικά όργανα AMK ξεκίνησαν το 1991 έτσι ώστε η νοσηλευτική να διεξάγεται σε πολυτεχνικές σχολές η αλλιώς πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών με περισσότερα μαθήματα και

εργαστήρια επιστημονικού επιπέδου, η πρόθεση ήταν να διορθωθεί και να αναβαθμιστεί η Νοσηλευτική Εκπαίδευση στη Φιλανδία(eu.europa.eu).

Η νομοθεσία ήταν επιτυχής και έτσι συστάθηκε ένα μόνιμο σύστημα αναβαθμισμένων ιδρυμάτων. Μέχρι το 2001 το σύνολο της καινοτομίας είχε ολοκληρωθεί, δηλαδή η νοσηλευτική εκπαίδευση αναβαθμίστηκε σε όλα τα πολυτεχνεία η αλλιώς πανεπιστήμια εφαρμοσμένων επιστημών. Οι φοιτητές υποβάλλουν αίτηση εγγραφής στις πολυτεχνικές σχολές μετά την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η αίτηση είναι ένα Φιλανδικό πιστοποιητικό εγγραφής δηλαδή ένα απολυτήριο λυκείου. Η πρακτική εκπαίδευση αποτελεί το 50% των σπουδών και 50% είναι θεωρητική (eu.europa.eu)

Στο πανεπιστήμιο του Ροβανιέμι οι εξειδικεύσεις είναι ψυχικής υγείας, βασική νοσηλευτική, νεανική εφηβική φροντίδα και γηριατρική(eu.europa.eu). Η εξειδικευμένη εκπαίδευση μπορεί επίσης να περιλαμβάνει παιδιατρική και πολύ-πολιτισμική νοσηλευτική(eu.europa.eu).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην εκπαίδευση πολύ σημαντικό ρόλο κατέχει η χρήση υπολογιστών. Ιδιαίτερα στην εποχή μας χρειάζεται οι φοιτητές και ιδιαίτερα της υγείας να εξοικιωθούν με τους υπολογιστές και να τους χρησιμοποιούν σωστά(Saranto,Leino-Kilpi,1996). Αυτό συμβαίνει στα Φιλανδικά πανεπιστήμια αφού είναι εξοπλισμένα με τελευταίας τεχνολογίας υπολογιστές και μαθαίνουν τους φοιτητές να εργάζονται με αυτούς στα πλαίσια της φροντίδας και της συλλογής πληροφοριών.

Στη Φιλανδία υπάρχει ένα μοντέλο εκπαίδευσης όπου η θεωρία συνδυάζεται με την πρακτική και οι φοιτητές είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις διαφορές θεωρίας και πράξης. Στόχος του εκπαιδευτικού συστήματος της χώρας είναι οι φοιτητές να εξοικιωθούν με τις μοντέρνες επιστημονικές τεχνικές και να αποκτήσουν άριστο επίπεδο προσόντων ώστε να γίνουν υψηλού επιπέδου νοσηλευτές επαγγελματίες(Hou,2007). Οι φοιτητές προσελκύονται στη μάθηση,

μαθαίνουν να έχουν ανεξάρτητη σκέψη, να λύνουν προβλήματα, να παίρνουν αποφάσεις, να εργάζονται ομαδικά και να πραγματοποιούν έρευνες. Επιπλέον πολλοί φοιτητές στη Φιλανδία πραγματοποιούν μεταπτυχιακές σπουδές και διδακτορικά(Hou,2007).

Στην εκπαίδευση κεντρικό ρόλο έχει η ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και της πρωτοβουλίας με αποτέλεσμα οι φοιτητές να αξιολογούν κλινικά περιστατικά και να λαμβάνουν ευκολότερα κλινικές αποφάσεις από πολύ νωρίς στην ακαδημαϊκή τους ζωή(Auvinen και άλλοι,2004). Η λήψη κλινικών αποφάσεων βασίζεται στην κριτική σκέψη και είναι μία περίπλοκη διαδικασία πολλές φορές που οδηγεί στη λύση κλινικών προβλημάτων(Garret,2004). Στη Φιλανδία οι φοιτητές στην ακαδημαϊκή τους ζωή μαθαίνουν να αναλαμβάνουν ευθύνες να παίρνουν πρωτοβουλίες και να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις μέσα από μία διεργασία σκέψεων, αυτός άλλωστε είναι και ο στόχος των μαθημάτων στα εξάμηνα η ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και η λήψη αποφάσεων(Garret, 2004).

1.8 Η νοσηλευτική επιστήμη στην Ελλάδα

Η νοσηλευτική επιστήμη στην Ελλάδα περνάει κρίση. Ένας στους δέκα νοσηλευτές σκοπεύουν να αφήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα στο μέλλον και αν είχαν τη δυνατότητα να κάνουν κάτι άλλο θα το έκαναν(Scott,2004). Αυτό οφείλετε, τις πιο πολλές φορές στο άσχημο σύστημα υγείας το οποίο εμπεριέχει το κυκλικό ωράριο και τη σύγχυση ρόλων νοσηλευτών-γιατρών και νοσηλευτών-βοηθών νοσηλευτών(Scott,2004). Οι νοσηλευτές έχουν αποκτήσει τεχνικές χωρίς όμως να επικοινωνούν με τον ασθενή και να τον αντιμετωπίζουν σα μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα(Castledine,2004).

Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν σε ηθικές αποφάσεις σχετικά με τους ασθενείς και να παίρνουν πρωτοβουλίες. Στην Ελλάδα οι νοσηλευτές, αν και όχι όλοι, εξαρτώνται από τις ιατρικές αποφάσεις και εντολές(Scott,2004). Η

νοσηλευτική είναι ανεξάρτητη επιστήμη και τέχνη στην υπηρεσία του ανθρώπου και πρέπει να ανεξαρτητοποιηθούν οι νοσηλευτές από το ιατρικό επάγγελμα. Πρέπει απλά να υπάρχει σωστή συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών με κοινό στόχο την καλή έκβαση του ασθενή και την υγεία των ανθρώπων(Pattison,2004).

Το νοσηλευτικό προφίλ στην Ελλάδα δεν είναι καλό και πολλοί έχουν κακή άποψη για το επάγγελμα. Κάποιες δραστηριότητες για την βελτίωση του νοσηλευτικού προφίλ στη χώρα μας είναι οι εξής:

- Ανάπτυξη στη νοσηλευτική εκπαίδευση (ενιαία πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση).
- Επαγγελματική ανάπτυξη και ευκαιρίες καριέρας.
- Προσωπική ανάπτυξη των νοσηλευτών και αύξηση των γνώσεων τους.
- Συμμετοχή σε κλινικές αποφάσεις.

Όσο αφορά τη νοσηλευτική και την τεχνολογία είναι πολύ λίγες οι γνώσεις των νοσηλευτών (Gerrish και άλλοι,2004). Θα ήταν καλό η λογοδοσία να γράφεται σε υπολογιστές οπού θα υπήρχαν και τα απόρρητα στοιχεία των ασθενών και όχι σε εκτεθειμένα βιβλία στο δωμάτιο των νοσηλευτών. Γενικότερα, η νοσηλευτική στις μέρες μας δεν είναι συνυφασμένη με την τεχνολογία ενώ γύρω μας όλα είναι τεχνολογία και υπολογιστές(Gerrish και άλλοι,2004).

Επιπλέον, στη χώρα μας παρατηρείται η βία στα νοσοκομεία και ιδιαίτερα η ψυχική από τους συνεργάτες και άλλους επαγγελματίες υγείας. Στην χώρα μας οι νοσηλευτές βιώνουν τη βία σχεδόν καθημερινά οδηγώντας έτσι στην επαγγελματική εξουθένωση και πολλές φορές την κατάθλιψη και την ανάγκη για αλλαγή επαγγελματικού προσανατολισμού(Haughney,2004). Κάτι άλλο που παρατηρείται στην Ελλάδα είναι ότι οι νοσηλευτές δεν μπορούν εύκολα να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και δεν υπάρχουν σχολικοί νοσηλευτές ή νοσηλευτές

που να πηγαίνουν σε σπίτια και να συνεχίζουν τη φροντίδα του ασθενή(Peat, 2004).

Οι νοσηλευτές είναι ο πρώτος σύνδεσμος που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς. Οπότε πρέπει να αξιολογούν σωστά τα περιστατικά και να μεταφέρουν πληροφορίες σημαντικές για τον ασθενή(Winder,2001). Στην χώρα μας αν και υπάρχουν πολύ ικανοί νοσηλευτές οι περισσότεροι δεν αξιολογούν σωστά την κατάσταση και δεν μπορούν να πάρουν σωστές κλινικές αποφάσεις. Όπως καταλαβαίνουμε οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένο ρόλο και δεν νιώθουν αυτοπεποίθηση να λάβουν αποφάσεις και να επιλύσουν προβλήματα.

Πολλές φορές το ιατρικό προσωπικό αλλά και άλλοι επαγγελματίες υγείας νομίζουν και έχουν την λανθασμένη άποψη ότι οι νοσηλευτές απλά υπακούουν σε εντολές. Όμως αυτό απέχει πολύ από την πραγματικότητα. Η νοσηλευτική δεν είναι μία επιστήμη που απλά διεκπαιρεύει εντολές ιατρών είναι επιστήμη αυτόνομη που βρίσκεται στην υπηρεσία της φροντίδας του ανθρώπου και της προαγωγής της υγείας. Οι νοσηλευτές αποτελούν τους στυλοβάτες του συστήματος υγείας αν και στη χώρα μας αυτό δεν φαίνεται και ο περισσότερος κόσμος έχει άλλη άποψη για την νοσηλευτική(Winder,2001).

Η φροντίδα του ασθενή πρέπει να είναι ποιοτική. Ωστόσο, στη χώρα μας η φροντίδα κάθε άλλο ποιοτική δεν είναι διότι η νοσηλευτική διεργασία δεν εφαρμόζεται και φυσικά δεν υπάρχει και το εκπαιδευτικό αλλά και κοινωνικά υποστηρικτικό δίκτυο για κάτι τέτοιο(Scott,2004). Επιπροσθέτως, στην χώρα μας οι νοσηλευτές υποτιμούνται πολλές φορές και πολύ πιστεύουν ότι δεν έχουν επιστημονικές γνώσεις. Η φροντίδα είναι βασικό κομμάτι της υγείας και οι πολίτες μοιάζουν να μην το γνωρίζουν αυτό αλλά πολλές φορές και οι ίδιοι οι νοσηλευτές δεν πιστεύουν στο καλό του επαγγέλματός τους (Duffy,2004).

Η κοινοτική νοσηλευτική είναι βασικό κομμάτι του συστήματος υγείας και μέσω αυτής προλαμβάνονται οι ασθένειες αλλά και διδάσκονται οι πολίτες την

υγιεινή(Fitzpatrick,2004). Ο ρόλος της νοσηλευτικής στην Ελλάδα είναι συγχυσμένος, καθόλου ξεκάθαρος και δεν υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτικοί ηγέτες να διορθώσουν την μπερδεμένη κατάσταση που επικρατεί(Gray,2001).Η εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης, της τεχνολογίας, το Ευρωπαϊκό κεκτημένο, τα νέα νοσήματα και άλλα πολλά άλλαξαν το πεδίο δράσης των Νοσηλευτών και θέτουν αυτούς προ των επιστημονικών ευθυνών τους(Καμπούρα,2006). Η Νοσηλευτική έχει να αντιμετωπίσει στις μέρες μας νέες προκλήσεις ιδιαίτερα αυτή την περίοδο που συντελούνται πολλές κοινωνικές αλλαγές(Νιφλη,2006).

Οι νοσηλευτές δεν μιλούν για την δουλειά τους και δεν δίνουν έτσι στον κόσμο να κατανοήσει τι είναι νοσηλευτής και ποια η συμβολή του επαγγέλματός στην κοινωνία(Πλάκας,2006). Αυτό πρέπει να αλλάξει και εμείς ως νοσηλευτές να μιλούμε για το επάγγελμά μας να μην νιώθουμε αμήχανα γιατί πραγματικά το να είναι κάποιος νοσηλευτής στους δύσκολους καιρούς που περνάμε σήμερα και που έχουν συγχυστεί οι αξίες όπως φροντίδα, υγεία, προσφορά και αγάπη είναι ηρωισμός και άξιο θαυμασμού.

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μεγάλο εργασιακό στρες γιατί έρχονται αντιμέτωποι με τον θάνατο και τις αρρώστιες των ανθρώπων. Η πρόληψη του επαγγελματικού στρες αλλά και γενικότερα των επαγγελματικών βλαπτικών παραγόντων για την υγεία και την ασφάλεια των εργαζομένων, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι και τμήμα της πολιτικής διαχείρισης και των διαδικασιών παροχής και διασφάλισης ποιότητας της φροντίδας υγείας(Μουστάκα και άλλοι,2010).

1.9 Η νοσηλευτική επιστήμη στη Φιλανδία

Η νοσηλευτική επιστήμη στη Φιλανδία θεωρείται μία από τις σημαντικότερες επιστήμες και είναι ισάξια με όλες τις άλλες επιστήμες υγείας. Επιπλέον, όλοι οι πολίτες σέβονται τους νοσηλευτές και το επάγγελμα και είναι μια από τις

δημοφιλέστερες επιλογές για τους φοιτητές. Ο νόμος και η πολιτεία προστατεύουν τους νοσηλευτές και τους αποδίδουν αρκετά διασαφινισμένα επαγγελματικά δικαιώματα όπως η συνταγογράφηση (Hinds και Patterson, 2005).

Στη Φιλανδία η νοσηλευτική είναι ένα αξιοσέβαστο επάγγελμα με πρεστίτζ και άριστο επαγγελματικό προφίλ. Επιπλέον, οι νοσηλευτές έχουν πολλές ευκαιρίες για εξέλιξη της καριέρας τους και γενικότερα επέκταση των γνώσεων τους (<http://countrystudies.us/finland/72htm>). Η νοσηλευτική στο σχολείο αλλά και στα πανεπιστήμια είναι πολύ ανεπτυγμένη, όπως και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να εργάζονται αμέσως μόλις τελειώνουν τις σπουδές τους και με αξιόλογο μισθό, επιδόματα αλλά και βραβεύσεις σε περίπτωση αυξημένων επαγγελματικών προσόντων (<http://www.europe-cities.com/finland/health>).

Από προσωπική εμπειρία σε πρακτική μου στο νοσοκομείο Oulu University of Applied Sciences, υπάρχει οργάνωση στα νοσοκομεία. Οι σχέσεις του προσωπικού είναι ομαλές και οι νοσηλευτές συνεργάζονται αρμονικά με το ιατρικό προσωπικό και άλλους επαγγελματίες υγείας όπου βασικός σκοπός είναι να γίνει σωστά και ποιοτικά η φροντίδα αλλά και η θεραπεία.

Επιπρόσθετα, η τεχνολογία στα νοσοκομεία και τις κλινικές είναι πολύ ανεπτυγμένη και οι νοσηλευτές είναι εξοικιωμένοι με την τεχνολογία και γενικότερα με την χρήση υπολογιστών. Η λογοδοσία για παράδειγμα καταγράφεται σε υπολογιστή και διαβάζεται από υπολογιστή. Επιπλέον, πολλά απόρρητα στοιχεία είναι τοποθετημένα στον υπολογιστή και σε αρχεία που είναι δύσκολο να εκτεθούν σε άλλα πρόσωπα.

Τέλος, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ξεκάθαρος στην κοινωνία και η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι συχνή στους Φιλανδούς νοσηλευτές όπως στους Έλληνες. Έχει αποδειχθεί ότι οι Φιλανδοί νοσηλευτές λαμβάνουν

αποφάσεις και παίρνουν πρωτοβουλίες όσο αφορά τη φροντίδα αλλά και την αλλαγή της ιατρικής αγωγής αν το θεωρήσουν αναγκαίο.

1.10 Κλινικές αποφάσεις

Οι γνώσεις και η κλινική εμπειρία θεωρήθηκαν από πολλούς ερευνητές ως οι πιο σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων(Μπακάλης,2002). Οι γνώσεις τις οποίες κατέχει ο νοσηλευτής όσον αφορά στην κλινική διάγνωση παίζουν αποφασιστικό ρόλο στον καθορισμό του τρόπου ερμηνείας του προβλήματος και του είδους κλινικών πληροφοριών τις οποίες θα αναζητήσει(Μπακάλης,2002). Συνεπώς η παραπομπή σε προηγούμενες γνώσεις ουσιωδών εννοιών αποτελεί προοίμιο της λήψης κλινικών αποφάσεων και επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των αποφάσεων που λαμβάνονται. Ο βαθμός εμπειρίας του νοσηλευτή έχει μεγάλη επίδραση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων(Μπακάλης,2002).

Η Benner περιγράφει ένα μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων που αποτελείται από πέντε βαθμίδες: αρχάριος, αρχάριος με περιορισμένες γνώσεις, ικανός, πεπειραμένος και ειδικός. Ανακάλυψε ότι αυτός που ήταν ειδικός είχε την ικανότητα να εστιάζει κατευθείαν στο πρόβλημα χωρίς να χρειάζεται να σκεφτεί εναλλακτικές λύσεις(Μπακάλης,2002). Από την άλλη πλευρά, ο αρχάριος χρησιμοποιεί μόνο αυστηρούς κανόνες και οδηγίες για την λήψη αποφάσεων. Αυτό λοιπόν που στερείται ο αρχάριος νοσηλευτής είναι η ικανότητα να χρησιμοποιεί την πείρα του κατά τη νοσηλευτική διαδικασία(Μπακάλης, 2002).

Αρκετές έρευνες έχουν προσδιορίσει ότι η λήψη κλινικών αποφάσεων στην τεκμηριωμένη εφαρμογή είναι επιτακτική. Το καθηκοντολόγιο και τα πρωτόκολλα είναι προσεγγίσεις οι οποίες διευκολύνουν την τεκμηριωμένη εφαρμογή(Μπακάλης,2002). Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με σκοπό την παροχή των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων όσον αφορά την περίθαλψη και τη θεραπεία. Η ανάγκη

θεμελίωσης της εφαρμογής στην έρευνα έχει προσδιοριστεί ως ο βασικός σκοπός όλων των επαγγελματιών υγείας, συνεπώς κάθε απόφαση την οποία λαμβάνουν οι νοσηλευτές θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές έρευνες και στην ικανότητα τους να εκτιμούν και να εκτιμούν αυτές τις έρευνες(Μπακάλης, 2002).

Κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων προκαλείται ψυχολογικό άγχος. Οι μονάδες εμφραγμάτων περιγράφονται ως περιβάλλον έντονου άγχους λόγω της πολυπλοκότητας των ιατρικών προβλημάτων των ασθενών και της αυξανόμενης χρήσης της υψηλής τεχνολογίας. Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές στις μονάδες εμφραγμάτων λαμβάνουν πολλές αποφάσεις σε μικρό χρονικό διάστημα και συχνά έχοντας στη διάθεση τους λιγιστές πληροφορίες και υψηλό βαθμό αβεβαιότητας(Μπακάλης,2002). Αυτές οι αποφάσεις μπορεί να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη ζωή του ασθενούς και γι αυτό το λόγο οι νοσηλευτές γνωρίζουν καλά τις σοβαρές συνέπειες σε περίπτωση λανθασμένης απόφασης(Μπακάλης, 2002).

Η ανάπτυξη στην τεχνολογία, η αύξηση του ενδιαφέροντος για την υγεία και την ασθένεια έχουν αλλάξει ριζικά τον τρόπο λήψης απόφασης των νοσηλευτών. Ωστόσο, σε μία ομάδα επαγγελματιών υγείας έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές αδυνατούν να λάβουν κλινικές αποφάσεις και δυσκολεύονται να εκφράσουν την άποψη τους(Coombs,2003).

Η λήψη αποφάσεων είναι απαραίτητη για την επίλυση προβλημάτων. Με την άποψη αυτή μάλλον δεν πρέπει να διαφωνεί κανένας. Οι νοσηλευτές γνωρίζουν ήδη πώς να λαμβάνουν αποφάσεις (Swansburg,1999).Οι κλινικές αποφάσεις λαμβάνονται από τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί από τον ασθενή και την κατάσταση του(Frank και άλλοι,2003). Σε κάθε επίπεδο νοσηλευτικής λαμβάνονται σύνθετες αποφάσεις, ο νοσηλευτής για να λειτουργεί με επιτυχία πρέπει να αποδειξει την ικανότητα να λύνει προβλήματα σε καταστάσεις που αλλάζουν με γρήγορο ρυθμό και χαρακτηρίζονται από αβεβαιότητα οπού η

αναποφασιστικότητα ή οι άστοχες αποφάσεις έχουν κάποιο κόστος (Swansburg, 1999).

Οι κλινικές αποφάσεις εξαρτώνται από το επίπεδο εκπαίδευσης, την προσωπικότητα και την κριτική σκέψη αλλά και την κλινική νοσηλευτική εμπειρία (Frank και άλλοι, 2003). Η ικανότητα λήψης αποφάσεων για τον οργανισμό και η επίλυση προβλημάτων αποτελούν στοιχειώδη προσωπική δεξιότητα για τους νοσηλευτές. Η θεωρία της λήψης αποφάσεων, η γνώση της οποίας είναι απαραίτητη για όλους τους επαγγελματίες, αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής διεργασίας και της διοικητικής διεργασίας (Swansburg, 1999).

Επειδή κάθε άτομο λαμβάνει αποφάσεις σε κάποια χρονική στιγμή, μπορεί να θεωρηθεί δεδομένο ότι οι έμφυτες ικανότητες, η εμπειρία από το παρελθόν και η διαίσθηση αποτελούν τη βάση για τη λήψη πετυχημένων αποφάσεων. Συχνά οι αποφάσεις λαμβάνονται επιλέγοντας μια από μερικές άλλες γνωστές εναλλακτικές λύσεις. Η πραγματοποίηση μιας επιλογής δεν είναι το μοναδικό στοιχείο της λήψης αποφάσεων (Swansburg, 1999). Για να μπορέσουμε να λάβουμε κάποιες κλινικές αποφάσεις θα πρέπει να γνωρίζουμε πολύ καλά το περιστατικό το οποίο αντιμετωπίζουμε αλλά και όλες τις πληροφορίες γύρω από τον ασθενή και τη κατάσταση του (Frank και άλλοι, 2003).

Η διαδικασία η οποία συνήθως προϋποθέτει μια συστηματική προσέγγιση των διαδοχικών φάσεων, πρέπει να έχει δυνατότητα προσαρμογής στο περιβάλλον στο οποίο χρησιμοποιείται. Η λήψη απόφασης είναι μία περίπλοκη διαδικασία που βασίζεται σε συγκεκριμένα βήματα (Frank και άλλοι, 2003). Ο Swansburg (1999) ορίζει τη λήψη αποφάσεων ως μια συστηματική, διαδοχική διαδικασία μεταξύ των εναλλακτικών λύσεων και πρόταση της επιλογής για δράση, ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει τις φυσικές και μαθησιακές ικανότητες, ενώ παράλληλα εξασφαλίζει μια σειρά και συνέχεια στη διαδικασία και λήψης αποφάσεων.

Οι νοσηλευτές πραγματοποιούν συχνές, πολύπλοκες και σημαντικές αποφάσεις. Κατά τη διάρκεια της βάρδιας οι νοσηλευτές παίρνουν αποφάσεις πολυποίκιλες και διαφορετικές (Wilkinson,1996). Είναι σημαντικό οι αποφάσεις αυτές να είναι σωστές και να βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την κριτική τους σκέψη έτσι ώστε να συλλέξουν πληροφορίες και να κρίνουν και να καταλήξουν σε σωστές αποφάσεις. Πρέπει να κρίνουν σωστά ποιες πληροφορίες είναι σημαντικές για τους γιατρούς και τη διάγνωση και ποιες για τους ίδιους και τη νοσηλευτική φροντίδα (Wilkinson,1996). Είναι πολύ σημαντικό να χρησιμοποιείται η κριτική σκέψη και πολλές φορές και η λογική έτσι ώστε οι αποφάσεις που παίρνουν οι νοσηλευτές να είναι άρτιες και να βοηθούν για το κοινό καλό.

Σε επείγουσες καταστάσεις είναι το πιο κρίσιμο σημείο να ληφθούν κλινικές αποφάσεις και σε αυτή την περίπτωση η συλλογή πληροφοριών αλλά και η απόλυτη γνώση της κατάστασης είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για να ληφθούν αποφάσεις όμως όλα αυτά εξαρτώνται και από το περιβάλλον εργασίας και τους συνεργάτες(Pugh,2002).

Υπάρχουν φάσεις που οι νοσηλευτές λαμβάνουν δύσκολες κλινικές αποφάσεις. Κάποια σημεία που δυσκολεύουν τη λήψη αποφάσεων είναι:

- Το πρόβλημα από μόνο του(δηλαδή η φύση του προβλήματος και τι απαιτήσεις έχει)
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες, ίσως δηλαδή το περιβάλλον να μην ευνοεί τη λήψη απόφασης
- Προσωπικοί παράγοντες, δηλαδή να μην γνωρίζουμε ακριβώς το πρόβλημα και τι το προκαλεί(Brennan και Hugh,1998).

Είναι σημαντικό ότι οι κλινικές αποφάσεις στις μέρες μας μπορούν να συνδεθούν με την πληροφορική και τους υπολογιστές. Υπάρχουν συστήματα στους υπολογιστές που λαμβάνουν αποφάσεις όπως ένας ανθρώπινος εγκέφαλος

πολύ πιο γρήγορα όμως και αποτελεσματικά πολλές φορές(Brennan και Hugh, 1998). Αυτόματα λοιπόν οι υπολογιστές παίρνουν αποφάσεις. Είναι λοιπόν φρόνημο να αναρωτηθούμε αν στο μέλλον παίρνουν αποφάσεις οι υπολογιστές για μας και μάλιστα πιο αποτελεσματικά και γρήγορα.

Πολύ σημαντικό στις κλινικές αποφάσεις είναι να λαμβάνονται με ωριμότητα και λογική ιδιαίτερα όσο αφορά ασθενείς που νοσηλεύονται στις μονάδες εντατικής θεραπείας(Botti και άλλοι,1993). Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασθενείς είναι σε κρίσιμη κατάσταση και κάθε απόφαση που παίρνει ο νοσηλευτής πολλές φορές καθορίζει την έκβαση της υγείας τους και της καλής κατάστασής τους. Είναι σημαντικό οι κλινικές αποφάσεις να βασίζονται σε κριτική σκέψη και λογική και φυσικά σωστές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Είναι σημαντικό και για τους φοιτητές νοσηλευτικής να μαθαίνουν αυτές τις τεχνικές και τα προσόντα από τα πρώιμα κιόλας εξάμηνα(Kieckhefer,2002).

Όσο αφορά τις κλινικές αποφάσεις και τα παιδιατρικά τμήματα προκύπτουν τα εξής: στα παιδιά που είναι κοντά στο θάνατο από καρκίνο πολλές φορές πρέπει να ληφθούν αποφάσεις ζωής η θανάτου κάτι που είναι πολύ δύσκολο και φέρνει σε αμήχανη θέση τους νοσηλευτές και γενικά τους επαγγελματίες υγείας(Hinds και Patterson,1998). Στη λήψη αποφάσεων σε παιδιατρικά τμήματα θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν και τη σχέση παιδιού-γονέα αλλά και να εκφραζόμαστε μέσα από το παιχνίδι αλλά και τεχνικές που αποσπούν τα παιδιά και τους γονείς από το πρόβλημα υγείας.

Είναι γεγονός ότι οι νοσηλευτές με κλινική εμπειρία και γνώσεις λαμβάνουν σωστότερες και πιο ορθές κλινικές αποφάσεις με αποτέλεσμα να οδηγούνται συχνότερα στη λύση του προβλήματος(Hoffman, Aitken και Duffield,2009). Η εκπαίδευση αποτελεί σπουδαίο ρόλο στη λήψη αποφάσεων(Thompson και Stapley,2011).

Αυτό που θα πρέπει να γνωρίζουμε είναι ότι:

- Η λήψη κλινικών αποφάσεων και η κρίση είναι προσόντα που όλο και περισσότερο αναπτύσσονται στην κλινική πρακτική και τη νοσηλευτική εκπαίδευση.
- Η λήψη κλινικών αποφάσεων περιλαμβάνει κριτική σκέψη, ορθολογισμό, σωστή συμπεριφορά που όλα αυτά αποκτούνται με την κλινική εμπειρία.
- Όσο αφορά έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί η κριτική σκέψη δεν είναι τόσο ανεπτυγμένη όσο θα έπρεπε στους νοσηλευτές με αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν συχνά κλινικές αποφάσεις(Thompson και Stapley, 2011). Αυτό μπορεί να είναι καταστροφικό για την υγεία των ασθενών και ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας(Gow, Theobald και Nagle,1995).

Σε επείγουσες καταστάσεις και σε επείγοντα περιστατικά πολύ σημαντικό είναι να αποφασίζουμε τι είναι επείγον και πότε πρέπει να αναφέρουμε ένα περιστατικό ως επείγον(Cioffi,2000). Πολλές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό βασίζεται σε εμπειρίες του παρελθόντος για να κατανοήσει επείγοντα περιστατικά. Είναι σημαντικό στα επείγοντα οι νοσηλευτές να λαμβάνουν αποφάσεις με κάποια συγκεκριμένη στρατηγική που να βασίζεται σε κλινική εμπειρία, κριτική σκέψη και ορθολογισμό(Cioffi,2000).

Οι αποφάσεις σε επείγουσα περιστατικά είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την παρατηρητικότητα και τη σωστή συλλογή πληροφοριών και δεδομένων για την κατάσταση του ασθενή(Gunharsson και Stomberg,2008). Αυτό επηρεάζεται και από τις γνώσεις των νοσηλευτών και την εκπαίδευση που έχουν δεχθεί. Πολλές φορές υπάρχουν διλήμματα στη λήψη κλινικών αποφάσεων σε επείγουσες καταστάσεις και το νοσηλευτικό προσωπικό διχάζεται για το ποιο είναι το σωστό και ποιο το λάθος.

Για να ληφθούν κλινικές αποφάσεις θα πρέπει να βασιζόμαστε σε στοιχεία και κλινικά δεδομένα. Τη σωστή λήψη αποφάσεων βοηθάει και καθοδηγεί:

- Η κατάσταση του ασθενή
- Η ομαδική συνεργασία
- Η ποιοτική φροντίδα
- Χρήση πληροφοριών
- Κλινική εμπειρία και γνώση(Cooper,2009).

1.11 Κλινικές αποφάσεις Ελλήνων Νοσηλευτών

Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι Έλληνες νοσηλευτές είναι περιορισμένες διότι δεν λαμβάνουν πολλές πρωτοβουλίες. Αυτό πρέπει να μας ανησυχεί γιατί όλη αυτή η κατάσταση πιθανών να προέρχεται από την ελλιπή εκπαίδευση των νοσηλευτών αλλά και τα μειωμένα δικαιώματα τους στην κλινική πράξη.

Η λήψη κλινικών αποφάσεων συμβαίνει με τη συλλογή δεδομένων με αποτέλεσμα να γίνετε σωστή κριτική σκέψη. Στην Ελλάδα οι νοσηλευτές εμπλέκονται στη λήψη αποφάσεων των ασθενών. Σε κάποιες περιπτώσεις οι νοσηλευτές λαμβάνουν αποφάσεις σε ιατρικά θέματα σε περιπτώσεις που λείπουν οι γιατροί με αποτέλεσμα να γίνονται λάθη και να οδηγούνται σε λάθος συμπεράσματα(Bakalis, Bowman και Porock,2003).

Σε πολλές περιπτώσεις οι νοσηλευτές λαμβάνουν αποφάσεις στη χώρα μας μόνοι τους χωρίς την συνεργασία γιατρών ή την καθοδήγηση τους(Bakalis, Bowman και Porock, 2003).Σε γενικές γραμμές οι Έλληνες νοσηλευτές αν και λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις έχουν ακόμα ανασφάλεια και δεν δραστηριοποιούνται χρησιμοποιώντας την κριτική τους σκέψη. Βασιζόμενη σε δική μου εμπειρία στα Ελληνικά νοσοκομεία οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να λάβουν κλινικές αποφάσεις χωρίς την επιβεβαίωση του ιατρού.

1.12Κλινικές αποφάσεις Φιλανδών Νοσηλευτών

Στη Φιλανδία οι νοσηλευτές λαμβάνουν συχνότερα κλινικές αποφάσεις και αυτό συμβαίνει γιατί η εκπαίδευση τους προσφέρει ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και λήψη πρωτοβουλιών σε σχέση με την κλινική πρακτική και την φροντίδα των ασθενών αλλά και τη θεραπεία και αλλαγή δόσεων των φαρμάκων. Στη Φιλανδία οι νοσηλευτές έχουν αυτοπεποίθηση να λάβουν αποφάσεις και ουσιαστικά αποτελούν τους στυλοβάτες των νοσοκομείων αλλά και ολόκληρου του συστήματος υγείας.

Στη Φιλανδία, οι νοσηλευτές λαμβάνουν αποφάσεις σε μεγάλο ποσοστό βλέποντας τον ασθενή σα μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Πολλοί νοσηλευτές συνεργάζονται με τους ασθενείς για να λάβουν αποφάσεις ή την οικογένεια και τον περίγυρό τους(Salanter,1994).Οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών είναι αποτελεσματικές και βασίζονται σε γνώσεις αλλά και κλινική εμπειρία. Οι Φιλανδοί νοσηλευτές έχουν ως στόχο την φροντίδα και τη σωστή λειτουργία των νοσοκομείων και των κλινικών(Sirkka και άλλοι,1998). Το κράτος έχει αναγνωρίσει την επιστημονικότητα των νοσηλευτών που πρόσφατα έδωσε δικαίωμα στους νοσηλευτές να συνταγογραφούν μια ορισμένη κατηγορία φαρμάκων.

1.13Ομοιότητες και διαφορές Ελλήνων και Φιλανδών Νοσηλευτών

Είναι σημαντικό να συνοψίσουμε τις διαφορές και τις ομοιότητες Ελλήνων και Φιλανδών νοσηλευτών γιατί θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τα μειονεκτήματα αλλά και τα πλεονεκτήματα σε σχέση με ένα διαφορετικό κράτος με διαφορετική κουλτούρα και αντιμετώπιση των πραγμάτων.

Οι βασικές ομοιότητες είναι οι εξής:

- Και στις δύο χώρες οι νοσηλευτές λαμβάνουν αποφάσεις στην καθημερινή πρακτική.
- Η Νοσηλευτική εκπαίδευση διαρκεί 4 χρόνια και υπάρχουν μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα.
- Στο σύστημα υγείας υπάρχει ασφάλιση για τους πολίτες και μέριμνα.
- Και στις δύο χώρες σοβαρό πρόβλημα για την υγεία αποτελεί το αλκόολ και το κάπνισμα.
- Είναι και τα δύο σχετικά μικρά κράτη ιδιαίτερα όσο αφορά τον πληθυσμό.
- Έχουν κοινό Ευρωπαϊκό νόμισμα.
- Είναι αυτόνομα κράτη.
- Έχουν παρόμοια ασφάλιση και φορολογία.
- Οι νοσηλευτές μπορούν να εργαστούν και στα δύο κράτη ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

Οι βασικές διαφορές είναι οι εξής:

- Στη Φιλανδία οι αποφάσεις λαμβάνονται συχνά χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη.
- Το σύστημα υγείας της Φιλανδίας είναι ανεπτυγμένο δίνοντας έμφαση και κονδύλια στην υγεία κάτι που δεν συμβαίνει στη χώρα μας.
- Η νοσηλευτική εκπαίδευση στη Φιλανδία είναι ενιαία και υψηλού επιπέδου ενώ στην Ελλάδα είναι διχασμένη με έλλειψη προσωπικού και οργάνωσης.
- Στην Ελλάδα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι ανεπτυγμένη κατά συνέπεια να μην μπορούν να προληφθούν πολλές ασθένειες ενώ στη Φιλανδία η κοινοτική νοσηλευτική και η ΠΦΥ είναι ανεπτυγμένες και σε πολύ υψηλό επίπεδο με αποτέλεσμα να προλαμβάνονται πολλές ασθένειες.

- Ο ρόλος των νοσηλευτών στη Φιλανδία είναι πολυδιάστατος(έρευνα, παροχή φροντίδας, διοικητικός, εκπαιδευτικός), ενώ στην Ελλάδα περιορίζεται κυρίως στην παροχή φροντίδας και στο εκπαιδευτικό κομμάτι.
- Οι σχέσεις γιατρών και νοσηλευτών στη Φιλανδία βασίζονται στη συνεργασία και τον αμοιβαίο σεβασμό, ενώ στην Ελλάδα οι σχέσεις είναι ανταγωνιστικές και οι νοσηλευτές εξαρτώνται από τους γιατρούς.
- Στην Φιλανδία οι νοσηλευτές έχουν αυτονομία στην κλινική άσκηση ενώ στην Ελλάδα όχι.
- Στην Φιλανδία η οργάνωση της νοσηλευτικής εργασίας και φροντίδας είναι σχεδόν ιδανική και χρησιμοποιείται η ομαδική νοσηλευτική φροντίδα ενώ στην Ελλάδα η κατά ασθενή.
- Το νοσηλευτικό προφίλ στη Φιλανδία είναι πολύ καλό σε σχέση με της Ελλάδας που είναι υποβαθμισμένο.
- Οι νοσηλευτές στη Φιλανδία έχουν εξουσία από το κράτος και τους οργανισμούς(νοσοκομεία,ΚΥ) να παίρνουν πρωτοβουλίες και να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις ενώ στην Ελλάδα είναι περιορισμένα τα καθήκοντα και οι πρωτοβουλίες των νοσηλευτών.
- Επιπλέον οι δύο χώρες έχουν διαφορά στα γεωγραφικά όρια(νότος, βορράς)
- Κλιματολογικά η Φιλανδία έχει ψυχρό κλίμα ενώ η Ελλάδα ζεστό.
- Υπάρχει μεγάλη διαφορά στην κουλτούρα και την αντιμετώπιση των ανθρώπων γενικότερα.
- Η οικονομία στη Φιλανδία εξελίσσεται σημαντικά και βασίζεται στην βιομηχανία και την ξυλεία, ενώ στην Ελλάδα η οικονομία είναι σε κρίσιμη κατάσταση και βασίζεται στον τουρισμό και τη γεωργία.
- Τέλος στην Φιλανδία το νοσηλευτικό επάγγελμα θεωρείται ένα από τα πιο καλοπληρωμένα με τις απαραίτητες αποδοχές ενώ στην Ελλάδα όχι.

Κεφάλαιο 2

Μεθοδολογία έρευνας

Σύμφωνα με την Δαρβίρη(2009) μεθοδολογία έρευνας αποτελεί τη διαδικασία που επιτρέπει την απόκτηση συστηματικής γνώσης και τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση της ατομικής και συλλογικής υγείας. Ουσιαστικά νοείται η ευρύτερη διαδικασία και ερευνητική προσπάθεια εξεύρεσης και επιλογής κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων, προκειμένου να μελετηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα και πληρέστερα το υπό εξέταση φαινόμενο, πρόβλημα ή ζήτημα. Η μεθοδολογία έρευνας θεωρείται επιστημονική εφόσον εξασφαλίζεται ότι κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της αξιοποιούνται μέσα και υλικά με επιστημονική μεθοδολογία. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο 2010 και Ιούνιο του 2011. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε πρώτον να διαπιστώσει και να συγκρίνει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών, σε διαφορετικά κλινικά πλαίσια στην Ελλάδα και Φιλανδία.

2.1 Σχεδιασμός

Για την συγκεκριμένη έρευνα έπρεπε να πραγματοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση και να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την μέθοδο και καταγραφή της έρευνας. Η Ελληνική βιβλιογραφική ανασκόπηση στο προηγούμενο κεφάλαιο, έδειξε ότι δεν έχει γίνει ξανά παρόμοια έρευνα. Φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης και σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες όσο αφορά τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών και τις πρωτοβουλίες που λαμβάνουν στην καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα. Έτσι αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα και να συγκρίνουμε τις δύο χώρες (Ελλάδα-Φιλανδία) έτσι ώστε να κατανοήσουμε τις ομοιότητες και διαφορές και τι μπορούμε να διορθώσουμε στην Ελληνική κλινική άσκηση έτσι ώστε να προαχθεί περισσότερο η νοσηλευτική επιστήμη.

Σύμφωνα με την Δαρβίρη(2009) η υψηλής ποιότητας έρευνα και τα έγκυρα ερευνητικά πορίσματα, αποτελούν προϊόντα εξαντλητικής προεργασίας, συστηματικής και θεωρητικής προσέγγισης και όχι απλώς συμπτωματικά αποτελέσματα τύχης. Έτσι και αυτή η έρευνα βασίστηκε στη θεωρητική και συστηματική προσέγγιση για να πραγματοποιηθεί και βασίζεται σε έγκυρα και επιστημονικά δεδομένα. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε και έχει χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενη έρευνα από τους Μπακάλη και Watson(2005) περιέχοντας 15 ερωτήσεις.

2.2 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Φιλανδία και σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας σε ένα στην Πάτρα. Αφού επιλέχτηκαν τα νοσοκομεία στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες του κάθε τμήματος. Το γράμμα επεξηγούσε το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής πληροφοριών και ζητώντας άδεια να προσεγγίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό παθολογικών, χειρουργικών και μονάδων με σκοπό να διερευνήσουμε τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές. Στη Φιλανδία δημιουργήθηκε και ειδικό πρωτόκολλο με αναλυτικές πληροφορίες και συνέντευξη για να δοθεί έγκριση συλλογής των ερωτηματολογίων.

Επιπλέον, και στις δύο χώρες χρειάστηκε έγκριση από τα επιστημονικά συμβούλια για να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια και ιδιαίτερα στη Φιλανδία απαιτήθηκε αρκετός χρόνος αναμονής ώσπου να ληφθεί η θετική απόφαση. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών περιλαμβάνονταν στα γράμματα. Αφού λοιπόν εξετάστηκε η αίτηση δόθηκε η έγκριση για πραγματοποίηση της έρευνας.

Μετά από συνεννόηση με τους προισταμένους τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους νοσηλευτές. Έγινε κατανοητό ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν απόρρητες, και ότι θα επιλέξουν μια απάντηση για κάθε ερώτηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν από 7 μέχρι μέχρι 10 λεπτά. Στην Ελλάδα πολλοί νοσηλευτές δυσανασχέτησαν με κάποιες ερωτήσεις όπως αυτή με τη νοσηλευτική διάγνωση και την πρόγνωση του ασθενούς όπου έγραψαν πάνω στα ερωτηματολόγια ότι αυτό το κάνουν οι γιατροί. Επιπλέον, ήταν αρνητικοί γενικότερα με την έρευνα και τον σκοπό της. Στη Φιλανδία οι νοσηλευτές ήταν πιο δεκτικοί και μόνο ένας νοσηλευτής έκανε σχόλιο πάνω στο ερωτηματολόγιο για την νοσηλευτική διάγνωση ότι γίνεται μόνο από γιατρούς.

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος διότι σύμφωνα με τους Μποτώνη και Στεφανοπούλου είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει, να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδος για την ανάπτυξη της επιστήμης. Το μέσο συλλογής δεδομένων στην παρούσα έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο. Η Σαχίνη(2009) αναφέρει ότι στα πλαίσια ενός ερωτηματολογίου ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αφορούν σε όλα τα χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου, όπως στη δομή, το περιεχόμενο, τη γλώσσα, τη μορφοποίηση του κ.α. Σε κάθε περίπτωση κατά το σχεδιασμό ενός ερωτηματολογίου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ο ερευνητικός σκοπός, το δείγμα στο οποίο απευθύνεται και τις ιδιαιτερότητες του, τους διαθέσιμους πόρους της έρευνας, υλικούς και ανθρώπινους, τον χρόνο διεξαγωγής και άλλα πρακτικά ζητήματα.

Στα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται:

- Η ευανάγνωστη μορφή του που να αποτρέπει δυσνόητα νοήματα.

- Η διατύπωση των ερωτήσεων σε γλώσσα απλή, σαφή και κατανοητή.
- Αποφυγή διατύπωσης ερωτήσεων που μπορεί να προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως προσβλητικές ερωτήσεις, καθώς και την αποφυγή κατευθυνόμενων ερωτήσεων, δηλαδή ερωτήσεων που οδηγούν τον ερωτώμενο στην επιλογή της επιθυμητής από τον ερευνητή απάντησης.
- Το μέγεθός του να μην είναι αποτρεπτικό και ιδιαίτερα κουραστικό, αλλά να θέτει τα ερωτήματα με σύντομο και εύληπτο τρόπο.
- Να είναι ανάλογα και κατάλληλα προσαρμοσμένο στο πληθυσμό στόχο της μελέτης και τις ικανότητες τους (ηλικιωμένοι, παιδιά, μορφωμένοι κ.λ.π)
- Η αλληλουχία στη σειρά των ερωτήσεων να διέπεται από τη λογική.
- Να παρέχονται όλες οι απαραίτητες οδηγίες για τη συμπλήρωση, διατυπωμένες με σαφήνεια.
- Να προηγούνται οι ευκολότερες και άμεσου τύπου ερωτήσεις ακολουθούμενες από τις πολυπλοκότερες.
- Να είναι καλάίσθητα γραμμένο και τυπωμένο
- Για την κωδικοποίηση των ερωτήσεων προτιμάται να υπάρχει ειδικός χώρος στο δεξί μέρος της σελίδας.
- Να επιτρέπει την επεξεργασία και την ανάλυση των δεδομένων.
- Να έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του.
- Να έχει αξιολογηθεί μέσω πιλοτικής εφαρμογής.

Όλες οι ως άνω προϋποθέσεις, σαφώς αυξάνουν την πιθανότητα δημιουργίας ενός καλού εργαλείου όπως το ερωτηματολόγιο, ενώ μεγιστοποιούν την καλύτερη χρήση ενός υπάρχοντος. Σε κάθε περίπτωση, η ποιότητα ενός ερωτηματολογίου θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ακρίβεια του σχεδιασμού του από τον έμπειρο ερευνητή στη χρήση ερωτηματολογίων.

Το ερωτηματολόγιο στη συγκεκριμένη έρευνα έχει ξαναχρησιμοποιηθεί σε παρόμοια έρευνα μεταξύ Ελλάδας-Αγγλίας και κατασκευάστηκε από τον Δρ Μπακάλη Νικόλαο. Περιελάμβανε τρία μέρη. Οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου και οι νοσηλευτές απαντούσαν ανάλογα χρησιμοποιώντας κλίμακες Likert.

Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο και οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 15 ερωτήσεις που αφορούσαν τις κλινικές αποφάσεις σε διάφορα στάδια της κλινικής άσκησης και πως οι νοσηλευτές χειρίζονται τα προβλήματα και τις διάφορες καταστάσεις στην κλινική άσκηση. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από τακτικά μέχρι καθόλου) έτσι ώστε να προσδιοριστούν οι απαντήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τις κλινικές αποφάσεις και τις πράξεις των νοσηλευτών στην κλινική άσκηση. Το ερωτηματολόγιο έχει δείξει πολύ καλά στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

2.4 Δείγμα

Σύμφωνα με την Μποτώνη και Στεφανοπούλου (2007) η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύσει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό της. Η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται από δύο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε

διαθέσιμης ομάδας ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί τη χρήση βολικού δείγματος από τον πληθυσμό. Το πρόβλημα στη δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται. Για να ελαττώσουμε το λάθος στη δική μας έρευνα συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Όλο το δείγμα ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας.

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν πραγματοποιηθεί η έρευνα. Επιπλέον, τα μεγάλα δείγματα προτιμώνται από τα μικρότερα. Σύμφωνα με την Μποτόνη και Στεφανοπούλου(2007) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας, είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματοληπτικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση. Στη συγκεκριμένη έρευνα το συνολικό δείγμα ήταν 330 νοσηλευτές (169 ερωτηματολόγια από Φιλανδία και 161 από Ελλάδα).

2.5 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας $p < 0,05$ σε βαθμό για το σχεδιασμό και την ανάλυση των δεδομένων.

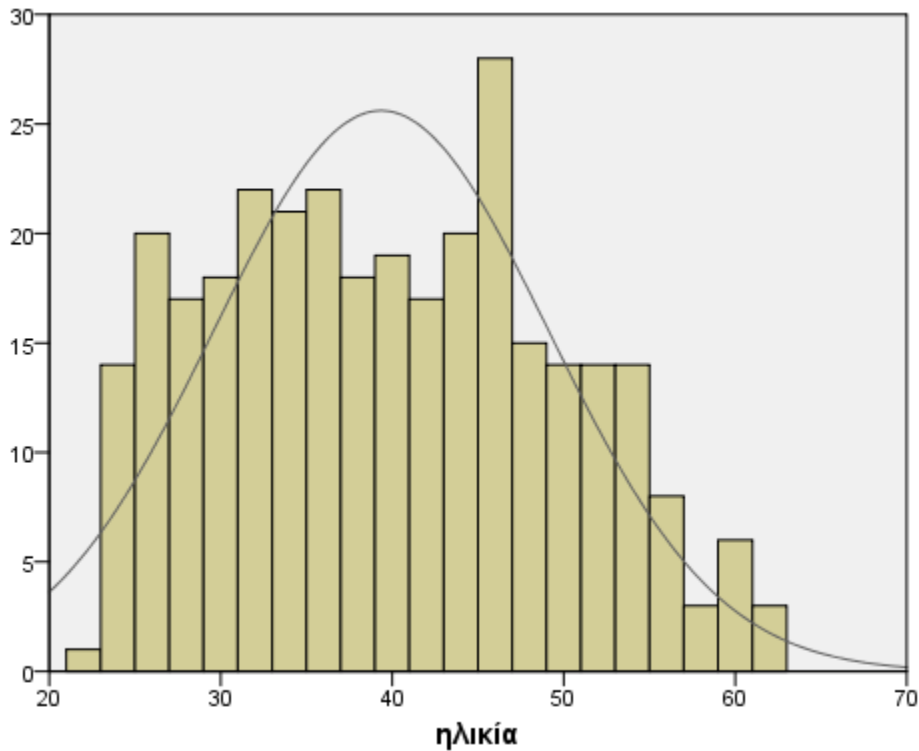
Σύμφωνα με την Σαχίνη(2009) η περιγραφική στατιστική αποτελεί τη μέθοδο που επιτρέπει τη λεπτομερή και με κάθε πληρότητα μελέτη, οργάνωση, σύνοψη και εύληπτη παρουσίαση δεδομένων, γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία και την απαιτούμενη εμπειρία στη χρήση της στη διεξαγωγή της έρευνας. Η σημαντικότητα της περιγραφικής στατιστικής, έγκειται ακριβώς στο γεγονός ότι μέσω της προσφερόμενης ανάλυσης επιτρέπει και διευκολύνει τη διεξαγωγή πρακτικών ερευνητικών συμπερασμάτων.

Κεφάλαιο 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

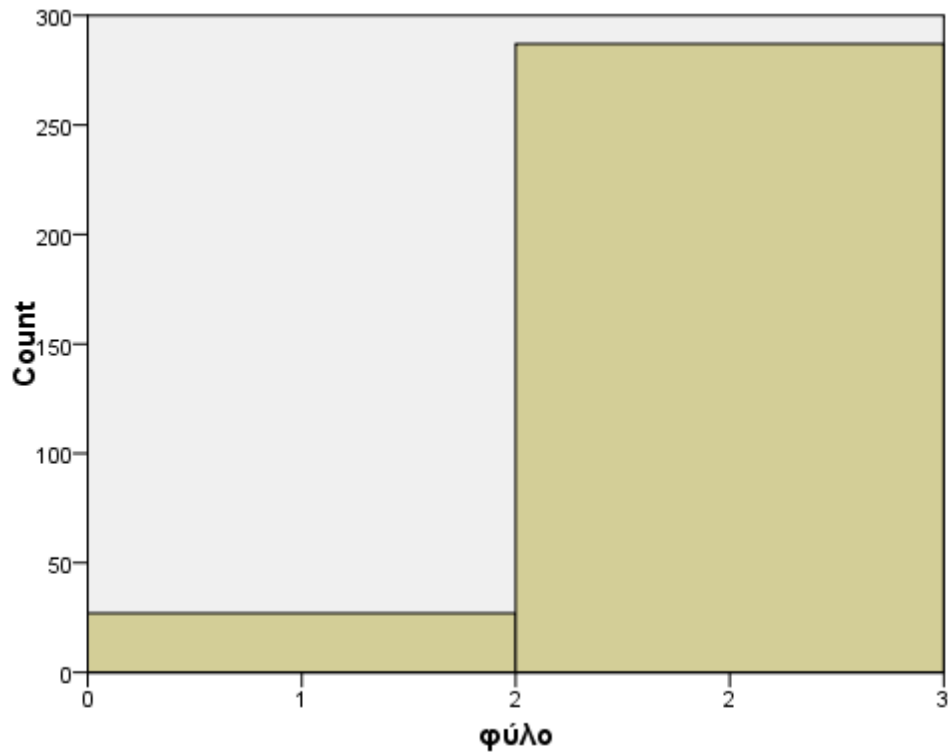
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος(Ελλάδα και Φιλανδία)

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία.



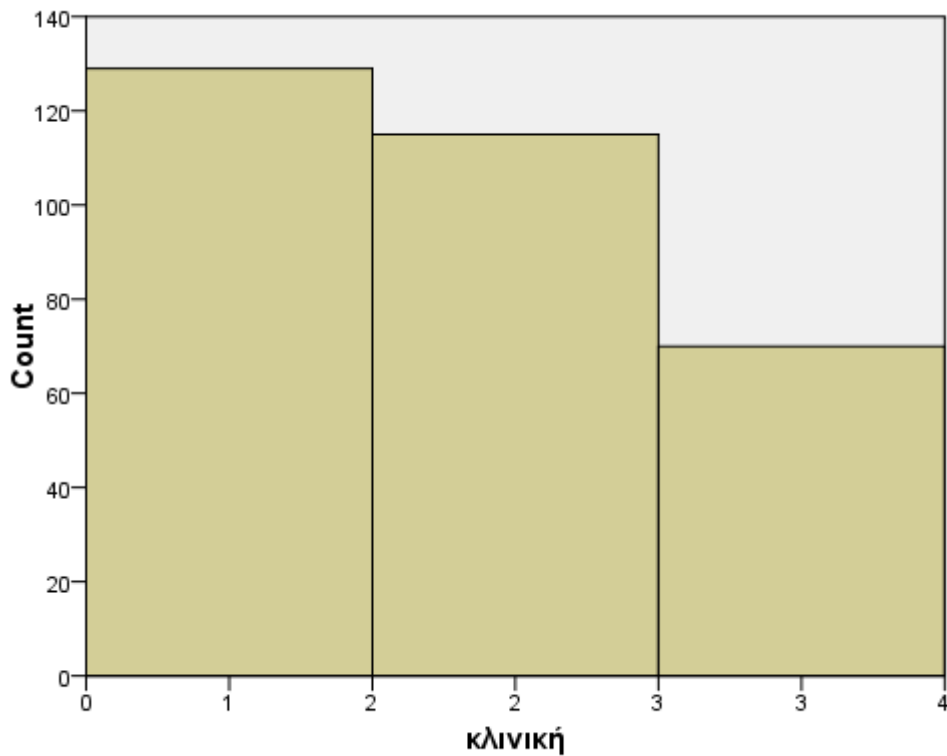
Η ηλικία του δείγματος κυμαινόταν από 24-65 έτη με μέση ηλικία τα 45 έτη.

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



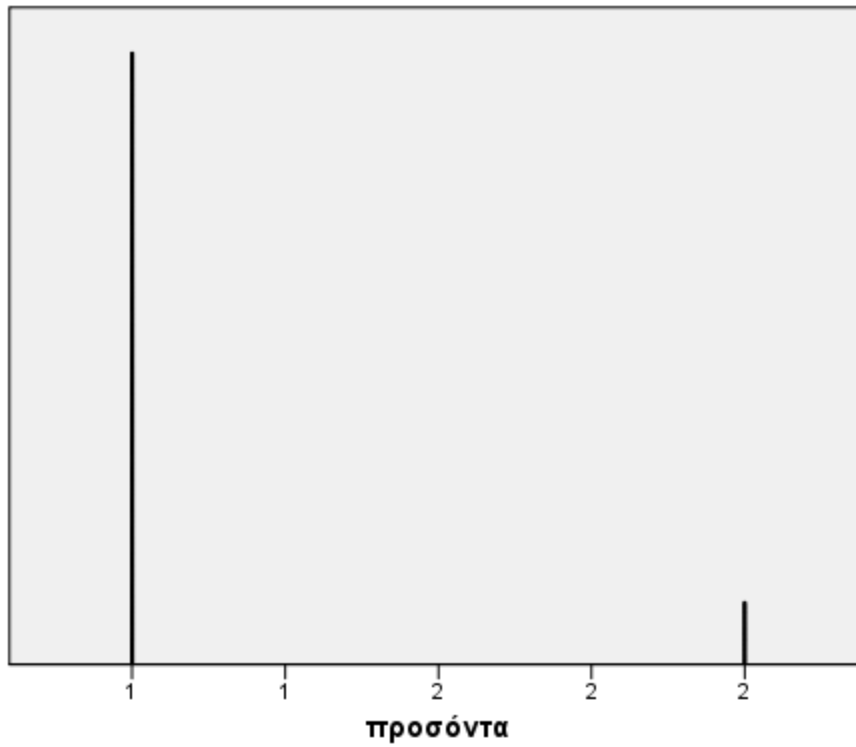
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γυναίκες(91,4%).

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την κλινική όπου εργάζονται.



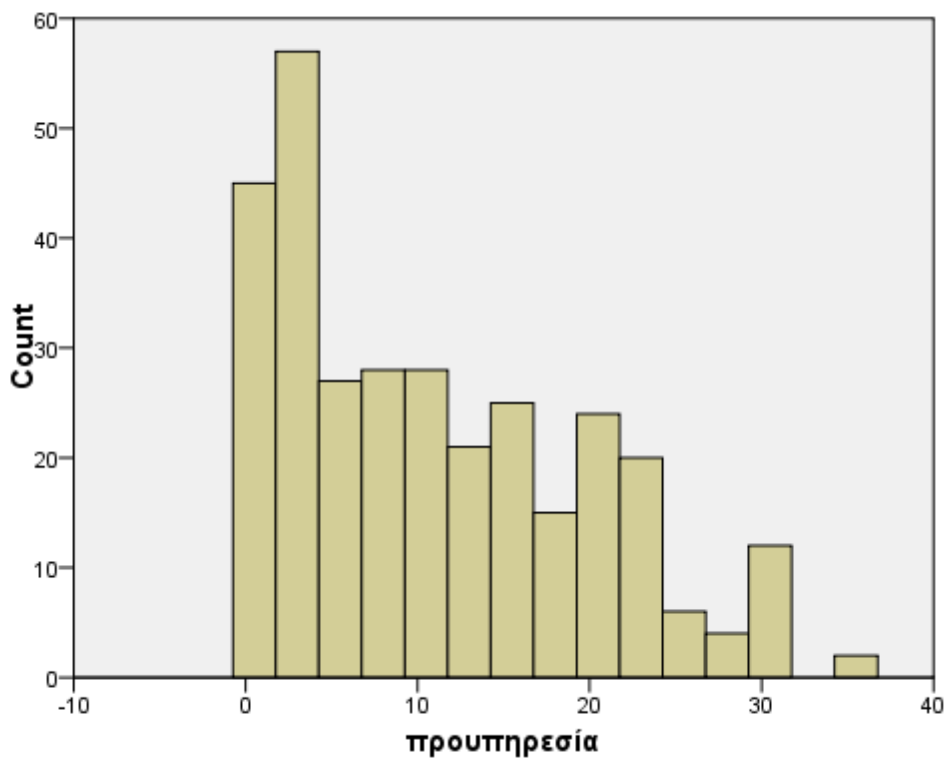
Το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών δούλευαν σε παθολογική κλινική(41,1%) ενώ μόλις το 22,3% σε μονάδες.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με τα προσόντα που διαθέτουν.



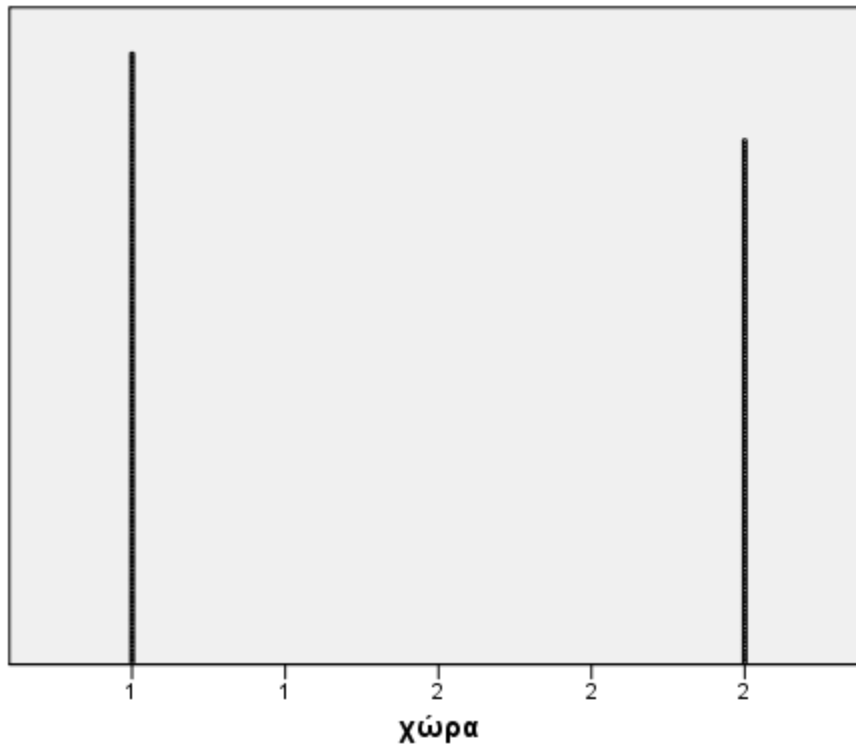
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν νοσηλευτές.

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με τα χρόνια προϋπηρεσίας.



Οι συμμετέχοντες είχαν προϋπηρεσία από 1 – 10 έτη ($\chi=7$ έτη)

Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την χώρα.



Το δείγμα όσο αφορά της χώρες είναι σχεδόν όμοιο 53% Φιλανδοί νοσηλευτές και 46,2% Έλληνες.

3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου κλινικών αποφάσεων και κλινικής πρακτικής Ελλήνων και Φιλανδών νοσηλευτών.

Πίνακας 1: Διάγνωση της κατάστασης του ασθενή.

ερωτ1

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ1 τακτικά	108	42	150
συχνά	24	49	73
μερικές φορές	12	38	50
καθόλου	25	16	41
Σύνολο	169	145	314

Όσο αφορά την διάγνωση του ασθενούς ένα μεγάλο μέρος των Φιλανδών νοσηλευτών(108) την πραγματοποιεί τακτικά ενώ οι Έλληνες συχνά.

Πίνακας 2: Συντονισμός εργασιακού περιβάλλοντος.

ερωτ2

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ2 τακτικά	41	52	93
συχνά	71	47	118
μερικές φορές	43	36	79
καθόλου	14	10	24
Σύνολο	169	145	314

Και στις δυο χώρες συντονίζουν το εργασιακό περιβάλλον

Πίνακας 3: Παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας.

ερωτ3

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ3 τακτικά	121	113	234
συχνά	36	23	59
μερικές φορές	12	9	21
Σύνολο	169	145	314

Τόσο οι Φιλανδοί όσο και οι Έλληνες νοσηλευτές προσφέρουν βασική νοσηλευτική φροντίδα.

Πίνακας 4: Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.

ερωτ4

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ4 τακτικά	60	59	119
συχνά	74	41	115
μερικές φορές	34	39	73
καθόλου	1	6	7
Σύνολο	169	145	314

Φιλανδοί και Έλληνες νοσηλευτές προσφέρουν τακτικά ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς.

Πίνακας 5: Παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις.

ερωτ5

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ5 τακτικά	27	64	91
συχνά	56	58	114
μερικές φορές	86	21	107
καθόλου	0	2	2
Σύνολο	169	145	314

Οι Έλληνες νοσηλευτές παρεμβαίνουν περισσότερο σε επείγουσες καταστάσεις από ότι οι Φιλανδοί.

Πίνακας 6: Διδασκαλία του ασθενούς/της οικογένειας.

ερωτ6

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ6 τακτικά	98	31	129
συχνά	62	46	108
μερικές φορές	9	52	61
καθόλου	0	16	16
Σύνολο	169	145	314

Οι Φιλανδοί νοσηλευτές ενημερώνουν και διδάσκουν τον ασθενή και την οικογένεια σχετικά με την υγεία τους περισσότερο από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές.

Πίνακας 7: Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας.

ερωτ7

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ7 τακτικά	41	14	55
συχνά	50	30	80
μερικές φορές	52	53	105
καθόλου	26	48	74
Σύνολο	169	145	314

Ένας μεγάλος αριθμός Φιλανδών νοσηλευτών ενημερώνει τους ασθενείς για την πρόγνωση της ασθένειας τους ενώ μόλις 14 Έλληνες νοσηλευτές ενημερώνουν τακτικά για την πρόγνωση.

Πίνακας 8: Κανονίζεται περισσότερες εξετάσεις για τον ασθενή.

ερωτ8

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ8 τακτικά	38	9	47
συχνά	53	19	72
μερικές φορές	49	41	90
καθόλου	29	76	105
Σύνολο	169	145	314

Οι Φιλανδοί νοσηλευτές κανονίζουν εξετάσεις για τον ασθενή περισσότερο από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές.

Πίνακας 9: Επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού.

ερωτ9

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ9 τακτικά	51	47	98
συχνά	56	39	95
μερικές φορές	54	32	86
καθόλου	8	27	35
Σύνολο	169	145	314

Φιλανδοί και Έλληνες νοσηλευτές επιβλέπουν τακτικά το νεοπροσλαμβανόμενο προσωπικό.

Πίνακας 10: Εκπαίδευση φοιτητών Νοσηλευτικής.

ερωτ10

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ10 τακτικά	48	33	81
συχνά	73	25	98
μερικές φορές	46	47	93
καθόλου	2	40	42
Σύνολο	169	145	314

Οι Φιλανδοί νοσηλευτές εκπαιδεύουν περισσότερο τους Φοιτητές από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές.

Πίνακας 11: Αποφασίζεται για τον προϋπολογισμό της κλινικής/μονάδας.

ερωτ11

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ1 τακτικά	3	12	15
1 συχνά	13	16	29
μερικές φορές	21	13	34
καθόλου	132	104	236
Σύνολο	169	145	314

Πολλοί λίγοι Φιλανδοί και Έλληνες νοσηλευτές αποφασίζουν για τον προϋπολογισμό της κλινικής

Πίνακας 12: Αλλάζεται την θεραπευτική αγωγή του ασθενούς.

ερωτ12

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ1 τακτικά	8	1	9
2 συχνά	22	12	34
μερικές φορές	46	19	65
καθόλου	93	113	206
Σύνολο	169	145	314

Οι Φιλανδοί νοσηλευτές αλλάζουν τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς πιο συχνά από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές.

Πίνακας 13: παρέχεται πληροφορίες στον ασθενή/οικογένεια κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

ερωτ13

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ1 τακτικά	61	26	87
3 συχνά	61	27	88
μερικές φορές	36	44	80
καθόλου	11	48	59
Σύνολο	169	145	314

Οι Φιλανδοί νοσηλευτές απάντησαν ότι παρέχουν τακτικά πληροφορίες για την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο ενώ οι Έλληνες μερικές φορές

Πίνακας 14: Αποφασίζεται να δοθεί εξιτήριο στον ασθενή.

ερωτ14

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ1 τακτικά	5	0	5
4 συχνά	30	10	40
μερικές φορές	46	23	69
καθόλου	88	112	200
Σύνολο	169	145	314

Κανένας από τους Έλληνες νοσηλευτές δεν αποφασίζει για το εξιτήριο του ασθενή ενώ μόλις 5 Φιλανδοί νοσηλευτές αποφασίζουν τακτικά γι' αυτό.

Πίνακας 15: Οργανώνεται την εργασία των άλλων.

ερωτ15

	χώρα		Σύνολο
	Φιλανδία	Ελλάδα	
ερωτ1 τακτικά	40	15	55
5 συχνά	43	33	76
μερικές φορές	62	59	121
καθόλου	24	38	62
Σύνολο	169	145	314

Οι Φιλανδοί νοσηλευτές απάντησαν ότι οργανώνουν την εργασία των άλλων πιο συχνά από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές .

Κεφάλαιο 4

4.1 Συζήτηση

Είναι κοινός αποδεκτό ότι στις μέρες μας προκύπτουν καθημερινά αλλαγές. Στον τομέα της υγείας αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν την κοινωνία και την υγεία του πληθυσμού. Οπότε είναι σημαντικό οι αποφάσεις που λαμβάνονται σε σχέση με την υγεία αλλά και την καθημερινή κλινική πρακτική να είναι εύστοχες και να επιφέρουν ένα δημιουργικό και σωστό αποτέλεσμα. Με τον όρο υγεία δεν εννοούμε μόνο την απουσία νόσου, αλλά την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου(Μάργαρη,2000). Σήμερα αναγνωρίζεται περισσότερο από ποτέ η συμβολή της νοσηλευτικής στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της κοινότητας.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα συζητήσουμε τις κλινικές αποφάσεις των Ελλήνων και Φιλανδών νοσηλευτών στην καθημερινή κλινική φροντίδα. Οι σκοποί της έρευνας ήταν πρώτον να διαπιστώσει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι Έλληνες και Φιλανδοί νοσηλευτές και δεύτερον να συγκρίνουμε τις δύο χώρες μεταξύ τους. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι στην Ελλάδα δεν έχει ξανά πραγματοποιηθεί παρόμοια η ίδια έρευνα, που να εξετάζει τις κλινικές αποφάσεις των Ελλήνων νοσηλευτών και να συγκρίνει με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες τα αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι ένας μεγάλος αριθμός Φιλανδών νοσηλευτών πραγματοποιεί νοσηλευτική διάγνωση και σε ζητήματα εκπαίδευσης και ενημέρωσης λαμβάνει συχνότερα αποφάσεις σε αντίθεση με τους Έλληνες νοσηλευτές. Η νοσηλευτική διάγνωση βασίζεται πολύ συχνά στην παρατήρηση του ασθενή μαζεύοντας πληροφορίες και λαμβάνοντας ένα γενικό συμπέρασμα για την κατάσταση του ασθενή(Tucker,2002). Από την άλλη έδειξε

ότι ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων νοσηλευτών ανταποκρίνεται γρηγορότερα και αποτελεσματικότερα σε επείγουσες καταστάσεις.

Όπως φαίνεται από την έρευνα οι Φιλανδοί με τους Έλληνες νοσηλευτές δεν παρουσιάζουν πολύ μεγάλες διαφορές τις απαντήσεις τους. Μεγάλες διαφορές παρουσιάζονται στις επείγουσες καταστάσεις και στην ενημέρωση και την εκπαίδευση του ασθενή

Οι έλληνες νοσηλευτές αδυνατούν σε μεγάλο βαθμό να κάνουν νοσηλευτική διάγνωση και αυτό φαίνεται να οφείλετε στην έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης και σωστής θεωρητικής υποδομής. Επιπλέον, οι νοσηλευτές στην Ελλάδα θεωρείται ότι δεν πρέπει να έχουν αυτό το προνόμιο και πολλοί από αυτούς δεν πραγματοποιούν ούτε νοσηλευτική διεργασία που περικλείει και τη νοσηλευτική διάγνωση.

Ωστόσο ένας μεγάλος αριθμός Ελλήνων νοσηλευτών(52) απάντησε ότι τακτικά συντονίζει το εργασιακό περιβάλλον, αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές στη χώρα μας διαθέτουν ηγετικές ικανότητες και μπορούν να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τον συντονισμό και την κατανομή των εργασιών που είναι κάτι πολύ σημαντικό για την κλινική πρακτική. Ο συντονισμός του εργασιακού περιβάλλοντος βασίζεται στην οργάνωση και τον προγραμματισμό που με την σειρά τους απαιτούν ηγετικές ικανότητες και ικανότητα λήψης αποφάσεων. Οι φάσεις του προγραμματισμού είναι:

- Καθορισμός αντικειμενικών σκοπών.
- Εκτίμηση της παρούσας κατάστασης και πρόβλεψη μελλοντικών τάσεων και γεγονότων.
- Διατύπωση έκθεσης προϋπολογισμού.
- Μετατροπή του σχεδίου-προγράμματος σε έργο και εφαρμογή.

Όσο αφορά την παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας οι νοσηλευτές της χώρας μας σε μεγάλο βαθμό την παρέχουν στον ασθενή και μπορούν ως

αποτέλεσμα να λάβουν αποφάσεις και πρωτοβουλίες σχετικά με τη βασική νοσηλευτική φροντίδα όπου αποτελεί τον θεμέλιο λίθο της νοσηλευτικής επιστήμης. Η βασική νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνοδεύεται από σωστή επαγγελματική συμπεριφορά και ουσιαστική στήριξη του ασθενή έτσι ώστε η φροντίδα να είναι ποιοτική (Jack και άλλοι, 2004). Επιπλέον, στηρίζουν ψυχολογικά τον ασθενή πολύ συχνά και μπορούν να κατανοήσουν τα βασικά προβλήματα του με αποτέλεσμα πολλές φορές και την επίλυσή τους. Αυτό συμβαίνει γιατί η Ελληνική νοσηλευτική εκπαίδευση σε μεγάλο βαθμό έχει δώσει εφόδια έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται οι ασθενείς ως βιοψυχοκοινωνικές οντότητες. Επιπλέον, αν και στην χώρα μας η νοσηλευτική δεν αντιμετωπίζεται από τους πολίτες όπως πρέπει, οι επαγγελματίες αφιερώνονται στους ασθενείς και κάνουν ότι μπορούν με αυτές τις συνθήκες που επικρατούν.

Ωστόσο η νοσηλευτική θεωρία και η νοσηλευτική μέθοδος δίδει στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να:

- Προσεγγίζουν πιο ολιστικά τα άτομα.
- Οργανώνουν την γνώση τους και
- Βασίζουν την πράξη τους στη θεωρία (Χριστοπούλου, 2001)

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι Έλληνες νοσηλευτές τακτικά παρεμβαίνουν σε επείγουσες καταστάσεις και αναλαμβάνουν ευθύνες πολύ συχνά σε επείγοντα περιστατικά. Αυτό σημαίνει ότι όσο αφορά την ετοιμότητα και την αντίληψη των νοσηλευτών σε επείγουσες καταστάσεις είναι πολύ καλή και αναλαμβάνουν ευθύνες παρόλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις μέρες μας με το επάγγελμά τους. Γενικότερα είναι πολύ σημαντικό να μπορούν οι νοσηλευτές να αναλαμβάνουν ευθύνες σε επείγουσες καταστάσεις γιατί συνήθως αυτές είναι και οι πιο κρίσιμες. Με αυτό φαίνεται ότι οι Έλληνες νοσηλευτές στην καθημερινή τους πρακτική αντιμετωπίζουν τα επείγοντα περιστατικά με ψυχραιμία και επιστημονικότητα για το καλό του ασθενή και γενικότερα της

λειτουργίας της εκάστοτε κλινικής. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι νοσηλευτές στη χώρα μας επιδεικνύουν πολύ καλές γνώσεις, τεχνικές και αντιδράσεις με αποτέλεσμα να μπορούν να λάβουν γρήγορες και σωστές αποφάσεις.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η αρχική εκτίμηση στα επείγοντα είναι η σπουδαιότερη και τρία στοιχεία που είναι αναγκαία για την ταχεία αναγνώριση του ασθενούς του οποίου κινδυνεύει η ζωή:

- Το κύριο σύμπτωμα και το βραχύ εστιασμένο στο κύριο σύμπτωμα ιστορικό.
- Η πλήρης και ακριβής καταμέτρηση και εκτίμηση των ζωτικών σημείων.
- Η επισκόπηση, η ακρόαση και η ψηλάφηση του ασθενούς(Αποστολάκης,2011).

Όσο αφορά την διδασκαλία του ασθενή και της οικογένειας πολύ λίγοι νοσηλευτές απάντησαν ότι τακτικά ενημερώνουν και εκπαιδεύουν τους ασθενείς. Αυτό οφείλεται μάλλον στην ανασφάλεια που προκύπτει από την έλλειψη γνώσεων των νοσηλευτών αλλά και από την αδυναμία να λάβουν πρωτοβουλίες αφού στη χώρα μας κυρίως οι γιατροί εκπαιδεύουν τους ασθενείς και την οικογένεια και θεωρείται δικό τους προνόμιο αλλά φαίνεται ότι και οι ασθενείς εμπιστεύονται τους γιατρούς περισσότερο σε αυτά τα θέματα. Το ίδιο ακριβώς έδειξε η έρευνα και για την ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας.

Πολύ λίγοι Έλληνες νοσηλευτές(μόλις 14) απάντησαν ότι ενημερώνουν τον ασθενή και την οικογένεια τους για την πρόγνωση της ασθένειας. Αυτό πάλι συμβαίνει στη χώρα μας γιατί θεωρείται προνόμιο γιατρών και όχι νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές αδυνατούν να αναλάβουν πρωτοβουλίες και να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας. Αυτό οφείλεται μάλλον και στο εκπαιδευτικό σύστημα το οποίο όπως αντιληφθήκαμε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν δίνει αρκετά εφόδια στους νοσηλευτές για

ποιοτική φροντίδα αλλά και θεωρητικό υπόβαθρο όπου οι νοσηλευτές έχουν αυτοπεποίθηση να ενημερώνουν τον ασθενή.

Μεγάλη ανασφάλεια με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν οι νοσηλευτές στη χώρα μας για την διεκπεραίωση εξετάσεων του ασθενή. Από ότι φαίνεται οι νοσηλευτές αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις και πρωτοβουλία για να κανονίσουν νέες εξετάσεις στον ασθενή. Αυτή η έλλειψη πρωτοβουλίας και ανασφάλειας οφείλεται στην έλλειψη εκπαίδευσης αλλά και στα περιορισμένα νομικά και επαγγελματικά προνόμια των νοσηλευτών στην Ελλάδα αλλά και οι ίδιοι οι πολίτες είναι προκατειλημμένοι με τους νοσηλευτές και δεν κατανοούν και σέβονται το έργο τους γιατί πολλές φορές δεν γνωρίζουν τη νοσηλευτική επιστήμη και πόσο συνεισφέρει στους συναθρώπους καθημερινά.

Οι νοσηλευτές έχουν το καθήκον να βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία έτσι ώστε να προσφέρουν φροντίδα αλλά και να οργανώνουν και να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τις εξετάσεις του ασθενή και την διαπαιδαγώγηση του για την ασθένεια(Fullbrook,2004). Αυτό πρέπει να γίνει ευρέως γνωστό και να αποκτήσουν οι νοσηλευτές στη χώρα μας την αναγνώριση που τους αναλογεί.

Όσο αφορά την επίβλεψη του νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού οι Έλληνες νοσηλευτές δείχνουν αρκετά συχνά το ενδιαφέρον τους και βοηθούν όσο μπορούν. Το αντίθετο σχεδόν συμβαίνει με τη διδασκαλία των φοιτητών όπου λίγοι νοσηλευτές (μόλις 33) εκπαιδεύουν τους φοιτητές νοσηλευτικής. Είναι ουσιαστικό πρόβλημα στη χώρα μας η κλινική εκπαίδευση των φοιτητών γιατί παρουσιάζει πολλά προβλήματα και φαίνεται οι επαγγελματίες νοσηλευτές να μην δείχνουν ενδιαφέρον για τους νέους φοιτητές. Αυτό όμως οφείλεται και στην έλλειψη χρόνου στα νοσοκομεία όπου οι νοσηλευτές δεν προλαβαίνουν να διδάξουν επαρκώς τους φοιτητές λόγω έλλειψης προσωπικού και μεγάλου φόρτου εργασίας.

Η εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική για τους νέους νοσηλευτές γιατί με αυτόν τον τρόπο αποκτούν καινούργιες δεξιότητες και τεχνικές(Fitzpatrick,2004). Θα ήταν καλό να υπάρχουν ειδικά προγράμματα στα νοσοκομεία και τις κλινικές όπου οι νοσηλευτές θα μπορούν να μάθουν και να εκπαιδευτούν σε ειδικά νοσηλευτικά θέματα, να πραγματοποιούν σεμινάρια και ειδικά φροντιστήρια εκμάθησης νοσηλευτικών τεχνικών και καινούργιων στοιχείων που υπάρχουν σχετικά με τον κλάδο(Higginson ,2004). Επιπλέον θα πρέπει να εξισοροπιστεί η θεωρία με την πράξη στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική έτσι ώστε ο ασθενής να δέχεται ποιοτική και ασφαλή φροντίδα(Higginson,2004).

Όπως φαίνεται από την έρευνα οι Έλληνες νοσηλευτές δεν αποφασίζουν τακτικά για τον προϋπολογισμό της κλινικής γιατί αυτός τη χώρα μας θεωρείται εργασία μόνο για τον προϊστάμενο της κλινικής και οι νοσηλευτές επικεντρώνονται μόνο στη φροντίδα. Αυτό δείχνει για άλλη μια φορά την ανασφάλεια που επικρατεί στα Ελληνικά νοσοκομεία σχετικά με τις δραστηριότητες και τα δικαιώματα των νοσηλευτών.

Το ίδιο συμβαίνει και με την θεραπευτική αγωγή του ασθενή όπου οι Έλληνες νοσηλευτές δεν αλλάζουν τη θεραπεία και αυτό φυσικά οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων αλλά και αυτοπεποίθησης και λήψης πρωτοβουλιών. Στην εκπαίδευση τους οι νοσηλευτές δεν διδάσκονται την κριτική σκέψη όσο θα έπρεπε και αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την θεραπευτική αγωγή του ασθενή. Επιπλέον νομικά δεν είναι ακόμα κατοχυρωμένο σαν δικαίωμα αυτό για τους Έλληνες νοσηλευτές.

Λίγες φορές οι νοσηλευτές δίνουν πληροφορίες σχετικά με την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο. Δυστυχώς όμως από ότι φαίνεται στην έρευνα οι Έλληνες νοσηλευτές δεν αποφασίζουν πότε θα δοθεί εξιτήριο στον ασθενή και αυτό θεωρείται ιατρική πράξη αποκλειστικά. Αυτό οφείλεται στις λίγες και περιορισμένες δραστηριότητες που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στην Ελλάδα και φυσικά στο ιατροκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας. Τέλος αρκετοί

Έλληνες νοσηλευτές οργανώνουν συχνά και τακτικά την εργασία των άλλων. Αυτό αποδεικνύει ότι οι Έλληνες νοσηλευτές διαθέτουν ηγετικές ικανότητες και μπορούν να λάβουν αποφάσεις σχετικά με την οργάνωση της εργασίας.

Η οργάνωση περιλαμβάνει:

- Δημιουργία σκόπιμης διάρθρωσης ρόλων με τον προσδιορισμό των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την υλοποίηση των στόχων του οργανισμού και κάθε τμήματος του.
- Ομαδοποίηση των δραστηριοτήτων.
- Ανάθεση ομάδων σχετικών δραστηριοτήτων σε ένα διοικητικό στέλεχος.
- Ανάθεση εξουσίας για τη διεκπεραίωση τους.
- Εξασφάλιση συντονισμού εξουσίας και πληροφοριακών σχέσεων οριζόντια και κάθετα στην οργανωτική δομή(Λανάρα,2006).

Όσο αφορά τα αποτελέσματα των Φιλανδών νοσηλευτών ένα πολύ μεγάλο μέρος αυτών(108) κάνουν νοσηλευτική διάγνωση και αυτό οφείλεται στο θεωρητικό υπόβαθρο που έχουν από την εκπαίδευσή τους αλλά και με την αυτοπεποίθηση και την ευκολία να λαμβάνουν αποφάσεις χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη. Επιπλέον, έχουν κατοχυρωμένα δικαιώματα και νομικά να πράττουν νοσηλευτική διάγνωση και να λαμβάνουν αποφάσεις. Επιπλέον, αρκετά συχνά και τακτικά συντονίζουν το εργασιακό περιβάλλον και αυτό δείχνει τις ηγετικές τους ικανότητες αλλά και τον σεβασμό στο ίδιο τους το επάγγελμα όπου και όλοι οι πολίτες σέβονται και οι ασθενείς εμπιστεύονται την φροντίδα των νοσηλευτών.

Πολλοί Φιλανδοί νοσηλευτές παρέχουν βασική νοσηλευτική φροντίδα και αυτό δείχνει το σεβασμό προς τους ασθενείς αλλά και τη μηδενική προκατάληψη για το νοσηλευτικό επάγγελμα και αυτό που προσφέρει. Η εκπαίδευση στα πανεπιστήμια και μόνο τους έχει προσφέρει εφόδια για ποιοτική φροντίδα και ευκολία λήψης αποφάσεων σχετικά με τις βασικές ανάγκες του ασθενή που

πολλές φορές δεν μπορεί να πραγματοποιήσει μόνος του. Επιπλέον, προσφέρουν ψυχολογική υποστήριξη σε μεγάλο ποσοστό γιατί έχουν τον χρόνο να ασχοληθούν με τα προβλήματα του ασθενή λόγω του ότι δεν υπάρχει έλλειψη προσωπικού και μπορούν να ασχοληθούν με τον ασθενή ως βιοψυχολογική οντότητα.

Ωστόσο οι Φιλανδοί νοσηλευτές δεν παρεμβαίνουν τακτικά σε επείγουσες καταστάσεις και αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν είναι τόσο αποτελεσματικοί υπό πίεση και σε πολύ δύσκολες καταστάσεις που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση. Όπως έχουμε αναφέρει για τις επείγουσες καταστάσεις χρειάζεται οι νοσηλευτές να είναι σε ετοιμότητα και να διαθέτουν συγκεκριμένες τεχνικές ώστε να παρεμβαίνουν άμεσα στα επείγοντα περιστατικά και να κρίνουν αν ένα περιστατικό είναι επείγον ή όχι (Scott, 2004).

Από την άλλη, πολλοί Φιλανδοί νοσηλευτές τακτικά εκπαιδεύουν τους ασθενείς και την οικογένεια σε σχέση με την ασθένεια αλλά και τις ιατρικές πράξεις και την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να ακολουθηθεί. Αυτό οφείλεται στο θεωρητικό υπόβαθρο που είναι υψηλό και στη σωστή εκπαίδευση που τους έχει δώσει τα επικοινωνιακά χαρίσματα και την χρήση κριτικής σκέψης πολύ συχνά. Επιπλέον, στη Φιλανδία δεν υπάρχει ιατροκεντρικό σύστημα υγείας και τα πιο πολλά περνάνε από τα χέρια και τις αποφάσεις των νοσηλευτών στο νοσοκομείο και γενικά τους χώρους εργασίας τους.

Επιπρόσθετα, ενημερώνουν αρκετά συχνά τους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειάς τους και κανονίζουν περισσότερες εξετάσεις για τους ασθενείς. Αυτό οφείλεται και στο καλό προφίλ που έχουν οι νοσηλευτές στη Φιλανδία και την εμπιστοσύνη που δείχνουν οι ασθενείς σε αυτούς. Έπειτα, πολλοί Φιλανδοί νοσηλευτές όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα της έρευνας επιβλέπουν το νεοπροσλαμβανόμενο προσωπικό και εκπαιδεύουν τους φοιτητές. Αυτό οφείλεται σε ειδικά προγράμματα που παρέχουν τα νοσοκομεία αλλά και το σεβασμό στους φοιτητές και τον χρόνο που αφιερώνουν σε αυτούς

έτσι ώστε να έχουν εφόδια για την κλινική πρακτική και να μπορούν να αντιμετωπίσουν όλες τις καταστάσεις.

Από ότι φαίνεται οι Φιλανδοί νοσηλευτές δεν λαμβάνουν συχνά αποφάσεις σχετικά με τον προϋπολογισμό της κλινικής γιατί αφενός θεωρείται καθήκον του προϊστάμενου του τμήματος και στην εκπαίδευσή τους δεν διδάσκονται τα οικονομικά της υγείας οπότε υπάρχει ανασφάλεια σχετικά με αυτό τον τομέα. Ωστόσο πολύ σημαντικό αποτελεί το γεγονός ότι πολύ συχνά οι Φιλανδοί νοσηλευτές αλλάζουν τη θεραπευτική αγωγή του ασθενή και αυτό οφείλεται στη νομοθεσία που τους επιτρέπει να συνταγογραφούν συγκεκριμένα φάρμακα αλλά και να αλλάζουν τις δόσεις των φαρμάκων αν το θεωρήσουν σωστό. Φυσικά αυτό προϋποθέτει πολύ καλές γνώσεις φαρμακολογίας και εμπιστοσύνης του συστήματος υγείας στους νοσηλευτές.

Πολύ συχνά οι Φιλανδοί νοσηλευτές δίνουν πληροφορίες σχετικά με την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο και πολύ συχνά αποφασίζουν για το εξιτήριο του ασθενή. Αυτό οφείλεται στο θεωρητικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο που διαθέτουν, στην κριτική σκέψη, στα δικαιώματα που τους δίνει η πολιτεία και το κράτος, στο μοντέλο συνεργασίας και αποφάσεων που έχει καθιερωθεί μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και στην αυτοπεποίθηση και την ασφάλεια που νιώθουν οι νοσηλευτές. Τέλος, τακτικά και συχνά οι Φιλανδοί νοσηλευτές οργανώνουν την εργασία των άλλων δείχνοντας έτσι ηγετικές ικανότητες και λήψη πρωτοβουλιών που αυτό οφείλεται στις καλές εργασιακές σχέσεις και σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ τους αλλά και στην εκπαίδευση που έχουν λάβει στο πανεπιστήμιο και την κλινική πρακτική τους.

Όπως καταλαβαίνουμε από τα παραπάνω οι Φιλανδοί νοσηλευτές υπερτερούν στην αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής, στη νοσηλευτική διάγνωση, την διδασκαλία και την πληροφόρηση του ασθενή και της οικογένειας και στη διδασκαλία και εκμάθηση των φοιτητών. Από την άλλη οι Έλληνες νοσηλευτές υπερτερούν στην αντιμετώπιση και λήψη αποφάσεων σε επείγουσες

καταστάσεις δείχνοντας έτσι ότι είναι πάντα σε ετοιμότητα και μπορούν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις υπό πίεση συχνότερα από τους Φιλανδούς νοσηλευτές. Ωστόσο, οι διαφορές σε όλα τα άλλα δείχνει ότι οι Έλληνες νοσηλευτές πράττουν σχεδόν τα μισά από ότι οι Φιλανδοί. Όσο αφορά την θεραπευτική αγωγή οι Έλληνες νοσηλευτές δεν έχουν καμία δικαιοδοσία ενώ οι Φιλανδοί μπορούν να αλλάξουν τη θεραπευτική αγωγή.

Αυτό οφείλεται στην νομοθεσία όπου στην Ελλάδα δεν επιτρέπεται κάτι τέτοιο στους νοσηλευτές ενώ στη Φιλανδία οι νοσηλευτές προστατεύονται από μια πιο ξεκάθαρη νομοθεσία που έχει κατοχυρώσει πλήρως πια ακριβώς θα είναι τα επαγγελματικά τους δικαιώματα. Βλέπουμε λοιπόν ότι στη χώρα μας ακόμα δεν μπορεί το κράτος να εμπιστευτεί στους νοσηλευτές τη θεραπευτική αγωγή ούτε μέρος αυτής. Αυτό δικαιολογείται εν μέρει και από την ελλιπή εκπαίδευση αλλά και τον διχασμό που υπάρχει στη νοσηλευτική εκπαίδευση.

Μπορούμε λοιπόν να καταλάβουμε πως οι Έλληνες νοσηλευτές δεν μπορούν να λάβουν αποφάσεις επί του θεραπευτικού θέματος στην κλινική πρακτική τους και όχι μόνο. Το ιατροκεντρικό σύστημα που υπάρχει στην Ελλάδα δεν αφήνει τους νοσηλευτές να πράττουν νοσηλευτική διάγνωση τόσο συχνά όσο οι Φιλανδοί νοσηλευτές. Αυτό οφείλεται και στην διαφορετική εκπαίδευση αλλά και στο καλό κοινωνικό υπόβαθρο που έχουν οι νοσηλευτές στη Φιλανδία ενώ οι Έλληνες δεν έχουν το ίδιο και είναι διχασμένες οι απόψεις για το νοσηλευτικό επάγγελμα στη χώρα μας.

Επιπλέον, ένα άλλο πρόβλημα των Ελλήνων νοσηλευτών είναι ότι δεν ενημερώνουν και δεν δίνουν πληροφορίες στους ασθενείς και στην οικογένεια για την πρόγνωση της ασθένειας αλλά και για την ίδια την ασθένεια και για την αντιμετώπιση της. Από την άλλη μεριά, οι Φιλανδοί νοσηλευτές πολύ συχνά ενημερώνουν και δίνουν πληροφορίες στους ασθενείς για αυτά τα θέματα. Οπότε καταλαβαίνουμε την ανασφάλεια και την μειωμένη λήψη πρωτοβουλιών από τους Έλληνες νοσηλευτές σε σχέση με τους Φιλανδούς. Αυτό συμβαίνει

λόγω έλλειψης επαρκούς παιδείας των Ελλήνων νοσηλευτών αλλά και του ιατροκεντρικού συστήματος υγείας που θεωρεί ότι οι γιατροί έχουν και αυτό το προνόμιο.

Μία άλλη βασική διαφορά είναι ότι οι Φιλανδοί νοσηλευτές εκπαιδεύουν συχνότερα το νεοπροσλαμβανόμενο προσωπικό και τους φοιτητές από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές και αυτό συμβαίνει γιατί η ιδιότητα του φοιτητή της νοσηλευτικής στην χώρα μας είναι πιο υποβαθμισμένη και φυσικά δεν προσφέρονται τα ίδια κονδύλια στους φοιτητές. Ωστόσο, και στην κλινική οι Έλληνες νοσηλευτές από τον μεγάλο φόρτο εργασίας δεν προλαβαίνουν να διδάξουν τους φοιτητές αλλά δεν υπάρχει και επαρκής οργάνωση.

Και στις δύο χώρες παρατηρούνται ηγετικές ικανότητες των νοσηλευτών αφού και οι Έλληνες και οι Φιλανδοί νοσηλευτές οργανώνουν το εργασιακό περιβάλλον αν και οι Φιλανδοί το κάνουν και αυτό συχνότερα. Αυτό δείχνει τις καλές δυνατότητες των Ελλήνων νοσηλευτών σε δύσκολες καταστάσεις αλλά και όταν πρέπει να πράξουν γρήγορα και αποτελεσματικά. Ενίοτε όμως η φροντίδα είναι ελλιπείς με αποτρεπτικά αποτελέσματα για τον ασθενή.

Και οι δύο χώρες αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον προϋπολογισμό της κλινικής αν και συχνότερα παρατηρείται στους Έλληνες νοσηλευτές. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με τα οικονομικά και διοικητικά θέματα της νοσηλευτικής. Επιπλέον, και στις δύο χώρες αυτό θεωρείται προνόμιο των προϊσταμένων του τμήματος και των τομεαρχών. Από ότι φαίνεται και στις δύο χώρες πρώτο και κύριο λόγω έχει ο προϊστάμενος του τμήματος και λαμβάνει πιο πολύ γραφειοκρατικές ιδιότητες και τον έλεγχο της κλινικής αφήνοντας στους επαγγελματίες νοσηλευτές αποκλειστικά την φροντίδα.

Αξίζει να αναφερθεί ότι κατά τη διάρκεια της έρευνας οι Φιλανδοί νοσηλευτές είχαν διάθεση να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να βοηθήσουν όσο

μπορούν για να διεξαχθεί αυτή η έρευνα. Το ίδιο συνέβη και με τους Έλληνες νοσηλευτές μόνο που κάποιοι δυσανασχετούσαν με την έρευνα και συμπληρώνονταν μόνο τα μισά ερωτηματολόγια από αυτά που είχαν δοθεί και ίσως και λιγότερα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη χρόνου των Ελλήνων νοσηλευτών αλλά και στον τρόπο που βλέπουν την έρευνα και πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να κατανοήσουν την σημαντικότητα της έρευνας. Από τη άλλη, οι Φιλανδοί νοσηλευτές φαίνεται να αφιέρωσαν χρόνο και διάθεση να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Αυτό συμβαίνει γιατί το προσωπικό είναι περισσότερο και υπάρχει χρόνος για συμπλήρωση ερωτηματολογίων και οι νοσηλευτές είναι υπέρ της έρευνας γιατί κάθε χρόνο πραγματοποιούνται πολλές κλινικές μελέτες από νοσηλευτές και ιατρούς.

Όπως καταλαβαίνουμε η αντιμετώπιση της έρευνας στις δύο χώρες δεν είναι ίδια και πραγματικά θα πρέπει να αναρωτηθούμε το γιατί. Οι Έλληνες νοσηλευτές δεν έχουν το θεωρητικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο να πραγματοποιούν έρευνες και να δίνουν νέα γνώση στην κοινωνία την υγεία και τους πολίτες. Αν και πολλοί στις μέρες μας κάνουν μεγάλα βήματα στον τομέα της έρευνας ιδιαίτερα πανεπιστημιακοί και καθηγητές. Δεν φτάνει όμως μόνο αυτό. Πρέπει στη χώρα μας να γίνονται πιο πολλές έρευνες γιατί η νοσηλευτική επιστήμη αν και βασική για την υγεία έχει πολλά προβλήματα. Το αντίθετο συμβαίνει στην Φιλανδία όπου η νοσηλευτική έρευνα είναι αρκετά ανεπτυγμένη και έχει άλλη αντιμετώπιση από τους νοσηλευτές ιδιαίτερα όσο αφορά φοιτητές.

Είναι σημαντικό να αναλύσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική στη χώρα μας και γιατί οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να ενεργήσουν και να λάβουν σημαντικές αποφάσεις για κλινικά θέματα. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης όπου δεν δίνεται η δυνατότητα στους φοιτητές να αναπτύξουν την κριτική τους σκέψη και να αποκτήσουν το θεωρητικό υπόβαθρο της νοσηλευτικής επιστήμης. Επιπλέον, νομικά στην χώρα μας οι νοσηλευτές δεν έχουν ξεκαθαρισμένα δικαιώματα ώστε να γνωρίζουν

ποιες είναι οι δραστηριότητες που νομικά είναι κατοχυρωμένες να γίνονται από νοσηλευτές.

Επιπρόσθετα, η κλινική νοσηλευτική στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα διότι το επάγγελμα δεν έχει υψηλούς μισθούς και υπάρχει έλλειψη προσωπικού. Επιπλέον, το σύστημα είναι ιατροκεντρικό με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μη λαμβάνουν πρωτοβουλίες και να έχουν περιορισμένες δραστηριότητες μόνο στην βασική νοσηλευτική φροντίδα. Η κοινωνία και οι πολίτες αδυνατούν να κατανοήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα και πόσα αυτό προσφέρει στους πολίτες, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές αν και πολλοί ικανοί επιστήμονες να νιώθουν ανασφάλεια, και να απογοητεύονται από τον κλάδο τους και την αντιμετώπιση από το κοινωνικό σύνολο γενικά που δεν έχει κατανοήσει την επιστημονικότητα της νοσηλευτικής και τι προσφέρει καθημερινά στον άνθρωπο. Η νοσηλευτική πολλές φορές δεν αναγνωρίζεται από τους πολίτες και δεν αποπνέει σεβασμό γι αυτό το λόγο η νοσηλευτική επιστήμη κινδυνεύει και το μέλλον της διαγράφεται αβέβαιο(Castledine,2004).

Κάποιες λύσεις για να διορθωθεί η κατάσταση στη χώρα μας είναι η ενιαία πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση όπου θα δίνει όλα τα θεωρητικά και πρακτικά μέσα για την εξάσκηση της νοσηλευτικής και φυσικά με αυτόν τον τρόπο αναγνωρίζεται και το επάγγελμα της νοσηλευτικής επιστήμης. Επιπλέον, είναι χρήσιμο να υπάρξουν συγκεκριμένοι νόμοι σχετικά με τα δικαιώματα των νοσηλευτών. Με αυτό τον τρόπο οι νοσηλευτές θα ξέρουν ποιες είναι οι υποχρεώσεις τους και ποια τα δικαιώματά τους. Ένα άλλο σημαντικό θέμα είναι η πρόσληψη επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού και η κατάργηση του κυκλικού ωραρίου που είναι κουραστικό και δεν βοηθάει τους νοσηλευτές να προσφέρουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Επιπλέον, θα πρέπει να πραγματοποιούνται αρκετές έρευνες γιατί έτσι κατοχυρώνεται επιστημονικά η νοσηλευτική και προάγεται το επάγγελμα(Gill,2004) Τέλος, είναι σημαντικό η

νοσηλευτική να αναφέρεται από τα ΜΜΕ και φυσικά να αμείβεται καλύτερα το επάγγελμα.

Όσο αφορά την Φιλανδία η νοσηλευτική διδάσκεται στα πανεπιστήμια(πολυτεχνεία) δίνοντας όλα τα εφόδια στους φοιτητές για ανάπτυξη κριτικής σκέψης θεωρητικού και πρακτικού υπόβαθρου. Επιπλέον, η νοσηλευτική θεωρείται επιστήμη και αποπνέει σεβασμό και εκτίμηση. Επίσης, το επάγγελμα είναι πολύ καλά αμειβόμενο. Στα νοσοκομεία οι νοσηλευτές είναι αρκετοί ώστε η φροντίδα να είναι ποιοτική δίνοντας βάση στην βασική νοσηλευτική φροντίδα. Η ΠΦΥ είναι ανεπτυγμένη και υπάρχουν πολλοί σχολικοί νοσηλευτές και νοσηλευτές εργασίας. Επιπρόσθετα, οι φοιτητές νοσηλευτικής έχουν πολλές διευκολύνσεις και αμείβονται για το έργο τους, διδάσκονται πλήρως με σεβασμό και απόλυτη προσοχή έτσι ώστε να γίνουν σωστοί επαγγελματίες υγείας προσφέροντας ποιοτική φροντίδα.

Όλες οι διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις δύο χώρες οφείλονται και στο ότι η Ελλάδα είναι μια οικονομικά αδύναμη χώρα με πολύ λίγα κονδύλια για την υγεία και την παιδεία. Ωστόσο, εμείς οι ίδιοι ως αυριανοί νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσπαθήσουμε να αλλάξουμε το τοπίο για τη νοσηλευτική που πολλά δίνει αλλά πολύ λίγα παίρνει. Η κατάσταση στη νοσηλευτική επιστήμη στην Ελλάδα δεν είναι καλή αν και τις τελευταίες δεκαετίες έχει αλλάξει δραματικά η νοσηλευτική και γενικότερα η εκπαίδευση και οι επιστήμες υγείας.

Ωστόσο, και πάλι χρειάζονται μεγάλες αλλαγές όπως προαναφέραμε ενιαία νοσηλευτική εκπαίδευση και επαγγελματικά δικαιώματα που καταξιώνουν τους νοσηλευτές. Ίσως χρειάζεται να παραδειγματιστούμε και από το Φιλανδικό σύστημα υγείας αλλά και τη νοσηλευτική που στην χώρα αυτή είναι καταξιωμένο επάγγελμα με πολλά προνόμια και σεβασμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανάτου Ε (2007) Κλινική Νοσηλευτική. έκδοση 1^η Αθανατίδης , Αθήνα
- Ανδριώτη Δ (1998) Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. ΕΞΑΝΤΑΣ, Αθήνα
- Αποστολάκης Ι (2011) Η εκτίμηση του ασθενούς στο ΤΕΠ. Ιατρικά ανάφλεκτα: Αφιέρωμα στην επείγουσα ιατρική , 9:385-389
- Auvinen Hayes και Engedal (2004) The development of moral judgment during nursing education in Finland. Nurse education today, 24:538-546
- Brennan και Hugh (1988) Clinical decision- making and computer support. Applied Nursing Research, 1(2): 89-93
- Botti (1993) Australian and New Zealand scientific meeting on intensive care. Australian critical care, 6(1):2-5
- Brockopp και Bowling (2002) Nurses' clinical decision-making regarding the management of pain. International Journal of Nursing Studies, 41:631-636
- Bakalis, Bowman και Porock (2003) Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. International Journal of Nursing Studies, 40:749-760
- Bartz και Doherty (2003) Reshaping clinical nursing education. Journal Professional of Nursing, 19:216-222
- Castledine G (2001) Evidence based in care, BJN 13(1):1-60
- Castledine G (2004) A nursing perspective on the new plan for the NHS. British Journal of Nursing, 13:926-930

Cioffi A (2000) A study of the use of past experiences in clinical decision making in emergency situations, *International Journal of Nursing Studies*, 338(1):591-599

Cooper P (2009) Clinical practice guidelines:key resources to guide clinical decision making and enhance quality health care, *Emergency Nursing* 35(1):460-461

Coombs P (2003) Power and conflict in intensive care clinical decision making, *Intensive and Critical Care Nursing*, 19(1):125-135

Δαρβίρη Χ (2007) Προαγωγή υγείας. Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα

Δαρβίρη Χ (2009) Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα

Elkin και Wright (1996) *Nursing interventions and clinical skills*, Missouri, University publishing .

Ελλαδική εγκυκλοπαίδεια, Η γεωγραφία της Ελλάδας, 2000, Εκδόσεις ΠΑΤΑΚΗ.

[El.wikipedia.org/wiki/Ελλάδα](http://el.wikipedia.org/wiki/Ελλάδα)

[El.wikipedia.org/wiki/Φιλανδία](http://el.wikipedia.org/wiki/Φιλανδία)

Ευρωπαϊκή εγκυκλοπαίδεια 2000

[Eu.europa.eu](http://eu.europa.eu)

Elsevier (2008) Issues and challenges in nursing and nursing education in Japan. *Nurse Education in Practice*, 8:1-4

Frank, Bell και Skingley (2003) Critical thinking and decision making in critical care nursing: a pilot study *Heart and Lung*, 32(2):169-180

Gow, Theobald και Nugle (1995) First line nursing care of the critically ill in rural areas, *Australian Critical Care*, 8(1):3-6

Gunnarsson και Stomberg (2009) Factors influencing decision making among ambulance nurses in emergency care situations, *International Emergency Nursing*, 17(1):83-89

Fitzpatrick J (2004) Challenger for care homes: education and training of healthcare assistants. *British Journal of Nursing*, 21: 1258-1262

Fullbrook S (2004) Nurses must identify their own position in nursing. *British Journal of Nursing*, 13: 963-969

Garrett B (2005) Student nurses' perceptions of clinical decision-making in the final year of adult nursing studies. *Nurse Education in Practice*, 5:30-39

Gill P (2004) Difficulties in developing a nursing research cultures in the UK. *British Journal of Nursing*, 13:876-880

Gillespie (2010) Using the situated clinical decision-making framework to guide analysis of nurses' clinical decision making. *Nurse Education in Practice*, 10:333-340

Jack B (2004) A nursing perspective on the new plan for the NHS. *British Journal of Nursing*, 13:926-930

Hudak και Gallo (1998) Evaluating nursing interventions faculty of nursing university of Toronto

Hou R (2007) An ideal educational model for nurse education:school of health and social studiew. Jyvaskyla University of Applied Sciences

Higginson R (2004) The theory- practice gap still exists in nursing education. *British Journal of Nursing*, 13:320-325

Hinds (1998) Studing clinical decision-making by patients parents and health care provides in pediatric oncology. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 15(3):1-5

Hoffman, Aitken, Duffield (2009) A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making. International Journal of Nursing Studies, 46(1)

<http://countrystudies/finland/72htm>

<http://countrystudies.us/finland/72htm>

<http://www.europe-cities.com/finland/health>

Jarvelin (2002) Health care systems in transition. European Observations on Health Care Systems, 4(1):1-12

Johnson (2010) Οι αξίες της Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 49(1):5-7

Jenkins (1985) A research tool for measuring perceptions of clinical decision making. Journal Professional Nursing, 1:221-229

Jukes M (2004) Nursing home manager who failed to protect the interests of patient. British Journal of Nursing, 13:61-120

Κυριακίδου Ε (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική. εκδόσεις Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Keys και Cooper (1980) Seven Countries. HARVARD University, England

Καμπούρα- Νίφλη (2006) Νοσηλεία, 15(1):28-29

Καμπούρα-Νίφλη (2006) Νοσηλεία, 14(1):13-15

Kieckherer M (2002) Clinical Decision Making: a case study approach. Journal of Pediatric Nursing, 18(4):280-286

Liaropoulos και Tragakes (1998) Public/private financing in the Greek health care system. *Health Policy*, 43:153-169

Μαλλιαρού Μ (2008) Ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης*, 1(10):40-42

Μάργαρη Ν (2001) Κοινωνική Νοσηλευτική, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Μπακάλης Ν (2002) Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων: Σύγκριση μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εμφραγμάτων στην Ελλάδα και στην Αγγλία. *Νοσηλευτική*, 4:440-450

Μπαλτόπουλος Γ (2004) Εγχειρίδιο επείγουσας θεραπευτικής, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Μουστάκα Ε (2010) Διερεύνηση εργασιακού στρες νοσηλευτικού προσωπικού. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής επιστήμης*, 3(3):90-92

Mossialos, Allin και Davaki (2005) Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14:151-168

Μποτώνη και Στεφανοπούλου (2007) Οι απόψεις των νοσηλευτών για την δημόσια και ιδιωτική κλινική νοσηλευτική φροντίδα. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Πάτρας

Norman (2005) Nursing students assess nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 21:150-158

Ραγιά Α (1995) Βασική νοσηλευτική, Αθήνα

Πλάκας Σ (2006) Περί Νοσηλευτικής. *Νοσηλεία*, 16(1):36-40

Pugh D (2002) A phenomenologic study of flight nurses clinical decision making in emergency situations. *Air Medical Journal*, 21(2):31-36

Pirkko K (2005) Health care system in Finland. Students research.

Paterson B (1998) Partnership in nursing education :a vision or a fantasy?
Nursing Outlook, 46:284-289

Rich και Nugent (2009) Nurse Education Today, 30:228-232

Σαββοπούλου Γ (2006) Βασική Νοσηλευτική. Έκδοση 5, Η ΤΑΒΙΘΑ, Αθήνα

Σαχίνη Α (2006) Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. έκδοση 3,
BHTA, Αθήνα

Salanterä S (1994) Decision making models of Finnish nurses and public health
nurses. Journal of Advanced Nursing, 21:520-527

Saranto και Leino-Kilpi (1997) Computer literacy in nursing :developing the
information technology in nursing education. Journal of Advanced Nursing
,25:377-385

Scott H (2004) Should nurses in emergency care have practice boundaries?
British Journal of Nursing, 1:1-60

Spitzer και Perrenoud (2006) Reforms in nursing education across western
Europe. Journal of Professional Nursing, 22(3):162-171

Salminen (2010) Future challenges for nursing education. Nurse Education
Today, 30:233-238

Siskou, Kaitelidou και Liaropoulos (2008) Private health expenditure in the
Greek health care system:where truth ends and the myth begins. Health Policy,
88:282-293

Sirkka (1998) Decision making of nurses practicing in intensive care in Canada,
Finland, Ireland, Switzerland and the US. Heart Lung, 27:133-142

Swansburg (1999) Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Εκδόσεις
ΛΑΓΟΣ , Αθήνα.

Thompson και Stapley (2011) Do educational interventions improve nurses clinical decision making and judgement? A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 13:1-15

Tucker S (2002) Patient care standards, Mosby company, USA.

Χριστοπούλου Ι (2011) Θεωρητικό πλαίσιο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο- εφαρμογή της θεωρίας της Watson. Μετεκπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής ογκολογίας και ψυχο-ογκολογίας.

Watkins M (1998) Decision making phenomena described by expert nurses working in urban community health setting. Journal of Professional Nursing, 14:22-33

www.expat-finland.com

www.nurses.fi

[www.paideia.wihi.com/wihi/εθνικό σύστημα υγείας](http://www.paideia.wihi.com/wihi/εθνικό_σύστημα_υγείας)

www.stedima.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Pissa-Dimitriou Diamanto

School of Nursing

TEI of Patras

1 Megalou Alexandrou

Patras, Greece

7/10/2010

Dear Nurse in Charge

My name is Pissa-Dimitriou Diamanto and i am student at the school of Nursing, TEI of Patras, under the supervision of professor N. Bakalis.

The study will investigate nurses decision-making. The purpose of the study is first to identify what clinical decisions nurses make in Finland and also to compare nurses clinical decisions in a different clinical specialities.

The method of data collection is quantitative (questionnaire will be used). The sample will include Greek and Finnish

clinical nurses. The number of participants will be around 80 Finnish and Greek nurses. The sample will include nurses from three different sections: surgical, medical and critical care.

This research will be take place in Oulu (Finland) and in Patras (Greece) from 1/9/2010 until 1/6/2010. The participation in completing the questionnaire is voluntary with informing consent . Confidentiality and anonymity will be confirmed by the researcher.

I will be very grateful for permission to approach nurses who work in the ward/unit.

Thank you in anticipation.

Yours sincerely,

Pissa-Dimitriou Diamanto

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Clinical Decision Making Questionnaire

Demographic characteristics

What is your age? _____

Your sex

Male _____ Female _____

Clinical area

Medical _____

Surgical _____

Critical care _____

Your qualification

Registered Nurse _____

Enrolled Nurse _____

How many years have you worked on the ward/unit? _____

Please indicate to what extent each of the following statements reflects your clinical decision making.
Please choose **one** choice.

	Regularly	Often	Sometimes	Not at all
Diagnosis patient condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Managing the work environment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing basic nursing care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing psychological support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acting on emergency situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teaching the patient/family	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informing patient about their prognosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arranging (more) patient investigations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervising junior staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mentoring student nurses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deciding on ward/unit budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making decision to change medication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providing discharge information to patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Making decision to discharge a patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organising the work of others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Τ.Ε.Ι Πάτρας

3 Μαρτίου 2011

Τμήμα Νοσηλευτικής

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1

Κουκούλι

Πάτρα

Αγαπητή προισταμένη/ε,

Είμαι προπτυχιακή φοιτήτρια στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Πάτρας. Η πτυχιακή μου, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Νικόλαου Μπακάλη, ερευνά τις κλινικές αποφάσεις των Νοσηλευτών σε Ελλάδα και Φιλανδία. Ο σκοπός της έρευνας είναι πρώτον να διαπιστώσει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών, σε διαφορετικά κλινικά πλαίσια, στην Ελλάδα και δεύτερον να συγκρίνει τις κλινικές αποφάσεις στις δύο χώρες (Ελλάδα και Φιλανδία). Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις και μερικά δημογραφικά στοιχεία.

Θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητα**.

Θα σας ήμουν ευγνώμων εάν μου δίνετε την άδεια να προσεγγίσω Νοσηλευτές του τμήματός σας. Η συμμετοχή τους είναι **εθελοντική**.

Με εκτίμηση,

Πισσά-Δημητρίου Διαμάντω

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Ερωτηματολόγιο για τις Κλινικές Αποφάσεις των Νοσηλευτών

Δημογραφικά στοιχεία

Ηλικία _____

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Κλινική: Παθολογική Χειρουργική ΜΕΘ/Μονάδα Εμφραγμάτων

Προσόντα: Νοσηλευτής/τρια Βοηθός Νοσηλευτή/τριας

Πόσα χρόνια εργάζεστε στη κλινική/μονάδα? _____

Παρακαλώ συμπληρώστε σε τι βαθμό οι παρακάτω προτάσεις αντιπροσωπεύουν τις κλινικές σας αποφάσεις. Παρακαλώ επιλέξτε **μια** επιλογή.

	Τακτικά	Συχνά	Μερικές φορές	Καθόλου
1. Διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Συντονίζετε το εργασιακό περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Παροχή βασικής Νοσηλευτικής φροντίδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Διδασκαλία του ασθενούς/της οικογένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Κανονίζεται περισσότερες εξετάσεις για τον ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Εκπαίδευση φοιτητών Νοσηλευτικής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Αποφασίζεται για τον προϋπολογισμό της κλινικής/μονάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Αλλάζετε την θεραπευτική αγωγή του ασθενούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Παρέχετε πληροφορίες στον ασθενή /οικογένεια κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Αποφασίζεται για να δοθεί εξιτήριο στον ασθενή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Οργανώνετε την εργασία άλλων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστώ που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο!!