

Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας
Σχολή: ΣΕΥΠ
Τμήμα: Νοσηλευτική

Πτυχιακή εργασία

«Διερεύνηση παραγόντων απομάκρυνσης
φοιτητών νοσηλευτικής από το αντικείμενο
σπουδών τους»

Εισηγήτρις:

Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Λυκουργιώτη Ανδριάννα
Λυκουργιώτη Διαμάντω
Μούτσου Μαρία

Σπουδαστές

Πάτρα 2011



*«Πάλιά, οι άνθρωποι
μελετούσαν για να
βελτιώσουν τον εαυτό τους.
Σήμερα, μελετούν για να
εντυπωσιάσουν τους
άλλους.»*

Κομφούκιος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	ΣΕΛΙΔΕΣ
Πρόλογος	08
Εισαγωγή	09
Γενικό Μέρος	
Κεφάλαιο 1	
ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	
1.1 Ορισμός της νοσηλευτικής	12
1.2 Η νοσηλευτική στον Όμηρο	12
1.3 Η νοσηλευτική στην Αίγυπτο	13
1.4 Η νοσηλευτική στη Παλαιστίνη, στις Ινδίες και στη Κίνα	13
1.5 Ο Ασκληπιός, τα ασκληπιεία και η νοσηλευτική	15
1.6 Η νοσηλευτική στην εποχή του Ιπποκράτη	15
1.7 Η νοσηλευτική στα χριστιανικά χρόνια και στο Βυζάντιο	16
1.8 Ο Μεσαίωνας και η νοσηλευτική	17
1.9 Ο Μαρτίνος – Λούθηρος και η σχέση του με τη νοσηλευτική	18
1.10 Η νοσηλευτική στη γη των ινδιάνων	19
1.11 Πρώτος – δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος και ο ερυθρός σταυρός	19
Κεφάλαιο 2	
ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	
2.1 Τα παιδικά και νεανικά χρόνια της Florence Nightingale	22
2.2 Η προσφορά της Florence Nightingale	23
2.3 Τιμητικές διακρίσεις	24
2.4 Το τέλος της ζωής της	24
2.5 Αθηνά Μεσολωρά η Florence Nightingale της Ελλάδας	25
2.6 Σημαντικές προσωπικότητες στη νοσηλευτική	27
Κεφάλαιο 3	
ΗΡΩΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	
3.1 Ο ηρωισμός του νοσηλευτή	29
3.2 Ευθύνη και νοσηλευτική	29
3.3 Σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και νοσηλευτική	30

3.4 Ηρωισμός και θυσία στη νοσηλευτική	30
3.4.1 Η νοσηλευτική σε καιρό πολέμου	30
3.4.2 Η νοσηλευτική σε καιρό θεομηνιών	31
3.4.3 Ειδικές περιπτώσεις νοσηλευτικού ηρωισμού	31

Κεφάλαιο 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

4.1 Η σημασία της θεωρίας	33
4.2 Ταξινόμηση των νοσηλευτικών θεωριών	33
4.3 Κατηγοριοποίηση των μεγάλων θεωριών	35
4.4 Σημαντικές νοσηλευτικές θεωρίες	36
4.4.1 Florence Nightingale	36
4.4.2 Dorothea E. Orem	36
4.4.3 Betty Newman	37
4.4.4 Callista Roy	37
4.5 Σύγχρονες θεωρίες ηγεσίας	37
4.6 Θεωρία της μάθησης	38
4.7 Μελλοντικά ζητήματα στις νοσηλευτικές θεωρίες	38

Κεφάλαιο 5

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

5.1 Πρώτες έννοιες	41
5.2 Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας	41
5.3 Καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας	43
5.4 Παρατήρηση	45
5.5 Νοσηλευτικό ιστορικό	45

Κεφάλαιο 6

ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

6.1 Επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών	48
---	----

6.2 Ποινική ευθύνη του νοσηλευτή	51
6.2.1 Ποινική ευθύνη του νοσηλευτή στο δημόσιο τομέα	51
6.2.2 Ποινική ευθύνη του νοσηλευτή στον ιδιωτικό τομέα	52
6.3 Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας	52
6.3.1 Οι γενικές υποχρεώσεις του νοσηλευτή	52
6.3.2 Οι ειδικές υποχρεώσεις του νοσηλευτή	53
6.4 Τα είδη των ηθικών προβλημάτων των νοσηλευτών	54

Κεφάλαιο 7

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΤΡΕΙΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

7.1 Η οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας	56
7.1.1 Πρωτοβάθμια περίθαλψη	58
7.1.2 Δευτεροβάθμια περίθαλψη	58
7.1.3 Τριτοβάθμια περίθαλψη	59
7.2 Οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης	60
7.2.1 Δημόσια νοσοκομεία	60
7.2.2 Ιδιωτικές κλινικές	60
7.2.3 Διαγνωστικά κέντρα	61
7.3 Το Ε.Σ.Υ. της Μεγάλης Βρετανίας	61
7.4 Το Ε.Σ.Υ. της Σουηδίας	62
7.5 Το Ε.Σ.Υ. της Φιλανδίας	62
7.6 Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα	63
7.7 Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στο Ηνωμένο Βασίλειο	65
7.8 Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη Σουηδία	65
7.9 Η νοσηλευτική εκπαίδευση στη Φιλανδία	65

Κεφάλαιο 8

ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

8.1 Ορισμός της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής	68
--	----

8.2 Κουλτούρα και διαπολιτισμική νοσηλευτική	68
8.3 Διαπολιτισμική νοσηλευτική	69
8.4 Το θεωρητικό μοντέλο της Madelein Feininger	69
8.4.1 Η θεωρία της Madelein Feininger και το ανατέλλον μοντέλο	69
8.4.2 Τα τέσσερα επίπεδα του μοντέλου της Madelein Feininger	70
8.5 Η επικοινωνία των νοσηλευτών στη πολιτισμική ποικιλομορφία	70
8.6 Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση	71
8.6.1 Η αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης	71
8.6.2 Σκοποί και ετοιμασία της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης	71
8.7 Η δια βίου εκπαίδευση	72
8.8 Οι πιέσεις για συνεχιζόμενη εκπαίδευση	73

Κεφάλαιο 9

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

9.1 Επαγγελματικοί κίνδυνοι	76
9.1.1 Φυσικοί παράγοντες κινδύνου	76
9.1.2 Χημικοί παράγοντες κινδύνου	77
9.1.3 Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου	77
9.1.4 Εργονομικοί παράγοντες κινδύνου	78
9.1.5 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου	80
9.2 Επαγγελματική εξουθένωση	81
9.2.1 Περιγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης	81
9.3 Κυκλικό ωράριο	82
9.3.1 Ορισμός και χαρακτηριστικά της «εργασίας κατά ωράρια»	82
9.3.2 Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου στην οικογένεια και την κοινωνική ζωή	89
9.4 Εργασιακό άγχος	91
9.4.1 Δυσάρεστο εργασιακό περιβάλλον στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και υγεία	91

9.4.2 Συνθήκες απασχόλησης στα νοσηλευτικά ιδρύματα που αυξάνουν τα επίπεδα άγχους και μειώνουν το επίπεδο αυτοεκτίμησης των νοσηλευτών	94
9.5 Ο ρόλος του φύλου στην επιλογή του επαγγέλματος στη νοσηλευτική	94
9.5.1 Άνδρες σε « γυναικεία » επαγγέλματα – πλεονεκτήματα	94
9.5.2 Άνδρες σε « γυναικεία » επαγγέλματα – μειονεκτήματα	96

Ειδικό Μέρος

Υλικό – μέθοδος	100
Περιγραφική κατανομή	102
Στατιστικές συγκρίσεις	102
Παρουσίαση αποτελεσμάτων	104
Συμπεράσματα συσχετίσεις	143
Συζήτηση	159
Συμπεράσματα	163
Προτάσεις	165
Περίληψη	167
Summary	169
Βιβλιογραφία	171
Παράρτημα	177

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα επαγγέλματα υγείας αποσκοπούν στη προσφορά. Τη προσφορά στο συνάνθρωπο, τον ασθενή που χρειάζεται φροντίδα. Φροντίδα, ένα τόσο σημαντικό αγαθό που προάγει ο,τι πολυτιμότερο για το ανθρώπινο είδος, την υγεία, την ευτυχία, την ευεξία! Ωστόσο πως θα ήταν δυνατό να γνωρίζουν οι νοσηλευτές τι θα ήταν καλύτερο για τον ασθενή που πρέπει ν' αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα; Ένας μόνο τρόπος υπάρχει η έρευνα... Μέσω της έρευνας θα έχουμε προσφορά, μέσω της έρευνας θα έχουμε καλύτερη φροντίδα, και κατ' επέκτασιν μέσω της έρευνας θα έχουμε ένα καλύτερο σύστημα υγείας. Αυτή η μέθοδος είναι γνωστή από την αρχαιότητα ακόμη, όταν ο Σωκράτης είχε πει «μια ζωή χωρίς έρευνα δεν αξίζει να λέγεται ζωή». Αυτός λοιπόν είναι ο στόχος μας, να ζήσουμε για να μαθαίνουμε μέσω της αναζήτησης! Σκοπός της εργασίας είναι να γίνει γνωστός ο λόγος που πολλοί φοιτητές του τμήματος της νοσηλευτικής επιλέγουν μια άλλη καριέρα από αυτή που θα έπρεπε ν ακολουθήσουν, αυτή την επιστήμη που 4 χρόνια διδάχτηκαν. Η Florence Nightingale αφιέρωσε όλη τη ζωή της στη προαγωγή της νοσηλευτικής και εμείς αντί να προχωράμε και να προοδεύουμε με τη βοήθεια της τεχνολογίας και όλων των μέσων που διαθέτουμε, οπισθοδρομούμε σα να φοβόμαστε την εξέλιξη... πολλοί στη χώρα μας αγνοούν την αξία του να είσαι νοσηλευτής, την αξία του να προσφέρεις, την αξία να λέγεσαι και να είσαι επιστήμονας! Μέσα από αυτή την εργασία και την έρευνα που θα διεξαχθεί θα μιλήσουν στατιστικά στοιχεία και αριθμοί... θα γίνει φανερό κατά πόσο ισχύει η πιθανότητα να είναι περισσότεροι εκείνοι που σπουδάζουν νοσηλευτική και θα συνεχίσουν να υπηρετούν αυτή την αξία και τι ποσοστό μετά το πτυχίο θα αλλάξει επάγγελμα. Τέλος μέσα από την ιστορία της νοσηλευτικής θα αναδειχτεί το μεγαλείο της επιστήμης μας.

Εισαγωγή

Η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη με αρκετά μεγάλη ιστορία. Χρέος των νέων νοσηλευτών είναι να τη γνωρίζουν, να τη σέβονται και να προάγουν τη νοσηλευτική ως μια επιστήμη που αν και πολύ παλιά, είναι λίγα τα χρόνια που έχει αποκτήσει κάποιο υπόβαθρο στην Ελλάδα, μεγαλύτερο σαφώς στο εξωτερικό, κυρίως αφότου θεσπίστηκαν τα επαγγελματικά μας δικαιώματα και αποκτήσαμε το δικό μας σύλλογο και τη δική μας ομοσπονδία. Στο σύγγραμμα αυτό θα γίνει αναλυτική αναφορά στην ιστορία της νοσηλευτικής, στη πολυδιάστατη υπόσταση της καθώς επίσης θα γίνει αναφορά σε κάποιες βασικές αρχές. Στη συνέχεια θα αναλύσουμε τα ως έχουν όσον αφορά τη νοσηλευτική στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι θα γίνει λόγος για τα επαγγελματικά μας δικαιώματα που ακόμα και τώρα κρύβουν πολλά κενά και πολλές ανακρίβειες σε ότι έχει σχέση με το περιεχόμενό τους. Ο κώδικας δεοντολογίας είναι ένα βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής που θα αναφερθεί ενώ είναι φυσικά αδύνατο να μην αναφερθούμε στην εκπαίδευση, στα συνέδρια και στην έρευνα. Άλλωστε η έρευνα είναι το βασικό στοιχείο του συγγράμματός μας.

Να σημειωθεί ότι σε ένα από τα περιεχόμενα θα γίνει μια αναφορά στη Florence Nightingale μια γυναίκα που έφερε την επανάσταση εισάγοντας την υγειονομική επιστήμη και μειώνοντας τη θνησιμότητα από 42% σε 2%¹ και ίδρυσε τη πρώτη ιατρική στρατιωτική σχολή στην Αγγλία, επίσης οργάνωσε τη πρώτη σχολή αδελφών νοσοκόμων. Θα αναφερθούμε σε νοσηλευτικές θεωρίες όπως της προαναφερθείσας Florence Nightingale για το τι είναι και τι δεν είναι νοσηλευτική, Dorothy Orem για τη θεωρία του ελλείμματος της αυτοφροντίδας καθώς και τη Callista Roy για το μοντέλο προσαρμογής της Roy ωστόσο θα γίνουν αναφορές και σε άλλες φυσιογνωμίες που άφησαν το στίγμα τους στη νοσηλευτική επιστήμη.

Εξίσου ισάξια προσοχής είναι η αναφορά που θα γίνει για τον ηρωισμό που επιτελείται στη νοσηλευτική γιατί ηρωισμός δεν είναι να δίνεις μόνο τη ζωή σου για τη πατρίδα και τις αξίες αλλά και να αφιερώνεις μεγάλο μέρος της ζωής σου παρ' όλες τις αντίξοες συνθήκες στη φροντίδα των άλλων. Άλλωστε τα θεμέλια

της νοσηλευτικής στηρίζονται στις αξίες, στα ιδεώδη της αγάπης, της συμπάθειας, των γνώσεων και του αληθινού πολιτισμού όποτε συνεπάγεται ότι η νοσηλευτική είναι δύσκολο έργο και επίπονο απαιτεί προσωπική υπέρβαση και ηρωισμό.

Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό να τονισθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των φοιτητών που εισάγονται στα τμήματα της νοσηλευτικής και στη μέση της ακαδημαϊκής τους πορείας δεν έχουν το σθένος να συνεχίσουν τη φοίτηση τους οπότε αποχωρούν από την εκπαίδευση τους είτε διαγράφονται από το τμήμα ενώ κάποιοι άλλοι τελειώνουν πρώτα τη σχολή χωρίς να ασκούν το επάγγελμα τους. Αυτό ήταν το έναυσμα που μας παρότρυνε να ασχοληθούμε με τους παράγοντες που οδηγούν τους φοιτητές νοσηλευτικής να μην ασκούν το επάγγελμα που σπουδάζουν.



**ΙΣΤΟΡΙΑ
ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

1.1 Ορισμός της νοσηλευτικής.

Οι ορισμοί της νοσηλευτικής είναι πολλοί, καθώς θα εξελίσσεται η νοσηλευτική οι απόψεις για τον ορισμό της θ' αναπτύσσονται και θ' αλλάζουν. Παρόλο που οι ορισμοί ποικίλουν μεταξύ τους εμφανίζουν 4 κοινούς στόχους:

- Προαγωγή της υγείας.
- Πρόληψη της ασθένειας.
- Προσπάθεια αντιμετώπισης της ασθένειας
- Αποκατάσταση της υγείας.²

Ένας ορισμός που παραθέτουμε είναι ότι η νοσηλευτική αναφέρεται ως επιστήμη και τέχνη, αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων. Τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς.³

1.2 Η νοσηλευτική στον Όμηρο.

Αναλύοντας τα ομηρικά έπη, έχουμε ένα πλήθος πληροφοριών για κάθε παράμετρο της ζωής κατά τους αιώνες αυτούς. Οι πολεμιστές περιθάλπουν τραυματισμένους συμπολίτες τους, στο πεδίο της μάχης ή τους μεταφέρουν με διάφορους τρόπους έξω από αυτό ή ακόμα και στο στρατόπεδο τους. Ορισμένοι απ αυτούς τους ομηρικούς νοσηλευτές και τραυματιοφορείς είχαν ελάχιστη ή καθόλου υγειονομική εκπαίδευση, ωστόσο υπάρχουν και κάποιοι που γνώριζαν από πρώτες βοήθειες από τους οποίους κάποιοι ήταν θνητοί και κάποιοι αθάνατοι χαρακτηριστικά θα αναφερθούμε στην Ήβη, κόρη του Δια, και της Ήρας που περιέθαλψε τον τραυματισμένο Άρη. Ενώ η Εκαμίδη φρόντισε μετά από μια μάχη τον γιο του Ασκληπιού, Μαχάων.⁴

Ακόμη η Ωραία Ελένη χρησιμοποιώντας κάποιες γνώσεις, που πήρε από τη Τροία από την Πολύδαμνα μπόρεσε μέσω των βοτάνων που γνώριζε να διώξει του σωματικούς και ψυχικούς πόνους των ανθρώπων. Στον Όμηρο επίσης αναφέρεται η Κίρκη με εξαιρετικές γνώσεις στα βότανα, ωστόσο απέχει πολύ από την ηθική δεοντολογία της νοσηλευτικής εφόσον τα χρησιμοποιούσε για κακό σκοπό.⁴

1.3 Η νοσηλευτική στην Αίγυπτο.

Στην αρχαία Αίγυπτο υπήρχε ένα αξιόλογο για την εποχή σύστημα υγείας. Με πολλούς κλάδους και πολλές αρμοδιότητες. Υπήρχαν υγειονομικοί υπάλληλοι- επιθεωρητές για θέματα δημόσιας υγείας και κυρίως για τον έλεγχο της διανομής του νερού. Όλη αυτή η ποικιλία επαγγελματιών ασχολούμενων με τα υγειονομικά θέματα δείχνει, ότι έστω και αν δεν αναφέρονται ρητά ή ακόμα κι αν δεν έχουν αναβρεθεί οι κατάλληλες πηγές πληροφοριών πρέπει πάντως να υπήρχαν πρόσωπα ασχολούμενα με τη νοσηλευτική πράξη. Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι η ακόλουθη: πολλές από τις πράξεις οι οποίες αναφέρονται στις πηγές, ως έργο των γιατρών στη πραγματικότητα είναι νοσηλευτικές πράξεις. Κατά τον 1^ο αιώνα π.Χ. η νοσηλευτική άλλαξε γραμμή πλεύσης γιατί οι θεραπείες έπρεπε να ακολουθήσουν τους αναγνωρισμένους νόμους των ιερών βιβλίων, γιατί σε αντίθετη περίπτωση θα καταλογίζονταν αυστηρότατες ποινές μέχρι αυτή του θανάτου. Οι περιορισμοί αυτοί όμως είχαν σαν αποτέλεσμα τη στασιμότητα στην εξέλιξη της νοσηλευτικής.^{5,4}

1.4 Η νοσηλευτική στη Παλαιστίνη στις Ινδίες και στη Κίνα.

Παλαιστίνη: Πληροφορίες επίσης έχουν βρεθεί για τη Παλαιστίνη τόσο από τη Παλαιά Διαθήκη όσο και από το βιβλίο του Ταλμούδ αναφέρονται σε νοσηλευτικές και γενικότερα σε υγειονομικές πρακτικές που πολλές από αυτές δόθηκαν με τη μορφή θρησκευτικών εντολών, τους δόθηκαν οδηγίες για τη διατροφή τους, τη καθαριότητα, την ανάπαυση και τον ύπνο. Από τις ίδιες πηγές έχουμε αναφορές με οδηγίες για τις γυναίκες κατά την έμμηνο ρύση, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό για τη περιτομή (που απ ότι φαίνεται δανείστηκαν από τους Αιγυπτίους) και για την ανατροφή των παιδιών τους. Σκοπός όλων αυτών των κατευθυντήριων γραμμών ήταν η διαφύλαξη της υγείας τους.⁴

Ινδίες: Στις Ινδίες η αρχή της νοσηλευτικής καλύπτεται από μυθικές παραδόσεις. Από τα ιερά για τους ινδούς βιβλία, τις βέδες, διάφοροι στοχαστές έχουν αναπτύξει προσωπικές επιτομές που είναι γνωστές ως σαμίτα. Απ αυτά τα έργα παίρνουμε σημαντικές πληροφορίες που σχετίζονται με την ιατρική, τη φαρμακευτική, τη νοσηλευτική και άλλους υγειονομικούς κλάδους. Σύμφωνα με

κάποιες από αυτές τις επιτομές η διατήρηση και η αποκατάσταση της υγείας επιτυγχάνεται με τη συμμετοχή τεσσάρων παραγόντων, του γιατρού του φαρμάκου, του νοσηλευτή και του ασθενούς. Οι απαιτήσεις που είχε η κοινωνία από τους νοσηλευτές είναι ότι έπρεπε να θεωρούνται κατάλληλοι και ικανοί να παρακολουθούν τον κάθε ασθενή από το κρεβάτι του, το έργο τους να ασκείται με ευχαρίστηση και ψυχραιμία, να μην μιλάνε σε κανένα για την αρρώστια του ασθενούς, να είναι δυνατοί, να είναι ακαταπόνητοι και να ακολουθούν πιστά τις οδηγίες των γιατρών. Ακόμη έπρεπε να γνωρίζουν πώς να ρυθμίζουν τη διατροφή των ασθενών, να μαγειρεύουν υγιεινά, να κάνουν λουτρό στον ασθενή, να προβαίνουν στις κατάλληλες για τη πάθηση τους έτριβες και μαλάξεις, να τους κινητοποιούν και να τους στηρίζουν με τον κατάλληλο τρόπο τέλος να παρασκευάζουν πρόθυμα και με ακρίβεια τα αναγκαία φάρμακα.⁶

Κίνα: Από πολύ παλιά η ατομική υγιεινή των Κινέζων ήταν σε καλό επίπεδο. Η συνήθεια λόγου χάρη να πίνουν το γνωστό εθνικό τους ποτό (το τσάι) αντί για νερό, τους προφύλασσε από τα παράσιτα και τα εντερικά νοσήματα. Επίσης έδιναν μεγάλη σημασία στα καθαρά εσώρουχα και στα λουτρά. Στην εποχή της δυναστείας των Χάνς (260 π.Χ. – 220 μ.Χ) αναφέρονται για πρώτη φορά γυναίκες να ασχολούνται με τη νοσηλεία των αρρώστων. Γυναίκα είχε κληθεί να νοσηλεύσει την βασίλισσα. Ο αυστηρός κώδικας ηθικής απαγόρευε στους άνδρες να νοσηλεύουν γυναίκες στο τοκετό. Φαίνεται όμως πως υπήρχε μεγάλη θνησιμότητα όποτε καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως το μορφωτικό επίπεδο ήταν πολύ χαμηλό.⁵

Ωστόσο σε μια άλλη πηγή αναφέρεται ότι δεν υπήρχε ιδιαίτερη νοσηλεία στους ασθενείς λόγω της προκατάληψης ότι ο ασθενής έχει καταληφθεί από κακά πνεύματα και οποίος τον αγγίζει μολύνεται, και αν τελικά υπήρχαν κάποιοι που θα φρόντισαν αυτόν τον ασθενή δε θα ήταν γυναίκες διότι η θέση της γυναίκας ήταν αποκλειστικά στο σπίτι και δε της αναγνωρίζονταν οποιοσδήποτε ρόλος έξω από αυτό.⁴

1.5 Ο Ασκληπιός, τα ασκληπιεία και η νοσηλευτική.

Στη κλασσική Ελλάδα, η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας εφαρμόζεται μέσα από τους ναούς-θεραπευτήρια, τα ασκληπιεία, όπου ασκούνταν η ιατρική ως μείγμα φυσικών δυνάμεων και παρατηρήσεων από τον πρωθιερέα και τον πυροφόρο βοηθό του και η νοσηλευτική φροντίδα από ιερείς γυναίκες, από ιερομνήμονες και τους πρακτικούς νοσηλευτές της τάξης των ζακόρων ή νακόρων.⁷

Ο Ασκληπιός είναι γνωστό ότι ανακηρύχθηκε δημόσια το 420 π.Χ. θεότητα στην Αθήνα. Πολλοί ναοί, με το όνομα ασκληπιεία, είχαν ανεγερθεί προς τιμήν του. Μερικοί από αυτούς είχαν μετατραπεί σε σχολές ιατρικής της εποχής εκείνης.⁵

Ως τον 5^ο αιώνα σε όλο τον ελλαδικό χώρο και σε πολλούς εξωελλαδικούς τόπους είχαν ιδρυθεί περίπου 500 ασκληπιεία, με τη μορφή νοσηλευτικών κέντρων, με σημαντικότερο εκείνο της Επιδαύρου. Το προσωπικό των ασκληπιείων, ήταν πολυάριθμο και με διάφορες για τον καθένα αρμοδιότητες. Υπήρχαν πολλοί ιερομνήμονες με εξειδικευμένες γνώσεις και ακόμα περισσότεροι θεράποντες. Μεταξύ των ιερομνημόνων, υπήρχαν εξειδικευμένοι στην υδροθεραπεία, στη μαλαξιοθεραπεία και νοσοκόμοι των θεραπευτηρίων.⁸

1.6 Η νοσηλευτική στην εποχή του Ιπποκράτη.

Ο Ιπποκράτης δεν έθεσε μόνο τα θεμέλια της επιστημονικής ιατρικής αλλά έδειξε χαρακτηριστικό ενδιαφέρον και για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου. Δίδαξε τη νοσηλεία και τόνισε τη σπουδαιότητα της ειδικότερα για τους κλινήρεις αρρώστους. Στα συγγράμματα του η τεχνική την οποία σήμερα αποκαλούμε νοσηλευτική, διδάσκεται με κάθε λεπτομέρεια. Εκτός από τις διάφορες νοσηλείες, ιδιαίτερα τονίζεται η διαίτα, ο καθαρός αέρας, η φυσική άσκηση και άλλα μέτρα υγιεινής.⁹

Από τον Πλάτωνα αναφέρονται 100 περίπου έργα με το όνομα «ιπποκράτειος συλλογή» που περιέχουν υλικό ιατρικό, νοσηλευτικό και μεθόδους θεραπείας. Επίσης σ' αυτά τα έργα περιέχονται ιδεώδεις ηθικές αρχές

για την άσκηση της ιατρικής- νοσηλευτικής απόλυτα σύμφωνες με όσα δίδασκε ο Ιπποκράτης. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη διδασκαλία του απέκρουσε τη θεωρία περί της υπερφυσικής προέλευσης των ασθενειών. Ακόμα με πολλές λεπτομέρειες δίδασκε στους μαθητές του για την άσκηση των νοσηλευτικών καθηκόντων. Μεταξύ των έργων που αποδίδονται στον Ιπποκράτη είναι ο περίφημος όρκος που και σήμερα αναγνωρίζεται σαν το ευαγγέλιο συμπεριφοράς στην ιατρική και νοσηλευτική.⁵

Μια ενδιαφέρουσα μαρτυρία νοσηλευτικής φροντίδας απεικονίζεται σε αγγειογραφία του 5^{ου} αιώνα π.Χ που αποδίδεται στο αγγειοπλαστικό εργαστήριο του Βύργου. Πρόκειται για μια γυναίκα η οποία συμπαραστέκεται με καρτερία και χωρίς να φαίνεται κάποια ένδειξη αποστροφής προς τον άνδρα που κάνει εμετό.⁴

1.7 Η νοσηλευτική στα χριστιανικά χρόνια και στο βυζάντιο.

Με τη διάδοση του χριστιανισμού η περίθαλψη των ασθενών ήταν εναρμονισμένη με τη θρησκεία και τελούσε υπό την εποπτεία της εκκλησίας. Την εποχή εκείνη τους ασθενείς φρόντιζαν τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες.²

Ωστόσο η συμπάθεια και η συμπάρασταση προς τους πάσχοντες δε θεωρούνταν σαν απλή αρετή και καθήκον αλλά υποχρέωση και αναγκη.⁵ Στο χριστιανισμό η γυναίκα αποκτά υψηλή θέση και της ανοίγεται ο δρόμος για το κοινωνικό έργο της νοσηλείας των πασχόντων.⁷ Ο ίδιος ο απόστολος Παύλος στην προς Ρωμαίους επιστολή αναφέρεται ονομαστικά σε μια διακόνισσα που είχε διακριθεί σε όλα της τα καθήκοντα και είχε ιδιαίτερος ασχοληθεί με τη νοσηλεία των πασχόντων. Πρόκειται για τη Φοίβη, η οποία τόσο από ξένους συγγραφείς όσο και από Έλληνες χαρακτηρίζεται ως η πρώτη επισκέπτρια νοσηλεύτρια. Κατά τη διάρκεια των μεγάλων διωγμών τέλη του 3^{ου} αιώνα τολμηροί πιστοί και πιστές φρόντιζαν φυλακισμένους Χριστιανούς που είχαν υποβληθεί σε βασανιστήρια. Στις ειρηνικές περιόδους οι εκδηλώσεις φροντίδας απευθύνονταν όχι μόνο στους ομόθρησκους αλλά και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Ο επιτυχημένος θεσμός των διακονισσών κάλυψε μεγάλο μέρος της κοινωνικής προστασίας.⁴

Η βυζαντινή εποχή άρχισε με τη μεταφορά της πρωτεύουσας της Ρωμαϊκής αυτοκρατορίας από τη Ρώμη στη περιοχή του αρχαίου Βυζαντίου. Ο πολιτισμός αυτός συνδύασε την Ελληνική και τη χριστιανική σκέψη. Ο χριστιανισμός δημιούργησε νέο πνευματικό κλίμα εξαιρετικά ευνοϊκό για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική σαν έκφραση αγάπης αναπτύχθηκε από τη χριστιανική θρησκεία. Η νοσηλευτική φροντίδα στο Βυζάντιο αποτελεί μοναδικό παράδειγμα όχι μόνο για τη περίοδο του μεσαίωνα αλλά και για ολόκληρη την ανθρώπινη ιστορία και τον πολιτισμό. Τα κυριότερα νοσηλευτικά ιδρύματα στο Βυζάντιο που αναφέρονται είναι: του Σαμψών, η βασιλείας στη Καππαδοκία, το λεπροκομείο, το πτωχοκομείο και άλλα ιδρύματα του κοσμοσωτήρα, του παντοκράτορος, της Αγίας Ειρήνης που στο σύνολο τους έφταναν περίπου τα σαράντα νοσοκομεία.⁹

Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχαν οι νοσοκόμοι με διπλή έννοια (κλινικοί νοσηλευτές και διοικητικοί διευθυντές νοσοκομείου). Στο στρατό του Βυζαντίου υπήρχαν οι σκρήβονες και οι δεσποτάτοι που ήταν άοπλοι και προορισμός τους ήταν η φροντίδα των τραυματιών και η μεταφορά τους εκεί όπου υπήρχαν γιατροί. Γενικότερα όπως γίνεται φανερό η κύρια συμβολή του βυζαντίου ήταν στην ίδρυση νοσοκομείων στη παροχή συστηματοποιημένης νοσηλευτικής φροντίδας και στη δημιουργία επαγγελματιών νοσηλευτών.⁷

1.8 Ο μεσαίωνας και η νοσηλευτική

Κατά τον μεσαίωνα στη δύση η έννοια της νοσηλείας, συγγεόταν με τη μαγεία και έτσι είχε περιπέσει σε κοινωνική ανυποληψία κάτω από την επίδραση και τα καταδιωκτικά μέτρα που εφάρμοζε η εκκλησία. Η εξιχνίαση γυναικών θεραπευτριών που ασκούσαν την μαγανεία είχε αναχθεί σε επάγγελμα, τα δε επιβαλλόμενα βασανιστήρια από τα όργανα της εκκλησίας ήταν φρικιαστικά. Καταγραφές μαρτυρούν ότι θανατώθηκαν πάνω από δέκα χιλιάδες γυναίκες, οι οποίες είχαν χαρακτηριστεί ως μάγισσες.⁵

Η αρχική νοσηλευτική υπηρεσία καλύφθηκε όχι από μοναχές αλλά από λαϊκές γυναίκες οι οποίες στρατολογήθηκαν ανάμεσα από χήρες και από

γυναίκες που είχαν κοινωνικά εκπέσει και αναζητούσαν την ευκαιρία για να επανέλθουν στην αποδεκτή ζωή. Υπήρχαν και άντρες νοσηλευτές, που στην αρχή ονομάζονταν υπηρέτες και στη συνέχεια αδελφοί. Στη περίοδο των μέσων χρόνων εκτός από την αναφερόμενη μοναστική και την ελεύθερη νοσηλευτική αναφέρεται από ορισμένους συγγραφείς και μια άλλη μορφή. Πρόκειται για τη νοσηλευτική που είναι υποχρεωμένη να παρέχει με εντολή του συζύγου της, η δέσποινα του φεουδαρχικού οίκου για όλους όσους εργάζονται στο φέουδο. Το 1095 ιδρύεται η κοσμική νοσηλευτική τάξη των Αντωνίνων νοσοκόμων που κάλυψαν τις ανάγκες περίθαλψης μεγάλου αριθμού ασθενών που έπασχαν από τη φωτιά του Αγίου Αντωνίου. Το νόσημα οφειλόταν στην ανάπτυξη ενός είδους μύκητα της ερυσιβώδους ολύρας στις καλλιέργειες σίκαλης. Τέλος δημιουργήθηκαν νοσηλευτικές υπηρεσίες με κίνητρα την έκφραση της χριστιανικής αγάπης.⁴

1.9 Ο Μαρτίνος – Λούθηρος και η σχέση του με τη νοσηλευτική

Το 1517 ο Μαρτίνος Λούθηρος με τη διακήρυξη του προτείνει μεταρρυθμίσεις από το καθεστώς το οποίο επιβάλλει η καθολική εκκλησία. Η μεταρρύθμιση αυτή επεκτάθηκε γρήγορα ο ευσεβεστικός εθελοντισμός δε γινόταν πια αποδεκτός και τα νοσηλευτικά μοναχικά τάγματα έπαψαν να προσφέρουν το έργο τους. Τα νοσοκομεία άλλαξαν χαρακτήρα. Υγειονομικά ο χώρος των νοσοκομείων έγινε ακατάλληλος και το προσωπικό μειώθηκε. Κατά κανόνα διορίστηκαν άντρες και τους δόθηκε όλη η υπευθυνότητα της νοσηλείας. Είναι η μόνη περίοδος στην ιστορία της νοσηλευτικής κατά την οποία οι άντρες νοσοκόμοι έχουν απόλυτη υπεροχή σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Η συμπεριφορά προς τους νοσηλευόμενους δεν ήταν πάντα η κατάλληλη, το γεγονός αυτό οδήγησε αργότερα στην αναγκαιότητα για τη θέσπιση του πρώτου στοιχειώδους καθηκοντολογίου για νοσηλευτές.⁴

1.10 Η νοσηλευτική στη γη των ινδιάνων.

Τα Ταξίδια των μεγάλων θαλασσοπόρων για την αποκάλυψη ενός άλλου δρόμου για τις Ινδίες κατά τον 15^ο αιώνα οδήγησε στην ανακάλυψη ενός νέου κόσμου. Έτσι η παρουσία γιατρών και νοσηλευτών ήταν μια επιτακτική ανάγκη που έπρεπε να καλυφθεί με άτομα που θα έφερναν από τις μητροπόλεις άλλα που θα έβρισκαν μεταξύ των γηγενών και άλλα που θα έπαιρναν την αναγκαία εκπαίδευση επιτόπου.⁴

Οι παλαιοί Αμερικανο-ινδοί είχαν κάποιες γνώσεις φαρμακευτικών βοτάνων τον τρόπο παρασκευής και τη χορήγηση τους στους αρρώστους. Η χώρα του Μεξικού λέγεται ότι είχε καλά οργανωμένα νοσοκομεία με γιατρούς και νοσοκόμους άντρες και γυναίκες πολύ πριν την εισβολή των ισπανών χωρίς όμως να υπάρχουν αυθεντικές πληροφορίες γι αυτά. Το παλαιότερο νοσοκομείο στο Μεξικό είναι το immaculate conception, που ιδρύθηκε από τον Κόρτεζ.⁵

1.11 Πρώτος – δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος και ο ερυθρός σταυρός.

Α΄ παγκόσμιος πόλεμος: Οι νοσηλευτές έδωσαν το παρόν σε περιόδους πολέμου παρέχοντας σημαντική φροντίδα σε όλα τα μέτωπα. Κατά τη διάρκεια του Α΄ παγκοσμίου πολέμου εργάζονταν πίσω από τα μέτωπα του πολέμου περιθάλποντας ασθενείς και τραυματισμένους στρατιώτες.²

Οι τραυματίες των χαρακωμάτων και εκείνοι των πεδίων των μαχών αντιμετώπιζονταν από στρατιώτες νοσοκόμους. Από συγκλίνουσες ιστορικές πηγές και από τις μαρτυρίες είναι αναμφισβήτητο ότι όλοι οι υγειονομικοί φορείς επέδειξαν μεγάλη γενναιότητα τεράστιες αντοχές, απέραντη ανοχή και ανθρωπιστική διάθεση.⁴

Β΄ παγκόσμιος πόλεμος: Αναμφισβήτητα την περίοδο αυτή τόσο οι ιατρικές όσο και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες ήταν πολύ καλύτερα οργανωμένες. Υπήρχαν επίστρατοι νοσοκόμοι και τραυματιοφορείς σε όλους τους Στράτους, ενώ σε πολλούς υπήρχαν και μόνιμοι στρατιωτικοί νοσηλευτές, συχνά και των δυο φίλων, που είχαν κατάλληλα εκπαιδευτεί σε ειδικές στρατιωτικές νοσηλευτικές σχολές. Υπήρχαν και πολλοί νοσηλευτές άντρες και γυναίκες με

σπουδές ετών και πολλές εθελόντριες εκπαιδευόμενες από τους κατά χώρα Ερυθρούς Σταυρούς.⁴

Ερυθρός Σταυρός: Η ιδέα του ερυθρού σταυρού είναι σύλληψη και γέννημα του μεγάλου ανθρωπιστού Henry Dynant και κάθε τιμή ανήκει σε αυτόν. Ο Ιωάννης Ερρίκος Ντυνάντ γεννήθηκε στη Γενεύη στις 8 Μαΐου 1828. ο Ερρίκος Ντυνάντ περνώντας μέσα από τα πεδία των μαχών του Σολφερίνο όπου έγινε αυτόπτης μάρτυρας του συγκλονιστικού θεάματος χιλιάδων τραυματιών, κατακείμενων κάτω, εγκαταλελειμμένων στη λάσπη. Αυτή η εικόνα της κόλασης εκείνη τη στιγμή έκανε να αναπηδήσει από τη ψυχή του Ερρίκου με ακατάβλητη ορμή, ο ποταμός της φιλανθρωπίας του και από εκείνη τη στιγμή έχει γεννηθεί ο Ερυθρός Σταυρός. Ο Ερρίκος Ντυνάντ επιβάλλεται στις στρατιωτικές αρχές να τον βοηθήσουν στην οργάνωση πρόχειρων συνεργείων περίθαλψης. Ο μεγάλος φιλάνθρωπος επιμένει και έτσι την 22^α Αυγούστου 1864 διπλωμάτες αντιπρόσωποι των συναινούντων κρατών υπογράφουν τη σύμβαση της Γενεύης με την οποία η μεγάλη ιδέα έλαβε πλέον την επίσημη έκφραση της. Από τότε υπάρχει ο Ερυθρός Σταυρός.⁵

Η Ελλάδα που φέρει από τα βάθη της ιστορίας της το πνεύμα της ευπαιδείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, το αληθινό νόημα έξω από σκόπιμες νοθεύσεις του λεγόμενου Ελληνοχριστιανικού πολιτισμού, δεν ήταν δυνατό να μείνει αμέτοχη σε αυτή τη μεγάλη ιδέα του διεθνούς ερυθρού σταυρού . με το νόμο 3711/1928 κυρώθηκε το ιδρυτικό βασιλικό διάταγμα και κατοχυρώθηκε η αυτοτέλεια και η αυτονομία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Με τον ίδιο νόμο χαρακτηρίστηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Συγκρινόμενη η προσφορά του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού προς τον Ελληνικό λαό μέσα στις αλληπάλληλες συμφορές του με τους αδελφούς Ερυθρούς Σταυρούς άλλων κρατών θεωρείται από τους πλέον δραστήριους και αποδοτικούς στην εκπλήρωση του προορισμού του, γι αυτό και κατατάσσεται στη πρώτη σειρά του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού.⁵



**ΜΟΡΦΕΣ
ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

2.1 Τα παιδικά και νεανικά χρόνια της Florence Nightingale.

Στις 12 Μαΐου του 1820 γεννήθηκε στη Φλωρεντία της Ιταλίας μια σημαντική προσωπικότητα για τη νοσηλευτική, η Florence Nightingale. Οι γονείς της Γουίλιαμ και Φάννυ Nightingale της έδωσαν το όνομα Florence από τη πόλη που γεννήθηκε.¹

Η Florence Nightingale είχε μια μεγαλύτερη κατά ένα χρόνο αδελφή τη Παρθενωπή. Οι γονείς τους ήταν εύποροι και μορφωμένοι. Ο πατέρας τους ήταν ελληνιστής και δίδαξε στις κόρες του γλώσσες, ιστορία, φιλοσοφία και μαθηματικά. Η Florence Nightingale εκτός από τη μητρική της γλώσσα που ήταν τα Αγγλικά μιλούσε και έγραφε Γαλλικά, Γερμανικά και Ιταλικά.⁴

Από προσωπικές σημειώσεις της Florence Nightingale μαθαίνουμε κάποια πραγματικά της συναισθήματα. Συγκεκριμένα στο προσωπικό της ημερολόγιο στις 7 Φεβρουαρίου του 1837 αναφέρει « ο θεός μου μίλησε και με κάλεσε να τον υπηρετώ» πολλοί συγγραφείς μετά από αυτό τη παρομοίασαν με τη Ιωάννα της Λορένης. Η φωνή όπως η ίδια διαβεβαίωνε παρόλα τα σχόλια που άκουγε δεν ήταν γέννημα της φαντασίας της αλλά μια πραγματική φωνή την οποία άκουσε σημειωτέον τρεις φορές ακόμη στα επόμενα χρόνια σε κρίσιμες στιγμές της ζωής της. Όμως το κάλεσμα αυτό του θεού τη γέμιζε πίστη και εμπιστοσύνη και περίμενε ότι ο θεός θα της ξαναμιλήσει και αυτό τη γέμιζε χαρά και εσωτερική γαλήνη. Είχε βρει επιτέλους το σκοπό που πίστευε ότι ήταν σταλμένη να υπηρετήσει.¹

Από την ηλικία των 17 ετών αισθάνεται σαν σκοπό της ζωής της να αφοσιωθεί στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου. Τα φιλανθρωπικά αισθήματα της την ωθούσαν στη περίθαλψη ακόμη και ζώων. Μ' αυτό τον ψυχικό οπλισμό ζήτησε από τους γονείς της να εργαστεί σε νοσοκομείο, χωρίς να της επιτραπεί, γιατί τότε με το επάγγελμα της νοσηλεύτριας ασχολούνταν μόνο πρόσωπα κατώτερης τάξης. Τέλος δεν υπάκουσε και άρχισε να σπουδάζει τη νοσηλευτική στη σχολή διακονισσών στο Keiserswerth και στη συνέχεια σε άλλα νοσοκομεία στην Αγγλία και στη Γαλλία.¹⁰

2.2 Η προσφορά της Florence Nightingale.

Στη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας της ζητήθηκε από τον Sir Sidney Herbert, υπουργό πολέμου στη Μ. Βρετανία να βοηθήσει επειγόντως στη περίθαλψη των τραυματισμένων στρατιωτών. Οι φοβερές συνθήκες που αντιμετώπιζαν οι Βρετανοί στρατιώτες είχε προκαλέσει τη λαϊκή αγανάκτηση, υποχρεώνοντας την κυβέρνηση να θεσμοθετήσει, βελτιώσεις του συστήματος υγείας. Η Florence Nightingale με μια ομάδα από 38 έμπειρες νοσηλεύτριες μεταφέρθηκε στη Τουρκία, αναλαμβάνοντας τη νοσηλευτική υποστήριξη των στρατιωτών στο νοσοκομείο του στρατοπέδου στο Scutari. Παρά τις αντιδράσεις των στρατιωτικών γιατρών, κατάφερε να εγκαταστήσει ένα σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας που όπως αναφέρεται περιορίσε τις απώλειες από 48% σε 2% μέσα σε δυο χρόνια.¹¹

Από την αρχή η Florence Nightingale παρατήρησε ότι ελάχιστοι στρατιώτες πέθαιναν από τα τραύματά τους. Η πλειοψηφία των θανάτων οφειλόταν στις συνθήκες μεταφοράς, όπως και στις συνθήκες που επικρατούσαν στο νοσοκομείο. Αναγνώρισε ότι οι ανοιχτοί υπόνομοι και η έλλειψη καθαριότητας, καθαρού νερού, αέρα και θρεπτικής τροφής ευθύνεται για τους περισσότερους θανάτους των στρατιωτών. Σύντομα εισήγαγε αλλαγές που αντιμετώπιζαν τα προβλήματα αυτά. Στο Scutari έγινε γνωστή ως *“η κύρια με τη λάμπα”* από τις νυχτερινές περιπολίες της στους θαλάμους για να επιβλέπει τη νοσηλεία των στρατιωτών. Για να αποδείξει στο ιατρικό κατεστημένο την αξία της εργασίας των νοσηλευτριών της η Florence Nightingale θέσπισε ένα σύστημα τήρησης αρχείων και υιοθέτησε μια στατιστική μέθοδο αναφοράς, η γνωστή ως *« χτένι του κόκορα »*, για να αναλύει τα στοιχεία που συνέλεξε μεθοδικά.¹² Το κύριο έργο που της αναγνωρίζεται ωστόσο ήταν η σχολή Νοσοκόμων Nightingale στο νοσοκομείο St. Thomas. Η σχολή υποστηριζόταν από το ίδρυμα Nightingale το οποίο δημιούργησαν οι ευγνώμονες Βρετανοί πολίτες, προς τιμήν της προσφοράς της στο πόλεμο της Κριμαίας. Η Florence Nightingale θεωρούσε τη νοσηλευτική ένα αυτοδύναμο λειτούργημα η μια φυσική κλίση.¹³

2.3 Τιμητικές διακρίσεις.

Ο αγγλικός λαός ποικιλοτρόπως τίμησε τις ανεκτίμητες υπηρεσίες της. Η 12^η Μαΐου ημέρα της γέννησης της γιορτάζεται και στις Ηνωμένες Πολιτείες σαν ημέρα των νοσοκομείων. Από το 1912 έχει καθιερωθεί μετάλλιο στο όνομα της που απονέμεται σε νοσηλεύτριες διακεκριμένες από τον Διεθνή Ερυθρό Σταυρό. Ο περιώνυμος Άγγλος ποιητής Λουφελώ συνέθεσε ποίημα προς τη Florence Nightingale με τον τίτλο “Santo Philomeda”.¹² Πέρα όμως από το τεράστιο πρακτικό έργο της για το οποίο τιμάται και σήμερα σε παγκόσμια έκταση η Florence Nightingale έχει παρουσιάσει και συγγραφικό έργο σεβαστό μέχρι την εποχή μας. Έγραψε δυο έργα με τίτλο «Σημειώματα επί των νοσοκομείων» και «Σημειώματα επί της νοσηλείας». Το 1859 δημοσίευσε άλλο βιβλίο με τον τίτλο «Σημειώσεις Νοσηλευτικής» που περιείχαν κανόνες και οδηγίες υγιεινής και νοσηλείας εφαρμόσιμους τόσο για την κατοίκων όσο και για τη νοσοκομειακή θεραπεία. Το 1861 έφερε στη δημοσιότητα φυλλάδιο με τον τίτλο «Η φροντίδα του βρεφους».¹³

Η Florence Nightingale σαν επιστέγασμα της πολύχρονης και πολύπλευρης δραστηριότητας της στο χώρο της συστηματοποίησης της νοσηλευτικής, συνέταξε και τον όρκο της νοσοκόμου στο Λονδίνο που φέρει την επίδραση του ιατρικού όρκου του Ιπποκράτη. Αυτός είναι ο γνωστός όρκος της Florence Nightingale¹⁴

2.4 Το τέλος της ζωής της.

Στις 13 Αυγούστου του 1910 η Florence Nightingale απεβίωσε αφήνοντας μια διαθήκη όπου καθόριζε με κάθε λεπτομέρεια πώς να μοιραστούν τα αγαθά της. Δήλωνε ρητά να μην κατασκευαστεί πάνω από τα λείψανα της κανενός είδους μνημείο. Μόνο ένας απλός σταυρός που θα είχε χαραγμένο όχι το όνομα της αλλά μόνο τα αρχικά γράμματα του ονόματος της μαζί με την ημερομηνία γέννησης και θανάτου.¹⁵

Η βρετανική κυβέρνηση πρότεινε να κηδευτεί δημοσία δαπάνη και να ταφεί στον μεγαλοπρεπή ναό του Αγίου Πέτρου. Όμως από σεβασμό στη θέληση

της οι δικοί της αρνήθηκαν και τελικά ο ενταφιασμός της έγινε στη κρύπτη του οικογενειακού τάφου στο Ήστ Γέλοου. Τα μόνα που γράφτηκαν πάνω στο μνήμα της ήταν: F. N. 1820-1910. Μια ζωή 90 χρόνων αφιερωμένη εξ ολοκλήρου στο Θεό και στην υπηρεσία του ανθρώπου έχει σβήσει.¹³

2.5 Αθηνά Μεσολωρά η Florence Nightingale της Ελλάδας.

Κόρη του καθηγητή της θεολογικής σχολής του πανεπιστημίου Αθηνών Ιωάννη Μεσολωρά. Απόφοιτη του Αρσάκειου, έλαβε ευρεία μόρφωση και εξαιρετική χριστιανική ανατροφή. Η καλλιέργεια της ψυχής της, η πίστη της στο Θεό, η αγάπη της για το συνάνθρωπο τη βοήθησαν στο να τάξει τη ζωή της στην υπηρεσία του ανθρώπου εξασκώντας το λειτούργημα της αδελφής, κάτω από τη σημαία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Απόφοιτη της πρώτης τάξεως της σχολής επίκουρων αδελφών των ετών 1914-16. Στους Βαλκανικούς πολέμους εργάστηκε ως εθελόντρια στα στρατιωτικά νοσοκομεία Αθηνών και Θεσσαλονίκης. Κοντά στους ήρωες τραυματίες μας, έζησε κυριολεκτικά τους σωματικούς πόνους και το ψυχικό τους πρόβλημα και έκανε βίωμα της την ανάγκη της προσφοράς. Το 1939 διετέλεσε μέλος της «συμβουλευτικής επιτροπής εθνικής αμύνης παρά τω ελληνικό ερυθρώ σταυρώ», μελετώντας και εκφράζοντας προγράμματα εκπαίδευσεως νοσηλευτικού προσωπικού για τις πολεμικές ανάγκες που θα ακολουθούσαν, ενώ παράλληλα σώμα διαιτολόγων, πολύτιμο αργότερα για τα χρόνια της κατοχής. Συνέταξε και το σχέδιο νοσηλευτικής επιστρατεύσεως της χώρας και οργανώσεως υγειονομικών σχηματισμών εκστρατείας, το οποίο θα εφαρμοστεί με πλήρη απόδοση κατά τη διάρκεια του πόλεμου.¹⁶

Η έναρξη του πολέμου θα τη βρει σε πλήρη ετοιμότητα, όπου από το τμήμα της στρατιάς ηπείρου θα αναλάβει την ευθύνη μεταθέσεως αδελφών. Με τη συμμετοχή της στους βαλκανικούς πολέμους και το συνεχές ενδιαφέρον για τους ασθενείς και την προαγωγή της νοσηλείας και της νοσηλευτικής γενικότερα ήταν η πλέον κατάλληλη να αναλάβει τη γενική διεύθυνση και εποπτεία αυτή τη κρίσιμη ώρα. Σπεύδει λοιπόν παντού, όπου υπάρχει ανάγκη οργανώσεως και παροχή νοσηλευτικής βοήθειας. Ο φλογερός της πατριωτισμός και η πίστη της

έδιναν δύναμη και γενναιότητα ώστε να ξεπερνά τους κινδύνους, να υπερπηδά τα εμπόδια και ακούραστη να εξακολουθεί να προσφέρει. Ήξερε να νοσηλεύει με απαράμιλλη δεξιοτεχνία με το απαλό και συγχρόνως σταθερό της χέρι, να ξεκουράζει, να ανακουφίζει και να μεταδίδει αισιοδοξία και ψυχική αντοχή.¹⁷

Το τέλος του ηρωικού έπους της Αλβανίας θα τη βρει στο θρυλικό στρατιωτικό νοσοκομείο Ιωαννίνων, στην τραγική ακαδημία, εκεί όπου αρκετές νοσηλεύτριες έχασαν τη ζωή τους από τις βόμβες που εξερράγησαν. Η μεγάλη αδελφή, όμως δε θα γίνει ακόμα σύμβολο θυσίας έχει εξάλλου πολλά να προσφέρει. Κατά τα έτη του 1941-44 θα κατορθώσει να διατηρήσει την υποδειγματική λειτουργία του τμήματος νοσοκόμων και του νοσοκομείου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, παρά τις σημαντικότερες δυσκολίες.

Μετά από τα σκληρά χρόνια του πόλεμου, δεν θα παύσει ποτέ να ενδιαφέρεται για τα ζητήματα που απασχολούν τις αδελφές και τη νοσηλευτική, αλλά θα εξακολουθήσει να κατευθύνει με τις πολύτιμες συμβουλές της από το άντλημα των εμπειριών της. Αργότερα θα εκλεγεί πρόεδρος του εθνικού συνδέσμου διπλωματούχων Ελληνίδων νοσοκόμων και από της θέσεως αυτής, θα προβάλλει την αξία της νοσηλευτικής (ως επιστήμης πλέον αφού συνέβαλε αρκετά στην ανάδειξη της) σε πολλά διεθνή συνέδρια.

Η Αθηνά Μεσολωρά είχε γεννηθεί για το λειτούργημα της αδελφής και υπήρξε πρότυπο και ιέρεια του. Η αφοσίωση στο καθήκον, η ευρεία ανθρωπιστική προσφορά της και η ανάδειξη της νοσηλευτικής θα τύχουν παγκόσμιας αποδοχής και αναγνώρισης. Θα εκλεγεί τιμητό μέλος του βρετανικού και αμερικανικού σταυρού και θα λάβει τα ανώτατα παράσημα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, πολυάριθμα αλλά Ελληνικά και ξένα μετάλλια μεταξύ των οποίων το μετάλλιο της Florence Nightingale και το μέγα βραβείο αρετής της ακαδημίας Αθηνών καθώς και άλλες τιμητικές διακρίσεις.¹⁸

Λίγο πριν αφήσει τον κόσμο αυτό θα γράψει το πονεμένο της χέρι την ιστορία της Ελληνικής νοσηλευτικής, ξαναζώντας πάλι τη δημιουργική εργασία και θυσία. Ξαναζώντας έτσι τη δική της ζωή, γιατί εκείνη ήταν και είναι μια ζωντανή ιστορία της νοσηλευτικής στο τόπο μας, αφήνοντας ένα σημαντικό

κληροδότημα στις κατοπινές νοσηλεύτριες υποχρεώνοντας τες να συνεχίσουν να περπατούν στο δρόμο της προσφοράς και της θυσίας που βάδισε εκείνη.¹⁶

2.6 Σημαντικές προσωπικότητες στη νοσηλευτική.

Ο 20^{ος} αιώνας έχει αναδείξει σημαντικές προσωπικότητες του νοσηλευτικού χώρου. Μια τέτοια μορφή είναι και η γνωστή ως Μητέρα Τερέζα που ανέπτυξε τη δράση της στη Καλκούτα των Ινδιών. Η «κατά κόσμων» Άγκνες Γκόνζα Μποζαζίου γεννήθηκε στα Σκόπια της Γιουγκοσλαβίας και έγινε μοναχή του τάγματος των αδελφών του Λορέτο. Για πολλά χρόνια πρόσφερε τις υπηρεσίες της στα παιδιά της Καλκούτας ως δασκάλα. Νοσηλεύτρια την έκανε η αγάπη της για τον κόσμο. Δραστηριοποιήθηκε στις φτωχογειτονιές της πόλης, για την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου και της δυστυχίας. Δημιούργησε το πρώτο της άσυλο το 1952. Εκτός από το καθοδηγητικό και διοικητικό της έργο, εκτός από τις προσπάθειες της για τη συγκέντρωση χρημάτων υπέρ των ιδρυμάτων της, εξακολουθούσε να προσφέρει και η ίδια υπηρεσίες σε άγνωστα παιδιά και σε ανήμπορα άτομα. Η Μητέρα Τερέζα πέθανε το Σεπτέμβριο του 1997 έχοντας τιμηθεί με πλήθος διακρίσεων από το Βατικανό, την ινδική κυβέρνηση και άλλους διεθνείς οργανισμούς, ενώ της απονεμήθηκε το 1979 και το βραβείο νόμπελ ειρήνης.¹⁴

Γνωστή και έξω από τις Ηνωμένες Πολιτείες έγινε τα τέλη της δεκαετίας του 80' η Μπάρμπαρα Φασμπίντερ. Το 1986 εργαζόμενη στη μονάδα εντατικής θεραπείας του νοσοκομείου Γουισκόνσιν μολύνθηκε από aids και νόσησε. Αποφάσισε ν' αφιερώσει την υπόλοιπη ζωή της στη διαφώτιση του κοινού και κυρίως στην εκπαίδευση των νοσηλευτριών, ώστε να γνωρίζουν πως ν' αποφεύγουν τη μόλυνση. Ταξίδεψε πολύ, μίλησε σε ποικίλα επαγγελματικά και μη ακροατήρια σε πολλές περιοχές ολόκληρης της χώρας της. Το 1994 πέθανε από τη νόσο της, έχοντας κερδίσει την αναγνώριση των συνάδελφων της και των υγειονομικών αρχών.¹⁴



**ΗΡΩΙΣΜΟΣ
ΣΤΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

3.1 Ο ηρωισμός του νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής χρειάζεται ηρωισμό, για παράδειγμα, να νοσηλεύσει αποτελεσματικά τον ψυχικά πάσχοντα, να βλέπει τον άνθρωπο πίσω από την αρρώστια σαν αυτόνομη ύπαρξη με προσωπικές δυνατότητες. Χρειάζεται να ανανεώνει τα εσωτερικά αποθέματα, να αντλεί δύναμη από τα ιδεώδη και να υπερνικάει την απογοήτευση. Νοσηλεύοντας άρρωστο με χρόνια νόσο χωρίς πιθανότητα βελτίωσης, έχει ανάγκη ηρωισμού για να συνεχίσει τη νοσηλεία με πίστη και ελπίδα, χωρίς απογοήτευση. Βοηθώντας τον άρρωστο να βρίσκει νόημα στη ζωή του, να διατηρεί ζωντανή την ελπίδα - πραγματική ελπίδα και όχι ψεύτικη – έχει ανάγκη ηρωικών προσόντων. Τέτοιο έργο απαιτεί μήνες και χρόνια. Ο νοσηλευτής όπως ο μυθικός Σίσυφος, ίσως πρέπει συνέχεια να ανεβάζει μια μεγάλη πέτρα στη κορυφή του βουνού, από το οποίο και πάλι η πέτρα να κυλάει από το ύψος λόγω του βάρους της. Και όμως οφείλει να υπερνικάει το αίσθημα της αποθάρρυνσης. Με τη στάση τους οι νοσηλευτές εμπνέουν τον άρρωστο με την ελπίδα και τη πεποίθηση, ότι θα γίνει καλά ή αν αυτό είναι δυνατό, τουλάχιστον ότι θα ανακουφιστεί. Η αγάπη ρυθμίζει τη νοσηλευτική φροντίδα αυτού του αρρώστου.⁹

3.2 Ευθύνη και νοσηλευτική.

Στη σύγχρονη κοινωνία, κατά κοινή παρατήρηση, επικρατεί αδιαφορία και έλλειψη συναίσθησης ευθύνης. Το άτομο αποφεύγει συστηματικά τον κίνδυνο και την ευθύνη. Εμφανίζεται οπαδός της «ήσσοнос προσπάθειας», ποτέ δε σκέφτεται σοβαρά και υπεύθυνα, προσαρμόζεται παθητικά στη μηχανή και τις απαιτήσεις της κάθε στιγμής. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές οφείλουν να μην συμφιλιώνονται με συνθήκες, οι οποίες υποβιβάζουν τη νοσηλεία του ασθενή, να αντιδρούν με υγιή τρόπο κατά του απρόσωπου «συστήματος» και κάθε τρόπου που οδηγεί στη μηχανιστική περισσότερο παρά στην ανθρωπιστική φροντίδα. Καλούνται να αντικρούουν τους εξωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι απειλούν την ατομικότητα και την αξιοπρέπεια του αρρώστου. Συχνά όμως το πρόβλημα του νοσηλευτή δημιουργείται από μια εσωτερική διαμάχη, κατά την οποία διαπιστώνει υποβάθμιση του ενδιαφέροντος και μείωση του

ενθουσιασμού του, που είναι πραγματικά εμπόδια για τη παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Σε παρόμοιες περιπτώσεις απαιτείται αυτούπέρβαση ή γενναιόψυχη αντιμετώπιση της πραγματικότητας και η αναγνώριση των εμποδίων βοηθούν στην υπερνικήσει τους για την εκπλήρωση του χρέους τους. Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής ποτέ δε κινδυνεύει να μετατρέψει τη νοσηλεία των αρρώστων σε έργο ρουτίνας, παραβλέποντας την αξία του προσώπου.¹⁹

3.3 Σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και νοσηλευτική.

Η νοσηλευτική σήμερα, όπως και όλα τα υγειονομικά επαγγέλματα, αντιμετωπίζει ηθικά και πνευματικά προβλήματα και διλήμματα. Η απειλή του θανάτου και ο θάνατος, ο πειρασμός στον άνθρωπο, η γενετική μηχανική, η αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αντιπροσωπεύουν ορισμένα από τα προβλήματα, τα οποία επηρεάζουν και θα συνεχίζουν να επηρεάζουν τη νοσηλευτική. Ο προσανατολισμός και η κατεύθυνση, την οποία ακολουθεί και χαράζει η νοσηλευτική στα θέματα αυτά, εξαρτάται ουσιαστικά από τις αξίες, που επικρατούν στη φιλοσοφία της.⁹

Ο σεβασμός προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια έχει πλούσια και θετική έννοια. Σημαίνει πίστη στην απόλυτη αξία του ανθρώπου. Κατά την έκφραση του Kant «Να ενεργείς πάντοτε έτσι, όπως θα αντιμετώπιζες με σεβασμό την ανθρώπινη φύση, τόσο στον ίδιο τον εαυτό σου, όσο και στο πρόσωπο του άλλου, σε κάθε περίπτωση σαν ύψιστο σκοπό και ουδέποτε σαν μέσο».²⁰

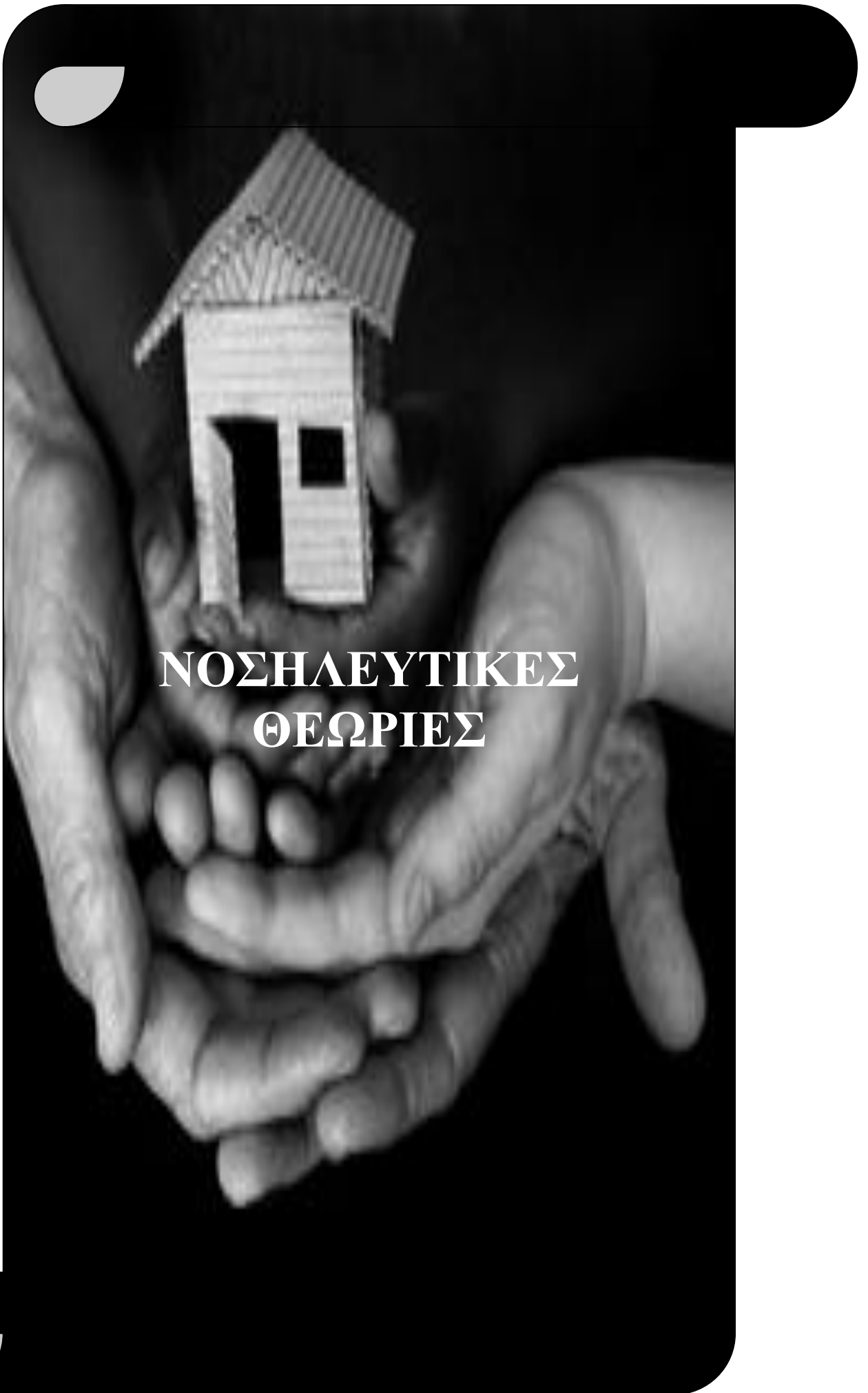
3.4 Ηρωισμός και θυσία στη νοσηλευτική.

3.4.1 Η νοσηλευτική σε καιρό πόλεμου: Οι νοσηλευτές στο μέτωπο προσφέρουν πρώτες βοήθειες. φροντίζουν τους τραυματίες και άρρωστους στρατιώτες. Βοηθούν σε επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις. Συμμετέχουν μαζί με τους στρατιώτες στις σκληρές ταλαιπωρίες, στερήσεις και κινδύνους του πόλεμου. Η αϋπνία, μόνιμο χαρακτηριστικό της ζωής του μετώπου, η στέρηση τροφής, η δίψα το υπερβολικό κρύο του χειμώνα ή ο καύσωνας του καλοκαιριού δοκιμάζουν την αντοχή των νοσηλευτών. Εκτίθενται στους ίδιους κινδύνους με τους μαχητές της πρώτης γραμμής. κάθε στιγμή αντιμετωπίζουν τον έσχατο

κίνδυνο. Φροντίζουν τον τραυματία και τον άρρωστο με ηρωική αγάπη. Επί πλέον η παρουσία τους δίνει θάρρος, ελπίδα και πίστη στους αγωνιζόμενους στρατιώτες.²¹

3.4.2 Η νοσηλευτική σε καιρό θεομηνιών: Τα έθνη δεν αντιμετωπίζουν μόνο πολέμους αλλά και άλλες τραγωδίες, στις οποίες οι νοσηλευτές καλούνται να υπηρετήσουν μέσα σε κινδύνους αναπτύσσοντας υψηλό ηρωισμό. Τέτοιες τραγωδίες περιλαμβάνουν καταστροφές, όπως σεισμοί, τυφώνες, πλημμύρες, καταγίδες, πυρκαγιές και πολλών ειδών συμφορές. Οι καταστροφές, φυσικές ή άλλου είδους, ποικίλουν σε έκταση. Δηλαδή, μπορεί να είναι μικρές ή εκτεταμένες φυσικές θεομηνίες ή ακόμα πυρηνικές καταστροφές που αφορούν μια χώρα ή ολόκληρη ήπειρο. Ο ηρωισμός σε τέτοιες θεομηνίες παίρνει μεγαλειώδεις διαστάσεις στην αυτοθυσία των νοσηλευτών. Σε τέτοιες καταστάσεις οι ηρωικές πράξεις δεν είναι μόνο υπόθεση του ατόμου, αλλά εμπνέονται από τις περιστάσεις. Η ατμόσφαιρα που δημιουργείται ενισχύει παρά πολύ και αυξάνει τον ηρωισμό. Το κατάλληλο κλίμα συμβάλλει στη πραγματοποίηση των ηρωικών έργων. Τέλος είναι φυσικό πως η πληγείσα περιοχή δεν είναι πάντα ασφαλής ωστόσο οι νοσηλευτές που σπεύδουν να βοηθήσουν διατρέχουν πολλούς κινδύνους όπως τον κίνδυνο τραυματισμού ή αρρώστιας, τη λήψη νερού από τη πληγείσα περιοχή που πιθανόν είναι μολυσμένο και υποφέρουν την πεινά τη λήψη μολυσμένων τροφών γνωρίζοντας όλες τις συνέπειες.⁹

3.4.3 Ειδικές περιπτώσεις νοσηλευτικού ηρωισμού: Ο ηρωισμός δεν εμφανίζεται μόνο σε περιόδους πολέμου ή άλλων καταστροφών. Το πνεύμα της θυσίας διακατέχει τους νοσηλευτές που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, ίσως και τη ζωή τους, σε ανθρώπους με μολυσματικές ασθένειες όπως aids, κ.α.. Ηρωισμό επίσης αναπτύσσει ο νοσηλευτής που εθελοντικά προσφέρει τις υπηρεσίες του στους φυλακισμένους, ιδιαίτερα, όταν αυτοί βρίσκονται σε έρημα απομονωμένα νησιά. Το περιβάλλον της φυλακής τρομοκρατεί τους νοσηλευτές, αν και οι φυλακές είναι γεμάτες από ανθρώπους με κοινές ανθρώπινες ανάγκες.²¹



**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΘΕΩΡΙΕΣ**

4.1 Η σημασία της θεωρίας.

Προ της εμφάνισης των νοσηλευτικών θεωριών, η νοσηλευτή υπάγονταν σχεδόν ολοκληρωτικά στην ιατρική η πρακτική υπαγορευόταν από άλλους και στην ολοκλήρωση της συμπεριλαμβάνονταν αρκετά παραδοσιακά, τελετουργικά βήματα, που ελάχιστη σχέση είχαν με τον ορθολογισμό. Αρχικό στόχο των θεωρητικών αποτέλεσε η αναγνώριση των πολύπλοκων διανοητικών και διαπροσωπικών δραστηριοτήτων που διακρίνουν την επιστημονική νοσηλευτική από την απλή εκτέλεση καθηκόντων. Θεωρήθηκε ότι τα εννοιολογικά μοντέλα και οι θεωρίες θα μπορούσαν να δημιουργήσουν τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι νοσηλευτές θ' ανταλλάσσουν τις επαγγελματικές τους απόψεις, θα προκύψει μια ηθική δομή που θα καθοδηγεί την πρακτική και θ' αναπτυχθεί η συστηματική σκέψη περί της νοσηλευτικής και των εφαρμογών της.²² Η ιδέα της ανάδυσης ενός ενιαίου συνολικού μοντέλου της νοσηλευτικής – μιας εποπτικής άποψης του πεδίου- προωθήθηκε από ορισμένους μελετητές. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η χρήση της θεωρίας συμβάλει στη δόμηση και οργάνωση της νοσηλευτικής γνώσης και παρέχει ένα συστηματικό μέσω συλλογής δεδομένων, με στόχο τη περιγραφή, την ερμηνεία και πρόβλεψη της νοσηλευτικής πρακτικής. Επιπλέον εξορθολογίζει και συστηματοποιεί την πρακτική αμφισβητώντας και επικυρώνοντας το προϊόν της διαίσθησης. Με τη βοήθεια της θεωρίας η νοσηλευτική προσανατολίζεται ευθέως στη σκοπό της, θέτοντας συγκεκριμένους στόχους και επιζητώντας αποτελέσματα. Η θεωρία προσδιορίζει και διευκρινίζει τη νοσηλευτική και τη πρακτική της, διακρίνοντας την από άλλα επαγγέλματα παροχής φροντίδας, και καθορίζοντας τα επαγγελματικά όρια. Τέλος, αξιοποιώντας τη θεωρία η νοσηλευτική είναι σε θέση να παρέχει συντονισμένα και λιγότερο αποσπασματικά τις φροντίδες της.²³

4.2 Ταξινόμηση των νοσηλευτικών θεωριών.

Οι προσπάθειες θεωρητικής περιγραφής της νοσηλευτικής, που εκδηλώθηκαν στις Η.Π.Α. στις αρχές της δεκαετίας του 1950, διαμόρφωσαν τις ευρείες έννοιες της νοσηλευτικής πρακτικής. Περισσότερα μοντέλα και πλαίσια

δομήθηκαν κατά τις επόμενες δυο δεκαετίες, τα οποία αν και δεν αναπτύχθηκαν με τις καθιερωμένες επιστημονικές ερευνητικές διαδικασίες, πέτυχαν να κατευθύνουν το πεδίο, εστιάζοντας στο γενικευμένο ιδανικό της πρακτικής, που χρησίμευσε ως οδηγός στην έρευνα και στην εκπαίδευση.²³

Μεταθεωρία: Πρόκειται για της θεωρία της θεωρίας. Στην νοσηλευτική, η μετά – θεωρία εστιάζει σε ευρύτερου ενδιαφέροντος θέματα, όπως η παραγωγή της γνώσης και η ανάπτυξη θεωριών, ενώ αποτελεί το πεδίο διαμάχης στο εσωτερικό του γνωστικού πεδίου. Φιλοσοφικά και μεθοδολογικά ζητήματα σε επίπεδο μετά – θεωρίας είναι η ανάπτυξη και ανάλυση της νοσηλευτικής θεωρίας, όπως και η διαμόρφωση κριτηρίων αξιολογήσεις και θεωριών.²⁴

Μεγάλες θεωρίες: Είναι οι επιπλέον πολύπλοκες και μεγαλύτερου εύρους. Επιχειρούν να ερμηνεύσουν μεγάλες περιοχές του γνωστικού αντικειμένου, ενώ μπορούν να ενσωματώσουν πολυάριθμες άλλες θεωρίες. Ορισμένοι συγγραφείς χρησιμοποιούν τον όρο μακροθεωρία, προκειμένου να περιγράψουν μια θεωρία με ευρύτατες έννοιες, με εφαρμογή συνήθως σε ολόκληρη την έκταση του συγκεκριμένου γνωστικού πεδίου.²⁵

Θεωρίες μέσου μεγέθους: Τοποθετούνται μεταξύ των μοντέλων της νοσηλευτικής και των πιο περιορισμένων συμπαγών ιδεών. Είναι ουσιαστικά ειδικές και περιλαμβάνουν περιορισμένο αριθμό εννοιών και μια περιορισμένη άποψη του κόσμου. Αποτελούνται από σχετικά συγκεκριμένες, λειτουργικά καθορισμένες έννοιες συνεκτικές προτάσεις, που επιδέχονται εμπειρικής δοκιμασίας.²⁶

Πρακτικές θεωρίες: Αποκαλούνται ακόμα μικρό – θεωρίες, κατευθυντήριες θεωρίες ή ειδικές θεωρίες καταστάσεων, είναι δε η χαμηλότερης πολυπλοκότητας. Είναι πιο συγκεκριμένες από αυτές του μέσου πεδίου και προσφέρουν συγκεκριμένες κατευθύνσεις για τη πρακτική. Περιέχουν τις ελάχιστες δυνατές έννοιες και αναφέρονται σε συγκεκριμένα, εύκολα προσδιοριζόμενα φαινόμενα. Το φάσμα τότε είναι στενό, ερμηνεύουν μια ελάχιστη πλευρά της πραγματικότητας και συνήθως περιέχουν κατευθυντήριες ενδείξεις. Συνήθως περιορίζονται σε συγκεκριμένους πληθυσμούς ή πεδία της πρακτικής και συχνά χρησιμοποιούν τη γνώση άλλων πεδίων. Παραδείγματα

πρακτικών θεωριών που ανέπτυξαν και χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές είναι οι θεωρίες της συναισθηματικής σύνδεσης των παιδιών και αυτές της αντιμετώπισης του πόνου στην ογκολογία.²⁵

Τμηματικές θεωρίες: Ορισμένοι συγγραφείς αναγνωρίζουν ακόμα τις τμηματικές θεωρίες. Πρόκειται για θεωρίες στο στάδιο της ανάπτυξης, που προσδιορίζουν κάποιες έννοιες και σχέσεις μεταξύ τους, η επεξεργασία τους ωστόσο δεν έχει ολοκληρωθεί. Οι θεωρίες που προέρχονται από κοινωνικές επιστήμες, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλευτικής, πρέπει να κατατάσσονται μάλλον αποκλειστικά στις τμηματικές θεωρίες, καθώς ελάχιστα φαινόμενα στο χώρο αυτό έχουν ερμηνευτεί πλήρως.²⁷

4.3 Κατηγοριοποίηση των μεγάλων θεωριών.

Κατηγοριοποίηση στη βάση του εύρους: Πρόκειται για μια από τις απλούστερες μεθόδους, την οποία χρησιμοποίησαν οι Thomey & Alligood, όταν οργάνωσαν τις θεωρίες με βάση το εύρος τους. Χρησιμοποίησαν τις κατηγορίες φιλοσοφία εννοιολογικά πλαίσια / μεγάλες θεωρίες και θεωρίες μέσου πεδίου. Για παράδειγμα: Οι συγγραφείς κατέταξαν τα έργα των Nightingale, Wiedenbach, Henderson, Abdellah, Hall, Watson και Bernner στις φιλοσοφίες, θεωρώντας ότι οι μελετητές αυτοί ανέπτυξαν το έργο τους με «την ανάλυση, τη σκέψη, και τα λογικά επιχειρήματα» αναζητώντας το νόημα των νοσηλευτικών φαινομένων.²⁸

Κατηγοριοποίηση στη βάση των νοσηλευτικών τομέων: Η Meleis δεν ακολούθησε τη παραπάνω κατηγοριοποίηση, θεωρώντας την περισσότερο ζήτημα σημειωτικής. Προτίμησε να οργανώσει τις θεωρίες σε σχέση με τις έννοιες του τομέα της νοσηλευτικής, υποστηρίζοντας ότι μια τέτοια ταξινόμηση αντανάκλα πιστότερα την εστίαση της νοσηλευτικής πρακτικής και εκπαίδευσης. Τα θέματα που χρησιμοποίησε ως διακριτικά ήταν: 1) οι ασθενείς της νοσηλευτικής, 2) οι αλληλεπιδράσεις ανθρώπου περιβάλλοντος, 3) οι νοσηλευτικές αλληλεπιδράσεις και 4) η νοσηλευτική θεραπευτική.²⁹

Κατηγοριοποίηση στη βάση των υποδειγμάτων: Ως υπόδειγμα νοείται μια κοσμοθεωρία ή μια συνολική άποψη ενός γνωστικού πεδίου. Αντιμετωπίζεται

μάλλον ως συνολική άποψη ζωής, παρά ως ένα μοντέλο ή μια θεωρητική αρχή. Ο Kuhn θεωρητικός φυσικός που στράφηκε στην ιστορία της επιστήμης, διατύπωσε την έννοια της μετατόπισης του υποδείγματος, η οποία συμβαίνει όταν η αντικειμενική πραγματικότητα παύει να συμβαδίζει με τις υπάρχουσες επιστημονικές θεωρίες.³⁰

4.4 Σημαντικές νοσηλευτικές θεωρίες.

4.4.1. Florence Nightingale: νοσηλευτική τι είναι και τι δεν είναι. Το μοντέλο νοσηλευτικής της Nightingale αναπτύχθηκε πριν γίνουν ευρέως αποδεκτές οι σύγχρονες θεωρίες περί νόσων, και άλλες θεωρίες της ιατρικής. Η Nightingale γνώριζε τη θεωρία των μικροβίων, είχε όμως προηγουμένως οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η καθαριότητα, ο καθαρός αέρας, η εξυγίανση και η κοινωνικοποίηση ήταν απαραίτητες για την ανάρρωση. Για την Nightingale, η νοσηλευτική ήταν ένα επάγγελμα για γυναίκες συνεργαζόμενες με ιατρούς, των οποίων τις εντολές εκτελούσαν. Ωστόσο οι νοσηλεύτριες δε θα έπρεπε να είναι υποχείρια των γιατρών. Η Nightingale θεωρούσε τη νοσηλευτική ένα αυτοδύναμο λειτούργημα ή μια φυσική κλίση. Το μοντέλο της βασίζεται στη πρόβλεψη και ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς και προσανατολίζεται στο έργο της νοσηλεύτριας ώστε να επιτύχει την ικανοποίηση των αναγκών αυτών. Η θεωρία της παράγεται επαγωγικά, είναι αφηρημένη και περιγραφικής φύσης, ενώ οι περισσότεροι μελετητές την ταξινομούν μεταξύ των μεγάλο θεωριών ή φιλοσοφιών.¹³

4.4.2. Dorothea E. Orem: η θεωρία του ελλείμματος αυτοφροντίδας. Η Orem αρνείται ότι υπήρξε κάποιος συγκεκριμένος θεωρητικός που διαμόρφωσε τη βάση της νοσηλευτικής θεωρίας του ελλείμματος της αυτοφροντίδας (SCDNT). Εξέφρασε ενδιαφέρον για αρκετές θεωρίες, αν και αναφέρει μόνο τη δομή της κοινωνικής δράσης του Parson και τη συστηματική θεωρία του Von Bertalanffy. Πάντως επισημαίνεται ότι η οντολογία της SCDNT εντάσσεται στη σχολή του σύγχρονου ρεαλισμού, με κύρια εστίαση στο άτομο ως ποιητικό αίτιο. Συνεχίζοντας παρατηρείται ότι η θεωρία αυτή είναι ένα υψηλής ανάπτυξης τυποποιημένο θεωρητικό σύστημα νοσηλευτικής.³¹

4.4.3. Betty Newman : το μοντέλο συστημάτων Newman. Η Newman όρισε πέντε αλληλεπιδρώσες μεταβλητές: τη φυσιολογική, τη ψυχολογική, την κοινωνικοπολιτισμική, την αναπτυξιακή και τη πνευματική. Αυτές λειτουργούν στο χρόνο ώστε να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να ανακτήσουν τη σταθερότητα του συστήματος. το μοντέλο βασίζεται στην αντίδραση του πελάτη στο στρες, αποσκοπώντας στη διαφύλαξη των ορίων για να προστατεύσει τη σταθερότητα του. Η Newman περιέγραψε ένα μοντέλο νοσηλευτικής διεργασίας τριών βημάτων, στο οποίο η νοσηλευτική διάγνωση προτρέπει τον νοσηλευτή να συλλέξει τα κατάλληλα δεδομένα, από τα οποία θ' αναλύσει τις αποκλίσεις από τη κατάσταση ευεξίας, ώστε να φτάσει στη διάγνωση. Το μοντέλο της Newman χρησιμοποιήθηκε εκτεταμένα στη νοσηλευτική εκπαίδευση και πρακτική.³¹

4.4.4. Callista Roy: το μοντέλο προσαρμογής της Roy. Η Roy διατύπωσε το RAM για πρώτη φορά στη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών της στο UCLA. Το RAM περιέχει μεγάλο αριθμό προσδιορισμένων εννοιών, συμπεριλαμβάνοντας και τις έννοιες του μεταπαραδείγματος. Το μοντέλο της Roy αποτελείται από τέσσερα προσαρμοστικά πεδία. 1) Το φυσιολογικό – πεδίο – φυσικό επίπεδο, 2) το επίπεδο ταυτότητας εαυτού – έννοιας- ομάδας. 3) το επίπεδο λειτουργίας ρόλων, 4) το επίπεδο αλληλεξάρτησης. Δυο είναι τα υποσυστήματα που πρέπει ν' αξιολογηθούν στο RAM: το ρυθμιστικό και το γνωστικό. Το ρυθμιστικό υποσύστημα αφορά τη φυσιολογία του οργανισμού, ενώ στο γνωστικό συμπεριλαμβάνονται και τα συναισθήματα. Το RAM έχει εφαρμοστεί εκτεταμένα στην καθοδήγηση της πρακτικής και στην οργάνωση της εκπαίδευσης.¹³

4.5 Σύγχρονες θεωρίες ηγεσίας.

Συναλλακτική και αναμορφωτική ηγεσία. Ο συναλλασσόμενος ηγέτης θεωρείται η κλασσική μορφή διαχειριστή, που ασχολείται με τις καθημερινές λειτουργίες. Ο αναμορφωτής ηγέτης είναι ένας οραματιστής με βάθος χρόνου, ικανός να εμπνέει και να ενδυναμώνει άλλους με τα οράματα του. Στα χαρακτηριστικά του αναμορφωτή ηγέτη συμπεριλαμβάνεται η αφοσίωση στο επάγγελμα και στον οργανισμό, η ικανότητα υποβοήθησης των υφισταμένων ν'

αντιμετωπίσουν χρόνια προβλήματα με νέους τρόπους. Η αναμορφωτική ηγεσία βασίζεται στη συναλλακτική ηγεσία.

Χαρισματική ηγεσία: Ο χαρισματικός ηγέτης θεωρείται ισχυρός παράγοντας αλλαγής μάλλον, παρά διαχειριστής της υπάρχουσας κατάστασης. Αναδεικνύεται ως φορέας μη συμβατικών και έξω από το συνηθισμένο χαρακτηριστικών συμπεριφοράς. Δε διστάζει να διακινδυνεύσει και συχνά προέρχεται από κοινωνικούς ή επιχειρηματικούς χώρους όπου επικρατεί μια κοινή ιδεολογία, όπως ο Στράτος, θρησκεία, η πολιτική ή οι επιχειρήσεις. Τέτοιοι ηγέτες συχνά εμφανίζονται όταν ο οργανισμός υφίσταται κρίση.

Οραματιστική ηγεσία: Αναγνωρίζονται τρία ουσιαστικά συστατικά του οραματιστή ηγέτη: η ικανότητα να ερμηνεύει το όραμα σε άλλους, η ικανότητα να εκφράζει το όραμα και η ικανότητα να επεκτείνει το όραμα. Ακόμα ο ηγέτης θα πρέπει να είναι ικανός και να εκφράζει το όραμα με άλλους τρόπους εκτός της γλώσσας, κυρίως μέσω της συμπεριφοράς του.¹³

4.6 θεωρία της μάθησης.

Σύμφωνα με τη θεωρία της εμπλοκής του Shneiderman η μάθηση είναι δυνατή όταν ο μαθητής εμπλέκεται σε διδακτικές δραστηριότητες μέσω αλληλεπίδρασης με άλλους και σε σημαντικές ασκήσεις. Καθώς η τεχνολογία χρησιμοποιείται συνήθως από μεμονωμένα άτομα, ορισμένοι εμπειρογνώμονες αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα τέτοιου τύπου μάθησης.³

4.7 Μελλοντικά ζητήματα στις νοσηλευτικές θεωρίες.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση Κολεγίων Νοσηλευτικής, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής θα πρέπει να είναι επαρκής στη κριτική, αξιολόγηση και εφαρμογή της θεωρίας. Ο κλινικός νοσηλευτής εξάλλου θα πρέπει να είναι ικανός στην ένταξη και εφαρμογή μιας ευρείας ποικιλίας θεωριών της νοσηλευτικής όπως και άλλων επιστημών, σε μια πλήρη και ολιστική φροντίδα. Έτσι, εκτός των νοσηλευτικών θεωριών, ο πτυχιούχος της νοσηλευτικής θα πρέπει να έχει έρθει σε επαφή με θεωρίες από ένα ευρύ φάσμα πεδίων, όπως τις

φυσικές επιστήμες, τις κοινωνικές επιστήμες, τις βιολογικές επιστήμες, την οργάνωση και διαχείριση.¹³



**ΒΑΣΙΚΕΣ
ΑΡΧΕΣ
ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

5.1 Πρώτες έννοιες.

Ο άνθρωπος από την αρχή της εξέλιξης του αντιλήφθηκε ότι στη ζωή του τον συνοδεύουν δυο αντίθετες καταστάσεις η υγεία και η ασθένεια.⁵

Η ασθένεια είναι τόσο παλιά, όσο και ο άνθρωπος, την αντιμετώπισε με όλα τα μέσα που διέθετε σε κάθε εποχή της εξέλιξης του. Έτσι από τότε που ανέβηκε σε αξιόλογο επίπεδο στην κοινωνική οργάνωση και είχε οικονομικές δυνατότητες καθώς και τεχνικά μέσα ύστερα από διάφορες ανακαλύψεις και εφευρέσεις, ένα από τα σοβαρότερα μελήματα ήταν η προστασία της υγείας. Έτσι για τη διασφάλιση της υγείας του λαού συνέστησε ιδρύματα για τη παροχή ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, δηλαδή τα νοσοκομεία. Αρχικά τα νοσοκομεία ήταν απλά, σιγά – σιγά όμως με την εξέλιξη οργανώθηκαν και αναπτύχθηκαν σε πολύπλοκα συγκροτήματα με τη σημερινή έννοια.⁵

5.2 Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 και τη δεκαετία του 1970. ένας νοσηλευτής σχεδιάζει και διαχειρίζεται τη φροντίδα του ασθενούς σε 24ωρη βάση. Η μέθοδος αυτή ελαχιστοποίησε τη διασπορά της φροντίδας ανάμεσα στις βάρδιες. Όταν ο βασικός νοσηλευτής είναι εκτός υπηρεσίας ένας αναπληρωτής νοσηλευτής αναλαμβάνει την εποπτεία της φροντίδας και τον σχεδιασμό. Σήμερα η πρωτοβάθμια νοσηλευτική συχνά τροποποιείται και το ανάλογο εκπαιδευμένο προσωπικό καλείται να ανταποκριθεί στις αντίστοιχες ανάγκες που αναφύονται κατά τη παροχή της φροντίδας.²

Ωστόσο για να παρέχουμε σωστή φροντίδα πρέπει να μας διακατέχουν κάποιες βασικές δεξιότητες που να διευκολύνουν την επικοινωνία. Τέτοιες είναι: 1) Η ευγένεια, υποστηρίζεται ότι αν ο νοσηλευτής δεν είναι ευγενής, ότι άλλο και να κάνει είναι χαμένος χρόνος. Είναι δύσκολο να είναι κανείς ευγενής και χρειάζεται συνεχή προσπάθεια. Είναι η βασικότερη από τις δεξιότητες που διευκολύνουν την επικοινωνία. 2) Ενθάρρυνση για ερωτήσεις. Είναι η δεξιότητα του να ενθαρρύνουμε τον άρρωστο / άτομο να μας κάνει ερωτήσεις ή να μας

ζητήσει κάτι. Πολλοί φοβούνται να ρωτήσουν για να μη θεωρηθούν αφελείς. Έτσι όταν τους δίνουμε την άνεση να το κάνουν, πραγματικά το εκτιμούν πολύ.

3) Παροχή πληροφοριών. Είναι η δεξιότητα της άμεσης απάντησης στην ερώτηση του ατόμου. Έτσι όταν ο άρρωστος μας ζητάει μια πληροφορία, απαντάμε δίνοντας του την πληροφορία που θέλει και στη γλώσσα που εκείνος καταλαβαίνει. Αν ο άρρωστος αισθάνεται ότι του κρύβουμε σπουδαίες πληροφορίες που τον αφορούν, δεν θα μας έχει εμπιστοσύνη και η επικοινωνία μας δυσκολεύει.

4) Έμπρακτη παρέμβαση. Είναι η δεξιότητα του να ικανοποιήσουμε στη πράξη κάτι που το άτομο μας ζήτησε. Για πολλούς ανθρώπους το να είναι κανείς άρρωστος σημαίνει αβοήθητος / ανήμπορος να κάνει κάτι για τον εαυτό του ή πράγματα που φυσιολογικά μπορούσε να κάνει.

5) Ζεστασιά- φιλικότητα. Είναι η δεξιότητα της επικοινωνίας με το άτομο που φροντίζουμε «σαν άνθρωπο». Με τη ζεστασιά και τη φιλικότητα, χαμογελώντας στον άρρωστο, χαιρετώντας τον με το όνομα του δείχνουμε προσωπικό ενδιαφέρον για αυτόν.

6) Κατανόηση. Είναι η δεξιότητα του να επικοινωνεί κανείς με τον άρρωστο δείχνοντας του ότι καταλαβαίνει τα αισθήματα και τους προβληματισμούς του.³²

Ακόμα για να θεωρήσουμε ότι έχουμε παράσχει στον ασθενή σωστή φροντίδα είναι να μπούμε στη διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκείμενου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειας του.³³ Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι: η διατήρηση της υγεία του ατόμου, η πρόληψη της νόσου, η προαγωγή της ανάρρωσης, η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου. Ενώ τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι: η αξιολόγηση των αναγκών – ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας – η εφαρμογή του προγράμματος της νοσηλευτικής φροντίδας – η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Η βασική νοσηλευτική φροντίδα συνιστάται στη παροχή βοήθειας προς τον άρρωστο όσον αφορά: την αναπνοή, το φαγητό, την αφόδευση και την ούρηση, την διατήρηση της σωστής επιθυμητής στάσης του σώματος στην βάδιση, κάθισμα στο κρεβάτι και στη μετακίνηση από την μια θέση στην άλλη, την ανάπαυση και τον ύπνο, το

ντύσιμο και την αφαίρεση των ενδυμάτων, τη διατήρηση φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος, τη διατήρηση καθαρού περιποιημένου και προστατευμένου σώματος, το να αποφεύγει επικίνδυνες καταστάσεις στο περιβάλλον και να προστατεύει τους άλλους από κάθε δυνατό κίνδυνο όπως η λοίμωξη, το να επικοινωνεί με τους άλλους και να εκφράζει τις ανάγκες και τα συναισθήματα του, το να ασκεί τα θρησκευτικά του καθήκοντα, την εργασία ή την παραγωγική απασχόληση, την εξασφάλιση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, την μάθηση που θα βοηθήσει στην αυτοφροντίδα του.³²

5.3 Η καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η έγγραφη τεκμηρίωση παρέχει ένα γραπτό αρχείο του ιστορικού, της θεραπείας, της φροντίδας και της ανταπόκρισης του ασθενούς ενόσω είναι υπό τη φροντίδα του φορέα υγειονομικής περίθαλψης. Λειτουργεί ως οδηγός για την οικονομική κάλυψη των δαπανών της φροντίδας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως αποδεικτικό στοιχείο στο δικαστήριο, παρουσιάζει τη χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας και παρέχει στοιχεία για τις μελέτες της διασφάλισης της ποιότητας. Κάθε άτομο το οποίο παρέχει φροντίδα στον ασθενή, πρόσθετη έγγραφη τεκμηρίωση στο ιατρικό αρχείο ή διάγραμμα. Με την έγγραφη τεκμηρίωση κάθε άτομο που παρέχει φροντίδα, ενημερώνει τα άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας υγείας. Χρησιμοποιούνται πολλές διαφορετικές φόρμες έγγραφης τεκμηρίωσης . οι ασφαλιστικές εταιρίες και η δημόσια ιατρική ασφάλιση βασίζονται στην έγγραφη τεκμηρίωση προκειμένου να καθορίσουν το χρονικό διάστημα νοσηλείας, τις επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν και τις διαγνώσεις που τέθηκαν και να υπολογίσουν τα πόσα που θα δοθούν για αποζημίωση. Θα πρέπει επίσης, να αναφέρονται και στοιχεία τα οποία αποδεικνύουν αν η θεραπεία ήταν επιτυχής ή όχι προκειμένου να δικαιολογηθεί η διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η έγγραφη τεκμηρίωση αυτού του τύπου είναι επίσης σημαντική για το κύρος του φορέα υγειονομικής περίθαλψης. Η έγγραφη τεκμηρίωση, η οποία ονομάζεται και καταγραφή, χρησιμοποιείται προκειμένου να παρακολουθηθεί η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής καταγράφει παρατηρήσεις για τη κατάσταση του ασθενούς, σημειώνει τη

φροντίδα και τη θεραπεία οι οποίες προσφέρθηκαν και προσθέτει την ανταπόκριση του ασθενούς. Η έγγραφη τεκμηρίωση παρουσιάζει τη πρόοδο σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα που περιέχονται στο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας.³⁴

Κάποιες μέθοδοι καταγραφής είναι :

Η προερχόμενη από τη πηγή ή αφηγηματική: Τα αυτά οργανώνονται με βάση τη πηγή της πληροφορίας. Υπάρχουν ξεχωριστά έντυπα για τους νοσηλευτές, τους ιατρούς, τους διαιτολόγους και τους άλλους επαγγελματίες του χώρου της υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να καταγραφούν τα ευρήματα της εκτιμήσεις τους και το πρόγραμμα φροντίδας του ασθενούς.

Το σύστημα του ιατρικού αρχείου που είναι προσανατολισμένο στο πρόγραμμα: Στο σύστημα αυτό που αναπτύχθηκε από τον Dr. Lawrence Weed και χρησιμοποιείται από τα τέλη της δεκαετίας του 1960, η προσοχή εστιάζεται περισσότερο στη κατάσταση του ασθενούς παρά στην ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα. Η καταγραφή αυτή επικεντρώνεται στη προσέγγιση που στοχεύει στην επίλυση των προβλημάτων της φροντίδας του ασθενούς και προσφέρει μια μέθοδο επικοινωνίας προκειμένου να διευκρινιστεί τι πρέπει, πως πρέπει και πότε πρέπει να γίνει κάτι., έτσι ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του ασθενούς.

Εστιασμένη καταγραφή: Η εστιασμένη καταγραφή είναι παρόμοια με το προσανατολισμένο στο πρόβλημα σύστημα αλλά αντικαθιστά το πρόβλημα με την εστίαση, ελαχιστοποιώντας τα αρνητικά συμπεράσματα που εμπεριέχονται στο πρόβλημα. Η εστιασμένη καταγραφή κατευθύνεται προς μια νοσηλευτική διάγνωση ένα πρόβλημα του ασθενούς, μια ανησυχία, ένα κλινικό σημείο, ένα σύμπτωμα ή ένα περιστατικό.²

Η καταγραφή με βάση την εξαίρεση : Η καταγραφή με βάση την εξαίρεση, βασίζεται στην υπόθεση ότι όλοι οι κανόνες της πρακτικής τηρούνται και πληρούνται με μια φυσιολογική ή αναμενόμενη ανταπόκριση του ασθενούς εκτός και αν υπάρχει διαφορετική καταγραφή. Στόχος ήταν να συντομεύσουν οι εκτεταμένες περιγραφικές σημειώσεις των παραδοσιακών συστημάτων καταγραφής και να μειωθεί η επανάληψη των στοιχείων.

Η καταγραφή με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή: η καταγραφή μπορεί να γίνεται καθώς πραγματοποιούνται οι παρεμβάσεις με τη χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή παρά τη κλίνη του ασθενούς ή με τη χρήση ενός τηλεχειριζόμενου τερματικού στο μέγεθος ενός ηλεκτρονικού σημειωματάρου το οποίο έχει μαζί του ο νοσηλευτής από δωμάτιο σε δωμάτιο.²

5.4 Παρατήρηση

Η παρατήρηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό στοιχείο της δουλειάς του νοσηλευτή. Παρατήρηση είναι η ακριβής, έγκαιρη και αντικειμενική αναφορά, προφορική ή γραπτή, της κατάστασης του ασθενούς. “ παρατηρώ” σημαίνει πολύ περισσότερο από το “ κοιτάω”. Για να παρατηρήσετε σωστά τον ασθενή, πρέπει να χρησιμοποιούμε όλες τις αισθήσεις. Προσέχουν οτιδήποτε καινούριο ή ασυνήθιστο. Αναφέρετε αυτό που παρατηρήσατε στον υπεύθυνο. Παρατηρούμε τον ασθενή κατά οργανικό σύστημα. Όπως τι καλυπτήριο σύστημα, το μυοσκελετικό, το κυκλοφορικό, το αναπνευστικό, το νευρικό, το ουροποιητικό και το πεπτικό. Αρκετοί ασθενείς έχουν πρόβλημα που απαιτεί στενή παρακολούθηση και κάθε παρατήρηση είναι σημαντική. Εκτός από τον ασθενή, πρέπει να παρατηρείται και το περιβάλλον του, καθώς και τα διάφορα μέσα που χρησιμοποιούνται για τη νοσηλεία του και τέλος πάντα ελέγχουμε τους κανόνες ασφάλειας.³⁵

5.5 Νοσηλευτικό ιστορικό

Ο κυριότερος σκοπός της συνέντευξης, είναι να πάρουμε πληροφορίες και να καταγράψουμε το νοσηλευτικό ιστορικό του αρρώστου. Το ιστορικό του αρρώστου είναι βασικά η περιγραφή των κυριότερων ενοχλημάτων το παλαιότερο ιστορικό υγείας του αρρώστου, το ιστορικό της οικογένειας του αρρώστου και η αξιολόγηση της λειτουργίας των συστημάτων του οργανισμού του. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι το ιατρικό ιστορικό επικεντρώνεται στα συμπτώματα του άρρωστου, τη παθολογία της νόσου και την εξέλιξη της. Το νοσηλευτικό ιστορικό σε αντίθεση με το ιατρικό ιστορικό επικεντρώνεται στη περιγραφή των φυσικών, διανοητικών και συναισθηματικών αντιδράσεων του

αρρώστου ως προς την ασθένεια, την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, στις απορρέουσες από την αρρώστια συνέπειες και αλλαγές και στο τρόπο ζωής του ατόμου. Ακόμη το νοσηλευτικό ιστορικό εστιάζεται στη συλλογή πληροφοριών για τους τρόπους που ο άρρωστος ικανοποιεί φυσιολογικά τις ανάγκες του και την αναγνώριση των εμποδίων ή προβλημάτων της παρούσας κατάστασης. Έτσι γίνεται σαφές ότι ενώ το ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό βασίζεται σε όμοιο περιεχόμενο, εντούτοις εστιάζεται σε διαφορετικές πλευρές της ζωής του άρρωστου.³⁵

Όσον αφορά τον τρόπο της διάρθρωσης και καταγραφής του νοσηλευτικού ιστορικού, παραθέτουν ένα μεγάλο αριθμό από προτροπές και συστάσεις για την πλήρη, σαφή, αντικειμενική και σωστή καταγραφή του νοσηλευτικού ιστορικού. Πρέπει να γράφουμε όσο πιο περιληπτικά και περιεκτικά μπορούμε η γραφή να είναι ευανάγνωστη και σωστή. Επίσης να χρησιμοποιούνται μόνο οι καθιερωμένες ιατρικές συντομεύσεις καθώς και να αποφεύγονται οι μεγάλες προτάσεις ή λέξεις εκτός αν είναι απολύτως απαραίτητες για περισσότερη ακρίβεια.³⁶

Υπάρχουν δυο τύποι νοσηλευτικού ιστορικού, το πρώτο αποτελείται από σειρά διατυπωμένων ερωτήσεων στις οποίες άπαντα ο άρρωστος και σημειώνει ο νοσηλευτής την ανάλογη απάντηση. Ο δεύτερος τύπος είναι το περιγραφικό ιστορικό. Σ αυτό ο νοσηλευτής περιγράφει την κατάσταση και τα προβλήματα του άρρωστου. Και οι δυο τύποι του νοσηλευτικού ιστορικού έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τους. Το βασικότερο πλεονέκτημα του πρώτου είναι ότι ο νοσηλευτής κερδίζει χρόνο αφού χωρίς να γράφει πολλά μπορεί να συμπληρώσει σε λιγότερο χρόνο το ιστορικό. Το μειονέκτημα του όμως που είναι πλεονέκτημα του περιγραφικού τύπου, είναι ότι περιορίζει τις πληροφορίες στις συγκεκριμένες ερωτήσεις και απαντήσεις. Στο περιγραφικό νοσηλευτικό ιστορικό μπορεί να διατυπωθεί η κατάσταση με όλες τις λεπτομέρειες και να δοθεί έτσι καλύτερη εικόνα. Επειδή είναι όμως χρονοβόρο, οι νοσηλευτές συχνά αποφεύγονται ή δεν προλαβαίνουν να το συμπληρώσουν.³⁷



**ΠΕΡΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ
ΗΘΙΚΗΣ
ΚΑΙ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

6.1 Επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών.

- 1) Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579/85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.
- 2) Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες.
- 3) Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του.
- 4) Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα.
- 5) Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.
- 6) Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
- 7) Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.
- 8) Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.
- 9) Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- 10) Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.
- 11) Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- 12) Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα.

- 13) Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.
- 14) Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους.
- 15) Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών.
- 16) Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:
 - τη λειτουργία του νοσοκομείου.
 - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας.
 - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.
- 17) Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα.
- 18) Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.
- 19) Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.
- 20) Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων.
- 21) Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς.
- 22) Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

Πράξεις σε απουσία γιατρού:

- 1) Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.
- 2) Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.
- 3) Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.

- 4) Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.
- 5) Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- 6) Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
- 7) Πλήρης παρεντερική θρέψη.
- 8) Θεραπευτικά λουτρά.
- 9) Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να:

- 1) Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.
- 2) Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.
- 3) Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
- 4) Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
- 5) Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
- 6) Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείψει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρυθμα προγράμματα.
- 7) Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος απασχολούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
- 8) Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.³⁸

6.2 Ποινική ευθύνη του νοσηλευτή.

6.2.1 Ποινική ευθύνη του νοσηλευτή στο δημόσιο τομέα:

α) κοινά εγκλήματα κατά της ζωής και της υγείας:

✓ Ανθρωποκτονία από πρόθεση (άρθρο 299 του ποινικού κώδικα).

Τιμωρείται με φυλάκιση και ανάλογα την κατάσταση αυτού που διέπραξε το έγκλημα αποφασίζεται το χρονικό διάστημα της φυλάκισης.

✓ Ανθρωποκτονία με συναίνεση (άρθρο 300 του ποινικού κώδικα).

Σε αυτή τη περίπτωση αυτό που διέπραξε την ανθρωποκτονία τιμωρείται με φυλάκιση ωστόσο η ανθρωποκτονία σε αυτή τη περίπτωση θεωρείται πλημμέλημα και όχι κακούργημα. Στη περίπτωση της ευθανασίας τότε ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει αυτή την επιθυμία του ασθενή όμως σύμφωνα με τον ελληνικό ποινικό κώδικα δεν επιτρέπεται τέτοια διενέργεια.

✓ Ανθρωποκτονία από αμέλεια (άρθρο 302 του ποινικού κώδικα).

Σύμφωνα με τη διατύπωση του ποινικού κώδικα, «όποιος επιφέρει από αμέλεια θάνατο αλλού τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών» (παρ.1).

✓ Η συμμετοχή σε αυτοκτονία (άρθρο 301 του ποινικού κώδικα).

Όποιος με πρόθεση κατέπεισε άλλον ν' αυτοκτονήσει ή έγινε απόπειρα της, καθώς και οποίος έδωσε βοήθεια κατ' αυτή, τιμωρείται με φυλάκιση.

✓ Η τεχνίτη διακοπή της εγκυμοσύνης (άρθρο 304 του ποινικού κώδικα).

Όποιος χωρίς τη συναίνεση της εγκύου διακόπτει την εγκυμοσύνη της, τιμωρείται με κάθειρξη. Όποιος με τη συναίνεση της εγκύου, διακόπτει ανεπίτρεπτα την εγκυμοσύνη της ή προμηθεύει σ' αυτή μέσα για τη διακοπή της τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών και αν ενεργεί κατά συνήθεια τις πράξεις αυτές τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών. Αν από την προηγούμενη πράξη προκληθεί βαριά πάθηση του σώματος ή της διάνοιας της εγκύου, επιβάλλεται φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών και αν προκλήθηκε ο θάνατος της επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών.

✓ Η έκθεση (άρθρο 306 του ποινικού κώδικα).³⁹

Όποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθιστά αβοήθητο, καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο που το έχει στη προστασία του ή που έχει υποχρέωση να το διατρέφει και να το περιθάλπει ή να το μεταφέρει ή ένα

πρόσωπο που ο ίδιος το τραυμάτισε υπαίτια, τιμωρείτε με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών. Σε βαριά βλάβη όμως επιβάλλεται η κάθειρξη των δέκα ετών .

✓ Παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής (άρθρο 307 του ποινικού κώδικα). Τιμωρείται με φυλάκιση ενός έτους.

✓ Εγκλήματα κατά της υγείας (άρθρα 308 απλή σωματική βλάβη με πρόθεση, 310 βαριά σωματική βλάβη, 309 επικίνδυνη σωματική βλάβη, 308Α απρόκλητη σωματική βλάβη, 311 θανατηφόρα σωματική βλάβη, 312 σωματική βλάβη ανηλίκων και αδυνάτων, 304 σωματική βλάβη εμβρύου ή νεογνού, 314 η σωματική βλάβη από αμέλεια).

Τιμωρούνται αντίστοιχα με τις ποινές των 6 μηνών ή χρηματική ποινή, με φυλάκιση τουλάχιστον δυο ετών, φυλάκιση τουλάχιστον 3 μηνών, φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών. ³⁹

β) Η παραβίαση της επαγγελματικής εχεμύθειας (άρθρο 371 του Π.Κ): τιμωρείται με χρηματική ποινή ή με φυλάκιση μέχρι ενός έτους.

γ) Τα εγκλήματα σχετικά με την υπηρεσία: σε αυτά συγκαταλέγονται η δωροδοκία, η ψευδής βεβαίωση ή νόθευση έγγραφου, η παραβίαση του υπηρεσιακού απορρήτου και η παράβαση καθήκοντος. Αν ο υπάλληλος που προκαλέσει ένα από τα αδικήματα αυτά ηθελημένα τότε η ποινή αυξάνεται κατά το μισό από αυτή που έχει οριστεί σε κάθε μια από τις παραπάνω αξιόποινες πράξεις. ³⁹

6.2.2 Η ποινική νοσηλευτική ευθύνη στον ιδιωτικό τομέα:

Όλα όσα αναφέρθηκαν για το δημόσιο τομέα ισχύουν και για τον ιδιωτικό εκτός από τα εγκλήματα τα σχετικά με την υπηρεσία που μπορεί να τα τελέσει μόνο ο δημόσιος υπάλληλος. ³⁹

6.3 Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας.

6.3.1. οι γενικές υποχρεώσεις του νοσηλευτή:

✓ Έναντι του κοινωνικού συνόλου: οφείλει ν αποτελεί υπόδειγμα έντιμου ατόμου, οφείλει να πράττει κάθε τι που επιβάλλει το καθήκον του, πρωταρχική

μέριμνα είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματικής οντότητας, οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για τη προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας. ⁴⁰

✓ Έναντι των ασθενών: οφείλει να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία, καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί φροντίδα του ασθενούς, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος, οφείλει απόλυτο σεβασμό στη προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τη τιμή του ασθενούς, οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο, οφείλει επίσης να διαφυλάσσει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενούς, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενούς, οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενούς, η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί όλες τις περιστάσεις το σεβασμό της ζωής, μετέχει στη διαδικασία πιστοποίησης του θανάτου παρέχει τη εύδρομη του στο ιατρικό έργο, ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτηση του, κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής. ⁴¹

✓ Έναντι των συναδέλφων του και του ιατρικού και λοιπού προσωπικού: οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις, να απέχει από κάθε πράξη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, απαγορεύεται στο νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του. ⁴¹

6.3.2. οι ειδικές υποχρεώσεις του νοσηλευτή:

✓ Στα πλαίσια της ερευνάς: οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε ερευνάς, ακόμη, δε μπορεί να συνδυάζει την ερευνά με τις νοσηλευτικές φροντίδες.

- ✓ Στα πλαίσια της παιδιατρικής νοσηλευτικής: Η προσωπικότητα ή η βούληση του παιδιού – ασθενούς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας.
- ✓ Στα πλαίσια της ψυχιατρικής νοσηλευτικής: οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στη προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενούς.
- ✓ Στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής: οφείλει να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρίχτηκες νοσηλευτικές υπηρεσίες του. ⁴⁰

6.4 Τα είδη των ηθικών προβλημάτων των νοσηλευτών.

Τα είδη των ηθικών προβλημάτων που παρουσιάζονται συνήθως στη νοσηλευτική πρακτική είναι: ο τύπος της «ηθικής αβεβαιότητας», αυτό είναι το είδος της περίπτωσης στην οποία ο νοσηλευτής δεν είναι βέβαιος για το ηθικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει και για το ποιες αξίες ή ηθικές αρχές εμπλέκονται. Το δεύτερο είδος είναι εκείνο του «ηθικού διλήμματος». Αυτό είναι το είδος της περίπτωσης που αναδύεται, όταν δυο ή περισσότερες ηθικές αρχές φαίνεται ότι μπορούν να εφαρμοστούν στην περίπτωση αλλά υποστηρίζουν αμοιβαία αντίθετες ενέργειες για το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής όταν αντιμετωπίζει αυτού του τύπου την περίπτωση είναι σε «δίλημμα» υπό την έννοια της επιλογής ενεργειών. Το τρίτο είδος ηθικού προβλήματος είναι εκείνο του «ηθικού αδιεξόδου». Η περίπτωση αυτή προκύπτει όταν ο νοσηλευτής γνωρίζει τις αξίες που απορρέουν, γνωρίζει τις ηθικές αρχές που οφείλουν να καθοδηγούν τις ενέργειες και έχουν επιλεγεί με βάση αυτές τις αξίες και τις αρχές. ⁴²



**ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ
ΣΕ ΤΡΕΙΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ
ΧΩΡΕΣ**

7.1 Η οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα μεικτό σύστημα με συμμετοχή του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, τόσο από τη πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από τη πλευρά χρηματοδότησης αυτών. Ιστορικά ακόμα αναπτύχθηκε στηριζόμενο, σε μεγάλο βαθμό, στη κοινωνική ασφάλιση (μοντέλο Bismarck), δηλαδή στη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών διαφόρων επαγγελματιών ομάδων μέσω ασφαλιστικών ταμείων. Σήμερα, το μοντέλο αυτό τείνει περισσότερο προς ένα σύστημα υγείας που τουλάχιστον από άποψη χρηματοδότησης εξαρτάται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από τον κρατικό προϋπολογισμό (μοντέλο Beveridge).

Συγκεκριμένα, το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας συνίσταται σε 3 υποσυστήματα, τα οποία λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

- Το ΕΣΥ (κυρίως νοσοκομεία, κέντρα υγείας και ΕΚΑΒ).
- Το ΙΚΑ και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία τα οποία προσφέρουν διαφορετική κάλυψη στους δικαιούχους περίθαλψής τους.
- Ο ιδιωτικός τομέας, με πολυάριθμα διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία.

Επομένως η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων), τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών – καταναλωτών. Αυτό συνεπάγεται την εμπλοκή στη χάραξη πολιτικής υγείας πολλών και διαφορετικών φορέων και υπουργείων.⁴³

Συγκεκριμένα, την αρμοδιότητα και ευθύνη για την ανάπτυξη και λειτουργία του ΕΣΥ έχει το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, την εποπτεία των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης έχει το υπουργείο απασχόλησης και κοινωνικής προστασίας, το υπουργείο άμυνας εποπτεύει τις υπηρεσίες υγείας του στρατού, το υπουργείο αγροτικής ανάπτυξης και τροφίμων έχει την αρμοδιότητα παροχής φροντίδας υγείας στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας, το υπουργείο εμπορικής ναυτιλίας καλύπτει τους ναυτικούς και τις οικογένειές τους και τέλος το υπουργείο οικονομίας και οικονομικών εποπτεύει τον οργανισμό περίθαλψης

ασφαλισμένων δημοσίου. Αποτέλεσμα του κατακερματισμού των παραπάνω αρμοδιοτήτων είναι η δυσκολία χάραξης ενιαίας πολιτικής υγείας.

Το ΕΣΥ ιδρύθηκε το 1983 και βασίστηκε στις αρχές της ισότητας και της αποτελεσματικότητας σκοπός του είναι να προσφέρει δωρεάν αγαθά και υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό, από όπου καλύπτονται οι αμοιβές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που απασχολείται στο ΕΣΥ (τόσο στη πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας), δαπάνες του οργανισμού περίθαλψης ασφαλισμένων δημοσίου και μέσω του προγράμματος δημόσιων επενδύσεων όποια δαπάνη πραγματοποιείται για επενδύσεις σε κτιριακό, ιατροφαρμακευτικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό.

Τα λειτουργικά έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας καλύπτονται από τα νοσήλια που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει τη κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς.

Το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος είναι ο πολυκερματισμός του που εκφράζεται απ το μεγάλο αριθμό δημόσιων φορέων ασφάλισης. Η ύπαρξη 170 φορέων το 2002, που εποπτεύονται από 5 τουλάχιστον διαφορετικά υπουργεία, δημιουργεί αυξημένες υποχρεώσεις σε θέματα διοίκησης και εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων.

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική. Τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από τις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, καθώς επίσης από το κρατικό προϋπολογισμό μέσω των κοινωνικών προσφορών και τις επιδοτήσεις των ελλειμμάτων τους.⁴⁴

Το υπουργείο υγείας αποφασίζει για τα συνολικά ζητήματα υγείας. Θέτει προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο και διαθέτει τους απαραίτητους πόρους.

Δεκαεπτά περιφερειακά αρμόδιες για την υγεία αρχές (ΠΕΣΥ) έχουν την ευθύνη για την εφαρμογή, το συντονισμό, την οργάνωση και διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο. Τα ΠΕΣΥ δεν έχουν οικονομική αυτοτέλεια και χρηματοδοτούνται από το υπουργείο.

Όλο το προσωπικό του ΕΣΥ (ιατροί, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και τεχνικοί και διοικητική υποστήριξη) είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Το ΙΚΑ είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός και παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε 5,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους μέσω 350 μονάδων του.⁴⁵

Γενικότερα στην Ελλάδα ο κλάδος της υγείας διακρίνεται σε τρεις ακόλουθες κατηγορίες ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχονται:

7.1.1 Πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η κατηγορία αυτή αφορά την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει υπηρεσίες, διαγνώσεις και προλήψεις ασθενειών, οι οποίες δεν προϋποθέτουν τη νοσηλεία του πελάτη σε νοσοκομείο. Την κατηγορία αυτή καλύπτουν τόσο δημόσιοι όσο και ιδιωτικοί φορείς όπως παρουσιάζεται ακολούθως:

- Διαγνωστικά κέντρα, τα οποία παρέχουν διευρυμένο φάσμα υπηρεσιών διάγνωσης, το οποίο υποστηρίζεται από τον ανάλογο τεχνολογικό εξοπλισμό.
- Εξωτερικά ιατρεία δημόσιων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Ουσιαστικά, τα εν λόγω εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν στις ίδιες εγκαταστάσεις με τα αντίστοιχα νοσοκομεία ή κλινικές και αποτελούν κατ' ουσίαν διαγνωστικά κέντρα.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια τα οποία λειτουργούν σε συνοικιακό επίπεδο και παρέχουν περιορισμένο αριθμό υπηρεσιών εντός των εγκαταστάσεων τους κυρίως λόγω του περιορισμένου ιατρομηχανολογικού εξοπλισμού που διαθέτουν.
- Ιατρούς σε ιδιωτικά ιατρεία.

7.1.2 Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Σε αυτή τη κατηγορία περιέχονται υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε κλινικές ή νοσοκομεία. Η δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους παρακάτω φορείς:

- Ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές που ουσιαστικά αποτελούν αυτόνομες ιδιωτικές επιχειρήσεις. Οι φορείς αυτοί αποτελούν το 60% κατά προσέγγιση του συνόλου των θεραπευτηρίων της χώρας ενώ διαθέτουν σημαντικό ποσοστό του συνόλου των κλινών και συγκεκριμένα διαθέτουν το 30%.
- Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου που αφορούν σε ανεξάρτητα θεραπευτήρια επιχορηγούμενα από το Ελληνικό κράτος. Επισημαίνεται ότι ο αριθμός των φορέων αυτής της κατηγορίας είναι μικρός.
- Δημόσια νοσοκομεία που είναι και ο μεγαλύτερος φορέας της εξεταζόμενης κατηγορίας. Το κράτος τα χρηματοδοτεί για τις υπηρεσίες που παρέχουν μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και επιπλέον, ως ποσοστό επί του συνόλου των κλινών, κατέχουν τη πρώτη θέση με ποσοστό της τάξεως του 70%.

7.1.3 Τριτοβάθμια περίθαλψη.

Η κατηγορία αυτή απαρτίζεται από τα περιφερειακά γενικά και πανεπιστημιακά Νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε εξοπλισμό για τη κάλυψη εξειδικευμένων περιπτώσεων. Στη χώρα μας, οι υπηρεσίες υγείας ουσιαστικά στηρίζονταν στις προσπάθειες του δημόσιου τομέα μέχρι και το 1987 όπου και θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με σκοπό τη βελτίωση της υποδομής των κρατικών νοσοκομείων καθώς και τον παρεχόμενων απ αυτά υπηρεσιών.

Στην αρχή της δεκαετίας του 1990 με την έκρηξη της τεχνολογίας στην Ελλάδα και τη συγκέντρωση της υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας στον ιδιωτικό τομέα της περίθαλψης, οι ιδιωτικές κλινικές άρχισαν να αποκτούν σημαντικά μερίδια αγοράς στο χώρο της υγείας. Στο γεγονός αυτό συντέλεσε επίσης και η αδυναμία των κρατικών νοσοκομείων να καλύψουν τη ζήτηση με αποτέλεσμα, ο ιδιωτικός τομέας να καλύπτει και ένα μεγάλο τμήμα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπροσθέτως, ολιγοπώλιο επικρατεί σε ότι αφορά τη μαιευτική και γυναικολογική περίθαλψη. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει ανάπτυξη και στον τομέα της ακτινολογίας που ακολουθείται από την απόκτηση της αντίστοιχης απαραίτητης προηγούμενης τεχνολογίας.⁴³

7.2 Οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης.

7.2.1 Δημόσια νοσοκομεία.

Σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 68% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στη δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των δημόσιων μονάδων. Ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40% - 60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

7.2.2 Ιδιωτικές κλινικές.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στη σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι οι ιδιωτικές κλινικές είναι δυο κατηγοριών: Στη πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές

αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός του, ενώ λόγω των παραπάνω αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στον αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτόν του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

7.2.3 Διαγνωστικά κέντρα.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες ιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995. Σήμερα ο συνολικός αριθμός των διαγνωστικών κέντρων που λειτουργούν στη χώρα μας εκτιμάται ότι αγγίζει τα 400.⁴⁶

7.3 Το εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας.

Το 1948 η Αγγλία καθιέρωσε το εθνικό σύστημα υγείας της. Όπου η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με το κράτος. Ο συγκεκριμένος θεσμός είναι το κύτταρο του Ε.Σ.Υ. της Μεγάλης Βρετανίας. Σημειωτέων υποβάλλεται πολύ τακτικά σε αξιολογήσεις, και κατά τη μελέτη του λαμβάνονται υπ' όψιν οι

απόψεις όλων των εμπλεκομένων που σχετίζονται με αυτό. (την56 από τα σεμινάρια).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι πλέον στη Μεγάλη Βρετανία έχει τελεστεί έρευνα ώστε να εισαχθεί ένα σύστημα τελών χρήσης για τις δημόσιες υπηρεσίες. Η συγκεκριμένη έρευνα προκάλεσε το ενδιαφέρον και τη θετική αντιμετώπιση της κυβέρνησης και του υπουργείου ώστε να προετοιμάσουν το έδαφος για μια τέτοια τροποποίηση.⁴⁷

7.4 Το εθνικό σύστημα υγείας της Σουηδίας.

Στη Σουηδία οι δαπάνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας καλύπτονται κυρίως από τα φορολογικά έσοδα(56 από σεμινάρια). Από τη φορολογία του κάθε πολίτη για την υγεία κρατείται ένα ποσοστό της τάξεως του 10-15%. Το σουηδικό σύστημα διαχωρίζει το τομέα της ασφάλισης για την υγεία από το τομέα της παροχής υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία είναι η κύρια παροχή υγειονομικής φροντίδας, ωστόσο υπάρχουν και τα κέντρα υγείας της κοινότητας όπου συνεργάζονται στενά με γιατρούς του νοσοκομείου. Επίσης υφίσταται και ο θεσμός της υγειονομικής περίθαλψης από το σπίτι, όπου ο κάθε ασθενής μπορεί ακόμα να υποβληθεί και σε αιμοκάθαρση στο σπίτι του με δικά του μηχανήματα αιμοκάθαρσης που έχει διδαχτεί να χειρίζεται ο ίδιος. Φυσικά δε λείπει ο ιδιωτικός τομέας ο οποίος όμως σε προτιμάται από τους πολίτες εφόσον τους παρέχεται φροντίδα από ένα τόσο άρτιο σύστημα υγείας.⁴⁸

7.5 Το εθνικό σύστημα υγείας της Φιλανδίας.

Στο Φιλανδικό κράτος σύμφωνα με το σύνταγμα ο κάθε ένας πολίτης έχει το δικαίωμα για επαρκή κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες. Ο ασθενής καλύπτεται από ένα μεγάλο εύρος νομικού πλαισίου όσον αφορά τα δικαιώματά του. Για τη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν συσταθεί περιφερειακά γραφεία που τα συντονίζει και τα διευθύνει το υπουργείο υγείας και κοινωνικής φροντίδας.⁴⁹

Επίσης προβλέπεται ως δημοτικό έργο η παροχή συμβουλών οικογενειακής οργάνωσης και προγραμματισμού καθώς και εκπαίδευσης.⁵⁰

Στη Φιλανδία εάν ο πελάτης (ασθενής) δεν είναι ικανοποιημένος με την απόφαση της κοινωνικής υπηρεσίας, όσον αφορά τη συνδρομή, τη περίθαλψη ή την θεραπεία μπορεί να προσφύγει νομικά ενάντια στην απόφαση.⁵¹

Το προσωπικό που απασχολείται ανέρχεται στα 345.000 άτομα εκ' των οποίων το ¼ ανήκει σε ιδιωτικούς οργανισμούς.⁵²

Τέλος να σημειωθεί ότι σύμφωνα με οδηγία από την ευρωπαϊκή επιτροπή όλοι οι ευρωπαίοι πολίτες έχουν δικαίωμα για υγειονομική περίθαλψη, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Αυτή τη στιγμή σε αυτό το διάταγμα υπάγονται οι ακόλουθες χώρες : Βέλγιο, Δανία, Φιλανδία, Γαλλία, Ελλάδα, Ολλανδία, Ιρλανδία, Νορβηγία, Ιταλία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Ρωσία, Σλοβενία. Ισπανία Σουηδία, Γερμανία, Ουγγαρία, Αυστρία.⁵³

7.6 Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα.

Η νοσηλευτική αποτελεί κοινωνική δύναμη, η οποία αποβλέπει στο καλό του κοινωνικού συνόλου με το ενδιαφέρον της για την υγεία των πολιτών. Με τη διακριτική μοναδικότητα, την ουσιαστική προοπτική των υπηρεσιών της, τον προσανατολισμό της, στις αξίες της ζωής, μπορεί ως επιστημονικός κλάδος να δημιουργήσει τη διαφορά στα θέματα υγείας και της κοινωνικής προσφοράς.⁵⁴

Αναμφισβήτητα τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα στην Ελλάδα για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής τόσο στο τομέα της εκπαίδευσης όσο και στο τομέα της κλινικής άσκησης.⁵⁵

Για την απονομή του τίτλου του νοσηλευτή στην Ελλάδα θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος σύμφωνα πάντα με τα σημερινά δεδομένα να δώσει πανελλήνιες εξετάσεις για την εισαγωγή του, σε ένα από τα τμήματα νοσηλευτικής των Α.Τ.Ε.Ι και Α.Ε.Ι. ή στη Στρατιωτική Αξιωματούχων Νοσηλευτών. Οι σπουδές διαρκούν τέσσερα χρόνια και απονέμεται ο τίτλος πτυχιούχος ή διπλωματούχος νοσηλευτής. Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές έχουν δυνατότητα για μεταπτυχιακές σπουδές (MSc in nursing) και διδακτορικές σπουδές (PhDs in nursing) σε Ελλάδα και χώρες του εξωτερικού, μετά από ανάλογη διαδικασία ισοτίμησης πτυχίου. Στην Ελλάδα ο διπλωματούχος νοσηλευτής μπορεί να κάνει εξειδίκευση, όπως ορίζει ο νόμος 1579/1985 στο άρθρο 5 σε μια από τις εξής

ειδικότητες: α) παθολογική νοσηλευτική β) χειρουργική νοσηλευτική γ) παιδιατρική νοσηλευτική δ) νοσηλευτική ψυχικής υγείας.⁵⁶

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στο τομέα της νοσηλευτικής παρέχεται και δευτεροβάθμια εκπαίδευση όπου οι απόφοιτοι χαρακτηρίζονται ως βοηθοί νοσηλευτές. Μπορούν ν' ακολουθήσουν αυτό τον κλάδο από τα Τ.Ε.Ε. ή ΕΠΑ.Λ ή από τα κρατικά κ ιδιωτικά ΙΕΚ. Επίσης, στο πλαίσιο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού λειτουργεί ιδιωτική σχολή νοσηλευτών ωστόσο οι απόφοιτοι της δεν μπορούν να λάβουν άδεια εξάσκησης επαγγέλματος καθώς το νομικό πλαίσιο ορίζει ότι η άδεια χορήγησης δίνεται μόνο στους απόφοιτους κρατικών σχολών. Έτσι οι απόφοιτοι της σχολής αυτής απασχολούνται μόνο στις υπηρεσίες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.⁵⁷

Σύμφωνα με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα η Ελλάδα καλείται στη μεταρρύθμιση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης γενικότερα και ειδικότερα της νοσηλευτικής. Προβάλλεται ένα σύστημα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το οποίο βασίζεται σε δυο κύκλους σπουδών. Ο πρώτος θα οδηγεί στο βασικό πανεπιστημιακό πτυχίο μετά από επιτυχή φοίτηση διάρκειας τουλάχιστον τριών ετών. Ο δεύτερος θα οδηγεί στο μεταπτυχιακό δίπλωμα και ή το διδακτορικό. Επίσης θα υφίσταται ένα σύστημα πιστωτικών μονάδων όμοιο με το ευρωπαϊκό σύστημα μεταφοράς ακαδημαϊκών μονάδων (ECTS) το οποίο θα αποτελέσει το μέσο προώθησης της κινητικότητας των φοιτητών.

Σε εφαρμογή της συγκεκριμένης διακήρυξης, η Ελληνική κυβέρνηση προβαίνει στην ψήφιση του Ν.2916 200137 με τον οποίο φαίνεται ν' αντιμετωπίζονται τα προβλήματα της ταυτότητας των Τ.Ε.Ι. αλλά παράλληλα να ανοίγει ο δρόμος για την ανάπτυξη των μεταπτυχιακών και διδακτορικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για όλα τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Παρά τη σχετική και πάλι επιβράδυνση, πιστεύεται ότι πολύ σύντομα ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών θα έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα. Μια τέτοια μεταρρύθμιση είναι πολύ αναγκαία διότι το πανεπιστημιακό μοντέλο του 19^{ου} αιώνα που χρησιμοποιείται στις μέρες μας θεωρείται απαρχαιωμένο κ είναι βασισμένο σε ένα δυσκίνητο εκπαιδευτικό σύστημα.⁵⁸

7.7 Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Κατά κύριο λόγο η εκπαίδευση της νοσηλευτικής στην Αγγλία είναι πανεπιστημιακή. Κάποια πανεπιστήμια που παρέχουν εκπαίδευση στο τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης στη Μεγάλη Βρετανία είναι το Keele όπως επίσης και το κολέγιο υγείας και ανθρώπινων υπηρεσιών στο New Hampshire. Τους παρέχεται η ευκαιρία μετά τη λήξη των σπουδών τους και την απόκτηση του πτυχίου η ευκαιρία για την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου μέσα από τη σχολή τους, σε θέματα που απασχολούν και προάγουν τη νοσηλευτική ως επιστήμη. Στην επίσημη ιστοσελίδα του πανεπιστημίου του New Hampshire γίνεται αναφορά σε ένα μεγάλο αριθμό μεταπτυχιακών με κεντρικό άξονα τη νοσηλευτική φροντίδα.⁵⁹

7.8 Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στη Σουηδία.

Στη Σουηδία υπάρχουν δυο στάδια σπουδών: α) οι βασικές σπουδές και β) η ειδίκευση σε διάφορους κλάδους. Στη Σουηδία η συνολική διάρκεια σπουδών είναι τα 3 έτη και στις βασικές σπουδές οι φοιτητές διδάσκονται σε γενικά πλαίσια όλους τους κλάδους της νοσηλευτικής ώστε να έχουν ένα υπόβαθρο, ενώ αργότερα μ στην ειδίκευση σε κάποιο κλάδο αποκτούν βαθύτερη γνώση του τομέα αυτού. Όσον αφορά την κλινική πρακτική, τους προσφέρεται μια ρεαλιστικότερη οπτική των όσων έχουν διδαχτεί, καθώς επίσης και ο ρόλος των καθηγητών – εποπτών είναι περισσότερο παρεμβατικός και ενεργητικός παρά παθητικός και παρατηρητικός βασίζεται στη συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση των φοιτητών με σκοπό την άρτια κατάρτιση τους.⁶⁰

7.9 Η νοσηλευτική εκπαίδευση στη Φιλανδία.

Στη Φιλανδία η εκπαίδευση της νοσηλευτικής είναι πανεπιστημιακή. Ένα ποσοστό μαθημάτων διεξάγονται στην αγγλική γλώσσα, όπως είναι το μάθημα για τη περίθαλψη και το προπτυχιακό μάθημα για τις κοινωνικές υπηρεσίες. Τα μαθήματα που διδάσκονται στη φιλανδική γλώσσα είναι όσα αναφέρονται στους κλάδους της νοσηλευτικής αλλά και σε κλάδους της ιατρικής. Επίσης αυτή τη

στιγμή υπάρχει ανοιχτή διασύνδεση και πρόγραμμα ανταλλαγής φοιτητών (Erasmus) με το πανεπιστήμιο νοσηλευτικής εκπαίδευσης της Φιλανδίας και τις αντίστοιχες ελληνικές σχολές.⁶¹



**ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΚΑΙ
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

8.1 Ορισμός της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής

Είναι πολύ σημαντικό για τη νοσηλευτική όπως και για κάθε επιστήμη, να υπάρχουν θεωρίες που να τη στηρίζουν. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική είναι ένας ιδιαίτερος κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης, που έχει σαν στόχο την παροχή πολιτισμικά εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας με σεβασμό στις πεποιθήσεις της υγείας και της νόσου, τις αξίες και τις παγκόσμιες πρακτικές εφαρμογές των διαφόρων πολιτισμών, παγκοσμίως.⁶²

Σκοπός της είναι να περιγράψει, να υπολογίσει, να ερμηνεύσει και να προβλέψει μια πολιτισμικά προσανατολισμένη φροντίδα. Έτσι θα επιτύχει η παροχή ποιοτικής φροντίδας σε άτομα από διαφορετικούς πολιτισμούς.

Ενώ στόχος της είναι να βοηθήσει τους νοσηλευτές να κατανοήσουν τις αξίες και τα πιστεύω διαφορετικών πολιτισμών και τις διαφορές ή τις ομοιότητες που μπορεί να προκύψουν.⁶²

8.2 Κουλτούρα και Διαπολιτισμική Νοσηλευτική

Η κουλτούρα αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο τόσο της υγείας όσο και της ασθένειας. Πιο συγκεκριμένα έχει παρατηρηθεί ότι τα προβλήματα υγείας των μεταναστών είναι πιο αυξημένα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Γι αυτό το λόγο, η εφαρμογή της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής είναι περισσότερο απαραίτητη στις μέρες μας, με σκοπό τη παροχή ολιστικής φροντίδας στα άτομα των διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων.

Συνεπώς, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες και αξίες των διαφόρων ασθενών, προκειμένου να τις κατανοούν αποτελεσματικά και να προσαρμόζουν ανάλογα τη νοσηλευτική φροντίδα με σκοπό την ικανοποίησή τους. Παράλληλα, οι Νοσηλευτές θα πρέπει να συμβιβάζονται με τις παραδόσεις και τους κανόνες συγκεκριμένων ασθενών, ανεξάρτητα από τα προσωπικά του πιστεύω.⁶³

8.3. Διαπολιτισμική εκπαίδευση.

Όλες οι χώρες, μερικές περισσότερο από άλλες, είχαν εισροή πληθυσμού από γειτονικές χώρες ή ακόμα από χώρες άλλης ηπείρου. Συνήθως οι νεοεισερχόμενοι δεν επιστρέφουν στη χώρα προσέλευσης τους όποτε τα παιδιά τους συνήθως παρακολουθούν τη τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τα παιδιά αυτά έχουν παρακολουθήσει με επιτυχία τη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση της καινούριας χώρας και έχουν προσαρμοστεί τόσο που εάν προκύψουν προβλήματα, αυτά θα έχουν σχέση περισσότερο με τη θρησκεία ή με τα ιδιαίτερα έθιμα ή συνήθειες των χωρών προέλευσης των γονέων τους. Οπότε θα χρειαστούν μεγάλη προσαρμογή σκοπός λοιπόν της Διαπολιτισμικής εκπαίδευσης είναι α) η γνώση, η αποδοχή και ο σεβασμός του διαφορετικού, β) η αλληλοκατανόηση και ο διάλογος μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών, γ) η κατάργηση στερεότυπων και προκαταλήψεων, δ) η ισότιμη και δημιουργική συνύπαρξη σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία. Ο διδάσκων πρέπει να είναι σε θέση να πετύχει μια σχετική ισορροπία διότι πρέπει να μην υπάρχει αναγνώριση των διαφορών, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι το περιβάλλον, δηλαδή ο κλινικός χώρος πρέπει να αλλάξει για να ταιριάζει στις διαφορές αυτές.⁶⁴

8.4 Το θεωρητικό μοντέλο της Madelein Feininger.

8.4.1 Η θεωρία της Madelein Feininger και το ανατέλλον μοντέλο.

Στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής ήδη έχει διατυπωθεί σχέση ανάμεσα στο πολιτισμό του κάθε ατόμου και στη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Στις ΗΠΑ από το 1900 μ.Χ. Η Madelein Feininger παρατήρησε ότι η φροντίδα και ο πολιτισμός είναι δυο φαινόμενα της νοσηλευτικής «που δεν είναι τυπικά και συστηματικά μελετημένα». Αυτή αναγνώρισε ότι ο κόσμος γρήγορα θα γινόταν μια παγκόσμια κοινότητα και θα υπήρχε ανάγκη για νοσηλευτές – νοσηλεύτριες κατάλληλα προετοιμασμένους για μια διαπολιτισμική περιποίηση. Η θεωρία της για ποικιλόμορφη φροντίδα και καθολικότητα ανάλογα με το πολιτισμό και το ανατέλλον μοντέλο είναι πλέον απαραίτητα στη σημερινή νοσηλευτική. Σαν σκοπό έχει να δημιουργήσει ένα πεδίο έρευνας, δηλαδή τα

στοιχεία της θεωρίας επηρεάζουν το επίπεδο υγείας και τη φροντίδα που παρέχεται στα άτομα, στις οικογένειες και στις ομάδες, στα πλαίσια ενός πολιτισμού.⁶²

8.4.2 Τα τέσσερα επίπεδα του μοντέλου της Madelein Feininger.

Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει την άποψη του κόσμου για το κοινωνικό σύστημα. Αυτό το επίπεδο οδηγεί στη μελέτη των χαρακτηριστικών της φροντίδας.

Το δεύτερο επίπεδο παρέχει γνώση για τα άτομα, τις οικογένειες, τις ομάδες και τους θεσμούς σε ποικίλα συστήματα υγείας.

Το τρίτο επίπεδο εστιάζει στο παραδοσιακό σύστημα υγείας, στο επαγγελματικό σύστημα υγείας και στη νοσηλευτική.

Το τέταρτο επίπεδο αναφέρονται οι νοσηλευτικές αποφάσεις και η φροντίδα οι οποίες περιλαμβάνουν:

- Τη διατήρηση ή τη συντήρηση της πολιτισμικής φροντίδας.
- Την προσαρμογή ή τη διαπραγμάτευση της πολιτισμικής φροντίδας.
- Τον ανασχεδιασμό ή τη αναπροσαρμογή της πολιτισμικής φροντίδας.⁶²

8.5 Η επικοινωνία των νοσηλευτών στην πολιτισμική ποικιλομορφία.

Η συναναστροφή με νοσηλευόμενους που έχουν διαφορετική πολιτισμική και εθνική ταυτότητα απαιτεί από τους νοσηλευτές να υιοθετήσουν μια πιο ευρεία θεώρηση της επικοινωνίας. Πρώτα απ' όλα, οι νοσηλευτές πρέπει να προσπαθούν να κατανοήσουν τις αντιλήψεις των νοσηλευόμενων, ακούγοντας τους και προσαρμόζοντας ανάλογα το στυλ της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια των συναντήσεων. Και ενώ μπορεί να έχουν μια κάποια γενική ιδέα σχετικά με τη κάθε πολιτισμική ή εθνική ομάδα, είναι σημαντικό κάθε φορά να επιβεβαιώνουν τις πολιτισμικές αντιλήψεις του εκάστοτε νοσηλευόμενου. Δεύτερον, ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί τον κάθε νοσηλευόμενο έχοντας υπόψη ότι εκείνος ανήκει σε πολλές ομάδες, όπως είναι η οικογένεια, το έθνος και/ ή η πολιτισμική κοινότητα. Πρέπει να αντιμετωπίζει τον νοσηλευόμενο ως «πηγή πληροφοριών», που μοιράζετε μαζί του τα πιστεύω του. Παρόλο που μια δεδομένη πολιτισμική ομάδα μπορεί να έχει συγκεκριμένες πεποιθήσεις, ο κάθε

νοσηλευόμενος μπορεί να αντιδρά με το δικό του τρόπο στη κάθε περίπτωση. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να αξιολογεί τον κάθε νοσηλευόμενο σαν ξεχωριστό άτομο, που προέρχεται από ένα πολιτισμικό περιβάλλον, αλλά έχει τις δικές του μοναδικές αντιλήψεις. Μετά την αρχική αξιολόγηση, ο νοσηλευτής μπορεί να εντάξει πολιτισμικά εξειδικευμένες παρεμβάσεις στο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας του νοσηλευόμενου. Για να μπορούν να επικοινωνούν με τους νοσηλευόμενους, οι νοσηλευτές πρέπει να προσεγγίζουν την κάθε συνάντηση έχοντας κατά νου ότι η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου συγκροτείται βάσει πολλών και σύνθετων παραγόντων, και πως ο κάθε νοσηλευόμενος μπορεί να έχει περισσότερες από μια πολιτισμικές ταυτότητες.⁶⁵

8.6. Συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση.

8.6.1. Αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης:

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι απαραίτητη στη νοσηλευτή, λόγω των γρήγορων αλλαγών που συμβαίνουν στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας και των μεταβαλλόμενων ρόλων της νοσηλευτικής μέσα σ' αυτό το σύστημα, το οποίο απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας να εκσυγχρονίζουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους, μέσα από προγράμματα ανάπτυξης προσωπικού και συνεχής εκπαίδευση που εστιάζεται στην εκπαίδευση ολόκληρου του ατόμου όπου θα προάγει την ανάπτυξη ελεύθερου, δημιουργικού και υπεύθυνου νοσηλευτικού προσωπικού. Το μέσο για να επιτευχθεί η βελτίωση της νοσηλευτικής στη κλινική πράξη είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται στη χώρα μας προγράμματα της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, όπου παράλληλα με αυτά εκπονούνται και προγράμματα Σ.Ν.Ε. μέσω τηλεϊατρικής με θέματα επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας και κοινοτικής νοσηλευτικής, σε κάθε εκπαιδευτικό έτος πραγματοποιούνται 70 ωριαίες συνεδρίες.⁶⁶

8.6.2. Σκοποί και σημασία της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης:

Ο νοσηλευτής καλείται να έχει την ετοιμότητα να αντιμετωπίσει τα πραγματικά και τα πιθανά προβλήματα στο χώρο της υγείας. Ο σκοπός της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι όχι μόνο να δημιουργεί ικανούς

επαγγελματίες αλλά και να παρέχει στους εκπαιδευόμενους την ικανότητα να αναγνωρίζουν και να διασφαλίζουν το γεγονός ότι η μελλοντική τους πρακτική δε θα αποκλίνει από αυτό το επίπεδο. Είναι επομένως σημαντικό, οι σημερινοί νοσηλευτές να διευρύνουν την ακτίνα δράσης τους η οποία θα πραγματοποιηθεί με τη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση και την γνώση άλλων επιστημών όπως: ψυχολογίας – κοινωνιολογίας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μπορεί να προσφέρει στους νοσηλευτές ευκαιρίες για εκπαίδευση και ανατροφοδότηση των γενικών αλλά και των ειδικών προσδιορισμένων γνώσεων με τη προσθήκη νέων, κάτι που θα επιτρέψει στους νοσηλευτές να διεκπεραιώσουν την εργασία τους περισσότερο αποδοτικά και να τους οδηγήσει σε : προσωπική και επαγγελματική εξέλιξη και ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως επιστήμης. Ωστόσο στα μικρά νοσοκομεία της χώρας η συνεχής νοσηλευτική κατάρτιση αποτελεί μια ουτοπία και αυτό λόγω των αυξημένων εργασιακών αναγκών αναλογικά με το προσωπικό που εργάζεται σε αυτά. Αυτό το πρόβλημα προτάσσουν σαν εμπόδιο στην παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.⁶⁷

8.7 Η δια Βίου εκπαίδευση

Η χρονιά του 1996 είχε ανακηρυχθεί από τη Ευρωπαϊκή Ένωση ως «Ευρωπαϊκό έτος της διά βίου εκπαίδευσης». Ο σκοπός της έμφασης που δόθηκε στην «ισόβια μάθηση» ήταν η ανάπτυξη πρωτοβουλιών σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο για την αναγνώριση του σημαντικού ρόλου της εκπαίδευσης στη δημιουργία «ισόβιων «μαθητών». Οι μαθητές αυτοί είναι ενήλικες, οι οποίοι μέσω της διά βίου εκπαίδευσης «ανοίγουν» τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες, αποκτούν σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση. Η όλη προσπάθεια δεν έτυχε ιδιαίτερης προσοχής και δημοσιοποίησης στο νοσηλευτικό χώρο. Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η διά βίου εκπαίδευση στους επαγγελματίες νοσηλευτές, αλλά κυρίως στους εκπαιδευτές τους, δεν εκτιμήθηκαν αρκετά από τα συλλογικά τους όργανα, από τη στιγμή που κάποια συνέδρια που προγραμματίστηκαν στη Μ. Βρετανία αλλά και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο τελικά ματαιώθηκαν.


Οι καθηγητές της Νοσηλευτικής θα μπορούσαν να μάθουν, για παράδειγμα, νέες τεχνικές διδασκαλίας, οι οποίες θα ενθαρρύνουν τους σπουδαστές τους να ψάχνουν για βαθύτερα νοήματα, να κριτικάρουν και να αναλύουν γεγονότα, να εξάγουν συμπεράσματα βάσει ενδείξεων που τους παρουσιάζονται, να εξετάζουν τη λογική των συλλογισμών και να εφαρμόζουν τις ιδέες και τις γνώσεις τους στο χώρο εργασίας τους.⁶⁸

8.8 Οι πιέσεις για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Η σπουδαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές έχει επανειλημμένως τονιστεί διεθνώς. Το βασικό επιχείρημα είναι ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει όχι μόνο να διαθέτει επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες όταν εισέλθει στο επάγγελμα, αλλά και να διατηρεί αυτή την επάρκεια και κατά την επαγγελματική του σταδιοδρομία. Επιπροσθέτως, έχει προταθεί ότι κάθε νοσηλευτής θα πρέπει να κατανοήσει την ανάγκη να εκσυγχρονίζει και να επεκτείνει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του, και επίσης να είναι σε θέση να εκτιμήσει τις προσωπικές του μαθησιακές και γνωστικές ανάγκες. Ο Βρετανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (NMC), χαρακτηριστικά, δίνει την εξής οδηγία: «κάθε νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τον τρόπο που ασκεί το επάγγελμά του και, επομένως, πρέπει να προβαίνει συνεχώς στις απαραίτητες ενέργειες, ώστε να διατηρεί και να βελτιώνει τις επαγγελματικές του γνώσεις και δεξιότητες». Όμως, και ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) υιοθετεί παρόμοιες απόψεις και είναι σημαντικό ότι και οι δύο σύνδεσμοι έχουν σχεδιάσει προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Αυτά τα προγράμματα δίνουν όλο και περισσότερο έμφαση στην υποχρεωτική, παρά στην εθελοντική συμμετοχή σε κύκλους συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και, επομένως, εξασκούν πιέσεις στα εκπαιδευτικά ιδρύματα για να σχεδιάζουν και να προσφέρουν στους νοσηλευτές μια ποικιλία εκπαιδευτικών ευκαιριών.⁶⁸

Βλέπουμε λοιπόν τις ποικίλες πιέσεις που εξασκούν τα συλλογικά όργανα (για συμμετοχή στη διά βίου εκπαίδευση), αλλά και η κοινωνία (απαίτηση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας), προς τους νοσηλευτές, οι οποίοι απευθύνονται προς τις σχολές που αποφοίτησαν και ζητούν από τους πρώην

εκπαιδευτές τους επανεκπαίδευση. Γεννιέται όμως το ερώτημα εάν είναι έτοιμοι οι δάσκαλοί τους για το ρόλο αυτό. Οι καθηγητές των νοσηλευτικών σχολών πρέπει πρώτοι να παρακολουθούν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ώστε, με τη σειρά τους, να είναι σε θέση να προσφέρουν στους επαγγελματίες υγείας τη σύγχρονη γνώση. Αυτό θα έχει ως επακόλουθο την προσφορά ποιοτικής φροντίδας στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Ανάλογες και πολύ αξιόλογες έρευνες έχουν γίνει και στην Ελλάδα. Σε μια πρόσφατη έρευνα διαφάνηκε η έντονη επιθυμία της συντριπτικής πλειοψηφίας του δείγματος (n=204), αποφοίτων ΑΤΕΙ και ΑΕΙ, να συνεχίσει τις σπουδές του σε επίπεδο ειδικότητας (28,43%), master (35,25%) και διδακτορικού (16,69%). Οι όποιες διαφορές ανάμεσα στις προτιμήσεις των δύο ομάδων του δείγματος δικαιολογούνται από το διαφορετικό χαρακτήρα των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και δεν θα πρέπει να συσκοτίζουν το κύριο εύρημα της περιγραφικής αυτής έρευνας, που είναι ο διακαής πόθος των αποφοίτων για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η οποία έχει ως βασικό κίνητρο την ηθική ικανοποίηση (40,20%) των αποφοίτων. Μια άλλη έρευνα έδειξε ότι στην πράξη, δυστυχώς, οι ευκαιρίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι πολύ λίγες. Πιο συγκεκριμένα, σε δείγμα 30 μονάδων εμφραγμάτων της χώρας, μόνο το 27,5% του προσωπικού είχε ειδική εκπαίδευση πριν από την τοποθέτηση στο τμήμα, ενώ εκπαίδευση κατόπιν τοποθέτησης είχε μόνο το 30%. Επίσης, χαρακτηριστικό εύρημα είναι ότι στο 23,3% του δείγματος δεν δόθηκε καμία ολιγοήμερη εκπαιδευτική άδεια για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.⁶⁸



**ΚΙΝΔΥΝΟΙ
ΚΑΙ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΠΟΥ
ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗΣ
ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ
ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.**

9.1 Επαγγελματικοί κίνδυνοι.

9.1.1 Φυσικοί παράγοντες κινδύνου

Από τους φυσικούς παράγοντες κινδύνου, μόνο ο θόρυβος και οι ιονίζουσες ακτινοβολίες έχουν μελετηθεί στην ελληνική βιβλιογραφία. Οι διάδρομοι των νοσοκομείων προσδιορίστηκαν ως οι πλέον θορυβώδεις χώροι, με το θόρυβο να γίνεται αντιληπτός ακόμη και στις χειρουργικές αίθουσες κατά τη διεξαγωγή μη ορθοπεδικών επεμβάσεων.

Ειδικότερα για τα ορθοπεδικά χειρουργεία, ως κύριες πηγές θορύβου αξιολογήθηκαν το αεροτρύπανο σε λειτουργία συνδεδεμένο με τροχό ή πριόνι, το τρυπάνι με μπαταρία και η συναρμολόγηση των εργαλείων, σε συνδυασμό με τους χειρισμούς των χειρουργών. Στην κυρίως επέμβαση, η μέγιστη στάθμη θορύβου μετρήθηκε ίση με $L_{eq} 71,9 \text{ dB(A)}$, όπου L_{eq} είναι η στάθμη του σταθερού θορύβου που στο ίδιο χρονικό διάστημα έχει την ίδια ενέργεια με το μεταβλητό θόρυβο. Στην κυρίως εγχείρηση μη ορθοπεδικών χειρουργείων, η μέγιστη στάθμη βρέθηκε ίση με $L_{eq} 70,1 \text{ dB(A)}$. Η έκθεση των εργαζομένων σε ορθοπεδικό χειρουργείο στο θόρυβο βρέθηκε μεγαλύτερη κατά την κυρίως εγχείρηση και των εργαζομένων σε μη ορθοπεδικό χειρουργείο κατά την προετοιμασία. Η στάθμη θορύβου L_{eq} στην κυρίως επέμβαση, ανεξάρτητα από το είδος της επέμβασης, μετρήθηκε υψηλότερη των 60 dB(A) και σε ορισμένα νοσοκομεία υψηλότερη των 65 dB(A) . Στα περισσότερα νοσοκομεία που έχουν γίνει έρευνες, ο συνεχής θόρυβος μέσα στις χειρουργικές αίθουσες ξεπερνούσε τα 55 dB(A) , ενώ σε μικρότερο αριθμό νοσοκομείων ξεπερνούσε τα 60 dB(A) . Σε άλλες διερευνήθηκε ο θόρυβος σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), όπου βρέθηκε κατά 27 dB(A) υψηλότερος από τα ανώτατα προτεινόμενα όρια, τα οποία δεν πρέπει να υπερβαίνουν τα 40 dB(A) κατά τη διάρκεια της ημέρας και τα 35 dB(A) κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το L_{eq} μετρήθηκε μεταξύ $60,3$ και $67,4 \text{ dB(A)}$. Κατά τη διάρκεια των 72 ωρών των μετρήσεων, τα επίπεδα θορύβου στη ΜΕΘ κυμαίνονταν από $61,3$ – $67,4 \text{ dB(A)}$ κατά τη διάρκεια της ημέρας και από $60,3$ – $62,7 \text{ dB(A)}$ κατά τη διάρκεια της νύχτας. Η μέγιστη ένταση θορύβου κυμάνθηκε μεταξύ $83,5$ – $90,3 \text{ dB(A)}$, σε τιμές δηλαδή επικίνδυνες για την ακουστική λειτουργία, ενώ η μικρότερη μεταξύ 23 –

56 dB(A). Σχετικά με τις ιονίζουσες ακτινοβολίες, έχουν γίνει έρευνες για τους εργαζόμενους σε αιμοδυναμικά εργαστήρια. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε προσωπικό αιμοδυναμικών εργαστηρίων πέντε νοσοκομείων της Αθήνας, αναφέρεται ότι η προσλαμβανόμενη δόση ακτινοβολίας μετρήθηκε διαφορετική μεταξύ των ιατρών, γεγονός που αποδίδεται στο διαφορετικό πρωτόκολλο διεξαγωγής της διαδικασίας. Η προσλαμβανόμενη δόση της ακτινοβολίας από τους νοσηλευτές βρέθηκε τέσσερις φορές μικρότερη από αυτή των ιατρών. Στις μισές περιπτώσεις, τα μέσα ατομικής προστασίας δεν χρησιμοποιούνταν επαρκώς. Από άλλη έρευνα υπολογίστηκε ότι η προσλαμβανόμενη δόση ανά έτος κυμαίνεται σε τιμές πολύ μικρότερες από τα ανώτερα επιτρεπτά όρια. Οι μετρήσεις στους νοσηλευτές ανέδειξαν δόσεις μικρότερες του ορίου ανίχνευσης. Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε και η τρίτη έρευνα, η οποία –μετά από μετρήσεις– προσδιόρισε ως μέγιστη λαμβανόμενη δόση ανά έτος τα 1,9–2,8 mSv. ⁶⁹

9.1.2 Χημικοί παράγοντες κινδύνου

Οι χημικοί παράγοντες κινδύνου στο χώρο του νοσοκομείου είναι οι λιγότερο μελετημένοι στην Ελλάδα και έχουν επικεντρωθεί σχετικά με την αλλεργία στο latex, από το οποίο προκύπτει ότι η συχνότητα εμφάνισης αλλεργικής αντίδρασης στο υλικό αυτό είναι μεγαλύτερη στις νοσηλεύτριες σε σύγκριση με τους νοσηλευτές. Το ιστορικό αλλεργικής ρινίτιδας και το ιστορικό ατοπικής δερματίτιδας βρέθηκε να σχετίζονται θετικά με άμεση αλλεργική αντίδραση. Η συχνότητα εμφάνισης άμεσης αλλεργικής αντίδρασης και καθυστερημένης αλλεργικής αντίδρασης στο νοσηλευτικό προσωπικό των χειρουργείων είναι υψηλή. ⁶⁹

9.1.3 Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου.

Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες κινδύνου Όλες οι έρευνες που έχουν γίνει αναφέρονταν στην ηπατίτιδα Β. Σε προοπτική μελέτη που αφορούσε σε τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα στο προσωπικό νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης, βρέθηκε ότι συμβαίνουν 2,4 τραυματισμοί

ανά 100 άτομα υγειονομικού προσωπικού το χρόνο. Επισημαίνεται ότι τα ποσοστά είναι ενδεχομένως σημαντικά υψηλότερα, αφού πολλά από τα ατυχήματα δεν καταγράφονται, λόγω της χρονοβόρας διαδικασίας, της υποτίμησης του κινδύνου κλινικής εκδήλωσης του λοιμώδους νοσήματος και της λανθασμένης πεποίθησης ότι δεν μπορεί να προσφερθεί προστασία μετά το συμβάν. Τα μεγαλύτερα ποσοστά τραυματισμών αντιστοιχούν στους νοσηλευτές και τα λιγότερα στους ιατρούς, με τους χειρουργούς να τραυματίζονται συχνότερα. Οι γυναίκες επαγγελματίες υγείας τραυματίζονται συχνότερα από τους άνδρες. Στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 21 και 31 ετών αντιστοιχούν τα υψηλότερα ποσοστά τραυματισμών. Οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν στους θαλάμους, λιγότεροι στις χειρουργικές αίθουσες, τις ΜΕΘ και τα μικροβιολογικά εργαστήρια. Συχνότερος τραυματισμός είναι αυτός που γίνεται με βελόνα και, συγκεκριμένα, κατά την επανατοποθέτηση του προστατευτικού καλύμματος. Από μελέτες σχετικά με τον εμβολιασμό κατά της ηπατίτιδας Β, βρέθηκε ότι μόνο το 69% των ιατρών και το 65,8% των νοσηλευτών είχαν εμβολιαστεί. Όσοι δεν είχαν εμβολιαστεί, ανέφεραν ως αίτια την αμέλεια και την αδιαφορία, το φόβο ανεπιθύμητων ενεργειών από τον εμβολιασμό, καθώς και πεποιθήσεις ότι το εμβόλιο δεν συνεισφέρει στην πρόληψη της νόσου.⁶⁹

9.1.4 Εργονομικοί παράγοντες κινδύνου

Μυοσκελετικές διαταραχές: Σχετικά με τις διαταραχές του μυοσκελετικού σε ότι αφορά στη συχνότητα της οσφυαλγίας, ο επιπολασμός της σε νοσηλευτές νοσοκομείου τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αθήνα το 1995 υπολογίστηκε σε 63% και 67% για τα αναδρομικά διαστήματα των δύο εβδομάδων και των έξι μηνών, αντίστοιχα. Το 1/3 των νοσηλευτών μελέτης που έγινε ανέφερε απουσία από την εργασία και ποσοστό 65% απάντησε πως αναγκάστηκε να διακόψει μια εργασία λόγω έντονου πόνου στην οσφύ. Το 29% των νοσηλευτών απάντησε ότι κατά το 80% του χρόνου εργασίας του παραμένει σε όρθια θέση. Ως πιο συχνά επαναλαμβανόμενες εργασίες και ταυτόχρονα πιο επιβαρυντικές για την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης αναφέρθηκαν

η προσφορά βοήθειας στον άρρωστο για να σηκωθεί από το κρεβάτι, η μετακίνηση βάρους μεγαλύτερου από 15kg και η μεταφορά αρρώστων σε φορεία. Η εμφάνιση οσφυαλγίας δεν σχετίστηκε με το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών.⁶⁹

Σε έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό τεσσάρων γενικών νοσοκομείων της Κρήτης, η συχνότητα του πόνου στην οσφύ υπολογίστηκε ίση με 37,5%, στα άνω άκρα και στον αυχένα ίση με 30,1% και στα κάτω άκρα ίση με 15,1%. Ποσοστό 24% των νοσηλευτών έλαβε αναρρωτική άδεια λόγω της οσφυαλγίας, ενώ το 88,6% των νοσηλευτών απάντησε πως θεωρεί το νοσηλευτικό επάγγελμα ως σωματικά επίπονο, το 68,7% πως εργάζεται κάτω από συνθήκες πίεσης χρόνου και το 70,7% πως δεν δίνεται ευκαιρία διαλείμματος στη διάρκεια της εργασίας. Το φύλο, το ύψος και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την εμφάνιση μυοσκελετικών διαταραχών. Η προϋπηρεσία βρέθηκε να σχετίζεται με εμφάνιση πόνου στα άνω άκρα και τον αυχένα. Σε άλλη έρευνα σε νοσηλευτικό προσωπικό έξι γενικών νοσοκομείων της Αθήνας η οσφυαλγία αποτέλεσε τη συχνότερη ενόχληση και την πρώτη αιτία απουσίας από την εργασία λόγω πόνου από το μυοσκελετικό σύστημα. Σε όσους είχε παρουσιαστεί πόνος στην οσφυϊκή χώρα παρουσιάζονταν συχνότερα πόνοι στον αυχένα και στους ώμους. Ποσοστό 85% του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε τουλάχιστον ένα επεισόδιο μυοσκελετικού πόνου, 53% τουλάχιστον δύο επεισόδια και 22% τρία επεισόδια τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Το 64% του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφερε συχνό χειρισμό βάρους μεγαλύτερου των 5 kg. Οι αυξημένες απαιτήσεις της εργασίας και η αίσθηση μειωμένου ελέγχου στις διαδικασίες αναδείχθηκαν ως σημαντικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου για το χρόνιο πόνο και την απουσία από την εργασία. Ατομικά χαρακτηριστικά φάνηκε να συσχετίζονται μόνο με τη συχνότητα απουσίας από την εργασία λόγω χρόνιου πόνου. Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γενικό νοσοκομείο των Ενόπλων Δυνάμεων στην Αθήνα, φαίνεται ότι οι μυοσκελετικές ενοχλήσεις στους νοσηλευτές ξεκινούν σε σχετικά μικρό χρονικό διάστημα από την έναρξη ενασχόλησής τους με το επάγγελμα. Η παρατεταμένη όρθια θέση, η προσφορά βοήθειας για

την έγερση των ασθενών από το κρεβάτι, η μεταφορά αντικειμένων και ασθενών εμφανίζονται ως οι πιο επιβαρυντικές εργασίες. Η έλλειψη προσωπικού, ο φόρτος εργασίας και οι λανθασμένες τεχνικές αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου. Η οσφυαλγία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συχνότητα. Το 42,4% του προσωπικού έχει αναφέρει στην υπηρεσία κάποιο μυοσκελετικό πρόβλημα, αλλά δεν έχει λάβει ικανοποιητική ανταπόκριση. Οι γνώσεις των εργαζομένων και της διοίκησης καθώς και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής καταπόνησης του μυοσκελετικού συστήματος κρίνονται ανεπαρκείς. Προηγούμενος τραυματισμός στην οσφύ, ατομικό ιστορικό με πονοκεφάλους και αυξημένος φόρτος εργασίας, όπως αντικατοπτρίζεται στη συχνότητα ανύψωσης και μεταφοράς αντικειμένων, σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση μυοσκελετικού πόνου σε άλλη έρευνα. Ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το ύψος και το βάρος, δεν φαίνεται να σχετίζονται. Σε άλλη έρευνα για τη σύγκριση της συχνότητας εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων μεταξύ Ελλήνων και Δανών νοσηλευτών, βρέθηκε ότι οι Έλληνες εμφάνισαν συχνότερα οσφυαλγία κατά τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Σε ότι αφορά στη χρονιότητα των συμπτωμάτων, στον απουσιασμό και στους παράγοντες κινδύνου, δεν παρουσιάστηκαν διαφορές μεταξύ των δύο πληθυσμών.

Στην έρευνα σχετικά με τα μυοσκελετικά προβλήματα στους οδοντιάτρους, αναφέρεται ότι το 62% παρουσίασε τουλάχιστον μία διαταραχή του μυοσκελετικού συστήματος στο παρελθόν και ότι σε ποσοστό 30% ο πόνος είχε διάρκεια μεγαλύτερη του ενός μήνα, ως πιο συχνός αναδείχθηκε ο πόνος των χεριών.⁶⁹

9.1.5 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου

Λεκτική, συναισθηματική και σωματική βία: Από τη μοναδική σχετική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε σε δομές ψυχικής υγείας, υπολογίστηκε ότι το 94,8% του προσωπικού είχε μία εμπειρία ως θύμα βίας κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Η επίθεση προερχόταν κυρίως από τον ίδιο τον ασθενή, με βίαιο τράβηγμα, σπρώξιμο και χειροδικία. Το 67,3% των εργαζομένων απάντησε ότι εγκατέλειψε τη θέση του λόγω της επίθεσης και το 66,3% ότι μειώθηκε η

ποιότητα των υπηρεσιών του. Ποσοστό 94,7% του νοσηλευτικού προσωπικού απάντησε ότι ανέφερε το περιστατικό στον προϊστάμενο. Στην πλειοψηφία του, το προσωπικό δήλωσε ότι το συμβάν δεν καταγράφηκε από την υπηρεσία.⁶⁹

9.2 Επαγγελματική εξουθένωση.

9.2.1. Περιγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στη πιο συχνή περιγραφή του συνδρόμου στη βιβλιογραφία φαίνεται να διακρίνονται τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης: α) τη συναισθηματική εξάντληση, β) την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων και γ) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η ενέργεια, η συμμετοχή και η αποτελεσματικότητα του επαγγελματία εξανεμίζονται από την εξάντληση και τον κυνισμό. Η εργασία γίνεται «άψυχη», το άτομο διαβρώνεται ψυχικά και πνευματικά. Νιώθει συναισθηματικά στεγνό, οδυνηρά άδειο. Η «συναισθηματική νέκρωση» συχνά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής του. Ακόμη και όταν αλλάξουν οι συνθήκες προς το καλύτερο, το θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσκολεύεται να αντιληφθεί την αλλαγή, γίνεται δύσπιστο και παγιδεύεται στο φαύλο κύκλο της αποπροσωποποίησης. Η αδιαφορία του για τους άλλους – στοιχείο που διακρίνει την επαγγελματική εξουθένωση από το επαγγελματικό άγχος – μπορεί να φθάνει ακόμη και στο σημείο της απάθειας. Δυστυχώς, το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στα άτομα που ήταν ιδιαίτερα ενθουσιασμένα με το αντικείμενό τους και συνεισέφεραν σε αυτό με νέες ιδέες και πολλή ενέργεια, έχοντας όμως υψηλές προσδοκίες εξέλιξης και ανταμοιβής.⁷⁰

Το πέρασμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται από τα ακόλουθα στάδια:

- α) Στάδιο ενθουσιασμού: Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς.
- β) Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας: Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι, ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του.

γ) Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης: Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά αισθάνεται απογοήτευση και κατάθλιψη.

δ) Στάδιο απάθειας: Ο επαγγελματίας αισθάνεται «κενός» στο τέλος της ημέρας, απαθής, αποθαρρημένος, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.

Σημαντικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ότι αποτελεί μια ύπουλη διαδικασία, η οποία είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Τα άτομα που υποφέρουν από το συγκεκριμένο σύνδρομο, δεν αντιλαμβάνονται ακριβώς τι τους συμβαίνει, ενώ συχνά απωθούν ή συνειδητά επιλέγουν να αγνοήσουν τα σωματικά συμπτώματα, τις γνωσιακές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο που τους προκαλεί. Οι παρακάτω περιγραφές προκύπτουν από αναφορές των ίδιων των νοσηλευτών μετά την ανάρρωσή τους από το σύνδρομο.⁷⁰

9.3 Κυκλικό ωράριο.

9.3.1. Ορισμός και χαρακτηριστικά της «εργασίας κατά ωράρια».

Με βάση την οδηγία 2003/88/EK της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) και του Παγκόσμιου Οργανισμού Εργασίας (ΠΟΥ) σχετικά με ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας «ως εργασία κατά ωράρια» ορίζεται ότι «κάθε μέθοδος οργάνωσης της ομαδικής εργασίας κατά την οποία οι εργαζόμενοι διαδέχονται ο ένας τον άλλον στις ίδιες θέσεις εργασίας με ορισμένο ρυθμό, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού περιτροπής, η οποία μπορεί να είναι συνεχής ή ασυνεχής, γεγονός το οποίο υποχρεώνει τους εργαζόμενους να επιτελούν μια εργασία σε διαφορετικές ώρες σε μια δεδομένη περίοδο ημερών ή εβδομάδων» και «εργαζόμενος σε ωράρια» αναφέρεται κάθε εργαζόμενος με ωράριο που εντάσσεται σε πρόγραμμα εργασίας κατά ωράρια εργασίας. Τα ωράρια εργασίας ταξινομούνται σε πρωινά, απογευματινά και νυκτερινά, ώστε οι εργαζόμενοι να εργάζονται με συνδυασμό δύο ή και περισσότερων ωραρίων που εναλλάσσονται περιοδικά.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της εργασίας με ωράρια είναι ο προγραμματισμός, η συνέχεια και η εναλλαγή των ωραρίων εργασίας. Οι προγραμματισμένες ώρες εργασίας ενός εργαζόμενου εναλλάσσονται ημερησίως

ή εβδομαδιαίως ή παραμένουν μόνιμα σε ένα ωράριο. Οι εναλλαγές του ωραρίου μπορεί να είναι συνεχείς, ημισυνεχείς και διακοπτόμενες. Η εργασία με ωράρια ονομάζεται συνεχής όταν οι ομάδες των εργαζομένων είναι εναλλασσόμενες ή διαδοχικές μέσα στο 24ωρο, περιλαμβανομένων των αργιών. Στο συνεχές σύστημα ωραρίου εργασίας, το ελάχιστο του ανθρώπινου δυναμικού που πρέπει να απασχολείται είναι τέσσερις ομάδες εργαζομένων –οι τρεις να εργάζονται 8ωρο ωράριο και μία ομάδα να αναπαύεται– και είναι γνωστό ως το «4x8 συνεχές σύστημα». Όταν η παραγωγή εργασίας διακόπτεται στο τέλος της εβδομάδας αλλά οι εργαζόμενοι απασχολούνται τις νυκτερινές ώρες και οι ομάδες των εργαζομένων είναι εναλλασσόμενες ή διαδοχικές, το σύστημα ωραρίου εργασίας αναφέρεται ως «3x8 ημισυνεχές σύστημα». Στο διακοπτόμενο σύστημα ωραρίου εργασίας, ή διαφορετικά στο σύστημα με δύο ωράρια, εμπλέκονται δύο ή και τρεις ομάδες εργαζομένων, οι οποίοι δεν εργάζονται νυκτερινό ωράριο ή κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου.⁷¹

Δύο άλλα χαρακτηριστικά για το σχεδιασμό των συστημάτων ωραρίου εργασίας είναι ο ρυθμός και η κατεύθυνση της εναλλαγής των ωραρίων. Τα συστήματα ωραρίων εργασίας μπορούν να εναλλάσσονται κατευθυνόμενα προς τα εμπρός σύμφωνα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού, π.χ. ένα πρωινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και κατόπιν από νυκτερινό ωράριο ή κατευθυνόμενα προς τα πίσω αντίστροφα από τη φορά των δεικτών του ρολογιού, π.χ. ένα νυκτερινό ωράριο εργασίας να ακολουθείται από απογευματινό και στη συνέχεια από πρωινό ωράριο εργασίας.

Ο ρυθμός εναλλαγής του συστήματος ωραρίου εργασίας μπορεί να είναι γρήγορος, μία ή δύο ημέρες στο ίδιο σύστημα ωραρίου και κατόπιν αλλαγή, ή αργός, πέντε ή και παραπάνω ημέρες στο ίδιο σύστημα ωραρίου εργασίας πριν από την εναλλαγή σε άλλο. Εκτός από το 8ωρο ωράριο που αναφέρθηκε παραπάνω, προκειμένου να καλυφθεί το 24ωρο στην παραγωγή, σε ορισμένες χώρες χρησιμοποιείται και το σχήμα των δύο 12ωρων ωραρίων εργασίας. Το κύριο επιχείρημα για την υιοθέτηση των 12ωρων ωραρίων αναφέρεται στο γεγονός ότι προκύπτουν περισσότερες ημέρες ανάπαυσης και κυρίως ελεύθερο σαββατοκύριακο για τον εργαζόμενο.

Στην Ελλάδα, η οργάνωση των ωραρίων εργασίας είναι συνήθως, ακανόνιστη, ταχέως εναλλασσόμενη, με κύριο στόχο να καλυφθούν οι ανάγκες της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας .⁷¹

Επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει ένα ενδογενές βιολογικό ρολόι, το κερκάδιο ρυθμικό σύστημα, το οποίο προετοιμάζει το σώμα και το μυαλό κατά τη νυκτερινή περίοδο για ύπνο και το πρωί αλλάζει τη λειτουργία του ώστε κατά τη διάρκεια της ημέρας να είναι σε εγρήγορση και ετοιμότητα. Το κερκάδιο ρυθμικό σύστημα είναι αρκετά ανθεκτικό στις μεταβολές, κυρίως στις αιφνίδιες, όπως συμβαίνει στα ωράρια εργασίας και στις ώρες ύπνου ενώ ο αποσυγχρονισμός του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έλλειψη αντοχής στην εργασία με εναλλασσόμενα ωράρια. Η αυξημένη υπνηλία και η κούραση λόγω της οφειλής του οργανισμού σε ύπνο, τα δυνητικά προβλήματα υγείας, σωματικής και ψυχικής, τα αυξημένα επίπεδα νευρικότητας και συναισθηματικής εξουθένωσης, οι οικογενειακές και οι κοινωνικές δυσκολίες, καθώς και η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία με αντίκτυπο στην αποδοτικότητα αποτελούν τις κύριες συνέπειες που προκύπτουν από την εργασία με ωράρια. Επιπλέον, πρέπει να τονιστεί ότι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει τη συσχέτιση των ωραρίων εργασίας με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού στο γυναικείο πληθυσμό. Η διαταραχή του ύπνου στους εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια. Η διαταραχή του ύπνου που σχετίζεται με την εργασία σε εναλλασσόμενα ωράρια έχει μελετηθεί εκτεταμένα. Είναι γνωστό ότι η ποιότητα και η διάρκεια του ύπνου είναι παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση, την απουσία από την εργασία και το stress στο χώρο εργασίας, καθώς η στέρηση του ύπνου (sleep deprivation) μπορεί να έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στην υγεία.⁷¹

Η διάρκεια του ύπνου μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων, ωστόσο αποτελεί ένδειξη για την καταλληλότητα του συστήματος ωραρίου εργασίας που ακολουθείται. Σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση 44 δημοσιευμένων μελετών σχετικών με τη μέτρηση της διάρκειας ύπνου των εργαζομένων με ωράρια εργασίας βρέθηκε ότι όσοι εργάζονταν σταθερά σε κάποιο ωράριο, ακόμη και

νυκτερινό, κοιμόντουσαν περισσότερες ώρες συγκριτικά με όσους ακολουθούσαν ταχέως εναλλασσόμενο ή εβδομαδιαία εναλλασσόμενο σύστημα ωραρίου εργασίας. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι σε απογευματινό ωράριο εργασίας κοιμούνται περισσότερο, οι εργαζόμενοι σε πρωινό ωράριο κοιμούνται λιγότερο και οι εργαζόμενοι σε νυκτερινό ωράριο κοιμούνται ακόμη λιγότερο. Το ίδιο συμβαίνει και με όσους εργαζόμενους εργάζονται με ωράριο σε κατάσταση ετοιμότητας (on call), οι οποίοι κοιμούνται λιγότερες ώρες. Η κόπωση-εξουθένωση, επομένως, που αισθάνονται οι εργαζόμενοι με εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας μπορεί να χαρακτηριστεί ως το αποτέλεσμα που προέκυψε από το συνδυασμό της μειωμένης διάρκειας ύπνου, με την ώρα της ημέρας κατά την οποία ο εργαζόμενος βρήκε χρόνο για να κοιμηθεί. Παρά το γεγονός ότι όσο περισσότερο εργάζεται κάποιος, τόσο περισσότερο κουράζεται, η κούραση κλιμακώνεται ταχύτερα κατά τη νυκτερινή εργασία συγκριτικά με την εργασία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών του ύπνου, κυρίως μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε νυκτερινό ωράριο αποτελεί ένδειξη ότι πρόκειται για ένα πρόβλημα επαγγελματικής υγείας. Πολλές μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη ψυχολογικών διαταραχών στους εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας, όπως είναι η χρόνια κόπωση, η κατάθλιψη, η συναισθηματική εξουθένωση (burn-out), ως συνέπεια του συνδυασμού ωραρίων εργασίας και απώλειας ύπνου.⁷¹

Η ανεπάρκεια του ποιοτικού ύπνου προκαλεί μια μορφή stress που φέρει επιπτώσεις σε ψυχοσωματικό επίπεδο. Η ποιότητα του ύπνου αναφέρεται στο λεγόμενο «βαθύ ύπνο», όπου μείωσή του προκαλεί επεισόδια διέγερσης κατά τη διάρκειά του. Η κατάσταση αυτή ενεργοποιεί το νευροορμονικό σύστημα προκαλώντας μεταβολές στο ανοσοποιητικό και το μεταιχμιακό σύστημα με διαταραχές σε συναισθηματικό, γνωστικό και σωματικό επίπεδο.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η πνευματική κόπωση, το γνωστικό stress, η εξουθένωση και οι αλλαγές στην ψυχική διάθεση συναντώνται πιο συχνά σε άτομα που υποφέρουν από ανεπάρκεια ύπνου. Το stress διεγείρει το σύστημα εκλυτικού παράγοντα κορτικοτροπίνης του εγκεφάλου, προκαλώντας επιδείνωση

γαστρεντερικών ενοχλήσεων σε άτομα με ψυχολογικές διαταραχές. Άτομα που υποφέρουν από χρόνια stress είναι περισσότερο επιρρεπή σε λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος ή γενικότερα σε λοιμώξεις.⁷¹

Η κόπωση λόγω μείωσης της ποιότητας του ύπνου μπορεί να επιφέρει επίσης αιμοδυναμικές αλλαγές, όπως τα πρώτα συμπτώματα ισχαιμίας. Άλλωστε, δεν είναι λίγες οι μελέτες που αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο καρδιακής ισχαιμίας στους εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας.

Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου σε σωματικό επίπεδο. Τα συστήματα τα οποία πλήττονται κατά κύριο λόγο από την εργασία με ωράρια είναι το καρδιαγγειακό και το γαστρεντερικό. Κατά πόσο συσχετίζεται το εναλλασσόμενο σύστημα ωραρίου εργασίας με διάφορες καρδιαγγειακές νόσους είναι ακόμη υπό συζήτηση. Το stress που δημιουργεί το εναλλασσόμενο ωράριο μπορεί να έχει επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα είτε με άμεσους είτε με έμμεσους μηχανισμούς. Οι πρώτοι αφορούν σε νευροορμονικούς μηχανισμούς που προκαλούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και κορτιζόλης με άμεση επίδραση στην αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, τους μηχανισμούς θρόμβωσης και στο μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης. Οι έμμεσοι μηχανισμοί αφορούν στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου, τις μη σωστές διατροφικές συνήθειες, την κατανάλωση οινοπνεύματος, την έλλειψη σωματικής άσκησης, τις ακανόνιστες ώρες ύπνου, καθώς και το κάπνισμα, το οποίο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόκληση και την εξέλιξη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Το κάπνισμα, η υπέρταση και η υπερχοληστεριναιμία είναι απόλυτα τεκμηριωμένοι παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση καρδιαγγειακού νοσήματος. Παλαιότερες επιδημιολογικές μελέτες, που αφορούσαν στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη συστηματική απουσία από το χώρο εργασίας, δεν έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ των εργαζομένων που εργάζονταν νύχτα και αυτών που εργάζονταν ημέρα όσον αφορά στα καρδιαγγειακά νοσήματα και συγκεκριμένα, στηθάγχη, θρόμβωση των αγγείων του μυοκαρδίου και υπέρταση.⁷¹

Νεότερες μελέτες, όμως, έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασίας με κυκλικό ωράριο και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου στους

εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια συγκριτικά με όσους εργάζονται μόνιμα πρωινό ωράριο. Ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση αποτελούν δύο από τις παραμέτρους του βιολογικού κύκλου που φαίνεται ότι επηρεάζονται από το εναλλασσόμενο ωράριο. Ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται κατά τη διάρκεια της εργασίας και μειώνονται κατά τη διάρκεια του ύπνου, ανεξάρτητα από το ωράριο που ακολουθείται. Από τη στιγμή που ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή πίεση ελέγχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, υπάρχει μια υπόθεση ότι και το εναλλασσόμενο ωράριο επηρεάζει το βιολογικό ρυθμό λειτουργίας του. Μετρήσεις που έγιναν σε κατεχολαμίνες έδειξαν ότι το συμπαθητικό σύστημα επηρεάζεται από το εναλλασσόμενο ωράριο. Για παράδειγμα, αυξημένο stress στο χώρο εργασίας, αρνητική διάθεση ή και μείωση της απόδοσης εκμάθησης παρατηρήθηκε σε άτομα με εναλλασσόμενο ωράριο, που πιθανόν να σχετίζονται με αλλαγές στη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα συμμετέχει και στην εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου μέσω της ρύθμισης του αγγειακού τόνου και της πηκτικότητας του αίματος. Επομένως, ο αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακής νόσου στους εργαζόμενους με ωράρια εργασίας μπορεί να αποδοθεί στις αλλαγές της λειτουργίας του αυτόνομου συστήματος. Ο συγχρονισμός λήψης των γευμάτων αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς κινητικούς ρυθμούς που συμβάλλουν στη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ώρα της ημέρας που λαμβάνονται τα γεύματα και η συχνότητα λήψης αυτών. Η ώρα της ημέρας, κατά την οποία καταναλώνονται τα γεύματα, μπορεί να επηρεάσει την πέψη και το μεταβολισμό σε συνδυασμό με τον κινητικό ρυθμό του ατόμου και μπορεί να επιδράσει ακόμη και στην απόδοσή του. Η κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η έκκριση των γαστρικών οξέων, η δραστηριότητα των ενζύμων και η απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών εμφανίζουν κινητικά περιδικότητα, καθώς και ο ηπατικός μεταβολισμός. Η λήψη των γευμάτων σε διαφορετικές και ακανόνιστες ώρες προκαλεί αλλαγή της κινητικότητας του εντέρου και της έκκρισης των γαστρικών υγρών ενώ ενοχοποιείται για την εκδήλωση γαστρεντερικών συμπτωμάτων, καθώς και γαστρικών και δωδεκαδακτυλικών

ελκών. Έτσι, δημιουργείται διαφορά φάσης μεταξύ του κερκάρδιου ρυθμού του αισθήματος της πείνας και της πέψης, η οποία είναι συγχρονισμένη με τον κύκλο «ημερήσια δραστηριότητα/ νυκτερινός ύπνος», και της αλλαγής της τυπικής ώρας που λαμβάνονται τα κύρια και τα ενδιάμεσα γεύματα, κυρίως κατά τη νυκτερινή εργασία.⁷²

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, το 20–75% των εργαζομένων που εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο και νυκτερινά εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας παραπονούνταν για διαταραχές της όρεξης, δυσκοιλιότητα, δυσπεψία, αίσθηση καύσου, επίμονα κοιλιακά άλγη και μετεωρισμό συγκριτικά με το 10–25% αυτών που εργάζονταν μόνο την ημέρα ή έκαναν ημερήσια ωράρια εργασίας. Υπάρχει η πιθανότητα, πολλοί από αυτούς να εκδηλώσουν χρόνια γαστρίτιδα, γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος. Σε άλλη μελέτη, που συνέκρινε 60 νοσηλευτές σε μόνιμα πρωινό ωράριο και 58 νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο, έδειξε ότι συμπτώματα δυσλειτουργίας του εντέρου ήταν πιο συχνά στους νοσηλευτές με κυκλικό ωράριο και συσχετιζόνταν θετικά με διαταραχές του ύπνου.

Η θερμιδική πρόσληψη μπορεί να μην αλλάζει, τροποποιείται όμως η ποιότητα των τροφών που καταναλώνονται από τους εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας. Κατά τη διάρκεια του νυκτερινού ωραρίου εργασίας λαμβάνονται προπαρασκευασμένα γεύματα, γίνεται μεγάλη κατανάλωση ροφημάτων, όπως καφέ, αναψυκτικών με υψηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη, τσαγιού και τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες. Μακροπρόθεσμα, οι συγκεκριμένες συνήθειες σε συνδυασμό με το κάπνισμα, ευθύνονται για γαστρεντερικά προβλήματα. Επιπλέον, η λήψη τροφής τις νυκτερινές ώρες σε συνδυασμό με τη νυκτερινή εργασία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στο μεταβολισμό του ατόμου, δεδομένου ότι αποτελεί έναν από τους κερκάρδιους ρυθμούς. Επομένως, υπάρχει πιθανότητα να παρατηρηθεί αύξηση των λιπιδίων στο αίμα και του δείκτη μάζας σώματος (BMI) σε εργαζόμενους με κυκλικό ωράριο.⁷¹

9.3.2. Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου στην οικογενειακή και την κοινωνική ζωή.

Η διαταραχή της κοινωνικής και της οικογενειακής ζωής αποτελεί σημαντικότερη επίπτωση της εργασίας με εναλλασσόμενα ωράρια. Οι εργαζόμενοι με ωράρια αισθάνονται ότι μειονεκτούν έναντι άλλων προσώπων όσον αφορά στη δυνατότητα που έχουν να συμμετέχουν σε οικογενειακές και σε κοινωνικές δραστηριότητες. Οι εργαζόμενοι σε απογευματινό ωράριο εργάζονται όταν πολλές οικογενειακές και κοινωνικές δραστηριότητες λαμβάνουν χώρα, π.χ. σχολικές εορτές. Ο ελεύθερος χρόνος των εργαζομένων με εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας υφίσταται συνήθως όχι τα σαββατοκύριακα αλλά στο μέσον της εβδομάδας, όταν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας εργάζονται ή βρίσκονται στο σχολείο. Επιπλέον, η εργασία το σαββατοκύριακο προκαλεί μεγάλο βαθμού δυσαρέσκεια στον εργαζόμενο και την οικογένειά του. Οι εργαζόμενοι με ωράριο αναφέρουν ότι έχουν λιγότερους φίλους και αρέσκονται σε μοναχικές δραστηριότητες τις ώρες που δεν εργάζονται συγκριτικά με εργαζόμενους με πρωινό ωράριο. Σε μια μελέτη, το 61% ανέφερε ότι η εργασία με εναλλασσόμενο ωράριο επηρέασε κατά κύριο λόγο την κοινωνική τους ζωή και δεν ήταν ευχαριστημένοι με την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Επειδή, το κοινωνικό δίκτυο διαδραματίζει έναν εξισορροπιστικό ρόλο στην εκδήλωση ψυχοσωματικών νοσημάτων, οι εργαζόμενοι σε εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας πιθανόν να έχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αυτών. Σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 162 εργαζόμενους στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι η νυκτερινή απασχόληση αυξάνει την πιθανότητα λύσης ενός γάμου και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τη γυναίκα. Όταν υπάρχουν και παιδιά, οι σύζυγοι θα πρέπει να αναλάβουν πρωτοβουλίες πρωταρχικής σημασίας, όπως είναι η προετοιμασία του δείπνου, η ατομική υγιεινή και η προετοιμασία των παιδιών για το σχολείο την επομένη ημέρα, από τη στιγμή που η μητέρα θα επιστρέψει στο σπίτι αργά το βράδυ ή τις πρώτες πρωινές ώρες. Επειδή η πλειοψηφία των ανδρών δεν είναι στον ίδιο βαθμό ικανοί ή σε θέση για την ανάληψη τέτοιων ευθυνών συγκριτικά με τις γυναίκες, βρίσκουν τη φροντίδα των παιδιών ως μια

στρεσογόνο ή πιθανόν και ανεπιθύμητη δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα λύσης του γάμου.

Οι επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Το νοσηλευτικό επάγγελμα εμπεριέχει πολλούς στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο εργασίας, όπως απαιτητικοί ασθενείς, πίεση χρόνου, φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού, κυκλικό ωράριο και νυκτερινό ωράριο εργασίας που λειτουργούν αθροιστικά με τη διαταραχή σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Η δυσαρέσκεια του νοσηλευτικού προσωπικού που εκφράζεται με διάφορα ψυχοσωματικά και ψυχονευρωτικά συμπτώματα είναι συνήθης. Συχνά, αναφέρουν κατάθλιψη, αίσθημα απελπισίας, χρόνια κόπωση, συναισθηματική εξουθένωση, θυμό και γνωστική διαταραχή και εμφανίζουν νευρωτική συμπεριφορά. Η αποδιοργάνωση του κερκάδιου ρυθμού μπορεί να προκαλέσει διατάραξη της ψυχοκοινωνικής δομής του εργαζόμενου, με συνέπεια την κατάθλιψη. Μελέτες σε νοσηλευτικό προσωπικό έχουν δείξει τη συσχέτιση μεταξύ εργασίας με εναλλασσόμενα ωράρια, κατάθλιψης και stress. Ο φόρτος εργασίας, ο αριθμός των νυκτερινών ωραρίων εργασίας, το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ των ημερών ανάπαυσης, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων σχετίζονται με υψηλότερη βαθμολογία συναισθηματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν με σύστημα τριών εναλλασσόμενων ωραρίων ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα άγχους συγκριτικά με συναδέλφους τους που απασχολούνταν σε σύστημα δύο ωραρίων εργασίας, ενώ δε βρέθηκε αντίστοιχη διαφορά στους άνδρες νοσηλευτές. Αντίθετα, νοσηλευτές που ελάμβαναν υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον ανέφεραν μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση, λιγότερο stress και ψυχολογική κόπωση.⁷¹

Ωστόσο, η εργασία με εναλλασσόμενα ωράρια έχει και πλεονεκτήματα για ορισμένους εργαζόμενους. Τα άτομα αυτά επιλέγουν να εργάζονται με ωράρια για διάφορους λόγους, όπως είναι οι υψηλότερες αποδοχές συγκριτικά με την εργασία σε πρωινή ώρα, η δυνατότητα να συνδυαστεί η εργασία με σπουδές, η δυνατότητα ευκολότερης πρόσβασης σε εμπορικά μαγαζιά και υπηρεσίες τις ημέρες ανάπαυσης στο μέσον της εβδομάδας και η δυνατότητα να μοιράζονται

οι ευθύνες μεταξύ συζύγων στη φροντίδα των παιδιών. Τα παραπάνω πλεονεκτήματα της εργασίας με εναλλασσόμενα ωράρια, αρχικά μπορεί να είναι ελκυστικά για τους εργαζόμενους και να ενθαρρύνουν τους ήδη εργαζόμενους. Ωστόσο, οι αρνητικές επιπτώσεις της εργασίας με εναλλασσόμενα ωράρια είναι αναπόφευκτο στοιχείο.⁷¹

9.4 Εργασιακό άγχος.

9.4.1. Δυσάρεστο Εργασιακό Περιβάλλον στα Δημόσια Νοσηλευτικά Ιδρύματα και Υγεία.

Ο εργασιακός χώρος στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι ίσως η σημαντικότερη αιτία, που ευθύνεται για την εμφάνιση του συνδρόμου χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυξημένων επιπέδων άγχους. Ειδικά για το χώρο της υγείας, δηλαδή νοσηλευτές, τα πράγματα είναι ιδιαίτερα δύσκολα καθώς έχουν να κάνουν καθημερινά με τη διαχείριση του πόνου, την ασθένεια και την ψυχική ηρεμία τόσο των ασθενών, όσο και τη δική τους. Συμπτώματα που αντιμετωπίζουν και υποφέρουν από αυτά οι εργαζόμενοι στο χώρο είναι τα ακόλουθα :

Έντονα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις:

- Ανυπομονησία .
- Αρνητισμός.
- Αδυναμία αντίδρασης.
- Σύγχυση.
- Έλλειψη ελπίδας.
- Θυμός, αίσθημα "ματαίωσης" και απογοήτευσης .
- Συναισθηματική απομάκρυνση και απομόνωση από τους οικείους του από τους συναδέλφους.
- Έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία.
- Ανία, αδιαφορία, αποτυχία.
- 'Εγκλωβισμός' σε μια κατάσταση από την οποία δεν υπάρχει διαφυγή.
- Υπερβολική πίεση από τα καθήκοντα.
- Αβεβαιότητα για τις ικανότητες και την επαγγελματική επάρκεια .

- Έντονο άγχος, αναποφασιστικότητα.
- Κυνισμός, ευερεθιστότητα.

Επίσης, μπορεί να παρουσιαστούν και σωματικές ενοχλήσεις, όπως:

- Πονοκέφαλοι, πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος.
- Προβλήματα στον ύπνο (αϋπνία ή υπνηλία).
- Αλλαγές στην όρεξη (μείωση ή αύξηση).
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση.
- Τρίξιμο δοντιών στον ύπνο.
- Έντονη, παρατεταμένη κόπωση,

Αυτό που μπορεί κάποιος να προσφέρει στον εαυτό του και ο οποίος εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα, όταν συνειδητοποιήσει ότι είναι σωματικά και ψυχικά εξαντλημένος από την εργασία του, είναι τα ακόλουθα. Το πρώτο βήμα είναι να αναγνωρίσει τις αιτίες που τον κάνουν να νιώθει τόση πίεση. Οι εργασιακές συνθήκες, ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται για τη δουλειά τους, οι στόχοι που έχουν θέσει και η υπόλοιπη ζωή τους. Επίσης να επιτελούν τα ακόλουθα :

- Να αναγνωρίσουν τα όριά τους και τον περιορισμένο έλεγχο που εκ των πραγμάτων έχουν σε κάποιες καταστάσεις και να διακρίνουν αυτά που μπορούν αν αλλάξουν από εκείνα που πρέπει να αποδεχτούν ως έχουν.
- Να φροντίζουν τον εαυτό τους τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά για αντοχή εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Πιο ισορροπημένη διατροφή, καλύτερος ύπνος, σωματική άσκηση και ξεκούραση.
- Να μάθουν να χειρίζονται το στρες με διαφορετικούς τρόπους
- Να οργανώνουν καλύτερα το χρόνο τους.
- Να μάθουν να λέμε "όχι" χωρίς φόβο και ενοχές και να δίνουν προτεραιότητα στον εαυτό τους και στις ανάγκες τους.
- Να θέτουν ρεαλιστικούς και εφικτούς στόχους.
- Να μοιράζονται με άλλους τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τους όταν είναι εφικτό, αρκεί πρώτα να επιτρέψουν στον εαυτό τους να ζητήσει βοήθεια, να δεχτούν ότι και οι άλλοι μπορούν να τις φέρουν σε πέρας εξίσου καλά.

- Να 'τροφοδοτήσουν' και να φροντίσουν τις εργασιακές αλλά και τις προσωπικές σχέσεις τους και γενικότερα τη ζωή μας έξω και πέρα απ' τη δουλειά.
- Να εκφράσουν τη δυσαρέσκεία τους, στο μέτρο του δυνατού, στα κατάλληλα πρόσωπα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν (προϊσταμένους, συναδέλφους κ.λπ.)
- Να εξετάσουν την πιθανότητα να αναζητήσουν άλλη εργασία εφόσον οι συνθήκες δεν αλλάζουν.

Η χρόνια σωματική και ψυχική κόπωση του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσηλευτικά ιδρύματα στην ουσία μπορεί να είναι μια "προστατευτική αντίδραση" του οργανισμού τους, που λέει ότι δεν αντέχει άλλο τους ρυθμούς και πιθανόν τις επιλογές μας και απαιτεί να αλλάξουμε "πορεία". Με λίγα λόγια, δεν χρειάζονται και πολλά παρά μόνο να αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία τα διάφορα συμβάντα. Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση στα νοσηλευτικά ιδρύματα, περιλαμβάνονται η ενδυνάμωση, η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο stress η αίσθηση αποτελεσματικότητας, η καλή ψυχική διάθεση και το άγχος.⁷²

Αν και κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, ορισμένοι ατομικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται να συσχετίζονται συστατικά με την επαγγελματική εξουθένωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στα πλαίσια συγχρονικών μελετών.⁷²

9.4.2. Συνθήκες Απασχόλησης στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που Αυξάνουν τα Επίπεδα Άγχους και Μειώνουν το Επίπεδο Αυτοεκτίμησης των Νοσηλευτών.

Οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών νοσηλευτών υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι κατάλληλες. Δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει

καταργηθεί η πελατειακή σχέση γιατρού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Καταρχήν, η πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού – καταναλωτή, λόγω της ισχυρής του θέσης. Μόνο αυτός καθορίζει ποιες εξετάσεις ή τι θεραπεία χρειάζεται ο ασθενής και δημιουργεί προκλητή ζήτηση στην αγορά υγειονομικών υπηρεσιών (σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, η παραοικονομία αυξάνει τα εισοδήματα των γιατρών κυρίως ορισμένων ειδικοτήτων κατά 40% περίπου) και πλήγμα στην ελληνική οικονομία. Το υπόλοιπο προσωπικό του δημόσιου τομέα υγειονομικού τομέα και κυρίως το νοσηλευτικό δεν αμείβεται καθόλου ικανοποιητικά. Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν λοιπόν κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, που συχνά προσφέρουν περισσότερα στον άρρωστο από ότι ο γιατρός, να υποβαθμίζονται.⁷³

9.5 Ο ρόλος του φύλου στην επιλογή του επαγγέλματος στη νοσηλευτική.

9.5.1. Άνδρες σε «γυναικεία» επαγγέλματα – Πλεονεκτήματα.

Η εργασία σε ένα «γυναικείο» επάγγελμα, όπως αυτό της νοσηλευτικής, δύναται να προσφέρει στους άνδρες αρκετά πλεονεκτήματα και οφέλη, κυρίως λόγω του μικρού αριθμού τους. Αυτά μπορούν να συνοψιστούν σε τρία βασικά φαινόμενα. Το πρώτο αναφέρεται στο γεγονός ότι οι άνδρες συνήθως μπορούν και ανέρχονται την ιεραρχία του επαγγέλματος σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα σε σχέση με τις γυναίκες συναδέλφους τους σε χώρες εκτός της Ελλάδος. Το δεύτερο σχετίζεται με την ανάληψη καθηκόντων σε συγκεκριμένες ειδικότητες όπως παραδείγματος χάριν στη ψυχιατρική νοσηλευτική, στην κλινική και ακαδημαϊκή εκπαίδευση, στη διοίκηση, στην εντατική και επείγουσα θεραπεία και στη χειρουργική νοσηλευτική. Τελευταία, τα δύο

παραπάνω φαινόμενα συντελούν στις αυξημένες οικονομικές απολαβές που αν και είναι χαμηλότερες σε σχέση με άλλα πιο «ανδρικά» επαγγέλματα εντούτοις είναι μεγαλύτερες από αυτές των γυναικών συναδέλφων τους. Στη νοσηλευτική το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που σε πολλές περιπτώσεις ξεπερνά το 90% σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό ανδρών σε ανώτερες ιεραρχικές θέσεις μέσα στο επάγγελμα αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά θέματα στις συζητήσεις σχετικά με το μέλλον του επαγγέλματος και ειδικότερα στο κατά πόσο οι άνδρες νοσηλευτές συμβάλλουν ή παρακωλύουν την εξέλιξή του. Αυτό που δεν αποδέχεται αμφισβήτηση πλέον είναι το γεγονός ότι οι άνδρες ευνοούνται από την κυρίαρχη πατριαρχική ιδεολογία και δεοντολογία που διέπει οργανισμούς και επαγγέλματα εις βάρος των γυναικών. Για παράδειγμα, οι τεράστιες απαιτήσεις μιας καριέρας και συνάμα η έλλειψη των απαραίτητων διευκολύνσεων ώστε οι γυναίκες εργαζόμενες να μην θέτουν σε προτεραιότητα την οικογένεια ευνοούν την επαγγελματική ανέλιξη των ανδρών.⁷⁴

Άλλες απόψεις τονίζουν την ευθύνη που οι ίδιες οι γυναίκες νοσηλεύτριες βοηθούν σχετικά άνετα και σε πολλές περιπτώσεις υποβοηθούν την προώθηση των ανδρών νοσηλευτών στις ανώτερες κλίμακες. Από τη μια μεριά η φύση αυτού του επαγγέλματος που χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από φροντίδα και από την άλλη μεριά η αντιμετώπιση των ανδρών, σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα, ως πολύτιμοι, μοναδικοί ή ιδιαίτεροι οδηγούν συνειδητά ή ασυνείδητα προς αυτήν την κατεύθυνση. Το αποτέλεσμα των παραπάνω φαινομένων φαίνεται να ενισχύει την υποταγή των γυναικών νοσηλευτριών σε ένα σύστημα υγείας που ελέγχεται όλο και περισσότερο από άνδρες. Συγκεκριμένα, η είσοδος των ανδρών στη νοσηλευτική μπορεί να θεωρηθεί ως μια θετική κίνηση με σκοπό την αντιμετώπιση διακρίσεων μέσα στο επάγγελμα ως προς το φύλο καθώς επίσης και την αναβάθμιση του κύρους του σε συμφωνία πάντα με τα κοινωνικά πρότυπα που θέλουν τους άντρες να εργάζονται με περισσότερο επαγγελματισμό. Εντούτοις διαφαίνεται μια ανησυχητική τάση αύξησης της υπάρχουσας υπολειπόμενης θέσης των γυναικών σε αυτό το σύστημα εργασιακών σχέσεων. Οι άνδρες νοσηλευτές καταλαμβάνουν όλο και περισσότερες ανώτερες θέσεις ενώ οι γυναίκες νοσηλεύτριες συνεχίζουν να

βρίσκονται αντιμέτωπες με καταστάσεις και πρακτικές που εμποδίζουν την επαγγελματική ανέλιξή τους σε χώρες εκτός Ελλάδος.⁷⁴

9.5.2 Άνδρες σε «γυναικεία» επαγγέλματα – Μειονεκτήματα.

Η είσοδος όμως ενός άνδρα σε ένα «γυναικείο» επάγγελμα συνοδεύεται συχνά και από μειονεκτήματα τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε προσωπικό επίπεδο. Οι οικονομικές απολαβές και το κύρος σε πολλές περιπτώσεις είναι μικρότερες από αυτές ενός «ανδρικού» επαγγέλματος. Επιπρόσθετα, η σεξουαλικότητα και η αρρενωπότητά του μπορεί να τεθούν υπό αμφισβήτηση. Στη νοσηλευτική για παράδειγμα, η δυνατότητα προσφοράς και φροντίδας άλλων ανθρώπων αποτελεί ένα βασικό λόγο που μερικοί άνδρες αποφάσισαν να ακολουθήσουν αυτό το επάγγελμα. Παρόλα αυτά, τα κυρίαρχα στερεότυπα που χαρακτηρίζουν άνδρες και γυναίκες πολλές φορές δημιουργούν προβλήματα σε αυτούς τους επαγγελματίες υγείας ακόμη και προς την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης τόσο με τους ασθενείς όσο και με τις γυναίκες συναδέλφους τους. Ακόμη και ο τίτλος «νοσηλευτής» μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στις κοινωνικές συναναστροφές τους μιας και η συνεχής σύνδεση των ανδρών με στερεοτυπικές έννοιες και συναισθήματα όπως αυτά της επιθετικότητας, της βίας, της μάχης, της κυριαρχίας, της αντικειμενικότητας και του αυτοελέγχου έρχονται σε αντίθεση με την ιδεολογία και δεοντολογία της νοσηλευτικής επιστήμης. Μια δεοντολογία η οποία διακατέχεται από θηλυκού γένους ιδεώδη όπως αυτά του αλτρουισμού, της φροντίδας, της συμπόνιας, της ευγένειας, της υποτέλειας και της εξάρτησης. Είναι γεγονός ότι οι αντιλήψεις και οι απόψεις του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου που σε πολλές περιπτώσεις ταυτίζει τίτλους επαγγελμάτων και φύλα επηρεάζουν ως ένα βαθμό την επιλογή, τις φιλοδοξίες και τελικά την παραμονή ενός εργαζόμενου σε ένα επάγγελμα.

Ειδικά όταν ο χαρακτηρισμός με βάση το φύλο έρχεται σε άμεση «σύγκρουση» με αυτό του εργαζόμενου, η πίεση που ενδέχεται να του ασκηθεί, αν και εξωτερική, οδηγεί τον εργαζόμενο σε πρακτικές και συμπεριφορές «υπεράσπισης» των χαρακτηριστικών συμπεριφορών του φύλου του. Στη περίπτωση δε που αυτές οι εξωτερικές πιέσεις εσωτερικευτούν ο εργαζόμενος

συχνά αναζητά την έξοδό του από το επάγγελμα. Γενικότερα η είσοδος του άνδρα σε ένα κατ' εξοχήν γυναικείο επάγγελμα μπορεί να οδηγήσει σε τριών ειδών προκλήσεις της αρρενωπότητάς του.⁷⁴

Κατά πρώτον, είναι περιορισμένες οι δυνατότητες ταύτισης της εργασιακής ταυτότητας με αυτή του ανδρικού φύλου. Για παράδειγμα, σε ορισμένα επαγγέλματα όπως αυτό του στρατιωτικού ή του προγραμματιστή ψηφιακών εφαρμογών η εργασιακή ταυτότητα ενισχύει την αντίστοιχη του ανδρικού φύλου λόγω του μεγάλου αριθμού ανδρών που αποτελούν τον εργασιακό τους πληθυσμό ο οποίος, κατ' επέκταση, συντελεί στην ενίσχυση της στερεοτυπικής αντίληψης και της κοινωνικής αποδοχής του ως ένα κατ' εξοχήν ανδρικό επάγγελμα. Κατά δεύτερον υπάρχει η απειλή του στιγματισμού ως θηλυπρεπή ή ακόμη και ομοφυλόφιλου επειδή εργάζεται σε ένα χαρακτηριζόμενο από το κοινωνικό σύνολο «γυναικείο» επάγγελμα. Ανάλογοι φόβοι μπορούν να αναπτυχθούν και σε μια γυναίκα που δοκιμάζει να εργαστεί και να προσαρμοστεί σε ένα αυστηρά ανδρικό επάγγελμα. Ο φόβος δηλαδή να της αποδοθούν ανδρικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς. Ωστόσο υπάρχει μια ποιοτική διαφορά. Στις περισσότερες περιπτώσεις η υιοθέτηση ανδρικών οι έντονες προσπάθειες για δημιουργία καριέρας και η εφαρμογή σκληρής διοίκησης προς τους υφισταμένους, συχνά θαυμάζονται και επιδέχονται μεγάλης εκτίμησης. Η ταυτότητα του φύλου δεν διακινδυνεύει στον ίδιο υψηλό βαθμό. Στην προσπάθεια περιορισμού των πιθανών προκλήσεων που βιώνουν μερικοί από αυτούς τους άνδρες επιστρατεύονται διάφορες τακτικές και στρατηγικές. Μια από τις κυριότερες τακτικές που οι άνδρες νοσηλευτές φαίνεται να χρησιμοποιούν ενάντια στην απειλή του στιγματισμού είναι η προσπάθεια «ανασχεδιασμού» του επαγγέλματος ούτως ώστε να επισημανθεί η χρησιμότητα των ανδρικών αρετών. Για παράδειγμα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις πρακτικές, τεχνικές και διοικητικές ικανότητές τους ή δίνουν μια άλλη διάσταση στη φροντίδα αρρώστων η οποία περικλείει τις δικές τους αρετές. Κατ' επέκταση η μετέπειτα επαγγελματική τους σταδιοδρομία χαρακτηρίζεται από μια προσπάθεια εξειδίκευσης σε τομείς και κατάληψης θέσεων που πληρούν αυτά τα χαρακτηριστικά.

Σε άλλες περιπτώσεις προτιμούν να αποκρύπτουν ή να δίνουν ελλειπή στοιχεία γύρω από την επαγγελματική τους δραστηριότητα, ενώ μια άλλη τακτική είναι η έκφραση και υπεράσπιση μιας διαφορετικού είδους αρρενωπότητας ώστε να είναι εφικτή η σύγκληση των δύο ταυτοτήτων τους: αυτές της εργασίας και του φύλου.⁷⁴



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.⁷⁵

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 200 φοιτητές νοσηλευτικής ΑΕΙ – ΑΤΕΙ, ηλικίας 18-38 ετών μέσου όρου ηλικίας $20,75 \pm 3,03$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, του οποίου η σύνταξη έγινε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Αποτελείται από 31 ερωτήσεις από τις οποίες οι 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 14 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν εντός τριών μηνών από τον Οκτώβριο έως και τον Δεκέμβριο του 2010 σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και Λαμία.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να

μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η φοιτητική ιδιότητα του ερωτώμενου σε Νοσηλευτική σχολή και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

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

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις

των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 φοιτητές νοσηλευτικής ΑΕΙ – ΑΤΕΙ, ηλικίας 18-38 ετών, μέσου όρου ηλικίας $20,75 \pm 3,03$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

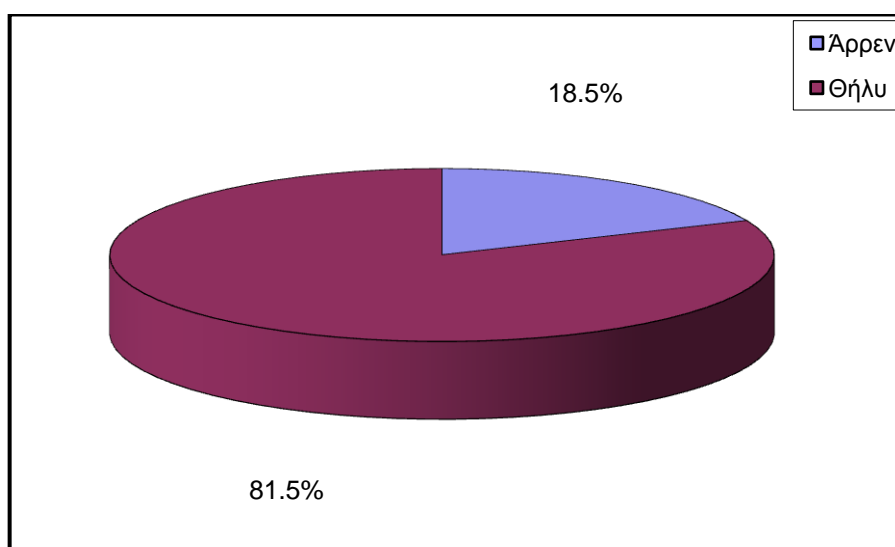
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (163 άτομα – ποσοστό 81,5%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 18,5% (37 άτομα) άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο ερωτηθέντων	N=200	Percent (%)
Άρρεν	37	18,5
Θήλυ	163	81,5

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

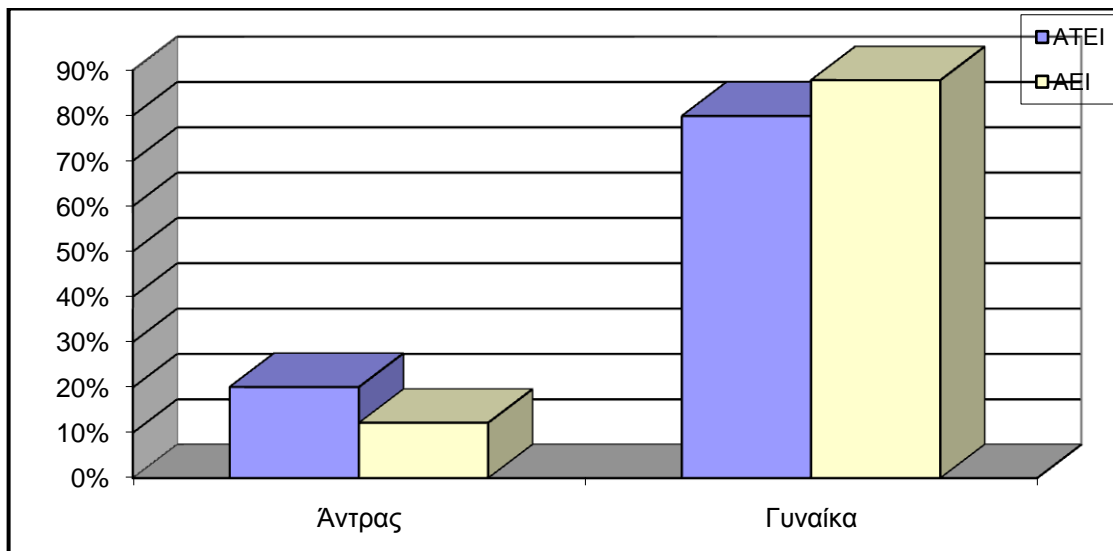


Το 87,8% (36 άτομα) των φοιτητών των ΑΕΙ ήταν γυναίκες έναντι του 79,9% (127 άτομα) των φοιτητών ΑΤΕΙ (Πίνακας 2, Σχήμα 2). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 1,360$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 2: Συσχέτιση ιδρύματος και φύλου.

		Ίδρυμα		
		ΑΤΕΙ	ΑΕΙ	
Φύλο	Άντρας	32	5	37
		20,1%	12,2%	18,5%
	Γυναίκα	127	36	163
		79,9%	87,8%	81,5%
		159	41	200
$\chi^2 = 1,360$, $df = 1$, NS				

Σχήμα 2: Συσχέτιση ιδρύματος και φύλου.

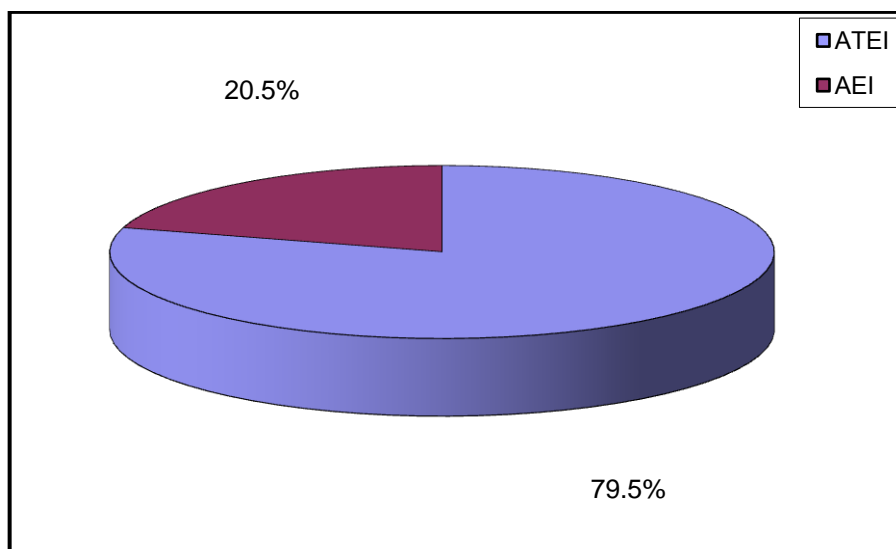


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (159 άτομα – ποσοστό 79,5%) φοιτούσαν σε ΑΤΕΙ ενώ το υπόλοιπο 20,5% (41 άτομα) σε ΑΕΙ (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ίδρυμα φοίτησης.

Ίδρυμα φοίτησης	N=200	Percent (%)
ΑΤΕΙ	159	79,5
ΑΕΙ	41	20,5

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ίδρυμα φοίτησης.

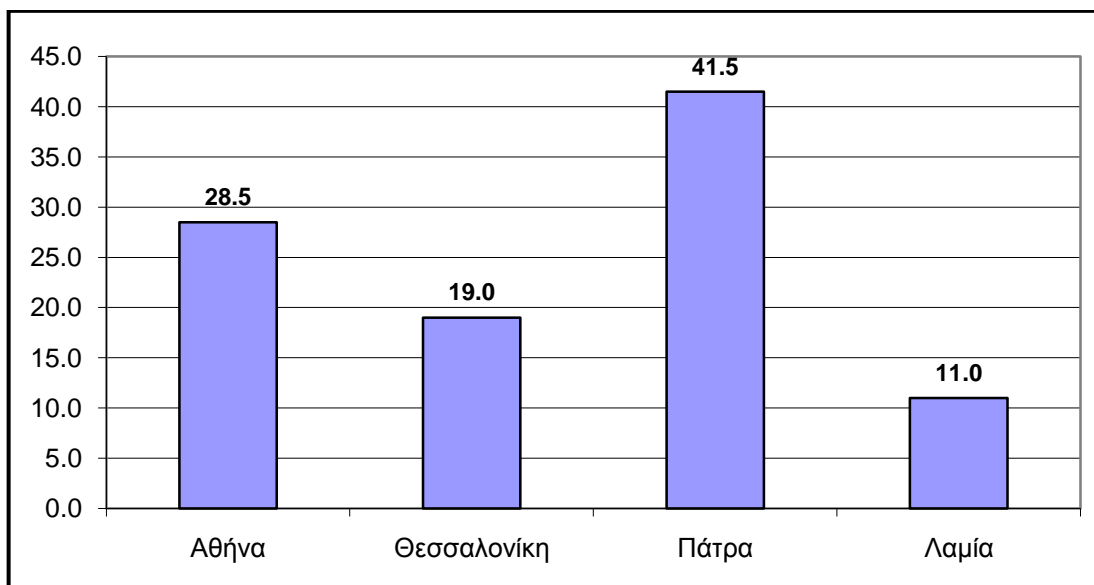


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (83 άτομα – ποσοστό 41,5%) φοιτούσε στην Πάτρα και άλλα 57 άτομα (ποσοστό 28,5%) φοιτούσαν στην Αθήνα. Από τα υπόλοιπα 38 άτομα (ποσοστό 19,0%) φοιτούσαν στη Θεσσαλονίκη και τα υπόλοιπα 22 άτομα (ποσοστό 11,0%) φοιτούσαν στη Λαμία (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πόλη φοίτησης.

Πόλη φοίτησης	N=200	Percent (%)
Αθήνα	57	28,5
Θεσσαλονίκη	38	19,0
Πάτρα	83	41,5
Λαμία	22	11,0

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την πόλη φοίτησης.

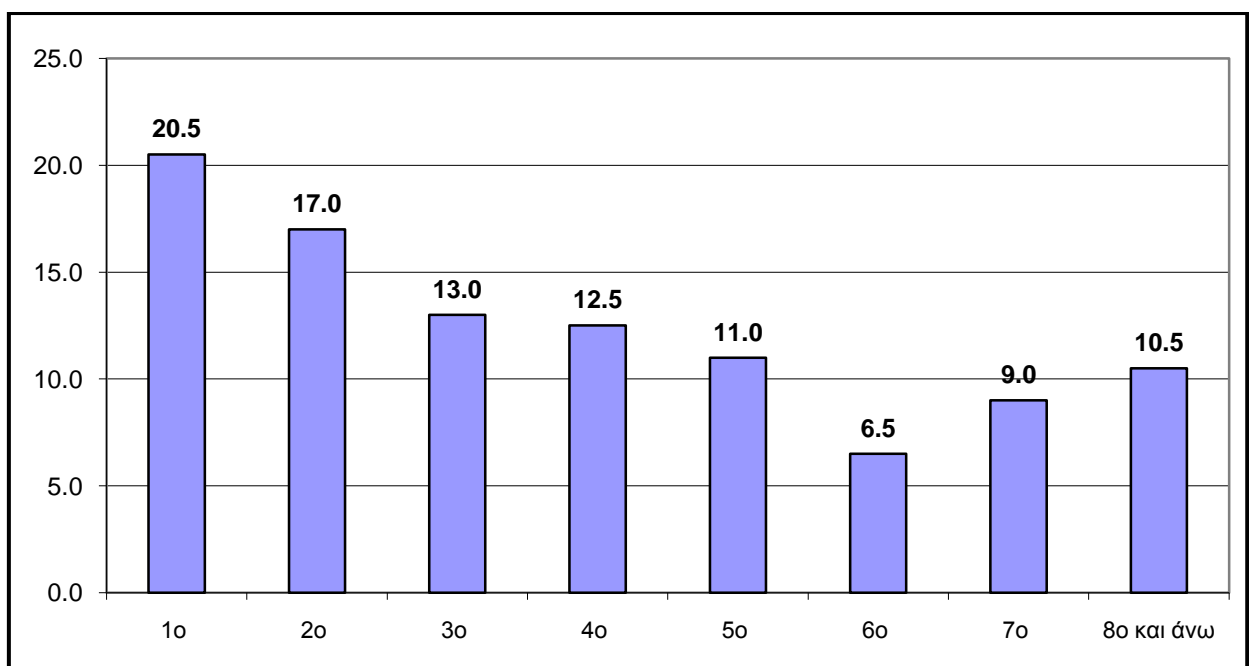


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (41 άτομα – ποσοστό 20,5%) φοιτούν στο 1^ο εξάμηνο, άλλα 34 άτομα (ποσοστό 17,0%) φοιτούν στο 2^ο εξάμηνο, 26 άτομα (ποσοστό 13,0%) φοιτούν στο 3^ο εξάμηνο, άλλα 25 άτομα (ποσοστό 12,5%) φοιτούν στο 4^ο εξάμηνο και ακολουθούν τα υπόλοιπα εξάμηνα με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εξάμηνο φοίτησης.

Εξάμηνο φοίτησης	N=200	Percent (%)
1 ^ο	41	20,5
2 ^ο	34	17,0
3 ^ο	26	13,0
4 ^ο	25	12,5
5 ^ο	22	11,0
6 ^ο	13	6,5
7 ^ο	18	9,0
8 ^ο και άνω	21	10,5

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εξάμηνο φοίτησης.

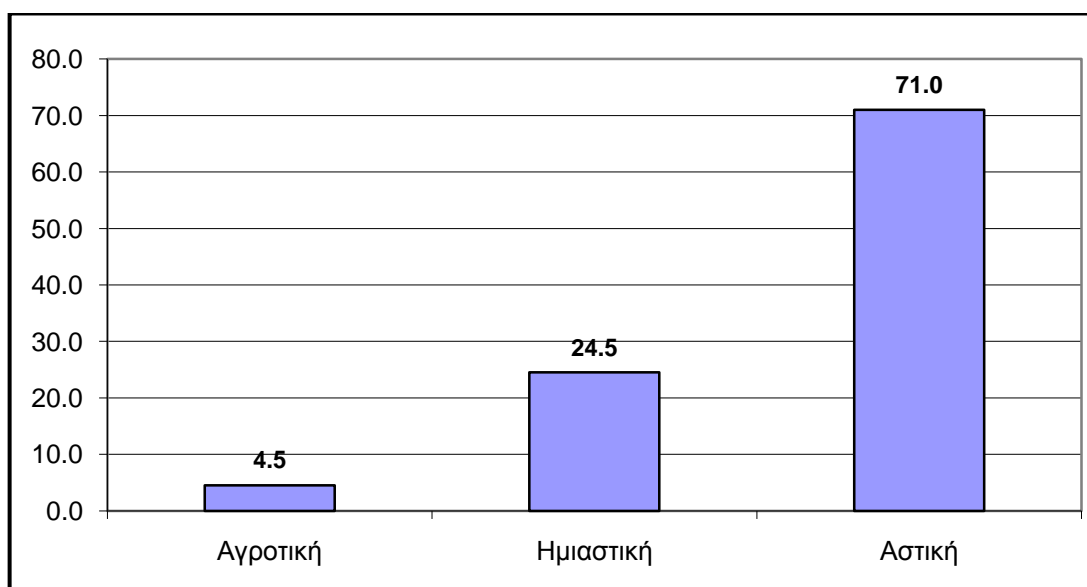


Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (142 άτομα – ποσοστό 71,0%) ο τύπος μόνιμης κατοικίας των γονέων του ήταν σε κάποια αστική περιοχή και άλλα 49 άτομα (ποσοστό 24,5%) ο τύπος μόνιμης κατοικίας των γονέων του ήταν σε κάποια ημιαστική περιοχή. Οι γονείς των υπολοίπων 9 ερωτηθέντων (ποσοστό 4,5%) ζούσαν μόνιμα σε κάποια αγροτική περιοχή (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας γονέων.

Τύπος μόνιμης κατοικίας γονέων	N=200	Percent (%)
Αγροτική	9	4,5
Ημιαστική	49	24,5
Αστική	142	71,0

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας γονέων.

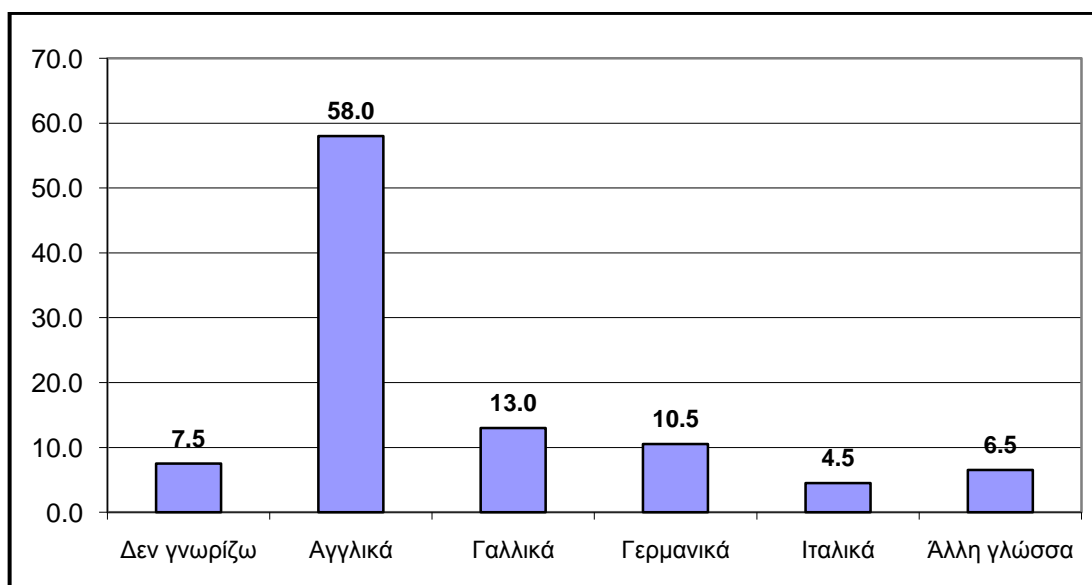


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (116 άτομα – ποσοστό 58,0%) δήλωσε ότι γνωρίζει αγγλικά, άλλα 26 άτομα (ποσοστό 13,0%) δήλωσαν ότι γνωρίζουν γαλλικά και άλλα 21 άτομα (ποσοστό 10,5%) ότι γνωρίζουν γερμανικά. Από τα υπόλοιπα 15 άτομα (ποσοστό 7,5%) δήλωσε ότι δεν γνωρίζει καμία ξένη γλώσσα, 9 άτομα (ποσοστό 4,5%) δήλωσαν ότι γνωρίζουν ιταλικά και άλλα 13 άτομα (ποσοστό 6,5%) δήλωσαν ότι γνωρίζουν κάποια άλλη γλώσσα πλην των παραπάνω (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γνώσεις ξένων γλωσσών.

Γνώσεις ξένων γλωσσών	N=200	Percent (%)
Δεν γνωρίζω	15	7,5
Αγγλικά	116	58,0
Γαλλικά	26	13,0
Γερμανικά	21	10,5
Ιταλικά	9	4,5
Άλλη γλώσσα	13	6,5

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γνώσεις ξένων γλωσσών.

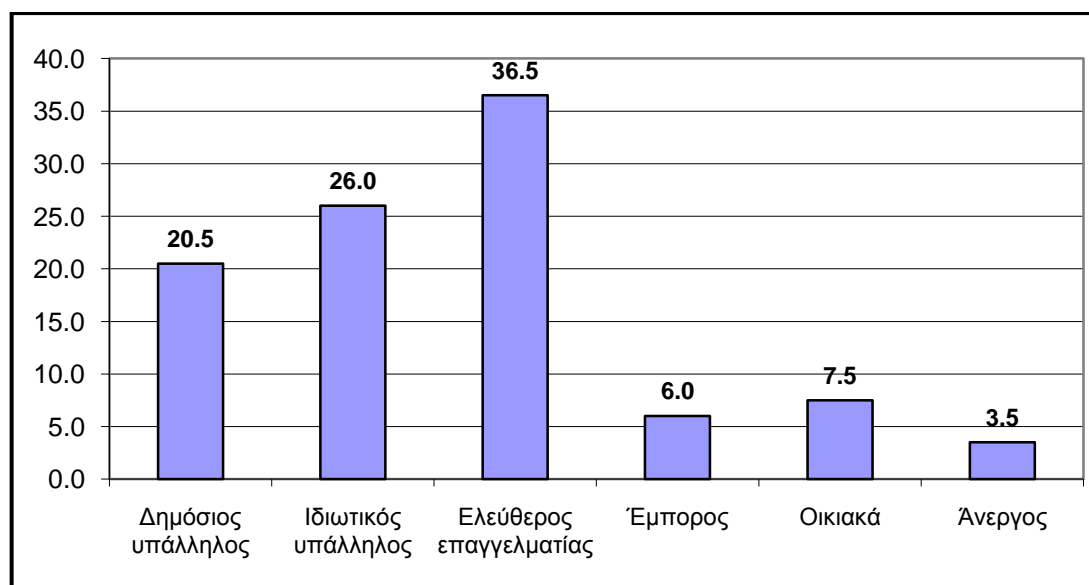


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (73 άτομα – ποσοστό 36,5%) δήλωσε ότι το επάγγελμα των γονέων του ήταν ελεύθερος επαγγελματίας, άλλα 52 άτομα (ποσοστό 26,0%) δήλωσαν ότι ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και άλλα 41 άτομα (ποσοστό 20,5%) ότι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Από τα υπόλοιπα 15 άτομα (ποσοστό 7,5%) δήλωσε ότι το επάγγελμα των γονέων του ήταν οικιακά, 12 άτομα (ποσοστό 6,0%) δήλωσαν ότι ήταν έμποροι και άλλα 7 άτομα (ποσοστό 3,5%) δήλωσαν ότι οι γονείς τους ήταν άνεργοι (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα των γονέων τους.

Επάγγελμα γονέων	N=200	Percent (%)
Δημόσιος υπάλληλος	41	20,5
Ιδιωτικός υπάλληλος	52	26,0
Ελεύθερος επαγγελματίας	73	36,5
Έμπορος	12	6,0
Οικιακά	15	7,5
Άνεργος	7	3,5

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα των γονέων τους.

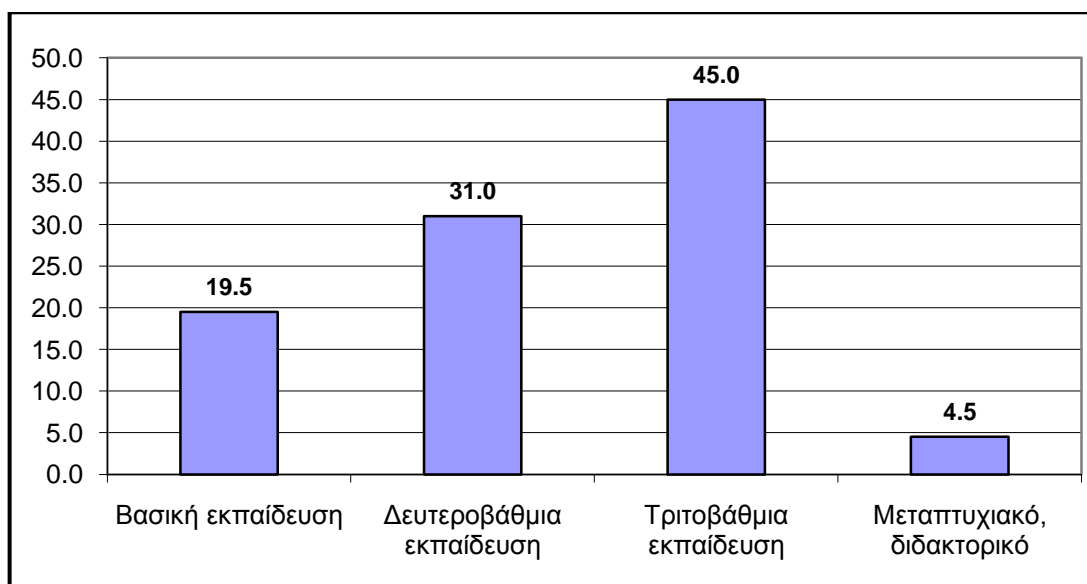


Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (90 άτομα – ποσοστό 45,0%) οι γονείς ήταν κάτοχοι πτυχίου ανώτατης σχολής, σε άλλα 62 άτομα (ποσοστό 31,0%) κατείχαν πτυχίου ανώτερης σχολής, σε άλλα 39 άτομα (ποσοστό 19,5%) οι γονείς κατείχαν απολυτήριο βασικής εκπαίδευσης και στα υπόλοιπα 9 άτομα (ποσοστό 4,5%) κατείχαν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο (μεταπτυχιακό, διδακτορικό) (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο γονέων.

Μορφωτικό επίπεδο γονέων	N=200	Percent (%)
Βασική εκπαίδευση	39	19,5
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	62	31,0
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	90	45,0
Μεταπτυχιακό, διδακτορικό	9	4,5

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο γονέων.

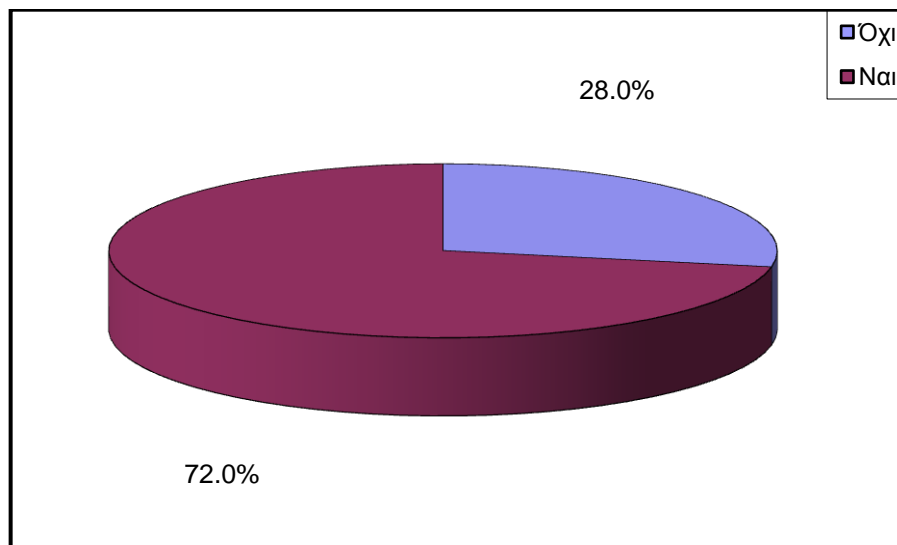


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα – ποσοστό 72,0%) δήλωσαν ότι η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν ενώ το υπόλοιπο 28,0% (56 άτομα) δήλωσε ότι δεν ήταν (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν.

Ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσατε να εισαχθείτε;	N=200	Percent (%)
Όχι	56	28,0
Ναι	144	72,0

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν.

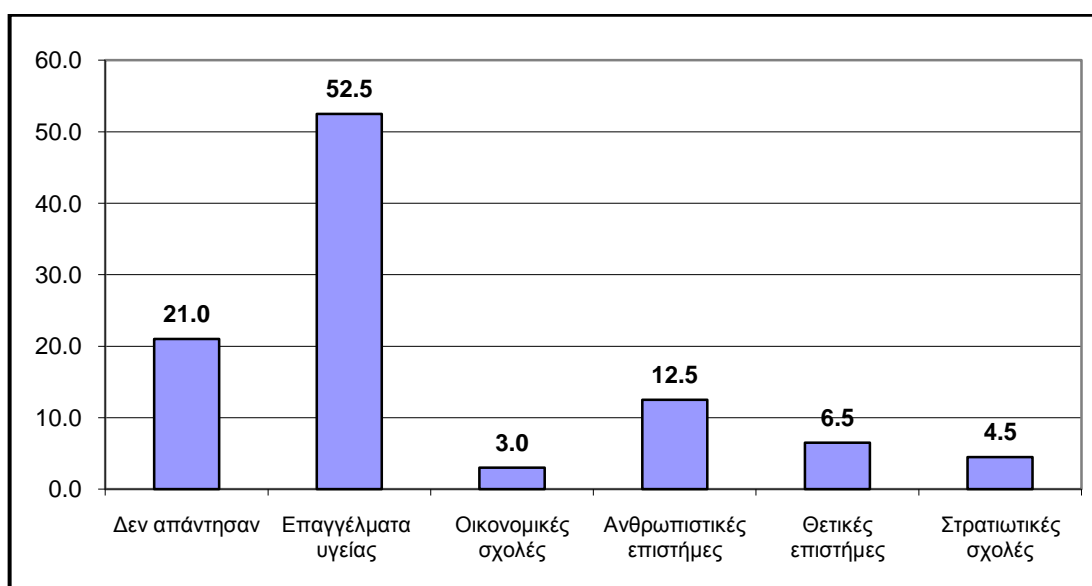


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (105 άτομα – ποσοστό 52,5%) δήλωσε ότι η πρώτη επιλογή τους ήταν σχολές επαγγελματιών υγείας, άλλα 25 άτομα (ποσοστό 12,5%) δήλωσαν ότι ήταν σχολές ανθρωπιστικών επιστημών, άλλα 13 άτομα (ποσοστό 6,5%) ότι ήταν σχολές θετικών επιστημών άλλα 9 άτομα (ποσοστό 4,5%) δήλωσαν ότι ήταν στρατιωτικές σχολές και άλλα 6 άτομα (ποσοστό 3,0%) δήλωσαν ότι ήταν οικονομικές σχολές. Τα υπόλοιπα 42 άτομα (ποσοστό 21,0%) δεν απάντησαν (Πίνακας 11, Σχήμα 11).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια σχολή ήταν η πρώτη επιλογή τους.

Ποια σχολή ήταν η πρώτη επιλογή σας;	N=200	Percent (%)
Δεν απάντησαν	42	21,0
Επαγγέλματα υγείας	105	52,5
Οικονομικές σχολές	6	3,0
Ανθρωπιστικές επιστήμες	25	12,5
Θετικές επιστήμες	13	6,5
Στρατιωτικές σχολές	9	4,5

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια σχολή ήταν η πρώτη επιλογή τους.

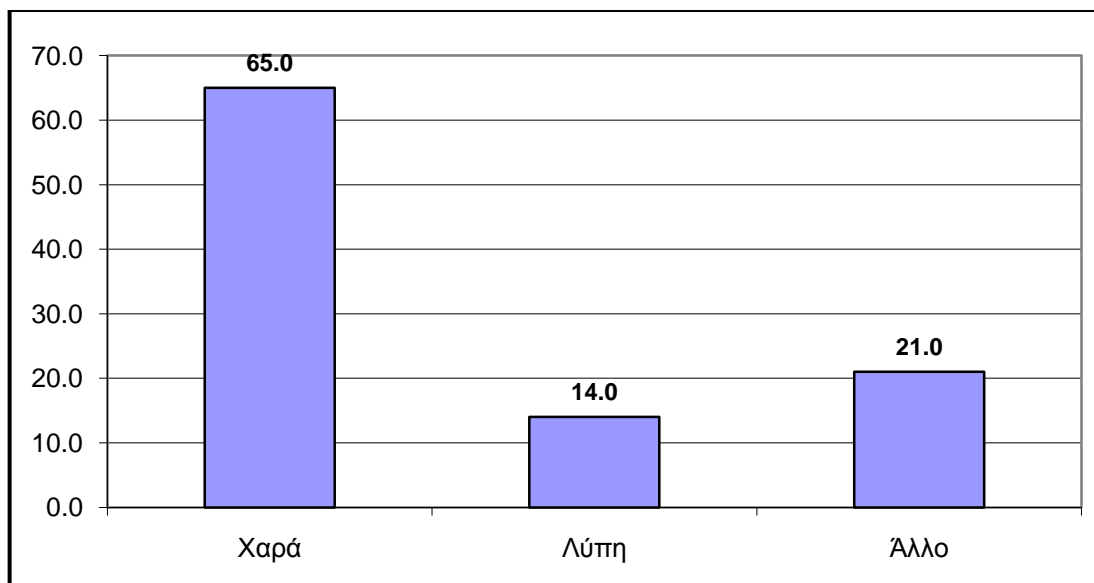


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (130 άτομα – ποσοστό 65,0%) δήλωσε ότι τα συναισθήματα του όταν πληροφορήθηκε την εισαγωγή του στη νοσηλευτική ήταν χαρά, άλλα 28 άτομα (ποσοστό 14,0%) δήλωσαν ότι ήταν λύπη ενώ τα υπόλοιπα 42 άτομα (ποσοστό 21,0%) δήλωσαν ότι ήταν κάτι άλλο (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα τους όταν πληροφορήθηκαν την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική.

Αναφέρατε τα συναισθήματά σας όταν πληροφορηθήκατε την εισαγωγή σας στη νοσηλευτική	N=200	Percent (%)
Χαρά	130	65,0
Λύπη	28	14,0
Άλλο	42	21,0

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα συναισθήματα τους όταν πληροφορήθηκαν την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική.

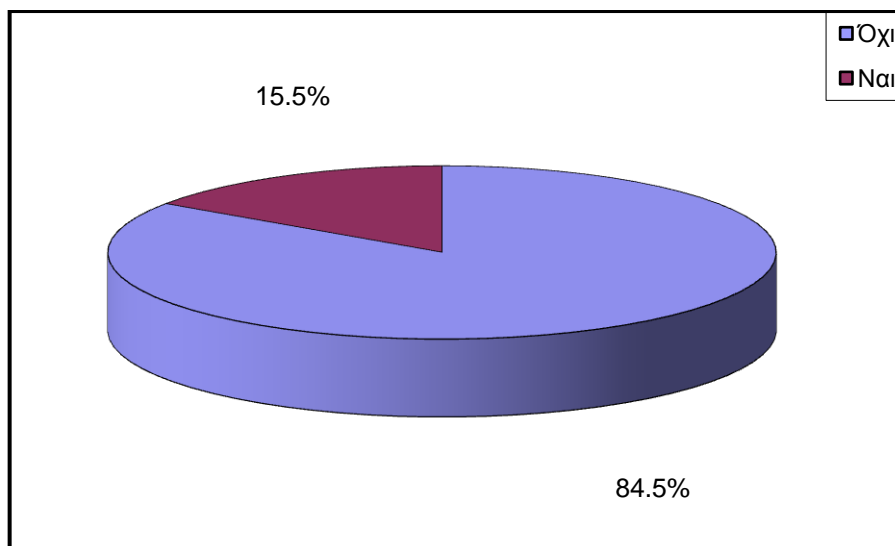


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (169 άτομα – ποσοστό 84,5%) δήλωσαν ότι δεν θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο ενώ το υπόλοιπο 15,5% (31 άτομα) δήλωσε ότι το θεωρεί (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο.

Θεωρείτε ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο;	N=200	Percent (%)
Όχι	169	84,5
Ναι	31	15,5

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο.

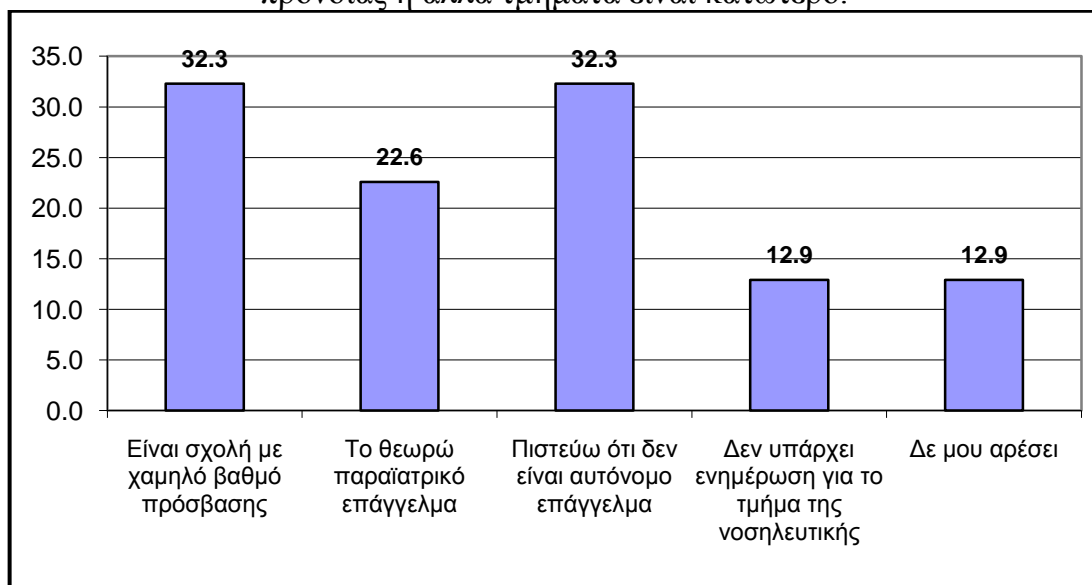


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (10 άτομα – ποσοστό 32,3%) δήλωσε ότι ο λόγος που πιστεύει ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο είναι είτε γιατί είναι σχολή με χαμηλό βαθμό πρόσβασης είτε γιατί δεν είναι αυτόνομο επάγγελμα, άλλα 7 άτομα (ποσοστό 22,6%) δήλωσαν ότι ο λόγος είναι γιατί το θεωρούν παραϊατρικό επάγγελμα και άλλα 4 άτομα (ποσοστό 12,9%) δήλωσαν ότι ο λόγος είναι είτε γιατί δεν υπάρχει ενημέρωση για το τμήμα της νοσηλευτικής είτε γιατί δεν τους αρέσει (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο λόγος που πιστεύουν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο.

Ποιος είναι ο λόγος που πιστεύετε ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο;	N=31	Percent (%)
Είναι σχολή με χαμηλό βαθμό πρόσβασης	10	32,3
Το θεωρώ παραϊατρικό επάγγελμα	7	22,6
Πιστεύω ότι δεν είναι αυτόνομο επάγγελμα	10	32,3
Δεν υπάρχει ενημέρωση για το τμήμα της νοσηλευτικής	4	12,9
Δε μου αρέσει	4	12,9

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο λόγος που πιστεύουν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο.

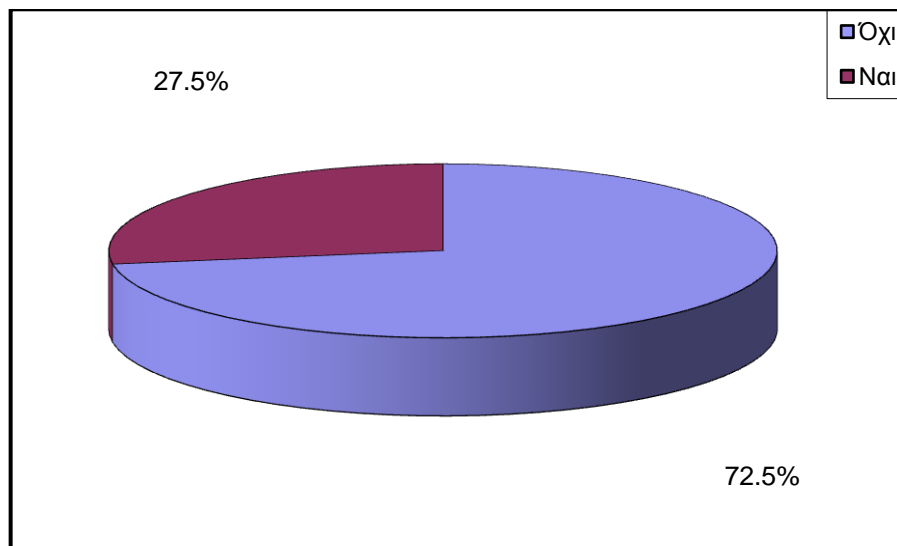


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (145 άτομα – ποσοστό 72,5%) δήλωσαν ότι δεν σκέφτηκαν ποτέ να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική) ενώ το υπόλοιπο 27,5% (55 άτομα) δήλωσε ότι το έχει σκεφτεί (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σκέφτηκαν ποτέ να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική).

Σκεφτήκατε ποτέ να εγκαταλείψετε τη σχολή σας (νοσηλευτική);	N=200	Percent (%)
Όχι	145	72,5
Ναι	55	27,5

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν σκέφτηκαν ποτέ να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική).

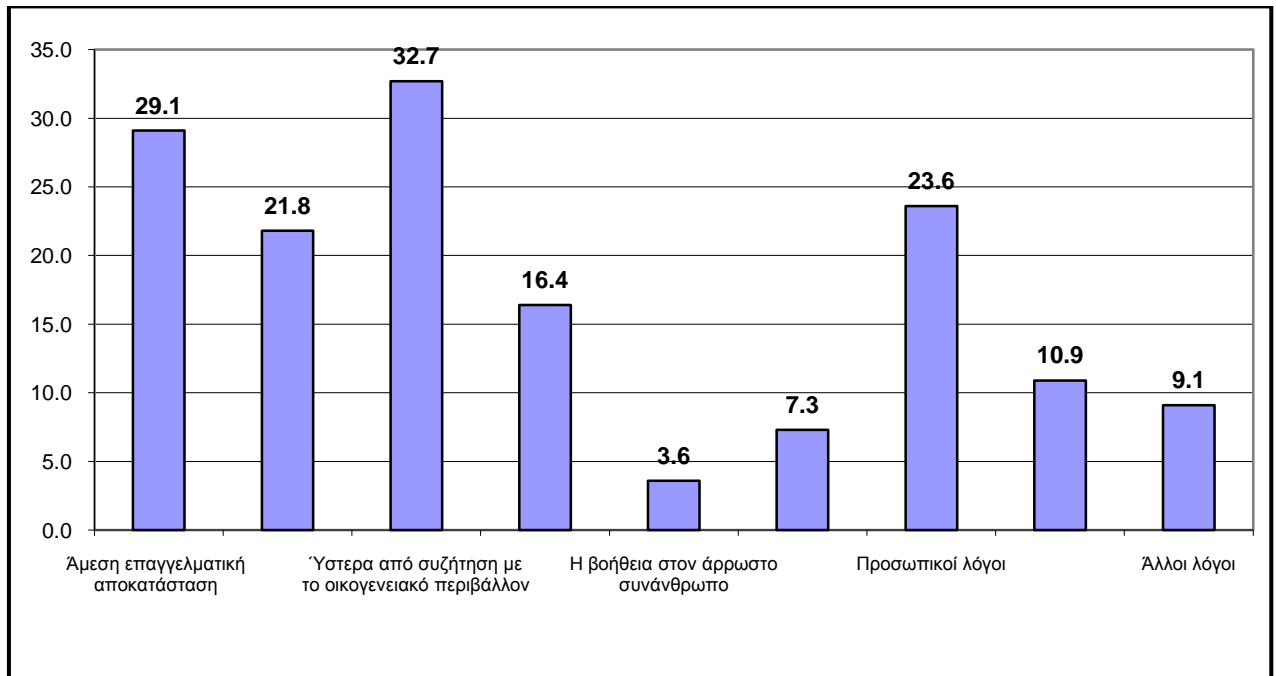


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (18 άτομα – ποσοστό 32,7%) δήλωσε ότι ο λόγος που τους απέτρεψε να διακόψουν τη φοίτηση τους από τη σχολή της νοσηλευτικής, όταν σκέφτηκαν κάποτε να εγκαταλείψουν τη σχολή τους ήταν ύστερα από συζήτηση με το οικογενειακό τους περιβάλλον, άλλα 16 άτομα (ποσοστό 29,1%) δήλωσαν ότι ο λόγος ήταν η άμεση επαγγελματική αποκατάσταση, άλλα 13 άτομα (ποσοστό 23,16) δήλωσαν ότι ο λόγος ήταν κάποιοι προσωπικοί λόγοι, άλλα 12 άτομα (ποσοστό 21,8%) δήλωσαν ότι ο λόγος ήταν ότι η νοσηλευτική είναι το μέσο για να περάσουν σε μια άλλη σχολή και ακολούθησαν άλλοι λόγοι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 16, Σχήμα 16).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο λόγος που τους απέτρεψε να διακόψουν τη φοίτηση τους από τη σχολή της νοσηλευτικής, όταν σκέφτηκαν κάποτε να εγκαταλείψουν τη σχολή τους.

Εάν σκεφτήκατε ποτέ να εγκαταλείψετε τη σχολή σας ποιος είναι ο λόγος που σας απέτρεψε να διακόψετε τη φοίτηση σας από τη σχολή της νοσηλευτικής;	N=55	Percent (%)
Άμεση επαγγελματική αποκατάσταση	16	29,1
Είναι το μέσο για να περάσω σε μια άλλη σχολή	12	21,8
Ύστερα από συζήτηση με το οικογενειακό περιβάλλον	18	32,7
Ύστερα από συζήτηση με τους καθηγητές μου	9	16,4
Η βοήθεια στον άρρωστο συνάνθρωπο	2	3,6
Ενδιαφέρουσα επιστήμη και τέχνη	4	7,3
Προσωπικοί λόγοι	13	23,6
Οικονομικοί λόγοι	6	10,9
Άλλοι λόγοι	5	9,1

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο λόγος που τους απέτρεψε να διακόψουν τη φοίτηση τους από τη σχολή της νοσηλευτικής, όταν σκέφτηκαν κάποτε να εγκαταλείψουν τη σχολή τους.

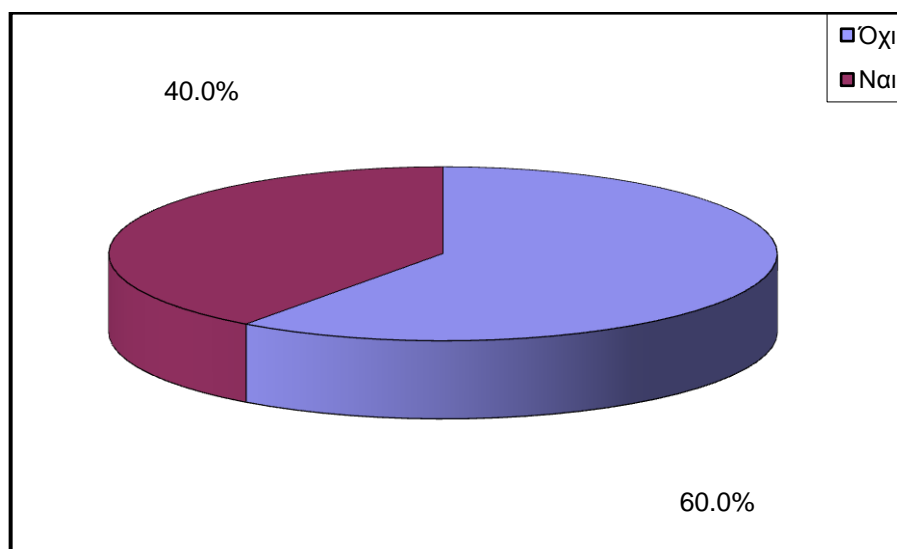


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (120 άτομα – ποσοστό 60,0%) δήλωσαν ότι η κλινική εργαστηριακή άσκηση δεν τους δημιουργεί ψυχική καταπόνηση ενώ το υπόλοιπο 40,0% (80 άτομα) δήλωσε ότι τους δημιουργεί (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η κλινική εργαστηριακή άσκηση τους δημιουργεί ψυχική καταπόνηση.

Η κλινική εργαστηριακή άσκηση σας δημιουργεί ψυχική καταπόνηση;	N=200	Percent (%)
Όχι	120	60,0
Ναι	80	40,0

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν η κλινική εργαστηριακή άσκηση τους δημιουργεί ψυχική καταπόνηση.

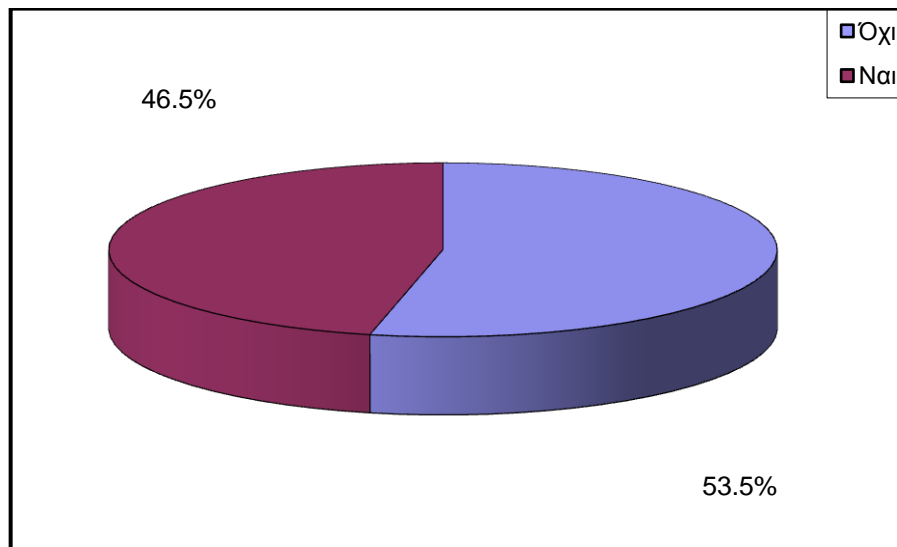


Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απαντήσεων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο βαθμός δυσκολίας εμπέδωσης – απόδοσης των μαθημάτων στο τμήμα της νοσηλευτικής είναι πολύ υψηλός. Έτσι το 53,5% (107 άτομα) των ερωτηθέντων δεν το πιστεύει ενώ το υπόλοιπο 46,5% (93 άτομα) δήλωσε ότι το πιστεύει (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο βαθμός δυσκολίας εμπέδωσης – απόδοσης των μαθημάτων στο τμήμα της νοσηλευτικής είναι πολύ υψηλός.

Πιστεύετε ότι ο βαθμός δυσκολίας εμπέδωσης – απόδοσης των μαθημάτων στο τμήμα της νοσηλευτικής είναι πολύ υψηλός;	N=200	Percent (%)
Όχι	107	53,5
Ναι	93	46,5

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο βαθμός δυσκολίας εμπέδωσης – απόδοσης των μαθημάτων στο τμήμα της νοσηλευτικής είναι πολύ υψηλός.

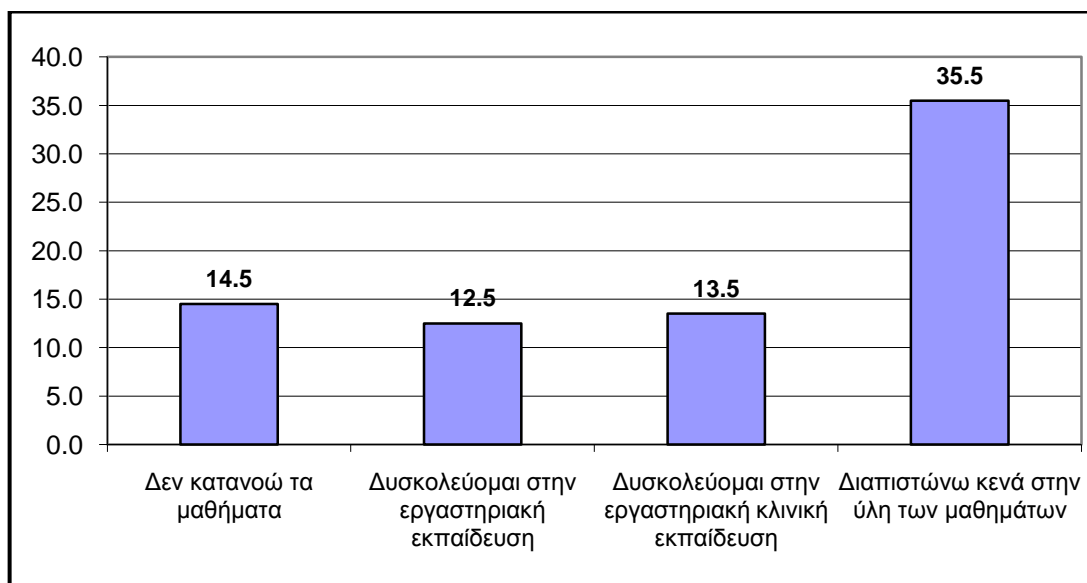


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (71 άτομα – ποσοστό 35,5%) δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά τη φοίτησή τους επειδή διαπιστώνουν κενά στην ύλη των μαθημάτων, άλλα 29 άτομα (ποσοστό 14,5%) αντιμετωπίζουν δυσκολίες επειδή δεν κατανοούν τα μαθήματα, άλλα 27 άτομα (ποσοστό 13,5%) αντιμετωπίζουν δυσκολίες επειδή δυσκολεύονται στην εργαστηριακή κλινική εκπαίδευση και άλλα 25 άτομα (ποσοστό 12,5%) αντιμετωπίζουν δυσκολίες επειδή δυσκολεύονται στην εργαστηριακή εκπαίδευση (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά τη φοίτησή τους.

Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζετε κατά τη φοίτησή σας;	N=200	Percent (%)
Δεν κατανοώ τα μαθήματα	29	14,5
Δυσκολεύομαι στην εργαστηριακή εκπαίδευση	25	12,5
Δυσκολεύομαι στην εργαστηριακή κλινική εκπαίδευση	27	13,5
Διαπιστώνω κενά στην ύλη των μαθημάτων	71	35,5

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά τη φοίτησή τους.

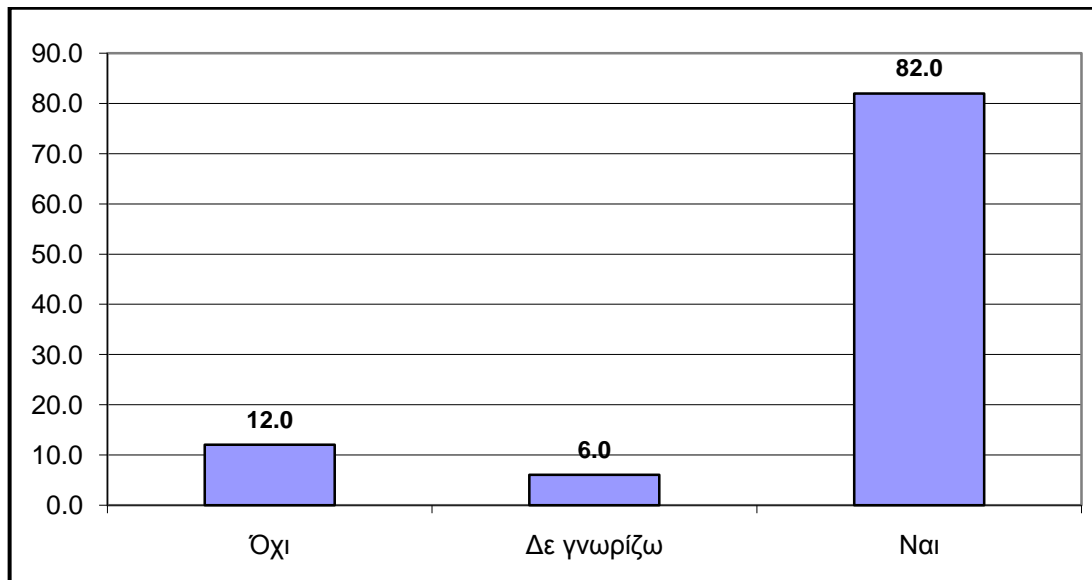


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (164 άτομα – ποσοστό 82,0%) δήλωσε ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον βλέπει θετικά την εισαγωγή τους στη σχολή της νοσηλευτικής, άλλα 12 άτομα (ποσοστό 6,0%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ενώ αντίθετα τα υπόλοιπα 24 άτομα (ποσοστό 12,0%) δήλωσαν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον βλέπει αρνητικά την εισαγωγή τους στη σχολή της νοσηλευτικής (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν το οικογενειακό τους περιβάλλον βλέπει θετικά την εισαγωγή τους στη σχολή της νοσηλευτικής.

Το οικογενειακό σας περιβάλλον βλέπει θετικά την εισαγωγή σας στη σχολή της νοσηλευτικής;	N=200	Percent (%)
Όχι	24	12,0
Δε γνωρίζω	12	6,0
Ναι	164	82,0

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν το οικογενειακό τους περιβάλλον βλέπει θετικά την εισαγωγή τους στη σχολή της νοσηλευτικής.

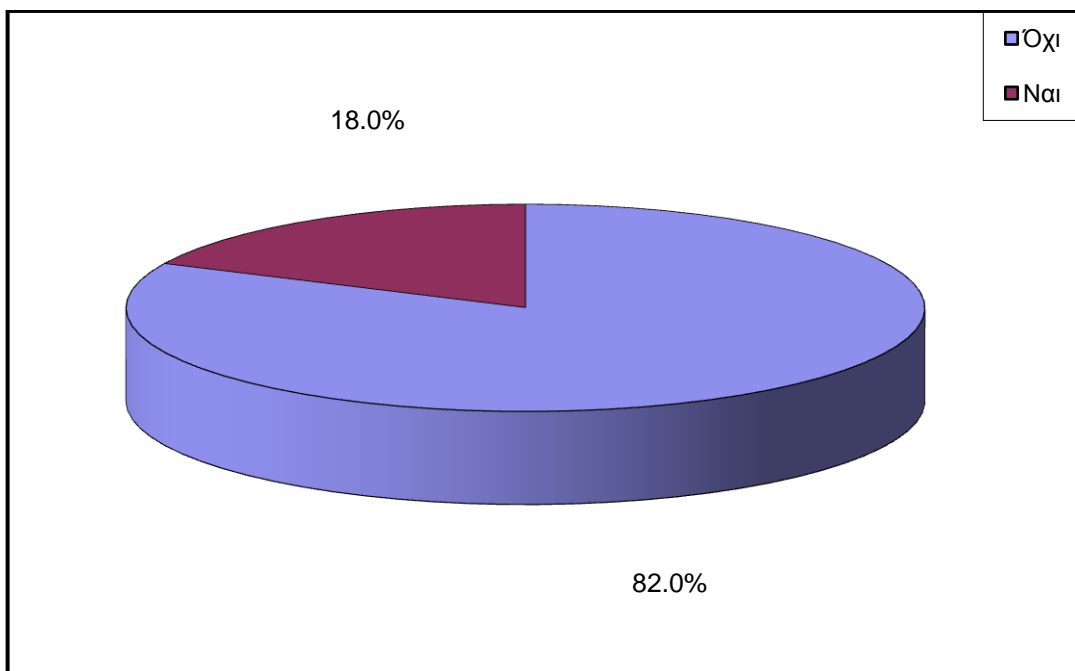


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (164 άτομα – ποσοστό 82,0%) πιστεύουν ότι μετά την εισαγωγή τους στη σχολή το οικογενειακό τους περιβάλλον δεν προσπάθησε να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή ενώ το υπόλοιπο 18,0% (36 άτομα) πιστεύει ότι προσπάθησε (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή.

Μετά την εισαγωγή σας στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό σας περιβάλλον να σας πείσει να παρακολουθήσετε μια άλλη σχολή;	N=200	Percent (%)
Όχι	164	82,0
Ναι	36	18,0

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή.



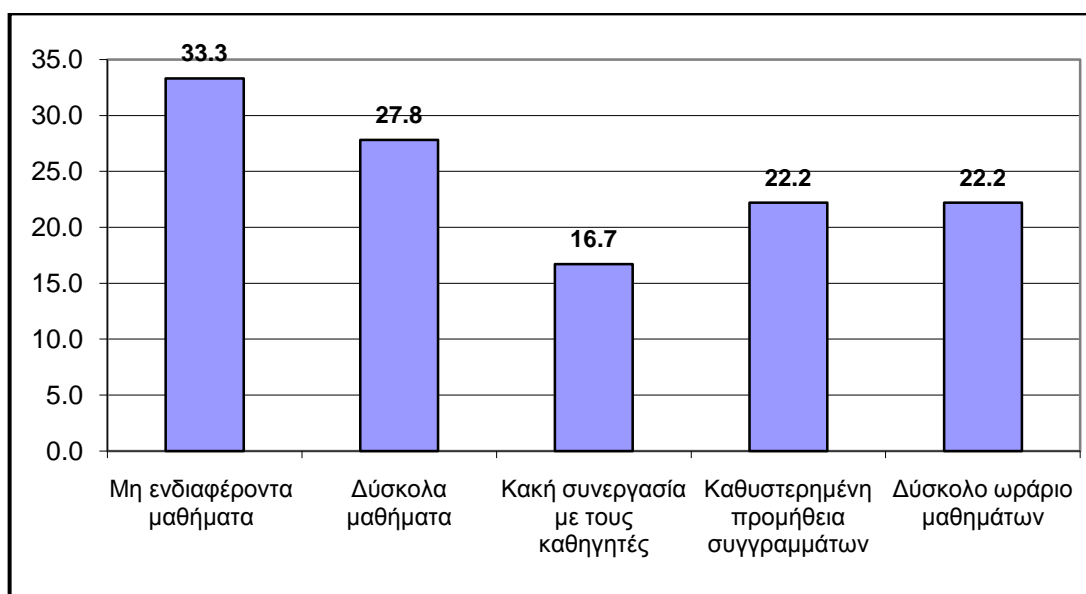
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (12 άτομα – ποσοστό 33,3%) πιστεύει ότι ο λόγος που μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή είναι τα μη ενδιαφέροντα μαθήματα, άλλα 10 άτομα (ποσοστό 27,8%) πιστεύουν ότι ο λόγος είναι τα δύσκολα μαθήματα, άλλα 8 άτομα (ποσοστό 22,2%) πιστεύουν ότι ο λόγος είναι είτε η καθυστερημένη προμήθεια

συγγραμμάτων είτε το δύσκολο ωράριο μαθημάτων και άλλα 6 άτομα (ποσοστό 16,7%) πιστεύουν ότι ο λόγος είναι η κακή συνεργασία με τους καθηγητές (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο λόγος που μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή.

Ποιος είναι ο λόγος που μετά την εισαγωγή σας στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό σας περιβάλλον να σας πείσει να παρακολουθήσετε μια άλλη σχολή;	N=36	Percent (%)
Μη ενδιαφέροντα μαθήματα	12	33,3
Δύσκολα μαθήματα	10	27,8
Κακή συνεργασία με τους καθηγητές	6	16,7
Καθυστερημένη προμήθεια συγγραμμάτων	8	22,2
Δύσκολο ωράριο μαθημάτων	8	22,2

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο λόγος που μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή.

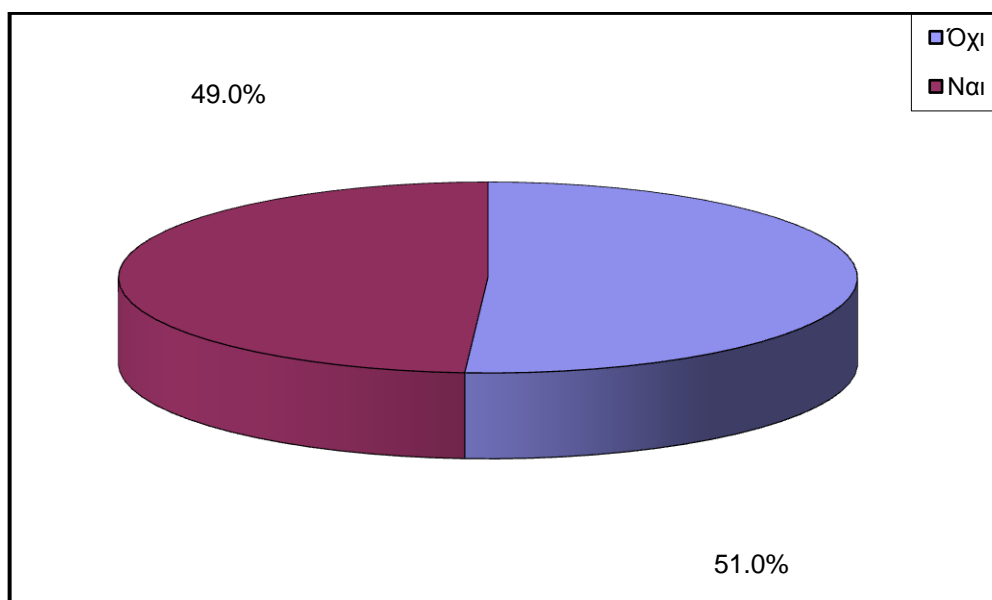


Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απαντήσεων ως προς το εάν έχουν νιώσει ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν. Έτσι το 51,0% (102 άτομα) των ερωτηθέντων δεν το έχει νιώσει ενώ το υπόλοιπο 49,0% (98 άτομα) δήλωσε ότι το έχει νιώσει (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν νιώσει ποτέ ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν.

Έχετε νιώσει ποτέ ως φοιτητής της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσετε;	N=200	Percent (%)
Όχι	102	51,0
Ναι	98	49,0

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν νιώσει ποτέ ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν.

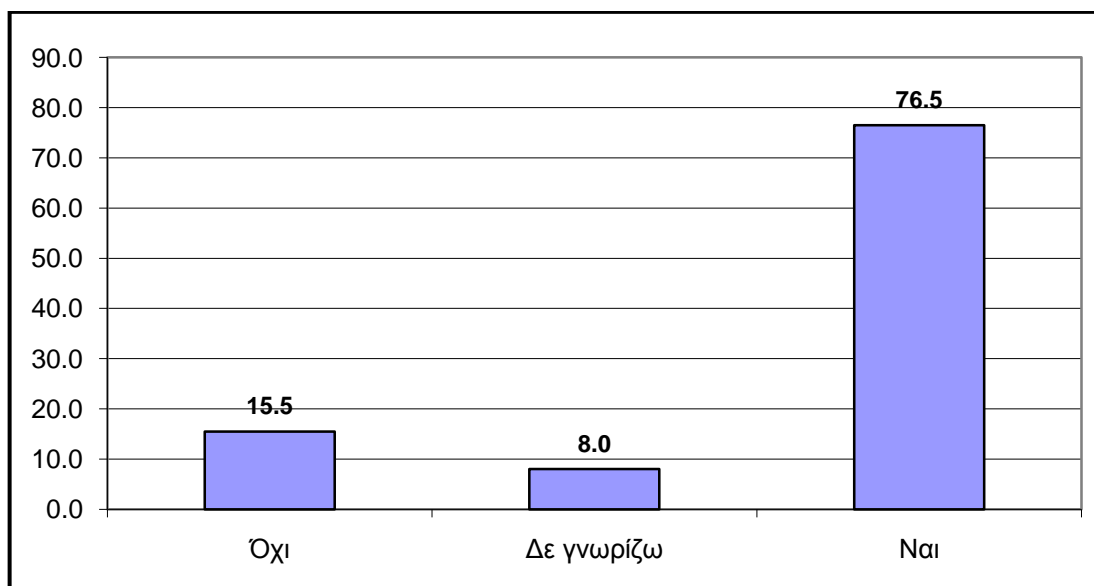


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (153 άτομα – ποσοστό 76,5%) πιστεύει ότι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής, άλλα 16 άτομα (ποσοστό 8,0%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ενώ τα υπόλοιπα 31 άτομα (ποσοστό 15,5%) δεν πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής.

Πιστεύετε ότι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής;	N=200	Percent (%)
Όχι	31	15,5
Δε γνωρίζω	16	8,0
Ναι	153	76,5

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής.

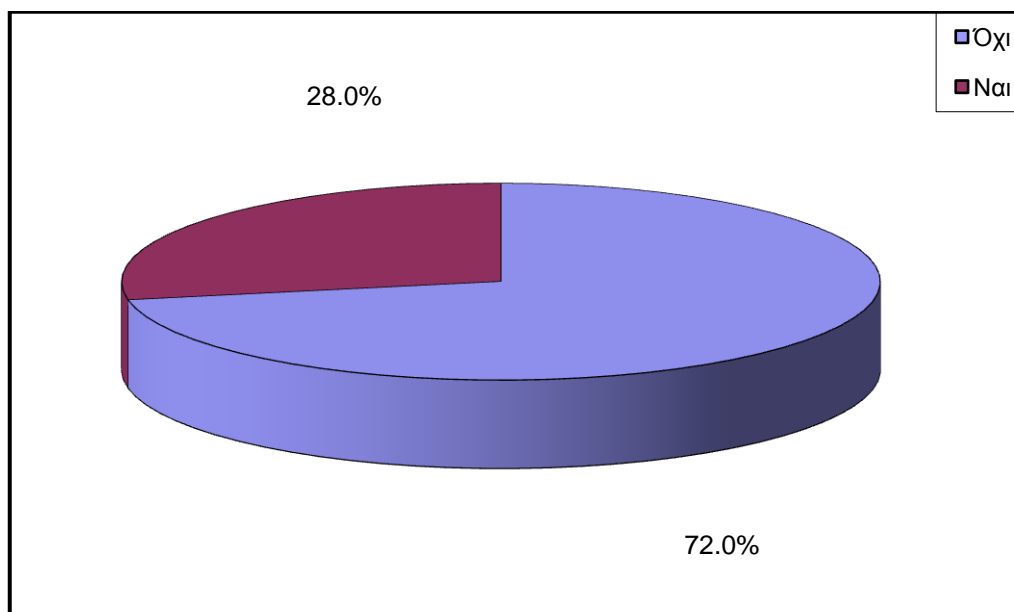


Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα – ποσοστό 72,0%) δεν προκαλεί ‘φόβο’ ο χώρος του νοσοκομείου είτε για την περίπτωση επικείμενου τραυματισμού είτε για τη μετάδοση νοσημάτων ενώ στο υπόλοιπο 28,0% (56 άτομα) προκαλεί ‘φόβο’ (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους προκαλεί ‘φόβο’ ο χώρος του νοσοκομείου και θα προτιμούσαν να μην τον επισκέπτονται για την περίπτωση επικείμενου τραυματισμού ή τη μετάδοση νοσημάτων.

Σας προκαλεί ‘φόβο’ ο χώρος του νοσοκομείου και θα προτιμούσατε να μην τον επισκέπτεστε για την περίπτωση επικείμενου τραυματισμού ή τη μετάδοση νοσημάτων;	N=200	Percent (%)
Όχι	144	72,0
Ναι	56	28,0

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν τους προκαλεί ‘φόβο’ ο χώρος του νοσοκομείου και θα προτιμούσαν να μην τον επισκέπτονται για την περίπτωση επικείμενου τραυματισμού ή τη μετάδοση νοσημάτων.

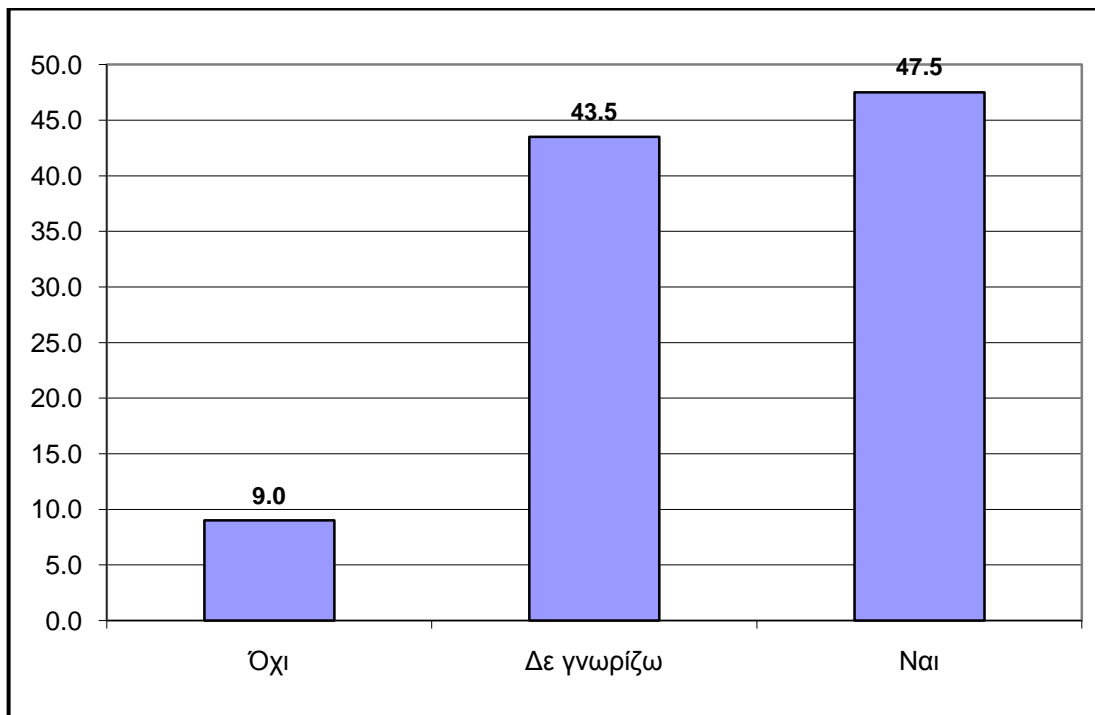


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (95 άτομα – ποσοστό 47,5%) πιστεύει ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό, άλλα 87 άτομα (ποσοστό 43,5) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ενώ τα υπόλοιπα 18 άτομα (ποσοστό 9,0%) δεν πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό (Πίνακας 26, Σχήμα 26).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό.

Πιστεύετε ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνετε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό;	N=200	Percent (%)
Όχι	18	9,0
Δε γνωρίζω	87	43,5
Ναι	95	47,5

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό.

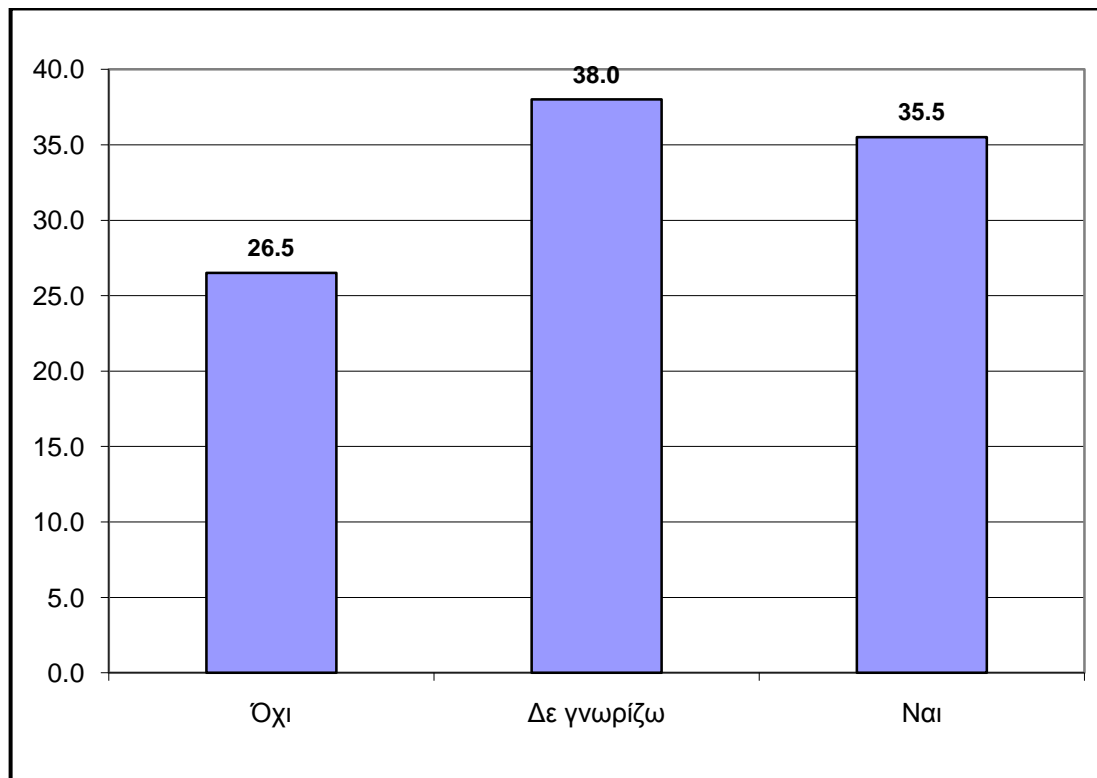


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (76 άτομα – ποσοστό 38,0%) δεν γνωρίζει εάν θα ασκήσει τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα, σε άλλα 71 άτομα (ποσοστό 35,5) υπάρχει η σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα ενώ στα υπόλοιπα 53 άτομα (ποσοστό 26,5%) δεν υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα.

Υπάρχει σκέψη να ασκήσετε τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα;	N=200	Percent (%)
Όχι	53	26,5
Δε γνωρίζω	76	38,0
Ναι	71	35,5

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα.

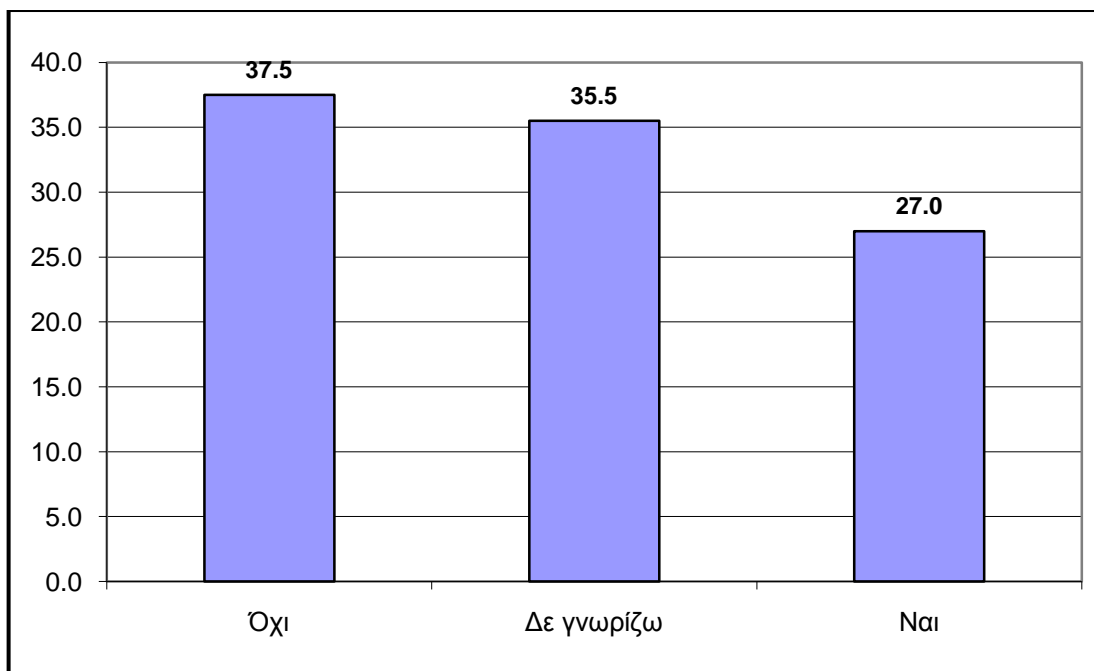


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (75 άτομα – ποσοστό 37,5%) δεν πιστεύει ότι μετά τις σπουδές του στη νοσηλευτική θα φροντίσει να εισαχθεί σε άλλη σχολή, άλλα 71 άτομα (ποσοστό 35,5) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ενώ τα υπόλοιπα 54 άτομα (ποσοστό 27,0%) πιστεύουν ότι μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή (Πίνακας 28, Σχήμα 28).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή.

Πιστεύετε ότι μετά τις σπουδές σας στη νοσηλευτική θα φροντίσετε να εισαχθείτε σε άλλη σχολή;	N=200	Percent (%)
Όχι	75	37,5
Δε γνωρίζω	71	35,5
Ναι	54	27,0

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή.

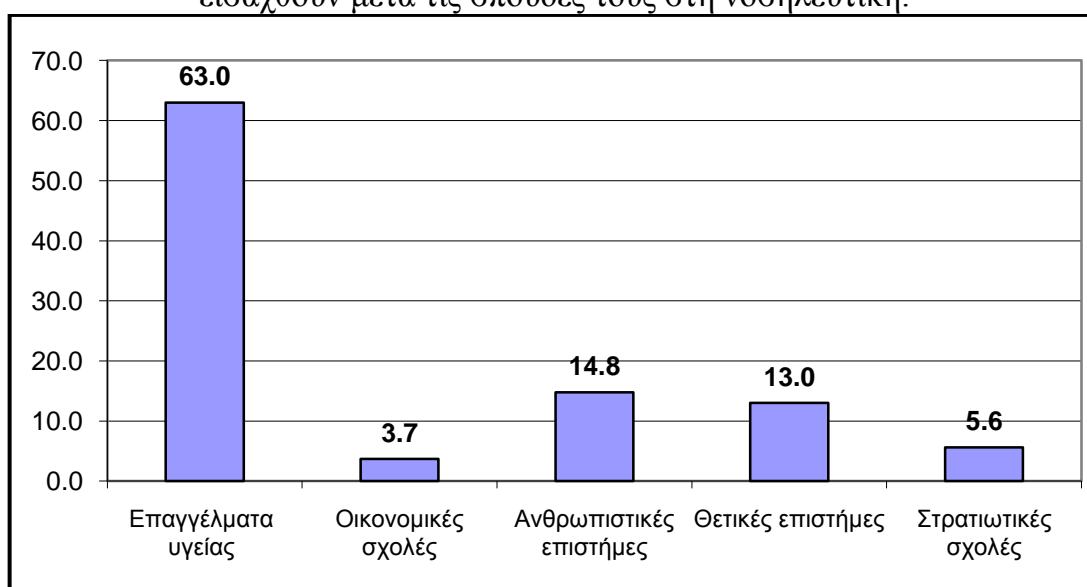


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (34 άτομα – ποσοστό 63,0%) δήλωσε ότι η σχολή στην οποία θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική είναι μια άλλη σχολή των επαγγελματιών υγείας, άλλα 8 άτομα (ποσοστό 14,8%) δήλωσαν ότι θα φροντίσουν να εισαχθούν σε κάποια σχολή ανθρωπιστικών επιστημών, άλλα 7 άτομα (ποσοστό 13,0%) ότι θα φροντίσουν να εισαχθούν σε κάποια σχολή θετικών επιστημών άλλα 3 άτομα (ποσοστό 5,6%) δήλωσαν ότι θα φροντίσουν να εισαχθούν σε κάποια στρατιωτική σχολή και άλλα 2 άτομα (ποσοστό 3,7%) σε κάποια οικονομική σχολή (Πίνακας 29, Σχήμα 29).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποια σχολή θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική.

Σε ποια σχολή θα φροντίσετε να εισαχθείτε μετά τις σπουδές σας στη νοσηλευτική;	N=54	Percent (%)
Επαγγέλματα υγείας	34	63,0
Οικονομικές σχολές	2	3,7
Ανθρωπιστικές επιστήμες	8	14,8
Θετικές επιστήμες	7	13,0
Στρατιωτικές σχολές	3	5,6

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποια σχολή θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική.

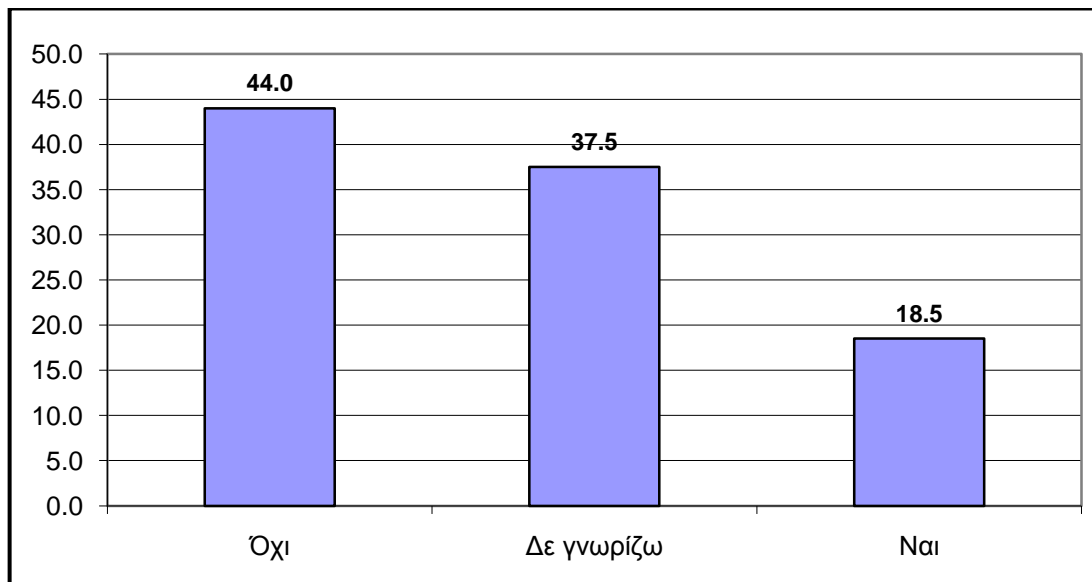


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (88 άτομα – ποσοστό 44,0%) δεν σκέπτεται μετά τις σπουδές του στη νοσηλευτική να ασκήσει άλλο επάγγελμα, άλλα 75 άτομα (ποσοστό 37,5) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ενώ τα υπόλοιπα 37 άτομα (ποσοστό 18,5%) σκέφτονται μετά τις σπουδές τους στη νοσηλευτική να ασκήσουν άλλο επάγγελμα (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	N=200	Percent (%)
Όχι	88	44,0
Δε γνωρίζω	75	37,5
Ναι	37	18,5

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

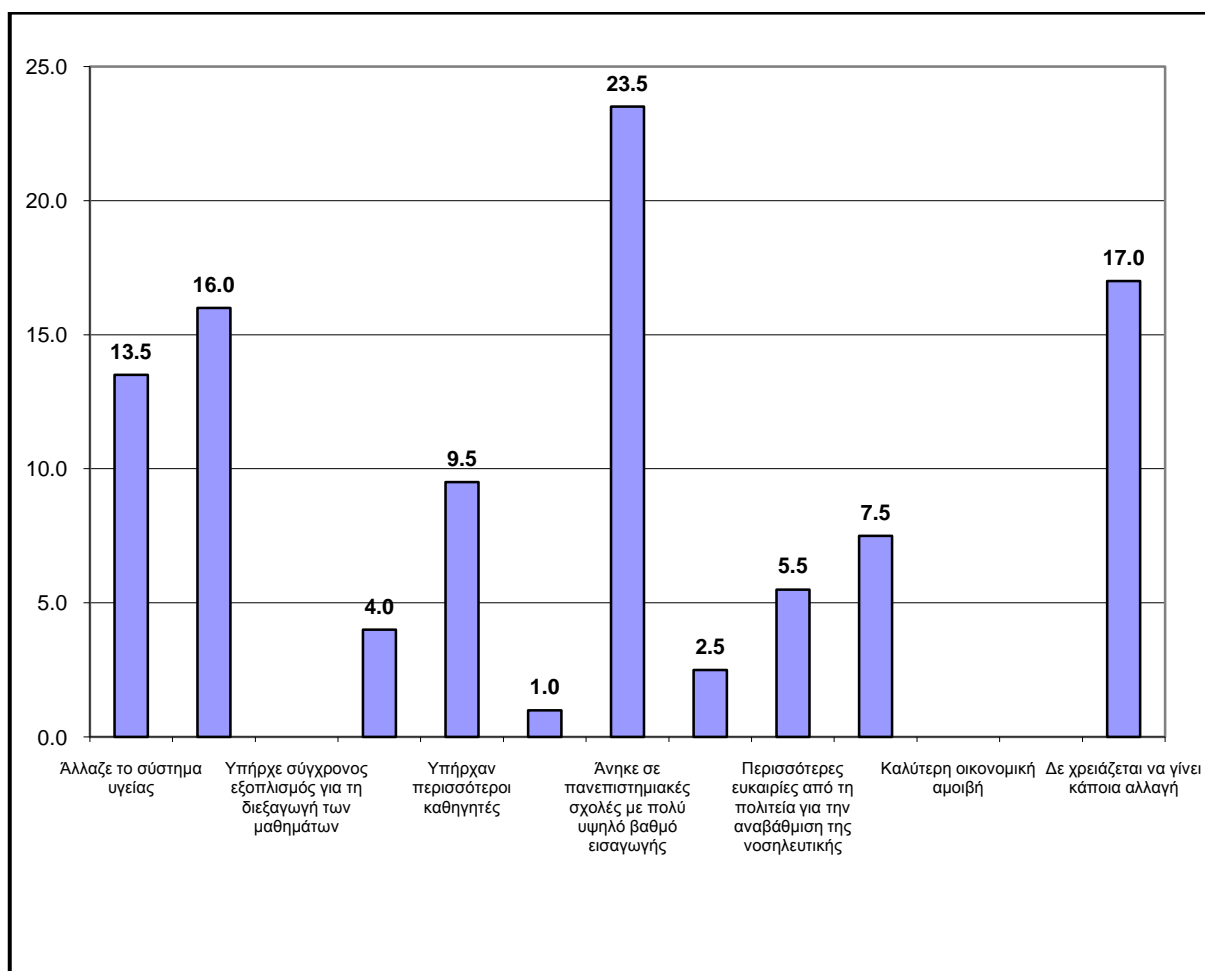


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (47 άτομα – ποσοστό 23,5%) δήλωσε (1^η επιλογή) ότι εάν η νοσηλευτική άνηκε σε πανεπιστημιακές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές, αλλά 34 άτομα (ποσοστό 17,0%) δήλωσαν ότι δεν χρειάζεται να γίνει κάποια αλλαγή, αλλά 32 άτομα (ποσοστό 16,0%) δήλωσαν ότι για να γίνει αυτό θα πρέπει να αλλάξει το εκπαιδευτικό σύστημα, άλλα 27 άτομα (ποσοστό 13,5%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να αλλάξει το σύστημα υγείας, άλλα 19 άτομα (ποσοστό 9,5%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές και ακολούθησαν άλλοι τρόποι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (1^η επιλογή).

Με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (1^η επιλογή);	N=200	Percent (%)
Αλλάξε το σύστημα υγείας	27	13,5
Αλλάξε το εκπαιδευτικό σύστημα	32	16,0
Υπήρχε σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων		
Αναβαθμιζόταν ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας	8	4,0
Υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές	19	9,5
Υπήρχαν περισσότερο καταρτισμένοι εργαστηριακοί συνεργάτες.	2	1,0
Άνηκε σε πανεπιστημιακές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής	47	23,5
Καλύτερες συνθήκες εργασίας (περισσότερο προσωπικό, όχι ασθενείς στο διάδρομο)	5	2,5
Περισσότερες ευκαιρίες από τη πολιτεία για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής	11	5,5
Καλύτερη ηθική αμοιβή	15	7,5
Καλύτερη οικονομική αμοιβή		
Καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό		
Δε χρειάζεται να γίνει κάποια αλλαγή	34	17,0

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (1^η επιλογή).

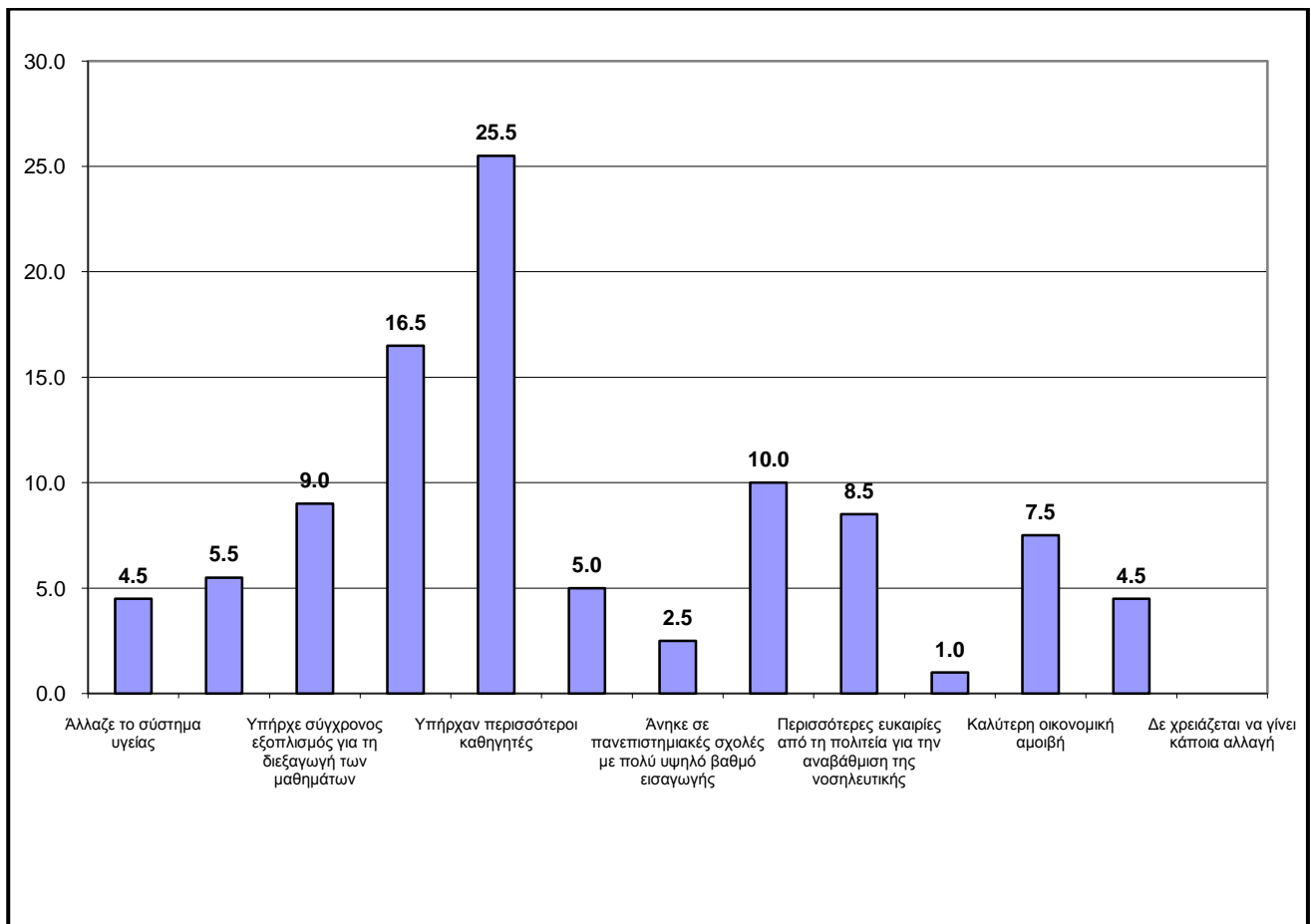


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (51 άτομα – ποσοστό 25,5%) δήλωσε (2^η επιλογή) ότι εάν στη νοσηλευτική υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές, άλλα 33 άτομα (ποσοστό 16,5%) δήλωσαν ότι για να γίνει αυτό θα πρέπει το επάγγελμα να αναβαθμιζόταν ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας, άλλα 20 άτομα (ποσοστό 10,0%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπήρχαν καλύτερες συνθήκες εργασίας (περισσότερο προσωπικό, όχι ασθενείς στο διάδρομο), άλλα 18 άτομα (ποσοστό 9,0%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπήρχε σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων και ακολούθησαν άλλοι τρόποι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 32, Σχήμα 32)

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (2^η επιλογή).

Με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (2^η επιλογή);	N=200	Percent (%)
Άλλαξε το σύστημα υγείας	9	4,5
Άλλαξε το εκπαιδευτικό σύστημα	11	5,5
Υπήρχε σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων	18	9,0
Αναβαθμιζόταν ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας	33	16,5
Υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές	51	25,5
Υπήρχαν περισσότερο καταρτισμένοι εργαστηριακοί συνεργάτες.	10	5,0
Ήνθε σε πανεπιστημιακές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής	5	2,5
Καλύτερες συνθήκες εργασίας (περισσότερο προσωπικό, όχι ασθενείς στο διάδρομο)	20	10,0
Περισσότερες ευκαιρίες από τη πολιτεία για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής	17	8,5
Καλύτερη ηθική αμοιβή	2	1,0
Καλύτερη οικονομική αμοιβή	15	7,5
Καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό	9	4,5
Δε χρειάζεται να γίνει κάποια αλλαγή		

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (2^η επιλογή).

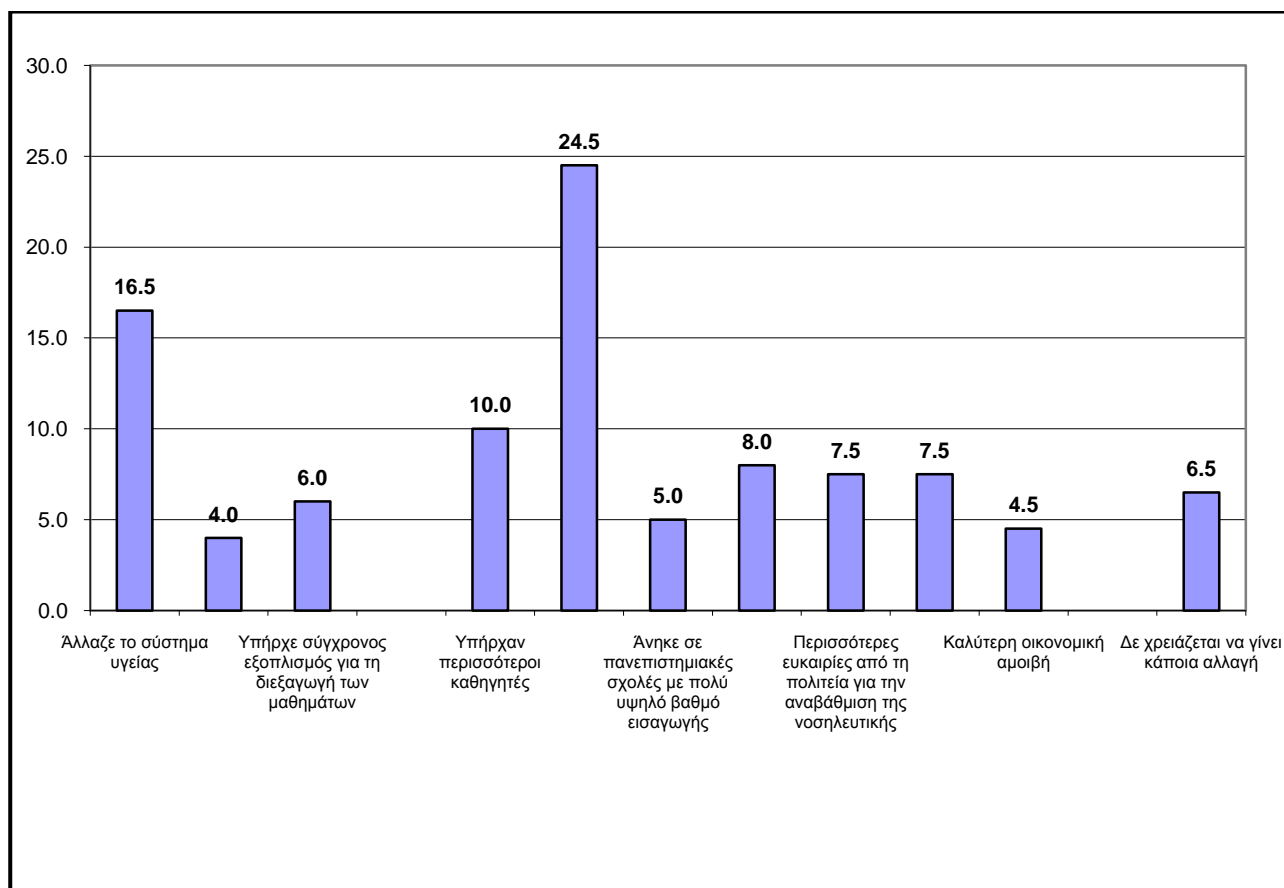


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (49 άτομα – ποσοστό 24,5%) δήλωσε (3^η επιλογή) ότι εάν στη νοσηλευτική υπήρχαν περισσότεροι περισσότεροι καταρτισμένοι εργαστηριακοί συνεργάτες θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές, άλλα 33 άτομα (ποσοστό 16,5%) δήλωσαν ότι για να γίνει αυτό θα πρέπει να αλλάξει το σύστημα υγείας, άλλα 20 άτομα (ποσοστό 10,0%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές και ακολούθησαν άλλοι τρόποι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (3^η επιλογή).

Με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (3^η επιλογή);	N=200	Percent (%)
Άλλαξε το σύστημα υγείας	33	16,5
Άλλαξε το εκπαιδευτικό σύστημα	8	4,0
Υπήρχε σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων	12	6,0
Αναβαθμιζόταν ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας		
Υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές	20	10,0
Υπήρχαν περισσότερο καταρτισμένοι εργαστηριακοί συνεργάτες.	49	24,5
Άνηκε σε πανεπιστημιακές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής	10	5,0
Καλύτερες συνθήκες εργασίας (περισσότερο προσωπικό, όχι ασθενείς στο διάδρομο)	16	8,0
Περισσότερες ευκαιρίες από τη πολιτεία για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής	15	7,5
Καλύτερη ηθική αμοιβή	15	7,5
Καλύτερη οικονομική αμοιβή	9	4,5
Καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό		
Δε χρειάζεται να γίνει κάποια αλλαγή	13	6,5

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (3^η επιλογή).

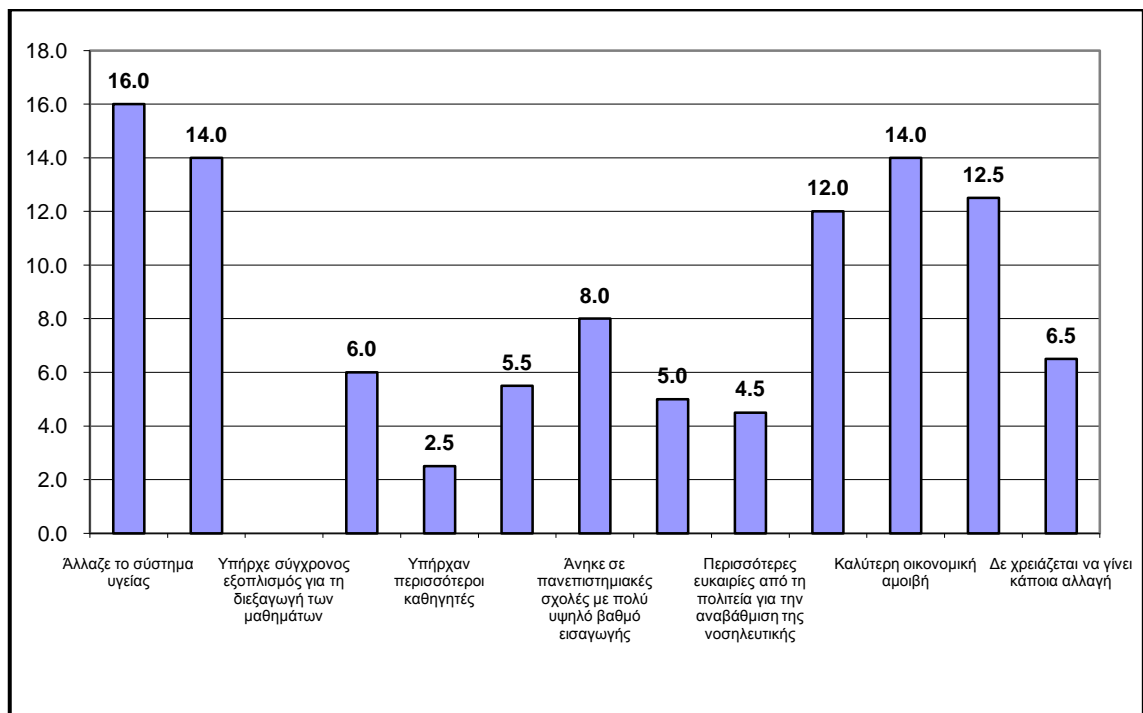


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (32 άτομα – ποσοστό 16,0%) δήλωσε (4^η επιλογή) ότι εάν άλλαζε το σύστημα υγείας η νοσηλευτική θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές, άλλα 28 άτομα (ποσοστό 14,0%) δήλωσαν ότι για να γίνει αυτό θα πρέπει είτε να αλλάξει το εκπαιδευτικό σύστημα είτε να υπάρχει καλύτερη οικονομική αμοιβή, άλλα 25 άτομα (ποσοστό 12,5%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπάρξει καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό, άλλα 24 άτομα (ποσοστό 12,0%) δήλωσαν ότι θα πρέπει να υπάρξει καλύτερη ηθική αμοιβή και ακολούθησαν άλλοι τρόποι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 34, Σχήμα 34).

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (4^η επιλογή).

Με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (4^η επιλογή);	N=200	Percent (%)
Άλλαξε το σύστημα υγείας	32	16,0
Άλλαξε το εκπαιδευτικό σύστημα	28	14,0
Υπήρχε σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων		
Αναβαθμιζόταν ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας	12	6,0
Υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές	5	2,5
Υπήρχαν περισσότερο καταρτισμένοι εργαστηριακοί συνεργάτες.	11	5,5
Ήνθε σε πανεπιστημιακές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής	16	8,0
Καλύτερες συνθήκες εργασίας (περισσότερο προσωπικό, όχι ασθενείς στο διάδρομο)	10	5,0
Περισσότερες ευκαιρίες από τη πολιτεία για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής	9	4,5
Καλύτερη ηθική αμοιβή	24	12,0
Καλύτερη οικονομική αμοιβή	28	14,0
Καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό	25	12,5
Δε χρειάζεται να γίνει κάποια αλλαγή		

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιον τρόπο η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές (4^η επιλογή).



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

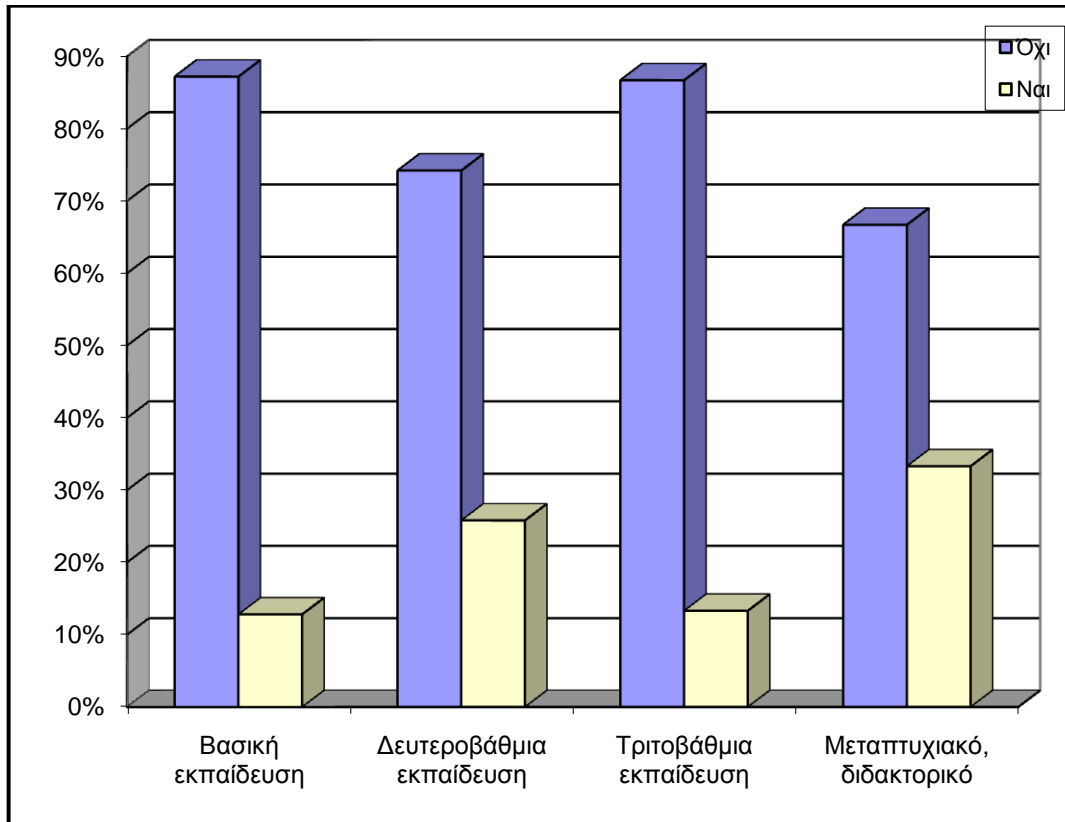
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 200 φοιτητές νοσηλευτικής ΑΕΙ – ΑΤΕΙ, ηλικίας 18-38 ετών, μέσου όρου ηλικίας $20,75 \pm 3,03$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Σε υψηλότερο ποσοστό τόσο οι γονείς κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου σπουδών (33,3%) όσο και οι γονείς απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (25,8%) προσπάθησαν να πείσουν τους ερωτηθέντες να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή μετά την εισαγωγή τους στη Νοσηλευτική έναντι των γονέων των άλλων μορφωτικών επιπέδων (12,8% και 13,3%) (Πίνακας 35, Σχήμα 35). Παρόλα αυτά οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 6,030$, $df = 3$, NS).

Πίνακας 35: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων των ερωτηθέντων και εάν μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή.

		Μετά την εισαγωγή σας στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό σας περιβάλλον να σας πείσει να παρακολουθήσετε μια άλλη σχολή;		
		Όχι	Ναι	
Μορφωτικό επίπεδο γονέων	Βασική εκπαίδευση	34 87,2%	5 12,8%	39 100,0%
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	46 74,2%	16 25,8%	62 100,0%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	78 86,7%	12 13,3%	90 100,0%
	Μεταπτυχιακό, διδακτορικό	6 66,7%	3 33,3%	9 100,0%
		164	36	200
$\chi^2 = 6,030$, $df = 3$, NS				

Σχήμα 35: Συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου των γονέων των ερωτηθέντων και εάν μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή.



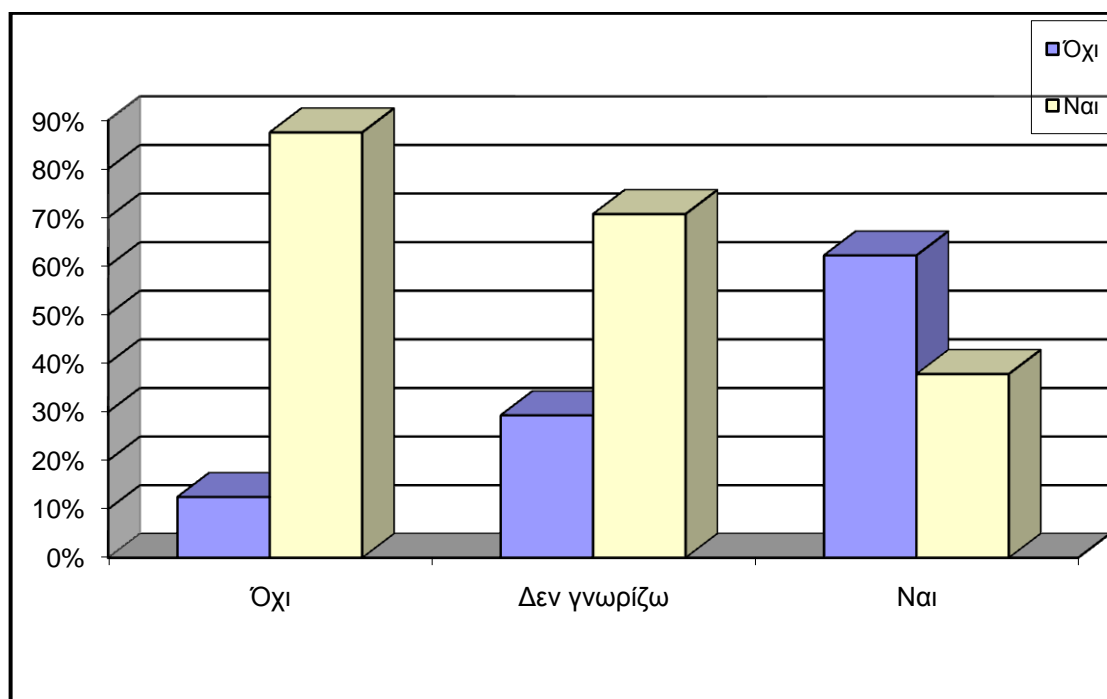
Σε υψηλότερο ποσοστό (87,5%) οι ερωτηθέντες που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν έναντι αυτών οι οποίοι σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους των οποίων η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν σε ποσοστό 37,8% (Πίνακας 36, Σχήμα 36). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 31,972$, $df = 2$, $p < 0,0001$)

Πίνακας 36: Συσχέτιση του εάν η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν οι ερωτηθέντες και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

		Ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσατε να εισαχθείτε;		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	Όχι	11	77	88
		12,5%	87,5%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	22	53	75
		29,3%	70,7%	100,0%
	Ναι	23	14	37
		62,2%	37,8%	100,0%
		56	144	200

$\chi^2 = 31,972, df = 2, p < 0,0001$

Σχήμα 36: Συσχέτιση του εάν η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν οι ερωτηθέντες και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

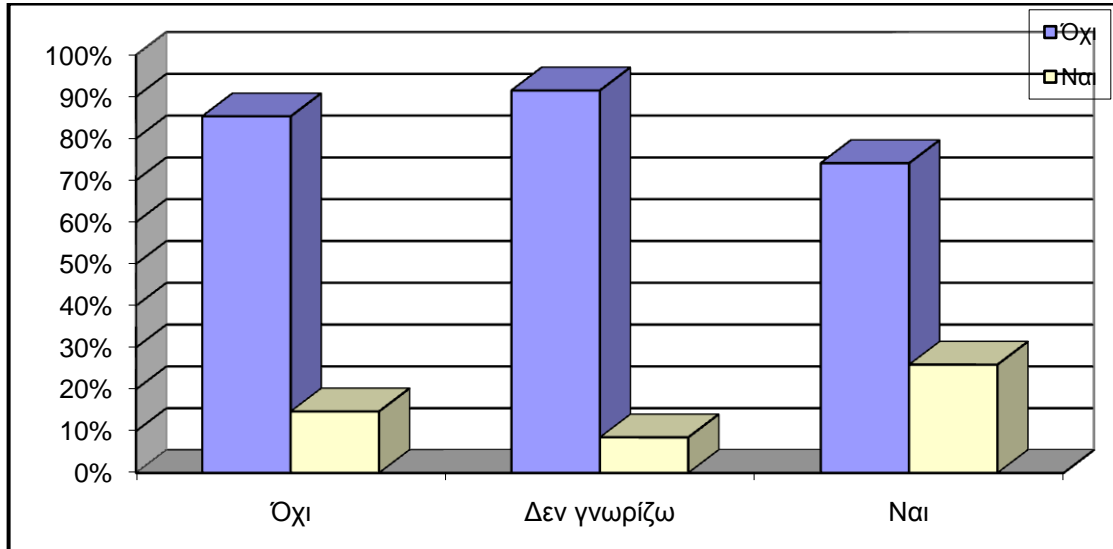


Σε υψηλότερο ποσοστό (25,9%) οι ερωτηθέντες που θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή μετά τις σπουδές τους θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο έναντι αυτών που δεν θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή μετά τις σπουδές τους οι οποίοι θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο σε ποσοστό 14,7% (Πίνακας 37, Σχήμα 37). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,215$, $df = 2$, $p < 0,05$)

Πίνακας 37: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή.

		Θεωρείτε ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο;		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική θα φροντίσετε να εισαχθείτε σε άλλη σχολή;	Όχι	64	11	75
		85,3%	14,7%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	65	6	71
		91,5%	8,5%	100,0%
	Ναι	40	14	54
		74,1%	25,9%	100,0%
		169	31	200
$\chi^2 = 7,215$, $df = 2$, $p < 0,05$				

Σχήμα 37: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική θα φροντίσουν να εισαχθούν σε άλλη σχολή.

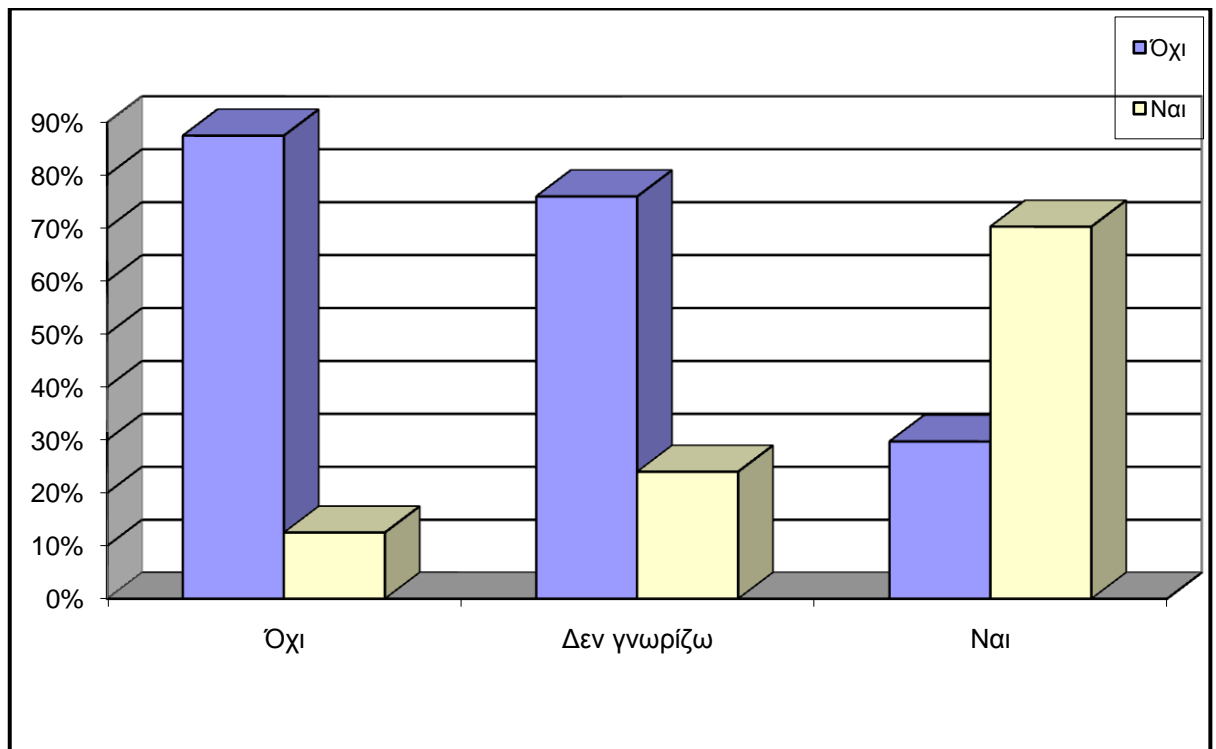


Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (70,3%) οι ερωτηθέντες που σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους σκέφτηκαν κάποτε να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική) έναντι αυτών που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους που έχουν σκεφτεί να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική) σε ποσοστό 12,5% (Πίνακας 38, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 44,340$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 38: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες σκέφτηκαν κάποτε να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική) και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

		Σκεφτήκατε ποτέ να εγκαταλείψετε τη σχολή σας (νοσηλευτική);		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	Όχι	77	11	88
		87,5%	12,5%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	57	18	75
		76,0%	24,0%	100,0%
	Ναι	11	26	37
		29,7%	70,3%	100,0%
		145	55	200
$\chi^2 = 44,340, df = 2, p < 0,0001$				

Σχήμα 38: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες σκέφτηκαν κάποτε να εγκαταλείψουν τη σχολή τους (νοσηλευτική) και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

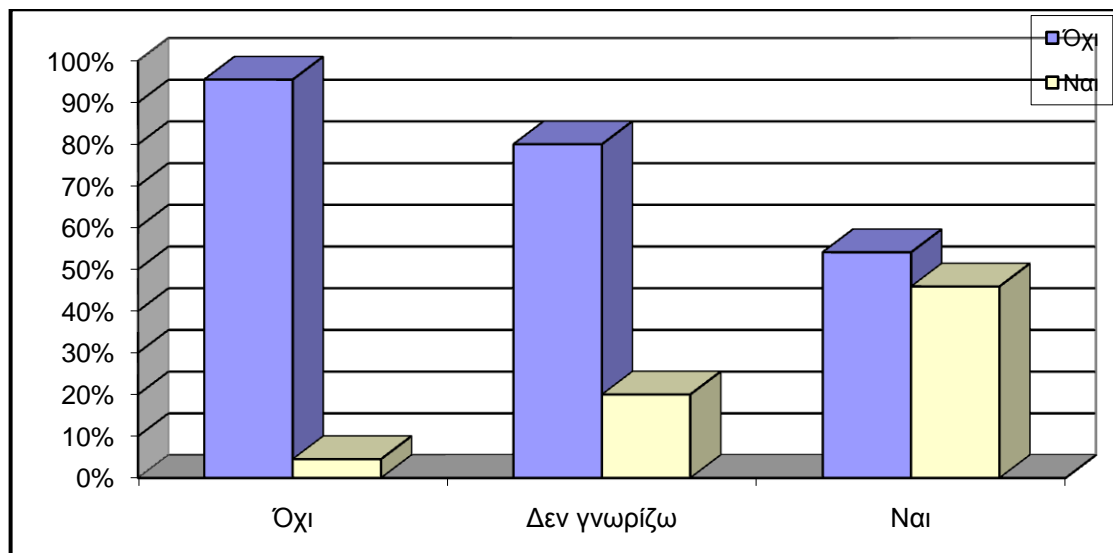


Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (45,9%) οι ερωτηθέντες που σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους πιστεύουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον προσπάθησε να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή έναντι αυτών που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους που πιστεύουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον προσπάθησε να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή σε ποσοστό 4,5% (Πίνακας 39, Σχήμα 39). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 30,572$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 39: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

		Πιστεύετε ότι μετά την εισαγωγή σας στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό σας περιβάλλον να σας πείσει να παρακολουθήσετε μια άλλη σχολή;		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	Όχι	84	4	88
		95,5%	4,5%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	60	15	75
		80,0%	20,0%	100,0%
	Ναι	20	17	37
		54,1%	45,9%	100,0%
		164	36	200
$\chi^2 = 30,572$, $df = 2$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 39: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες πιστεύουν ότι μετά την εισαγωγή τους στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό τους περιβάλλον να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

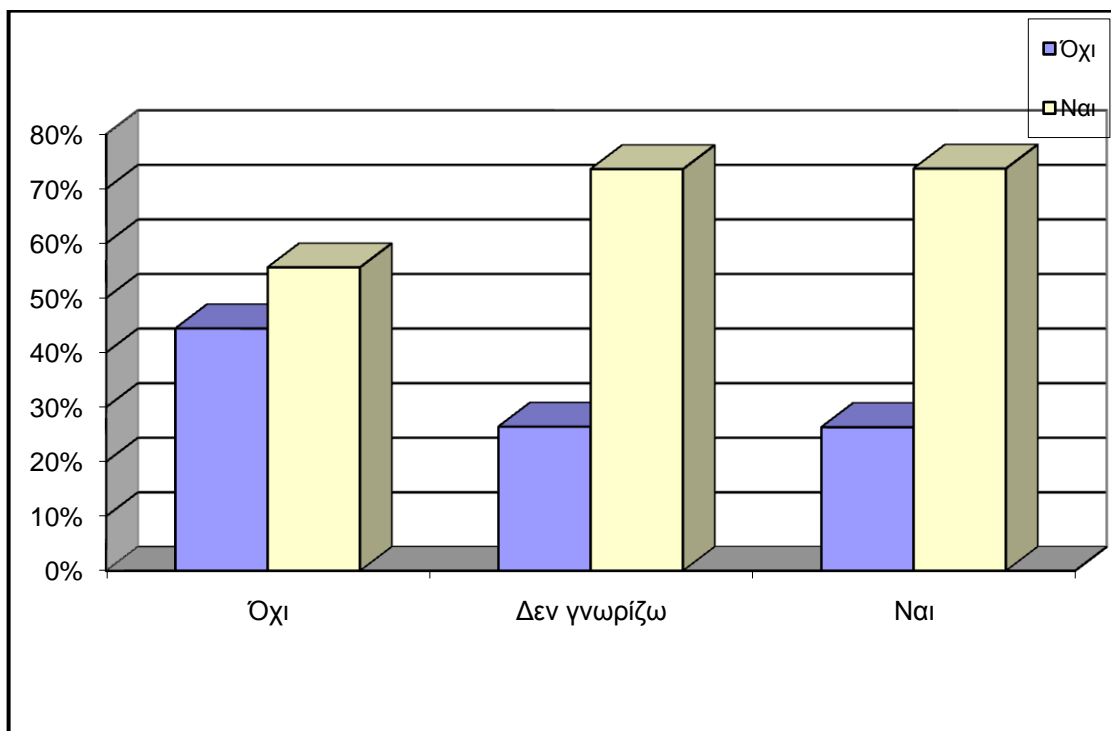


Σε ποσοστό (55,6%) οι ερωτηθέντες που δεν πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν έναντι αυτών οι οποίοι πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό των οποίων η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν σε ποσοστό 73,7% (Πίνακας 40, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 2,654$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 40: Συσχέτιση του εάν η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν οι ερωτηθέντες και εάν πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό.

		Ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσατε να εισαχθείτε;		
		Όχι	Ναι	
Πιστεύετε ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνετε μεταπτυχιακό ή διδακτορικό;	Όχι	8	10	18
		44,4%	55,6%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	23	64	87
		26,4%	73,6%	100,0%
	Ναι	25	70	95
		26,3%	73,7%	100,0%
		56	144	200
$\chi^2 = 2,654, df = 2, NS$				

Σχήμα 40: Συσχέτιση του εάν η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν οι ερωτηθέντες και εάν πιστεύουν ότι μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό.

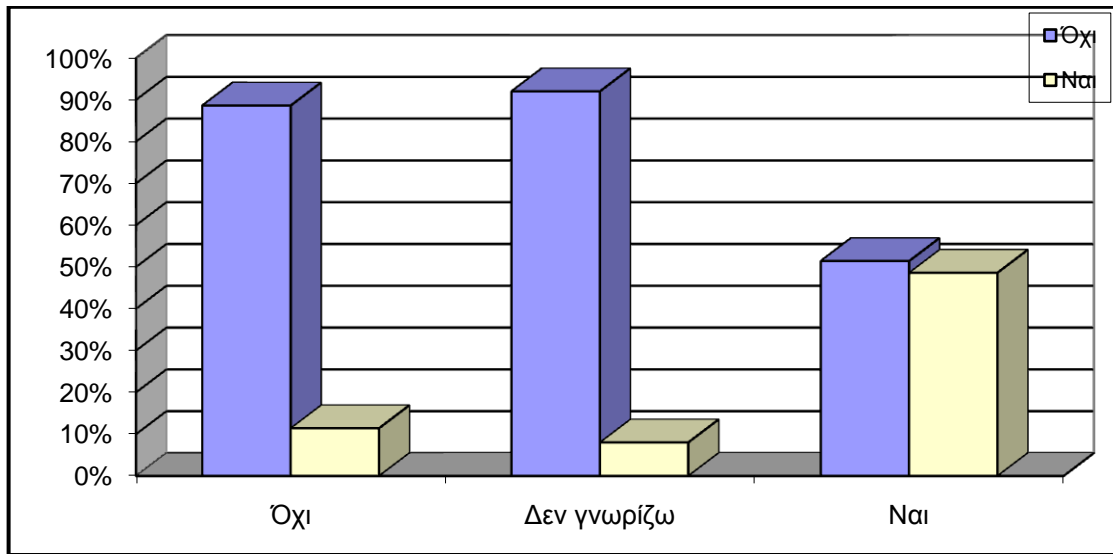


Σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (48,6%) οι ερωτηθέντες που σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους σε κάποια σχολή επαγγελματιών υγείας έναντι αυτών που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους που θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους σε κάποια σχολή επαγγελματιών υγείας σε ποσοστό 11,4% (Πίνακας 41, Σχήμα 41). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 32,552$, $df = 2$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 41: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους σε κάποια σχολή επαγγελματιών υγείας και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

		Θα φροντίσετε να εισαχθείτε μετά τις σπουδές σας σε κάποια σχολή επαγγελματιών υγείας;		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	Όχι	78	10	88
		88,6%	11,4%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	69	6	75
		92,0%	8,0%	100,0%
	Ναι	19	18	37
		51,4%	48,6%	100,0%
		166	34	200
$\chi^2 = 32,552$, $df = 2$, $p < 0,0001$				

Σχήμα 41: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά τις σπουδές τους σε κάποια σχολή επαγγελματίων υγείας και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

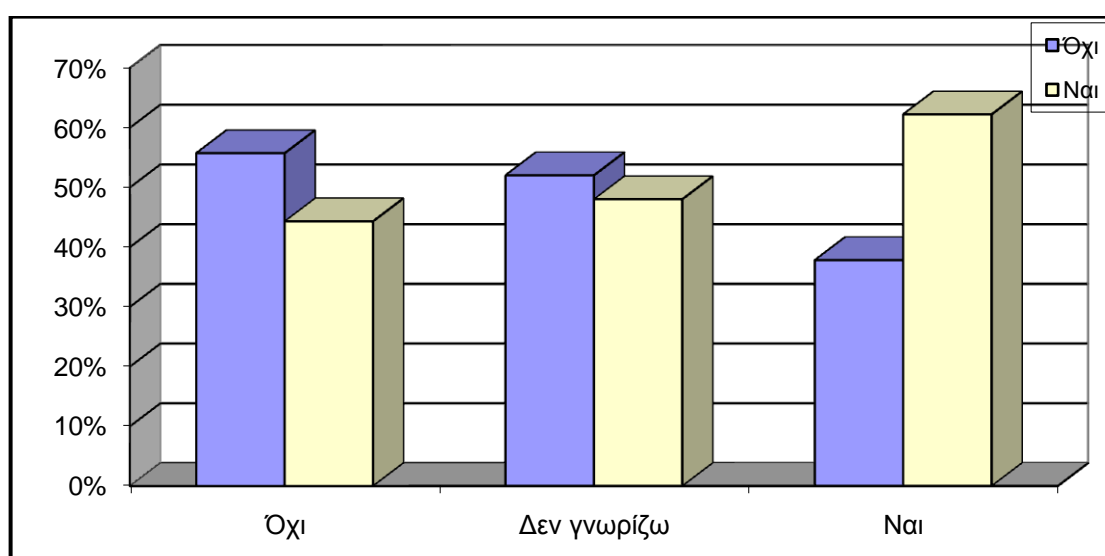


Σε ποσοστό (62,2%) οι ερωτηθέντες που σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους έχουν νιώσει ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν έναντι αυτών που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους που έχουν νιώσει ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν σε ποσοστό 44,3% (Πίνακας 42, Σχήμα 42). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 3,367$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 42: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες έχουν νιώσει ποτέ ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

		Έχετε νιώσει ποτέ ως φοιτητής της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσετε;		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	Όχι	49	39	88
		55,7%	44,3%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	39	36	75
		52,0%	48,0%	100,0%
	Ναι	14	23	37
		37,8%	62,2%	100,0%
		102	98	200
$\chi^2 = 3,367, df = 2, NS$				

Σχήμα 42: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες έχουν νιώσει ποτέ ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

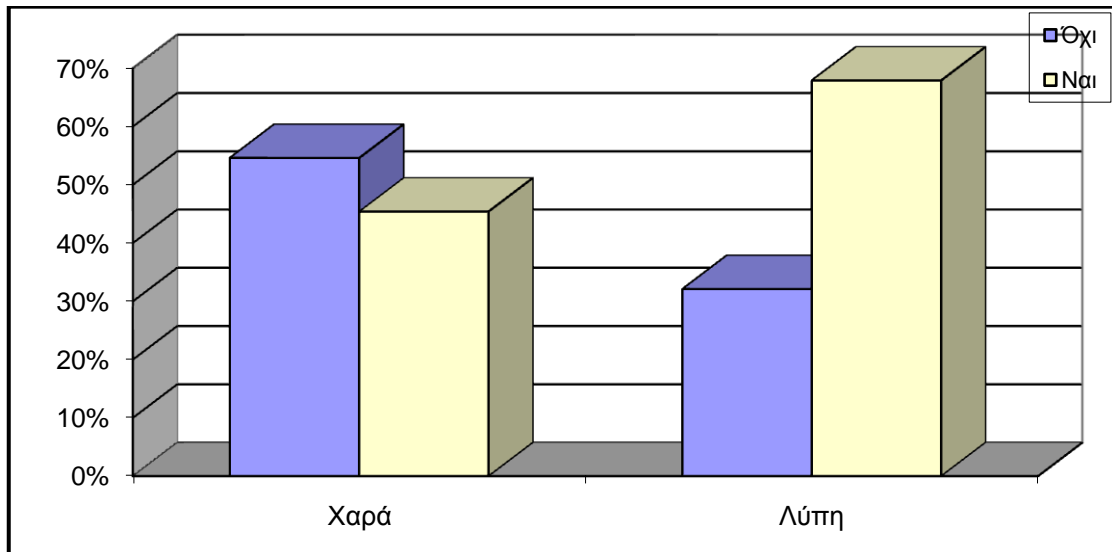


Σε ποσοστό (67,9%) οι ερωτηθέντες που αισθάνθηκαν λύπη όταν πληροφορήθηκαν την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική έχουν νιώσει ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν έναντι που αισθάνθηκαν χαρά που έχουν νιώσει ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν σε ποσοστό 45,4% (Πίνακας 43, Σχήμα 43). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 4,655$, $df = 1$, $p < 0,05$)

Πίνακας 43: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες έχουν νιώσει ποτέ ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν και ποια τα συναισθήματά τους όταν πληροφορήθηκαν την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική.

		Έχετε νιώσει ποτέ ως φοιτητής της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσετε;		
		Όχι	Ναι	
Αναφέρατε τα συναισθήματά σας όταν πληροφορηθήκατε την εισαγωγή σας στη νοσηλευτική	Χαρά	71	59	130
		54,6%	45,4%	100,0%
	Λύπη	9	19	28
		32,1%	67,9%	100,0%
		80	78	158
$\chi^2 = 4,655$, $df = 1$, $p < 0,05$				

Σχήμα 43: Συσχέτιση του εάν οι ερωτηθέντες έχουν νιώσει ποτέ ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θα ακολουθήσουν και ποια τα συναισθήματά τους όταν πληροφορήθηκαν την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική.

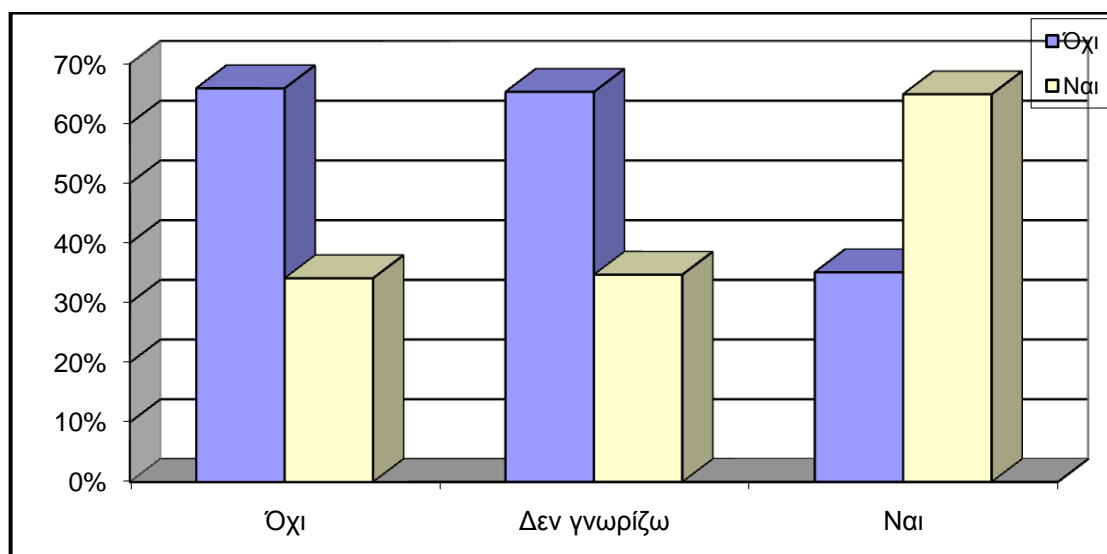


Σε ποσοστό (64,9%) οι ερωτηθέντες που σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους η κλινική εργαστηριακή άσκηση τους δημιουργεί ψυχική καταπόνηση έναντι αυτών που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους που η κλινική εργαστηριακή άσκηση τους δημιουργεί ψυχική καταπόνηση σε ποσοστό 34,1% (Πίνακας 44, Σχήμα 44). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 11,701$, $df = 2$, $p < 0,01$).

Πίνακας 44: Συσχέτιση του εάν η κλινική εργαστηριακή άσκηση δημιουργεί ψυχική καταπόνηση στους ερωτηθέντες και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.

		Η κλινική εργαστηριακή άσκηση σας δημιουργεί ψυχική καταπόνηση;		
		Όχι	Ναι	
Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεστε να ασκήσετε άλλο επάγγελμα;	Όχι	58	30	88
		65,9%	34,1%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	49	26	75
		65,3%	34,7%	100,0%
	Ναι	13	24	37
		35,1%	64,9%	100,0%
		120	80	200
$\chi^2 = 11,701, df = 2, p < 0,01$				

Σχήμα 44: Συσχέτιση του εάν η κλινική εργαστηριακή άσκηση δημιουργεί ψυχική καταπόνηση στους ερωτηθέντες και εάν μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα.



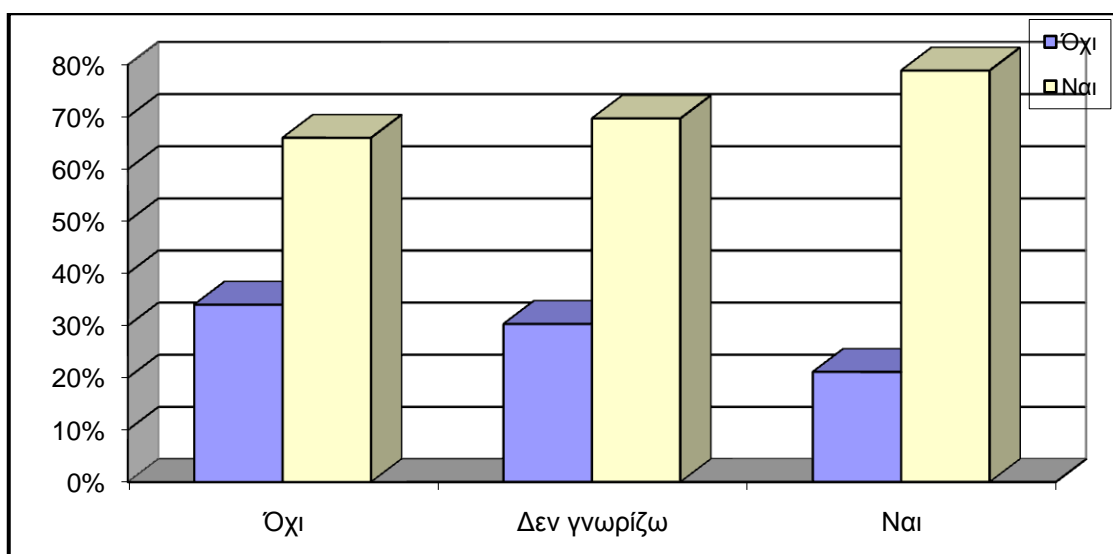
Σε ποσοστό (66,0%) οι ερωτηθέντες που δεν υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα, η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν έναντι αυτών στους οποίους υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα των οποίων η νοσηλευτική

ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν σε ποσοστό 78,9% (Πίνακας 45, Σχήμα 45). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 2,791$, $df = 2$, NS).

Πίνακας 45: Συσχέτιση του εάν η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν οι ερωτηθέντες και εάν υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα.

		Ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσατε να εισαχθείτε;		
		Όχι	Ναι	
Υπάρχει σκέψη να ασκήσετε τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα;	Όχι	18	35	53
		34,0%	66,0%	100,0%
	Δεν γνωρίζω	23	53	76
		30,3%	69,7%	100,0%
	Ναι	15	56	71
		21,1%	78,9%	100,0%
		56	144	200
$\chi^2 = 2,791$, $df = 2$, NS				

Σχήμα 45: Συσχέτιση του εάν η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν οι ερωτηθέντες και εάν υπάρχει σκέψη να ασκήσουν τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα.



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα μας ασχολήθηκε με την διερεύνηση των παραγόντων απομάκρυνσης φοιτητών νοσηλευτικής από το αντικείμενο σπουδών τους. Το δείγμα μας αποτελείται από 200 φοιτητές της νοσηλευτικής ΑΕΙ και ΑΤΕΙ, η επιλογή έγινε τυχαία ανεξάρτητα από την καταγωγή, την οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ερευνά μας προέκυψε ότι σε ποσοστό 33,3%, τόσο οι γονείς κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών όσο και οι γονείς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 25,5% προσπάθησαν να πείσουν τους σπουδαστές νοσηλευτικής να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή μετά την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική. Βέβαια οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές. ($\chi^2 = 6,030$, $df = 3$.NS), γίνεται όμως φανερό πως το οικογενειακό περιβάλλον ιδιαίτερα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης παροτρύνει τους ερωτηθέντες να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή, πράγμα που πιθανότατα δηλώνει την αποστροφή τους από τη νοσηλευτική ίσως γιατί το θεωρούν ένα επάγγελμα που δε θα μπορέσει να τους προσφέρει την κοινωνική αναγνώριση και τη μορφωτική εξέλιξη που επιθυμούν.

Σχετικά με τις απαντήσεις που δόθηκαν, ένα ποσοστό 37,8% σκέφτεται ν' ασκήσει ένα άλλο επάγγελμα αν και η νοσηλευτική ήταν η πρώτη επιλογή τους. Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό 87,5% που επιθυμούσαν να εισαχθούν στη νοσηλευτική δε σκέφτονται ν' ασκήσουν άλλο επάγγελμα. Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($P < 0.0001$). Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι αυτό συμβαίνει λόγω κάποιων παραγόντων που συντέλεσαν στη απόφαση τους αυτή κατά την ακαδημαϊκή τους πορεία. Αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν να είναι οι αντιξοότητες που συνάντησαν στην κλινική εργαστηριακή τους άσκηση, είτε στην αδυναμία κατανόησης της θεωρίας και των δεξιοτήτων των εργαστηρίων του τμήματος της νοσηλευτικής. Τέλος θα μπορούσε να οφείλεται και σε κακή συνεργασία με τους διδάσκοντες του τμήματος.

Σύμφωνα με τ' αποτελέσματα της έρευνας μας το 76,5% των ερωτηθέντων θεωρούν πως το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής. Βάσει ερευνών που έχουν γίνει στο τομέα αυτό παρατηρήθηκε πως πράγματι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση βάλλουν το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται στη βιβλιογραφία ως σύνδρομο με κύρια χαρακτηριστικά την συναισθηματική εξάντληση, την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.⁷⁰ Το κυκλικό ωράριο δημιουργεί επιπτώσεις στον ανθρώπινο οργανισμό με αντίκτυπο στην αποδοτικότητα και την υγεία του. Οι επιπτώσεις όμως δε σταματάνε μόνο στον ίδιο τον νοσηλευτή λόγω του κυκλικού ωραρίου αλλά επεκτείνονται στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή.⁷¹

Σχετικά μικρό είναι σε ποσοστό 25,9% των σπουδαστών που θα φροντίσουν να εισαχθούν μετά την αποφοίτησή τους σε μια άλλη σχολή διότι θεωρούν ότι η νοσηλευτική σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα γενικότερα είναι κατώτερη, θα μπορούσαμε λοιπόν να προσάψουμε αυτή την άποψη σε προκατάληψη που μπορεί να διακατέχει τους φοιτητές αυτής της κατηγορίας, με τη σκέψη ότι εφόσον παρακολουθούν μια σχολή που δε τους ενδιαφέρει άρα αυτόματα-υποσυνείδητα την υποβαθμίζουν ωστόσο υπάρχουν και φοιτητές που δε θα φροντίσουν να εισαχθούν σε κάποιο άλλο τμήμα (14,7%) , πιστεύουν όμως ότι το τμήμα της νοσηλευτικής είναι κατώτερο από άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα γενικότερα. (P=<0.05.)

Το 70,3% των φοιτητών που επιθυμούν να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά το τέλος των σπουδών, σκέφτηκαν κατά την ακαδημαϊκή τους πορεία να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους. Φαίνεται να είναι ένα λογικό συμπέρασμα ωστόσο προκύπτει και ένα ρητορικό ερώτημα « γιατί εφόσον ήθελαν να εγκαταλείψουν το τμήμα της νοσηλευτικής και είναι αποφασισμένοι ν' ασκήσουν ένα άλλο επάγγελμα περιμένουν να αποφοιτήσουν πρώτα;» μήπως τελικά αν δε μπορούσαν να εισαχθούν αργότερα σε ένα άλλο τμήμα θα

ακολουθήσουν αναγκαστικά τη νοσηλευτική και δε θα γίνουν άξιοι και υπεύθυνοι επαγγελματίες νοσηλευτές. ($P=0,0001$).

Είναι ύψιστης σημασίας να αναφερθούμε στο γεγονός ότι το 45,9% των ερωτηθέντων που σκέφτονται ν' ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους πιστεύουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον προσπάθησε να τους πείσει, να παρακολουθήσουν κάποια άλλη σχολή. Πράγμα που θα μπορούσε να σημαίνει πως ακόμα κι αν υπήρχαν φοιτητές που αμφιταλαντεύονταν όσον αφορά για το κατά πόσο η νοσηλευτική είναι ένα τμήμα και κατ' επέκτασιν μια επιστήμη που τους ταιριάζει με τη παρέμβαση του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, ίσως να μην τους δόθηκε τελικά η ευκαιρία να το ανακαλύψουν. Άλλωστε δεν είναι λίγα τα περιστατικά που κατά τη πρακτική τους άσκηση κατά το τέταρτο και τελευταίο έτος του τμήματος διαπιστώνουν ότι τους ταιριάζει απόλυτα η νοσηλευτική ως επάγγελμα και επιστήμη. ($P=0.0001$).

Σε ποσοστό 48,6% δηλαδή σχεδόν οι μισοί εκ των ερωτηθέντων που σκέφτονται να εισαχθούν σε μια άλλη σχολή θα επιλέξουν ένα τμήμα ανάμεσα σε όσα έχουν σχέση με την υγεία που επιβεβαιώνει τη θεωρία ότι δεν τους ενοχλεί απλά ο κλινικός χώρος ή γενικότερα ο χώρος της υγείας απλά θεωρούν ότι η νοσηλευτική ανάμεσα στα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας είναι υποδεέστερη. ($P=0.0001$).

Συνδέοντας την προηγούμενη θεωρία παρατηρούμε μέσα από την έρευνα ότι το 62,2% των ερωτηθέντων που θα ασκήσουν ένα άλλο επάγγελμα έχουν νιώσει ως φοιτητές της νοσηλευτικής απαξιωτική συμπεριφορά από άλλους φοιτητές που πιθανότατα να είναι και ένα είδος αποτελέσματος της προκατάληψης που τους διακατέχει ότι η νοσηλευτική είναι κατώτερο επάγγελμα άρα και οι φοιτητές της νοσηλευτικής δέχονται την ανάλογη συμπεριφορά. ($X^2=3.367$, $df= 2, NS$).

Ένα επιπλέον στοιχείο που επιβεβαιώνει την προηγούμενη εικασία φαίνεται να είναι και το γεγονός πως το 67,9% των ερωτηθέντων που ένιωσαν λύπη κατά την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική έχουν νιώσει και απαξιωτική συμπεριφορά, φαίνεται να είναι σχεδόν επιβεβαιωμένη η θεωρία ότι όσοι

φοιτητές δεν επιθυμούσαν να παρακολουθήσουν τη σχολή είναι προκατειλημμένοι και θεωρούν ότι η νοσηλευτική είναι υποβαθμισμένη σε σχέση με τα υπόλοιπα επαγγέλματα υγείας και γενικότερα με τα άλλα επαγγέλματα και δέχονται απαξιωτική συμπεριφορά από άλλους φοιτητές. (P=0.05).

Ακόμα ένα ισχυρό σημείο της παρούσης έρευνας που εντοπίσαμε είναι πως στους φοιτητές που δεν επιθυμούσαν να εισαχθούν στη νοσηλευτική η κλινική άσκηση τους καταπονεί σε ποσοστό 64,9% ενώ αντίθετα οι φοιτητές που επιθυμούσαν την νοσηλευτική για να την ακολουθήσουν αργότερα ως επάγγελμα θεωρούν ότι καταπονούνται από την κλινική εργαστηριακή άσκηση σε ποσοστό 34,1%. Βλέποντας τα ποσοστά παρατηρούμε ότι όσον αφορά τους ερωτηθέντες που δεν είχαν στις πρώτες επιλογές τους τη νοσηλευτική διπλασιάζονται. Διαπιστώνουμε ότι σε ένα βαθμό υπάρχει και είναι δεδομένη η ψυχική και σωματική καταπόνηση, όμως γίνεται αντιληπτό πως για τους ερωτηθέντες που δεν επιθυμούσαν την νοσηλευτική διότι είναι ένα επάγγελμα που δεν τους προσφέρει ικανοποίηση, η καταπόνηση που αισθάνονται τους καταβάλλει περισσότερο.(P=0.01)

Συμπερασματικά καταλήγουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 72% των ερωτηθέντων σπουδαστών η νοσηλευτική ήταν από τις πρώτες τους επιλογές και επιθυμούσαν την εισαγωγή τους σε αυτή. Ενώ το 28% αν και βρίσκεται στη νοσηλευτική ωστόσο δεν επιθυμούσε την εισαγωγή του σε αυτή διότι θεωρεί ότι η νοσηλευτική ανήκει στα υποβαθμισμένα επαγγέλματα. Οι συγκεκριμένοι φοιτητές (το 28%) που δεν επιθυμούσαν την εισαγωγή τους αλλά αναγκαστικά βρέθηκαν στη νοσηλευτική, αναφέρουν ότι δέχονται απαξιωτική συμπεριφορά από άλλους συμφοιτητές άλλων σχολών. Η άποψη τους αυτή μπορεί να έχει επηρεαστεί από τη τοποθέτηση τους απέναντι στη νοσηλευτική για την οποία ουδέποτε ενδιαφέρθηκαν και ενδιαφέρονται να ασκήσουν στο μέλλον.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων επιθυμούσαν την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική και γενικότερα στις σχολές επαγγελματιών υγείας.
- Το αίσθημα που ένιωσαν όταν πληροφορήθηκαν για την εισαγωγή τους στην νοσηλευτική στη πλειοψηφία ήταν χαρά.
- Ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων που θα φροντίσουν να εισαχθούν σε μια άλλη σχολή μετά τις σπουδές τους θεωρούν ότι το τμήμα της νοσηλευτικής είναι κατώτερο σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας.
- Συμπεραίνεται πως οι ερωτηθέντες που σκέφτονται να ασκήσουν ένα άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους, μας γνωστοποιούν πως μπήκαν στη διαδικασία κάποια στιγμή να εγκαταλείψουν τη σχολή.
- Οι φοιτητές που η νοσηλευτική ήταν μια σχολή που επιθυμούσαν να εισαχθούν, δεν επιθυμούν στη πλειοψηφία τους να αποκτήσουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών.
- Τα επαγγέλματα υγείας επιλέγουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής που θα ακολουθήσουν ένα άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους.
- Όσοι φοιτητές σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους, έχουν βιώσει απαξιωτική συμπεριφορά από συμφοιτητές άλλων σχολών για τη νοσηλευτική.
- Πράγματι οι παράγοντες που επηρεάζουν ένα φοιτητή της νοσηλευτικής να εγκαταλείψει τη σχολή του, έχουν να κάνουν με την πολιτική που ακολουθεί το εκπαιδευτικό σύστημα, την έλλειψη εκπαιδευτικού προσωπικού, την υποβαθμισμένη θέση της νοσηλευτικής ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας, στους μη καταρτισμένους εργαστηριακούς συνεργάτες, στη πολιτική του συστήματος υγείας, τέλος αν άνηκε σε επαγγελματικές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής.
- Παράγοντες που δεν αποτελούν αιτία απομάκρυνσης των φοιτητών της νοσηλευτικής από το αντικείμενο σπουδών τους θεωρείται η καλύτερη

οικονομική αμοιβή, η καλύτερη ηθική αμοιβή, η έλλειψη εξοπλισμού για τη διεξαγωγή των μαθημάτων όπως επίσης και η καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- ❖ Να γίνει διόρθωση στον τρόπο των εισαγωγικών εξετάσεων για την τριτοβάθμια εκπαίδευση ώστε να μην είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν μια επιστήμη που τους δυσαρεστεί με αποτέλεσμα μια λανθασμένη επαγγελματική πορεία.
- ❖ Είναι σημαντικό να γίνει ενημέρωση γενικά του κοινού για τη σημαντικότητα της νοσηλευτικής και το πώς μπορεί να βοηθήσει τη κοινότητα ως ένα ανεξάρτητο επάγγελμα για να μη θεωρείται ακόμη και σήμερα παραϊατρικό επάγγελμα.
- ❖ Θεωρείται σημαντική η διαφώτιση των φοιτητών όσον αφορά τις διαστάσεις της νοσηλευτικής για να γνωρίζουν ότι εκτός του κλινικού τομέα υπάρχει ο διοικητικός τομέας, ο εκπαιδευτικός τομέας και ο κοινοτικός τομέας που δεν επηρεάζονται όλοι από το κυκλικό ωράριο.
- ❖ Είναι αναγκαίο μέσω κάποιας προώθησης να αυξηθεί το ενδιαφέρον για μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα.
- ❖ Εφόσον υπάρχει στη Ελλάδα έλλειψη νοσηλευτικών μεταπτυχιακών προγραμμάτων να αυξηθούν εφόσον θα υπάρξει προώθηση και θα γίνει ζήτηση ώστε οι νοσηλευτές να μην φεύγουν από τη χώρα για καλύτερη συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- ❖ Αυξημένες σταθερές για την επιλογή καθηγητών στα τμήματα της νοσηλευτικής.

- ❖ Προώθηση για την κατάργηση του καταμερισμού της νοσηλευτική από βοηθούς νοσηλευτών, ΤΕ νοσηλευτές, διетуούς νοσηλευτές και ΠΕ νοσηλευτές σε νοσηλευτές μόνο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.
- ❖ Αυξημένη οικονομική και ηθική αμοιβή ως επιπλέον θέλγητρο για τους φοιτητές της νοσηλευτικής.
- ❖ Αύξηση των προσληφθέντων νοσηλευτών για αυξημένη ποιότητα υγείας και καλύτερες συνθήκες εργασίας.
- ❖ Περισσότερος και πιο σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων στο τμήμα της νοσηλευτικής.
- ❖ Ενημέρωση για τους πραγματικούς κινδύνους στο χώρο του νοσοκομείου για την αποφυγή της δημιουργίας παράλογων φόβων από τους φοιτητές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νοσηλευτική εκτός από επάγγελμα είναι και λειτούργημα είναι επιστήμη και τέχνη. Βασίζεται στις δικές της θεωρίες και αρχές και έχει αρχίσει να κάνει μια σημαντική πρόοδο σε όλους τους τομείς της υγείας και της εκπαίδευσης.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσης έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που οι φοιτητές της νοσηλευτικής σχολής, σταματούν την ακαδημαϊκή τους πορεία, ακολουθώντας μια άλλη επαγγελματική κατεύθυνση ή μετά τη φοίτηση τους, προτιμούν να μην ασκήσουν το επάγγελμα της νοσηλευτικής. Δευτερεύον σκοπός μας, μετά την ανεύρεση των παραγόντων, είναι η επίλυση των προβλημάτων που οδηγούν τους φοιτητές σε αυτή την απόφαση.

Υλικό – Μέθοδος: Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 200 φοιτητές νοσηλευτικής ΑΕΙ – ΑΤΕΙ, ηλικίας 18-38 ετών μέσου όρου ηλικίας $20,75 \pm 3,03$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, η σύνταξη του οποίου βασίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία αποτελούμενο από 31 ερωτήσεις από τις οποίες οι 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 14 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε ότι σε ποσοστό 87,5% οι ερωτηθέντες που δεν σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν, έναντι αυτών οι οποίοι σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους, όπου η νοσηλευτική ήταν ένα από τα τμήματα που επιθυμούσαν να εισαχθούν 37,7%. $P < 0.0001$. Το 70,3% των ερωτηθέντων που σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα μετά τις σπουδές τους, είχαν σκεφτεί κατά την ακαδημαϊκή τους πορεία να εγκαταλείψουν τη σχολή της νοσηλευτικής. Το ποσοστό όμως 12,5% των σπουδαστών που δεν έχουν σκεφτεί να ασκήσουν άλλο επάγγελμα έχουν

μπει στη διαδικασία σκέψης να εγκαταλείψουν τη σχολή (νοσηλευτική). $P < 0.0001$. Παρατηρούμε πως το 45,9% των ερωτηθέντων που δε θα ασκήσουν τη νοσηλευτική μετά τις σπουδές τους, πιστεύουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον προσπάθησε να τους πείσει να ακολουθήσουν μια άλλη σχολή. Ενώ οι φοιτητές που δε σκέφτονται να ασκήσουν άλλο επάγγελμα 4,5% πιστεύουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον προσπάθησε να τους πείσει να παρακολουθήσουν μια άλλη σχολή. $P < 0,001$. Το 67.9% των σπουδαστών που ένιωσαν λύπη για την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική έχουν βιώσει και απαξιωτική συμπεριφορά για το επάγγελμα αυτό, έναντι του 45,5% οι οποίοι έχουν νιώσει απαξιωτική συμπεριφορά όμως αισθάνθηκαν χαρά με την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική.

Συμπέρασμα: Εν κατακλείδι, συμπεραίνεται ότι πρέπει να υπάρξει μια συντονισμένη προσπάθεια προαγωγής της νοσηλευτικής επιστήμης κατά κύριο λόγο στην Ελλάδα και να υπάρξει μεγαλύτερη διαφώτιση των φοιτητών όσον αφορά τη σημαντικότητα της επιστήμης αυτής.

Summary

Not only is nursing a profession, but it can also be viewed as a social service. Aside from the great scientific character of this field, one can perceive nursing as a delicate art. Nursing is based on its own theories and fundamental principals. The continuous evolution and the significant contribution of nursing in the fields of health and education is widely recognised.

Purpose: This research mainly points out the factors that cause students in nursing schools to stop their academic career and, as a result, explore alternative career options. Students may also finish their studies in nursing, but choose not to practice in the field. The purpose of this research is to provide suggestions that may contribute to the resolution of the problems the students face.

Data/Information-Method: Gathering data for this research was achieved by using a questionnaire that our team specially designed, under the guidance of the supervising teacher. The research targets 200 students in higher education institutions in Greece, aged between 18 and 38 years old, with the average age of the participants being 20.75 ± 3.03 years. The choice of the sample was made regardless of the origins, the marital and socioeconomic status of the participants.

The written questionnaire that was used for the survey is based on international bibliography and it consists of 31 questions, out of which 6 are open-ended and the rest are closed. 14 of the questions are partitionist (YES-NO) and the rest of them may receive alternative responses.

Results: It was found that the rate of 87.5% respondents did not think to bring another job after their studies in nursing was one of the parts they wished to be introduced against those who think to bring another job after their studies, where nursing was one of the parts they wanted to introduce 37.7%. $P < 0.0001$. The 70.3% of respondents who think to bring another job after their studies, were thought by their academic path to leave the school of nursing. The rate, however, 12.5% of students who have not thought to bring other profession have come to the thought process to leave the school (Nursing). $P < 0.0001$. We note that the 45.9% of respondents would not pursue nursing after their studies, they believe

that their family tried to persuade them to follow another school. While students do not think n put another profession 4.5% believe that their family tried to persuade them to attend another school. $P < 0.001$. the 67.9% of students felt sad for entering the nursing have experienced and degrading behavior for this occupation, compared with 45.5% who have felt degrading behavior but felt happy to be imported into nosileftiki. $P < 0, 05$

Conclusion: Ultimately, we reach the conclusion that there can be a concerted effort to promote the science of nursing in Greece. The primary target of this effort should be the enlightenment of the students, regarding the value and importance of this field.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Μαστρογιάννης Χ. Φλόρενς Ναιτινγκέηλ- επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις «ΤΗΝΟΣ», Αθήνα 2006.
2. Dewit S. Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας, μετάφραση- επιμέλεια Κοτρωτσίου Ε, επίτομος, 1^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα 2001.
3. Σαββοπούλου Γ. Βασική Νοσηλευτική – επίτομος, 4^η έκδοση, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2004.
4. Ρηγάτος Γ. Ιστορία της νοσηλευτικής – επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006.
5. Γεωργάκη Α, Νάνου Κ. Νοσηλευτική 1 – 1^{ος} τόμος, 2^η έκδοση, εκδόσεις Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 2007.
6. Ρηγάτος Γ. Ιστορία της αρχαίας ιατρικής – ημερολόγιο 2004, 1^η έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004.
7. Γιουργούλη Ε, Κισσούδη Α. Νοσηλευτική – επίτομος, 1^η έκδοση, Ο.Ε.Δ.Β., Αθήνα 1998.
8. Αραβαντινός Απ. Ασκληπιός και ασκληπιεία - επίτομος, 1^η έκδοση βελτιωμένη, αναστατική έκδοση Λέων, Αθήνα 1975.
9. Λανάρα Β. Ηρωισμός και νοσηλευτική- επίτομος, β' έκδοση βελτιωμένη, γραφικές τέχνες Γιώργος Παπανικολάου, Αθήνα 1996.
10. Λανάρα Β. Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών: θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο- επίτομος, γ' έκδοση, Αθήνα 1996
11. Small H. Florence Nightingale – compendium, 1^η έκδοση, St Martins press, New York 1998.
12. Prettscher S. Florence Nightingale 1820-1910 – compendium, 6^η έκδοση, Mosby, St Louis 2006.
13. McEwen M, Wills E. Νοσηλευτικές θεωρίες, μετάφραση Κοτρώτσιου Ε- επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004.
14. Ρούσσου Χ. Νοσηλευτική – ιστορική αναδρομή – επίτομος, β' έκδοση, Αθήνα 2003.

15. Julia B. Nursing theories – compendium, 4^η έκδοση, prentice- hal international inc, USA 1995.
16. Βραχνή Ε. πτυχιακή εργασία « Η συμβολή της νοσηλευτικής στο έπος του 1940» - εισήγηση Γεωργούση Π – επίτομο, 1^η έκδοση, εκδόσεις ΑΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2007.
17. Ελευθερίου Μ. περιοδικό « Η δράσις της αιμνήστου Αδελφής Αθήνας Μεσολωρά», Ελληνίς Αδελφή, τεύχος 54, Αθήνα 1975 σ. 133-136.
18. Παπαμικρούλη Σ. Αθηνά Μεσολωρά – Μνήμη Ιερή, περιοδικό Ελληνίς Αδελφή, τεύχος 11, β' έκδοση, Αθήνα 1965 σ. 6-10.
19. Greene M. Self consiousness in a technological; world, presented at the seventy- fifth anniversary of the department of nursing education, teachers college, Columbia university, April 5 Columbia 1974.
20. Kant I. fundamental principles of the metaphysics of Ethies – compendium, 1^η έκδοση, Longmans green , New York 1895.
21. Ραγιά Α. Η αδελφή: το μεγαλείον του έργου της – επίτομο, 1^η έκδοση, έκδοση αδελφότητας «ΕΥΝΙΚΗ», Αθήνα 1972.
22. Thorme S, Canan C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirknam S. nursing's metaparadigm concepts: Disimpacting the debades, journal of advanced nursing, 27,1257-1268,USA 1998.
23. Chinn P, Krammer M. theory and nursing – compendium, 5th ed , Mosby, St Louis 1999.
24. Walker L, Avant K. strategies for theory construction in nursing- compendium , 3rd ed, CT: Appleton& Lange, New York 1995.
25. Higgins P, Moore S. Levels of theoretical thinking nursing, nursing outlook, 48, 179-183.USA 2000.
26. Wholl A. the structure of nursing knowledge: analysis and evolution of practice, middle rage and grand theory – compendium, 1th ed έκδοση, FitzparticJJ , USA 1996.
27. Keck J. terminology of theory development – compendium, 3rd ed, Mosby, St Louis 1998.

28. Thomey A, Alligood M. nursing – compendium, 3rd ed, Lippincott – paven, Philadelphia 1997.
29. Meleis A. theoretical nursing – compendium, 4th ed, university of Chicago press, Chicago 1996.
30. Kuhn T. the structure of scientific revolutions – compendium, 3rd ed, university of Chicago press, Chicago 1996.
31. Julia B. nursing theories – compendium, 4th ed, Appleton & Lange, Connecticut 1995.
32. Ραγιά Α. Βασική νοσηλευτική – επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Ραγιά Α, Αθήνα 1987.
33. Sorensen K, Luckmann J. Basic nursing: a psychophysiologic approach, compendium , 1^η έκδοση, W.B saunders co, Toronto 1979.
34. Lowry M. Becoming a nurse – compendium, 1^η έκδοση, Mosby, England 1993.
35. Henger B, Caldwell E. εισαγωγή στη γενική νοσηλευτική, μετάφραση Καλαβρουζιώτης Γ, επίτομος, 7^η έκδοση, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999.
36. Beiknel P, Smith M. System of nursing practice : a clinical nursing – compendium, 1^η έκδοση, F.A Davis co, USA 1975.
37. Henderson V. The nature of nursing – επίτομο, 1^η έκδοση, The Macmillan co, New York 1960.
38. http://www.esne.gr/indey.php?option=com_content&view=article&id=25&itemid=42 (15-11-2010)
39. Ομπέση Φ. δίκαιο νοσηλευτικής ευθύνης – επίτομο, β' έκδοση ενημερωμένη, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2005.
40. Keir L, Wise B, Ktebs C. Ιατρική και νοσηλευτική δεοντολογία, επιμέλεια Καραχάλιος Γ, επίτομο, 3^η έκδοση, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1998.
41. Keir L, Wise B, Ktebs C. Δεοντολογία επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, επιμέλεια Καραχάλιος Γ, επίτομο, 4^η έκδοση, εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2002.

42. Fry S, Johnstone M. ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική, μετάφραση Λεμονίδου, επίτομο, 2^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.
43. Βελονάκη Β, Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α. ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και η νοσηλευτική στην Ελλάδα. Περιοδικό Νοσηλευτική, 45(4): 491-499. Αθήνα 2006.
44. Λιαρόπουλος Α. οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, διεθνή συστήματα υγείας – επίτομο, 1^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2010.
45. <http://hemetres.lis.upatras.gr/dspace/bitstream/1234567894/111/437.pdf>. (15-11-2010)
46. Μάνιου Μ, Ιακωβίδου Ε. Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 8^{ος}, τεύχος 4^ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2009. σ. 380-392.
47. <http://en.wikipedia.org/wiki/departemntofhealth> (unitedkindom)(15-11-2010)
48. [http://www.wikipedia.org/departmentofhealth\(sweden\)](http://www.wikipedia.org/departmentofhealth(sweden)) (15-11-2010)
49. <http://www.stm.fi/sosiaalijaterveyspulvelut/lainsaadanto> (15-11-2010)
50. <http://www.stm.fi/sosiaalijaterveyspavelut> (15-11-2010)
51. <http://www.stm.fi/sosiaalijaterveyspavelut/asiakkaanoikeudet> (15-11-2010)
52. <http://www.stm.fi/sosiaalijaterveyspavelut/henkilosto> (15-11-2010)
53. http://ec.europa.eu/dgs_en.htm (15-11-2010)
54. Χαραλαμπίδου Ε, Νέο ξεκίνημα για τη νοσηλευτική. Περιοδικό Νοσηλευτική. 2:113-118, Αθήνα 2000.
55. Κοτζαμπασάκη Σ, Ανδρέα Σ, Βαρδάκη Ζ, Ματζώρου Μ, Ντίκου Μ. Αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών της νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την επαγγελματική σταδιοδρομία στη νοσηλευτική. Νοσηλευτική 42-3, σ353-363, Σεπτέμβριος 2003.

56. <http://el.wikipedia.org/wiki/%ce%9d%ce%bf%cf%83%ce%b7%ce%bb%ce%b5%cf%85%cf%84%ce%b9%ce%ba%ce%ae> (15-11-2010)
57. http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_politics_1_16/5/2004-103915 (15-11-2010)
58. Κοτζαμπασάκη Σ. Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα: τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές. Περιοδικό Νοσηλευτική, 43:1, σ. 14-22, Μάρτιος 2004.
59. <http://www.chhs.uhhs.unh.edu/nursing/grandnursingcoure.html>(15-11-2010)
60. <http://www.wikipedia.org/healtheducationofsweden> (15-11-2010)
61. <http://www.metropolia.fi/en/studies/health-care-and-social-services/> (15-11-2010)
62. <http://iatrotek.org/ioart.asp>. (15-11-2010)
63. Γερογιάννη Γ, Πλεξίδα Α. κουλτούρα και νοσηλευτική εκπαίδευση: νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική νοσηλευτική και πραγματικότητα, Το βήμα του Ασκληπιου, τόμος 7 τεύχος 2, Αθήνα 2008.
64. Kappens P. universal intracultural and intercultural dimensions of the recalled sreguency of emotional experience, journal of cross- cultural psychology, vol 37, no5, USA 2006
65. Kennedy- Sheldon L. Η επικοινωνία στη νοσηλευτική, επιμέλεια Καλαβάνα Θ. επίτομο, 1^η έκδοση, εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα 2010.
66. Μπάρμπα Β. η συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείου, μεταπτυχιακή/ διπλωματική, Εθνικό και Καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών, τμήμα νοσηλευτικής, Αθήνα 1999.
67. Μπέσμπεας Σ. Μετεκαπαιδευτικά σεμινάρια νοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, εκπαίδευση εκπαιδευτών – επίτομο, 1^η έκδοση, εκδόσεις Ελληνική αντικαρκινική, Αθήνα 2004.
68. Θεοφανίδης Δ, Φουντούκη Α. Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη, περιοδικό νοσηλευτική, 45:4 σ. 476-482. Αθήνα 2006.

- 69.Κοτανιτσάνου Π, Σουρτζή Π. Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο
ανασκόπηση των Ελληνικών ερευνών. Περιοδικό νοσηλευτική. 41:1 σ.
65-76. Αθήνα 2007.
70. Μισουρίδου Ε. Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη
νοσηλευτική. Περιοδικό νοσηλευτική. 48:4 σ. 358-366. Αθήνα 2009.
- 71.Κορομπέλη Α, Σουρτζή Π. οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε
υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεων του στους εργαζόμενους.
περιοδικό Νοσηλευτική, 49:2 σ. 131-140. Αθήνα 2010.
72. Σπανάκη Ε, Σωμαράκη Ε, Μπιζιώτα Δ, επιβλέπων καθηγητής
Ζωγραφάκης – Σηφάκης Μιχαήλ, πτυχιακή εργασία: Άγχος και αυτό
εκτίμηση νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά και δημόσια
νοσοκομεία. Εκδόσεις ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο Κρήτης 2009.
- 73.Παπαγεωργίου Δ, Καραμπέτσου Μ, Νικολακοπούλου Χ. επίπεδα άγχους
αυτό εκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία.
Περιοδικό νοσηλευτική, 46:2 σ. 237-245, Αθήνα 2007.
- 74.Βεζυρίδης Π. Άνδρες σε «γυναικεία» επαγγέλματα, ο ρόλος του φύλου
στην επιλογή και την άσκηση της νοσηλευτικής, περιοδικό Νοσηλευτική,
47:2 σ. 193-201.
75. Σαχίνη- Καρδάση Α. Μεθοδολογία της έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της
υγείας. Επίτομο, Γ' έκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2007.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ

«Έμαθα τόσο καλά νομικά που, την ημέρα
που αποφοίτησα, έκανα αγωγή στο κολέγιο,
κέρδισα την υπόθεση και πήρα πίσω τα
δίδακτρα που είχα πληρώσει»

Φρέντ Άλεν

(Αμερικανός Κωμικός)

Σύνταγμα του 1911, άρθρο 16, παράγραφος 3.

■«επιτρέπεται εις ιδιώτας και εις νομικά πρόσωπα η ίδρυσις ιδιωτικών εκπαιδευτηρίων, λειτουργούντων κατά το Σύνταγμα και τους νόμους του κράτους».

Σύνταγμα του 1952, άρθρο 16, παράγραφος 4.

■«τα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα αυτοδιοικούνται υπό την εποπτεία του κράτους, οι δε καθηγηταί τούτων είναι δημόσιοι υπάλληλοι».

■Η συγκεκριμένη διάταξη ερμηνεύτηκε από το ΣτΕ ότι ισχύει μόνο για τα δημόσια Α.Ε.Ι. επιτρέποντας την ίδρυση ιδιωτικών πανεπιστημίων.

Σύνταγμα του 1968

■Τα Πανεπιστήμια είναι «Νομικά Πρόσωπα δημοσίου Δικαίου»

Σύνταγμα του 1975

■(παρ. 5) η ανώτατη εκπαίδευση παρέχεται αποκλειστικά από ιδρύματα που αποτελούν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου

■(παρ. 8) «Η σύσταση ανώτατων σχολών από ιδιώτες απαγορεύεται».

Οι θέσεις των κομμάτων.

■**Νέα Δημοκρατία**

■**Π.Α.Σ.Ο.Κ.**

■**Κ.Κ.Ε.**

■**Συνασπισμός Ριζοσπαστικής Αριστεράς**

Νέα Δημοκρατία

■δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ανώτατων σχολών αποκλειστικώς και μόνο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα από ιδιώτες, υπό τον αυστηρό έλεγχο και την εποπτεία του κράτους.

■Η παιδεία παραμένει δημόσιο αγαθό

■η παροχή της από μη δημόσιους φορείς , σε όλες τις βαθμίδες, θα γίνεται μόνο κατά παραχώρηση από το κράτος και υπό αυστηρή εποπτεία τήρησης προδιαγραφών και προϋποθέσεων

■θα κατοχυρώνεται συνταγματικά το σύστημα διασφάλισης της ποιότητας στην ανώτατη εκπαίδευση, δημόσια ή μη.

Νέα Δημοκρατία

Η προαναφερθείσα κατεύθυνση θεωρείται ότι,

■διευρύνει τις εκπαιδευτικές επιλογές και ευκαιρίες των νέων

■συμβάλλει στην καταπολέμηση της παραπαιδείας

■περιορίζει την μετανάστευση μεγάλου αριθμού Ελλήνων φοιτητών σε πανεπιστήμια του εξωτερικού

■ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού με τα υφιστάμενα κρατικά πανεπιστήμια προς όφελος της ποιότητας των παρεχόμενων σπουδών και της παιδείας γενικότερα.

ΠΑ.ΣΟ.Κ.

■Η Πολιτεία οφείλει να ενισχύσει περαιτέρω και κατά προτεραιότητα το δημόσιο πανεπιστήμιο και να εξασφαλίσει την αυτοδιόικηση και την αυτοτέλειά του.

■Η δυνατότητα ίδρυσης μη κρατικών πανεπιστημίων πρέπει να οροθετηθεί συστηματικά με βάση μια σειρά αυστηρών εγγυήσεων, αντίστοιχων προς τις εγγυήσεις των δημόσιων Α.Ε.Ι..

■Τα μη κρατικά Α.Ε.Ι. θα μπορούν να λάβουν αποκλειστικά τη μορφή των μη κερδοσκοπικών φορέων, ώστε να εξασφαλιστεί ο δημόσιος έλεγχος στο μη κρατικό εκπαιδευτικό χώρο

ΠΑ.ΣΟ.Κ.

■ Το Σύνταγμα θα θέτει τις βασικές αρχές και προϋποθέσεις εκτελεστικού νόμου ο οποίος θα ορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για την χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας μη κρατικών Α.Ε.Ι.

■ Προτείνεται επίσης η κατάργηση της παραγράφου 7 για να λυθούν τα νομικά προβλήματα τέθηκαν με την εισαγωγή του νόμου που ενέτασσε τα Τ.Ε.Ι. στην ανώτατη εκπαίδευση (λόγο της υποχρεωτικής 3ετούς φοιτήσεως)

■ τροποποίηση της παραγράφου 2, αναιρώντας την ανάπτυξη της εθνικής και θρησκευτικής συνείδησης ως σκοπού της παιδείας αντιπαραβάλλοντας την ανθρωπιστική, κοινωνική και δημοκρατική συνείδηση.

Κ.Κ.Ε.

■ Το Σύνταγμα πρέπει να αναθεωρηθεί σε δημοκρατική, προοδευτική κατεύθυνση, με αλλαγές που θα κατοχυρώνουν και θα διευρύνουν τα ατομικά, κοινωνικά και πολιτικά δικαιώματα του λαού μας.

■ προτείνεται η διασφάλιση του ενιαίου και δημόσιου χαρακτήρα της παιδείας και η απαγόρευση στη λειτουργία ιδιωτικών εκπαιδευτηρίων με παράλληλη πλήρη και κατοχυρωμένη δωρεάν παροχή της παιδείας για όλους όσους βρίσκονται στη χώρα μας.

■ προτείνεται να καταργηθεί από την παράγραφο 2 η αναφορά που αναγορεύει σε σκοπό της εκπαίδευσης την ανάπτυξη της θρησκευτικής συνείδησης.

Συνασπισμός Ριζοσπαστικής Αριστεράς

■ Η επικείμενη αναθεώρηση του Συντάγματος ενισχύει την τάση ιδιωτικοποίησης συλλογικών αγαθών και τομέων δημοσίου συμφέροντος και ως εκ τούτου θα αντιταχθεί στην αναθεώρηση του άρθρου 16

■ υπερασπίζεται τον δημόσιο χαρακτήρα της εκπαίδευσης, αποκρούοντας επιλογές για την άμεση ή έμμεση ιδιωτικοποίηση της ανώτατης εκπαίδευσης

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ

Ιδεολογικού χαρακτήρα

■ Στα δημόσια πανεπιστήμια το πρόγραμμα διδασκαλίας διαμορφώνεται συνήθως χωρίς «επιρροές», ενώ στα ιδιωτικά οι ανάγκες της αγοράς επηρεάζουν σημαντικά (αν όχι καθοριστικά) την θεματολογία. Για τον λόγο αυτό βλέπουμε

ότι απουσιάζουν από τα ιδιωτικά πανεπιστήμια αντικείμενα που σχετίζονται με κοινωνικοπολιτικές παραμέτρους και με μη κερδοφόρους τομείς.

■ Η έρευνα προσανατολίζεται σε πεδία και εφαρμογές που ενδιαφέρουν επιχειρήσεις (χρηματοδότες) και κλάδους για την παραγωγή προϊόντων που απευθύνονται σε κοινωνικά και οικονομικά εύρωστες ομάδες με σκοπό την αύξηση των κερδών τους. Από την άλλη πλευρά έχουμε πτωχές επιχορηγήσεις για έρευνα σε θέματα όπως δημοκρατία, δικαιοσύνη, περιβάλλον τα τεκμηριωμένα αποτελέσματα των οποίων όχι μόνο δεν είναι κερδοφόρα αλλά μπορούν κάλλιστα να περιορίσουν τα κέρδη των επιχειρήσεων.

■ η παιδεία είναι δημόσιο αγαθό και η εξειδικευμένη γνώση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόοδο και την επιβίωση της ανθρωπότητας, ως εκ τούτου η καθολική προσβασιμότητα στην ανώτατη εκπαίδευση από όλους ανεξάρτητα της οικονομικής τους κατάστασης κρίνεται απαραίτητη.

■ Στην πλειονότητα των Ευρωπαϊκών χωρών κυριαρχεί ο δημόσιος χαρακτήρας των πανεπιστημίων με παραδείγματα αυτά της Βρετανίας, Φινλανδίας και Δανίας όπου δεν υπάρχουν ιδιωτικά πανεπιστήμια (χωρίς να απαγορεύεται η ίδρυσή τους).

■ χαμηλή ποιότητα σπουδών, ανισότητες, υψηλά δίδακτρα

■ περιορίζεται η πρόσβαση των οικονομικά ασθενέστερων τάξεων

■ εμφάνιση κερδοσκοπίας

■ εμπορευματοποίηση της παιδείας και δημιουργία εταιριών πώλησης πτυχίων

■ η ελευθερία και τα οφέλη που ενδεχομένως θα προκύψουν ακόμη και για τα κρατικά Πανεπιστήμια, από τον ανταγωνισμό.

ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΑ

Μη ιδεολογικού χαρακτήρα

Υποστηρίζεται ότι η μεταρρύθμιση είναι άκαιρη και θα επιδεινώσει την ήδη τραγική κατάσταση των δημόσιων Πανεπιστημίων για λόγους που αφορούν κυρίως:

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Δημόσια Πανεπιστήμια:

- άκαμπο σύστημα που ωθείται στην γραφειοκρατία και την αδράνεια
- μεγάλη κρατική παρεμβατικότητα (καθορισμός του αριθμού των εισακτέων, προμήθεια βιβλίων κ.α.)

Ιδιωτικά Πανεπιστήμια:

- ευελιξία αποφάσεων και πρωτοβουλιών.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Δημόσια Πανεπιστήμια:

- υποχρηματοδοτούνται
- αυστηροί και άκαμπο κανόνες για την διαχείριση των οικονομικών τους θυσιάζοντας την ουσία εν ονόματι της διαφάνειας

Ιδιωτικά Πανεπιστήμια:

- έμμεση κρατική χρηματοδότηση (π.χ. με την μορφή υποτροφιών για δίδακτρα)
- Αίτημα για κρατική επιχορήγηση (όπως γίνεται με τα δημόσια) επικαλούμενα τους νόμους της ελεύθερης αγοράς (π.χ. Ιταλία)
- Η ίδρυση ιδιωτικών Πανεπιστημίων θα σταματήσει ή θα αποτρέψει την εξαγωγή σπουδαστικού συναλλάγματος, μειώνοντας έτσι την οικονομική αιμορραγία των ελληνικών οικογενειών.
- η ίδρυση των ιδιωτικών Πανεπιστημίων θα βοηθήσει στο «συμμάζεμα» και τον έλεγχο μιας ήδη ακατάστατης παραπαιδείας

Δεν είναι απαραίτητη η αναθεώρηση του συντάγματος για την ύπαρξη ιδιωτικών Πανεπιστημίων (ήδη υπάρχουν)

Ας μην ξεχνάμε την υποχρέωση της χώρας μας για νομικές ρυθμίσεις (από τον Οκτώβριο του 2007), σχετικά με την αναγνώριση επαγγελματικών δικαιωμάτων των σχολών του εξωτερικού, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οδηγία 36/2005.

Από τα 120 με 130 δημόσια πανεπιστημιακά τμήματα που δημιουργήθηκαν τα τελευταία δέκα-δεκαπέντε χρόνια τα περισσότερα στερούνται επαγγελματικών δικαιωμάτων, μεταξύ αυτών και το τμήμα Πανεπιστημιακής Νοσηλευτικής.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση στη Νοσηλευτική, έχει στόχο την ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου, την απόκτηση γνώσεων και ειδικών δεξιοτήτων στο επάγγελμα.

Ο Νοσηλευτής αποτελεί:

- τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα στη λειτουργία και οργάνωση:
 - της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας Υγείας
 - των Κέντρων Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας
 - την ενημέρωση των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και Κοινοτήτων σε θέματα Υγείας.
- ο ρόλος του δεν περιορίζεται στη θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου που έχει ήδη νοσήσει, αλλά επεκτείνεται κυρίως στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της Υγείας.

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

Στη Μ. Βρετανία είναι πανεπιστημιακή,

διαρκεί 3 έτη και ο υποψήφιος εισάγεται με εξετάσεις ή επιλογή, μετά το τέλος της 13χρονης βασικής σχολικής εκπαίδευσης.

Στη Γαλλία είναι πανεπιστημιακή,

διαρκεί 3,25 έτη και ο υποψήφιος εισάγεται με εξετάσεις, μετά το τέλος της 12χρονης βασικής σχολικής εκπαίδευσης.

Στην Αυστραλία είναι πανεπιστημιακή,

διαρκεί 3 έτη και ο υποψήφιος εισάγεται με επιλογή, μετά το τέλος της βασικής σχολικής εκπαίδευσης.

Στη Μαλαισία από το 1993 είναι πανεπιστημιακή και διαρκεί 3 χρόνια.

Στο Πακιστάν από το 1980 είναι πανεπιστημιακή και διαρκεί 3 χρόνια.

Στην Κένυα από το 1990 είναι πανεπιστημιακή και διαρκεί 3 χρόνια.

Στη Τουρκία από το 1955 είναι πανεπιστημιακή και διαρκεί 4 χρόνια.

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ:

Στα Ομηρικά έπη γίνεται αναφορά για τη νοσηλευτική αλλά τα πρώτα στοιχεία βρίσκονται στα Ασκληπιεία, που λειτουργούσαν σαν θεραπευτικά ιδρύματα των αρχαίων χρόνων.

Τα πρώτα μεταχριστιανικά χρόνια, τα βυζαντινά χρόνια και το μεσαίωνα η άσκηση της νοσηλευτικής ήταν ευθύνη της εκκλησίας και της οικογένειας.

Χρονολογία ορόσημο για τη νοσηλευτική τριτοβάθμια εκπαίδευση αποτελεί το 1860, όταν η Φλόρενς Νάϊτινγκαιηλ ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσηλευτριών στο Λονδίνο.

Το 1899 ιδρύεται το πρώτο Πανεπιστημιακό Τμήμα Νοσηλευτικής, στο Teacher College of Columbia University, στη Νέα Υόρκη.

- Στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1875 η πρώτη Σχολή Νοσοκόμων, στο Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός», με κριτήρια εισαγωγής το ήθος, τους καλούς τρόπους και τη νοημοσύνη.

- Το 1924 ιδρύθηκε Σχολή Νοσοκόμων του ΕΕΣ με αποφοίτους του τότε Σχολαρχείου.

Από το 1948 ως το 1970 υπάρχουν 12 Ανώτερες Σχολές Νοσοκόμων, υπ' ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, με προσόν εισαγωγής το απολυτήριο εξατάξιου Γυμνασίου.

- 1970: λειτουργούν 5 Σχολές Νοσηλευτικής, τα ΚΑΤΕ, αρμοδιότητας του Υπουργείου Παιδείας.

- 1977: καθιερώνεται η συναρμοδιότητα των δύο Υπουργείων, με την ίδρυση των ΚΑΤΕΕ.

- 1979: ιδρύεται στο Πανεπιστήμιο Αθηνών Σχολή Νοσηλευτικής.

- 1983: η Ανώτερη Νοσηλευτική Εκπαίδευση μεταφέρεται στα ΤΕΙ.

Με την πάροδο του χρόνου, η Νοσηλευτική καταξιώθηκε σε παγκόσμιο επίπεδο, όχι μόνο για το έργο της αλλά και ως επιστήμη.

- Οι Νοσηλευτές σήμερα, παίρνουν διδακτορικό δίπλωμα από το Πανεπιστήμιο.

- Οι Νοσηλευτικές ειδικότητες αναπτύσσονται παντού.

- Εκδίδονται Νοσηλευτικά συγγράμματα και περιοδικά και η Νοσηλευτική

έρευνα προοδεύει.

- Η Νοσηλευτική επιστήμη έχει ανεξαρτητοποιηθεί ως αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση και μέλη της Νοσηλευτικής συμμετέχουν ισότιμα σε όλες τις Κεντρικές και Περιφερειακές Επιτροπές λήψεως αποφάσεων για θέματα υγείας.

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ:

- Πανεπιστήμιο:

- Λειτουργούν τμήματα Νοσηλευτικής στην Αθήνα και τη Σπάρτη.

- Η διάρκεια φοίτησης είναι 4 έτη και περιλαμβάνουν θεωρητική εκπαίδευση και κλινική άσκηση.

- Λειτουργούν ήδη Μεταπτυχιακά Προγράμματα με δυνατότητα παροχής Διδακτορικού Διπλώματος.

2. Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα:

Λειτουργούν τμήματα Νοσηλευτικής στην Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Γιάννενα, Λάρισα και Λαμία.

- Η διάρκεια φοίτησης είναι 4 έτη και περιλαμβάνει 7 εξάμηνα θεωρητικής εκπαίδευσης και κλινικής άσκησης και 1 εξάμηνο πρακτικής άσκησης.

- Δεν λειτουργούν Μεταπτυχιακά Προγράμματα αυτόνομα, παρά μόνο σε συνεργασία με τις κατά τόπους Ιατρικές Σχολές.

3. Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής:

- Λειτουργεί στην Αθήνα.

- Η διάρκεια φοίτησης είναι 4 έτη και περιλαμβάνει θεωρητικά μαθήματα, κλινική άσκηση, στρατιωτική εκπαίδευση και κοινωνική παιδεία.

- Λειτουργούν: Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα, Νοσηλευτικές Ειδικότητες, εξειδίκευση στην Καταδυτική και Αεροπορική Νοσηλευτική, Επιμορφωτικά σεμινάρια και Σχολές.

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας:

- Λειτουργεί στην Αθήνα.

- Σκοπός της είναι:

-Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση αποφοίτων ΑΕΙ και ΤΕΙ.

-Η επιστημονική έρευνα.

-Η παροχή υπηρεσιών σχετικά με τη Δημόσια Υγεία, την Προαγωγή Υγείας, τη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και την Κοινωνική πολιτική.

•Απονέμει μεταπτυχιακούς τίτλους ειδίκευσης διάρκειας 1 έτους στη Δημόσια Υγεία και στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Ειδικότητες:

-Χειρουργική,

-Παθολογική,

-Ψυχιατρική και

-Παιδιατρική.

Η διάρκεια φοίτησης είναι 1 έτος.

Ανοικτό Πανεπιστήμιο:

•Παρέχει από το 1999 εκπαίδευση σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο.

•Αποτελεί πρωτοποριακό θεσμό στα ελληνικά εκπαιδευτικά χρονικά, εφόσον όλη η φοίτηση πραγματοποιείται από απόσταση με την ανάπτυξη καινοτόμου εκπαιδευτικού υλικού και μεθόδων διδασκαλίας.

Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης Υγείας:

•Λειτουργούν 40 ΚΕΚ στα Νοσοκομεία πανελλαδικά (20 στην Αθήνα, 7 στη Θεσσαλονίκη).

•Η διάρκεια φοίτησης εξαρτάται από το πρόγραμμα κατάρτισης.

Οι πτυχιούχοι των τμημάτων Νοσηλευτικής φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο 'Νοσηλευτής - Νοσηλεύτρια' και έχουν το δικαίωμα απασχόλησης:

στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, είτε ως στελέχη Νοσηλευτικών μονάδων στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα είτε αυτοαπασχολούμενοι ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.

Καλύπτουν τομείς Νοσηλευτικών ειδικοτήτων ελλείπει ειδικών Νοσηλευτών, αφού εκπαιδευτούν με ταχύρρυθμα προγράμματα.

Απασχολούνται στην εκπαίδευση σύμφωνα κάθε φορά με την ισχύουσα

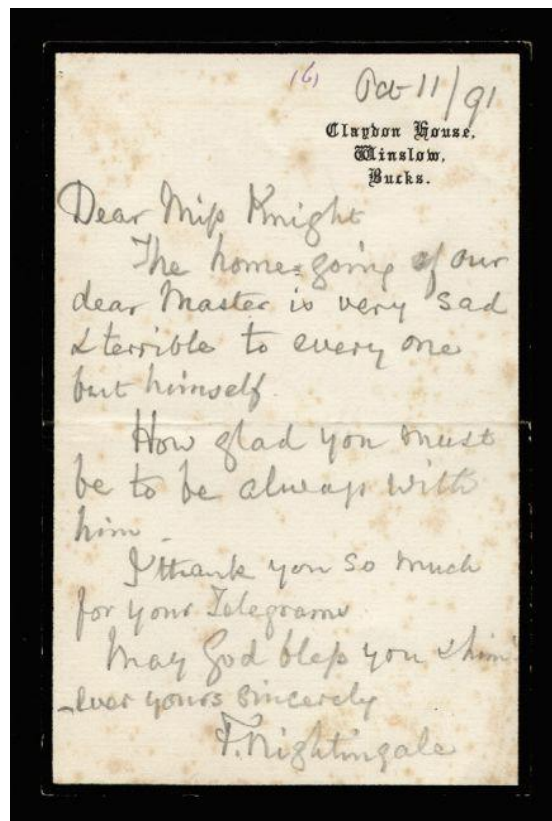
Νομοθεσία.

Μπορούν να εξελίσσονται σε όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας σύμφωνα κάθε φορά με την ισχύουσα Νομοθεσία.

Έχουν το δικαίωμα να διεξάγουν μελέτες για έρευνα με σκοπό την προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης και Μεθοδολογίας.

Τα σημαντικότερα ευρήματα της διεθνούς έρευνας, στη οποία συμμετείχαν 43.000 νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε 700 νοσοκομεία ενηλίκων στη Δ. Ευρώπη (Αγγλία, Γερμανία, Σκωτία), τις ΗΠΑ και τον Καναδά σχετίζονται με τη θνησιμότητα, την αποτυχία διάσωσης, τα ανεπιθύμητα κλινικά συμβάντα και την ποιότητα φροντίδας.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επιδρούν σε αυτά τα κλινικά αποτελέσματα είναι η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων με επαρκή αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, και ιδιαίτερα με νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σοβαρές ενδείξεις υποδεικνύουν ότι η εμπειρία και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών επηρεάζουν τα κλινικά αποτελέσματα των ασθενών.



εικόνα 1.

Χειρόγραφο της Florence Nightingale

The "Nightingale Pledge"



The Nightingale Pledge was composed by Lystra Gretter, an instructor of nursing at the old Harper Hospital in Detroit, Michigan, and was first used by its graduating class in the spring of 1893. It is an adaptation of the Hippocratic Oath taken by physicians.

~~~

I solemnly pledge myself before God and in the presence of this assembly, to pass my life in purity and to practice my profession faithfully. I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug. I will do all in my power to maintain and elevate the standard of my profession, and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling. With loyalty will I endeavor to aid the physician, in his work, and devote myself to the welfare of those committed to my care.

~~~

From *A Short History of Nursing* by Lavinia Dock and Isabel Stewart:

Appendix IV The Oath of Hippocrates with Two Modern Adaptations Sometimes Used in Nursing Schools

The practice of "swearing in" a member of a guild or profession is very old and is still continued as a tradition in some professional schools. The general trend of opinion today is against the requirement of any such pledge or oath. The examples quoted below are given for their historic interest.

The Hippocratic oath Was framed by Hippocrates, the Greek "Father of Medicine," in the fifth century before Christ. There are several forms of the oath. The following translation is taken from a copy published by the Journal of the American Medical Association:

"I swear by Apollo, the physician, and Æsculapius and Health,¹ and All-heal,² and all the gods and goddesses, that according to my ability and judgment, I will keep this oath and stipulation: to reckon him who taught me this art equally dear to me as my parents, to share my substance faith him and relieve his necessities if required; to regard his offspring as on the same footing with my own brothers, and to teach-them this art if they should wish to learn it, without fee or stipulation, and that by precept, lecture, and every other mode of instruction, I will impart a knowledge of the art to my own sons and to those of my teachers, and to disciples bound by a stipulation and oath, according to the law of medicine, but to none others.

"I will follow that method of treatment which, according to my ability and judgment, I consider for the benefit of my patients, and abstain from whatever is deleterious. and mischievous. I will give no deadly medicine to any one if asked nor suggest any such counsel ; furthermore, I will not give to a woman an instrument to produce abortion.

"With purity and with holiness I will pass my life and practice my art. I will not cut a person who: is suffering with a stone, but will leave this to be done by practitioners of this work. Into whatever houses I enter I will go into them for the benefit of the sick and will abstain from every voluntary act of mischief and corruption; and further from the seduction of females or males, bond or free.

"Whatever, in connection with my professional practice, or not in connection with it, I may see or hear in the lives of men which ought not to be spoken abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret.

"While I continue to keep this oath unviolated, may it be granted to me to enjoy life and the practice of the art, respected by all men at all times, but should I trespass and violate this oath, may the reverse be my lot."

The modified Hippocratic oath arranged by Mrs. Lystra Gretter for the nurses of the Farrand Training School, Detroit, was called the Florence Nightingale Pledge as a token of esteem for Miss Nightingale. It is sometimes ascribed wrongly to Miss Nightingale's authorship. Its relationship to the old oath of medicine is quite plain.

"I solemnly pledge myself before God, and in the presence of this assembly) to pass my life in purity and to practice my profession faithfully. I will abstain from whatever is deleterious and mischievous, and will not take or knowingly administer any harmful drug. I will do all' in my power to maintain and elevate the standard of. my profession and will hold in confidence all personal matters committed to my keeping and all family affairs coming to my knowledge in the practice of my calling. With loyalty will I endeavor to aid the physician in his work and devote myself to the welfare of those committed to my care."

Mrs. Cadwalader Jones, a member of the Board of Managers of the City Hospital, New York, is the author of another version of the Hippocratic oath. It runs as follows:

"You do solemnly swear, each by whatever she holds most sacred :

"That you will be loyal to the physicians under whom you serve, as a good soldier is loyal to his officers.

"That you will be just and generous to all worthy members of your profession, aiding them when it will be in your power to do so.

"That you will live your lives and lead your profession in uprightness and honor.

"That into whatsoever house you shall enter, it shall be for the good of the sick to the utmost of your power, and that you will hold yourselves aloof from all temptation.

"That whatsoever you shall see or hear of the lives of men and women, whether they be your patients or members of their households, you will keep inviolably secret, whether you are in other households, or among your own friends."

1. Hygeia 2. Panace

A.T.E.I. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Σας ενημερώνουμε ότι το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και θα χρησιμοποιηθεί για τη διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας. Τα προσωπικά σας δεδομένα θα παραμείνουν απόρρητα. Ελπίζουμε να στηρίξετε τη προσπάθεια μας αυτή, αφιερώνοντας ελάχιστο από το πολύτιμο χρόνο σας. Σε οποιαδήποτε απορία σας απευθυνθείτε στις σπουδάστριες Ανδριάνα Λυκουργιώτη, Διαμάντω Λυκουργιώτη και Μούτσου Μαρία. Συμπληρώστε με X τις απαντήσεις που σας αντιπροσωπεύουν.

ΤΙΤΛΟΣ ΘΕΜΑΤΟΣ

«Διερεύνηση παραγόντων απομάκρυνσης φοιτητών νοσηλευτικής από το αντικείμενο σπουδών τους»

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας:

Οι σπουδάστριες

Ανδριάνα Λυκουργιώτη

Διαμάντω Λυκουργιώτη

Μούτσου Μαρία

1) Φύλο:

- Άρρεν
- Θήλυ

2) Ηλικία:.....

3) Εκπαιδευτικό ίδρυμα φοίτησης:

- Πανεπιστήμιο
- Α.Τ.Ε.Ι.

4) Πόλη φοίτησης:

.....

5) Εξάμηνο φοίτησης:

.....

6) Τόπος μόνιμης κατοικίας γονέων:

.....

7) Γνώσεις ξένων γλωσσών:

- Αγγλικά Ιταλικά
- Γαλλικά Άλλη γλώσσα.....
- Γερμανικά Δεν γνωρίζω

8) Επάγγελμα γονέων:

- Δημόσιος υπαλληλος Εμπορος
- Ιδιωτικός υπαλληλος Οικιακα
- Ελευθερος επαγγελματιας Ανεργος

9) Μορφωτικό επίπεδο γονέων:

- Βασική εκπαίδευση Τριτοβάθμια εκπαίδευση
 Δευτεροβάθμια εκπαίδευση Μεταπτυχιακό, διδακτορικό

10) Ήταν η νοσηλευτική ένα από τα τμήματα που επιθυμούσες να εισαχθείς;

- Ναι
 Όχι

11) Ποια σχολή ήταν η πρώτη επιλογή σου;

.....

12) Ανέφερε τα συναισθήματα σου όταν πληροφορήθηκες την εισαγωγή σου στη νοσηλευτική:

- Χαρά
 Λύπη
Άλλο:.....

13) Θεωρείς ότι το τμήμα της νοσηλευτικής σε σχέση με άλλα τμήματα υγείας και πρόνοιας ή άλλα τμήματα είναι κατώτερο;

- Ναι
 Όχι

14) Αν ναι, ποιος είναι ο λόγος που το πιστεύεις αυτό;

- Είναι σχολή με χαμηλό βαθμό πρόσβασης
 Το θεωρώ παραϊατρικό επάγγελμα
 Πιστεύω ότι δεν είναι αυτόνομο επάγγελμα
 Δεν υπάρχει ενημέρωση για το τμήμα της νοσηλευτικής
 Δε μου αρέσει

15) Σκέφτηκες ποτέ να εγκαταλείψεις τη σχολή σου (νοσηλευτική);

- Ναι
- Όχι

16) Αν ναι, ανέφερε τους λόγους που σε ανέστειλαν να διακόψεις τη φοίτηση σου από τη σχολή της νοσηλευτικής:

- Άμεση επαγγελματική αποκατάσταση
- Είναι το μέσο για να περάσω σε μια άλλη σχολή
- Ύστερα από συζήτηση με το οικογενειακό περιβάλλον
- Ύστερα από συζήτηση με τους καθηγητές μου
- Η βοήθεια στον άρρωστο συνάνθρωπο
- Ενδιαφέρουσα επιστήμη και τέχνη
- Προσωπικοί λόγοι
- Οικονομικοί λόγοι
- Άλλοι λόγοι.....

17) Η κλινική εργαστηριακή σου άσκηση σου δημιουργεί ψυχική καταπόνηση;

- Ναι
- Όχι

18) Πιστεύεις ότι ο βαθμός δυσκολίας εμπέδωσης – απόδοσης των μαθημάτων στο τμήμα της νοσηλευτικής είναι πολύ υψηλός;

- Ναι
- Όχι

19) Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζεις:

- Δεν κατανοώ τα μαθήματα
- Δυσκολεύομαι στην εργαστηριακή εκπαίδευση
- Δυσκολεύομαι στην εργαστηριακή κλινική εκπαίδευση
- Διαπιστώνω κενά στην ύλη των μαθημάτων

20) Το οικογενειακό σου περιβάλλον βλέπει θετικά την εισαγωγή σου στη σχολή της νοσηλευτικής;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω

21) Μετά την εισαγωγή σου στη σχολή προσπάθησε το οικογενειακό σου περιβάλλον να σε

πείσει να παρακολουθήσεις μια άλλη σχολή;

- Ναι
- Όχι

22) Αν ναι, ανέφερε τους λόγους:

- Μη ενδιαφέροντα μαθήματα
- Δύσκολα μαθήματα
- Κακή συνεργασία με τους καθηγητές
- Καθυστερημένη προμήθευση συγγραμμάτων
- Δύσκολο ωράριο μαθημάτων

23) Έχεις νιώσει ποτέ ως φοιτητής της νοσηλευτικής απαξίωση από συμφοιτητές άλλων σχολών για το επάγγελμα που θ' ακολουθήσεις;

- Ναι
- Όχι

24) Πιστεύεις ότι το κυκλικό ωράριο και η επαγγελματική εξουθένωση είναι βασικά μειονεκτήματα της νοσηλευτικής;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω

25) Σου προκαλεί 'φόβο' ο χώρος του νοσοκομείου και θα προτιμούσες να μην τον επισκέπτεσαι για τη περίπτωση επικείμενου τραυματισμού ή τη μετάδοση νοσημάτων;

- Ναι
- Όχι

26) Μετά την απόκτηση του πτυχίου θα κάνεις μεταπτυχιακό ή διδακτορικό;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω

27) Υπάρχει σκέψη ν' ασκήσεις τη νοσηλευτική μόνιμα σε άλλη χώρα;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω

28) Μετά τις σπουδές σου στη νοσηλευτική θα φροντίσεις να εισαχθείς σε άλλη σχολή ;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω

29) Αν ναι, σε ποια σχολή;

.....

30) Μετά τις σπουδές στη νοσηλευτική σκέπτεσαι να ασκήσεις άλλο επάγγελμα;

- Ναι
- Όχι
- Δε γνωρίζω

31) Η σχολή της νοσηλευτικής θα γινόταν πιο θελκτική για τους φοιτητές αν

(βάλτε σε αριθμητική σειρά προτεραιότητας μέχρι 4 επιλογές)

- Άλλαξε το σύστημα υγείας.
- Άλλαξε το εκπαιδευτικό σύστημα.
- Υπήρχε σύγχρονος εξοπλισμός για τη διεξαγωγή των μαθημάτων.
- Αναβαθμιζόταν ανάμεσα στα άλλα επαγγέλματα υγείας.
- Υπήρχαν περισσότεροι καθηγητές.
- Υπήρχαν περισσότεροι καταρτισμένοι εργαστηριακοί συνεργάτες.
- Άνηκε σε πανεπιστημιακές σχολές με πολύ υψηλό βαθμό εισαγωγής.
- Καλύτερες συνθήκες εργασίας (περισσότερο προσωπικό, όχι ασθενείς στο διάδρομο).
- Περισσότερες ευκαιρίες από τη πολιτεία για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής.
- Καλύτερη ηθική αμοιβή.
- Καλύτερη οικονομική αμοιβή.
- Καλύτερη αποδοχή της νοσηλευτικής από το κοινό.
- Δε χρειάζεται να γίνει κάποια αλλαγή.