

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής



Πτυχιακή Εργασία

Διερεύνηση παραγόντων που απομακρύνουν τους Νοσηλευτές από το Νοσηλευτικό επάγγελμα

Εισηγήτρια
Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:
Μέξη Ντόρα
Μπαχούμη Θεώνη
Μαλάϊ Αντωνία
Σπουδάστριες

Πάτρα 2011

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε πρωτίστως την καθηγήτρια μας Παπαδημητρίου Μαρία και εν συνεχεία όλους τους καθηγητές του ΤΕΙ. Με την πολύτιμη βοήθειά σας καταφέραμε να κατανοήσουμε τη νοσηλευτική ως επιστήμη, αλλά και ως λειτούργημα. Ένα λειτούργημα που απαιτεί ανθρωπιά, για την οποία εσείς μας δείξατε πρώτοι τον δρόμο...

Περιεχόμενα

Σελίδες

Πρόλογος	10
Εισαγωγή	11

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

Η Εξέλιξη Της Νοσηλευτικής

1.1 Αναφορά Στην Ιστορική Εξέλιξη Της Νοσηλευτικής	14
1.2 Η Πρώτη Επίσημη Νοσηλεύτρια - Florence Nightingale	15
1.3 Η Εξέλιξη Της Νοσηλευτικής Στην Ελλάδα	16
1.4 Η Προσφορά Της Αθηνάς Μεσολωρά Στη Νοσηλευτική	17
1.5 Η Νοσηλευτική Ως Επιστήμη	18
1.6 Ηθικές Αξίες Και Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών	18

Κεφάλαιο 2^ο

Η Νοσηλευτική Στην Ελλάδα

2.1. Ιστορική Εξέλιξη Υγειονομικού Συστήματος Και Νοσηλευτική Στην Ελλάδα	21
2.1.1. Πρώτη Περίοδος Ανάπτυξης Υγειονομικού Συστήματος	21
2.1.2. Περίοδος Ίδρυσης Υγειονομικού Συστήματος	21
2.1.3. Περίοδος Οικονομικής Ανασυγκρότησης	22
2.1.4. Περίοδος Εθνικού Συστήματος Υγείας	24
2.2. Εθνικό Σύστημα Υγείας Στην Ελλάδα	27
2.3. Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στην Ελλάδα	28
2.4. Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ)	30
2.5. Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ)	32
2.5.1. Σκοποί Της Ίδρυσης Του ΕΝΕ	33
2.6. Η Σημερινή Κατάσταση Της Νοσηλευτικής Στην Ελλάδα	34
2.7. Αναζήτηση Εργασίας Σε Διεθνή Συστήματα Υγείας	35

Κεφάλαιο 3^ο

Η Νοσηλευτική Σε Διεθνές Επίπεδο

3.1. Σκοποί Και Στόχοι Του Συστήματος Υγείας	38
3.2. Τα Τρία Επίπεδα Περίθαλψης	39
3.3. Τα Συστήματα Υγείας Στην Ευρώπη	40
3.4. Το Σύστημα Υγείας Στη Μεγάλη Βρετανία	41
3.4.1. Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στη Μεγάλη Βρετανία	42
3.5. Το Σύστημα Υγείας Στην Φινλανδία	43
3.5.1. Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στη Φινλανδία	44
3.5.2. Η Νοσηλευτική Στην Φινλανδία	45
3.6. Το Σύστημα Υγείας Στις ΗΠΑ	46
3.6.1. Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στις ΗΠΑ	47
3.6.2. Η Νοσηλευτική Στις ΗΠΑ	47

Κεφάλαιο 4^ο

Νοσηλευτική Διοίκηση

4.1 Επαγγελματική Σύγκρουση	50
4.2. Νοσηλευτική Ιεραρχία και Αξιοκρατία	50
4.2.1. Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Άρθρο 7)	51
4.2.2. Διατάξεις Ομαλής Εξέλιξης Υπαλλήλων	52
4.2.3. Μετάταξη Σε Κλάδο Ανώτερης Κατηγορίας	52
4.2.4. Κριτήρια Κρίσεων Νοσηλευτών	53
4.2.5. Μοριοδότηση Λόγω Κρίσεων Προϊσταμένων	55
4.2.6. Αλλαγή Στις Κρίσεις Προϊσταμένων	56
4.2.7. Αναπλήρωση Προϊσταμένου	58
4.3. Καταμερισμός Εργασίας	58
4.3.1. Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων	59
4.3.2. Βασικές Μέθοδοι Στελέχωσης	59
4.3.3. Ανάθεση Καθηκόντων Προϊσταμένου. Σημασία Στην Ουσία	63
4.3.4. Υποχρέωση Εφαρμογής Ιατρικών Οδηγιών	63
4.3.5. Νοσηλευτικές πράξεις	64
4.3.6. Ανεξάρτητες Νοσηλευτικές Πράξεις	65

4.3.7. Εξαρτημένες Νοσηλευτικές Πράξεις	67
4.3.8. Επείγουσες Νοσηλευτικές Πράξεις	70
4.3.9. Προβλήματα Στην Κλινική Πράξη	70
4.4. Καθηκοντολόγιο	72
4.4.1. Καθηκοντολόγιο Νοσηλευτή Κατηγορίας Π.Ε. Η' Τ.Ε.	72
4.5. Ωράριο Εργασίας	74
4.5.1. Κυκλικό Εναλλασσόμενο Ωράριο	74
4.5.2. Επιπτώσεις Του Κυκλικού Ωραρίου Στους Νοσηλευτές	75
4.5.3. Επιβαρυνόμενο Εργασιακό περιβάλλον	76
4.5.4. Οργάνωση Χρόνου Εργασίας Νοσηλευτών Και Σχετικές Νομικές Διατάξεις	77
4.5.5. Υπερωριακή Απασχόληση	78
4.5.6. Νυχτερινή Εργασία	80
4.6. Νοσηλευτικές Άδειες	82
4.6.1. Άδεια Υπηρεσιακής Εκπαίδευσης (άρθρο 58 του Υ.Κ.)	82
4.6.2. Πότε Χορηγείται Η Εκπαιδευτική Άδεια	83
4.6.3. Προϋποθέσεις Χορήγησης Εκπαιδευτικής Άδειας	83
4.6.4. Άδεια Συμμετοχής Σε Συνέδριο	84
4.6.5. Πότε Χορηγείται Η Κανονική Άδεια	85
4.6.6. Άδεια Άνευ Αποδοχών	87
4.6.7. Άδεια Μητρότητας (άρθρο 52 του Υ.Κ.)	88
4.6.8. Άδεια Ανατροφής	89
4.6.9. Ένταξη Του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος Στα Βαρέα Και Ανθυγιεινά	90
4.7. Μισθολογική Κλίμακα	90
4.7.1. Μισθολογική Σχέση Δημοσίου Και Ιδιωτικού Τομέα	91
4.7.2. Εξέλιξη Μισθολογικών Κλιμάκιων	91
4.7.3. Μισθολογικές Απολαβές Υπαλλήλων	92

Κεφάλαιο 5^ο

Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

5.1. Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση Και Νοσηλευτική	94
5.2. Κίνητρα Νοσηλευτών Για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση	95
5.3. Συμβολή Εκπαίδευσης Και Έρευνας Στην Βελτίωση Της Ποιότητας Της Νοσηλευτικής Φροντίδας	96
5.4. Παράμετροι νοσηλευτικής ειδικότητας	98

5.5. Προϋποθέσεις Νοσηλευτικής ειδικότητας	99
5.6. Επίδομα Μεταπτυχιακού και 2 ^ο Τίτλου Σπουδών	100
5.7. Υποτροφίες Και Βραβεία Νοσηλευτικής	100
5.8. Εκπαίδευση Νοσοκομειακών Στελεχών	103
Με Τη Χρήση Νέων Τεχνολογιών	
5.8.1. Εκπαιδευτικές Ανάγκες Στελεχών Υγείας	103
5.8.2. Τρόπος Λειτουργίας Ηλεκτρονικών Κοινοτήτων Μάθησης (HKM)	104
5.8.3. Προσφορά Των HKM Στην Εκπαίδευση Του Προσωπικού Υγείας	105

Κεφάλαιο 6ο

Βιολογικοί Κίνδυνοι

6.1. Στόχοι Ελέγχου Λοιμώξεων Της Υπηρεσίας Υγείας Του Προσωπικού	107
6.2. Πρόγραμμα Ανοσοποίησης	107
6.3. Γενικά Μέτρα Προφύλαξης	108
6.4. Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις	109
6.4.1. Μικροοργανισμοί της χλωρίδας των χεριών	109
6.5. Μετάδοση των λοιμώξεων	111
6.6. Κίνδυνος Μόλυνσης Από Βελόνα Και Σωστός Χειρισμός	112
6.6.1. Αντιμετώπιση Μετά Από Έκθεση	113
6.7. Πρόληψη Έκθεσης Εργαζομένων Σε HBV, HCV Και HIV	113
6.8. Ηπατίτιδα Β	114
6.8.1. Κίνδυνος Επαγγελματικής Μετάδοσης Του Ιού HBV	114
6.8.2. Εμβολιασμός Για Την Ηπατίτιδα Β	114
6.8.3. Αντιμετώπιση Της Έκθεσης Στον Ιό HBV	115
6.9. Ηπατίτιδα C	116
6.9.1. Κίνδυνος Επαγγελματικής Μετάδοσης Του Ιού HCV	117
6.9.2. Αντιμετώπιση Της Έκθεσης Στον Ιό Της Ηπατίτιδας C	117
6.10. Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS)	118
6.10.1. Κίνδυνος Επαγγελματικής Μετάδοσης Του Ιού HIV	118
6.10.2. Αντιμετώπιση Της Έκθεσης Στον Ιό HIV	119
6.11. Απαραίτητα Μετρά Αποφυγής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων	120

Κεφάλαιο 7^ο

Ψυχοσωματικοί Κίνδυνοι Στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα

7.1. Ψυχοσωματικοί Κίνδυνοι Και Νοσηλευτική	126
7.2. Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης	127
7.2.1. Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης	128
7.2.2. Παράγοντες Που Τείνουν Να Πυροδοτήσουν Το Σύνδρομο	128
7.2.3. Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης	129
7.2.4. Στάδια Επαγγελματικής Εξουθένωσης	130
7.2.5. Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης Σε Νοσηλευτές	131
7.2.6. Μέτρα Προφύλαξης Και Αντιμετώπισης Της Επαγγελματικής Εξουθένωσης	132
7.3. Μυοσκελετικά Προβλήματα Που Αντιμετωπίζουν Οι Νοσηλευτές	134
7.3.1. Ορισμός Μυοσκελετικών Παθήσεων	134
7.3.2. Παράγοντες Κινδύνου Πρόκλησης Μυοσκελετικών Προβλημάτων	135
7.3.3. Βασικές Αρχές Των Κατάλληλων Τεχνικών Χειρισμού Ασθενών	138
7.4. Φαρμακευτικά Λάθη Κατά Τη Χορήγηση	140
7.4.1. Ορισμός Φαρμακευτικού Λάθους	140
7.4.2. Παράγοντες Που Σχετίζονται Με Τα Φαρμακευτικά Λάθη	140
7.4.3. Είδη Φαρμακευτικών Λαθών	142
7.5. Φαινόμενα Βίας Και Κακοποίησης	143
Στο Νοσηλευτικό Προσωπικό	
7.5.1. Ορισμός Βίας	144
7.5.2. Μορφές Βίας	145
7.5.3. Πηγές Βίας	146
7.5.4. Οριζόντια Βία	147
7.5.5. Αίτια Που Οδηγούν Στη Χρήση Βίας	148
7.5.6. Παράγοντες Που Σχετίζονται Με Την Εργασιακή Βία Στη Νοσηλευτική	148
7.5.7. Επιπτώσεις Βίας Στον Εργαζόμενο	150
7.5.8. Αναφορά Βίαιων Ενεργειών	151
7.5.9. Μέτρα Προστασίας Και Αντιμετώπισης Της Βίας	152
7.5.10. Νομοθεσία Για Αντιμετώπιση Βίας Στον Εργασιακό Χώρο	154
7.6. Το Νοσηλευτικό Προσωπικό Μπροστά Στο Θάνατο	155
7.6.1. Αντίδραση Του Νοσηλευτή Στο Τελευταίο Στάδιο Ζωής Του Ασθενούς	156
7.6.2. Ο Νοσηλευτής Ως Προσωπικότητα Αντιμετωπίζει Το Θάνατο	159

7.6.3. Από Τη Θεωρία Στην Πράξη	161
7.6.4. Διεργασία Του Πένθους	162

Ειδικό Μέρος

Υλικό και Μέθοδος	165
Αποτελέσματα	169
Συζήτηση	219
Συμπεράσματα	223
Προτάσεις	224
Περίληψη	226
Summary	227
Βιβλιογραφία	228
Παράρτημα	235

Γενικό Μέρος

Πρόλογος

« Οι νοσηλευτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά του ΕΣΥ»

Η φράση αυτή σημαίνει ότι Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) χωρίς νοσηλευτές είναι αδύνατο να λειτουργήσει. Οι νοσηλευτές είναι αυτοί που σηκώνουν στους ώμους τους το βάρος της λειτουργίας των νοσηλευτικών τμημάτων. Όπως ακριβώς ο σκελετός σηκώνει το βάρος του σώματος μας. Δεν μπορούμε να φανταστούμε το σώμα μας να λειτουργεί χωρίς κόκαλα πώς λοιπόν να φανταστούμε το χώρο της υγείας να λειτουργεί χωρίς νοσηλευτές; Όμως όταν ο σκελετός μας παρουσιάσει ένα πρόβλημα, σπεύδουμε να τον γιατρέψουμε ενώ παράλληλα έχουμε ανακαλύψει και μεθόδους για την μείωση του βάρους που σηκώνει. Παρόλο λοιπόν που είναι κοινώς αποδεκτό πως η παρουσία των νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας, η καθημερινότητα είναι πολύ βλοσυρή και τα τηλεοπτικά εγκώμια δεν αρκούν για να αντισταθμίσουν την καθημερινή απαξίωση, που βιώνουν οι νοσηλευτές.

Οι εξοντωτικές βάρδιες, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και οι καθημερινές ενδο-υπηρεσιακές εντάσεις, προκαλούν γρήγορα σωματική και ψυχική κόπωση. Η κόπωση, με τη σειρά της, οδηγεί στην έλλειψη ενδιαφέροντος και στην συναισθηματική ισοπέδωση, με αποτέλεσμα την απαξίωση του κόσμου για τον ίδιο το νοσηλευτή. Ένας από τους παράγοντες που οδήγησαν στον μαρασμό της νοσηλευτικής, είναι και το ιατροκεντρικό σύστημα υγείας, που από τη μεριά του ανάγει τους γιατρούς σε «αυτοκράτορες της υγείας» και τους δίνει το προνόμιο των αποφάσεων σε κάθε λειτουργικό επίπεδο. Το νοσηλευτικό επάγγελμα επιμελώς ταυτίστηκε με την «ευγενική προσφορά» και οι εργαζόμενοι θεωρήθηκαν άτομα με μειωμένη επιστημονική γνώση. Η έκφραση «βοηθός γιατρού ή μισός γιατρός» χάιδευε για χρόνια τα αυτιά των νοσηλευτών, αλλά στην ουσία τους χαντάκωνε όλο και περισσότερο στην αμάθεια και στην έλλειψη πρωτοβουλίας.¹

Εισαγωγή

Σύμφωνα με τα σύγχρονα λεξικά *νοσηλεύτης ή νοσηλεύτρια* «είναι το πρόσωπο που προσφέρει τις πρώτες βοήθειες και γενικά την κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ασθενή, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού». Ειδικότερα, η *Νοσηλευτική* είναι επιστήμη και τέχνη. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς και στόχος της είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, η πρόληψη της ασθένειας και τέλος η αποκατάσταση της υγείας του ατόμου². Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα η νοσηλευτική δέχεται μια ποιοτική αλλαγή με την ανάπτυξη δραστηριοτήτων από τη Φλόρενς Νάιτινγκεϊλ (Florence Nightingale), την τελεσφόρηση αυτών των δραστηριοτήτων, την αναγνώρισή τους από τις αρμόδιες αρχές και από το κοινωνικό σώμα και στη συνέχεια, με τον σχεδιασμό και την παροχή της σχετικής εκπαίδευσης³.

Σήμερα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) αντιμετωπίζει αυξανόμενες προκλήσεις όπως αυτές απορρέουν μέσα από την ιδιοτυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό. Το ευρύ φάσμα αναγκών και οι οικονομικές δυσχέρειες περιορίζουν τη δυνατότητα των υπηρεσιών να ενισχύσουν τις δομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Η ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας θα πρέπει να αποτελεί τον κύριο στόχο των υπηρεσιών υγείας καθώς είναι σημαντική για όλους. Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, μπορεί να επιτευχθεί μέσω της βελτίωσης της νοσηλευτικής και των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς επίσης και μέσω της προώθησης δραστηριοτήτων για υποστηρικτικό, ασφαλές εργασιακό περιβάλλον.

Πιο συγκεκριμένα, οι σύγχρονες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις έχουν επιπτώσεις στα εκπαιδευτικά και νοσηλευτικά ιδρύματα. Η ευθύνη του νοσηλευτή-εκπαιδευτικού στη σύγχρονη κοινωνία και σ' ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον απαιτεί νέους ρόλους. Το φαινόμενο του χάσματος μεταξύ θεωρίας και πράξης στη νοσηλευτική είναι διαχρονικό και ένα από τα δισεπίλυτα προβλήματα σε παγκόσμια κλίμακα. Η θεωρία και η βιοματική εμπειρία για ρεαλιστικά δεδομένα χρειάζεται προσαρμογή στην επέκταση του ρόλου θεωρίας και πράξης. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση αποτελεί αναγκαιότητα για επαγγελματική ανάπτυξη, ενδυνάμωση και αυτονομία στη λήψη αποφάσεων. Για να καταστεί ένας οργανισμός ανταγωνιστικός και ελκυστικός για τη διατήρηση υψηλά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού, θα πρέπει να υιοθετήσει την συνεχόμενη ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση η οποία είναι μέσο για διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η Ποιότητα στην ολική Νοσηλευτική Φροντίδα επιτυγχάνεται με πλήρη ικανοποίηση των

αναγκών του ασθενή. Απαιτείται ευγένεια, άνεση, κατανόηση, επικοινωνία, επαρκής αριθμός νοσηλευτών και ποιοτικό εργασιακό περιβάλλον, ενώ επιβάλλεται ορθή επιλογή για την αγορά ασφαλούς τεχνολογικού εξοπλισμού που να μην προκαλεί ανεπιθύμητα περιστατικά και τραυματισμούς κατά τη χρήση του.

Όπως γνωρίζουμε, οι νοσοκομειακές λοιμώξεις αποτελούν δείκτη ποιότητας παγκοσμίως. Η ανάπτυξη πρωτοκόλλων, προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στην επίτευξη του στόχου μείωσης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Τονίζεται λοιπόν η ανάγκη ευαισθητοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού για την πρόληψη και αντιμετώπιση ατυχημάτων από αιχμηρά αντικείμενα και επιπρόσθετα, τονίζεται ότι είναι απαραίτητος ο εμβολιασμός όλου του νοσηλευτικού προσωπικού με το εμβόλιο κατά της Ηπατίτιδας Β. Επιπλέον, οι αποφάσεις που συχνά καλούνται οι νοσηλευτές να πάρουν, είναι δύσκολες και με σοβαρά διλήμματα. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η καλύτερη ενημέρωση και αποσαφήνιση «σκοτεινών» ή αμφιλεγόμενων σημείων, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο ανάμεσά τους. Η μη έγκαιρη συνειδητοποίηση και παραδοχή ύπαρξης της εξουθένωσης καθώς και η αντιμετώπισή της, μπορεί να εκδηλώσουν σημαντικά συμπτώματα και διαταραχές στη ψυχοσωματική υγεία του επαγγελματία της υγείας.

Οι φυσικές και ψυχοκοινωνικές παράμετροι κατά την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, επιδρούν σημαντικά στην υγεία των νοσηλευτών και κατ' επέκταση στην Υγεία και ασφάλεια των ασθενών. Η ευημερία των νοσηλευτών όπου και αν εργάζονται, παρουσιάζει άμεση συσχέτιση με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Τα ιατρικά και νοσηλευτικά σφάλματα έχουν αντίκτυπο τόσο πάνω στη δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, όσο και στην ασφάλεια των ανθρώπων τους οποίους έχουμε ταχθεί να υπηρετήσουμε. Το ωράριο του νοσηλευτή διαταράσσει το βιολογικό ρολόι του ανθρώπου, με αποτέλεσμα τη μείωση στην απόδοση του εργαζόμενου και επιπτώσεις στην υγεία του.

Συνοψίζοντας, αυτό που πρέπει πάντα να θυμόμαστε είναι ότι πρέπει να παρέχουμε ίση ποιότητα φροντίδας για όλους και ότι η φροντίδα αυτή είναι ένα ηθικό καθήκον, που απαιτεί την καρδιά και τη ψυχή της νοσηλευτικής, ενώ παράλληλα το φαινόμενο του χάσματος μεταξύ θεωρίας και πράξης στη νοσηλευτική είναι διαχρονικό και ένα από τα δισεπίλυτα προβλήματα σε παγκόσμια κλίμακα⁴.

Κεφάλαιο 1

Η Εξέλιξη Της Νοσηλευτικής

1.1 Αναφορά Στην Ιστορική Εξέλιξη Της Νοσηλευτικής

Η μελέτη της Ιστορίας της Νοσηλευτικής, είναι απαραίτητη για την απόδειξη της συνέχειας και της αξίας της στο πέρασμα του χρόνου. Η σύντομη ιστορική αναδρομή αναφέρεται στην προχριστιανική, χριστιανική εποχή, στους Βυζαντινούς χρόνους μέχρι και σήμερα. Στη Μεσοποταμία οι αρρώστιες θεωρούνταν τιμωρία των θεών. Η ιατρική ήταν στα χέρια των ιερέων. Στην Αίγυπτο η ιατρική ασκούσαν από ιερείς με ειδικότητα κατά περιοχή. Εκτός από τους ιερείς-γιατρούς υπήρχαν και οι μάγοι, οι οποίοι μέσα από τελετουργικές θεραπείες πίστευαν ότι έδωχαν τους δαίμονες που έμπαιναν στο σώμα των ανθρώπων και προκαλούσαν τις αρρώστιες. Στην Ιουδαία ο Μωσαϊκός Κώδικας ήταν θρησκευτικός, αλλά συγχρόνως ήταν και κώδικας υγιεινής πρακτικής με έμφαση στη προληπτική ιατρική. Στις Ινδίες αρχικά οι γιατροί ήταν ιερείς, η αρρώστια θεωρούνταν ως τιμωρία των θεών για τις αμαρτίες, οι μαγείες αλλά και οι λογικές απόψεις στηριζόμενες στην παρατήρηση πτεέλων, κοπράνων, ούρων, έθεταν διαγνώσεις⁵.

Στην αρχαία Ελλάδα αναφέρεται ότι λειτουργούσαν οργανωμένα νοσοκομεία, όπως του Αμφιάριου στο Μαυροδήλεσι του Ωρωπού, παρόλο που ο επικρατέστερος τρόπος νοσηλείας ήταν η κατ' οίκον περίθαλψη, μια σύγχρονη τάση υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια παρουσιάζονται οργανωτικές και διοικητικές αρχές περίθαλψης στα πεδία των μαχών, με τη μορφή μονίμων χειρουργείων «κλισίας» και ειδικών φορείων μεταφοράς ασθενών. Στην Κλασική Ελλάδα η οργάνωση υπηρεσιών υγείας εκφράζεται μέσα από τους Ναούς- Θεραπευτήρια, τα Ασκληπιεία, όπου ασκούσαν η ιατρική ως μείγμα φυσικών δυνάμεων και παρατηρήσεων από τον πρωθιερέα και τον πυρφόρο βοηθό του και η νοσηλευτική φροντίδα από ιέρειες γυναίκες⁵.

Περισσότερο τραγική εμφανίζεται η θέση της γυναίκας στη Ρωμαϊκή Κοινωνία, όπου οι γυναίκες αποτελούσαν «res» (πράγμα), απλή άψυχη ιδιοκτησία και ήταν αδύνατο ν' αναπτυχθεί Νοσηλευτικό Σώμα γυναικών σε τέτοια κοινωνία, παρόλο που η ιατρική επιστήμη εξελίχθηκε με την εμφάνιση ιατρών, όπως ο Ασκληπιάδης, ο Κέλσιος, Διοσκουρίδης και ο Γαληνός και ιδρύθηκαν οργανωμένα νοσοκομεία, τα «Valetudinaria» (valetudo: καλή υγεία) μόνο για πολεμιστές και ιδιωτικά ιατρεία. Γίνεται πλέον φανερό ότι η φροντίδα κάθε αρρώστου ήταν προορισμένη να γίνει στο Χριστιανικό Βυζάντιο. Στους πρώτους αιώνες της χριστιανισμής η παροχή φροντίδας στους αρρώστους, όπως και σε όλους τους δυστυχισμένους, φτωχούς, αιχμαλώτους, φυλακισμένους, ήταν έργο της Εκκλησίας, στο οποίο συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες, οι διάκονοι και οι διακόνισσες. Στο χριστιανισμό η

γυναίκα αποκτά υψηλή θέση και της ανοίγεται ο δρόμος για το κοινωνικό έργο της νοσηλείας των πασχόντων⁵.

Η Βυζαντινή περίοδος χαρακτηρίζεται για τη φροντίδα και την κοινωνική πρόνοια για τη νόσο, το γήρας, την κύηση, τη λοχεία, τη βρεφοκομία και τη παιδοκομία μέσω της ίδρυσης Ευαγών Ιδρυμάτων όπως πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων, γηροκομείων. Αναφέρονται νοσοκομεία με πολύ καλή οργάνωση, που θα μπορούσαν να συγκριθούν με τα σύγχρονα. Ως προς το νοσηλευτικό προσωπικό υπήρχαν: Οι Νοσοκόμοι, που σύμφωνα με τη διπλή έννοια του όρου ήταν α) κλινικοί νοσηλευτές και β) διοικητικοί διευθυντές του νοσοκομείου. Σύμφωνα με την πρώτη έννοια, οι νοσοκόμοι όφειλαν να επισκέπτονται πολύ πρωί τους κλινήρεις ασθενείς και να τους προσφέρουν την τροφή, να θεραπεύουν με τους λόγους τους και να μην τους παραμελούν στη διάρκεια της νοσηλείας τους. Σύμφωνα με τη δεύτερη έννοια, ο νοσοκόμος ήταν υπεύθυνος για την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του Νοσοκομείου⁵.

1.2 Η Πρώτη Επίσημη Νοσηλεύτρια - Florence Nightingale

Η Florence Nightingale στο χώρο της νεώτερης Νοσηλευτικής αποτελεί τη φυσιογνωμία, που χάραξε το δρόμο προς την ορθή τοποθέτηση του επαγγέλματος της νοσηλεύτριας, την κοινωνική αναγνώριση, την αναγωγή του έργου σε κοινωνικό λειτούργημα και την συστηματοποίηση της νοσηλείας σε βάσεις επιστημονικές.

Η Florence Nightingale έζησε στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, που είναι περίοδος τόσο επιστημονικών όσο και κοινωνικών εξελίξεων μέσα στις οποίες εντάσσεται και η γυναικεία χειραφέτηση, απαραίτητη για την αναγέννηση της Νοσηλευτικής. Γεννήθηκε στη Φλωρεντία στις 12 Μαΐου 1820 από γονείς ανήκοντες στην αγγλική αριστοκρατία. Από την ηλικία των 17 ετών αισθάνεται σαν σκοπό ζωής να αφοσιωθεί στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου.

Η νοσηλευτική έπαψε να αποτελεί πρακτικό έργο και αντικείμενο, στηριζόμενο μόνο σε απλή εμπειρία. Έτσι σταμάτησε ο υπηρετικός χαρακτήρας και το πνεύμα της υποτέλειας στους νοσοκομειακούς χώρους έναντι του ιατρικού κόσμου της εποχής εκείνης, ώστε να πάρει τη θέση που της άνηκε σε ισότιμο επίπεδο αναγκαίας συνεργασίας για την επίτευξη του κοινού σκοπού, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας⁶.

1.3 Η Εξέλιξη Της Νοσηλευτικής Στην Ελλάδα

Η Ελληνική Νοσηλευτική δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την παγκόσμια ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Το 1835 ιδρύεται η Ιατρική Εταιρία Αθηνών και το 1837 η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το πρώτο Νοσοκομείο των Αθηνών ήταν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο «Μακρυγιάννη» (1836) και το πολιτικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς» (1836). Η πρώτη προσπάθεια εκπαίδευσης και κατάρτισης Νοσοκόμων έγινε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, της Σχολής του «Ευαγγελισμού», τρίτης παγκοσμίως. Το 1884 ιδρύεται το θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» σκοπός του οποίου ήταν «...η κατά τους κανόνες της επιστήμης μόρφωσις νοσοκόμων γυναικών». Η φοίτηση στη σχολή είχε, αρχικά, διάρκεια 2 ετών και αργότερα έγινε τριετής. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Σχολής είχε αντίκτυπο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του θεραπευτηρίου και στην παρεχόμενη νοσηλεία των ασθενών. Διοργανώνονται επιμορφωτικά μαθήματα, σεμινάρια και ειδικά συμπόσια. Απόφοιτοι της Σχολής μετεκπαιδεύονται στο εξωτερικό όπως και «Διπλωματούχες Αδελφές» άλλων χωρών επισκέπτονται τον Ευαγγελισμό και ενημερώνονται για την ελληνική Νοσηλευτική. Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η ίδρυση αυτής της σχολής ήταν ορόσημο για την ελληνική Νοσηλευτική. Δεύτερο εξίσου σημαντικό βήμα ήταν η ίδρυση του «Συνδέσμου Ελληνίδων Νοσοκόμων» το 1923, σκοπός του οποίου ήταν:

1^{ον} η πρόοδος της Νοσηλείας,

2^{ον} η αμοιβαία βοήθεια των μελών αυτού

3^{ον} η προαγωγή των συμφερόντων του επαγγέλματος της νοσηλείας.

Το 1929 ο Σύνδεσμος γίνεται δεκτός στο Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Το 1930 αλλάζει ο τίτλος του σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσοκόμων» και το 1988 σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Νοσηλευτών-τριών Ελλάδας» (ΕΣΔΝΕ). Στη χρονική ακολουθία και κατά το έτος 1924, ιδρύεται η Σχολή Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η πρώτη στην Ελλάδα, με τριετές πρόγραμμα εκπαίδευσης από την ίδρυση της, ενώ κατά το 1935 ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Υγείας, στην Αθήνα. Το Μάιο του 1948 ιδρύεται το τμήμα Νοσοκόμων στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν υπεύθυνο για την Νοσηλευτική εκπαίδευση, την τήρηση Μητρώου Νοσηλευτών και για όλα τα θέματα που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος. Ιδρύονται πολλές νοσηλευτικές σχολές στα νοσοκομεία και απαιτείται απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου για την εισαγωγή στις σχολές. Η εκπαίδευση

διευρύνεται το 1960 με θέματα κοινωνικών επιστημών, Μεθόδων Διοίκησης και διδασκαλίας, Νομοθεσίας, Δημόσιας Υγιεινής, Παιδιατρικής και Ψυχιατρικής. **Η Ελλάδα ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που εφάρμοσε γενικευμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα, όπως η Αμερική και ο Καναδάς πολλά χρόνια πριν.** Το 1979 ιδρύεται το Τμήμα Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ως τμήμα της Ιατρικής Σχολής. Από το 1983 το τμήμα λειτουργεί αυτόνομα, ενώ η εκπαίδευση των Νοσηλευτών γινόταν ως τότε στις Ανώτερες Σχολές του Υπουργείου Υγείας και στα Τ.Ε.Ι. Το 1985 καθιερώνονται οι βασικές ειδικότητες των Νοσηλευτών: Παθολογική, Χειρουργική, Ψυχιατρική, Παιδιατρική, οι οποίες διευρύνονται αργότερα⁵.

1. 4 Η Προσφορά Της Αθηνάς Μεσολωρά Στη Νοσηλευτική

Η Αθηνά Μεσολωρά κόρη του αείμνηστου καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών Ιωάννη Μεσολωρά, γεννήθηκε το 1889 και πέθανε το 1965 στην Αθήνα. Για την ιστορία της νεώτερης ελληνικής νοσηλευτικής αποτελεί δεσπόζουσα μορφή, γιατί κυρίως προσέφερε ανεκτίμητες υπηρεσίες στην οργάνωση τόσο των υπηρεσιών νοσηλείας, όσο και την αναγνώριση και εξύψωση του μορφωτικού επιπέδου της νοσηλεύτριας. Από την νεαρή ηλικία της εντάχθηκε στο σώμα των Ελληνίδων Αδελφών Νοσοκόμων, που υπηρέτησε με αδιάκοπο ενθουσιασμό. Περίπου μισό αιώνα εργάστηκε με υποδειγματική αυταπάρνηση για την προαγωγή της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα η Αθηνά Μεσολωρά διετέλεσε για ολόκληρες δεκαετίες διευθύνουσα του νοσοκομείου ελληνικού ερυθρού σταυρού και της ομώνυμης σχολής, για την ίδρυση της οποίας το 1924 είχε συσταθεί Επιτροπή από επίλεκτα πρόσωπα της τότε αθηναϊκής κοινωνίας, μεταξύ δε αυτών ήταν μέλος και αυτή. Με υπερηφάνεια ακολούθησε τον ελληνικό στρατό σ' όλους τους πολέμους αυτής της περιόδου, στον οποίο προσέφερε υπηρεσίες υποδειγματικές σε θυσία αυταπάρνηση και πατριωτικό μεγαλείο. Στη συνέχεια ανέλαβε τη θέση της γενικής επιθεωρήτριας του σώματος αδελφών νοσοκόμων του Ε.Ε.Σ. επίσης για μεγάλο χρονικό διάστημα υπηρέτησε ως Πρόεδρος του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσοκόμων και μέλος του κεντρικού συμβουλίου του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Πρωτοπόρος στη συστηματοποίηση και οργάνωση της νοσηλευτικής στην Ελλάδα με τη θεωρητική και πρακτική συγκρότησή της, φωτεινό παράδειγμα με εθνική ακτινοβολία για να το ακολουθούν οι Ελληνίδες νοσηλεύτριες όλων των γενεών, άξια και δίκαια η Πατρίδα της απένειμε μεταθανάτια τον τίτλο της 'Μεγάλης Αδελφής'⁵.

1.5 Η Νοσηλευτική Ως Επιστήμη

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη. Ασχολείται με την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας των ατόμων, της οικογένειας, του κοινωνικού συνόλου και έχει ως σκοπούς την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της νόσου, την αντιμετώπιση της νόσου (θεραπεία και νοσηλεία) και την αποκατάσταση. Ο Νοσηλευτής αποτελεί τον κύριο και πρωταρχικό υπεύθυνο επιστήμονα στη λειτουργία και οργάνωση της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας Υγείας αλλά και των Κέντρων Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας και στην ανάλογη ενημέρωση των ατόμων, οικογενειακών ομάδων και Κοινοτήτων σε θέματα Υγείας. Ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη θεραπευτική παρέμβαση με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου που έχει ήδη νοσήσει, αλλά επεκτείνεται κυρίως στις παρεμβάσεις εκείνες που έχουν σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της Υγείας⁷.

1.6 Ηθικές Αξίες Και Χαρακτηριστικά Νοσηλευτών

Η νοσηλευτική σαν επιστήμη της υγείας, που ασχολείται με τον άνθρωπο, είναι επιστήμη της ζωής και έχει στερεά ηθικά και δεοντολογικά θεμέλια, όπως άλλωστε έχει και η ιατρική. Βασίζεται στις υψηλές ηθικές αξίες για τον άνθρωπο και την υγεία. Βασίζεται και στους ίδιους κυρίως νοσηλευτές, τους οποίους θέλει καλλιεργημένους και υπεύθυνους ανθρώπους, να ασκούν το έργο τους με συνέπεια και να αντιμετωπίζουν τον συνεργάτη και τον άρρωστο σαν μοναδική και ανεπανάληπτη προσωπικότητα, σαν ύψιστη ηθική αξία. Στις ανθρωπιστικές επιστήμες ο όρος «αξία» συχνά εναλλάσσεται με τους στόχους, τις θέσεις και τις πεποιθήσεις. Εντούτοις οι αξίες είναι πιο βασικές από τις θέσεις, τις οποίες και επηρεάζουν. Βρίσκονται στο πυρήνα της ζωής του ανθρώπου και των ενεργειών του, χρησιμεύουν δε σαν κριτήρια με τα οποία επιλέγονται ως επί το πλείστον οι πεποιθήσεις και οι στόχοι. Το ενδιαφέρον για τις ανθρώπινες αξίες υπήρξε πάντοτε μόνιμο, συνεπές και διαρκές σημείο στον πυρήνα τη Νοσηλευτικής. Ανατρέχοντας στα βάθη των αιώνων έχουμε μαρτυρίες ότι από την πρώτη αρχή η νοσηλευτική δημιουργήθηκε, αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε με τις ανθρώπινες αξίες. Η δε πρόοδος της γίνεται αντιληπτή περισσότερο από την αφοσίωση του έργου της, την προσήλωση και τη συνεχή ανταπόκριση στις ανθρώπινες αξίες και απαιτήσεις. Η σύγχρονη νοσηλευτική διατηρεί την ίδια αξιολογική προοπτική και πλαίσιο αναφοράς, όπως παρουσιάζεται μέχρι σήμερα. Έτσι ανευρίσκονται οι ακόλουθες αξίες :

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

Η νοσηλευτική είναι υπεύθυνη εργασία δύσκολη, και επίπονη σε ατμόσφαιρα συνεχούς εντάσεως, πόνου, αγωνίας και διεξάγεται σε περιβάλλον ανθυγιεινό. Γι' αυτό για την άσκησή της χρειάζονται εκτός των τυπικών και ουσιαστικά προσόντα όπως:

- υψηλός δείκτης νοημοσύνης
- αρτιμέλεια και σωματική υγεία
- ψυχοσυναισθηματική ισορροπία
- ωριμότητα
- διάθεση προσφοράς
- επιμονή και υπομονή
- αισιοδοξία
- συνεργασία
- ψυχραιμία και ετοιμότητα
- συνέπεια και ευσυνειδησία
- συναίσθηση ευθύνης – πνεύμα θυσίας και κυρίως
- ανθρωπιά και αγάπη

Απαραίτητη επίσης κρίνεται η πίστη, πηγή δυνάμεως και ανατάσεως για ένα τόσο δύσκολο έργο⁸.

Κεφάλαιο 2

Η Νοσηλευτική Στην Ελλάδα

2.1 Ιστορική Εξέλιξη Υγειονομικού Συστήματος Και Νοσηλευτικής Στην Ελλάδα

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε το 19^ο αιώνα. Διακρίνονται η πρώτη περίοδος 1910-1935, όπου τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη, και ακολουθεί η περίοδος μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, όπου γίνεται προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων και επέκτασης των νοσοκομειακών μονάδων. Η μετά το 1980 περίοδος χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τις μεγάλες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις του 20^{ου} αιώνα ακολουθούν μέτρα αναβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος και του επιπέδου σπουδών. Σύμφωνα με τα ιστορικά δεδομένα, η νοσηλευτική, από εθελοντική επικουρία των ιατρών, εξελίχθηκε σε επιστήμη με διακριτό περιεχόμενο και ρόλο. Η εξέλιξη των μορφών θεραπείας, διάγνωσης και των νοσοκομείων σε μεγάλους διοικητικούς οργανισμούς επιβάλλουν λειτουργούς υγείας υψηλού και εξειδικευμένου μορφωτικού επιπέδου. Με βάση αυτή την ανάπτυξη, η νοσηλευτική καλείται να συμβάλει στην καλύτερη λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων, στην εφαρμογή πολιτικών δημόσιας υγείας και στην παρακολούθηση των νέων τεχνολογιών στο χώρο της υγείας. Κυρίως όμως καλείται να διαφυλάξει τον ανθρωπιστικό της χαρακτήρα, διότι ρόλος του νοσηλευτή είναι η συμβολή στην περίθαλψη του ασθενούς και στην ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου⁹.

2.1.1 Πρώτη Περίοδος Ανάπτυξης Υγειονομικού Συστήματος

Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής ακολουθεί την πορεία της ιατρικής και υγιεινής, όπως παρασχέθηκε διαδοχικά από το γείτονα, τον ιερέα, τις διακόνισσες και μοναχές, χριστιανές κυρίες ανώτερης κοινωνικής τάξης, και τέλος, από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες. Η αντικατάσταση των ταγματών μοναχών από τις νοσηλεύτριες και η καθιέρωση του θεσμού της επισκέπτριας υγείας στην Ευρώπη χρονολογούνται το 19^ο αιώνα και συμπίπτουν με την περίοδο των μεγάλων μικροβιολογικών και ανοσολογικών ανακαλύψεων, την οργάνωση της δημόσιας υγείας, την άνθιση της κλινικής ιατρικής και την οργάνωση του σύγχρονου τύπου νοσοκομείων. Οι πολεμικές επιχειρήσεις της εποχής καθιστούν αναγκαία και την εκπαίδευση νοσηλευτών. Το 1875, μόλις 9 έτη από την ίδρυση της πρώτης σχολής νοσοκόμων από τη F. Nightingale, δημιουργείται το «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο», που το 1881 οδηγεί στην

ίδρυση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», προσανατολισμένου στην εκπαίδευση νοσοκόμων⁹.

2.1.2.Περίοδος Ίδρυσης Υγειονομικού Συστήματος

Η σημαντικότερη περίοδος της υγειονομικής ανάπτυξης κατά τον 20^ο αιώνα συμπίπτει με τη διακυβέρνηση της χώρας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909-1932). Τότε δημιουργήθηκαν τα «Εθνικά Νοσοκομεία» και τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το 1917 δημιουργείται το Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημοσίας Αντιλήψεως και το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως και ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή. Το 1914 ιδρύεται η Σχολή Αδελφών Διπλωματούχων Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1923 ιδρύθηκε η πρώτη επαγγελματική οργάνωση νοσηλευτριών, ο ΕΣΔΕΝ, που σήμερα ονομάζεται ΕΣΝΕ. Το 1929 δημιουργείται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και το 1930 η Σχολή Επισκεπτριών Υγιεινής. Η ανάπτυξη των υγειονομικών υποδομών της χώρας κατά την προ του Β' παγκοσμίου πολέμου περίοδο και η συστηματική προσπάθεια προληπτικής αντιμετώπισης της μαστίγας της ελονοσίας και των λοιπών λοιμωδών νοσημάτων, που αποτελούσαν τις βασικές αιτίες θνησιμότητας, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευμένων επαγγελματιών νοσηλευτών για την περίθαλψη αλλά και για την πρόληψη. Έτσι, δημιουργούνται δύο διακριτές επαγγελματικές ιδιότητες, αυτή της επισκέπτριας υγείας, με αντικείμενο κατά βάση την πρόληψη, και του νοσηλευτή, με αντικείμενο την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας⁹.

2.1.3 Περίοδος Οικονομικής Ανασυγκρότησης

Ο επόμενος μεγάλος σταθμός είναι η μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο ανοικοδόμηση του σύγχρονου Κράτους. Η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας την εποχή αυτή διέπεται από προνοιακό πνεύμα. Η νοσηλευτική ως λειτουργήμα εξήλθε ιδιαίτερα αναβαθμισμένη από τον πόλεμο, λόγω της συμμετοχής των εθελοντριών στην περίθαλψη των τραυματιών. Παράλληλα, άρχισε η ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομειακών υποδομών στην Αθήνα και σχεδόν σε κάθε νομό της Ελλάδας. Το ΝΔ 683/1948 αποτελεί βασικό νομοθέτημα για την επαγγελματική κατοχύρωση των νοσηλευτών, αφού προσδιορίζει ότι για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρήση του τίτλου της διπλωματούχου νοσοκόμου απαιτείται πτυχίο από αναγνωρισμένη

σχολή του Κράτους και άδεια άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας¹⁰. Το άρθρο 3 του νομοθετήματος φέρει τον τίτλο «Καθήκοντα και υποχρεώσεις» και οριοθετεί το έργο των νοσοκόμων και επισκεπτών υγείας. Το ίδιο νομοθέτημα προβλέπει κυρώσεις για την παράνομη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Το διάταγμα αυτό διακρίνει τις νοσηλευτικές πράξεις που η νοσηλεύτρια ασκεί με ευθύνη της χωρίς εντολή ιατρού και τις θεραπευτικές πράξεις για τις οποίες απαιτείται ιατρική εντολή⁹.

Με το ΝΔ 781/7010 προβλέπεται η ειδίκευση νοσοκόμων σε κλάδους όπως Παθολογική Νοσηλευτική, Χειρουργική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική ειδικών μονάδων. Το ΝΔ 184/7911 προβλέπει την ίδρυση του πρώτου Τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαπιστώνει δηλαδή κανείς ότι μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο και με την οικονομική ανάπτυξη της χώρας πολλαπλασιάζονται οι μονάδες περίθαλψης, καλύπτοντας πλέον όλη την Ελλάδα. Ωστόσο, η συγκέντρωση εξειδικευμένων υποδομών περίθαλψης στο αστικό κέντρο της Αθήνας και δευτερευόντως στη Θεσσαλονίκη οδηγεί σε μια σημαντική ροή ασθενών από την επαρχία στα αστικά κέντρα. Παρουσιάζεται αλλαγή της φύσης της νοσοκομειακής περίθαλψης με ανάπτυξη εξειδικευμένων τμημάτων στα νοσοκομεία και καθιέρωση νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων, που στηρίζονται σε νέες τεχνολογικές εφαρμογές. Το ιατρικό δυναμικό είναι αριθμητικά ικανό να καλύψει τις ανάγκες αυτές, αλλά είναι χωροταξικά ανισοκατανομημένο. Υπάρχει όμως δραματικό έλλειμμα νοσηλευτικού προσωπικού και μάλιστα εξειδικευμένου στη χρήση νέων τεχνολογιών και στις ανάγκες των νέων ιατρικών εξειδικεύσεων. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών βρισκόταν τότε κατά βάση στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας, σε αντίθεση με την εκπαίδευση των υπολοίπων επαγγελματιών, την ευθύνη των οποίων είχε το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας. Τα τμήματα ανωτέρων σχολών παραϊατρικών επαγγελματιών των ΚΑΤΕΕ, που λειτουργούσαν σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης σε όλες τις σχολές τριετούς φοίτησης προσδιορίζεται με το ΒΔ 141/1970. Μετά την ίδρυση των ΤΕΙ και ειδικότερα μετά το 1983, όλες οι σχολές τριετούς φοίτησης καταργούνται και η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται από τις σχολές Νοσηλευτικής των ΤΕΙ⁹.

2.1.4. Περίοδος Εθνικού Συστήματος Υγείας

Κατά την αρχή της δεκαετίας του 1980 προωθείται στην Ελλάδα η σημαντικότερη μεταπολεμική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Η μεταρρύθμιση αυτή στοχεύει στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση αυτή εισάγεται με το νόμο 1397/83¹¹. Το άρθρο 1 του νόμου αυτού προχωρά πέρα από την επιταγή του Συντάγματος του 1975 (άρθρο 21),¹² σύμφωνα με την οποία το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών, και προβλέπει ότι το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Ο νόμος 1397/83¹¹ καθιερώνει τις εξής θεσμικές παρεμβάσεις:

- Περιορίζει την ανάπτυξη και λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων περίθαλψης, ενώ προωθεί τη μετατροπή των επιδοτούμενων από τον κρατικό προϋπολογισμό νοσοκομείων ΝΠΙΔ σε ΝΠΔΔ και τα θέτει υπό το διοικητικό έλεγχο του Κράτους
- Προβλέπει τη συμμετοχή εκπροσώπων των εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης στη διοίκηση των νοσοκομείων
- Προωθεί τα περιφερειακά συμβούλια υγείας ως όργανα γνωμοδοτικά, εποπτικά και παρακολούθησης των υγειονομικών μονάδων της περιφέρειάς τους
- Επιβάλλει έναν ενιαίο τρόπο οργάνωσης των νοσοκομείων προσδιορίζοντας ότι κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες: (α) ιατρική, (β) νοσηλευτική και (γ) διοικητική
- Προσδιορίζει την ανάπτυξη των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τα κέντρα υγείας ευρίσκονται σε επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική, λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται διοικητικά και οργανικά
- Προβαίνει σε μια σαφή διάκριση των βαθμίδων περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια
- Καθιερώνει το θεσμό των ιατρών εργασίας ΕΣΥ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Ο νόμος αυτός αποτελεί τη νομική έκφραση της υιοθετημένης πολιτικής για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας κατά το πρότυπο άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η καθιέρωση για πρώτη φορά, με το άρθρο 10 του ίδιου νόμου, της

Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως μιας από τις τρεις υπηρεσίες που συνθέτουν την οργάνωση του νοσοκομείου. Ο νόμος αποτυπώνει την πολιτική έμπνευση και βούληση του νομοθέτη για ουσιαστική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, χαρακτηρίζεται όμως από αρκετές ελλείψεις και από απουσία μεταβατικής λογικής. Η μεταρρύθμιση αυτή χαρακτηρίζεται ως προσπάθεια εξορθολογισμού της λειτουργίας των υγειονομικών υποδομών, εκσυγχρονισμού των υποδομών, αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών και αποκατάστασης κοινωνικής δικαιοσύνης στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικές ελλείψεις του νόμου 1397/83 ¹¹ συμπληρώνονται με μεταγενέστερο νόμο, το Ν. 1579/85 ¹³ «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και την ανάπτυξη του ΕΣΥ». Ο νόμος αυτός ρυθμίζει θέματα που ανέκυψαν από την προσπάθεια εφαρμογής της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Επιπλέον, αποτελεί θεμελιώδη μεταρρυθμιστικό νόμο για την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Ειδικότερα, καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και της νοσηλεύτριας στους αποφοίτους των τμημάτων Νοσηλευτικής ΑΕΙ, ΤΕΙ, τ έως ανωτέρων σχολών αδελφών νοσοκόμων, μαιών, ΚΑΤΕΕ Νοσηλευτικής ή Μαιευτικής ή ισοτίμων σχολών αλλοδαπής. Η έννοια του νοσηλευτή προσδιορίζεται σύμφωνα με τη Νο 149 διεθνή σύμβαση εργασίας, που κυρώθηκε με το Ν. 1672/88 ¹⁴. Ο ίδιος νόμος καθιερώνει τις νοσηλευτικές ειδικότητες και το πλαίσιο απονομής τους. Επίσης, προβλέπει τη δυνατότητα ίδρυσης μέσω τεχνικών επαγγελματικών νοσηλευτικών σχολών στα νοσοκομεία.

Ο Ν. 2071/92 ¹⁵ επιχειρεί σημαντικές αλλαγές στο Ν. 1397/83 ¹¹, διατηρώντας όμως την ιδέα ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ο νόμος αυτός μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικός σε ό,τι αφορά στην άσκηση της Νοσηλευτικής. Υπό την επιγραφή «Αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών», προβλέπονται:

- Δημιουργία ειδικού κλάδου νοσηλευτών στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας και στο ΕΚΑΒ και κάλυψη των θέσεων της ιεραρχίας από νοσηλευτές αποφοίτους ΑΕΙ, ΤΕΙ
- Σύσταση Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (ΕΣΑΝ), με σκοπό την αναβάθμιση και ανάπτυξη των νοσηλευτικών υπηρεσιών στη χώρα. Το ΕΣΑΝ είναι συμβουλευτικό όργανο του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν στον κλάδο νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών. Το ΕΣΑΝ δεν λειτούργησε με την προβλεπόμενη δυναμική όλα αυτά τα έτη, αλλά ανασυγκροτήθηκε πρόσφατα με υπουργική απόφαση.
- Σύσταση της Νοσηλευτικής Επιτροπής (ΝΟΕ) σε κάθε νοσοκομείο ως συμβουλευτικό όργανο της κάθε υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν στο σχεδιασμό και τη λήψη

αποφάσεων για τα νοσηλευτικά θέματα. Η NOE αποτελεί ένα συμμετοχικό θεσμό κατά το πρότυπο της επιστημονικής ιατρικής επιτροπής και δεν υποκαθιστά την ιεραρχική δομή της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Ωστόσο, δεν λειτούργησε ποτέ.

- Την εξουσιοδότηση για την καθιέρωση του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας, που διέπει το νοσηλευτικό λειτούργημα και αυτό των νοσηλευτών υγείας, καθώς και τη σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και λοιπών λειτουργών.

Ο Νόμος 25 1 9/97 ¹⁶ διέπεται από μεταρρυθμιστική λογική. Σημαντική πρόβλεψη αυτού του νόμου είναι η οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε κεντρικό επίπεδο και στην περιφέρεια. Ο νόμος καθιερώνει τον κλάδο ιατρών δημόσιας υγείας, ενώ αφήνει σχετικό κενό για τους νοσηλευτές και λοιπούς λειτουργούς της δημόσιας υγείας.

Η τελευταία προσπάθεια υγειονομικής μεταρρύθμισης γίνεται με το νόμο 2889 του 2001 ¹⁷. Ο νόμος αυτός επαναφέρει τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ) του Ν. 1397/83 ¹¹, δίδοντας όμως σε αυτά, πέρα από την ευθύνη χάραξης της πολιτικής υγείας στην περιφέρειά τους, και αρμοδιότητες διοίκησης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής τους.

Η τελευταία μεταρρυθμιστική προσπάθεια του 2001 δεν έχει ολοκληρωθεί, καθώς εκκρεμεί η ολοκλήρωση ενός νομοσχεδίου για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

Την ίδια χρονιά, το ΠΔ 216/01 ¹⁸ καθιερώνει τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, μετά από σχετική απόφαση του ΚΕΣΥ. Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας προσδιορίζει τις ηθικές ευθύνες των νοσηλευτών και διατυπώνει την επιστημονική ανεξαρτησία τους στην άσκηση των καθηκόντων τους ως μέλος της ομάδας περίθαλψης. Ο Κώδικας προβλέπει την υποχρέωση του νοσηλευτή να συνεργάζεται με τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας, γεγονός που αναβαθμίζει το ρόλο του στη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος.

Με τη Διάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στο Μόναχο (17/6/2000) ⁹, αναγνωρίζεται ο ρόλος των νοσηλευτών στη διασφάλιση της ποιότητας φροντίδας υγείας και ιδιαίτερα όσον αφορά στη δημόσια υγεία. Εκπρόσωποι των υπουργών υγείας των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης παροτρύνουν όλους τους σχετικούς φορείς να ενισχύσουν τη δράση των νοσηλευτών με συγκεκριμένους τρόπους, ενώ δεσμεύονται να συνεργαστούν με όλες τις αρμόδιες αρχές για την υλοποίηση αυτού του στόχου.

Με το Νόμο 3204/2003, άρθρο 22, καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την άσκηση ιδιωτικού έργου από τους κατόχους άδειας άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή ΠΕ ή ΤΕ και ορίζονται οι ελάχιστες τεχνικές προδιαγραφές οικήματος ή εξοπλισμού για τη συγκρότηση και οργάνωση του επαγγελματικού καταστήματος των νοσηλευτών, μέσα στο οποίο μπορεί να εφαρμόζονται νοσηλευτικές μέθοδοι και πράξεις⁹.

Με την 93913,11362/B7/2002 (ΦΕΚ 43/B/2003) υπουργική απόφαση εγκρίνεται το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, με τις εξής ειδικεύσεις: Βασικές επιστήμες, Δημόσια Υγεία, Κοινωνική Νοσηλευτική, Ψυχική Υγεία, και Κλινική Νοσηλευτική με κατευθύνσεις Γαστρεντερολογικής Νοσηλευτικής, Εντατικής και Επείγουσας Νοσηλευτικής, Ογκολογικής Νοσηλευτικής και Ανακουφιστικής Φροντίδας, Παιδιατρικής Νοσηλευτικής, Πρόληψης και Ελέγχου Λοιμώξεων, και Χειρουργικής Νοσηλευτικής. Με την ίδια υπουργική απόφαση εγκρίνεται η απονομή διδακτορικού διπλώματος από το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ⁹.

Το Δεκέμβριο του ίδιου έτους, με υπουργική απόφαση (83932/B7/2003) εγκρίθηκε η λειτουργία Διαπανεπιστημιακού-Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Πληροφορικής της Υγείας), με συμμετοχή του Νοσηλευτικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών⁹.

2.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας Στην Ελλάδα

Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα θεωρητικά είναι μικτό σύστημα δηλαδή κρατικό και κοινωνικής ασφάλισης ταυτόχρονα (τύπου Beveridge και Bismark) και ο Έλληνας πολίτης έχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη με μικρή συμμετοχή. Ουσιαστικά όμως, το σύστημα περίθαλψης στην Ελλάδα είναι παρόμοιο με των ΗΠΑ καθώς οι Έλληνες καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα για να έχουν μία αξιοπρεπή περίθαλψη και όσοι δεν έχουν να πληρώσουν ταλαιπωρούνται στα αποδιοργανωμένα ελληνικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, στα ιατρεία του ΙΚΑ ή άλλων ασφαλιστικών ταμείων. Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η πρόληψη είναι ανύπαρκτη καθώς τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ που δημιουργήθηκαν με στόχο την πρωτοβάθμια περίθαλψη, έγιναν κέντρα ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης φαρμάκων. Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας «υποτίθεται» παρέχεται στα νοσοκομεία. Τα δημόσια νοσοκομεία όμως είναι «γερασμένα» και χρεοκοπημένα λόγω της έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού, υποδομής, κακής διαχείρισης και διοίκησης και κυρίως λόγω της έλλειψης

νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζεται σε αντίξοες και τριτοκοσμικές συνθήκες, ενώ αντίθετα υπάρχει πληθώρα ιατρικού δυναμικού. Για τριτοβάθμια περίθαλψη δε γίνεται λόγος καθώς τα εξειδικευμένα και ερευνητικά κέντρα είναι από λιγοστά έως ανύπαρκτα. Η ύπαιθρο δε δεν έχει καμία ελπίδα καθώς τα επαρχιακά νοσοκομεία δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τα πλέον ελαφρά περιστατικά με αποτέλεσμα την διακομιδή των ασθενών στα μεγάλα κέντρα. Οι έννοιες ποιότητα, σχεδιασμός, αξιολόγηση, αξιοκρατία είναι άγνωστες στον τομέα της υγείας. Με λίγα λόγια το Εθνικό Σύστημα Υγείας νοσεί και η εμπιστοσύνη του Έλληνα έχει χαθεί¹⁹.

2.3 Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στην Ελλάδα

Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση σήμερα στην Ελλάδα διαχωρίζεται στην τριτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση ως εξής⁷:

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ)

- Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική ΑΕΙ

Τα κριτήρια εισαγωγής στην πανεπιστημιακή νοσηλευτική ΑΕΙ είναι το απολυτήριο Λυκείου και οι γενικές εξετάσεις. Περιλαμβάνει 4 έτη σπουδών (8 εξάμηνα) με δυνατότητα μεταπτυχιακών σπουδών μέσω διετών μεταπτυχιακών προγραμμάτων για εκπόνηση διδακτορικής διατριβής ή ερευνητικής εργασίας

- Νοσηλευτική Τ.Ε.Ι.

Τα κριτήρια εισαγωγής στη Νοσηλευτική ΤΕΙ είναι το απολυτήριο Λυκείου καθώς και οι γενικές εξετάσεις. Περιλαμβάνει 4 έτη σπουδών (7 εξάμηνα και 1 εξάμηνο άσκηση στο επάγγελμα). Σε επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών, παρέχεται η δυνατότητα ανταλλαγής σπουδαστών με ισότιμα εκπαιδευτικά ιδρύματα χωρών της Ευρώπης.

- Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτών (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ)

Η Νοσηλευτική Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτών είναι πανεπιστημιακού επιπέδου και έχει ως κριτήρια εισαγωγής το απολυτήριο Λυκείου μαζί με τις γενικές εξετάσεις. Έχει 4 έτη διάρκεια σπουδών με περιεχόμενο:

α) Σύνθεση γνώσεων από τις φυσικές και βιολογικές επιστήμες καθώς και τις ανθρωπολογικές και κοινωνικές επιστήμες.

β) Νοσηλευτική θεωρητική θεμελίωση μη εφαρμογών των γνώσεων σε όλους τους κλάδους Φροντίδας Υγείας και σε όλα τα επίπεδα ⁷.

Τομείς άσκησης επαγγέλματος

- Νοσοκομεία
- Κέντρα Υγείας
- Υγειονομικοί και άλλοι οργανισμοί ΙΚΑ, ΕΕΣ, ΠΙΚΠΑ, ΚΑΒ, ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΟΣΕ, Τράπεζες, βιομηχανίες, εργοστάσια, ασφαλιστικές εταιρίες, ιδρύματα περιθάλψεως υπερηλίκων, μειονεκτούντων ατόμων, ΚΑΠΗ, σχολεία παιδιών με ειδικές ανάγκες
- Νοσηλευτική εκπαίδευση ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ, ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ανάλογα των σπουδών, των πτυχίων, της συγγραφικής και ερευνητικής εργασίας τους ⁷.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

- Νοσηλευτής με πτυχίο ΤΕΙ ή ΑΕΙ στα νοσοκομεία εξελίσσεται σε Προϊστάμενο ενός τμήματος, Τομεάρχη 4-5 τμημάτων ή ακόμα και σε Διευθυντή όλης της νοσηλευτικής υπηρεσίας η οποία είναι ανεξάρτητη, παράλληλη και ισότιμη με την ιατρική και διοικητική υπηρεσία.
- Στις άλλες μικρότερες μονάδες όπως κέντρα υγείας εξελίσσεται ως το βαθμό προϊσταμένου.
- Στα εκπαιδευτικά ιδρύματα ΑΕΙ, ΤΕΙ είναι η συνήθης εξέλιξη των μελών του εκπαιδευτικού προσωπικού ⁷.

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ)

- ΙΕΚ

Τα κριτήρια εισαγωγής σε ΙΕΚ είναι μόνο το απολυτήριο Λυκείου. Η διάρκεια σπουδών είναι 4 εξάμηνα και υπάρχει η δυνατότητα διαχωρισμού τους στις ειδικότητες της Νοσηλευτικής Χειρουργείου, της Νοσηλευτικής Μ.Ε.Θ και της Νοσηλευτικής Τραυματολογίας, Τέλος, την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος την παίρνουν μετά από 3μηνη πρακτική άσκηση σε νοσοκομείο.

- Τ.Ε.Ε. Νοσηλευτικής, Τομέας Υγείας και Πρόνοιας

Βάσει του Ν. 2640/98 ΦΕΚ 206/3.9.98 τ. Α΄ τα Τ.Ε.Λ. του Υπουργείου Παιδείας μετατράπηκαν σε Τεχνικά Επαγγελματικά Εκπαιδευτήρια Α΄ και Β΄ κύκλου σπουδών.

Τ.Ε.Ε. Α΄ κύκλου,

Ο Α΄ κύκλος ενός τεχνολογικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου προσδίδει την ειδικότητα των βοηθών νοσηλευτών/τριών. Το κριτήριο εισαγωγής είναι το απολυτήριο Γυμνασίου ή Λυκείου, ενώ η διάρκεια σπουδών είναι 2 έτη. Το πτυχίο τους είναι επιπέδου 2 και φέρουν τον τίτλο των Βοηθών νοσηλευτών. Την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος αποκτούν μετά από 12μηνη πρακτική άσκηση σε νοσοκομείο.

Τ.Ε.Ε. Β΄ κύκλου.

Ο Β΄ κύκλος ενός τεχνολογικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου προσδίδει την ειδικότητα των βοηθών νοσηλευτών/τριών. Το κριτήριο εισαγωγής είναι η ύπαρξη Πτυχίου ΤΕΕ Α΄ κύκλου βοηθών νοσηλευτών/τριών. Η διάρκεια σπουδών τους είναι 1 έτος. Το πτυχίο τους είναι επιπέδου 3 και φέρουν επίσης τον τίτλο, των Βοηθών νοσηλευτών ενώ την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος θα αποκτήσουν μετά από 6μηνη πρακτική άσκηση σε νοσοκομείο.

Οι Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με την Κοινή Υπουργική απόφαση Υ7β/οικ. 4289/24.7.2000 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 986/9.8.2000 μετατράπηκαν σε Τ.Ε.Ε. Α΄ κύκλου σπουδών βοηθών νοσηλευτών/τριών⁷.

2.4 Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ)

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) ιδρύθηκε το 1923. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Καταστατικού είναι **επιστημονικό – επαγγελματικό σωματείο** και αποτελεί τον φορέα έκφρασης όλων των Ελλήνων Νοσηλευτών²⁰.

Ο ΕΣΝΕ είναι μέλος: του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) από το 1929, της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Συνδέσμων Νοσηλευτών (European Federation of Nurses Associations, EFN), της Ομάδας Εργασίας Νοσηλευτών Ερευνητών Ευρώπης (The Workgroup of European Nurse Researchers, WENR), του Ευρωπαϊκού Φόρουμ των Νοσηλευτικών και Μαιευτικών Συνδέσμων και του Π.Ο.Υ

(European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO, EFNNMA AND WHO), της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Νοσηλευτική Ογκολογία (The European Oncology Nursing Society, EONS), της Ομοσπονδίας Νοσηλευτών Επαγγελματικής Υγείας στην ΕΕ (Federation of Occupational Health Nurses within the EU, FOHNEU), της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νοσηλευτικών Ενώσεων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (The European Federation of Critical Care Nursing Association, EFFCNA), της Διεθνούς Ένωσης Συνδέσμων Παιδιατρικών Νοσηλευτών (International Association of Pediatric Nurses, IAPN), της Ένωσης Συνδέσμων Παιδιατρικών Νοσηλευτών Ευρώπης (Paediatric Nursing Associations of Europe, PNAE). Συνεργάζεται δε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO), το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Office, ILO), την Διεθνή Ομοσπονδία Συνδέσμων Νοσηλευτών Αναισθησιολογίας, (International Federation of Nursing Anesthesiology Associations, IFNA) και με τους 129 Εθνικούς Συνδέσμους Νοσηλευτών μελών του ICN. Σε εθνικό επίπεδο ο ΕΣΝΕ συνεργάζεται με τους αρμόδιους υπηρεσιακούς παράγοντες όποτε και όπου κληθεί, με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης και με άλλους επαγγελματικούς και συνδικαλιστικούς φορείς. Έχει στενή συνεργασία με φορείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων όπως την Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών (ENEN), το Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥΔΝΟΧ)²⁰ κ.α.

Ένας από τους σκοπούς του ΕΣΝΕ είναι να προβάλλει τη Νοσηλευτική και να διατυπώνει θέσεις και απόψεις για θέματα που απασχολούν το κοινωνικό σύνολο και έχουν σχέση με την υγεία. Ο ΕΣΝΕ λαμβάνει μέρος σε όλα τα Συνέδρια του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών που οργανώνονται ανά 2ετία και 4ετία σε διάφορες χώρες, όπως επίσης και σε όλες τις Συναντήσεις και Συνόδους των Ευρωπαϊκών Νοσηλευτικών Οργανώσεων και των Επιτροπών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Διοικητική του διάρθρωση περιλαμβάνει Περιφερειακά Τμήματα και Παραρτήματα σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας τα οποία δραστηριοποιούνται αυτόνομα σε συνεργασία πάντοτε με το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΣΝΕ²⁰.

Ο ΕΣΝΕ ιδρύει τομείς κατά ειδικότητες για την επιμόρφωση και μελέτη κοινών προβλημάτων όπως είναι ο Τομέας Νοσηλευτικής Ογκολογίας, Διοίκησης, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας / Κοινοτικής Νοσηλευτικής, Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής, Εκπαίδευσης, Ψυχικής Υγείας, Αναισθησιολογίας και Παιδιατρικής. Μεταξύ των μέσων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των σκοπών του Συνδέσμου είναι η οργάνωση ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ημερίδων και Δημερίδων καθ' όλη τη διάρκεια του

έτους, η έκδοση του τριμηνιαίου περιοδικού «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ», του μηνιαίου ενημερωτικού δελτίου «ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ», του τριμηνιαίου ενημερωτικού φυλλαδίου «ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ» και άλλων εντύπων²⁰.

2.5 Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ENE)

Η ΕΝΕ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) με σκοπό την επαγγελματική οργάνωση των νοσηλευτών. Στις 16 Ιουλίου 2004, συστήνεται με νόμο η Ένωση Νοσηλευτών-τριών Ελλάδος (ΕΝΕ) σηματοδοτώντας όχι την «έναρξη μιας νέας εποχής», αλλά την απαρχή μιας σημαντικής πορείας για το επάγγελμα του νοσηλευτή, το παρόν και το μέλλον του. Όλοι οι κάτοχοι άδειας άσκησης νοσηλευτικού επαγγέλματος, κάτοχοι πτυχίου νοσηλευτικής τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, υποχρεούνται να εγγραφούν στην ΕΝΕ εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσης του ΠΔ. Κατά τη μεταβατική αυτή περίοδο αρμόδιοι για την εγγραφή και είσπραξη των εισφορών είναι η Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή με τη συνεργασία των Νοσηλευτικών Διευθύνσεων εκάστου Νοσοκομείου²¹.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό παίζει τον ουσιαστικότερο ρόλο στην ποιότητα της φροντίδας υγείας στον Έλληνα πολίτη σε όλα τα επίπεδα (Πρωτοβάθμιο - Δευτεροβάθμιο - Τριτοβάθμιο). Η προσπάθεια αναβάθμισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης την τελευταία 20ετία έχει ήδη φέρει αποτελέσματα τα οποία γίνονται εμφανή στον κάθε ένα που έρχεται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας. Όμως είναι λυπηρό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα - λειτούργημα δεν προσέχθηκε και δεν αξιολογήθηκε από την πολιτεία ανάλογα με τη σημαντικότητα του έργου που προσφέρει. Έτσι μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει καμία ουσιαστική επαγγελματική κατοχύρωση. Ακόμα χειρότερα δεν υπάρχει κανένας έλεγχος και ο οποιοσδήποτε μπορεί να εκτελεί νοσηλευτικές πράξεις χωρίς καμία συνέπεια για τον ίδιο αλλά με ανυπολόγιστες συνέπειες για την υγεία και τη ζωή των πολιτών της χώρας μας²¹.

Σημαντικό θέμα αποτελεί και η πολυμορφία της εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού Προσωπικού (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ), η οποία προκαλεί προβλήματα τόσο στο εργασιακό περιβάλλον αλλά και στην εξασφάλιση ποιοτικής παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Ένα επίσης τεράστιο πρόβλημα είναι η μη δυνατότητα καταγραφής του υπάρχοντος αλλά και του αναγκαίου, σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας, καθότι καταγεγραμμένο

είναι μόνο το νοσηλευτικό προσωπικό των δημοσίων νοσοκομείων ενώ δεν γνωρίζουμε τίποτε για τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, τους οργανισμούς και τους άνεργους²¹.

Όλα αυτά σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές, το ισχύον συνταξιοδοτικό καθεστώς και την εντατικοποίηση της εργασίας, έχουν σαν αποτέλεσμα το νοσηλευτικό επάγγελμα που είναι ακόμα και σήμερα σε πολύ χαμηλή εκτίμηση ανάμεσα στους νέους ανθρώπους και απογοητεύει πολύ γρήγορα τους νέους επαγγελματίες, οι οποίοι είτε δεν ασκούν το επάγγελμα καθόλου μετά τη λήψη του πτυχίου τους, είτε με την πρώτη ευκαιρία το εγκαταλείπουν. Ο νοσηλευτής σήμερα αισθάνεται περισσότερο από ποτέ ανασφαλής. Η ανασφάλεια αυτή έχει επιπτώσεις σε όλους τους τομείς άσκησης της νοσηλευτικής²¹.

2.5.1 Σκοποί Της Ίδρυσης Του ΕΝΕ

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

9. Η αξιολόγηση φορέων που παρέχουν νοσηλευτική εκπαίδευση και φορέων που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα.
10. Η αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
11. Η συμμετοχή στα εκάστοτε θεσμοθετημένα όργανα όπως το ΚΕΣΥ, ΠΕΣΥ, ΕΣΑΝ κι οποιοδήποτε άλλο αφορά το νοσηλευτικό επάγγελμα αλλά και τη γενικότερη χάραξη πολιτικής στον τομέα της Υγείας.
12. Η εκπροσώπηση της χώρας σε Διεθνείς και Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου καθώς και σε όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως ICN, PCN, WENR, WHO, ILO, ACTN, Συμβούλιο Ευρώπης κ.ά.
13. Η έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου και άλλων συγγραμμάτων και φυλλαδίων που αφορούν τη νοσηλευτική για την ενημέρωση των μελών του αλλά και του κοινωνικού συνόλου.
14. Ο καθορισμός και διασφάλιση της ελεύθερης άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
15. Ο έλεγχος τήρησης του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η προαγωγή των δεοντολογικών ηθών και εθίμων του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
16. Η μελέτη υγειονομικών θεμάτων και η οργάνωση επιστημονικών νοσηλευτικών συνεδρίων.
17. Η δημιουργία συναδελφικού πνεύματος μεταξύ των μελών της.
18. Η επιστημονική προαγωγή των μελών της
19. Η συμβολή στη προστασία της υγείας του Ελληνικού Λαού²¹.

2.6 Η Σημερινή Κατάσταση Της Νοσηλευτικής Στην Ελλάδα

Είναι γνωστό ότι οι νέοι και οι νέες αποφεύγουν να σπουδάσουν την Επιστήμη και Τεχνολογία της Νοσηλευτικής, επειδή πρόκειται για επάγγελμα που ασκείται κάτω από πολύ δυσμενείς εργασιακούς όρους, ενώ ταυτόχρονα οι μισθοί του Δημοσίου για τους Νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι απαράδεκτα χαμηλοί και ισοπεδωτικοί.

Περίπου οι μισοί από τους επιτυχόντες ετησίως στα ΑΕΙ-ΤΕΙ Νοσηλευτικής, είτε εγκαταλείπουν τις νοσηλευτικές σπουδές, είτε εγκαταλείπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα, μετά την αποφοίτησή τους. Παρατηρείται το τραγικό φαινόμενο να υπάρχουν χιλιάδες κενές οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ-ΤΕ, την ίδια στιγμή που οι φορολογούμενοι μέσω του Κρατικού Προϋπολογισμού και οι ασφαλισμένοι μέσω των Ασφαλιστικών Φορέων πληρώνουν πολλές δεκάδες εκατομμυρίων Ευρώ ετησίως για τις άθλιες και επικίνδυνες

«υπηρεσίες» των λεγόμενων «Αποκλειστικών νοσοκόμων». Είναι ανάγκη να δοθεί κίνητρο, προκειμένου να στραφούν οι νέοι στο νοσηλευτικό επάγγελμα με πρώτο και βασικό κίνητρο το οικονομικό, για ένα τόσο επαχθές επάγγελμα

Όπως είναι γνωστό, οι επιστήμονες – τεχνολόγοι νοσηλευτές του ΕΣΥ αμείβονται με το ενιαίο μισθολόγιο του δημοσίου, ενώ οι συνθήκες και οι όροι εργασίας τους δεν έχουν καμία σχέση με τις αντίστοιχες συνθήκες και όρους εργασίας των άλλων δημοσίων υπαλλήλων, αλλά και των άλλων εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές εργάζονται σε κυκλικό ωράριο (πρωί – απόγευμα – νύχτα), τα Σαββατοκύριακα και τις διακεκριμένες αργίες (Πάσχα – Χριστούγεννα - Πρωτοχρονιά κλπ) πράγμα που φυσικά δεν ισχύει για τους δημοσίους υπαλλήλους αλλά ούτε για τους διοικητικούς, τεχνικούς κλπ. των νοσοκομείων. Τέλος, οι νοσηλευτές ασκούν λειτουργήματα κρίσιμης ευθύνης (προστασία ζωής και υγείας) και ταυτόχρονα εργασία ποικιλόμορφης φροντίδας ασθενών²².

2.7 Αναζήτηση Εργασίας Σε Διεθνή Συστήματα Υγείας

Η νοσηλευτική μετανάστευση αποτελεί ένα εν δυνάμει μεγάλο πρόβλημα και για την χώρα μας καθώς η οικονομική κρίση δημιουργεί αυξητικές τάσεις για την μετανάστευση των νοσηλευτών.

Στη σημερινή εποχή απαιτείται μεγάλη προσπάθεια ώστε οι νοσηλευτές να προετοιμαστούν, στρατολογηθούν και να παραμείνουν στο επάγγελμα, να διασφαλιστεί ηθικά η μετανάστευση και να ξεπεραστούν οι φραγμοί που αντιμετωπίζουν όταν επιλέγουν να εργαστούν σε μια χώρα διαφορετική από την χώρα που ζουν και έχουν εκπαιδευτεί.

Οι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές μεταναστεύουν σε άλλη χώρα από τη χώρα προέλευσής τους, περιλαμβάνουν ελκυστικούς παράγοντες, ατομικούς και ακαδημαϊκούς λόγους .

Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν:

- Ευκαιρίες για καλύτερο μισθό
- Πρόσβαση στην ερευνητική χρηματοδότηση
- Ευκαιρίες σταδιοδρομίας

- Παροχές για την μεταβασική εκπαίδευση
- Δυσανάλογη αύξηση στο φόρτο εργασίας χωρίς αύξηση των απαιτούμενων πόρων
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για νοσηλευτική σταδιοδρομία
- Υψηλές εκπαιδευτικές δαπάνες που συνδέονται με την νοσηλευτική εκπαίδευση
- Ευκαιρία για συνεργασία με ειδικούς και συμμετοχή σε ερευνητικές συνεργασίες
- Αλλαγές στην ελάχιστη εκπαιδευτική προετοιμασία

Το 2009, μια έρευνα από την American Association of Colleges of Nursing κατέληξε ότι τα σχεδόν 2/3 των νοσηλευτικών σχολών που απάντησαν αντιμετώπιζαν μείωση του αριθμού των υποψηφίων φοιτητών σαν αποτέλεσμα της συρρίκνωσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος λόγω της έλλειψης νοσηλευτών. Οι πληροφορίες που παρέχονται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) προτείνουν ότι υπάρχει μια αύξηση στη διεθνή μετανάστευση των εξειδικευμένων εργαζομένων στην υγεία, την εκπαίδευση και τη νέα τεχνολογία²³.

Κεφάλαιο 3

Η Νοσηλευτική Σε Διεθνές Επίπεδο

3.1 Σκοποί Και Στόχοι Του Συστήματος Υγείας

Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερο σκοπό τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Οι στόχοι για την προσέγγιση ή την επίτευξη του βασικού αυτού σκοπού αφορούν την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Τόσο οι σκοποί όσο και οι στόχοι πρέπει να προσδιορίζονται με σαφή κριτήρια ώστε να είναι δυνατή η μέτρησή τους. Συνήθως χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας για την εκτίμηση του επιπέδου υγείας και οι δείκτες προσφοράς και χρησιμοποίησης για την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών και αγαθών υγείας²⁴.

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να επανακαθορίζει του στόχους του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξή τους²⁴.

Η ικανότητα του συστήματος υγείας να αναπροσανατολίζετε, λαμβάνοντας υπόψη τις διαρκείς μεταβολές του περιβάλλοντος, να αναπροσαρμόζει το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών του στις αλλαγές αυτές και να εκτιμά τα αποτελέσματα της πρακτικής του, αποτελούν τις προϋποθέσεις για να επιτύχει και να διατηρήσει την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και τη λειτουργικότητά του. Η αποτελεσματικότητα αφορά το βαθμό επίτευξης των προκαθορισμένων σκοπών και στόχων. Με την αποδοτικότητά του εκτιμάται η επίτευξη των στόχων με το ελάχιστο δυνατό κόστος ή με δεδομένους πόρους το καλύτερο, ποσοτικά ή ποιοτικά αποτέλεσμα. Η λειτουργικότητα του συστήματος θεωρείται η δυνατότητά του να παράγει υπηρεσίες υγείας που να εξυπηρετούν τόσο τους μακροπρόθεσμους σκοπούς του συστήματος (βελτίωση επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής) όσο και τους ενδιάμεσους στόχους του²⁴.

Σε ένα σύγχρονο μοντέλο ΕΣΥ πρέπει οι στόχοι του να διασφαλίζουν αυτά που ο πολίτης αναμένει από ένα πραγματικό κράτος πρόνοιας.

- Παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε όλους.
- Διασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στα φτωχότερα στρώματα και στις απομακρυσμένες γεωγραφικά περιοχές.

- Να μειώσει τους προλήψιμους και πρόωρους θανάτους από σοβαρό νόσημα (καρκίνοι – χρόνια νοσήματα – διαβήτης – λοιμώδη νοσήματα – AIDS) αλλά και από ατυχήματα που μπορούν να προληφθούν σε μεγάλο βαθμό με την υιοθέτηση διατομεακών στρατηγικών, υγιών συμπεριφορών και βασικών προληπτικών εξετάσεων και εξάλειψη των κοινωνικών νοσημάτων για την υγεία.
- Αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία με την αύξηση της δημόσιας δαπάνης και τη μείωση της ιδιωτικής δαπάνης.
- Ισχυρό και οικονομικό βιώσιμο δημόσιο σύστημα υγείας. Η απουσία από κάθε προσπάθεια βελτίωσης του ΕΣΥ, η καθυστέρηση των προσλήψεων, η μείωση της κρατικής χρηματοδότησης, η αύξηση των χρεών των νοσοκομείων αποτελούν σοβαρές απειλές για την βιωσιμότητα του ΕΣΥ²⁴.

3.2 Τα Τρία Επίπεδα Περίθαλψης

Σε όλα τα συστήματα υγείας μπορούμε να διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Οι μορφές αυτές είναι η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη και η νοσοκομειακή ή κλειστή²⁴.

Την εξωνοσοκομειακή (ανοικτή) περίθαλψη αποτελούν οι υπηρεσίες εκείνες που παρέχονται κυρίως από τους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι υπηρεσίες αυτές συνθέτουν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχονται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα νοσοκομεία (νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη)²⁴.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα κέντρα αποδοχής των ασθενών στα οποία ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία της υγείας, γιατρό, μαία, νοσηλεύτρια/τη, επισκέπτρια υγείας, κοινωνική λειτουργό, κ.ά. Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρείο, κέντρο υγείας, πολυκλινική ή πολυϊατρείο) καθορίζει και το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται, το οποίο μπορεί να κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα²⁴.

Το δευτεροβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην περίθαλψη που παρέχεται από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής (τοπικό ή νομαρχιακό). Το νοσοκομείο σ' αυτό το επίπεδο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σ' έναν πληθυσμό που κυμαίνεται

από 50.000 έως 500.000 κατοίκους. Το νοσοκομείο είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών και διαθέτει όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες²⁴.

Το τριτοβάθμιο επίπεδο αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του περιφερειακού (πανεπιστημιακού) νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000 έως 1,5 εκατομμύριο άτομα²⁴.

3.3 Τα Συστήματα Υγείας Στην Ευρώπη

Η μεταρρύθμιση των Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη αποδείχτηκε διαχρονικά μια δύσκολη διαδικασία. Πολλές χώρες παρουσίασαν διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες για την υλοποίηση των στόχων, που παρουσιάστηκαν στα πολιτικά προγράμματα των διαφόρων πολιτικών παρατάξεων. Επίσης, υπήρξαν πολλές καθυστερήσεις στην εφαρμογή των νόμων και των θεσμικών κειμένων. Η οικονομική δυσπραγία, οι χαμηλοί ή ακόμη και φθίνοντες ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης, σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού, συνέβαλαν στην ανασταλτικότητα των μεταρρυθμίσεων. Η υλοποίηση των στόχων μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης, σε μια χώρα, καθορίζεται από ένα ευρύ φάσμα αλληλένδετων παραγόντων²⁵.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρυτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου²⁵.

Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η κύρια ιδέα του Bismark ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι λοιπές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα αυτό.

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουη-

δία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες αποτελούν το σύνολο των βορειοευρωπαϊκών χωρών που έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου²⁵.

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του, τόσο στη φιλοσοφία του Sir William Beveridge, όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν τη μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980, είχαν ως κύριο στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων²⁵.

3.4 Το Σύστημα Υγείας Στη Μεγάλη Βρετανία

Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ιδρύθηκε το 1947 και έκτοτε αποτελεί σημείο αναφοράς για πολλές άλλες χώρες. Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές. Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες²⁵.

Ο διαχωρισμός αυτός, ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, εφαρμόστηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1600 νοσοκομεία, τα οποία απολαμβάνουν σημαντικής διοικητικής αυτονομίας. Εκτός των δημόσιων, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, από σφαιρικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και LHA ή GP's fundholders, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών. Επίσης, το 5% περίπου των κρεβατιών στα δημόσια νοσοκομεία διατίθενται για τη νοσηλεία ιδιωτικών ασθενών.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από το NHS, στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners, GP's). Οι γενικοί γιατροί, που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του 97% του πληθυσμού, είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση (group practice). Ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παράλληλα διαχειρίζονται πόρους για την αγορά νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους, είτε μέσω των GP's fundholders, είτε μέσω των πρωτοβάθμιων ομάδων υγείας (primary health groups).

Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS με μισθό (60%) ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γιατροί του NHS δουλεύουν συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα²⁵.

3.4.1. Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στην Μεγάλη Βρετανία

Για να ασκηθεί νόμιμα το νοσηλευτικό επάγγελμα στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει μία τρέχουσα και έγκυρη εγγραφή από το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Ο τίτλος του Νοσηλευτή μπορεί να χορηγηθεί μόνο σε εκείνους που κατέχουν την εγγραφή αυτή.

Ένας νοσηλευτής για να μπορέσει να αποκαλεστεί πτυχιούχος και να εργαστεί ως νοσηλευτής στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, πρέπει να ολοκληρώσει ένα πρόγραμμα αναγνωριζόμενο από το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Επί του παρόντος, αυτό συνεπάγεται την ολοκλήρωση πτυχίου ή διπλώματος, που διατίθενται από μια

σειρά πανεπιστημίων που προσφέρουν αυτά τα μαθήματα, στην επιλεγείσα ειδικότητα κλάδου, οδηγούμενο σε ένα ακαδημαϊκό βραβείο και μία επαγγελματική καταχώριση ως 1ο επίπεδο πτυχιούχου νοσηλεύτη. Το πρόγραμμα αυτό χωρίζεται σε δύο μέρη και περιλαμβάνει θεωρητική εκπαίδευση στο πανεπιστήμιο (δηλαδή μέσα από διαλέξεις, δοκίμια και εξετάσεις) και πρακτική εκπαίδευση (δηλαδή υπό την επίβλεψη φροντίδα του ασθενούς σε νοσοκομείο ή ρύθμιση της κοινότητας). Τα μαθήματα αυτά διαρκούν τρία (ενίοτε τέσσερα) έτη. Στο πρώτο έτος διδάσκονται οι βασικές γνώσεις και δεξιότητες που απαιτούνται από όλους τους νοσηλευτές. Το υπόλοιπο πρόγραμμα αποτελείται από ειδική κατάρτιση στον επιλεγμένο από τον φοιτητή της νοσηλευτικής κλάδο.

Οι κλάδοι είναι οι εξής:

- Νοσηλευτική Ενηλίκων
- Παιδιατρική Νοσηλευτική.
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.
- Νοσηλευτική Αποκατάσταση

Μετά τη απόκτηση του πτυχίου, υπάρχει η προσδοκία για τους ειδικευμένους νοσηλευτές να συνεχίσουν να ανανεώνουν τις δεξιότητες και τις γνώσεις τους. Το Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής ορίζει τουλάχιστον 35 ώρες εκπαίδευσης ανά τριετία. Υπάρχουν επίσης ευκαιρίες για πολλούς νοσηλευτές να αποκτήσουν πρόσθετες κλινικές δεξιότητες. Καθετηριασμός, φλεβική παρακέντηση, ενδοφλέβια φαρμακευτική αγωγή και καθετηριασμός κύστεως σε άντρα είναι τα πιο κοινά, αν και υπάρχουν πολλά άλλα (όπως η προηγμένη υποστήριξης ζωής), τα οποία ορισμένοι νοσηλευτές θα αναλάβουν²⁶.

3.5 Το Σύστημα Υγείας Στην Φινλανδία

Η Finnish Medical Association (FMA) έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην καθιέρωση ενός γενικού συστήματος ασφάλισης των ασθενών και στην ανάπτυξη ενός συστήματος οικογενειακού γιατρού για τα φινλανδικά κέντρα υγείας. Ο στόχος του συνδέσμου είναι η προώθηση του δικαιώματος των ασθενών να έχουν πρόσβαση στη θεραπεία που χρειάζονται άμεσα. Ο στόχος της φινλανδικής πολιτικής για την υγεία είναι να επιμηκύνει την ενεργό και υγιή διάρκεια ζωής των πολιτών, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, και να μειώσει τις διαφορές στον τομέα της υγείας μεταξύ πληθυσμιακών ομάδων. Η πρόληψη λαμβάνει

ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία παρέχεται από δημόσια κέντρα υγείας σε κάθε δήμο²⁵.

Η Φινλανδία έχει 450 δήμοι και η υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από κάθε ένα δήμο είτε μεμονωμένα είτε σε κοινοπραξία. Επίσης οι δήμοι έχουν το δικαίωμα να αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό τομέα. Οι υπηρεσίες υγείας είναι διαθέσιμες σε όλους ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από τα φορολογικά έσοδα. Υπάρχουν επίσης μερικά ιδιωτικά νοσοκομεία μικρά όμως σε μέγεθος. Τα Κέντρα Υγείας στελεχώνονται συνήθως από τρεις παθολόγους, μια μαία και από υψηλά ειδικευμένους νοσηλευτές. Τα διαθέσιμα είδη υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν²⁵:

- General health care Γενική περίθαλψη
- Health counseling Συμβουλή υγείας
- Routine check ups and screening Εξετάσεις ρουτίνας και έλεγχο ασφαλείας
- School health services Σχολή υπηρεσιών υγείας
- Home visits and care Επισκέψεις και φροντίδα στο σπίτι
- Dental care Οδοντιατρική περίθαλψη
- Maternity care Φροντίδα μητρότητας
- Short stay in-patient wards Σύντομη διαμονή ασθενών σε θαλάμους

3.5.1 Νοσηλευτική Εκπαίδευση Στη Φινλανδία

Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στη Φινλανδία διεξάγεται στα πολυτεχνεία (AMK) και τα προγράμματα σπουδών των πολυτεχνικών σχολών εγκρίνονται από το Υπουργείο Παιδείας. Υπάρχουν τρεις επιλογές στο πρόγραμμα νοσηλευτικής των AMK:

- Νοσηλεύτρια (Sairaanhoidtaja / Sjuksoterska)
- Νοσηλεύτρια δημόσιας υγείας (Terveystenhoitaja / Halsovardare) ανήκει στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Από 1.8.1998 η εκπαίδευση και η κατάρτιση διαρκεί τρία χρόνια.
- Μαία (Katilo / Barnmorska).

Και οι τρεις κατηγορίες περιλαμβάνουν μελέτη της βασικής εκπαίδευσης της νοσηλευτικής. Η εκπαίδευση του νοσηλευτή και του νοσηλευτή δημόσιας υγείας περιλαμβάνει τριετή

εκπαίδευση γενικής νοσηλευτικής περίθαλψης (452/77/EC, 453/77/EC). Οι νοσηλευτές καταχωρούνται ως νοσηλευτές και της δημόσιας υγείας ως νοσηλευτές δημόσιας υγείας, αντιστοίχως. Η μαία κρατά τόσο τον τίτλο του νοσηλευτή όσο και τον τίτλο της μαίας. Θα πρέπει όμως και οι τρεις κατηγορίες να αποκτήσουν γνώσεις γενικής περίθαλψης. Οι εγγεγραμμένοι νοσηλευτές τείνουν να εργάζονται κυρίως σε νοσοκομεία, ενώ οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας τείνουν να εργάζονται σε κοινοτικά κέντρα υγείας και σχολεία²⁷.

3.5.2 Η Νοσηλευτική Στην Φινλανδία

Η Νοσηλευτική στη Φινλανδία, όπως και σε πολλές δυτικές χώρες, έχει υποφέρει από την υπερβολική προσπάθεια βελτίωσης της παραγωγικότητας τα τελευταία 15 χρόνια. Η έλλειψη προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης έχει γίνει ένα συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα. Η κατάσταση είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς ο πληθυσμός γηράσκει πολύ γρηγορότερα από ό, τι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η μέση ηλικία των νοσηλευτών είναι 40 ετών, και κατά τα επόμενα 15 χρόνια ένας στους πέντε νοσηλευτές αναμένεται να συνταξιοδοτηθεί.

Οι Νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ενιαία ομάδα προσωπικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν συνολικά 61,265 νοσηλευτές σε ηλικία εργασίας (2003) στη Φινλανδία. Από αυτούς, περίπου το 75% εξασκούν το επάγγελμα. Οι γνώσεις σχετικά με το περιβάλλον εργασίας των νοσηλευτών και τα προβλήματά του, έχουν αναγνωριστεί διεθνώς τα τελευταία χρόνια. Το 2003, η Φινλανδική Ένωση Νοσηλευτών (FNA) και το Πανεπιστήμιο του Κουόπιο συνεργάστηκαν για να διεξαγάγουν μια εθνική μελέτη για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους όπου βρέθηκε ότι ο μεγάλος φόρτος εργασίας επιδεινώνει τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς, η ψυχολογική φόρτιση και οι παρατεταμένες βάρδιες ενοχοποιούνται για την αυξημένη συχνότητα τραυματισμών. Το ενδιαφέρον είχε επικεντρωθεί στην κατάσταση του προσωπικού σε όλη τη χώρα καθώς οι νοσηλευτές της κλινικής πράξης είχαν ενεργό επικοινωνία με την ένωσή τους απαιτώντας να κάνουν κάτι για την δυσμενή κατάσταση²⁷.

3.6. Το Σύστημα Υγείας Στις ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί παραλλαγή του μοντέλου Bismark, με έμφαση όμως στην ιδιωτική ασφάλιση αντί για την κοινωνική. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ καλύπτει μόνο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, μητέρες με χαμηλό εισόδημα). Συγκεκριμένα καλύπτονται από τα πρόγραμμα Medicare και Medicaid. Το 65% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ περίπου οι δύο στους δέκα είναι ανασφάλιστοι.

Οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ _ οι υψηλότερες στον κόσμο _ καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους, κυρίως για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, και το υπόλοιπο 55% από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές).

Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί επίσης η ύπαρξη συστημάτων οργανωμένης (ή κατευθυνόμενης) φροντίδας υγείας (managed care), που αποτελούν συνδρομητικά ιατροασφαλιστικά συμπλέγματα. Τα συστήματα αυτά, που λειτουργούν με διάφορες οργανωτικές παραλλαγές, παρέχουν στους ασφαλισμένους πλήρη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κάλυψη έναντι προκαθορισμένης μηνιαίας ή ετήσιας συνδρομής.

Το 70% των νοσοκομείων είναι κοινωφελή μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, ιδιωτικά, κοινοτικά ή ακαδημαϊκά. Τα περισσότερα νοσοκομεία χαρακτηρίζονται από τις υψηλές επενδύσεις στην ακριβή τεχνολογία και από την ύπαρξη αυστηρών κριτηρίων ποιότητας. Παρόλα αυτά, η διαφοροποίηση στην κλινική πρακτική για τις ίδιες νοσολογικές κατηγορίες κυμαίνεται μέχρι και 40%.

Οι περισσότεροι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, αλλά τόσο οι αμοιβές τους όσο και το περιεχόμενο της πρακτικής τους υπόκειται σε αυστηρούς ελέγχους και αυστηρές ποινικές κυρώσεις.

Σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Την τελευταία δεκαετία έχουν αρχίσει να δημιουργούνται κέντρα υγείας, ειδικά κέντρα, χειρουργεία και κλινικές ημέρας, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κ.ά. Ιδιαίτερη επίσης έμφαση δίνεται στην πρόληψη και στην προαγωγή και αγωγή υγείας²⁵.

3.6.1 Νοσηλευτική Εκπαίδευση ΗΠΑ

Σε όλα τα κράτη των Ηνωμένων Πολιτειών, οι μαθητές πρέπει να εξετασθούν από εγκεκριμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα, που είναι γνωστό ως NCLEX-RN, προκειμένου να λάβουν την άδεια ασκήσεως του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές μπορούν να λάβουν άδεια σε περισσότερα από ένα κράτη, είτε μετά από εξετάσεις είτε μετά από την έγκριση της άδειας που χορηγήθηκε από άλλο κράτος. Όλα τα κράτη μέλη απαιτούν την περιοδική ανανέωση των αδειών, οι οποίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν και συνεχή εκπαίδευση. Τα περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα διαρκούν περίπου 2 χρόνια και κάποια προγράμματα απαιτούν τουλάχιστον 1 με 2 χρόνια κλινική εμπειρία ως πτυχιούχο νοσηλευτή για την εισαγωγή.

Όλα τα προγράμματα εκπαίδευσης νοσηλευτών περιλαμβάνουν θεωρητική εκπαίδευση και κλινική εμπειρία σε νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Οι μαθητές παρακολουθούν μαθήματα ανατομίας, φυσιολογίας, μικροβιολογίας, χημείας, διατροφής, ψυχολογίας και νοσηλευτικής. Η κλινική εμπειρία παρέχεται σε τμήματα νοσοκομείου όπως παιδιατρική, ψυχιατρική, μαιευτική, και στα χειρουργεία. Ένας αυξανόμενος αριθμός προγραμμάτων περιλαμβάνουν την κλινική εμπειρία στη νοσηλευτική φροντίδα σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, υπηρεσίες υγείας στο σπίτι, και περιπατητικές κλινικές²⁸.

3.6.2 Η Νοσηλευτική Στις ΗΠΑ

Παρά τις τρέχουσες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Αμερική, οι Ηνωμένες Πολιτείες παραμένουν μακράν η χώρα με τις καλύτερες ευκαιρίες για νοσηλευτική πρακτική στον κόσμο. Εκτός από την παροχή του καλύτερου δυνατού περιβάλλοντος και των εγκαταστάσεων, η Αμερική προσφέρει τη καλύτερη τεχνολογία ώστε να εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες υγείας στην πρώτη γραμμή της παγκόσμιας προόδου της νοσηλευτικής επιστήμης.

Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές μπορούν να εργασθούν σε ιδιωτικά ιατρεία, δικηγορικά γραφεία, ασφαλιστικές εταιρείες, σε κοινοτικές και δημόσιες υπηρεσίες υγείας, σε ιδιωτικές βιομηχανίες, σχολεία, κινητά κέντρα χειρουργικής. Μερικοί νοσηλευτές είναι ανεξάρτητοι σύμβουλοι που εργάζονται για τον εαυτό τους, ενώ άλλοι εργάζονται σε μεγάλες κατασκευαστικές ή εταιρείες χημικών. Οι Νοσηλευτές ως ερευνητές, μπορούν είτε να

βοηθήσουν στη διεξαγωγή μιας έρευνας ή να αξιολογήσουν αποτελέσματα και διαδικασίες σε πολλούς τομείς, όπως η βιολογία, η ψυχολογία, η ανθρώπινη ανάπτυξη, και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ο μέσος μισθός για έναν πτυχιούχο νοσηλευτή στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2007 ήταν πάνω από \$ 60.000²⁶.

Η οξεία έλλειψη των νοσηλευτών έχει οδηγήσει έναν μεγάλο αριθμό νοσηλευτών από άλλες χώρες που απασχολούνται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Οι στατιστικές δείχνουν ότι ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες μειώθηκε από 2.669.603 κατά το έτος 2000 σε 2.262.020 κατά το έτος 2001 (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας., 2006) με ταυτόχρονη αύξηση των νοσηλευτικών ευθυνών, μείωση του αριθμού των αιτούντων για προγράμματα απολυτηρίου και τη γήρανση του εργατικού δυναμικού. Έτσι, η ζήτηση για τους νοσηλευτές είναι μεγαλύτερη από την προσφορά. Αυτή η έλλειψη των νοσηλευτών στις ΗΠΑ έχει αντιμετωπιστεί με την πρόσληψη αλλοδαπών νοσηλευτών από την Ινδία, τις Φιλιππίνες, την Ιαπωνία και ορισμένες χώρες της Αφρικής για τα τελευταία πενήντα χρόνια. Επιπροσθέτως, συναντάται απότομη πτώση στον αριθμό των αιτούντων φοιτητών νοσηλευτικής που έχει ως παράγοντες την υπαγωγή των νοσηλευτών στο ιατρικό επάγγελμα, τις συχνές αλλαγές του προγράμματος, τον μεγάλο φόρτο εργασίας, την επαγγελματική εξουθένωση, τις βάρδιες, την έλλειψη εκτίμησης από τους ανωτέρους και τους συναδέλφους, τους χαμηλούς μισθούς, και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας Όλα τα παραπάνω, συνέβαλαν στην μείωση των επαγγελματιών νοσηλευτών στις ΗΠΑ καθώς και στην αποτυχία της προσέλκυσης της νέας γενιάς στο νοσηλευτικό επάγγελμα²⁸.

Κεφάλαιο 4

Νοσηλευτική Διοίκηση

4.1 Επαγγελματική Σύγκρουση

Όπως και σε πολλούς άλλους επαγγελματικούς χώρους έτσι και στο χώρο του νοσοκομείου αρκετές φορές υπάρχει η λεγόμενη «επαγγελματική σύγκρουση». Πρόκειται για σύγκρουση καθηκόντων, αρμοδιοτήτων και υποχρεώσεων μεταξύ των εργαζομένων στον ίδιο χώρο. Η επαγγελματική σύγκρουση παρατηρείται μεταξύ όλων των ειδικοτήτων στο νοσοκομείο και είναι άλλοτε αρκετά έντονη και άλλοτε πιο ήπια. Ειδικότερα η επαγγελματική σύγκρουση παραπέμπει στη σύγκρουση των καθηκόντων μεταξύ των νοσηλευτών, των γιατρών, των φυσιοθεραπευτών, των τραυματιοφορέων, των βοηθών θαλάμων, των νοσοκόμων και όποιας άλλης ειδικότητας φιλοξενεί το αντίστοιχο τμήμα.

Τα αίτια της σύγκρουσης αυτής είναι πολλά και ποικίλουν κατά καιρούς ανάλογα με τις παρούσες συνθήκες. Τα σημαντικότερα από αυτό είναι:

- Έλλειψη προσωπικού
- Έλλειψη υλικού
- Απουσία αποσαφήνισης αρμοδιοτήτων
- Προσωπικές διαφορές και προστριβές
- Άνιση κατανομή εργασίας εκ προθέσεως
- Προσπάθεια επιβολής απόψεων και απουσία διαλόγου

Η επαγγελματική σύγκρουση όποια και αν είναι τα αίτια της και οι μορφές της το μόνο που αποφέρει είναι δυσλειτουργία και σύγχυση στο τμήμα αφού πλέον οι εργαζόμενοι έχουν χάσει τη συνεργασία τους και φυσικά το αποτέλεσμα της όλης κατάστασης είναι η υποβάθμιση της ποιότητας φροντίδας του ασθενή²⁹.

4.2 Νοσηλευτική Ιεραρχία και Αξιοκρατία

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούμε αρχικά για τον τρόπο που πρέπει να γίνεται η διάρθρωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας σύμφωνα με το προεδρικού διάταγμα υπ' αριθμόν 87, στη συνέχεια θα αναλύσουμε την ομαλή εξέλιξη των υπαλλήλων με βάση τον Δημοσιούπαλληλικό Κώδικα, τα κριτήρια κρίσεως των νοσηλευτών και τα προσόντα για την μετάταξή τους σε ανώτερη κατηγορία. Τέλος θα αναφερθούμε στις αλλαγές που έγιναν στις κρίσεις των προϊσταμένων, την μοριοδότηση αλλά και τον τόπο αναπλήρωσής τους.

4.2.1 Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (Άρθρο 7)

1. Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση που διαρθρώνεται σε Τομείς και σε Τμήματα, σύμφωνα με τα παρακάτω:
2. Κάθε τμήμα έχει την ευθύνη του και καλύπτει από 20 μέχρι 45 νοσηλευτικά κρεβάτια. Κάθε ειδική μονάδα μπορεί να καλύπτεται από Νοσηλευτικό τμήμα όση δύναμη κρεβατιών και εάν έχει.
3. Κάθε 4 με 8 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούν ένα τομέα. Σε Νοσοκομείο με λιγότερα από 4 τμήματα δεν συγκροτούνται τομείς. Όπου υπάρξουν 4 έως 6 τμήματα μπορεί να συγκροτείται ένας τομέας για την κάλυψη των μονάδων εσωτερικής νοσηλείας και ένας για την κάλυψη των μονάδων, πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
4. Σε κάθε Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή που αποτελείται από:
 - α) Το Διευθυντή/ντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρο
 - β) Έναν (1) Προϊστάμενο Τμήματος από κάθε τομέα.
 - γ) Έναν (1) Διπλωματούχο τμήματος –από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με πρόσκληση του Προϊσταμένου αυτού.

Στα Νοσοκομεία που δεν υπάρχουν τομείς, η εκλογή, γίνεται από το Νοσηλευτικό προσωπικό της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, που συνέρχεται με πρόσκληση του Διευθυντή της.

Τα μέλη της Νοσηλευτικής Επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τον Γραμματέα μεταξύ των στοιχείων (γ) μελών. Η Νοσηλευτική Επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον Πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου.

5. Στα μικρά Νοσοκομεία η Νοσηλευτική Επιτροπή αποτελείται: από το Διευθυντή/ντρια ως Πρόεδρο και μέλη τους Προϊσταμένους των Τμημάτων³⁰.

4.2.2 Διατάξεις Ομαλής Εξέλιξης Υπαλλήλων

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 70 παράγραφος 2 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), «υπάλληλος που είχε τον απαιτούμενο για διορισμό σε ανώτερη κατηγορία τίτλο σπουδών κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης διορισμού του δεν επιτρέπεται να μεταταγεί σε θέση κλάδου ανώτερης κατηγορίας πριν από τη συμπλήρωση οκταετίας από το διορισμό του».

Η ανωτέρω διάταξη αποτελεί εγγύηση της ομαλής εξέλιξης των υπαλλήλων και αποκλείει την απόπειρα καταστρατήγησης του νόμου, δηλαδή το φαινόμενο να γίνονται προϊστάμενοι οι μέχρι πρότινος υφιστάμενοι υπάλληλοι.

Για την εφαρμογή της εν λόγω διάταξης κρίσιμο στοιχείο είναι η κτήση του ανώτερου τίτλου σπουδών κατά τον χρόνο υποβολής της αίτησης για διορισμό, ή άλλως της υποβολής υποψηφιότητας για συμμετοχή σε διαγωνισμό. Με άλλα λόγια, αν κατά το στάδιο υποβολής υποψηφιότητας ο διαγωνιζόμενος υπάλληλος δεν κατείχε τον ανώτερο τίτλο σπουδών, παρά απέκτησε αυτόν μεταγενέστερα, προ ή μετά τον τελικό διορισμό του, τότε δεν κωλύεται επί οκταετίας η μετάταξή του σε ανώτερη κατηγορία, κατά εφαρμογή της διάταξης του άρθρου 70 παράγραφος 2 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα. Σε κάθε, βέβαια, περίπτωση, ο υπάλληλος δεν δύναται να μεταταγεί προ της παρόδου της διετούς δοκιμαστικής περιόδου και της οριστικής μονιμοποίησής του³¹.

4.2.3 Μετάταξη Σε Κλάδο Ανώτερης Κατηγορίας

Η ανωτέρω αιτιολογία στηρίζεται στις διατάξεις του άρθρου 27 παράγραφος 1 του Προεδρικού Διατάγματος 50/2001, σύμφωνα με τις οποίες «για όλες τις ειδικότητες κλάδων ΠΕ και ΤΕ ως πρόσθετο προσόν διορισμού ορίζεται υποχρεωτικά η γνώση χειρισμού Η/Υ στα αντικείμενα:

1. επεξεργασίας κειμένων,
2. υπολογιστικών φύλλων,
3. υπηρεσιών διαδικτύου.

Για ειδικότητες κλάδων ΔΕ ο φορέας μπορεί, με την προκήρυξη πλήρωσης θέσεων, να ορίσει ως πρόσθετο προσόν διορισμού, τη γνώση χειρισμού Η/Υ, σε όλα ή ορισμένα από τα παραπάνω αντικείμενα».

Ωστόσο, σύμφωνα με την διάταξη της παραγράφου 4 του ίδιου ως άνω άρθρου, «με την προκήρυξη πλήρωσης θέσεων μπορεί να ορίζεται ότι, στην περίπτωση κατά την οποία δεν καθίσταται δυνατή η πλήρωση θέσεων με τα προσόντα της παραγράφου 1 και 2, επιτρέπεται η κάλυψή τους από υποψηφίους και χωρίς τα προσόντα αυτά».

Εν προκειμένω καθίσταται σαφές, ότι ο νομοθέτης επιτρέπει την διενέργεια διορισμού σε θέση κλάδου ΠΕ και ΤΕ ακόμη και χωρίς την κατοχή διπλώματος που να αποδεικνύει την γνώση χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή. Ενόψει των ανωτέρω ερμηνευτικώς θα πρέπει να γίνει δεκτό, ότι ο νομοθέτης επιτρέπει και την μετάταξη σε θέση κλάδου ΠΕ και ΤΕ χωρίς την προσκόμιση του ως άνω διπλώματος, αφού για την διενέργεια μετάταξης σε ορισμένη θέση απαιτούνται τα αυτά τυπικά προσόντα με τον διορισμό στην ίδια θέση³².

4.2.4 Κριτήρια Κρίσεως Νοσηλευτών

Σύμφωνα με το άρθρο 85 παράγραφος 1 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 2683/1999), η επιλογή των προϊσταμένων τμημάτων και αυτοτελών γραφείων ή αντίστοιχου επιπέδου οργανικών μονάδων γίνεται με απόφαση του υπηρεσιακού συμβουλίου, με βάση τα κριτήρια που αναφέρονται στο άρθρο 83.

Σύμφωνα λοιπόν με το άρθρο 83 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα, το υπηρεσιακό συμβούλιο, προκειμένου να διαπιστώσει τη συνδρομή των ουσιαστικών προσόντων, λαμβάνει υπόψη όλα τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου του υπαλλήλου, από τα οποία προκύπτει η δραστηριότητα του στην υπηρεσία, η πρωτοβουλία του, η άσκηση καθηκόντων ως προϊσταμένου και η ικανότητα παρακίνησης των υφισταμένων του για αυξημένη απόδοση στην υπηρεσία.

Για το σχηματισμό της κρίσης του, το υπηρεσιακό συμβούλιο λαμβάνει υπόψη του τις εκθέσεις ουσιαστικών προσόντων της τελευταίας οκταετίας. Προτιμώνται οι υποψήφιοι για τους οποίους προκύπτει από τα προσωπικά τους μητρώα, με βάση συγκεκριμένα πραγματικά στοιχεία, ότι επέδειξαν υψηλότερη έναντι των λοιπών υποψηφίων πρωτοβουλία, διοικητική ικανότητα και δραστηριότητα στην υπηρεσία. Επί ισοδυναμίας, κατά την εκτίμηση των ουσιαστικών προσόντων, προηγούνται οι υποψήφιοι που έχουν αποφοιτήσει από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Οι πρόσθετοι τίτλοι σπουδών, σε συνδυασμό με την απόδοση του υπαλλήλου στην υπηρεσία, συνεκτιμώνται από το υπηρεσιακό συμβούλιο. Η προαγωγική

εκπαίδευση αποτελεί προσόν για την προαγωγή του υπαλλήλου, όπου και όπως οι ειδικές διατάξεις ορίζουν.

Είναι σαφές, ότι τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη για τον σχηματισμό της κρίσης είναι όσα ορίζει αποκλειστικά ο Δημοσιοϋπαλληλικός Κώδικας. Η συνδρομή των ουσιαστικών προσόντων αποδεικνύεται από τα στοιχεία του Προσωπικού Μητρώου, ενώ το Υπηρεσιακό Συμβούλιο έχει υποχρέωση να εκτιμήσει όλα τα ανωτέρω στοιχεία και όχι μόνο ορισμένα από αυτά.

Στο ίδιο πνεύμα, σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 8 παράγραφος 3 του Νόμου 3260/2004 που τροποποίησε τον Νόμο 2190/1994, η επιλογή Προϊσταμένων Διευθύνσεων, Τμημάτων και αυτοτελών γραφείων ή αντίστοιχου επιπέδου οργανικών μονάδων γίνεται από το υπηρεσιακό συμβούλιο. Η επιλογή γίνεται με βάση τα στοιχεία του προσωπικού μητρώου κάθε υπαλλήλου, από τα οποία ιδιαίτερα εκτιμώνται η άρτια επαγγελματική κατάρτιση και οι επιστημονικές γνώσεις, η δραστηριότητα στην υπηρεσία, η ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και ευθυνών, η ευχέρεια προγραμματισμού και συντονισμού, καθώς και η ικανότητα υποκίνησης των υφισταμένων για την επίτευξη στόχων³³.

Περαιτέρω, κατά την έννοια των διατάξεων του άρθρου 36 του Νόμου 2190/1994, η αρχαιότητα στην υπηρεσία αποτελεί μεν ουσιαστικό προσόν που συνεκτιμάται με τα υπόλοιπα ουσιαστικά προσόντα, δεν αποτελεί όμως στοιχείο στο οποίο το ειδικό υπηρεσιακό συμβούλιο πρέπει να αποδίδει πρωταρχική βαρύτητα ή στοιχείο το οποίο προσδίδει κατάδηλη υπεροχή. Εξάλλου, η διάταξη του άρθρου μονιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων, δεν προστατεύει την αρχαιότητα των υπαλλήλων αυτών. Τα παραπάνω, που σχετίζονται με την επιλογή προϊσταμένων γενικών διευθύνσεων, εκρίθησαν υπό της υπ' αριθμόν 2702/2000 απόφασης του Συμβουλίου της Επικρατείας και για την ταυτότητα του νομικού λόγου θα πρέπει να θεωρηθεί ότι ισχύουν και για την επιλογή προϊσταμένων από το υπηρεσιακό συμβούλιο.

Ενόψει των ανωτέρω, καθίσταται σαφές ότι το υπηρεσιακό συμβούλιο, κατά την διαδικασία επιλογής προϊσταμένων, δεν δύναται να αγνοήσει την συναφή με το αντικείμενο ειδικότητα ενός νοσηλευτή ή τις παρακολουθήσεις συνεδρίων και ενεργειών συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Ομοίως, σύμφωνα και με την προαναφερθείσα απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας, το υπηρεσιακό συμβούλιο δεν δικαιούται να στηρίζει την κρίση του αποκλειστικά στα χρόνια υπηρεσίας ενός Νοσηλευτή, ήτοι στο στοιχείο της αρχαιότητας. Σε

μια τέτοια περίπτωση, είναι προφανές ότι το υπηρεσιακό συμβούλιο προβαίνει σε κακή χρήση της διακριτικής ευχέρειας που κατέχει, και για τον λόγο αυτό η πράξη του προσβάλλεται και είναι ακυρωτέα ενώπιον της διοικητικής δικαιοσύνης³³.

4.2.5 Μοριοδότηση Λόγω Κρίσεων Προϊσταμένων

Αναφορικά με την πριμοδότηση των υπαλλήλων που πρόκειται να κριθούν για την κατάληψη θέσεων προϊσταμένων επισημαίνονται τα ακόλουθα:

Σύμφωνα με τις νέες διατάξεις του άρθρου 85 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), κατά τον σχηματισμό κρίσης για την επιλογή προϊσταμένων διεύθυνσης ή προϊσταμένων τμήματος, μοριοδοτείται, μεταξύ άλλων, η εργασιακή - διοικητική εμπειρία, στην οποία συμπεριλαμβάνεται ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου διεύθυνσης ή προϊσταμένου τμήματος.

Περαιτέρω, σύμφωνα με την υπ' αριθμ.πρωτ. ΔΙΔΑΔ/Φ.35.16/959/οικ.34623/21-12-2007 ερμηνευτική εγκύκλιο της Διεύθυνσης Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού του Υπουργείου Εσωτερικών, στον χρόνο υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου διεύθυνσης ή τμήματος υπολογίζονται και τα χρονικά διαστήματα που αφορούν την με οιοδήποτε νόμιμο τρόπο άσκηση των καθηκόντων αυτών, η οποία βέβαια θα πρέπει να προκύπτει από σχετική πράξη του αρμοδίου οργάνου. Δια της ως άνω ρυθμίσεως επιχειρείται η αντιμετώπιση και η λήψη υπόψη κατά το στάδιο των κρίσεων, της συνήθους ακολουθουμένης πρακτικής της ελληνικής δημόσιας διοίκησης, ήτοι της κατά ανάθεση εκτέλεσης καθηκόντων προϊσταμένου, πέραν των περιπτώσεων άσκησης των εν λόγω καθηκόντων κατόπιν τυπικής κρίσεως από το οικείο υπηρεσιακό συμβούλιο.

Η ανωτέρω διάταξη της ως άνω ερμηνευτικής εγκυκλίου δεν αφήνει περιθώριο αμφιβολιών ως προς την υποχρέωση μοριοδότηση του χρόνου υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου σε συνέχεια σχετικής πράξης ανάθεσης των εν λόγω καθηκόντων. Εντεύθεν κρίνεται ότι παρέλκει η υποβολή σχετικού ερωτήματος προς τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Εσωτερικών³⁴.

4.2.6 Τι Αλλάζει Στις Κρίσεις Προϊσταμένων

Ο νέος υπαλληλικός κώδικας εγκρίθηκε ομόφωνα από την κυβερνητική επιτροπή. Μια σειρά από τις κυριότερες αλλαγές που επιφέρει είναι οι παρακάτω:

- Στο άρθρο 80 καθιερώνεται ως εισαγωγικός βαθμός για τους κατόχους διδακτορικού διπλώματος σπουδών, ο βαθμός Γ' αντί του βαθμού Δ' που ίσχυε έως σήμερα. Η λήψη επομένως του τίτλου επιταχύνει την εργασιακή εξέλιξη.
- Στο άρθρο 82 μειώνεται ο χρόνος προαγωγής στους ενιαίους βαθμούς για τους υπαλλήλους κατηγορίας ΤΕ κατά δύο (2) έτη. Συγκεκριμένα οι υπάλληλοι προάγονται στον Α' βαθμό στα 15 έτη, αντί στα 17 που απαιτείτο.
- Για τους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ενός έτους ή διδακτορικού ο χρόνος που απαιτείται για τη βαθμολογική εξέλιξη μειώνεται επίσης κατά δύο έτη.
- Με το άρθρο 85 καθιερώνεται νέο αντικειμενικό σύστημα επιλογής προϊσταμένων. Μια πρώτη παρατήρηση είναι ότι δεν μοριοδοτούνται καθόλου οι ειδικότητες. Με οργανωμένο πρόγραμμα και τελικές εξετάσεις, με πληθώρα ύλης οι ειδικότητες δεν μπορεί να μένουν έξω από τη λίστα προσόντων του σύγχρονου λειτουργού υγείας. Το έντυπο βαθμολογίας για την κρίση των προϊσταμένων είναι το ακόλουθο³⁵:

ΕΝΤΥΠΟ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ		ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ		
α) Επαγγελματικά - Τεχνικά προσόντα		β) Εργασιακή - Διοικητική εμπειρία		γ) Ικανότητες - Δεξιότητες
	Αριθμός μορίων		Αριθμός μορίων	Αριθμός μορίων
Βασικός τίτλος σπουδών 300 (άριστα) 250 (λίαν καλώς) 200 (καλώς)		Χρόνος υπηρεσίας (μέχρι 450 μόρια) <i>(15 μόρια για κάθε έτος με ανώτατο όριο τα 30 έτη)</i>	Υπηρεσιακή αξιολόγηση (μέχρι 300 μόρια) <i>(μέσος όρος για κάθε κριτήριο με συντελεστή βαρύτητας 8 ή 7,5)</i>	
		Χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου δικύθισης (μέχρι 200 μόρια) <i>(5,56 μόρια για κάθε μήνα με ανώτατο όριο τους 36)</i>		
Δεύτερος τίτλος σπουδών 80 (άριστα) 60 (λίαν καλώς) 40 (καλώς)		Χρόνος υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου τμήματος (μέχρι 125 μόρια) <i>(3,47 μόρια για κάθε μήνα με ανώτατο όριο τους 36)</i>	Ειδικές δραστηριότητες (μέχρι 60 μόρια) <i>(συγγραφικές εργασίες, ομηγύσεις σε συνέδρια, ημερίδες, εκπαιδύηση σε συμβούλια, επιτροπές ή ομάδες εργασίας, μέλη Δ.Σ., Διοικητές κ.λ.π.</i>	Συμπληρώνεται από το Υ.Σ.
Διδακτορικό δίπλωμα 180 (με συνάφεια) 100 (χωρίς συνάφεια)			Έπαινος (20 μόρια)	
Μεταπτυχιακός τίτλος 100 (με συνάφεια) 60 (χωρίς συνάφεια)		Σύνολο μορίων για εργασιακή - διοικητική εμπειρία	Μετάλλιο διακεκριμένων πράξεων (40 μόρια)	
			Ειδική αξιολόγηση (από 50 έως 200 μόρια)	Από το Υ.Σ.
Γνώση μιας από τις γλώσσες των χωρών της Ε.Ε. 70 (άριστη) 60 (πολύ καλή) 50 (καλή)			Σύνολο μορίων για ικανότητες - δεξιότητες	
Γνώση κάθε επιπλέον ξένης γλώσσας 60 (άριστη) 50 (πολύ καλή)				
Αποφοίτηση από Ε.Σ.Δ.Δ. ή Ε.Σ.Τ.Α. 130 μόρια)				
Αποφοίτηση από την Σχολή Εθνικής Αμυνας ή Σχολή Εθνικής Ασφάλειας 30 μόρια)				
Επιμόρφωση από το ΕΚΔΔΑ ή άλλες σχολές του Δημοσίου, Παν/μια, ΤΕΙ κ.λ.π. (μέχρι 100 μόρια) <i>(1 μόριο ανά ημέρα επιμόρφωσης)</i>				
Σύνολο μορίων για τα επαγγελματικά - τεχνικά προσόντα				

Συνολική βαθμολογία: _____ **μόρια**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:
Σε περίπτωση αμφιβήτησης της μοριοδότησής σας, μπορείτε να υποβάλλετε έγγραφως αίτημα διόρθωσής της στο Τμήμα Προσωπικού, εντός πέντε (5) ημερών

4.2.7 Αναπλήρωση Προϊσταμένου

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 87 παράγραφος I του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), «τον προϊστάμενο, που απουσιάζει ή κωλύεται, αναπληρώνει στα καθήκοντα του ο ανώτερος κατά βαθμό προϊστάμενος των υποκείμενων οργανικών μονάδων και επί ομοιοβάθμων ο προϊστάμενος που έχει ασκήσει περισσότερο χρόνο καθήκοντα προϊσταμένου. Το αρμόδιο για την τοποθέτηση προϊσταμένων όργανο μπορεί, τηρουμένου του προβαδίσματος των βαθμών, να ορίσει ως αναπληρωτή προϊσταμένου οργανικής μονάδας, που απουσιάζει ή κωλύεται, έναν από τους προϊσταμένους των υποκείμενων οργανικών μονάδων». Σύμφωνα, δε, με την παράγραφο 2 του ίδιου ως άνω άρθρου 87, «αν δεν υπάρχουν υποκείμενες οργανικές μονάδες, τον προϊστάμενο αναπληρώνει στα καθήκοντα του ο ανώτερος κατά βαθμό υπάλληλος που υπηρετεί στην ίδια οργανική μονάδα, εφόσον ανήκει σε κλάδο του οποίου οι υπάλληλοι προβλέπεται ότι μπορούν να προϊστανται σύμφωνα με τις οικείες οργανικές διατάξεις. Αν υπηρετούν περισσότεροι υπάλληλοι με τον ίδιο βαθμό, αναπληρώνει αυτός που έχει περισσότερο χρόνο στο βαθμό ή αυτός που ορίζεται από τον προϊστάμενο της αμέσως υπερκείμενης μονάδας ή αρχής».

Ενόψει των ανωτέρω διατάξεων γίνεται αντιληπτό, ότι για τον ορισμό του αναπληρωτή προϊσταμένου έχει βαρύνουσα σημασία αφενός ο βαθμός, αφετέρου, και επί ομοιοβάθμων υπαλλήλων, ο πλεονάζων χρόνος προϋπηρεσίας στον συγκεκριμένο βαθμό³⁶.

4.3 Καταμερισμός Εργασίας

Για να γίνεται σωστός καταμερισμός των εργασιών απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο επαρκής αριθμός προσωπικού αλλά και ο τρόπος κατανομής του προσωπικού αυτού στα διάφορα τμήματα. Έτσι λοιπόν κρίνεται απαραίτητο πρωτίστως, να αναφερθούμε στις μεθόδους στελέχωσης ενός νοσοκομείου, και στη συνέχεια στις νοσηλευτικές πράξεις, στο αν θα πρέπει να γίνεται ανάθεση καθηκόντων σε προϊστάμενο, και αν οι νοσηλευτές υποχρεούνται να ακολουθούν αποκλειστικά τις οδηγίες των γιατρών και τέλος τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι νοσηλευτές στην εργασία τους.

4.3.1 Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων

Η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων αποτελεί πρωταρχική και κρίσιμη απόφαση για τη διοίκηση του νοσοκομείου και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και στη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας. Η ελλιπής στελέχωση των τμημάτων ενός νοσοκομείου έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στον τρόπο άσκησης της Νοσηλευτικής και στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας όσο και στο ηθικό του προσωπικού, προκαλώντας απουσίες από την εργασία λόγω σωματικής και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αντίθετα, η χρησιμοποίηση υπεράριθμου νοσηλευτικού προσωπικού συνεπάγεται αυξημένο κόστος και μειωμένη παραγωγικότητα.

Νοσηλευτικά ιδρύματα με μειωμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παραβιάσουν τους κανόνες της σωστής νοσηλευτικής πρακτικής. Αντίθετα, επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, ειδικότερα με αυξημένη αναλογία νοσηλευτών στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, αναφέρεται ότι σχετίζεται με μικρότερη συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων στους ασθενείς, λιγότερες λοιμώξεις από το ουροποιητικό σύστημα και γενικότερα από τη χρήση καθετήρων και σπανιότερη χρήση αντιμικροβιακών φαρμάκων. Οι νοσηλευτές, ειδικά αν διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, υποστηρίζεται ότι ωφελούν περισσότερο στη λειτουργία των τμημάτων του νοσοκομείου, σύμφωνα με καμπύλες κόστους-οφέλους. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές αυτής της κατηγορίας μπορούν να εκτελούν περισσότερα νοσηλευτικά καθήκοντα και παρεμβάσεις από τους βοηθούς νοσηλευτών³⁷.

4.3.2 Βασικές Μέθοδοι Στελέχωσης

Για τον αρχικό προγραμματισμό συνιστάται η αναγνώριση των κοινών παραμέτρων στελέχωσης των διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου, όπως ο κοινός αριθμός αδειών, αργιών και εργάσιμων ημερών και στη συνέχεια προτείνεται ο υπολογισμός του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε τμήμα νοσηλείας. Για παράδειγμα, ειδική παράμετρο για τα χειρουργεία αποτελεί ο αριθμός των επεμβάσεων. Αλλά και μετά από την αρχική εφαρμογή του, το σχέδιο στελέχωσης πρέπει να αξιολογείται συνεχώς. Για τη στελέχωση των τμημάτων με νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών περιγράφονται κυρίως πέντε μέθοδοι. Προτείνεται, ωστόσο, να χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα δύο, τρεις ή και περισσότερες για καλύτερα αποτελέσματα.

Προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης (professional judgment approach)

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, λαμβάνεται εκ των προτέρων η απόφαση να στελεχωθούν τα νοσηλευτικά τμήματα με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού. Στη συνέχεια, ο συνολικός χρόνος εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού μετατρέπεται σε ισοδύναμα χρόνου (WTE, Whole Time Equivalent) με απλές μαθηματικές πράξεις.

Η μέθοδος κρίνεται απλή, γρήγορη και οικονομική και μπορεί να εφαρμοστεί σε κάθε τμήμα με ελάχιστες τροποποιήσεις. Ωστόσο, παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα, όπως η απόφαση που λαμβάνεται εκ των προτέρων για τη στελέχωση με συγκεκριμένο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, χωρίς να αξιολογείται η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών. Συνεπώς, δεν εξασφαλίζονται η παροχή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας και η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού. Επίσης, δεν διασφαλίζεται η απαραίτητη ευελιξία όταν αλλάζουν οι ανάγκες των ασθενών, οπότε αν η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται το τμήμα ενδεχομένως να μοιάζει ανεπαρκώς στελεχωμένο³⁷.

Μέθοδος αριθμού νοσηλευτών ανά κρεβάτι (nurses per occupied bed method)

Σύμφωνα με αυτή την εμπειρική μέθοδο υπολογισμού του αριθμού του απαραίτητου νοσηλευτικού προσωπικού, κάθε ασθενής χρειάζεται συγκεκριμένα ισοδύναμα χρόνου νοσηλευτικού προσωπικού. Ωστόσο, η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών επηρεάζει τη στελέχωση και προτείνεται ένα άτομο νοσηλευτικού προσωπικού να αντιστοιχεί σε κάθε 5 ασθενείς υψηλής βαρύτητας, ένα σε κάθε 6 ασθενείς μέτριας βαρύτητας και, τέλος, ένα σε κάθε 7 ασθενείς χαμηλής βαρύτητας. Για Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας η αναλογία νοσηλευτών-ασθενών ορίζεται ως 1:1,5. Για τις Μονάδες Τεχνητού Νεφρού: Αριθμός νοσηλευτών ανά ωράριο X αριθμό ωραρίων ανά εβδομάδα X αριθμό μηχανημάτων Τεχνητού Νεφρού X αριθμό εβδομάδων ανά έτος.

Για τα χειρουργεία, ο απαραίτητος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού εξαρτάται από τον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων και προκύπτει εφαρμόζοντας τον ακόλουθο τύπο: αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια X αριθμό χειρουργείων ανά εβδομάδα X αριθμό εβδομάδων ανά έτος/220, όπου 220 ο σταθερός αριθμός των εργάσιμων ημερών του έτους.

Για τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών: Αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια X αριθμό βαρδιών ανά ημέρα X αριθμό ημερών του έτους/220.

Ο αριθμός των προϊσταμένων κάθε τμήματος καθορίζεται από τον οργανισμό του νοσοκομείου και προστίθεται ξεχωριστά στον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού κάθε τμήματος.

Η συγκεκριμένη μέθοδος είναι απλή, η οποία μάλιστα προσδιορίζει τον απαραίτητο αριθμό προσωπικού εύκολα, ακόμη και όταν ο αριθμός των ασθενών αλλάζει αιφνίδια. Συνιστά μειονέκτημά της το γεγονός ότι βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα, τα οποία, πιθανόν να έχουν προκύψει από τμήματα με διαφορετική οργάνωση, εργονομία και βαρύτητα ασθενών, οπότε δεν μπορούν να γενικευτούν χωρίς να προηγηθεί αξιολόγηση αυτών των παραγόντων. Επιπλέον, σύμφωνα με τη θεωρία της μεθόδου, η κατάσταση και ο αριθμός των ασθενών παραμένουν σταθερά³⁷.

Μέθοδος συσχέτισης βαρύτητας-ποιότητας (acuity-quality method)

Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο, οι ασθενείς διακρίνονται σε κατηγορίες ανάλογα με τις νοσηλευτικές τους ανάγκες και, κυρίως, με την ικανότητά τους να εξυπηρετηθούν ως προς τη σίτιση, την ατομική υγιεινή, την κινητικότητα, τις ανάγκες τους για συναισθηματική υποστήριξη και, τέλος, τις ειδικές διαδικασίες και θεραπείες που εφαρμόζονται

Έχει υπολογιστεί ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δαπανά το 42% του χρόνου του για την άμεση φροντίδα.

Η μέθοδος προσαρμόζεται στις ανάγκες οποιουδήποτε τμήματος και είναι σχετικά απλή. Στα μειονεκτήματα κατατάσσεται το γεγονός ότι (α) απαιτείται παρατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να καταγραφεί ο χρόνος που δαπανάται σε κάθε ασθενή, (β) ότι ίσως να μην μετράται επαρκώς ο χρόνος που δαπανάται για την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και (γ) το ότι προϋποθέτει οι ανάγκες όλων των ασθενών της ίδιας κατηγορίας να είναι όμοιες. Ενδεχομένως, σε ένα τμήμα αμιγώς στελεχωμένο από νοσηλευτές οι χρόνοι να είναι μικρότεροι³⁷.

Μέθοδος χρονικού προσδιορισμού της κάθε δραστηριότητας (time-task/activity approach)

Με τη μέθοδο αυτή, το νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφει τις νοσηλευτικές πράξεις και τον απαιτούμενο χρόνο για την καθεμιά. Έτσι, υπολογίζεται ο συνολικός χρόνος της νοσηλευτικής φροντίδας και γίνονται οι αντίστοιχες τροποποιήσεις για το χρόνο των αδειών.

Ως μειονέκτημα αυτής της μεθόδου αναφέρεται το γεγονός ότι προσθέτει φόρτο εργασίας προκειμένου να καταγραφούν οι παρεμβάσεις, καθώς είναι γνωστό ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήδη καταναλώνει το 60% του εργάσιμου χρόνου στην καταγραφή των πληροφοριών. Επίσης, τα νοσηλευτικά καθήκοντα ίσως να εμφανίζονται ως ένας κατάλογος από εργασίες που πρέπει να γίνουν. Επιπλέον, οι πληροφορίες που συλλέγονται με αυτόν τον τρόπο είναι ενδεχομένως αναξιόπιστες, αφού αναφέρονται διαφορές έως και 4,53 ώρες την ημέρα, ανάλογα με το σύστημα ταξινόμησης ασθενών που χρησιμοποιείται³⁷.

Μοντέλα παλινδρόμησης (regression models)

Με αυτή τη μέθοδο, μοντέλα παλινδρόμησης χρησιμοποιούνται για να προβλέψουν μελλοντικές απαιτήσεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο, δεδομένα από τμήματα με μικρότερο αριθμό ασθενών δεν είναι βέβαιο ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μεγαλύτερα τμήματα. Επιπλέον, οι στατιστικές τεχνικές ενδεχομένως δεν γίνονται εύκολα κατανοητές από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Συμπερασματικά, από τις πέντε μεθόδους στελέχωσης που αναφέρθηκαν, αυτή που χρησιμοποιείται περισσότερο στα ελληνικά νοσοκομεία είναι η προσέγγιση της επαγγελματικής κρίσης, όπου η απόφαση για τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνεται εκ των προτέρων και χωρίς να αξιολογούνται ο αριθμός και η κατάσταση της υγείας των ασθενών. Όλες οι μέθοδοι παρουσιάζουν πολλά πλεονεκτήματα και κάποια βασικά μειονεκτήματα ενώ οι αριθμοί που προκύπτουν, τελικά, ενδεχομένως διαφέρουν, οπότε προτείνεται η χρησιμοποίηση τριών μεθόδων στελέχωσης για τη λήψη της ορθότερης απόφασης.

Πριν από την εφαρμογή οποιουδήποτε δείκτη στελέχωσης κρίνεται απαραίτητη η αξιολόγηση όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τη στελέχωση, όπως, για παράδειγμα, η εργονομία των χώρων. Σε ένα νοσηλευτικό τμήμα με μεγάλους διαδρόμους, το νοσηλευτικό προσωπικό δαπανά επιπλέον χρόνο για να καλύψει τις μεγάλες αποστάσεις και αυτός ο χρόνος πρέπει οπωσδήποτε να συνυπολογιστεί κατά τη λήψη της απόφασης για τη στελέχωση³⁷.

4.3.3 Ανάθεση Καθηκόντων Προϊσταμένου

Όπως είναι γνωστό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85§2 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), ο χρόνος υπηρεσίας σε θέση Προϊσταμένου Τμήματος ή αυτοτελούς γραφείου αξιολογείται και μοριοδοτείται μέχρι και με 125 μόρια, ήτοι 3,47 μόρια για κάθε συμπληρωμένο μήνα με ανώτατο όριο τους 36 μήνες.

Εν προκειμένω αξίζει να μνημονευθεί η απόφαση 3134/1996 του Συμβουλίου της Επικρατείας, η οποία αναφέρει χαρακτηριστικώς τα εξής : «Με την υπό κρίση αίτηση προβάλλεται ότι ο παρεμβαίνων εστερείτο της αναγκαίας τυπικής προϋποθέσεως που τάσσεται από τις διατάξεις του Ν.2190/1994 για την επιλογή του ως προϊσταμένου γενικής διευθύνσεως, καθόσον είχε ασκήσει μεν καθήκοντα προϊσταμένου διευθύνσεως, τα καθήκοντα όμως αυτά τα άσκησε κατ' ανάθεση υπό της Διοικήσεως και όχι μετά από κρίση και επιλογή από το αρμόδιο υπηρεσιακό συμβούλιο. Δεδομένου όμως ότι η προπαρατεθείσα διάταξη του άρθρου 36 παρ.2 του Ν.2190/1994 αρκείται στην άσκηση εκ μέρους του υποψηφίου καθηκόντων προϊσταμένου διευθύνσεως, χωρίς να διακρίνει ως προς τον τρόπο τοποθετήσεώς του στη θέση αυτή, ο δε παρεμβαίνων, όπως προκύπτει από τον ατομικό του φάκελο, άσκησε πράγματι τέτοια καθήκοντα, τοποθετηθείς ως Προϊστάμενος της Διευθύνσεως Ταε Τεχνικής του ΕΟΤ, ο λόγος αυτός ακυρώσεως είναι απορριπτέος ως αβάσιμος».

Όπως σαφώς προκύπτει από τα παραπάνω, κρίσιμο στοιχείο για την μοριοδότηση ενός υπαλλήλου λόγω προγενέστερης άσκησης καθηκόντων Προϊσταμένου είναι η εν τοις πράγμασι άσκηση των εν λόγω καθηκόντων και όχι ο τρόπος ανάθεσης αυτών, δηλαδή δια τυπικής κρίσεως ή δια σχετικής διοικητικής πράξεως. Εξάλλου, και οι διατάξεις του άρθρου 85 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα καθιερώνουν την μοριοδότηση του χρόνου υπηρεσίας σε θέση προϊσταμένου, αδιάφορος του τρόπου ανάθεσης των καθηκόντων προϊσταμένου³⁸.

4.3.4 Υποχρέωση Εφαρμογής Ιατρικών Οδηγιών

Είναι σύνηθες στην καθημερινή νοσοκομειακή πρακτική οι εντολές ή άλλως οι οδηγίες του ιατρικού προσωπικού προς τους νοσηλευτές να δίδονται προφορικώς, χάριν της αμεσότητας στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας και υγείας προς τους ασθενείς. Σε κάθε, πάντως, περί-

πτώση οι εντολές αυτές θα πρέπει να κινούνται εντός του πλαισίου των θεσμοθετημένων επαγγελματικών δικαιωμάτων του κλάδου των νοσηλευτών, όπως αυτά περιγράφονται από τις διατάξεις του Προεδρικού Διατάγματος 351/1989.

Σε περίπτωση, λοιπόν, που ο νοσηλευτής θεωρεί, ότι μια εντολή ιατρού τον υποχρεώνει σε ενέργεια που δεν συγκαταλέγεται στον κύκλο των συνήθων υπηρεσιακών καθηκόντων του κλάδου του, θα πρέπει να επιδιώκει την έγγραφη διατύπωση της επίμαχης εντολής, ώστε να έχει την δυνατότητα να εναντιωθεί στο περιεχόμενο της, αποδεικνύοντας την βασιμότητα των ισχυρισμών του.

Τέλος, σε κάθε περίπτωση, η διαβίβαση εντολών τηλεφωνικώς κείται πέραν πάσης λογικής του συνόλου των διατάξεων του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα και ουδόλως συμβάλλει στην διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας ενός νοσοκομείου³⁹.

4.3.5 Νοσηλευτικές πράξεις

Είναι μέρος των επαγγελματικών δραστηριοτήτων του νοσηλευτή/τριας. Αντιστοιχούν στο επίπεδο εκπαίδευσης, εξειδίκευσης και εμπειρίας του και αποσκοπούν:

α) Στην προστασία, διατήρηση, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας ή της αυτονομίας ζωτικών λειτουργιών του αρρώστου.

β) Στην εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών

γ) στην υποβοήθηση του αρρώστου να επανενταχθεί στο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές πράξεις διακρίνονται σε ανεξάρτητες, εξαρτημένες με οδηγία γιατρού, εξαρτημένες με παρουσία γιατρού και επείγουσες. Νοσοκόμοι Μ.Ε. και πρακτικοί νοσοκόμοι εκτελούν κατά ανάθεση νοσηλευτικές πράξεις με ευθύνη και επίβλεψη του/της υπευθύνου Νοσηλευτή/τριας. Οι νοσηλευτικές πράξεις που καθορίζονται με την παρούσα μπορούν να ανακαθορίζονται ή και να συμπληρώνονται μετά την απόκτηση ειδικοτήτων που προβλέπονται από το Ν. 1579/85, μετά από γνώμη του ΚΕ.ΣΥ⁴⁰.

4.3.6 Ανεξάρτητες Νοσηλευτικές Πράξεις

Ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη νοσηλεία και τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου που έχει υποδειχθεί από το γιατρό και που παρέχεται στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα ή στο σπίτι. Ανεξάρτητες νοσηλευτικές πράξεις είναι οι πράξεις που εκτελούνται από το νοσηλευτή/τρια με δική του απόφαση και ευθύνη. Η αρμοδιότητα για την εκτέλεση των πράξεων αυτών απορρέει από τη νοσηλευτική του εκπαίδευση και την άδεια άσκησης επαγγέλματος⁴⁰.

A. Γενικές Νοσηλευτικές Πράξεις

1. Η λήψη Νοσηλευτικού Ιστορικού. Το Ιστορικό αυτό είναι διάφορο αυτού του ιατρικού. Η αρχική και καθημερινή νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου.
2. Η πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν
 - Τη λειτουργία του Νοσοκομείου
 - Τη Νομοθεσία των Υπηρεσιών Υγείας (σε ότι έχει σχέση με την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών)
 - Την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή (όχι την ιατρική)
3. Η εκπαίδευση και βοήθεια προς τον άρρωστο, όπου είναι αναγκαίο και εφικτό με σκοπό την αυτοεξυπηρέτηση του.
4. Η εκπαίδευση και βοήθεια προς τους οικείους του αρρώστου όπου είναι αναγκαίο και εφικτό, με σκοπό τη συνέχιση της νοσηλείας στο σπίτι.
5. Η φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν πάσχει από χρόνιο ή ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
6. Η αγωγή υγείας ατόμων, οικογενειών, πληθυσμών με σκοπό την υιοθέτηση νέας αντίληψης και φιλοσοφίας πάνω σε θέματα υγείας, και την υιοθέτηση νέων υγιεινών τρόπων ζωής.

B. Πράξεις Που Αφορούν Την Ατομική Υγιεινή Την Καθαριότητα Και Την Υποβοήθηση Οργανικών Λειτουργιών

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου
2. Διευθέτηση του κρεβατιού, κατ' εξοχή του κλινήρους
3. Διατήρηση της μηχανικής του σώματος με σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι.
4. Προετοιμασία και επίβλεψη της ανάπαυσης και του ύπνου.
5. Πρόληψη - Φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.

6. Συνοδεία και υποβοήθηση του αρρώστου όπου η κατάσταση του το επιβάλλει.
7. Φροντίδα λειτουργίας του εντέρου.
8. Φροντίδα κολοστομίας ειλεοστομίας.
9. Εκκενωτικός υποκλυσμός στην οίκοι νοσηλεία
10. Φροντίδα λειτουργίας ουροδόχου κύστης όπως:
 - Πρόκληση σύρησης (με φυσικά μέσα)
 - Επίβλεψη καθετήρα
 - Φροντίδα ουρητηροστομίας
11. Φροντίδα λειτουργίας της αναπνοής, καθώς επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων.
 - Ύγρευση περιβάλλοντος
 - Επίβλεψη βρογχικής παροχέτευσης
 - Αναρρόφηση τραχειοσωλήνα
 - Επίβλεψη αναπνευστήρα, έλεγχος λειτουργίας και χειρισμός μετά την σύνδεση στον άρρωστο
12. Επίβλεψη μηχανημάτων συνεχούς καταγραφής ζωτικών σημείων (MONITORS).
13. Επίβλεψη, ανίχνευση επιπλοκών από γύψινο επίδεσμο
14. Επίβλεψη παροχετεύσεων
15. Προθανάτια φροντίδα του αρρώστου και της οικογένειάς του
16. Μεταθανάτια φροντίδα του νεκρού στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειάς του.
17. Λήψη μέτρων ασφάλειας (περιορισμοί)
 - Μέτρα για αποτροπή ατυχημάτων
18. Φροντίδα για πρόληψη επιπλοκών και συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας έγχυσης αίματος, παραγώγων και φαρμάκων.

Γ. Πράξεις Που Αφορούν Τον Έλεγχο Των Ζωτικών Λειτουργιών Και Του Ισοζυγίου Του Αρρώστου

1. Μέτρηση- καταγραφή κυρίων παραμέτρων όπως:
 - Ζωτικά σημεία (σφύξεις, πίεση, θερμοκρασία, αναπνοές)
 - Κορικά αντανακλαστικά
 - Δερματικά αντανακλαστικά
 - Επίπεδο συνείδησης
2. Αιμοληψία με φλεβοκέντηση

3. Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων
4. Άμεση εξέταση ούρων για: σάκχαρο, οξόνη, Ειδ. Βάρος, λεύκωμα.
5. Άμεση εξέταση αίματος για σάκχαρο, ΡΗ
6. Έλεγχος - μέτρηση κενώσεων
7. Μέτρηση βάρους
8. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους πλην παρεντερικής
9. Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας ή υπερθερμίας
10. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
11. Έλεγχος για οιδήματα
12. α) Συμμετοχή στην ανίχνευση εξωτερικών παρασιτώσεων και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. β) Συμμετοχή στην κατάρτιση διαιτολογίου. Στην κοινότητα ρυθμίζει τα διαιτολόγια στα πλαίσια της δίαιτας που έχει καθορισθεί από το γιατρό⁴⁰.

4.3.7 Εξαρτημένες Νοσηλευτικές Πράξεις

Α. Πράξεις Που Εκτελούνται Με Συγκεκριμένη Οδηγία Γιατρού Και Με Ευθύνη Του Νοσηλευτή/Τριας Εφόσον Κατέχει Την Απαιτούμενη Εξειδίκευση Ή Εμπειρία.

Σ' αυτές υπάγονται:

1. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων όπως:
 - αέρια αίματος (όχι αρτηριακή λήψη)
 - κεντρική φλεβική πίεση
 - πίεση της πνευμονικής αρτηρίας
 - αναπνεόμενος όγκος
 - ζωτική χωρητικότητα
 - συμπύκνωση οξυγόνου σε θερμοκοιτίδα- λήψη Η.Κ.Γ.
2. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς εκτός από όσα αναφέρονται στο Β.
3. Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους
4. Ενδοθερμικές δερμοαντιδράσεις
5. Θεραπευτικά λουτρά
6. Τοποθέτηση καθετήρα στομάχου
7. Τεχνητή διατροφή από καθετήρα ή παρεντερικά
8. Προεγχειρητική ετοιμασία

9. Ειδικές επιδέσεις
10. Αφαίρεση ραμμάτων και αλλαγή απλών τραυμάτων
11. Αφαίρεση παροχετεύσεων
12. Τοποθέτηση νάρθηκα
13. Τοποθέτηση - έξοδο νεογνού από θερμοκοιτίδα
14. Επίβλεψη διαίτας νεογνού
15. Φροντίδα νεογνού μέσα στη θερμοκοιτίδα
16. Φροντίδα αρρώστου σε τεχνητό νεφρό ή περιτοναϊκή πλύση, σύνδεση μηχανήματος και παρακολούθησή του.
17. Φροντίδα αρρώστου σε στείρο περιβάλλον
18. Πλύσεις
 - κόλπου
 - οφθαλμών
 - ωτών
 - τραυμάτων
 - συριγγίων
 - ουροδόχου κύστεως από καθετήρα
 - παραρρινικών κοιλοτήτων από καθετήρα που τοποθέτησε ο γιατρός
19. Έγερση του αρρώστου μετά μακροχρόνια κατάκλιση
20. Έγερση με μηχανικά βοηθήματα
21. Βάδιση
22. Εκκενωτικός υποκλυσμός στο Νοσοκομείο
23. Τοποθέτηση και αλλαγή καθετήρα
24. Περιποίηση εγκαυμάτων
25. Αφαίμαξη
26. Συμμετοχή στη φροντίδα και υποστήριξη ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών και άλλων ουσιών, που προκαλούν εθισμό καθώς και του περιβάλλοντός τους.

B. Πράξεις Που Εκτελούνται Παρουσία Υπευθύνου Γιατρού Ο Οποίος Μπορεί Να Παρέμβει Άμεσα Αν Απαιτηθεί Όπως:

1. Ενέσεις ή ενδοφλέβια χορήγηση παραγώγων για τα οποία απαιτείται έλεγχος συμβατότητας.
2. Ενέσεις ή σκαριφισμοί των υποχρεωτικών από το νόμο εμβολίων.
3. Πρώτη ένεση αλλεργιογόνου
4. Βοήθεια για την ανάνηψη, επίβλεψη στην αίθουσα ανάνηψης, μετά ειδική εκπαίδευση.
5. Συνεργασία με το γιατρό, προετοιμασία και βοήθεια κατά την εκτέλεση, διατήρηση ή διακοπή αγωγής μετά από κάθε προγραμματισμένη ή έκτακτη ιατρική πράξη με βάση είτε προαποφασισμένο πρωτόκολλο είτε συγκεκριμένες οδηγίες όπως:
 - Καθετηριασμοί στομάχου
 - Βοήθεια για τη χορήγηση γενικής αναισθησίας
 - Παρακεντήσεις
 - Κλειστές βιοψίες
 - Ενδοσκοπήσεις
 - Τοποθέτηση Ενδοτραχειακού σωλήνα
 - Εφαρμογή και αφαίρεση περιτοναϊκών πλύσεων
 - Εφαρμογή και αφαίρεση δερματικών έλξεων
 - Μικρές και μεγάλες επεμβάσεις
 - Πλύσεις δακρυϊκών πόρων
 - Αλλαγές πολύπλοκων τραυμάτων με παροχέτευση εφαρμογή και αφαίρεση γύψινων επιδέσμων.
 - Λευκή αφαίμαξη
 - Άλλες παρεμβατικές, διαγνωστικές θεραπευτικές πράξεις.
6. Συμμετοχή στη φροντίδα και υποστήριξη ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών και άλλων ουσιών που προκαλούν εθισμό καθώς και του περιβάλλοντός τους⁴⁰.

4.3.8 Επείγουσες Νοσηλευτικές Πράξεις

Είναι οι πράξεις που στοχεύουν στην άμεση αντιμετώπιση, σε απουσία γιατρού, μίας αιφνίδιας και απειλητικής για τη ζωή ή την ακεραιότητα του αρρώστου μεταβολής της κατάστασής του. Οι πράξεις αυτές διακρίνονται σε:

A. Εφαρμογή Πρωτοκόλλου Επείγουσών Ενεργειών Σε Χώρους Η Μονάδες Που Προβλεπτά Οξέα Συμβάντα Δεν Είναι Σπάνια.

B. Εφαρμογή Πρώτων Βοηθειών, Όπως:

1. Αφαίρεση ξένου σώματος από την αναπνευστική οδό
2. Καρδιοπνευμονική ανάνηψη
3. Έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης
4. Ίσχαιμη περιδέση
5. Ακινητοποίηση κατάγματος
6. Πρόσθιος ρινικός επιποματισμός
7. Πλύση στομάχου
8. Ένεση αντιοφικού ορού
9. Τραχειοτομή
10. Έναρξη αγωγής αντισόκ
11. Απομόνωση και δήλωση αρρώστων στους οποίους υπάρχουν ενδείξεις ότι πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα⁴⁰.

4.3.9 Προβλήματα Στην Κλινική Πράξη

1. Έλλειψη προσωπικού:

- Ανάλογα μειωμένη στελέχωση του ΓΕΝΥ. Ο υπεύθυνος μπορεί να εργάζεται και σε άλλο τμήμα
- Μη δυνατότητα αποδέσμευσης από την εργασία για παρακολούθηση εκπαιδεύσεων, καθώς το προσωπικό είναι λιγότερο από τα όρια ασφαλείας
- Μη ικανοποιητική εκπαίδευση των νέων νοσηλευτών κατά την πρόσληψή τους ή τη μετακίνησή τους σε νέο τμήμα, ελλείπει χρόνου και διάθεσης από τους παλαιότερους

2. Μειωμένη συνεργασία με προϊσταμένες:

- Δεν επιτρέπουν την αποδέσμευση του προσωπικού για εκπαιδεύσεις.
- Δεν ενδιαφέρονται για την εκπαίδευση
- Θεωρούν υπερβολική ή περιττή τη συνεχή εκπαίδευση
- Δεν επιθυμούν να φτιάξουν τα προγράμματα υπηρεσίας ή κυρίως να τα τροποποιήσουν ώστε να αποδεσμεύσουν προσωπικό

3. Αυξημένος φόρτος εργασίας

- Δεν προλαβαίνουν να σκεφτούν την εκπαίδευση, αν δεν καλύψουν τις βασικές ανάγκες του τμήματος
- Μειωμένη διάθεση του προσωπικού για εκπαίδευση καθώς επιφέρει περισσότερο κόπο και προσπάθεια, ενώ ήδη μπορεί να υπάρχει ψυχολογική και σωματική κόπωση (burn out)

4. Ακατάλληλες συνθήκες εργασίας

- Μειωμένες δυνατότητες εκπαίδευσης με σωστά μέσα και πόρους, που να παρακινούν και να εκπαιδεύουν
- Ιδρυματοποίηση. Συνήθεια σε μια ρουτίνα εργασίας όπως και αν είναι, κυρίως από τους παλαιούς νοσηλευτές, χωρίς διάθεση αλλαγής και εξέλιξης. Διατήρηση του status quo

5. Λανθασμένη αντίληψη περί συνεχούς εκπαίδευσης

- Θεωρείται ασήμαντη και περιττή
- Θεωρείται ότι δεν βελτιώνει τις συνθήκες εργασίας που είναι ούτως ή άλλως πολύ δύσκολες
- Θεωρείται ότι δεν μπορεί να αυξήσει την παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας προς τον ασθενή
- Θεωρείται ότι κοστίζει πολύ και δεν αποφέρει ιδιαίτερα
- Πιστεύουν ότι θα πρέπει να τους καλύψει κάθε κενό που έχουν από την ακαδημαϊκή τους εκπαίδευση⁴¹.

4.4 Καθηκοντολόγιο

Η οργάνωση της Διεύθυνσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας (ΝΥ) έγινε ύστερα από μελέτη παρόμοιων νοσοκομείων του εξωτερικού που διαθέτουν σημαντική εμπειρία. Η στελέχωση του νοσηλευτικού προσωπικού για την κάθε θέση εργασίας έγινε βάσει διεθνών δεικτών. Ενώ θεσπίστηκε ειδικό καθηκοντολόγιο για κάθε κατηγορία Νοσηλευτικού Προσωπικού που τηρείται αυστηρά. Στόχος της ΝΥ είναι η παροχή υψηλού επιπέδου νοσηλευτικών φροντίδων προς τον ασθενή. Για την εξασφάλιση της ορθής νοσηλευτικής φροντίδας θεσπίστηκαν γραπτοί Κανονισμοί και Διαδικασίες.

4.4.1 Καθηκοντολόγιο Ατόμου Ο Οποίος Κατέχει Πτυχίο Ανώτατης Η' Ανώτερης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης Κατηγορίας Π.Ε. Η' Τ.Ε.

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή

1. Την παροχή νοσηλείας στον ασθενή στο νοσοκομείο, στα κέντρα υγείας, στην κοινότητα και σε άλλες μονάδες Υγείας.
2. Τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, το συντονισμό και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Το εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Την τήρηση και την συμπλήρωση δελτίων που σχετίζονται με την νοσηλεία και τη θεραπεία του ασθενούς και τη συνέχεια της πορείας του.

Γενικές αρμοδιότητες, αφορούν ενέργειες που ενάγονται στις γενικότερες αρμοδιότητες του νοσηλευτή και είναι να:

1. Συνεργάζεται με τον γιατρό και να συμβάλλει στο θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενούς.
2. Συνεργάζεται με άτομα που έχουν σχέση με την πρόληψη της νόσου, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς όπως επισκέπτες υγείας, διαιτολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, φυσικοθεραπευτές.
3. Συντονίζει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες σε συνεργασία με τους άλλους Επαγγελματίες Υγείας.
4. Αποτελεί το συνδεδετικό κρίκο μεταξύ ασθενούς, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών και κοινοτικών παραγόντων.

5. Συνεργάζεται με τον προϊστάμενο για την πραγματοποίηση ενημερωτικών επικοινωνιών (γραπτών / προφορικών) με τα μέλη της ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς για προβλήματα υγείας.
6. Φροντίζει το περιβάλλον του ασθενούς να είναι κατάλληλο και ασφαλές.
7. Εξασφαλίζει το απαραίτητο νοσηλευτικό υλικό που χρησιμοποιεί στις απαραίτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις.
8. Σέβεται την προσωπικότητα του ασθενούς και με κάθε τρόπο να διατηρεί και να προστατεύει την ατομικότητά του.
9. Ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στο θεραπευτικό του πρόγραμμα και να τον ενισχύει ψυχολογικά σε κάθε νοσηλεία.
10. Εξετάζει, παρατηρεί, αξιολογεί, καταγράφει συμπτώματα και φυσικά σημεία του ασθενούς και να ενημερώνει τον γιατρό κατά την κρίση του.
11. Παρατηρεί τις αντιδράσεις του ασθενούς κατά την διάρκεια της εξέτασης ή της νοσηλείας και προλαμβάνει ανεπιθύμητες αντιδράσεις.
12. Αιτιολογεί και να τεκμηριώνει κάθε ενέργεια με βάσει τις γνώσεις που κατέχει από τις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες και να τις προσαρμόζει σύμφωνα με τις νέες τάσεις και εξελίξεις της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης και τις ειδικές ανάγκες του ασθενούς.

Ειδικές αρμοδιότητες, αναφέρονται στο διαγνωστικό πρόγραμμα του ασθενούς και εκτελούνται από τον νοσηλευτή. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας αποσκοπεί στη:

1. Διατήρηση της μυοσκελετικής ισορροπίας στις διάφορες θέσεις του ασθενούς στο κρεβάτι ή στη πολυθρόνα.
2. Διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως.
3. Πρόληψη επιπλοκών.
4. Ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα της νόσου, όπως πόνο, πυρετό, ρίγος.
5. Εφαρμογή μέτρων και μέσων για την ασφάλεια του ασθενούς (περιορισμοί, προφυλακτικές)
6. Πρόληψη και θεραπεία κατακλίσεων.
7. Ανακούφιση του ασθενούς όλο το 24ωρο, όταν ο ίδιος δεν μπορεί να εξυπηρετηθεί.
8. Προώθηση του ασθενούς προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση με κάθε ενδεδειγμένο τρόπο²⁹.

4.5 Ωράριο Εργασίας

Ωράριο εργασίας θεωρείται ο αριθμός των ωρών που επιτρέπεται να προσφέρει ο εργαζόμενος τις υπηρεσίες του σε ημερήσια και εβδομαδιαία βάση, ενώ νόμιμο ωράριο είναι εκείνο που καθορίζεται με διάταξη νόμου ή κατόπιν εξουσιοδοτήσεως νόμου. Οι διατάξεις αυτές ορίζουν μόνο το ανώτατο όριο νόμιμης απασχόλησης των μισθωτών και είναι υποχρεωτικές. Το ανώτατο όριο νόμιμης απασχόλησης των εργαζομένων είναι 48 ώρες την εβδομάδα και 8 ώρες την ημέρα για εξαήμερη απασχόληση και 9 ώρες την ημέρα για πενήμερη απασχόληση.

4.5.1 Κυκλικό Εναλλασσόμενο Ωράριο

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει το «βιολογικό ρολόι» ή βιορυθμός, που καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας του. Στις υπηρεσίες υγείας, η ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση αναγκάζει το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Τα άτομα που εργάζονται με το σύστημα της βάρδιας κατά τη νύχτα αναγκάζονται να διακόψουν το βιολογικό εικοσιτετράωρο ρυθμό που καθορίζεται από το ρολόι του εγκεφάλου. Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το λεγόμενο “jet lag” syndrome ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το “shift lag” syndrome.

Το «βιολογικό ρολόι» ή βιορυθμός του ανθρώπου ρυθμίζει λειτουργίες όπως η πέψη, η αναπνοή, η καρδιακή λειτουργία, η διακύμανση της έκλυσης των ορμονών και η αντίδραση στον πόνο. Η σωστή λειτουργία του έχει ως αποτέλεσμα τη νυχτερινή ανάπαυση και την ημερήσια εγρήγορση με τις επιμέρους δραστηριότητες, σχετίζεται δηλαδή με την εναλλαγή ημέρας και νύχτας, επειδή ακριβώς μετράει το χρόνο με βάση το φυσικό ρυθμό του περιβάλλοντος. Στις υπηρεσίες υγείας, η σε 24ωρη βάση νοσηλευτική φροντίδα αναγκάζει το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο. Το ωράριο αυτό, που είναι ένας συνδυασμός βαρδιών κατά τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας, περιλαμβάνει οκτάωρες βάρδιες που εναλλάσσονται σε πρωινή, απογευματινή και νυχτερινή, έτσι ώστε ο εργαζόμενος να επανέρχεται σε τακτά διαστήματα σε ημερήσιο ωράριο. Εκτός των οκτάωρων βαρδιών υπάρχουν και οι δωδεκάωρες βάρδιες, αλλά και εκείνες με μειωμένο εβδομαδιαίο ωράριο, οι οποίες εφαρμόζονται στην υπόλοιπη Ευρώπη, αλλά όχι ακόμα στη χώρα μας.

Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το λεγόμενο “jet lag” syndrome ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, το “shift lag” syndrome. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, λήθαργο, προβλήματα πέψης, αϋπνία και από μείωση της πνευματικής επιδεξιότητας και απόδοσης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι, των οποίων οι ώρες ύπνου ήταν σταθερές σε καθημερινή βάση, διέθεταν καλύτερο επίπεδο υγείας συγκριτικά με εκείνους που οι ώρες ύπνου εναλλάσσονταν⁴².

4.5.2 Επιπτώσεις Του Κυκλικού Ωραρίου Στους Νοσηλευτές

Το εναλλασσόμενο σύστημα βαρδιών συμβάλλει αρνητικά στην υγεία και ευεξία των εργαζομένων σε σωματικό, ψυχικό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο. Αρχικά σε σωματικό επίπεδο η διατάραξη του οργανισμού επηρεάζει την ικανότητά του για εργασία, ενώ αναφέρονται μεγαλύτερης ή μικρότερης έκτασης συμπτώματα που αφορούν στο καρδιαγγειακό, στο πεπτικό σύστημα ή στις διατροφικές συνήθειες. Το stress που δημιουργείται με το εναλλασσόμενο ωράριο μπορεί να έχει άμεση επίπτωση στο καρδιαγγειακό σύστημα ενώ, οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν κατά κύριο λόγο νευρική και κόπωση. Η κόπωση οφείλεται κυρίως στο είδος της βάρδιας ανεξάρτητα από τη διάρκειά της. Επιπλέον, συχνά γίνεται αναφορά και για συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο εξουθένωσης (burnout).

Στο σύστημα των βαρδιών και ειδικά στη νυχτερινή βάρδια, η πρώτη λειτουργία που επηρεάζεται είναι ο κύκλος του ύπνου, ο οποίος υφίσταται μείωση στη διάρκεια και αλλαγή στην ποιότητά του, όταν το άτομο εργάζεται πρωινή βάρδια, οπότε αναγκάζεται να ξυπνήσει νωρίς το πρωί, ή νυχτερινή βάρδια, όπου αντιστρέφεται πλήρως ο κύκλος ύπνος/εγρήγορηση και υπάρχει δυσκολία αναπλήρωσης του χαμένου ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας. Από ψυχολογικής πλευράς, το συχνά εναλλασσόμενο σύστημα βαρδιών οδηγεί σε συμπτώματα όπως αϋπνίες ή, αντίθετα, υπνηλία, αδιαθεσία και διαταραχές στη διάθεση. Μακροπρόθεσμα, αυτές οι διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμες και σοβαρές επιπλοκές από το νευρικό σύστημα, όπως είναι η χρόνια κόπωση, η αλλαγή στον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου, η μόνιμη κατάσταση άγχους και κατάπτωσης.

Τέλος όσον αφορά το εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο, το εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο επηρεάζει και κατευθύνει τις κοινωνικές συναναστροφές των εργαζομένων και κυρίως αυτών

που απασχολούνται σε νυχτερινή βάρδια, καθώς ο εργαζόμενος δυσκολεύεται να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι εργαζόμενοι αισθάνονται συχνά εγκαταλελειμμένοι από το οικείο περιβάλλον και ανεπαρκείς στην εκπλήρωση των οικογενειακών τους υποχρεώσεων, με συνέπεια χαμηλή αυτοεκτίμηση και ευερεθιστότητα⁴².

4.5.3 Επιβαρυνόμενο Εργασιακό περιβάλλον

Είναι πλέον γνωστό ότι το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο. Μελέτες επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν μεγαλύτερο επαγγελματικό stress από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το νοσηλευτικό προσωπικό έχουν προσδιοριστεί και είναι κυρίως ο φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού, το κυκλικό ωράριο, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η έλλειψη ηθικής και οικονομικής ικανοποίησης και η περιορισμένη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης. Οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να επιδρούν στην πνευματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού και να προκαλούν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης⁴³.

Οι ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες φαίνεται να συμβάλλουν στην κοινωνική απαξίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Επιπρόσθετα, το εργασιακό περιβάλλον απειλεί την υγεία των νοσηλευτών, γεγονός που καταδεικνύεται από τη διεθνή βιβλιογραφία και συγκεκριμένα, αναφέρεται ο κίνδυνος από τα λοιμώδη νοσήματα, η άσκηση οποιασδήποτε μορφής βίας στους επαγγελματίες υγείας και η καταπόνηση του μυοσκελετικού συστήματος. Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, το ωράριο εργασίας και, ειδικά, η νυχτερινή βάρδια φαίνεται να επηρεάζουν τα επίπεδα ορμονών καθώς και τη διάρκεια και την ποιότητα του ύπνου. Οι κλινικοί νοσηλευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους είναι υποχρεωμένοι να εργάζονται υπό συνθήκες έντονου stress, με μικρή ωστόσο αυτονομία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς συχνά λειτουργούν κάτω από πολιτικές που κάποιοι άλλοι έχουν επιλέξει

Εν κατακλείδι, η άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος επηρεάζει την προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού. Ιδιαίτερα επηρεάζεται η ζωή των γυναικών, αλλά και όσων έχουν προϋπηρεσία άνω των 10 ετών. Το εργασιακό stress των γυναικών σωματοποιείται και εκφράζεται, συνήθως, μέσα από έντονη κόπωση,

πονοκεφάλους, ξεσπάσματα θυμού και αίσθημα θλίψης. Υπάρχει ελάχιστος χρόνος για να κάνουν οι νοσηλευτές πράγματα που τους ευχαριστούν ή προάγουν την υγεία τους (π.χ. γυμναστική, επισκέψεις σε γιατρό). Παρόλα αυτά όμως, υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης του επαγγελματικού stress, τα θετικά αποτελέσματα των οποίων έχουν αποδειχθεί διεθνώς. Προτείνονται λοιπόν, διάφορα μέτρα (όπως άσκηση και χαλάρωση), τα οποία θα πρέπει να εφαρμόζονται και μέσα στο χώρο του νοσοκομείου, ενώ ταυτόχρονα, οι διοικήσεις των νοσοκομείων πρέπει να μεριμνήσουν για την υγεία των εργαζομένων και να τεθούν οι δομές για την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για καλύτερο εργασιακό και υποστηρικτικό περιβάλλον, καθώς καλύτερες υπηρεσίες υγείας, από άποψη ποιότητας και ποσότητας, θα προσφερθούν από υγιείς επαγγελματίες υγείας⁴⁴.

4.5.4 Οργάνωση Χρόνου Εργασίας Νοσηλευτών Και Σχετικές Νομικές Διατάξεις

Το 1993 με την Κοινοτική Οδηγία 93/104/EK της 23/11/93 (31993L0104) που δημοσιεύτηκε στην επίσημη εφημερίδα αριθ. L 307 της 13/12/93, σελίδα 0018-0024, ορίζονται τα βασικά στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας. Η συγκεκριμένη Οδηγία, αποτέλεσε το σκελετό του Π.Δ 88/1999 «Περί ελαχίστων προδιαγραφών για την οργάνωση του χρόνου εργασίας σε συμμόρφωση με την οδηγία 93/104/EK». Στη συνέχεια, εκδόθηκε και νέα Κοινοτική Οδηγία με αριθμό 2000/34/EK συμπληρωματική προς την προηγούμενη. Συνοψίζοντας τις παραπάνω Κοινοτικές Οδηγίες και το Π.Δ 88/1999, εξάγονται τα παρακάτω.

Για την εξασφάλιση της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων, οι τελευταίοι θα πρέπει να διαθέτουν ορισμένες ελάχιστες περιόδους ανάπαυσης, ημερήσιας, εβδομαδιαίας και ετήσιας, καθώς και κατάλληλα διαλείμματα εργασίας. Τέλος ιδιαίτερη μέριμνα λαμβάνεται για τη νυχτερινή καθώς και για την κατά βάρδιες εργασία.

Όσον αφορά την ημερήσια ανάπαυση, το Π.Δ ορίζει ότι για κάθε περίοδο 24 ωρών, η ελάχιστη ανάπαυση δεν μπορεί να είναι κατώτερη από δώδεκα συνεχείς ώρες, η δε περίοδος των 24 ωρών, αρχίζει από την 00:01 και λήγει την 24:00. Αυτό σημαίνει ότι οι συνεχόμενες βάρδιες απόγευμα-πρωί και ακόμα περισσότερο απόγευμα- πρωί- νύχτα, είναι παράνομες και επικίνδυνες για την υγεία και την ασφάλεια του εργαζομένου.

Με τη διάταξη του άρθρου 5 του εν λόγω Π.Δ, στους εργαζόμενους πρέπει να εξασφαλίζεται ανά εβδομάδα, ελάχιστη περίοδος συνεχούς ημερήσιας ανάπαυσης 24 ωρών, η οποία συμπεριλαμβάνει και κατ' αρχήν την Κυριακή και στις οποίες προστίθενται οι 12 ώρες της συνεχούς ημερήσιας ανάπαυσης. Δηλαδή η ελάχιστη εβδομαδιαία ανάπαυση είναι 36 συνεχιζόμενες ώρες.

Ακόμη, προβλέπεται ότι ο χρόνος εβδομαδιαίας εργασίας των μισθωτών δεν μπορεί να υπερβαίνει ανά περίοδο το πολύ 4 μηνών τις 48 ώρες κατά μέσο όρο, συμπεριλαμβανομένων και των υπερωριών. Αυτό σημαίνει ότι ο Νοσηλευτής δεν πρέπει να εργάζεται πάνω από έξι (6) συνεχόμενα οκτάωρα την εβδομάδα και αυτό για διάστημα τεσσάρων (4) μηνών.

Ο εργοδότης, απαγορεύεται να ζητήσει από το Νοσηλευτή να εργαστεί περισσότερο από 48 ώρες την εβδομάδα. Μετά την παρέλευση του τετραμήνου, θα πρέπει να επανέλθει στον κανονικό ρυθμό εργασίας που είναι οι πέντε βάρδιες εβδομαδιαίως, όπως συμβαίνει με όλους τους άλλους μισθωτούς.

Όσον αφορά στη νυχτερινή εργασία, ο κανονικός χρόνος εργασίας τη νύχτα δεν πρέπει να υπερβαίνει κατά μέσο όρο τις οχτώ ώρες ανά εικοσιτετράωρο σε περίοδο μίας εβδομάδας. Επιπλέον, οι εργαζόμενοι τη νύχτα, όταν η εργασία που εκτελούν ενέχει ιδιαίτερους κινδύνους ή σημαντική σωματική και πνευματική ένταση, δεν πρέπει να εργάζονται περισσότερο από οχτώ ώρες το εικοσιτετράωρο. Τέλος, θεσπίζονται εγγυήσεις για τους παρέχοντες νυχτερινή εργασία, όπως ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να εξετασθεί η καταλληλότητα για την εργασία αυτή, προστασία των ειδικών κατηγοριών εργαζομένων όπως οι έγκυες γυναίκες και ενημέρωση του φορέα προς τις αρμόδιες επιθεωρήσεις εργασίας⁴⁵.

4.5.5 Υπερωριακή Απασχόληση

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 29 παράγραφος 1 του Δημοσιούπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), «ο υπάλληλος παρέχει την εργασία του μέσα στον οριζόμενο από τις κείμενες γενικές ή ειδικές διατάξεις χρόνο». Ως εξαίρεση από τον ανωτέρω γενικό κανόνα, η παράγραφος 2 του άρθρου 29 ορίζει, ότι «εφόσον έκτακτες και εξαιρετικές υπηρεσιακές ανάγκες το επιβάλλουν, ο υπάλληλος οφείλει να εργαστεί και πέρα από το χρόνο εργασίας ή σε μη εργάσιμες ημέρες. Στην περίπτωση αυτή καταβάλλεται στον υπάλληλο αποζημίωση σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις».

Κατά την έννοια της ανωτέρου διατάξεως, η υποχρέωση προσφοράς υπηρεσίας για πρόσθετες ώρες, σε εργάσιμες μέρες (υπερωρίες) και σε μη εργάσιμες ημέρες, προϋποθέτει ότι συντρέχουν υπηρεσιακές ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές θα πρέπει να είναι έκτακτες, δηλαδή μη προβλεφθείσες, και να εμφανίστηκαν απρόοπτα, πέρα από τον κανονικό προγραμματισμό εργασίας. Επιπλέον, οι εν λόγω υπηρεσιακές ανάγκες πρέπει να είναι εξαιρετικές, δηλαδή ιδιαίτερης σημασίας και όχι συνηθισμένες. Η κρίση και η ευθύνη για τη συνδρομή των προϋποθέσεων αυτών ανήκει στον προϊστάμενο που επιβάλλει την πρόσθετη εργασία και σε τελευταίο βαθμό στο δικαστήριο. Εφόσον συντρέχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις, ο μὲν υπάλληλος υποχρεούται να εκτελέσει την πρόσθετη υπηρεσία, η δε διοίκηση οφείλει να καταβάλει την νόμιμη αποζημίωση.

Από τα παραπάνω συνάγεται, ότι η συστηματική-καθημερινή υποχρέωση των υπαλλήλων σε παροχή υπερωριακής εργασίας δεν βρίσκει έρεισμα στην ανωτέρω εξαιρετική διάταξη του άρθρου 29 παράγραφος 2, η οποία απαιτεί την συνδρομή έκτακτων και εξαιρετικών υπηρεσιακών αναγκών, προκειμένου να θεωρείται νόμιμη η υπερωριακή απασχόληση. Περαιτέρω, όπως σαφώς προκύπτει από τις προαναφερθείσες διατάξεις, η άμεση συνέπεια της παροχής υπερωριακής εργασίας είναι η καταβολή της αντίστοιχης νόμιμης αποζημίωσης, όπως αυτή ορίζεται από τις ισχύουσες διατάξεις. Σχετικώς μνημονεύονται και οι διατάξεις του άρθρου 16 παράγραφος 1 του Νόμου 3205/2003, σύμφωνα με τις οποίες «η καθιέρωση με αμοιβή εργασίας πέρα από τις ώρες της υποχρεωτικής απασχόλησης των υπαλλήλων του δημοσίου των Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α. επιτρέπεται μόνο για την αντιμετώπιση εποχικών, εκτάκτων ή επειγουσών υπηρεσιακών αναγκών.

Η υπερωριακή απασχόληση του προσωπικού εγκρίνεται με απόφαση του καθ' ύλην αρμόδιου υπουργού στην οποία αναφέρονται σαφή και συγκεκριμένα στοιχεία που δικαιολογούν την ανωτέρω εργασία πέρα από το κανονικό ωράριο. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των υπαλλήλων, το χρονικό διάστημα και οι ώρες υπερωριακής απασχόλησής τους μέσα στα όρια των πιστώσεων του Προϋπολογισμού τους, μη επιτρεπομένης της επιβάρυνσης του Προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων. Οι κατά τα ως άνω ώρες απογευματινής υπερωριακής εργασίας δεν μπορεί να υπερβαίνουν τις εξήντα (60) ανά υπάλληλο μηνιαίως. Με την ίδια διαδικασία και προϋποθέσεις επιτρέπεται η καθιέρωση υπερωριακής εργασίας με αμοιβή κατά τις Κυριακές και εξαιρέσιμες ημέρες ή κατά τις νυχτερινές ώρες, προς συμπλήρωση της υποχρεωτικής εβδομαδιαίας εργασίας είτε καθ' υπέρβαση αυτής, σε υπαλλήλους που ανήκουν σε υπηρεσίες που λειτουργούν, βάση νόμου, όλες τις ημέρες του

μήνα ή σε δωδεκάωρη ή εικοσιτετράωρη βάση. Ειδικά, στην καθ' υπέρβαση εργασία οι ώρες νυκτερινής, Κυριακών και εξαιρέσιμων ημερών δεν μπορεί να υπερβούν τις δεκαέξι (16) ώρες κατά περίπτωση τον μήνα».

Συμπερασματικά, από την προσέγγιση του συνόλου της κείμενης νομοθεσίας, που διέπει το καθεστώς υπερωριακής απασχόλησης των δημοσίων υπαλλήλων, προκύπτει αφενός ότι η υπερωριακή εργασία απαγορεύεται να παρέχεται σε συστηματική βάση παρά μόνον όταν υπαγορεύεται από έκτακτες και εξαιρετικές υπηρεσιακές ανάγκες, αφετέρου ότι ο υπάλληλος που παρέχει υπερωριακή εργασία δικαιούται της νόμιμης αποζημίωσης. Με άλλα λόγια η κείμενη νομοθεσία δεν προβλέπει την χορήγηση επιπλέον ημερών ανάπαυσης, ως αμοιβή-αντιστάθμισμα για την παροχή υπερωριακής εργασίας⁴⁶.

4.5.6 Νυκτερινή Εργασία

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 2 περίπτωση 3-4 του Προεδρικού Διατάγματος 88/1989, για την εφαρμογή του εν λόγω νομοθετήματος νοούνται ως : «... 3. Νυκτερινή περίοδος: Η περίοδος οχτώ (8) ωρών με έναρξη την 22:00μ.μ. και λήξη 06:00 π.μ. 4. Εργαζόμενος τη νύχτα: α) Κάθε εργαζόμενος κατά τη νυκτερινή περίοδο επί τρεις τουλάχιστον ώρες ημερήσιου κανονικού χρόνου εργασίας του ή β) Κάθε εργαζόμενος, ο οποίος ενδέχεται να πραγματοποιεί κατά τη νυκτερινή περίοδο τουλάχιστον 726 ώρες του ετήσιου χρόνου εργασίας του εφόσον δεν προβλέπεται μικρότερος αριθμός ωρών από συλλογικές συμβάσεις ή άλλες διατάξεις. Για τον υπολογισμό του παραπάνω χρόνου θα λαμβάνεται υπόψη ο ημερήσιος συνολικός χρόνος εργασίας του εργαζομένου εφόσον σε αυτόν περιλαμβάνονται τρεις τουλάχιστον ώρες του χρονικού διαστήματος 24:00- 05:00, ανεξαρτήτως ώρας έναρξης και λήξης βάρδιας και η εργασία του εργαζομένου είναι σε επτά (7) τουλάχιστον συνεχείς ώρες εργασίας».

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 8 του ως άνω Προεδρικού Διατάγματος, «ο κανονικός χρόνος εργασίας των εργαζομένων τη νύχτα δεν πρέπει να υπερβαίνει κατά μέσο όρο τις οκτώ ώρες ανά εικοσιτετράωρο σε περίοδο μιας εβδομάδας. Μπορεί να ορίζεται διαφορετική από την παραπάνω περίοδο αναφοράς με συλλογικές συμβάσεις εργασίας που συνάπτονται σε εθνικό ή περιφερειακό επίπεδο. Εάν η ελαχίστη περίοδος εικοσιτετράωρης εβδομαδιαίας ανάπαυσης που απαιτείται από το άρθρο 5 εμπίπτει σε αυτήν την περίοδο αναφοράς, δεν

λαμβάνεται υπόψη για τον υπολογισμό του μέσου όρου. 2. Οι εργαζόμενοι τη νύχτα, όταν η εργασία την οποία εκτελούν ενέχει ιδιαίτερους κινδύνους ή σημαντική σωματική ή πνευματική ένταση, δεν πρέπει να εργάζονται περισσότερο από οκτώ ώρες κατά τη διάρκεια εικοσιτετράωρης περιόδου στην οποία πραγματοποιούν νυχτερινή εργασία. Η εργασία που ενέχει ιδιαίτερους κινδύνους ή σημαντική σωματική ή πνευματική ένταση, εφόσον δεν ορίζεται από την κείμενη νομοθεσία ή από συλλογικές συμβάσεις εργασίας, καθορίζεται στο επίπεδο της επιχείρησης μετά από διαβούλευση μεταξύ του εργοδότη και των εκπροσώπων των εργαζομένων (Ν. 1264/82) ή των εκπροσώπων τους για θέματα υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων [άρθρα 2 (παράγραφος 4) και 10 του Π.Δ 17/96 και σύμφωνα με την γραπτή εκτίμηση κινδύνου [άρθρο 8 (παράγραφος 1) του Π.Δ 17/96], στην οποία θα πρέπει να εκτιμώνται και οι κίνδυνοι που συνδέονται με την νυχτερινή εργασία»

Σύμφωνα με το άρθρο 9 του Π.Δ 88/1999, «σε κάθε εργαζόμενο πριν αναλάβει εργασία κατά τη νύχτα, και στη συνέχεια κατά τακτά χρονικά διαστήματα, πρέπει να γίνονται οι απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να εξετασθεί η καταλληλότητά του για την εργασία αυτή. 2. Εφόσον οι εργαζόμενοι τη νύχτα, μετά από τις προβλεπόμενες στην παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου ιατρικές εξετάσεις αποδειχτεί ότι έχουν προβλήματα που οφείλονται στη νυκτερινή εργασία, μετατίθενται σε θέση ημερήσιας εργασίας για την οποία είναι κατάλληλοι.»

Οι ανωτέρω διατάξεις περιγράφουν με συνοπτικό τρόπο το καθεστώς της νυχτερινής απασχόλησης, καθιερώνοντας τις ελάχιστες προϋποθέσεις για την παροχή νυκτερινής εργασίας και κατοχυρώνοντας τα ελάχιστα δικαιώματα των εργαζομένων. Είναι γεγονός ότι από την ανάγνωση των παραπάνω διατάξεων δεν προκύπτει εντέλει ο μέγιστος επιτρεπόμενος αριθμός ωρών νυκτερινής εργασίας ανά εβδομάδα. Παρ' όλα αυτά υπάρχει καθημερινός αγώνας προκειμένου η συχνότητα της νυκτερινής εργασίας να μην οδηγεί σε σωματική και ψυχολογική εξουθένωση των Νοσηλευτών και να μην επιφέρει επιβλαβή αναστάτωση στην οικογενειακή τους ζωή. Τέλος πρέπει να τονιστεί ότι παρά τον συνεχή αγώνα, η επιτυχής έκβασή του εξαρτάται άμεσα από την πρόσληψη ικανού αριθμού Νοσηλευτών, ώστε να καλυφθούν τα μεγάλα κενά και οι τεράστιες ελλείψεις προσωπικού⁴⁷.

4.6 Νοσηλευτικές Άδειες

Σήμερα λόγω της έλλειψης προσωπικού και τους αυξημένους ρυθμούς εργασίας, οι νοσηλευτές στερούνται πολλές φορές την χορήγηση αδειών. Παρόλα αυτά στην επόμενη ενότητα θα αναφερθούμε γενικότερα στις άδειες και στον τρόπο χορήγησής τους, ειδικότερα στις εκπαιδευτικές άδειες και προϋποθέσεις χορήγησής τους αλλά και για την ένταξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος στα βαρέα και ανθυγιεινά, θέμα φλέγων για τη νοσηλευτική.

4.6.1 Άδεια Υπηρεσιακής Εκπαίδευσης (άρθρο 58 του Υ.Κ.)

1. Για τη συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα μετεκπαίδευσης και προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, ο υπάλληλος δικαιούται να ζητήσει άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης. Η άδεια αυτή δεν χορηγείται αν ο χρόνος υπηρεσίας του υπαλλήλου που απομένει μετά το πέρας της άδειας είναι μικρότερος του τετραπλάσιου της χρονικής διάρκειας της άδειας. Επίσης η ανωτέρω άδεια δεν χορηγείται αν ο υπάλληλος δεν έχει συμπληρώσει τη δοκιμαστική υπηρεσία.
2. Στους υπαλλήλους που χορηγείται άδεια για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο εσωτερικό, παρέχονται αποδοχές αυξημένες κατά 20%. Αν η μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση γίνεται εκτός της περιοχής του Δήμου που εδρεύει η υπηρεσία του υπαλλήλου, μπορεί να ορίζεται προσαύξηση αποδοχών έως και 40% με απόφαση του υπηρεσιακού συμβουλίου. Στους υπαλλήλους που χορηγείται άδεια για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο εξωτερικό, παρέχονται αποδοχές αυξημένες στο διπλάσιο. Η προσαύξηση των αποδοχών μειώνεται κατά το μέρος που καλύπτεται από υποτροφία ή άλλου είδους χρηματική αμοιβή ή αποζημίωση που τυχόν χορηγείται στον υπάλληλο στο εσωτερικό ή το εξωτερικό. Ο υπάλληλος δικαιούται επίσης οδοιπορικά έξοδα μετάβασης και επιστροφής.

Σημειώνεται ότι η προσαύξηση αποδοχών των υπαλλήλων στους οποίους χορηγήθηκαν εκπαιδευτικές άδειες κατ' εφαρμογή των διατάξεων του προϊσχύσαντος Υ.Κ. (ν. 2683/1999) εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις αυτές και ως εκ τούτου δεν πρέπει να αναπροσαρμοστεί σύμφωνα με τα νέα ποσοστά (παρ. 7 του άρθρου 169 του Υ.Κ.)⁴⁸.

4.6.2 Πότε Χορηγείται Η Εκπαιδευτική Άδεια

Οι προϋποθέσεις και η διαδικασία χορήγησης εκπαιδευτικής άδειας διέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 58 του Δημοσιούπαλληλικού κώδικα (Νόμος 3528/2007). Εκ των ανωτέρω διατάξεων προκύπτει ότι η χορήγηση της εκπαιδευτικής άδειας συνιστά πράξη ευρείας διακριτικής ευχέρειας της διοίκησης, η οποία δύναται να συνεκτιμήσει περισσότερους παράγοντες κατά την λήψη απόφασης. Σε περίπτωση, ωστόσο, αρνητικής απάντησης, η πράξη απόρριψης του αιτήματος θα πρέπει να φέρει ειδική και πλήρη αιτιολογία που να παρουσιάζει τους ακριβείς λόγους, που καθιστούν αδύνατη την χορήγηση της αιτηθείσας εκπαιδευτικής άδειας στον συγκεκριμένο υπάλληλο.

Μοναδική περίπτωση υποχρεωτικής χορήγησης της εν' λόγω αδειας είναι η λήψη υποτροφίας από το ίδρυμα κρατικών υποτροφιών, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του ως άνω άρθρου 58. Κατά τα λοιπά προ της εκδόσεως απόφασης περί της χορήγησης ή μη της εκπαιδευτικής άδειας προηγείται, ως ουσιώδης τύπος της διαδικασίας, η σύμφωνη γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου. Εντεύθεν, προκειμένου να είναι εφικτός ο έλεγχος της ορθής τήρησης του συνόλου της διαδικασίας, δέον να κοινοποιείται στον ενδιαφερόμενο υπάλληλο, που έχει εν προκειμένω έννομο συμφέρον, τόσο η σχετική γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου, όσο και η τελική πράξη του αποφασίζοντος οργάνου⁴⁹.

4.6.3 Προϋποθέσεις Χορήγησης Εκπαιδευτικής Άδειας

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 58§1-2, για τη συμμετοχή του υπαλλήλου σε προγράμματα μετεκπαίδευσης και προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, ο υπάλληλος δικαιούται να ζητήσει άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης. Άδεια δεν χορηγείται αν ο χρόνος υπηρεσίας του υπαλλήλου που απομένει μετά το πέρας της άδειας είναι μικρότερος του τετραπλάσιου της χρονικής διάρκειας της άδειας. Επίσης η ανωτέρω άδεια δεν χορηγείται αν ο υπάλληλος δεν έχει συμπληρώσει τη διετή δοκιμαστική υπηρεσία. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης χορηγείται από τον αρμόδιο Υπουργό ή από τη Διοίκηση του οικείου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ύστερα από αίτηση του υπαλλήλου και μετά από σύμφωνη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου, το οποίο ελέγχει τη συνδρομή των προϋποθέσεων της παρ. 1 και συνεκτιμά τη συνάφεια της μετεκπαίδευσης ή της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης με το αντικείμενο της υπηρεσίας του, την υπηρεσιακή επίδοση και τις γνώσεις του υπαλλήλου.

Διοθέντος ότι όπως προαναφέρθηκε οι διατάξεις του άρθρου 58 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα κατοχυρώνουν ένα δημόσιο δικαίωμα υπέρ των υπαλλήλων, οποιαδήποτε διοικητική πράξη απόρριψης αίτησης για χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας, ειδικώς όταν συντρέχει το χρονικό κριτήριο και υπάρχει η απαιτούμενη συνάφεια, θα πρέπει να φέρει ειδική, σαφή και επαρκή αιτιολογία προκειμένου να είναι νόμιμη⁵⁰.

4.6.4 Άδεια Συμμετοχής Σε Συνέδριο

Όπως είναι αυτονόητο, η συμμετοχή των νοσηλευτών σε συνέδρια, σεμινάρια και λοιπές επιστημονικές εκδηλώσεις, που αφορούν τους όρους άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος, συμβάλλει αποφασιστικά στην ποιοτική αναβάθμιση των επαγγελματιών του κλάδου, με άμεση συνέπεια την βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Για την συμμετοχή των Νοσηλευτών σε παρόμοιες εποικοδομητικές δραστηριότητες, απαιτείται, πλην της ελευθέρως βουλήσεώς τους, η χορήγηση της ανάλογης άδειας από την υπηρεσία τους. Το συγκεκριμένο ζήτημα ρυθμίζεται από τον Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα (Νόμος 3528/2007) και δη το άρθρο 52 παράγραφος 2 αυτού, σύμφωνα με το οποίο άδειες μικρής χρονικής διάρκειας μπορεί να χορηγούνται για συμμετοχή σε συνέδρια, συνδιασκέψεις, σεμινάρια και κάθε είδους συναντήσεις επιστημονικού χαρακτήρα στο εσωτερικό ή εξωτερικό, εφόσον η συμμετοχή κρίνεται συμφέρουσα για την υπηρεσία. Η παράγραφος 3 του άρθρου 59 συμπληρώνει, εξάλλου, ότι οι άδειες των προηγούμενων παραγράφων χορηγούνται από τον οικείο υπουργό ή τη διοίκηση του οικείου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, κατά περίπτωση, μετά από γνώμη του άμεσου προϊσταμένου του υπαλλήλου, με αποδοχές για όλο το χρόνο κατά τον οποίο ο υπάλληλος μετέχει στις δραστηριότητες. Στο χρόνο αυτόν προστίθενται οι μέρες που είναι αναγκαίες για τη μετάβαση και την επιστροφή του υπαλλήλου.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η χορήγηση της άδειας για συμμετοχή σε συνέδρια είναι δυνατή και όχι υποχρεωτική για την υπηρεσία. Η χορήγησή της εξαρτάται από το εάν η συμμετοχή του υπαλλήλου κρίνεται πράγματι ενδιαφέρουσα για την υπηρεσία. Ενόψει των ανωτέρω, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι η ενδεχομένη απόρριψη αιτήματος για χορήγηση της άνω άδειας απαιτεί αιτιολογία, η οποία ανευρίσκεται στη σχετική γνώμη που διατυπώνει ο άμεσος προϊστάμενος του υπαλλήλου και η οποία γνώμη οφείλει να αποφαίνεται

αποκλειστικώς και μόνο περί της συμφέρουσας ή μη για την υπηρεσία συμμετοχής του υπαλλήλου στο συγκεκριμένο συνέδριο. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τις προαναφερθείσες διατάξεις του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα, η χορήγηση της επίμαχης άδειας δεν συνδέεται ούτε εξαρτάται από λοιπούς υπηρεσιακούς λόγους ή ανάγκες, η επίκληση των οποίων δεν προβλέπεται προκειμένου να απορριφθεί η χορήγησή της.

Συνοψίζοντας από τα παραπάνω, το μόνο που απομένει είναι να διευκρινισθούν οι προϋποθέσεις και τα ειδικότερα κίνητρα, που θα συντελέσουν στην εκφορά κρίσης του άμεσου προϊσταμένου περί της συμφέρουσας ή μη συμμετοχής για την υπηρεσία ενός υπαλλήλου σε συνέδριο.

Είναι λοιπόν προφανές, ότι τα κριτήρια αυτά δεν μπορούν να προσδιορισθούν κάθε φορά με ακρίβεια, δύναται ωστόσο, να αποτυπωθούν σε αδρές γραμμές. Ειδικότερα, μείζονος σημασίας κρίνεται η θεματική του συνεδρίου γενικώς, καθώς και των επιμέρους ενοτήτων του, το επιστημονικό κύρος των ομιλητών – παρεμβαινόντων, όπως επίσης το κύρος και η προσφορά του φορέα διοργάνωσης του συνεδρίου⁵¹.

4.6.5 Πότε Χορηγείται Η Κανονική Άδεια

Όπως είναι ήδη γνωστό, το δικαίωμα κανονικής άδειας των δημοσίων υπαλλήλων καθιερώνεται στις διατάξεις του άρθρου 48 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), ενώ η διαδικασία χορήγησης της εν λόγω άδειας περιγράφεται στο αμέσως επόμενο άρθρο 49.

Ενόψει των ανωτέρω διατάξεων, και κατόπιν υποβολής του υπ' αριθμό πρωτ. ΥΠ0β/146359/15-11-2007 ερωτήματος της Διεύθυνσης Προσωπικού Νομικών Προσώπων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εξεδόθη το υπ' αριθμό πρωτ. Φ51/565/31066/6-12-2007 έγγραφο της Διεύθυνσης Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού του Υπουργείου Εσωτερικών.

Σύμφωνα με το ανωτέρω έγγραφο, η θεμελίωση του δικαιώματος χορήγησης κανονικής αδειάς προϋποθέτει την παροχή εργασίας για το «εύλογο» χρονικό διάστημα των δύο (2) μηνών εντός του εκάστοτε ημερολογιακού έτους, για το οποίο χορηγείται η άδεια. Με άλλα

λόγια, εφόσον ο υπάλληλος εργαστεί για χρονική περίοδο συντομοτέρα των δύο μηνών, δεν δικαιούται να λάβει καμία ημέρα της κανονικής άδειας.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 48§1 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα, οι δημόσιοι υπάλληλοι δικαιούνται κανονική άδεια με αποδοχές δύο (2) μήνες μετά τον διορισμό τους. Η σαφής διατύπωση της ανωτέρω διάταξης δεν αφήνει περιθώριο αμφιβολιών ως προς την προϋπόθεση που πρέπει να συντρέχει, προκειμένου ο υπάλληλος να δικαιούται κανονικής αδειάς, και η οποία προϋπόθεση εντοπίζεται και περιορίζεται αποκλειστικά στην πάροδο χρονικής περιόδου δύο (2) μηνών από τον διορισμό του. Κατ' αρχήν, λοιπόν, οποιαδήποτε αντίθετη ερμηνευτική εκδοχή, αποδεχόμενη την απαραίτητη συνδρομή και άλλων προϋποθέσεων, πλην της προαναφερθείσας, για την θεμελίωση του δικαιώματος λήψεως της κανονικής αδειάς, έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το γράμμα της παραγράφου 1 του άρθρου 48 Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα.

Περαιτέρω, οι συντάκτες του επίμαχου υπ' αριθμ. πρωτ. Φ51/565/31066/6-12-2007 έγγραφου της Διεύθυνσης Διοίκησης Ανθρώπινου Δυναμικού του Υπουργείου Εσωτερικών προβαίνουν σε μια αυθαίρετη αξιολογική κρίση, ορίζοντας ως εύλογο χρονικό διάστημα παροχής εργασίας, ικανό να θεμελιώσει δικαίωμα λήψεως κανονικής άδειας, το διάστημα των δύο (2) μηνών. Με βάση το παραπάνω σκεπτικό, καθίσταται σαφές ότι, αν ένας υπάλληλος εργαστεί, κατά την διάρκεια ενός έτους, για χρονική περίοδο ενός μηνός και είκοσι εννέα ημερών, τότε δεν δικαιούται ούτε μια ημέρα κανονικής άδειας.

Διαφαίνεται δε, ότι κατά την κρίση των συντακτών του επίμαχου εγγράφου, ο υπάλληλος δεν δικαιούται καμία ημέρα κανονικής άδειας, αν δεν εργαστεί για τουλάχιστον δυο μήνες, διότι δεν έχει κουραστεί σωματικά ή ψυχικά, ενώ δεν έχει επηρεαστεί η απόδοση και η παραγωγικότητά του. Ειδικότερα, αν το δικαίωμα λήψεως κανονικής άδειας δύναται να περιορισθεί ή και να αναιρεθεί πλήρως, ο περιορισμός του θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να είναι αναλογικός, υπολογιζόμενος με βάση τον συνολικό χρόνο παροχής εργασίας. Άλλωστε, και οι σχετικές διατάξεις του άρθρου 48 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα, δια των οποίων πραγματοποιείται ο υπολογισμός της συνολικής διάρκειας της κανονικής άδειας που δικαιούται ένας υπάλληλος, χαρακτηρίζονται από μια λογική κλιμάκωση, που καθορίζεται τόσο από τον συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας, όσο και από τον χρόνο εβδομαδιαίας απασχόλησης. Συνεπώς, και η υποτιθέμενη δυνατότητα μείωσης ή ολικής αναίρεσης του δικαιώματος κανονικής άδειας θα πρέπει υποχρεωτικώς να ακολουθεί μια αντίστοιχη λογική κλιμάκωση και αναλογίας. Υπό το πρίσμα τούτο, ο καθορισμός του

εύλογου χρόνου στο ελάχιστο διάστημα των δύο (2) μηνών, προ της παρόδου του οποίου ο υπάλληλος δεν δικαιούται καμία ημέρα κανονικής άδειας, μετά, δε, την πάροδό του θεμελιώνεται δικαίωμα λήψεως του συνόλου της κανονικής άδειας, προδήλως κινείται πέραν πάσης έννοιας αναλογίας, παρερμηνεύοντας πλήρως το πνεύμα των σχετικών διατάξεων του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα⁵².

4.6.6 Άδεια Άνευ Αποδοχών

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 51 παράγραφος 1 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007), «επιτρέπεται η χορήγηση στον υπάλληλο, μετά από αίτηση του, αδειας χωρίς αποδοχές, εφόσον οι ανάγκες της υπηρεσίας το επιτρέπουν. Η άδεια αυτή δεν μπορεί να υπερβεί τον ένα (1) μήνα εντός του ίδιου ημερολογιακού έτους» Σύμφωνα με την παράγραφο 2 του ως άνω άρθρου, «στους υπαλλήλους επιτρέπεται η χορήγηση αδειας χωρίς αποδοχές συνολικής διάρκειας έως δύο (2) ετών, ύστερα από αίτησή τους και γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου για σοβαρούς ιδιωτικούς λόγους».

Περαιτέρω, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του ίδιου ως άνω άρθρου, «υπάλληλος, του οποίου σύζυγος υπηρετεί στο εξωτερικό σε ελληνική υπηρεσία του δημοσίου, νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή άλλου φορέα του δημοσίου τομέα ή σε υπηρεσία ή φορές της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή σε διεθνή οργανισμό, στον οποίο μετέχει και η Ελλάδα, δικαιούται να πάρει άδεια χωρίς αποδοχές μέχρι έξη (6) έτη συνεχώς ή και τμηματικά, εφόσον έχει συμπληρώσει διετή πραγματική υπηρεσία».³³ Είναι προφανές, ότι η ανωτέρω διάταξη σκοπό έχει την διαφύλαξη της ενότητας της οικογένειας, ενός θεσμού που χαίρει και συνταγματικής προστασίας. Βασική προϋπόθεση για την χορήγηση της συγκεκριμένης άδειας είναι η συμπλήρωση διετούς πραγματικής, δηλαδή υπολογιζόμενης από την ημέρα ανάληψης των καθηκόντων, υπηρεσίας.

Σύμφωνα με την παράγραφο 4 του άρθρου 51, στον υπάλληλο που αποδέχεται θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ή σε διεθνή οργανισμό, στον οποίο μετέχει η Ελλάδα, χορηγείται μετά από γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου άδεια χωρίς αποδοχές μέχρι πέντε (5) έτη, η οποία μπορεί να παραταθεί με την ίδια διαδικασία για μία ακόμα πενταετία. Αν ο υπάλληλος δεν εμφανιστεί να αναλάβει τα καθήκοντα μέσα σε δύο (2) μήνες από την λήξη της άδειας, θεωρείται ότι παραιτήθηκε αυτοδικαίως από την υπηρεσία. Προϋπόθεση χορήγησης της

ανωτέρω άδειας άνευ αποδοχών είναι η αποδοχή της θέσεως, δηλαδή να έχει συντελεσθεί διορισμός ή πρόσληψη. Με άλλα λόγια, εν προκειμένω βρισκόμαστε ενόψει μιας ιδιόμορφης περίπτωσης κατοχής δεύτερης θέσης.

Η άδεια χορηγείται κατόπιν απλής γνώμης του υπηρεσιακού συμβουλίου. Η γνώμη αυτή είναι εξαιρετικά δύσκολο να είναι αρνητική. Όταν λήξει η άδεια και ο υπάλληλος δεν επανέλθει στην υπηρεσία, θεωρείται ότι παραιτήθηκε αυτοδικαίως. Εν προκειμένω, προβλέπεται η εφαρμογή της πλασματικής παραίτησης λόγω παράνομης κατοχής δεύτερης θέσεως, όπως αυτή περιγράφεται στο άρθρο 35 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 5 του ίδιου ως άνω άρθρου, «ο χρόνος της άδειας χωρίς αποδοχές αποτελεί χρόνο πραγματικής υπηρεσίας μόνο στις περιπτώσεις των παραγράφων 1 και 4 του παρόντος άρθρου»³³. Συμπερασματικά, ο χρόνος της άδειας άνευ αποδοχών που δεν αφορά τις περιπτώσεις των παραγράφων 1 και 4 δεν αποτελεί χρόνο πραγματικής υπηρεσίας και συνεπάγεται δυσμενείς συνέπειες για τον υπάλληλο, όπως μη υπολογισμό χρόνου για μισθολογική εξέλιξη και προαγωγή, καθώς και μη υπολογισμός χρόνου ως συντάξιμης υπηρεσίας.

Τέλος, σύμφωνα με την παράγραφο 6 του άρθρου 51, κατά τη διάρκεια της άδειας της παραγράφου 4 του άρθρου αυτού ο υπάλληλος υποχρεούται να καταβάλλει τις νόμιμες κρατήσεις για κύρια και επικουρική ασφάλιση και στα ταμεία πρόνοιας, οι οποίες αντιστοιχούν στο βαθμό ή το μισθό της υπηρεσίας στην οποία ανήκει οργανικά.

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η χορήγηση άδειας άνευ αποδοχών, πλην της περίπτωσης της παραγράφου 1 του άρθρου 53 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα, αποτελεί πράξη διακριτικής ευχέρειας της διοίκησης. Εξ αυτού του λόγου, η απόφαση χορήγησης ή άρνησης της αιτηθείσας άδειας πρέπει να είναι πάντα επαρκώς αιτιολογημένη, ενώ παραμένει δυνατός ο ακυρωτικός έλεγχός της από τα αρμόδια δικαστήρια⁵³.

4.6.7 Άδεια Μητρότητας (άρθρο 52 του Υ.Κ.)

1. Στη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 52 του Υ.Κ. προβλέπονται τα ακόλουθα:
Στις υπαλλήλους οι οποίες κυοφορούν, χορηγείται άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) μήνες πριν και τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση

απόκτησης τέκνου πέραν του 3ου (δηλαδή 4ου και άνω), η μετά τον τοκετό άδεια προσαυξάνεται κάθε φορά κατά δύο (2) μήνες. Η προσαύξηση αυτή χορηγείται και στις μητέρες με τέσσερα και άνω παιδιά, οι οποίες κατά την 9η Φεβρουαρίου 2007 (ημέρα δημοσίευσης του ν. 3528/2007) δεν είχαν εξαντλήσει την τρίμηνη άδεια λοχείας.

2. Στην παράγραφο 4 του ίδιου άρθρου προβλέπεται ότι στις υπαλλήλους που υιοθετούν τέκνο, χορηγείται άδεια τριών (3) μηνών με πλήρεις αποδοχές εντός του πρώτου εξαμήνου μετά την περαίωση της διαδικασίας της υιοθεσίας, εφόσον το υιοθετημένο τέκνο είναι ηλικίας έως έξι (6) ετών. Ένας μήνας από την άδεια αυτή μπορεί να καλύπτει απουσία της υπαλλήλου κατά το προ της υιοθεσίας διάστημα. Ο μήνας αυτός μπορεί να ληφθεί οποτεδήποτε κατά το προ της υιοθεσίας διάστημα κατόπιν σχετικής αίτησης της ενδιαφερόμενης υπαλλήλου, η οποία πρέπει να προσκομίσει στην υπηρεσία σχετική βεβαίωση από τις αρμόδιες αρχές για την έναρξη της διαδικασίας της υιοθεσίας⁴⁸.

4.6.8 Άδεια Ανατροφής

Αναφορικά με την καθιέρωση διευκολύνσεων για υπάλληλους με οικογενειακές υποχρεώσεις επισημαίνεται ότι σύμφωνα με το άρθρο 53 παράγραφος 2 του Δημοσιοϋπαλληλικού Κώδικα (Νόμος 3528/2007) ο χρόνος εργασίας του γονέα υπαλλήλου μειώνεται κατά δύο (2) ώρες ημερησίως εφόσον έχει τέκνα ηλικίας έως δύο (2) ετών και κατά μία (1) ώρα, εφόσον έχει τέκνα ηλικίας από δύο (2) έως τεσσάρων (4) ετών, ενώ σύμφωνα με το αμέσως επόμενο εδάφιο της ανωτέρω παραγράφου, ο γονέας υπάλληλος δικαιούται εννέα (9) μήνες άδεια με αποδοχές για ανατροφή παιδιού, εφόσον δεν κάνει χρήση του κατά το προηγούμενο εδάφιο μειωμένου ωραρίου.

Όπως γίνεται αντιληπτό από τις παραπάνω διατάξεις, ο γονέας υπάλληλος δικαιούται διαζευκτικός είτε την χρήση του μειωμένου ωραρίου, είτε την λήψη άδειας ανατροφής. Οι ανωτέρω διευκολύνσεις ισχύουν για κάθε υπάλληλο που έχει τέκνα μέχρι τεσσάρων ετών. Με άλλα λόγια η αίτηση για την χορήγηση της εννεάμηνης άδειας ανατροφής μπορεί να υποβληθεί από τον ενδιαφερόμενο προς την υπηρεσία του οποτεδήποτε κατόπιν αιτήσεώς του και όχι αυτοδικαίως από την υπηρεσία, αρκεί το τέκνο του να μην έχει συμπληρώσει το τέταρτο έτος της ηλικίας του⁵⁵.

4.6.9 Ένταξη Του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος Στα Βαρέα Και Ανθυγιεινά

Είναι γεγονός, ότι οι συνθήκες απασχόλησης, οι ώρες εργασίας, η μισθολογική κατάσταση και το συνταξιοδοτικό καθεστώς του εργατικού δυναμικού της χώρας αποτελούν μείζονα ζητήματα κοινωνικοπολιτικής και οικονομικής σημασίας. Στο ως άνω πεδίο προβληματισμού εντάσσεται και η συζήτηση περί των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων, τα οποία συνδέονται με μια σειρά ειδικών ευνοϊκών ρυθμίσεων για τους εργαζομένους.

Ειδικότερα, ενώ οι Νοσηλευτές του ιδιωτικού τομέα βρίσκονται ανέκαθεν -και δικαίως- στη λίστα των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων, οι Νοσηλευτές που παρέχουν τις υπηρεσίες τους στον δημόσιο τομέα αδικαιολογήτως δεν απολαμβάνουν της ως άνω ρύθμισης. Το παράδοξο αυτό φαινόμενο έχει ως άμεσο αποτέλεσμα την εν τοις πράγματι καθιέρωση μιας διάκρισης μεταξύ εργαζομένων, που διαθέτουν τα ίδια τυπικά προσόντα και παρέχουν τις ίδιες υπηρεσίες. Η εν λόγω διάκριση, που προκύπτει από την υπαγωγή όμοιων περιπτώσεων σε διαφορετικό κανόνα, έρχεται σε ευθεία αντίθεση με την αρχή της ισότητας, ενώ προκαλεί την δικαιολογημένη αγανάκτηση των Νοσηλευτών του Ε.Σ.Υ., οι οποίοι, εν προκειμένω, υστερούν των συναδέλφων τους που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα.

Η διαιώνιση του ως άνω παραδόξου δεν μπορεί να συνεχιστεί. Το αίτημα των Νοσηλευτών του Ε.Σ.Υ. περί εντάξεως στα βαρέα και ανθυγιεινά αποτελεί διεκδίκηση του κλάδου, μη επιδεχόμενη περαιτέρω αναβολής. Η ικανοποίηση, δε, του εν λόγω αιτήματος κρίνεται ως επιτακτική, λαμβανομένων υπόψη των εξαιρετικά δυσχερών συνθηκών εργασίας των Νοσηλευτών του Ε.Σ.Υ., που οφείλονται πρωτίστως στις τραγικές ελλείψεις προσωπικού⁵⁶.

4.7 Μισθολογική Κλίμακα

Ένα επιπλέον σημαντικό ζήτημα για τους νοσηλευτές που μπορεί, σύμφωνα με έρευνα να τους ωθήσει στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος, είναι οι μισθολογικές απολαβές. Σε αυτήν την ενότητα κρίνεται σκόπιμο να γίνει μία μικρή αναφορά για την μισθολογική σχέση του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα εργασίας, οι μέχρι πρότινος μισθολογικές απολαβές των υπαλλήλων αλλά και η εξέλιξη στα μισθολογικά κλίμακα, καθώς με το σημερινό οικονομικό σύστημα δεν γνωρίζουμε τι μας επιφυλάσσει το μέλλον.

4.7.1 Μισθολογική Σχέση Δημοσίου Και Ιδιωτικού Τομέα

Δημόσιος Τομέας

Οι Νοσηλευτές που εργάζονται στο Δημόσιο Τομέα (Δημόσια Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Μέση Εκπαίδευση), υπάγονται στο μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων και αμείβονται όπως όλοι οι πτυχιούχοι ΤΕΙ. Οι ιδιαίτερες περιπτώσεις εντάσσονται επίσης στα πλαίσια του μισθολογίου των δημοσίων υπαλλήλων, για παράδειγμα όσους εργάζονται σε κυκλικό ωράριο, υπάρχει αποζημίωση, για τις ώρες εργασίας που πραγματοποιούνται από τις 10 μμ ως τις 6πμ, για τις Κυριακές και τις επίσημες αργίες.

Ιδιωτικός Τομέας

Για τους Νοσηλευτές που εργάζονται στον Ιδιωτικό Τομέα ισχύουν οι εκάστοτε συλλογικές συμβάσεις εργασίας που προβλέπουν και την αμοιβή γενικότερα των πτυχιούχων ΤΕΙ. Επίσης ισχύουν τα ανάλογα για το κυκλικό ωράριο και τις αργίες που ισχύουν και στο Δημόσιο Τομέα⁵⁷.

4.7.2 Εξέλιξη Μισθολογικών Κλιμάκιων

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Νόμου 3205/2003, τα μισθολογικά κλιμάκια (Μ.Κ.) των υπαλλήλων των κατηγοριών Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ) με πτυχίο ή δίπλωμα Πανεπιστημίου ημεδαπής ή ισότιμο Σχολών αλλοδαπής, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) με πτυχίο ή δίπλωμα Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) της ημεδαπής ή ισότιμο Σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ) και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ) ορίζονται σε δεκαοκτώ (18) για κάθε κατηγορία και οι υπάλληλοι εκάστης κατηγορίας εξελίσσονται σε αυτά με εισαγωγικό το 18ο Μ.Κ. και καταληκτικό το 1ο Μ.Κ.

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 5 του ίδιου ως άνω Νόμου, για τη μισθολογική εξέλιξη των υπαλλήλων όλων των κατηγοριών, από κατώτερο σε ανώτερο μισθολογικό κλιμάκιο, απαιτείται υπηρεσία ως εξής: **α.** Για την απονομή του αμέσως επόμενου μετά το εισαγωγικό Μ.Κ., υπηρεσία ενός (1) έτους στο εισαγωγικό Μ.Κ. **β.** Για την απονομή όλων των επόμενων μισθολογικών κλιμακίων, υπηρεσία δύο (2) ετών σε κάθε μισθολογικό κλιμάκιο.

Οι ανωτέρω κανόνες ρυθμίζουν το ζήτημα της μισθολογικής εξέλιξης των δημοσίων υπαλλήλων με βάση τα θεσμοθετημένα κλιμάκια⁵⁸.

4.7.3 Μισθολογικές Απολαβές Υπαλλήλων

Ειδικώς ως προς την μισθολογική εξέλιξη επισημαίνονται οι διατάξεις του άρθρου 15 παράγραφος 1 του Νόμου 3205/2003, σύμφωνα με τις οποίες «ως υπηρεσία για την εξέλιξη των υπαλλήλων στα μισθολογικά κλιμάκια του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, λαμβάνεται υπόψη: α) Η υπηρεσία που προσφέρεται στο δημόσιο σε Ν.Π.Δ.Δ και Ο.Τ.Α. με σχέση εξαρτημένης εργασίας δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου αορίστου ή ορισμένου χρόνου, β) Η προϋπηρεσία σε υπηρεσίες κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και της Κυπριακής Δημοκρατίας, αντίστοιχες με αυτές του προηγούμενου εδάφιου».

Επιπλέον με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Νόμου 3205/2003, άπαντες οι υπάλληλοι του δημόσιου τομέα κατατάσσονται σε μισθολογικά κλιμάκια, διακριτά για καθεμία εκ των κατηγοριών Π Ε, ΤΕ, ΔΕ και ΥΕ. Ενώ, σύμφωνα με το άρθρο 4 παράγραφος Ι του ως άνω Νόμου, ο διοριζόμενος εισέρχεται στην Υπηρεσία με το εισαγωγικό μισθολογικό κλιμάκιο της κατηγορίας στην οποία ανήκει η θέση που διορίζεται.

Όπως προκύπτει από τις ανωτέρω νομοθετικές διατάξεις, το κρίσιμο στοιχείο για τον προσδιορισμό των μισθολογικών αποδοχών εκάστου υπαλλήλου είναι η κατηγορία στην οποία ανήκει η οργανική θέση που κατέχει.

Εντέυθεν, εφόσον ένας υπάλληλος κατέχει οργανική θέση της κατηγορίας ΔΕ, ακόμη και αν είναι κάτοχος πτυχίου ΤΕ, θα αμείβεται με βάση το μισθολόγιο των υπαλλήλων της κατηγορίας ΔΕ, μη δυνάμενος να υπαχθεί κατά αναλογία στο μισθολόγιο των υπαλλήλων ΤΕ λόγω κτήσεως ανώτερου πτυχίου.

Συμπερασματικά, η μισθολογική αντιμετώπιση ενός υπαλλήλου δύναται να τροποποιηθεί μόνον εφόσον αυτός καταταγεί σε οργανική θέση άλλης κατηγορίας⁵⁹.

Κεφάλαιο 5

Νοσηλευτική Και Εκπαίδευση

5.1 Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση Και Νοσηλευτική

Τα προγράμματα εκπαίδευσης προσωπικού έχουν σχεδιαστεί έτσι, ώστε να παρακινούν τους ενήλικους μαθητές να μελετήσουν τη μαθησιακή διαδικασία ως φυσικό τμήμα της ζωής. Οι άνθρωποι έρχονται στην κοινωνία χωρίς γνώσεις. Από την ημέρα της γέννησης τους μέχρι την ημέρα που θα πεθάνουν, αποτελούν μέρος μίας κοινωνίας της οποίας οι θεσμοί αλλάζουν συνεχώς. Οι άνθρωποι είναι σε θέση να μαθαίνουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους⁶⁰.

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 χώρο⁶⁰.

Η δια βίου μάθηση είναι απαραίτητη στη νοσηλευτική, λόγω των γρήγορων αλλαγών που συμβαίνουν στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας και των μεταβαλλόμενων ρόλων της νοσηλευτικής μέσα σε αυτό το σύστημα. Οι γνώσεις που αποκτά κάποιος μέσα από τα βασικά προγράμματα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης γρήγορα θεωρούνται ξεπερασμένες. Η νοσηλευτική επηρεάζεται από τη δημόσια πολιτική, την τεχνολογία και τις κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές

Η τεχνολογία, η οποία συνεχώς αυξάνει στην πολυπλοκότητα και το πεδίο δράσης, είναι μία σημαντική δύναμη παρακίνησης των νοσηλευτών για να επιδιώκουν τη δια βίου μάθηση. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν υπολογιστές ενώ εργάζονται στις ειδικές μονάδες και φροντίζουν ασθενείς σε κρίσιμες για την ζωή τους καταστάσεις ενώ παράλληλα προσαρμόζονται γρήγορα στις απαιτήσεις που συνδέονται με δεξιότητες υψηλής τεχνολογίας σε πολλούς τομείς. Τα προγράμματα ανάπτυξης προσωπικού ανταποκρίνονται στις ανάγκες των νοσηλευτών που ασκούν το επάγγελμά τους κάτω από αυτές τις αυξημένες απαιτήσεις⁶¹.

5.2 Κίνητρα Νοσηλευτών Για Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση.

Όπως λοιπόν προαναφέρθηκε, η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (ΣΝΕ) σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και με τη μείωση του εργασιακού στρες. Επιπρόσθετα, οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες νοσηλευτές έχουν επιδείξει υψηλή παραγωγικότητα, λιγότερα επαγγελματικά ατυχήματα και λάθη, καλύτερο εργασιακό κλίμα, επαγγελματική ικανοποίηση και καλύτερες εκβάσεις ασθενών. Η ευαισθητοποίηση του νοσηλευτή για αυτοεκπαίδευση, καθώς και για συμμετοχή σε τυποποιημένη προγραμματισμένη ΣΝΕ, εξαρτάται και επηρεάζεται από τις προσωπικές εμπειρίες του, διαμορφώνεται από την ελεύθερη βούλησή του, αλλά και από υποσυνείδητες διεργασίες, από εσωτερική παρακίνηση, αλλά και τροποποιείται από την επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων.

Η γενική συμπεριφορά του ατόμου και ειδικότερα η στάση των νοσηλευτών απέναντι στη ΣΝΕ καθορίζεται από βιολογικούς παράγοντες (ένστικτα, παρορμήσεις, συναισθήματα), διανοητικούς παράγοντες (βούληση, αποφάσεις, επιθυμίες) και αντικειμενικούς παράγοντες που επηρεάζονται από την προσφορά κινήτρων, που καθοδηγούν με διαφορετική ένταση τις προσπάθειες για την επίτευξη προκαθορισμένων στόχων. Η ευαισθητοποίηση του νοσηλευτή, όμως από μόνη της, δεν αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για να οδηγήσει ένα επαγγελματία υγείας στη συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, αλλά απαιτείται και η προσφορά κινήτρων ή, αντίθετα, μπορεί να αναχαιτιστεί από την εμφάνιση εμποδίων. Στοιχεία που μπορούν μεταξύ άλλων να αποτελέσουν εμπόδια στην κινητοποίηση για συμμετοχή αποτελούν ο χώρος, ο χρόνος και ο τύπος της εκπαίδευσης.

Ο νοσηλευτής λοιπόν, θα πρέπει να έχει διαθέσιμες αντίστοιχες πηγές εκπαίδευσης. Στη συνέχεια, ο ενδιαφερόμενος θα μπορεί να επιλέξει την αυτοεκπαίδευση ή την οργανωμένη εκπαίδευση, που μπορεί να διακριθεί στην ενδοϋπηρεσιακή και στην εκπαίδευση που προσφέρεται εκτός υπηρεσίας. Στην ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση εντάσσεται ο προσανατολισμός των νέων υπαλλήλων και τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα, που γίνονται είτε με τη μορφή διαλέξεων, είτε με τη μορφή φροντιστηριακών μαθημάτων, στο χώρο εργασίας. Η εκτός υπηρεσίας ΣΕΕ αφορά στην παρακολούθηση εκπαιδευτικών εκδηλώσεων όπως συνέδρια, σεμινάρια, που σχετίζονται με το αντίστοιχο επάγγελμα.

Αφού λοιπόν ο νοσηλευτής επιλέξει κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ΣΝΕ θα πρέπει να προσφέρονται και κάποια κίνητρα για την πιο εποικοδομητική συμμετοχή του. Μερικά πιθανά κίνητρα είναι τα παρακάτω:

- Ευχάριστο περιβάλλον
- Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση αποτελεί κοινωνική και επιστημονική ανάγκη και θα πρέπει να κατοχυρωθεί και να υλοποιείται με κοινωνικά αποδεκτούς όρους και όχι με όρους αυτοπροβολής και ναρκισσισμού των νοσηλευτών. Κατά γενική ομολογία η ΣΝΕ είναι εξαιρετικά σημαντική για Κατάλληλη ατμόσφαιρα και καλές σχέσεις μεταξύ εκπαιδευτών και εκπαιδευομένων αλλά και μεταξύ των εκπαιδευομένων
- Η ποιότητα των εκπαιδευτών καθώς και του εκπαιδευτικού υλικού
- Η αντίληψη και συνειδητοποίηση εκ μέρους των εκπαιδευομένων ότι οι στόχοι του προγράμματος είναι χρήσιμοι και απαντούν στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων κατά την εξάσκηση του επαγγέλματός τους
- Η χρήση σύγχρονων και διαδραστικών μεθόδων διδασκαλίας
- Η ενίσχυση της ενεργού συμμετοχής του εκπαιδευόμενου στη διαδικασία μάθησης. τους νοσηλευτές, αφού αποτελεί εγγύηση για την επαγγελματική και επιστημονική εξέλιξή τους, αλλά ταυτόχρονα είναι ηθική και νομική υποχρέωση των επαγγελματιών νοσηλευτών καθότι το προσφερόμενο έργο δεν αποτιμάται απλά με αριθμούς, αλλά με το μέγιστο αγαθό, αυτό της υγείας και κατ' επέκταση της ίδιας της ανθρώπινης ζωής⁶².

5.3 Συμβολή Εκπαίδευσης Και Έρευνας Στην Βελτίωση Της Ποιότητα Της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας θεωρείται το σημαντικότερο στοιχείο στη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Ιδιαίτερα η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου, επιστημονικής και κλινικής, του νοσηλευτικού έργου. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από την εκπαίδευση των νοσηλευτών τόσο στη βασική και στη μεταβασική εκπαίδευση όσο και τη συνεχιζόμενη.

Κατά τη βασική εκπαίδευση καλλιεργούνται και αναπτύσσονται η γνώση της νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης καθώς και οι μέθοδοι εξασφάλισης και προαγωγής της ποιότητάς της. Οι νοσηλευτές ανέκαθεν παρείχαν φροντίδα υγείας. Οι δραστηριότητες όμως του νοσηλευτή έχουν αλλάξει σημαντικά τον 21ο αιώνα. Ο ρόλος του νοσηλευτή σήμερα είναι ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενούς, βασιζόμενοι στις γνώσεις και τα προσόντα τους.

Κατά την εκπαίδευση (βασική και μεταβασική) καλλιεργούνται και αναπτύσσονται:

- Η αντίληψη της έννοιας και ο προσανατολισμός της ποιότητας της φροντίδας
- Η κατάλληλη συμπεριφορά και οι νοσηλευτικές δεξιότητες (κλινικές, διαπροσωπικές, οργανωτικές, ηγετικές)
- Η γνώση της νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης καθώς και των μεθόδων εξασφάλισης και προαγωγής της ποιότητας της
- Η ενεργητική συμμετοχή των νοσηλευτών στην επιδίωξη και επιτυχία ποιότητας στη Νοσηλευτική, οπουδήποτε ασκείται: κλινικό, προληπτικό, εκπαιδευτικό, διοικητικό ή ερευνητικό τομέα.

Παράλληλα λοιπόν με την εκπαίδευση, η νοσηλευτική έρευνα είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη σώματος έγκυρης νοσηλευτικής γνώσης, πάνω στην οποία θα στηριχθούν οι βελτιώσεις στην ποιότητα της Νοσηλευτικής που παρέχεται στο κοινό. Είναι χρήσιμη για πολλούς λόγους, κυρίως όμως διότι προσφέρει νέα γνώση για τη βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής προς όφελος των αρρώστων ατόμων, οικογενειών, κοινότητας, αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών. Ως χρήστες της έρευνας, οι νοσηλευτές προσκαλούνται συνέχεια να αναθεωρούν και να βελτιώνουν την πρακτική τους καθώς έχει μια κυκλική σχέση με την κλινική νοσηλευτική και τη νοσηλευτική εκπαίδευση και πρέπει να ενσωματώνεται μαζί τους σε μια ενιαία διοικητική δομή και λειτουργική μονάδα. Η έρευνα θεωρείται αναπόσπαστη δραστηριότητα της Νοσηλευτικής, σε βαθμό που αποτελεί ένα από τα κριτήρια ποιότητας της εργασίας. Κάθε νοσηλευτής έχει την ευθύνη για τη συνεχή ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των γνώσεων για την εργασία του, με την έρευνα και τον πειραματισμό νέων και δημιουργικών παρεμβάσεων στην κλινική πρακτική.

Το μέλλον της Νοσηλευτικής μέσα σε ολόκληρο το σύστημα φροντίδας υγείας μπορεί να εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα των νοσηλευτών να προσδιορίσουν, να μετρήσουν και να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η

συστηματική αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, για να γίνεται ολοένα και πιο αποτελεσματική, αξιόπιστη, ευαίσθητη και ολιστική, θα πρέπει να αποτελεί ισόβια διεργασία. Πάντοτε και ιδιαίτερα στην εποχή μας αποτελεί εξέχουσα προτεραιότητα για τους νοσηλευτές, όχι μόνο από την άποψη της ευθύνης τους προς το κοινό, αλλά και από την προοπτική της συνέπειας προς τον εαυτό τους και το έργο τους⁶³.

5.4 Παράμετροι νοσηλευτικής ειδικότητας.

Οι νοσηλευτικές ειδικότητες περιγράφηκαν από τις πρώτες στο άρθρο 5 του Νόμου 1579/1985 (Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις).

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 5, παράγραφος 2 Κεφάλαιο Β του ως άνω Νόμου, για τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες ορίζονται οι ειδικότητες:

- Ειδικότητα νοσηλευτικής παθολογικής
- Ειδικότητα νοσηλευτικής χειρουργικής
- Ειδικότητα νοσηλευτικής παιδιατρικής
- Ειδικότητα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας

Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδετε με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να ορίζονται και άλλες ειδικότητες.

Ακολούθως, οι παράγραφοι 3 και 4 του ως άνω άρθρου ορίζουν τα εξής: Για την άσκηση της νοσηλευτικής ειδικότητας απαιτείται ειδική εκπαίδευση και χορήγηση αντίστοιχου τίτλου ειδικού νοσηλευτή. Τίτλος ειδικού νοσηλευτή χορηγείται σε απόφοιτους των ανώτερων νοσηλευτικών σχολών, των αντίστοιχων των Τ.Ε.Ι. των Α.Ε.Ι. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για την χορήγηση τίτλου ειδικού νοσηλευτή, η διάρκεια και το περιεχόμενο της αντίστοιχης εκπαίδευσης, ο αριθμός των εκπαιδευομένων κατά ειδικότητα, οι μονάδες όπου παρέχεται η εκπαίδευση, ο τρόπος και η διαδικασία τοποθέτησης των ειδικευόμενων νοσηλευτών στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Περαιτέρω, οι νοσηλευτές που έχουν αποκτήσει μία εκ των άνω ειδικοτήτων δεν δικαιούνται προσαύξησης του μισθού τους, υπό την μορφή επιδόματος ειδικότητας, σύμφωνα με τα όσα ορίζει ο Νόμος 3205/2003 περί μισθολογικών ρυθμίσεων των υπαλλήλων του δημοσίου και Ν.Π.Δ.Δ.⁶⁴.

5.5 Προϋποθέσεις Νοσηλευτικής ειδικότητας

Αναφορικά με τις προϋποθέσεις επιλογής ενός νοσηλευτή για την παρακολούθηση ορισμένης νοσηλευτικής ειδικότητας ισχύουν οι διατάξεις της υπ' αριθμόν Α4/203/1988 Απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που ορίζουν ότι για την επιλογή προς απόκτηση μίας από τις αναφερόμενες στο άρθρο 5 του Νόμου 1579/85 ειδικότητες, απαιτούνται:

1. Πτυχίο ή δίπλωμα μιας από τις αναφερόμενες Σχολές της παραγράφου 2 του Κεφαλαίου Α του προαναφερθέντος άρθρου ή ισότιμων σχολών της αλλοδαπής.
2. Διετής τουλάχιστον ευδόκιμος υπηρεσία νοσηλευτού, στον ευρύτερο χώρο της Υγείας (Νοσηλευτικά ή Προνοιακά Ιδρύματα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, ΙΚΑ, ΠΙΚΠΑ, Ξενώνες Ψυχικής Υγείας).
3. Ο ενδιαφερόμενος να υπηρετεί κατά το χρόνο επιλογής στα πιο πάνω ιδρύματα και να ασχολείται με έργα νοσηλευτή.
4. Ο ενδιαφερόμενος να μην έχει υπερβεί κατά το χρόνο της επιλογής το 45^ο έτος της ηλικίας του.

Όπως προκύπτει από τις ανωτέρω διατάξεις, που ρυθμίζουν κατά αποκλειστικότητα τις προϋποθέσεις επιλογής για την απόκτηση νοσηλευτικής ειδικότητας, απαιτείται, μεταξύ άλλων, διετής ευδόκιμος υπηρεσία νοσηλευτού. Εντεύθεν, υπάλληλος που μετατάσσεται στον κλάδο των νοσηλευτών δεν δύναται να αποκτήσει νοσηλευτική ειδικότητα πριν της πάροδο δύο ετών υπηρεσίας ως νοσηλευτής. Με άλλα λόγια κρίσιμο στοιχείο δεν είναι ο χρόνος απόκτησης του ανωτέρου πτυχίου, που καθιστά εφικτή τη μετάταξη σε ανώτερη κατηγορία, αλλά η πραγματική διετής υπηρεσία υπό τον επαγγελματικό τίτλο του νοσηλευτή, που υπολογίζεται από την διενέργεια της μετάταξης και μετά⁶⁵.

5.6 Επίδομα Μεταπτυχιακού και 2^{ου} Τίτλου Σπουδών.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 κεφάλαιο Α, παράγραφος Ι του Νόμου 3205/2003, στους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ετήσιας, τουλάχιστον, φοίτησης καταβάλλεται επίδομα ύψους σαράντα πέντε (45) ΕΥΡΟ. Το επίδομα μεταπτυχιακών σπουδών χορηγείται μόνο στην περίπτωση που το περιεχόμενο των μεταπτυχιακών Σπουδών είναι συναφές με το αντικείμενο απασχόλησης του υπαλλήλου, όπως προκύπτει από την προκήρυξη της θέσεως κατά την πλήρωση της και την περιγραφή της εργασίας, από τον Οργανισμό της Υπηρεσίας. Για την συνδρομή ή όχι της προϋπόθεσης αυτής αποφαινεται το οικείο Υπηρεσιακό Συμβούλιο. Η καταβολή του επιδόματος ανατρέχει στο χρόνο κατάθεσης των σχετικών τίτλων στο αρμόδιο όργανο για την αναγνώριση ή συνάφεια τους. Σε περίπτωση κατοχής πλέον του ενός των ανωτέρω τίτλων, καταβάλλεται το επίδομα που προβλέπεται για τον ανώτερο τίτλο σπουδών.

Κατά τα λοιπά οι διατάξεις του Νόμου 3205/2003 δεν προβλέπουν την καταβολή τίνος επιδόματος σε υπάλληλο που κατέχει ή αποκτά δεύτερο τίτλο σπουδών⁶⁶.

5.7 Υποτροφίες Και Βραβεία Νοσηλευτικής

Ο ΕΣΝΕ προκηρύσσει κάθε χρόνο υποτροφίες και βραβεία

- **ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ «ΕΛΕΝΗ ΠΑΤΡΙΝΕΛΗ»**

Η Επιτροπή διαχείρισης του Λογαριασμού εις μνήμην Ελένης Πατρινέλη προκηρύσσει υποτροφία για διεξαγωγή νοσηλευτικής έρευνας. Η Επιτροπή καθόρισε τα κριτήρια που πρέπει να πληρεί ο/η υπότροφος:

1. Το θέμα που θα μελετηθεί να είναι κλινικό νοσηλευτικό.
2. Η έρευνα να αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
3. Η/Ο υποψήφιος/α πρέπει:
 - α) να είναι νοσηλεύτρια/τής.
 - β) να είναι μέλος του ΕΣΝΕ τουλάχιστον τα δύο τελευταία χρόνια.

γ) να υποβάλει στον ΕΣΝΕ πρωτόκολλο της έρευνας (συμπληρωμένο σχέδιο έρευνας με τον οικονομικό προϋπολογισμό) καθώς και βιογραφικό σημείωμα.

δ) να έχει ενεργό συμμετοχή σε άλλο νοσηλευτικό ερευνητικό πρόγραμμα.

4. Η έρευνα αυτή να μη χρηματοδοτείται από άλλη πηγή.
5. Για την ολοκλήρωση της έρευνας να μη χρειάζονται περισσότερα από 3 χρόνια.
6. Το ίδιο θέμα να μην έχει μελετηθεί (ή μελετάται) από άλλον ερευνητή στην Ελλάδα.

- ΥΠΟΤΡΟΦΙΑ «ΜΑΡΙΑ ΒΟΥΛΓΑΡΑΚΗ»

Η Υποτροφία «Μ. Βουλγαράκη» είναι προσφορά των αδελφών Αγγελικής και Σταυρούλας Βουλγαράκη, εις μνήμη της αδελφής τους Μαρίας Βουλγαράκη.

Τα κριτήρια που πρέπει να πληρεί ο/η υπότροφος για ειδικό πρόγραμμα εκπαίδευσης, βραχείας διάρκειας, στο εξωτερικό είναι:

Ο/Η υποψήφιος/α Νοσηλευτής/τρια να εργάζεται στον κλινικό τομέα (σε

1. Νοσηλευτικά Ιδρύματα δημοσίου ή ιδιωτικού φορέα).
2. Να έχει εμπειρία τουλάχιστον 5 χρόνια.
3. Να έχει ηλικία μέχρι 45 ετών.
4. Να είναι μέλος του ΕΣΝΕ τουλάχιστον τα τελευταία 3 χρόνια.
5. Να έχει γνώση της γλώσσας της χώρας που θα πραγματοποιηθεί η εκπαίδευση.
6. Να μην έχει πάρει υποτροφία για το εξωτερικό από άλλο φορέα.

Η υποβολή αιτήσεων γίνεται δεκτή με τα εξής δικαιολογητικά:

1. Αίτηση
2. Βιογραφικό σημείωμα
3. Επικυρωμένη φωτοτυπία ταυτότητας

4. Αντίγραφο πτυχίου

Η/Ο υπότροφος μετά τη συμπλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος και την επιστροφή του/της στην Ελλάδα θα έχει την υποχρέωση:

1. Να προσκομίσει βεβαίωση και γραπτή αναφορά στον ΕΣΝΕ για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα που παρακολούθησε.
2. Να κάνει γραπτή ανακοίνωση στο Δελτίο του ΕΣΝΕ.

• ΒΡΑΒΕΙΟ «ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΥΚΙΑ-ΚΕΠΕΤΖΗ»

Το Βραβείο «Αικατερίνη Καυκιά-Κέπετζη» είναι προσφορά της τ. Διευθύντριας του Ν.Ι.Μ.Τ.Σ. κ. Αικατερίνης Καυκιά-Κέπετζη. Όσοι νοσηλευτές συγκεντρώνουν τα παρακάτω κριτήρια, παρακαλούνται να υποβάλουν αιτήσεις μαζί με όλα τα αποδεικτικά:

1. Νοσηλευτής (ΠΕ ή ΤΕ ή Στρατιωτικής Σχολής Αξιωματικών Νοσηλευτικής)
2. Ηλικία έως 32 ετών.
3. Μέλος του ΕΣΝΕ τουλάχιστον την τελευταία 3ετία.
4. Νοσηλευτική εμπειρία: Κλινική (σε νοσοκομεία), Κοινωνική (σε κέντρα υγείας)
5. Βαθμός πτυχίου.
6. Συμμετοχή σε δραστηριότητες που προάγουν τη Νοσηλευτική: εκπαιδευτικό, κλινικό και επιστημονικό έργο (απαραίτητη η υποβολή τεκμηριωμένων δικαιολογητικών).
7. Ενδιαφέροντα σχετικά με προσφορά και προβολή της Νοσηλευτικής στην κοινωνία ⁵⁷.

5.8 Εκπαίδευση Νοσοκομειακών Στελεχών Με Τη Χρήση Νέων Τεχνολογιών

Οι σύγχρονες τάσεις και οι ταχύτατες επιστημονικές εξελίξεις επιβάλλουν τη συνεχιζόμενη κατάρτιση και τη δια βίου εκπαίδευση ως επιτακτική ανάγκη σε όλα τα νοσοκομειακά στελέχη, μιας και οι γνώσεις που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών τους καθίστανται σε μικρό χρονικό διάστημα, ξεπερασμένες και ανεπαρκής. Η ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση είναι ακόμη μεγαλύτερη από ότι σε όλους τομείς αφού συνεχώς προκύπτουν νέα επιστημονικά στοιχεία τα οποία αφορούν σε μεθόδους που βελτιώνουν την παροχή υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες, απαλύνουν τον πόνο των ασθενών και ίσως σώζουν ανθρώπινες ζωές. Νέες ιατρικές γνώσεις, νέες τεχνολογίες και θεραπείες αλλά και οι πρόοδοι σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης, δημιουργούν συνεχώς ανάγκες για εκπαίδευση. Ως εκ τούτου, οι εκπαιδευτικές ανάγκες γίνονται πάγιες ανάγκες για τα στελέχη της υγείας που οφείλουν συνεχώς να ενημερώνονται και να εξελίσσονται.

Ημιτελής ή κακή πληροφόρηση και εκπαίδευση των εργαζομένων στα χώρο αυτό, κυρίως των γιατρών και των νοσηλευτών, μπορεί να οδηγήσει σε κακές διαγνώσεις και θεραπείες, σε σπατάλη χρημάτων και πόρων και σε καταστάσεις που απειλούν την ανθρώπινη ζωή. Από τα παραπάνω γίνεται προφανής η ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση για τους λειτουργούς στο χώρο της Υγείας ⁶⁷.

5.8.1 Εκπαιδευτικές Ανάγκες Στελεχών Υγείας

Οι παραδοσιακές μορφές εκπαίδευσης δεν εξυπηρετούν για το χώρο της υγείας και θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν πιο ευέλικτα μοντέλα προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες για εκπαίδευση και επιμόρφωση. Τα μοντέλα εκπαίδευσης αυτά θα δίνουν λύσεις στα προβλήματα των ιδιαιτεροτήτων του χώρου αυτού και της χώρας μας και δε θα εμποδίζουν τη λειτουργία των μονάδων υγείας αλλά ίσως τη διευκολύνουν όταν η επιμόρφωση γίνεται σε χώρους των εγκαταστάσεών τους. Οι ηλεκτρονικές κοινότητες όπου τα μέλη συναντιούνται και επικοινωνούν χωρίς περιορισμούς στο χώρο και το χρόνο που λαμβάνει χώρα η επικοινωνία, μοιάζει να είναι πιο εύκολα εφαρμόσιμο στις ανάγκες των στελεχών υγείας.

Οι Ηλεκτρονικές Κοινότητες Μάθησης (ΗΚΜ), συνδυάζουν τα πλεονεκτήματα της εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης, των νέων εκπαιδευτικών μεθόδων με τις δυνατότητες των νέων ΤΠΕ, παρέχουν έναν νέο, ευέλικτο και πολλά υποσχόμενο τρόπο εκπαίδευσης, κατάρτισης

αλλά και επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των εμπλεκόμενων στην εκπαιδευτική διαδικασία ανεξάρτητα από τη γεωγραφική απόσταση μεταξύ τους.

Η ύπαρξη καλά εκπαιδευμένου στελεχιακού δυναμικού στα κέντρα υγείας και περιφερικά ιατρεία ακόμα και των πιο απομακρυσμένων περιοχών της χώρας μας, μπορεί να υπηρετήσει αποτελεσματικά την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις περιοχές αυτές, αλλά και την ηθική και λογική της προληπτικής φροντίδας, απέναντι στη δευτερογενή περίθαλψη, πράγματα που στοιχειοθετούνται από τη χρονική τους προτεραιότητα και την καλύτερη κατά κανόνα περιφρούρηση των βασικών παραμέτρων της ποιότητας ζωής⁶⁷.

5.8.2 Τρόπος Λειτουργίας ΗΚΜ

Οι Ηλεκτρονικές Κοινότητες Μάθησης (ΗΚΜ) χρησιμοποιούν άλλοτε σύγχρονες και άλλοτε ασύγχρονες μορφές τηλεεκπαίδευσης. Στην πρώτη περίπτωση ενώ ο εκπαιδευτής και οι εκπαιδευόμενοι βρίσκονται σε απόσταση, συνδέονται μέσω δικτύου και την ίδια χρονική στιγμή συμμετέχουν σε μία διαδικτυακή εικονική τάξη (e-class) χρησιμοποιώντας την αμφίδρομη απευθείας μετάδοση ήχου και μερικές φορές και εικόνας για να επικοινωνούν μεταξύ τους. Πέρα από έναν απλό μηχανισμό διανομής μαθησιακών πληροφοριών στους εκπαιδευόμενους η κοινότητα επιτρέπει την επικοινωνία, την αξιολόγηση των εκπαιδευόμενων αλλά και τη συνολική διαχείριση της τάξης. Η βασική λειτουργία του εκπαιδευτικού προγράμματος επιτυγχάνεται μέσω της επικοινωνίας ενώ το εκπαιδευτικό υλικό δρα επικουρικά στην διδακτική δραστηριότητα του καθηγητή και βοηθά τους σπουδαστές στην κατανόηση αλλά και την επαφή του καθηγητή με τους σπουδαστές.

Ο κεντρικός ρόλος είναι αυτός του καθηγητή ο οποίος οργανώνει εύχρηστα και λειτουργικά τα ηλεκτρονικά μαθήματα μέσω του υλικού που διαθέτει που μπορεί να είναι σημειώσεις, παρουσιάσεις και άλλα. Με την συσσώρευση, αρχειοθέτηση και οργάνωση του υλικού που παράγεται κατά τη σύγχρονη εκπαίδευση, δίνεται η δυνατότητα ασύγχρονης συμμετοχής στα μέλη της κοινότητας που δεν μπόρεσαν να βρεθούν στην εικονική τάξη.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της εικονικής τάξης είναι οι διάκριτοι ρόλοι των χρηστών/ εκπαιδευόμενων, οι κατηγορίες των μαθημάτων που μπορούν να διδαχτούν μέσω αυτής της μεθόδου, η ευκολία χρήσης και παρακολούθησης του μαθήματος και τέλος η δομημένη παρουσίαση του μαθήματος. Με τον τρόπο αυτό οι εκπαιδευόμενοι παρακολουθούν τη

διδασκαλία μέσω εικόνας, ήχου και κειμένου, ενώ υπάρχει και η δυνατότητα επικοινωνίας αλλά και υποβολής ερωτήσεων, δημιουργώντας έτσι ψευδαίσθηση μιας πραγματικής τάξης⁶⁷.

5.8.3 Προσφορά Των ΗΚΜ Στην Εκπαίδευση Του Προσωπικού Υγείας

Οι Ηλεκτρονικές Κοινότητες Μάθησης προσφέρουν στους λειτουργούς υγείας έναν ελκυστικό και πολλά υποσχόμενα τρόπο δια βίου εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης. Δημιουργούνται ομοίμορφες ευκαιρίες για όλους τους εργαζομένους του χώρου σχετικά με την απόσταση, την επιλογή του χώρου μελέτης και του γνωστικού αντικειμένου. Επιπλέον, η γνώση που παράγεται και διακινείται φιλτράρεται, εμπλουτίζεται και αναδομείται ώστε να είναι χρήσιμη στα διάφορα μέλη της κοινότητας, που διαφέρουν σε γνωστικό επίπεδο, ανάγκες και δεξιότητες. Με τις εκπαιδευτικές μεθόδους τηλεεκπαίδευσης που χρησιμοποιούν οι Ηλεκτρονικές Κοινότητες Μάθησης της Υγείας (ΗΚΜΥ) επιταχύνεται η διαδικασία της μεταφοράς της γνώσης από τους εκπαιδευτές στους εκπαιδευόμενους, υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης σε αξιόπιστο και υψηλής εκπαιδευτικής και επιστημονικής αξίας εκπαιδευτικό υλικό, αλλά και δυνατότητα διασύνδεσης με εξωτερικές πηγές γνώσεων, όπως ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες, ιατρικό αρχείο, ψηφιακές ιατρικές εικόνες. Τα μέλη της κοινότητας μπορούν να συναντηθούν εικονικά με εξειδικευμένα και διακεκριμένα μέλη του επιστημονικού χώρου, ερευνητές και πολλούς άλλους ειδικούς.

Έτσι, ακόμα και οι λειτουργοί Υγείας που υπηρετούν σε απομακρυσμένα νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, θα έχουν συνεχή ενημέρωση για τις νέες εξελίξεις στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, η συνεχής ανανέωση των γνώσεων και του εκπαιδευτικού υλικού που βρίσκονται στην ΗΚΜΥ, καθώς και οι δυνατότητες συνεργασίας, ανταλλαγής απόψεων, και εμπειριών μεταξύ των μελών, επιτρέπουν τη μεγαλύτερη συσχέτιση της μάθησης με τα πραγματικά προβλήματα και καταστάσεις που οι εκπαιδευόμενοι θα κληθούν να αντιμετωπίσουν στο εργασιακό τους περιβάλλον.

Συνοψίζοντας λοιπόν, οι ΗΚΜ παρά το σημαντικά πλεονεκτήματα που εμφανίζει, η λειτουργία της στον ελληνικό χώρο της υγείας δεν είναι μια εύκολη υπόθεση και μπορεί να συνοδευτεί από προβλήματα που θα θέσουν σε αμφισβήτηση την αποδοτικότητά και την αποτελεσματικότητά του ενώ παράλληλα και το οικονομικό κόστος δημιουργίας μιας ΗΚΜΥ είναι πολύ μεγάλο⁶⁷.

Κεφάλαιο 6

Βιολογικοί Κίνδυνοι

6.1 Στόχοι Ελέγχου Λοιμώξεων Της Υπηρεσίας Υγείας Του Προσωπικού

Οι στόχοι ελέγχου λοιμώξεων της υπηρεσίας υγείας του προσωπικού πρέπει να αποτελούν ένα αναπόσπαστο μέρος του γενικού προγράμματος ελέγχου των λοιμώξεων ενός οργανισμού φροντίδας υγείας. Αυτοί οι στόχοι περιλαμβάνουν:

α) Εκπαίδευση του προσωπικού για τις αρχές ελέγχου των λοιμώξεων και έμφαση στην ατομική ευθύνη για τον έλεγχο των λοιμώξεων

β) Συνεργασία με την Επιτροπή Ελέγχου Λοιμώξεων για την παρακολούθηση και την διερεύνηση της πιθανής μολυσματικής έκθεσης και των επιδημιών μεταξύ του προσωπικού

γ) Φροντίδα του προσωπικού με επαγγελματική έκθεση ή επαγγελματικό νόσημα

δ) Αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου των λοιμώξεων που σχετίζονται με την εργασία και θέσπιση, κατάλληλων προληπτικών μέτρων

ε) Μείωση του κόστους με την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων που οδηγούν σε απουσίες και αναπηρία

Οι παραπάνω στόχοι δεν μπορεί να πραγματοποιηθούν χωρίς την υποστήριξη της Διοίκησης, του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού των άλλων υποστηρικτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου⁶⁸.

6.2 Πρόγραμμα Ανοσοποίησης

Το προσωπικό του νοσοκομείου βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο έκθεσης ή μετάδοσης ορισμένων νοσημάτων που προλαμβάνονται με τα εμβόλια. Η χρήση ανοσοποιητικών παραγόντων στο νοσοκομείο θα προστατεύσει την υγεία του προσωπικού, θα μειώσει τον κίνδυνο μετάδοσης των προληπτικών λοιμώξεων στις άλλες ομάδες του νοσοκομείου και θα αποφύγει τις μη αναγκαίες απομακρύνσεις του προσωπικού από την εργασία.

Τα εκτεταμένα προγράμματα ανοσοποίησης πρέπει να είναι ένα απαραίτητο μέρος του προγράμματος ελέγχου των λοιμώξεων και της υπηρεσίας υγείας.

Οι διεθνείς οδηγίες για ανοσοποίηση και προφύλαξη μετά από έκθεση για το προσωπικό της φροντίδας υγείας προσφέρονται από την Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Οι οδηγίες της ACIP περιέχουν

- λεπτομερή ενημέρωση στην επιδημιολογία των νοσημάτων που προλαμβάνονται με εμβόλια
- δεδομένα για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων και την προπαρασκευή της ανοσοσφαιρίνης
- συστάσεις για την ανοσοποίηση των ανοσοκατασταλαμένων ατόμων.

Για την επιλογή των εμβολίων που περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα ανοσοποίησης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη: η πιθανότητα έκθεσης στους παράγοντες που περιλαμβάνονται στο εμβόλιο, η φύση της εργασίας (ο τύπος επαφής του ασθενή), και οι πιθανές συνέπειες των μη εμβολιασθέντων.

Τα άτομα που διαχειρίζονται τους ανοσοποιητικούς παράγοντες θα πρέπει να είναι καλά ενημερωμένα για τις ενδείξεις, την συντήρηση, τη δόση, την προετοιμασία και τις αντενδείξεις κάθε εμβολίου⁶⁸.

6.3 Γενικά Μέτρα Προφύλαξης

- Υγειονομική εκπαίδευση και προγράμματα πληροφόρησης και επιμόρφωσης για τους εργαζόμενους που εκτίθενται σ' αυτόν τον κίνδυνο,
- Σχολαστική τήρηση των «γενικών προφυλάξεων», οι οποίες πρέπει να ακολουθούνται πάντα με όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τη νόσο και τη βεβαιότητα της διάγνωσης της,
- Χρήση των κατάλληλων ατομικών μέσων προστασίας (γάντια, μάσκα, μπλούζα μιας χρήσης), κατάργηση του χειρισμού κάλυψης της βελόνας των συριγγών,
- Χρήση των νέων συριγγών και νυστεριών ασφαλείας, τα οποία διαθέτουν αυτόματους ή ειδικούς μηχανισμούς κάλυψης,
- Συλλογή των αιχμηρών υλικών, των συριγγών και των βελόνων σε κατάλληλα δοχεία⁶⁸.

6.4 Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις

Ενδονοσοκομειακή λοίμωξη είναι η λοίμωξη που εμφανίζεται στο νοσοκομείο και οφείλεται σε μικρόβια είτε της χλωρίδας του αρρώστου είτε του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Η λοίμωξη δεν θα πρέπει να είναι παρούσα ή να βρίσκεται στο στάδιο επώασης κατά την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο αλλά μπορεί να εμφανιστεί και μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, όπου η μόλυνση έγινε κατά τη παραμονή του σε αυτό.

Ανάλογα με την προέλευση του παθογόνου μικροβίου διακρίνονται σε:

α) Ενδογενής: Καλούνται οι λοιμώξεις οι οποίες οφείλονται σε δυνητικά παθογόνους μικροοργανισμούς της στοματικής ή της εντερικής χλωρίδας του ασθενή.

β) Εξωγενής: Είναι οι λοιμώξεις που προκαλούνται από μικρόβια του περιβάλλοντος του ασθενούς στο νοσοκομείο. (θάλαμος, αίθουσες χειρουργείων, εργαλεία και άλλα). Οι εξωγενείς νοσοκομειακές λοιμώξεις προκαλούνται κυρίως από Gram-αρνητικά αερόβια μικρόβια με μεγάλη αντοχή στα αντιβιοτικά λόγω μεταλλάξεων και επομένως είναι επικίνδυνες⁶⁹.

6.4.1 Μικροοργανισμοί της χλωρίδας των χεριών

Τα παθογόνα μικρόβια που ευθύνονται για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι τα Gram-αρνητικά βακτηρίδια και οι Gram-θετικοί κόκκοι τα οποία μπορούν να αποτελούν μέρος της φυσιολογικής χλωρίδας, αλλά κάτω από ορισμένες συνθήκες να προκαλούν νόσο. Στα Gram-αρνητικά βακτηρίδια ανήκει η μεγάλη οικογένεια enterobacteriaceae. Τα βακτηρίδια της κατηγορίας αυτής αναπτύσσονται αερόβιος και προαιρετικά αναερόβιος, είναι άσπορα, κινητά ή ακίνητα, προκαλούν ζύμωση της γλυκόζης, παράγουν καταλάση, ανάγουν τα νιτρικά άλατα σε νιτρώδη⁷⁰.

Gram-Θετικά Βακτήρια

Ο *Staphylococcus aureus* είναι το πιο κοινό Gram-θετικό βακτήριο που προκαλεί νοσοκομειακές λοιμώξεις. Η συχνότητα μεταξύ όλων των παθογόνων σε νοσοκομειακές λοιμώξεις κυμαίνεται μεταξύ 11,1% και 17,2%. Ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη *Staphylococcus*

aureus (MRSA) αυξάνεται παγκοσμίως, οδηγώντας όχι μόνο σε ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις αλλά πρόσφατα και σε λοιμώξεις στην ευρύτερη κοινότητα.

Ο *Enterococcus* spp. ανιχνεύεται στο 14,8% των ασθενών με νοσοκομειακές λοιμώξεις. Τα πιο κοινά είδη είναι ο *Enterococcus faecium* και *E. faecalis* τα οποία αποτελούν συχνά την αιτία των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος. Η εμφάνιση εντερόκοκκων ανθεκτικών στην βανκομυκίνη (VRE) έχει ενισχύσει την άποψη ότι τα χέρια του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παίζουν μεγάλο ρόλο στη διάδοσή τους.

Οι αρνητικοί στην κοαγουλάση σταφυλόκοκκοι, όπως ο *S. epidermidis*, είναι η κύρια αιτία πρωτογενών λοιμώξεων του αίματος συνδεδεμένων με καθετηριασμούς. Στη ΜΕΘ περίπου στο ένα τρίτο του συνόλου των καλλιέργειών από ασθενείς με νοσοκομειακή λοίμωξη του αίματος ανιχνεύθηκαν στελέχη σταφυλόκοκκων αρνητικών στην κοαγουλάση⁶⁹.

Gram-Αρνητικά Βακτήρια

Η *Escherichia coli* είναι το πιο κοινό Gram-αρνητικό βακτήριο, και προκαλεί κυρίως λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος.

Η *Pseudomonas aeruginosa* είναι επίσης πολύ κοινό Gram-αρνητικό βακτήριο και προκαλεί κυρίως λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος⁶⁹.

Σπόροι

Το κυριότερο σπορογόνο βακτήριο που προκαλεί νοσοκομειακές λοιμώξεις είναι το *Clostridium difficile*. Υπολογίζεται ότι το 15 - 55% του συνόλου των περιπτώσεων νοσοκομειακής διάρροιας προκαλούνται από *C. difficile*. Κατά μέσο όρο, οι ασθενείς με διάρροια από *C. difficile* παρατείνουν την παραμονή τους στο νοσοκομείο 3 με 6 ημέρες εξ αιτίας της νοσοκομειακής λοίμωξης. Αυτή η παράταση της νοσηλείας, έχει πολύ μεγάλο οικονομικό κόστος⁶⁹.

Μύκητες

Οι μύκητες προκαλούν νοσοκομειακές λοιμώξεις σπανιότερα από τα βακτηρίδια, αλλά η συχνότητά τους και η σημασία τους αυξάνεται. Ο πλέον σημαντικός μύκητας για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις είναι ο *Candida albicans*. Έχει αναφερθεί ότι το 21% όλων των λοιμώξεων του ουροποιητικού σε ασθενείς της ΜΕΘ οφείλεται στο *C. albicans*. Οι λοιμώξεις

του αίματος που προκαλούνται από *Candida spp.* είναι πιο κοινές τις τελευταίες δεκαετίες σε ασθενείς που βρίσκονται συνδεδεμένοι με ιατρικά μηχανήματα⁶⁹.

Ιοί

Οι ιοί προκαλούν περίπου το 5% του συνόλου των νοσοκομειακών λοιμώξεων, ενώ σε παιδιατρικές πτέρυγες το ποσοστό είναι υψηλότερο και φτάνει στο 23%. Οι ιοί που είναι επικίνδυνοι για νοσοκομειακές μολύνσεις κατατάσσονται σε πέντε βασικές ομάδες ανάλογα με τον τρόπο μετάδοσης μέσω του αίματος (HBV, HCV και HIV)

μέσω της αναπνευστικής οδού (αναπνευστικός συγκυριακός ιός [RSV], ιός της γρίπης, ρινοϊός, κορονοϊός, και αδενοϊός) μέσω της γαστρεντερικής οδού (ροταϊός, νοροϊός, εντεροϊός και ο HAV) μέσω του δέρματος και των βλεννωδών μεμβρανών (ιός του έρπητα, ανεμοβλογιάς, κυτταρομεγαλοϊός, και ιός του Epstein-Barr) οι εξωτικοί ιοί όπως οι ιοί του αιμορραγικού πυρετού (έμπολα, Μάρμπουργκ, ιός πυρετού Lassa, ιός αιμορραγικού πυρετού Κονγκό Κριμαίας) και ο ιός της λύσσας⁶⁹.

6.5 Μετάδοση των λοιμώξεων:

Οι τρόποι μετάδοσης των λοιμώξεων είναι οι εξής:

1. **Αιματογενής μετάδοση:** Άμεση έκθεση σε αίμα μολυσμένου ατόμου, τραυματισμό με αιχμηρό αντικείμενο μετά από τη χρήση του σε μολυσμένο ασθενή (ηπατίτιδα Β και C, HIV)
2. **Άμεση επαφή.** Μετάδοση από πρόσωπο σε πρόσωπο γίνεται όταν υπάρχει πραγματική φυσική επαφή μεταξύ πηγής και θύματος.
3. **Έμμεση επαφή:** Επαφή ενός ευαίσθητου ξενιστή με ένα αντικείμενο (π.χ. όργανα, χέρια).
4. **Μετάδοση με σταγονίδια:** Αναφέρεται σε επαφή επιπεφυκότα, ρινικού ή στοματικού βλεννογόνου με σταγονίδια που περιέχουν μικροοργανισμούς που παράγονται από ένα μολυσμένο άτομο (π.χ. βήχας, φτάρνισμα, ομιλία, βρογχοσκόπηση, αναρρόφηση) και εκτοξεύονται σε μικρές αποστάσεις.

5. **Μέσω αέρα:** Επαφή με πυρήνες σταγονιδίων που περιέχουν μικροοργανισμούς οι οποίοι μπορούν να παραμείνουν αιωρούμενοι στον αέρα για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή σε σωματίδια σκόνης που περιέχουν κάποιο μολυσματικό παράγοντα, ο οποίος μπορεί να διασπαρθεί σε μεγάλη έκταση με τα ρεύματα του αέρα⁷¹.

6.6 Κίνδυνος Μόλυνσης Από Βελόνα και Σωστός Χειρισμός

Η καθημερινή επαφή των νοσηλευτών με βελόνες, λόγω της συχνής και πολλαπλής τους χρήσης, εγκυμονεί κινδύνους με απρόβλεπτες συνέπειες, καθώς δεν είναι μόνο ο κίνδυνος του τραυματισμού αλλά και ο κίνδυνος εισόδου μικροβίων του περιβάλλοντος, στο σημείο του τραύματος⁷².

Ο χειρισμός των βελόνων και άλλων αιχμηρών αντικειμένων πρέπει να γίνεται με προσοχή, με στόχο την αποφυγή μόλυνσης από τους ιούς ηπατίτιδας Β, C και HIV. Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά τον χειρισμό χρησιμοποιημένων αιχμηρών αντικειμένων. Κάθε τρύπημα ή επαφή μολυσμένου αντικειμένου με αμυχή του δέρματος ή με βλεννογόνο, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μόλυνση.

1. Ο χειρισμός βελόνων ή άλλων αιχμηρών αντικειμένων πρέπει να γίνεται με προσοχή και χωρίς βιασύνη
2. Οι βελόνες μιας χρήσης πρέπει μετά τη χρήση τους να τοποθετούνται στο πλησιέστερο ειδικό κυτίο αιχμηρών αντικειμένων (κίτρινου χρώματος) και όχι στο κάλυμμα τους
3. Τα αιχμηρά αντικείμενα δεν πρέπει να βγαίνουν από τα ειδικά κυτία αιχμηρών αντικειμένων
4. Οι χρησιμοποιημένες βελόνες δεν πρέπει να τοποθετούνται στη τσέπη. Δεν πρέπει να γίνεται προσπάθεια να λυγίσουν ή να σπάσουν.
5. Οι βελόνες και γενικότερα τα αιχμηρά αντικείμενα (αμπούλες, μαχαιρίδια, νυστέρια) πρέπει να τοποθετούνται στα ειδικά κυτία αιχμηρών αντικειμένων (κίτρινου χρώματος).

Οι θέσεις αυτών των κυτίων είναι στους σταθμούς νοσηλευτών, σε θαλάμους νοσηλείας, σε χώρους αιμοληψιών και σε όλα τα τροχήλατα νοσηλείας. Δεν πρέπει να απορρίπτονται στους κίτρινους σάκους απορριμμάτων ή να εγκαταλείπονται στον ματατισμό της κλίνης (σεντόνια) ή αλλού.

6. Το προσωπικό πρέπει να ελέγχει τα ειδικά κυτία αιχμηρών αντικειμένων και να τα αντικαθιστά μόλις η στάθμη τους φτάνει τα $\frac{3}{4}$
7. Στα ειδικά κυτία αιχμηρών αντικειμένων απορρίπτονται μόνο βελόνες και αιχμηρά αντικείμενα και όχι άλλα αντικείμενα όπως χαρτιά, τολύπια βάμβακος, γάζες και flacon αντιβιοτικών⁷³.

6.6.1 Αντιμετώπιση Μετά Από Έκθεση

Η προφύλαξη του προσωπικού μετά από τραυματισμό από μολυσμένη βελόνα περιλαμβάνει:

Άμεσο έλεγχο εργαζομένου και ασθενούς:

Αν ο ασθενής έχει θετικό αυστραλιανό αντιγόνο και ο εργαζόμενος έχει εμβολιασθεί για την ηπατίτιδα Β γίνεται έλεγχος του επιπέδου ανοσίας.

Αν ο εργαζόμενος δεν έχει αποκτήσει ανοσία, χορηγείται μια δόση υπεράνοσου γ-σφαιρίνης και μια δόση εμβολίου κατά της ηπατίτιδας Β τις πρώτες 24 ώρες ή δύο δόσεις υπεράνοσου γ-σφαιρίνης (η 1η δόση μετά το τρύπημα και η 2η δόση μετά από ένα μήνα).

Αν ο ασθενής έχει θετικό αυστραλιανό αντιγόνο και ο εργαζόμενος αρνητικό και δεν έχει εμβολιασθεί για την ηπατίτιδα Β ή η πηγή είναι άγνωστη, χορηγείται μια δόση υπεράνοσου γ-σφαιρίνης εντός 48 ωρών και μια δόση εμβολίου κατά της ηπατίτιδας Β τις πρώτες 24 ώρες⁷⁴.

6.7 Πρόληψη Έκθεσης Εργαζομένων Σε HBV, HCV Και HIV

Η πρόληψη της έκθεσης παραμένει η αρχική στρατηγική για τη μείωση των αιματογενώς μεταδιδόμενων επαγγελματικών λοιμώξεων. Ωστόσο, η επαγγελματική έκθεση θα συνεχίσει να υπάρχει. Οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης στα πλαίσια της νομοθετικής τους υποχρέωσης για την παροχή υπηρεσιών υγιεινής και ασφάλειας στους εργαζομένους τους (Ν.1568/85, ΠΔ 17/96, ΠΔ 185/96 κ.ά.) -και όχι μόνο- πρέπει να δημιουργήσουν Εσωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου, γενικά, αλλά και του ιδιαίτερου κινδύνου των επαγγελματικών αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων⁷⁴.

6.8 Ηπατίτιδα Β

Η ηπατίτιδα Β αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για τη χώρα μας ενώ για τους υγειονομικούς αποτελεί την πιο συχνά αιματογενώς μεταδιδόμενη λοίμωξη. Η μεγάλη εξάπλωσή της οφείλεται, αφενός μεν στο ότι ο ιός HBV είναι διαδεδομένος σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού και αφετέρου στο ότι είναι σε μεγάλο βαθμό λοιμογόνος⁷⁵.

6.8.1 Κίνδυνος Επαγγελματικής Μετάδοσης Του Ιού HBV

Στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας Β μπορεί να γίνει μέσω:

- τυχαίου διαδερματικού τρυπήματος με τις βελόνες των συριγγών ή με αιχμηρά αντικείμενα (τα οποία έχουν έλθει σε επαφή με το μολυσμένο αίμα)
- των λύσεων της συνοχής του δέρματος ή των βλεννογόνων.

Ο κίνδυνος λοίμωξης με τον ιό συσχετίζεται πρώτιστα με το βαθμό επαφής με αίμα στο χώρο εργασίας, καθώς επίσης και με την κατάσταση του ηπατικού αντιγόνου e της ηπατίτιδας Β (HBeAg) του ατόμου-πηγής. Το αίμα περιέχει τους υψηλότερους τίτλους δεικτών HBV από όλα τα βιολογικά υγρά και είναι ο σημαντικότερος φορέας μετάδοσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το HBeAg βρίσκεται επίσης σε διάφορα άλλα βιολογικά υγρά, όπως στο μητρικό γάλα, στη χολή, στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στα περιττώματα, στις ρινοφαρυγγικές εκκρίσεις, στο σάλιο, στο σπέρμα, στον ιδρώτα και στο αρθρικό υγρό⁷⁴.

6.8.2 Εμβολιασμός Για Την Ηπατίτιδα Β

Για την προφύλαξη από την ηπατίτιδα Β διατίθενται: ένα ασφαλές και αποτελεσματικό εμβόλιο και μια ειδική για τον ιό ηπατίτιδας Β ανοσοσφαιρίνη (υπεράνοση γ σφαιρίνη)⁶⁸.

Κάθε εργαζόμενος που εκτελεί εργασίες που περιλαμβάνουν την επαφή με το αίμα, βιολογικά υγρά που περιέχουν αίμα, άλλα βιολογικά υγρά ή αιχμηρά αντικείμενα πρέπει να εμβολιάζεται κατά της ηπατίτιδας Β. Στη χώρα μας συνιστάται από το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), έλεγχος του anti-HBc πριν τον εμβολιασμό των υγειονομικών εργαζομένων. Σε θετικό αποτέλεσμα συνιστάται συμπληρωματικός έλεγχος του anti-HBs και

του HbsAg, ενώ σε αρνητικό αποτέλεσμα συνιστάται εμβολιασμός. Το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β χορηγείται σε τρεις δόσεις (0, 1 και 6 μήνες), ενδομυϊκά.

Οι ΕΥΠ που έχουν επαφή με ασθενείς ή με αίμα και διατρέχουν κίνδυνο διαδερματικού τραυματισμού πρέπει να εξεταστούν 1-2 μήνες μετά από την ολοκλήρωση της σειράς των 3 δόσεων του εμβολίου για anti-HBs. Για τα άτομα που δεν αποκρίνονται στο αρχικό εμβόλιο (anti-HBs <10mIU/mL) πρέπει να επαναληφθεί ένα σχήμα 3 δόσεων του εμβολίου ή να διερευνηθεί το ενδεχόμενο ύπαρξης θετικού HBsAg. Τα επανεμβολιασμένα άτομα πρέπει να ελεγχθούν μετά από την ολοκλήρωση της δεύτερης σειράς εμβολίων.

Τα άτομα που δεν ανταποκρίνονται σε μια αρχική σειρά εμβολίου (3 δόσεων) έχουν πιθανότητα ανταπόκρισης 30-50% σε μια δεύτερη (σειρά 3 δόσεων). Τα άτομα που αποδεικνύονται HBsAg-θετικά πρέπει να ενημερωθούν για την αποτροπή της μετάδοσης του HBV σε άλλους και για την ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης⁷⁴.

Κάθε έκθεση σε αίμα ή σε βιολογικά υγρά ενός ανεμβολίαστου και ευαίσθητου ατόμου πρέπει να οδηγεί στην έναρξη της σειράς εμβολιασμού για την ηπατίτιδα Β⁶⁹.

6.8.3 Αντιμετώπιση Της Έκθεσης Στον Ιό HBV

Για τις διαδερματικές ή βλεννογόνιες εκθέσεις στο αίμα πρέπει να εξεταστούν διάφοροι παράγοντες για τη λήψη απόφασης να παρασχεθεί προφύλαξη, συμπεριλαμβανομένης της ύπαρξης HBsAg της πηγής και του εμβολιασμού για την ηπατίτιδα Β και της αντισωματικής ανταπόκρισης του εκτεθειμένου ατόμου. Σε περίπτωση που η κατάσταση εμβολιασμού και η αντισωματική ανταπόκριση του εκτεθειμένου ατόμου δεν είναι γνωστή, πρέπει να γίνει επανεξέταση. Αν έχει εμβολιασθεί και είναι γνωστή η αντισωματική ανταπόκριση ή αν στην επανεξέταση ευρεθεί ικανοποιητικός τίτλος αντισωμάτων (anti-HBs >10mIU/mL) δεν είναι αναγκαίο να ακολουθήσει αγωγή μετά από την έκθεση. Κάθε έκθεση σε αίμα ή βιολογικά υγρά ενός ανεμβολίαστου ατόμου πρέπει να οδηγεί στη χορήγηση μιας δόση HBIG και στην έναρξη του εμβολιασμού κατά της ηπατίτιδας Β. Όταν ενδείκνυται χορήγηση HBIG, πρέπει να χορηγείται στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα μετά από την έκθεση (κατά προτίμηση μέσα σε 24 ώρες).

Η αποτελεσματικότητα της HBIG όταν χορηγηθεί σε περισσότερες από 7 ημέρες μετά την έκθεση είναι άγνωστη. Όταν ενδείκνυται το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β, πρέπει επίσης να

χορηγείται το συντομότερο δυνατόν (κατά προτίμηση μέσα σε 24 ώρες) και μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με την HBIG σε άλλο μέρος του σώματος (το εμβόλιο πρέπει πάντα να χορηγείται στο δελτοειδή μυ). Για τα εκτεθειμένα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο του εμβολιασμού, αλλά δεν έχουν ολοκληρώσει τη σειρά των δόσεων, ο εμβολιασμός πρέπει να ολοκληρωθεί όπως έχει σχεδιασθεί και να προστεθεί η HBIG. Άτομα για τα οποία είναι γνωστό ότι δεν έχουν ανταποκριθεί σε μια αρχική σειρά εμβολίων και εκτίθενται σε HBsAg-θετικό αίμα ή σε βιολογικά υγρά, πρέπει να λαμβάνουν μια δόση HBIG και να επαναλαμβάνουν τη σειρά του εμβολιασμού της ηπατίτιδας Β, με τη χορήγηση της πρώτης δόσης το συντομότερο δυνατό μετά από την έκθεση. Η επιλογή μιας δόσης HBIG και η σειρά εμβολιασμού προτιμάται για τους μη ανταποκρινόμενους που δεν ολοκλήρωσαν μια δεύτερη σειρά 3 δόσεων του εμβολίου. Για τα άτομα που ολοκλήρωσαν προηγουμένως μια δεύτερη σειρά εμβολίων, αλλά απέτυχαν, για να αποκριθούν προτιμώνται δύο δόσεις HBIG, μια δόση το συντομότερο δυνατό μετά από την έκθεση και μια δεύτερη δόση 1 μήνα αργότερα⁷⁴.

6.9 Ηπατίτιδα C

Η ηπατίτιδα C χαρακτηρίζεται από ήπια νόσηση, σε σημαντικό ποσοστό μεταπίπτει σε χρονιότητα, ενώ μπορεί να προκαλέσει και σοβαρές επιπλοκές όπως κίρρωση και καρκίνο του ήπατος. Μεταδίδεται όπως και η Β, μέσω του αίματος και παραγώγων με κύρια οδό όμως τις μεταγγίσεις (90% των ηπατιτίδων μετά από μετάγγιση οφείλονται στον ιό HCV).

Σήμερα βέβαια γίνεται έλεγχος με ευαίσθητες μεθόδους όλων των αιμοδοτών για τον ιό της ηπατίτιδας C, και έτσι ο κίνδυνος μετάδοσης μέσω αυτής της οδού έχει μειωθεί εξαιρετικά. Και εδώ όπως και στην Β, ο ρόλος της ιντερφερόνης για τους χρόνιους φορείς είναι σημαντικός. Από αναφορές ατόμων του νοσηλευτικού προσωπικού που ήρθαν σε διαδερμική επαφή με μολυσμένο αίμα διαπιστώθηκε ότι νόσησε το 6-10%.

Η λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C έχει το χαρακτηριστικό ότι προκαλεί χρόνια ηπατίτιδα πολύ συχνότερα (70%) από ότι η ο ιός της ηπατίτιδας Β, ενώ η κίρρωση παρατηρείται συχνότερα. Ο κίνδυνος λοίμωξης από τον ιό HCV είναι μεγαλύτερος διότι δεν υπάρχει εμβόλιο ούτε σκεύασμα ειδικής ανοσοσφαιρίνης⁶⁹.

6.9.1 Κίνδυνος Επαγγελματικής Μετάδοσης Του Ιού HCV

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C γίνεται μετά από τραυματισμό κυρίως με βελόνες συριγγών και ελάχιστα με άλλα αιχμηρά αντικείμενα. Τα στοιχεία για την επιβίωση ιού στο περιβάλλον είναι περιορισμένα. Σε αντίθεση με τον ιό της ηπατίτιδας B, επιδημιολογικά στοιχεία για τον HCV υποδεικνύουν ότι η περιβαλλοντική μόλυνση με αίμα που περιέχει τον HCV δεν είναι σημαντικός κίνδυνος για τη μετάδοση στον υγειονομικό τομέα. Ο HCV δε μεταδίδεται εύκολα μέσω της επαγγελματικής έκθεσης στο αίμα. Ο μέσος όρος επίπτωσης της ορομετατροπής του anti-HCV μετά από τυχαία διαδερματική έκθεση από μια HCV θετική πηγή είναι 1.8% (0-7%). Η επίπτωση της ηπατίτιδας C μεταξύ των υγειονομικών εργαζομένων είναι 1-2% μικρότερη από αυτήν των ενηλίκων του γενικού πληθυσμού και 10 φορές μικρότερη από την HBV λοίμωξη⁷⁴.

6.9.2 Αντιμετώπιση Της Έκθεσης Στον Ιό Της Ηπατίτιδας C

Οι διαδικασίες για την παρακολούθηση και για τις εξετάσεις για HCV, μετά από διαδερματική ή βλεννογόνια επαγγελματική έκθεση σε αίμα, περιλαμβάνουν:

- Για το άτομο-πηγή: εξέταση για anti-HCV
- Για το άτομο που εκτέθηκε σε μια HCV- θετική πηγή: εξετάσεις για anti-HCV και ALT, εξετάσεις παρακολούθησης (π.χ. σε 4-6 μήνες) για την anti -HCV δραστηριότητα και την ALT (για την έγκαιρη διάγνωση της λοίμωξης με τον HCV μπορεί να γίνει εξέταση για HCV-RNA σε 4-6 εβδομάδες).
- Επιβεβαίωση των αναφερόμενων θετικών anti-HCV αποτελεσμάτων με συμπληρωματικές εξετάσεις RIBA 1ης-2ης γενιάς και HCVRNA (PCR).

Η ανοσοσφαιρίνη (IG) και οι αντιϊικοί παράγοντες δε συνιστώνται για προφύλαξη μετά από έκθεση σε HCV-θετικό αίμα (CDC). Επιπλέον, καμία οδηγία δεν υπάρχει για τη θεραπεία κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης της λοίμωξης με τον HCV.

Η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή είναι άγνωστη. Ισχύουν όμως οι ίδιες συστάσεις και συμβουλές με αυτές για τους εκτεθειμένους στον ιό της ηπατίτιδας B⁷⁴.

6.10 Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας είναι σοβαρή ανωμαλία του ανοσοποιητικού συστήματος. Αυτή η ανωμαλία στο ανοσοποιητικό σύστημα κάνει το άτομο ευπαθές σε παθογόνους μικροοργανισμούς που σε φυσιολογικά άτομα δεν προκαλούν νόσο. Πιστεύεται πως η αρρώστια οφείλεται σε ρετροϊό ο οποίος προσβάλλει τα Τ-λεμφοκύτταρα του αίματος που ελέγχουν τους μηχανισμούς σχηματισμού των αντισωμάτων, με αποτέλεσμα το άτομο που προσβάλλεται από τον ιό αυτό να μην μπορεί να αμυνθεί εναντίον των λοιμώξεων και υποκύπτει σε αυτές. Ο ιός αναπαράγεται στα Τ-λεμφοκύτταρα με πολύ μεγάλη συχνότητα. Αυτό δίνει την εξήγηση γιατί το AIDS εξαπλώνεται με τόσο γρήγορο ρυθμό⁶⁹.

Ο ιός του HIV είναι η νόσος με τους μεγαλύτερους κινδύνους λόγω του τρόπου μετάδοσης της (Πίνακας 1) καθώς και της ελλιπούς αντιμετώπισης της (ανίατος νόσος)⁷⁴.

6.10.1 Κίνδυνος Επαγγελματικής Μετάδοσης Του Ιού HIV

Σε προοπτικές μελέτες ΕΥΠ ο μέσος κίνδυνος μετάδοσης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) μετά από μία διαδερματική έκθεση σε HIV μολυσμένο αίμα υπολογίζεται περίπου στο 0.3%, μετά από έκθεση των βλεννογόνων περίπου στο 0.09% και μέσω μη ακέραιου δέρματος σε <0,1%. Ο κίνδυνος για τη μετάδοση κατόπιν έκθεσης στα βιολογικά υγρά ή τους ιστούς, επίσης, δεν έχει ποσοτικοποιηθεί, αλλά είναι πιθανώς αρκετά χαμηλότερος από την έκθεση στο αίμα. Οι επιδημιολογικές και εργαστηριακές μελέτες δείχνουν ότι διάφοροι παράγοντες θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον κίνδυνο μετάδοσης του HIV μετά από μια επαγγελματική έκθεση. Σε μία αναδρομική, case-control μελέτη ΕΥΠ που είχαν διαδερματική έκθεση στον HIV, ο κίνδυνος μόλυνσης βρέθηκε αυξημένος μετά από έκθεση σε μεγαλύτερη ποσότητα αίματος του ασθενή (πηγή) όπως επισημάνθηκε από: α) μια συσκευή εμφανώς μολυσμένη με το αίμα του ασθενή, β) μια παραγωγική διαδικασία που περιλαμβάνει τη βελόνα που χρησιμοποιήθηκε άμεσα σε μια φλέβα ή μια αρτηρία, ή γ) από ένα «εν τω βάθει» τραύμα. Ο κίνδυνος, επίσης, αυξήθηκε από την έκθεση σε αίμα ασθενών με νόσο τελικού σταδίου, ενδεχομένως απεικονίζοντας είτε τον υψηλότερο τίτλο του HIV στο αίμα κατά το τέλος της διάρκειας του AIDS είτε άλλους παράγοντες⁷⁴.

6.10.2 Αντιμετώπιση Της Έκθεσης Στον Ιό HIV

Οι εργαζόμενοι που εκτέθηκαν στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) πρέπει να αξιολογηθούν εντός ωρών μετά από την έκθεσή τους και να κάνουν τις βασικές εξετάσεις για τον HIV (για να προσδιοριστεί η κατάσταση της υγείας τους κατά το χρόνο της έκθεσης). Η ορολογική εξέταση πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους τους ΕΥΠ που ανησυχούν για το ενδεχόμενο επαγγελματικής μόλυνσης με τον HIV. Οι εκτιμήσεις που επηρεάζουν τη λογική και τις οδηγίες για προφύλαξη μετά από την έκθεση περιλαμβάνουν:

- την παθογένεση της λοίμωξης HIV, ιδιαίτερα στη χρονική περίοδο της πρόωρης λοίμωξης,
- τη βιολογική λογική ότι η λοίμωξη μπορεί να προληφθεί ή να βελτιωθεί με τη χρησιμοποίηση αντιρετροϊκών φαρμάκων,
- τα άμεσα ή έμμεσα στοιχεία της αποτελεσματικότητας των συγκεκριμένων παραγόντων που χρησιμοποιούνται για την προφύλαξη, και
- τον κίνδυνο και το όφελος της προφύλαξης μετά από έκθεση σε εκτεθειμένους ΕΥΠ.

Η συστηματική λοίμωξη με τον ιό HIV δεν εμφανίζεται αμέσως, αλλά αφήνει ένα βραχύ παράθυρο κατά τη διάρκεια του οποίου η αντιρετροϊκή παρέμβαση μετά από την έκθεση θα μπορούσε να τροποποιήσει ή να προλάβει την αντιγραφή του ιού. Θεωρητικά, η έναρξη αντιρετροϊκής αγωγής αμέσως μετά από την έκθεση, θα μπορούσε να προλάβει ή να αποτρέψει τη συστηματική λοίμωξη με τον περιορισμό του πολλαπλασιασμού του ιού στα αρχικά κύτταρα στόχους ή στους λεμφαδένες. Η έκθεση στον HIV μετά από ατύχημα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα επείγον ιατρικό περιστατικό. Η έναρξη πρέπει να γίνεται το συντομότερο δυνατόν μετά από την έκθεση (εντός ωρών). Η θεραπευτική αγωγή πρέπει να είναι ανεκτή από τον εκτεθειμένο εργαζόμενο. Μετά από την έναρξη της χημειοπροφύλαξης γίνεται ο βασικός έλεγχος (γενική αίματος, βιοχημικός έλεγχος και γενική ούρων), ο οποίος επαναλαμβάνεται μετά από δύο εβδομάδες. Έλεγχος αντισωμάτων για τον HIV γίνονται σε 3 μήνες και 6 μήνες μετά από την έκθεση. Επέκταση της παρακολούθησης σε 12 μήνες συνιστάται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως όταν υπάρχει συνλοίμωξη με HCV, όπου τα αντισώματα κατά του HIV αργούν να εμφανιστούν⁷⁴.

6.11 Απαραίτητα Μετρά Αποφυγής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

- Εμβολιασμός

Το προσωπικό υγείας αποτελεί ομάδα υψηλού κινδύνου για τη μετάδοση και τη διασπορά λοιμώξεων, και ως εκ τούτου συνιστάται ο εμβολιασμός του έναντι μιας σειράς λοιμογόνων παραγόντων. Με τον τρόπο αυτόν, οι επαγγελματίες υγείας προστατεύονται απέναντι σε μεταδιδόμενες νόσους, με αποτέλεσμα τη διατήρηση της υγείας τους, την ελάττωση του χρόνου απουσίας τους από την εργασία, αλλά και τη διασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του συστήματος υγείας, ιδιαίτερα σε περιόδους εμφάνισης επιδημιών. Ταυτόχρονα, προστατεύουν τους ασθενείς που φροντίζουν, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό αν αναλογιστούμε την έκπτωση του ανοσοποιητικού συστήματος που χαρακτηρίζει τους περισσότερους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Πολλοί διεθνείς οργανισμοί συστήνουν μια σειρά από εμβολιασμούς για τους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, οι περισσότερες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, δεν ακολουθούν την πολιτική του υποχρεωτικού εμβολιασμού. Η Γαλλία αποτελεί εξαίρεση στο γενικό κανόνα, καθώς έχει θεσμοθετήσει τον υποχρεωτικό εμβολιασμό έναντι του τετάνου, της διφθερίτιδας, της πολιομυελίτιδας, της ηπατίτιδας Β και της φυματίωσης στο προσωπικό υγείας προκειμένου αυτό να λάβει την άδεια άσκησης του επαγγέλματος.

Στις ΗΠΑ, διάφοροι φορείς όπως το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Center for Disease Control and Prevention, CDC), η Συμβουλευτική Επιτροπή σε θέματα εμβολιασμού (Advisory Committee on Immunization Practices), ο Αμερικανικός Σύλλογος Ιατρών (American College of Physicians), η Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (American Academy of Pediatrics), αλλά και ο Σύνδεσμος Επαγγελματιών Ελέγχου Λοιμώξεων και Επιδημιολογίας (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) συνιστούν τον εμβολιασμό των επαγγελματιών υγείας έναντι της παρωτίτιδας, της ιλαράς, της ερυθράς, της ανεμοβλογιάς, αλλά και της γρίπης. Επιπρόσθετα, για το προσωπικό υγείας που εκτίθεται σε αίμα, ή και σωματικά υγρά συνιστάται εμβολιασμός έναντι του ιού της ηπατίτιδας Β. Επίσης, νεότερες οδηγίες περιλαμβάνουν στις συστάσεις τους και το τριπλό εμβόλιο τετάνου-διφθερίτιδας-κοκίτη. Εμβολιασμός για το μηνιγγιτιδόκοκκο συνιστάται κατά κύριο λόγο σε μικροβιολόγους και προσωπικό ιατρικών εργαστηρίων που εκτίθενται στο στέλεχος N⁷².

- Πλύσιμο χεριών

Όσο και να φαίνεται υπερβολικό, το σωστό και τακτικό πλύσιμο των χεριών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί ίσως το σημαντικότερο μέσο πρόληψης των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Σε διεθνές συνέδριο για τις λοιμώξεις το τελικό συμπέρασμα ήταν ότι, "αν θέλαμε να συνοψίσουμε σε δυο λέξεις το θέμα των νοσοκομειακών λοιμώξεων, θα λέγαμε "πλένετε τα χέρια σας". Έχει αποδειχτεί από πολλές έρευνες ότι, αυτή και μόνο η πρακτική είναι σε θέση να περιορίσει σημαντικά τις λοιμώξεις στα νοσοκομεία. Μάλιστα, σε πολλές από τις μελέτες αυτές ήταν και ο μόνος παράγοντας πρόληψης με στατιστικά σημαντική σημασία.

Σκοπός του πλυσίματος των χεριών είναι η απομάκρυνση των παροδικών μικροοργανισμών, ώστε ο αριθμός τους να μη φτάνει σε λοιμογόνο δόση. Τα μικρόβια που υπάρχουν κανονικά στα χέρια ανήκουν στη φυσιολογική χλωρίδα του δέρματος, ενώ οι παροδικοί μικροοργανισμοί είναι εκείνοι που επικάθονται μετά την επαφή με τον ασθενή και διάφορα μολυσμένα αντικείμενα και είναι αυτοί που συνήθως ευθύνονται για τις εντερολοιμώξεις.

Το συνηθισμένο πλύσιμο των χεριών (με σαπούνι, όχι απαραίτητα αντισηπτικό) πρέπει να γίνεται σωστά με τα χέρια προς τα κάτω, διαφορετικά τα μικρόβια μπορεί να παλινδρομήσουν στο αντιβράχιο. Αντίθετα, στο πλύσιμο των χεριών της χειρουργικής ομάδας τα χέρια πρέπει να είναι ψηλότερα, ώστε να μην κυλήσουν τα μικρόβια από το αντιβράχιο προς την άκρη χείρα.

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στο επαρκές πλύσιμο των δακτύλων και μάλιστα των ονυχοφόρων φαλαγγών, του θέναρως, του ωλένιου χείλους της παλάμης και των καρπών. Η διάρκεια του πλυσίματος πρέπει να είναι τουλάχιστον 30 sec για την από ασθενή σε ασθενή επίσκεψη και περισσότερο από 1 min μετά την επαφή με ιδιαίτερα μολυσμένο ασθενή. Για την εκτέλεση ορισμένων ιατρικών πράξεων (π.χ. τοποθέτηση ουροκαθετήρων) απαιτούνται τουλάχιστον 2 min και προκειμένου να εισέλθει μέλος του προσωπικού για να εργαστεί σε αίθουσα χειρουργείου, τοκετού, τμήμα μεταμοσχεύσεων, νεογνών κλπ., θα πρέπει να πλύνει τα χέρια του περίπου 5 min.

Το προσωπικό πρέπει να πλύνει τα χέρια του κατά την προσέλευση και αποχώρηση από το τμήμα νοσηλείας, το εργαστήριο ή το εξωτερικό ιατρείο, μετά από κάθε νοσηλεία ακόμα και αν χρησιμοποιήθηκαν γάντια ή εργαλεία (π.χ. αλλαγές τραυμάτων και εγκαυμάτων), μετά την αφαίρεση των γαντιών οποιουδήποτε τύπου και χρήσης (τα ιδρωμένα από τα γάντια χέρια

έχουν περισσότερα μικρόβια), μετά τη θερμομέτρηση των αρρώστων και το στρώσιμο των κρεβατιών, πριν και μετά την επαφή με το δέρμα του αρρώστου (εντριβές, πλύσιμο κλπ.), πριν και μετά από οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη που απαιτεί χρήση αποστειρωμένου υλικού, καθώς και μετά από κάθε προσωπική χρήση του αποχωρητηρίου.

Το υγρό σαπούνι είναι προτιμότερο. Όπου γίνεται χρήση σαπουνιού σε πλάκες, αυτές μετά το πλύσιμο θα πρέπει να τοποθετούνται σε υποδοχές που να ευνοούν το γρήγορο στέγνωμα τους, αλλιώς αποικίζονται εύκολα από μικρόβια. Για το λόγο αυτό δεν συνιστάται να χρησιμοποιούνται σαπυνοθήκες με κλειστό πυθμένα. Αν τα δοχεία με το σαπούνι ή το αντισηπτικό δεν είναι μιας χρήσης, θα πρέπει να πλένονται και να αποστειρώνονται τακτικά και όχι απλά να συμπληρώνεται η ποσότητα σαπουνιού ή αντισηπτικού που καταναλώθηκε, γιατί ευνοείται ο μικροβιακός αποικισμός του διαλύματος. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει κάποια δυσκολία στην εφαρμογή μιας τόσο αυστηρής πολιτικής στο πλύσιμο των χεριών. Για παράδειγμα, πολλοί θάλαμοι δεν έχουν νιπτήρες και η διαδοχική επίσκεψη και εξέταση πολλών ασθενών κάνει χρονοβόρα και καθόλου πρακτική την όλη διαδικασία. Ορισμένοι συνιστούν σε τέτοιες περιπτώσεις, μεταξύ δυο εξετάσεων ασθενών, το τρίψιμο των χεριών με οινόπνευμα, με την προϋπόθεση βέβαια να μην υπάρχει κάτι το ιδιαίτερα σηπτικό. Πάντως, η κατασκευή και αρχιτεκτονική των θαλάμων νοσηλείας θα πρέπει να ενθαρρύνει και όχι να αποθαρρύνει το πλύσιμο των χεριών⁷².

- Γάντια

Τα γάντια προστατεύουν τόσο αυτόν που τα φοράει όσο και τον άρρωστο που υφίσταται κάποια νοσηλευτική/ιατρική πράξη και εμποδίζουν ταυτόχρονα τη μεταφορά μικροοργανισμών από τον ένα ασθενή στον άλλο (ετερολοιμώξεις). Πρέπει οπωσδήποτε να γίνεται χρήση τους από το προσωπικό στις φλεβοκεντήσεις /αιμοληψίες, στην περιποίηση κάθε αρρώστου με ανοικτές πληγές, δερματοπάθειες κολοστομίες και γενικά σε κάθε περίπτωση πιθανής επαφής με βιολογικά υγρά και υλικά (αίμα, πύον, κόπρανα, ούρα, σίελο, εμέσματα, γαστρικό υγρό). Γάντια επιβάλλεται να χρησιμοποιούνται κατά την περιποίηση όλων των ασθενών που χαρακτηρίζονται μολυσματικοί ή ανοσοκατασταλμένοι.

Τα γάντια πρέπει επίσης να φοριούνται και για κάθε επαφή με μολυσμένα ή δυνητικά μολυσμένα αντικείμενα: ουροδοχεία, νεφροειδή, ακάθαρτα ρούχα και σεντόνια, χρησιμοποιημένες γάζες, σωληνάρια, σκουπίδια. Είναι μεγάλη ανευθυνότητα να πιάνει κανείς

με τα γαντοφορεμένα χέρια διαδοχικά βρόμικα και καθαρά αντικείμενα. Για παράδειγμα, χωρίς να βγάλει τα γάντια μετά την όποια νοσηλευτική/ιατρική πράξη, να ανοίγει συρτάρια ή ντουλάπια, τα οποία μετά άλλοι πιάνουν με γυμνά χέρια.

Αποστειρωμένα γάντια χρησιμοποιούνται σε κάθε χειρουργική πράξη και στις περιπτώσεις ασθενών που βρίσκονται σε προφυλακτική απομόνωση, καθώς και σε ορισμένες πράξεις που μπορεί να προκαλέσουν λοίμωξη (καθετηριασμός ουροδόχου κύστης). Αν τα γάντια λερωθούν με βιολογικά υγρά ή εκκρίσεις, πρέπει να αλλάχτούν αμέσως, ακόμα και αν δεν έχει τελειώσει η φροντίδα του αρρώστου. Σε άλλες ιατρικές πράξεις χρησιμοποιούνται μη αποστειρωμένα γάντια: ενδοσκοπήσεις πεπτικού, δακτυλική εξέταση κόλπου και ορθού, τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα και ενδοφλέβιου καθετήρα, αλλαγές επιδέσμων.

Τα γάντια δεν απαλλάσσουν από το πλύσιμο των χεριών. Έστω και αν δεν υπάρχουν εμφανείς τρύπες, πολύ συχνά υπάρχουν μικρορωγμές που επιτρέπουν την είσοδο μικροβίων. Όταν πρέπει να φορεθούν επί πλέον μάσκα και μπλούζα, αυτό γίνεται με τη σειρά: πρώτα η μάσκα, μετά η μπλούζα και τελευταία τα γάντια. Αντίθετα, η αφαίρεση γίνεται αντίστροφα: πρώτα τα γάντια, μετά η μάσκα και τελευταία η μπλούζα⁷².

- Μάσκες προστασίας

Δρουν ως φίλτρα των μικροοργανισμών που μεταδίδονται αερογενώς ή με σταγονίδια και παρέχουν διπλή προστασία του αρρώστου από τα μικρόβια που αποπνέει το προσωπικό και το αντίθετο. Οποσδήποτε, το προσωπικό που πάσχει από γρίπη ή άλλα λοιμώδη αναπνευστικά νοσήματα, δεν πρέπει να "κρύβεται" πίσω από μια μάσκα, αλλά να απέχει από την εργασία του για όσο διάστημα μπορεί να μεταδίδει τη νόσο.

Οι μεταχειρισμένες μάσκες θεωρούνται ιδιαίτερα μολυσμένα αντικείμενα. Το πιάσιμο της μάσκας και αμέσως μετά χειρισμοί πάνω στον άρρωστο είναι πράξη με αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης μικροβίων. Με την ίδια λογική είναι ανεπίτρεπτο οι μάσκες να κρέμονται στο λαιμό του προσωπικού και να επαναχρησιμοποιούνται.

Οι καλύτερες ποιοτικά μάσκες αποικίζονται μέσα σε 20-30 min. Σήμερα προτιμώνται οι μάσκες μιας χρήσης ενισχυμένες με έλασμα για καλύτερη εφαρμογή στη μύτη. Η τελευταία δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να βρίσκεται έξω από τη μάσκα. Η μάσκα είναι υποχρεωτική

για κάθε άτομο που εισέρχεται σε θαλάμους απομόνωσης, χειρουργεία, αίθουσες τοκετών, θαλάμους νεογνών και μονάδες εντατικής θεραπείας.

Από πολλούς συνιστάται η χρήση της και σε αλλαγές εγκαυμάτων, εκτεταμένων ανοικτών τραυμάτων και κατά την εκτέλεση μικρών επεμβάσεων με κίνδυνο επιμόλυνσης (παρακεντήσεις θώρακος και κοιλίας, βιοψία μυελού).

Πριν από την τοποθέτηση της καθαρής και μετά την αφαίρεση της χρησιμοποιημένης μάσκας πλένονται τα χέρια. Κατά την αφαίρεση λύνονται πρώτα τα κάτω κορδόνια και μετά τα επάνω⁷².

- Μπλούζες και ποδιές

Υπάρχουν διάφορα είδη μπλούζες (χάρτινες, υφασμάτινες, πλαστικές, αποστειρωμένες και μη) για διάφορες χρήσεις (στο χειρουργείο, την αίθουσα τοκετού, για τη φροντίδα ειδικών ασθενών). Πρέπει να είναι αρκετά φαρδιές για να φοριούνται άνετα πάνω από τα ρούχα. Στη χρήση της αποστειρωμένης μπλούζας πρέπει να δίνεται προσοχή, ώστε εκείνος που θα τη φορέσει, να αγγίζει με γυμνά χέρια μόνο το εσωτερικό της (η εξωτερική της επιφάνεια πρέπει να παραμένει αποστειρωμένη).

Τα περισσότερα μικρόβια βρίσκονται κάτω από τη μέση, γι' αυτό, κατά την αφαίρεση της πρώτα λύνεται η ζώνη, ακολουθεί πλύσιμο χεριών, αφαιρείται η μπλούζα και ακολουθεί νέο πλύσιμο των χεριών. Σε θαλάμους απομόνωσης είναι δυνατό να χρησιμοποιείται η ίδια μπλούζα περισσότερες φορές, με την προϋπόθεση όμως να μην έχει λερωθεί με υγρά/εκκρίσεις και να φυλάσσεται στο εσωτερικό του δωματίου ή στον προθάλαμο.

Πλαστικές ποδιές χρησιμοποιούνται σε πολλές περιπτώσεις, ιδίως όταν είναι πιθανή η διαβροχή από υγρά ή άλλες εκκρίσεις. Συχνά φέρονται κάτω από βαμβακερές μπλούζες που είναι υδατοδιαπερατές. Προτιμώνται ποδιές μιας χρήσης, αλλά είναι αποδεκτές και εκείνες πολλαπλών χρήσεων, με την προϋπόθεση ότι απολυμαίνονται μετά τη χρησιμοποίησή τους⁷².

Κεφάλαιο 7

*Ψυχοσωματικοί Κίνδυνοι
Στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα*

7.1 Ψυχοσωματικοί Κίνδυνοι Στη Νοσηλευτική

Ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτόν διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή των περισσότερων εργαζομένων, αφού εκεί δαπανάται σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής. Τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι, η υλοποίηση των προσδοκιών και των οραμάτων των εργαζομένων νοσηλευτών, συμβάλλει στην παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, όταν η άσκηση της Νοσηλευτικής πραγματοποιείται σε ένα περιβάλλον που ενισχύει αυτή τη δυνατότητα. Υπάρχουν όμως, διάφοροι παράγοντες, όπως ατομικοί, δημογραφικοί και κυρίως περιβαλλοντικοί, οι οποίοι καταπονούν τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να διαφαίνονται συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης⁷⁶.

Η περίπτωση των Νοσηλευτών αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αφού τα νοσοκομεία, που κυρίως αποτελούν τον χώρο εργασίας των περισσότερων νοσηλευτών, κατακλύζονται από γρήγορους ρυθμούς και ένταση εργασίας. Σύμφωνα με την ψυχολογία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα, αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μακροχρόνια προβλήματα, όπως αισθήματα απελπισίας, δυσφορίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής⁷⁶. Στον Ελλαδικό χώρο, τα τελευταία χρόνια, σε ερευνητικό επίπεδο παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για το εργασιακό stress και την επαγγελματική εξουθένωση⁷⁷. Τα μυοσκελετικά προβλήματα των νοσηλευτών αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή επαγγελματικής ανικανότητας παγκοσμίως. Η συχνότητα εμφάνισης των μυοσκελετικών παθήσεων και ιδιαίτερα της οσφυαλγίας αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό στο νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό⁷⁸.

Παράλληλα, το στρες και ο ψυχικός πόνος που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας έχει απασχολήσει κατά καιρούς πολλούς επιστήμονες. Η επαφή με τον πόνο και το θάνατο, η επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, οι νυχτερινές βάρδιες, ο φόρτος εργασίας, οι αντίξοες συχνά συνθήκες εργασίας σε δημόσια κυρίως νοσοκομεία και το υψηλό αίσθημα ευθύνης μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα άγχους⁷⁹.

Όμως, δεν είναι μόνο η εξουθένωση και το άγχος σημαντικά προβλήματα για τους νοσηλευτές. Απειλή για την αποτελεσματική φροντίδα και παραβίαση των ατομικών

δικαιωμάτων για αξιοπρέπεια και ακεραιότητα, είναι η βία. Διεθνώς, ένας στους τρεις νοσηλευτές έχει δεχθεί βία στο εργασιακό περιβάλλον κυρίως από ασθενείς και συγγενείς. Οι επιθέσεις σε νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας συμβαίνουν σε όλους τους χώρους εργασίας και συνιστούν έναν κίνδυνο⁸⁰.

Ακόμα η ψυχική υγεία μπορεί να κλονιστεί από καταστάσεις που δυστυχώς δεν μπορούν να αποφευχθούν. Η μετάβαση από τη ζωή στο θάνατο έχει ανυπολόγιστη αξία για την ανθρώπινη υπόσταση. Η συναισθηματική φόρτιση, που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας στο χώρο εργασίας, υπερβαίνει συχνά τα αποθέματά τους, κάνοντάς τους πολλές φορές να συγκρούονται με τα «πιστεύω» και τις αντιλήψεις τους. Η διεργασία του θανάτου, η απώλεια της ανθρώπινης ζωής και το μεσοδιάστημα μεταξύ ζωής και θανάτου αποτελούν ίσως τη μεγαλύτερη πρόκληση που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων τους⁸¹.

Ο μοναδικός τρόπος για την αποφυγή και την μείωση του κινδύνου των ψυχικών και σωματικών προκλήσεων, είναι ή άμεση αναγνώριση των συμπτωμάτων και η αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος, πριν η συναισθηματική εξάντληση, η αποστασιοποίηση και η αδράνεια, επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου⁷⁶.

7.2 Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωση

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται στο αίσθημα της εξάντλησης και της απώλειας του ενδιαφέροντος που εκδηλώνεται από τους επαγγελματίες κατά την άσκηση της εργασίας τους. Οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της μη ικανοποίησης από την εργασία τους. Το σύνδρομο αποτελεί σοβαρό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις, καθότι μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές σε ψυχοσωματικά προβλήματα, συμπεριφορά κοινωνικής απομόνωσης που οφείλεται στην εργασία και σε νοσηλευτική φροντίδα χαμηλής ποιότητας⁷⁶.

7.2.1 Ορισμός Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του ψυχικών αποθεμάτων, στην προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες, που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το σύνδρομο αυτό δυνητικά μπορεί να επηρεάσει κάθε εργαζόμενο, αφορά όμως κυρίως στον επαγγελματία υγείας, λόγω των ιδιαίτερων σχέσεων φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στο χώρο της υγείας. Είναι στενά συνυφασμένο με την αποδοτικότητά του και έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας⁸².

7.2.2 Παράγοντες Που Τείνουν Να «Προκαλούν» Το Σύνδρομο

- Οι υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό και υψηλές προσδοκίες για το ίδιο το επάγγελμα.
- Ο εργαζόμενος δεν παίρνει συστηματική επανατροφοδότηση για τη δουλειά του.
- Οι κακές σχέσεις με ανωτέρους, με επόπτες και συναδέλφους. Ο εργαζόμενος δεν θέλει ή δεν μπορεί να συζητήσει τα εμφανιζόμενα προβλήματα και δημιουργούνται κακές σχέσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας.
- Οι διαφορούμενοι ρόλοι στους εργαζόμενους που επηρεάζουν αρνητικά την συναδελφική συνεργασία και τη διεπαγγελματική συνεργασία. Για παράδειγμα, όταν ο γιατρός απαιτεί από τη νοσηλεύτρια να ακούσει εκείνον και να μην ακολουθήσει το καθηκοντολόγιο της.
- Η πολλή δουλειά, εντατική και μακράς διάρκειας. Πρόκειται για παγκόσμιο φαινόμενο στην Νοσηλευτική και είναι οξύτερο σε μερικά κράτη απ' ότι σε άλλα.
- Η μακράς διάρκειας ένταση. Μπορεί να την αντέξει κανείς για λίγο χρονικό διάστημα, αλλά κάποτε θα φέρει εργασιακή εξουθένωση.
- Οι χαμηλές αμοιβές και τα περιορισμένα κίνητρα. Αλλά πρέπει να πούμε πως οι χαμηλές αμοιβές φαίνεται να επηρεάζουν λιγότερο και είναι συνήθως επιχειρήματα συνδικαλιστικά. Οφέλη, πάντως όπως τα κοινωνικά, είναι εξίσου σημαντικά. Δηλαδή όταν υπάρχει καλή ατμόσφαιρα μέσα τη δουλειά, ο εργαζόμενος τείνει να πηγαίνει και να μένει σ' αυτήν παρ' όλο που μπορεί να παίρνει λιγότερα χρήματα απ' ότι σε μίαν άλλη.
- Οι ατελείς διευκολύνσεις, γραφειοκρατικές απαιτήσεις και κυρίως η βία, ο εργασιακός εκφοβισμός και η ηθική παρενόχληση στο χώρο της δουλειάς. Μια μορφή βίας η οποία

προέρχεται ακόμα και από συναδέλφους, συχνότερα άνδρες, είναι συνήθως η σεξουαλική παρενόχληση. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες είναι μια κατάσταση υποβάθμισης της προσωπικότητάς τους, του επαγγέλματός τους, της δουλειάς τους και συμβαίνει και με πελάτες.

- Η μακρόχρονη εργασία χωρίς διακοπή, και χωρίς αλλαγή εντός υπηρεσίας οδηγεί στην αντικειμενοποίηση του πελάτη. Η αλλαγή δίνει νέα κίνητρα, παρ' όλο που μπορεί ο εργαζόμενος να έχει λιγότερη εκπαίδευση στην καινούρια υπηρεσία. Δίνει μια αίσθηση δημιουργικότητας. Καινούρια ενδιαφέροντα Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στους γιατρούς και τους θεραπευτές.
- Η εργασία με χρόνιους και σοβαρούς ασθενείς οι οποίοι πολύ συχνά δεν έχουν ελπίδα ζωής, ιδιαίτερα όταν οι εργαζόμενοι αποκτήσουν εμπραθητική σχέση με τον ασθενή.

Οι τέσσερις σημαντικότεροι παράγοντες της εργασιακής υπερφόρτωσης είναι:

1. η πίεση του χρόνου
2. οι υπερβολικές ευθύνες και υποχρεώσεις
3. η έλλειψη υποστήριξης
4. οι υπερβολικές απαιτήσεις από τον εαυτό σας και από τους άλλους γύρω σας

Οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες, ή οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταξύ τους, μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση⁸³.

7.2.3 Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα πιθανά συμπτώματα που μπορεί ένας εργαζόμενος να εμφανίσει είναι τα ακόλουθα:

1. Ο εργαζόμενος βιώνει ένταση, ευερεθιστότητα, γκρίνια, φωνές και επιθετικότητα. Ενώ δεν μπορεί να ανεχθεί τις απόψεις άλλων.
2. Αντικειμενοποιεί τον πελάτη. Ο πελάτης γίνεται ένας αριθμός όπως είναι οι φυλακισμένοι στις φυλακές. Γίνεται παράδειγμα, το πρώτο κρεβάτι του θαλάμου 2.
3. Αισθάνεται έλλειψη φυσικής και συναισθηματικής ενέργειας, κούραση, καταπονημένο σώμα.
4. Έχει δυσκολία με το πρωινό ξύπνημα και φοβάται να πάει στη δουλειά.

5. Έχει αρνητική στάση προς τον εαυτό. Οι σκέψεις και το περιεχόμενο αυτό είναι περίπου: «Δεν αξίζω.. δεν έχω καταφέρει τίποτα... αφήνω τον έναν και τον άλλον να κυριαρχούν επάνω μου... . Γενικά, το άτομο μπορεί να εκδηλώσει κατάθλιψη, και διαταραχές στον ύπνο.
6. Παρουσιάζει μείωση της παραγωγικότητα, και γενικά η αποδοτικότητα πέφτει κατακόρυφα.
7. Αισθάνεται έλλειψη δημιουργικότητας. Όλα αυτά μειώνουν τη δημιουργική παραγωγικότητα, την ανάπτυξη των πρωτοβουλιών δηλαδή το να επεμβαίνει ο/η εργαζόμενος /η στην κατάλληλη στιγμή με τον κατάλληλο χειρισμό. Δεν παίρνει εύκολα ευθύνες και αποφάσεις, ενώ αποστασιοποιείται και από τους συναδέλφους. Αποκτά αντιδράσεις αρνητικές γενικά προς τους άλλους, είτε είναι συνάδελφοι, είτε είναι εκτός του Οργανισμού. Όταν η εργασιακή εξουθένωση έχει μεγάλη ένταση πλήττει την οικογένειά, τον κοινωνικό περίγυρο, την γειτονιά,
8. Η σωματική υγεία επιβαρύνεται ενώ μπορούν να παρατηρηθούν πονοκέφαλοι, κρυολογήματα, υψηλή πίεση, το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης
9. Η κατανάλωση οινοπνεύματος, (πολύ συχνό σύμπτωμα) καθώς και η λήψη φαρμάκων, ή /και ναρκωτικών μπορούν να αυξηθούν⁸².

7.2.4 Στάδια Επαγγελματικής Εξουθένωσης

1. *Στάδιο ενθουσιασμού.* Στο στάδιο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως στην αρχή της καριέρας του ή εισέρχεται για πρώτη φορά στο σύστημα υγείας. Έχει μη ρεαλιστικές προσδοκίες, υψηλούς στόχους, ανέφικτους, και επενδύει υπερβολικά στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς ή τους συναδέλφους του. Από το χώρο αυτόν προσπαθεί να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και γι' αυτόν το λόγο αφιερώνει πολύ χρόνο και ενέργεια στο αντικείμενό του.
2. *Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας.* Στο δεύτερο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται συνήθως ούτε στις προσδοκίες ούτε και στις ανάγκες του και απογοητεύεται. Αρχικά, νομίζει ότι αν δουλέψει πιο εντατικά θα καλύψει αυτό το κενό κι έτσι αφιερώνει ακόμη περισσότερο χρόνο στη

δουλειά του, παρακολουθεί σεμινάρια, συνέδρια και προγράμματα κατάρτισης. Παράλληλα, αρχίζει να ενοχλείται από πράγματα που στην αρχή δεν τον απασχολούσαν και να συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν είναι ικανή να καλύψει τα κενά ούτε και της προσωπικής του ζωής.

3. *Στάδιο απογοήτευσης και ματαιώσης.* Ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι δουλεύει σε μια εργασία που του δημιουργεί πολύ άγχος και πιστεύει ότι οτιδήποτε προσφέρει είναι μάταιο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων. Η φάση αυτή είναι μεταβατική, καθώς ο επαγγελματίας, είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους, είτε φθάνει στο σημείο να απομακρύνεται προοδευτικά από τους αρρώστους και γενικά από το χώρο εργασίας του, καταστάσεις που του προξενούν άγχος.
4. *Στάδιο απάθειας.* Στο τελευταίο αυτό στάδιο, ο επαγγελματίας επενδύει ελάχιστη ενέργεια στη δουλειά του, αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών του, αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα και ουσιαστικά διατηρεί τη θέση του καθαρά για βιοποριστικούς λόγους, προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τις χρόνιες αναβολές και ματαιώσεις που βιώνει. Το τελικό αποτέλεσμα είναι να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις του με τα σημαντικά πρόσωπα του προσωπικού και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να μη βρίσκει υποστηρικτικό πλαίσιο σε μια τόσο δύσκολη και αδιέξοδη φάση της ζωής του⁸³.

7.2.5 Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης Σε Νοσηλευτές

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν αφορούν μόνο στη φυσική κατάσταση και την ψυχική ισορροπία του επαγγελματία, αλλά και στη συμπεριφορά του τόσο στην εργασία όσο και στην κοινωνική-προσωπική του ζωή. Επίσης, εμπλέκονται θέματα εργασιακής ασφάλειας, ικανοποίησης και στελέχωσης του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού, καθώς επίσης θέματα αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Συσχετίσεις έχουν γίνει με τη μειωμένη παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας, την αυξημένη συχνότητα λαθών και μετεγχειρητικών επιπλοκών, την αυξημένη θνητότητα χειρουργημένων ασθενών, την ανεπάρκεια στη στελέχωση, τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και την προσφορά χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών. Οι πολλαπλές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης αναδεικνύουν τις διαστάσεις αυτού του

προβλήματος, ανάγοντάς το από το ατομικό επίπεδο σε ένα ιδιαίτερο οργανωτικό πρόβλημα, το οποίο χρειάζεται έγκυρη και έγκαιρη ορθή αξιολόγηση⁸³.

7.2.6 Μέτρα Προφύλαξης Και Αντιμετώπισης Της Επαγγελματικής Εξουθένωσης:

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας και την αποφυγή- αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης εστιάζονται σε δύο επίπεδα:

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο. Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο αναφέρονται στις προσπάθειες που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας:

- Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων: Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία να μην αγνοήσει κάποιες ενδείξεις επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως οργανικά ή ψυχοκοινωνικά συμπτώματα.
- Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών: Η επανεκτίμηση των στόχων, των προσδοκιών και των κινήτρων των επαγγελματιών βοηθάει στην αποφυγή του μόνιμου άγχους, στην αναγνώριση στοιχείων εγωισμού στα πλαίσια της εργασίας, στην επίτευξη των στόχων και στην αύξηση της ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και στην καλύτερη εδραίωση του επαγγελματία στον εργασιακό του χώρο.
- Αναζήτηση υποστήριξης: Είναι πολύ σημαντική η αναζήτηση βοήθειας στα προβλήματά του και υποστήριξης του επαγγελματία, είτε από φίλους και συνεργάτες, είτε από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Είναι φανερό ότι η υποστήριξη λειτουργεί θεραπευτικά μόνο για τα άτομα που την αποδέχονται, γι' αυτό και κρίνεται πολύ σημαντική η ίδια η αναγνώριση της ανάγκης βοήθειας του επαγγελματία. Η στήριξη μειώνει το εργασιακό άγχος και τις πιθανότητες να νοσήσει ο επαγγελματίας. Σημαντικό είναι να μην αποζητάτε μόνο από ένα πρόσωπο, για την αποφυγή εκτόνωσης συσσωρευμένου θυμού και άγχους προς μία μόνο κατεύθυνση, με όλες τις επιπτώσεις που αυτό μπορεί να έχει. Για κάθε εργαζόμενο θα πρέπει να υπάρχει ένα ολοκληρωμένο υποστηρικτικό δίκτυο στο χώρο της δουλειάς του, που να δίνει δυνατότητες έκφρασης, υποστήριξης και αντιμετώπισης των επερχόμενων εργασιακών προβλημάτων.
- Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας: Δίνει τη δυνατότητα εκτόνωσης του επαγγελματία και συνήθως προάγει την επικοινωνία.

- Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας: Αυξάνει την αίσθηση ελέγχου και την αποφασιστικότητα του επαγγελματία.
- Επιλογή νέας θέσης εργασίας.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο. Αναφέρονται σε ενέργειες, την ευθύνη των οποίων έχει η διοίκηση του νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγείας:

- Δημιουργία ειδικών ομάδων Ballint, με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκφάνσεις, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και την κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς
- Οργάνωση σεμιναρίων-ημερίδων και παροχή δυνατοτήτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης-επιμόρφωσης, ειδικά σε θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού stress
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο για τους επαγγελματίες, όσο και για τους συγγενείς τους
- Προώθηση των μεθόδων υποκίνησης των εργαζομένων
- Παροχή δυνατοτήτων πολυμορφίας στο εργασιακό περιβάλλον
- Περιοδική διενέργεια μελετών-εργασιών για το βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων της μονάδας και τους παράγοντες που την προκαλούν- διατηρούν και προσπάθεια εξάλειψης των στρεσογόνων αυτών παραγόντων
- Δημιουργία ειδικών τμημάτων και θέσεων εργασίας με εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί) για το συντονισμό και την επίλυση προβλημάτων επαγγελματικής εξουθένωσης
- Επίταση της προσοχής των φορέων για τα συμπτώματα του συνδρόμου, σε κάθε διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό υπεύθυνο των τμημάτων
- Καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας, με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες
- Ατομική και ομαδική εποπτεία των εργαζομένων
- Ενίσχυση συναντήσεων των μελών του προσωπικού για τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της συνεργασίας τους⁸².

7.3 Μυοσκελετικά Προβλήματα Που Αντιμετωπίζουν Οι Νοσηλευτές

Τα μυοσκελετικά προβλήματα των νοσηλευτών αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή επαγγελματικής ανικανότητας παγκοσμίως. Η συχνότητα εμφάνισης των μυοσκελετικών παθήσεων και ιδιαίτερα της οσφυαλγίας αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό στο νοσηλευτικό προσωπικό σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Στις Η.Π.Α. το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας (NIOSH) κατατάσσει τις μυοσκελετικές παθήσεις των νοσηλευτών στη 2η θέση ανάμεσα στις 10 πιο επικίνδυνες επαγγελματικές ασθένειες. Επίσης, το 2002 το Γραφείο Στατιστικών Ερευνών των Η Π Α (US Bureau of Labor Statistics) κατατάσσει τους νοσηλευτές ως ένα από τα 10 πιο επικίνδυνα επαγγέλματα για μυοσκελετικές ασθένειες. Η κυριότερη επαγγελματική αιτία των προβλημάτων αυτών είναι η χειρονακτική μετακίνηση των ασθενών, είτε κατά την προσπάθεια ανύψωσης τους, κατά την μεταφορά, ή κατά την αλλαγή θέσης πάνω στο κρεβάτι από την ύπτια στην πλάγια θέση.

Σημαντικό, επίσης, ρόλο για τις μυοσκελετικές παθήσεις που σχετίζονται με την εργασία αποτελούν οι λεγόμενοι εργονομικοί κίνδυνοι. Ως τέτοιοι, μπορεί να θεωρηθούν οι περιορισμένοι χώροι από ιατρικά μηχανήματα γύρω από τους ασθενείς, η απουσία ηλεκτρονικών κρεβατιών για τη ρύθμιση του ύψους, καρέκλες και κομοδίνα καθώς και διάφοροι άλλοι οργανωτικοί παράγοντες με βασικότερους τον ρυθμό και την ένταση της εργασίας, το κυλιόμενο ωράριο, τα ανεπαρκή διαλείμματα, η αίσθηση ανικανοποίητου από την εργασία και φυσικά, οι σχέσεις με τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους. Τα αποτελέσματα πιο πρόσφατης ερευνητικής μελέτης, που εκπονήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών ενοχλημάτων στην Ελλάδα έδειξαν, ότι η συχνότητα εμφάνισης ενοχλημάτων από την οσφυ ήταν 52,8%, από τον αυχένα 48,6% και από την ωμοπλάτη 43,1% ⁷⁸.

7.3.1 Ορισμός Μυοσκελετικών Παθήσεων

Με τον όρο μυοσκελετικές παθήσεις (ΜΣΠ) εννοούμε τις παθήσεις εκείνες που εμφανίζουν οι μύες, οι τένοντες, οι θύλακοι, τα νεύρα και τα οστά συμπεριλαμβανομένων του αυχένα,

των άνω άκρων, της μέσης (περιοχή οσφύος) και των κάτω άκρων (όπως αυχενικό σύνδρομο, οσφυαλγία- τενοντίτιδες, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα) ⁷⁸.

7.3.2 Παράγοντες Κινδύνου Πρόκλησης Μυοσκελετικών Προβλημάτων

Α. Επαγγελματικοί παράγοντες: Ο χειρισμός των ασθενών αποτελεί τη κυριότερη αιτία πρόκλησης των μυοσκελετικών προβλημάτων. Με τον όρο χειρισμός, ορίζονται όλες εκείνες οι ενέργειες που κάνουν οι νοσηλευτές για να μετακινήσουν, μεταφέρουν, ανυψώσουν, στηρίξουν ή να έλξουν τους ασθενείς. Τα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή, όπως είναι το ύψος, το βάρος, η μυϊκή μάζα, η κατάσταση υγείας στην οποία βρίσκονται, το θεραπευτικό σχήμα που ακολουθούν (για παράδειγμα, την ύπαρξη κεντρικών γραμμών, δυνατότητα κινητοποίησης), αν έχουν επαφή με το περιβάλλον ή βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, συντελούν καθοριστικά στο βαθμό πρόκλησης μυοσκελετικών παθήσεων. Η χειρονακτική μετακίνηση των ασθενών επιβαρύνει ιδιαίτερα την οσφυϊκή μοίρα. Επιπροσθέτως, οι τραυματισμοί που σχετίζονται με την εργασία αποτελούν σημαντικό παράγοντα επίδρασης, τόσο στην επαγγελματική, όσο και στην προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας. Η μετακίνηση ή η ανύψωση του ασθενούς πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ικανότητα αρμόδιου και εξειδικευμένου προσωπικού και όχι ως τυχαία εργασία. Παρότι, πολλές βιβλιογραφικές αναφορές δείχνουν, ότι η οσφυαλγία μπορεί να εμφανιστεί από το πρώτο έτος εργασίας, από άλλες μελέτες έχει δειχθεί, ότι τα έτη προϋπηρεσίας αποτελούν έναν άλλο παράγοντα που σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση αυτού του τύπου κακώσεων.

Σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας θεωρείται και η πολύωρη στατική εργασία. Είναι γνωστό σε όλους ότι, όχι μόνο η βαριά εργασία αλλά ακόμα και η πλέον φυσική δραστηριότητα μπορεί να είναι κουραστική. Ακόμα και όταν ο νοσηλευτής δεν εργάζεται, αλλά απλά υποβαστάζει το κάτω άκρο του ασθενή, για να τεθεί για παράδειγμα γύψος ή κρατάει ένα αντικείμενο για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ορισμένη στάση του σώματός του, αυτό δημιουργεί κόπωση. Στην πραγματικότητα, η στατική εργασία μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη μυϊκή κόπωση σε σύγκριση με τη δυναμική εργασία, ενώ η ανάρρωση από τη στατική εργασία είναι βραδύτερη από αυτή της δυναμικής, για το ίδιο χρονικό διάστημα εφαρμογής τους. Η καταπόνηση των εργαζομένων από τις κακές στάσεις κατά την εργασία έχει τεκμηριωθεί μέσο συνεχούς παρατήρησης της εργασιακής τους ημέρας. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Estry- Behar et al., έδειξαν, ότι οι εργαζόμενοι στο χώρο του

νοσοκομείου περνούν το 60-80% της ημέρας όρθιοι, καθώς επίσης ότι το νοσηλευτικό προσωπικό περνά το 10% του χρόνου εργασίας σε πρόσθια κάμψη της σπονδυλικής στήλης. Επίσης η ίδια μελέτη έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό περνά το 10% του χρόνου εργασίας απασχολούμενο σε αλλαγές θέσεων των ασθενών.

Η συχνή επανάληψη μιας συγκεκριμένης εργασίας αποτελεί αιτία κάκωσης της οσφύς που συνήθως υποτιμάται. Υπάρχουν, γενικά, πολλά είδη κακώσεων που μπορεί να προκληθούν από την συχνή επανάληψη εκτέλεσης των ίδιων καθηκόντων, ιδιαίτερα μάλιστα όταν συνδυάζονται και με πίεση των μυών. Τέτοιες είναι η τενοντοθυλακίτιδα του καρπού και ο πόνος στον αγκώνα ή τον ώμο.

Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει ο σχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος, ο οποίος τις περισσότερες φορές δεν πληροί τις προδιαγραφές της εργονομίας⁸⁵.

B. Άλλοι παράγοντες:

Εκτός από τους επαγγελματικούς αιτιολογικούς παράγοντες διάφορες μελέτες έχουν αναδείξει και άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες όπως είναι, η ηλικία, το φύλο, το ύψος και το βάρος, το εργασιακό στρες και ο τρόπος ζωής. Μελέτες υποδεικνύουν, ότι η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των μυοσκελετικών προβλημάτων και ιδιαίτερα της οσφυαλγίας. Η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων των προβλημάτων ξεκινάει από την ηλικία των 20 ετών και μέχρι περίπου την ηλικία των 50 μπορεί να παραμένουν σε ήπια μορφή.

Σχετικά με το φύλο, αρκετοί ερευνητές εκφράζουν την άποψη ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων και κυρίως οσφυαλγίας λόγω του, ότι η σπονδυλική τους στήλη δεν έχει την διαμόρφωση που απαιτείται για την ανύψωση βαρέων αντικειμένων, όπως συμβαίνει με τους άνδρες. Ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας για τις γυναίκες είναι η κύηση και η έμμηνος ρύση που επιδεινώνουν τις κακώσεις στην οσφυϊκή μοίρα. Ως προς τη σχέση Ύψους –Βάρους και ύπαρξης μυοσκελετικών ενοχλημάτων τα αποτελέσματα των μελετών είναι αντικρουόμενα. Έτσι ενώ κάποιοι υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση, άλλοι ερευνητές θεωρούν ότι οι υπέρβαρες και οι σχετικά αδύνατες νοσηλεύτριες εμφανίζουν συχνότερα οσφυαλγία. Διάφοροι μελετητές θεωρούν ότι το εργασιακό στρες συνδέεται άμεσα με την εμφάνιση των ενοχλημάτων από το μυοσκελετικό. Παρότι είναι γνωστό ότι, το στρες αυξάνει την μυϊκή τάση, δεν έχει καθοριστεί σαφώς ο μηχανισμός που το συνδέει με την εμφάνιση των συγκεκριμένων κακώσεων. Επίσης, άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με την πρόκληση

μυοσκελετικών παθήσεων είναι η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία, η μονότονη εργασία, ο φόρτος εργασίας, οι κακές εργασιακές σχέσεις, οι αυξημένες απαιτήσεις και ο βαθμός ευθύνης. Αναλυτικότερα, τα χαρακτηριστικά του κάθε εργασιακού χώρου είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου και το βαθμό ικανοποίησής του από την εργασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Ο μικρός χρόνος που διαθέτουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα των ασθενών με αυξημένες ανάγκες σε συνάρτηση με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, συντελούν στην αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ύπαρξη άγχους και έντασης στο χώρο της εργασίας, οι αυξημένες απαιτήσεις σε συνδυασμό με την επαγγελματική κόπωση οδηγούν σε πρόχειρες και γρήγορες μετακινήσεις, χωρίς την υποστήριξη εξειδικευμένου προσωπικού με αποτέλεσμα την σημαντική αύξηση του κινδύνου πρόκλησης μυοσκελετικών παθήσεων. Τελευταίως μελετάται ο τρόπος ζωής καθώς και η έλλειψη άσκησης ως επιβαρυντικοί παράγοντες⁸⁵.

7.3.3 Βασικές αρχές των κατάλληλων τεχνικών χειρισμού ασθενών

Κάθε πράξη χειρισμού, ακόμη και όταν χρησιμοποιούνται βοηθήματα χειρισμού ασθενών, υπακούει σε ορισμένες βασικές αρχές:

1. Ζητάτε πάντοτε τη βοήθεια άλλων νοσηλευτών, όταν αυτή είναι απαραίτητη

Οι πράξεις χειρισμού ακινητοποιημένων ασθενών πρέπει να εκτελούνται από περισσότερους νοσηλευτές (τουλάχιστον δύο) και, εφόσον είναι απαραίτητο, με τη βοήθεια ενός σεντονιού που τοποθετείται κάτω από τον ασθενή ή, ακόμη καλύτερα, χρησιμοποιώντας ειδικά βοηθήματα, όπως σεντόνια ολίσθησης.

2. Προτού ξεκινήσει οποιαδήποτε πράξη χειρισμού, ο νοσηλευτής πρέπει να παίρνει θέση όσο το δυνατόν πιο κοντά στον ασθενή, ακόμη και γονατίζοντας στο κρεβάτι του ασθενούς, εάν αυτό είναι αναγκαίο

Με τον τρόπο αυτό ο νοσηλευτής αποφεύγει να σκύψει ή να τεντωθεί πάνω από το κρεβάτι κατά την ανύψωση και τη μεταφορά του ασθενούς και να καταβάλλει τις αναγκαίες σωματικές προσπάθειες με τον κορμό σκυμμένο ή στραμμένο πλαγίως.



3. Προτού ξεκινήσετε οποιαδήποτε πράξη χειρισμού, εξηγήστε τη διαδικασία στον ασθενή, ενθαρρύνοντάς τον ταυτόχρονα να συνεργασθεί όσο το δυνατόν περισσότερο κατά τη διαδικασία χειρισμού

Αυτό είναι επωφελές και για τους δύο: για τον ασθενή, ο οποίος θα μπορέσει να βελτιώσει τον μυϊκό τροπισμό του, αλλά και για τον νοσηλευτή,



καθώς ο ασθενής που είναι σε θέση να μετακινηθεί μόνος του, έστω και λίγο, θα μπορέσει να εκτελέσει ορισμένες πράξεις ο ίδιος, οπότε το έργο του νοσηλευτή θα είναι απλώς να κατευθύνει τις κινήσεις του.

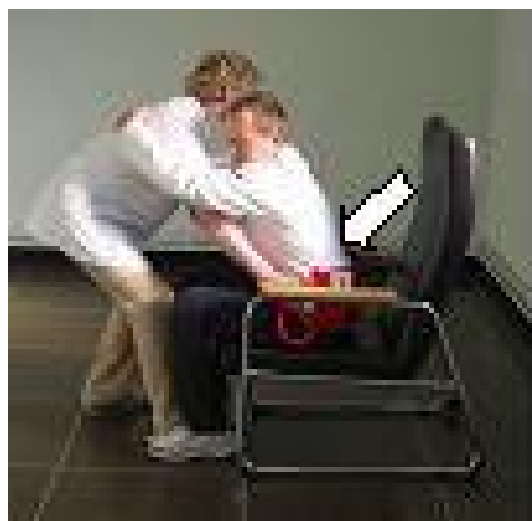
4. Διατηρήστε ορθή στάση του σώματος κατά τις πράξεις χειρισμού των ασθενών

Συγκεκριμένα, προτού ξεκινήσει την ανύψωση ή τη μεταφορά του ασθενούς, ο νοσηλευτής πρέπει να πάρει θέση με τα πόδια λίγο ανοικτά και το ένα πόδι λίγο πιο μπροστά από το άλλο, προκειμένου να εξασφαλίσει ευρύτερη βάση στήριξης. Κατά την ανύψωση του ασθενούς, πρέπει να χρησιμοποιούνται οι μύες των ποδιών και των γοφών αντί των μυών του άνω μέρους του σώματος, πρώτα λυγίζοντας και έπειτα τεντώνοντας αργά τα γόνατα κατά την ανύψωση του ασθενούς. Η σπονδυλική στήλη πρέπει να διατηρείται σε θέση που ακολουθεί τη φυσική καμπύλη της, αποφεύγοντας το υπερβολικό φορτίο κατά το τέντωμα ή το σκύψιμο. Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να προσπαθεί πάντοτε να μετατοπίζει το βάρος του σύμφωνα με την κατεύθυνση της κίνησης που εκτελεί.



5. Πιάστε καλά τον ασθενή κατά τον χειρισμό

Μην πιάνετε ποτέ τον ασθενή μόνο με τα δάχτυλα, αλλά να χρησιμοποιείτε πάντοτε ολόκληρο το χέρι και να προσπαθείτε να εντοπίσετε σημεία τα οποία καθιστούν δυνατό ένα ασφαλές κράτημα. Πιάστε τον ασθενή γύρω από τη λεκάνη, από τη μέση, την ωμοπλάτη, αλλά ποτέ από τα χέρια ή τα πόδια. Για καλύτερο κράτημα, ορισμένοι νοσηλευτές μπορεί να χειρίζονται τους ασθενείς κρατώντας το παντελόνι της πιτζάμας τους ή, ακόμη καλύτερα, χρησιμοποιώντας ειδικά βοηθήματα, όπως ζώνες με χειρολαβές.



6. Κατάλληλα υποδήματα και ενδύματα

Είναι σημαντικό να χρησιμοποιείτε υποδήματα με καλό κράτημα, επομένως τα παπούτσια με ψηλά τακούνια, τα τσόκαρα ή οι παντόφλες δεν συνιστώνται. Τα ρούχα δεν πρέπει να περιορίζουν τις κινήσεις του νοσηλευτή⁸⁶.

7.4 Φαρμακευτικά Λάθη Κατά Τη Χορήγηση

«Άνθρωποι είμαστε και σφάλματα κάνουμε». Ένας στίχος που όλοι έχουμε τουλάχιστον ψιθυρίσει και ο οποίος κρύβει μέσα του όντως μια μεγάλη αλήθεια, αφού η γήινη φύση μας μάς χαρίζει το δικαίωμα να μπορούμε να κάνουμε ενίοτε και λάθη. Τι συμβαίνει όμως όταν οι άνθρωποι στους οποίους ανήκουν τα σφάλματα είναι γιατροί ή νοσηλευτές και οι πράξεις τους μπορεί να έχουν αντίκτυπο στην υγεία ανθρώπων που εμπιστεύονται τη ζωή τους στα χέρια τους; Τα πράγματα μάλλον δυσκολεύουν, αφού ακόμη και το παραμικρό σφάλμα μπορεί, αν δεν θέσει σε κίνδυνο τη ζωή ενός ασθενούς, να στοιχίσει στον χρόνο ή και στον τρόπο ανάρρωσής του^{87, 88}.

7.4.1 Ορισμός Φαρμακευτικού Λάθους

Οποιοδήποτε προλήψιμο γεγονός, που μπορεί να οδηγήσει σε λάθος χρήση φαρμάκου, το οποίο βρίσκεται υπό τον έλεγχο ενός επαγγελματία υγείας, ασθενούς ή καταναλωτή, προκαλώντας βλάβη σε ασθενή. Δηλαδή, κάθε ακούσιο συμβάν που μείωσε ή θα μπορούσε να μειώσει το όριο ασφάλειας του ασθενή, όπως επίσης κάθε απόκλιση (προσθήκη ή παράλειψη) από τους καθιερωμένους κανόνες και τις πρακτικές του χώρου εργασίας^{89, 90}.

7.4.2 Παράγοντες Που Σχετίζονται Με Τα Φαρμακευτικά Λάθη

Η ελλιπής εκπαίδευση, η επαγγελματική εξουθένωση (Burn out), η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, οι ελλείψεις προσωπικού, καθώς επίσης και το κυκλικό ωράριο και οι δύσκολες συνθήκες εργασίας είναι μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι

Νοσηλευτές και αποτελούν τους σπουδαιότερους παράγοντες δημιουργίας νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη⁹⁰.

Ένα μεγάλο πρόβλημα στις κλινικές των νοσοκομείων, είναι κατά πόσον οι οδηγίες που δίδονται για τη νοσηλεία των ασθενών γίνονται εγγράφως ή είναι απλώς προφορικές. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων οι οδηγίες δίδονται προφορικά κατά την πρωινή επίσκεψη του γιατρού στους θαλάμους, ωστόσο στη συνέχεια δεν καταγράφονται στο φύλλο του ασθενούς.

Αυτό, όπως είναι επόμενο, δημιουργεί προβλήματα, κυρίως σε ότι αφορά την ασφάλεια των ασθενών. Έτσι υπάρχει πλέον μια διεθνής τάση σύμφωνα με την οποία όλα όσα αφορούν τους ασθενείς πρέπει να γίνονται εγγράφως ώστε να αποφεύγονται τα διαδικαστικά λάθη. Η παράλειψη της καταγραφής της ακριβούς διάρκειας και δόσεως της θεραπείας που λαμβάνει ένας νοσηλευόμενος ασθενής είναι επόμενο ότι δημιουργεί ένα «χάος» αν κάποιος θελήσει να ανατρέξει στον φάκελό του. Ο γιατρός δεν θα είναι σε θέση να γνωρίζει τι ακριβώς πήρε ο ασθενής και για πόσες ημέρες, κάτι που μπορεί να είναι απαραίτητο. Ο κύριος φόβος αφορά μάλιστα τα αντιβιοτικά, των οποίων η αλόγιστη χρήση, όπως όλοι ξέρουμε, μπορεί να τα καταστήσει άχρηστα όταν ο ασθενής θα τα έχει ξανά ανάγκη. Οι κανόνες όσον αφορά τη χορήγηση αντιβίωσης είναι ότι πρέπει να δίδεται στον ασθενή κατά το μικρότερο δυνατόν διάστημα ώστε να κρίνεται βέβαια αποτελεσματική, για να αποφεύγεται ο κίνδυνος πολυφαρμακίας, επιπλοκών και ανθεκτικότητας⁸⁸.

Επίσης, ορισμένα λάθη γίνονται λόγω των ίδιων των φαρμάκων, του χώρου του νοσοκομείου αλλά και καθαρά από τους νοσηλευτές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι τα εξής:

- η συσκευασία των φαρμάκων και η ονοματολογία τους, για παράδειγμα φάρμακα με παρόμοια ονόματα,
- οι διαδικασίες διάθεσης και αποθήκευσης,
- οι χώροι που παρασκευάζονται τα φάρμακα (φωτισμός χώρου, θόρυβος, συχνές διακοπές),
- η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας,
- η εμπειρία αυτών,
- οι μαθηματικές γνώσεις αυτών,
- οι γνώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη φαρμακολογική δράση των σκευασμάτων.
- Χορήγηση φαρμάκου σε ασθενή με γνωστή αλλεργία σε αυτό⁹⁰.

Ο κύριος λόγος, όμως, των φαρμακευτικών λαθών είναι η έλλειψη προσωπικού. Πρέπει να τονιστεί ότι όλες αυτές οι παραλείψεις είναι πολύ πιθανό να οφείλονται και στη στελέχωση των νοσοκομείων από τη σκοπιά του ανθρώπινου δυναμικού. Σήμερα λείπουν από τα νοσοκομεία τόσο γιατροί όσο και κυρίως νοσηλευτές. Είναι επόμενο ότι, όταν ένας νοσηλευτής καλείται στη βάρδιά του να καλύψει δεκάδες ασθενείς, σε κάποιους από αυτούς θα κάνει πρόωρη ή και ύστερη χορήγηση της αντιβίωσής τους σε σύγκριση με την ώρα που θα έπρεπε να τη λάβουν. Μπορεί επίσης να παραλείψει κάποιο φάρμακο ασθενούς, αφού δεν θα μπορεί να ανταποκριθεί, ιδιαίτερα κατά τις βραδινές ώρες, στον μεγάλο φόρτο εργασίας που καλείται να σηκώσει⁹⁰.

7.4.3 Είδη Φαρμακευτικών Λαθών

- Στη δοσολογία (λιγότερη ή περισσότερη)
- Δε χορηγείται το φάρμακο
- Συνέχιση του φαρμάκου και μετά τη διακοπή του
- Διακόπτεται το φάρμακο ενώ πρέπει να συνεχιστεί
- Επανάληψη δόσης
- Λάθος ώρα χορήγησης
- Λάθος οδός χορήγησης
- Λάθος τρόπος παρασκευής – διάλυσης του φαρμάκου

Τα περισσότερα φαρμακευτικά λάθη γίνονται συνήθως το πρωί και πιθανές εξηγήσεις είναι ότι τις πρωινές ώρες κατά κύριο λόγο γίνεται η χορήγηση των περισσότερων φαρμάκων, γίνονται πολλές νοσηλευτικές εργασίες παράλληλα, και ταυτόχρονα βρίσκονται στην κλινική και άλλοι επαγγελματίες υγείας, για παράδειγμα ιατροί, οι οποίοι διακόπτουν συνεχώς τους νοσηλευτές. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι κατά την αλλαγή της βάρδιας αλλά και κατά τις νυχτερινές βάρδιες υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα φαρμακευτικού λάθους⁸⁸.

Τα διαθέσιμα στοιχεία για τις Η.Π.Α. αλλά και για άλλες χώρες έχουν προκαλέσει τον έντονο προβληματισμό πολλών επιστημόνων υγείας, διάφορων ειδικοτήτων, οι οποίοι και έχουν προχωρήσει σε μελέτη και ανάλυση των συνθηκών των λαθών. Οι θάνατοι από ιατρικά/νοσηλευτικά λάθη ετησίως είναι περισσότεροι από:

- Τους θανάτους λόγω τροχαίων ατυχημάτων
- Τους θανάτους λόγω καρκίνου μαστού
- Τους θανάτους λόγω AIDS⁸⁸

7.5 Φαινόμενα Βίας Και Κακοποίησης Στο Νοσηλευτικό Προσωπικό

Δυστυχώς, η βία θεωρείται συχνά αναπόσπαστο τμήμα της ανθρώπινης φύσης, ενώ ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας περιορίζεται στην αντιμετώπιση των συνεπειών χωρίς να λαμβάνεται μέριμνα για την πρόληψη. Η συλλογή στατιστικών πληροφοριών για τη βία είναι πολύ προβληματική, καθώς τα φαινόμενα βίαιης συμπεριφοράς συχνά καλύπτονται από ένα πέπλο μυστικοπάθειας και κρύβονται πίσω από ποικίλα ταμπού. Αυτές οι αντιλήψεις, όμως, υποχωρούν σιγά - σιγά, καθώς αποδεικνύεται πόσο αποτελεσματικές είναι οι προσεγγίσεις πρόληψης άλλων προβλημάτων δημοσίας υγείας και ποιότητας ζωής.

Η βία σε όλες τις μορφές της έχει αυξηθεί δραματικά παγκοσμίως, τις τελευταίες δεκαετίες. Εκτός από τις πολιτικές συγκρούσεις και τους πολέμους, η βία μπορεί να είναι διαπροσωπική, αυτοκατευθυνόμενη, φυσική, σεξουαλική και πνευματική. Είναι ένας γενικός όρος, που συμπεριλαμβάνει όλους τους τύπους κακομεταχείρισης, συμπεριφοράς δηλαδή που υποβιβάζει ή τραυματίζει την ευζωία, την αξιοπρέπεια και την αξία ενός ατόμου. Η βία δεν έχει όρια και είναι παρούσα σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες ανεξάρτητα της ηλικίας, της φυλής, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της εκπαίδευσης, της θρησκείας, της σεξουαλικής φύσης και του εργασιακού χώρου. Πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο ότι η βία στον εργασιακό χώρο έχει ήδη γίνει καθολική και κυριαρχεί τόσο ανάμεσα σε εργαζόμενους όσο και ανάμεσα σε επαγγελματικές ομάδες. Αν και αυτό το θέμα, σε μερικούς ίσως φαίνεται ότι αντιπροσωπεύει ένα μεμονωμένο πρόβλημα μιας χώρας, μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αποκαλύπτει πλήθος δημοσιευμένων μελετών που τεκμηριώνουν την έκταση του προβλήματος της βίας απέναντι στους νοσηλευτές. Απ' όλα αυτά γίνεται αντιληπτό ότι είναι ένα υπαρκτό, σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγείας και ως τέτοιο πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Έρευνα του Health & Safety Executive (HSE) έδειξε ότι το 34% των νοσηλευτών έχουν δεχθεί επίθεση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Δηλαδή, μεγαλύτερο ποσοστό και από άλλους επαγγελματίες όπως αστυνομικοί, προσωπικό ασφαλείας, δάσκαλοι και κοινωνικοί λειτουργοί. Υπολογίζεται, ότι οι μισοί επαγγελματίες υγείας θα δεχθούν προσβολή στη διάρκεια της καριέρας τους και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι τρεις φορές πιο πιθανόν να δεχθούν βία από οποιονδήποτε άλλο, λόγω της στενής επαφής τους με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Διεθνώς, ένας στους τρεις νοσηλευτές έχει δεχθεί βία στο εργασιακό του περιβάλλον, ενώ σημαντικό επίπεδο βίας υπάρχει ακόμη και ανάμεσα στους ίδιους τους νοσηλευτές. Η ασθένεια και οι απειλητικοί για τη ζωή παράγοντες προκαλούν άγχος σε

ασθενείς, συγγενείς και προσωπικό στο εργασιακό περιβάλλον της υγείας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε βία, όπως φαίνεται και από την αύξηση των επιπέδων βίας στην κοινωνία γενικά, αλλά και ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Η βία, όμως, είναι ένα πρόβλημα όχι μόνο για τους νοσηλευτές, αλλά και για τους ασθενείς. Σύμφωνα με έρευνα του Κολεγίου Νοσηλευτών του Ontario, βρέθηκε ότι το 48% των νοσηλευτών είχε υπάρξει μάρτυρας τουλάχιστον μία φορά σε κακοποίηση ασθενούς στα προηγούμενα τρία χρόνια και 11 % από αυτούς είχε ακούσει ένα ή περισσότερα παρόμοια περιστατικά.

Σε μία χώρα όπου το νοσηλευτικό προσωπικό μειώνεται, η βία και η εχθρικότητα είναι μέρος της καθημερινής ζωής των περισσότερων νοσηλευτών. Η βία μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ελλιπή προσέλευση του νοσηλευτικού προσωπικού στο Σύστημα Υγείας⁸⁰.

7.5.1 Ορισμός Βίας

Είναι δύσκολο να δώσουμε έναν ακριβή ορισμό για τη βία. Ένας από τους λόγους που καθιστούν δύσκολο τον ορισμό της βίας με ένα και μοναδικό τρόπο, είναι ότι υπάρχουν πολλές απόψεις σχετικά με το τι συμπεριλαμβάνει η βίαιη συμπεριφορά. Αυτό συμβαίνει γιατί, αυτό που χαρακτηρίζει τη βίαιη συμπεριφορά για το κάθε άτομο, καθορίζεται από την κουλτούρα και την κοινωνικοοικονομική κατάστασή του.

Η βία στον εργασιακό χώρο χαρακτηρίζεται ως ένα συμβάν επιθετικότητας φυσικής, σεξουαλικής, προφορικής, συναισθηματικής ή ψυχολογικής και συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές κακοποιούνται, απειλούνται ή δέχονται επίθεση σε συνθήκες που σχετίζονται με τη δουλειά τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η βία περιλαμβάνει «φυσική επίθεση, ανθρωποκτονία, προφορική κακομεταχείριση, εξαναγκασμό-πολιορκία, σεξουαλική και φυλετική παρενόχληση, καθώς και ψυχολογική πίεση».

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό για την επαγγελματική ασφάλεια και υγεία (NIOSH), η βία στο χώρο εργασίας ορίζεται ως «βίαιες ενέργειες, όπως φυσικές επιθέσεις και απειλές για επιθέσεις, που κατευθύνονται σε πρόσωπα που είναι στο χώρο εργασίας τους ή στο καθήκον».

Το Βασιλικό Κολέγιο Νοσηλευτικής (RCN) ορίζει τη βία ως κάθε συμβάν στο οποίο ένας εργαζόμενος στο εθνικό σύστημα υγείας βιώνει την κακομεταχείριση, την απειλή, το φόβο ή την εφαρμογή μιας δύναμης από ένα μέλος του κοινού, είτε είναι στο καθήκον, είτε όχι. Η απειλή ή ο φόβος της βίας μπορεί να είναι το ίδιο καταστρεπτικός όπως και η ίδια η βία.

Τέλος, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) αναφέρει ότι η βία χαρακτηρίζεται από μια «συμπεριφορά που εξευτελίζει, υποβιβάζει ή, αλλιώς, δείχνει έλλειψη σεβασμού για την αξιοπρέπεια και την αξία του ατόμου»⁹¹.

7.5.2 Μορφές Βίας

Η βία στο χώρο εργασίας λαμβάνει πολλές μορφές όπως θυμός, παρενόχληση, εξαναγκασμός, εκφοβισμός και προσβολή. Η πιο κοινή μορφή κακοποίησης είναι να φέρεις κάποιον σε δύσκολη θέση ή να του πεις προσβλητικά σχόλια ή να κάνεις βίαιη εφαρμογή θεραπευτικών παρεμβάσεων ή να μιλήσεις ουρλιάζοντας και να βλαστημήσεις.

Οι μορφές βίας συνοψίζονται στις φυσικές επιθέσεις, στη συναισθηματική κακομεταχείριση, στη σεξουαλική παρενόχληση και στη σεξουαλική επίθεση. Η ψυχολογική βία σε σχέση με τη φυσική βία, είναι η συχνότερη μορφή βίας.

Η εκδήλωση βίας θα μπορούσε να ταξινομηθεί στις ακόλουθες κατηγορίες:

- *Φυσική επίθεση.* Επίθεση με ή χωρίς όπλο που έχει ως αποτέλεσμα φυσική βλάβη. Περιλαμβάνει και τις σεξουαλικές επιθέσεις.
- *Φυσική κακομεταχείριση.* Μια προσπάθεια επίθεσης που δεν έχει αποτέλεσμα την πρόκληση ζημιάς.
- *Απειλές.* Προφορικές ή γραπτές απειλές που περιλαμβάνουν ζημιά σε πρόσωπο ή περιουσία. Εδώ, συμπεριλαμβάνεται και η σεξουαλική παρενόχληση.
- *Ζημιές σε περιουσίες.* Περιουσίες που ανήκουν σε άτομο ή οργανισμό⁸⁰.

7.5.3 Πηγές Βίας

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, οι κυριότερες πηγές άσκησης βίας είναι οι ασθενείς και οι επισκέπτες τους. Ακολουθούν οι συνεργάτες γιατροί και οι νοσηλευτές. Οι συνάδελφοι ήταν η κύρια πηγή της προφορικής κακομεταχείρισης (συναισθηματική κακοποίηση), ενώ οι ασθενείς και οι συγγενείς τους ήταν η κύρια πηγή της φυσικής κακοποίησης. Για τη βία και τους εξαναγκασμούς στο χώρο εργασίας, ενοχοποιούνται και οι προϊστάμενοι νοσηλευτές. Οι ασθενείς και η οικογένειά τους εμπλέκονται στην πλειονότητα των συμβάντων βίας ενάντια στους νοσηλευτές, όπως έχει ήδη αναφερθεί.

Παράγοντες κινδύνου που μπορεί να επιφέρουν βίαιη συμπεριφορά ή συμπεριφορά κακοποίησης προς τους νοσηλευτές είναι οι ακόλουθοι:

- Συναισθηματικά επιφορτισμένο περιβάλλον εργασίας, που έχει το ενδεχόμενο των απροσδόκητων αποτελεσμάτων, όπως το τμήμα επειγόντων ή μονάδες εντατικής φροντίδας
- Ασθενείς και συγγενείς που δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν το άγχος, την αναστάτωση, τη βαθιά θλίψη
- Ασθενείς και συγγενείς που έχουν μειωμένη αντίληψη του περιβάλλοντος, όπως εκείνοι που είναι σε παραλήρημα, άνοια ή φέρουν εγκεφαλικό τραύμα
- Ασθενείς και συγγενείς που είναι κάτω από την επήρεια ουσιών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά (οινόπνευμα, ναρκωτικά)
- Ασθενείς και συγγενείς που έχουν διανοητικά προβλήματα υγείας και ίσως έχουν ένα ιστορικό προηγούμενης βίαιης συμπεριφοράς.

Μία μελέτη, που διερεύνησε τη συχνότητα κακοποίησης νοσηλευτών από τους γιατρούς αποκάλυψε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών βίωσε προφορική κακομεταχείριση από τους γιατρούς. Οι γιατροί φαίνεται να είναι οι δράστες για περισσότερες από τις μισές σεξουαλικές επιθέσεις. Η ομάδα των γιατρών έχει κυριαρχήσει στο χώρο της υγείας και καταπιέζει τους νοσηλευτές ως επαγγελματική ομάδα.

Οι καταπιεσμένες ομάδες συχνά εκδηλώνουν εχθρότητα και αντιπάθεια για τα μέλη της ίδιας ομάδας. Η έλλειψη υπερηφάνειας για την ομάδα που ανήκει κάποιος, ίσως έχει ως αποτέλεσμα την επιθυμία να μη συνδέεται με αυτή. Θεωρείται ότι δεν είναι σοφό να εξισώνεται με άλλα αδύναμα μέλη μιας ομάδας.

Είναι λογικό να θεωρούμε ότι οι νοσηλευτές, όπως και άλλα μέλη καταπιεσμένων ομάδων, είναι γεμάτοι φόβο, επειδή δεν πιστεύουν ότι υπάρχουν εναλλακτικές στην υπάρχουσα κατάσταση. Το καταπιεσμένο άτομο που έχει επιθετικά αισθήματα, όπως πικρία και οργή προς αυτόν που τον καταπιέζει, είναι αδύναμο να αντιμετωπίσει αυτές τις συναισθηματικές εχθρότητες. Το αποτέλεσμα είναι αυτοκαταστροφικό ανάμεσα στην καταπιεσμένη ομάδα, με επακόλουθα εσωτερική διαμάχη και σκεπτικισμό⁹².

7.5.4 Οριζόντια Βία

Η οριζόντια εχθρότητα και η βία είναι μορφές που μειώνουν την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η έλλειψη σεβασμού για τους συναδέλφους έχει ζημιογόνο επίδραση για την ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Εκδηλώσεις οριζόντιας εχθρότητας αποτελούν τα ακόλουθα: ειρωνικά σχόλια, υποτιμητικές χειρονομίες, συνεχής κριτική, ελιτίστικες συμπεριφορές που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την εμπειρία, εξευτελισμός, αγνωμοσύνη, ξεσπάσματα θυμού, εκφοβισμός, διατύπωση απειλών, υπερβολικές απαιτήσεις, σαρκασμός.

Μπορεί να εκδηλωθεί όμως και οριζόντια βία ανάμεσα στους ίδιους τους νοσηλευτές, όπως ήδη αναφέρθηκε. Η βία του νοσηλευτή προς το νοσηλευτή συχνά αγνοείται ή υποτιμάται και από τους νοσηλευτές και από τους οργανισμούς. Αυτός ο τύπος βίας συχνά αναφέρεται ως «εξαναγκασμός» ή «διαπροσωπική σύγκρουση».

Γενικά, υπάρχουν στην άσκηση της Νοσηλευτικής πολλές αλληλεπιδράσεις (ανάμεσα σε νοσηλευτές, σε νοσηλευτές και προϊστάμενους, σε προϊστάμενους και έμπειρους ή εξειδικευμένους νοσηλευτές). Αυτοί που έχουν τη συμπεριφορά του «τρώγειν τους νεότερους», ίσως το δείξουν μέσα από προσβλητική και μειωτική συμπεριφορά απέναντι σε σπουδαστές και νέους συναδέλφους. Επίσης, η οριζόντια βία μπορεί να εκδηλωθεί και σε άλλους νοσηλευτές, οι οποίοι διαφέρουν από τη γενική «φόρμα» της ομάδας. Έτσι, οι έμπειροι νοσηλευτές ξεσπούν σε αρχάριους και σε σπουδαστές.

Η επαγγελματική αυτοεκτίμηση επηρεάζεται σημαντικά από τις αλληλεπιδράσεις των σπουδαστών-νοσηλευτών με τους εκπαιδευτές και επιβλέποντες. Ως εκπαιδευόμενοι, παρακολουθούν τη συμπεριφορά εκείνων που έχουν τη δύναμη και έτσι διαμορφώνουν άποψη για το πώς ένας επαγγελματίας συμπεριφέρεται σε ασθενείς, φοιτητές και

συναδέλφους. Η οριζόντια βία υποβιβάζει την αυτοεκτίμησή τους, τους κάνει αδύναμους, θυμωμένους, ανήσυχους και αγχωμένους. Αυτή η ατμόσφαιρα μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές που εκπαιδεύονται σε τέτοιο περιβάλλον κακομεταχείρισης μεταφέρουν αυτή τη συμπεριφορά στο μελλοντικό εργασιακό τους περιβάλλον⁸⁰.

7.5.5 Αίτια Που Οδηγούν Στη Χρήση Βίας

Οι εργασιακές συνθήκες στο χώρο της υγείας που θέτουν το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας σε μεγαλύτερο κίνδυνο βίας είναι οι ακόλουθες: ωράριο εργασίας (νύχτα), ελλιπή μέτρα ασφάλειας, παρεμβάσεις που απαιτούν πολύ κοντινή φυσική επαφή, μεγάλος χρόνος επαφής με ασθενείς, απαιτητικός φόρτος εργασίας, συναισθηματικά επιβαρημένο περιβάλλον, ανεπαρκές και ανεκπαιδευτο προσωπικό, επίσκεψη ασθενών κατ' οίκον. Η έλλειψη του προσωπικού, αυξάνει τον κίνδυνο για επιθετική συμπεριφορά στους ασθενείς. Είναι λογικό, να προστίθεται ακόμη μεγαλύτερη πίεση αλλά και επιθετικότητα και στις δύο πλευρές, νοσηλευτές και ασθενείς, όταν υπάρχει τόσο μεγάλου βαθμού υποστελέχωση στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι το οινόπνευμα και τα ναρκωτικά αποτελούν αιτίες άσκησης βίας στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η έλλειψη κλινών στα ψυχιατρικά τμήματα (ασθενείς που εξέρχονται νωρίτερα), η μη επαρκής στήριξη στην κοινότητα, τα μικρά επαρχιακά νοσοκομεία χωρίς τις απαραίτητες διευκολύνσεις αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν τη βία. Την κατάσταση αυτή ενισχύει η υπάρχουσα υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό και πολλές φορές η έλλειψη προσωπικού ασφαλείας⁹².

7.5.6 Παράγοντες Που Σχετίζονται Με Την Εργασιακή Βία Στη Νοσηλευτική

Είναι χρήσιμο στο σημείο αυτό να αναφερθούν οι κοινωνικοί και οι εργασιακοί παράγοντες που έχουν άμεση σχέση με την εκδήλωση της εργασιακής βίας στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Κοινωνικοί παράγοντες

Οι ενέργειες της άμεσης βίας εναντίον ατόμων, ίσως είναι πιο λογικό να κατανοηθούν μέσα σε πλαίσιο δομικής και πολιτισμικής βίας.

Οι γυναίκες είναι στόχος βίας περισσότερο από τους άνδρες. Εκτίθενται τόσο στη βία μέσα στην οικογενειακή ζωή, όσο και στην εργασία τους, που εκδηλώνεται μέσα από τη φυσική και την προφορική κακομεταχείριση, τη σεξουαλική παρενόχληση και τον εκφοβισμό. Επίσης, ορισμένες πολιτισμικές πρακτικές θεωρούνται πράξεις βίας εναντίον των γυναικών. Σε πολλές κοινωνίες είναι αποδεκτή η κακοποίηση των συζύγων γυναικών, ως ρουτίνα του έγγαμου βίου τους. Η απουσία αξιόπιστων υποστηρικτικών συστημάτων για τις γυναίκες-θύματα βοηθά στο να διαπράττονται συνεχώς και αυξανόμενα περιστατικά βίας.

Η Νοσηλευτική συνεχίζει να είναι ένα γυναικοκρατούμενο επάγγελμα, αφού το 95% των νοσηλευτών παγκοσμίως είναι γυναίκες και οι κοινωνικές στάσεις συνεχίζουν να υποτιμούν τη Νοσηλευτική. Ως αποτέλεσμα λοιπόν, η βία ενάντια στις νοσηλεύτριες μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μέρος της συνέχειας της βίας ενάντια στις γυναίκες.

Εργασιακοί παράγοντες

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη βία στο εργασιακό περιβάλλον της υγείας και εξαρτώνται από το χώρο εργασίας είναι οι ακόλουθοι:

- Ο ισχυρισμός ότι η βία «είναι μέρος της εργασίας» και πρέπει να γίνεται ανεκτή.
- Μη επαρκής στελέχωση και μειωμένοι πόροι, που έχουν ως αποτέλεσμα μακρές περιόδους αναμονής των ασθενών για πρόσβαση στη φροντίδα.
- Πτωχή υποδομή, που αυξάνει την απομόνωση των νοσηλευτών με βίαιους πελάτες (λίγα φώτα στους διαδρόμους, στα δωμάτια, στο χώρο στάθμευσης, καθώς και σε άλλες περιοχές).
- Μη επαρκή μέτρα ασφαλείας.
- Μη επαρκής εκπαίδευση προσωπικού σε ενδεχόμενο βίαιων καταστάσεων.
- Μη επαρκείς πολιτικές για πρόληψη και αντιμετώπιση βίαιων συμβάντων.
- Μη επαρκή μέτρα για νοσηλευτές που εργάζονται μόνοι στην κοινότητα.
- Μειωμένη αναφορά των βίαιων συμβάντων, που περιορίζει και τη γνώση του θέματος και τη δυνατότητα διορθωτικών παρεμβάσεων.
- Κακές διαπροσωπικές σχέσεις στον εργασιακό χώρο.

Στους παράγοντες κινδύνου για βία συμπεριλαμβάνονται, χωρίς να περιορίζονται σε αυτούς, και οι ακόλουθοι:

- Η μεταφορά ασθενών.
- Η πολυκοσμία και οι μη άνετοι χώροι αναμονής.
- Ο ελλιπής περιβαλλοντικός σχεδιασμός.
- Η κατάχρηση φαρμάκων και οινόπνευματος⁸⁰.

7.5.7 Επιπτώσεις Βίας Στον Εργαζόμενο

Η βία βρέθηκε ότι έχει αρνητικές επιδράσεις, στις οποίες ανήκουν το χαμηλό ηθικό των εργαζομένων, το αυξημένο εργασιακό άγχος, η μειωμένη εμπιστοσύνη στη διοίκηση και στους συνεργάτες, το εχθρικό εργασιακό περιβάλλον, το σημαντικό κόστος που συνδέεται με χαμένες εργασιακές ημέρες και μισθούς, αλλά και το αυξημένο κόστος για εγκατάσταση και διατήρηση εξοπλισμού ασφαλείας.

Σε μια μελέτη για το κόστος της εργασιακής βίας ενάντια στους νοσηλευτές, που συμπεριλαμβάνει απουσίες από την εργασία, συναισθηματικές διαταραχές και ιατρικά έξοδα υπολογίστηκε σε \$ 35.000 για κάθε σχετιζόμενο με επίθεση τραυματισμό.

Οι επιπτώσεις στο θύμα της φυσικής και της προφορικής κακομεταχείρισης και της σεξουαλικής παρενόχλησης περιλαμβάνουν:

- Αισθήματα δυσπιστίας, ντροπής, ενοχής, θυμού, κατάθλιψης, φόβου, αυτοκατηγορίας, εκμετάλλευσης, αδυναμίας
- Φυσικό τραύμα και ανωμαλίες (έμετος, ημικρανίες), καθώς και σεξουαλικές διαταραχές
- Αυξημένο άγχος και ανησυχία
- Απώλεια αυτοεκτίμησης και πίστης στην επαγγελματική ικανότητα
- Αρνητική επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Αύξηση απουσιών και αναρρωτικών αδειών
- Απώλεια επαγγελματικής ικανοποίησης και χαμηλό ηθικό.

Οι νοσηλευτές έχουν εμπειρία συναισθηματικής δυσχέρειας και φυσικών τραυματισμών ενώ σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, μόνιμη αναπηρία ή θάνατο ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής βίας. Επιπλέον, υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ επεισοδίων βίας προς τους νοσηλευτές και αναρρωτικών αδειών, επαγγελματικής εξουθένωσης και χαμηλής προσέλευσης και

παραμονής στο επάγγελμα. Η κακομεταχείριση έχει επηρεάσει την παραγωγικότητα των νοσηλευτών, την επιθυμία τους να παραμείνουν στη Νοσηλευτική, το ενδεχόμενο του λάθους κατά την πρακτική τους, ακόμη και την προθυμία τους να κάνουν παράπονα για τη βία που δέχονται. Τα θύματα της κακοποίησης δεν υποφέρουν μόνο από την κακοποίηση αυτή καθαυτή αλλά καλούνται να αντιμετωπίσουν τις επακόλουθες συναισθηματικές συνέπειες, όπως ο θυμός, η ανησυχία, η λύπη και η κατάθλιψη. Αυτά τα προβλήματα έχουν γίνει τόσο κοινά που έχουν οδηγήσει σε αυξανόμενο κόστος το σύστημα υγείας, σε αυξημένες αναρρωτικές άδειες και μια αρνητική επίδραση στην προσωπική ζωή των νοσηλευτών.

Η άσκηση βίας απέναντι στους νοσηλευτές έχει επιπτώσεις όχι μόνο στην ικανότητά τους να είναι αποτελεσματικοί στην εργασία τους αλλά καθιστά δύσκολο και το έργο της προσέλευσης νέων αλλά και την παραμονή των ήδη εργαζομένων. Είναι ένα θέμα-κλειδί για την αντιμετώπιση της διεθνούς έλλειψης νοσηλευτών⁹¹.

7.5.8 Αναφορά βίαιων ενεργειών

Πολλοί νοσηλευτές, κυρίως όσοι εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές δεν αναφέρουν τα περιστατικά της βίας, γιατί πιστεύουν ότι η βία και η κακοποίηση αποτελούν τμήμα της εργασίας τους.

Στους ανασταλτικούς παράγοντες για την αναφορά των συμβάντων βίας από τους επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβάνονται ο φόβος του στιγματισμού, ο φόβος του να θεωρηθεί η ανάμιξη σε βίαιο περιστατικό ως παράγοντας ελλιπούς πρακτικής και η έλλειψη υποστήριξης από τη διοίκηση. Ο τρόπος που κάθε άνθρωπος αντιδρά σε περίπτωση που γίνει θύμα βίας, εξαρτάται από παράγοντες όπως η προσωπικότητα του ατόμου, οι μηχανισμοί άμυνας, το φυσικό περιβάλλον, οι κοινωνικοί και επαγγελματικοί περιορισμοί, ο φόρτος εργασίας, τα επίπεδα άγχους, η επαγγελματική εξειδίκευση.

Από ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές (82%) που είχαν εμπειρία προφορικής κακομεταχείρισης το αντιμετώπισαν συζητώντας το με φίλους, μέλη οικογένειάς τους και συναδέλφους. Ο πιο συχνός τρόπος αντιμετώπισης αμέσως μετά ήταν να αγνοήσουν το συμβάν (42%). Πολύ λιγότεροι (1-3%) νοσηλευτές επέλεξαν να ζητήσουν βοήθεια από την επαγγελματική τους ένωση. Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης του προβλήματος συμπεριλάμβαναν

τα ψώνια, την προσευχή ή το να πάρουν εκδίκηση. Σε μια ακραία περίπτωση, μια νοσηλεύτρια προσπάθησε να αυτοκτονήσει.

Η μη ικανοποιητική υποστήριξη από τη διοίκηση ήταν ένα κοινό θέμα. Συχνά, αποθάρρυναν τους νοσηλευτές που απειλήθηκαν ή κτυπήθηκαν να αναφέρουν τα περιστατικά βίας στους ανώτερους, τη διοίκηση ή την αστυνομία⁹².

7.5.9 Μέτρα Προστασίας Και Αντιμετώπιση Της Βίας

Η συμπεριφορά που απαιτείται από τον επαγγελματία υγείας και είναι υποβοηθητική της εξάλειψης της βίας συνίσταται στα ακόλουθα:

- Ήρεμη στάση
- Όχι απειλές
- Αναγνώριση των συναισθημάτων του προσώπου
- Αποφυγή οποιασδήποτε συμπεριφοράς που μπορεί να εκληφθεί ως απειλητική
- Όχι φροντίδα με υποτιμητικό τρόπο
- Όχι ομιλία κατά τη διάρκεια που το άλλο άτομο μιλάει έντονα
- Απόσταση από το επιθετικό άτομο
- Επαγρύπνηση όταν υπάρχει διαπραγμάτευση με επιθετικό άτομο, ώστε να διασφαλιστεί ελεύθερη οδός διαφυγής σε περίπτωση ανάγκης
- Επίδειξη κατανόησης
- Απομάκρυνση των επιθετικών ατόμων από τους υπόλοιπους ασθενείς, για να αποφευχθεί η ένταση
- Εμπιστοσύνη στο ένστικτο και ανάλογη δράση
- Αποφυγή σωματικής επαφής με επιθετικά άτομα
- Κλήση του προσωπικού ασφαλείας ή αναφορά σε ανώτερο, αν δεν υπάρχει περίπτωση αποτελεσματικής διαχείρισης της κατάστασης. Απαιτούνται μέτρα τόσο από την πλευρά του Οργανισμού (σχετικά με την παροχή ασφάλειας και κατάλληλου φυσικού περιβάλλοντος), όσο και από την πλευρά του ίδιου του εργαζομένου (παρακολούθηση εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για υιοθέτηση κατάλληλης συμπεριφοράς πρόληψης ή και αντιμετώπισης της βίας)

- Οι εργοδότες έχουν νομική υποχρέωση να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον εργασίας για τους εργαζομένους τους. Αυτό θα ωφελήσει και τους δύο, αν ληφθούν υπόψη οι ασθένειες και οι αναρρωτικές άδειες.

Από την πλευρά του φορέα εργασίας επιβάλλεται η εφαρμογή των ακόλουθων μέτρων:

- Κάμερες κλειστού κυκλώματος, τοποθετημένες σε στρατηγικά σημεία που να παρακολουθούνται από προσωπικό ασφαλείας
- Έξοδοι κλειστές, ειδικά το βράδυ
- Επαρκής φωτισμός
- Εξασφάλιση άνετων συνθηκών περιβάλλοντος (αερισμός, κλιματισμός)
- Γραπτές πολιτικές και διαδικασίες. Με βάση αυτές θα καλείται να δράσει, όποτε χρειαστεί το προσωπικό
- Συνεργασία και υποστήριξη της αστυνομίας, όταν αυτό απαιτείται. Σε περίπτωση ανάγκης, να μπορεί να ειδοποιείται άμεσα η αστυνομία και άμεσα να γίνεται η καταγραφή του συμβάντος σε ειδικό έντυπο καθώς και να ερευνάται από την επιτροπή διαχείρισης κινδύνων. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η τεκμηρίωση του περιστατικού μέσω συγκεκριμένης έντυπης καταγραφής από το θύμα αλλά και τους υπάρχοντες μάρτυρες, γιατί έτσι θα μπορούν να είναι βάσιμα νομικά, τα υπάρχοντα στοιχεία στο μέλλον, όταν αυτό είναι αναγκαίο
- Εξασφάλιση επαρκούς προσωπικού, ιδιαίτερα στο Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (Τ Ε Π), αλλά και στο τμήμα υποδοχής του Νοσοκομείου, για μείωση της έντασης, του συνωστισμού και της αναμονής
- Περιορισμός του επισκεπτηρίου (συγκεκριμένες ώρες και ειδική κάρτα αναγνώρισης επισκεπτών).

Έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος για εκδήλωση βίας μειώνεται, όταν το προσωπικό έχει προσωπικούς σηματοδότες και τηλέφωνα. Το προσωπικό αναφέρει ότι είναι ευπρόσβλητο σε κακοποίηση και υπάρχει μια γενικότερη επιθυμία για εκπαίδευση, ώστε να αυτοπροστατεύεται.

Πρέπει να αναπτυχθούν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές, τακτικές, διαδικασίες και εκπαιδευτικά προγράμματα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να είναι έτσι δομημένα ώστε να βοηθήσουν τους νοσηλευτές να αντεπεξέρχονται σωστά σε θέματα βίας και σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας.

Θα ήταν χρήσιμο, αν το προσωπικό είχε εκπαιδευτεί να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το θυμό. Είναι ζωτικό, οι νοσηλευτές να μάθουν να αναγνωρίζουν προειδοποιητικά σημεία οργής αλλά και πώς να διαπραγματευτούν την κατάσταση. Είναι σημαντικό, οι νοσηλευτές να παραμένουν ήρεμοι και να αποφεύγουν την αντιπαράθεση.

Επιβάλλεται επαγρύπνηση για κλιμάκωση μιας κατάστασης σε μια ενδεχομένως βίαιη κατάσταση από όλους τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, ανεξάρτητα της θέσης τους.

Μερικά προειδοποιητικά σημεία της άσκησης βίας είναι τα ακόλουθα:

- Προφορική έκφραση θυμού και ανησυχίας
- Γλώσσα του σώματος, όπως απειλητικές χειρονομίες
- Σημεία χρήσης φαρμάκων ή οινοπνεύματος
- Παρουσία όπλου
- Γρήγορο βάδισμα, νευρικές κινήσεις
- Υψηλός τόνος φωνής
- Χτύπημα τοίχων ή αντικειμένων
- Ακατανόητο ξέσπασμα γέλιου.

Πολλές κατευθυντήριες οδηγίες ηθικής έχουν διαμορφωθεί από πολλούς εθνικούς νοσηλευτικούς συνδέσμους, παρέχοντας κατευθύνσεις για εκπαίδευση με σεβασμό στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς⁹¹.

7.5.10 Νομοθεσία Για Αντιμετώπιση Βίας Στον Εργασιακό Χώρο

Το 1989 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέδωσε οδηγία (European Agency for Safety and Health at work, Fact sheet 23) του Συμβουλίου που θέτει τους εργοδότες αρμόδιους για την προστασία των υπαλλήλων τους. Όλα τα κράτη – μέλη έχουν εφαρμόσει την συγκεκριμένη οδηγία ενώ ορισμένα έχουν αναπτύξει και προγράμματα σχετικά με την παρεμπόδιση της βίας. Επίσης συστήνει στα κράτη μέλη να εξασφαλίσουν πολιτικές πρόληψης οι οποίες να τεθούν σε ισχύ για να υποστηρίξουν τα θύματα της βίας και να αποτρέψουν την επανάληψη οποιουδήποτε παρόμοιου γεγονότος. Επιπλέον η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε μια νέα στρατηγική για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία για την περίοδο 2002-2006. Ο σκοπός των σχεδίων είναι ο εκσυγχρονισμός της πολιτικής για την υγεία και την ασφάλεια στην ΕΕ, καθώς και

των κανόνων που καλύπτουν νέα είδη κινδύνων στο χώρο εργασίας όπως ο εκφοβισμός και η βία στην εργασία και οι συνθήκες που συνδέονται με το στρες.

Στην Ελλάδα δεν έχει υιοθετηθεί συγκεκριμένο πλαίσιο για την πρόληψη της βίας στον εργασιακό χώρο. Ακολουθείται όμως η πορεία που χαράζει η Ευρωπαϊκή Ένωση για πρόληψη των επαγγελματικών κινδύνων. Παρόλα αυτά στα περισσότερα νοσοκομεία υφίσταται ως μέτρο πρόληψης της βίας προς τους εργαζόμενους, το προσωπικό ασφαλείας (security) για την ομαλή λειτουργία των τμημάτων των νοσοκομείων⁹³.

7.6 Το Νοσηλευτικό Προσωπικό Μπροστά Στο Θάνατο

Ο θάνατος, παρότι είναι ένα οδυνηρό γεγονός, εντούτοις αποτελεί τόσο φυσιολογικό μέρος της ζωής όσο και η γέννηση. Σήμερα που τα διάφορα επιστημονικά και κοινωνικά δεδομένα αλλάζουν, νέοι προβληματισμοί εμφανίζονται να απασχολούν τη Νοσηλευτική. Η πνευματική διάσταση της φροντίδας είναι εξαιρετικά δύσκολη και απαιτητική για όλους όσους εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών. Η επαγγελματική κατάρτιση, η εμπειρία και η ιδιοσυγκρασία του νοσηλευτή συνθέτουν το επαγγελματικό του προφίλ, μέσα στο οποίο θα κινηθεί προκειμένου να παρέχει υψηλού επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα. Αντιμέτωποι με την ανθρώπινη υπόσταση να μεταβαίνει από τη ζωή προς το θάνατο, χιλιάδες ερωτήματα γεννιούνται και όλο και περισσότεροι προβληματισμοί έρχονται στην επιφάνεια, προκειμένου να προσεγγίσουν τη διάσταση του θανάτου. Διάφορα επιστημονικά, κοινωνικά και θεολογικά κριτήρια προσπαθούν να δώσουν απαντήσεις στην πολυδιάστατη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς και στην αλληλεπίδραση που έχει σ' αυτήν ο θάνατος. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να παρέχει ποιοτική-ολιστική νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε άνθρωπο που αντικρίζει το τελικό κομμάτι της ζωής του, σεβόμενος πάντα την αξία της ανθρώπινης υπόστασης⁹⁴.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να φροντίσει και ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Οι νοσηλευτές συνήθως είναι οι μόνοι, οι οποίοι παρευρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν, εφόσον η νοσηλευτική φροντίδα προσφέρεται 24 ώρες το 24ωρο. Ακόμη και όταν η περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία σταματάει, η νοσηλευτική φροντίδα συνεχίζεται, για να πραγματοποιήσει τους σκοπούς της, οι οποίοι αφορούν (α) στην ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς, (β) στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής που

του απομένει, (γ) στην προστασία των δικαιωμάτων και την εκπλήρωση των αναγκών του και (δ) στην εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς θανάτου.

Οι άνθρωποι, άλλωστε, που πεθαίνουν αξίζουν και έχουν ανάγκη της ίδιας φυσικής φροντίδας όπως και οι άνθρωποι που αναμένεται να αναρρώσουν.

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστηρικτικό ρόλο στον ασθενή και το περιβάλλον του, αρκεί βέβαια ο ρόλος αυτός να είναι διακριτικός και αξιοπρεπής.

Η ανακούφιση των συμπτωμάτων του πόνου με τα κατάλληλα φάρμακα, οι ειλικρινείς απαντήσεις και η καθοδήγηση στηρίζει τον ασθενή. Νοιώθει ότι ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται τις σκέψεις του, τις ανάγκες του, τα συναισθήματά του, τις ανησυχίες του και τους φόβους του. Τα φιλικά, ζεστά λόγια, ακόμη και η ενεργητική ακρόαση, η σιωπή, το βλέμμα, το χάδι, σε έναν κωματώδη ασθενή, τον βοηθά να ζήσει ειρηνικά τις τελευταίες στιγμές, χωρίς να νοιώθει εγκαταλελειμμένος.

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να υποστηρίξει και το περιβάλλον του ασθενούς. Το βίωμα του θανάτου αγαπημένου προσώπου, το πένθος, το άγχος της αδυναμίας για ανατροπή της πραγματικότητας, φορτίζουν συναισθηματικά τους συγγενείς και φίλους, γι' αυτό ο νοσηλευτής διευκολύνει με τη συμπεριφορά του την έκφραση των συναισθημάτων τους και τους ενθαρρύνει να βρίσκονται κοντά στον άνθρωπό τους μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του, έστω και σιωπηλά⁹⁵.

7.6.1 Αντίδραση Του Νοσηλευτή Στο Τελευταίο Στάδιο Ζωής Του Ασθενούς

Ο τρόπος που οι νοσηλευτές εκδηλώνουν τα συναισθήματα θρήνου και πένθους εξαρτάται από τα προσωπικά τους βιώματα, την κουλτούρα τους και τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Συνήθως αισθάνονται λύπη και υπερένταση. Ο θάνατος διεγείρει αισθήματα ανεπάρκειας και αδυναμίας, λόγω της δυσκολίας τους να συμβάλλουν αποφασιστικά στη μείωση του σωματικού και του συναισθηματικού πόνου του ασθενούς και των συγγενών ή να αναστρέψουν την αναπόφευκτη πορεία προς το θάνατο. Μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση νοιώθουν οι νοσηλευτές όταν έχουν γνωρίσει καλά τον ασθενή και την οικογένειά του, ή, όταν ο θάνατος επέλθει αιφνίδια, χωρίς να είναι αναμενόμενος. Οι νοσηλευτές νοιώθουν

ικανοποίηση όταν με τη φροντίδα τους ανακουφίζουν τον πόνο και τη δυσφορία του ασθενούς και τον οδηγούν με σωματική και ψυχική γαλήνη προς το θάνατο.

Ορισμένοι νοσηλευτές αναφέρουν ότι νοιώθουν την ανάγκη να παρευρίσκονται τη στιγμή του θανάτου των ασθενών με τους οποίους είχαν δημιουργήσει πιο στενούς δεσμούς. Κάποιοι άλλοι αναφέρουν ότι παρευρίσκονται τη στιγμή του θανάτου, γιατί το θεωρούν καθήκον τους και μέρος της δουλειάς τους. Άλλοι, πάλι, δεν επιθυμούν να παρευρίσκονται σε μια τόσο στρεσογόνο γι' αυτούς στιγμή.

Μερικές φορές, ο θάνατος φέρνει σε εσωτερική σύγκρουση το νοσηλευτή, θέλει δηλαδή από τη μια πλευρά να προσεγγίσει τον ασθενή και την οικογένειά του, και από την άλλη απομακρύνεται για να «προστατεύσει» τον εαυτό του από τα οδυνηρά συναισθήματα του θανάτου. Μερικοί νοσηλευτές φοβούνται να είναι παρόντες τη στιγμή του θανάτου. Η Kubler-Ross συσχετίζει αυτό το φόβο με αδυναμία των νοσηλευτών να υποστηρίξουν αποτελεσματικά τον ασθενή και την οικογένειά του. Όμως είναι σκόπιμη, από ανθρωπιστική και επαγγελματική πλευρά, η παρουσία του νοσηλευτή κατά τις τελευταίες στιγμές του ασθενούς, έτσι ώστε να μη νοιώσουν εγκαταλειμμένοι και αβοήθητοι, ασθενής και συγγενείς⁸¹.

Φαίνεται ότι ορισμένοι νοσηλευτές βιώνουν την απώλεια του ασθενούς, όπως οι συγγενείς. Θέλουν να κλάψουν, νοιώθουν θλίψη, ενοχές, πενθούν. Άλλοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στο χώρο εργασίας, έχουν άγχος, πονοκεφάλους και άλλες εκδηλώσεις. Μεγάλη ικανοποίηση, ωστόσο, νοιώθουν όταν η συνεισφορά τους στη φροντίδα του ασθενούς που πεθαίνει αναγνωρίζεται από τους συγγενείς και τους συναδέλφους τους.

Είναι σημαντικό σε νοσηλευτικά τμήματα, με αυξημένους θανάτους, να δημιουργούνται ομάδες από ψυχολόγους για όλους τους επαγγελματίες υγείας, όπου θα μπορούν να συζητούν και να επεξεργάζονται τα συναισθήματά τους με τους άλλους συναδέλφους, να εμβαθύνουν στις αξίες της ζωής και να αναγνωρίζουν τις δυσκολίες του επαγγέλματος, ώστε να αποφεύγουν πιθανή «επαγγελματική κόπωση».

Όλοι οι θάνατοι δεν προκαλούν την ίδια έντασης ψυχική συμμετοχή εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο θάνατος ενός ηλικιωμένου ατόμου μετά από μακροχρόνια νόσο είναι ευκολότερα αποδεκτός από εκείνον ενός νέου που πεθαίνει από τροχαίο ατύχημα. Στην πρώτη περίπτωση, εκτός από την ηλικία, η μακροχρόνια νοσηλεία επιτρέπει την ψυχική προετοιμασία. Το πένθος αρχίζει από τη στιγμή που ο άρρωστος περνάει στη θέση του

ετοιμοθάνατου. Αυτή η πορεία είναι βαθμιαία και στηρίζεται στις κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, αλλά και στην πείρα του νοσηλευτικού προσωπικού⁹⁵.

Η Kubler Ross δημοσίευσε το βιβλίο "On Death and Dying", το οποίο θεωρείται ως το πλέον πολυσυζητημένο στον κόσμο σχετικά με το θάνατο, όπου περιγράφει τη διεργασία που υποσυνείδητα ακολουθείται και η οποία χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια. Η αρχική άρνηση μετατρέπεται σε έντονα συναισθήματα θυμού και εναντίωσης. Μετά από μια φάση διαπραγμάτευσης ακολουθεί η κατάθλιψη, μια κατάσταση επικίνδυνη, που πιθανόν να οδηγήσει σε απόπειρα αυτοκτονίας. Συχνά η αποδοχή είναι η τελική φάση, όταν ο δρόμος της ζωής μοιάζει να φθάνει στο τέλος του. Ακόμα και τότε ο άρρωστος δείχνει να διατηρεί κάποια ελπίδα, η οποία φαίνεται να μεταβάλλεται ανάλογα με τις εμπειρίες που βιώνει καθώς η νόσος εξελίσσεται.

Μια έντονη σχέση αναπτύσσεται σε αυτή την περίοδο. Εκείνος που βρίσκεται κοντά στο θάνατο έχει μεγάλη ανάγκη ή αναζητά απελπισμένα μια προστατευτική σχέση. Παλινδρομεί στην κατάσταση του παιδιού και κάποτε γίνεται φορτικός στο περιβάλλον του, ακόμη και βασανιστικός, με τις απαιτήσεις του. Η προσωπικότητα του νοσηλευτή παίζει μεγάλο ρόλο στην ποιότητα των απαντήσεων που θα δώσει. Πολλές φορές ίσως θα μπορέσει να μεταβολίσει το άγχος που εκπέμπει ο άνθρωπος κοντά στο θάνατο και να παίξει το μητρικό ρόλο ή, αντίθετα, θα εκλάβει τις απαιτήσεις ως εκβιασμό και θα απαντήσει με επιθετικότητα ή απόρριψη. Τότε, αν ο θάνατος πράγματι επέλθει, θα νιώσει μεγάλες ενοχές για την επιθετικότητά του.

Οι σχέσεις με την οικογένεια που περιβάλλει τον άρρωστο αποτελούν, επίσης, παράγοντα ψυχικού stress για το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι νοσηλευτές συχνά καλούνται να παίξουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο, δίνοντας διαγνωστικές ή θεραπευτικές πληροφορίες, οι οποίες ζητούνται επίμονα από τους συγγενείς.

Κάποτε γίνονται μάρτυρες σκηνών επιθετικότητας ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, τα οποία εκφράζουν έντονη ψυχική ένταση. Σπανιότερα, θα πρέπει να επωμιστούν όλο το βάρος ενός ετοιμοθάνατου εγκαταλειμμένου από τους συγγενείς του. Άλλοτε πάλι, στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου, εκπλήσσει η ενασχόληση της οικογένειας με άλλου είδους προτεραιότητες. Το γεγονός αυτό αποτελεί πλήγμα για τους νοσηλευτές, οι οποίοι δίνουν τη μάχη τους σε ένα τελείως διαφορετικό επίπεδο⁹⁴.

7.6.2 Ο Νοσηλευτής Ως Προσωπικότητα Αντιμετωπίζει Το Θάνατο

Συχνά ερωτήματα που θέτονται από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου αφορούν αφενός στη στάση που πρέπει να τηρηθεί απέναντι στον ασθενή, βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων, και αφετέρου στα προσωπικά συναισθήματα που πηγάζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες συνθήκες και στον τρόπο διαχείρισής τους. Ο προβληματισμός ως προς τον τρόπο αντίδρασης, η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία, αλλά και ο κατάλληλος τρόπος προσέγγισης ώστε ο ασθενής να νιώσει ελεύθερος να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του, ανήκουν στα θέματα που απασχολούν το νοσηλευτή.

Όλο το φάσμα των γνώσεων που κατέχει ο νοσηλευτής, η επαγγελματική του κατάρτιση, η εμπειρία, αλλά και η ιδιοσυγκρασία του, θα συνθέσουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί και θα αντιδράσει.

Η υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους έγκειται σε παρεμβάσεις που αφορούν στη φροντίδα όχι μόνο των φυσικών αλλά και των πνευματικών και συναισθηματικών τους αναγκών. Η Νοσηλευτική, εξάλλου, έχει χαρακτηριστεί ότι αποτελεί σύνθεση επιστήμης, τέχνης, καλλιεργημένης προσωπικότητας, αλλά και πνευματικής αντιμετώπισης του ανθρώπου.

Η αναζήτηση στοιχείων από την προσωπικότητα του ασθενούς, τα οποία θα βοηθήσουν το νοσηλευτή στην προσέγγιση του ατόμου, καθώς και ο σεβασμός των πεποιθήσεων και των «πιστεύω» του, θα ωθήσουν το νοσηλευτή να χειριστεί καταστάσεις και συμπεριφορές με ανάλογους επαγγελματικούς χειρισμούς. Στόχος του είναι να συμβάλει στην ανακούφιση του ασθενούς και στην υποστήριξή του να προστατέψει τα δικαιώματά του αλλά και να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του. Είναι γεγονός ότι όταν η ζωή φθάνει στο τέλος της, οι ανάγκες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία⁸¹.

Πολλοί συγγραφείς εισηγούνται μια σειρά από στρατηγικές, προκειμένου να διευκολύνουν το νοσηλευτή να αντεπεξέλθει στο δύσκολο έργο του. Ο Harper περιγράφει μια δομή πέντε σταδίων, η οποία εξετάζει τον τρόπο προσαρμογής των νοσηλευτών στο ψυχικό τραύμα που δημιουργεί η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από ανίατα νοσήματα. Η δομή αυτή βοηθά επίσης στο να γίνουν κατανοητά τα συναισθήματα που βιώνει ο άρρωστος, αλλά

και να αξιολογηθεί η προσωπική και επαγγελματική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.

Τα στάδια αυτά είναι:

- Απόκτηση γνώσεων σχετικών με την κλινική πράξη και την απώλεια
- Αντιμέτωπιση του συναισθηματικού τραύματος που προκαλεί η ενασχόληση με το θάνατο
- Απόφαση για το αν θα συνεχίσει ή αν θα εγκαταλείψει την εργασία, π.χ. αν θα επιλέξει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες ή απλώς θα παραιτηθεί
- Προβληματισμός και απόκτηση γνώσεων για την αντιμετώπιση του θανάτου και τη βελτίωση της αυτοεκτίμησής του
- Καλλιέργεια συναισθημάτων συμπόνιας και συμπάθειας στη φροντίδα, τα οποία να γίνονται αντιληπτά από τον άρρωστο και την οικογένεια.

Η ψυχολογική παράμετρος της Νοσηλευτικής δημιουργεί πολλαπλά συναισθήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Η εμφάνιση διλημάτων και ανασφάλειας οδηγούν στην ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, που εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, οι οποίοι μπορούν να δράσουν ακόμη και ανασταλτικά και να επηρεάσουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο.

Ο συναισθηματικός αυτοέλεγχος θεωρείται προϋπόθεση νοσηλευτικής προσέγγισης.

Οι απαιτήσεις από το νοσηλευτή να διαχειριστεί καταστάσεις και ασθενείς με αυξημένες ανάγκες προκαλούν έντονες ανησυχίες και προβληματισμούς, που αρκετά συχνά οδηγούν στην εμφάνιση άγχους.

Οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν σημαντική θέση και διαδραματίζουν έναν από τους σπουδαιότερους ρόλους στο τελικό αυτό στάδιο της ζωής των ασθενών. Η σημαντικότητα αυτή τους καθιστά υπεύθυνους, ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται μια πληθώρα συναισθημάτων και να μπορούν να τα ελέγχουν, προκειμένου να μην τους παρεμποδίζουν στην άσκηση των καθηκόντων τους⁹⁵.

7.6.3 Από Τη Θεωρία Στην Πράξη

Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής προσέγγισης, όσον αφορά στον ασθενή που αντικρίζει το τελικό κομμάτι της ζωής του, οι διάφορες θεωρίες που διδάσκονται στις Νοσηλευτικές Σχολές δεν εφαρμόζονται πάντοτε στην πράξη. Η επαφή του με τον ασθενή τελικού σταδίου οδηγεί πολλές φορές το νοσηλευτή σε σύγχυση, καθώς συχνά έρχεται αντιμέτωπος με αυτά που έχει διδαχθεί και με την καταγίδα των συναισθημάτων που βιώνει τη δεδομένη στιγμή.

Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει -ιδιαίτερα τους άπειρους νοσηλευτές- σε αποτυχία ανταπόκρισης στους στόχους τους, γιατί δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες που να υπαγορεύουν ιδανικές συμπεριφορές. Ακόμα, είναι σχεδόν αδύνατον να διδαχθείς πως να αντιδράς σε τέτοιες περιπτώσεις.

Αν κάποιος θέλει να μιλήσει για όλα αυτά που τον απασχολούν, συνήθως περιορίζεται στο να αναφερθεί σε συναδέλφους του ή φίλους του σχετικά με τα συναισθήματα που βίωσε από κάποια εμπειρία θανάτου. Πολλές φορές παρατηρεί έντονα τις αντιδράσεις άλλων συναδέλφων, προκειμένου να μάθει πως να αντιδρά, να ελέγχει τα συναισθήματά του, αλλά και να διενεργεί διάφορες παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στον ασθενή στο τελευταίο βήμα της ζωής του προς το θάνατο.

Η μάθηση συχνά είναι περισσότερο εμπειρική. Πολλές φορές επικρίνονται οι εκπαιδευτικοί ότι αποτυγχάνουν να μεταφέρουν ιδέες και αρχές στην πράξη, ενώ οι φοιτητές διδάσκονται θεωρίες που βρίσκουν εφαρμογή μόνο στο προστατευμένο περιβάλλον τους. Η μετακίνηση από το περιβάλλον της σχολής στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου μπορεί να προκαλέσει πληθώρα συναισθημάτων, που είναι δυνατόν να οδηγήσουν ακόμη και σε σύγχυση.

Ο άπειρος νοσηλευτής είναι επιρρεπής στην αντιμετώπιση τόσο συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων, όπως ο θάνατος, κάτι που είναι ευρέως αποδεκτό. Ωστόσο, η συνάντηση με το θάνατο στην κλίνη του αρρώστου αποτελεί ένα γεγονός, το οποίο άπειροι αλλά και θεωρητικά καταρτισμένοι και έμπειροι επαγγελματίες θα ήθελαν να αποφύγουν⁹⁴.

7.6.4 Διεργασία Του Πένθους

Όσο ο θάνατος είναι ξαφνικός και απρόβλεπτος, τόσο η αίσθηση της ευθραυστότητας της ανθρώπινης ύπαρξης είναι πιο έντονη. Η έκθεση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στο θάνατο είναι συχνή και πολλές φορές οι ίδιοι βιώνουν σημαντικές απώλειες όταν έρχονται σε επαφή με άτομα που η ζωή τους απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια.

Ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επιδίωξη των ιατρών είναι η ίαση της νόσου και έτσι οι στόχοι τους προσανατολίζονται στη θεραπεία του αρρώστου. Συνεπώς, αναλώνονται σε παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σ' αυτήν, με αποτέλεσμα η ιερότητα της ζωής να παραγκωνίζει την ποιότητα. Όταν συνειδητοποιούν ότι οι παρεμβάσεις τους αποδεικνύονται άσκοπες, απομακρύνονται από τον άρρωστο, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ παράλληλα βιώνουν συναισθήματα ενοχής, οργής, αδυναμίας ή ματαίωσης.

Αντίθετα, οι νοσηλευτές είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη φροντίδα του αρρώστου και βιώνουν από κοντά όλες τις φάσεις της πορείας του προς το κατώφλι του θανάτου. Βήμα-βήμα γνωρίζουν τον άρρωστο καλύτερα, συνδέονται μαζί του και επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασής του. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να προσεγγίσει τον άρρωστο παρέχοντάς του την απαιτούμενη για την κατάστασή του νοσηλευτική φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα προσπαθεί να προστατεύσει τον εαυτό του από τα έντονα συναισθήματα που θα του προκαλέσει ο επικείμενος θάνατος. Προκειμένου να μειώσει και να ελέγξει τα συναισθήματά του, προβαίνει στην ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας και στην εφαρμογή ποικίλων συμπεριφορών⁸¹.

Κάθε θάνατος τον οποίο δεν μπορούμε να αναστείλουμε, ανακαλεί το φόβο του προσωπικού μας θανάτου. Η κατάργηση των συνόρων ανάμεσα στον προσωπικό μας θάνατο και στη γενική έννοια του θανάτου επέρχεται όταν με το πρόσωπο που πεθαίνει συνδεόμαστε συναισθηματικά. Ο θάνατος τότε αποτελεί πηγή άγχους, χάνει τη θέση αντικειμένου προς μελέτη, μας αφορά άμεσα, μας κάνει να χάνουμε την αυτοκυριαρχία μας και να αναρωτιόμαστε με αγωνία για το μέλλον μας. Από την άλλη μεριά, η επέλευση του θανάτου οδηγεί τη μνήμη σε προσωπικές εμπειρίες, στο βίωμα του θανάτου ενός αγαπημένου μέλους της οικογένειας ή ενός φίλου. Παλαιότερα πένθη αναβιώνουν και κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητάς του και με το αν έχει αντιμετωπίσει τη

διεργασία του πένθους. Το πένθος στην ψυχανάλυση παραπέμπει στην απώλεια του αντικειμένου.

Μπροστά στο αναπόφευκτο γεγονός του θανάτου ο νοσηλευτής χρειάζεται και αναζητά φιλοσοφικά και θεολογικά στηρίγματα. Η Ορθόδοξη Θεολογία, όπως αυτή βιώνεται μέσα από τη Γραφή και την παράδοση, προσφέρει το γνωστικό θεμέλιο στο σύγχρονο Έλληνα νοσηλευτή⁹⁵.

Ειδικό Μέρος



Υλικό - Μέθοδος

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.

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 νοσηλευτές ΑΕΙ – ΑΤΕΙ, ηλικίας άνω των 18 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 53 ερωτήσεις εκ των οποίων 3 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 23 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Στο πλαίσιο δημιουργίας του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε μια μικρή συνέντευξη τυχαίων εργαζομένων σε τυχαία νοσοκομεία της Πάτρας, για την συλλογή των απόψεων των νοσηλευτών περί προσωπικών δυσκολιών που έχουν αντιμετωπίσει στην εργασία τους αλλά και για τον προσανατολισμό της έρευνας στα συχνότερα προβλήματα που διατυπώθηκαν

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Οκτώβριο του 2010 έως και τον Φεβρουάριο του 2011 σε Αθήνα, Πάτρα, Τρίπολη και Ιωάννινα

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.

E. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

*- η νοσηλευτική ιδιότητα του ερωτώμενου
και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:*

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 333 ερωτηματολόγια από τα 400 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, 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.

Περιγραφική Κατανομή:

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.

Στατιστικές Συγκρίσεις:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

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

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα $[-1, +1]$. Οι τιμές $+1$, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

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 συζήτηση.

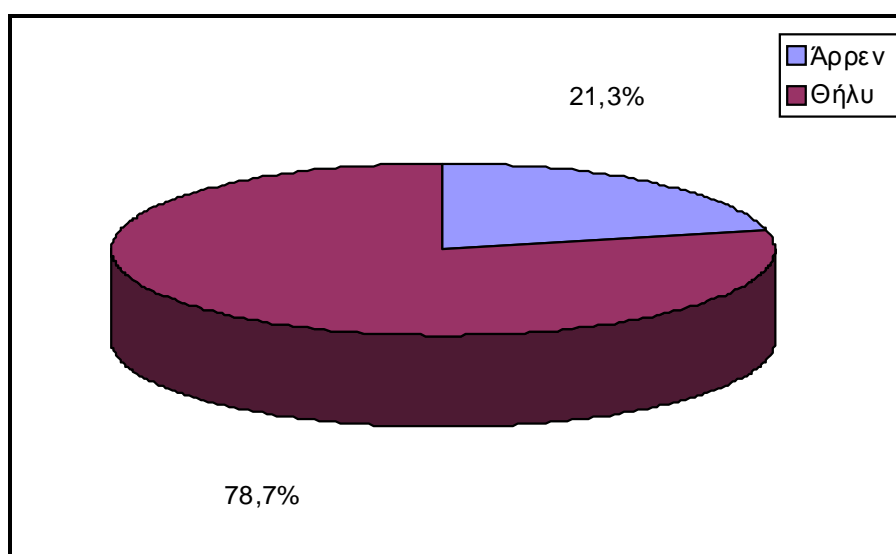
Αποτελέσματα

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

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο ερωτηθέντων	<i>N=333</i>	Percent (%)
Άρρεν	71	21,3
Θήλυ	262	78,7

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

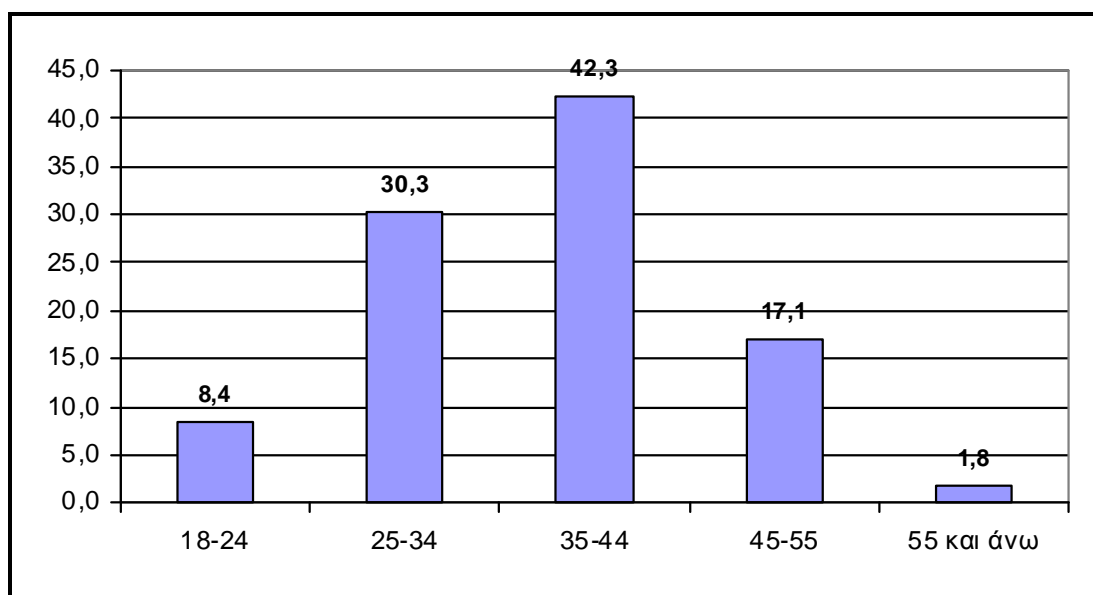


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (262 άτομα – ποσοστό 78,7%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 21,3% (71 άτομα) άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

<i>Ηλικία ερωτηθέντων</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>18-24</i>	<i>28</i>	<i>8,4</i>
<i>25-34</i>	<i>101</i>	<i>30,3</i>
<i>35-44</i>	<i>141</i>	<i>42,3</i>
<i>45-55</i>	<i>57</i>	<i>17,1</i>
<i>55 και άνω</i>	<i>6</i>	<i>1,8</i>

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

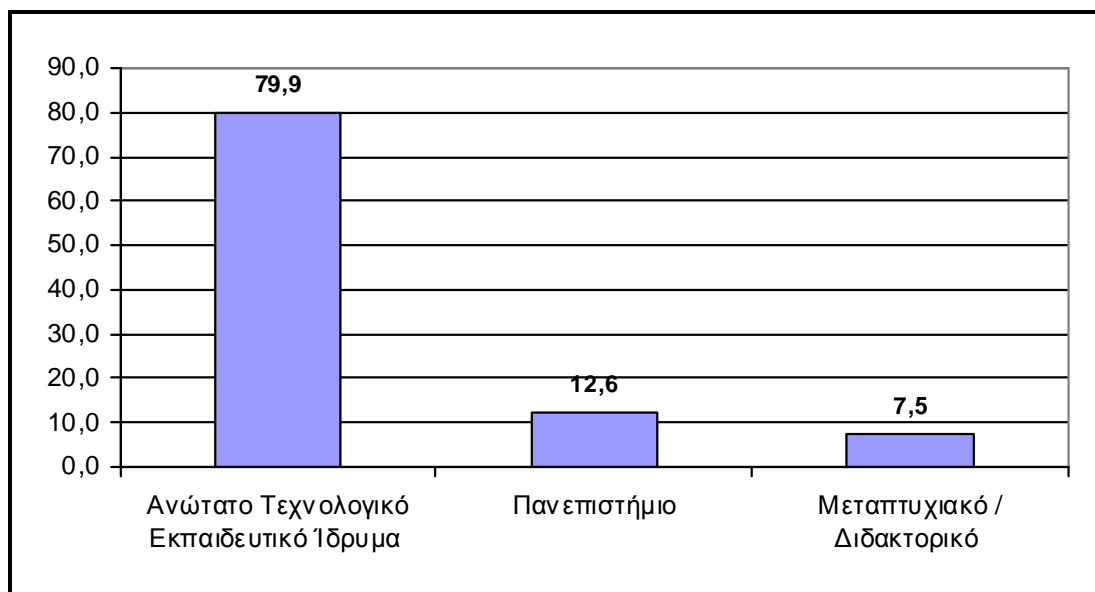


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (141 άτομα – ποσοστό 42,3%) ήταν ηλικίας 35 – 44 ετών και άλλα 101 άτομα (ποσοστό 30,3%) ήταν ηλικίας 25 – 34 ετών. Από τα υπόλοιπα 28 άτομα (ποσοστό 8,4%) ήταν ηλικίας 18 – 24 ετών και τα υπόλοιπα 63 άτομα (ποσοστό 18,9%) ήταν ηλικίας άνω των 45 ετών (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις σπουδές.

Σπουδές	N=333	Percent (%)
Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα	266	79,9
Πανεπιστήμιο	42	12,6
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	25	7,5

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις σπουδές.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (266 άτομα – ποσοστό 79,9%) κατείχαν πτυχίο ΑΤΕΙ άλλα 42 άτομα (ποσοστό 12,6%) κατείχαν πτυχίο Πανεπιστημίου ενώ άλλα 25 άτομα (ποσοστό 7,5%) κατείχαν επιπρόσθετα κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (εκ των οποίων 1 άτομο κατείχε διδακτορικό δίπλωμα) (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Χρόνια εργασίας στο σημερινό τμήμα.

Χρόνια εργασίας στο σημερινό τμήμα	N=333
Μέσος όρος	8,01
Τυπική απόκλιση	6,42
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	32

Τα χρόνια εργασίας στο σημερινό τμήμα των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 32 έτη, με μέσο όρο τα 8,01 έτη και τυπική απόκλιση τα 6,42 έτη (Πίνακας 4).

Πίνακας 5: Συνολικά χρόνια εργασίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

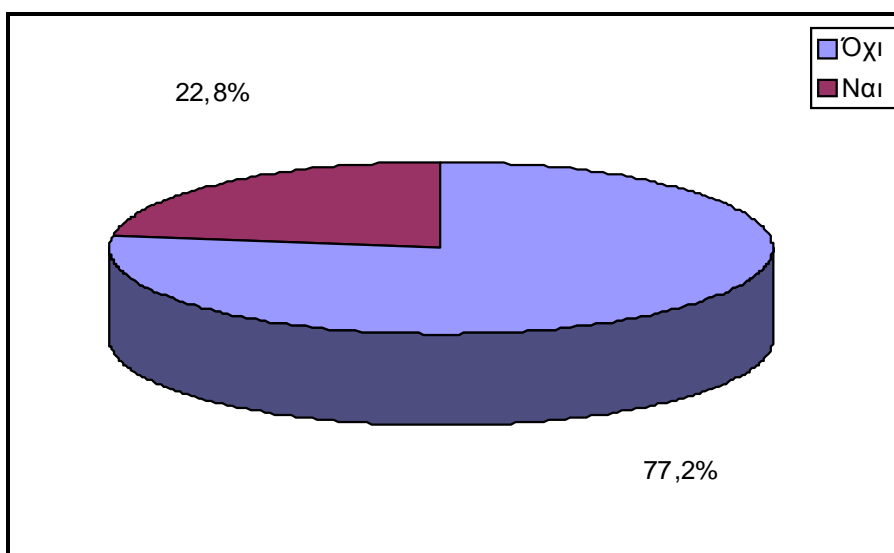
Συνολικά χρόνια εργασίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα	N=333
Μέσος όρος	12,65
Τυπική απόκλιση	7,82
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	32

Τα συνολικά χρόνια εργασίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα των ερωτηθέντων κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 32 έτη, με μέσο όρο τα 12,65 έτη και τυπική απόκλιση τα 7,82 έτη (Πίνακας 5).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υπάρχει στην κλινική τους καθιερωμένο καθηκοντολόγιο που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή.

Υπάρχει στην κλινική σας καθιερωμένο καθηκοντολόγιο που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή;	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Όχι</i>	<i>257</i>	<i>77,2</i>
<i>Ναι</i>	<i>76</i>	<i>22,8</i>

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υπάρχει στην κλινική τους καθιερωμένο καθηκοντολόγιο που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή.

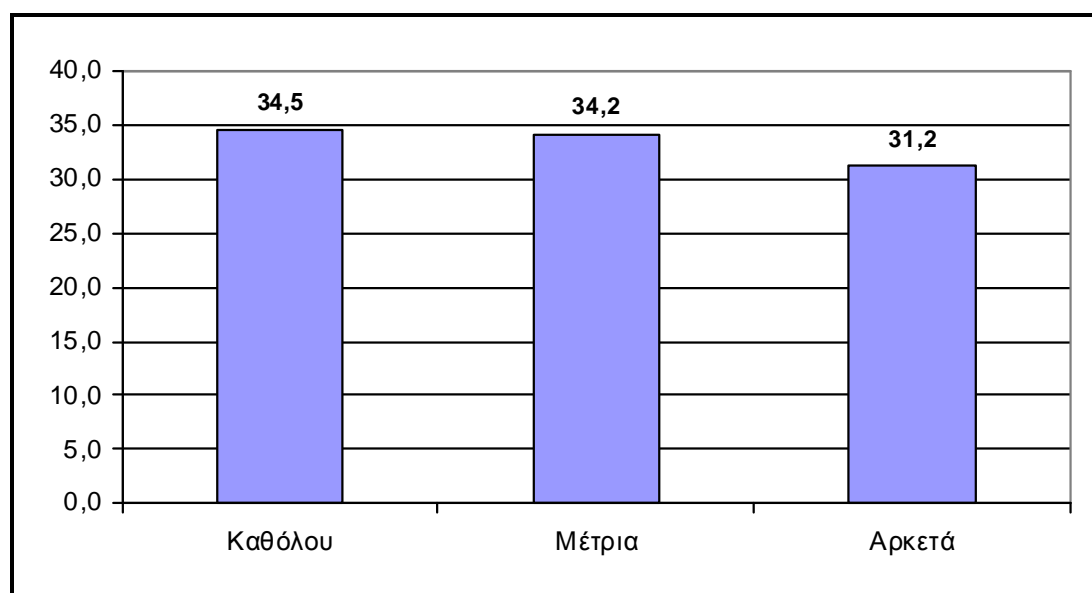


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (262 άτομα – ποσοστό 78,7%) δηλώνει ότι στην κλινική τους δεν υπάρχει καθιερωμένο καθηκοντολόγιο που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή ενώ το υπόλοιπο 21,3% (71 άτομα) δηλώνει ότι υπάρχει (Πίνακας 6, Σχήμα 4).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο πιστεύουν ότι η προϊσταμένη του τμήματος διαχωρίζει αξιολογικά τα καθήκοντα του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή.

Κατά πόσο πιστεύετε ότι η προϊσταμένη του τμήματος, διαχωρίζει αξιολογικά τα καθήκοντα του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή;	N=333	Percent (%)
Καθόλου	115	34,5
Μέτρια	114	34,2
Αρκετά	104	31,2

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο πιστεύουν ότι η προϊσταμένη του τμήματος, διαχωρίζει αξιολογικά τα καθήκοντα του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή.

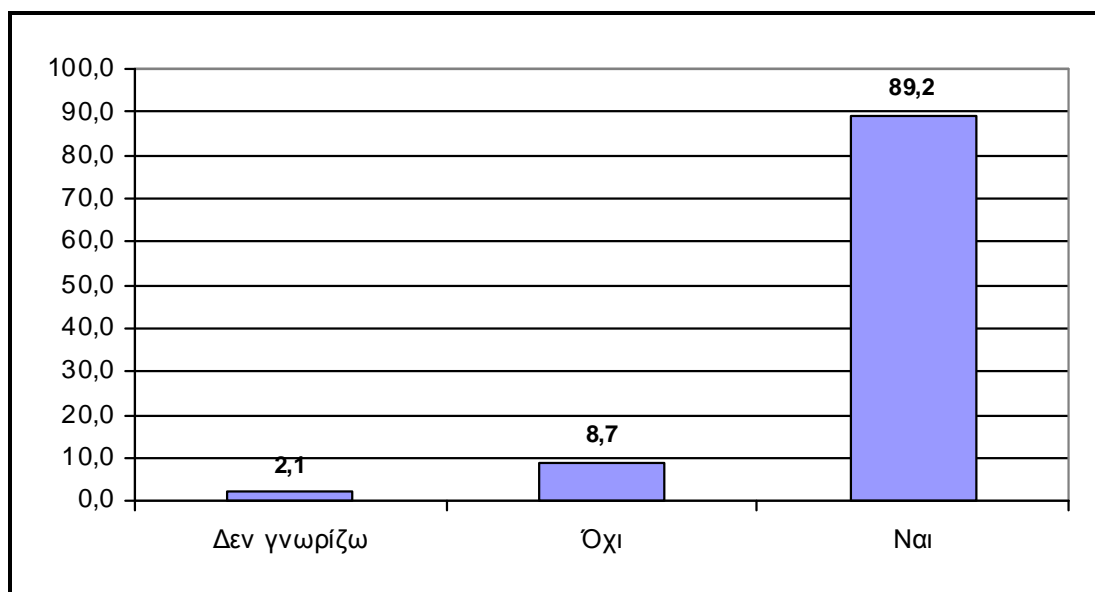


Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απαντήσεων των ερωτηθέντων όσον αφορά το κατά πόσο πιστεύουν ότι η προϊσταμένη του τμήματος, διαχωρίζει αξιολογικά τα καθήκοντα του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή, αφού 115 άτομα (ποσοστό 34,5%) δεν το πιστεύουν, άλλα 114 άτομα (ποσοστό 34,2%) το πιστεύουν «μέτρια» και τα υπόλοιπα 104 άτομα (ποσοστό 31,2%) το πιστεύουν «αρκετά» (Πίνακας 7, Σχήμα 5).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους.

Θεωρείτε ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα σας;	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
Δεν γνωρίζω	7	2,1
Όχι	29	8,7
Ναι	297	89,2

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους.

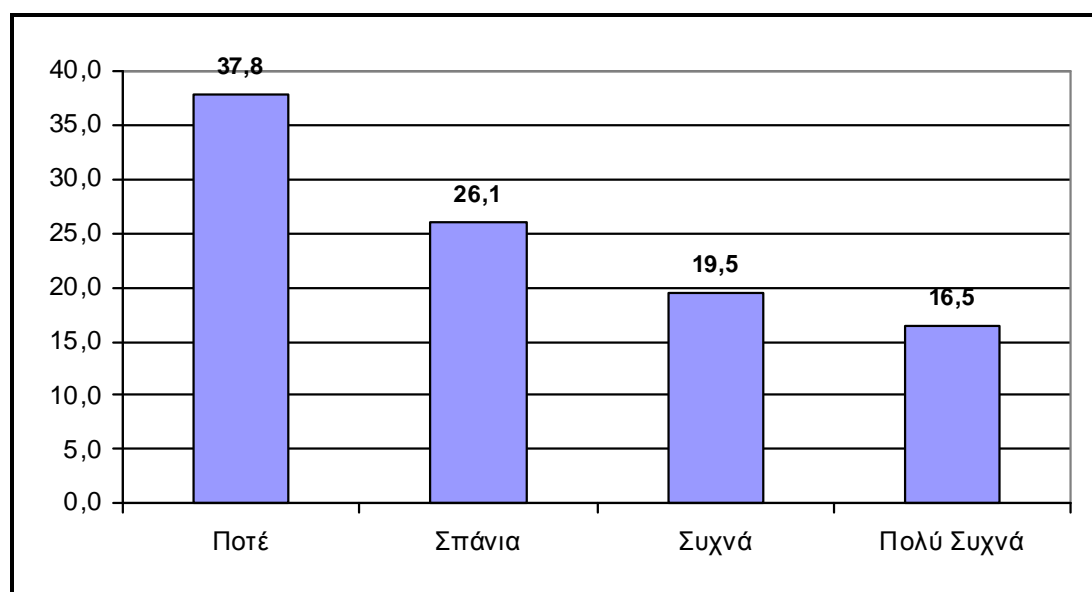


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (297 άτομα – ποσοστό 89,2%) θεωρεί ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους ενώ μόλις το 8,7% αυτών (29 άτομα) δηλώνει ότι δεν υπάρχουν και άλλα 7 άτομα (ποσοστό 2,1%) δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν (Πίνακας 8, Σχήμα 6).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχει τύχει να εκτελέσουν κάποια βάρδια μόνος-η τους.

<i>Έχει τύχει να εκτελέσετε κάποια βάρδια μόνος-η σας;</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
Ποτέ	126	37,8
Σπάνια	87	26,1
Συχνά	65	19,5
Πολύ Συχνά	55	16,5

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχει τύχει να εκτελέσουν κάποια βάρδια μόνος-η τους.

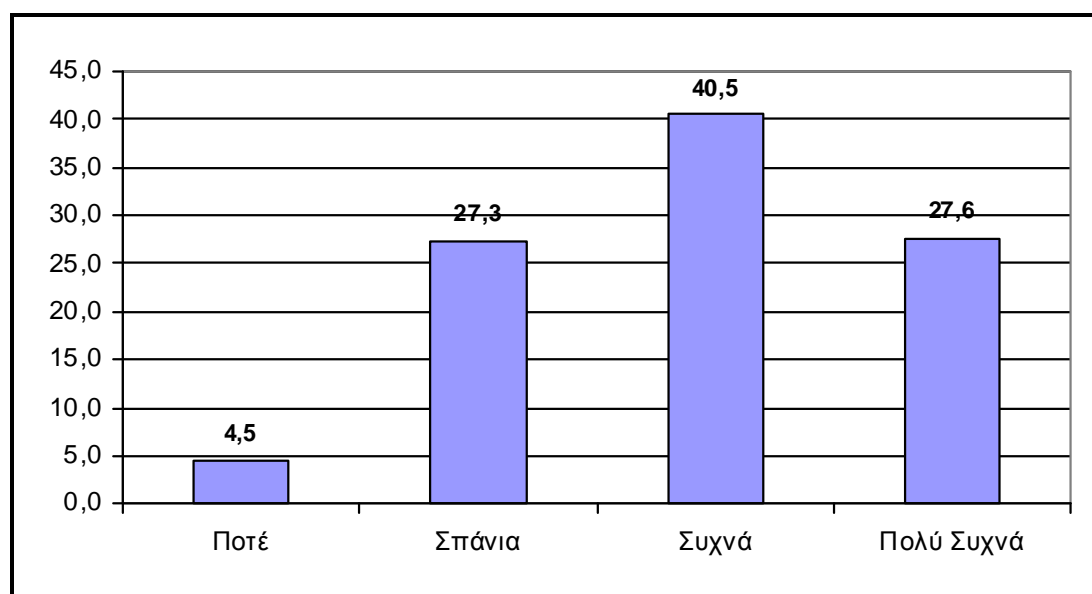


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (213 άτομα – ποσοστό 64,0%) δηλώνει ότι είτε δεν έχει τύχει είτε ότι έχει τύχει «σπάνια» να εκτελέσει κάποια βάρδια μόνος-η τους ενώ το υπόλοιπο 36,0% αυτών (120 άτομα) δηλώνει ότι έχει τύχει είτε «συχνά» είτε «πολύ συχνά» (Πίνακας 9, Σχήμα 7).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν αντιμετωπίσει ποτέ πρόβλημα στις νοσηλείες λόγω έλλειψης υλικού.

Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ πρόβλημα στις νοσηλείες λόγω έλλειψης υλικού;	N=333	Percent (%)
Ποτέ	15	4,5
Σπάνια	91	27,3
Συχνά	135	40,5
Πολύ Συχνά	92	27,6

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν αντιμετωπίσει ποτέ πρόβλημα στις νοσηλείες λόγω έλλειψης υλικού.

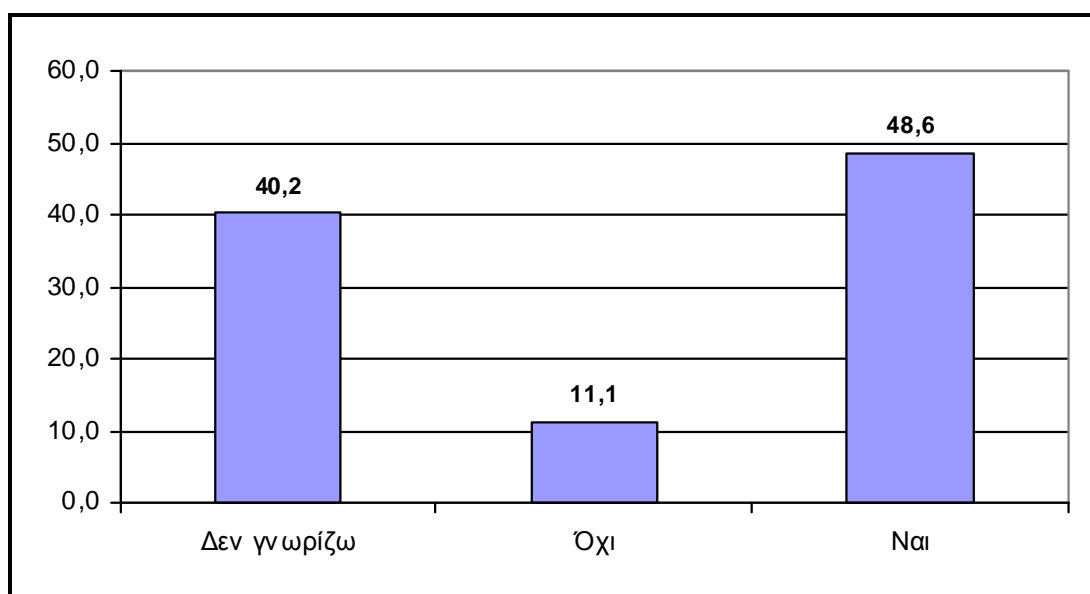


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (227 άτομα – ποσοστό 68,1%) δηλώνει ότι έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα στις νοσηλείες είτε «συχνά» είτε «πολύ συχνά» λόγω έλλειψης υλικού ενώ το υπόλοιπο 31,8% αυτών (106 άτομα) δηλώνει ότι είτε «σπάνια» έχει αντιμετωπίσει πρόβλημα, είτε ότι δεν έχει αντιμετωπίσει (Πίνακας 10, Σχήμα 8).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν πώς γίνεται λάθος καταμερισμός του υλικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.

Πιστεύετε πώς γίνεται λάθος καταμερισμός του υλικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου;	N=333	Percent (%)
Δεν γνωρίζω	134	40,2
Όχι	37	11,1
Ναι	162	48,6

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν πώς γίνεται λάθος καταμερισμός του υλικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.

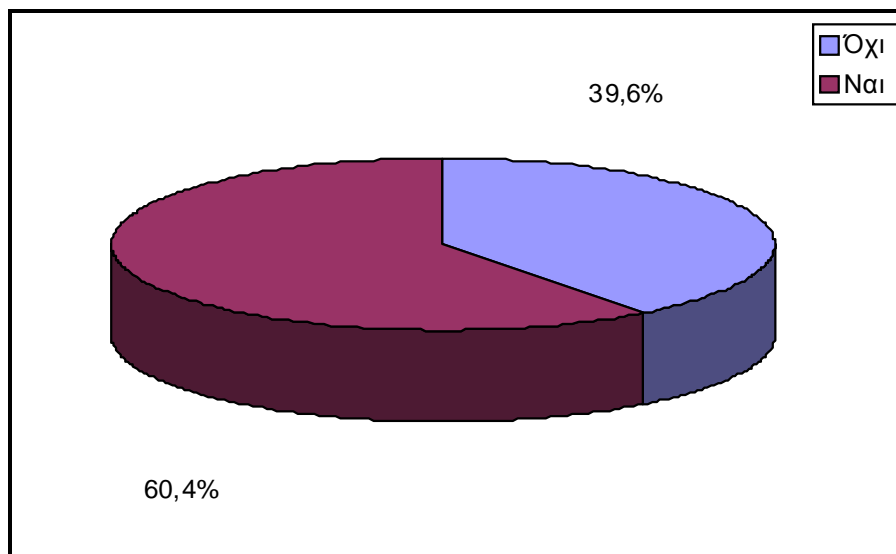


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (162 άτομα – ποσοστό 48,6%) πιστεύει πώς γίνεται λάθος καταμερισμός του υλικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου ενώ το 11,1% αυτών (37 άτομα) δηλώνει ότι δεν το πιστεύει και άλλα 134 άτομα (ποσοστό 40,2%) δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν (Πίνακας 11, Σχήμα 9).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο.

Πιστεύετε ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο;	N=333	Percent (%)
<i>Όχι</i>	<i>132</i>	<i>39,6</i>
<i>Ναι</i>	<i>201</i>	<i>60,4</i>

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο.

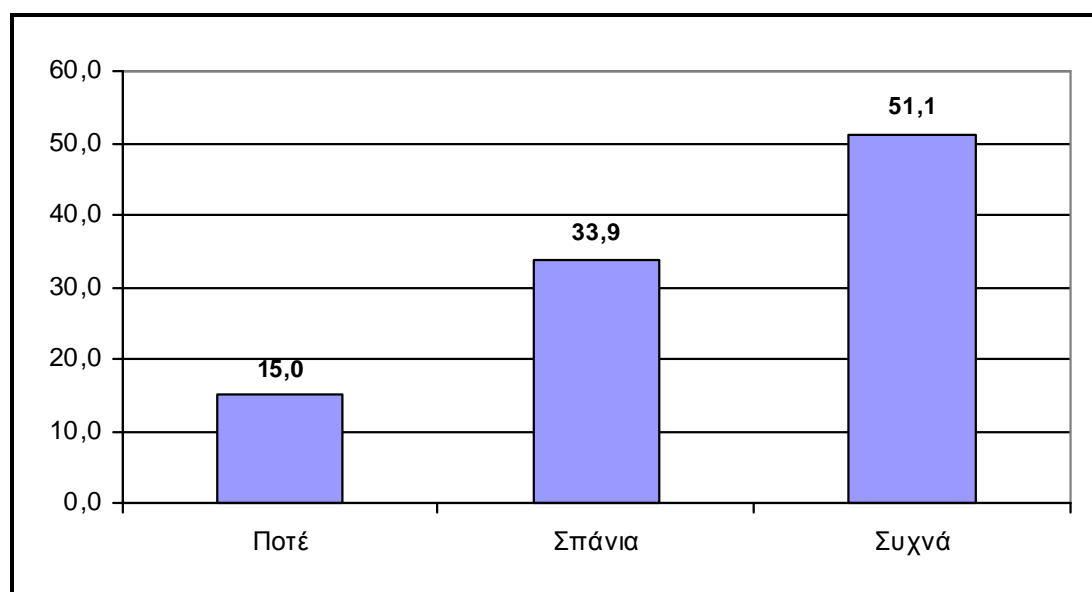


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (201 άτομα – ποσοστό 60,4%) πιστεύει ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο ενώ το υπόλοιπο 39,6% (132 άτομα) δεν το πιστεύει (Πίνακας 12, Σχήμα 10).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα των ασθενών.

Θεωρείτε ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών;	N=333	Percent (%)
Ποτέ	50	15,0
Σπάνια	113	33,9
Συχνά	170	51,1

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα των ασθενών.

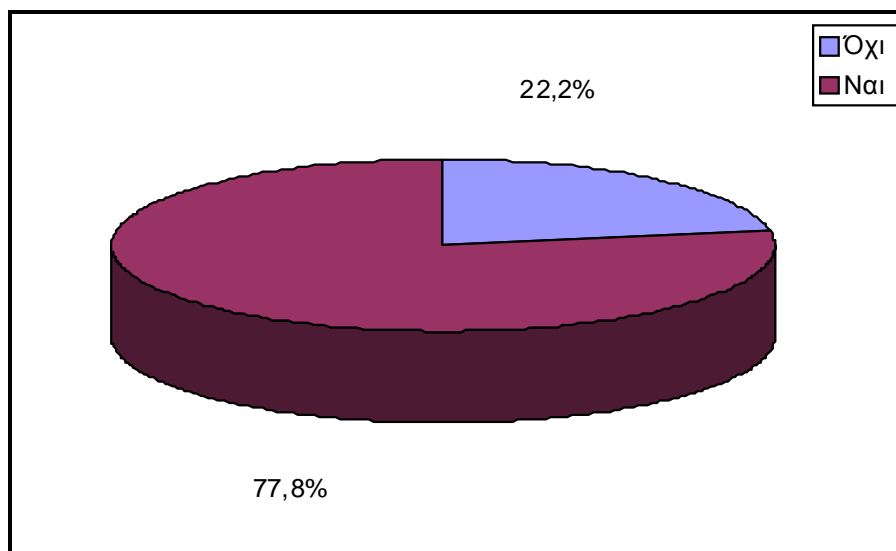


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (170 άτομα – ποσοστό 51,1%) θεωρεί ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί «συχνά» για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα των ασθενών, άλλα 113 άτομα (ποσοστό 33,9%) θεωρούν ότι αυτό γίνεται «σπάνια» ενώ τα υπόλοιπα 50 άτομα (ποσοστό 15,0%) δεν θεωρούν ότι αυτό γίνεται (Πίνακας 13, Σχήμα 11).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν θα ήθελαν να εξελιχθούν επαγγελματικά.

Θα θέλατε να εξελιχθείτε επαγγελματικά;	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Όχι</i>	74	22,2
<i>Ναι</i>	259	77,8

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν θα ήθελαν να εξελιχθούν επαγγελματικά.

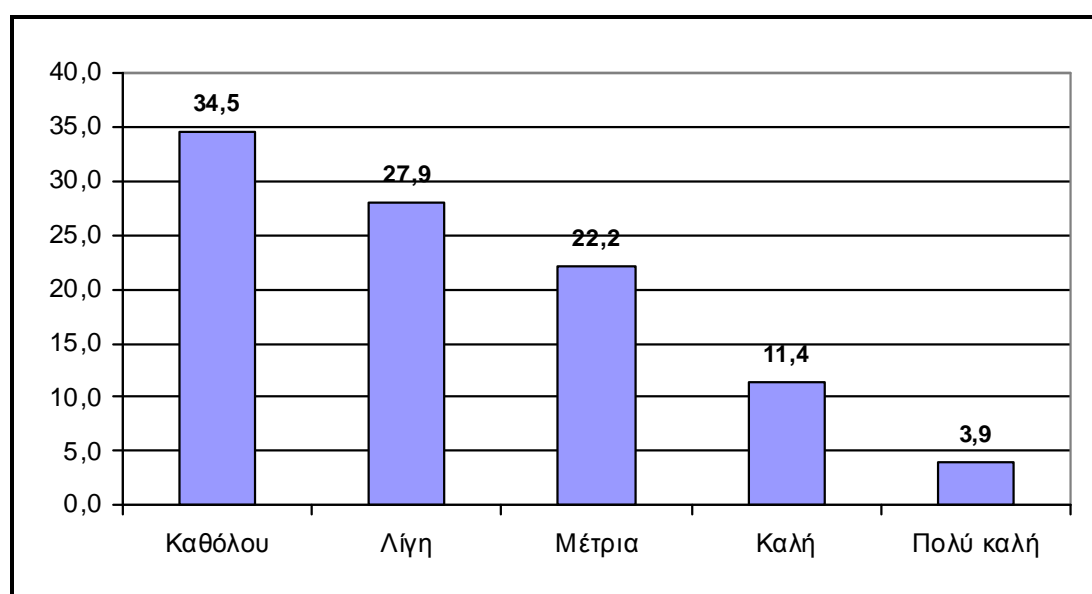


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (259 άτομα – ποσοστό 77,8%) δηλώνει ότι θα ήθελε να εξελιχθεί επαγγελματικά ενώ το υπόλοιπο 22,2% (74 άτομα) δηλώνει ότι δεν θα ήθελε (Πίνακας 14, Σχήμα 12).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι υπάρχει σχετική ενημέρωση για τους τρόπους εξέλιξης.

Υπάρχει σχετική ενημέρωση για τους τρόπους εξέλιξης;	N=333	Percent (%)
Καθόλου	115	34,5
Λίγη	93	27,9
Μέτρια	74	22,2
Καλή	38	11,4
Πολύ καλή	13	3,9

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι υπάρχει σχετική ενημέρωση για τους τρόπους εξέλιξης.

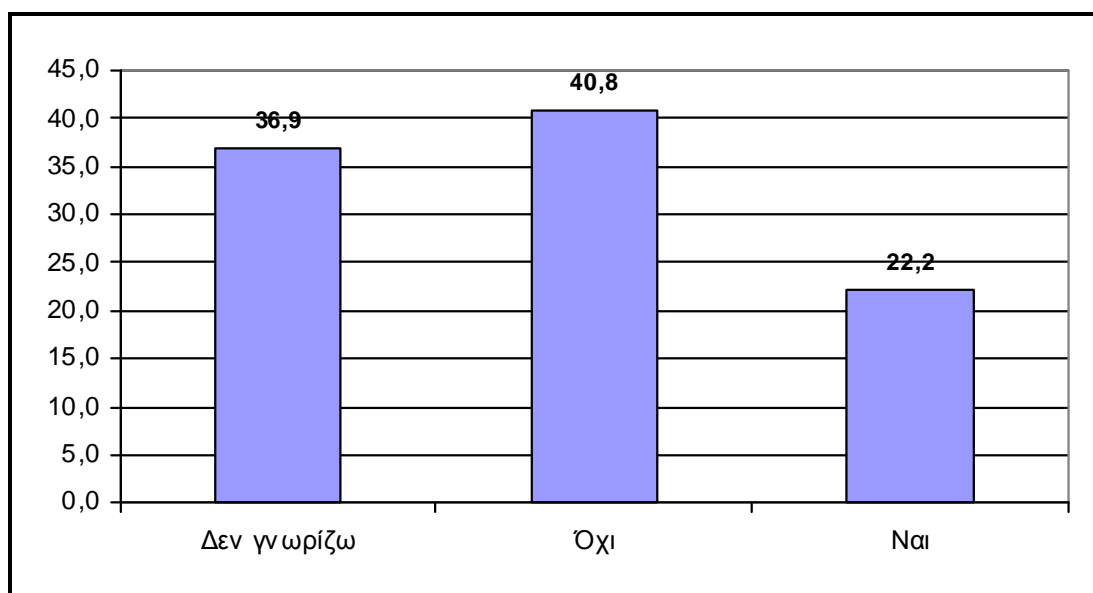


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (208 άτομα – ποσοστό 62,4%) θεωρεί ότι η σχετική ενημέρωση για τους τρόπους εξέλιξης είναι είτε «καθόλου» είτε «λίγη» και άλλα 74 άτομα (ποσοστό 22,2%) θεωρούν ότι η σχετική ενημέρωση είναι «μέτρια». Αντίθετα, τα υπόλοιπα 51 άτομα (ποσοστό 15,3%) θεωρούν ότι η σχετική ενημέρωση για τους τρόπους εξέλιξης είναι είτε «καλή» είτε «πολύ καλή» (Πίνακας 15, Σχήμα 13).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν πώς γίνεται αξιοκρατική επιλογή των ατόμων που παίρνουν εκπαιδευτικές άδειες.

Πιστεύετε πώς γίνεται αξιοκρατική επιλογή των ατόμων που παίρνουν εκπαιδευτικές άδειες;	N=333	Percent (%)
Δεν γνωρίζω	123	36,9
Όχι	136	40,8
Ναι	74	22,2

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν πώς γίνεται αξιοκρατική επιλογή των ατόμων που παίρνουν εκπαιδευτικές άδειες.

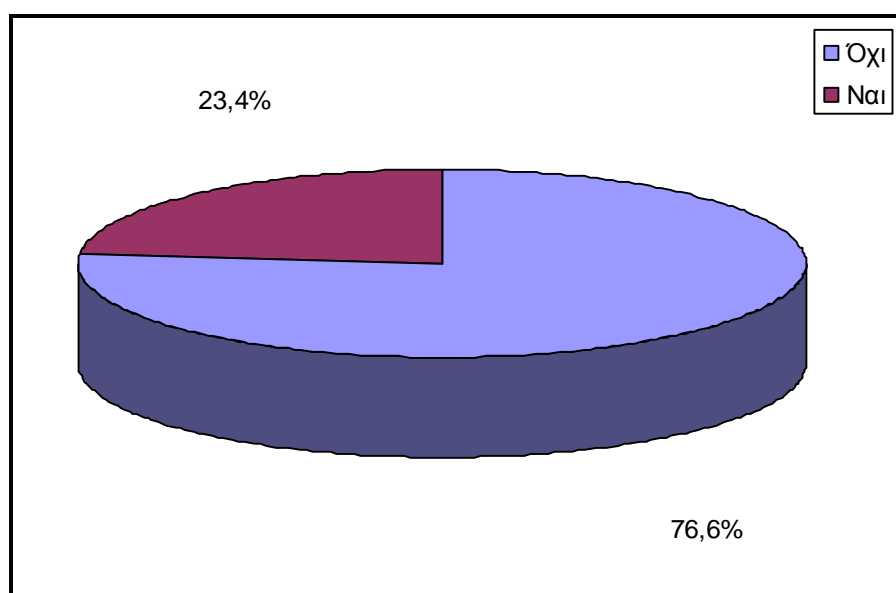


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (162 άτομα – ποσοστό 48,6%) πιστεύει πώς δεν γίνεται αξιοκρατική επιλογή των ατόμων που παίρνουν εκπαιδευτικές άδειες ενώ το 22,2% αυτών (74 άτομα) δηλώνει ότι το πιστεύει και άλλα 123 άτομα (ποσοστό 36,9%) δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν (Πίνακας 16, Σχήμα 14).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υπάρχει εκπαίδευση για το χειρισμό νέων υλικών και μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας.

Υπάρχει εκπαίδευση για το χειρισμό νέων υλικών και μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας;	N=333	Percent (%)
Όχι	255	76,6
Ναι	78	23,4

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν υπάρχει εκπαίδευση για το χειρισμό νέων υλικών και μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας.

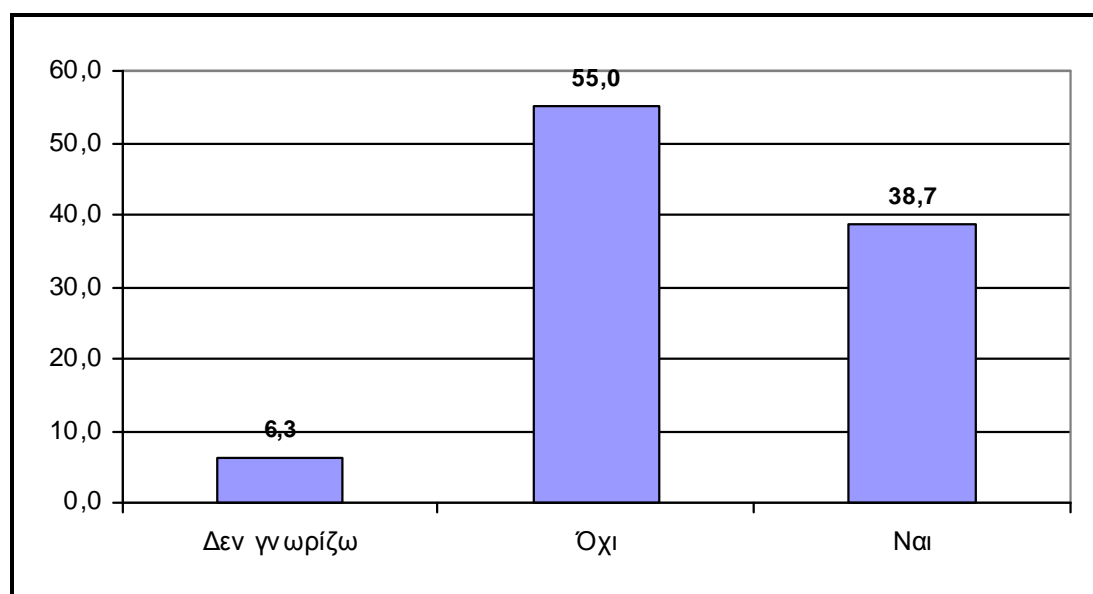


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (255 άτομα – ποσοστό 76,6%) δηλώνει ότι δεν υπάρχει εκπαίδευση για το χειρισμό νέων υλικών και μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας ενώ το υπόλοιπο 23,4% (78 άτομα) δηλώνει ότι υπάρχει (Πίνακας 17, Σχήμα 15).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν πώς υπάρχει ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για τα μέτρα προφύλαξης.

Πιστεύετε πώς υπάρχει ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για τα μέτρα προφύλαξης;	N=333	Percent (%)
Δεν γνωρίζω	21	6,3
Όχι	183	55,0
Ναι	129	38,7

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν πώς υπάρχει ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για τα μέτρα προφύλαξης.

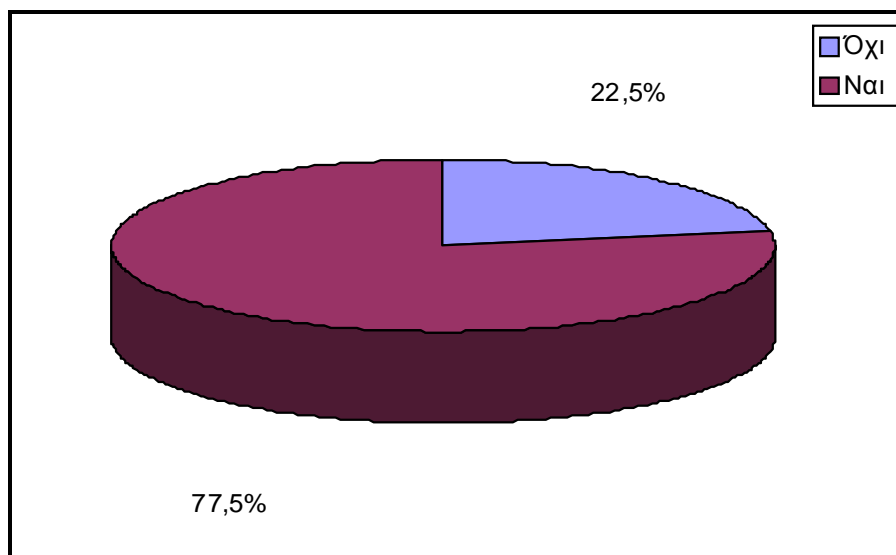


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (183 άτομα – ποσοστό 55,0%) πιστεύει πώς δεν υπάρχει ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για τα μέτρα προφύλαξης ενώ το 38,7% αυτών (129 άτομα) πιστεύει πως υπάρχει και άλλα 21 άτομα (ποσοστό 6,3%) δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν (Πίνακας 18, Σχήμα 16).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν έχει τύχη ποτέ να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας.

Έχει τύχη ποτέ να “τρυπηθείτε” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας;	N=333	Percent (%)
Όχι	75	22,5
Ναι	258	77,5

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν έχει τύχη ποτέ να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας.

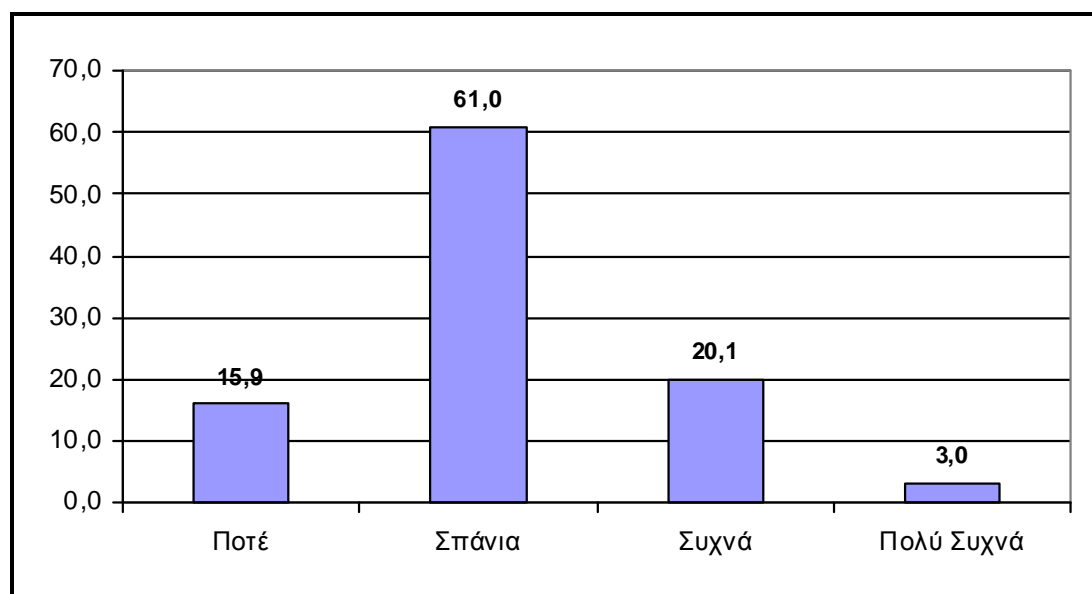


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (258 άτομα – ποσοστό 77,5%) δηλώνει ότι έχει τύχη κάποτε να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας ενώ το υπόλοιπο 22,5% (75 άτομα) δηλώνει ότι δεν έχει τύχη (Πίνακας 19, Σχήμα 17).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς σε ποιο βαθμό πιστεύουν ότι γίνονται λάθη κατά τη χορήγηση των φαρμάκων; (π.χ. λάθος δοσολογία, λάθος φάρμακο, λάθος ασθενής).

Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι γίνονται λάθη κατά τη χορήγηση των φαρμάκων; (π.χ. λάθος δοσολογία, λάθος φάρμακο, λάθος ασθενής)	N=333	Percent (%)
Ποτέ	53	15,9
Σπάνια	203	61,0
Συχνά	67	20,1
Πολύ Συχνά	10	3,0

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς σε ποιο βαθμό πιστεύουν ότι γίνονται λάθη κατά τη χορήγηση των φαρμάκων; (π.χ. λάθος δοσολογία, λάθος φάρμακο, λάθος ασθενής).

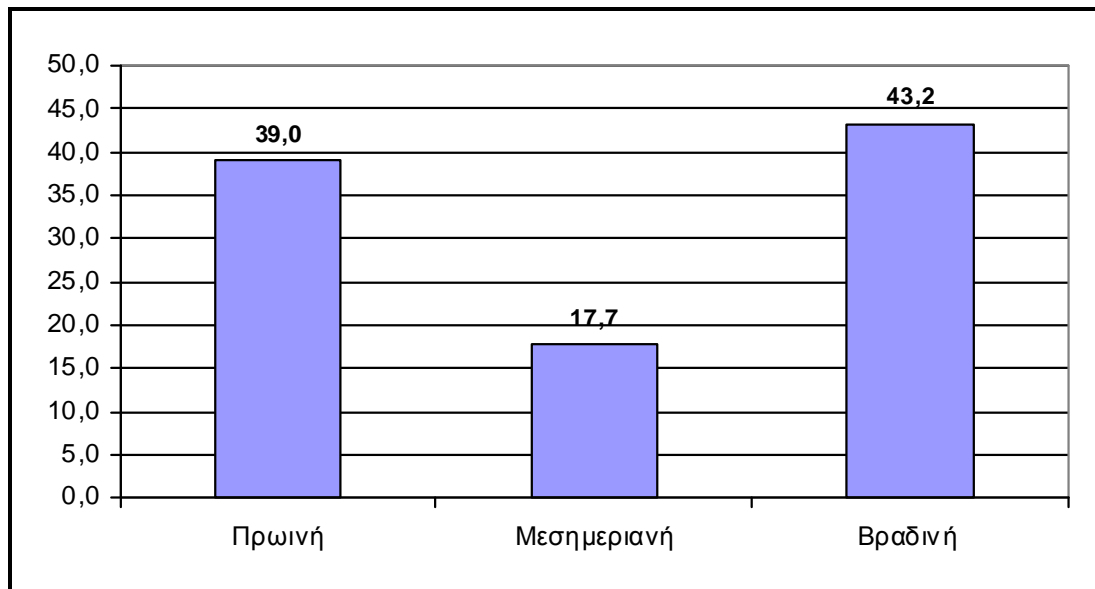


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (256 άτομα – ποσοστό 76,9%) πιστεύει ότι είτε δεν γίνονται είτε ότι γίνονται «σπάνια» λάθη κατά τη χορήγηση των φαρμάκων; (π.χ. λάθος δοσολογία, λάθος φάρμακο, λάθος ασθενής) ενώ το υπόλοιπο 23,1% αυτών (77 άτομα) πιστεύει ότι αυτά γίνονται είτε «συχνά» είτε «πολύ συχνά» (Πίνακας 20, Σχήμα 18).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια βάρδια πιστεύουν ότι είναι η πιο κουραστική.

<i>Ποια βάρδια πιστεύετε ότι είναι η πιο κουραστική;</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Πρωινή</i>	<i>130</i>	<i>39,0</i>
<i>Μεσημεριανή</i>	<i>59</i>	<i>17,7</i>
<i>Βραδινή</i>	<i>144</i>	<i>43,2</i>

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια βάρδια πιστεύουν ότι είναι η πιο κουραστική.

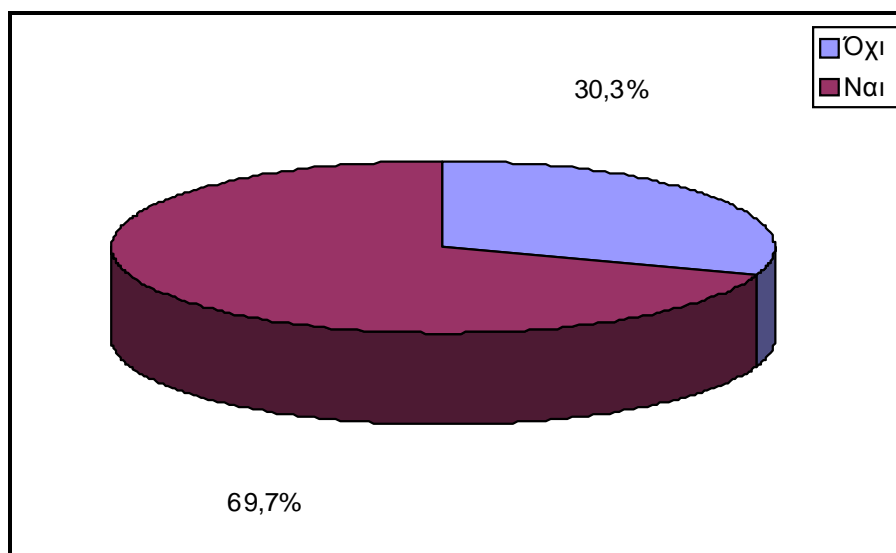


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα – ποσοστό 43,2%) πιστεύει ότι είναι η πιο κουραστική βάρδια είναι η βραδινή ενώ το 39,0% αυτών (130 άτομα) πιστεύει πως είναι η πρωινή και άλλα 59 άτομα (ποσοστό 17,7%) πιστεύουν ότι είναι η μεσημεριανή (Πίνακας 21, Σχήμα 19).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης.

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης;	<i>N=333</i>	Percent (%)
<i>Όχι</i>	<i>101</i>	<i>30,3</i>
<i>Ναι</i>	<i>232</i>	<i>69,7</i>

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης.

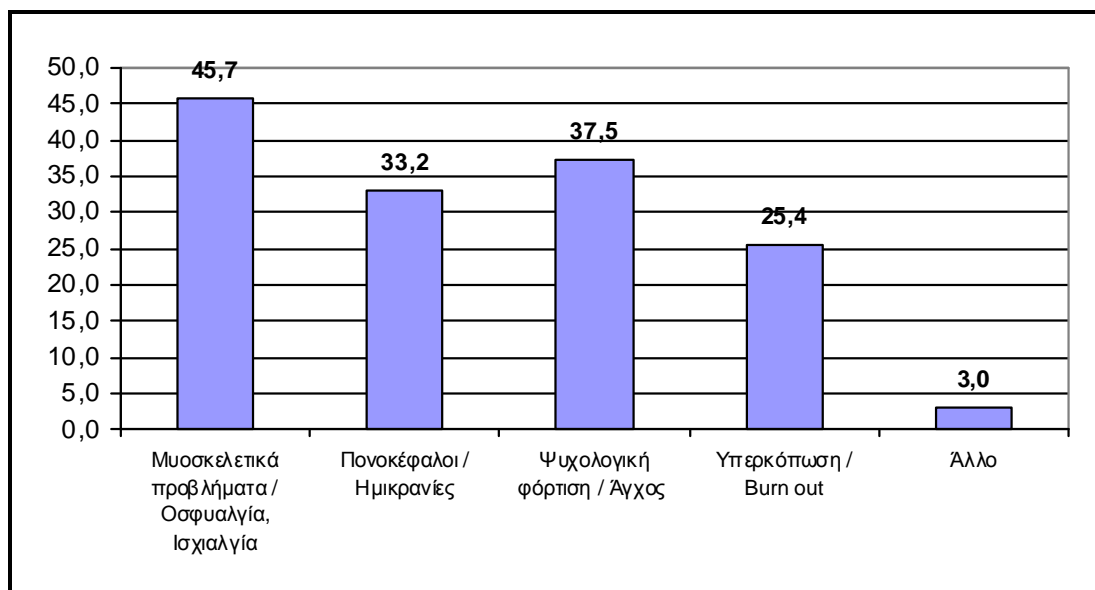


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (232 άτομα – ποσοστό 69,7%) δηλώνει ότι αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης ενώ το υπόλοιπο 30,3% (101 άτομα) δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει (Πίνακας 22, Σχήμα 20).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης.

Ποιο πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζετε εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης;	N=232	Percent (%)
Μυοσκελετικά προβλήματα / Οσφυαλγία, Ισχιαλγία	106	45,7
Πονοκέφαλοι / Ημικρανίες	77	33,2
Ψυχολογική φόρτιση / Άγχος	87	37,5
Υπερκόπωση / Burn out	59	25,4
Άλλο	7	3,0

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης.

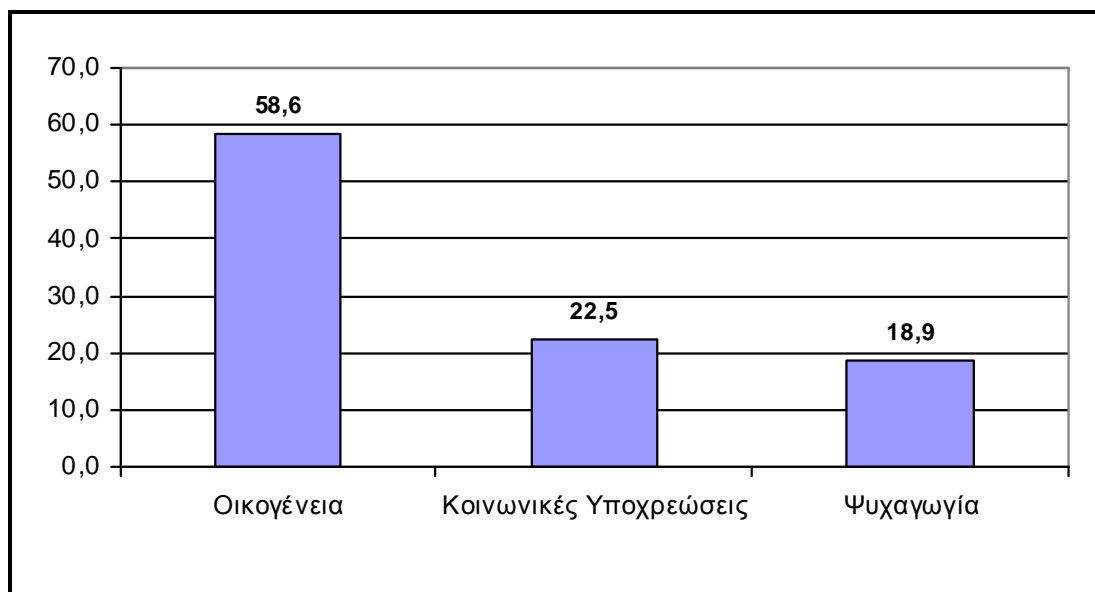


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (106 άτομα – ποσοστό 45,7%) δηλώνει ότι το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης είναι τα Μυοσκελετικά προβλήματα / Οσφυαλγία, Ισχιαλγία, άλλα 87 άτομα (ποσοστό 37,5%) δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν Ψυχολογική φόρτιση / Άγχος και άλλα 77 άτομα (ποσοστό 33,2%) Πονοκεφάλους / Ημικρανίες. Από τα υπόλοιπα, 59 άτομα (ποσοστό 25,4%) δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν Υπερκόπωση / Burn out και άλλα 7 άτομα (ποσοστό 3,0%) δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν κάτι άλλο (Πίνακας 23, Σχήμα 21).

Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιόν από τούς παρακάτω τομείς το νοσηλευτικό επάγγελμα τους επιβαρύνει περισσότερο.

Σε ποιόν από τούς παρακάτω τομείς το νοσηλευτικό επάγγελμα σας επιβαρύνει περισσότερο;	N=333	Percent (%)
Οικογένεια	195	58,6
Κοινωνικές Υποχρεώσεις	75	22,5
Ψυχαγωγία	63	18,9

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιόν από τούς παρακάτω τομείς το νοσηλευτικό επάγγελμα τους επιβαρύνει περισσότερο.

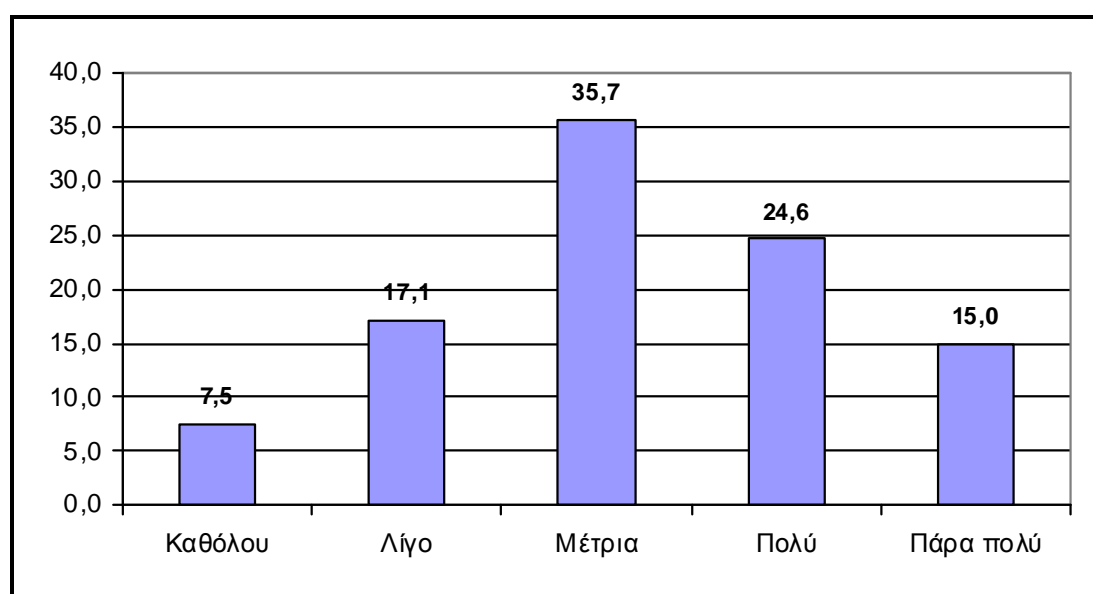


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (144 άτομα – ποσοστό 43,2%) δηλώνει ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα τους επιβαρύνει περισσότερο στον τομέα της οικογένειας, άλλα 75 άτομα (ποσοστό 22,5%) δηλώνουν ότι τους επιβαρύνει περισσότερο στον τομέα των κοινωνικών υποχρεώσεων και άλλα 63 άτομα (ποσοστό 18,9%) δηλώνουν ότι τους επιβαρύνει περισσότερο στον τομέα της ψυχαγωγίας (Πίνακας 24, Σχήμα 22).

Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο επηρεάζονται συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν.

Κατά πόσο επηρεάζεστε συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζετε;	N=333	Percent (%)
Καθόλου	25	7,5
Λίγο	57	17,1
Μέτρια	119	35,7
Πολύ	82	24,6
Πάρα πολύ	50	15,0

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο επηρεάζονται συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν.

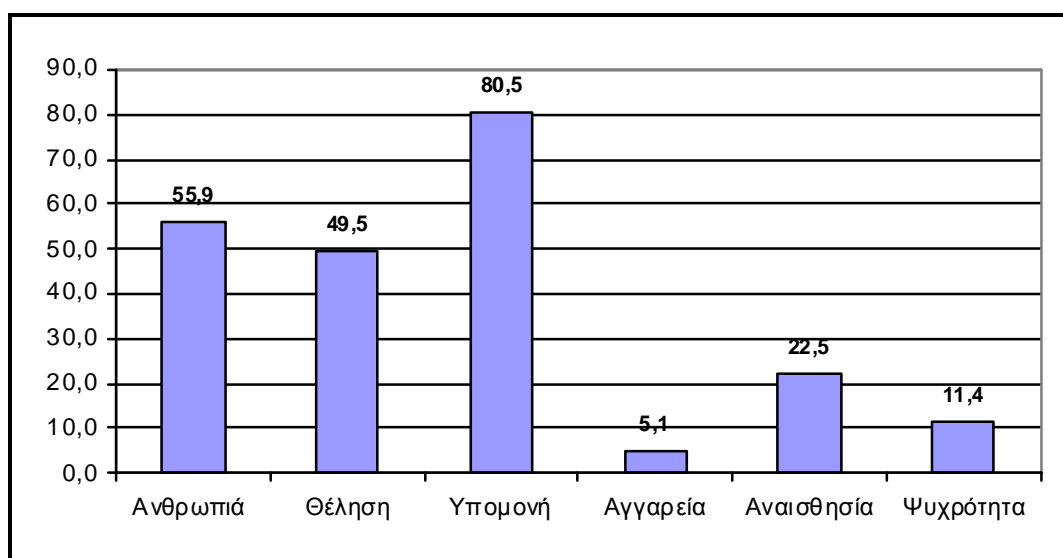


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (132 άτομα – ποσοστό 39,6%) δηλώνει ότι επηρεάζεται είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζει και άλλα 119 άτομα (ποσοστό 35,7%) δηλώνουν ότι επηρεάζονται «μέτρια». Αντίθετα, τα υπόλοιπα 82 άτομα (ποσοστό 22,6%) δηλώνουν ότι είτε δεν επηρεάζονται συναισθηματικά είτε ότι επηρεάζονται «λίγο» (Πίνακας 25, Σχήμα 23).

Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια χαρακτηριστικά χρειάζεται ένας νοσηλευτής για να “επιβιώσει” στο επάγγελμα.

Ποια χαρακτηριστικά χρειάζεται ένας νοσηλευτής για να “επιβιώσει” στο επάγγελμα;	N=333	Percent (%)
Ανθρωπιά	186	55,9
Θέληση	165	49,5
Υπομονή	268	80,5
Αγgaardία	17	5,1
Αναισθησία	75	22,5
Ψυχρότητα	38	11,4

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια χαρακτηριστικά χρειάζεται ένας νοσηλευτής για να “επιβιώσει” στο επάγγελμα.

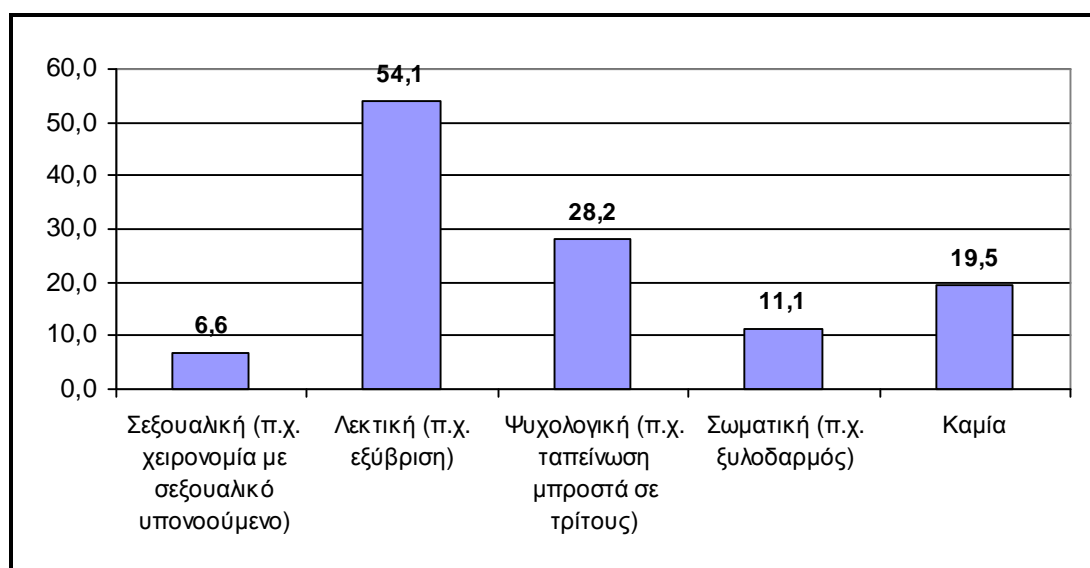


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (268 άτομα – ποσοστό 80,5%) θεωρεί ότι ένας νοσηλευτής για να “επιβιώσει” στο επάγγελμα χρειάζεται υπομονή, άλλα 186 άτομα (ποσοστό 55,9%) θεωρούν ότι χρειάζεται ανθρωπιά και άλλα 165 άτομα (ποσοστό 49,5%) θεωρούν ότι χρειάζεται θέληση. Αντίθετα, 75 άτομα (ποσοστό 22,5%) θεωρούν ότι ένας νοσηλευτής για να “επιβιώσει” στο επάγγελμα χρειάζεται αναισθησία, άλλα 38 άτομα (ποσοστό 11,4%) θεωρούν ότι χρειάζεται ψυχρότητα και άλλα 17 άτομα (ποσοστό 5,1%) θεωρούν ότι χρειάζεται να κάνουν κάτι από αγγαρεία (Πίνακας 26, Σχήμα 24).

Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης.

<i>Έχετε δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης;</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο)</i>	<i>22</i>	<i>6,6</i>
<i>Λεκτική (π.χ. εξύβριση)</i>	<i>180</i>	<i>54,1</i>
<i>Ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους)</i>	<i>94</i>	<i>28,2</i>
<i>Σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός)</i>	<i>37</i>	<i>11,1</i>
<i>Καμία</i>	<i>65</i>	<i>19,5</i>

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης.

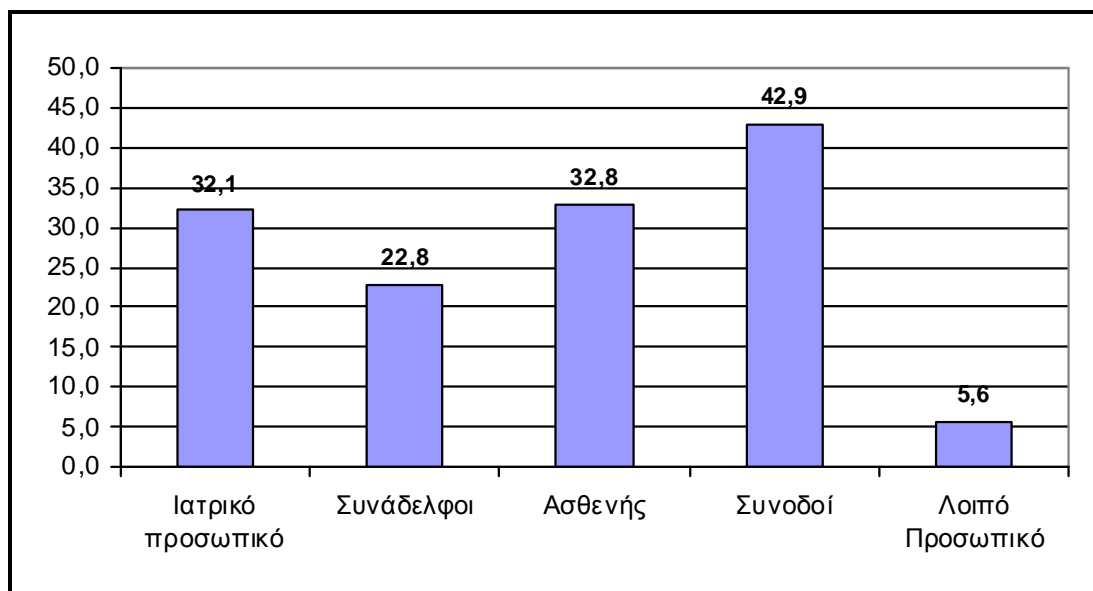


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (268 άτομα – ποσοστό 80,5%) δηλώνει ότι έχει δεχτεί λεκτική (π.χ. εξύβριση) κακοποίηση, άλλα 186 άτομα (ποσοστό 55,9%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους) κακοποίηση, άλλα 37 άτομα (ποσοστό 11,1%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός) κακοποίηση και άλλα 22 άτομα (ποσοστό 6,6%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο) κακοποίηση. Αντίθετα, 65 άτομα (ποσοστό 19,5%) δηλώνουν ότι δεν έχουν δεχτεί κανενός είδους κακοποίηση (Πίνακας 27, Σχήμα 25).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από ποιόν έχουν δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης.

<i>Από ποιόν έχετε δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης;</i>	<i>N=268</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Ιατρικό προσωπικό</i>	<i>86</i>	<i>32,1</i>
<i>Συνάδελφοι</i>	<i>61</i>	<i>22,8</i>
<i>Ασθενής</i>	<i>88</i>	<i>32,8</i>
<i>Συνοδοί</i>	<i>115</i>	<i>42,9</i>
<i>Λοιπό Προσωπικό</i>	<i>15</i>	<i>5,6</i>

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από ποιόν έχουν δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης.

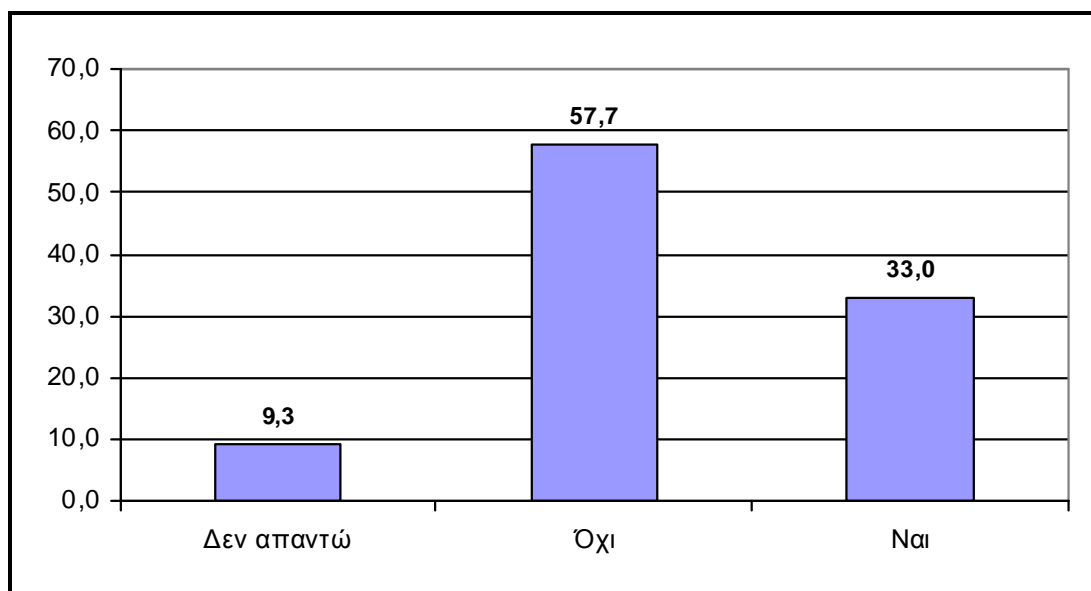


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (115 άτομα – ποσοστό 42,9%) δηλώνει ότι έχει δεχτεί κάποιου είδους κακοποίηση από συνοδό, άλλα 88 άτομα (ποσοστό 32,8%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί κάποιου είδους κακοποίηση από ασθενή, άλλα 86 άτομα (ποσοστό 32,1%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί κάποιου είδους κακοποίηση από το ιατρικό προσωπικό, άλλα 61 άτομα (ποσοστό 22,8%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί κάποιου είδους κακοποίηση από συνάδελφο και άλλα 15 άτομα (ποσοστό 5,6%) ότι έχουν δεχτεί κάποιου είδους κακοποίηση από το λοιπό προσωπικό (Πίνακας 28, Σχήμα 26).

Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώθουν “υποτιμημένοι” από το κοινωνικό σύνολο για το επάγγελμα που έχουν διαλέξει.

Νιώθετε “υποτιμημένοι” από το κοινωνικό σύνολο για το επάγγελμα που έχετε διαλέξει;	N=333	Percent (%)
Δεν απαντώ	31	9,3
Όχι	192	57,7
Ναι	110	33,0

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώθουν “υποτιμημένοι” από το κοινωνικό σύνολο για το επάγγελμα που έχουν διαλέξει.

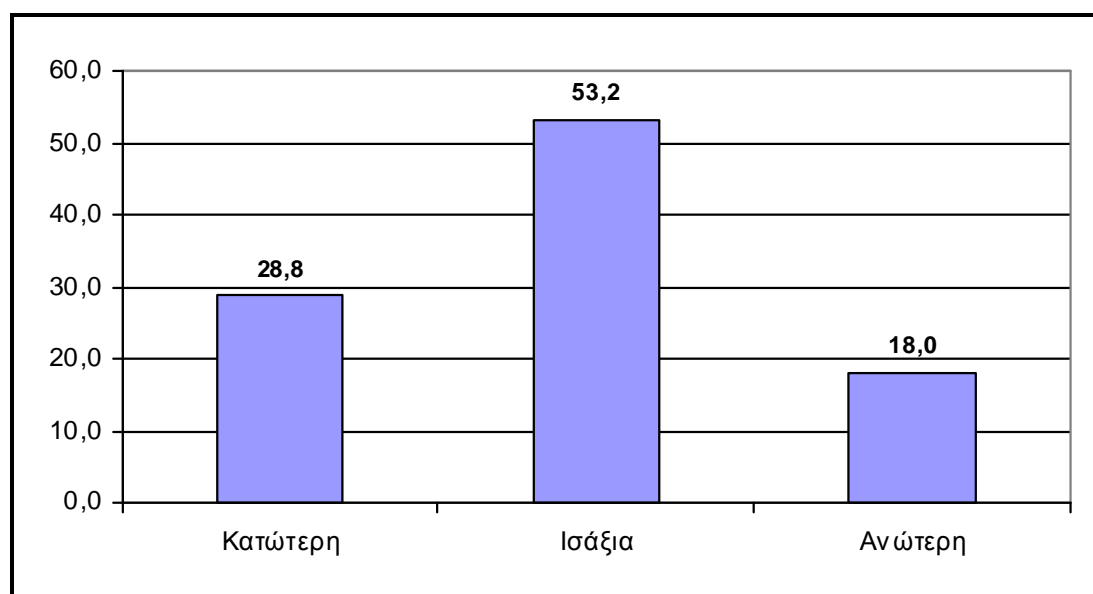


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (192 άτομα – ποσοστό 57,7%) δηλώνει ότι δεν νιώθει “υποτιμημένο” από το κοινωνικό σύνολο για το επάγγελμα που έχει διαλέξει ενώ το 33,0% αυτών (110 άτομα) δηλώνει ότι νιώθει και άλλα 31 άτομα (ποσοστό 9,3%) δεν θέλησαν να απαντήσουν (Πίνακας 29, Σχήμα 27).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θεωρούν ότι είναι η νοσηλευτική σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

Θεωρείτε ότι η νοσηλευτική σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας είναι;	N=333	Percent (%)
Κατώτερη	96	28,8
Ισάξια	177	53,2
Ανώτερη	60	18,0

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θεωρούν ότι είναι η νοσηλευτική σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας.

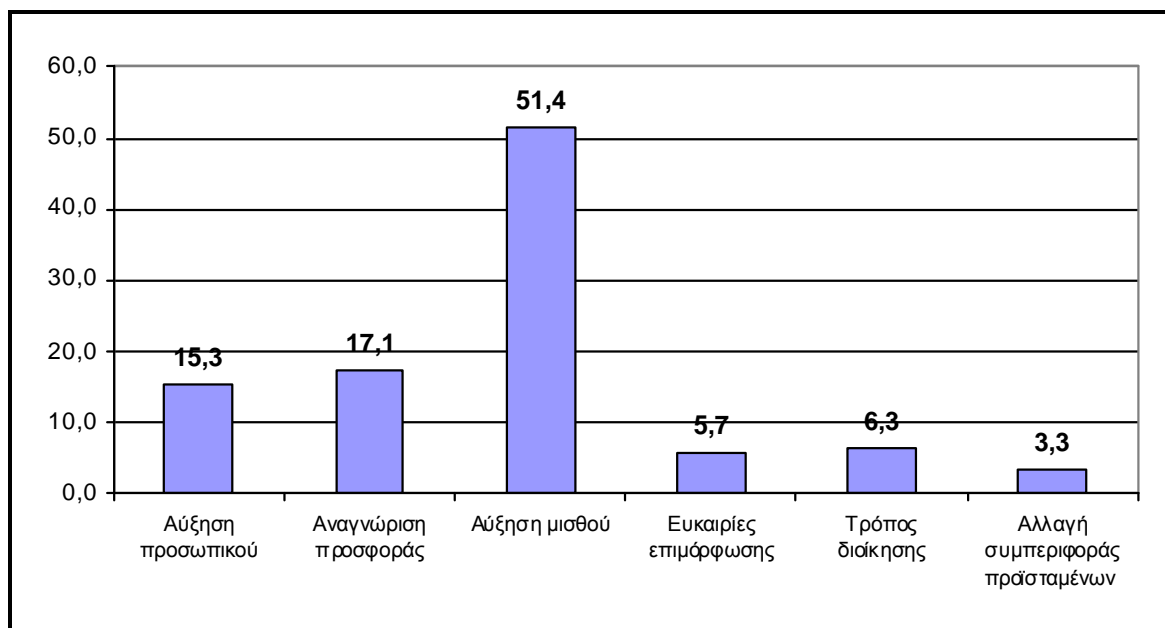


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (177 άτομα – ποσοστό 53,2%) θεωρεί ότι η νοσηλευτική σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας είναι ισάξια, άλλα 96 άτομα (ποσοστό 28,8%) θεωρούν ότι είναι κατώτερη και άλλα 60 άτομα (ποσοστό 18,0%) θεωρούν ότι είναι ανώτερη (Πίνακας 30, Σχήμα 28).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (1^η επιλογή).

Τι θα σας κρατούσε στο επάγγελμα; (1 ^η επιλογή)	N=333	Percent (%)
Αύξηση προσωπικού	51	15,3
Αναγνώριση προσφοράς	57	17,1
Αύξηση μισθού	171	51,4
Ευκαιρίες επιμόρφωσης	19	5,7
Τρόπος διοίκησης	21	6,3
Αλλαγή συμπεριφοράς προϊσταμένων	11	3,3

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (1^η επιλογή).

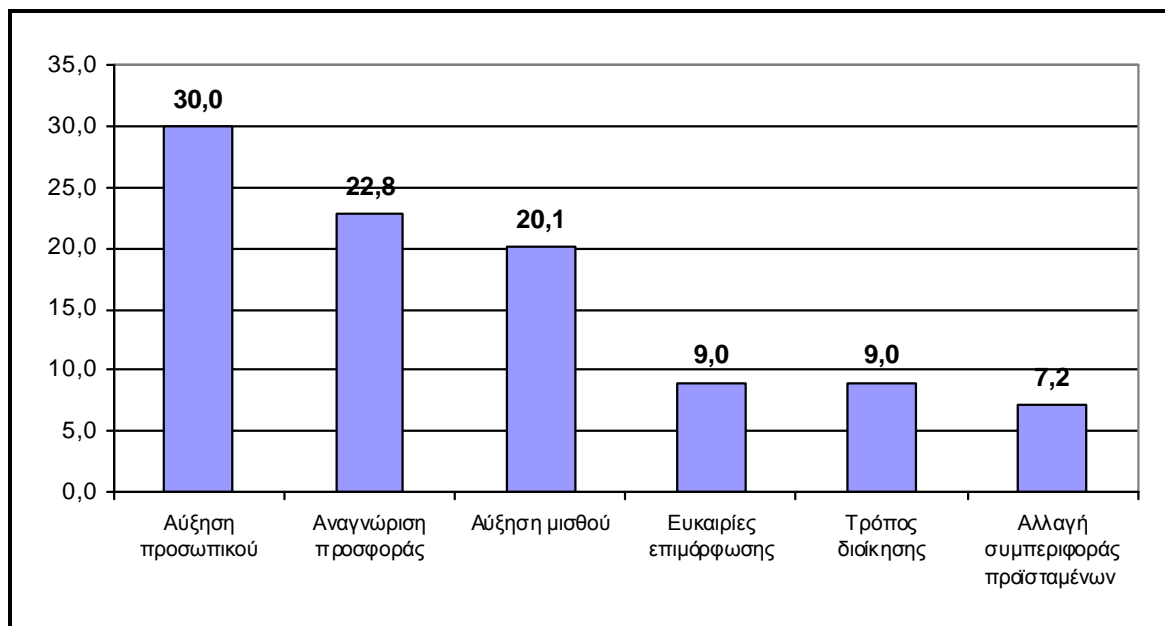


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (171 άτομα – ποσοστό 51,4%) δήλωσε ως 1^η επιλογή ότι αυτό που θα τους κρατούσε στο επάγγελμα είναι η αύξηση μισθού, άλλα 57 άτομα (ποσοστό 17,1%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αναγνώριση της προσφοράς, άλλα 51 άτομα (ποσοστό 15,3%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αύξηση προσωπικού και ακολούθησαν οι υπόλοιπες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 31, Σχήμα 29).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (2^η επιλογή).

Τι θα σας κρατούσε στο επάγγελμα; (2 ^η επιλογή)	N=333	Percent (%)
Αύξηση προσωπικού	100	30,0
Αναγνώριση προσφοράς	76	22,8
Αύξηση μισθού	67	20,1
Ευκαιρίες επιμόρφωσης	30	9,0
Τρόπος διοίκησης	30	9,0
Αλλαγή συμπεριφοράς προϊσταμένων	24	7,2

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (2^η επιλογή).

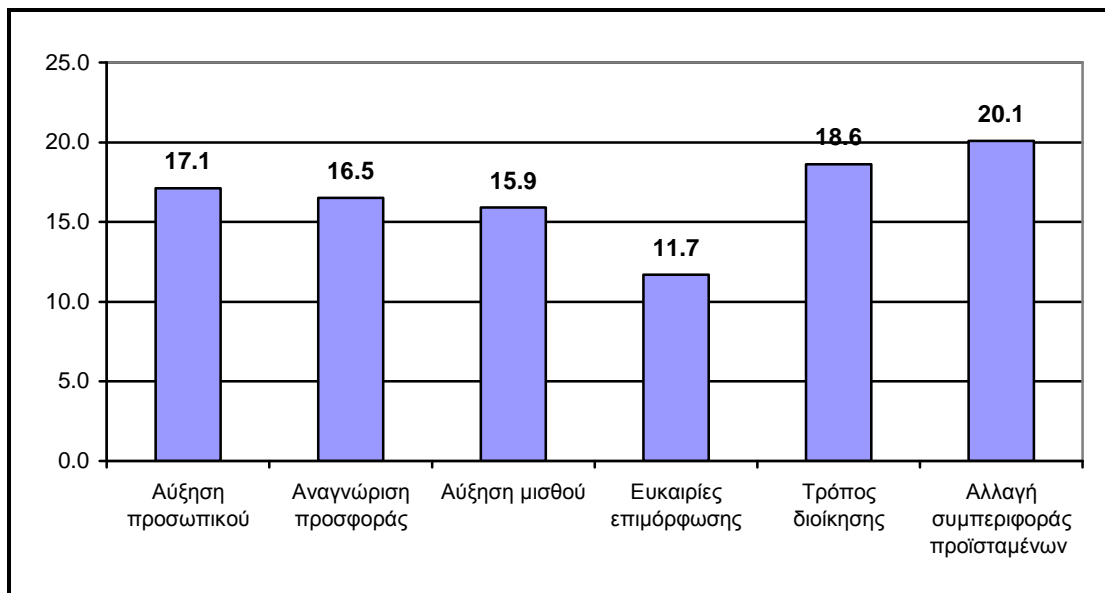


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (100 άτομα – ποσοστό 30,0%) δήλωσε ως 2^η επιλογή ότι αυτό που θα τους κρατούσε στο επάγγελμα είναι η αύξηση προσωπικού, άλλα 76 άτομα (ποσοστό 22,8%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αναγνώριση της προσφοράς, άλλα 67 άτομα (ποσοστό 20,1%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αύξηση μισθού και ακολούθησαν οι υπόλοιπες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 32, Σχήμα 30).

Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (3^η επιλογή).

<i>Τι θα σας κρατούσε στο επάγγελμα; (3^η επιλογή)</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Αύξηση προσωπικού</i>	<i>57</i>	<i>17,1</i>
<i>Αναγνώριση προσφοράς</i>	<i>55</i>	<i>16,5</i>
<i>Αύξηση μισθού</i>	<i>53</i>	<i>15,9</i>
<i>Ευκαιρίες επιμόρφωσης</i>	<i>39</i>	<i>11,7</i>
<i>Τρόπος διοίκησης</i>	<i>62</i>	<i>18,6</i>
<i>Αλλαγή συμπεριφοράς προϊσταμένων</i>	<i>67</i>	<i>20,1</i>

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (3^η επιλογή).

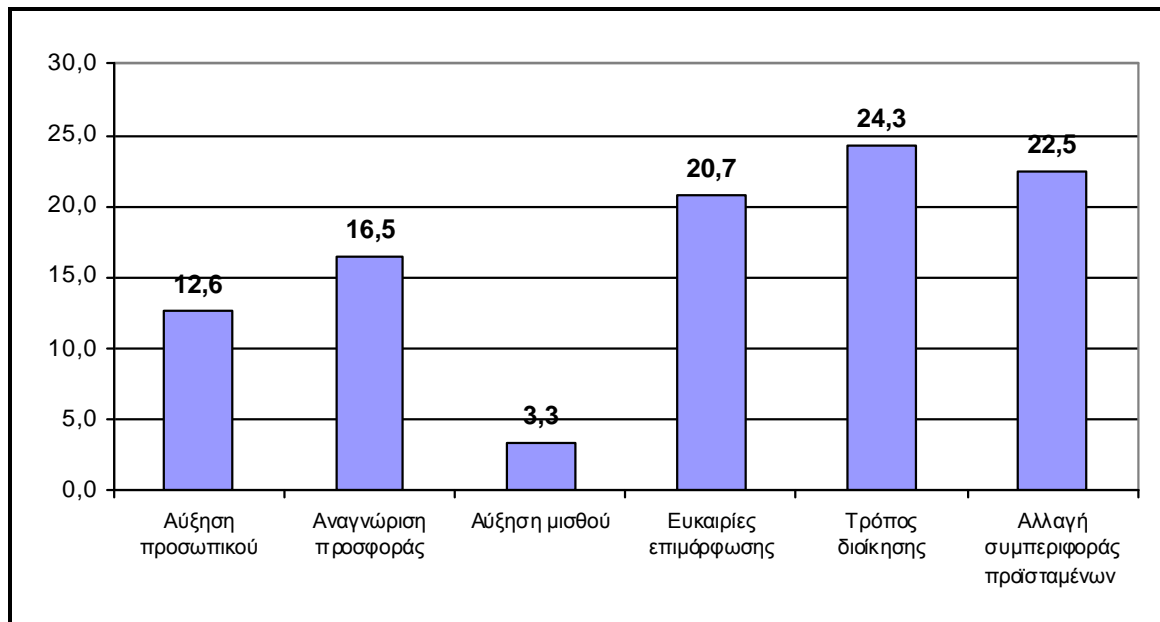


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (67 άτομα – ποσοστό 20,1%) δήλωσε ως 3^η επιλογή ότι αυτό που θα τους κρατούσε στο επάγγελμα είναι η αλλαγή συμπεριφοράς των προϊσταμένων, άλλα 62 άτομα (ποσοστό 22,8%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αλλαγή του τρόπου διοίκησης, άλλα 57 άτομα (ποσοστό 17,1%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αύξηση προσωπικού και ακολούθησαν οι υπόλοιπες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 33, Σχήμα 31).

Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (4^η επιλογή).

<i>Τι θα σας κρατούσε στο επάγγελμα; (4^η επιλογή)</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Αύξηση προσωπικού</i>	<i>42</i>	<i>12,6</i>
<i>Αναγνώριση προσφοράς</i>	<i>55</i>	<i>16,5</i>
<i>Αύξηση μισθού</i>	<i>11</i>	<i>3,3</i>
<i>Ευκαιρίες επιμόρφωσης</i>	<i>69</i>	<i>20,7</i>
<i>Τρόπος διοίκησης</i>	<i>81</i>	<i>24,3</i>
<i>Αλλαγή συμπεριφοράς προϊσταμένων</i>	<i>75</i>	<i>22,5</i>

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θα τους κρατούσε στο επάγγελμα (4^η επιλογή).

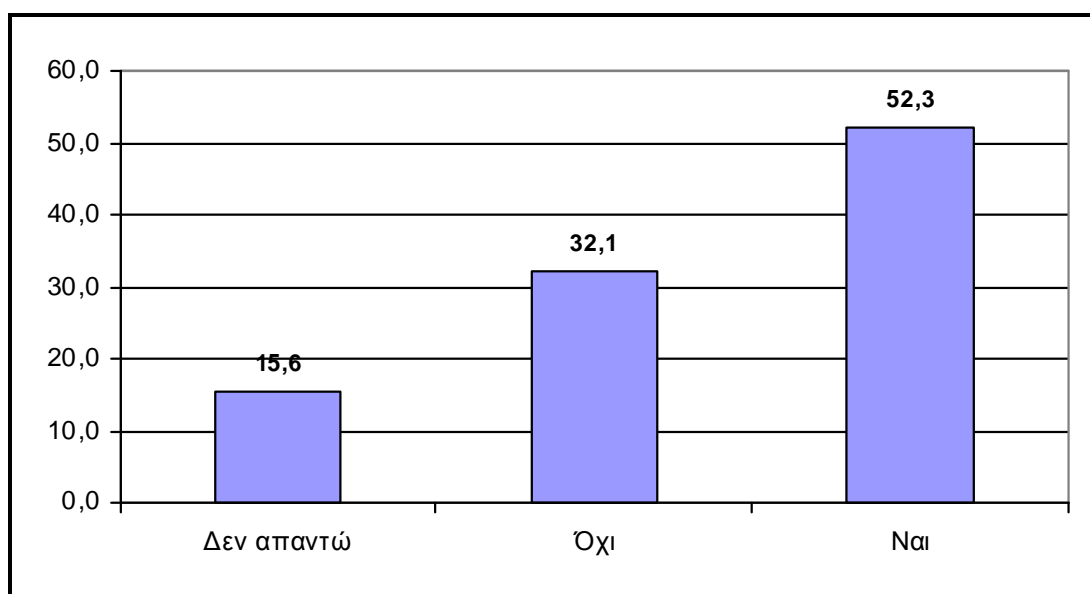


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (81 άτομα – ποσοστό 24,3%) δήλωσε ως 4^η επιλογή ότι αυτό που θα τους κρατούσε στο επάγγελμα είναι η αλλαγή του τρόπου διοίκησης, άλλα 75 άτομα (ποσοστό 22,5%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσε η αλλαγή συμπεριφοράς των προϊσταμένων, άλλα 69 άτομα (ποσοστό 20,7%) δήλωσαν ότι θα τους κρατούσαν οι ευκαιρίες επιμόρφωσης και ακολούθησαν οι υπόλοιπες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 34, Σχήμα 32).

Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα άλλαζαν επάγγελμα, εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.

<i>Εάν σας δινόταν δεύτερη ευκαιρία, θα αλλάζατε επάγγελμα;</i>	<i>N=333</i>	<i>Percent (%)</i>
<i>Δεν απαντώ</i>	<i>52</i>	<i>15,6</i>
<i>Όχι</i>	<i>107</i>	<i>32,1</i>
<i>Ναι</i>	<i>174</i>	<i>52,3</i>

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα άλλαζαν επάγγελμα, εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.



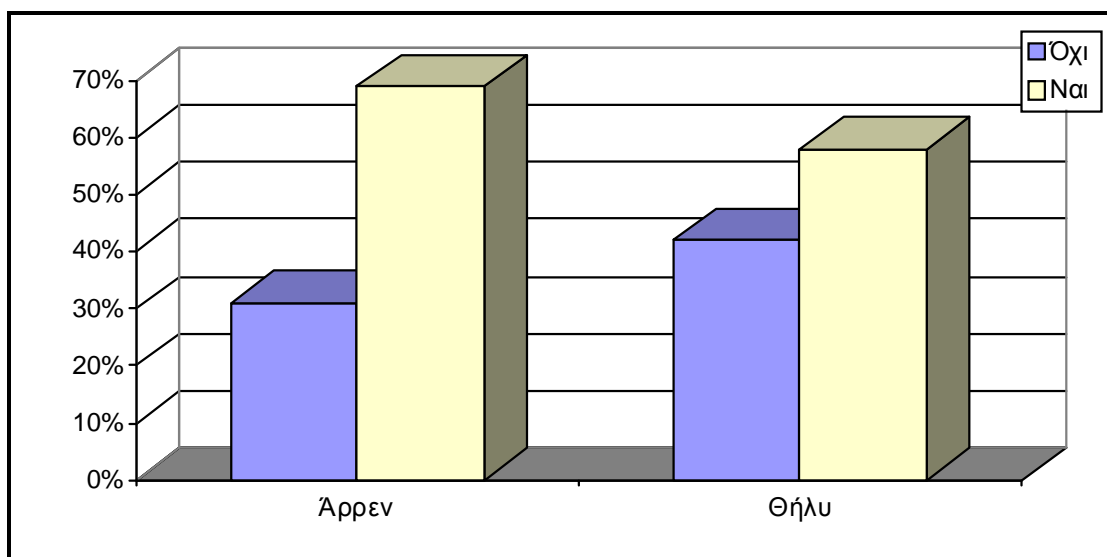
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (174 άτομα – ποσοστό 52,3%) δηλώνει ότι θα άλλαζε επάγγελμα, εάν του δινόταν δεύτερη ευκαιρία ενώ το 32,1% αυτών (107 άτομα) δηλώνει ότι δεν θα άλλαζε και άλλα 52 άτομα (ποσοστό 15,6%) δεν θέλησαν να απαντήσουν (Πίνακας 35, Σχήμα 33).

Συμπεράσματα - Συσχετίσεις

Πίνακας 36: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο.

		<i>Πιστεύετε ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο;</i>		
		<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	
Φύλο	<i>Άρρεν</i>	22	49	71
		31,0%	69,0%	100,0%
	<i>Θήλυ</i>	110	152	262
		42,0%	58,0%	100,0%
		132	201	333
$\chi^2 = 2,824, df = 1, p=0,06 (NS)$				

Σχήμα 34: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο.

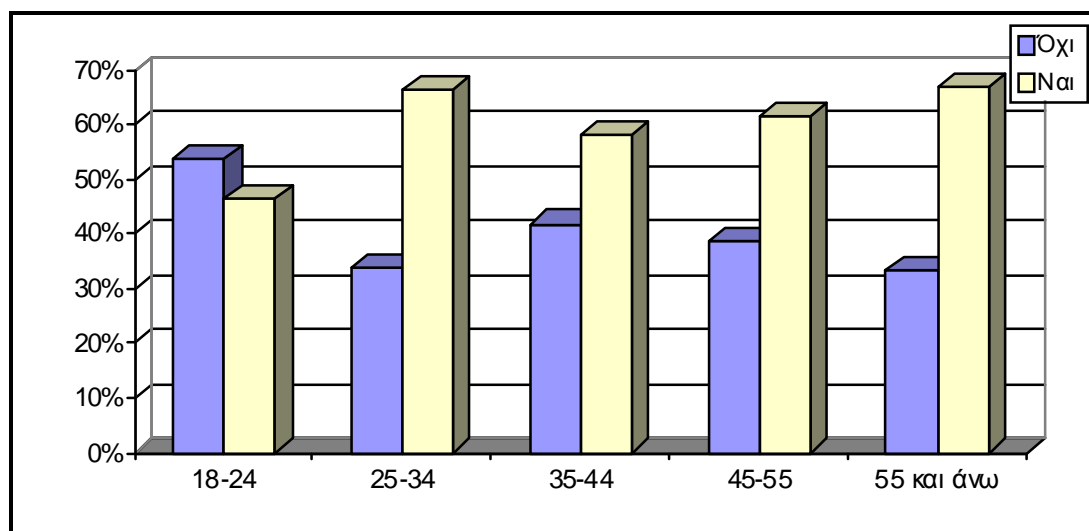


Σε υψηλότερο ποσοστό (49 άτομα – ποσοστό 69,0%) οι άνδρες ερωτηθέντες πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο έναντι των γυναικών που το πιστεύουν σε ποσοστό 58,0% (152 άτομα) (Πίνακας 36, Σχήμα 34). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι (οριακά) στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,824, df = 1, p=0,06 (NS)$).

Πίνακας 37: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο.

		Πιστεύετε ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο;			
		<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
Ηλικία ερωτηθέντων	18-24	15	13	28	
		53,6%	46,4%	100,0%	
	25-34	34	67	101	
		33,7%	66,3%	100,0%	
	35-44	59	82	141	
		41,8%	58,2%	100,0%	
	45-55	22	35	57	
		38,6%	61,4%	100,0%	
	55 και άνω	2	4	6	
		33,3%	66,7%	100,0%	
			132	201	333
	$\chi^2 = 4,191, df = 4, NS$				

Σχήμα 35: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο.



Σε εξίσου υψηλά ποσοστά οι ερωτηθέντες όλων των ηλικιακών κατηγοριών (με μία μικρή εξαίρεση στην κατηγορία 18-24 ετών) πιστεύουν ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο (Πίνακας 37, Σχήμα 35). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 4,191, df = 4, NS$).

Πίνακας 38: Συσχέτιση του επιπέδου σπουδών και της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν αυτοί θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών.

<i>Spearman rank order correlation coefficient</i>	R	df	p-level
Θεωρείτε ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών;			
Ηλικία ερωτηθέντων	0,129	333	p<0,05
Σπουδές	0,090	333	NS

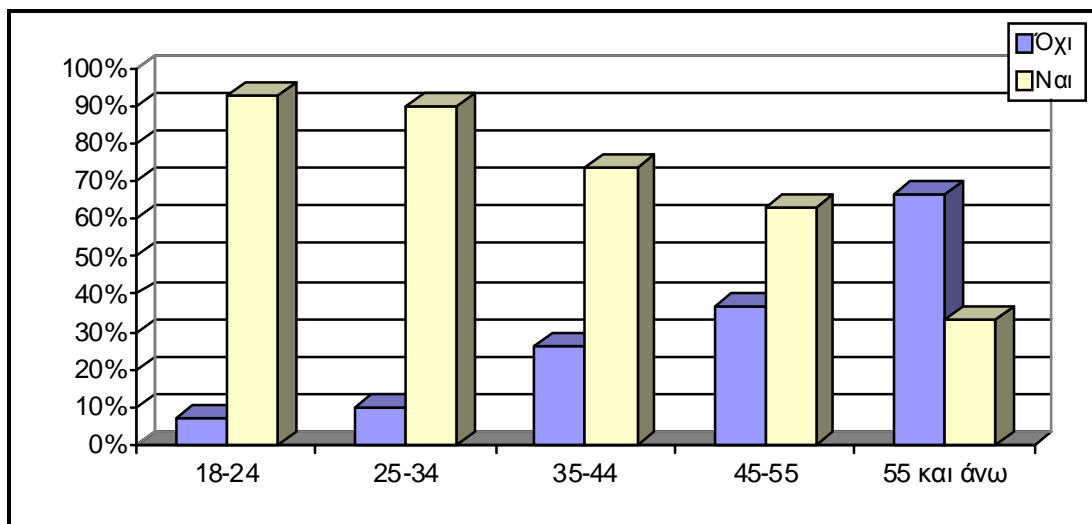
Το επίπεδο σπουδών των ερωτηθέντων δεν φαίνεται να σχετίζεται ($r = 0,090$, $df = 118$, NS) με το εάν αυτοί θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών (Πίνακας 38) αν και το θετικό πρόσημο δείχνει θετική τάση δηλαδή ότι οι ερωτηθέντες υψηλότερου επιπέδου σπουδών θεωρούν περισσότερο ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών.

Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν αυτοί θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών ($r = 0,129$, $df = 333$, $p < 0,05$) που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο αυτοί περισσότερο θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών (Πίνακας 38).

Πίνακας 39: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα ήθελαν να εξελιχθούν επαγγελματικά.

		Θα θέλατε να εξελιχθείτε επαγγελματικά;			
		<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
Ηλικία ερωτηθέντων	18-24	2	26	28	
		7,1%	92,9%	100,0%	
	25-34	10	91	101	
		9,9%	90,1%	100,0%	
	35-44	37	104	141	
		26,2%	73,8%	100,0%	
	45-55	21	36	57	
		36,8%	63,2%	100,0%	
	55 και άνω	4	2	6	
		66,7%	33,3%	100,0%	
			74	259	333
	$\chi^2 = 27,779, df = 4, p < 0,0001$				

Σχήμα 36: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα ήθελαν να εξελιχθούν επαγγελματικά.

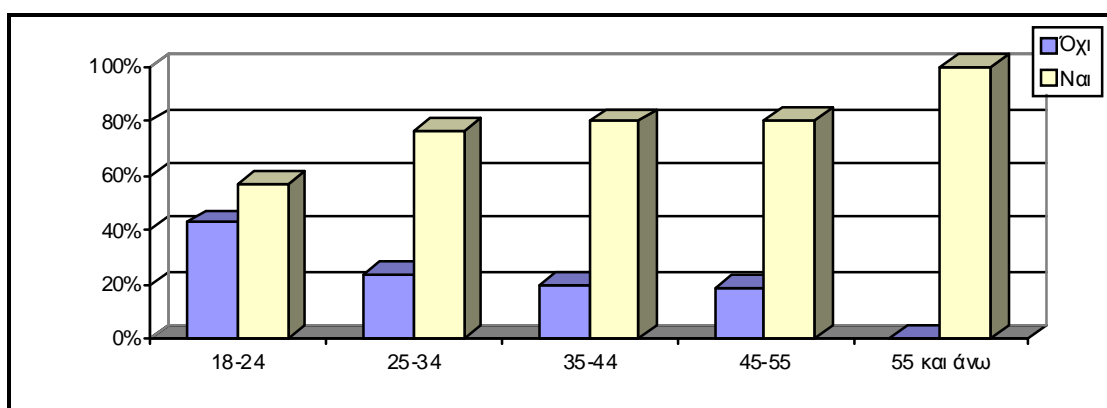


Σε ποσοστά υψηλότερα του 90% οι ερωτηθέντες των «μικρών» ηλικιακών κατηγοριών δηλώνουν ότι θα ήθελαν να εξελιχθούν επαγγελματικά έναντι των μεγαλύτερων ηλικιακών κατηγοριών όπου τα ποσοστά φθίνουν φτάνοντας και σε ποσοστό 33,3% για την ηλικιακή κατηγορία των 55 ετών και άνω (Πίνακας 39, Σχήμα 36). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 27,779, df = 4, p < 0,0001$).

Πίνακας 40: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν έχει τύχη να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας.

		Έχει τύχη να “τρυπηθείτε” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας;			
		Όχι	Ναι		
Ηλικία ερωτηθέντων	18-24	12	16	28	
		42,9%	57,1%	100,0%	
	25-34	24	77	101	
		23,8%	76,2%	100,0%	
	35-44	28	113	141	
		19,9%	80,1%	100,0%	
	45-55	11	46	57	
		19,3%	80,7%	100,0%	
	55 και άνω	0	6	6	
		0,0%	100,0%	100,0%	
			75	258	333
	$\chi^2 = 9,399, df = 4, p < 0,05$				

Σχήμα 37: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν έχει τύχη να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας.

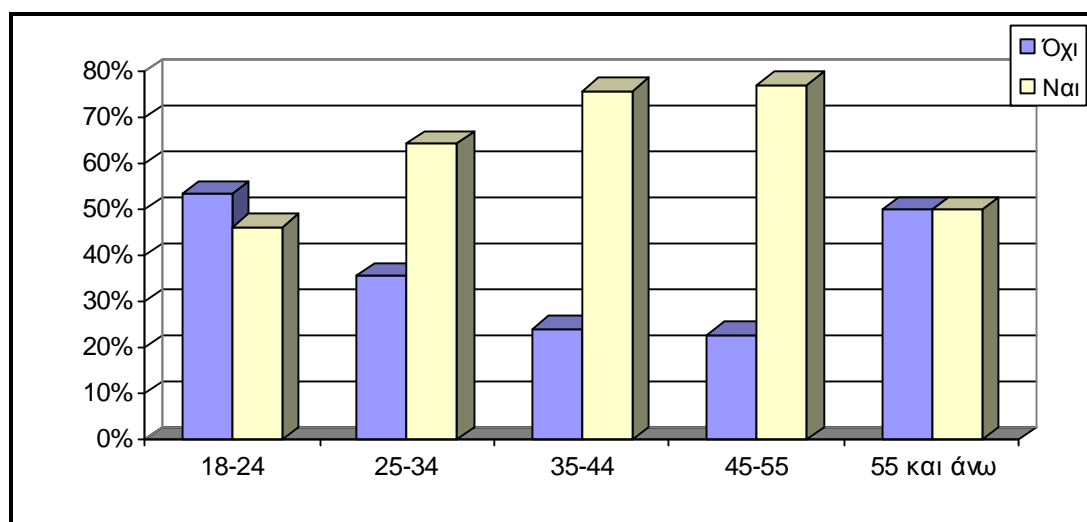


Σε υψηλότερα ποσοστά οι ερωτηθέντες των «μεγάλων» ηλικιακών κατηγοριών, φτάνοντας και σε ποσοστό 100,0% για την ηλικιακή κατηγορία των 55 ετών και άνω, δηλώνουν ότι έχει τύχη να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας έναντι των μικρότερων ηλικιακών κατηγοριών όπου τα ποσοστά φθίνουν φτάνοντας και σε ποσοστό 57,1% για την ηλικιακή κατηγορία των 18-24 ετών (Πίνακας 40, Σχήμα 37). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 9,399, df = 4, p < 0,05$).

Πίνακας 41: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης.

		Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης;			
		Όχι	Ναι		
Ηλικία ερωτηθέντων	18-24	15	13	28	
		53,6%	46,4%	100,0%	
	25-34	36	65	101	
		35,6%	64,4%	100,0%	
	35-44	34	107	141	
		24,1%	75,9%	100,0%	
	45-55	13	44	57	
		22,8%	77,2%	100,0%	
	55 και άνω	3	3	6	
		50,0%	50,0%	100,0%	
			101	232	333
	$\chi^2 = 13,711, df = 4, p < 0,01$				

Σχήμα 38: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης.

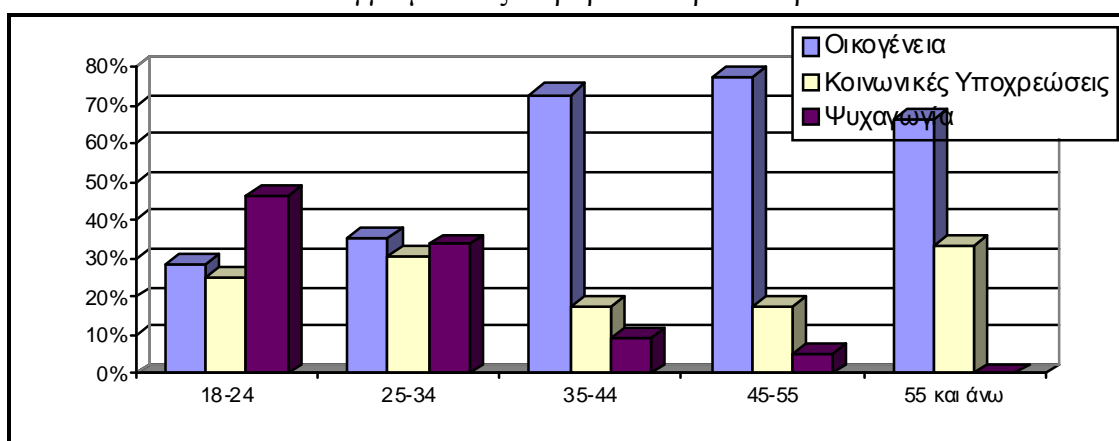


Σε υψηλότερα ποσοστά άνω του 75% οι ερωτηθέντες των ηλικιακών κατηγοριών των 35-55 ετών δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης έναντι των υπολοίπων ηλικιακών κατηγοριών όπου τα ποσοστά φθίνουν φτάνοντας και σε ποσοστό 46,4% για την ηλικιακή κατηγορία των 18-24 ετών (Πίνακας 41, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 13,711, df = 4, p < 0,01$).

Πίνακας 42: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και σε ποιόν τομέα το νοσηλευτικό επάγγελμα τους επιβαρύνει περισσότερο.

		Σε ποιόν τομέα το νοσηλευτικό επάγγελμα σας επιβαρύνει περισσότερο;				
		Οικογένεια	Κοινωνικές Υποχρεώσεις	Ψυχαγωγία		
Ηλικία ερωτηθέντων	18-24	8	7	13	28	
		28,6%	25,0%	46,4%	100,0%	
	25-34	36	31	34	101	
		35,6%	30,7%	33,7%	100,0%	
	35-44	103	25	13	141	
		73,0%	17,7%	9,2%	100,0%	
	45-55	44	10	3	57	
		77,2%	17,5%	5,3%	100,0%	
	55 και άνω	4	2	0	6	
		66,7%	33,3%	0,0%	100,0%	
			195	75	63	333
	$\chi^2 = 63,877, df = 8, p < 0,0001$					

Σχήμα 39: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και σε ποιόν τομέα το νοσηλευτικό επάγγελμα τους επιβαρύνει περισσότερο.

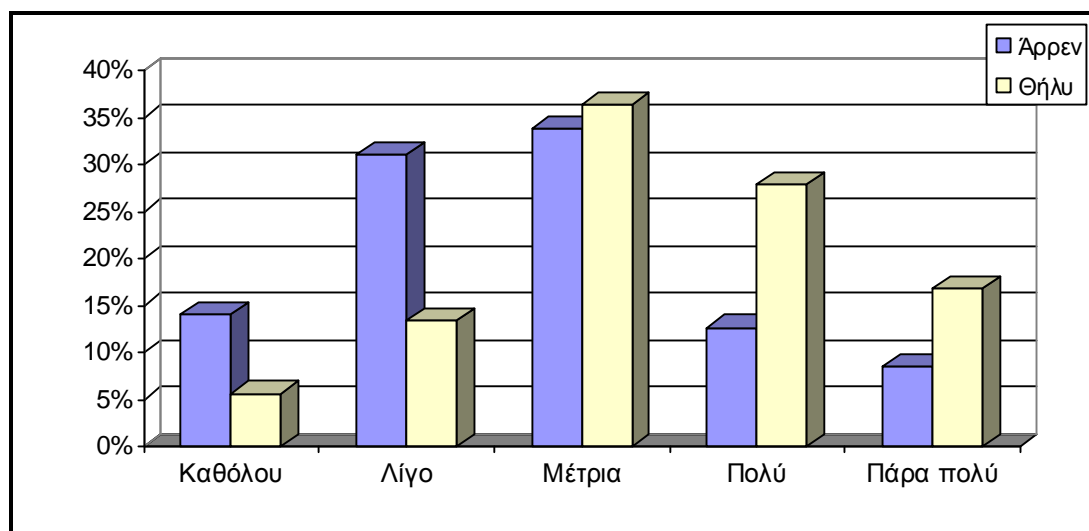


Σε υψηλότερα ποσοστά άνω του 66% οι ερωτηθέντες των «μεγάλων» ηλικιακών κατηγοριών δηλώνουν ότι είναι η οικογένεια ο τομέας που το νοσηλευτικό επάγγελμα τους επιβαρύνει περισσότερο έναντι των μικρότερων ηλικιακών κατηγοριών όπου ο τομέας που επιβαρύνεται περισσότερο είναι της ψυχαγωγίας (Πίνακας 42, Σχήμα 39). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 63,877, df = 8, p < 0,0001$).

Πίνακας 43: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και κατά πόσο επηρεάζονται συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Κατά πόσο επηρεάζεστε συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζετε;	Καθόλου	10	15	25
		14,1%	5,7%	7,5%
	Λίγο	22	35	57
		31,0%	13,4%	17,1%
	Μέτρια	24	95	119
		33,8%	36,3%	35,7%
	Πολύ	9	73	82
		12,7%	27,9%	24,6%
Πάρα πολύ	6	44	50	
	8,5%	16,8%	15,0%	
		71	262	333
$\chi^2 = 23,256, df = 4, p < 0,0001$				

Σχήμα 40: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και κατά πόσο επηρεάζονται συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν.

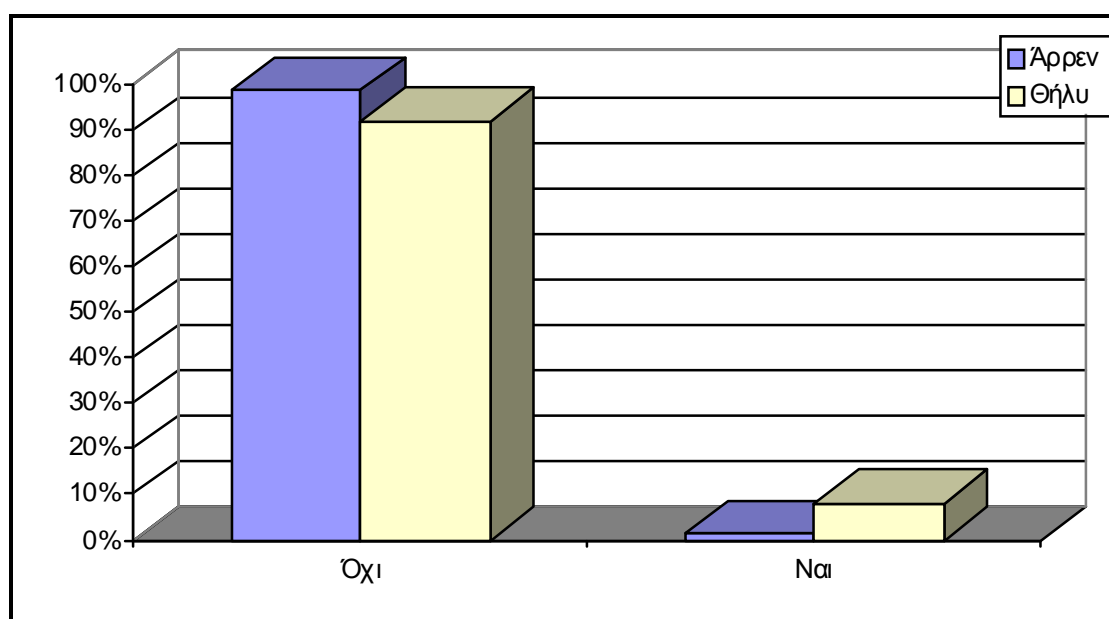


Σε υψηλότερα ποσοστά οι άνδρες ερωτηθέντες δηλώνουν ότι επηρεάζονται είτε «καθόλου» (14,1%) είτε «λίγο» (31,0%) συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν έναντι των γυναικών συναδέλφων τους που σε υψηλότερα ποσοστά δηλώνουν ότι επηρεάζονται συναισθηματικά είτε «πολύ» (27,2%) είτε «πάρα πολύ» (16,8%) (Πίνακας 43, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 23,256, df = 4, p < 0,0001$).

Πίνακας 44: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο) κακοποίηση.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχετε δεχτεί σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο) κακοποίηση;	Όχι	70	241	311
		98,6%	92,0%	93,4%
	Ναι	1	21	22
		1,4%	8,0%	6,6%
		71	262	333
$\chi^2 = 3,952, df = 1, p < 0,05$				

Σχήμα 41: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο) κακοποίηση.

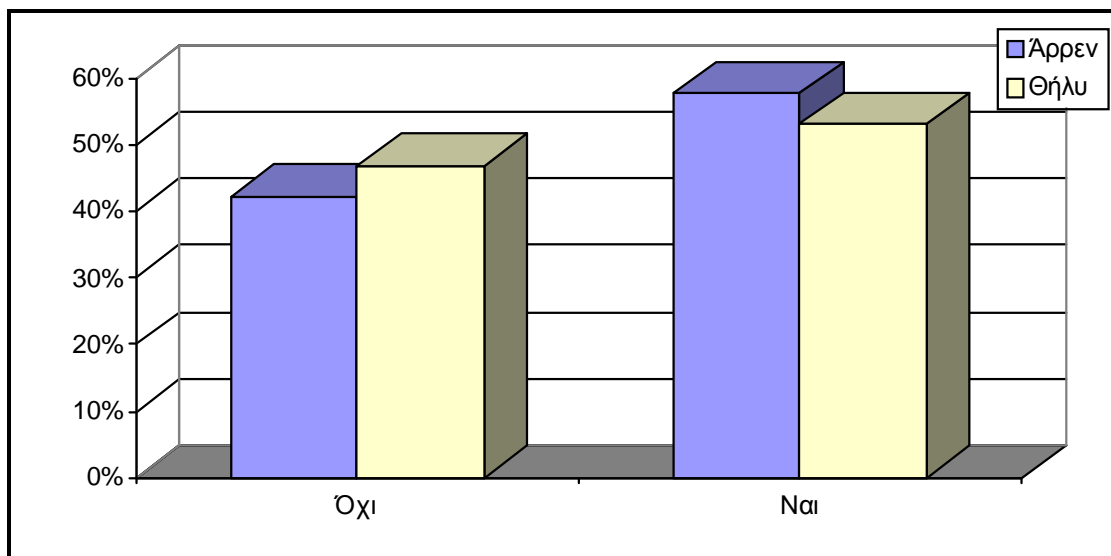


Σε υψηλότερο ποσοστό (21 άτομα – ποσοστό 8,0%) οι γυναίκες ερωτηθείσες δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο) κακοποίηση έναντι των ανδρών που το δηλώνουν σε ποσοστό μόλις 1,4% (1 άτομο) (Πίνακας 44, Σχήμα 41). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 3,952, df = 1, p < 0,05$).

Πίνακας 45: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί λεκτική (π.χ. εξύβριση) κακοποίηση.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχετε δεχτεί λεκτική (π.χ. εξύβριση) κακοποίηση;	Όχι	30	123	153
		42,3%	46,9%	45,9%
	Ναι	41	139	180
		57,7%	53,1%	54,1%
		71	262	333
$\chi^2 = 0,495, df = 1, NS$				

Σχήμα 42: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί λεκτική (π.χ. εξύβριση) κακοποίηση.

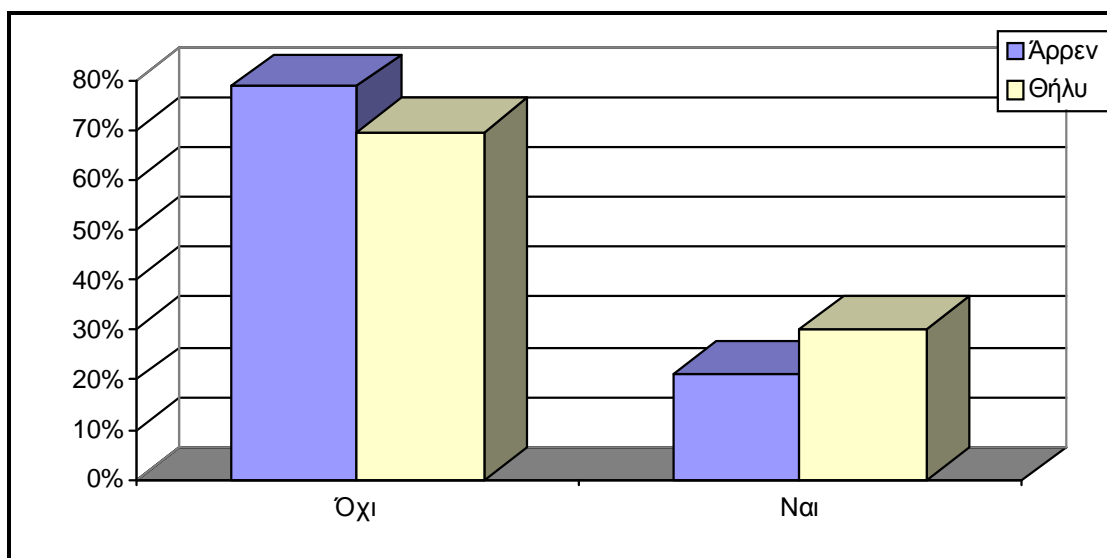


Σε εξίσου υψηλά ποσοστά τόσο οι γυναίκες ερωτηθείσες (139 άτομα – ποσοστό 53,1%) όσο και οι άνδρες (41 άτομα – ποσοστό 57,7%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί λεκτική (π.χ. εξύβριση) κακοποίηση (Πίνακας 45, Σχήμα 42). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,495, df = 1, NS$).

Πίνακας 46: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους) κακοποίηση.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχετε δεχτεί ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους) κακοποίηση;	Όχι	56	183	239
		78,9%	69,8%	71,8%
	Ναι	15	79	94
		21,1%	30,2%	28,2%
		71	262	333
$\chi^2 = 2,246, df = 1, NS$				

Σχήμα 43: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους) κακοποίηση.

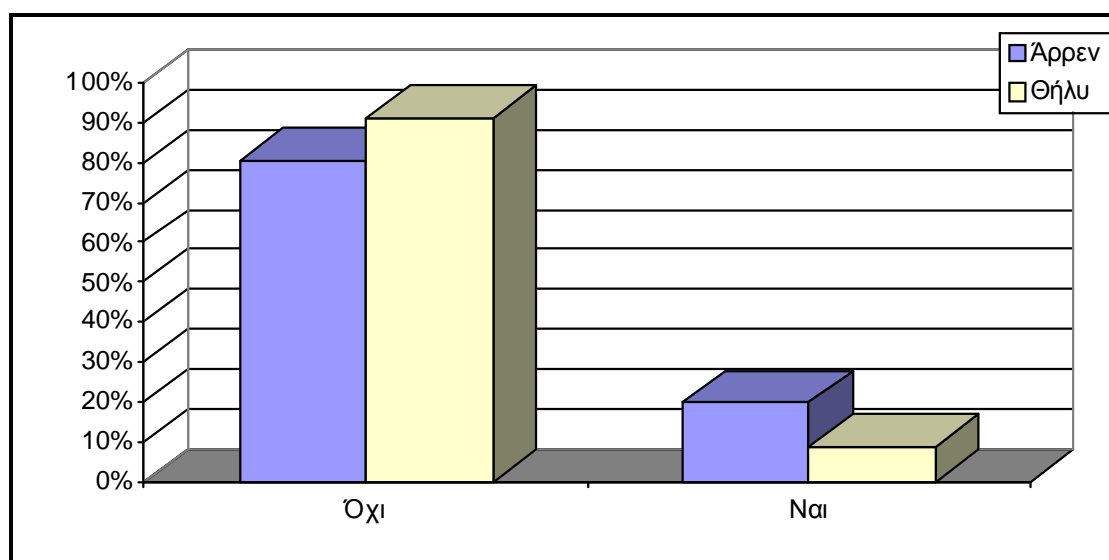


Με παρόμοια ποσοστά τόσο οι γυναίκες ερωτηθείσες (79 άτομα – ποσοστό 30,2%) όσο και οι άνδρες (15 άτομα – ποσοστό 21,1%) δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους) κακοποίηση (Πίνακας 46, Σχήμα 43). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,246, df = 1, NS$).

Πίνακας 47: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός) κακοποίηση.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Έχετε δεχτεί σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός) κακοποίηση;	Όχι	57	239	296
		80,3%	91,2%	88,9%
	Ναι	14	23	37
		19,7%	8,8%	11,1%
		71	262	333
$\chi^2 = 6,769, df = 1, p < 0,01$				

Σχήμα 44: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν έχουν δεχτεί σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός) κακοποίηση.

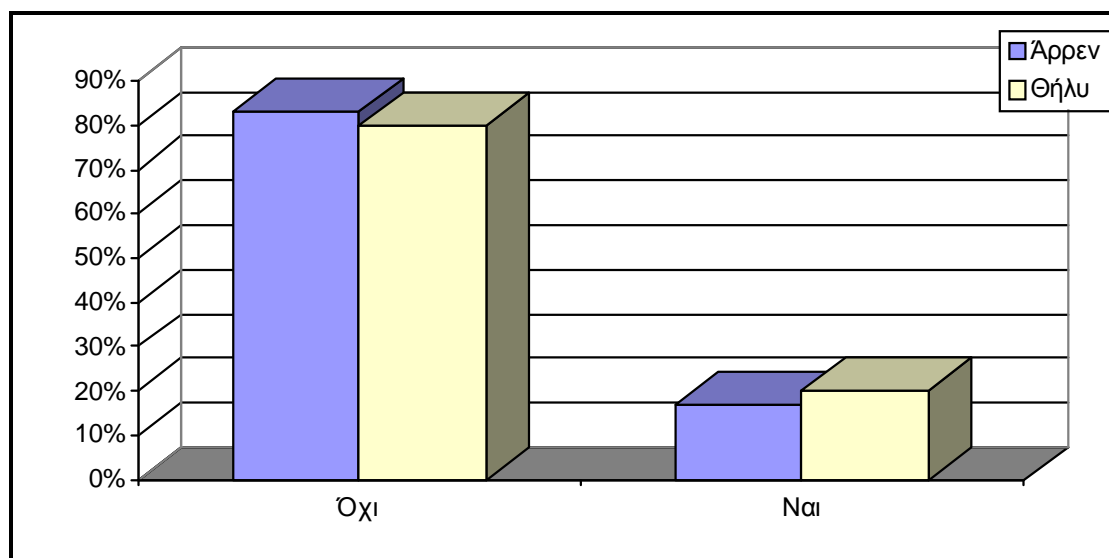


Σε υψηλότερο ποσοστό (14 άτομα – ποσοστό 19,7%) οι άνδρες ερωτηθέντες δηλώνουν ότι έχουν δεχτεί σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός) κακοποίηση έναντι των γυναικών που το δηλώνουν σε ποσοστό 8,8% (23 άτομα) (Πίνακας 47, Σχήμα 44). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 6,769, df = 1, p < 0,01$).

Πίνακας 48: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν δεν έχουν δεχτεί κανενός είδους κακοποίηση.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Δεν έχετε δεχτεί κανενός είδους κακοποίηση;	Όχι	59	209	268
		83,1%	79,8%	80,5%
	Ναι	12	53	65
		16,9%	20,2%	19,5%
		71	262	333
$\chi^2 = 0,394, df = 1, NS$				

Σχήμα 45: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν δεν έχουν δεχτεί κανενός είδους κακοποίηση.

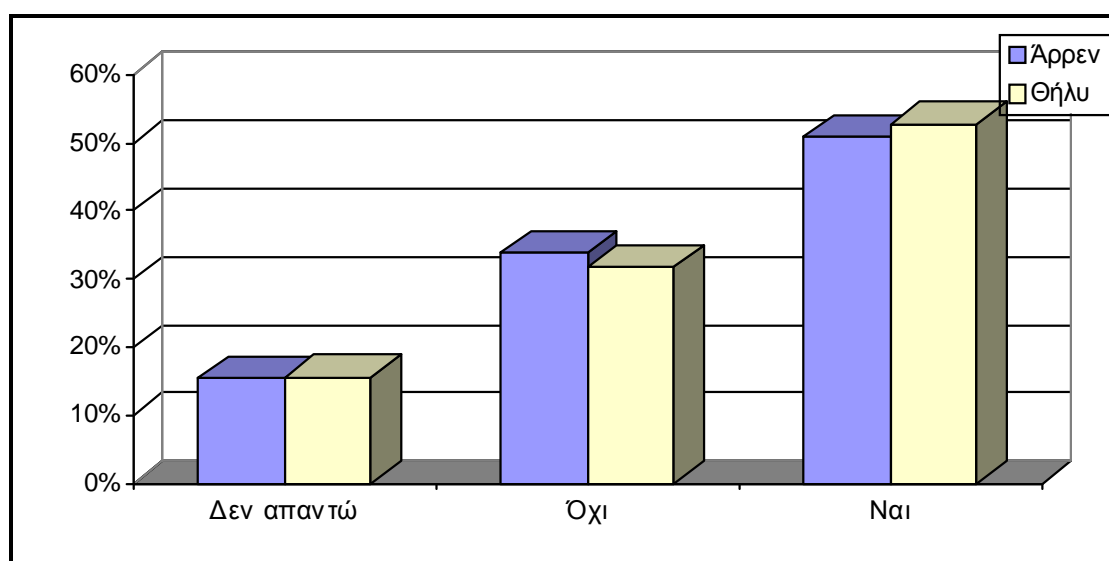


Με παρόμοια (χαμηλά) ποσοστά τόσο οι γυναίκες ερωτηθείσες (53 άτομα – ποσοστό 20,2%) όσο και οι άνδρες (12 άτομα – ποσοστό 16,9%) δηλώνουν ότι δεν έχουν δεχτεί κανενός είδους κακοποίηση (Πίνακας 48, Σχήμα 45). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,394, df = 1, NS$).

Πίνακας 49: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Εάν σας δινόταν δεύτερη ευκαιρία, θα αλλάζατε επάγγελμα;	Δεν απαντώ	11	41	52
		15,5%	15,6%	15,6%
	Όχι	24	83	107
		33,8%	31,7%	32,1%
	Ναι	36	138	174
		50,7%	52,7%	52,3%
		71	262	333
$\chi^2 = 0,121, df = 1, NS$				

Σχήμα 46: Συσχέτιση του φύλου των ερωτηθέντων και εάν θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.

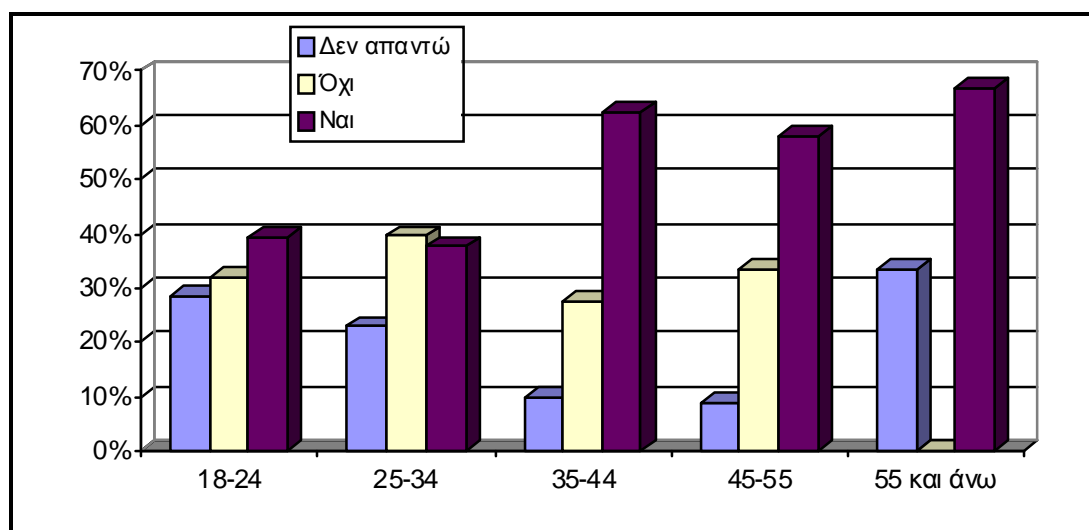


Με παρόμοια ποσοστά τόσο οι γυναίκες ερωτηθείσες (138 άτομα – ποσοστό 52,7%) όσο και οι άνδρες (36 άτομα – ποσοστό 50,7%) δηλώνουν ότι θα άλλαζαν ή δεν θα άλλαζαν επάγγελμα (31,7% και 33,8% αντίστοιχα) εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία (Πίνακας 49, Σχήμα 46). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,121, df = 1, NS$).

Πίνακας 50: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.

		Εάν σας δινόταν δεύτερη ευκαιρία, θα αλλάζατε επάγγελμα;			
		<i>Δεν απαντώ</i>	<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	
Ηλικία ερωτηθέντων	18-24	8	9	11	28
		28,6%	32,1%	39,3%	100,0%
	25-34	23	40	38	101
		22,8%	39,6%	37,6%	100,0%
	35-44	14	39	88	141
		9,9%	27,7%	62,4%	100,0%
45-55	5	19	33	57	
	8,8%	33,3%	57,9%	100,0%	
55 και άνω	2	0	4	6	
	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%	
		52	107	174	333
$\chi^2 = 25,152, df = 8, p < 0,001$					

Σχήμα 47: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.

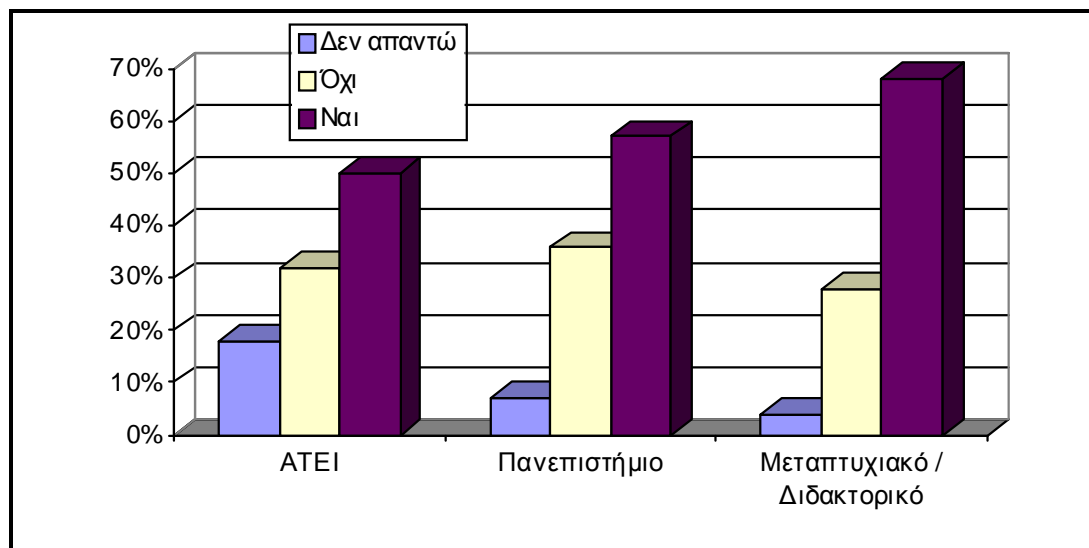


Σε υψηλότερα ποσοστά άνω του 57,9% οι ερωτηθέντες των «μεγάλων» ηλικιακών κατηγοριών δηλώνουν ότι θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία έναντι των μικρότερων ηλικιακών κατηγοριών που δηλώνουν ότι θα άλλαζαν επάγγελμα σε ποσοστά μικρότερα του 39,3% (Πίνακας 50, Σχήμα 47). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 25,152, df = 8, p < 0,001$).

Πίνακας 51: Συσχέτιση των σπουδών των ερωτηθέντων και εάν θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.

		Εάν σας δινόταν δεύτερη ευκαιρία, θα αλλάζατε επάγγελμα;			
		Δεν απαντώ	Όχι	Ναι	
Επίπεδο σπουδών	ΑΤΕΙ	48	85	133	266
		18,0%	32,0%	50,0%	100,0%
	Πανεπιστήμιο	3	15	24	42
		7,1%	35,7%	57,1%	100,0%
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	1	7	17	25
		4,0%	28,0%	68,0%	100,0%
		52	107	174	333
$\chi^2 = 7,036, df = 4, NS$					

Σχήμα 48: Συσχέτιση των σπουδών των ερωτηθέντων και εάν θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία.



Με παρόμοια ποσοστά οι ερωτηθέντες ανεξάρτητα επιπέδου σπουδών δηλώνουν ότι θα άλλαζαν εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία με την εξαίρεση των κατόχων μεταπτυχιακού / διδακτορικού που θα άλλαζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό (68,0%) (Πίνακας 51, Σχήμα 48). Παρόλα αυτά, οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,036, df = 4, NS$).

Συζήτηση

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν η διερεύνηση των συνθηκών εργασίας των νοσηλευτών κατά την εξάσκηση του επαγγέλματος τους. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, ήταν δομημένο με τέτοιο τρόπο, ώστε να αναδειχθούν τα σημαντικότερα προβλήματα, στα οποία είναι εκτεθειμένοι οι νοσηλευτές.

Μετά τη συλλογή των αποτελεσμάτων, παρατηρήθηκαν τα παρακάτω. Αρχικά, το γεγονός ότι δεν υπάρχει καθιερωμένο καθηκοντολόγιο που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών με τους βοηθούς νοσηλευτών, εντείνει τη σύγχυση στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς με απάντηση που έδωσε το 63%. Ωστόσο παρατηρείται αξιοκρατικός διαχωρισμός μεταξύ των νοσηλευτών από την προϊσταμένη με ποσοστό που ανέρχεται στο 43,5%. Η μειωμένη και ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται ως μία από της μέγιστες απειλές για την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία (73,9%). Το ποσοστό 23,1% συμφωνεί με το ότι η υποστελέχωση αυξάνει τον όγκο της εργασίας για κάθε νοσηλευτή με αποτέλεσμα να εμποδίζει την παροχή της προγραμματισμένης φροντίδας, και να μεγιστοποιεί τις πιθανότητες φαρμακευτικών λαθών και την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας οι νοσηλευτές παρόλη την έλλειψη προσωπικού, δεν έχει χρειαστεί ακόμα να εκτελέσουν κάποια βάρδια μόνοι τους με ποσοστό που αγγίζει το 64%, ενώ σύμφωνα με το 43,2% των ερωτηθέντων, η πιο κουραστική βάρδια θεωρείται ότι είναι η νυχτερινή.

Το 45,7% υποστηρίζει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μυοσκελετικών προβλημάτων στους νοσηλευτές εξαιτίας του φόρτου εργασίας με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισή τους στην οσφυϊκή μοίρα. Η κύρια αιτία αυτής, είναι η χειρωνακτική μετακίνηση των ασθενών. Το 48,6% αναφέρει ότι σημαντικό πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές είναι και ο λανθασμένος καταμερισμός των αναλώσιμων υλικών στα διάφορα τμήματα ενός νοσοκομείου. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην γίνεται σωστή κατανομή του υλικού στα τμήματα ανάλογα δηλαδή με τις ανάγκες τους, με αποτέλεσμα, κάποια τμήματα να στερούνται αναγκαίο υλικό και σε άλλα να γίνεται αλόγιστη χρήση. Το 76,6% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι δεν υπάρχει ενημέρωση όσον αφορά τις νέες τεχνολογίες και των χειρισμό τους, με αποτέλεσμα η φροντίδα υγείας να καθυστερεί και να μην ακολουθεί τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας των τελευταίων χρόνων.

Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία δεν έχουν ενημερωθεί για τους κινδύνους που προέρχονται από το περιβάλλον της εργασίας τους όπως διαπιστώθηκε από το ποσοστό των ερωτηθέντων που ανέρχεται στο 55,0%, οι οποίοι αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμία ενημέρωση για τα μέτρα προφύλαξης. Το 77,5% έκανε αναφορά για τρύπημα από αιχμηρό αντικείμενο γεγονός που μας αποδεικνύει για μία ακόμη φορά την επικινδυνότητα του επαγγέλματος όσον αφορά τη διαταραχή της υγείας τους με τη μετάδοση νοσημάτων που είναι δυνατόν να στοιχίσουν και την ίδια τους τη ζωή. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στην ερώτηση αν έχει τύχει να «τρυπηθούν» με κάποιο αιχμηρό αντικείμενο σε σχέση με την ηλικία ($\chi^2 = 9,399$, $df = 4$, $p < 0,05$), καθώς βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες των «μεγάλων» ηλικιακών κατηγοριών, φτάνοντας και σε ποσοστό 100,0% για την ηλικιακή κατηγορία των 55 ετών και άνω, έχει τύχη να “τρυπηθούν” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας έναντι των μικρότερων ηλικιακών κατηγοριών όπου τα ποσοστά φθίνουν φτάνοντας και σε ποσοστό 57,1% για την ηλικιακή κατηγορία των 18-24 ετών (Πίνακας 40, Σχήμα 37).

Το ωράριο εργασίας (νυχτερινή βάρδια), τα ελλιπή μέτρα ασφαλείας, ο μεγάλος χρόνος επαφής με ασθενείς καθώς και η ανεξέλεγκτη είσοδος των συνοδών στα νοσοκομεία, φαίνεται να θέτουν το νοσηλευτικό προσωπικό σε μεγαλύτερο κίνδυνο βίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, οι δύο πιο συχνές μορφές βίας που αντιμετωπίζει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η λεκτική βία με ποσοστό 54,1%, και η ψυχολογική με ποσοστό 28,2%, ενώ, οι πιο συχνές πηγές βίας είναι οι συνοδοί με 42,9%, οι ασθενείς με ποσοστό 32,8%, και ακολουθεί με ελάχιστη διαφορά το ιατρικό προσωπικό με ποσοστό 32,1%.

Το νοσηλευτικό προσωπικό λόγω της φύσεως του επαγγέλματος πολλές φορές έρχεται αντιμέτωπο με το θάνατο ασθενών. Το γεγονός αυτό τους επηρεάζει συναισθηματικά σε ποσοστό 39,6%, καθώς είναι οι μόνοι που παρευρίσκονται κοντά τους για να τους βοηθήσουν 24 ώρες το εικοσιτετράωρο. Σε υψηλότερα ποσοστά οι άνδρες ερωτηθέντες δηλώνουν ότι επηρεάζονται είτε «καθόλου» (14,1%) είτε «λίγο» (31,0%) συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζουν έναντι των γυναικών συναδέλφων τους που σε υψηλότερα ποσοστά δηλώνουν ότι επηρεάζονται συναισθηματικά «πολύ» σε ποσοστό 27,2%, «πάρα πολύ» σε ποσοστό 16,8% (Πίνακας 43, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται στη συσχέτιση αυτή με το φύλλο είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 23,256$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Η συνεχή παρακολούθηση και επαφή που έχει ο νοσηλευτής με τον ασθενή είναι και ο βασικότερος λόγος για τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει άποψη για την φροντίδα του ασθενούς και να λαμβάνεται υπόψη από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, πράγμα όμως που έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα μας, καθώς σε σχετική ερώτηση που ετέθη, το 51,1% μας απάντησε ότι υπάρχει αδιαφορία εκ μέρους του ιατρικού προσωπικού για τη γνώμη των νοσηλευτών. Στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και από την ερώτηση εάν θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών ($r = 0,129$, $df = 333$, $p < 0,05$) όπου και διακρίνεται ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο αυτοί περισσότερο θεωρούν ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών (Πίνακας 38).

Η ενημέρωση για τους τρόπους επαγγελματικής εξέλιξης, σύμφωνα με το 34,5% των ερωτηθέντων είναι ανύπαρκτη. Το νοσηλευτικό προσωπικό ωστόσο, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα επιθυμεί σε ποσοστό 77,8% να εξελιχθεί επαγγελματικά πάνω στην επιστήμη της Νοσηλευτικής που επέλεξαν. Η ηλικία φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την επαγγελματική εξέλιξη καθώς σε ποσοστά υψηλότερα του 90% οι ερωτηθέντες των «μικρών» ηλικιακών κατηγοριών δηλώνουν ότι θα ήθελαν να εξελιχθούν επαγγελματικά έναντι των μεγαλύτερων ηλικιακών κατηγοριών όπου τα ποσοστά ακολουθούν τη φθίνουσα πορεία για την ηλικιακή κατηγορία των 55 ετών και άνω σε ποσοστό 33,3% (Πίνακας 39, Σχήμα 36). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 27,779$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Είναι γνωστό ότι στη χώρα μας η νοσηλευτική δεν χαίρει κοινωνικής καταξίωσης, όμως από την έρευνά μας απορρέει το γεγονός ότι η νοσηλευτική είναι ισάξια με τα άλλα επαγγέλματα υγείας σύμφωνα με το 53,2 % των ερωτηθέντων, και δεν νιώθουν υποτιμημένοι σε ποσοστό 57,7%. Η νοσηλευτική πέρα από επιστήμη είναι ταυτόχρονα λειτούργημα και επάγγελμα και τα βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει ο κάθε νοσηλευτής για να ανταπεξέλθει σε αυτό το δύσκολο και ψυχοφθόρο επάγγελμα είναι πρωτίστως η υπομονή με ποσοστό 80,5%, έπειτα είναι η ανθρωπιά με ποσοστό 55,9% και τέλος είναι η θέληση με ποσοστό 49,5%.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 151 άτομα το 2005, βρέθηκε ότι το 54,1% του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν πρόθυμο να αλλάξει το επάγγελμά του⁹⁶. Στην έρευνα μας διαπιστώνουμε ότι υπάρχει ακόμα η τάση αυτή με ποσοστό 52,3%, και πιο συγκεκριμένα σε συσχέτιση που έγινε με την ηλικία βρέθηκε ότι οι ερωτηθέντες των «μεγάλων» ηλικιακών

κατηγοριών δήλωσαν ότι θα άλλαζαν επάγγελμα εάν τους δινόταν δεύτερη ευκαιρία σε ποσοστά άνω του 57,9% έναντι των μικρότερων ηλικιακών κατηγοριών που δήλωσαν ότι θα άλλαζαν επάγγελμα σε ποσοστά μικρότερα του 39,3% (Πίνακας 50, Σχήμα 47). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 25,152$, $df = 8$, $p < 0,001$).

Από τα αποτελέσματά μας προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες θεωρούν ως βασικές προϋποθέσεις για την παραμονή τους στο επάγγελμα α) την ικανοποιητική αύξηση του μισθού τους σε ποσοστό 51,4%, β) την αύξηση προσέλευσης νοσηλευτικού προσωπικού σε ποσοστό 30%, γ) την αλλαγή γενικότερα του τρόπου διοίκησης σε ποσοστό 24,3% και δ) την αλλαγή συμπεριφοράς της προϊσταμένης σε ποσοστό 20,1%

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν τα προβλήματα και τους κινδύνους που έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές καθημερινά στην εργασία τους.

- Η απαρχή των δυσκολιών των νοσηλευτών είναι η ελλιπής στελέχωση των νοσοκομείων, καθώς καθιστά τους νοσηλευτές «σκλάβους» του συστήματος με αποτέλεσμα να δουλεύουν κάτω από αντίξοες συνθήκες, με αυξημένο τον κίνδυνο τραυματισμού αλλά και πραγματοποίησης κάποιου λάθους εις βάρος των ασθενών.
- Η απουσία καθηκοντολογίου που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών, επιβαρύνει την όλη κατάσταση.
- Η συχνότητα εμφάνισης των μυοσκελετικών παθήσεων και ιδιαίτερα της οσφυαλγίας αυξάνεται με ανησυχητικό ρυθμό στους νοσηλευτές.
- Το κυκλικό ωράριο διαταράσσει την οικογενειακή ευημερία, περιορίζει την επιθυμία για ψυχαγωγία και κοινωνικές υποχρεώσεις.
- Ανεπαρκής ενημέρωση σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης που θα πρέπει να παίρνουν οι νοσηλευτές εν ώρα εργασίας για την διασφάλιση της υγείας τους.
- Δεν υπάρχει καμία ενημέρωση για το καινούργιο υγειονομικό υλικό και τον τρόπο διαχείρισης του παρ' όλο που η τεχνολογία εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς στον τομέα της υγείας.
- Μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων επιθυμεί να εξελιχθεί επαγγελματικά, αλλά δεν υπάρχει η σχετική ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς.
- Η πλειοψηφία θα επιθυμούσε να εγκαταλείψει το επάγγελμα της νοσηλευτικής με την πρώτη δυνατή ευκαιρία. Ως μια προϋπόθεση παραμονής τους στο επάγγελμα αναφέρουν την αύξηση της μισθολογικής τους αμοιβής, την αύξηση του αριθμού νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού και την αλλαγή του τρόπου διοίκησης.

Προτάσεις

- Επείγουσα ανάγκη διορισμού προσωπικού και σωστός καταμερισμός στα τμήματα του νοσοκομείου.
- Καθιέρωση καθηκοντολογίου που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες όλων των βαθμίδων που απαρτίζουν το σώμα της νοσηλευτικής.
- Βελτίωση συνεργασίας μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- Περισσότερες ευκαιρίες για μετεκπαίδευση και κίνητρα για δια βίου μάθηση.
- Ευαισθητοποίηση της διοίκησης για ευκολότερη χορήγηση εκπαιδευτικών αδειών.
- Δημιουργία ηλεκτρονικής κοινότητας μάθησης για την αναβάθμιση του τρόπου μάθησης μέσω διαδικτύου με μεγαλύτερη ταχύτητα και εγκυρότητα
- Υγειονομική εκπαίδευση, προγράμματα πληροφόρησης και επιμόρφωσης για τους εργαζομένους.
- Εκσυγχρονισμός των εργαλείων για την ασφαλέστερη χρήση τους, και σχετική εκπαίδευση του προσωπικού.
- Χρήση κατάλληλων προστατευτικών μέσων κατά τη διάρκεια νοσηλευτικών πράξεων επικίνδυνων για τη μετάδοση λοιμώξεων.
- Δημιουργία προγράμματος εμβολιασμού των εργαζομένων και ενημέρωσή τους για τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.
- Ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για τις τεχνικές κατάλληλου χειρισμού ασθενών, με σκοπό την πρόληψη των μυοσκελετικών
- Δημιουργία ομάδων ψυχολόγων σε τμήματα με αυξημένους θανάτους για ψυχολογική υποστήριξη του προσωπικού.
- Τοποθέτηση καμερών κλειστού κυκλώματος για τον έλεγχο των ατόμων που εισέρχονται στο νοσοκομείο.

- *Αύξηση του προσωπικού ασφαλείας για την αποφυγή τυχόν βίαιων ενεργειών.*
- *Περιορισμός του επισκεπτηρίου και έλεγχος αυτού.*
- *Είναι απαραίτητο το προσωπικό να μάθει να χειρίζεται αποτελεσματικά προειδοποιητικά σημεία οργής και πως να κατευνάζει την κατάσταση.*
- *Επαρκής φωτισμός κατά τη διάρκεια προετοιμασίας της νοσηλείας.*
- *Γνώσεις και κυρίως μαθηματικές για την φαρμακολογική δράση.*
- *Μεγαλύτερη προσοχή των φορέων για συμπτώματα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε κάθε διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό υπεύθυνο των τμημάτων.*

Περίληψη

Οι Νοσηλευτές αποτελούν για το Εθνικό Σύστημα Υγείας τη βάση για την παροχή ολιστικής φροντίδας των ασθενών. Παρόλο λοιπόν που είναι κοινώς αποδεκτό πως η παρουσία των νοσηλευτών είναι ζωτικής σημασίας οι συνθήκες εργασίας τους είναι αντίξοες.

Σκοπός: Ο βασικός σκοπός της έρευνας αυτής, είναι η διερεύνηση των παραγόντων που απομακρύνουν τους νοσηλευτές από το νοσηλευτικό επάγγελμα. με κίνδυνο της σωματικής αλλά και ψυχικής του ακεραιότητας.

Υλικό και Μέθοδος: Ο πληθυσμός της έρευνας είναι οι Νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ) και το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν 333 εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της Αθήνας, της Πάτρας, της Τριπόλεως, και των Ιωαννίνων μέσα στη χρονική περίοδο Οκτωβρίου 2010 με Φεβρουάριο 2011. Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και αποτελείτο από 53 ερωτήσεις, η συμπλήρωση του έγινε μετά από συνέντευξη σε τυχαίους νοσηλευτές των νοσοκομείων αυτών. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων ήταν το χ^2 test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) και η κωδικοποίηση των δεδομένων έγινε μέσω του προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα: Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σύμφωνα με την έρευνα μας είναι η μη ύπαρξη καθηκοντολογίου που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες των νοσηλευτών σε ποσοστό 77,2%. Η έλλειψη νοσηλευτών στην υγειονομική περίθαλψη σε ποσοστό 89,2%. Η αναφορά για ατυχήματα με αιχμηρά αντικείμενα με ποσοστό 77,5% ήταν αυξημένη στην ηλικιακή ομάδα των 55 ετών και άνω ($p < 0,05$). Το 47,7% των ερωτηθέντων αντιμετώπιζαν κάποιας μορφής μυοσκελετικού προβλήματος. Η αδιαφορία του ιατρικού προσωπικού για τις απόψεις των νοσηλευτών όσον αφορά την φροντίδα των ασθενών ($p < 0,05$). Το 66,7% των νοσηλευτών επιθυμεί να αλλάξει το επάγγελμα ($p < 0,001$) ενώ η βασικότερη προϋπόθεση για την παραμονή τους στην εργασία είναι η ικανοποιητική αύξηση του μισθού με ποσοστό 51,4%.

Συμπέρασμα: Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ότι όντως οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σοβαρότατα προβλήματα κατά την εξάσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος με άμεσο αντίκτυπο στην σωματική και ψυχολογική τους υγεία, σε σημείο που να επιθυμούν να αλλάξουν επάγγελμα.

Summary

Nurses are on the National Health System as the basis for the provision of holistic patient care. Even so commonly accepted that the presence of nurses is vital that their working conditions are harsh.

Purpose: *The aim of this research is to investigate the factors that remove nurses from the nursing profession. the risk of physical and mental integrity.*

Material and Methods: *The population of this research is the Nurses (IP TE) and the sample used was 333 employees in hospitals of Athens, Patra, Tripoli, and Ioannina during the period between October 2010 and February 2011. The wording of the questionnaire was based on the literature and consisted of 53 questions to complete the interview took place after a random nurses in its hospitals. The method used for processing the results was the χ^2 test (Chi-square test with or without the correction factor in Yates) and the coding of data was the middle of the program SPSS.*

Results: *The main problems faced by nurses according to our research is the lack of separation in the duties of nurses at a rate of 77.2%. The lack of nurses in health care at a rate of 89.2%. The report on accidents with sharp objects with a 77.5% increase was in the age group 55 years and older ($p < 0,05$). 47.7% of respondents experienced some form of musculoskeletal problem. The indifference of the medical staff's views of nurses on patient care ($p < 0,05$). 66.7% of nurses wishing to change the profession ($p < 0,001$) while the most important condition for staying at work is good pay rise at the rate of 51.4%.*

Conclusion: *The results of our research actually showed that nurses face serious problems in the practice of the nursing profession with a direct impact on physical and psychological health, to the point of wanting to change their profession.*

Βιβλιογραφία

- 1 Κοτσίλα Μ. Η ραχοκοκαλιά του ΕΣΥ νοσεί, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13^ο, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ.44-45
- 2 Σαββοπούλου Γ. Γ. Βασική νοσηλευτική μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, Επίτομος, Έκδοση 5^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2006, σ.18, 20-21
- 3 Ρηγάτος Α Γ. Ιστορία της νοσηλευτικής, Επίτομος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ. 10, 58
- 4 De Raeve P. Ισότητα, ποιότητα και ασφάλεια στη φροντίδα υγείας, Μετάφραση Ευαγγέλου Μ, 14^ο Παγκύπριο Συνέδριο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής, Λευκωσίας 2007
- 5 Κυμήνα Μ. Κ. και Τσαλαπατάνη Σ, Αποκλειστική νοσηλευτική φροντίδα στα νοσοκομεία του Ηρακλείου, Πτυχιακή εργασία, (Εισηγητής: Χατζάκης Κ), Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο 2006, σ. 4, 21- 27
- 6 Watson R. Η κληρονομιά της Florence Nightingale, Νοσηλευτική, Τόμος 49, Τεύχος 2, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2010, σ. 109-110
- 7 Χριστοπούλου Ι. Επαγγελματικός προσανατολισμός, το επάγγελμα της νοσηλευτικής, Ανώτατη Συνομοσπονδία Πολυτέκνων Ελλάδος, Τεύχος 9, Οκτώμβριος- Δεκέμβριος 2001, www.aspe.gr
- 8 Φώτης Θ, Κωτοπόδη Δ και Παούλα Ζ. Ηθικά διλήμματα στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας, 20 Ιανουαρίου 2007, www.medtime.gr
- 9 Βελονάκι Β. Σ και Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. Η ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτικής στην Ελλάδα, Νοσηλευτική, Τόμος 45, Τεύχος 4, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ.409-499
- 10 ΦΕΚ/Α/124, 1948, ΝΔ 683/48. Περί διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών
- 11 ΦΕΚ 143/Α/1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. Νόμος 1397/83
- 12 ΦΕΚ 111/197. Σύνταγμα της Ελλάδος 1975., άρθρο 21
- 13 ΦΕΚ 217Α/1985. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ. Νόμος 1579/85.
- 14 ΦΕΚ 203/Α/1986. Κύρωση της 149/1977 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας για την απασχόληση και τους όρους εργασίας και ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού. Νόμος 1672/86.
- 15 ΦΕΚ 123/Α/1992. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας. Νόμος 2071/92

- 16 ΦΕΚ 165/Α/1997. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις. Νόμος 2719/97.
- 17 ΦΕΚ 37/Α/2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ. Νόμος 2889/2001.
- 18 ΦΕΚ 216/Α/2001. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. ΠΔ 216/2001.
- 19 Μπουμπάρης Κ. Στρατηγικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα: ανασκόπηση και προοπτικές, Διπλωματική εργασία, Επίτομος, Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη 2009, <http://hdl.handle.net/2159/13522>
- 20 Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος, Σύντομη Ιστορία ΕΣΝΕ, www.esne.gr
- 21 Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, Δημιουργία Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου Νοσηλευτών www.ene.gr
- 22 Δάγλας Α. και Ορφανός Ν. Η σημερινή κατάσταση της νοσηλευτικής, 14 Οκτωβρίου 2010 www.synoesyevrou.blogspot.com
- 23 ICN Press Releases. Μισθοί, ζήτηση και ευκαιρίες για σταδιοδρομία οδηγούν τους νοσηλευτές παγκοσμίως στην μετανάστευση, 23 Αυγούστου 2010
- 24 Γεωργαλίδης Κ. Η ανάλυση του ΕΣΥ: αναγκαιότητα κοινωνική και πολιτική, <http://anoikthmathisi.gr>
- 25 Τούντας Γ. Συστήματα υγείας στην Ευρώπη, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 22, Τεύχος 1, Εκδόσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2005, σ. 8, 9, www.healthview.gr
- 26 Registered nurse (Πτυχιούχοι Νοσηλευτές). 23 Φεβρουαρίου 2011. https://en.wikipedia.org/wiki/registered_nurse
- 27 Tervo-Heikkinen T και Partanen P. Νοσηλευτική Επιστήμη και έρευνα στις σκανδιναβικές χώρες. 22 Μαρτίου 2008. www.bnet.com
- 28 American Society of Registered Nurses. Οι μετανάστες νοσηλευτές απειλή για της ΗΠΑ; Journal of Nursing. Δεκέμβριος 2007. www.ASRN.org
- 29 Πάντας Δ και Γκατζέλης Θ. Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή με τις διάφορες ειδικότητες του τομέα υγείας στο χώρο του νοσοκομείου, Πτυχιακή Εργασία, (Εισηγητής: Θεοφανίδης Δ), Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2007, σ. 53-57
- 30 ΦΕΚ ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 87 Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων. Τεύχος 1^ο, Αριθμός φύλλου 32, Αθήνα 27 Μαρτίου 1986 σ. 451-458
- 31 Μπραχαντίνη Π. Μετάταξη Σε Ανώτερη Κατηγορία, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 12, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009, σ. 17

- 32 Κοσκινας Π. Μετάταξη σε κλάδο ανώτερης κατηγορίας, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 8, Εκδόσεις Power Graphics,, Αμπελόκηποι Οκτώβριος Δεκέμβριος 2008, σ. 21
- 33 Δάγλας Α. Όλα τα κριτήρια για τις κρίσεις των νοσηλευτών, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 1, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Ιανουάριος Μάρτιος 2007. σ. 12
- 34 Παλητζήκας Δ. Μοριοδότηση λόγω κρίσεων προϊσταμένων, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 9, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009. σ. 15
- 35 Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος. Τι αλλάζει στις κρίσεις προϊσταμένων; Νοσηλευτικό Δελτίο, Τεύχος 137, Αθήνα Μάρτιος 2008, σ.13
- 36 Αθανασοπούλου Μ. Αναπλήρωση προϊσταμένου, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 8, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2008, σ. 12-13
- 37 Κοπανιτσάνου Π, Μπροκαλάκη Η. Μέθοδοι Στελέχωσης Νοσηλευτικών Τμημάτων, Νοσηλευτική, Τόμος 48, Τεύχος 1, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2009, σ. 50-57
- 38 Δάγλας Α. Ανάθεση Καθηκόντων Προϊσταμένου. Σημασία Στην Ουσία, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 7 Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2008,σ. 16-17
- 39 Τζίκας Ζ. Υποχρέωση εφαρμογής ιατρικών οδηγιών, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 12, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2009, σ. 14
- 40 Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας. Νοσηλευτικές Πράξεις, Απόφαση 3/47 η ολομέλεια/ 28-5/4.6.87, www.orthopaidikos.com
- 41 Καπάδοχος Θ. και Μειδάνη Μ. Προβλήματα Στην Κλινική Πράξη Νοσηλευτικό Δελτίο, Τεύχος 139, Μάιος 2008
- 42 Κορομπέλη Α, Κτενάς Ε και Κικεμένη Α. Κυκλικό ωράριο επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών, Νοσηλευτική, Τόμος 45, Τεύχος 1, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ.98-106
- 43 Λαβδανίτη Μ, Τσαλογλίδου Α και σία. Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8, Τεύχος 3 Αθήνα Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2009, www.vima-asklipiou.gr
- 44 Μαρβάκη Χ, Δημούλα Υ και σία. Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού, Νοσηλευτική, Τόμος 46, Τεύχος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ.406-413

- 45 Δάγλας Α. Οργάνωση του χρόνου εργασίας των νοσηλευτών- νομικές διατάξεις, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 9, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ.38-39
- 46 Φυσεκή Φ. Μάθετε για την υπερωριακή σας απασχόληση, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 28
- 47 Βενιζέλου Κ. Νυχτερινή εργασία, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 9, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 48-49
- 48 Υπουργείο Εσωτερικών Δημοσίας Διοίκησης Και Αποκέντρωσης, Δελτίο Τύπου, Διευκρινήσεις για τη χορήγηση αδειών στους δημοσίους υπαλλήλους βάσει του νέου Υπαλληλικού Κώδικα, (ΔΙΔΑΔ/Φ.35.14/916/4084/15-2-2007), Αθήνα 14 Μαΐου 2007
- 49 Ματζανάς Μ. Πότε χορηγείται η εκπαιδευτική άδεια; Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 23
- 50 Δάγλας Α. Προϋποθέσεις χορήγησης εκπαιδευτικής άδειας, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 6, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Απρίλιος-Ιούνιος 2008, σ. 26-27
- 51 Σαληκίδης Δ. Άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 4, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2007, σ. 53
- 52 Παράρας Α. Χορήγηση κανονικής άδειας, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 6, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Απρίλιος-Ιούνιος 2008, σ. 40-41
- 53 Κότσης Α. Άδεια άνευ αποδοχών, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 21
- 54 Χαρατζά Ι. Τι πρέπει να γνωρίζεται για την άδεια άνευ αποδοχών, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 3, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Ιούλιος-Σεπτέμβριος, σ. 36-37
- 55 Αθανασοπούλου Μ. Τι ξέρετε για την άδεια ανατροφής; Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 18
- 56 Δάγλας Α. Ένταξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος στα βαρέα και ανθυγιεινά, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 2, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Απρίλιος –Ιούνιος 2007, σ.44
- 57 Λέφα-Τσιρώνη Β. Οδηγός επαγγέλματος Νοσηλευτή, (Συντονισμός αξιολόγησης και έκδοσης: Κυριακόπουλος Θ) ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ Γραφείο Διασύνδεσης ΑΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2008, σ. 100, 101-106
- 58 Ζουρνατζή Σ. Εξέλιξη μισθολογικών κλιμάκων, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 9, Εκδόσεις Power Graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος, σ.14
- 59 Παλιτζήκας Δ. Μισθολογικές απολαβές υπαλλήλων Δ.Ε, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 7, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2008, σ. 21

- 60 Θεοφανίδης Δ, Φουντούκη Α. Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη, Νοσηλευτική, Τόμος 4^{ος}, Τεύχος 45^ο, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ. 476-482
- 61 Swansburg R C, Swansburg R J. Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία, Επιμέλεια Αποστολοπούλου Ε, Μετάφραση Σοκόδημος Α. Επίτομος Έκδοση 2^η Εκδόσεις Λαγός, Ιλίσια 2002, σ. 612
- 62 Παναγιωτοπούλου Κ. Ευαισθητοποίηση και κίνητρα νοσηλευτών για τη συμμετοχή τους σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση, Νοσηλευτική, Τόμος 47, Τεύχος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008, σ 291-293
- 63 Παπαδαντωνάκη Α. Συμβολή της εκπαίδευσης και της έρευνας στην ποιότητα της νοσηλευτικής, Νοσηλευτική, Τόμος 47, Τεύχος 1, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008, σ. 19-20
- 64 Κωσταδίου Σ. Παράμετροι νοσηλευτικής ειδικότητας, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 3, Εκδόσεις Silver, Αμπελόκηποι Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2007, σ. 34
- 65 Καστάνη Κ. Προϋποθέσεις νοσηλευτικής ειδικότητας, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 32
- 66 Ζουρνατζή Σ. Επίδομα μεταπτυχιακού και 2^{ου} τίτλου σπουδών, Σύγχρονος Νοσηλευτής, Τεύχος 13, Εκδόσεις Power graphics, Αμπελόκηποι Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σ. 21
- 67 Αποστολάκης Ι, και Βαρλάμης Η. Εκπαίδευση νοσοκομειακών στελεχών με τη χρήση νέων τεχνολογιών πληροφορικής: Οι ηλεκτρονικές κοινότητες μάθησης, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Τόμος 6, Τεύχος 2, Εκδόσεις Παπαζήσης, 2008, σ. 76-97
- 68 Αποστολοπούλου Α Ε. Νοσοκομειακές λοιμώξεις, Επίτομος, Έκδοση Β', Αθήνα 2000, σ. 142, 153-156, 200
- 69 Βλάχου Β. Επαγγελματικοί κίνδυνοι των νοσηλευτών και κίνδυνοι των ασθενών στα τμήματα και στα χειρουργεία, Πτυχιακή εργασία (εισηγήτρια: Φιδάνη Α), Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 2005, σ. 40
- 70 Τσιάκος Θ. Μικροοργανισμοί της χλωρίδας των χεριών, 2010 www.iatronet.gr
- 71 Ζαμάνης Ν, Λάιου Ε και Λαμπροπούλου Ζ. Νοσηλευτική-ενδοноσοκομειακές λοιμώξεις, Πτυχιακή εργασία, (εισηγήτρια: Παπαδημητρίου Μ), Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα 1996, σ. 19
- 72 Καλαμάρης Κ και Γοζίλης Ν. Νοσηλευτικά εργατικά ατυχήματα, Πτυχιακή εργασία, (εισηγήτρια: Κουρκούτα Λ), Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2008, σ. 5-12, 15-21
- 73 Υπουργείο Υγείας Και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. ΚΕΕΛΠΝΟ. Οδηγίες για το χειρισμό αιχμηρών αντικειμένων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, Μάρτιος 2007

- 74 Δρακόπουλος Β. Ιοι της ηπατίτιδας Β, C και HIV και υγειονομικοί εργαζόμενοι, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 107, Φεβρουάριος- Μάρτιος 2007, σ. 22-34
- 75 Μαλγαρινού Μ Α και Κωνσταντινίδου Σ Φ. Νοσηλευτική Παθολογική-Χειρουργική, Τόμος Β', Έκδοση 21^η, Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005, σ. 245-248
- 76 Κουτελέκος Ι και Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn out Syndrome), Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 6, Τεύχος 1, Αθήνα Ιανουάριος-Μάρτιος 2007, www.vima-asklipiou.gr
- 77 Βασιλοπούλου Φ. Επαγγελματικές ασθένειες: Η πολλή δουλειά τρώει τον αφέντη, Τεύχος Απριλίου 2008 www.vita.gr
- 78 Αντωνίου Κ και Βασιλοπούλου Γ. Μυοσκελετικά προβλήματα νοσηλευτικού προσωπικού, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8, Τεύχος 1, Αθήνα Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, www.vima-asklipiou.gr
- 79 Παπαγεωργίου Ε.Δ, Καραμπέτσου Ι Μ και σία. Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, Νοσηλευτική, Τόμος 46, Τεύχος 2, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ. 237-245
- 80 Παπαδοπούλου Δ. Βία στο χώρο εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού, Νοσηλευτική, Τόμος 48, Τεύχος 4, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2009, σ. 379-387
- 81 Κατσιμίγκας Γ, Μαραγκούτη Α και σία. Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου, Νοσηλευτική, Τόμος 46, Τεύχος 4, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ. 441-452 www.iatrotek.org
- 82 Δημητρόπουλος Χ και Φιλίππου Ν. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο εργασίας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 25, Τεύχος 5, Αθήνα 2008, σ. 642-647
- 83 Σταυρίδης Ν. Επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στις μονάδες, Διπλωματική εργασία (Εισηγήτριες: Παπασταύρου Ε και Αναστασίου Β), Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Κύπρος 2005, σ. 4-6
- 84 Ξυδέα Α. Μέθοδος χειρονακτικής διακίνησης των ασθενών, C.M.T. ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΕΠΕ, Αντήνορος 16-18, 11634 Αθήνα, E-Mail: proopt@otenet.gr
- 85 Μέλου Κ και Σούρτζη Π. Πρόληψη των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων στο χώρο του νοσοκομείου. Νοσηλευτική, Τόμος 42, Τεύχος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003, σ. 299-307
- 86 Ευρωπαϊκός Οργανισμός Για Την Ασφάλεια Και Την Υγεία Στην Εργασία. Τεχνικές χειρισμού των ασθενών για την πρόληψη ΜΣΠ στην υγειονομική περίθαλψη, 11 Ιανουαρίου 2008, <http://osha.europa.eu>

- 87 Janssen-Cilag Φαρμακευτική ΑΕΒΕ, Σωστή χορήγηση φαρμάκων, 2003-2010, Τελευταία ενημέρωση 5 Μαΐου 2010, www.janssen-cilag.gr
- 88 Κάργα Μ. Αρέθα Α και Κιέκκας Π. Λάθη κατά τη χορήγηση φαρμάκων στη μονάδα εντατικής θεραπείας, 2004, www.icutopics.gr/docs/9oCongress/Saturday/02BProinoStongiloTrapezi/04SinithismenaLathi.ppt
- 89 Γιανναδάκη Ε και Μαργεζουσάκη Ζ. και Βερυκοκίδου Σ. Διερεύνηση, ποιοτική ανάλυση και κατάταξη των νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη, Πτυχιακή Εργασία, Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Κρήτης, Κρήτη 2005
- 90 Μπούκα Ν. Οχτώ στους δέκα νοσηλευτές έχουν κάνει λάθη, Δημοσιογραφικό Συγκρότημα Μακεδονία, 17 Απριλίου 2010, www.makthes.gr/news/opinions/54628/
- 91 Μαστροκώστας Α, Γκριζιώτη Μ και σία. Η βία ως επαγγελματικός κίνδυνος στους νοσηλευτές. Νοσηλευτική, Τόμος 44, Τεύχος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2005, σ. 337-346
- 92 Αλεξανδρή Ε. Η βία στον εργασιακό χώρο, Διμηνιαία Εφημερίδα Του 25^{ου} Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας, Τεύχος 44, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010, σ. 1
- 93 Κωνσταντίνα Α. Διαχείριση της βίας στα ΤΕΠ των νοσοκομείων, Διπλωματική Εργασία (Εισηγήτρια: Τσαμαλούκα Γ), ΕΚΠΑ Ιατρική Σχολή Αθηνών, Αθήνα 2007, σ. 25
- 94 Παϊκοπούλου Δ και Γέραλη Μ. Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς στο τελικό στάδιο της ζωής του Πρωτόκολλο μεταθανάτιας φροντίδας. Νοσηλευτική, Τόμος 48, Τεύχος 1, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2009, σ. 19-29
- 95 Γεωργιάδου Δ και Πατινιώτη Μ. Ο νοσηλευτής και οι φροντιστές του ατόμου που πεθαίνει, Πτυχιακή Εργασία, (Εισηγητής: Καρασαββίδης Σ), Επίτομος, Εκδόσεις ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 2007, σ.14-17
- 96 Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ και Καϊτελίδου Δ. Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Νοσηλευτική, Τόμος 46, Τεύχος 4, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ 537-544

Παράρτημα

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η έρευνα αυτή έχει σκοπό την διαλεύκανση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την ώρα εργασίας τους οι οποίες τους ωθούν στην εγκατάλειψη του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Σας παρακαλούμε να μας απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με **μία (1) μόνο** απάντηση εκτός από τις ερωτήσεις 27, 31 όπου μπορείτε να βάλετε παραπάνω από μία απαντήσεις. Πρέπει να σημειώσετε το αντίστοιχο κουτάκι με ένα **x** . Σε περίπτωση που δυσκολευθείτε στην κατανόηση μιας ερώτησης μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι άκρως εμπιστευτικές.

Εάν επιθυμείτε να σας γίνουν γνωστά τα αποτελέσματα να μας το γνωστοποιήσετε.

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο και τη βοήθειά σας.

Φοιτήτριες:

Μαλαΐ Αντωνία

Μπαχούμη Θεώνη

Μέξη Ντόρα

Πάτρα 2010

Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο:

<input type="checkbox"/>	Άρρεν
<input type="checkbox"/>	Θήλυ

2. Ηλικία:

<input type="checkbox"/>	18-24
<input type="checkbox"/>	25-34
<input type="checkbox"/>	35-44
<input type="checkbox"/>	45-55
<input type="checkbox"/>	55 και άνω

3. Σπουδές:

<input type="checkbox"/>	Τεχνικό Λύκειο
<input type="checkbox"/>	Ιδιωτική Σχολή
<input type="checkbox"/>	Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
<input type="checkbox"/>	Πανεπιστήμιο
<input type="checkbox"/>	Μεταπτυχιακό
<input type="checkbox"/>	Διδακτορικό

4. Σημερινό Τμήμα Εργασίας:

.....

5. Χρόνια εργασίας στο σημερινό τμήμα

.....

6. Συνολικά χρόνια εργασίας στο νοσηλευτικό επάγγελμα:

.....

Ερωτήσεις

7. Υπάρχει στην κλινική σας καθιερωμένο καθηκοντολόγιο που να διαχωρίζει τις αρμοδιότητες του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

8. Κατά πόσο πιστεύετε ότι η προϊσταμένη του τμήματος, διαχωρίζει αξιοκρατικά τα καθήκοντα του βοηθού νοσηλευτή από τον νοσηλευτή;

<input type="checkbox"/>	Αρκετά
<input type="checkbox"/>	Μέτρια
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

9. Θεωρείτε ότι υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα σας;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι
<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω

10. Έχει τύχει να εκτελέσετε κάποια βάρδια μόνος-η σας;

<input type="checkbox"/>	Πολύ Συχνά
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ πρόβλημα στις νοσηλείες λόγω έλλειψης υλικού;

<input type="checkbox"/>	Πολύ Συχνά
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

11. Πιστεύετε πως γίνεται λάθος καταμερισμός του υλικού στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι
<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω

12. Πιστεύετε ότι γίνονται διακρίσεις μεταξύ των εργαζομένων του τμήματος ως προς το κυκλικό ωράριο;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

13. Θεωρείται ότι το ιατρικό προσωπικό αδιαφορεί για την άποψη των νοσηλευτών σχετικά με την φροντίδα των ασθενών

<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Ποτέ

14. Θα θέλατε να εξελιχθείτε επαγγελματικά;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

15. Υπάρχει σχετική ενημέρωση για τους τρόπους εξέλιξης;

<input type="checkbox"/>	Πολύ καλή
<input type="checkbox"/>	Καλή
<input type="checkbox"/>	Μέτρια
<input type="checkbox"/>	Λίγη
<input type="checkbox"/>	Ανύπαρκτη

16. Γίνεται αξιοκρατική επιλογή των ατόμων που παίρνουν εκπαιδευτικές άδειες;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι
<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω

17. Υπάρχει εκπαίδευση για το χειρισμό νέων υλικών και μηχανημάτων τελευταίας τεχνολογίας;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

18. Υπάρχει ενημέρωση και εκπαίδευση του προσωπικού για τα μέτρα προφύλαξης;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι
<input type="checkbox"/>	Δεν γνωρίζω

19. Έχει τύχη ποτέ να “τρυπηθείτε” από αιχμηρό αντικείμενο κατά την ώρα εργασίας;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

20. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι γίνονται λάθη κατά την χορήγηση των φαρμάκων;
(π.χ. λάθος δοσολογία, λάθος φάρμακο, λάθος ασθενής)

<input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά
<input type="checkbox"/>	Συχνά
<input type="checkbox"/>	Σπάνια
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

21. Ποια βάρδια πιστεύετε ότι είναι η πιο κουραστική;

<input type="checkbox"/>	Πρωινή
<input type="checkbox"/>	Μεσημεριανή
<input type="checkbox"/>	Βραδινή

22. Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας εξαιτίας της υπερβολικής κούρασης;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι

23. Εάν Ναι, ποιο είναι αυτό το πρόβλημα;

<input type="checkbox"/>	Μυοσκελετικά προβλήματα / Οσφυαλγία, Ισχιαλγία
<input type="checkbox"/>	Πονοκέφαλοι / Ημικρανίες
<input type="checkbox"/>	Ψυχολογική φόρτιση / Άγχος
<input type="checkbox"/>	Υπερκόπωση / Burn out
<input type="checkbox"/>	Άλλο

24. Σε ποιόν από τούς παρακάτω τομείς το νοσηλευτικό επάγγελμα σας επιβαρύνει περισσότερο;

<input type="checkbox"/>	Οικογένεια
<input type="checkbox"/>	Κοινωνικές Υποχρεώσεις
<input type="checkbox"/>	Ψυχαγωγία

25. Κατά πόσο επηρεάζεστε συναισθηματικά με τα περιστατικά που αντιμετωπίζετε;

<input type="checkbox"/>	Πάρα πολύ
<input type="checkbox"/>	Πολύ
<input type="checkbox"/>	Μέτρια
<input type="checkbox"/>	Λίγο
<input type="checkbox"/>	Καθόλου

26. Ποια χαρακτηριστικά χρειάζεται ένας νοσηλευτής για να “επιβιώσει” στο επάγγελμα;

<input type="checkbox"/>	Ανθρωπιά
<input type="checkbox"/>	Θέληση
<input type="checkbox"/>	Υπομονή
<input type="checkbox"/>	Αγγασία
<input type="checkbox"/>	Αναισθησία
<input type="checkbox"/>	Ψυχρότητα

27. Έχετε δεχτεί κάποιο είδος κακοποίησης;

<input type="checkbox"/>	Σεξουαλική (π.χ. χειρονομία με σεξουαλικό υπονοούμενο)
<input type="checkbox"/>	Λεκτική (π.χ. εξύβριση)
<input type="checkbox"/>	Ψυχολογική (π.χ. ταπείνωση μπροστά σε τρίτους)
<input type="checkbox"/>	Σωματική (π.χ. ξυλοδαρμός)
<input type="checkbox"/>	Καμία

28. Εάν Ναι από ποιόν;

<input type="checkbox"/>	Ιατρικό προσωπικό
<input type="checkbox"/>	Συνάδελφοι
<input type="checkbox"/>	Ασθενής
<input type="checkbox"/>	Συνοδοί
<input type="checkbox"/>	Λοιπό Προσωπικό

29. Νιώθετε “υποτιμημένοι” από το κοινωνικό σύνολο για το επάγγελμα που έχετε διαλέξει.

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι
<input type="checkbox"/>	Δεν απαντώ

30. Θεωρείται ότι η νοσηλευτική σε σχέση με τα άλλα επαγγέλματα υγείας είναι:

<input type="checkbox"/>	Ανώτερη
<input type="checkbox"/>	Κατώτερη
<input type="checkbox"/>	Ισάξια

31. Τι θα σας κρατούσε στο επάγγελμα; (βάλτε τα σε σειρά προτεραιότητας)

<input type="checkbox"/>	Αύξηση προσωπικού
<input type="checkbox"/>	Αναγνώριση προσφοράς
<input type="checkbox"/>	Αύξηση μισθού
<input type="checkbox"/>	Ευκαιρίες επιμόρφωσης
<input type="checkbox"/>	Τρόπος διοίκησης
<input type="checkbox"/>	Αλλαγή συμπεριφοράς προϊσταμένων

32. Εάν σας δινόταν δεύτερη ευκαιρία, θα αλλάζατε επάγγελμα;

<input type="checkbox"/>	Ναι
<input type="checkbox"/>	Όχι
<input type="checkbox"/>	Δεν απαντώ

Πίνακας 1. Προληπτικά μέτρα για την προστασία των εργαζόμενων από μετάδοση του HIV

<i>Δραστηριότητες</i>	<i>Γάντια</i>	<i>Ρόμπα</i>	<i>Μάσκα</i>	<i>Γυαλιά</i>
<i>Ελεγχος μεγάλης αιμορραγίας</i>	<i>Ναι</i>	<i>Ναι</i>	<i>Ναι</i>	<i>Ναι</i>
<i>Ελεγχος μικρής αιμορραγίας</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Τοκετός</i>	<i>Ναι</i>	<i>Ναι *</i>	<i>Ναι *</i>	<i>Ναι *</i>
<i>Λήψη αίματος</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Τοποθέτηση IV γραμμής</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Διασωλήνωση</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Αναρρόφηση στόματος ή τραχείας</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Καθαριότητα μολυσμένων οργάνων</i>	<i>Ναι</i>	<i>Όχι *</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Λήψη θερμοκρασίας</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>
<i>Ενέσεις</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Όχι</i>

*Ναι ** = εάν κηλίδες αίματος είναι πιθανές

*Όχι ** = εκτός εάν κηλίδες αίματος είναι πιθανές

Προσωπική Εμπειρία Νοσηλεύτριας 25 Ετών

Με ανάλαφρα βήματα προχωρώ στο διάδρομο για να παραλάβω από την συνάδελφο. Έχω έρθει νωρίτερα για να κάνουν τουλάχιστον οι απογευματινές ρεβεγιόν στο σπίτι τους. Σήμερα και πιο πολλές ώρες θα δουλέψω και δεν θα είμαι με τους δικούς ανθρώπους και τους φίλους μου όπως όλος ο κόσμος, αλλά με τους αρρώστους του τμήματος.

Πήρα βαθιά εισπνοή, γνωρίζω πως και απόψε θα είμαι με μία βοηθό Νοσηλεύτριας, μητέρα μικρού παιδιού, η οποία είναι πάντα κουρασμένη. Εγώ δεν είμαι παντρεμένη και δεν ξέρω από αυτά άρα πρέπει να δουλεύω περισσότερο. Ίσως να έχει δίκιο, όμως αυτή η δικαιολογία μου βγάζει θυμό και δεν βοηθά καθόλου την συνεργασία μας.

Τα ειδικά άσπρα υπηρεσιακά παπούτσια με την πλαστική σόλα βοηθούν τα βήματα να είναι αθόρυβα. Μπαίνω στο γραφείο της προϊσταμένης κανείς ούτε στο χώρο νοσηλείας, ούτε και στο χώρο των μολυσματικών. «Θα έχουν δουλειά σε θαλάμους», σκέπτομαι και ενστικτωδώς σηκώνω το κεφάλι να δω το ρολόι του τοίχου. Η ώρα είναι 9.10 μ.μ. «Ίσως να ξεκίνησαν την Νοσηλεία των 10, μα τόσο νωρίς; Ίσως να θέλουν να μην μου αφήσουν πολύ δουλειά», σκέφτηκα .

Πήρα το βιβλίο της λογοδοσία να διαβάσω, μα πριν το ανοίξω ακούω το κουδούνι. Βγαίνω στο διάδρομο και διαπιστώνω ότι χτυπούνε σε δύο θαλάμους. Στο 107 που βρίσκεται στο τέλος δεξιά του διαδρόμου και στο 202 στο μέσον του αριστερού διαδρόμου .

Βγαίνω απορημένη να πάω στο 107 που είναι και ο πιο μακρινός θάλαμος. «Ίσως να βρω τις συναδέλφους καθ' οδών είναι τρεις απογευματινές» υπολόγισα. Προχωρώ βιαστικά, δεν έχω ενημερωθεί για τα περιστατικά που νοσηλεύονται στον τετράκλινο θάλαμο, και επίσης δεν ξέρω αν μεταφέρθηκε ο Ηλίας, ένα παλικαράκι 18 ετών. Προβληματίζομαι για το τι θα αντιμετωπίσω και επιταχύνω το βήμα μου

Στην σκέψη μου και στα αυτιά μου ακούω ακόμη την φωνή της διδάσκουσας της σχολής: « Οι Νοσηλευτές δεν τρέχουν ποτέ στο διάδρομο γιατί δημιουργούν πανικό»

Ανοίγω την πόρτα και βάζω το χέρι μου στο διακόπτη να σβήσω το κουδούνι .

«Παρακαλώ ποιος;» Μαρμαρώνω η εικόνα δεν είναι πραγματική. Τα τρία κρεβάτια του θαλάμου είναι άδεια και στο τέταρτο κρεβάτι είναι ο Ηλίας δεν έχει μεταφερθεί στο μονόκλινο. Στο κομοδίνο του το μικρό Χριστουγεννιάτικο Δέντρο με τα φωτάκια να αναβοσβήνουν δίνουν το στίγμα των γιορτινών ημερών.

Ο Ηλίας ανάσκελα στο κρεβάτι με μάτια ανοιχτά και απλανή, μάτια σβηστά

Ο θάνατος είχε σκοτεινιάσει το δωμάτιο το μόνο φως που νοιώθω είναι τα φωτάκια του δένδρου.

Γιατί ο θάνατος έρχεται εκεί και την στιγμή που δεν τον θέλουμε; Γιατί;

Η μητέρα του Ηλία μιλά στο αγόρι. Η μία συνάδελφος προσπαθεί να την απομακρύνει και η άλλη να τοποθετήσει τα ηλεκτρόδια του καρδιογράφου. Η μητέρα του Ηλία με χαμηλή φωνή, χωρίς δάκρια και με μάτια καρφωμένα στο σβηστό βλέμμα του παιδιού της του ψιθυρίζει: «Μη φύγεις Ηλία μου, αύριο είναι πρωτοχρονιά και θα έρθει ο Άγιος Βασίλης Μη αγόρι μου φύγεις, θέλω να είσαι εδώ στην αλλαγή του χρόνου και θα δεις ότι θα σου φέρει υγεία και δεν θα πονάς δεν θα σου κάνουν συνεχώς εξετάσεις, θα πάμε σπίτι, θα έρθουν οι φίλοι σου και η Κατερίνα μη φύγεις αγόρι μου»

Η συνάδελφος που προσπαθεί να την απομακρύνει δεν σηκώνει τα μάτια της να με κοιτάξει και με φωνή που τρέμει προσπαθεί να καλύψει ότι είναι βουρκωμένη

«Ηρθες νωρίς, δόξα τω Θεώ, η Μαρία δεν ήταν καλά και δεν μπορεί να βοηθήσει».

Γνωρίζω ότι η Μαρία είναι στο 6ο μήνα της κύησης και δουλεύει πιο πολύ από όλες. Προσπαθούμε να την έχουμε μακριά από τέτοιες στιγμές όσο μπορούμε.

Ο νόμος μας δίνει άδεια μόνο 40 ημέρες πριν τον τοκετό. «Τι, να γίνει διαφορετικός νόμος για τις νοσοκόμες; Για τον θάνατο; Είναι δυνατόν; Στο Αντικαρκινικό δουλεύει, δεν είναι γραμματέας υπουργού, ούτε υπάλληλος γραφείου» Η συνάδελφος συνεχίζει δείχνοντας τι θέλει. «Βοήθησε να την βγάλουμε έξω, ο Ηλίας»

Στα αυτιά μου αντηχεί η φωνή της μητέρας του Ηλία που είναι στο θάλαμο μόνο με το σώμα, η ψυχή της και το μυαλό της ταξιδεύουν μαζί του σε άλλους τόπους που μόνο εκείνος γνωρίζει.

«Αγόρι μου βιάζεσαι να φύγεις, να πάω εγώ πρώτα να δω αν είναι καλά εκεί και μετά να έρθεις να είμαστε μαζί, περίμενε»

Ένας κόμπος καρφώνεται στο λαιμό μου, γιατί κάνει τόσο κρύο, χάλασε το καλοριφέρ του θαλάμου; Όχι ο θάνατος είναι κρύος. Κι εγώ., τι κάνω εγώ; Τι πρέπει να κάνω; Τα φωτάκια που αναβοσβήνουν είναι σα να με κάνουν να νοιώθω το θάνατο που με παραλύει. Με μία απότομη κίνηση τραβώ το καλώδιο και τα κάνω να σταματήσουν. Συνέρχομαι αμέσως, είμαι νοσηλεύτρια, δεν έχω δικαίωμα να νοιώθω έτσι. Αυτό μου έμαθαν στην σχολή.

«Ειδοποιήθηκε ο ιατρός;» Ρώτησα, και άπλωσα το χέρι μου στο πρόσωπο του Ηλία και απαλά κατέβασα τα βλέφαρα του. Η μητέρα του Ηλία, σαν να την έφερε πίσω η φωνή μου σήκωσε το κεφάλι και μου λέει με φωνή δυνατή «Κάνε κάτι να μη φύγει σε παρακαλώ Εσύ μπορείς ξέρεις βοήθησε τον» Ο κόμπος στο λαιμό μου έσφιξε δυνατά και έκανε την φωνή μου τόσο βραχνή που νόμισα πως μιλούσε κάποιος άλλος. « Ελάτε κυρία Παπανικολάου να βγούμε λίγο έξω για να κάνει η συνάδελφος το καρδιογράφημα και εγώ να φέρω το καρότσι νοσηλείας. Ξέρεις ότι αγαπάμε τον Ηλία και θα κάνουμε ότι μπορούμε, ελάτε».

Με ήπιες και τρυφερές κινήσεις την σήκωσα από το κάθισμα. Μηχανικά με υπάκουσε και με ακολούθησε. Η συνάδελφος την κρατά από το χέρι λες και θέλει να δώσει αλλά και να πάρει κουράγιο.

Ετοιμάζομαι να ανοίξω το βήμα για να φέρω το καρότσι νοσηλείας, γνωρίζω ότι όποια προσπάθεια και να κάνω δεν θα φέρει γυρισμό, το ταξίδι ξεκίνησε και ο Ηλίας δεν είναι μαζί μας . Στον διάδρομο με μία απότομη κίνηση η μητέρα του προσπάθησε να γυρίσει πίσω. Κοντοστέκομαι και την αγκαλιάζω. «Πέστε μου τι θέλετε». Γυρίζει και με κοιτά με βλέμμα ανθρώπου που μόλις κάτι θυμήθηκε. «Σε παρακαλώ να του βάλεις το κουστούμι που του αγόρασα δεν θα αλλάξει τον χρόνο με την πιζάμα». Συνειδητοποίησα ότι ήξερε αλλά δεν το αποδεχόταν .

Την συνόδεψα στο γραφείο της προϊσταμένης και περίμενα να έρθει ο γιατρός μαζί της. Περίμενε δεν έκλαιγε, μόνο μονολογούσε. «Ακόμη ελπίζει», σκέφτηκα «αλλά πονά» . «Θα έρθω μαζί σου μονάκριβε μου θα έρθω μαζί σου». Ένοιωσα απελπισία γιατί να μην υπάρχει μία ψυχολόγος για να μας στηρίξει όλους. Πρώτα την μητέρα, αλλά γιατί όχι και εμάς.

Άρχισε να λειτουργεί το σύστημα. Όλα πλέον πήραν το δρόμο τους, ήρθε ο γιατρός, ειδοποιήθηκαν οι υπόλοιποι συγγενείς και ο Ηλίας μεταφέρθηκε στον ειδικό θάλαμο. Μετά από την ένταση η γαλήνη σκέπασε τον όροφο.

Είχε γίνει η αλλαγή, είχε γίνει η νοσηλεία, είχαν φροντισθεί οι βαρέως πάσχοντες. Ησυχία . Η συνεργάτης μου κάθισε στο γραφείο δίπλα μου και μου λέει: «Δουλεύω 14 χρόνια, τον θάνατο δεν τον αντέχω, είμαι μάνα, υποφέρω, με τρελαίνει η ιδέα ότι μπορεί να συμβεί και στο παιδί μου, δεν αντέχω» και ξεσπά σε απότομα κλάματα. Την αγκάλιασα, ένοιωσα κοντά της για πρώτη φορά, μας ένωσε ο φόβος του θανάτου. Φοβάται για το παιδί της και εγώ φοβάμαι, η αρρώστια και ο θάνατος πάντα σε φοβίζουν, πάντα. Θέλω και εγώ να κλάψω, όμως μια νοσηλεύτρια δεν πρέπει να την δουν να κλαίει. Πρέπει να προσφέρει στους άλλους σιγουριά και αισιοδοξία, όμως πόσο θέλω να κλάψω, να λυθεί ο κόμπος στον λαιμό μου, να μιλήσω για τον φόβο να. Πάλι ο επαγγελματισμός με τινάζει από το βύθισμα της απελπισίας.

Ο θάνατος είναι κάπου εκεί έξω ακόμη, μα εγώ πρέπει να συνεχίσω και να κάνω αυτό που πρέπει για τους ασθενείς, για τους συγγενείς και για μένα, με μόνη αμοιβή ότι και σήμερα με την αλλαγή του χρόνου θα ευχηθώ «με Υγεία» και θα ξέρω τι είναι ακριβώς.

Αχ, κυβερνώντες αν ξέρατε πως νοιώθει ο νοσηλευτής και η νοσηλεύτρια την ώρα που εσείς γλεντάτε και εκείνος παλεύει με τον πόνο την αρρώστια και τον Θάνατο, με αντίπαλο το χρόνο λόγω μειωμένου αριθμού εργαζομένων, δεν Θα τσουγκρίζατε τα ποτήρια σας με την ευχή «εις υγεία» αλλά με την ευχή «κουράγιο νοσηλευτή και νοσηλεύτρια»...