

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΤΗ ΔΑΝΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΧΟΛΙΑΣΜΕΝΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΛΑΓΟΥ ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

Πάτρα, 2012

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εκπονήθηκε από τις φοιτήτριες Λαγού Ανδρομάχη και Χολιασμένου Κωνσταντίνα του τμήματος Νοσηλευτικής στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας. Η εργασία αυτή ξεκίνησε και τελείωσε μέσα στο ακαδημαϊκό έτος 2011 – 2012 κάτω από την επίβλεψη του καθηγητή του τμήματος δρ. Νικόλαο Μπακάλη.

Στον κύριο Μπακάλη οφείλουμε τις ευχαριστίες μας για την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε στους γονείς μας για την ανυπολόγιστη ηθική υποστήριξη, την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας αλλά και καθ' όλη η διάρκεια των σπουδών μας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις προϊστάμενες του νοσοκομείου του Viborg της Δανίας, για την συγκατάθεσή τους στη διεκπεραίωση της έρευνας και για την άμεση συνεργασία τους.

Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου του Viborg της Δανίας για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή εξετάζει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία στη Δανία. Σε αυτό το πλαίσιο, παρουσιάζει τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων της Δανίας, εστιάζοντας σε τομείς όπως οι αρμοδιότητες των γιατρών, οι παροχές του συστήματος στους πολίτες, οι διαφορές του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα και άλλοι. Επιπλέον, παρουσιάζει μια αναφορά ειδικότερα στους νοσηλευτές, εστιάζοντας στην νοσηλευτική εκπαίδευση στη Δανία. Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσει τα βασικότερα σημεία σχετικά με τις κλινικές αποφάσεις που καλούνται να πάρουν οι νοσηλευτές. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου, που έχει ξαναχρησιμοποιηθεί στο παρελθόν, και έχει ελεγχθεί για στοιχεία αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Συλλέχθηκαν 120 ερωτηματολόγια από δύο δημόσια νοσοκομεία της Δανίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0.

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές στη Δανία συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό σε δραστηριότητες όπως η παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, η διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς, η παροχή πληροφοριών στον ασθενή ή στην οικογένειά του κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή, αλλά και δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα, όπως η διδασκαλία του ασθενούς ή της οικογένειάς του, η επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού, αλλά και η εκπαίδευση

φοιτητών νοσηλευτικής. Αντίθετα, λιγότερο απασχολούνται με θέματα που είναι περισσότερο διοικητικά ή αφορούν σε αρμοδιότητες ιατρών.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι στη Δανία η κατανομή των καθηκόντων των νοσηλευτών στο νοσοκομείο είναι αρκετά σαφής και διακριτή, και η σημασία της δουλειάς τους ιδιαίτερα μεγάλη, κάτι από το οποίο σίγουρα θα μπορούσε να ωφεληθεί το αντίστοιχο Ελληνικό σύστημα υγείας.

ABSTRACT

This thesis examines the clinical decisions of nurses in hospitals in Denmark. In that framework, it presents the basic characteristics of the hospitals in Denmark, focusing on the description of the doctors' responsibilities, the system's benefits to the people, the differences between public and private sector etc. Moreover, it presents an analysis focusing on nurses, focusing on the nursery education in Denmark. The aim of this research is to examine the basic characteristics regarding the decisions they usually have to take. The information was collected by using a questionnaire, which has been used in the past, and has been tested for its reliability and validity. 120 questionnaires were collected from two public hospitals in Denmark. The survey results were analyzed using the statistical program SPSS 17.0.

The most important results of the research that was carried out showed that nurses in Denmark participate in a great extent in decisions regarding the offering of basic nursery help, the diagnosis of the patients' situation, providing information to the patient or his / her family when leaving the hospital, providing psychological support to the patient, as well as educational issues such as educating the patient and the family, overlooking the new employees and educating nursery students. On the other hand, they are much less concerned with issues that are relevant to management or more applicable for doctors.

To sum up, it could be said that in Denmark there is a discrete allocation regarding the nurses' duties, and the importance of their work is pointed out. This is something that could definitely help the Greek system, if used as a guide.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| Περίληψη..... | 3 |
| ABSTRACT..... | 5 |
| 1 Εισαγωγή..... | 8 |
| 1.1 Γεωγραφικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Δανίας | 8 |
| 1.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας της Δανία..... | 11 |
| 1.2.1 Γενικά στοιχεία για πολίτες και επισκέπτες..... | 11 |
| 1.2.2 Ιατρικό Προσωπικό (Γενικοί Ιατροί)..... | 15 |
| 1.2.3 Ιατρικό Προσωπικό (Ειδικοί Ιατροί)..... | 16 |
| 1.2.4 Νοσοκομεία..... | 17 |
| 1.2.5 Ιδιωτικά Νοσοκομεία | 17 |
| 1.2.6 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών | 18 |
| 1.2.7 Εναλλακτικές θεραπείες..... | 18 |
| 1.3 Νοσηλευτική επιστήμη και εκπαίδευση στη Δανία..... | 19 |
| 1.3.1 Γενικά στοιχεία για τη νοσηλευτική επιστήμη..... | 19 |
| 1.3.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση στη Δανία..... | 22 |
| 1.4 Κλινικές αποφάσεις..... | 26 |
| 1.4.1 Βασικά χαρακτηριστικά κλινικών αποφάσεων | 26 |
| 1.4.2 Κλινικές αποφάσεις και νοσηλευτές..... | 29 |
| 2 Μέθοδος..... | 33 |
| 2.1 Έρευνα-Μεθοδολογία έρευνας..... | 33 |
| 2.2 Σχεδιασμός | 34 |
| 2.3 Διαδικασία | 35 |
| 2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων..... | 36 |

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 2.5 | Δείγμα | 39 |
| 2.6 | Στατιστική ανάλυση | 40 |
| 3 | Αποτελέσματα..... | 41 |
| 3.1 | Δημογραφικά στοιχεία..... | 41 |
| 3.2 | Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο | 46 |
| 4 | Συζήτηση | 58 |
| | Βιβλιογραφία | 67 |
| | Παράρτημα1..... | 70 |
| | Παράρτημα2..... | 72 |

1 Εισαγωγή

1.1 Γεωγραφικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά της Δανίας

Το βασίλειο της Δανίας ή Δανιμαρκία ή απλά Δανία είναι η μικρότερη από τις Σκανδιναβικές χώρες στη Βόρειο Ευρώπη. Αποτελείται από τη χώρα της Δανίας και δύο αυτόνομες χώρες, τα νησιά Φερόες στο Βόρειο Ατλαντικό και την Γροιλανδία στη Βόρειο Αμερική. Αποτελείται από τη χερσόνησο της Γιουτλάνδης και 443 ονομασμένα νησιά.

Από αυτά, 72 είναι κατοικημένα με το μεγαλύτερο τη Zeeland και το Funen. Πολλά από τα νησιά είναι ενωμένα με γέφυρες. Η γέφυρα Oresund ενώνει τη Zeeland με την νότια Σουηδία. Οι μεγαλύτερες πόλεις είναι η πρωτεύουσα Κοπενχάγη στη Zeeland, το Ωρχους και το Άλμποργκ στη Γιουτλάνδη και την Οντένσια στο Funen ([en. wikipedia.org/wiki/Atlas_of_Denmark](http://en.wikipedia.org/wiki/Atlas_of_Denmark)).

Η Δανία συνορεύει από ξηρά μόνο με την Γερμανία νότια καθώς μοιράζονται 68 χιλ. γης στα σύνορα ενώ από θάλασσα γειτνιάζει με την Σουηδία βορειοδυτικά και με τη Νορβηγία Βόρεια. Η συνολική ακτογραμμή είναι αρκετά μεγάλη (7.314 χιλ.) ωστόσο δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια καθώς ο ωκεανός συνεχώς διαβρώνει και προσθέτει υλικά στην ακτογραμμή (www.denmark.dk/en).

Η χώρα είναι μια τελείως επίπεδη χώρα με μικρές ανυψώσεις έχοντας ένα μέσο όρο ύψους πάνω από την επιφάνεια της θάλασσας 30

μέτρων. Το υψηλότερο φυσικό σημείο της είναι το Μόλεχοϊ στα 170,86 μέτρα (Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Το κλίμα της Δανίας βρίσκεται στην εύκρατη ζώνη. Οι χειμώνες είναι κρύοι με μέση θερμοκρασία 0°C τον Ιανουάριο και Φεβρουάριο και τα καλοκαίρια είναι ψυχρά με μέση θερμοκρασία τον Αύγουστο 15,7°C. Η Δανία έχει ένα μέσο όρο 121 ημερών κάθε χρόνο με βροχόπτωση. Το Φθινόπωρο είναι η πιο υγρή περίοδος ενώ η Άνοιξη η πιο στεγνή. Καθ' όλη τη διάρκεια του έτους ο άνεμος είναι ισχυρός και για αυτό το λόγο είναι από τις χώρες που κάνουν χρήση αιολικής ενέργειας. Ποτάμια υπάρχουν πολλά, αλλά σχεδόν όλα είναι πολύ μικρά. Λίμνες υπάρχουν αρκετές σε ολόκληρη τη Δανία αλλά είναι όλες τους μικρές (Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Το 2008 ο πληθυσμός της Δανίας υπολογίστηκε στα 5.475.791 κατοίκους με ένα μέσο όρο 127 κατοίκους ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο, η οποία είναι σχετικά αραιοκατοικημένη. Οι πιο πυκνοκατοικημένες πόλεις είναι η πρωτεύουσα Κοπεγχάγη με πληθυσμό 1.645.825 κατοίκους και ακολουθούν οι πόλεις Ώρχους με 1.237.041 κατοίκους και η Οντένσια με 1.194.659 κατοίκους.

Οι κάτοικοι ανήκουν φυλετικά στη Γερμανική ομοεθνία. Μόνο 4% του πληθυσμού είναι μετανάστες. Το 98% ως προς τη θρησκεία είναι προτεστάντες και μόνο το 1% είναι καθολικοί. Το προσδόκιμο ζωής στο σύνολο του πληθυσμού είναι 78,3 χρόνια (75,96 στους άνδρες και 80,78 στις γυναίκες) από εκτίμηση του 2009 (Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Η επίσημη γλώσσα είναι η Δανική και ανήκει στην Ινδοευρωπαϊκή οικογένεια γλωσσών και στις γερμανικές γλώσσες, έτσι μοιάζει πολύ με

τη Σουηδική, Νορβηγική, Γερμανική και Ισλανδική. Δευτερεύουσες γλώσσες είναι η Αγγλική και η Γερμανική (Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια, 2000).

Η Δανία είναι αγροτική χώρα λόγω της μορφολογίας του εδάφους της που ευνοεί τις καλλιέργειες. Το βιοτικό επίπεδο των Δανών είναι αρκετά υψηλό. Το πεδινό έδαφος της χώρας, η αγροτική παράδοση, συνδυασμένη με την δύναμη του συνεταιρισμού και ο σύγχρονος εκμηχανισμός της καλλιέργειας είναι οι βασικοί παράγοντες της μεγάλης ανάπτυξης της γεωργίας και της κτηνοτροφίας.

Η γεωργική απόδοση είναι η μεγαλύτερη της Ευρώπης ενώ η γεωργική εκπαίδευση πολύ υψηλή. Σημαντικό ρόλο στην εθνική οικονομία παίζει επίσης η αλιεία. Ταυτόχρονα με την γεωργία και την κτηνοτροφία αναπτύχθηκε και η βιομηχανία, η μεταλλουργία και η ναυπηγική.

Ο ορυκτός πλούτος δεν είναι σημαντικός. Πετρέλαιο εξορύσσεται στη Βόρεια θάλασσα σε μικρές ποσότητες. Εξάγονται κυρίως γεωργικά και κτηνοτροφικά προϊόντα, μηχανήματα και είδη ναυπηγικής και τεχνολογία αιολικών συστημάτων. Βρίσκεται στην κορυφή των τεχνολογικά αναπτυγμένων χωρών με την Σουηδία ([en. wikipedia.org/wiki/Denmark](http://en.wikipedia.org/wiki/Denmark)).

Στην στρατηγική θέση που βρίσκεται αποτελεί σημείο συνάντησης των συγκοινωνιών Δυτικής και Ανατολικής Ευρώπης. Οι εμπορικές συναλλαγές πραγματοποιούνται κυρίως με την Σουηδία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο (Michaelsen και Karsten Kjer, 2002).

Η ανεργία είναι αρκετά χαμηλή σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη (4,8%). Τα τελευταία χρόνια σημαντικό ρόλο στην οικονομία της χώρας

παίζει ο τουρισμός. Η Δανία αποτελεί μια καπιταλιστική οικονομία της ελεύθερης αγοράς και ένα μεγάλο κράτος πρόνοιας. Την 28^η Σεπτεμβρίου του 2000 σε δημοψήφισμα ο λαός δε δέχτηκε (με 53% κατά της πρότασης) να μπει η Δανία στη ζώνη του Ευρώ και έτσι το νόμισμά της είναι η δανική κορώνα (1euro = 7,4DDK) (en.wikipedia.org/wiki/Denmark).

1.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας της Δανία

1.2.1 Γενικά στοιχεία για πολίτες και επισκέπτες

Το σύστημα υγείας της Δανίας χρηματοδοτείται από τους φόρους εισοδήματος σε μεγάλο βαθμό. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στη Δανία σε μεγάλο βαθμό είναι δημόσιο έργο, καθώς περίπου το 85% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούνται από δημόσιους πόρους. Η ευθύνη για τη λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας υγείας είναι αποκεντρωμένη και συνεπώς κατανέμονται μεταξύ των περιφερειών και των δήμων, ενώ το κράτος είναι υπεύθυνο για τη νομοθεσία, τις εθνικές κατευθυντήριες γραμμές την εποπτεία, την παρακολούθηση, τον γενικό σχεδιασμό και το γενικό πλαίσιο της οικονομίας της υγείας (Vrangbaek, 2008).

Περίπου το 27% του πληθυσμού έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, το οποίο συνήθως υποστηρίζει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και τους παρέχει οδοντιατρική κάλυψη και τα έξοδα για τα φάρμακα (<http://www.europe-cities.com/en/633/denmark/health/>). Η δημόσια ασφάλιση υγείας διασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες και οι αλλοδαποί

κάτοικοι έχουν την ίδια πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η δημόσια ασφάλιση υγείας χρηματοδοτείται από τους φόρους.

Κάθε πολίτης έχει πρόσβαση σε κρατική ασφάλιση υγείας. Η ασφάλιση καλύπτει δωρεάν ιατρικές επισκέψεις από τους γιατρούς και τους ειδικούς. Υπάρχουν επιδοτούμενες αμοιβές για τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, για θεραπεία από οδοντίατρους, αλλά και για φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους και παιδίατρους (Vrangbaek, 2008).

Οι πολίτες πρέπει να εγγράφονται στη δανική υπηρεσία ασφάλισης υγείας που τους παρέχει ένα κίτρινο πιστοποιητικό ασφάλισης υγείας. Το έγγραφο αυτό επικυρώνει την κάλυψή τους και δείχνει το όνομά τους και τη διεύθυνσή τους. Παιδιά έως 16 ετών έχουν το δικό τους πιστοποιητικό ασφάλισης υγείας, αλλά είναι ασφαλισμένα μέσω των γονέων τους (Vrangbaek, 2008).

Υπάρχουν δύο κατηγορίες ασφαλιστικών ομάδων στη Δανία, γνωστές απλά ως ασφαλιστικές ομάδες 1 και 2.

Η ασφαλιστική ομάδα 1 καλύπτει την πλειοψηφία του πληθυσμού. Αν κάποιος πολίτης ανήκει σε αυτή την ομάδα, έχει να επιλέξετε ένα γιατρό ή ιατρικό κέντρο το οποίο θα λειτουργεί ως οικογενειακός γιατρός. Το όνομα και ο αριθμός τηλεφώνου του εν λόγω ιατρού εμφανίζεται στο κίτρινο πιστοποιητικό ασφάλισης υγείας του πολίτη, ο οποίος θα πρέπει να έχει το πιστοποιητικό μαζί όταν χρειαστεί θεραπεία (<http://www.europe-cities.com/en/633/denmark/health/>).

Στην ασφαλιστική ομάδα 1, όλες οι συναντήσεις με το γιατρό ή έναν ειδικό, σύμφωνα με παραπεμπτικό από το γιατρό, είναι δωρεάν.

Επιδοτούνται συναντήσεις και θεραπεία από οδοντίατρο, ποδίατρο, ψυχολόγο, χειροπράκτη και φυσιοθεραπευτή.

Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν να συμμετάσχουν στην ασφαλιστική ομάδα 2 και να πληρώνουν ένα υψηλότερο ποσοστό της εισφοράς. Αν κάποιος ανήκει σε αυτή την ομάδα, μπορεί να υποβληθεί σε θεραπεία από οποιοδήποτε γιατρό ή κέντρο υγείας.

Μπορεί επίσης να συμβουλευτεί ειδικευμένους γιατρούς, χωρίς παραπομπή. Η ασφάλιση υγείας επιδοτεί τις αμοιβές τους, σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην ομάδα ασφάλισης 1, αλλά οτιδήποτε πάνω από αυτό το ποσό πρέπει να καταβληθεί εξ ολοκλήρου από το άτομο. Η θεραπεία από τον ιατρό, ψυχολόγο, οδοντίατρο, χειροπράκτη ή φυσιοθεραπευτή δίνεται υπό τους ίδιους όρους όπως και για την κατηγορία ασφάλισης 1.

Όλοι όσοι είναι πολίτες της Δανίας διαλέγουν έναν συγκεκριμένο γενικό ιατρό, που μπορούν να επικοινωνήσουν σε περίπτωση ασθένειας. Οι γενικοί ιατροί ασχολούνται με περισσότερες από μια ασθένεια, για παράδειγμα είναι υπεύθυνος για εμβολιασμούς και τον έλεγχο μιας εγκυμοσύνης. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στην πρόληψη ασθενειών που προέρχονται από παχυσαρκία, κάπνισμα και έλλειψη άσκησης. Πολλές φορές οι γενικοί ιατροί ρωτούν ερωτήσεις που ξαφνιάζουν αλλά αυτό συμβαίνει διότι θέλουν να κάνουν τους ασθενείς να σκεφτούν τι θα μπορούσαν να κάνουν ώστε να μην νοσήσουν (Vrangbaek, 2008).

Στην Δανία, καθώς και σε άλλες χώρες, ο καθένας είναι υπεύθυνος για να φροντίσει την υγεία του. Οι περισσότεροι έχουν τον ίδιο γενικό ιατρό για πολλά χρόνια. Το πλεονέκτημα από αυτό είναι ότι ο γιατρός θα γνωρίζει πολύ καλά το οικογενειακό ιστορικό. Ο γενικός γιατρός

γνωρίζει πως να διαγνώσει και να θεραπεύσει όλες τις κοινές ασθένειες, είναι συνεπώς ικανός να γνωρίζει τι συμβαίνει και πως να το θεραπεύσει. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παραπέμψει τους ασθενείς σε έναν εξειδικευμένο ιατρό ή στο νοσοκομείο. Είναι λοιπόν υπεύθυνος να γράψει μια παραπεμπτική επιστολή όταν πρόκειται να εξεταστεί ή θεραπευτεί από έναν ειδικό ιατρό ή στο νοσοκομείο ο ασθενής. Το όνομα, η διεύθυνση και ο αριθμός τηλεφώνου του γενικού ιατρού είναι γραμμένος στην κάρτα εθνικής ασφάλισης (Vrangbaek, 2008).

Για όσους ταξιδεύουν προς τη Δανία από τις χώρες του ΕΟΧ (κράτη μέλη της ΕΕ συν τη Νορβηγία, Λιχτενστάιν και Ισλανδία) ή από την Κροατία, την Τουρκία, την Ελβετία, το Μαρόκο, τη ΠΓΔΜ, το Πακιστάν, τη Σερβία και τη Βοσνία-Ερζεγοβίνη θα πρέπει να καλύπτονται από τη δανική υπηρεσία υγείας που παρέχει κράτος που καλύπτονται από την δημόσια ασφάλιση υγείας στη χώρα τους.

Αν κάποιος πρόκειται να διαμένει στη Δανία για λιγότερο από ένα έτος, μπορεί να χρησιμοποιήσει την Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ), αλλά θα πρέπει να έχει επίσης τη φόρμα E106 αν σκοπεύει να μείνει περισσότερο από 1 έτος (<http://www.europe-cities.com/en/633/denmark/health/>).

Οι πολίτες από την παραπάνω ομάδα των χωρών που δεν καλύπτονται από ασφαλιστικό φορέα του κράτους καταγωγής τους και οι πολίτες από χώρες που δεν αναφέρονται παραπάνω δεν μπορούν να λάβουν στη Δανία υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μέχρι 6 εβδομάδες μετά την εγγραφή στις Δανικές αρχές.

1.2.2 Ιατρικό Προσωπικό (Γενικοί Ιατροί)

Οι πολίτες μπορούν να συνεργαστούν με το γιατρό της επιλογής τους, εφόσον εργάζεται σε απόσταση 10 χιλιομέτρων από το σπίτι τους, αλλά υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί. Κατά την εγγραφή στο σύστημα ασφάλισης υγείας κράτους, λαμβάνουν έναν κατάλογο με γιατρούς που ασκούν στην περιοχή τους. Οι πολίτες που ανήκουν στην ασφαλιστική ομάδα 1 πρέπει να επιλέξουν ένα γιατρό από τη λίστα και να εγγραφούν σε αυτόν. Εκείνος δέχεται την εγγραφή αν έχει χώρο για νέους ασθενείς. Ο κατάλογος δείχνει πραγματικά ποιοι γιατροί είναι δυνατόν να λάβουν νέους ασθενείς. Εάν σε οποιαδήποτε στιγμή, θέλουν να αλλάξουν γιατρό, θα πρέπει να ενημερώσουν σχετικά τις τοπικές αρχές για την υγεία τους και να πληρώσουν για ένα νέο πιστοποιητικό ασφάλισης υγείας. Απαιτούνται περίπου 14 ημέρες από το κράτος για να επεξεργαστεί το αίτημα αυτό.

Οι πολίτες που ανήκουν στην ασφαλιστική ομάδα 2 δεν χρειάζεται να καθορίσουν ένα όνομα γιατρού και είναι σε θέση να επισκέπτονται οποιαδήποτε όποτε προκύπτει ανάγκη.

Εάν ο πολίτης χρειάζεται συνάντηση με τον γιατρό, θα πρέπει να κλείσει ένα ραντεβού. Συνήθως τα ραντεβού είναι για την ίδια ημέρα ή στη χειρότερη περίπτωση, την επόμενη μέρα. Οι γιατροί έχουν επίσης μία ώρα τηλεφωνικών ραντεβού κάθε μέρα. Αν χρειαστεί θεραπευτική αγωγή από εξειδικευμένο γιατρό, θα πρέπει να δοθεί παραπεμπτικό από τον γενικό γιατρό. Τα περισσότερα ιατρεία είναι ανοικτά από της 8πμ έως της 4μμ τις καθημερινές και μόνο ένα απόγευμα κάθε εβδομάδα.

Εάν προκύψει ένα περιστατικό έκτακτης ανάγκης και κάποιος χρειάζεται θεραπεία έξω από το ιατρείο του γιατρού του, μπορεί να

επικοινωνήσει με το γιατρό έκτακτης ανάγκης του κάθε νομού. Εκείνος μπορεί να τον συμβουλευτεί από το τηλέφωνο ή να κάνει μια επίσκεψη σπίτι (<http://www.europe-cities.com/en/633/denmark/health/>).

1.2.3 Ιατρικό Προσωπικό (Ειδικό Ιατροί)

Για την επίσκεψη σε κάποιον ειδικό γιατρό, αν ο ασφαλισμένος ανήκει στην ομάδα 1, θα πρέπει ο γιατρός να τον παραπέμψει σε ειδικό σύμβουλο, εκτός από ΩΡΛ και οφθαλμίατρο, καθώς αν χρειαστεί να συμβουλευτεί ο ασθενής έναν ειδικό για τα αυτιά, τη μύτη και το λαιμό ή τα μάτια του μπορεί να το πράξει χωρίς την παραπομπή.

Αν ανήκει στην ασφαλιστική ομάδα 2, δεν χρειάζεται παραπομπή για να συμβουλευτεί έναν ειδικό. Ανεξάρτητα από την ομάδα στην οποία ανήκει, θα πρέπει να κλείσει κάποιο ραντεβού. Οι ειδικοί γιατροί τείνουν να έχουν μεγάλες λίστες αναμονής.

Ορισμένοι ειδικοί έχουν συνάψει συμφωνίες με το κρατικό σύστημα ασφάλισης. Αυτοί δεν χρεώνουν επιπλέον αμοιβή στους πολίτες και παρέχουν δωρεάν θεραπεία στους ασθενείς της ομάδας 1. Οι ασθενείς που ανήκουν στην ασφαλιστική ομάδα 2 λαμβάνουν όλο το ποσό της επιδότησης ενώ τους ασθενείς της ομάδας 1, μπορεί να υπάρξουν επιπλέον χρεώσεις, αν για παράδειγμα έχουν αντιμετωπιστεί κατά προτεραιότητα ή όταν περάσουν το πλαφόν.

1.2.4 Νοσοκομεία

Τα περισσότερα νοσοκομεία της Δανίας ανήκουν σε καθένα από τους 14 νομούς της Δανίας. Σε όλα τα νοσοκομεία η περίθαλψη είναι δωρεάν. Μάλιστα, το νοσοκομείο θα φροντίσει το δικαίωμα του ασθενή σε διερμηνέα, αν ο γιατρός το κρίνει αναγκαίο.

Τα νοσοκομεία στη Δανία έχουν λίστες αναμονής το μέγεθος των οποίων εξαρτάται από το είδος της θεραπείας που χρειάζεται ο κάθε ασθενής. Η ιστοσελίδα του Υπουργείου Εσωτερικών και Υγείας παρέχει πληροφορίες για τις λίστες αναμονής ([http:// www. europe-cities. com/en/633/denmark/health/](http://www.europe-cities.com/en/633/denmark/health/)).

1.2.5 Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Η χώρα της Δανίας έχει πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, όπου ο ασθενής πρέπει να πληρώσει για όλες τις θεραπείες που έλαβε. Στη Δανία υπάρχουν αυτή τη στιγμή 44 ιδιωτικά νοσοκομεία, εκ των οποίων κάποια είναι νοσοκομεία για ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. Ο ρόλος τους είναι ουσιαστικά ίδιος με αυτόν των δημόσιων νοσοκομείων, καθώς δεν παρέχουν διαφορετικές υπηρεσίες. Παρόλα αυτά, σε κάποιες περιπτώσεις παρέχουν σημαντικές διευκολύνσεις, όπως άμεση εξυπηρέτηση.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι αντίστοιχος με αυτόν στα δημόσια, χωρίς διαφοροποιήσεις. Κατά κανόνα οι μισθοί τους δεν έχουν σημαντικές διαφορές (<http://expatindenmark.com/faq/Pages/Private-hospitals.aspx>).

1.2.6 Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών βρίσκονται σε κεντρικά νοσοκομεία. Είναι ανοιχτά όλη την ημέρα, όλο το χρόνο. Σε αυτά καταφεύγουν ασθενείς αν χρειάζονται επείγουσα θεραπεία για μια ασθένεια ή τραυματισμό, που συνέβη μέσα στις προηγούμενες 24 ώρες. Μερικά τμήματα επειγόντων περιστατικών δεν δέχονται επισκέψεις αν υπάρχει παραπεμπτικό γιατρού. Σε όλα η περίθαλψη είναι δωρεάν για τους Δανούς πολίτες, αλλά θα πρέπει να φέρει σε κάθε περίπτωση να έχουν το κίτρινο πιστοποιητικό ασφάλισης υγείας τους μαζί (<http://www.europe-cities.com/en/633/denmark/health/>).

1.2.7 Εναλλακτικές Θεραπείες

Η Δανία προσφέρει στους πολίτες της ένα ευρύ φάσμα εναλλακτικών θεραπειών, όπως η οστεοπαθητική και κινησιολογία, αλλά μόνο ο βελονισμός είναι επιδοτούμενος. Για να λάβει την επιδότηση ο ασθενής, ο γιατρός πρέπει να λάβει τη συναίνεση της δημόσιας υπηρεσίας υγείας.

1.3 Νοσηλευτική επιστήμη και εκπαίδευση στη Δανία

1.3.1 Γενικά στοιχεία για τη νοσηλευτική επιστήμη

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη ξεχωριστή από την Ιατρική, με δική της ταυτότητα, αντικείμενο και μεθοδολογία, που βοηθά τον άρρωστο από άλλες πηγές γνώσης από εκείνες της Ιατρικής. Από την έναρξή της η Νοσηλευτική περιγράφηκε με ποικίλους τρόπους. Αρχικά, δινόταν έμφαση στην τέχνη ή τεχνολογική πλευρά της Νοσηλευτικής, μεταγενέστερα όμως ανακαλύφθηκε το συνεχώς διευρυνόμενο πεδίο της, που περιλαμβάνει εκτός από την εμπειρική της πλευρά και την επιστημονική γνώση και μέθοδο (Σαχίνη-Καρδάση και Πάνου, 2000). Η περιγραφή της νοσηλευτικής στη Δανία, δεν παρουσιάζει κάποια διαφοροποίηση.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1986) νοσηλευτική είναι προσφορά υγείας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και να διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθά εκείνον που βρίσκεται σε ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, δηλαδή σε πριν τη νόσο κατάσταση, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Ανιχνεύει και βρίσκει τους ασθενείς στα πρώιμα στάδια της αρρώστιας και συντελεί στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, ώστε να προλαμβάνεται μεγαλύτερη επιβάρυνση της υγείας ή και ο θάνατος. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Και τέλος, φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπο ώστε να αποφύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας του. Οι παραπάνω διαδικασίες είναι αντίστοιχες σε όλες

τις χώρες όπου υπάρχει η Νοσηλευτική επιστήμη, και κατά συνέπεια έχουν ισχύ και στην χώρα της Δανίας.

Ο μοναδικός ρόλος του Νοσηλευτή συνίσταται στο να βοηθάει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στην υγεία ή την ανάρρωσή του ή σε έναν ειρηνικό θάνατο και τις οποίες το άτομο θα μπορούσε να εκτελέσει μόνο του αν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση και να πράττει αυτό και με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθάει το άτομο να γίνει ανεξάρτητο όσο το δυνατό συντομότερο.

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη της υγείας. Για αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τους Νοσηλευτές συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων και τεχνικών δεξιοτήτων. Το έργο της προσφέρει εκτός από μόρφωση, καλλιέργεια ψυχής, ενώ παράλληλα προάγει την ολοκλήρωση της προσωπικότητας των Νοσηλευτών. Η Νοσηλευτική είναι λειτούργημα. Λειτούργημα είναι η δημόσια υπηρεσία που έχει πρωτεύουσα σημασία τα μέλη μιας κοινωνίας και για αυτό απαιτεί υψηλό αίσθημα ευθύνης από αυτούς που το ασκούν (Μόσχου και Κάκκου, 2000).

Η νοσηλευτική επιστήμη είναι μεθοδευμένη γνώση της Νοσηλευτικής, που προέρχεται από την παρατήρηση, τη μελέτη και τον πειραματισμό. Η έρευνα στη Νοσηλευτική προσφέρει γνώσεις που μεταφράζονται και μεταφέρονται στην πράξη. Οι νοσηλευτικές θεωρίες είναι συσσωρευμένη νοσηλευτική πείρα και γνώση που αναπτύχθηκε με την επιστημονική έρευνα, ενώ πλέον η Νοσηλευτική εξελίσσεται ως επιστημονικός κλάδος και όχι μόνο ως πρακτικό έργο. Οι κυριότερες έννοιες που ενδιαφέρουν το επάγγελμα είναι:

1. οι αρχές και νόμοι που ακολουθούν τη ζωή, η υγεία και οι λειτουργίες του ανθρώπου, ασθενή και υγιή. □
2. η ανθρώπινη συμπεριφορά σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον σε συνήθη γεγονότα και καταστάσεις και
3. οι διεργασίες με τις οποίες επιτυγχάνονται θετικές αλλαγές στο επίπεδο υγείας.

Οι τρεις αυτές έννοιες είναι ίδιες και στη Δανία όπως και σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και γενικότερα στις χώρες σε Παγκόσμιο επίπεδο όπου η Νοσηλευτική επιστήμη είναι σε ανεπτυγμένο επίπεδο.

Μία από τις βασικές έννοιες της Νοσηλευτικής είναι η νοσηλευτική διεργασία, όπου θεωρείται μέθοδος για τη συστηματική λύση των προβλημάτων αλλά και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, δηλαδή που δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλο άρρωστο παρά μόνο σε εκείνον για τον οποίο σχεδιάστηκε.

Όταν η γνώση εφαρμόζεται κλινικά, οι Νοσηλευτές κατανοούν τα στοιχεία που έχουν σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς και έτσι καθορίζουν αναλόγως τη θεραπευτική αγωγή. Επίσης, κατά τη διάρκεια της άμεσης νοσηλευτικής πρακτικής, χρειάζεται κλινική κρίση που όμως απαιτεί ευφυΐα, ανεπτυγμένες διανοητικές ικανότητες και μεγάλη προσοχή στη δουλειά των χεριών. Επιπλέον, σημαντικό μέρος στη νοσηλευτική επιστήμη καταλαμβάνει ο σκεπτικισμός, ο οποίος όταν συνδυάζεται με συνεχή αναζήτηση στοιχείων και θεωριών και επιβεβαίωση αυτών, είναι ιδιαίτερα χρήσιμος.

Η επιστημονική πρόοδος, οι τεχνολογικές δυνατότητες, η γνώση αλλά και η κοινωνία που όλο και περισσότερο αναγνωρίζει την αξία της Νοσηλευτικής δίνουν τη δυνατότητα στους Νοσηλευτές να κλείνουν το χάσμα μεταξύ επιστήμης και τέχνης και να συνεχίζουν την εξέλιξη της Νοσηλευτικής.

Από τον 20^ο αιώνα η Νοσηλευτική έπαψε να είναι πλέον μια πρακτική-εμπειρική μέθοδος. Σε όλες τις επιστημονικά αναπτυγμένες χώρες εμφανίζεται μια επιστήμη που απαιτεί χρόνο, κόπο και μόχθο για να γίνει κτήμα των σπουδαστών της. Η νοσηλευτική εκπαίδευση δε σταματάει με την απόκτηση του πτυχίου ανώτερων σχολών ή πανεπιστημίου. Η συνεχής και συστηματική νοσηλευτική επιμόρφωση αποτελεί πλέον απαραίτητο στοιχείο επιστημονικής καταξίωσης.

1.3.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση στη Δανία

Η Δανική νοσηλευτική εκπαίδευση είναι γενική. Η εκπαίδευση διαρκεί 3,5 χρόνια και αποτελείται από θεωρητικό και πρακτικό κομμάτι (τα 2 πρώτα χρόνια, 4 εξάμηνα, είναι το θεωρητικό κομμάτι και τα τρία τελευταία εξάμηνα είναι η πρακτική).

Η κλινική εκπαίδευση πραγματοποιείται σε πιστοποιημένα κλινικά νοσηλευτικά ιδρύματα, σε κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας έξω από τα νοσοκομεία. Το νοσηλευτικό πρόγραμμα αντιστοιχεί σε 210 μονάδες ECTS από τις οποίες 90 μονάδες καλύπτουν το κλινικό μέρος στον τομέα της χειρουργικής, παιδιατρικής, μαιευτικής, γηριατρικής, ψυχιατρικής και νοσηλείας στο σπίτι (http://www.fepi.org/docs/country_profiles/Prof_DK_EN.pdf).

Η νοσηλευτική εκπαίδευση βασίζεται σε ακαδημαϊκούς κλάδους εντός νοσηλευτικής επιστήμης όπως της ιατρικής επιστήμης, ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες.

Το πλάνο για το κλινικό μέρος της εκπαίδευσης καθορίζεται από το κάθε πανεπιστήμιο. Η νοσηλευτική εκπαίδευση ολοκληρώνεται με μια πτυχιακή εργασία. (http://www.fepi.org/docs/country_profiles/Prof_DK_EN.pdf).

Η νοσηλευτική εκπαίδευση εφοδιάζει τους φοιτητές νοσηλευτικής με πολλές αρμοδιότητες. Προσπαθούν να τους διδάξουν μέσω της πρακτικής άσκησης να παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε κάθε περίπτωση που έχει να κάνει με τη νοσηλευτική. Τους εφοδιάζει με δεξιότητες για να μπορούν να αντιμετωπίζουν τόσο επαγγελματικά όσο και προσωπικά θέματα δεοντολογίας στον τομέα της νοσηλείας, περικλείοντας τις αξίες της νοσηλευτικής. Τους εφοδιάζουν με ικανότητες να επικοινωνούν με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

Επίσης, τους δίνει τη δυνατότητα να καταγράφουν τα βήματα του προγραμματισμού και εφαρμογής της νοσηλείας τους. Ακόμη τους δίνεται η δυνατότητα να αναλύουν, να βάζουν στόχους και να επιλύουν προβλήματα που έχουν σχέση με τον κλάδο της νοσηλευτικής. Τους προμηθεύει με δεξιότητες συνεργασίας ώστε να μπορούν να διαπραγματευτούν με εποικοδομητικό και επαγγελματικό τρόπο με τους ασθενείς αλλά και με τους συγγενείς όπως επίσης και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Προσπαθούν να τους βοηθήσουν να προσαρμοστούν και να εξελιχθούν στον νοσηλευτικό τομέα σύμφωνα με τις απαιτήσεις του πληθυσμού. (<http://nursedu.dk/Education/Competences.aspx>)

Το πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι χωρισμένο σε 14 ενότητες όπου το θεωρητικό κομμάτι ενώνει την θεωρία με την κλινική πρακτική δίνοντας μια δυναμική ισορροπία μεταξύ θεωρίας και πράξης. Η εκπαίδευση βασίζεται στις πιο πρόσφατες γνώσεις και σε αποτελέσματα ερευνών. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος χρησιμοποιούνται ποικιλία από μεθόδους διδασκαλίας όπως διαλέξεις, μαθήματα στην τάξη, εργασίες και κλινική πρακτική σε πλήρως εξειλιγμένα εργαστήρια (<http://nursedu.dk/Education/Curriculum.aspx>).

Στο μάθημα της νοσηλευτικής ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο να μάθουν να παρατηρούν συμπτώματα και περιπτώσεις χρησιμοποιώντας τις επαγγελματικές τους δεξιότητες ώστε να αξιολογήσουν τις παρατηρήσεις τους, να σχεδιάσουν τη νοσηλευτική διεργασία, να δράσουν και να είναι ικανοί να αιτιολογήσουν τις πράξεις τους. Μαθαίνουν πως να ανταποκρίνονται σε βασική νοσηλευτική φροντίδα όπως το τάϊσμα των ασθενών, μέτρηση σφυγμών και αρτηριακής πίεσης, την χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων, την υγιεινή των ασθενών στο κρεβάτι καθώς και η δερματική και στοματική φροντίδα. Επίσης, μαθαίνουν πως να δουλεύουν χρησιμοποιώντας επικοινωνιακές και νοσηλευτικές θεωρίες, τη δεοντολογία και τα θέματα σχετικά με την κρίση αξιών (<http://nursedu.dk/Education/Theory.aspx>).

Για να ολοκληρώσουν τις επαγγελματικές και προσωπικές δεξιότητες σαν νοσηλευτές πρέπει να ασχοληθούν με θέματα στον τομέα της διαχείρισης, της έρευνας, της τεχνολογίας, των πληροφοριών, την πρόληψη και την ποιότητα. Ο στόχος της κλινικής άσκησης είναι να αναλάβουν ασθενείς και να είναι υπεύθυνοι για την εκτίμηση, τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας (<http://nursedu.dk/Education/Theory.aspx>).

Το ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα της Δανίας είναι κατηγοριοποιημένο στα κολέγια τα οποία παρέχουν επαγγελματικά προσανατολισμένη τριτοβάθμια εκπαίδευση και τα πανεπιστήμια. Μετά από τη γενική νοσηλευτική εκπαίδευση, μαθήματα ειδικότητας είναι διαθέσιμα σε πτυχιακό ή μεταπτυχιακό επίπεδο μέσα στο κολεγιακό τομέα. Μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα είναι διαθέσιμα και σε πολλά πανεπιστήμια. Ακόμη, συνεχιζόμενη εκπαίδευση από τον οργανισμό νοσηλευτών προσφέρεται μέσω σεμιναρίων, ημέρες μελέτης, θεματικές ημέρες σε τοπικά θέματα, με σκοπό να συντονίσει τις καθημερινές ανάγκες των νοσηλευτών.

Το πτυχίο της νοσηλευτικής διέπεται από το Υπουργείο Παιδείας. Η εγγραφή των νοσηλευτών είναι ευθύνη του Εθνικού Διοικητικού Συμβουλίου για την υγεία που δίνει το δικαίωμα για πρακτική και κρατά αρχεία για 17 επαγγελματικές ομάδες συμπεριλαμβανομένων της νοσηλευτικής και της μαιευτικής.

Στη Δανία υπάρχει επαγγελματικός σύλλογος νοσηλευτών όπως περίπου και στην Ελλάδα ο ΕΝΕ, ονομάζεται 'Dansk Sygeplejeråd'. Ιδρύθηκε το 1899 και προστατεύει τα δικαιώματα 72,000 περίπου νοσηλευτών. Η εγγραφή και συμμετοχή είναι εθελοντική και περίπου το 90% των Δανών νοσηλευτών αλλά και φοιτητών νοσηλευτικής είναι μέλη. Συνεργάζονται επίσης με άλλους επαγγελματικούς οργανισμούς νοσηλευτών, ευρωπαϊκούς αλλά και παγκόσμιους. Οι νοσηλευτές πού είναι εγγεγραμμένοι έχουν μία σειρά από πλεονεκτήματα. Ο οργανισμός προστατεύει τα μέλη του και φροντίζει ώστε να αμείβονται σύμφωνα με την υψηλή αξία του επαγγέλματος στην κοινωνία προσφέροντας υπηρεσίες υψηλής ποιότητας ([http://www .dsr.dk/ Artikler/ Sider/ Welcome.aspx](http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Welcome.aspx)).

Όλα τα μέλη του ορφανισμού φοράνε μία κονκάρδα με το σήμα του οργανισμού. Η κονκάρδα αυτή δηλώνει μία καταξιωμένη και σωστά εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια. Στο παρελθόν υπήρξαν περιστατικά κλοπής που παρίσταναν έναν άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτή. Από τότε όταν κάποιο μέλος διαγραφεί, θεωρήσει ο οργανισμός ότι δεν είναι άξιο μέλος ή αφήσει την ζωή, η κονκάρδα επιστρέφεται στον οργανισμό. Επίσης είναι κατασκευασμένη με τέτοιο τρόπο ώστε η αντιγραφή της να είναι αδύνατη (<http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Fag/Sygeplejehistorie/Historie%20p%C3%A5%20engelsk/The-History-of-the-Danish-Nurses-Organization.aspx>).

1.4 Κλινικές αποφάσεις

1.4.1 Βασικά χαρακτηριστικά κλινικών αποφάσεων

Σύμφωνα με τον Μοντουκαλάκη (2010), το ιατρικό έργο χαρακτηρίζεται από σειρά αποφάσεων απ' τις οποίες εξαρτάται η υγεία και η ζωή ανθρώπων. Οι αποφάσεις αυτές αναφέρονται ως κλινικές αποφάσεις.

Μεταξύ αυτών πρωτεύουσα θέση κατέχουν οι αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία, οι οποίες, με τη σειρά τους, εξαρτώνται από τις αποφάσεις που αφορούν τη διάγνωση, καθώς και τις εκτιμήσεις που σχετίζονται με την πρόγνωση. Πράγματι, προκειμένου να επιλεγεί μια θεραπευτική παρέμβαση ο γιατρός θα πρέπει να απαντήσει σε τρεις βασικές ερωτήσεις (Μοντουκαλάκης 2010):

- Ποια είναι η αναμενόμενη έκβαση της νόσου αν αφηθεί χωρίς θεραπεία;
- Ποια είναι τα αναμενόμενα οφέλη (πόσο αναμένεται να βελτιωθεί η έκβαση) από τη θεραπεία;
- Ποιοι είναι οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι (δυσμενείς επιπτώσεις) από τη θεραπεία;

Προϋποθέσεις για να απαντηθούν αυτές τις ερωτήσεις είναι:

(α) να είναι ορθή η διάγνωση,

(β) να είναι γνωστή η φυσική ιστορία της νόσου που έχει διαγνωστεί,

(γ) να υπάρχουν πληροφορίες από κλινικές μελέτες για την αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών παρεμβάσεων στους ασθενείς που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο και έχουν χαρακτηριστικά (π.χ., φυλή, φύλο, ηλικία, άλλες παθήσεις) όμοια με του συγκεκριμένου αρρώστου και

(δ) να είναι γνωστά το είδος και η πιθανότητα των δυσμενών συνεπειών της θεραπευτικής παρέμβασης (π.χ., ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου που θα χορηγηθεί ή επιπλοκές και θνητότητα της χειρουργικής επεμβάσεως που θα εφαρμοστεί).

Αν και κάθε γιατρός παίρνει, στη διάρκεια της σταδιοδρομίας του, χιλιάδες τέτοιες αποφάσεις, έχει διαπιστωθεί ότι συχνά οι γιατροί δεν είναι σε θέση να περιγράψουν επακριβώς τον τρόπο με τον οποίο καταλήγουν στις καθημερινές τους επιλογές (Evans και συνεργάτες 1995, Harries και συνεργάτες 2000).

Απάντηση στο ερώτημα αυτό επιχειρεί να δώσει η θεωρία των αποφάσεων. Ο επιστημονικός αυτός κλάδος πρωτοεμφανίστηκε κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο με σκοπό την υποβοήθηση αποφάσεων που είχαν σχέση με πολεμικές επιχειρήσεις, επεκτάθηκε αργότερα στη διοίκηση εμπορικών επιχειρήσεων και προτάθηκε για πρώτη φορά ως μέσον ανάλυσης των κλινικών αποφάσεων (ειδικότερα, εκείνων που αφορούν τη διάγνωση) από τους Ledley και Lusted, το 1959 (Σπάρος 1994).

Σκοπός της ανάλυσης των κλινικών αποφάσεων είναι η υποβοήθηση του κλινικού ιατρού στη λήψη της καλύτερης απόφασης κάτω από τις συνθήκες αβεβαιότητας που χαρακτηρίζουν κάθε κλινικό πρόβλημα. Πρώτο βήμα για την επίλυση ενός κλινικού προβλήματος είναι η διατύπωσή του με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη σαφήνεια. Μετά τη δόμηση του προβλήματος εκτιμούνται οι πιθανότητες διαφόρων εκβάσεων με βάση τις διαθέσιμες βιβλιογραφικές πληροφορίες. Το επόμενο βήμα είναι ο υπολογισμός της χρησιμότητας (utility) που αναμένεται από κάθε έκβαση. Η προσδοκώμενη χρησιμότητα σειράς εναλλακτικών αποφάσεων αντιστοιχεί στο άθροισμα των χρησιμοτήτων των διαφόρων εκβάσεων σταθμισμένων με τις αντίστοιχες πιθανότητες. Από τις διάφορες εναλλακτικές αποφάσεις επιλέγεται τελικά εκείνη που μεγιστοποιεί την προσδοκώμενη χρησιμότητα (Hamm 1988, Pauker και Kassirer 1992, Μοντουκαλάκης 2010).

Όπως τονίζει ο Μοντουκαλάκης (2010), η μέθοδος λήψης κλινικών αποφάσεων διευκολύνεται με τη δόμηση και ανάλυση των καλούμενων δένδρων κλινικών αποφάσεων (decision tree). Η δομή των δένδρων κλινικών αποφάσεων απεικονίζει σχηματικά τη διαδοχική σειρά εναλλακτικών επιλογών με τις αντίστοιχές τους εκβάσεις.

Έτσι, ξεκινώντας από το συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα φθάνουμε σε κόμβους αποφάσεων (decision nodes) από τις οποίες ξεκινούν διαδρομές αποφάσεων. Οι διαδρομές αποφάσεων καταλήγουν σε κόμβους τύχης (chance nodes) που συμβολίζουν χρονικά σημεία καταγραφής των ενδεχόμενων αποτελεσμάτων των αντίστοιχων επιλογών (αποφάσεων). Από τους κόμβους τύχης ξεκινούν εναλλακτικές διαδρομές αποτελεσμάτων που καταλήγουν σε διαφορετικές εκβάσεις (Ανευλαβής, 1994).

1.4.2 Κλινικές αποφάσεις και νοσηλευτές

Εστιάζοντας συγκεκριμένα στους νοσηλευτές, οι κλινικές αποφάσεις είναι άμεσα συνδεδεμένες με την έννοια της αυτονομίας. Όπως τονίζεται και στην έρευνα της Ζήνωνος (2010) στο βιβλίο του Mundinger (1980) τονίζεται ότι αυτόνομη πράξη δεν είναι όταν οι νοσηλευτές παρέχουν ιατρική περίθαλψη χωρίς ιατρική παρακολούθηση ή όταν ασκούν την ιατρική χωρίς άδεια, αλλά όταν οι νοσηλευτές παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα που συμπληρώνει και μερικές φορές επικαλύπτει την ιατρική θεραπεία. Η Αυτονομία, σύμφωνα με τους Batey και Lewis (1982) είναι πολύπλευρη και εμπεριέχει έννοιες όπως την αυτο-κατεύθυνση, την ανεξαρτησία και την έλλειψη ελέγχου από εξωτερικούς παράγοντες.

Ωστόσο, ο Soar, όπως αναφέρει η Γεωργίου (2010), υποστηρίζει ότι κανένα άτομο δεν είναι ελεύθερο να λειτουργεί αυτόνομα. Επισημαίνει ότι ως επαγγελματίας, πρέπει να συμμορφώνεται με τους νόμους που διέπουν το επάγγελμα του, να τηρεί τους κοινωνικούς και

επαγγελματικούς κώδικες, καθώς και γραφειοκρατικές ή συμβατικές απαιτήσεις που επιβάλλονται από τον οργανισμό που εργάζεται.

Επιπρόσθετα, η αυτονομία εντοπίζεται ως μια από τις πιο βασικές συνιστώσες της επαγγελματικής πρακτικής στο νοσηλευτικό επάγγελμα και αποτελεί τη σφραγίδα του κάθε επαγγέλματος (Alexander και συνεργάτες 1998, Kopp 2001). Σύμφωνα με το Ζήνωνος (2010) η αυτονομία ορίζεται ως η ανεξαρτησία, το δικαίωμα και η υπευθυνότητα στη λήψη αποφάσεων, στην πρακτική και στην εφαρμογή των επαγγελματικών αξιών και αποτελείται από τρεις βάσεις:

1. Τη βάση γνώσεων (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη των νοσηλευτών κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων)
2. τη βάση της δράσης (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη για τις ενέργειες τους) και
3. τη βάση των αξιών (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη για την εφαρμογή των αξιών τους).

Με βάση τα παραπάνω, και όπως τονίζει ο Bakalis και συνεργάτες (2003), η λήψη κλινικών αποφάσεων θεωρείται βασικό στοιχείο του νοσηλευτικού ρόλου. Οι Christensen και Griffith-Kenney (1990) όρισαν την λήψη κλινικών αποφάσεων ως τρόπο σκέψης που χρησιμοποιείται για την επιλογή συγκεκριμένης πορείας δράσης, ενώ παράλληλα ο Clark (1996) ορίζει τη λήψη κλινικών αποφάσεων ως μια διαδικασία που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για να συγκεντρώσουν πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς, να τις αξιολογήσουν και να

9προβούν σε αποφάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Θεωρείται επίσης μια διαδικασία που υποδηλώνει δύναμη και εξουσία, να εργάζεται κάποιος χωρίς την έγκριση των άλλων. Η λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελεί το μέγιστος βαθμός αυτόνομης νοσηλευτικής πρακτικής και κατά συνέπεια το μέλλον του νοσηλευτή στην κλινική πρακτική (Bakalis και συνεργάτες, 2003).

Αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών, αυτοί είναι αρκετοί. Ένας σοβαρός παράγοντας που αναγνωρίζεται συχνά στις ανεπίσημες συζητήσεις μεταξύ των νοσηλευτών σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων για τη διαχείριση του ασθενούς είναι η αυτονομία των νοσηλευτών, όπως αναφέρουν οι Charalabous και Charalabous (2010). Επιπλέον, η προσωπική εμπειρία της ερευνήτριας δείχνει επίσης μια περιορισμένη αυτονομία των νοσηλευτών στην άσκηση του κλινικού έργου και τα ζητήματα σχετικά με αυτό το θέμα δεν έχουν αντιμετωπιστεί προηγουμένως εμπειρικά ή συστηματικά.

Αντίστοιχα, σύμφωνα με την έρευνα των Καδδά και Αργυρίου (2012) οι νοσηλευτές έχοντας μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, συζητούν πιο εύκολα με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους για αποφάσεις. Επίσης, επιθυμούν πιο συχνά τη συμμετοχή τους σε τέτοιες αποφάσεις.

Οι γνώσεις των νοσηλευτών επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο και επηρεάζουν την αυτοπεποίθηση, η ύπαρξη της οποίας είναι απαραίτητη για την λήψη αποφάσεων, ενώ το ίδιο ισχύει και για την σχέση μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών. Όταν η σχέση αυτή

είναι βασισμένη στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, τότε οι νοσηλευτές είναι σε θέση να λαμβάνουν υπεύθυνα αποφάσεις για τους ασθενείς.

Παρόλα αυτά, όπως τονίζεται από την έρευνα της Αδάμου και συνεργατών (2011), οι Έλληνες νοσηλευτές χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτονομία ως προς την εκτέλεση παρεμβάσεων χωρίς ιατρική οδηγία ή σε επείγουσες καταστάσεις. Η αυτονομία αυτή δε φαίνεται να σχετίζεται με παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κλινική εμπειρία και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, χαρακτηριστικά της ελληνικής πραγματικότητας, όπως η προβληματική οργάνωση των νοσοκομείων, η απουσία συνεργασίας, η ελλειμματική κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών, η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών είναι οι κύριες αιτίες.

Σε κάθε περίπτωση, ο σκοπός της δικής σας έρευνας ήταν να διαπιστώσετε τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στην Δανία.

Αφορμή της έρευνας αυτής ήταν η 6μηνη πρακτική άσκηση της ερευνήτριας στη χώρα αυτή με το πρόγραμμα Erasmus.

2 Μέθοδος

2.1 Έρευνα-Μεθοδολογία έρευνας

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009) υπό τον όρο έρευνα νοείται η συστηματική διαδικασία κατά την οποία επιτυγχάνεται η απαιτούμενη συλλογή δεδομένων και η ακριβής ανάλυση πληροφοριών προκειμένου να αυξηθεί ο βαθμός κατανόησης ενός ή περισσοτέρων θεμάτων ή φαινομένων. Μέσω της διαδικασίας της έρευνας ο ερευνητής έχει την δυνατότητα να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση ενός φαινομένου και να μεταδώσει αυτή τη νέα γνώση σε άλλους.

Η έννοια της έρευνας βρίσκει εφαρμογή και στο χώρο της υγείας, υπό τα ίδια κριτήρια. Ένας ωστόσο πιο συγκεκριμένος ορισμός της έννοιας ‘έρευνα υγείας’ ο οποίος προσδιορίζεται ακριβώς με βάση την υγεία, είναι εκείνος που αναφέρει ότι ,αυτή, αποτελεί τη διαδικασία που επιτρέπει την απόκτηση συστηματικής γνώσης και τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για την βελτίωση της ατομικής και συλλογικής υγείας (Bowling, 2002). Υπό τον όρο μεθοδολογίας της έρευνας νοείται η ευρύτερη διαδικασία και ερευνητική προσπάθεια εξεύρεσης και επιλογής κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων, προκειμένου να μελετηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα και πληρέστερα το υπό εξέταση φαινόμενο, πρόβλημα ή ζήτημα (Δημητρόπουλος, 2001). Η μεθοδολογία έρευνας θεωρείται επιστημονική εφόσον εξασφαλίζεται ότι κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της αξιοποιούνται μέσα και υλικά με επιστημονική μεθοδολογία.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον μήνα Οκτώβριο-Δεκέμβριο του 2011. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να διατυπώσει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σε διαφορετικά κλινικά πλαίσια στην Δανία.

2.2 Σχεδιασμός

Για την έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση και λήφθηκαν αποφάσεις σχετικά με την μέθοδο και καταγραφή της έρευνας. Η απόφαση για την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας πάρθηκε λόγω έλλειψης ερευνητικής μελέτης και ελληνικής βιβλιογραφίας. Έτσι πραγματοποιήθηκε αυτή η έρευνα για την κατανόηση των νοσηλευτικών αποφάσεων των νοσηλευτών και τις πρωτοβουλίες που λαμβάνουν στην καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα. Με την έρευνα αυτή ίσως καταφέρουμε να παραδειγματιστούμε από τους Δανούς νοσηλευτές και να διορθώσουμε την κλινική άσκηση στην Ελλάδα, όπου και αν χρειάζεται, ώστε να προαχθεί η νοσηλευτική επιστήμη.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Οι ποσοτικές προσεγγίσεις έρευνας επεξεργάζονται ένα πλήθος από ποσότητες/αριθμούς που θα πρέπει να συγκεντρωθούν, να περιγραφούν και να αναλυθούν. Τα χαρακτηριστικά των ποσοτικών δεδομένων περιγράφονται και αναλύονται με ποσοτικά μεγέθη (Lacey και συνεργάτες, 2001). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με την χρήση ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε και χρησιμοποιήθηκε στο

παρελθόν από τους Μπακάλη και Watson (2005) το οποίο περιέχει 15 ερωτήσεις.

2.3 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο δημόσια νοσοκομεία της Δανίας. Στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων καθώς και στις μονάδες επεξηγώντας τον σκοπό της έρευνας. Αφού περάσαμε από συνέντευξη και υπογράφηκε το χαρτί που περιλάμβανε ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών πήραμε την άδεια να πλησιάσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό.

Εξηγήσαμε με σαφήνεια στους νοσηλευτές ότι σκοπός είναι να διερευνήσουμε τις νοσηλευτικές αποφάσεις που λαμβάνουν κατά την νοσηλευτική άσκηση. Τονίσαμε την διατήρηση της ανωνυμίας καθώς και ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Δώσαμε κάποιες διευκρινήσεις για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και συνεχίσαμε στην διανομή τους. Ο χρόνος ολοκλήρωσης της διαδικασίας ήταν κατά μέσο όρο 10 λεπτά.

Τα σχόλια σε γενικές γραμμές ήταν θετικά, ήταν δεκτικοί και χαρούμενοι να συμμετάσχουν σε μία τέτοια έρευνα.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος διότι σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009), είναι η πιο αντικειμενική, συστηματική διαδικασία η οποία περιγράφει, ελέγχει σχέσεις και εξετάζει την σχέση αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ διάφορων μεταβλητών.

Για να καταλήξει ο ερευνητής σε έγκυρα και επιστημονικά αποτελέσματα δύο είναι τα βασικά ζητήματα που πρέπει να εστιάσει, στη συλλογή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού και στη διαμόρφωση ενός κατάλληλου για την έρευνα ερωτηματολογίου (psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/fact_sample.html).

Ο τρόπος λοιπόν συλλογής δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίου. Η Σαχίνη(2000) αναφέρει ότι στα πλαίσια ενός ερωτηματολογίου ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αφορούν σε όλα τα χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου, όπως στη δομή, το περιεχόμενο, τη γλώσσα, τη μορφοποίηση του κ.α. Σε κάθε περίπτωση κατά το σχεδιασμό ενός ερωτηματολογίου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ο ερευνητικός σκοπός, το δείγμα στο οποίο απευθύνεται και τις ιδιαιτερότητες του, τους διαθέσιμους πόρους της έρευνας, υλικούς και ανθρώπινους, τον χρόνο διεξαγωγής και άλλα πρακτικά ζητήματα.

Στα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται:

- Απλή, κατανοητή γλώσσα.
- Γνωστό λεξιλόγιο.

- Ξεκάθαρες ακριβείς ερωτήσεις.
- Η αλληλουχία στη σειρά των ερωτήσεων να διέπεται από τη λογική.
- Οι όροι να είναι κατανοητοί από όλες τις κοινωνικές ομάδες.
- Αποφυγή διατύπωσης ερωτήσεων που μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματικές αντιδράσεις.
- Το μέγεθος να μην είναι αποτρεπτικό και ιδιαίτερα κουραστικό.
- Αποφυγή ερωτήσεων για μη αποδεκτές συμπεριφορές.
- Αποφυγή ερωτήσεων που τίθενται σε απόλυτα προσωπικό επίπεδο.
- Να παρέχονται όλες οι απαραίτητες οδηγίες για τη συμπλήρωση, διατυπωμένες με σαφήνεια.
- Να προηγούνται οι ευκολότερες και άμεσου τύπου ερωτήσεις ακολουθούμενες από τις πολυπλοκότερες.
- Να είναι καλαίσθητα γραμμένο και τυπωμένο.
- Να επιτρέπει την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων.
- Να έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία και εγκυρότητά του.
- Να έχει αξιολογηθεί μέσω πιλοτικής εφαρμογής. (http://epapanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_1084.html). (Δαρβίρη, 2009).

Όλες οι ως άνω προϋποθέσεις, σαφώς αυξάνουν την πιθανότητα δημιουργίας ενός καλού εργαλείου όπως το ερωτηματολόγιο, ενώ μεγιστοποιούν την καλύτερη χρήση ενός υπάρχοντος. Σε κάθε περίπτωση, η ποιότητα ενός ερωτηματολογίου θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ακρίβεια του σχεδιασμού του και από τον έμπειρο ερευνητή στη χρήση ερωτηματολογίων (Δαρβίρη 2009).

Το ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί και χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν από τον Δρ Μπακάλη Νικόλαο σε παρόμοια έρευνα συγκρίνοντας τις χώρες Ελλάδα-Αγγλία, καθώς και από τη συμφοιτήτρια και συνάδελφό μας Πισσά Δημητρίου Διαμάντω συγκρίνοντας τις χώρες Ελλάδα-Φιλανδία. Περιελάμβανε τρία μέρη. Είχε ερωτήσεις κλειστού τύπου και οι νοσηλευτές απαντούσαν ανάλογα χρησιμοποιώντας κλίμακες Likert .

Αναλυτικά, στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχαν πληροφορίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο και οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 15 ερωτήσεις που αφορούσαν τις κλινικές αποφάσεις σε διάφορα στάδια της κλινικής άσκησης και πως οι νοσηλευτές χειρίζονται τα προβλήματα και τις διάφορες καταστάσεις στην κλινική άσκηση. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα Likert 4 σημείων (από τακτικά μέχρι καθόλου) έτσι ώστε να προσδιοριστούν οι απαντήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τις κλινικές αποφάσεις και τις πράξεις των νοσηλευτών στην κλινική άσκηση. Το ερωτηματολόγιο έχει δείξει πολύ καλά στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Το ερωτηματολόγιο ήταν στην αγγλική γλώσσα και όχι στη Δανική μεταφρασμένο. Ο λόγος ήταν το γεγονός ότι οι Δανοί είναι εξοικειωμένοι με την Αγγλική γλώσσα και πολύ καλοί γνώστες της.

2.5 Δείγμα

Η δειγματοληψία αποτελεί μία από τις πλέον ουσιαστικές διαδικασίες στα πλαίσια σχεδιασμού και εφαρμογής μίας έρευνας. Βασικός σκοπός της δειγματοληψίας είναι η διεξαγωγή συμπερασμάτων επί ενός μελετώμενου πληθυσμού αξιοποιώντας δείγματα αυτού (Kiaer, 1895). Το δείγμα θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στόχου. Η έννοια της αντιπροσωπευτικότητας αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο το δείγμα έχει τα ίδια χαρακτηριστικά με τον πληθυσμό στόχο και συνεπώς τα αποτελέσματα θα επιτρέπουν και αντίστοιχες γενικεύσεις (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή (accidental or convenience sampling). Κατά τη δειγματοληψία ευκολίας προκύπτει και αξιοποιείται το λεγόμενο δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελείται από άτομα, τα οποία είναι διαθέσιμα ή εύκολα προσβάσιμα. Το σημαντικότερο μειονέκτημα είναι η χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και αδυναμία διεξαγωγής γενικεύσεων για τον πληθυσμό. Για τον λόγο αυτό, για να αποφύγουμε το λάθος, το δείγμα για την παρούσα έρευνα ήταν ομοιογενές, δηλαδή η ομάδα πληθυσμού που επιλέξαμε ήταν όλοι νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών.

Η μέθοδος αυτή ήταν χρήσιμη στη δική μας έρευνα καθώς στα πλεονεκτήματά της εντάσσονται, το σχετικά χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων. Παράλληλα η μέθοδος ευκολίας είναι χρήσιμη όταν επιδιώκεται η αξιολόγηση ενός πιλοτικού ερευνητικού εργαλείου όπως ένα ερωτηματολόγιο (Bowling, 2007).

Σύμφωνα με τον Ζαφειρόπουλο (2007), ο κυρίαρχος κανόνας και η επικρατούσα επιστημονική θέση υποστηρίζει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες αυτό να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού και επομένως να μειώνονται οι πιθανότητες σφάλματος. Στη συγκεκριμένη έρευνα το δείγμα ήταν 120 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών.

2.6 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.

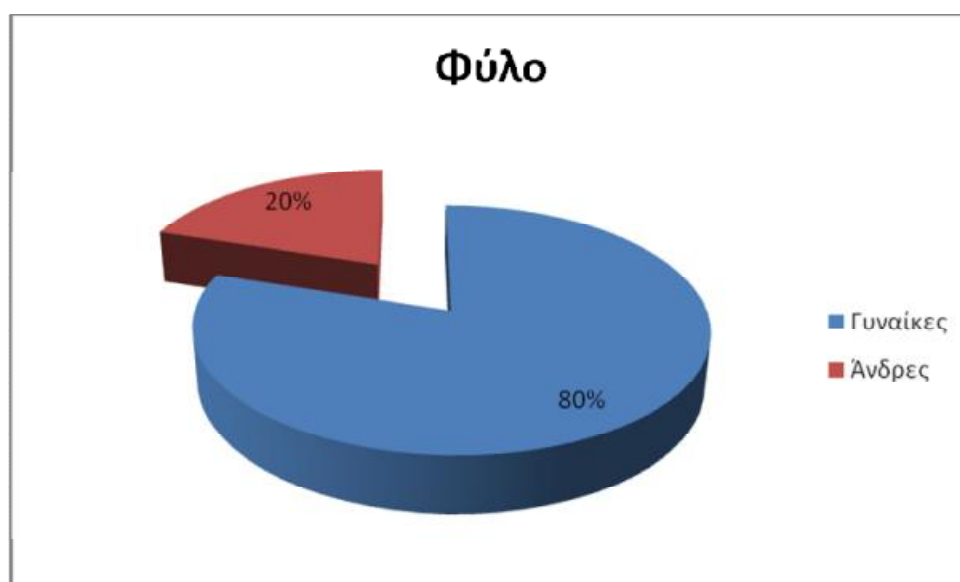
Σύμφωνα με την Σαχίνη(2000) η περιγραφική στατιστική αποτελεί τη μέθοδο που επιτρέπει τη λεπτομερή και με κάθε πληρότητα μελέτη, οργάνωση, σύνοψη και εύληπτη παρουσίαση δεδομένων, γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία και την απαιτούμενη εμπειρία στη χρήση της στη διεξαγωγή της έρευνας. Η σημαντικότητα της περιγραφικής στατιστικής, έγκειται ακριβώς στο γεγονός ότι μέσω της προσφερόμενης ανάλυσης επιτρέπει και διευκολύνει τη διεξαγωγή πρακτικών ερευνητικών συμπερασμάτων.

3 Αποτελέσματα

3.1 Δημογραφικά στοιχεία

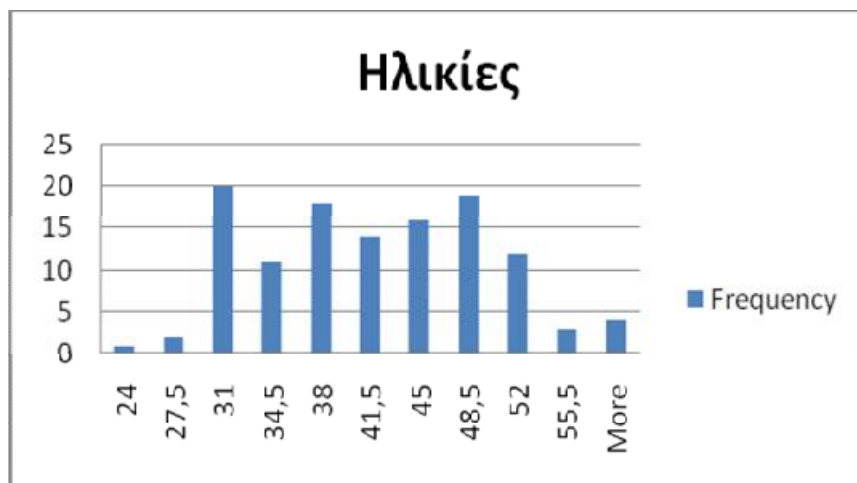
Η πρώτη αυτή ενότητα των αποτελεσμάτων, περιλαμβάνει τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων.

Γράφημα 1: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με το φύλο



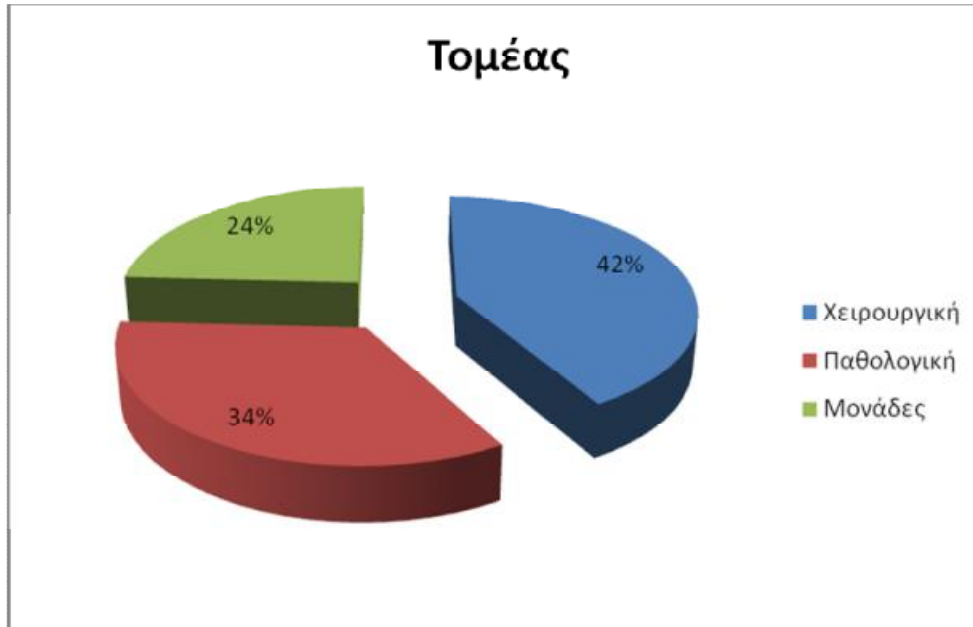
Η συντριπτική πλειοψηφία (80%) των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες.

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την ηλικία



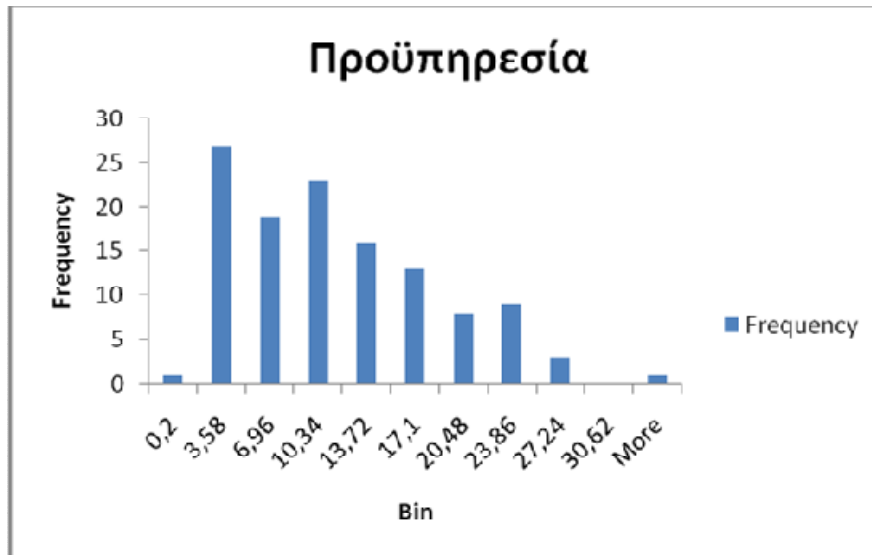
Αναφορικά με την ηλικία τους, κυμαίνεται από τα 27 ως τα 59 έτη, ενώ η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 40,33 έτη.

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με τον τομέα



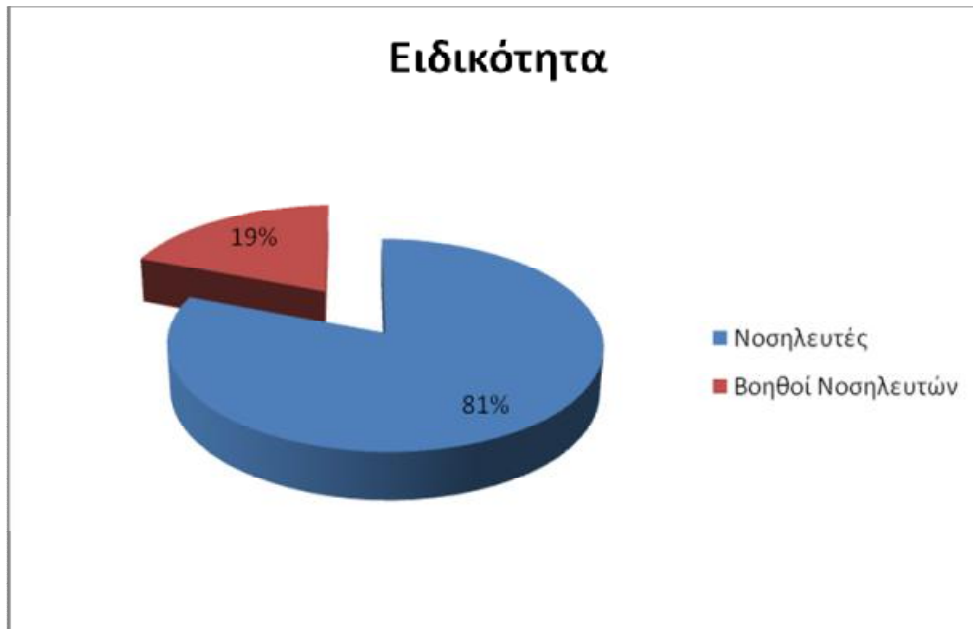
Σε σχέση με τον τομέα στον οποίο εργάζονται, το 42% εργάζεται στα χειρουργεία, το 34% στον παθολογικό, ενώ το 24% εργάζεται στις μονάδες, όπως φαίνεται από την εικόνα που ακολουθεί.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την προϋπηρεσία



Επιπλέον, αναφορικά με την προϋπηρεσία του δείγματος, αυτή κυμαίνεται από λίγους μήνες ως 34 έτη, και έχει μέση τιμή τα 9,97 έτη.

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την ειδικότητα



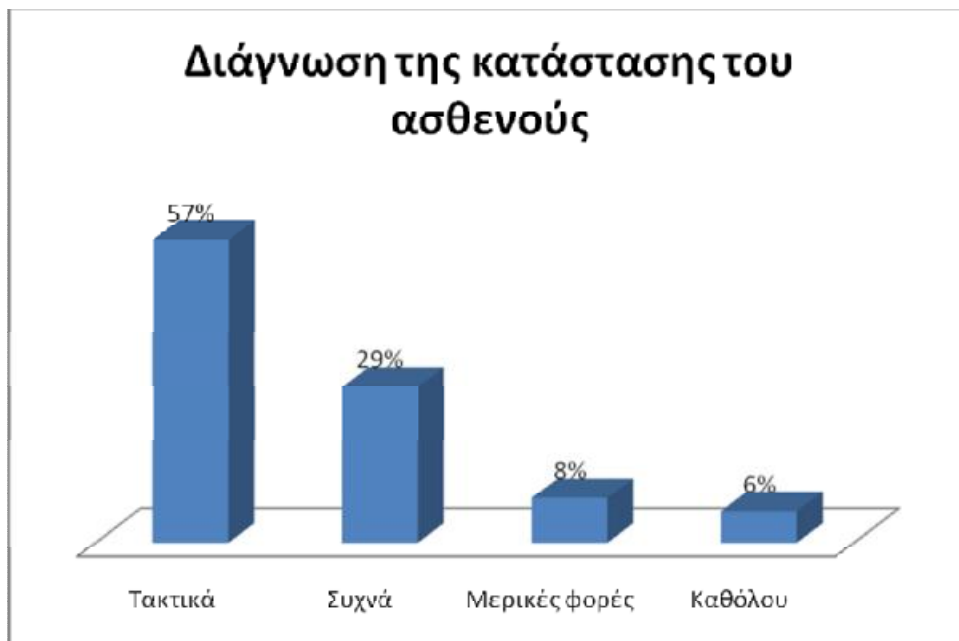
Εικόνα 1: Κατανομή δείγματος ως προς την ειδικότητα

Η συντριπτική πλειοψηφία (81%) των ερωτηθέντων ήταν νοσηλευτές.

3.2 Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο

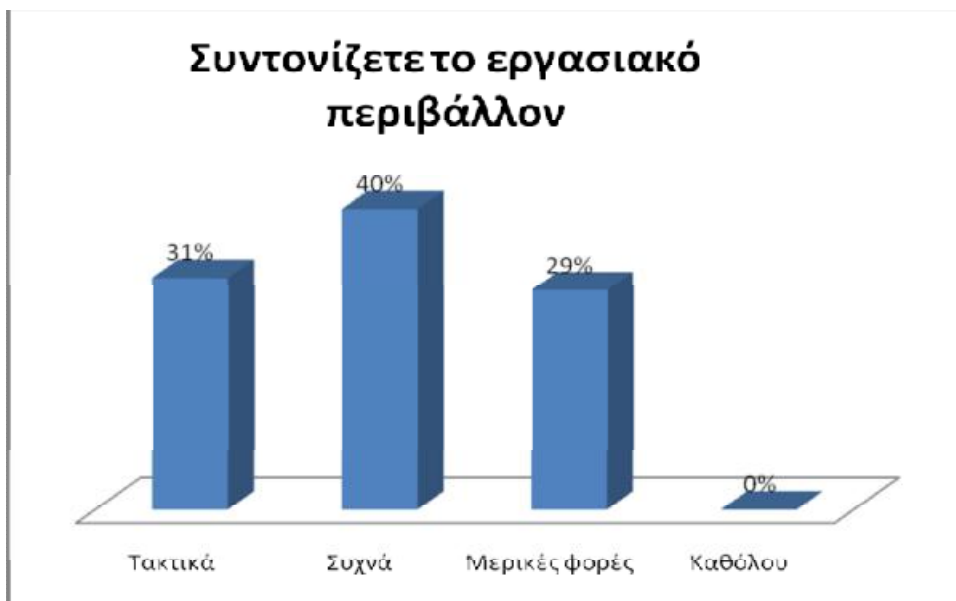
Η δεύτερη ενότητα των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις 15 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σχετικά με τις δραστηριότητές τους στα πλαίσια της δουλειάς τους.

Γράφημα 1: Διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς



Το 57% των ερωτηθέντων ασχολείται τακτικά με τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς ενώ το 29% συχνά.

Γράφημα 2: Συντονισμός εργασιακού περιβάλλοντος



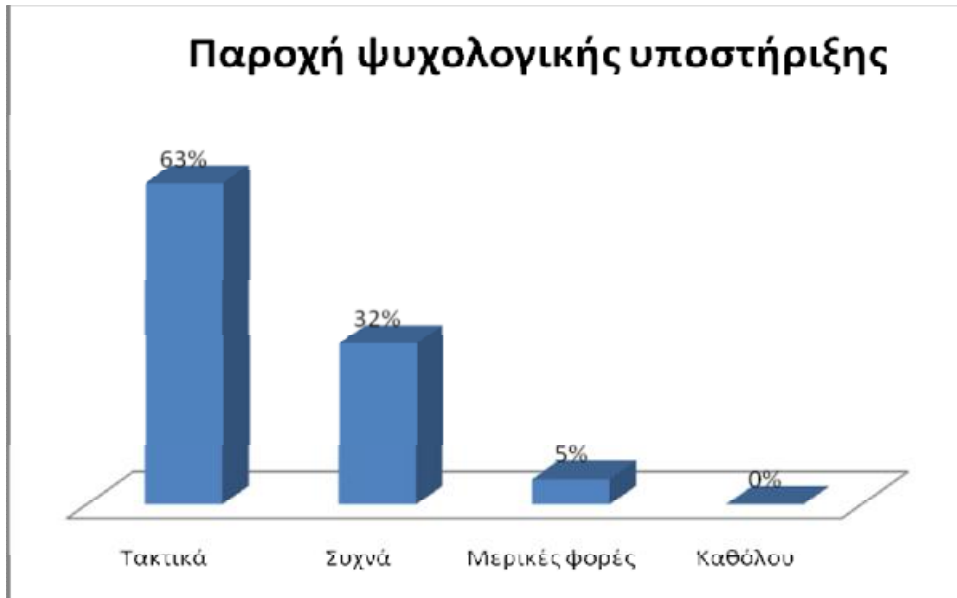
Αναφορικά με την ενασχόληση με θέματα συντονισμού εργασιακού περιβάλλοντος, το 40% ασχολείται συχνά, το 31% τακτικά και το 29% ασχολείται μερικές φορές.

Γράφημα 3: Παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας



Με την παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας ασχολείται τακτικά το 80% των ερωτηθέντων, και συχνά το 16%.

Γράφημα 4: Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης



Εικόνα 2: Επαγγελματικές δραστηριότητες – 4^η ερώτηση

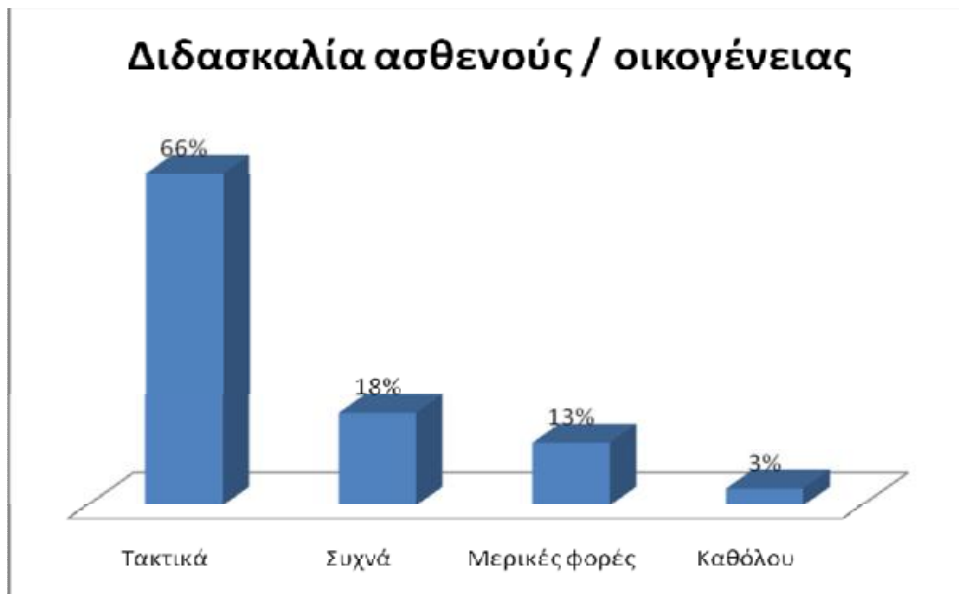
Με την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης ασχολείται το 63% τακτικά και το 32% συχνά.

Γράφημα 5: Παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις



Αναφορικά με την παρέμβαση των ερωτηθέντων σε επείγουσες καταστάσεις, το 34% ασχολείται μερικές φορές, το 33% συχνά και το 30% τακτικά.

Γράφημα 6: Διδασκαλία ασθενούς - οικογένειας



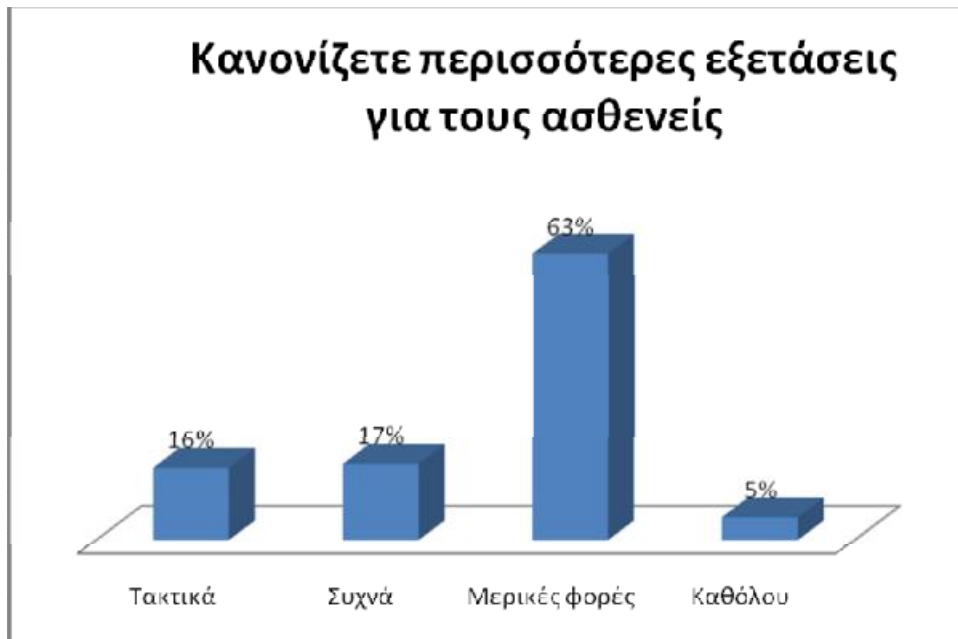
Αντίθετα, με τη διδασκαλία του ασθενούς ή της οικογένειάς του ασχολείται τακτικά το 66% των ερωτηθέντων, και συχνά το 18%.

Γράφημα 7: Διδασκαλία ασθενούς – οικογένειας



Το 21% των ερωτηθέντων δεν ασχολείται καθόλου με την ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας, ενώ το 25% το ασχολείται μερικές φορές, και το 23% το κάνει τακτικά.

Γράφημα 8: Κανόνισμα περισσότερων εξετάσεων για τους ασθενείς



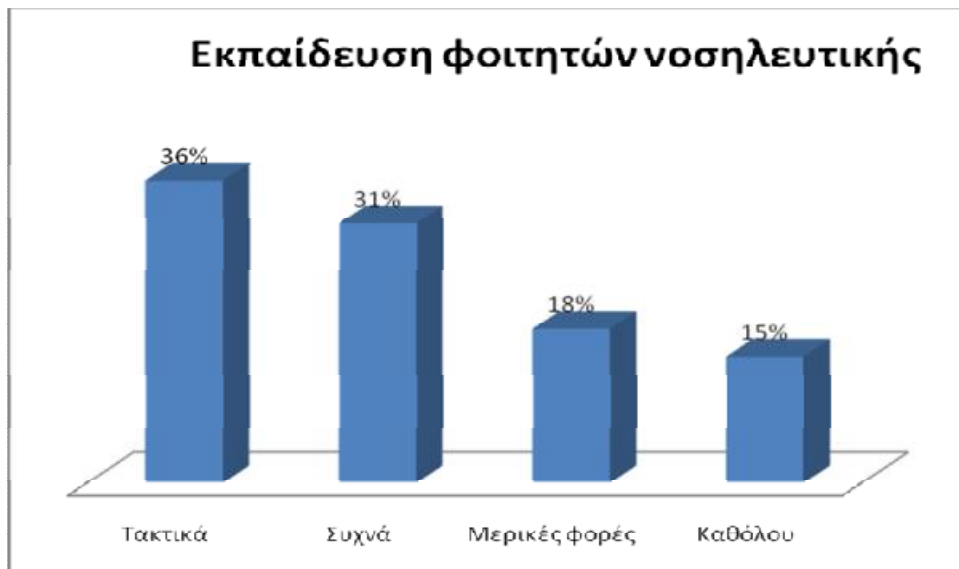
Αντίστοιχα, το κανόνισμα περισσότερων εξετάσεων για τους ασθενείς απασχολεί τους νοσηλευτές μερικές φορές το 63%, τακτικά το 16% και συχνά το 17% αντίστοιχα.

Γράφημα 9: Επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού



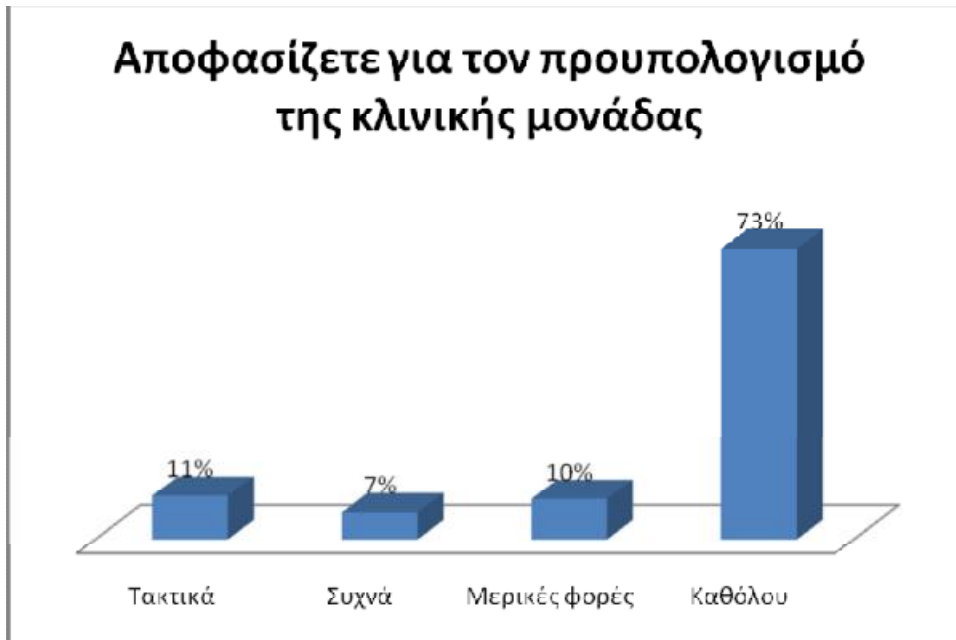
Με την επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού ασχολείται τακτικά το 41% και συχνά ασχολείται το 28%, ενώ μερικές φορές ασχολείται το 25%.

Γράφημα 10: Εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής



Το 36% ασχολείται τακτικά και το 31% ασχολείται συχνά με την εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής.

Γράφημα 11: Εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής



Το 73% των νοσηλευτών δεν ασχολείται καθόλου με αποφάσεις που έχουν να κάνουν με τον προϋπολογισμό της κλινικής μονάδας, και το 11% ασχολείται τακτικά.

Γράφημα 12: Αλλαγή θεραπευτικής αγωγής ασθενούς



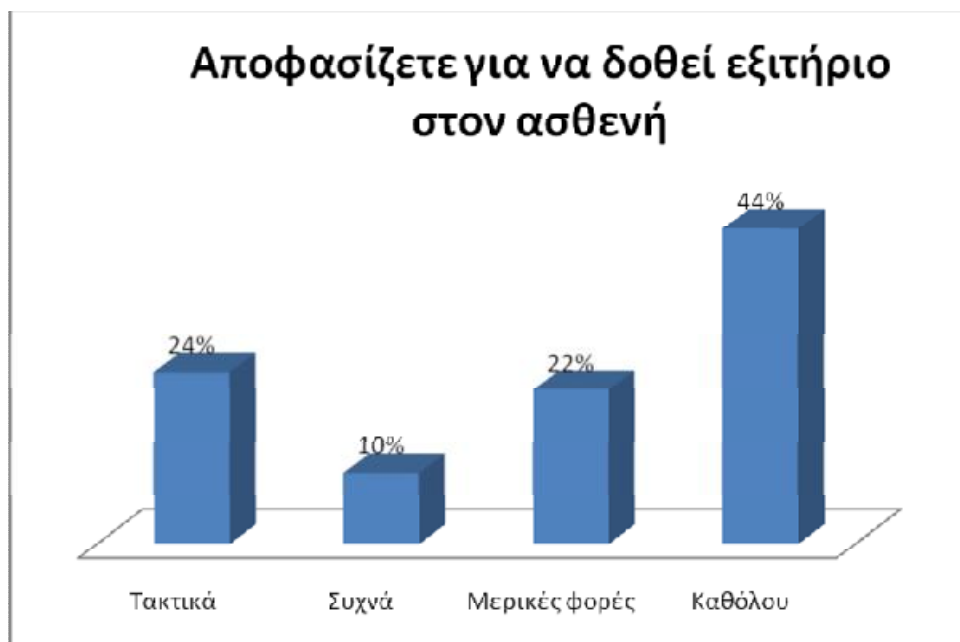
Το 48% δεν ασχολείται καθόλου με την αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενούς, το 33% ασχολείται μερικές φορές και το 13% συχνά.

Γράφημα 13: Παροχή πληροφοριών στον ασθενή / την οικογένεια κατά την έξοδο από το νοσοκομείο



Το 63% των νοσηλευτών ασχολείται τακτικά με την παροχή πληροφοριών στον ασθενή ή στην οικογένειά του κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο και το 23% ασχολείται συχνά.

Γράφημα 14: Απόφαση για να δοθεί εξιτήριο στον ασθενή



Το 44% δεν ασχολείται ποτέ με αποφάσεις σχετικά με το πότε θα δοθεί εξιτήριο στον ασθενή, το 24% το κάνει τακτικά και το 22% το κάνει μερικές φορές.

Γράφημα 15: Οργάνωση της εργασίας άλλων



Τέλος, το 43% των νοσηλευτών ασχολείται συχνά με την οργάνωση της εργασίας των άλλων ενώ το 28% ασχολείται μερικές φορές με τέτοιες εργασίες.

4 Συζήτηση

Στα πλαίσια της παρούσης εργασίας, μελετήθηκαν οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία στη Δανία. Αρχικά, παρουσιάστηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσοκομείων της Δανίας, εστιάζοντας σε διάφορους τομείς.

Παραδείγματος χάριν, έγιναν σημαντικές αναφορές στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος στη Δανία, στους γιατρούς του νοσοκομειακού συστήματος, τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, στις παροχές του συστήματος προς τους πολίτες, ανάλογα με την κατηγορία ασφάλισης που έχουν αλλά και ανάλογα με το αν απευθύνονται σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο. Επίσης, έγινε αναφορά στο κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αλλά και στην λειτουργία των ιατρείων.

Εν συνεχεία, έγινε αναφορά ειδικότερα στους νοσηλευτές, εστιάζοντας στην νοσηλευτική εκπαίδευση στη Δανία, και τέλος μελετήθηκαν τα βασικότερα σημεία σχετικά με τις κλινικές αποφάσεις που καλούνται να πάρουν οι νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες / τομείς στους οποίους οι νοσηλευτές συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό. Παραδείγματος χάριν, η παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, η διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς, η παροχή πληροφοριών στον ασθενή ή στην οικογένειά του κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο, αλλά και η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή, είναι διαδικασίες που απασχολούν σε μεγάλο βαθμό τους νοσηλευτές στη Δανία.

Οι παραπάνω δραστηριότητες απασχολούν σε μεγάλο βαθμό τους νοσηλευτές στη Δανία εξαιτίας μιας πληθώρας παραγόντων. Καταρχήν, το επίπεδο γνώσεων που έχουν οι νοσηλευτές στην συγκεκριμένη χώρα, τους επιτρέπει να είναι σε θέση να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση της κατάστασης των ασθενών. Επιπλέον, λαμβάνουν εκπαίδευση έτσι ώστε να είναι σε θέση να παρέχουν ειδική ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς, με αποτέλεσμα και η συγκεκριμένη δραστηριότητα να τους απασχολεί σε μεγάλο βαθμό.

Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα να υπάρχει μια ευρύτερη εμπιστοσύνη τόσο από την διοίκηση του νοσοκομείου, όσο και από τους γιατρούς απέναντι στις δυνατότητες των νοσηλευτών. Η εμπιστοσύνη αυτή ενισχύει σημαντικά την αυτοπεποίθησή τους και κατά συνέπεια τους δίνει την δυνατότητα να αναπτύσσουν περαιτέρω πρωτοβουλίες στους συγκεκριμένους αυτούς τομείς.

Φυσικά, τα παραπάνω, όπως και οι άλλες δραστηριότητες που απασχολούν σε μεγάλο βαθμό τους νοσηλευτές (δηλαδή η παροχή πληροφοριών στον ασθενή και η παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας) προβλέπονται ούτως ή άλλως από το βασικό καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών με βάση την λειτουργία των νοσοκομείων της χώρας.

Επιπλέον, δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα, όπως η διδασκαλία του ασθενούς ή της οικογένειάς του, η επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού, αλλά και η εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής, φαίνεται επίσης να απασχολούν σε μεγάλο βαθμό τους νοσηλευτές.

Αυτό συμβαίνει διότι οι συγκεκριμένες δραστηριότητες επίσης εμπίπτουν στις βασικές υποχρεώσεις και εργασίες ενός νοσηλευτή στη Δανία, ο οποίος λαμβάνει τέτοια εκπαίδευση, ώστε να είναι σε θέση να επιτελέσει βασικές εκπαιδευτικές λειτουργίες. Οι νοσηλευτές έχουν σαν βασική υποχρέωση την σωστή και ολοκληρωμένη επαφή με τον συνάνθρωπο, είτε αυτός είναι ασθενής είτε ιατρός, και σε αυτό το επίπεδο καλούνται να μεταφέρουν βασικές γνώσεις τόσο στους ασθενείς, σχετικά ενδεχομένως με την ασθένειά τους και την θεραπεία της, όσο και στους φοιτητές νοσηλευτικής, έτσι ώστε αυτοί να "εγκλιματίζονται" σταδιακά στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασίας. Γενικότερα, είναι σαφές και από αυτό ότι οι νοσηλευτές αποτελούν ένα πολύ σημαντικό τροχό του συστήματος υγείας της συγκεκριμένης χώρας, κάτι που φαίνεται από την πληθώρα και την ποικιλία των αρμοδιοτήτων που τους ανατίθενται.

Σε πιο μέτριο βαθμό αντίθετα φαίνεται να απασχολούν τους νοσηλευτές οργανωτικές δραστηριότητες όπως αυτή του συντονισμού του εργασιακού περιβάλλοντος, αλλά και η οργάνωση της εργασίας των άλλων.

Αυτό συμβαίνει καθώς οι συγκεκριμένες δραστηριότητες δεν αποτελούν μέρος της βασικής δουλειάς και των καθηκόντων των νοσηλευτών. Δεδομένου λοιπόν ότι αναφερόμαστε σε μια χώρα που τα καθήκοντα περιγράφονται με αρκετά αυστηρό τρόπο και οι εργαζόμενοι τα σέβονται σε μεγάλο βαθμό, οι νοσηλευτές αφήνουν τις οργανωτικές δραστηριότητες των νοσοκομείων στο προσωπικό που είναι εκπαιδευμένο ειδικά για τέτοιου είδους εργασίες.

Αντίστοιχα περιορισμένες κρίνονται οι αποφάσεις των νοσηλευτών αναφορικά με την διενέργεια περισσότερων εξετάσεων για τους ασθενείς, αλλά και γενικότερα η παρέμβασή τους σε επείγουσες καταστάσεις.

Κατ' αντιστοιχία με την προηγούμενη περίπτωση, έτσι και εδώ αυτό συμβαίνει διότι τέτοιου είδους δραστηριότητες βάσει καθηκόντων αφορούν σε μεγαλύτερο βαθμό τους ιατρούς παρά τους νοσηλευτές. Έχοντας λοιπόν υπόψη ότι στη Δανία οι εργαζόμενοι σέβονται σε μεγάλο βαθμό τόσο την κατανομή των καθηκόντων, όπως ασκούν με συνέπεια τα δικά τους, έτσι αποφεύγουν να ασχολούνται με τα καθήκοντα των άλλων. Εξάλλου, η εκπαίδευσή τους δεν εστιάζει σε θέματα αποφάσεων για εξετάσεις και σε παρεμβάσεις για επείγουσες καταστάσεις.

Τέλος, ακόμα λιγότερο φαίνεται να συμμετέχουν οι νοσηλευτές στη Δανία σε αποφάσεις που έχουν να κάνουν με την ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας, με τον προϋπολογισμό της κλινικής μονάδας, με την αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενούς και με το πότε θα δοθεί εξιτήριο στον ασθενή.

Είναι σαφές ότι και αυτές οι δραστηριότητες, αφορούν σε καθήκοντα των γιατρών και όχι των νοσηλευτών. Χωρίς λοιπόν να τίθεται θέμα αυστηρής απαγόρευσης από το νοσοκομείο, τη διοίκηση ή το καθηκοντολόγιο, οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία της Δανίας δεν θα ασχοληθούν ιδιαίτερα με τέτοιες δραστηριότητες, ακριβώς επειδή έχουν επίγνωση των δυνατοτήτων τους, των γνώσεών τους και της κατανομής των εργασιών της κάθε ειδικότητας μέσα στο νοσοκομείο, ώστε αυτό να λειτουργεί εύρυθμα.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι στη Δανία η κατανομή των καθηκόντων στο νοσοκομείο είναι αρκετά σαφής και διακριτή. Οι νοσηλευτές έχουν μια πληθώρα δραστηριοτήτων με τις οποίες καλούνται να ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό, το εύρος των οποίων είναι μεγαλύτερο από ότι εδώ στην Ελλάδα.

Παρόλα αυτά, παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές δεν επεμβαίνουν σε δραστηριότητες που αφορούν καθήκοντα άλλων, όπως είναι το ιατρικό ή το διοικητικό προσωπικό. Ουσιαστικά δηλαδή υπάρχει μια οργάνωσή, τα χαρακτηριστικά της οποίας είναι σεβαστά από όλους με αποτέλεσμα η γενικότερη λειτουργία του συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης της χώρας να είναι σχετικά απροβλημάτιστη.

Σε σχέση με την κατάσταση στην Ελλάδα, είναι σαφές πως θα μπορούσαμε σε πολλά σημεία να παραδειγματιστούμε και να μάθουμε από αυτόν τον τρόπο λειτουργίας. Σε μεγάλο βαθμό στην χώρα μας υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο από τις διοικήσεις των νοσοκομείων όσο και από τους ιατρούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να νιώθουν ανασφάλεια στον εργασιακό χώρο, και κατά προέκταση να επιχειρούν με διάφορους τρόπους να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των ιατρών, ενδεχομένως και ξεπερνώντας τα όρια των καθηκόντων τους αναφορικά με την λειτουργία του νοσοκομείου.

Επιπλέον, οι νοσηλευτές στην Ελλάδα δεν λαμβάνουν την κατάλληλη κατάρτιση και δεν έχουν την απαραίτητη παρότρυνση για να ασχολούνται με δραστηριότητες εκπαιδευτικού χαρακτήρα, όπως συμβαίνει στη Δανία.

Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα τελικά η γενικότερη λειτουργία του συστήματος στην Ελλάδα να είναι σε μεγάλο βαθμό προβληματική, καθώς υπάρχει σύγχυση καθηκόντων, παρεμβάσεις νοσηλευτών στην δουλειά των ιατρών και αντίστροφα, καθώς και ένταση εντός του εργασιακού χώρου.

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι Δανοί νοσηλευτές ήταν πολύ πρόθυμοι στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την διεξαγωγή της έρευνας. Αυτό συνέβη διότι είναι υπέρ της έρευνας καθώς κάθε χρόνο πραγματοποιούνται πολλές κλινικές μελέτες από ιατρούς, νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής. Αντίθετα οι Έλληνες νοσηλευτές δεν είναι οικείοι με τις κλινικές έρευνες και αυτό συμβαίνει διότι δεν έχουν το θεωρητικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο να πραγματοποιούν έρευνες και να δίνουν νέα γνώση στην κοινωνία την υγεία και τους πολίτες. Αν και πολλοί στις μέρες μας κάνουν μεγάλα βήματα στον τομέα της έρευνας ιδιαίτερα πανεπιστημιακοί και καθηγητές. Δεν φτάνει όμως μόνο αυτό. Πρέπει στη χώρα μας να γίνονται πιο πολλές έρευνες γιατί η νοσηλευτική επιστήμη αν και βασική για την υγεία έχει πολλά προβλήματα. Το αντίθετο συμβαίνει στην Δανία όπου η νοσηλευτική έρευνα είναι αρκετά ανεπτυγμένη και έχει άλλη αντιμετώπιση από τους νοσηλευτές ιδιαίτερα όσο αφορά φοιτητές.

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

ξεκαθαρισμένα δικαιώματα ώστε να γνωρίζουν ποιες είναι οι δραστηριότητες που νομικά είναι κατοχυρωμένες να γίνονται από νοσηλευτές.

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

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

θα πρέπει να πραγματοποιούνται αρκετές έρευνες γιατί έτσι κατοχυρώνεται επιστημονικά η νοσηλευτική και προάγεται το επάγγελμα. Τέλος, είναι σημαντικό η νοσηλευτική να αναφέρεται από τα ΜΜΕ και φυσικά να αμείβεται καλύτερα το επάγγελμα.

Όσο αφορά την Δανία η νοσηλευτική διδάσκεται στα πανεπιστήμια(πολυτεχνεία) δίνοντας όλα τα εφόδια στους φοιτητές για ανάπτυξη κριτικής σκέψης θεωρητικού και πρακτικού υπόβαθρου. Επιπλέον, η νοσηλευτική θεωρείται επιστήμη και αποπνέει σεβασμό και εκτίμηση. Επίσης, το επάγγελμα είναι πολύ καλά αμειβόμενο. Στα νοσοκομεία οι νοσηλευτές είναι αρκετοί ώστε η φροντίδα να είναι ποιοτική δίνοντας βάση στην βασική νοσηλευτική φροντίδα.

Όλες οι διαφορές ανάμεσα σε αυτές τις δύο χώρες οφείλονται και στο ότι η Ελλάδα είναι μια οικονομικά αδύναμη χώρα με πολύ λίγα κονδύλια για την υγεία και την παιδεία. Ωστόσο, εμείς οι ίδιοι ως αυριανοί νοσηλευτές και επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσπαθήσουμε να αλλάξουμε το τοπίο για τη νοσηλευτική που πολλά δίνει αλλά πολύ λίγα παίρνει.

Αν και έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την βελτίωση του προφίλ του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα ακόμα χρειάζονται σημαντικές αλλαγές. Θα ήταν χρήσιμο για την βελτίωση της λειτουργίας του Ελληνικού συστήματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να χρησιμοποιηθεί ένα σύστημα σαν αυτό της Δανίας σαν

παράδειγμα. Οι νοσηλευτές αποτελούν σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι αυτού του συστήματος, και ο ξεκάθαρος καθορισμός των καθηκόντων τους, σε συνδυασμό με την κατάλληλη εκπαιδευτική κατάρτισή τους, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση της λειτουργίας του συστήματος στην Ελλάδα.

Βιβλιογραφία

Αδάμου Ε , Γιακουμιδάκης Κ , Καδδά Όλ , Αργυρίου Γ , Καπάδοχος Θ , Βασιλόπουλος Γ και Μαρβάκη Χ (2011) Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το Βήμα του Ασκληπιού 10^{ος} Τόμος, 2^ο Τεύχος, Απρίλιος – Ιούνιος 2011

Alexander JA (1998) A Causal Model of Voluntary Turnover among nursing personel in long term psychiatric Nursing. *Research in Nursing & Health*, 21(5): 415-427

Ανευλαβής Ε (1994) Το κλινικό πρόβλημα ως πρόβλημα λήψης κλινικών αποφάσεων. Εις: Σπάρος Λ (επιμέλεια έκδοσης). *Ανάλυση των Κλινικών Αποφάσεων*. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Αθήνα 1994

Bakalis N , Bowman G.S. και Porock, D (2003) Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 749-760

Batey M.V. και Lewis, F.M. (1982) Clarifying autonomy and accountability in nursing service. *Journal of Nursing Administration*, 12(9), 13–18

Bowling A (2002) *Research Methods in Health Investigating Health and Health Services*. Open University Press. Philadelphia, USA.

Γεωργίου Γ.Ε. (2010) *Επαγγελματική Αυτονομία και συσχέτιση με το βαθμό συνεργασίας Νοσηλευτών- Ιατρών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Κύπρου*. Διατριβή Επιπέδου Μάστερ

Charalabous M και Charalabous A (2010) Μια Κριτική Διερεύνηση των Αντιλήψεων των Νοσηλευτών Χειρουργικής Ογκολογίας για τους Παράγοντες που Περιλαμβάνονται στη Λήψη Αποφάσεων στη Μετεγχειρητική Διαχείριση Τραύματος: μια Περιγραφική Μελέτη. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 03, Τεύχος 01

Christensen P και Griffith-Keeney J (1990) The Nursing Process: Application of Conceptual Models, 3^η Έκδοση

Clark R (1996) Clinical decision-making by beginning nurses. Nursing Research, 35(2), 107–112

Δαρβίρη Χριστίνα (2009) Μεθολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Δημητρόπουλος Γ. Ευστάθιος (2001) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Εκδόσεις Έλλην.

en.wikipedia.org/wiki/Atlas_of_Denmark

Evans JSBT, Harries C, Dennis I και Dean J. General practitioners' tacit and stated policies in the prescription of lipid lowering agents. Br J General Prac 1995; 45:15-8

Ευρωπαϊκή Εγκυκλοπαίδεια, 2000

Ζαφειρόπουλος Κ.(2005). Πως γίνεται μία επιστημονική εργασία. Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Εκδόσεις Κριτική

Ζήνωνος Σ (2010). Επαγγελματική Αυτονομία Νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Hamm RM (1998) Clinical intuition and clinical analysis. expertise and the cognitive continuum. In: Dowie J, Elstein A (eds). Professional Judgement: a Reader in Clinical Decision Making. Cambridge University Press. Cambridge 1988

Harries C , Evans JSBT και Dennis I (2000) Measuring doctors' self-insight into their treatment decisions. Appl Cognitive Psychol 2000; 14:455-77

http://epapanis.blogspot.gr/2007/09/blog-post_1084.html

http://www.fepi.org/docs/country_profiles/Prof_DK_EN.pdf

<http://nursedu.dk/Education/Theory.aspx>

<http://nursedu.dk/Education/Curriculum.aspx>

<http://nursedu.dk/Education/Competences.aspx>

<http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Welcome.aspx>

<http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Fag/Sygeplejehistorie/Historie%20p%C3%A5%20engelsk/The-History-of-the-Danish-Nurses-Organization.aspx>

Καδδά Ο και Αργυρίου Γ (2012) Διερευνώντας τις απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με την απόφαση μη εφαρμογής αναζωογόνησης (MEA) σε ασθενείς της ΜΕΘ. Μια συστηματική ανασκόπηση. Το Βήμα του Ασκληπιού 11^{ος} Τόμος, 3^ο Τεύχος, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2012

Karsten Vrangbaek (2008) The Danish Health Care System. Διαθέσιμο στο <http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Heal>

th%20Care%20System%20Profiles/Denmark_Country_Profile_2008%20pdf.pdf

Kiaer A (1895) Proceedings. Bulletin of the International Statistical Institute

Kopp A (2001) Accountability Autonomy and Standards. Nursing Times, 97(18), 47- 50

Lacey A και Luff D (2001) Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care:Qualitative Data Analysis Trent Focus England

Μόσχου-Κάκκου Α (1998) Νοσηλευτική επιστήμη στη διαχρονική πορεία μέχρι το 2000. Αθήνα. Νοσηλευτική 37(1):41-47

Pauker SG, Kassirer JP (1992) Decision analysis. In: Bailar JG III, Mosteller F (eds). Medical Uses of Statistics, 2nd ed. NEJM Books, Boston, 1992

psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/fact_sample.html

Σαχίνη – Καρδάση Α, Πάνου Μ (1997) Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες Α' Τόμος 2^η έκδοση

Σαχίνη-Καρδάση Άννα (2000) Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Σπάρος Λ (1994) (επιμέλεια έκδοσης). Ανάλυση των Κλινικών Αποφάσεων. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα

Varjus, S.L., Suominen, T, kilpi-Leino, H (2003) Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19, 31-40

www.denmark.dk/en

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Holiasmenou Konstantina Lagou Andromahie

School of Nursing

TEI of Patras

Patras, Greece

October, 2011

Dear Nurse in Charge

Our name are Holiasmenou Konstantina, Lagou Andromahie and we are students at the school of Nursing, TEI of Patras, under the supervision of professor N. Bakalis.

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

The method of data collection is quantitative (questionnaire will be used). The sample will include Danish clinical nurses. The number of participants will be around 120 Danish nurses. The sample will include nurses from three different sections: surgical, medical and critical care.

This research will be take place in Viborg (Denmark) in October 2011. The participation in completing the questionnaire is voluntary with informing consent . Confidentiality and anonymity will be confirmed by the researcher.

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

Thank you in anticipation.

Yours sincerely,

Holiasmenou Konstantina

Lagou Andromahie

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Clinical Decision Making Questionnaire

Demographic characteristics

What is your age? _____

Your sex

Male _____ Female _____

Clinical area

Medical _____

Surgical _____

Critical care _____

Your qualification

Registered Nurse _____

Enrolled Nurse _____

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

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

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