

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Νοσηλευτική στον Ευρωπαϊκό Ορίζοντα Διαπιστώσεις -Προβληματισμοί- Προτάσεις



Εισηγητής:
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:
Βάλαρη Αγγελική
Γουιγούη Ζωή
Μελέζου Κωνσταντίνα
Φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ 2014

*Η εργασία αφιερώνεται στο νοσηλευτικό προσωπικό,
που στάθηκε αρωγός στην διεξαγωγή αυτής της έρευνας.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	5
Εισαγωγή	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο Κεφάλαιο: Νοσηλευτική - Έννοιες

1.1	Νοσηλευτική και ορισμός	10
1.1.1	Η Νοσηλευτική στην κοινωνία	11
1.1.2	Η Νοσηλευτική ως λειτούργημα	12
1.1.3	Η Νοσηλευτική ως τέχνη και ως επιστήμη	13

2^ο Κεφάλαιο: Νοσηλευτική – Ιστορικά στοιχεία

2.1	Σύντομη ιστορική αναδρομή της Νοσηλευτικής	15
2.2	Η Νοσηλευτική στο πέρασμα των χρόνων	20
2.3	Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα	23
2.4	Η Νοσηλευτική πραγματικότητα με αριθμούς στην Ελλάδα	25

3^ο Κεφάλαιο: Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα

3.1	Εκπαίδευση	27
3.1.1	Μεταπτυχιακά προγράμματα	30
3.2	Επαγγελματική αποκατάσταση των φοιτητών της Νοσηλευτικής	30
3.3	Οργανισμοί και προγράμματα κατάρτισης στη Νοσηλευτική	31

4^ο Κεφάλαιο: Νομοθεσία και Δεοντολογία στην Ελλάδα

4.1	Κώδικας νοσηλευτικής Δεοντολογίας και Νομοθεσίας	36
4.1.1	Επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών	43
4.1.2	Επαγγελματικά δικαιώματα βοηθών νοσηλευτών	46
4.1.3	Ζητήματα ηθικής στην νοσηλευτική πρακτική	51
4.1.4	Καθήκοντα νοσηλευτών-υποχρεώσεις	54
4.1.5	Διαφορές καθηκόντων Νοσηλευτών και Βοηθών Νοσηλευτών	60
4.1.6	Ιεραρχία και διοίκηση νοσοκομειακού περιβάλλοντος	65

5° Κεφάλαιο: Η Νοσηλευτική στη ζωή των επαγγελματιών υγείας

5.1	Το κυκλικό ωράριο στο νοσηλευτικό επάγγελμα	70
5.1.2	Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην ζωή των νοσηλευτών	72
5.1.3	Επιπτώσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στην ζωή των νοσηλευτών και χρήσιμες συμβουλές για την αντιμετώπισή τους	73
5.1.4	Μισθοδοσία	84
5.1.5	Κλινικός έλεγχος ποιότητας φροντίδας	89

6° Κεφάλαιο: Η Νοσηλευτική στην Ευρώπη

6.1.1	Αγγλία	100
6.1.2	Βέλγιο	107
6.1.3	Κύπρος	122
6.1.4	Φινλανδία	134

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό – Μέθοδος	146
Αποτελέσματα	149
Συμπεράσματα – Συσχετίσεις	179
Συζήτηση	220
Συμπεράσματα – Προτάσεις	227
Περίληψη	229
Summary	232
Βιβλιογραφία	234

Παράρτημα

1	Ερωτηματολόγιο	244
2	Προβλήματα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	251
3	Φωτογραφικό υλικό	253

Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή πληροφοριών:

- νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα/Κύπρο/Βέλγιο/Αγγλία/Φινλανδία
- πανεπιστήμια νοσηλευτικής στην Ευρώπη
- νοσηλευτής Ελλάδα/Κύπρο/Βέλγιο/Αγγλία/Φινλανδία
- νοσηλευτική στην Ευρώπη
- νοσηλευτική στα αρχαία χρόνια
- ΤΕΙ/πανεπιστήμια νοσηλευτικής Ελλάδα
- πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής
- Μεταπτυχιακά προγράμματα νοσηλευτική
- νοσηλευτική δεοντολογία/νομοθεσία
- επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών/βοηθών νοσηλευτών
- μισθός νοσηλευτών
- nursing Cyprus/England/Belgium/Finland
- nursing education Cyprus/England/Belgium/Finland

Πρόλογος

Το νοσηλευτικό επάγγελμα εμφανίζεται στην ιστορία της ανθρωπότητας από την εποχή εκείνη όπου δίπλα στον έχοντα ανάγκη φροντίδας έπαψε να υπάρχει ή δεν επαρκούσε η μητέρα, η σύζυγος, η αδελφή και έπρεπε κάποιο πρόσωπο πιο ειδικό να έρθει στο σπίτι να νοσηλεύσει με αμοιβή. Οι αλματώδεις τεχνολογικές και κοινωνικές αλλαγές καθώς και οι δημογραφικές μεταβολές και η σύγχρονη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μετέβαλαν τον ρόλο της νοσηλευτικής και καθιστούν τη νοσηλευτική όλο και περισσότερο σημαντική.¹

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

Η νοσηλευτική έχει μακροχρόνια ιστορία στην διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας. Ως ενιαία μεγαλύτερη ομάδα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές είναι σε ισχυρή θέση να επηρεάσουν το κοινό και την πολιτική της υγείας σε όλα τα επίπεδα. Οι προσπάθειες που αφιερώνονται στην ενίσχυση και την παρουσία των νοσηλευτών στον πολιτικό χώρο μπορούν να διαμορφώσουν το σύστημα παράδοσης υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και να δώσουν έμφαση στην αξία και τις συνεισφορές του επαγγέλματος της νοσηλευτικής στην υγεία και την ευημερία της κοινωνίας. Κάποτε ελέχθη πως το << νοσοκομείο χωρίς γιατρούς είναι νοσηλευτήριο αλλά το νοσοκομείο χωρίς νοσηλευτές είναι ξενοδοχείο>>.²

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

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

Εισαγωγή

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

Σκοπός της εργασίας μας είναι η διερεύνηση παραγόντων που συμβάλουν στην πρόοδο της νοσηλευτικής ως επιστήμη και τέχνη στην εκπαίδευση και στο επάγγελμα σε χώρες της Ευρώπης, με την επισήμανση παραμέτρων που προάγουν την εκπαίδευση και το επάγγελμα της νοσηλευτικής σε χώρες της Ευρώπης με απώτερο στόχο την βελτίωση της νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

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

Με την ολοκλήρωση των σπουδών τους οι πτυχιούχοι Νοσηλευτές είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν και να συμβάλλουν στην επίλυση προβλημάτων υγείας. Οι πτυχιούχοι του Τμήματος Νοσηλευτικής φέρουν τον τίτλο «Νοσηλευτής - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2 άρθρο 5 του Ν. 1579/85) και αποκτούν ειδικές επιστημονικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της Νοσηλευτικής φροντίδας ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.⁶ Οι Νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη

νοσηλευτικών μονάδων στο Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων. Οι τομείς απασχόλησης των νοσηλευτών - τριών στη χώρα μας είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιδρύματα Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκπαίδευση, σε ιδιωτικούς φορείς υγείας, σε οργανισμούς και σε επιχειρήσεις με νοσηλευτικές υπηρεσίες.⁷

Η δεοντολογία και οι ανθρώπινες ηθικές αξίες έχουν πρωταρχική θέση στον χώρο της υγείας, τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και τις ηθικές επιλογές για την προστασία και κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ανθρώπου ασθενούς ή του ατόμου με ειδικές ανάγκες για την εξασφάλιση άριστης ποιότητας στη φροντίδα υγείας στην καρδιά της νοσηλευτικής.⁸ Ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας που θεσπίστηκε με προεδρικό διάταγμα βασισμένο στο παρόμοιο διεθνή κώδικα αλλά και στα ελληνικά δεδομένα δίνει οδηγίες συμπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας κατάλληλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών καθηκόντων με συνεχή τήρηση των ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και της άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.^{9,10}

Ωστόσο ο τρόπος λειτουργίας του νοσηλευτή καθορίζεται από το βιολογικό του ρολόι, τον βιορυθμό του. Στις υπηρεσίες υγείας, η ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα σε εικοσιτετράωρη βάση αναγκάζει το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται σε κυκλικό εναλλασσόμενο ωράριο, με το σύστημα της βάρδιας και κατά τη νύχτα. Αυτό έχει ως συνέπεια την ανάγκη για διακοπή του βιολογικού εικοσιτετράωρου ρυθμού τους, που ρυθμίζεται από τον εγκέφαλο έχοντας σαν αποτέλεσμα την πρόκληση σοβαρών ατυχημάτων κατά την διάρκεια της εργασίας τους.^{11,12,13,14}

Η αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και η μείωση στο ελάχιστο των νοσηλευτικών λαθών επιτυγχάνεται σύμφωνα με την βιβλιογραφία με την καλύτερη προπτυχιακή εκπαίδευση και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση (μετεκπαίδευση). Επιπρόσθετα με την αύξηση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού, τη συμμετοχή στα κοινά, με το σχέδιο εφαρμογής κλινικής ποιότητας, με την αγαστή συνεργασία ιατρών και νοσηλευτών αλλά και το σεβασμό απέναντι στο νοσηλευτικό επάγγελμα, η νοσηλευτική μπορεί να λάβει την θέση που της αρμόζει.¹⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΈΝΝΟΙΕΣ

**Νοσηλευτική και ορισμός
Η νοσηλευτική στην κοινωνία
Η νοσηλευτική ως λειτούργημα
Η νοσηλευτική ως τέχνη και ως επιστήμη**

1.1 Νοσηλευτική και Ορισμός

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τον ορισμό της Νοσηλευτικής κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε στον ορισμό της υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. (Π.Ο.Υ) <<Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλά η έλλειψη κάποιας νόσου ή αναπηρίας >>. Η υγεία είναι ένα δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο και ο άνθρωπος μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Σπάνια η υγεία ενός ατόμου διαταράσσεται από στιγμή σε στιγμή. Υπάρχουν συνήθως ενδείξεις προβλημάτων υγείας που καταλήγουν σε μια προοδευτική εμφάνιση συμπτωμάτων. Ακόμα, ούτε η υγεία επανακτάται από την μια στιγμή σε στιγμή. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω η έννοια της υγείας ορίζεται σαν ένα συνεχές φαινόμενο που μεταβάλλεται συνεχώς λόγω των εξωτερικών ερεθισμάτων που δέχεται το άτομο. Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν αυτά τα εξωτερικά ερεθίσματα έτσι ώστε να μην διαταράσσεται η υγεία του ατόμου.¹⁶

Έτσι ως νοσηλευτική ορίζεται η τέχνη και η επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων της οικογένειας και της κοινότητας για την πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της.

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη και επάγγελμα που καλύπτει αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας την παροχή φροντίδας σε άτομα όλων των ηλικιών σε οικογένειες σε πληθυσμιακές ομάδες και κοινότητες . Απευθύνεται σε αρρώστους ή υγιείς ανθρώπους και ασκείται σε όλες τις υπηρεσίες υγείας . Η νοσηλευτική ακόμα αφορά την υπεράσπιση των συμφερόντων ασθενών και αδύναμων σωματικά ή κοινωνικά ανθρώπων και την διασφάλιση σε αυτούς ενός ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης και νοσηλείας. Η έρευνα, η συμμετοχή στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην διαχείριση περιπτώσεως ασθενών, στην διοίκηση συστημάτων υγείας καθώς και η εκπαίδευση αποτελούν επίσης βασικούς ρόλους της νοσηλευτικής.

Νοσηλευτική θεωρείται η επιστήμη του ανθρώπου σε ότι αφορά την υγεία και την νόσο καθώς έχει εκπαιδευτική αποστολή στην κοινωνία. Είναι εκπαιδευτικό μέσο, δύναμη που συντελεί στην ωρίμανση της προσωπικότητας του ανθρώπου με σκοπό την δημιουργική ζωή, προσωπική και κοινωνική .Ασχολείται με την φροντίδα

του αρρώστου και του υγιούς ατόμου αφού αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων και τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Ειδική ευθύνη της είναι η εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας προς το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Ακόμη, η νοσηλευτική αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος καθώς ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και την νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων, των βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας. Τέλος, οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας.¹⁷

1.1.1 Η νοσηλευτική στην κοινωνία

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας. Είναι και θα είναι αναπτυσσόμενη επιστήμη στηριζόμενη στην έρευνα, με τα ευρήματα της οποίας αξιολογείται, διαφοροποιείται, διευρύνεται και τελειοποιείται η κλινική της άσκηση και η συμβολή της στην προαγωγή της υγείας της κοινωνίας. Αποτελεί κοινή κλινική παρατήρηση όσο και εμπειρία ότι η άσκηση της νοσηλευτικής απαιτεί όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις αλλά και διαπροσωπικές, διανοητικές και τεχνικές δεξιότητες καθώς και ένα σύστημα ανθρωπιστικών αξιών παραδεκτών και τηρούμενων από κάθε νοσηλευτή. Υπέρτατος σκοπός της εκπαίδευσης είναι η δημιουργία ανθρώπων οι οποίοι στην περίπτωση αυτή θα νοσηλεύουν τους ασθενείς. Και άνθρωποι δεν γίνονται χωρίς ειλικρινή και βαθιά πίστη στα ανώτερα ιδανικά, τις αιώνιες αξίες της ζωής.

Η νοσηλευτική έχει ηγετικό ρόλο στα συστήματα φροντίδας υγείας όπως για παράδειγμα στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου ο νοσηλευτής συμμετέχει ως ενεργό μέλος της ομάδας υγείας με υπεύθυνους ρόλους στην ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας (προαγωγή υγείας, αλλά και πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) του ατόμου, της οικογένειας, του πληθυσμού ευθύνης, της κοινότητας στην οποία εργάζεται.

Γενικότερα ο ρόλος και οι δραστηριότητες του νοσηλευτή ως μέλος της γενικότερης ομάδας του τομέα υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και επιβεβλημένος. Η αρρώστια δεν είναι αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο αλλά έχει κοινωνική βάση και ο σημαντικότερος παράγοντας για την υγεία είναι η αρμονική συμβίωση του ανθρώπου με το κοινωνικό περιβάλλον.¹⁵

1.1.2 Η Νοσηλευτική ως λειτούργημα

Στην διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών οι προσπάθειες επιστημόνων θεωρητικών και ερευνητικών της νοσηλευτικής συνέβαλλαν κατά πολύ στην αναγνώριση της ως αναπτυσσόμενου λειτουργήματος αλλά και ως ακαδημαϊκού πεδίου. Για την επίτευξη της διάκρισης αυτής σημαντική υπήρξε η συμβολή διαλόγων γύρω από τα φαινόμενα που απασχολούν τους νοσηλευτές όπως και οι προσπάθειες παραγωγής, επιβεβαίωσης και εφαρμογής της θεωρίας στην έρευνα και την βελτίωση της πρακτικής. Πρόσφατα τέθηκε το ερώτημα αν η νοσηλευτική θα πρέπει να ενταχθεί μεταξύ των επαγγελματικών ή λειτουργημάτων. Για πολλούς λόγους το ζήτημα αυτό είναι σημαντικό για τους νοσηλευτές. Το επάγγελμα έχει τον χαρακτήρα της απασχόλησης ή της σταδιοδρομίας, ενώ το λειτούργημα απαιτεί μια κλίση με την συνδρομή της κατάλληλης εκπαίδευσης που προβάλλει μια αίγλη ανωτερότητας και πρωτοκαθεδρίας σε έναν εργασιακό τομέα. Γενικά κάθε επάγγελμα απαιτεί ποικίλου βαθμού εκπαίδευση και ικανότητα, ενώ εξίσου ποικίλλει και το εύρος του γνωστικού του υπόβαθρου. Σε τελική ανάλυση όλα τα λειτουργήματα είναι επαγγέλματα, δεν ισχύει όμως και το αντίστροφο. Τα λειτουργήματα αποσπούν την εκτίμηση της κοινωνίας και την επιδοκιμασία των μελών της, καθώς οι λειτουργοί προσφέρουν επωφελείς για το άτομο υπηρεσίες. Στα χαρακτηριστικά λειτουργήματος συμπεριλαμβάνονται:

1. Ένα καθορισμένο γνωστικό υπόβαθρο
2. Έλεγχος και επιρροή στις διάφορες βαθμίδες της επαγγελματικής εκπαίδευσης
3. Κατοχύρωση
4. Αλtruιστική προσφορά
5. Ένας κώδικας δεοντολογίας
6. Ιδιαίτερη κοινωνική αναγνώριση
7. Αυτονομία

Ένα λειτούργημα πρέπει ακόμα να διαθέτει ένα θεσμοθετημένο σκοπό ή κοινωνική αποστολή όπως και μια ομάδα λόγω μελετητών ή ερευνητών έργου των οποίων αποτελεί η διαρκής προώθηση της επαγγελματικής γνώσης με στόχο την βελτίωση της πρακτικής. Κατά παράδοση στα λειτουργήματα εντάσσεται ο κλήρος, ο νομικός και ο ιατρικός κόσμος. Μέχρι πρόσφατα η νοσηλευτική αντιμετωπιζόταν μάλλον ως επάγγελμα και όχι ως λειτούργημα. Η θεώρηση αυτή προκύπτει από την

φύση της νοσηλευτικής πρακτικής που εκλαμβάνεται ως προέκταση των υπηρεσιών που προσφέρουν στον ασθενή, συνήθως οι σύζυγοι και οι μητέρες.

Επιπλέον η νοσηλευτική θεωρείται ως επικουρική προς την ιατρική, ενώ και οι νοσηλευτές καθυστέρησαν να αναγνωρίσουν και να οργανώσουν το επαγγελματικό γνωστικό τους υπόβαθρο. Ακόμα η νοσηλευτική εκπαίδευση υπολείπεται σε τυποποίηση, ενώ και η διατήρηση του συστήματος τριών βαθμίδων εισαγωγής στην νοσηλευτική πρακτική ίσως εμπόδισε την εξέλιξη του επαγγέλματος. (Αναφέρεται στα ισχύοντα στις Η.Π.Α. Στη χώρα μας ανάλογη κατάσταση διαμορφώνεται από τις υπάρχουσες βαθμίδες, που κατατάσσουν τους νοσηλευτές σε νοσηλευτές Τ.Ε (πτυχιούχους ΤΕΙ), σε νοσηλευτές Π.Ε (πτυχιούχους Πανεπιστημίου) και σε βοηθούς νοσηλευτές (πτυχιούχους μέσω νοσηλευτικών σχολών ή ΤΕΕ).¹⁷

Τέλος, η αυτοδυναμία της νοσηλευτικής πρακτικής παραμένει ατελής αφού κατά μεγάλο μέρος κατευθύνεται από την ιατρική. Από την άλλη πλευρά πολλά από τα χαρακτηριστικά ενός λειτουργήματος αναγνωρίζονται στην νοσηλευτική. Πραγματικά, ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος από την κοινωνία να προσφέρει υπηρεσίες υγείας σε διάφορα σημεία του φάσματος υγείας-νόσου. Υπάρχει ένα αναπτυσσόμενο γνωστικό υπόβαθρο, επιρροή στην εκπαίδευση, αλτρουιστική προσφορά, κώδικας δεοντολογίας και επαγγελματική κατοχύρωση. Αν και ο διάλογος συνεχίζεται θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η νοσηλευτική είναι ένα ελπιδοφόρο εξελισσόμενο ημι-λειτουργήμα.¹⁸

1.1.3 Η Νοσηλευτική ως επιστήμη και τέχνη

Η Νοσηλευτική είναι η τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για τη πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Ο νοσηλευτής μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαλογή ασθενών, μέχρι παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύντομη ιστορική αναδρομή της νοσηλευτικής
Η νοσηλευτική στο πέρασμα των χρόνων
Η νοσηλευτική στην Ελλάδα
Η νοσηλευτική πραγματικότητα με αριθμούς στην Ελλάδα

2.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή της Νοσηλευτικής

Η νοσηλευτική σήμερα αποτελεί έναν από τους βασικότερους και σημαντικότερους κλάδους στο υγειονομικό σύστημα. Έργο της είναι η φροντίδα του υγιούς και του άρρωστου ατόμου.^(1,19)

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

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

Είναι παρόντες σε καιρό ειρήνης (Ολυμπιακοί Αγώνες, Αεροπορική Επίδειξη Αρχάγγελος , Φυσικές καταστροφές, Τσουνάμι), αλλά και στα πεδία των μαχών ως μέλη των Ειρηνευτικών Αποστολών και στα στρατόπεδα των προσφύγων σε όλα τα μήκη και πλάτη της Υφηλίου.¹⁹

Η νοσηλευτική πάντα είχε και έχει ως στόχο να βοηθήσει τον άνθρωπο να ζήσει. Μία οπτική που αποδίδεται στη Florence Nightingale. Δεν μπορεί να αρνηθεί κανείς ότι για τα ίδια ιδανικά μίλησαν και οι Έλληνες αρχαίοι κλασσικοί και πως τα ίδιο πρόσβενε και το Βυζάντιο. Ιδανικά που δε χάθηκαν ούτε κατά τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας φτάνοντας μέχρι τις μέρες μας. Ιδανικά που βλέπουν τον ασθενή ως μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινωνίας, που δίνουν έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα και στην ακεραιότητα του Νοσηλευτή.^{19,20}

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

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

Η Henderson (1997) είχε πει πως η μοναδικότητα της δράσης του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει το άτομο να κάνει εκείνες τις δραστηριότητες, που φυσιολογικά θα τις έκανε χωρίς βοήθεια, δίνοντας του δύναμη, θέληση ή γνώση. Σήμερα όπως ήταν και έναν αιώνα πριν, οι θεμέλιοι λίθοι της φροντίδας είναι τα ιδανικά μας, το όραμα, οι κανόνες και το επαγγελματικό ήθος.¹⁹

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

Ωστόσο πολύ συχνά στις μέρες μας επιστρέφουν σπίτι τους απογοητευμένοι γιατί δε κατάφεραν να επιτύχουν σε όλο το μέγεθος, τους στόχους τους για ποιοτική παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Δεν έδωσαν σε όλους τους ασθενείς αυτό που επιθυμούσαν. Η απάντηση είναι ίδια σε όλο τον κόσμο. Έκαναν αυτό που μπορούσαν καλύτερα υπό τις παρούσες συνθήκες.^{19,20,21,22}

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

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

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

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

Οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν τη διαφορά. Η διατήρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας σε υψηλό επίπεδο επιτυγχάνεται με τη διατήρηση των δεξιοτήτων τους, την χρησιμοποίηση αυτών ανάλογα με επαγγελματισμό και αίσθημα ευθύνης και να λύσουν τα προβλήματα του εργασιακού τους χώρου. Είναι προφανές

πως όλα αυτά είναι υποχρεωμένοι να τα κάνουν, αλλά απαιτείται να κάνουν αυτά και πολλά περισσότερα.

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

Πρέπει να εξασφαλιστεί πως η τεχνολογία δε θα υποκαταστήσει πλήρως των ανθρώπινο παράγοντα, την ανθρώπινη επαφή. Πρέπει να γίνει καταγραφή της ποιότητας και του κόστους της νοσηλευτικής φροντίδας ώστε να αποδειχθεί πόσο συμμετέχει η νοσηλευτική στα θετικά αποτελέσματα υγείας . Απαιτείται, μέσω των νοσηλευτικών συλλογών, να συνεργαστούν με τους κρατικούς οργανισμούς, ώστε πρώτον: να δημιουργηθούν εκείνες οι πολιτικές οι οποίες θα επιτρέψουν στους νοσηλευτές να αποδώσουν τα μέγιστα και δεύτερον: να βρεθεί η ισορροπία στη ζήτηση και στη παροχή νοσηλευτών και άλλων εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Αυτοί ακριβώς είναι όμως και οι παράγοντες εκείνοι στους οποίους θα έπρεπε να επιμείνουν και οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη ποιότητα της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας: Είναι η επίδραση της τεχνολογίας, η τεκμηρίωση της φροντίδας ο σχεδιασμός του ανθρώπινου δυναμικού.¹⁹

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

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

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

Πρέπει να επαγρυπνούν ώστε να διατηρήσουν τη φροντίδα στο σύστημα υγείας. Για να το καταφέρουν πρέπει να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση για πληροφορίες και τεκμηριωμένη φροντίδα που να συνδυάζει κόστος και αποτελεσματικότητα . Πρέπει να ελέγξουν, να παρακολουθήσουν, να εκτιμήσουν και

να καταγράψουν την εργασία τους και την συνεισφορά τους στην υγεία των ασθενών τους και της κοινότητας γενικότερα.

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

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

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

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

Η προσέλκυση και η διατήρηση ικανών επαγγελματιών στο σύστημα υγείας αποτελούσε πάντα μια πρόκληση. Σήμερα διεθνώς, οι νέοι έχουν περισσότερες δυνατότητες επιλογής επαγγελματικής καριέρας. Επιπρόσθετα ο πληθυσμός των νοσηλευτών φαίνεται να γηράσκει, αν αναλογιστεί κανείς πως η μέση ηλικία των νοσηλευτών σε χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Βρετανία και ο Καναδάς είναι τα 43 έτη.¹⁹

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

Για αυτή τη συνθήκη θα πρέπει να κάνουν αυτό που τους αντιστοιχεί ώστε να εξασφαλίσουν ένα επαρκές και καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό για τώρα και για το μέλλον. Πρέπει να πιέσουν τις κυβερνήσεις ώστε να αναλάβουν τις ευθύνες τους, όσον αφορά το σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού θεωρώντας την επένδυση στο νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό τόσο σημαντική όσο και άλλες εθνικές

επενδύσεις. Οι πολύτιμοι πόροι απαιτούν στοχαστική και συνεχή προσοχή και η νοσηλευτική αποτελεί το νούμερο ένα πόρο στο σύστημα υγείας κάθε χώρας.

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

Επιπρόσθετα η νοσηλευτική πρέπει να δράσει ως ο βασικός ρυθμιστής, ο συνήγορος, ο σύμβουλος και ο φύλακας για να εξασφαλίσει ένα επαρκές καλά εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό με τις απαραίτητες ικανότητες για να εργαστεί και να ανταποκριθεί στις νέες ευκαιρίες. Σχεδόν σε όλο το κόσμο οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εργαστούν σε υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων και ανεξαρτησίας από όσο επιτρέπει η παράδοση η πολιτική και η γραφειοκρατία της κάθε χώρας.

Η ισορρόπηση προσφοράς και ζήτησης δε μπορεί να αγνοήσει το ζήτημα της δίκαιης αποζημίωσης και της δημιουργίας ενός περιβάλλοντος εργασίας το οποίο διευκολύνει την αποτελεσματική πρακτική.¹⁹

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

1. Οριζόντια ιεραρχία που ωστόσο προάγει την επικοινωνία
2. Αποκεντρωμένος τρόπος λήψης αποφάσεων με τις αποφάσεις να λαμβάνονται όσο το δυνατό πιο κοντά στο χώρο εργασίας
3. Αυτοδιοίκηση ως κανόνας για τη νοσηλευτική
4. Ελαστικός – εύκαμπτος προγραμματισμός εργασίας
5. Αυτονομία στους νοσηλευτές: αυτό σημαίνει πως οι νοσηλευτές ή το τμήμα να έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει νοσηλευτικές αποφάσεις
6. Η συνεισφορά των νοσηλευτών στους πόρους και τις πολιτικές είναι επιθυμητή και πολύτιμη
7. Ισχυρή υποστήριξη και κίνητρα για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και παραγωγή επιστημονικού έργου.

Τα νοσοκομεία αυτά έχουν συμμετοχική διαχείριση με καλή αμφίδρομη επικοινωνία μια ισχυρή φιλοσοφία για τη φροντίδα του ασθενούς. Τελικά το περιβάλλον προάγει τη φροντίδα και διαθέτει τους απαραίτητους πόρους.

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

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

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

Πρέπει να είναι ενθουσιασμένοι με το μέλλον τους. Είναι και πρέπει να προσπαθήσουν ακόμη περισσότερο να είναι, άριστοι επαγγελματίες και ανθρωπιστές, αφοσιωμένοι να συνεργάζονται με όλους στον τομέα της υγείας με απώτερο σκοπό την επίτευξη των κοινών τους στόχων. Τη θεραπεία, φροντίδα και ανακούφιση των ασθενών, περιορίζονται μόνο από τα όρια, που αναπόφευκτα υπάρχουν, των οραμάτων τους.¹⁹

2.2 Η νοσηλευτική στο πέρασμα των χρόνων

Η νοσηλευτική με την πρωτόγονη και υποτυπώδη έννοια αυτής είναι τόσο παλαιά όσο και η ασθένεια του ανθρώπου. Με την εξέλιξη του ανθρώπου σε κάποιο βαθμό πολιτισμού και τη δημιουργία διάφορων κλάδων της επιστήμης, μεταξύ των οποίων και η Ιατρική άρχισε να αναπτύσσεται παράλληλα και η Νοσηλευτική με την οποία ολοκληρώνεται το έργο της ιατρικής.

Οι παράγοντες που αρχικά συντέλεσαν στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής φροντίδας είναι αρχικά η πείρα η οποία σταδιακά κατέληξε σε διαπιστώσεις ακόμη και σε τυχαία περιστατικά. Ο δεύτερος και πιο σημαντικός ο νόμος της

αυτοσυντήρησης που αποτελεί θεμέλιο της ανθρώπινης ζωής. Ακόμη ένας παράγοντας, ήταν το συμφέρον της ομάδας και τέλος η γυναικεία συναισθηματικότητα.

Τα πρώτα μέτρα της Δημόσιας Υγιεινής επεβλήθησαν μέσα από τη θρησκεία γιατί οι πρωτόγονοι άνθρωποι φοβόντουσαν μόνο τα υπερφυσικά - θεϊκά φαινόμενα και γι' αυτό το λόγο σεβόντουσαν τους εκπροσώπους των θεών στη γη δηλαδή τους μάγους και ιερείς.²³

Οι μάγισσες ήταν πρόσωπα με ακατάληπτες δυνάμεις, σύμφωνα με την πίστη τους έχουν μέσα στα άλλα έργα τους και τη νοσηλεία των αρρώστων σωματικά και ψυχικά. Οι ιερείς ήταν πρόσωπα που η δράση τους ήταν προκαθορισμένη από την θρησκεία που υπηρετούσαν και επηρέαζαν πολύ τη ζωή και την ανάπτυξη των λαών. Η εξουσία τους επεκτείνονταν και σε άλλους τομείς όπως θέματα ιατρικής και νοσηλευτικής. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ιατρικές και νοσηλευτικές γνώσεις των ιερέων ήταν αξιόλογες και ανάγονται σε παμπάλαιες εποχές. Τέλος ορόσημο στην ιστορία αποτελεί ο 6ος αι. πΧ όπου με την παρουσία του πατέρα της ιατρικής, Ιπποκράτη η ιατρική απαλλάχθηκε από μεταφυσικά στοιχεία , προλήψεις και δεισιδαιμονίες και έθεσε την βάση της επιστημονικής έρευνας.

Σε μια αναδρομή στο παρελθόν για να γίνει αντιληπτή η εξέλιξη της νοσηλευτικής στο πέρασμα των χρόνων πρέπει να εξεταστούν οι ιστορικές πηγές των κυριότερων λαών και ιδιαίτερα της Ανατολής .

Ξεκινώντας με τους λαούς της Μεσοποταμίας ο Ηρόδοτος παρέχει μαρτυρίες περί εθίμων ιατρικών και νοσηλευτικών αυτών των λαών. Οι βαβυλώνιοι λοιπόν είχαν φτάσει σε υψηλό επίπεδο μεθόδων θεραπείας είχαν μάλιστα αναπτύξει και ειδικότητες νοσηλείας καθώς διέθεταν πληθώρα φαρμάκων φυτικών και ορυκτών.

Οι Εβραίοι από την άλλη έτσι όπως πληροφορούμαστε από κείμενα της Παλαιάς Διαθήκης εισήγαγαν την περιτομή, περιποιούνταν τα τραύματα με λάδι, κρασί, και βάλσαμο. Ακόμη, χρησιμοποιούσαν ράμματα και επιδέσμους δηλαδή μεθόδους επούλωσης τραυμάτων. Επίσης, αναφέρονται κανόνες υγιεινής, όπως νηστείες, δίαιτες, χρήση βδελλών, αφαιμάξεις, χειρουργικές επεμβάσεις με ναρκώσεις και άλλα.

Η αρχή της ιατρικής και νοσηλευτικής των Ινδών καλύπτεται από μυθικές παραδόσεις. Ιδιαίτερης σημασίας είναι ότι οι Ινδοί απαριθμούν περίπου χίλιες εκατό παθήσεις, από πλευράς δε θεραπείας, αναφέρουν λουτρά, υποκλυσμούς, εμετικά, κολπικές πλύσεις, ουρητικά όργανα με αντίστοιχες νοσηλείες.

Όσον αφορά τους Κινέζους ο μύθος περιβάλλει κ εδώ τις πρώτες ιατρικές αντιλήψεις. Από πολύ παλιά η ατομική υγιεινή των Κινέζων ήταν σε καλό επίπεδο. Η συνήθεια τους να πίνουν το γνωστό εθνικό τους ποτό τσάι αντί για νερό, τους προ φύλασσε από τα παράσιτα και τα εντερικά νοσήματα. Επίσης, έδιναν μεγάλη σημασία στα καθαρά εσώρουχα και στα λουτρά.

Σ αυτή τη μακρινή εποχή λοιπόν η νοσηλευτική ασκούσαν μόνο από γυναίκες και επειδή μαρτυρείται αυξημένη θνησιμότητα , θα πρέπει οι νοσηλεύτριες να ήταν χαμηλού επιπέδου.²⁴

Οι σοφοί της Αιγύπτου έδωσαν μεγάλη σημασία στην ιατρική και νοσηλευτική. Αναφέρεται ότι ο κάθε γιατρός είχε την ειδικότητά του και είχαν ιδιαίτερη εκτίμηση για τις ειδικές γνώσεις και την επιτηδειότητα που διέθεταν. Επίσης, από μαρτυρίες έχουμε πληροφορίες ότι η Νοσηλευτική των Αιγυπτίων ήταν σε ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο όπως αναφέρεται για μέθοδο θρέψης σε περίπτωση τετάνου παρεχόταν υγρή τροφή με το άνοιγμα του στόματος και τη βοήθεια ξύλινου οργάνου περιτυλιγμένου με λινόν.²⁴

Η ιστορία της σύγχρονης Νοσηλευτικής έχει τις ρίζες της πίσω στις μοναχές και στο στρατιωτικό προσωπικό. Σε καιρό ειρήνης και πολέμου, υπήρχαν άτομα που θα ενδιαφέρονταν για τους αρρώστους και τραυματίες. Ωστόσο, ενώ οι συμπονετικοί και πρόθυμοι να βοηθήσουν, οι φροντιστές δεν είχαν εκπαιδευτεί σαν τους νοσηλευτές του σήμερα και εργάστηκαν σε συνθήκες που δεν ήταν καλές για τους ασθενείς. Η πρώτη μεγάλη εξέλιξη στον τομέα της νοσηλευτικής συνέβη όταν κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας η Florence Nightingale συνέβαλε στην βελτίωση της περίθαλψης των στρατιωτών. Το βιβλίο της με τίτλο 'Σημειώσεις για την Νοσηλευτική' έθεσε τα θεμέλια της επαγγελματικής νοσηλευτικής. (NSL Associate). Η ίδια ίδρυσε την πρώτη στον κόσμο Νοσηλευτική Σχολή στο Λονδίνο, όπου επισήμανε την εξατομικευμένη φροντίδα του αρρώστου και τη σημασία της προσωπικής και επαγγελματικής ακεραιότητας των νοσηλευτών. Περιέγραψε τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εκπαιδευμένων νοσηλευτών και τόνισε τη σημασία του ενδιαφέροντος και της ενεργούς συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση κοινωνικών και υγειονομικών προβλημάτων.²⁵

2.3 Η Νοσηλευτική 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.

Μετά την άλωση της Κων/πολης η οργανωμένη Νοσηλευτική σταματά να αναπτύσσεται και αφήνεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Κατά την πολιορκία της Θεσσαλονίκης από τους Τούρκους οι γυναίκες προσέφεραν νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αργότερα, και καθ' όλη τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας τα μοναστήρια αποτέλεσαν κέντρα κοινωνικής πρόνοιας και νοσηλευτικής περίθαλψης. Μετά την απελευθέρωση η υγειονομική κατάσταση της χώρας ήταν άθλια. Ο πρώτος κυβερνήτης της Ελλάδας, Ιωάννης Καποδίστριας, ήταν γιατρός και κατά την επιδημία της πανώλης το 1829 έλαβε όλα τα μέτρα της απομόνωσης της Αίγινας και άλλων νησιών και πέτυχε την πρόληψη της εξάπλωσης της νόσου στην Ελλάδα.

Η πρώτη προσπάθεια εκπαίδευσης και κατάρτισης νοσοκόμων έγινε από την βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, της Σχολής του <<Ευαγγελισμού>>, τρίτης παγκοσμίως. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της σχολής είχε αντίκτυπο Απόφοιτοι της Σχολής μετεκπαιδεύονται στο εξωτερικό όπως και <<Διπλωματούχες Αδελφές>> άλλων χωρών επισκέπτονται τον Ευαγγελισμό και ενημερώνονται για την ελληνική νοσηλευτική. Εργάζονται σκληρά με κόπο, πόνο, ιδρώτα, και ηρωισμό και κατά τους Βαλκανικούς πολέμους και κατά τον πόλεμο του '40-41 όπως επίσης σε επιδημίες γρίπης και δάγκειου πυρετού. Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η ίδρυση αυτής της σχολής ήταν ορόσημο για την ελληνική νοσηλευτική. Επίσης, ένα εξίσου σημαντικό βήμα ήταν η ίδρυση του Συνδέσμου Ελλήνων Νοσοκόμων το 1923 σκοπός του οποίου ήταν : 1) η πρόοδος της νοσηλείας 2) η αμοιβαία βοήθεια των μελών αυτού 3) η προαγωγή των συμφερόντων του επαγγέλματος της νοσηλείας. Η Ελλάδα ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που εφάρμοσε γενικευμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα όπως η Αμερική και ο Καναδάς πολλά χρόνια πριν.²⁶

Πόλεμος και ειρήνη. Το κακό και το καλό, η αέναη εναλλαγή στο ρουν την παγκόσμιας ιστορίας. Παρένθεση στην κυριαρχία της φρίκης, μια πράξη ολωσδιόλου θεόπνευστη. Σε μια ανάπαυλα του νου από τις φρικαλεότητες της μάχης του Σολφερίνο της Λομβαρδίας το 1856 μεταξύ Γάλλων και Αυστριακών, ο Ελβετός

επιχειρηματίας Ερρίκος Ντυνάν συνέλαβε, οραματίστηκε και πραγματοποίησε την ιδέα σύστασης ενός παγκόσμιου κινήματος ανθρωπιστικής δράσης με επίκεντρο τη σωτηρία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Αν είναι αλήθεια ότι η ιστορία γράφεται από μια χούφτα οραματιστών, τότε η φιλόνητοη ομάδα που συσπειρώθηκε γύρω από τον Ντυνάν έγραψε τη δική της, όταν το 1863 χάρη στις συντονισμένες προσπάθειές της ιδρύθηκε το Διεθνές Κίνημα του Ερυθρού Σταυρού.²⁷

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύθηκε στις 10 Ιουνίου του 1877 με πρωτοβουλία της βασίλισσας Όλγας ως <<Σύλλογος επίκουρος των εν πολέμων τραυματιών>> και πρώτο πρόεδρο τον Μάρκο Ρενιέρη. Αποτελεί μέρος του Διεθνούς Κινήματος Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου. Θεωρείται ο μεγαλύτερος μη κυβερνητικός οργανισμός στον ελλαδικό χώρο. Το έργο του είναι σύνθετο και βασίζεται στην άμεση ανταπόκριση και την εθελοντική προσφορά και δράση των πολιτών. Έχει βασικό στόχο την ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου σε περιόδους πολέμου και ειρήνης, περιθάλποντας και στηρίζοντας τραυματίες, ασθενείς, ηλικιωμένους, πρόσφυγες, ανθρώπους που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες και γενικά σε όσους ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.²⁸

Η πολύτιμη ανθρωπιστική συνεισφορά του ελληνικού οργανισμού είναι αξιόπαινη όχι μόνο στις ζοφερές εμπόλεμες συνθήκες. Είναι γεγονός πως ο ΕΕΣ υπήρξε ο πρώτος εθνικός σύλλογος που πρότεινε επίσημα και εισηγήθηκε στην 3η διεθνή Συνδιάσκεψη των Ερυθρών Σταυρών στη Γενεύη το 1884, την ανάγκη της επέκτασης του έργου τους και σε περίοδο ειρήνης. Κατάσταση που μάλλον δεν υπερίσχυσε της έντασης που προκλήθηκε στα χρόνια του Α. Π. Πολέμου και κορυφώθηκε με τη διάσπαση της διοικητικής ενότητας του ΕΕΣ.²⁷

Όσον αφορά τον τομέα της νοσηλευτικής ιδρύθηκε το 1878 και είναι ο πρώτος και κατά συνέπεια ο παλαιότερος τομέας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Μέσω του τομέα και από την ίδρυση του έως σήμερα έχουν εκπαιδευτεί 25.000 άτομα ενώ σε ετήσια βάση εργάζονται περίπου 3.500 εθελοντές σε Πανελλαδικό επίπεδο. Οι εθελοντές του Σώματος, παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε ηλικιωμένους, σε μοναχικά άτομα ή σε άτομα με κινητικές και πνευματικές αναπηρίες κατ' οίκον ή στα συνεργαζόμενα δημόσια νοσοκομεία. Προκειμένου να παρέχουν όσο το δυνατόν καλύτερο έργο οι εθελοντές νοσηλευτικής παρακολουθούν εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας 124 ωρών (θεωρία) ενώ είναι υποχρεωτικό να ασκήσουν τις γνώσεις τους παρέχοντας 80 ώρες πρακτικής εκπαίδευσης (κλινική άσκηση) στα προαναφερθέντα πλαίσια.²⁶

2.4 Η Νοσηλευτική πραγματικότητα στην Ελλάδα με αριθμούς

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

Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τους μετριοπαθείς υπολογισμούς της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), τουλάχιστον 15.000 είναι οι κενές οργανικές θέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, σημειωτέον ότι οι υπολογισμοί έχουν γίνει με βάση τους παρωχημένους στις περισσότερες περιπτώσεις σήμερα Οργανισμούς Σύστασης των νοσοκομείων.²⁹

Το 2009 το ΕΣΥ απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξεως των 35.420 ατόμων εκ των οποίων το 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Π.Ε.), το 46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε), το 41,3% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Δ.Ε.) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (Υ.Ε.). Από το νοσηλευτικό προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης το 94,5 % ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και το 5,5% απόφοιτοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Ενώ από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4 % ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Ο αριθμός των ιατρών βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων στην Ελλάδα εμφανίζεται ως ο υψηλότερος μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2009 αγγίζοντας τους 5,56 ανά 1000 κατοίκους. Αντίθετα, ο αντίστοιχος λόγος για το νοσηλευτικό προσωπικό αντικατοπτρίζει την έντονη δυσαναλογία των δύο κατηγοριών επαγγελματιών υγείας καθώς μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ η Ελλάδα καταλαμβάνει την προτελευταία θέση αριθμώντας 3,4 νοσηλευτές / 1000 κατοίκους έναντι 8,7 στις χώρες του οργανισμού για το 2009.³⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εκπαίδευση

Μεταπτυχιακά προγράμματα

**Επαγγελματική αποκατάσταση των φοιτητών της
νοσηλευτικής**

**Οργανισμοί και προγράμματα κατάρτισης στην
νοσηλευτική**

3.1 Εκπαίδευση

Οι σπουδές του τμήματος περιλαμβάνει τη θεωρητική διδασκαλία, ασκήσεις - πράξεις, εργαστηριακές ασκήσεις, σεμινάρια και επισκέψεις σε οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ειδική βαρύτητα δίνεται στην ανάπτυξη των προσωπικών δυνατοτήτων του φοιτητή, περιλαμβανόμενης της ανάπτυξης πρωτοβουλιών, της κριτικής σκέψης και της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων. Το τελευταίο εξάμηνο περιλαμβάνει εκπόνηση πτυχιακής εργασίας κατά τη διάρκεια του οποίου μπορεί να πραγματοποιείται και η άσκηση στο επάγγελμα. Το πρόγραμμα σπουδών δομείται με βάση το φόρτο εργασίας του φοιτητή. Σε κάθε μάθημα του προγράμματος σπουδών κατανέμεται ένας αριθμός διδακτικών μονάδων ECTS. Το σύνολο διδακτικών μονάδων των μαθημάτων κάθε εξαμήνου κατανέμεται στα μαθήματα αναλογικά προς το φόρτο εργασίας. Διδακτικές μονάδες κατανέμονται και στη πτυχιακή εργασία και στη πρακτική άσκηση. Για τη λήψη πτυχίου ο φοιτητής παρακολουθεί επιτυχώς πρόγραμμα σπουδών περιλαμβάνει μαθήματα γενικής υποδομής, ειδικής υποδομής, ειδικότητας και διοίκηση οικονομίας, νομοθεσίας και ανθρωπιστικών σπουδών. Τα μαθήματα διακρίνονται σε υποχρεωτικά για όλες τους φοιτητές του τμήματος και κατ' επιλογή υποχρεωτικά. Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας εξασφαλίζει τη εμπάθυνση του τελειόφοιτου του τμήματος σε ένα επίκαιρο θέμα εφαρμοσμένης έρευνας ή σε αντικείμενο σπουδών.

Η πρακτική άσκηση στο επάγγελμα διαρκεί έξι ημερολογιακούς μήνες και πραγματοποιείται σε οργανισμούς, υπηρεσίες και άλλους συνεργαζόμενους φορείς που σχετίζονται με το γνωστικό αντικείμενο των σπουδών, υπό τη συνεχή επίβλεψη των συνεργατών του τμήματος. Την ευθύνη για την εποπτεία, συντονισμό και την αξιολόγηση έχει η εκάστοτε επιτροπή πρακτικής άσκησης που ορίζεται από το συμβούλιο του τμήματος. Το πρόγραμμα σπουδών του τμήματος μπορεί να διαρθρώνεται σε κατευθύνσεις που περιλαμβάνουν τη παρακολούθηση μιας ομάδας κατά την επιλογή υποχρεωτικών μαθημάτων. Με αυτό το τρόπο, δίνεται η δυνατότητα στο φοιτητή να διαμορφώσει ένα πρόγραμμα επιλογών σύμφωνα με τις ιδιαίτερες κλίσεις και προτιμήσεις του. Οι φοιτητές που θα παρακολουθήσουν επιτυχώς την ομάδα των επιλογής μαθημάτων παίρνουν βεβαίωση που πιστοποιεί την παρακολούθηση της κατεύθυνσης. Το τμήμα έχει δυνατότητα να δημιουργεί νέες, να ενεργοποιεί υπάρχουσες κατευθύνσεις ανάλογα με τις υφιστάμενες συνθήκες.³¹

Ο φοιτητής της νοσηλευτικής είναι ένας ενήλικας υπεύθυνος για τη μόρφωσή του η οποία αποτελεί μια συνεχή δια βίου διεργασία και έχει το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Η διδακτική μεθοδολογία και προσέγγιση ενισχύει την ενεργό συμμετοχή των φοιτητών στη διαδικασία της μάθησης. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η καλλιέργεια αναλυτικής και κριτικής σκέψης και υποστήριξη του φοιτητή για ενεργό συμμετοχή στη διεργασία της μάθησης. Ο καθηγητής λειτουργεί ως συντονιστής της μάθησης σύμβουλος και βοηθός φοιτητή, ενώ ο φοιτητής αποτελεί του δια βίου και μαθητή και ερευνητή της γνώσης. Το εκπαιδευτικό περιβάλλον ενισχύει τη ανάπτυξη κλήματος εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού, ενισχύει την αυτονομία και την αυτενέργεια των φοιτητών και προσφέρει ίσες ευκαιρίες μάθησης σε όλους. Η άσκηση της νοσηλευτικής βασίζεται στην έρευνα και το ενδιαφέρον της εστιάζεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και της πρόληψη της αρρώστιας στα άτομα, στις οικογένειες και τη κοινότητα. Προωθεί την αυτό φροντίδα, την ανεξαρτησία, το σεβασμό της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως παρέχει επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις αρρώστιας. Επιδιώκει την απόκτηση κάθε νέα θεωρητικής γνώσης και τεχνογνωσίας με σκοπό τη συνεχή προσαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης στη ταχύτητα αναπτυσσόμενης γνώσης, με προσανατολισμό τόσο τη πρόληψη όσο και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών.³²

Πανεπιστήμιο Αθηνών:

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 αργότερα. Σήμερα δεδομένου ότι ο επαγγελματικός κορεσμός δεν έχει έρθει στο χώρο, παρά την εν γενεί επαγγελματική κόπωση, η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται από τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια, Ανώτερη και Ανώτατη εκπαίδευση επιβεβαιώνοντας την αρχή ότι η νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη και πρέπει να σπουδάζεται και να μην είναι προϊόν εμπειρίας και μόνο. Με τις επιδράσεις του φιλοσοφικού πνεύματος της ελληνικής αρχαιότητας της χριστιανικής διδασκαλίας, του Βυζαντινού πολιτισμού και

την επιρροή της διεθνούς νοσηλευτικής του χθες, του σήμερα και του αύριο, έχει το δικό της θεωρητικό τρίπτυχο: α) Ολιστική θεώρηση του ανθρώπου ως μοναδική και αδιαίρετη ύπαρξη, β) Πίστη στην ανεκτίμητη αξία του ανθρώπου γ) νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με θερμό ενδιαφέρον, το οποίο καλούνται να υπηρετούν τόσο οι <<μάχιμοι>> όσο νοσηλευτές όσο σε όλους εργασιακούς χώρους υγείας, όσο και οι <<θεωρητικοί>> του χώρου που δίνουν κατευθύνσεις και καθοδηγούν σε όλες τις βαθμίδες και τα επίπεδα νοσηλευτικής.³³

Πανεπιστήμιο Σπάρτης:

Το τμήμα Νοσηλευτικής του πανεπιστημίου Πελοποννήσου ιδρύθηκε με το νόμο 3391/2005/ΦΕΚ 240/4-19-2005 και όλα άρχισε να λειτουργεί από το ακαδημαϊκό έτος 2005-6 παρέχοντας δυνατότητες για μια φοιτητική ζωή σε ένα φυσικό και πολιτιστικό περιβάλλον στον ιστορικό τόπο της Σπάρτης .Οργανώνει και προσφέρει σύγχρονες σπουδές στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, προσαρμοσμένες στις ευρύτερες επιστημονικές, επαγγελματικές και κοινωνικές επιταγές της εποχής μας.

Μια καινοτομία του τμήματος της Σπάρτης αποτελεί το πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών, <Διοίκηση Υπηρεσιών και Υγείας κ Διαχείριση Κρίσεως>, το οποίο συμβάλλει στο με σημαντική επιτυχία στο στη κατάρτιση στελεχών τα οποία θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες για τη πρόληψη, οργάνωση και αντιμετώπιση τοπικών ή υποτροπικών κρίσεων, μαζικών καταστροφών και επειγουσών καταστάσεων. Προσδοκία και μέλημα όλων μας αποτελεί η ανάδειξη ενός σύγχρονου ανταγωνιστικού για την υγεία Τμήματος στο χώρο της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης στη χώρα μας και διεθνώς. Η πεποίθηση μας αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται άμεσα από το επίπεδο της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία είναι ανάλογη, μεταξύ άλλων παραγόντων και του επιπέδου εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Παράλληλα το αίτημα της ακαδημαϊκής κοινότητας, των νοσηλευτικών, των φοιτητικών και επίσημων νοσηλευτικών φορέων της χώρας μας για ενιαία πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, όπως άλλωστε έχει διατυπωθεί από τον ΠΟΥ, το διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής, καθώς και Διεθνές Φορείς Νοσηλευτικής. Το πανεπιστήμιο Σπάρτης θα συνεχίσει να λειτουργεί εμπλουτισμένο με νέες δυνάμεις και νέους προσανατολισμούς.³³

3.1.1 Μεταπτυχιακά

Το μεταπτυχιακό δίπλωμα είναι ένας τίτλος σπουδών που αποδίδεται σε κάτοχο πτυχίου ύστερα από την παρακολούθηση αναλόγου κύκλου μαθημάτων. Η διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών διαφέρει σε κάθε χώρα ή και πανεπιστήμιο ανάλογα με το εκπαιδευτικό καθεστώς της χώρας και την πολιτική που ακολουθεί ο εκάστοτε εκπαιδευτικός φορέας. Για παράδειγμα στις ΗΠΑ και στην Ελλάδα για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος πρέπει ο ενδιαφερόμενος να ολοκληρώσει το πρώτο του πτυχίο, που έχει διάρκεια από 1-6 χρόνια και εν συνεχεία να παρακολουθήσει τα μεταπτυχιακά προγράμματα που διαρκούν συνήθως 2 χρόνια. Σε άλλες χώρες όπως Αγγλία, Σκοτία, Σουηδία και Ιρλανδία ο μεταπτυχιακός τίτλος απονέμεται στους φοιτητές με τη λήξη του τετάρτου έτους των προπτυχιακών τους σπουδών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το αντικείμενο του πρώτου πτυχίου σπουδών πρέπει να είναι ίδιος με αυτόν του μεταπτυχιακού διπλώματος καθώς πρόκειται για περαιτέρω εξειδίκευση στο αντικείμενο των προπτυχιακών σπουδών. Αυτό σημαίνει πως κάποιος φοιτητής που εξειδικεύεται σε διδακτορικό επίπεδο θεωρείται πως κάνει το μεταπτυχιακό του. Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα μεταπτυχιακών σπουδών στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και Πελοποννήσου. Οι απόφοιτοι των τμημάτων μπορούν να κάνουν μεταπτυχιακό σε οποιοδήποτε άλλο τμήμα των Επιστημών Υγείας ή άλλων πανεπιστημιακών σχολών επιθυμούν.³³

3.2 Η επαγγελματική αποκατάσταση των φοιτητών Νοσηλευτικής

Αρχικά η μεγάλη Αγγλίδα νοσοκόμος Florence Nightigale, η οποία μετά την επιτυχή δράση της στο Κριμαϊκό πόλεμο (1854-1856), ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσηλευτών στο Νοσοκομείο Αγίου Θωμά στο Λονδίνο το 1860.¹ Στις πρώτες νοσηλευτικές σχολές, που ιδρύθηκαν στα μέσα του 19ου αιώνα, οι φοιτητές μάθαιναν με το σύστημα της μαθητείας υπό την επίβλεψη της προϊσταμένης. Πλέον, οι οκτώ σχολές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και οι δυο σχολές παράγουν σταθερά κάθε χρόνο αρκετές δεκάδες νοσηλευτών υψηλού μάλιστα επιπέδου, ελάχιστοι τελικώς φτάνουν ως τον επαγγελματικό προσανατολισμό τους, δηλαδή στα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα. Ο λόγος είναι ότι οι θέσεις τους στις κλινικές καταλαμβάνουν συνήθως

από βοηθούς νοσηλευτές να έρχονται επικουρικά να συμπληρώνουν τα κενά του κλάδου τους στα νοσοκομεία. Η αιτία θεωρείται το Προεδρικό Διάταγμα 210/2001 το οποίο προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα μεγάλα προβλήματα στη λειτουργία του ΕΣΥ, αλλά με το μικρότερο δυνατό κόστος, παραχώρησε βασικές αρμοδιότητες των νοσηλευτών και στους βοηθούς. Έτσι, οι τελευταίοι εκτός από τη φροντίδα και την υγιεινή των ασθενών, ανέλαβαν και τη νοσηλεία δηλαδή το σύνολο των αναγκαίων ιατρικών πράξεων για την περίθαλψη και τη θεραπεία ασθενών. Οι νοσηλευτές πάλι επιφορτίστηκαν με την ευθύνη των πράξεων των βοηθών νοσηλευτών. Κι αν στο δημόσιο σύστημα υγείας οι βοηθοί νοσηλευτές αποτέλεσαν στην αρχή τουλάχιστον της ισχύος του Προεδρικού Διατάγματος, μια ισχυρή τονωτική ένεση για το κουρασμένο και γερασμένο νοσηλευτικό προσωπικό, στον ιδιωτικό τομέα δεν τηρήθηκαν ούτε τα προσχήματα: οι βασικοί νοσηλευτές αποτελούν τη ραχοκοκαλιά της νοσοκομειακής περίθαλψης.³⁴

3.3 Οργανισμοί και προγράμματα κατάρτισης στη νοσηλευτική

Συνίσταται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου υπό την επωνυμία Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) πλήρως αυτοδιοικούμενο το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Έδρα της Ε.Ν.Ε. ορίζεται η Αθήνα. Περιφερειακά τμήματα λειτουργούν σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδος.

Σκοποί της Ε.Ν.Ε.

1. Προαγωγή και ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης επιστήμης και τέχνης για την εξύψωση του θεσμού και την εξασφάλιση υψηλής στάθμης φροντίδας και υγείας στο κοινωνικό σύνολο.
2. Έρευνα , ανάλυση και μελέτη των νοσηλευτικών θεμάτων και η σύνταξη και υποβολή επιστημονικά τεκμηριωμένων μελετών για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας.
3. Η διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα με δική της πρωτοβουλία ή κατόπιν πρόσκλησης από τον υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
4. Η συμβολή στην εξεύρεση και εφαρμογή μεθόδων και τρόπων για ορθολογική διοίκηση και διαχείριση των πόρων της .
5. Εισήγηση για θέματα εκπαίδευσης – μετεκπαίδευσης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του νοσηλευτικού κλάδου, η αξιοποίηση προς

το σκοπό αυτό υποτροφιών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων καθώς και η υλοποίησή τους.

6. Η συμμετοχή στη υλοποίηση προγραμμάτων επιχορηγούμενων από την Ευρωπαϊκή Ένωση που άμεσα ή έμμεσα έχουν σχέση με τη νοσηλευτική.
7. Η έκδοση των απαιτούμενων για την απόκτηση – ανανέωση της άδειας άσκησης επαγγέλματος πιστοποιητικών στα μέλη η τήρηση μητρώων, καθώς και ο περιορισμός της αντιποίησης της άσκησης του επαγγέλματος .
8. Η συνεργασία με τους φορείς που παρέχουν νοσηλευτική εκπαίδευση και φροντίδα.
9. Η αξιοποίηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας .
10. Η συμμετοχή στα εκάστοτε θεσμοθετημένα όργανα που αφορούν, το νοσηλευτικό επάγγελμα, αλλά και τη γενικότερη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας
11. Η εκπροσώπηση της χώρας σε διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς του νοσηλευτικού κλάδου.
12. Η έκδοση περιοδικού, ενημερωτικού δελτίου, συγγραμμάτων και φυλλαδίων που αφορούν τη νοσηλευτική για την ενημέρωση των μελών της αλλά και του κοινωνικού συνόλου.
13. Ο καθορισμός και η διασφάλιση της ελεύθερης άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
14. Η εισήγηση για τον καθορισμό των νοσηλευτικών πράξεων και την καταστολή τους.
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 συνεδρίων.
17. Η δημιουργία συναδελφικού πνεύματος μεταξύ των μελών της .
18. Η επιστημονική προαγωγή των μελών της.
19. Η συμβολή στην προστασία της υγείας του Ελληνικού λαού.³⁵

Ο Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος ιδρύθηκε το 1923. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του καταστατικού είναι επιστημονικό - επαγγελματικό σωματείο και αποτελεί τον φορέα έκφρασης όλων των Ελλήνων Νοσηλευτών.

Ο ΕΣΝΕ είναι μέλος του διεθνούς συμβουλίου νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) από το 1929, της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Συνδέσμων Νοσηλευτών (European Federation of Nurses Association EFN), της ομάδας εργασίας

Νοσηλευτών Ερευνητών Ευρώπης (The Workgroup of European Nurse Researches WENR), του Ευρωπαϊκού Φόρουμ των Νοσηλευτικών και Μαιευτικών Συνδέσμων και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO EFNMA, AND WHO), της Ευρωπαϊκής Εταιρίας για την νοσηλευτική ογκολογία (The European Oncology Nursing Society EONS) της ομοσπονδίας Νοσηλευτών Επαγγελματικής Υγείας στην Ευρωπαϊκή στην Ε.Ε. (Federation of Occupational Health Nurses within E.U 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 (Pediatric Nursing Associations of Europe, PNAE).

Συνεργάζεται δε με τον ΠΟΥ (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 αν κληθεί με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης και με άλλους επαγγελματικούς και συνδικαλιστικούς φορείς. Έχει στενή συνεργασία με φορείς των νοσηλευτικών ειδικοτήτων όπως την Ελληνική Νεφρολογική Ένωση Νοσηλευτών (ENEN), το Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥΝΔΟΧ) 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 διετία και τετραετία σε διάφορες χώρες όπως επίσης και σε όλες τις Συναντήσεις και Συνόδους των Ευρωπαϊκών Νοσηλευτικών Οργανώσεων και των Επιτροπών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Διοικητική του διάρθρωση περιλαμβάνει περιφερειακά τμήματα και παραρτήματα σε αρκετές περιοχές της Ελλάδας τα οποία δραστηριοποιούνται αυτόνομα σε συνεργασία πάντοτε με το διοικητικό συμβούλιο του ΕΣΝΕ. Ο ΕΣΝΕ ιδρύει τομείς κατά ειδικότητες για την επιμόρφωση και μελέτη κοινών προβλημάτων

όπως είναι ο τομέας Υγείας / Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης, Ψυχικής Υγείας, Αναισθησιολογίας και Παιδιατρικής.

Μεταξύ των μέσων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη των σκοπών του Συνδέσμου είναι η οργάνωση ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ημερίδων και Διημερίδων καθ' όλη τη διάρκεια του έτους η έκδοση τριμηνιαίου περιοδικού "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" του μηνιαίου ενημερωτικού δελτίου "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ" του τριμηνιαίου ενημερωτικού φυλλαδίου "ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" και άλλων εντύπων.

Ακόμη ο ΕΣΝΕ προκηρύσσει κάθε χρόνο τις Υποτροφίες: (1) "Ελένης Πετρινέλη" για διεξαγωγή νοσηλευτικής έρευνας, (2) "Μαρίας Βουλγαράκη" για παρακολούθηση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος βραχείας διάρκειας στο εξωτερικό και (3) χορηγεί το Βραβείο "Αικατερίνης Κουκιά – Κεπετζή".³⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Κώδικας νοσηλευτικής Δεοντολογίας και Νομοθεσίας
Επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών
Επαγγελματικά δικαιώματα βοηθών νοσηλευτών
Ζητήματα ηθικής στην νοσηλευτική πρακτική
Καθήκοντα νοσηλευτών-υποχρεώσεις
Διαφορές καθηκόντων νοσηλευτών και βοηθών
νοσηλευτών
Ιεραρχία και διοίκηση νοσοκομειακού περιβάλλοντος**

4.1 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και Νομοθεσίας

Αν θα θέλαμε να δώσουμε έναν ορισμό της δεοντολογίας με μη νομικούς όρους θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται για σύνολο <<ηθικών>> υποχρεώσεων στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας που εξηγεί σε ποιες υποχρεώσεις πιστεύουν τα μέλη της και τι πρέπει να σέβονται όταν σχετίζονται με μεγάλες ομάδες. Η δεοντολογία ξεφεύγει από την έννοια της ηθικής διότι περιορίζεται σε ένα συγκεκριμένο τομέα και επηρεάζεται από την υποστήριξη ή προώθηση επαγγελματικών συμφερόντων. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η δεοντολογία και η ηθική πράγματι, αποτελούν ξεχωριστές έννοιες παρόλο που συγκλίνουν σε ορισμένα σημεία. Σε κάποιες από αυτές όπως για παράδειγμα στην Γαλλία δεοντολογία σημαίνει απλώς τον πειθαρχικό νόμο που ισχύει για κάποιους επαγγελματίες όπως τους γιατρούς.³⁶

Από τις αρχές του 20ου αιώνα η δεοντολογία περιλαμβάνεται πλέον σε κώδικες. Ένας κώδικας δεοντολογίας είναι το αποτέλεσμα μιας ευρείας συναίνεσης σχετικά με τις αξίες και την επαγγελματική στάση των ασκούντων το συγκεκριμένο επάγγελμα. Θεσπίζεται από μια επαγγελματική επιτροπή και περιέχει κανόνες που υποδεικνύουν την συμπεριφορά των επαγγελματιών απέναντι στους πελάτες, τους συναδέλφους και το κοινωνικό σύνολο. Σε πολλές χώρες οι κώδικες δεοντολογίας αποκρυσταλλώνουν απλώς τα επαγγελματικά πρότυπα διαγωγής και εφαρμόζονται μόνο στα μέλη της επαγγελματικής ομάδας που έχουν οικειοθελώς αποδεχθεί να υπαχθούν στις διατάξεις τους. Αυτό σημαίνει ότι σε περίπτωση νομοθετήματος με παρεμφερές περιεχόμενο η εφαρμογή του τελευταίου προηγείται αν το περιεχόμενο του κώδικα δεοντολογίας και του νομοθετήματος αντιφάσκουν. Τα επιχειρήματα υπέρ της ύπαρξης ενός κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας είναι τα ακόλουθα:

1. κώδικας είναι ένα εργαλείο προώθησης του σχετικού επαγγέλματος μέσα στην κοινωνία.
2. Αποτελεί την επίσημη έκφραση των αξιών στις οποίες πιστεύουν τα μέλη της επαγγελματικής κοινότητας αλλά και ευρύτερα της κοινωνίας.
3. Αποτελεί έναν τρόπο να προστατευτούν οι πελάτες και το σύνολο του πληθυσμού από την καταχρηστική άσκηση του επαγγέλματος.

4. Αποτελεί τέλος εργαλείο ενοποίησης ή εναρμόνισης επαγγελματών, ειδικοτήτων και βελτίωσης συνοχής μεταξύ των μελών της επαγγελματικής κοινότητας.

Πράγματι και σε ότι αφορά την ελληνική πραγματικότητα είναι διαπιστωμένο ότι η επαγγελματική ευθύνη και η νομοθετική της ρύθμιση είναι ζήτημα με μείζονα κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο. Επαγγέλματα που εξαρχής προικοδοτήθηκαν με νομοθετήματα στα οποία ο τρόπος και οι αρχές άσκησής τους προβλέφθηκαν με σαφήνεια και αυστηρότητα απήλαυσαν και συνεχίζουν να απολαμβάνουν αυξημένο κοινωνικό κύρος και αποδοχή όπως ιατροί και δικηγόροι. Όντως το πιο βασικό επιχείρημα για την ύπαρξη ενός κώδικα δεοντολογίας είναι ότι αυτός αποτελεί τον κυριότερο μηχανισμό μέσω του οποίου μια τάξη επαγγελματιών επιδιώκει και συντηρεί την προνομιακή κοινωνικοοικονομική της θέση. Η παραδοχή αυτή ισχύει ιδιαίτερα για επαγγέλματα που προαναφέρθηκαν.³⁷

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

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις των παρ. Ι και 2 του άρθρου ΙΙ 4του Ν.2071/92 (ΦΕΚ 1 23/Α!92) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»
2. Τις διατάξεις του άρθρου 29 Α του Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/85) όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν.2081/92 (ΦΕΚ 154/Α192) και τροποποιήθηκε με το άρθρο Ι παρ. 2 άρθρου Ν. 2469ι97 (ΦΕΚ 38/Α197).
3. Την αρ. 2850/18.4.2000 (ΦΕΚ 565/Β) απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Χριστίνα Σπυράκη και Δημήτριο Θάνο».
4. Την αρ. απόφαση 15 της 139ης Ολομέλειας 2.4.98 του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.
5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις παρόντος Π.Δ/τος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.
6. Την αριθ. 28912001 Γνωμοδότηση του Συμβουλίου Επικρατείας, μετά από πρόταση του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουν. Θεσπίζεται Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ως εξής:

Άρθρο 1

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2

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

Άρθρο 3

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

Άρθρο 4

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

Άρθρο 5

Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει,

αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6

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

Άρθρο 7

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

Άρθρο 8

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9

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

Άρθρο 10

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

Άρθρο 11

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

Άρθρο 12

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

Άρθρο 13

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

Άρθρο 14

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

Άρθρο 15

Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα

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

Άρθρο 16

Ο Νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά την διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεση τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.^{38,39}

Άρθρο 17

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

Άρθρο 18

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

Άρθρο 19

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

Άρθρο 20

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

Άρθρο 21

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

Άρθρο 22

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής: Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

Άρθρο 23

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

Άρθρο 24

Η ισχύς του παρόντος διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, στον Υφυπουργό Υγείας και Πρόνοιας αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.^{38,39}

4.1.1 Επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών

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

Άρθρο 1 -Επαγγελματικά Δικαιώματα-

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης- Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579/85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.
2. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες:
 - 2.1. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντος του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του.
 - 2.1.1. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα..
 - 2.1.2. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.
 - 2.1.3. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
 - 2.1.4. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.

- 2.1.5. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.
- 2.1.6. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- 2.1.7. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.
- 2.1.8. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- 2.1.9. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα.
- 2.1.10. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου, στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.
- 2.1.11. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους.
- 2.1.12. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών.
- 2.1.13. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων σε θέματα που αφορούν:
- τη λειτουργία του νοσοκομείου
 - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
 - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
- 2.1.14. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα.
- 2.1.15. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
- 2.1.16. Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.
- 2.1.17. Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων και
- 2.1.18. Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς.
- 2.1.19. Συνεργασία στο συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.
- 2.2. Πράξεις σε απουσία γιατρού :
- 2.2.1. Εφαρμογή πρωτοκόλλου επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.

- 2.2.2. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.
- 2.3. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος:
 - 2.3.1. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.
 - 2.3.2. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
 - 2.3.3. Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
 - 2.3.4. Πλήρης παρεντερική θρέψη.
 - 2.3.5. Θεραπευτικά λουτρά.
 - 2.3.6. Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.
- 3. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να :
 - 3.1. Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.
 - 3.2. Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.
 - 3.3. Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητας τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.
 - 3.4. Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
 - 3.5. Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητας τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
 - 3.6. Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείψει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρυθμα προγράμματα.
- 4. Οι πτυχιούχοι του αναφερομένου τμήματος απασχολούνται στην νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία..Ακόμη έχουν το δικαίωμα να επισημαίνουν προβλήματα για έρευνα ή μελέτη και να τις διεξαγάγουν με σκοπό την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και μεθοδολογίας.
- 5. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης

επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.^{40,41,42}

4.1.2 Επαγγελματικά Δικαιώματα Βοηθών Νοσηλευτών (ΔΕ)

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

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

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

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

και το γεγονός ότι από τις διατάξεις του παρόντος δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού.

- Την, υπ' αριθμ. 219/2001, Γνωμοδότηση του ΣτΕ, ύστερα από πρόταση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1:

Στους κατόχους Διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης, των ειδικοτήτων “Νοσηλευτική Τραυματολογία”, “Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων”, “Νοσηλευτής Χειρουργείου”, “Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις”, και “Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας” των Ι.Ε.Κ. και στους κατόχους πτυχίου των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας “Βοηθών Νοσηλευτών” χορηγείται άδεια άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Νοσηλευτική *** ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με το άρθρο 1 ΠΔ 268/2003,ορίζεται ότι: “Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Βοηθού Νοσηλευτή του Προεδρικού Διατάγματος 210/01 (ΦΕΚ 165/Α'/24.7.2001) χορηγείται με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις στους κατόχους διπλώματος Ο.Ε.Ε.Κ. επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης των ειδικοτήτων “Βοηθός τραυματολογίας ορθοπεδικής” και Βοηθός “Ειδικής Νοσηλευτικής” των Ι.Ε.Κ”.⁴²

Άρθρο 2:

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

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
2. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
3. Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη.
4. Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα.

5. Παρακολούθηση λειτουργίας παροχετεύσεων.
6. Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου.
7. Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία).
8. Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.
9. Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας – υπερθερμίας.
10. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.
11. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία
12. Απλές επιδέσεις.
13. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
14. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα.
15. Εκκενωτικό υποκλυσμό.
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού για την αποστείρωση.
18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορρών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λπ.
19. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
20. Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία, καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
21. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς, απλή ή με κατακλιμένο άτομο). Επίσης, οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη του ανατίθεται από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, υπό την προϋπόθεση ότι την αποκλειστική ευθύνη φέρει ο νοσηλευτής, ο οποίος κρίνει εάν ο διπλωματούχος των ειδικοτήτων <<Νοσηλευτής Χειρουργείου>>, <<Νοσηλευτική Τραυματολογία>>, <<Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων>>, <<Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις>> και <<Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας>> των Ι.Ε.Κ., και ο πτυχιούχος των Τ.Ε.Ε. Α και Β' κύκλου της ειδικότητας <<Βοηθών Νοσηλευτών>> δύναται στη συγκεκριμένη περίπτωση να εκτελέσει, με ασφάλεια για την υγεία του αρρώστου, την εν λόγω εργασία.⁴²
22. Οι κάτοχοι Διπλώματος Επαγγελματικής Κατάρτισης επιπέδου Μεταδευτεροβάθμιας Επαγγελματικής Κατάρτισης του Ν. 2009/92 των

ειδικοτήτων <<Νοσηλευτής Χειρουργείου>>, <<Νοσηλευτική Τραυματολογία>>, <<Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων>>, <<Νοσηλευτική Ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις>> και <<Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας>> των Ι.Ε.Κ. και οι κάτοχοι πτυχίου των Τ.Ε.Ε. Α και Β' κύκλου της ειδικότητας <<Βοηθών Νοσηλευτών>> ασκούν επείγουσες νοσηλευτικές πράξεις και εφαρμόζουν πρώτες βοήθειες, όπως είναι οι ακόλουθες:

- Ίσχαιμη περίδεση
- Ακινητοποίηση κατάγματος

Άρθρο 3:

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

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

β) στους κατόχους πτυχίου επιπέδου 3 (Τ.Ε.Ε. Β' κύκλου σπουδών) της ανωτέρω ειδικότητας μετά από πρακτική άσκηση έξι (6) μηνών και γ) στους κατόχους πτυχίου επιπέδου 2 (Τ.Ε.Ε. Α' κύκλου σπουδών) της ανωτέρω ειδικότητας μετά από πρακτική άσκηση δώδεκα (12) μηνών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, καθώς και κάθε λεπτομέρεια σχετικά με τη διαδικασία χορήγησης της εν λόγω άδειας.

Άρθρο 4:

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

1. Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.)
2. Τεχνικών Επαγγελματικών Λυκείων (Τ.Ε.Λ.) Νοσηλευτικής κατεύθυνσης
3. Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) Νοσηλευτικής.
4. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) Α κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών.
5. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) Β' κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών.
6. Σχολών της αλλοδαπής ισοτίμων προς τις ανωτέρω Σχολές.⁴²

Άρθρο 5 :

Υφιστάμενες ευνοϊκότερες διατάξεις για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στους πτυχιούχους των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολών και των Τ.Ε.Λ. δεν θίγονται από τις διατάξεις του παρόντος. Οι άδειες άσκησης επαγγέλματος που έχουν ήδη χορηγηθεί στους πτυχιούχους των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολών, των Τ.Ε.Λ., των Τ.Ε.Ε. Α' και Β' κύκλου σπουδών και ισοτίμων Σχολών της ημεδαπής ή αλλοδαπής εξακολουθούν να ισχύουν. "Η άδεια άσκησης επαγγέλματος των κατόχων πτυχίων ΤΕΕ Α' και Β' κύκλου της ειδικότητας Βοηθών Νοσηλευτών, που απέκτησαν τον τίτλο τους πριν τη δημοσίευση του παρόντος Π.Δ. χορηγείται χωρίς την πραγματοποίηση της πρακτικής άσκησης που προβλέπεται από τις διατάξεις των περιπτώσεων β και γ του άρθρου 3 του Π.Δ. 210/2001, εφαρμοζομένων κατά τα λοιπά των διατάξεων του παρόντος".

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

Άρθρο 6 :

Η ισχύς του παρόντος Διατάγματος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Στον Υπουργό Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ανατίθεται η δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος Διατάγματος.⁴²

4.1.3 Ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική

Η ηθική συμπεριφορά του νοσηλευτή αρχικά συνοδευόταν με την εικόνα της νοσηλεύτριας ως καλής γυναίκας στην υπηρεσία των άλλων. Για παράδειγμα την εποχή της Florence Nightgale στη Βικτωριανή Αγγλία, η καλή νοσηλεύτρια ήταν βασικά καλή γυναίκα, δεσμευμένη στο υψηλό δυναμικό να κάνει αυτό που ήταν σωστό και ανταποκρινόταν στη θρησκευτική ή επαγγελματική πρόσκληση της νοσηλευτικής. Έχοντας υψηλόφρονα χαρακτήρα ήταν αγνή, ακριβής, ήρεμη και εύθυμη [Nutting & Dock 1907, Johnstone 1993]. Η νοσηλεύτρια εκείνη πειθαρχούσε με βάση την κατάρτιση στην ηθική, είχε δυναμικότητα ως πνευματικό πρόσωπο και ως νοσηλεύτρια κ έπρεπε να κάνει το καθήκον ως προς τους άλλους. Επίσης, ήταν ηθικά αγνή όσο το δυνατό και θεωρούνταν από τους άλλους ως ευπρεπής, σεμνή γυναίκα. Αυτή η άποψη της νοσηλεύτριας ως καλής γυναίκας κωδικοποιείται στο βιβλίο της Robb "Nursing Ethics", Επιπλέον από το να είναι βιολογικά και ηθικά δυνατή, η νοσηλεύτρια σύμφωνα με τη Robb, πρέπει να είναι αξιοπρεπής, μορφωμένη, ευγενής, καλά εκπαιδευμένη και επιφυλακτική γυναίκα καλής ανατροφής. Όπως κ η Nightgale, η Robb θεωρούσε την εργασία της νοσηλεύτριας ως υπηρεσία σε άλλους που εκτελούνταν στο πνεύμα του θρησκευτικού καθήκοντος. Επομένως, η ηθική αρετή, το ηθικό καθήκον και η υπηρεσία στους άλλους αποτέλεσαν το θεμέλιο στο οποίο οικοδομήθηκαν τα πρότυπα ηθικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών. Στις αρχές του 20ου αιώνα, το να είναι η νοσηλεύτρια ηθική στη νοσηλευτική πρακτική, σημαίνει πρωταρχικά ότι ακολουθεί τη νοσηλευτική εθιμοτυπία και στη συνέχεια τα καθορισμένα καθήκοντα [Johnstone 1993]. Η νοσηλευτική εθιμοτυπία περιελάμβανε τύπους ευγενικής συμπεριφοράς όπως κομψή, εξευγενισμένη, με αβροφροσύνη και ήρεμη παρακολούθηση των γιατρών. Επίσης, περιελάμβανε διαφορετική στάση προς τις αρχές, ιδιαίτερα στους νοσηλευτές και γιατρούς. Η εκτέλεση του καθήκοντος περιελάμβανε απόλυτη συμμόρφωση στους κανόνες του ιδρύματος και αυτοθυσία. Οι επικαλυπτόμενες έννοιες της εθιμοτυπίας και της ηθικής ως πρότυπα για ηθική συμπεριφορά παρουσιάστηκαν με σαφήνεια στο πρώτο βιβλίο νοσηλευτικής ηθικής. Η νοσηλευτική ηθική περιγράφηκε από την Aikens [1930] ως τα ιδανικά, τα έθιμα και οι συνήθειες που συνδέονται με τα γενικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.⁴³

Η Gladwin [1930] θεωρούσε ως νοσηλευτική ηθική την εκτέλεση του καθήκοντος με δεξιάτητα και ηθική τελειότητα. Η Robb όρισε την νοσηλευτική ηθική ως κανόνες συμπεριφοράς που ακολουθούνται από τους νοσηλευτές κατά την παρακολούθηση του ασθενούς. Ακόμη και τα βιβλία που δημοσιεύθηκαν στο τέλος της δεκαετίας του 50 νουθετούσαν τη νοσηλεύτρια να δημιουργεί τις επαγγελματικές τις σχέσεις με πίστη σύνεση και σεβασμό. Ωστόσο, είναι κατανοητές κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ εθιμοτυπίας και ηθικής. Η εθιμοτυπία ήταν απαραίτητη για να εξασφαλίσει την επαγγελματική αρμονία στη φροντίδα του ασθενούς. Η ηθική, ωστόσο, ήταν απαραίτητη για την ηθική ικανότητα. Στη πραγματικότητα, η ηθική ήταν τόσο σημαντική στην αρχική νοσηλευτική εκπαίδευση που θεωρούνταν ως επιστήμη, η γνώση της οποίας έδινε τη δυνατότητα στις νοσηλεύτριες να αντεπεξέλθουν στα καθήκοντα τους με ηθική δεξιάτητα και τελειότητα. Η επιστήμη της ηθικής συνδεόταν άμεσα με τη νοσηλευτική πρακτική υπό την έννοια ότι το καθήκον ερμηνευόταν διαφορετικά από τον κάθε νοσηλευτή.

Το πως ο νοσηλευτής εκτελούσε τις νοσηλευτικές ενέργειες αντανάκλασε την ηθική αρετή, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και την εσωτερική της δύναμη. Η ηθική συμπεριφορά έδειχνε επίσης την αποδοχή εθίμων, των συνηθειών, των ιδανικών και των κανόνων της εθιμοτυπίας που αποτελούσαν τα ηθικά πρότυπα της νοσηλευτικής ηθικής. Με τη πάροδο του χρόνου, ο ρόλος της νοσηλεύτριας στη φροντίδα του ασθενούς άρχισε αργά να αλλάζει από βοηθός γιατρού σε ανεξάρτητη επαγγελματία που μπορούσε να έχει την υπευθυνότητα για αυτό που κάνει [ή που δε κάνει], στη φροντίδα του ασθενούς. Αυτή η στροφή στους ρόλους επιτεύχθηκε με την αλλαγή των απόψεων σχετικά με την ηθική συμπεριφορά των νοσηλευτών. Η ηθική υπευθυνότητα των νοσηλευτών δεν περιοριζόταν πια αποκλειστικά στην υπακοή στις αρχές, στη πίστη στο γιατρό, στο νοσοκομείο και στους συνεργάτες. Οι αλλαγές των αξιών στη κοινωνία άρχισαν να επηρεάζουν τον τρόπο που οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν τις ευθύνες τους προς τους ασθενείς, τους συνεργάτες και το ίδρυμα. Οι νοσηλευτές πλέον δεν εκτελούσαν απλώς ηθικές αποφάσεις που λαμβάνονταν από άλλους αλλά διεκδικούσαν να λαμβάνουν ανεξάρτητες αποφάσεις στη φροντίδα των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ηθικών αποφάσεων.⁴³

Ο κώδικας περιγράφεται ως η τυποποιημένη ομάδα κανόνων ή προσδοκιών που σχεδιάζονται για ένα επιλεγμένο σκοπό κατά τη διάρκεια του πρώτου μισού του 20ου, συζητήθηκε στους νοσηλευτικούς οργανισμούς σε όλο το κόσμο η ανάγκη για ένα κώδικα ηθικής για τη νοσηλευτική ηθική. Ωστόσο, μόνο στα μέσα του αιώνα

έγιναν αποδεκτοί οι κώδικες ηθικής για νοσηλευτές από διάφορους νοσηλευτικούς οργανισμούς. Το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών άρχισε να εργάζεται προς την ανάπτυξη ενός κώδικα ηθικής για όλους τους νοσηλευτές του κόσμου.

Οι κώδικες ηθικής προσφέρουν πολλές λειτουργίες. Μια λειτουργία είναι να παράγουν και να διατηρήσουν ηθικά πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς. Ο κώδικας μπορεί να το επιτύχει αυτό με τη καλλιέργεια ηθικών χαρακτήρων και την ενθάρρυνση των ατόμων να εμπλακούν σε ευσυνείδητο ηθικό αναστοχασμό. Ο κώδικας μπορεί επίσης να δώσει οδηγίες για συμπεριφορές που δεν υπάγονται στη νομοθεσία, οι συμπεριφορές όπως η εθελοντική συμμόρφωση προς μια ηθική συμπεριφορά και η στάση φροντίδας και σχετικά με τους ασθενείς. Μια δεύτερη λειτουργία ενός κώδικα είναι να ρυθμίζει την ηθική επαγγελματική συμπεριφορά. Ο κώδικας θέτει τις παραμέτρους της αποδεκτής ηθικής πρακτικής και παρουσιάζει στη κοινωνία τι απαιτείται από τους νοσηλευτές. Επίσης, διαμορφώνει τα πρότυπα της ηθικής πρακτικής στα οποία όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να στοχεύουν.

Η Spicer [1995] τονίζει ότι οι κατευθύνσεις του κώδικα ηθικής γενικά περιλαμβάνουν 3 στοιχεία: αξίες, καθήκοντα και αρετές. Οι αξίες δηλώνουν το πρωταρχικό καλό ή στόχο που υιοθετείτε από το επάγγελμα, στη νοσηλευτική αυτό μπορεί να είναι η ευεξία των ασθενών. Τα καθήκοντα συνήθως είναι στη φύση τους και περιλαμβάνουν το σεβασμό για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια τη διαφυλάξει του αυτεξούσιου και τη τήρηση του απορρήτου. Οι αρετές σε ένα κώδικα μπορεί να περιλαμβάνουν τα χαρακτηριστικά που είναι επιθυμητά για τα μέλη της επιθυμητής ομάδας. Στη νοσηλευτική τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι συμπόνια, ειλικρίνεια και προσωπική ακεραιότητα. Οι λειτουργίες και οι ηθικές κατευθύνσεις ενός κώδικα είναι σχετικές με τους νοσηλευτικούς κώδικες ηθικής. Πολλοί από τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες ηθικής, στη πραγματικότητα δίνουν έμφαση στη προσωπική συμπεριφορά του νοσηλευτή και προβάλλουν στη κοινωνία την ηθική εικόνα του επαγγελματία νοσηλευτή. Οι πιο πρόσφατοι κώδικες ηθικής δίνουν έμφαση στην ευθύνη των νοσηλευτών προς τον ασθενή και στη διατήρηση των προτύπων της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι αξίες, τα καθήκοντα και οι αρετές των νοσηλευτών φαίνονται στις απαιτήσεις των νοσηλευτικών κωδικών για την διατήρηση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών των ασθενών την υπευθυνότητα για τις νοσηλευτικές ενέργειες και το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων όλων των ανθρώπων.⁴³

4.1.4 Καθήκοντα νοσηλευτών-υποχρεώσεις

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

Για τη σύνταξη του παρόντος κώδικα ελήφθησαν υπόψη ο διεθνής κώδικας ηθικών καθηκόντων διπλωματούχων νοσηλευτών τους διεθνούς συμβουλίου νοσηλευτών(International Council of Nurses Association (1976) ο νοσηλευτικός κώδικας του American Nurses Association (1976), κώδικες νοσηλευτικής δεοντολογίας χωρών της Ευρώπης η διακήρυξη της Γενεύης (γενική συνέλευση παγκόσμια ιατρικής ένωσης, Γενεύη 1948,Σίδνεϊ 1948),η διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική συνέλευση παγκόσμιας Ιατρικής ένωσης),Ελσίνκι 1964, Τόκιο 1975),Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων των ασθενών (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο 1983),Οι αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (διαρκείς επιτροπής Ιατρών 1987),ο κώδικας άσκησης του Ιατρικού επαγγέλματος(A.N. 1565/1939) Και ο κανονισμός ιατρικής δεοντολογίας (B.Δ.25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955).Στο παρόντα κώδικα υιοθετείται ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται Π.Ο.Υ. δηλαδή σαν τη κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας. Όπου στο παρόντα κώδικα αναφέρεται ο όρος ασθενής θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για την υγιή ή ασθενή με την στενή έννοια του όρου,και όπου αναφέρεται ο όρος πόνος θα πρέπει να νοείται με την ευρεία έννοια του όρου σαν σωματικός, ψυχικός , κοινωνικός ή ηθικός.

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

Άρθρο1Ο νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σε όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος οφείλει γενικά να πράττει κάθε τι που επιβάλλει το καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας της διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Άρθρο 2 Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά τη παροχή υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. Με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια της πρόσληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από το πόνο, οφείλει ο νοσηλευτής να χρησιμοποιεί το σύνολο επιστημονικών και επαγγελματιών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική αυτοτέλεια.⁴⁴

Άρθρο 3 Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του νοσηλευτή δια μέσο της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις.

Άρθρο 4 Ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση του καθήκοντος του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτεία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλευση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την προσπόριση παράνομου όφελος του ίδιου ή του τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων. Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσιοθεραπευτές, διοικητικούς κτλ.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Άρθρο 5 Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την βούληση του ασθενή.

Άρθρο 6 Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές

ή άλλες τοποθετήσεις τους ,την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου.

Άρθρο 7 Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής,λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευση της.

Άρθρο 8 Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για τον σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητες του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Άρθρο 9 Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του,δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Άρθρο 10 Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με την διάγνωση,την πρόγνωση, τη θεραπεία,τους ενδεχόμενους κινδύνους,τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.⁴⁴

Άρθρο 11 Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενή,απέχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επί ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του.

Άρθρο 12 Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης,δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα

συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου,εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα. Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική,διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις.⁴⁴

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ,ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΙ ΤΟ ΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Άρθρο 13 Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές,τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

Άρθρο 14 Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδα εκπαίδευσης ή ειδίκευσης,τηρώντας την ιεραρχία. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.

Άρθρο 15 Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς,ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες,διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας.Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 16 Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις απαραίτητες υπηρεσίες του και να συνδράμει τις δημόσιες αρχές στο έργο τους για την προαγωγή της δημόσιας υγείας,τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής όσο και κατά την παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών του γενικότερα,σύμφωνα με τους κανόνες της επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις.

ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ -ΕΡΕΥΝΗΤΗ

Άρθρο 17 Ο Νοσηλευτής-ερευνητής οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής,κλινικής ή άλλης έρευνας,όπως αυτές τίθενται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας.

Άρθρο 18 Ο Νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν,την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου.

Άρθρο 19 Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάσει την έρευνα με νοσηλευτικές φροντίδες με σκοπό την απόκτηση νέων γνώσεων,παρά μόνο στο μέτρο που αυτή η έρευνα δικαιολογείται από μια διαγνωστική ή θεραπευτική χρησιμότητα σε σχέση με τον ασθενή.⁴⁴

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟΥΣ

Άρθρο 20 Η παροχή νοσηλευτικών φροντίδων απαιτεί, σ' όλες τις περιστάσεις, το διαρκή σεβασμό στη ζωή,την ηθική αυτονομία και την ελεύθερη επιλογή του ασθενή. Σε περίπτωση ανίατης τελειωτικής ασθένειας μπορεί η νοσηλευτική φροντίδα να περιοριστεί στην ανακούφιση των φυσικών και ηθικών πόνων του ασθενή, παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη και διατηρώντας κατά το δυνατό την ποιότητα της ζωής του. Αποτελεί κεφαλαιώδες χρέος του νοσηλευτή να συμπαρασταθεί στον ασθενή μέχρι το τέλος και να δρα με τρόπο, ώστε να του επιτρέψει τη διατήρηση της αξιοπρέπειάς του.

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΝ

Άρθρο 21 Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών,οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα,οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων ,πιστοποιούν το θάνατο του λαμβάνοντας υπόψη τα

πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του. Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων.⁴⁴

ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Άρθρο 22 Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει στον ασθενή μετά από αίτηση του κάθε χρήσιμη πληροφορία στα θέματα της αναπαραγωγής.

Άρθρο 23 Είναι σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων, να αρνείται να παρέμβει στη διαδικασία της αναπαραγωγής ή σε περιπτώσεις διακοπής της εγκυμοσύνης ή έκτρωσης.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Άρθρο 24 Η προσωπικότητα και η βούληση του παιδιού-ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας και να ζητείται και η δική του συναίνεση, ιδιαίτερα των εφήβων.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Άρθρο 25 Ο Νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τη βούληση του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει σοβαρά και αυθόρμητα.

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Άρθρο 26 Ο Νοσηλευτής οφείλει στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής να παρέχει τις προληπτικές, διαγνωστικές, θεραπευτικές, διαφωτιστικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, τον φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας.

ΠΕΡΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΜΟΙΒΗΣ

Άρθρο 27 Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του. Ο Νοσηλευτής οφείλει να απέχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.⁴⁴

4.1.5 Διαφορές καθηκόντων Νοσηλευτών και Βοηθών Νοσηλευτών

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

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

Α) Σύμφωνα με το άρθρο 5/2^Α του Ν. 1579/1985, από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και νοσηλεύτριας στους πτυχιούχους ή διπλωματούχους των: α) Τμημάτων νοσηλευτικής

Α.Ε.Ι. β) Νοσηλευτικών τμημάτων Τ.Ε.Ι. γ) Τέως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε. δ) Ισοτίμων σχολών αλλοδαπής των αντίστοιχων σχολών α,β,γ

Β) Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Προεδρικού Διατάγματος 210/2001, από τη δημοσίευση του παρόντος καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του Βοηθού Νοσηλευτή- Νοσηλεύτριας στους κατόχους πτυχίων των: 1. Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) 2 Τεχνικών Επαγγελματικών Λυκείων (Τ.Ε.Λ.) Νοσηλευτικής κατεύθυνσης 3. Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) Νοσηλευτικής (Τ.Ε.Ε.). 4. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων Α κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών. 5. Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) Κύκλου Βοηθών Νοσηλευτών. 6. Σχολών της αλλοδαπής ισοτίμων προς τις ανωτέρω Σχολές.⁴⁵

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

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

Α) Το άρθρο 1~2 του Προεδρικού Διατάγματος 351/1989 καθορίζει με σαφήνεια τα επαγγελματικά δικαιώματα των Νοσηλευτών , δια της ακριβούς περιγραφής των νοσηλευτικών πράξεων , που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ασθενούς. Στις πράξεις αυτές περιλαμβάνεται η παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα, η λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου, η λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση , η κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας , η υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών εντέρου και ουροδόχου κύστης , η λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας, η στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα, η λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, η απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα, η προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και

υποστήριξη της οικογένειας, η σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους, η εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας, η εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα, η εκπαίδευση και παροχή βοήθειας προς τους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι, η φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα, η βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου και άλλων κοινωνικών ιδρυμάτων, η διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς . Σε απουσία γιατρού, οι νοσηλευτές εφαρμόζουν τις πρώτες βοήθειες. Περαιτέρω έχουν την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελούν και πιο περίπλοκες πράξεις κατά εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, όπως: μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπíπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή , χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς , πλήρης παρεντερική θρέψη , θεραπευτικά λουτρά , βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

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

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου.
2. Βοήθεια , φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνιο ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί.
3. Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη.
4. Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα.
5. Παρακολούθηση λειτουργίας παροχετεύσεων.
6. Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου.
7. Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία).
8. Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας –υπερθερμίας .
9. Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων.
10. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

11. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία
12. Απλές επιδέσεις .
13. Βοήθεια στην αφαίρεση παροχετεύσεων.
14. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα
15. Εκκενωτικό υποκλυσμό.
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων.
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού για την αποστείρωση.
18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, οργών , φαρμακευτικού υλικού, αναλώσιμων, κ.λπ.
19. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.
20. Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία , καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμόδιους.
21. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κατακλιμένο άτομο. Επίσης , οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη του ανατίθεται από τον υπεύθυνο νοσηλευτή τριτοβάθμιας εκπαίδευσης , υπό την προϋπόθεση ότι την αποκλειστική ευθύνη φέρει ο νοσηλευτής, ο οποίος και κρίνει εάν ο διπλωματούχος των ειδικοτήτων “Νοσηλεύτης Χειρουργείου”, “Νοσηλευτική Τραυματιολογία ”, “Νοσηλευτική Ογκολογικών Παθήσεων ”, “Νοσηλευτική ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις ” και “Νοσηλευτική Μονάδων Εντατικής Θεραπείας” των Ι.Ε.Κ., και ο πτυχιούχος των Τ.Ε.Ε. Α και Β κύκλου της ειδικότητας “Βοηθών Νοσηλευτών” δύναται στην συγκεκριμένη περίπτωση να εκτελέσει , με ασφάλεια για την υγεία του αρρώστου , την εν λόγω εργασία.⁴⁵

Από τον συνδυασμό των παραπάνω διατάξεων, προκύπτει ότι οι αρμοδιότητες των Νοσηλευτών και των Βοηθών Νοσηλευτών είναι θεσμοθετημένες και σαφώς διαχωρισμένες. Οι σχετικές διατάξεις έχουν οπωσδήποτε δεσμευτικό χαρακτήρα για όλους τους ενδιαφερόμενους , συμπεριλαμβανομένων των κατεχόντων θέσεις διευθυντών, τομεαρχών και προϊσταμένων των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Οι εν λόγω διευθυντές, προϊστάμενοι κλπ δεν δύναται δια προφορικών εντολών ή υπηρεσιακών εγγράφων να αλλοιώνουν το περιεχόμενο των προαναφερθεισών κανονιστικών διατάξεων. Συνεπώς , οποιαδήποτε ανάθεση ή κατανομή αρμοδιοτήτων

που διαφοροποιείται του θεσμικού πλαισίου που διαμορφώνουν τα Προεδρικά Διατάγματα 351/1989 και 210/2001 είναι παράνομη και καταχρηστική.

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

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

Περαιτέρω, σύμφωνα με το άρθρο 2 του ΠΔ 87/1986, κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.2 του αρθρ.10 του Ν.1397/83, από τρεις υπηρεσίες α) την Ιατρική β) την Νοσηλευτική και γ) την Διοικητική. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Συνεπάγεται, ότι καθήκοντα μιας εκ των τριών Υπηρεσιών δεν δύνανται να ανατίθενται σε υπάλληλους άλλης Υπηρεσίας. Αυτό προκύπτει και από τη διάταξη του άρθρου 30 του Υπαλληλικού Κώδικα, σύμφωνα με την οποία ο υπάλληλος εκτελεί τα καθήκοντα του κλάδου ή της ειδικότητας του. Εν προκειμένω, οι Νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ δεν δύνανται να υποχρεωθούν όπως εκτελούν καθήκοντα της διοικητικής ή της Τεχνικής Υπηρεσίας.⁴⁶

4.1.6 Ιεραρχία και διοίκηση νοσοκομειακού περιβάλλοντος

Διοίκηση είναι η σημαντικότερη περιοχή της ανθρώπινης δραστηριότητας και αποτελεί γενική και βασική λειτουργία οποιασδήποτε κοινωνίας, της οποίας η ύπαρξη βασίζεται στη συνεργασία πολλών οργανισμών. Σημαίνει επίτευξη επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων με την προσπάθεια άλλων ατόμων. Η διοίκηση είναι αναγκαία για την εξασφάλιση του συντονισμού των ατομικών προσπαθειών. Περιλαμβάνει δραστηριότητες και λειτουργίες που αποβλέπουν στην καλύτερη δυνατή χρησιμοποίηση και αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων – ανθρώπινων και υλικών – προς επίτευξη προεπιλεγμένων αντικειμενικών σκοπών.

Τα στελέχη έχουν την ευθύνη να σχεδιάζουν και να διατηρούν περιβάλλον , μέσα στο οποίο άτομα που εργάζονται σε ομάδες , να οδηγούνται ώστε να ενεργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά για την επίτευξη ομαδικών στόχων. Δηλαδή όλες οι ενέργειες των στελεχών αποβλέπουν στο να καταστήσουν δυνατή τη συνεισφορά των εργαζομένων στην εκπλήρωση των αντικειμενικών σκοπών του οργανισμού ή της ομάδας, με το σχεδιασμό εσωτερικού περιβάλλοντος και δημιουργίας κλίματος που ευνοεί την αποτελεσματική απόδοση.⁴⁷

Το σημερινό ελληνικό νοσοκομείο , ενταγμένο σε ένα σύνθετο σύστημα υγείας, υποχρεούται στην παροχή ενός διαφοροποιημένου φάσματος υπηρεσιών υγείας. Το αυξημένο κόστος , η ‘‘στενότητα’’ πόρων και η συνεχώς αυξημένη ζήτηση και απαιτήσεις για ποιότητα, επιβάλλουν την υιοθέτηση ενός συστήματος διοίκησης – διαχείρισης , αφενός για την αντιμετώπιση των προκλήσεων και των μεταβολών , αφετέρου για την επίτευξη των τιθέμενων στόχων.

Η επισήμανση της δυσλειτουργίας από μελετητές , του δημόσιου νοσοκομείου κυρίως λόγω του ελλείμματος αποτελεσματικής διαχείρισης δεν άφησε αδιάφορη την κεντρική εξουσία. Από το 1983 έως το 2001 στους νόμους για την υγεία υπήρχε η αναφορά τίτλων για τους ασκούντες διοίκηση στα νοσοκομεία. Το 2001 γίνεται προσπάθεια εισαγωγής του επαγγελματικού μάνατζμεντ στη διοίκηση των νοσοκομείων , με το θεσμό των Διοικητών , οι οποίοι επιλέγονταν από την Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας. Ο θεσμός διατηρήθηκε και στο Ν. 3329/2005 με κάποιες αλλαγές.

Η διοίκηση στοχεύει στο συντονισμό των υλικών και ανθρώπινων πόρων ώστε να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών προς τους

ασθενείς . Δεδομένου ότι για την επίτευξη τούτου δεν αρκεί μόνο η ικανότητα των εργαζομένων , αλλά χρειάζεται και η διάθεσή τους για να αποδώσουν έργο. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο , η Διοίκηση καλείται να διαμορφώσει συνθήκες μέσα στις οποίες οι εργαζόμενοι αξιοποιούν τα προσόντα που διαθέτουν.⁴⁸

Ανάμεσα στους ποικίλους τρόπους διοίκησης ενός οργανισμού η συνηθέστερη επιλογή στην Ελλάδα , σε ότι αφορά τα νοσοκομεία , είναι ο κάθετος και ιεραρχικός , όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα κλιμάκια και κοινοποιούνται προς τα κάτω για εφαρμογή . Τα τμήματα και οι υπηρεσίες είναι ανεξάρτητα μεταξύ τους και το καθένα εστιάζεται στις δικές του αρμοδιότητες , που πολλές φορές δεν είναι πλήρως διατυπωμένες. Ιδιαίτερα στον τομέα ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών υπάρχει απαίτηση αυξημένης παραγωγής και παροχής παραπέμποντας στην κλασσική προσέγγιση της διοίκησης των αρχών του 20 ου αιώνα .

Οι υπεύθυνοι του όποιου σχεδιασμού ενδιαφέρονται για την ικανοποίηση των αναγκών, ενώ οι γιατροί θέλουν να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες που απαιτεί η ζήτηση. Υπό αυτές τις συνθήκες ευνοείται ο επιμερισμός εξουσίας , και όχι μόνο με βάση τη θέση που έχει κανείς στην ιεραρχική κλίμακα , αλλά και με την ισχύ που απορρέει από την επαγγελματική του θέση, ώστε παράλληλα με την εκτελεστική εξουσία να ασκείται και η επαγγελματική εξουσία.

Η ανάπτυξη του προσωπικού δεν υλοποιείται καθώς η διαδικασία πρόσληψης μέσω ΑΣΕΠ, εξασφαλίζει την αντικειμενικότητα όχι όμως και την επαγγελματική επάρκεια του προσωπικού.Οι διοικούντες, ως εσωτερικοί φορείς αλλαγών, αγνοούν τη λειτουργία του συστήματος στο σύνολο του και επικεντρώνονται κυρίως στο διαχειριστικό – οικονομικό κομμάτι, αδιαφορώντας για το κλινικό έργο. Μοιραία αναπτύσσονται δυνάμεις αντίστασης (λογικές και συναισθηματικές) στις αλλαγές που επιχειρούνται και οι εργαζόμενοι απομονώνονται . Οπότε η διοίκηση, σύμφωνα με τη συστηματική προσέγγιση, καθίσταται αναποτελεσματική, εφόσον, ως φορέας αλλαγών αδυνατεί να δει ολόκληρο το σύστημα και καθίσταται τελικά δημιουργός αντιστάσεων στις αλλαγές που απαιτούνται για τη βελτίωση του οργανισμού.

Ένα σύστημα νοσοκομειακού μάλιστα είναι δυνατόν να κατευθυνθεί από το πρότυπο “Διοίκηση Ολικής Ποιότητας” όπως προτρέπεται και από την Επιτροπή Πιστοποίησης Φορέων Υγειονομικής Περίθαλψης Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCHO), προσδιορίζοντας αρχικά τι θέλουν οι ασθενείς με έμφαση την ποιότητα και όχι μόνο το κόστος.

Όσον αφορά τους στόχους των δημόσιων νοσοκομείων λόγω της ιδιομορφίας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρέχουν φροντίδα και περίθαλψη όλων των μορφών. Παράλληλα είναι επιφορτισμένα με την ευθύνη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την έρευνα. Το δημόσιο νοσοκομείο ως επιμέρους τμήμα του συστήματος υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, καλείται να συνεισφέρει στην υλοποίηση των πολιτικών υγείας, ικανοποιώντας την κοινωνική του ευθύνη και τη δημοσιονομική του σταθερότητα.

Ο σύγχρονος κόσμος δεν αποδέχεται την πλήρη λειτουργία των μηχανισμών της αγοράς σε ότι αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η επιβολή του κλειστού νοσηλίου που προσδιορίζεται χαμηλότερα από το πραγματικό κόστος, συσσωρεύει ελλείμματα στα νοσηλευτικά ιδρύματα καθώς εκτιμάται πως το κόστος που καταβάλλουν – και μάλιστα αναδρομικά – οι ασφαλιστικοί οργανισμοί περιορίζεται στο ¼ του πραγματικού.⁴⁸

Στην Ελλάδα παράλληλα με τα δημόσια λειτουργούν και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, προκειμένου να αυξάνονται οι δυνατότητες των πολιτών για την επιλογή προμηθευτών υγείας για ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές. Θεωρητικά, ο κοινός στόχος τους είναι να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στην προστασία της υγείας.

Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών των προσερχόμενων σε αυτά αποβλέποντας σε μια κοινωνική πολιτική πλήρους ισότητας. Ενώ στα ιδιωτικά κυρίαρχος στόχος είναι το κέρδος, οι ευνοϊκοί όροι σύναψης συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, οι δημόσιες σχέσεις η προβολή και η ελαχιστοποίηση του κόστους. Με γνώμονα τον κεντρικό πυρήνα “καθορισμός στόχων – επιλογή μεθόδων προσέγγισης” η υλοποίηση του σχεδιασμού για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, ακολουθεί διαδικασίες και στάδια.

Η ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων αποφασίζεται, με γνώμονα την απόδοση της επένδυσης, γι’ αυτό και σχεδιάζεται η ανάλογη χωροταξική υποδομή, μακριά από τις δυσπρόσιτες περιοχές και τις δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων, ώστε να γίνει πρόβλεψη πιθανών μελλοντικών συμβάντων.

Συμπερασματικά λοιπόν προκύπτει ότι στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, παρατηρούνται περιορισμοί από το ιδιότυπο διοικητικό μοντέλο που εφαρμόζουν σε θέματα πολιτικής προμηθειών, διαχείρισης προμηθειών, διαχείρισης ανθρώπινου

δυναμικού (εκπαίδευση, υποκίνηση, ανάπτυξη), σύλληψης, σχεδιασμού και υλοποίησης ενός συναινετικού σχεδίου δράσης. Ο προγραμματισμός, στην καλύτερη περίπτωση παρουσιάζει δυσλειτουργίες και ελλείψεις στα επιμέρους συστατικά στοιχεία του (κριτήρια για τη λήψη αποφάσεων, υιοθέτηση κατάλληλης μεθοδολογίας) και στην χειρότερη, απουσιάζει από τα δημόσια νοσηλευτήρια, καθιστώντας τα δυσκίνητα.

Το νοσοκομείο είναι ο θεσμικός πυρήνας κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως οργανισμοί, περιλαμβάνουν μονάδες, δημιουργούν ομάδες, επιλέγουν προμηθευτές και επιλέγονται από ασθενείς – πελάτες. Σε σταθερή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον αυτός ο οργανισμός, δέχεται ακατέργαστα υλικά και παρέχει υπηρεσίες. Η εξέλιξη της βιοτεχνολογίας, η γήρανση του πληθυσμού και οι υψηλές προσδοκίες των πολιτών αυξάνουν ολοένα τη ζήτηση ποιοτικά βελτιωμένων υπηρεσιών.

Η ηγεσία και τα ανώτερα στελέχη της διοίκησης διαδραματίζουν πρωταγωνιστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας. Ως εκ τούτου είναι ζωτικής σημασίας να υπάρχει μια ηγεσία με όραμα που με στρατηγικό σχεδιασμό συνδέει όλες τις ομάδες συμμετεχόντων προκειμένου να βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα υγείας και η ικανοποίηση των εργαζομένων, κατά τη διαχείριση της οργανωτικής διαδικασίας του νοσοκομείου.

Είναι αναγκαίο το νοσοκομείο να αποδίδει υψηλή ποιότητα υπηρεσιών συγκρατώντας το κόστος και τις δαπάνες. Αυτό θα το καθιστούσε περισσότερο ανταγωνιστικό στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Τα νοσοκομεία πρέπει να συνδυάσουν τις στρατηγικές που ικανοποιούν καλύτερα τις ανάγκες τους σε σχέση με το περιβάλλον τους.

Είναι αναγκαίο να ακολουθήσουν προσπάθειες, αποκέντρωσης του μοντέλου διοίκησης ώστε οι υγειονομικές μονάδες να καταστούν πιο ευέλικτες με δυνατότητες σχεδίων δράσης, ενδυνάμωσης του ανθρώπινου δυναμικού, δικτύωσης με τα στρατηγικά τμήματα του ιδιαίτερου περιβάλλοντος και εισαγωγής μιας μετασχηματισμένης διοικητικής νοοτροπίας, από όλα τα στελέχη της διοίκησης του νοσοκομείου σε ότι αφορά τον επαναπροσδιορισμό χειρισμών στον άνθρωπο – εργαζόμενο.⁴⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Το κυκλικό ωράριο στο νοσηλευτικό επάγγελμα
Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην ζωή των νοσηλευτών
Επιπτώσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στην ζωή των
νοσηλευτών και χρήσιμες συμβουλές για την αντιμετώπιση τους
Μισθοδοσία
Κλινικός έλεγχος ποιότητας φροντίδας

5.1.1 Το Κυκλικό ωράριο στο νοσηλευτικό επάγγελμα

Ο κόσμος που ζούμε δυστυχώς, απαιτεί έντονους και γοργούς ρυθμούς. Ασκώντας το επάγγελμα του νοσηλευτή σε αυτήν την κοινωνία προσφέρουμε, ζούμε και έχουμε απαιτήσεις, όσο εμείς αλλά και οι οικογένειές μας, τα παιδιά μας. Ωστόσο η ελλιπής εκπαίδευση επαγγελματική εξουθένωση, η κακήποιότητα των υπηρεσιών υγείας, οι ελλείψεις προσωπικού καθώς επίσης και το κυκλικό ωράριο και οι δύσκολες συνθήκες εργασίας είναι μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι νοσηλευτές και αποτελούν τους σπουδαιότερους παράγοντες δημιουργίας νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη.⁹

Με ένα τόσο ιδιαίτερο επάγγελμα όπως είναι η νοσηλευτική υπάρχουν στιγμές που ο καθένας μας έχει πιεστεί για να αντιμετωπίσει καταστάσεις που έχουν προκύψει. Αυτά προκύπτουν από την φύση του επαγγέλματος που απαιτεί κυκλικό ωράριο εργασίας ή βάρδια. Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει το γνωστό σε όλους μας << 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 την νύχτα αναγκάζονται να διακόψουν το βιολογικό 24ωρο ρυθμό που καθορίζεται από τον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα της αποδιοργάνωσης αυτής είναι το λεγόμενο <<jet lag >> syndrome στην συγκεκριμένη περίπτωση το <<shift lag >> syndrome. Σύμφωνα με τα παραπάνω καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές βιώνουν πολλές βιολογικές αλλαγές σε σχέση με το βιολογικό τους ρολόι λόγω του συστήματος βάρδιας που προϋποθέτει εναλλαγές μέρας και νύχτας . Οι τρόποι μείωσης των διαφόρων προβλημάτων που προκύπτουν είναι ποικίλοι και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες όπως την ηλικία και την προσαρμοστικότητα του ατόμου στην συνεχή αλλαγή του ωραρίου του. Ο αποσυγχρονισμός των ρυθμών διαφέρει από άτομο σε άτομο καθώς και η ικανότητα να εκτελούνται σημαντικά πράγματα , με σωστό και αποτελεσματικό τρόπο. Τα αντανεκλαστικά μειώνονται λόγω έλλειψης ύπνου, στοιχείο σημαντικό που δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να παίρνεται ελαφρά.⁸

Ετυμολογικά η λέξη βάρδια ορίζεται καθεμιά από τις ομάδες εργατών ή υπαλλήλων που εναλλάσσεται με άλλες για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου. Αποτελεί την χρονική διάρκεια κατά την οποία η ομάδα είναι επιφορτισμένη με συγκεκριμένο καθήκον. Μέσα από τον κυκλικό ωράριο εργασίας οι νοσηλευτές

βιώνουν έντονα συναισθήματα όπως της δυσαρέσκειας του επαγγελματικού στρες, καταστάσεις οι οποίες μεταβάλουν την ζωή τους και τις καθημερινές συνήθειες όπως διατροφή, ύπνο και ανάπαυση. Επιπρόσθετα, μεταβολές παρατηρούνται και σε ένα άλλο ιδιαίτερα σημαντικό τομέα, αυτόν των οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων. Τέλος, και πιο συγκεκριμένα το δικό μας σύστημα υγείας περιλαμβάνει τρεις βάρδιες των οχτώ ωρών η καθεμία, 7πμ-3μμ. , 3μμ-11μμ, 11μμ-7πμ.⁸

5.1.2 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην ζωή των νοσηλευτών του κυκλικού ωραρίου

Στο σύστημα των βαρδιών και ειδικά στην νυχτερινή βάρδια η πρώτη λειτουργία που επηρεάζεται είναι ο κύκλος του ύπνου ο οποίος υφίσταται μείωση στην διάρκεια και αλλαγή στην ποιότητα του, όταν το άτομο εργάζεται σε πρωινή βάρδια, οπότε αναγκάζεται να ξυπνήσει νωρίς το πρωί, η νυχτερινή βάρδια όπου αντιστρέφεται πλήρως ο κύκλος ύπνος/εγρήγορση και υπάρχει δυσκολία αναπλήρωσης του χαμένου ύπνου κατά την διάρκεια της ημέρας. Το συχνά εναλλασσόμενο σύστημα βαρδιών οδηγεί σε συμπτώματα όπως αϋπνίες ή αντίθετα, υπνηλία αδιαθεσία και διαταραχές στην 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. Οι επαγγελματίες υγείας αναφέρουν κατά κύριο λόγο νευρικότητα και κόπωση. Η κόπωση οφείλεται κυρίως στο είδος της βάρδιας ανεξάρτητα από την διάρκειά της. Επιπλέον συχνά γίνεται αναφορά και τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο εξουθένωσης.

Ακόμα το εναλλασσόμενο κυκλικό ωράριο επηρεάζει και κατευθύνει τις κοινωνικές συναναστροφές των εργαζομένων και κυρίως αυτών που ασχολούνται με την νυχτερινή βάρδια, καθώς ο εργαζόμενος δυσκολεύεται να διατηρήσει ικανοποιητικές σχέσεις με το οικογενειακό και κοινωνικό 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 ευερεθιστικότητα. Επιπρόσθετα με μελέτες έχει αποδειχθεί ο αυξημένος επαγγελματικός κίνδυνος των νοσηλευτριών λόγω κυκλικού ωραρίου. Η εργασία με βάρδιες μεταβάλλει την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και επηρεάζει τους αναπαραγωγικούς μηχανισμούς. Το ακανόνιστο ωράριο επηρεάζει την κοινωνική και την οικογενειακή ζωή, καθώς ,αντίθετα από την πλειοψηφία των ανδρών, οι γυναίκες είναι επιφορτισμένες και με τις οικογενειακές υποχρεώσεις.⁴⁹

5.1.3 Επιπτώσεις του εργασιακού περιβάλλοντος στην ζωή των νοσηλευτών και χρήσιμες συμβουλές για την αντιμετώπισή τους.

Αδιαμφισβήτητα, ο νοσηλευτής ασκώντας το επάγγελμα αυτό, έχει να υποστεί σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινότητά του τόσο σωματικές όσο ψυχοκοινωνικές όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα (5.1.2).

Η συμπεριφορά της εγρήγορσης και της ανάπαυσης αντανακλά άμεσα στην λειτουργία των βιολογικών ρυθμών του οργανισμού (αναπνευστική, καρδιαγγειακή, πεπτική, νεφρική) που λαμβάνουν χώρα σε διάστημα εικοσιτεσσέρων ωρών.

Η διατάραξη του οργανισμού επηρεάζει και την ικανότητα 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 είτε με άμεσους είτε με έμμεσους μηχανισμούς. Οι πρώτοι αφορούν σε νευροορμονικούς και νευροφυτικούς μηχανισμούς που προκαλούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμινών και κορτιζόλης και επιδρούν στην αρτηριακή πίεση, στον καρδιακό ρυθμό, τους μηχανισμούς θρόμβωσης και στον μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης. Οι έμμεσοι οργανισμοί αφορούν στις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου στις διατροφικές συνήθειες τις ώρες ύπνου καθώς επίσης και το κάπνισμα. Η θετική συσχέτιση μεταξύ του εναλλασσόμενου ωραρίου και των καρδιαγγειακών νόσων αποδείχθηκε σε ιαπωνική μελέτη σύμφωνα με την οποία οι εναλλασσόμενες βάρδιες σχετίζονται άμεσα με την επιμήκυνση του QTc διαστήματος στο ηλεκτροκαρδιογράφημα. Το QTc είναι προγνωστικό του κινδύνου για αιφνίδιο θάνατο σε άτομα που ήδη πάσχουν από θρόμβωση στο μυοκάρδιο, ενώ ανωμαλία στο QTc παραπέμπει σε αυξημένο κίνδυνο θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας.⁵⁰

Μια ιδιαίτερα σοβαρή επίπτωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα σύνδρομα χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας με παρόμοιο τρόπο με τους εργαζομένους σε οποιαδήποτε άλλο εργασιακό χώρο. Τα δύο αυτά σύνδρομα έχουν αρκετά σύνθετα χαρακτηριστικά, ενώ εκδηλώνονται με διαφορετικά συμπτώματα. Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ΣΧΚ) είναι ένα σύνδρομο συμπτωμάτων, τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν σε κάποια άλλη νοσολογική οντότητα, μεμονωμένα όμως μπορεί να

ανευρίσκονται σε διάφορες οργανικές παθήσεις, με την κόπωση να κυριαρχεί. Το ΣΧΚ δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ασθένεια, αλλά ως μία κατάσταση που φαίνεται να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες και περίπλοκους μηχανισμούς. Χαρακτηρίζεται από επίμονη κόπωση για τουλάχιστον έξι μήνες, αρκετά ανεξήγητα συμπτώματα και πολλά λειτουργικά προβλήματα. Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι ισχυρότερες φυσικές αιτίες προκαλούν μεγαλύτερη διάρκεια των παραπόνων για κόπωση στους ασθενείς με ΣΧΚ.

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

Τα μείζονα κριτήρια για τη διάγνωση του ΣΧΚ είναι η χρόνια ή υποτροπιάζουσα κόπωση που διαρκεί έξι μήνες ή και περισσότερο, δεν βελτιώνεται με την κατάκλιση και προκαλεί σημαντική μείωση των δραστηριοτήτων του ατόμου σε κοινωνικό, πνευματικό και προσωπικό επίπεδο. Τα ελάσσονα κριτήρια εμφανίζονται πριν από την έναρξη της κόπωσης και διαρκούν έξι μήνες και περισσότερο. Μερικά από αυτά είναι η αδυναμία συγκέντρωσης της μνήμης, μη εξιδρωματική φαρυγγίτιδα, ευαίσθητοι τραχηλικοί και μασχαλιαίοι αδένες, μυαλγίες, επώδυνες αρθρώσεις χωρίς οίδημα ή σημεία φλεγμονής, πρωτοεμφανιζόμενες γενικευμένες κρίσεις κεφαλαλγίας, αίσθημα κόπωσης μετά την αφύπνιση, γενικευμένη κακουχία διάρκειας μεγαλύτερη των 24ωρων ωρών.⁵¹

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

Ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (ΣΕΕ burnout) εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζομένου και την εξάντληση όλων των προσωπικών του αποθεμάτων, κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις

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

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

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

καταθλιπτική κατάσταση και τότε είναι αναγκαία η λήψη ψυχοθεραπευτικής, ακόμα και φαρμακευτικής βοήθειας.⁵¹

Οι παράγοντες πρόκλησης του ΣΣΕ είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του stress στο άτομο ενώ ενισχύονται από τις συνθήκες της ζωής του, όπως το εργασιακό περιβάλλον και η οικογενειακή του κατάσταση. Η Sue Micklevitz διαχώρισε τους παράγοντες σε εργασιακούς και σε ατομικούς. Οι μεγαλύτερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο σε εξουθένωση είναι ο μεγαλύτερος φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζομένου από το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη. Έρευνα των Maslach και Leiter κατέγραψε πέντε στοιχεία, τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους οδηγούν στην εξουθένωση του ατόμου. Το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα, η έλλειψη ικανοποίησης του εργαζομένου, η έλλειψη συναδελφικότητας εξαιτίας του ανταγωνισμού, το αίσθημα αδικίας του υπαλλήλου ως προς την αποζημίωση ή την αξιολόγηση του και η σύγκρουση αξιών του ατόμου.

Ειδικά για τους επαγγελματίες υγείας, η κατάσταση είναι περισσότερο περίπλοκη και οι πιθανότητες για την εμφάνιση του συνδρόμου εμφανίζονται αυξημένες. Ιδιαίτερα όσοι απασχολούνται σε νοσοκομεία και σε κέντρα αντιμετώπισης κρίσεων εργάζονται πέρα από το κανονικό ωράριο. Τα όρια μεταξύ προσωπικού και εργασιακού χρόνου είναι πολλές φορές συγκεχυμένα καθώς στην περίπτωση ενός εκτάκτου περιστατικού, καλούνται να παρουσιαστούν στην εργασία τους.⁵²

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

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

Αναφορικά με τη διάγνωση του συνδρόμου, η Maslach επεσήμανε τρία χαρακτηριστικά των ατόμων με ΣΣΕ, τα οποία αποτελούν και διαγνωστικά κριτήρια.

Είναι ο κυνισμός, αίσθημα σωματικής και συναισθηματικής εξουθένωσης και μειωμένη αποδοτικότητα.⁵³

Η παθοφυσιολογία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη. Σε αντίθεση με άλλες επαρκώς προσδιορισμένες ασθένειες δεν έχει συγκεκριμένη αιτία. Αρκετές πιθανές αιτίες για την εμφάνιση του έχουν προταθεί, όπως η κατάθλιψη, η αναιμία από έλλειψη σιδήρου, η υπογλυκαιμία, η υπόταση, το ιστορικό αλλεργιών, η μόλυνση από ιούς. Παράγοντες όπως ο διαβήτης, η ηπατίτιδα, καρκίνος ευθύνονται για το ένα τρίτο των περιστατικών. Σε διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος οδηγούν οι λοιμώξεις οξείας έναρξης ή επανενεργοποίηση ιών, η έλλειψη συστατικών του μεταβολισμού. Οι ουσίες αυτές είναι γνωστό, ότι μπορούν να προκαλέσουν μία σειρά συμπτωμάτων, πολλά από τα οποία παρατηρούνται στο ΣΧΚ⁵⁴. Λόγω αυτής της υπεραντιδραστικότητας του ανοσοποιητικού συστήματος έχει αναφερθεί ότι το σύνδρομο μοιάζει με αυτοάνοση νόσο, έχει δε παρατηρηθεί υψηλό ποσοστό αλλεργικών αντιδράσεων σε τροφές, εισπνεόμενα σωματίδια ή φάρμακα στους ασθενείς αυτούς σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες.⁵³

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

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου είναι το γυναικείο φύλο και η ηλικία 40-50 ετών. Το σύνδρομο απαντάται σε άνδρες και γυναίκες ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης.⁵⁵ Τα περισσότερα θύματα είναι πάντως γυναίκες, κυρίως νέες σε ηλικία που πρόσφατα έχουν αποκτήσει οικογένεια, ενώ συγχρόνως εργάζονται ή βρίσκονται σε περίοδο της εγκυμοσύνης, αλλά και γυναίκες μεγαλύτερες σε ηλικία. Η επαγγελματική υπερδραστηριότητα, οι ευθύνες του σπιτιού, η φροντίδα του παιδιού και οι κοινωνικές υποχρεώσεις φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά το άτομο, με αποτέλεσμα ένας πολύ μεγάλος αριθμός γυναικών που βρίσκονται στην παραγωγική ηλικία να παρουσιάζουν αυτό το πρόβλημα.⁵⁴

Πολλά είναι τα επαγγελματικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν στην καθημερινότητα τους οι νοσηλευτές. Μπορούμε να τα διακρίνουμε σε επαγγελματικά, οικογενειακά, κοινωνικά προβλήματα, και προσωπικά – βιολογικά προβλήματα.

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

- Άγχος και στρες προκύπτει από έντονη εναλλαγή στο ωράριο που σε άτομα με δυσκολία στην προσαρμογή του βιολογικού τους ρολογιού μπορεί να μην μπορούν να αποδώσουν ικανοποιητικά.
- Ο τρόπος με τον οποίο προγραμματίζεται η αλληλουχία του ωραρίου που συνήθως προτεραιότητα έχουν όλοι άλλοι παράγοντες παρά οι προσωπικοί ρυθμοί του ατόμου.
- Οι απαιτήσεις του προγράμματος είναι έτσι που δεν επιτυγχάνετε η παραγωγικότητα οποιοδήποτε τμήματος.
- Διαπροσωπικές σχέση μεταξύ συναδέλφων σε συνάρτηση πάντα με το πρόγραμμα, λόγω των αλλαγών και των απαιτήσεων.
- Λάθη που μπορούν να προκύψουν και ατυχήματα λόγω της παρατεταμένης αϋπνίας. Σε ερευνά που δημοσιεύθηκε στο Public Heart Briefs αναφέρετε ότι παρατηρήθηκε σε άτομα που υπόκειντο σε κυκλικό ωράριο εργασίας ήταν 53,6% πιο ευάλωτα σε λάθη, χορηγήσεις φαρμάκων, τρυπήματα από λερωμένες βελόνες αλλά και σε οδικά ατυχήματα καθώς οδηγούσαν από και προς την εργασία τους.
- Η ασφάλεια του ασθενή θέτεται σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές εργάζονται πολλές και απρόβλεπτες ώρες, ειδικά όταν το τελευταίο ξύπνημα τους ξεπερνά τις 17 ώρες.
- Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας οφείλεται πολλές φορές στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες εξέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή βάρδια ή την νυχτερινή εργασία. Ενώ στην πρωινή μέσα από την αλληλεπίδραση και την συνεργασία με την νοσηλευτική διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό αυξάνονται οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο.
- Μετά από μια 12ωρη βάρδια το ρίσκο να τρυπηθεί κάποιος να δώσει λάθος φάρμακα σε σύγκριση με κάποιον που δούλεψε 8ωρη βάρδια μειώνετε στο 50% στον δεύτερο.
- Η απορρύθμιση των ρυθμών προάγει στους νοσηλευτές μοτίβα ύπνου και επαγρύπνησης καθώς και εγρήγορσης και νύστας που αυτό με την σειρά του

έχει επίπτωση στο να εκτελούνται σχηματικές νοσηλευτικές διεργασίες με αναποτελεσματικό τρόπο.

- Επίσης από έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. αποδείχτηκε ότι η πρώτη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών που αφορά την έλλειψη προσοχής, που μπορεί να προκληθεί από προβλήματα του συστήματος αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό. Μια άλλη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών είναι τα φαρμακευτικά λάθη τα οποία σύμφωνα με την έρευνα υπερτερούν, καθώς επίσης και τα λάθη τα οποία σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων και αφορούν κυρίως την ώρα χορήγησης.⁹

Έπειτα όσον αφορά τα οικογενειακά και τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι νοσηλευτές είναι:

- Το κυκλικό ωράριο εργασίας παρεμβαίνει και δυσχεραίνει την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών ,καθώς και όλες οι δραστηριότητες τους εξαρτώνται από το πρόγραμμα εργασίας τους. Το πρόβλημα οξύνετε κατά τις παρόδους των γιορτών όπως Χριστούγεννα και Πάσχα που όλοι προβάλλουν προσωπικούς λόγους για να ευνοηθούν από το πρόγραμμα.
- Η αντιμετώπιση προβλημάτων με την Φροντίδα των παιδιών είναι καθημερινό φαινόμενο σε συνάρτηση πάντα με την ικανοποίηση των επαγγελματικών αναγκών.
- Η υπόλοιπη κοινωνία που ζει και εργάζεται σε διαφορετικούς ρυθμούς.
- Αύξηση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που οφείλονται στην μείωση της επαφής με την οικογένεια και τους φίλους και ποιοτικά αλλά και ποσοτικά.
- Το σημερινό εκπαιδευτικό σύστημα σε συνάρτηση με το κυκλικό ωράριο εργασίας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.
- Η έλλειψη κατανόησης από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όσον αφορά την φύση του επαγγέλματος μας λόγο πάλι κυκλικού ωραρίου.
- Οι οικογενειακοί ρυθμοί πρέπει να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του νοσηλευτή της οικογένειας και αν αυτό δεν γίνει τότε παρατηρούνται δυσλειτουργίες στην οικογένεια καθώς αυξάνεται το άγχος στον νοσηλευτή.
- Προσωπικά – βιολογικά προβλήματα.
- Η βάρδια αναστατώνει τους βιολογικούς ρυθμούς του ατόμου που συνάδουν με τον κύκλο μέρας και νύχτας.

- Αναστατώνει την συγχρονισμένη σχέση σώματος βιολογικού ρολογιού και περιβάλλοντος.
- Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά την διάρκεια της νύχτας και κάτω από αντίξοες συνθήκες είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους. Ενώ κοιμούνται πρωινές ώρες αντίθετα από τους βιολογικούς τους ρυθμούς.⁵⁵
- Η φυσιολογία του κιρκάδιου ρυθμού έχει ερευνηθεί και έχει βρεθεί να υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υπόφυση και στο νευροενδοκρινικό σύστημα και στη ρυθμικότητα.
- Η θερμοκρασία κατά την διάρκεια της μέρας αυξάνεται σημειώνοντας την μεγαλύτερη της τιμή αργά το πρωί ή νωρίς το απόγευμα. Μειώνετε τις απογευματινές ώρες και συνεχίζει την κάθοδο της την περίοδο της νύχτας εμφανίζοντας την κατώτερη της τιμή τις πρωινές ώρες (3-6 μμ). Σε αυτές τις ώρες αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους επαγγελματίες υγείας. Γι' αυτό το πρωί που η θερμοκρασίες είναι πιο ψηλές οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.
- Στο νυχτερινό ύπνο η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή λειτουργία μειώνετε ενώ στη φάση εργασίας αυξάνονται. Ελαττώνονται γιατί ο νυχτερινός ύπνος είναι πιο ξεκούραστος και βαθύτερος από τον πρωινό ύπνο που ακολουθεί νυχτερινή εργασία.
- Σύμφωνα με τον Halberg (1959) τα επίπεδα κορτικοστεροειδών στην κυκλοφορία του αίματος αυξάνονται λίγο πριν την διαδικασία της εγρήγορσης. Πρόκειται για ένα μηχανισμό του κεντρικού συστήματος ο οποίος διεγείρει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία προετοιμάζοντας τον οργανισμό για έγερση. Πόσες φορές δεν έχουμε παρατηρήσει ότι ξυπνάμε το πρωί πριν το ρολοί μας χτυπήσει την προγραμματισμένη ώρα. Τα επίπεδα της ακετυλχολίνης, των γαστρικών ορμονών επιδρούν μεταβάλλοντας λειτουργίες συμπεριφοράς όπως διάθεση, ύπνο. Ακόμα και δείκτες νοημοσύνης.
- Οι κιρκάδιοι ρυθμοί έχουν ενδογενή βάση ελέγχου όπως τα κέντρα ομοιοστάσεις στον εγκέφαλο (αναπνευστικό-καρδιακής λειτουργίας) αλλά παράλληλα δέχονται επιδράσεις από εξωτερικούς παράγοντες.

- Οι ώρες των γευμάτων, η αρχή και το τέλος της εργασίας ακόμα και τα πολύωρα τηλεοπτικά προγράμματα δίνουν στον άνθρωπο την αίσθηση του χρόνου.
 - Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του νοσηλευτή. Οι εργαζόμενοι με τέτοιο ωράριο παρουσιάζουν κατά 10-20% αύξηση των γαστρεντερικών διαταραχών. Συνήθως παραπονιούνται για γαστρικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη τα οποία εμφανίζονται οκτώ φορές περισσότερο σε σχέση με τους επαγγελματίες του πρωινού ωραρίου.
 - Ο Rutter Franz (1977) διαπίστωσε αύξηση στην κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού τα οποία μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα.
- 1 Αρκετοί νοσηλευτές δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν, τους κόβετε η αναπνοή ή βρίσκονται σε τέτοια υπερδιέγερση που αδυνατούν να ηρεμήσουν μετά από μια έντονη βάρδια.
 - 2 Οι διαταραχές του ύπνου στους νοσηλευτές με κυλιόμενο ωράριο περιλαμβάνει την δυσκολία να κοιμηθούν και την μείωση της ποιότητας του ύπνου τους. Έτσι έχουν περισσότερα διαστήματα αϋπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου. Μερικοί δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και αν ξυπνήσουν είναι δύσκολο να κοιμηθούν ξανά. Επομένως απουσιάζει εντελώς ο ήρεμος γαλήνιος ύπνος που είναι αναγκαίος για την αποθήκευση ενέργειας.
 - 3 Η χρήση και η κατάχρηση ουσιών όπως οινοπνεύματος, καπνού, υπνωτικά φάρμακα, παυσίπονα και ηρεμιστικά είναι συνεπακόλουθο από την έλλειψη ποιοτικού ύπνου.

Το κυκλικό ωράριο εργασίας ενεργά και στον δείκτη θνησιμότητας των ατόμων. Έρευνα των Taylor and Pocock 1972 αποκαλύπτει διάφορα στον δείκτη θνησιμότητας μεταξύ των εργαζόμενων με σταθερό πρωινό ωράριο με των νυν και τ έως εργαζόμενων με κυκλικό ωράριο εργασίας. Για τους πρώτους ήταν 92%, για τους δεύτερους 102% και για τους τρίτους 132%. Ενώ ο Kirke (1979) συσχέτισε την θνησιμότητα με την ποσότητα ύπνου. Εκείνοι που αφιέρωναν 6.0 με 6.9 ώρες την μέρα στον ύπνο είχαν 11% επιπλέον θανάτους σε σύγκριση με αυτούς που κοιμόντουσαν 7.0 με 7.9 ώρες την μέρα. Οι Eysenck and Eysenck (1964) αναφέρουν ότι η προσωπικότητα των ατόμων τοποθετείται σε δυο θεωρητικούς πόλους με αντίστοιχα χαρακτηριστικά. Οι εσωστρεφείς που είναι ήσυχoi, παθητικοί,

σκεπτόμενοι και επιφυλακτικοί. Οι εξωστρεφείς είναι δραστήριοι, ομιλητικοί και κοινωνικοί. Οι νευρικοί είναι κακοδιάθετοι νευρικοί, ευερέθιστοι, και ανήσυχοι και οι σταθεροί που είναι νηφάλιοι αξιόπιστοι, ελεγχόμενοι και ξέγνοιαστοι.⁸

- Επίσης το κυκλικό ωράριο σχετίζεται με τον πρωινό και απογευματινό τύπο. Οι προσωπικότητες πρωινού τύπου είναι ευέλικτοι και αποδίδουν καλύτερα το πρωί σε αντίθεση με τους απογευματινούς τύπους γεγονός που οφείλεται στοβιολογικό τους ρόλο.

Σύμφωνα με έναν Γάλλο νομπελίστα συγγραφέα (1947) Andre Gide, δεν υπάρχουν προβλήματα. Υπάρχουν μόνο λύσεις, το ανθρώπινο πνεύμα επινοεί στην συνέχεια τα προβλήματα. Γι αυτό και παρακάτω προτείνουμε τρόπους αντιμετώπισης των αναφερθέντων προβλημάτων:

- Φροντίδα για ασφαλή νοσηλεία και για τον ασθενή αλλά και για τον νοσηλευτή.
- Προσπάθεια ικανοποίησης και άλλων αναγκών πέρα του καθήκοντος όπως οικογένεια και κοινωνικό περιβάλλον
- Προαγωγή υγιεινής ζωής
- Διακοπή καπνίσματος
- Διατήρηση κανονικού βάρους σώματος
- Εφαρμογή συνηθειών που βοηθούν τον ύπνο για χαλάρωση όπως μουσική και διάβασμα
- Ορισμός χρόνου ύπνου
- Διατροφικές συνήθειες όπως ποτό και διεγερτικά
- Γυμναστική
- Η εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Στο εξωτερικό όμως έχουν αναπτύξει και διάφορα αλλά συστήματα που εμπλέκουν τους νοσηλευτές και την διοίκηση όσον αφορά το κυκλικό ωράριο εργασίας. Το I.C.N. είναι δεσμευμένο σε όλα τα μέλη του ώστε να:

- Αναγνωρίζει τις καινοτομίες και τις τάσεις στο κυκλικό ωράριο εργασίας π.χ. σπαστό ωράριο εργασίας (split shifts).
- Να διανέμει πληροφορίες στα μέλη συνδέσμων για τα αντίκτυπο του κυκλικού ωραρίου.

- Να δίνει κατευθυντήριες γραμμές για ανάπτυξη στρατηγικών για αντιμετώπιση των διάφορων προβλημάτων
- Να φροντίζει να αναγνωρίζει επαγγελματικούς κίνδυνους σε συνάρτηση με το κυκλικό ωράριο εργασίας.⁸

Επίσης οι διάφοροι εθνικοί σύνδεσμοι χρειάζονται βοήθεια για να διαπραγματευτούν και να καλυτερεύουν τις συνθήκες για τους νοσηλευτές βάρδιας παρέχοντας:

- Βάρδιες που να διασφαλίζουν περιόδους ξεκούρασης, την χρονική περίοδο της βάρδιας καθώς και την σειρά του κύκλου.
- Ικανοποιητικό αριθμό νοσηλευτικού δυναμικού
- Πρόσβαση σε επαγγελματικές υπηρεσίες υγείας
- Προγράμματα για μείωση του στρες
- Πρόσβαση σε συνεχή εκπαίδευση
- Ασφαλή μεταφορικά μέσα
- Ζεστά γεύματα
- Αποδυτήρια
- Προστασία από διακρίσεις.

Έτσι για να προγραμματιστεί το σωστό προσωπικό, στο σωστό τόπο, την σωστή χρονική περίοδο και με τα χαμηλότερα δυνατά κόστη είναι ένας συνεχής αγώνας που κάθε μεγάλη νοσοκομειακή μονάδα αντιμετωπίζει. Εκμηδενίζοντας κάθε ανεπαρκή προσπάθεια των διοικητικών λειτουργιών καθώς και την ικανότητα τους να φέρουν εις πέρας την αποστολή τους όσον αφορά τον πιο πάνω στόχο, το νοσοκομείο Duke University χρησιμοποίησε ένα πρόγραμμα για την κατάρτιση του ωραρίου. Πριν το πρόγραμμα, το σύστημα του Duke University βασιζόταν στον παραδοσιακό τρόπο του χαρτιού και της πέννας, πράγμα που ήταν πολύ δύσκολο λόγω του μεγέθους του νοσοκομείου αλλά και των αναγκών του. Με το νέο πρόγραμμα το νοσοκομείο μπορεί να παρακολουθεί και να ελέγχει τις υπερορίες, να βελτιώσει την επικοινωνία μεταξύ των τμημάτων αλλά και των υπάλληλων καθώς επίσης αναπτύχθηκε ο αυτοπρογραμματισμός. Μια πολύ καλή λύση είναι το Nurseviz το οποίο είναι ένα 100% διαδικτυακό πρόγραμμα σημαντικό εργαλείο στην διάθεση των διάφορων οργανισμών. Ταιριάζοντας τις ανάγκες των εργαζομένων με τις ανάγκες των ασθενών. Επίσης επιτρέπει στους νοσηλευτές να πλειοδοτούν για ανοιχτές βάρδιες, καθώς να στέλνουν τις προτιμήσεις τους αλλά και να βλέπουν τις βάρδιες

τους online. Ωστόσο, η ποιότητα των επιλογών που λαμβάνονται καθημερινά από τον υπεύθυνο τήρησης του προγράμματος έχει τεράστιο αντίκτυπο στο ηθικό των νοσηλευτών και επίσης έχει αρνητική επίδραση στην ποιότητα φροντίδας, φανταστείτε την πνευματική ένωση ασθενή και νοσηλευτή όταν ο δεύτερος είναι στρεσαρισμένος και αγχωμένος αλλά και υπερκοπομένος.⁸

5.1.4 Μισθοδοσία

Η οικονομική κρίση της Ελλάδας που άρχισε πριν δυο χρόνια έχει βαθιές ρίζες και δεν θα μπορούσε να μην επηρεάσει και το κομμάτι της υγείας. Υπάρχουν νέες και σαφείς ενδείξεις ότι η σημερινή κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα έχει επιδεινωθεί κατά την διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης ιδίως στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Οι ανησυχίες αυτές αναφέρονται λεπτομερώς σε έκθεση που δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση The Lancet, που γράφτηκε από τους Alexander Kentikelenis και Dr David Mckee της σχολής Υγιεινής και τροπικής Ιατρικής UK και συνεργάτες τους. Το EuroHealthNet βρίσκει αυτή την έκθεση ανησυχητικά προβλέψιμη και αποφευκτέα. Ενδεικτικό είναι το ότι οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 24% το 2010 σε σύγκριση με το 2009 και με 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με την αντίστοιχη περίοδο του 2010. Όπως απορρέει από τα παραπάνω ποσοστά η κίνηση στα νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα αυξημένη γεγονός που έρχεται σε αντιπαράθεση με τα ενιαία μισθοδοσία και τις περικοπές που έχει υποβάλει το κράτος, καθώς δεν γίνεται πρόσληψη επιπλέον επαγγελματιών υγείας για την κάλυψη των νέων αναγκών στα ελληνικά νοσοκομεία. Αποτέλεσμα όλων αυτών, η πολύωρη αναμονή των ασθενών στα ιατρεία και η αύξηση των καθυκόντων αλλά και των ευθυνών των υπαρχόντων νοσηλευτών με τον κίνδυνο να λογχεύει περισσότερο από κάθε άλλη φορά για παρουσία λαθών. Η έλλειψη χρημάτων στα νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη τόσο φαρμάκων όσο και υλικών κάτι που βάζει σε μεγαλύτερο κίνδυνο την δημόσια υγεία.

Σε γενικές γραμμές η εικόνα της υγείας στην Ελλάδα είναι ανησυχητική. Μας θυμίζει ότι σε μια προσπάθεια να χρηματοδοτηθούν τα χρέη, οι απλοί άνθρωποι πληρώνουν το μεγαλύτερο τίμημα: απώλεια πρόσβασης στην περίθαλψη και στις υπηρεσίες πρόληψης, αντιμετώπιση υψηλότερων κινδύνων από τον Ίο HIV και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενών και στις χειρότερες περιπτώσεις απώλεια της

ίδιας τους της ζωής. Μεγαλύτερη προσοχή στην υγεία και στην πρόσβαση για περίθαλψη είναι απαραίτητη ούτως ώστε η ελληνική κρίση να μην υπονομεύσει την απόλυτη πηγή πλούτου της χώρας που είναι οι άνθρωποί της.⁵⁶

Παρακάτω παρουσιάζεται το νέο μισθολόγιο για όσους εργάζονται στα δημόσια νοσοκομεία ανάλογα με τον βαθμό του καθενός. (* το μισθολόγιο αυτό δίνεται με κάθε επιφύλαξη καθώς εν όψη οικονομικής κρίσης γίνονται συνεχής μεταβολές.

<u>ΥΕ κατηγορία</u>		
	Μεικτά	Καθαρά (περίπου)*
Βαθμός ΣΤ	780 ευρώ	581 ευρώ
Βαθμός Ε		
1 ^ο Κλιμάκιο	858	639
2 ^ο Κλιμάκιο	875	652
3 ^ο Κλιμάκιο	892	665
4 ^ο Κλιμάκιο	910	678
5 ^ο Κλιμάκιο	928	691
Βαθμός Δ		
1 ^ο Κλιμάκιο	986	735
2 ^ο Κλιμάκιο	1006	749
3 ^ο Κλιμάκιο	1026	764
4 ^ο Κλιμάκιο	1047	780
5 ^ο Κλιμάκιο	1068	796
6 ^ο Κλιμάκιο	1089	811

<u>ΔΕ κατηγορία</u>		
	Μεικτά	Καθαρά (περίπου)*
Βαθμός ΣΤ	858	639
Βαθμός Ε		
1 ^ο Κλιμάκιο	943	703
2 ^ο Κλιμάκιο	962	717
3 ^ο Κλιμάκιο	981	731
Βαθμός Δ		
1 ^ο Κλιμάκιο	1085	808
2 ^ο Κλιμάκιο	1107	825
3 ^ο Κλιμάκιο	1129	841
4 ^ο Κλιμάκιο	1152	858
Βαθμός Γ		
1 ^ο Κλιμάκιο	1248	930
2 ^ο Κλιμάκιο	1273	948
3 ^ο Κλιμάκιο	1298	967
4 ^ο Κλιμάκιο	1324	986
5 ^ο Κλιμάκιο	1350	1006
Βαθμός Β	1497	1115

<u>ΤΕ Κατηγορία</u>		
	Μεικτά	Καθαρά (περίπου)*
Βαθμός ΣΤ	1037	773
Βαθμός Ε		
1 ^ο Κλιμάκιο	1141	850
2 ^ο Κλιμάκιο	1164	867
Βαθμός Δ		
1 ^ο Κλιμάκιο	1312	977
2 ^ο Κλιμάκιο	1338	997
3 ^ο Κλιμάκιο	1365	1017
Βαθμός Γ		

1 ^ο Κλιμάκιο	1509	1124
2 ^ο Κλιμάκιο	1539	1147
3 ^ο Κλιμάκιο	1570	1170
4 ^ο Κλιμάκιο	1601	1193
Βαθμός Β		
	1811	1349
Βαθμός Α		
	1992	1484

<u>ΠΕ κατηγορία</u>		
	Μεικτά	Καθαρά
Βαθμός ΣΤ	1092	814
Βαθμός Ε		
1 ^ο Κλιμάκιο	1201	895
2 ^ο Κλιμάκιο	1225	913
Βαθμός Δ		
1 ^ο Κλιμάκιο	1381	1029
2 ^ο Κλιμάκιο	1409	1050
3 ^ο Κλιμάκιο	1437	1071
Βαθμός Γ		
1 ^ο Κλιμάκιο	1588	1183
2 ^ο Κλιμάκιο	1620	1207
3 ^ο Κλιμάκιο	1652	1231
4 ^ο Κλιμάκιο	1685	1255
Βαθμός Β		
	1906	1420
Βαθμός Α		
	2096	1562

Μισθολόγιο για τους ήδη υπηρετούντες υπαλλήλους μετά τη κατάταξή τους:

Κατηγορία ΠΕ

- 1 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και τρία (3) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό ΣΤ (καθαρά 814 ευρώ)
- 2 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και εννέα (9) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Ε (καθαρά 895-913 ευρώ)
- 3 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και δεκαπέντε (15) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Δ (καθαρά 1029-1071 ευρώ)
- 4 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και είκοσι τρία (23) έτη κατατάσσονται στο Βαθμό Γ (καθαρά 1183-1255 ευρώ)
- 5 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας περισσότερο από είκοσι τρία (23) έτη κατατάσσονται στο Βαθμό Β (καθαρά 1420 ευρώ)

Κατηγορία ΤΕ

- 1 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και τρία (3) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό ΣΤ (καθαρά 773 ευρώ)
- 2 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και εννέα (9) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Ε (καθαρά 850-867 ευρώ)
- 3 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και δεκαπέντε (15) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Δ (καθαρά 977-1017 ευρώ)
- 4 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και είκοσι πέντε (25) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Γ (καθαρά 1124-1193 ευρώ)
- 5 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας περισσότερο από είκοσι πέντε (25) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Β (καθαρά 1349 ευρώ)

Κατηγορία ΔΕ

- 1 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και τρία (3) έτη κατατάσσονται στο Βαθμό ΣΤ (καθαρά 639 ευρώ)
- 2 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και έντεκα (11) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Ε (καθαρά 703-731 ευρώ)
- 3 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και δέκα εννέα (19) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Δ (καθαρά 808-858 ευρώ)
- 4 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και είκοσι εννέα (29) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Γ (καθαρά 930-1006 ευρώ)

- 5 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας περισσότερο από είκοσι εννέα (29) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Β (καθαρά 1115 ευρώ)

Κατηγορία ΥΕ

- 1 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και τρία (3) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό ΣΤ (καθαρά 581 ευρώ)
- 2 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και δέκα πέντε (15) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Ε (καθαρά 639-691 ευρώ)
- 3 με συνολικό χρόνο πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας μέχρι και είκοσι επτά (27) έτη, κατατάσσονται στο Βαθμό Δ (καθαρά 735-811 ευρώ)

Τώρα σε αυτές τις μεικτές απολαβές:

Προσθέστε και 50 ευρώ μεικτά εφόσον ο υπάλληλος έχει ένα παιδί ή 70 ευρώ μεικτά για δυο παιδιά και 120 ευρώ μεικτά για τρία παιδιά κλπ και μέχρις τα παιδιά να φθάσουν στην ηλικία των 19 ετών ή 24 ετών εφόσον φοιτούν στην ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση

Εάν κάποιος από τους υπαλλήλους κριθεί(;) σε θέση ευθύνης παίρνει και τα ανάλογα επιδόματα

- 1 Προϊστάμενοι Γενικών Διευθύνσεων Διοίκησης, ($€700 \times 75\%$) = 525 ευρώ μεικτά
- 2 Προϊστάμενοι Διευθύνσεων Διοίκησης, ($€400 \times 75\%$) = 300 ευρώ μεικτά
- 3 Προϊστάμενοι Τμημάτων Διοίκησης ($€250 \times 75\%$) = 187 ευρώ μεικτά

- Οι υπολογισμοί έγιναν χωρίς να ληφθούν υπόψη σε αυτούς τυχόν έκτακτες εισφορές (χαράτσια), τυχόν νέες αυξήσεις σε εισφορές για τα ταμεία καθώς και για τυχόν αλλαγές στο αφορολόγητο όριο και στη φορολογική κλίμακα⁵⁷

5.1.5 Κλινικός έλεγχος ποιότητας φροντίδας

Ως κλινικός έλεγχος ορίζεται ένα συγκεκριμένο σύστημα ελέγχου ποιότητας, που αποσκοπεί στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Κατά τη συστηματική ανασκόπηση της παρεχόμενης φροντίδας, συγκεκριμένα μέτρα σύγκρισης χρησιμοποιούνται ως οδηγοί σημεία. Δομές, διαδικασίες και εκβάσεις των θεραπευτικών προσεγγίσεων, στις διάφορες εκφάνσεις τους, αξιολογούνται και

εκτιμώνται ως προς συγκεκριμένα κριτήρια και αποδεκτά επίπεδα φροντίδας. Όταν ενδεικνύται, εφαρμόζονται αλλαγές σε επίπεδο προσωπικό, ομάδας, και υπηρεσίας. Ο περαιτέρω έλεγχος συνίσταται στην αποτίμηση της κατάστασης ως προς τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης.

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

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

Η έννοια του κλινικού ελέγχου ποιότητας απαντάται για πρώτη φορά στο έγγραφο (White paper) με τίτλο «Δουλεύοντας για τους ασθενείς» του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας το 1989, όπου ως κλινικός έλεγχος ποιότητας ορίζεται «μια συστηματική, κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των διαδικασιών.

Κατά το στάδιο της διάγνωσης και της θεραπείας, της αξιοποίησης των διαθέσιμων Πόρων και της προκύπτουσας έκβασης για τον ασθενή» (μετάφραση από τον ίδιο τον συγγραφέα). Σχετικά γρήγορα, ο κλινικός έλεγχος ποιότητας έγινε ευθύνη όλων των επαγγελματιών υγείας. Πιο πρόσφατα, κυβερνητικές πρωτοβουλίες, όπως η δημοσίευση των κειμένων «Μια Υπηρεσία πρώτης ποιότητας: Ποιότητα στο νέο ΕΣΥ» και « Πλάνο δράσης στο ΕΣΥ», υπογραμμίζουν και ανανεώνουν τη διάθεση και αποφασιστικότητα για έλεγχο διαμέσου της εφαρμογής του πλαισίου της Κλινικής Διακυβέρνησης.

Η Κλινική Διακυβέρνηση πρεσβεύει πως κάθε υπηρεσία υγείας είναι υπεύθυνη για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της και για τη διασφάλιση υψηλών επιπέδων φροντίδας, με τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος στο

οποίο μπορεί να αναπτυχθεί η υψηλή κλινική πρακτική. Ένας από τους στόχους της Κλινικής Διακυβέρνησης είναι να ενσωματωθούν οι μάλλον ανόμοιες και αποσπασματικές προσεγγίσεις στην ποιότητα, που υπήρξαν στο παρελθόν, σε μια ολιστική και σφαιρική προσέγγιση. Ο κλινικός έλεγχος ποιότητας αποτελεί απαραίτητο δομικό και λειτουργικό στοιχείο αυτής της διαδικασίας.

Οι μεταρρυθμίσεις έχουν εισαγάγει δύο σημαντικές αλλαγές. Ειδικότερα, καθίσταται σαφές ότι η αρμοδιότητα και η τελική ευθύνη για την ποιότητα της κλινικής πράξης δεν περιορίζεται μόνο στους μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας και στις θεραπευτικές ομάδες αλλά επεκτείνεται και επιβαρύνει τη διοικούσα αρχή, με την οργάνωση υγειονομικής περίθαλψης και ιδιαίτερα εκείνους που την κατευθύνουν. Παράλληλα, οι υπηρεσίες έχουν την υποχρέωση να υιοθετήσουν και να αναπτύξουν κατάλληλους μηχανισμούς ελέγχου, ενώ καθίσταται ρητή η ευθύνη για προσδιορισμό και επίλυση προβλημάτων ποιότητας.⁵⁸

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

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

Οι τρέχουσες μεταβολές στο σύγχρονο περιβάλλον υγείας δημιουργούν πολλαπλές προκλήσεις στους επαγγελματίες υγείας και στις υπηρεσίες υγείας. Στόχος είναι η επίτευξη και η διατήρηση ισορροπίας σε θέματα ποιότητας στον τομέα της υγείας. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας απαιτούν υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Σήμερα, είναι πλέον επιβεβλημένη η αναζήτηση και εξερεύνηση των εντυπώσεων των ασθενών όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας. Η εισροή σχετικών πληροφοριών

μπορεί να βελτιώσει τις υπηρεσίες και να δημιουργήσει καινοτόμες στρατηγικές στη διαχείριση της ποιότητας.

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

Κλινικός έλεγχος — Μοντέλο και διεργασία

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

Ο κλινικός έλεγχος προϋποθέτει την αξιοποίηση μιας ευρείας σειράς μεθόδων από διάφορες επιστήμες, όπως π.χ. ανάπτυξη οργανισμών, στατιστική και διαχείριση πληροφοριών .Ο έλεγχος ποιότητας μπορεί να αναληφθεί από μεμονωμένο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης ή από ομάδες επαγγελματιών σε ενιαίες ή πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδες, που στηρίζονται συνήθως από το προσωπικό του ελέγχου ποιότητας. Στην έναρξη κάθε προγράμματος ελέγχου ποιότητας, η προετοιμασία του περιβάλλοντος είναι καίρια και αποφασιστική για την τελική επιτυχία της μεθόδου.⁵⁹

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

Προσδιορισμός του πεδίου μελέτης και ομάδας εργασίας

- Καλό είναι να επιλέγετε ένα πεδίο ενδιαφέροντος ή ένα θέμα που σας ενδιαφέρει ή κάτι που θεωρείται σημαντικό για το πεδίο εργασίας σας που είναι και επιτεύξιμο.
- Σιγουρευτείτε ότι έχετε την υποστήριξη των συναδέλφων και καθιερώστε ένα καλό δίκτυο επικοινωνίας με τα υπόλοιπα μέλη της κλινικής ομάδας που θα

πρέπει να συμμετάσχουν. Όλοι εκείνοι που θα επηρεαστούν από το πρόγραμμα ελέγχου ποιότητας χρήζουν ενημέρωσης.

- Εάν υπάρχει γραφείο ποιότητας και ελέγχου στο νοσοκομείο, επιδιώξτε την έγκρισή τους για το πρόγραμμα σας.
- Το στάδιο της προετοιμασίας αποτελεί ένα από τα κρισιμότερα βήματα για την τελική έκβαση. Ορίστε χρονικό πλάνο ολοκλήρωσης, με σαφείς και συνοπτικούς κόπους. Θυμηθείτε ότι ένας στόχος είναι μια δήλωση για αυτό που θέλετε να επιτύχετε.⁵⁹

Η βιβλιογραφία προτείνει και τη συμμετοχή των χρηστών(ασθενών, επισκεπτών) στην διαμόρφωση της θεματολογίας. Οι εμπειρίες των ασθενών μπορούν να προσφέρουν πλούσιο υλικό προς μελέτη και προσανατολισμό του ελέγχου ποιότητας. Ως «χρήστες» νοούνται και όσοι εργάζονται στο συγκεκριμένο χώρο-υπηρεσία.. Οι γνώσεις και οι ιδιαίτερες δεξιότητες και ικανότητες των μελών της διεπιστημονικής ομάδας συνθέτουν οι ενισχύουν το πρόγραμμα ελέγχου. Ο έλεγχος είναι έργο συλλογικό και μόνον ως τέτοιο πρέπει να νοείται. Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας βρίσκονται στην καρδιά του ελέγχου ποιότητας. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως συμμετοχικοί παράγοντες και όχι μόνον ως πηγή πληροφοριών. Πληροφορίες συλλέγονται από διάφορες πηγές, όπως αναφορές δυσμενών συμβάντων, επιστολές ασθενών, άμεση παρατήρηση κλινικής πράξης και φροντίδας, λογοδοσία και πίνακες ζωτικών σημείων, focus groups .Επιπρόσθετα, ένας χρήσιμος οδηγός στη διαμόρφωση του προγράμματος είναι και τα αποτελέσματα από τη μελέτη των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών.

Προσδιορισμός προτύπων και δεικτών ποιότητας

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

Προσδιορισμός προτύπων και δεικτών ποιότητας

Μετά την επιλογή του πεδίου μελέτης, προτείνεται η εύρεση και μελέτη προτύπων και κριτηρίων σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Τα πρότυπα πρέπει να θεμελιώνονται στην εμπειρία και στα πιο πρόσφατα κλινικά στοιχεία που προκύπτουν από τη συστηματική μελέτη των πηγών. Τα πρότυπα είναι ευπροσδιόριστα και

μετρήσιμα. Πρότυπο θα μπορούσε να είναι για παράδειγμα «το 91 % των χειρουργικών ασθενών που διακομίζονται από τη μονάδα ανάνηψης πρέπει να έχουν εκτιμηθεί με επίπεδα πόνου 0 ή 1»>. Αφού καθοριστούν τα αποδεκτά πρότυπα κλινικής άσκησης, επιλέγονται τα κατάλληλα κριτήρια ή δείκτες ποιότητας.

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

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

Τα δομικά κριτήρια αναφέρονται στους πόρους που απαιτούνται, όπως ο απαιτούμενος αριθμός προσωπικού, η ποιότητα και το επίπεδο εμπειρίας, ο εξοπλισμός και ο φυσικός χώρος. Τα κριτήρια που αφορούν στη διεργασία αναφέρονται στις ενέργειες και τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους επαγγελματίες υγείας και τους χρήστες των υπηρεσιών, όπως η επικοινωνία, η εκτίμηση, η εκπαίδευση, οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι χειρουργικές και άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, η αξιολόγηση, η τήρηση αρχείων (λογοδοσία). Έχει υποστηριχθεί ότι τα κριτήρια διεργασίας είναι πιο ευαίσθητοι δείκτες ποιότητας, δεδομένου ότι μια φτωχή έκβαση δεν εμφανίζεται κάθε φορά που υπάρχει ένα λάθος ή μια παράλειψη στην παροχή φροντίδας. Παρά ταύτα, η σημασία των κριτηρίων διαδικασίας καθορίζεται από το βαθμό στον οποίο επηρεάζουν την έκβαση. Τα κριτήρια έκβασης είναι -ενδεικτικά- δείκτες της σωματικής αντίδρασης σε κάποια παρέμβαση, του επιπέδου υγείας, του επιπέδου γνώσεων και της ικανοποίησης. Αν και αποτελεί συχνή και αποδεκτή πρακτική ο έλεγχος ποιότητας να εστιάζει στις εκβάσεις, εντούτοις παρέχει ανεπαρκείς πληροφορίες για την ανάπτυξη ενός προγράμματος δράσης για τη βελτίωση της κλινικής άσκησης.

Το δείγμα και η συλλογή δεδομένων

Ο καθορισμός του αριθμού του δείγματος των ασθενών θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικός της συνολικής ομάδας ασθενών που μελετάται. Η συλλογή

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

Ανάλυση δεδομένων : Αποτελέσματα και σύγκριση με πρότυπα

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

Προτεινόμενες μεταβολές-Πλάνο δράσης

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

Ενσωμάτωση αλλαγών

Αυτό θα μπορούσε να είναι το δυσκολότερο στάδιο στη διαδικασία του ελέγχου ποιότητας. Συχνά οι άνθρωποι αντιστέκονται στην προοπτική κάποιας μεταβολής. Η ενεργός συμμετοχή τους στον κλινικό έλεγχο θα καταστήσει την αλλαγή πιθανότερη και πιο επιτυχής. Προσδιορίστε ποια αλλαγή είναι απαραίτητη και επιλέξτε έναν κατάλληλο μηχανισμό για να την πραγματοποιήσετε.

Διάφορες θεωρίες προσπαθούν να ερμηνεύσουν τον τρόπο αλλαγής των ανθρώπινων συμπεριφορών, καθώς επίσης και τα αίτια που προκαλούν αλλαγή μιας δεδομένης κατάστασης. Οι θεωρίες αυτές έχουν εφαρμοστεί σε διαφορετικά πεδία δράσης, όπως στην εκπαίδευση και εκμάθηση, τη διοίκηση, τα οικονομικά, την κοινωνιολογία και την ψυχολογία. Από μόνη της, καμία θεωρία δεν εξηγεί πλήρως τη διαδικασία της αλλαγής στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Όμως, η εξοικείωση με μερικές από αυτές τις θεωρίες ενισχύει την κατανόηση του πλαισίου στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται, των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, και της διαδικασίας εφαρμογής της αλλαγής.⁶⁰

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

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

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

Προκειμένου να δημιουργηθεί η τάση για αλλαγή, αποδυναμώνονται ή αναιρούνται επιλεκτικά οι αρνητικοί παράγοντες. Μόνο η ενδυνάμωση των ενισχυτικών παραγόντων θα υποκινούσε μια ανάλογη αντίσταση από τους

αρνητικούς παράγοντες. Η διαδικασία της αλλαγής έχει τις θετικές και αρνητικές πτυχές της και πρέπει να ρυθμιστεί. Η συνεχής επικοινωνία και υποστήριξη είναι ζωτικής σημασίας για την επιτυχή υιοθέτηση μιας αλλαγής. Η επανάληψη του ελέγχου ποιότητας σε εύλογο χρονικό διάστημα θεωρείται απαραίτητη, ώστε να εντοπιστούν ενδεχόμενες αλλαγές στην κλινική πρακτική και ο βαθμός επίδρασης τους στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η μεθοδολογία του ελέγχου ποιότητας και το «περιβάλλον» είναι άρρηκτα συνδεδεμένα. Οι λανθάνουσες δομές και οι τεχνοκρατικές εισροές στο ανοικτό σύστημα του ΕΣΥ επηρεάζουν και διαμορφώνουν έμμεσα την ποιότητα στον κλινικό χώρο. Παράλληλα, όταν η επικρατούσα κουλτούρα ενθαρρύνει τη δημιουργικότητα και απομυθοποιεί το σφάλμα και την αποτυχία, εν δυνάμει προωθεί τη μεταβολή και τη βελτίωση.⁶²

Η αξία του κλινικού ελέγχου ποιότητας

Η βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς τη συμμετοχή και τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας. Είναι προφανές ότι μια δομημένη και αντικειμενική αξιολόγηση της κλινικής πράξης καθίσταται απαραίτητη. Το σύστημα ποιότητας, διά του κλινικού ελέγχου, παρέχει τα μέσα για μια τέτοια αξιολόγηση. Εντούτοις, πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι ενώ οι νοσηλευτές έχουν θετική στάση απέναντι στον κλινικό έλεγχο, ο ενθουσιασμός τους δεν μεταφέρεται πάντα στην πράξη. Πράγματι, η εισαγωγή του κλινικού ελέγχου στο Βρετανικό ΕΣΥ, το 1990, βασίστηκε περισσότερο στην πίστη ότι θα επιφέρει ποιοτική βελτίωση στο σύστημα υγείας, παρά σε επιστημονικά δεδομένα που αποδείκνυαν την αξία του. Παράλληλα, υπήρξε ασυμφωνία ως προς την καταλληλότερη μεθοδολογική προσέγγιση, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας για την εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου και την ενσωμάτωσή του στην κλινική πράξη.⁶³

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

εξίσου εφαρμόσιμα και στη λήψη των κλινικών αποφάσεων και στην απόδοση της υπηρεσίας.

Ενδεικτικά, ο κλινικός έλεγχος έχει χρησιμοποιηθεί ως οδηγός στην εφαρμογή των κλινικών οδηγιών. Συχνά, τα κριτήρια του ελέγχου ποιότητας ορίζονται από τις συστάσεις που προκύπτουν από τις κλινικές οδηγίες. Κατά αυτόν τον τρόπο ,το κλινικό προσωπικό είναι σε θέση να γνωρίζει εάν οι συστάσεις των κλινικών οδηγιών εφαρμόζονται. Επίσης, αναφέρεται στη βιβλιογραφία ότι με τον κλινικό έλεγχο δίνεται ίση βαρύτητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας, η συνεργασία και η επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της κλινικής ομάδας βελτιώνονται αισθητά, ενώ παράλληλα βελτιώνεται και το επίπεδο ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Ο κλινικός έλεγχος που συνοδεύεται απο επαρκή ενημέρωση και πλάνο δράσης συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας, ενώ αντίθετα η έλλειψη κατανόησης του στόχου του κλινικού ελέγχου μπορεί να προκαλέσει φόβο και δυσπιστία.⁶²

Συμπεραίνοντας, ο κλινικός έλεγχος μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα , το «περιβάλλον» όπου διενεργείται ο έλεγχος θα πρέπει να διέπεται από δομές και κουλτούρα με υποστηρικτικό χαρακτήρα. Σήμερα είναι περισσότερο αντιληπτό πως η ποιότητα, κατά ένα μεγάλο μέρος ,είναι απόρροια των οργανωτικών δομών και όχι τόσο της απόδοσης ενός μεμονωμένου επαγγελματία υγείας. Η δομή αποτελεί το υπόβαθρο και το επιστέγασμα στα θέματα της ποιότητας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία του κλινικού ελέγχου είναι η καλή ηγεσία, το υποστηρικτικό περιβάλλον, οι μηχανισμοί και υλικοτεχνικές υποδομές, που καθιστούν τον κλινικό έλεγχο λιγότερο δύσκολο και εφικτό, ο καλός προγραμματισμός σε όλα τα στάδια του ελέγχου και η αντιμετώπιση προβλημάτων και θεμάτων που αποκαθιστούν την εμπιστοσύνη στα μέλη της κλινικής ομάδας.⁵⁸

A scroll with a yellowish, aged appearance, rolled up at the top and bottom. The text is written in bold, black Greek letters. The scroll is centered on a white background.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

**Αγγλία
Βέλγιο
Κύπρος
Φιλανδία**

6.1.1. Αγγλία

Εισαγωγή

Η νοσηλευτική στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει μια μακρά ιστορία , αλλά στην παρούσα μορφή της, χρονολογείται μάλλον από την εποχή της Florence Nightingale , η οποία ξεκίνησε σχολές νοσηλευτικής στα τέλη του 19ου και αρχές του 20ου αιώνα . Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας του 20ου αιώνα , οι απαιτήσεις για αυτονομία και επαγγελματική θέση άλλαξε το νοσηλευτικό ρόλο από " υπόδουλο " στο γιατρό σε ανεξάρτητο επαγγελματία .

Το επάγγελμα έχει περάσει από πολλές αλλαγές όσον αφορά το ρόλο και τη ρύθμιση του. Οι νοσηλευτές σήμερα εργάζονται σε ποικιλία θέσεων όπως σε νοσοκομεία , κέντρα υγείας , γηροκομεία και στα σπίτια των ασθενών . Σχεδόν 400.000 νοσοκόμες στο Ηνωμένο Βασίλειο εργάζονται για την Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) . Στην πραγματικότητα, όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν εγγραφεί στο Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής (NMC) .⁶⁴

Ιστορία

Η ιστορία της νοσηλευτικής ανάγεται στους αρχαίους χρόνους , όπου η ιατρική λαογραφία συνδέθηκε με τα καλά ή κακά πνεύματα , στους αρρώστους συνήθως παρείχαν φροντίδα σε ναούς και χώρους λατρείας . Στην πρωτοχριστιανική εποχή τα νοσηλευτικά καθήκοντα γίνονταν από ορισμένες γυναίκες στο χώρο της Εκκλησίας , αργότερα οι υπηρεσίες τους επεκταθήκαν στα σπίτια των ασθενών . Αυτές οι γυναίκες δεν είχαν καμία ουσιαστική εκπαίδευση με τα σημερινά δεδομένα , αλλά η εμπειρία τους δίδαξε πολύτιμες δεξιότητες , ιδίως όσον αφορά τη χρήση των βοτάνων και φαρμάκων , μάλιστα μερικές απ' αυτές κέρδισαν τη φήμη τους ως γιατροί της εποχής εκείνης. Απομεινάρια του θρησκευτικού χαρακτήρα των νοσηλευτών παραμένει στη Βρετανία σήμερα , ιδίως με τη διατήρηση του όρου "Sister " για την γυναίκα νοσοκόμα.⁶⁵

Florence Nightingale

Η Florence Nightingale θεωρείται ως ο ιδρυτής της σύγχρονης νοσηλευτικής . Δεν υπήρχε καμία σχολή για νοσηλευτές μέχρι να ιδρυθεί η πρώτη στο Kaiserwerth της Γερμανίας το 1846 . Εκεί ,η Nightingale θα λάβει την εκπαίδευση που στη συνέχεια της επέτρεψε να δημιουργήσει στο Νοσοκομείο St Thomas ' του Λονδίνου , την πρώτη σχολή σχεδίασης ,κυρίως,της εκπαίδευση των νοσηλευτών και όχι την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών για το νοσοκομείο .

Τον Μάρτιο του 1854 η Βρετανία, η Γαλλία και η Τουρκία κήρυξε τον πόλεμο στη Ρωσία. Η Nightingale διορίστηκε για να επιβλέπει την εισαγωγή των γυναικών νοσοκόμων στα στρατιωτικά νοσοκομεία της Τουρκίας λόγω των συνεχών επικρίσεων του βρετανικού Τύπου . Στις 4 Νοεμβρίου του 1854 η Nightingale έφτασε στο νοσοκομείο Barrack στη Σκόδρα , ένα προάστιο στην ασιατική πλευρά της Κωνσταντινούπολης ,μαζί με τριάντα οκτώ ακόμα νοσηλευτές . Αρχικά οι γιατροί δεν ήθελαν τις νοσοκόμες εκεί και δεν ζητούσαν τη βοήθειά τους , αλλά μέσα σε δέκα οι απώλειες που κατέφθασαν από την μάχηήταντεράστιες, με αποτέλεσμα οι νοσοκόμες να αναλάβουνπλήρωςεργασία .

Όταν η Nightingale επέστρεψε από τον πόλεμο της Κριμαίας , τον Αύγουστο του 1856, τέσσερις μήνες μετά την συνθήκη ειρήνης που υπεγράφη, στράφηκε μακριά από την προσοχή του κοινού . Για τη συμβολή της στο Στρατό, η Nightingale έγινε η πρώτη γυναίκα που εξελέγη υπότροφος της Στατιστικής Εταιρείας . Το 1865 εγκαταστάθηκε στο 10 South Street , Mayfair , στο West End του Λονδίνου και , εκτός από περιστασιακές επισκέψεις στο Embley Πάρκο , στο Lea Hurst και την αδελφή της στο σπίτι Claydon έζησε εκεί μέχρι το θάνατό της .⁶⁴

Η νοσηλευτική στην Αγγλία με αριθμούς

Τα επίσημα στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός των νοσηλευτών ανα περιοχή έχει μειωθεί κατά 40% την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας(NHS) υποστηρίζει ότι αυτό έχει αντιμετωπιστεί με αυξήσεις προσωπικού στη νοσηλευτική κοινότητα. Δραματική είναι η πτώση όπως αποδεικνύουν τα

επίσημα στοιχεία από το Ινστιτούτο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Κέντρου Πληροφοριών, καθώς πριν από μια δεκαετία υπήρχαν περίπου 13.000 ανά περιοχή νοσηλευτές στην Αγγλία. Πέρυσι υπήρχαν λιγότεροι από 7.500, με πολλούς από αυτούς να πλησιάζουν την ηλικία συνταξιοδότησης. Ο διευθύνων σύμβουλος του Royal College of Nursing, Peter Carter, τονίζει ότι η γενική κατάσταση της νοσηλευτικής κοινότητας στην υπηρεσία της υγείας είναι «αξιοθρήνητη», και συνεχίζει, «με αυτή την τεράστια μείωση του αριθμού των νοσηλευτών ανά περιοχή, ενώ την ίδια στιγμή η κατακόρυφη αύξηση του πληθυσμού και όλο και περισσότεροι άνθρωποι με πολύπλοκες συνθήκες, οφείλω να πω, δυστυχώς πραγματικά αδυνατούν να λάβουν αυτά που τους αξίζουν...»⁶⁵

Από τον Απρίλιο του 2012, υπάρχουν πάνω από 676.000 νοσηλευτές στην Αγγλία. Σύμφωνα πάντα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) ενώ οι 87.000 από αυτούς έρχονται από το εξωτερικό.⁶⁶

Η μείωση του αριθμού των νοσηλευτών έχει στρέψει τους εργοδότες σε φθηνότερους βοηθούς υγειονομικής περίθαλψης για να καλυφθούν τα κενά, όπως δείχνουν τα τελευταία στοιχεία, καθώς για τους 12 μήνες μεταξύ Σεπτεμβρίου 2011 και 2012, ο αριθμός των εγγεγραμμένων νοσηλευτών στην Αγγλία μειώθηκαν κατά 2.283 - που ισοδυναμεί με 0,7%. Αλλά ο αριθμός των βοηθών περίθαλψης αυξήθηκε 5,1%, αύξηση της τάξης του 2.691, κατά την ίδια ακριβώς περίοδο. Συνολικά τα στοιχεία δείχνουν ότι 1,36 εκατομμύρια άνθρωποι εργάζονται στο το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας στις 30 Σεπτεμβρίου 2012, κάτω από 3.238, ή 0,2%, σε σύγκριση με το 2011.⁶⁵

Εκπαίδευση

Η Τριτοβάθμια εκπαίδευση στην Αγγλία είναι όπως και στην Ελλάδα μη υποχρεωτική εκπαίδευση για τους μαθητές ηλικίας άνω των 18 ετών, προσφέρει ένα ευρύ φάσμα μαθημάτων και επαγγελματικών προσόντων, όπως διδακτορικά, μεταπτυχιακούς τίτλους, Μπάτσελорς, Μάστερ, εθνικά διπλώματα και άλλα. Πολλά μαθήματα γίνονται στα πανεπιστήμια, αλλά πολλά επίσης διδάσκονται σε κολέγια τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και άλλες σχολές. Όπως συμβαίνει με όλες τις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, τα προσόντα από ένα αγγλικό πανεπιστήμιο αναγνωρίζονται γίνονται σεβαστά σε όλο τον κόσμο. Τα αυστηρά πρότυπα ποιότητας που όλα τα

αγγλικά θεσμικά όργανα πρέπει να πληρούν θεωρούνται μεταξύ των καλύτερων στον κόσμο. Αυτό συμβαίνει διότι κάθε πανεπιστήμιο, κολέγιο και σχολείο πρέπει συνεχώς να αποδείξουν ότι τα μαθήματα τους πληρούν τα ανωτέρω αυστηρά κριτήρια. Πολλές άλλες χώρες προσπαθούν τώρα να ακολουθήσουν το παράδειγμα της Αγγλίας και του υπολοίπου Ηνωμένου Βασιλείου. Έτσι, με τις σπουδές στην Αγγλία και στο Ηνωμένο Βασίλειο σίγουρα κάποιος θα αποκτήσει αναγνωρισμένα και σεβαστά προσόντα.⁶⁶

Πιο συγκεκριμένα, στην Αγγλία οι σπουδές νοσηλευτικής γίνονται σε δημόσια Πανεπιστήμια, με διάρκεια σπουδών τρία έτη (3). Μετά το Πανεπιστήμιο ο νοσηλευτής μπορεί να επιλέξει να συνεχίσει τις σπουδές του και να αποκτήσει έτσι την ειδικότητά του σε κάποιο τμήμα, όπως για παράδειγμα στο παιδιατρικό ή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Υπάρχουν όμως και δημόσια σχολεία ή κολλέγια στα οποία μπορεί να σπουδάσει κάποιος νοσηλευτική, είναι σαφώς χαμηλότερου επιπέδου η εκπαίδευση που παρέχεται από εκείνη των Πανεπιστημίων, παρόλα αυτά παρέχεται πιστοποίηση (NVQ), κάτι αντίστοιχο του βοηθού νοσηλευτή.⁶⁷

Για να εργαστεί κάποιος ως νοσηλευτής στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), θα πρέπει να κατέχει δίπλωμα νοσηλευτικής που του επιτρέπει να γραφτεί στο Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής (NMC).

Οι τέσσερις τομείς της νοσηλευτικής που μπορεί να ειδικευτεί κάποιος είναι οι εξής:

- 1.1 Στους ενήλικες
- 1.2 Στα παιδιά
- 1.3 Στις μαθησιακές δυσκολίες
- 1.4 Στην ψυχική υγεία

Ακόμα και όταν κάποιος επιλέξει έναν από τους παραπάνω τομείς, ορισμένα μαθήματα είναι κοινά για όλους και αυτό γιατί έτσι δίνονται οι απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για να παρέχεται η απαραίτητη φροντίδα σε όποιον την χρειάζεται, καθώς και πρόσθετες δεξιότητες για την παροχή πιο περίπλοκης φροντίδας.

Τα μαθήματα Νοσηλευτικής συνδυάζουν την ακαδημαϊκή μελέτη με την εκμάθηση πρακτικών, αλλά και την διάσπαση του χρόνου μεταξύ του πανεπιστημίου, το οποίο <<τρέχει>> το μάθημα, με την πρακτική εξάσκηση σε μια ποικιλία από ρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Το είδος της άσκησης που κάνει κάποιος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό το ποια ειδικότητα έχει επιλέξει.⁶⁸

Ανάλογα με την εμπειρία και την εκπαίδευση, υπάρχουν πολλές ευκαιρίες για να αναδειχθεί κάποιος μέσα στον χώρο αυτό. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί ρόλοι που διατίθενται στον τομέα της νοσηλείας. Μερικοί είναι διαθέσιμοι παρακάτω.

Μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα

Το μεταπτυχιακό δίπλωμα είναι ένας τίτλος σπουδών που αποδίδεται σε κάτοχο πτυχίου ύστερα από την παρακολούθηση ανάλογου κύκλου μαθημάτων. Η διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών διαφέρει σε κάθε χώρα ή/και πανεπιστήμιο ανάλογα με το εκπαιδευτικό καθεστώς της χώρας και την πολιτική που ακολουθεί ο εκάστοτε εκπαιδευτικός φορέας. Για παράδειγμα, στις Η.Π.Α. και στην Ελλάδα για την απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος πρέπει ο ενδιαφερόμενος να έχει ολοκληρώσει το πρώτο του πτυχίο, που έχει διάρκεια από ένα έως έξι χρόνια, και εν συνεχεία να παρακολουθήσει τα μεταπτυχιακά προγράμματα που διαρκούν, συνήθως, δύο χρόνια. Στην Αγγλία ο μεταπτυχιακός τίτλος απονέμεται στους φοιτητές με τη λήξη του τέταρτου έτους των προπτυχιακών τους σπουδών. Σε ορισμένες περιπτώσεις το αντικείμενο του πρώτου πτυχίου σπουδών πρέπει να είναι ίδιος με αυτόν του μεταπτυχιακού διπλώματος, καθώς πρόκειται για περαιτέρω εξειδίκευση στο αντικείμενο των προπτυχιακών σπουδών. Αυτό σημαίνει πως και κάποιος φοιτητής που εξειδικεύεται σε διδακτορικό επίπεδο θεωρείται πως κάνει μεταπτυχιακό του.⁶⁹

Οι μεταπτυχιακές σπουδές στην Αγγλία έπονται της απόκτησης πτυχίου (Bachelor). Τα μεταπτυχιακά προγράμματα οδηγούν στην απόκτηση διπλώματος (Master's degree / Diploma) και χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1) **Τα μεταπτυχιακά προγράμματα διδασκαλίας:** Πρόκειται για προγράμματα που στηρίζονται στη διδασκαλία συγκεκριμένων μαθημάτων. Στο τέλος του προγράμματος, ο φοιτητής καλείται να συγγράψει τη διπλωματική του εργασία. Ανάλογα με τον τομέα σπουδών του, στον διπλωματούχο απονέμεται ξεχωριστός τίτλος: Master of Arts (MA) Master of Science (MSc) Master of Education (MEd) Master of Engineering (MEng) Master of Business Administration (MBA) Master of Music (MMus) Master of Research (MRes).

2) **Τα ερευνητικά μεταπτυχιακά προγράμματα** (Master by research: MPhil): Αυτού του είδους τα προγράμματα στηρίζονται αποκλειστικά στην έρευνα, καθώς ο φοιτητής δεν υποχρεούται να παρακολουθήσει τη διδασκαλία συγκεκριμένων

αντικειμένων σε περιβάλλον τάξης. Το ερευνητικό μεταπτυχιακό θεωρείται ως προστάδιο της διδακτορικής διατριβής, η οποία οδηγεί στην απόκτηση τίτλου PhD.

Όπως είναι εύλογο, οι φοιτητές που θα επιλέξουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους σε κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην Αγγλία, θα πρέπει να έχουν πρώτα αποκτήσει το πτυχίο τους σε κάποιο συναφή κλάδο. Επίσης, οι υποψήφιοι θα κληθούν να πιστοποιήσουν τη γνώση τους στην αγγλική γλώσσα, συνηθέστερα μέσω του διαγωνισμού IELTS. Το κάθε ίδρυμα ορίζει την απαιτούμενη βαθμολογία στο τεστ (συνήθως από 5,5 μέχρι 6,5 στα 9).⁷⁰

Η **διάρκεια** των μεταπτυχιακών προγραμμάτων στην Αγγλία ορίζεται, συνηθέστερα, στον ένα (1) χρόνο και η αντίστοιχη για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής στα τρία (3) χρόνια, με περιστασιακή δυνατότητα επιμήκυνσης του οριζόμενου διαστήματος κατά ένα έτος (3+1 χρόνια). Τα **δίδακτρα** κυμαίνονται από 4.500-50.000 λίρες (6.000-60.000 Ευρώ) τον χρόνο (ενίοτε και ακριβότερα) για τους φοιτητές από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι αιτήσεις, σε αντίθεση με τα προπτυχιακά προγράμματα που γίνονται μέσω UCAS (Universities & Colleges Admissions Service), στέλνονται απευθείας στα πανεπιστήμια, τα οποία έχουν τον τελικό λόγο για την επιλογή ή την απόρριψη του υποψηφίου.⁷¹

Για τις μεταπτυχιακές σπουδές δεν προβλέπονται φοιτητικά δάνεια, όπως συμβαίνει στις αντίστοιχες πτυχιακές, όπου η πρακτική του δανείου είναι πολύ συχνή. Παρόλα αυτά, προβλέπονται α) διαφόρων ειδών **υποτροφίες** (πλήρεις ή μερικές), β) **επιδόματα** για την αρωγή φοιτητών με οικονομικές δυσκολίες και γ) **χρηματικά βραβεία** για τους φοιτητές που διακρίθηκαν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.⁷²

Οι φοιτητές που ολοκληρώνουν κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα στην Αγγλία, έχουν τη δυνατότητα να συνεχίσουν σε τριετές πρόγραμμα σπουδών, το οποίο οδηγεί στην απόκτηση διδακτορικού τίτλου (PhD). Ο διδακτορικός τίτλος εντάσσεται στα «ερευνητικά» μεταπτυχιακά προγράμματα, καθώς ο φοιτητής αφιερώνεται στην έρευνα και δεν χρειάζεται να παρακολουθεί συστηματικά μαθήματα (εκτός από περιπτώσεις που το ίδιο το πανεπιστήμιο προβλέπει την περιστασιακή παρακολούθηση σεμιναρίων). Τις πλείστες φορές, ο υποψήφιος θα πρέπει να έχει αποκτήσει μεταπτυχιακό τίτλο (Master) για να συνεχίσει στην εκπόνηση διατριβής, αν και υπάρχουν περιπτώσεις πανεπιστημίων που επιτρέπουν την εισαγωγή του φοιτητή σε διδακτορικό πρόγραμμα, χωρίς την πρότερη απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου.

Η διάρκεια του διδακτορικού στην Αγγλία ορίζεται στα τρία (3) υποχρεωτικά χρόνια, με δυνατότητα επιμήκυνσης του ορίου κατά ένα (1) έτος, αν υπάρξει ανάγκη (3+1 έτη). Για το επιπλέον έτος ο φοιτητής δεν καταβάλλει δίδακτρα. Ο υποψήφιος διδάκτορας δεν υποχρεούται να παρακολουθεί μαθήματα, πρέπει όμως να βρίσκεται σε συχνή και τακτική επικοινωνία με τον καθηγητή-επιβλέποντά του, στον οποίο εκθέτει την πρόοδό του. Αποκλειστικός σκοπός του φοιτητή είναι η εκπόνηση της διατριβής του (έκτασης περίπου 60.000-80.000 λέξεων). Πολύ συχνό φαινόμενο αποτελεί η συμμετοχή του υποψηφίου σε συνέδρια και ερευνητικά προγράμματα, παράλληλα με την εκπόνηση της εργασίας του, ενώ κάποιες φορές του επιτρέπεται και να διδάξει σε φοιτητικά σεμινάρια. Με την ολοκλήρωση της εργασίας του, ο υποψήφιος καλείται να υποστηρίξει την ολοκληρωμένη διατριβή του ενώπιον διμελούς ή τριμελούς εξεταστικής επιτροπής (διαδικασία Viva).

Τα δίδακτρα για τα διδακτορικά προγράμματα κυμαίνονται από 4.500-10.000 λίρες (6.000-12.500 Ευρώ) (ενδεχομένως και ακριβότερα) για τους φοιτητές εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο υποψήφιος έχει τη δυνατότητα να καλύψει πλήρως ή μερικώς τα δίδακτρα, μέσω υποτροφιών που δίνονται από το ίδιο πανεπιστήμιο, σε συνεργασία με διάφορους φορείς και οργανισμούς. Επίσης, προβλέπονται και χρηματικά έπαθλα για φοιτητές που διέπρεψαν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.⁷³

6.1.2. Βέλγιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Βασίλειο του Βελγίου (Ολλανδικά: Koninkrijk België, Γαλλικά: Royaume de Belgique, Γερμανικά: Königreich Belgien) είναι χώρα στην βορειοδυτική Ευρώπη και συνορεύει με την Ολλανδία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο και τη Γαλλία. Έχει πληθυσμό πάνω από δέκα εκατομμύρια κατοίκους σε μια έκταση 30.000 τετραγωνικών χιλιομέτρων. Βρίσκεται στα πολιτιστικά σύνορα μεταξύ της γερμανικής και της ρωμανικής Ευρώπης και είναι γλωσσικά και πολιτιστικά διαιρεμένο. Δύο είναι οι βασικές γλώσσες που ομιλούνται στο Βέλγιο: η Ολλανδική - που αποκαλείται μερικές φορές ανεπίσημως Φλαμανδική και ομιλείται στη Φλάνδρα στα βόρεια, και η Γαλλική που ομιλείται στη Βαλλωνική Περιοχή στα νότια. Η πρωτεύουσά του, οι Βρυξέλλες, είναι επισήμως δίγλωσση, ενώ η πλειονότητα των κατοίκων της μιλά Γαλλικά. Στα ανατολικά βρίσκεται μια επισήμως αναγνωρισμένη μειονότητα Γερμανόφωνων. Η γλωσσική αυτή ποικιλία οδηγεί συχνά σε πολιτικές διαμάχες, οι οποίες αντικατοπτρίζονται στο πολυσύνθετο σύστημα διακυβέρνησης και στην πολιτική ιστορία του Βελγίου.

Το σύνταγμα της χώρας αναθεωρήθηκε στις 14 Ιουλίου του 1993, με σκοπό την δημιουργία ενός ομόσπονδου κράτους, το οποίο βασίζεται σε τρία επίπεδα:

- 1 Την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, με βάση τις Βρυξέλλες.
- 2 Τις τρεις κοινότητες, ανάλογα με την γλώσσα που ομιλείται σε αυτές:
 - τη Φλαμανδική κοινότητα, όπου ομιλείται η φλαμανδική γλώσσα
 - τη Γαλλική κοινότητα, όπου ομιλείται η γαλλική γλώσσα και
 - τη Γερμανόφωνη κοινότητα του Βελγίου.
- 3 Τις τρεις ομόσπονδες περιοχές:
 - τη Φλαμανδική Περιοχή
 - τη Βαλλωνική Περιοχή και
 - την Περιοχή της Πρωτεύουσας Βρυξελλών.⁷⁴

Το Βέλγιο αποτελεί πλέον Ομοσπονδιακό κράτος. Αυτό σημαίνει ότι η επάρκεια όσον αφορά την νοσηλευτική είναι χωρισμένη. Από εκπαιδευτικής σκοπιάς οι αρμόδιες αρχές για την εκπαιδευτική επάρκεια είναι υπουργοί της Φλαμανδικής, της Γαλλικής και της Γερμανικής κοινότητας. Όσον αφορά την επαγγελματική δραστηριότητα και τους επαγγελματικούς τίτλους, θεωρούνται ομοσπονδιακή αρμοδιότητα και για αυτό ρυθμίζονται από τα σχετικά ομοσπονδιακά υπουργεία.

Είναι γεγονός ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει αρχίσει να έχει διαφοροποιήσεις ανάμεσα στη Φλαμανδική και Γαλλική κοινωνία με την Γερμανική να ακολουθεί ως επι το πλείστον, το Γαλλικό μοντέλο. Συγκεκριμένα στις Βρυξέλλες οι νοσηλευτές ακολουθούν μοντέλο εκπαίδευσης ανάλογα με τη γλώσσα του ιδρύματος στο οποίο εκπαιδεύονται.⁷⁵

Η νοσηλευτική στο Βέλγιο σε αριθμούς

Πληθυσμός : 10,438 εκατομμύρια (2005)

Χρήματα κατά κεφαλή για την υγεία (δολάρια): 3044 (2003)

Ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία : 10,1% (2003)

Νοσηλευτικό προσωπικό: 62,628

Αριθμός νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους: 6 (2004)⁷⁵

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση είναι υποχρεωτική στο Βέλγιο για τις ηλικίες από 7 έως 18 ετών. Το ποσοστό των νέων που συνεχίζουν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι υψηλό, ανερχόμενο περίπου στο 42% (στοιχεία του 2002). Η Ευρωπαϊκή ένωση κατατάσσει την εκπαίδευση του Βελγίου στη 19η θέση παγκοσμίως, θέση σημαντικά υψηλότερη από τον μέσο όρο στις χώρες-μέλη της Ε.Ε. Το ποσοστό αναλφαβητισμού στη χώρα είναι ιδιαίτερα χαμηλό, ανερχόμενο μόνο στο 1% του συνολικού πληθυσμού.

Λόγω θρησκευτικών διαφορών που ανέκυψαν κατά τη δεκαετία του '60 η εκπαίδευση είναι χωρισμένη σε δύο κλάδους: Ορισμένα εκπαιδευτικά ιδρύματα ελέγχονται από την καθολική εκκλησία (αν και ο απώτερος έλεγχος παραμένει στην

Πολιτεία) και άλλα υπάγονται στον άμεσο έλεγχο είτε της τοπικής αυτοδιοίκησης είτε της αντίστοιχης Περιφέρειας.

Στο Βέλγιο, η εκπαίδευση παρέχεται τόσο σε πανεπιστημιακό όσο και σε κατώτερο επίπεδο.

Υπάρχουν δυο επίπεδα εκπαίδευσης , bachelor που είναι πρώτου επιπέδου και diploma που είναι το δευτέρου επιπέδου. Για το πρώτο επίπεδο η εκπαίδευση γίνεται σε πανεπιστήμια και τα κριτήρια για είσοδο σε αυτά είναι τα ίδια με τα κοινά πανεπιστήμια. Ο κύκλος των σπουδών διαρκεί 3 χρόνια. Ο τίτλος σπουδών μπορεί να είναι γενικός νοσηλευτής, αλλά μπορεί και να υπάρχει ειδικότητα στον τομέα της μαιευτικής και της παιδιατρικής.

Το δεύτερο επίπεδο μπορεί να δοθεί μετά το πανεπιστήμιο και διαρκεί επίσης 3 χρόνια.

Για την απόκτηση master προγράμματος υπεύθυνα είναι 4 πανεπιστήμια στην Φλαμανδική περιοχή και 3 στην Γαλλική.

Επίσης στο Βέλγιο και την Γερμανία συγκεκριμένα, το 1/6 των νοσηλευτών εργάζονται στις Μ.Ε.Θ ακολουθούν εκπαιδευτικό πρόγραμμα πριν την έναρξη της εργασίας.(Depasse, 1998)⁷⁵

ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ

Όλοι οι φοιτητές των βασικών σπουδών αποκτούν το bachelor degree (βασικό πτυχίο σπουδών) με την ολοκλήρωση σπουδών διάρκειας τριών ετών.

- Profession-oriented bachelor's degree (βασικό πτυχίο ειδίκευσης) το οποίο απονέμεται από τα πανεπιστημιακά ινστιτούτα (Hogescholem) με την ολοκλήρωση του 1 ου κύκλου σπουδών.
- Academic bachelor's degree (βασικές ακαδημαϊκές σπουδές) που προετοιμάζει τους φοιτητές για τη συνέχιση των σπουδών τους σε μεταπτυχιακό επίπεδο (master's level). Ο κύκλος σπουδών διαρκεί 2-3 χρόνια και μπορεί να τον αποκτήσει κάθε φοιτητής από τα πανεπιστήμια (Universities) και 2^ο κύκλο σπουδών των Hogescholem
- Master degree (μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών) παρέχουν τα Hogescholem τα πανεπιστημιακά ινστιτούτα ειδικευμένα σε μεταπτυχιακές σπουδές , τρία από τα οποία είναι αναγνωρισμένα απο το Βελγικό κράτος: 1) Vlerick Leuven –

Gent Management School, 2) Instituut voor Tropische Geneeskunde 3) Institut voor ontwikkelingsbeleid en-beheer. Για να παρακολουθήσει κανείς μεταπτυχιακές σπουδές θα πρέπει να έχει Academic bachelor degree. Ωστόσο, η εισαγωγή σε ένα μεταπτυχιακό κύκλο σπουδών μπορεί να εξαρτηθεί από μια προκαταρκτική εξέταση ή από την αξιολόγηση ειδικών προσόντων.

- Ph.D. degree (διδακτορικός τίτλος σπουδών) το οποίο είναι το ύψιστο επίπεδο ειδίκευσης που βασίζεται σε πρωτότυπη έρευνα, διαρκεί τουλάχιστον δύο χρόνια και καταλήγει σε δημόσια παρουσίαση της διδακτορικής διατριβής στο Πανεπιστήμιο. Διδακτορικές σπουδές πραγματοποιούν μόνο τα Πανεπιστήμια, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις για την εισαγωγή των ξένων φοιτητών απαιτούν προκαταρκτική εξέταση. Επίσης ορισμένα Πανεπιστήμια απαιτούν συμμετοχή των φοιτητών σε ένα προπαρασκευαστικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει μαθήματα, σεμινάρια, γραπτές εξετάσεις στον τομέα ειδίκευσης.⁷⁴

ΤΥΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΒΕΛΓΙΟ

Υπάρχουν δυο βασικές κατηγορίες νοσηλευτών στο Βέλγιο: ο απόφοιτος νοσηλευτής και ο πιστοποιημένος νοσηλευτής.

Ο πιστοποιημένος νοσηλευτής λαμβάνει πρακτική νοσηλευτική εξάσκηση στην τέταρτη τάξη της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης αφού έχει συμπληρώσει τις πρώτες τρεις τάξεις (διετής η καθεμία). Η εκπαίδευση ως επί το πλείστον βασίζεται στην πρακτική και τη μαθητεία. Αυτή η κατηγορία νοσηλευτή προορίζονταν για σταδιακή κατάργηση αλλά η αλλαγή απορρίφθηκε. Αυτός ο τύπος νοσηλευτή δεν έχει ειδίκευση (από άποψη τίτλου) αλλά μπορεί στο δεύτερο ή τρίτο έτος εκπαίδευσης να ακολουθήσει "νοσοκομειακή" (γενικός νοσηλευτής) ή ψυχιατρική κατάρτιση.

Ο απόφοιτος νοσηλευτής διαφέρει ανάμεσα στις δύο βασικές Βέλγικες κοινωνίες. Κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι η εκπαίδευσή τους είναι υψηλότερου επιπέδου (υψηλόβαθμη τεχνική εκπαίδευση) και τα κριτήρια εισαγωγής είναι παρόμοια με αυτά των πανεπιστημίων.

Η διαφορά ανάμεσα στους δύο βασικούς τύπους νοσηλευτών δεν αφορά τους κανόνες που διέπουν την εξάσκηση του επαγγέλματός τους δηλαδή δεν υπάρχει διαφοροποίηση στον τρόπο διεκπεραίωσης της εργασίας ανάλογα με τον τύπο

νοσηλευτή. Όλοι οι νοσηλευτές μπορούν να ακολουθήσουν συμπληρωματική και εξειδικευμένη εκπαίδευση ως Φροντίδας καρκινοπαθών, Ακτίνας και Ραδιενέργειας , Βοηθός χειρουργού, Ψυχολογικής υποστήριξης, ενδοσκόπησης , αιμοδιάλυσης, ραδιοθεραπείας ή εκπαιδευτής.

Όσον αφορά τους "εξειδικευμένους νοσηλευτές" οι επίσημοι τίτλοι δημιουργήθηκαν το 1994 και είναι πλέον σε μετά-βασικό επίπεδο. Παρ' όλα αυτά πριν την αλλαγή του 1994 υπήρχε εκπαίδευση σε μια σειρά ειδικευμένων τομέων (για παράδειγμα) παιδιατρικοί νοσηλευτές ψυχιατρικοί νοσηλευτές και κοινωνικοί νοσηλευτές. Κάποιες από τις σχολές κυρίως οι Φλαμανδικές επέτρεπαν απευθείας εισαγωγή σε τέτοιου τύπου μαθήματα. Εφ' όσον δεν υπήρχε περιορισμός ενάντια στη χρήση εξειδικευμένου τίτλου οι νοσηλευτές τους χρησιμοποιούσαν . Μετά την πλήρη ενσωμάτωση της αλλαγής του 1994 τέτοιου είδους νοσηλευτές με επαρκή εμπειρία θα έχουν αναγνωρισμένα δικαιώματα.

Ο Βέλγικος ομοσπονδιακός νόμος καθορίζει τους τύπους εξειδικευμένων νοσηλευτών στις εξής ειδικότητες :

- Παιδιατρικός νοσηλευτής
- Ψυχικής υγείας και ψυχιατρικής
- Κοινωνικής νοσηλευτικής
- Εντατικής θεραπείας και επειγόντων
- Γεροντολογικής νοσηλευτικής

Οι ειδικότητες αυτές προσφέρονται σαν δεύτερο bachelor πτυχίο στις διάφορες περιοχές που καλύπτει το πτυχίο του νοσηλευτή.⁷⁴

Φλαμανδική κοινωνία

Η Φλαμανδική κοινωνία ορίζει την νοσηλευτική εκπαίδευση ηπιότερα απ'ότι η Γαλλική κοινωνία. Οι ίδιες οι νοσηλευτικές σχολές ηγούνται της εκπαίδευσης. Δεσμεύονται από το γενικό νόμο να λαμβάνουν υπ' όψιν τους, τους νόμους τα διατάγματα και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια μπορούν να ελέγξουν τη διδακτέα ύλη τους αυτόνομα.

Ο πιστοποιημένος νοσηλευτής λαμβάνει πρακτική νοσηλευτική εξάσκηση, η οποία διαρκεί τρία χρόνια με κοινό τον πρώτο χρόνο και τον δεύτερο και τρίτο να είναι είτε ψυχιατρικής είτε νοσοκομειακής νοσηλευτικής. Μέχρι το 1994 σε όσους ολοκλήρωναν αυτό το πρόγραμμα απονέμετο πιστοποιητικό το οποίο εκ τότε μετατράπηκε σε πτυχίο.

Οι απόφοιτοι νοσηλευτές είναι απόφοιτοι τεχνικών σχολών , αυτοί οι νοσηλευτές έχουν λάβει επαγγελματική νοσηλευτική εκπαίδευση που διαρκεί τρία χρόνια και καταλήγει σε απόκτηση πτυχίου. Στα πλαίσια του πτυχίου τους οι νοσηλευτές μπορούν να επιλέξουν ειδικότητα (παιδιατρική, ψυχικής υγείας και ψυχιατρικής, κοινοτικής νοσηλευτικής, εντατικής θεραπείας και επειγόντων και γεροντολογικής) στο τρίτο έτος σπουδών . Με τη συμπλήρωση των σπουδών τους τους απονέμεται πτυχίο και θεωρούνται “γενικοί” νοσηλευτές.

Γαλλικές και Γερμανικές κοινότητες

Σε αυτές τις κοινότητες η πρακτική εξάσκηση των νοσηλευτών υπάρχει επίσης αλλά τους απονέμεται πιστοποιητικό (αντί για πτυχίο). Η εκπαίδευση είναι στα ίδια επίπεδα με την Φλαμανδική κοινότητα με τα ίδια αποτελέσματα.

Τεχνικές Σχολές Νοσηλευτικής (Infirmier gradue) στο Βέλγιο

Η υψηλόβαθμη νοσηλευτική εκπαίδευση λαμβάνει χώρα στα τεχνικά σχολεία και έχει κοινό πρώτο έτος μεταξύ νοσηλευτικής και μαιευτικής . Μετά από τρία χρόνια νοσηλευτικής εκπαίδευσης οι σπουδαστές γίνονται νοσηλευτές. Από αυτό το σημείο και μετά δικαιούνται να ακολουθήσουν τέταρτο έτος μετά-βασικής εκπαίδευσης οι σπουδαστές γίνονται νοσηλευτές. Από αυτό το σημείο και μετά δικαιούνται να ακολουθήσουν τέταρτο έτος μετά-βασικής ειδίκευσης όπου νομικά τους διατίθεται ο τίτλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή.

Ο απόφοιτος μπορεί επίσης να λάβει συμπληρωματική εκπαίδευση ως προϊστάμενος υπεύθυνος εκπαίδευσης, διευθυντής νοσηλευτικού τμήματος, υπεύθυνος νοσοκομειακής υγιεινής και υπεύθυνος διασφάλισης ποιότητας παροχών υγείας. Στον προϊστάμενο απονέμεται πτυχίο κατά τη συμπλήρωση των σπουδών του για τα υπόλοιπα απονέμεται πιστοποιητικό εξειδικευμένου επαγγελματία.

Το τριετές πρόγραμμα bachelor της νοσηλευτικής αξίζει 180 μονάδες ECTS δηλαδή μονάδες αξιολόγησης. Η μονάδα αυτή είναι μια τυπική μονάδα για να εκφράσουν το φορτίο μελέτης του κάθε μαθήματος και το πρόγραμμα σπουδών. Κάθε μονάδα ECTS του προγράμματος νοσηλευτικής ισούται μεταξύ 26 και 30 ωρών διδασκαλίας , μελέτης και αξιολόγησης. Το πρόγραμμα συνάδει με το προφίλ του Bachelor της νοσηλευτικής και με την ευρωπαϊκή νομοθεσία , η οποία ενισχύει τη διεθνή διάσταση της νοσηλευτικής.⁷⁴

Οδηγός σπουδών νοσηλευτικής στο Βέλγιο

- Πρώτο έτος σπουδών

Στο πρώτο έτος των σπουδών διδάσκονται τα βασικά μαθήματα που είναι απαραίτητα για έναν νοσηλευτή. Τα μαθήματα αυτά μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις θεματικές ενότητες.

Επιστήμες νοσηλευτικής. Αποτελούν τα μαθήματα όπου διδάσκονται οι αρχές της υγιεινής, της διατροφής και των νοσηλευτικών αναγκών και καθηκόντων.

Ανθρωπιστικές επιστήμες. Είναι τα μαθήματα όπου προσεγγίζουμε την νοσηλευτική από διάφορες σκοπιές. Συμπεριλαμβάνει νομικές και ηθικές προεκτάσεις ταυτόχρονα με ψυχολογικές έννοιες του κλάδου.

Βιοιατρικά μαθήματα. Διδάσκονται πως λειτουργεί το ανθρώπινο σώμα, όλα τα είδη των παθολογικών παθήσεων και πως λειτουργούν τα φάρμακα.

Πρακτική άσκηση όπου μπορούν οι υποψήφιοι νοσηλευτές να έρθουν σε επαφή με ασθενείς για δύο περιόδους.

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
Ανατομία και Φυσιολογία	3
Ανθρωπιστικές επιστήμες	5
Βασικές έννοιες της νοσηλευτικής	4
Βασική νοσηλευτική 1	3
Βασική νοσηλευτική 2	3
Νοσηλευτικές τεχνικές και δεξιότητες 1	3
Φαρμακολογία και Μικροβιολογία	3
Ανθρωπιστικές επιστήμες	4
Ιατρική και χειρουργική παθολογία	4
Ιατρική και χειρουργική νοσηλευτική	6
Νοσηλευτικές τεχνικές και δεξιότητες 2	3

Εισαγωγή στη Νοσηλευτική πρακτική	7
Πρακτική χαμηλού επιπέδου φροντίδας	6
Επικοινωνιακές ικανότητες	3
Ανατομία και Φυσιολογία 2	3

- **Δεύτερο έτος σπουδών**

Τα μαθήματα του δευτέρου έτους ειδικεύονται κυρίως στις χρόνιες και προσωρινές ασθένειες και είναι ο κορμός των μαθημάτων αυτού του έτους. Επιπλέον Υπάρχει πρακτική δευτέρου έτους σε μεγαλύτερη διάρκεια από την πρώτη και δίνει περισσότερη προσοχή σε πιο δύσκολα περιστατικά.

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
Γαστρεντερολογία : νοσηλευτική και παθολογική	6
Εξέταση και μετάγγιση αίματος	4
Τραυματιολογία γηριατρικής : νοσηλευτική και η διαδρομή της	3
Πρακτική τοποθέτηση οξείας φροντίδας	12
Φροντίδα χρόνιας ασθένειας	10
Καταπραϋντική φροντίδα	3
Πρακτική τοποθέτηση χρόνιων ασθενειών	10
Ψυχιατρική και νευρολογία : νοσηλευτική και η διαδρομή τους	3

- **Τρίτο έτος σπουδών (κοινό πρόγραμμα)**

Το κοινό πρόγραμμα του τρίτου έτους σπουδών επικεντρώνεται στις αρμοδιότητες που αρμόζουν σε ένα bachelor νοσηλευτικής. Στο μάθημα "Έργαστείτε ως νοσηλεύτης στον τομέα της υγείας" που ξεκινάει με μια κλινική περίπτωση προκειμένου να συζητηθεί η οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, η διασφάλιση ποιότητας, το ανθρωπιστικό και νοσηλευτικό υπόβαθρο, η πρωτογενής πρόληψη και πολλά άλλα. Το μάθημα "portfolio" προσφέρει έναν προσωπικό προβληματισμό σχετικά με την επίτευξη των επιθυμητών ικανοτήτων. Η ανατροφοδότηση που σχετίζεται με την τοποθέτηση της εποπτείας είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι της αυτοκριτικής ανάλυσης. Η δοκιμή bachelor συνδυάζει τις πληροφορίες και τις δεξιότητες της έρευνας με βάση την ποιότητα και την ποσότητα των επιστημονικών άρθρων. Τα οποία χρησιμοποιούνται για να αναπτύξουν τον προγραμματισμό των φοιτητών και τις δραστηριότητες συντονισμού που σχετίζονται με την φροντίδα, ενώ εστιάζουν στον ασθενή από μια ολιστική άποψη.

- **Βασικός κορμός μαθημάτων**

ΜΑΘΗΜΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Γενική πρακτική	10
Εργασία : εργασία ως νοσηλεύτης στο τομέα υγείας	7
Συνολική αξιολόγηση	3
Χαρτοφυλάκιο	3

- **Επιλεγόμενα μαθήματα**

ΜΑΘΗΜΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Νοσηλευτική φροντίδα του εαυτού σας	3
Πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα παιδιών	3

Μαθήματα ειδικοτήτων νοσηλευτικής

- **Γεροντολογική νοσηλευτική**

Με τον αυξανόμενο πληθυσμό να γερνάει ηλικιακά αυξάνονται και οι ανάγκες για γεροντολογικούς νοσηλευτές για την κατάλληλη φροντίδα των ηλικιωμένων.

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Πρακτική στην επιλογή της γηριατρικής	11
Πρακτική στην επιλογή της γηριατρικής από τους φοιτητές	11
Φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών	6
Καθηγητής της νοσηλευτικής γηριατρικής φροντίδας	3
Διεπιστημονική ομαδική εργασία στην φροντίδα των ηλικιωμένων	3

- **Παιδιατρική νοσηλευτική**

Μαθήματα ειδικά σχεδιασμένα για την υποστήριξη και φροντίδα των μωρών και των νέων παιδιών.

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Πρακτική παιδιατρικής νοσηλευτικής	11
Πρακτική παιδιατρικής νοσηλευτικής/ επιλογή του σπουδαστή	11
Βασική φροντίδα παιδιατρικών ασθενών	4
Σύνθετη παιδιατρική φροντίδα	5
Νεογνολογία	3

- **Ψυχιατρική νοσηλευτική**

Τα μαθήματα αυτά στοχεύουν στο ανθρώπινο μυαλό και στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους.

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Πρακτική ψυχιατρικής νοσηλευτικής	11
Πρακτική στην επιλογή της ψυχιατρικής νοσηλευτικής/επιλογή σπουδαστή	11
Ψυχιατρικές παθήσεις και ψυχολογία	6
Ομαδική δυναμική και νοσηλευτική	6

- **Κοινοτική νοσηλευτική**

Η κατεύθυνση όπου δίνεται προσοχή στην μετέπειτα πορεία του ασθενή στην κοινωνία.

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Πρακτική της κοινοτικής νοσηλευτικής	11
Πρακτική της κοινοτικής νοσηλευτικής/επιλογήσπουδαστή	11
Προληπτική υγειονομική περίθαλψη	6
Μέθοδοι κοινοτικής νοσηλευτικής	6

- **Νοσοκομειακή νοσηλευτική**

Αποτελείται από τον κορμό των μαθημάτων για νοσοκομειακή κατεύθυνση, είτε στο κλινικό κομμάτι είτε στο υλικό - τεχνολογικό.⁷⁶

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Ασθενής σε σταθερά κρίσιμη κατάσταση & επιλογή θεμάτων	5

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ (credits)
Κλινικός προσανατολισμός	
Πρακτική νοσοκομειακής νοσηλευτικής	11
Πρακτική νοσοκομειακής νοσηλευτικής επιλογή σπουδαστή	11
Χειρουργική νοσηλευτική	4
Κλινική εξέταση	
Ιατρικό-τεχνολογική κατεύθυνση	
Πρακτική	11
Πρακτική με επιλογή του σπουδαστή	11
Αναισθητική φροντίδα	3
Τελευταίες τεχνολογίες και εξελίξεις στην νοσηλευτική	4

Η Νοσηλευτική νομοθεσία στο Βέλγιο

Νομοθεσία για πρώτου και δευτέρου επίπεδου νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να καταχωρηθούν σε έναν από τους 10 νοσηλευτικούς οργανισμούς ανάλογα στην περιοχή όπου άσκησαν την πρακτική τους άσκηση. Η καταχώρηση πρέπει να ανανεώνεται κάθε τρία χρόνια.

Νομοθεσία για εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Υπάρχουν δυο τέτοιοι τύποι τίτλων και ορίζονται από το Βελγικό σύνταγμα. Επίσης θα πρέπει να ανανεώνεται κάθε έξι χρόνια. Οι δυο αυτοί τίτλοι είναι της άμεσης και επείγουσα νοσηλευτικής και της ιατροφαρμακευτικής νοσηλευτικής.

Αρχικά οι νοσηλευτές με το που τελειώσουν τις σπουδές τους πρέπει να εγγραφούν ώστε να μπορούν να εξασκήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Γι' αυτό το σκοπό το Βέλγιο έχει 10 περιοχές δικαιοδοσίας όπου όλες εφαρμόζουν τους ίδιους κανόνες.

Με την εγγραφή ο νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί οπουδήποτε στο Βέλγιο. Για να εγγραφούν με την ισχύουσα αρχή (Ιατρική επιτροπή) οι νοσηλευτές πρέπει να παρουσιάσουν το δίπλωμά τους ή το πιστοποιητικό τους και να πληρώσουν ένα μικρό ποσό. Η εγγραφή ισχύει για τρία χρόνια όπου με την λήξη της θα πρέπει να ανανεωθεί. Το βασιλικό διάταγμα στις 20 Μαΐου 1994, στο άρθρο 1 συμπεριλαμβάνει μεταξύ άλλων ότι οι νοσηλευτές που επιθυμούν να έχουν τον τίτλο του εξειδικευμένου νοσηλευτή πρέπει να πάρουν συμφωνητικό από την επιτροπή συμφωνητικών της CNAI που ηγείται της εγγραφής. Αυτός ο τίτλος διαρκεί για έξι χρόνια.

Οι ξένοι νοσηλευτές που επιθυμούν να εργαστούν στο Βέλγιο πρέπει να απευθυνθούν στο Υπουργείο Δημόσιας Υγείας για να αναγνωριστούν τα προσόντα τους. Αρχικά το υπουργείο δίνει την έγκριση του ότι μπορούν να συνεχίσουν την εγγραφή τους με τον ίδιο τρόπο όπως οι Βέλγοι νοσηλευτές μέσω των τοπικών ιατρικών επιτροπών.⁷⁴

Μισθολογικές απολαβές νοσηλευτών στο Βέλγιο

Η εργασία στο Βέλγιο κερδίζει σε μισθό καθώς θεωρείται ότι είναι πάνω από τον μέσο όρο στην Ευρώπη με εξαίρεση τη Γερμανία και τη Γαλλία. Η Γερμανία και η Γαλλία είναι οι μόνες χώρες της Δυτικής Ευρώπης όπου οι μισθοί είναι υψηλότεροι απ'ότι στο Βέλγιο.

Το Βέλγιο αν και έχει υψηλότερο μισθό έχει και υψηλότερους φόρους σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης. Ειδικά αν ο νοσηλευτής κατάγεται από το Ηνωμένο Βασίλειο και τις Ηνωμένες Πολιτείες οι φόροι στο Βέλγιο χαρακτηρίζονται ως μάλλον υψηλοί. Αυτό αποτελεί ένα βασικό στοιχείο που θα πρέπει να λάβει κάποιος υπ' όψιν του αν αναζητά μια σύμβαση εργασίας στο Βέλγιο. Επίσης θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν ο εργαζόμενος λάβει οφέλη τα οποία δεν είναι χρήματα αλλά πράγματα όπως ένα αυτοκίνητο της εταιρείας , άτοκα δάνεια ή δίδακτρα ως όφελος , στη συνέχεια αυτά τα στοιχεία θεωρούνται μέρος του φορολογητέου εισοδήματός του στο Βέλγιο.

Οι αυξήσεις των μισθών δεν βασίζονται στις επιδόσεις και την εμπειρία αντίθετα ελέγχονται από μια συλλογική σύμβαση εργασίας. Οι αυξήσεις των μισθών καθορίζονται από το τοπικό κόστος ζωής. Συνήθως ο μισθός στο Βέλγιο εξαρτάται από την ηλικία. Σπάνια βλέπει κανείς το ποσό του μισθού σε μια αγγελία για θέση εργασίας αντίθετα θα δει ένα επιθυμητό ηλικιακό εύρος , το οποίο δείχνει με τη σειρά του πόσο θα είναι ο μισθός.

Ο μισθός καταβάλλεται σε μηνιαία βάση, στη σύμβαση εργασίας παρατηρείται ένας χρόνος μισθού καταβάλλεται σε 13 μήνες. Αυτό γίνεται επειδή οι εταιρείες πληρώνουν το 13^ο μήνα ως μπόνους. Ορισμένες μάλιστα καταβάλλουν και το μισθό ενός 14 ου μήνα μπόνους ως δώρο Χριστουγέννων.

Επίσης ένα ακόμη μοναδικό του Βελγίου που παρατηρεί κανείς στη σύμβαση εργασίας του είναι το μπόνους για διακοπές ή για γιορτές. Ως εργαζόμενος στο Βέλγιο κάποιος δικαιούται επίδομα διακοπών από το 85 τοις εκατό του μισθού ενός μήνα. Αυτό το επίδομα καταβάλλεται όταν παίρνεται ο χρόνος διακοπών. Συνήθως το ποσό αυτό συμπεριλαμβάνεται στο ποσό του μισθού.

Τα ωράρια εργασίας ποικίλουν ανάλογα με την εταιρεία ή τη βιομηχανία. Η τυπική εβδομάδα εργασίας δεν υπερβαίνει τις 39 ώρες. Οι παραπάνω ώρες εργασίας

πληρώνονται ως υπερωρίες. Συνήθως ο μέσος όρος ωρών εργασίας είναι μεταξύ 35 και 38 ώρες την εβδομάδα.

Ο ευέλικτος χρόνος εργασίας είναι πολύ διαδεδομένος τρόπος εργασίας στο Βέλγιο. Συνήθως με ευέλικτο ωράριο οι υπάλληλοι οφείλουν να είναι στο γραφείο μεταξύ 8:00 -11:30 και μεταξύ 13:30 -16:00 . Το υπόλοιπο των απαιτούμενων ωρών εργασίας μπορεί να γίνει σύμφωνα με τη διακριτική ευχέρεια του εργαζομένου. Ο χρόνος εργασίας περιορίζεται σε 11 ώρες την ημέρα.⁷⁷ Όσον αφορά τις νοσηλευτικές απολαβές στο Βέλγιο σε μια φυσιολογική πτέρυγα νοσοκομείου στις Βρυξέλλες ο μισθός κυμαίνεται περίπου στα 1.100 ευρώ το μήνα, στα περισσότερα Φλαμανδικά νοσοκομεία μεταξύ 1200-1300 ευρώ.⁷⁷

Αυτό βέβαια δεν είναι και πολύ ακριβές. Είναι απλά μια πρόχειρη εκτίμηση. Δεν υπάρχει βέβαια κανένα πρόβλημα εύρεσης εργασίας σε όποιον νοσηλευτή αναζητεί δουλειά στο Βέλγιο καθώς υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτών. Δυστυχώς πολλοί Βέλγοι νοσηλευτές φεύγουν στην Ολλανδία , Γαλλία και Λουξεμβούργο λόγω καλύτερων συνθηκών εργασίας και αμοιβής. Πολλοί επίσης νοσηλευτές που θέλουν να έχουν ένα καλύτερο μισθό ή έχουν απηυδύσει με τα νοσοκομεία γίνονται ανεξάρτητοι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικές κατοικίες ή πηγαίνουν με το αυτοκίνητο τους για να δουν αρκετούς ασθενείς.⁷⁸

6.1.3 Κύπρος

Εισαγωγή

Σύμφωνα με το εκπαιδευτικό σύστημα της Κύπρου, η τριτοβάθμια εκπαίδευση περιλαμβάνει δημόσια(το Πανεπιστήμιο, το Ανοιχτό Πανεπιστήμιο και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου) και ιδιωτικά πανεπιστήμια(το Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο, το Πανεπιστήμιο Fredirik, το Πανεπιστήμιο της Λευκωσίας, το Πανεπιστήμιο Neapolis και τέλος το UCLan – Cyprus) αλλά και δημόσιες και ιδιωτικές σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίες περιλαμβάνουν πολλά τμήματα προσφέροντας αναγνωρισμένη κατάρτιση. Ανάμεσα στα τμήματα αυτά βρίσκεται και η νοσηλευτική.⁷⁹

Η Εκπαίδευση στην Κύπρο

Οι τελευταίες εξελίξεις στους τομείς της γνώσης, της τεχνολογίας και της φροντίδας των ασθενών, επιφέρουν επαναστατικές αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση σε όλον τον κόσμο. Η έμφαση στα θέματα ποιότητας της ζωής και ο ρόλος που παίζει η υγεία σε αυτόν τον τομέα, έχουν αυξήσει κατακόρυφα τη σημασία και τη ζήτηση των συναφών επαγγελματιών. Ιδιαίτερα στην Κύπρο, μετά την εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Νομοθεσίας, ο ιδιωτικός τομέας αντιμετωπίζει μεγάλη έλλειψη εγγεγραμμένων νοσηλευτών Α' επιπέδου, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην εύρυθμη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών. Πέραν τούτου, η αποπεράτωση του νέου, μεγάλων διαστάσεων, κρατικού νοσοκομείου στη Λευκωσία και η αφυπηρέτηση μεγάλου αριθμού λειτουργών υγείας, δημιούργησε ακόμη περισσότερες ανάγκες για εργοδότηση νοσηλευτών. Το Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, ανταποκρινόμενο στην αυξημένη ανάγκη για εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο στην Κύπρο όσο και διεθνώς, προσφέρει πρόγραμμα σπουδών σε επίπεδο πτυχίου στη νοσηλευτική εκπαίδευση.

1 Πρόγραμμα Σπουδών

Το πρόγραμμα παρέχεται από εξειδικευμένο ακαδημαϊκό προσωπικό, τόσο στον τομέα της Νοσηλευτικής, όπου το προσωπικό έχει πείρα στη νοσηλευτική ακαδημαϊκή εκπαίδευση και κατάρτιση, όσο και στους τομείς των βασικών και

βιολογικών επιστημών που συμπληρώνουν και υποστηρίζουν το πρόγραμμα για μια ολοκληρωμένη εκπαίδευση. Το πρόγραμμα συνδυάζει την εκπαίδευση με την ταυτόχρονη ανάπτυξη των αναγκαίων δεξιοτήτων. Οι φοιτητές του προγράμματος στο αρχικό στάδιο αποκτούν τις απαιτούμενες ικανότητες στο πλήρως εξοπλισμένο Εργαστήριο Κλινικών Δεξιοτήτων. Οι δεξιότητες αυτές αναπτύσσονται και βελτιώνονται περαιτέρω στον κλινικό χώρο, όπου οι φοιτητές ασκούν και εφαρμόζουν τη νοσηλευτική φροντίδα. Η κλινική εκπαίδευση γίνεται σε επίλεκτα νοσοκομεία και κλινικές, τόσο στον κρατικό όσο και στον ιδιωτικό τομέα, υπό την εποπτεία καθηγητών και εξειδικευμένων νοσηλευτών εκπαιδευτών.

Το πρόγραμμα συνάδει με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα και τις Ευρωπαϊκές οδηγίες περί Νοσηλευτικής και περιέχει 4.600 ώρες θεωρίας και ώρες πρακτικής. Οι ώρες μοιράζονται εξίσου - 2.300 σε θεωρητικά μαθήματα και 2.300 ώρες πρακτικής άσκησης.

2 Σκοπός

Το πρόγραμμα έχει σκοπό να προετοιμάσει τους αποφοίτους για μια επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία στη νοσηλευτική με δυνατότητα να εργαστούν σε νοσοκομεία ή κλινικές στη Κύπρο ή στο εξωτερικό, ή για μεταπτυχιακές σπουδές στη νοσηλευτική ή/και στους εξειδικευμένους κλάδους του τομέα αυτού.

• Στόχοι:

- 1 Η παροχή γνώσης σ' ένα ευρύ φάσμα βασικών αρχών της νοσηλευτικής επιστήμης και πρακτικής.
- 2 Η μεταφορά γνώσης της διεργασίας της έρευνας και η χρήση έρευνας στην καθημερινή νοσηλεία/φροντίδα των ασθενών.
- 3 Η εμπέδωση της γνώσης και της τεχνικής της νοσηλευτικής, η απόκτηση εργαστηριακής πείρας και η εφαρμογή τους στον κλινικό χώρο, ώστε οι φοιτητές να μπορούν να αναλύσουν τα προβλήματα υγείας των ασθενών και χρησιμοποιώντας κριτική σκέψη να αξιολογήσουν και να οργανώσουν την πιο κατάλληλη νοσηλεία και φροντίδα των εκάστοτε ασθενών τους.
- 4 Η ανάπτυξη διαφόρων δεξιοτήτων επικοινωνίας, ώστε οι φοιτητές να μπορούν να επικοινωνούν σωστά τόσο με τους ασθενείς και το ευρύτερο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας νοσηλείας. Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη δεξιοτήτων τόσο στον γραπτό όσο και στον

προφορικό λόγο, έτσι ώστε οι φοιτητές να βοηθηθούν στην παρουσίαση έρευνας και ιδεών.

- 5 Η ανάπτυξη επαγγελματικής υπευθυνότητας, ώστε οι φοιτητές να είναι υπόλογοι των πράξεων τους μέσα και έξω από τον κλινικό χώρο.
- 6 Η εισαγωγή των φοιτητών στο ρόλο του επαγγελματία νοσηλευτή στην κοινότητα και την κοινωνία γενικά και η δυνατότητα εγγραφής αποφοίτων σε επαγγελματικούς οργανισμούς όπως το NMC, International Association of Nurses, European Forum κ.ά.
- 7 Η ανάπτυξη της διά βίου μάθησης, της ελεύθερης σκέψης και της ευρηματικότητας για την προσαρμογή των φοιτητών σε ένα περιβάλλον συνεχούς αλλαγής για μια επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία ως εγγεγραμμένοι νοσηλευτές Α' επιπέδου ή/και για περαιτέρω ακαδημαϊκές σπουδές.

8. Επαγγελματική Κατοχύρωση

Για την άσκηση επαγγέλματος και δικαίωμα εγγραφής στον Κατάλογο Νοσηλευτών Κύπρου, οι απόφοιτοι του προγράμματος χρειάζεται να συμπληρώσουν πρακτική εξάσκηση (3-6 μήνες) σε νοσοκομεία/κλινικές στην Κύπρο ή στο εξωτερικό.

9. Διάρκεια Σπουδών

Τέσσερα (4) έτη για την απόκτηση πτυχίου (Bachelor Degree).⁸⁰

- Πρόγραμμα σπουδών

Παρακάτω δίνεται το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών ενός πανεπιστημίου και πιο συγκεκριμένα του European University Cyprus.

Οι φοιτητές του προγράμματος στη Νοσηλευτική πρέπει να συμπληρώσουν τις πιο κάτω πιστωτικές μονάδες για την απόκτηση του πτυχίου:

Απαιτήσεις Πτυχίου		Μονάδες	ECTS
Πρώτο έτος μαθημάτων		35	60
Δεύτερο έτος μαθημάτων		34	60
Τρίτο έτος μαθημάτων		34	60
Τέταρτο έτος μαθημάτων		34	60
Σύνολο απαιτήσεων		137	240
Απαιτήσεις πτυχίου		Μονάδες	ECTS
Τέταρτο έτος		11	11
Συνολικές απαιτήσεις			
Πρώτο έτος Μαθημάτων		35 Μονάδες	60 ECTS
Πρώτο εξάμηνο		18	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
ANA101	Ανατομία	3	4
BIO110	Βιοφυσική, Ραδιολογία & Βιοχημεία	3	5
CSG190	Εισαγωγή στους Υπολογιστές και Εφαρμογές	3	5
EUC100	Ακαδημαϊκές Δεξιότητες ή	0	0
HIS126	Ιστορία της Κύπρου	3	5
NUR100	Εισαγωγή στη Νοσηλευτική	3	7
PGY103	Φυσιολογία	3	4
Δεύτερο Εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
BIO120	Μικροβιολογία	3	5
ENN110	Αγγλικά για Νοσηλευτές I	3	4
NPT110	Κλινική Άσκηση I	2	4
NUR110	Πρώτες Βοήθειες	3	3
NUR120	Βασική Νοσηλευτική I	3	6
PHA110	Φαρμακολογία	3	5
Πρώτο έτος-συνεδρίαση καλοκαιριού		0	3
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPR101	Κλινική Πρακτική I	0	3

Δεύτερο έτος Μαθημάτων		34 Μονάδες	60 ECTS
Τρίτο εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
ENN111	Αγγλικά για Νοσηλευτές II	3	4
NPT210	Κλινική Άσκηση II	2	4
NUR201	Βασική Νοσηλευτική II	3	6
NUR221	Χειρουργική και Χειρουργική Νοσηλευτική I	3	5
NUR271	Παθολογία και Παθολογική Νοσηλευτική I	3	6
PSG103	Αρχές Ψυχολογίας	3	5
Τέταρτο εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
EPE205	Επιδημιολογία	3	4
NPT211	Κλινική Άσκηση III	2	4
NUR222	Χειρουργική και Χειρουργική Νοσηλευτική II	3	5
NUR252	Ηθική/Δεοντολογία και Νομοθεσία του Επαγγέλματος του Νοσηλευτή	3	3
NUR272	Παθολογία και Παθολογική Νοσηλευτική II	3	6
NUR280	Νοσηλευτική εκτίμηση	3	5
Δεύτερο έτος-συνεδρίαση καλοκαιριού		0	3
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPR201	Κλινική Πρακτική II	0	3

Τρίτο έτος Μαθημάτων		34 Μονάδες	60 ECTS
Πέμπτο εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPT310	Κλινική Άσκηση IV	2	4
NUR315	Διαιτολογία	3	0
NUR322	Χειρουργική και Χειρουργική Νοσηλευτική III	3	0
NUR351	Λοιμώξεις σχετιζόμενες με τη φροντίδα υγείας	3	5
NUR372	Παθολογία και Παθολογική Νοσηλευτική III	3	6
PSG263	Ψυχολογία της Υγείας	3	5
Έκτο εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPT311	Κλινική Άσκηση V	2	4
NUR342	Παιδιατρική και Παιδιατρική Νοσηλευτική	3	5
NUR363	Γυναικολογική και Μαιευτική Νοσηλευτική	3	5
NUR451	Ογκολογία και Ογκολογική Νοσηλευτική	3	4
RES301	Μεθοδολογία της Έρευνας	3	4
SOG101	Αρχές Κοινωνιολογίας	3	5
Τρίτο έτος-συνεδρίαση καλοκαιριού		0	3
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPR301	Κλινική Πρακτική III	0	3

Τέταρτο έτος Μαθημάτων		34 Μονάδες	60 ECTS
Έβδομο εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPT410	Κλινική Άσκηση VI	2	5
NUR220	Προαγωγή και Αγωγή Υγείας	3	5
NUR440*	Αρχές Επικοινωνίας /Μέθοδοι Διδασκαλίας στη Νοσηλευτική	3	5
NUR442	Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας	3	6
NUR462	Αρχές Διοίκησης – Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων	3	6
N/A	Μάθημα Επιλογής	3	3
Όγδοο εξάμηνο		17	30
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
NPT411	Κλινική Άσκηση VII	2	4
NUR301	Κοινωνική Νοσηλευτική	3	5
NUR420	Τελική Πτυχιακή Εργασία	3	10 - 14
NUR431	Γηριατρική και Γηριατρική Νοσηλευτική	3	4
NUR450	Επείγουσα Νοσηλευτική	3	4
N/A	Μάθημα Επιλογής	3	3
Σημαντικά Μαθήματα		0	0
Επιλέγονται 2 απο τα πιο κάτω μαθήματα:			
Κωδικός	Τίτλος Μαθήματος	Μονάδες	ECTS
ECO113**	Οικονομία της Υγείας	3	3
NUR265**	Υγιεινή της Εργασίας	3	3
NUR366**	Διαπολιτισμική Νοσηλευτική	3	3
NUR472**	Ορθοπεδική Νοσηλευτική	3	3

* Μαθήματα Γενικής Εκπαίδευσης

** Μαθήματα Επιλογής Εξειδίκευσης

Το πρόγραμμα είναι συνολικής διάρκειας 4601 ωρών και περιλαμβάνει θεωρητική και κλινική κατάρτιση όπως προνοεί ο Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος και η Ευρωπαϊκή Οδηγία 2005/36/EK.

- 1 Η κλινική άσκηση πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια του εκάστοτε ακαδημαϊκού εξαμήνου και περιλαμβάνει διδασκαλία και πρακτική εξάσκηση στα νοσηλευτικά εργαστήρια του πανεπιστημίου και στον κλινικό χώρο.
- 2 Η κλινική πρακτική πραγματοποιείται στον κλινικό χώρο κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού για 9 βδομάδες, 5 ημέρες τη βδομάδα.⁸¹

Γενικότερο κριτήριο εισδοχής στο Πανεπιστήμιο είναι το απολυτήριο εξατάξιας σχολής μέσης εκπαίδευσης, με γενικό βαθμό 75% (ή 15/20) ή άλλο ισοδύναμο προσόν. Επιπρόσθετα προσόντα μπορούν να βοηθήσουν το φοιτητή να κερδίσει επιπλέον πιστωτικές μονάδες/credits (π.χ. ένα G.C.E. A' level αντιστοιχεί με 6 μονάδες/credits). Για συγκεκριμένους κλάδους με αυξημένες απαιτήσεις, ο γενικός βαθμός που απαιτείται μπορεί να είναι ψηλότερος (π.χ. Νομική 17/20). Σε κάποιους άλλους κλάδους, με πρακτική κατεύθυνση (π.χ. Αρχιτεκτονική, Μουσική), τα κριτήρια εισδοχής λαμβάνουν υπόψη συμπληρωματικά στοιχεία (π.χ. συνέντευξη/ακρόαση/αξιολόγηση πορτοφολιού).⁸²

1 Μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα στην Κύπρο

Η απόκτηση τίτλου Bachelor ή πτυχίου επιτρέπει στον τελειόφοιτο να συνεχίσει τις σπουδές σε κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα που θα οδηγήσει στην απόκτηση τίτλου Master. Ο δεύτερος κύκλος σπουδών προσφέρεται τόσο από δημόσια, όσο και από ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Εδώ θα μας απασχολήσουν τα ιδιωτικά πανεπιστήμια, αν και οι γενικές προδιαγραφές είναι παρόμοιες σε όλα τα πανεπιστήμια.

Η διάρκεια των μεταπτυχιακών στην Κύπρο κυμαίνεται από ένα (1) έως δύο (2) χρόνια για τα προγράμματα πλήρους παρακολούθησης. Τα αντίστοιχα μερικής παρακολούθησης δεν μπορούν να ξεπερνούν τα τρία (3) χρόνια. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποδοχή του υποψηφίου αποτελεί η πρότερη απόκτηση bachelor ή πτυχίου. Τα δίδακτρα ποικίλουν, ανάλογα με την ειδικότητα που θέλει να ακολουθήσει ο φοιτητής. Γενικά κυμαίνονται από 5.000-10.000 Ευρώ ανά έτος, για τους φοιτητές εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για την υποβοήθηση των φοιτητών προβλέπονται υποτροφίες. Για την ολοκλήρωση των προγραμμάτων ακολουθείται το σύστημα συλλογής μονάδων (ECTS). Μετά το πέρας των μεταπτυχιακών του σπουδών, ο φοιτητής αναμένεται να έχει 90-120 μονάδες.

Η ζωή στην Κύπρο παρουσιάζεται σαφώς ακριβότερη από τις χώρες των Βαλκανίων και της Ανατολικής Ευρώπης (Βουλγαρία, Ρουμανία, κ.ά.). Παρόλα αυτά

δεν θα χαρακτηριζόταν και υπέρμετρα ακριβή. Υπολογίζεται ότι ο φοιτητής χρειάζεται περίπου 800-1.000 ευρώ ανά μήνα.

Στα ιδιωτικά πανεπιστήμια της Κύπρου προσφέρονται μεταπτυχιακά προγράμματα για πολλές ειδικότητες. Ενδεικτικά: Public Relations and Advertising, Business Administration, Education for the Environment and Sustainable Development, Electrical Engineering, Engineering Management, Banking, Investment and Finance, Construction Management, Educational Psychology, Real Estate, Clinical Psychology, Media and Communication, Public Administration και πολλαπλά.⁸³

Η απόκτηση τίτλου Master από κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα επιτρέπει στον τελειόφοιτο να συνεχίσει τις σπουδές στον τρίτο κύκλο σπουδών (εκπόνηση διδακτορικής διατριβής). Ο τρίτος κύκλος σπουδών προσφέρεται τόσο από δημόσια, όσο και από ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Η διάρκεια των μεταπτυχιακών στην Κύπρο κυμαίνεται από τρία (1) έως οχτώ (2) χρόνια, στην περίπτωση που ο φοιτητής επιλέξει να συγχωνεύσει τον δεύτερο και τον τρίτο κύκλο. Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποδοχή του υποψηφίου αποτελεί η πρότερη απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου (master). Τα δίδακτρα ποικίλουν, ανάλογα με την ειδικότητα που θέλει να ακολουθήσει ο φοιτητής. Γενικά κυμαίνονται από 5.000-10.000 ευρώ ανά έτος, για τους φοιτητές εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Για την υποβοήθηση των φοιτητών προβλέπονται υποτροφίες. Μοναδική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του διδακτορικού προγράμματος αποτελεί η κατάθεση της διδακτορικής διατριβής και η υποστήριξή της ενώπιον επιτροπής. Παρόλα αυτά, σε συγκεκριμένα περιπτώσεις επιτρέπεται στον υποψήφιο διδάκτορα να απασχολείται μερικώς ή πλήρως σε ερευνητικά προγράμματα. Σε μερικά πανεπιστήμια υπάρχουν και μεταδιδακτορικά προ-γράμματα, για όσους έχουν ολοκληρώσει τον τρίτο κύκλο σπουδών.⁸⁴

- Επίπεδα Νοσηλευτικής Στελέχωσης και Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας

Το ευρύ φάσμα αναγκών στην παροχή φροντίδας υγείας και η παγκόσμια οικονομική κρίση περιορίζουν την δυνατότητα των υπηρεσιών να ενισχύσουν τις δομές και το ανθρώπινο δυναμικό. Στην Κύπρο, όπως εξάλλου και στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και παγκοσμίως, διαπιστώνεται έλλειψη νοσηλευτών στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με επίσημα στατιστικά στοιχεία, οι νοσηλευτές της

Κύπρου στον Δημόσιο τομέα είναι 2443 στην γενική νοσηλευτική , 394 στη ψυχική υγεία και 99 Επισκέπτριες Υγείας. Η προσέλευση στην νοσηλευτική εκπαίδευση δεν φαίνεται να παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα. Σημειώνεται ότι, παρά τις ασφαλιστικές δικλείδες στη σχετική νομοθεσία, ο αριθμός νοσηλευτών από τρίτες χώρες που εργοδοτούνται στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια είναι μεγάλος και η κατάσταση που επικρατεί εγείρει ερωτηματικά ως προς τις συνθήκες πρόσληψης, τους όρους εργοδότησης και λοιπά. Από τον Απρίλιο του 2005, ο ΠΑΣΥΝΜ (Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών) κυκλοφόρησε τον Οδηγό Καλής Πρακτικής για την Διεθνή Στρατολόγηση Νοσηλευτών, της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νοσηλευτών (EFN), προς τους νοσηλευτές , τους εργοδότες, τα συνδικάτα, τα Υπουργεία Υγείας και Εργασίας και όλους τους αρμόδιους φορείς. Σκοπός του οδηγού είναι η απρόσκοπτη εφαρμογή βασικών αρχών στις διαδικασίες πρόσληψης και εργοδότησης στον πολύ ευαίσθητο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Για την Κύπρο υπήρξε σοβαρή προσπάθεια και συστηματική μελέτη σε σχέση με τις πρόβλεψης αναγκών σε νοσηλευτές από τη Διεύθυνση Έρευνας και Προγραμματισμού της Αρχής Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας ετοιμάστηκε τεκμηριωμένη έκθεση με τις προβλέψεις Αναγκών Απασχόλησης για την δεκαετία 2005-2015. Όμως, τα εννοιολογικά πλαίσια πολιτικής του ανθρώπινου δυναμικού υγείας είναι ουσιαστικά για την λήψη αποφάσεων σχετικά με την νοσηλευτική στελέχωση. Η κυβερνητική πολιτική θα πρέπει να εστιάσει τις στρατηγικές της στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες, όχι μόνο σε αριθμό αλλά και σε επάρκεια των επαγγελματιών υγείας. Η μη ικανοποιητική στελέχωση των νοσηλευτηρίων, λόγω της έλλειψης, αλλά κυρίως λόγω της απροθυμίας των εργοδοτών να εγκύψουν με σοβαρότητα στο θέμα για εξεύρεση σωστών λύσεων συνδέεται άμεσα με το ζήτημα τόσο της ασφάλειας των ασθενών όσο και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Ο ΠΑΣΥΝΜ, με γνώμονα πάντοτε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και την ασφάλεια των ασθενών, επέμενε και επιμένει την σωστή στελέχωση των νοσηλευτηρίων με επαγγελματίες υγείας, που κατέχουν επαγγελματικά προσόντα με βάση τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες (2005/36 Αμοιβαία αναγνώριση επαγγελματικών προσόντων), με τις οποίες η Κυπριακή νομοθεσία έχει εναρμονιστεί.⁸⁵

• Μισθοδοσία

Οι συμβάσεις εργασίας δεν είναι κάτι το υποχρεωτικό στην Κύπρο παρόλα αυτά θα πρέπει να επιδιώκονται καθώς διασφαλίζουν πολλές παραμέτρους στην εργασιακή ζωή του εργαζομένου. Σε κάθε περίπτωση όμως στην ανάληψη μιας θέσεως εργασίας ο εργοδότης θα πρέπει να ενημερώσει εγγράφως τον νεοπροσλυφθέντα κυρίως για τα παρακάτω:

1. Για την ταυτότητα των μερών (ποιος είναι ο εργοδότης και ποιος ο εργοδοτούμενος)
2. Για τον τόπο που παρέχεται η εργασία
3. Η ακριβής θέση του εργαζομένου
4. Οι αποδοχές
5. Διάρκεια εργασίας

Όπως επίσης και για όλα τα υπόλοιπα τα οποία προβλέπει ο νόμος Ν. 100(I)/2000 της Κυπριακής Δημοκρατίας. Παρόλο που όπως αναφέραμε παραπάνω οι συμβάσεις εργασίας ενδέχεται να παραλειφθούν, για κανένα λόγο όμως δεν επιτρέπεται οι συμφωνημένοι όροι εργασίας μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου να είναι δυσμενέστεροι από ότι ο νόμος προβλέπει.

Οι ώρες εργασίας στην Κύπρο καθορίζονται από το θεσπισμένο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο προβλέπει ότι , κανένας εργαζόμενος δεν μπορεί να δουλεύει παραπάνω από 48 ώρες την εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών, όπως επίσης πρέπει να υπάρχουν υποχρεωτικά 11 συνεχόμενες ώρες ημερήσιας ανάπαυσης και 35 ώρες συνεχόμενες για μία φορά την εβδομάδα ενώ το χρόνο δικαιούται ο εργαζόμενος 4 εβδομάδες άδεια. Τα παραπάνω είναι απλά ένα πλαίσιο που ορίζει ο νόμος ο κάθε εργαζόμενος μπορεί να έχει ευνοϊκότερη μεταχείριση όχι όμως δυσμενέστερη.

Όσον αφορά τους μισθούς η Κύπρος δεν έχει εθνικό κατώτατο μισθό παρά μόνο σε μερικά επαγγέλματα όπως Πωλητές, Φρουροί, Νοσηλευτικοί κ.α. Ο κατώτατος μισθός πρόσληψης σε αυτά τα επαγγέλματα μετά από την προσαρμογή του 2011 ανέρχεται στα 855 ευρώ ενώ μετά από εξάμηνη παραμονή στον ίδιο εργοδότη γίνεται αύξηση στα 909 ευρώ. Να αναφέρουμε επίσης ότι αν και δεν προβλέπεται νομοθετικά όλες οι συλλογικές συμβάσεις εργασίας στην Κύπρο περιλαμβάνουν την Α.Τ.Α (Αυτόματη Τιμαριθμική Αναπροσαρμογή) στο μισθό,

δηλαδή την αύξηση του μισθού 2 φορές το χρόνο ανάλογα με την πορεία των τιμών έτσι ώστε να μην χάνουν οι εργαζόμενοι την καταναλωτική τους δύναμη.⁸⁶

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το διάταγμα, του άρθρου 3(1), περι κατώτατου ορίου μισθού νόμου(κεφ.183) για τους νοσηλευτικούς βοηθούς(όπου νοσηλευτικός βοηθός σημαίνει κάθε πρόσωπο που απασχολείται σε ιατρείο, οδοντιατρείο, κλινική ή άλλο ίδρυμα που παρέχει ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα και βοηθά τον ιατρό, οδοντίατρο ή προσοντούχο νοσοκόμο στην εκτέλεση των καθηκόντων του, αλλά δεν περιλαμβάνει οποιοδήποτε πρόσωπο ασκεί τέτοια καθήκοντα και το οποίο είναι ο/η σύζυγος ή ο γονέας ή το τέκνο του εργοδότη) ο μηνιαίος κατώτατος μισθός ανέρχεται στα οκτακόσια εβδομήντα ευρώ(€70).

Ο κατώτατος μηνιαίος μισθός που καταβάλλεται σε νοσηλευτικό βοηθό ο οποίος εργοδοτείται οπουδήποτε στην Δημοκρατία και που έχει συμπληρώσει πριν από την 1η Απριλίου 2012 συνεχή απασχόληση έξι μηνών στον ίδιο εργοδότη είναι από την 1η Απριλίου 2012 εννιακόσια είκοσι τέσσερα ευρώ(€24).Επίσης όποιος νοσηλευτικός βοηθός θα συμπληρώσει συνεχή απασχόληση έξι μηνών στον ίδιο εργοδότη κατά ή σε οποιοδήποτε χρόνο μετά την 1η Απριλίου 2012, θα είναι, από της ημερομηνίας συμπληρώσεως των έξι μηνών , εννιακόσια είκοσι τέσσερα ευρώ(€24).

87

6.1.4 Φινλανδία

Πρόγραμμα σπουδών στη Φινλανδία

Ο τίτλος των σπουδαστών αποφοιτώντας το πτυχιακό πρόγραμμα στη νοσηλευτική είναι το πτυχίο της νοσηλευτικής φροντίδας. Το πτυχίο είναι συγκρίσιμο με τα ισοδύναμα πτυχία των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα πτυχία της νοσηλευτικής φροντίδας εγκρίνονται από την εθνική αρχή για τις medicolegal υποθέσεις. Η έκταση του πτυχιακού προγράμματος στην περιποίηση είναι 210 πιστώσεις (credits) και η εκπαίδευση διαρκεί για 3,5 έτη.^{88,89}

Εκλεξιμότητα

Οι ειδικότητες πάνω στην νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνουν τη γνώση και τις πρακτικές δεξιότητες όπως τις δεξιότητες παρατήρησης που περιλαμβάνουν τη δυνατότητα να αναλυθούν και να ερμηνευθούν οι αποκτηθείσες πληροφορίες για την υγιή λήψη απόφασης αγκαλιάζοντας τη βασική περιποίηση καθώς επίσης και τις διαφορετικές εξειδικευμένες περιοχές. Οι άγαμοι της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει για να έχουν τη διαχείριση πληροφοριών, τις επαγγελματικές δεξιότητες επικοινωνίας και γλώσσας καθώς επίσης και την ετοιμότητα στη δια βίου μάθηση. Η επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών είναι βασισμένη σε μια βάση πληροφοριών που αγκαλιάζει και την επιστήμη περιποίησης και άλλες πειθαρχίες.⁸⁸

Επαγγελματική θέση

Οι νοσηλευτές της υγειονομικής περίθαλψης βοηθούν, καθοδηγούν, υποστηρίζουν και αποκαθιστούν τους ανθρώπους στις διαφορετικές ομάδες ηλικίας. Βοηθούν τους ανθρώπους για να αντιμετωπίσουν και για να προσαρμοστούν στις ασθένειες, τις ανικανότητες καθώς επίσης και το θάνατο. Σαν εμπειρογνώμονες στον τομέα περιποίησης εφαρμόζουν και αναπτύσσουν την περιποίηση ή τη φροντίδα που προωθεί και διατηρεί την υγεία, αποτρέπουν τις ασθένειες θεραπεύοντας τις βάσει διαδικασίας. Ενεργούν ως εμπειρογνώμονες στις ομάδες εργασίας multiprofessional χρησιμοποιώντας τις διευθυντικές δεξιότητες τους. Η εκπαίδευση επιτρέπει στο νοσηλευτή να ενεργήσει ελαστικά στα μεταβαλλόμενα περιβάλλοντα εργασίας της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των ειδικευμένων τομέων της νοσηλευτικής καθώς επίσης και στις ιδιωτικές οργανώσεις και στον ιδιωτικό τομέα.⁸⁸

Δομή του πτυχιακού προγράμματος και βασικό περιεχόμενο

Το πτυχιακό πρόγραμμα εκτελείται σύμφωνα με τη νομοθεσία σχετικά με τα πολυτεχνεία και αποτελείται από τις μελέτες πυρήνων, τις επαγγελματικές μελέτες, τη πτυχιακή εργασία και τις εκλεκτορικές μελέτες. Η απασχολημένη εκμάθηση, η κλινική κατάρτιση (75 credits) είναι ένα ουσιαστικό μέρος των επαγγελματικών μελετών και της αύξησης που υποστηρίζονται από τις θεωρητικές μελέτες. Η απασχολημένη εκμάθηση πραγματοποιείται στους διαφορετικούς τύπους τοποθετήσεων υγειονομικής περίθαλψης που έχουν μια κλινική συμφωνία κατάρτισης με το πολυτεχνείο. Τα νοσοκομεία και άλλες κλινικές θέσεις κατάρτισης απαιτούνται για να παρέχουν την επίβλεψη επιπέδων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της κλινικής κατάρτισης. Το βασικό περιεχόμενο του πτυχιακού προγράμματος είναι μελέτες και σπουδές στη βασική νοσηλευτική, τη δημόσια υγεία, την υγεία των γυναικών, την ψυχική υγεία, την παιδιατρική νοσηλευτική, την περιεγχειρητική νοσηλευτική, την γεροντολογική νοσηλευτική και την ιατρικο-χειρουργική νοσηλευτική.^{88,89}

Μέθοδοι διδασκαλίας

Οι μελέτες εφαρμόζονται σύμφωνα με την εξεταστική και κρίσιμη προσέγγιση εργασίας. Οι σπουδαστές μαθαίνουν να παράγουν τις πρακτικές πληροφορίες και για την επαγγελματική χρήση και να ενισχύουν την ευημερία των ασθενών και σημαντικοί άλλοι τους. Ο στόχος της κλινικής κατάρτισης είναι να εξοικειωθούν οι σπουδαστές με τους διαφορετικούς τομείς της νοσηλευτικής και της υγειονομικής περίθαλψης στα βασικά πρακτικά καθήκοντα από την άποψη των επαγγελματικών μελετών. Μέρος των σπουδών μπορεί επίσης να ολοκληρωθεί στη διεθνή ανταλλαγή σπουδαστών.^{88,89}

Δομή του πτυχιακού προγράμματος στην νοσηλευτική

Ο κοινός πυρήνας αποτελείται από 10 credits

Επαγγελματικές σπουδές αποτελούνται από 178 credits

Συμπεριλαμβανομένου της κλινικής άσκησης 75 credits

Διατριβή/ πτυχιακή εργασία 15 credits

Εκλεκτορικές μελέτες 7 credits

Στο σύνολο 210 credits^{88,89}

Εκβάσεις εκμάθησης και στόχοι του προγράμματος του ακαδημαϊκού έτους

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

Μετά από το δεύτερο ακαδημαϊκό έτος , οι σπουδαστές αναπτύσσουν τις νοσηλευτικές δεξιότητές τους στους διαφορετικούς τομείς της νοσηλευτικής όπως την ιατρική, τη χειρουργική νοσηλευτική καθώς επίσης στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη και τη φροντίδα που παρέχεται στους ηλικιωμένους. Είναι σε θέση να αξιολογούν τις ανάγκες των ασθενών στις διαφορετικές ομάδες ηλικίας και να είναι

σε θέση να προγραμματίσουν , να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την φροντίδα μαζί με τους ασθενείς και σημαντικούς άλλους. Ακόμη, οι σπουδαστές είναι σε θέση να ενεργήσουν ως νοσηλευτές που είναι ακόμα στην αρχή και να υποστηρίξουν τους ασθενείς στη διαδικασία. Ελέγχουν τη διαδικασία εκμάθησής τους και έχουν τη δυνατότητα να αναπτυχθούν στο επάγγελμα και την επαγγελματική τους εξέλιξη.

Μετά από το τρίτο ακαδημαϊκό έτος, οι σπουδαστές εμβαθύνουν επιπλέον τη γνώση τους στους διαφορετικούς τομείς νοσηλευτικής όπως την ψυχική υγεία και την περιεγχειρητική νοσηλευτική. Ειδικά κατά τη διάρκεια αυτού του χρόνου εμβαθύνουν τις διοικητικές δεξιότητες, τις γνώσεις τους και τις δεξιότητες στην ιατρικό-χειρουργική νοσηλευτική. Μαθαίνουν να χρησιμοποιούν την έρευνα και τη θεωρητική γνώση για να υποστηρίξουν τις φιλοδοξίες τους κατά την ανάπτυξη και την αξιολόγηση της δικής τους εργασίας. Οι σπουδαστές εστιάζουν στους τομείς στόχων της νοσηλευτικής κατά επιλογή του θέματος για την πτυχιακή τους εργασία.

Μετά από το τέταρτο ακαδημαϊκό έτος, οι σπουδαστές έχουν γίνει ικανότεροι σαν προμηθευτές και υπεύθυνους για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής. Έχουν ενισχύσει την επαγγελματική ταυτότητά τους και στη νοσηλευτική εμπειρία υγειονομικής περίθαλψης των ιατρικό-χειρουργικών ασθενών. Οι σπουδαστές έχουν υιοθετήσει μια έρευνα-προσανατολισμένη στη προσέγγιση κατά τη παραγωγή της πτυχιακής εργασίας τους και μπορεί να θεωρηθεί ως προοδευτική προσέγγιση στη μελλοντική επαγγελματική εργασία τους.^{88,89}

Η εκπαίδευση των πολυτεχνείων στην Φινλανδία

Το φινλανδικό σύστημα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αποτελείται από δύο συμπληρωματικούς τομείς : πολυτεχνεία και πανεπιστήμια. Η αποστολή των πανεπιστημίων είναι να πραγματοποιηθεί η επιστημονική έρευνα και να παρασχεθεί η οδηγία και η μεταπτυχιακή εκπαίδευση βασισμένες σε αυτό. Τα πολυτεχνεία εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες σε απάντηση στις ανάγκες αγοράς εργασίας και διευθύνουν την E&A που υποστηρίζει αυτή την οδηγία και προωθεί την περιφερειακή ανάπτυξη ειδικότερα. Το σύστημα των πολυτεχνείων είναι ακόμη αρκετά νέο. Τα πρώτα πολυτεχνεία άρχισαν να λειτουργούν σε δοκιμαστική βάση το 1991-1992 και τα πρώτα έγιναν μόνιμα το 1996. Μέχρι το 2000 όλα τα πολυτεχνεία λειτουργούσαν σε μόνιμη βάση. Τα πολυτεχνεία είναι multi-field περιφερειακά ιδρύματα που εστιάζουν στις επαφές με την οικονομικά ενεργή ζωή και στην περιφερειακή

ανάπτυξη. Ο συνολικός αριθμός νέων και ώριμων πολυτεχνικών σπουδαστών είναι 130.000. Βραβείο πολυτεχνείων άνω των 20.000 πολυτεχνικών βαθμών και 200 πολυτεχνικών μεταπτυχιακών ετησίως. Το σύστημα των υψηλότερων βαθμών τέθηκε σε ισχύ μετά από μια δοκιμαστική περίοδο το 2005 και ο αριθμός προγραμμάτων του πολυτεχνικού μεταπτυχιακού αναμένεται για να αυξηθεί στα ερχόμενα έτη. Στο Υπουργείο Παιδείας , τα πολυτεχνεία αντιμετωπίζονται από το τμήμα για την τριτοβάθμια εκπαίδευση και την επιστήμη.⁸⁸

Η εκπαίδευση στα πολυτεχνεία

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

Η εκπαίδευση ενηλίκων παρέχεται σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης. Οι ενήλικοι μπορούν να μελετήσουν για ένα πτυχίο γενικής εκπαίδευσης ή για έναν επαγγελματικό τίτλο σπουδών ή τις ενότητες που περιλαμβάνονται σε αυτόν τον επαγγελματικό τίτλο, να πάρουν άλλες σειρές μαθημάτων που αναπτύσσουν τις δεξιότητες υπηκοότητας και εργασίας ή να ακολουθήσουν τις ψυχαγωγικές μελέτες.

Η ευημερία της φινλανδικής κοινωνίας στηρίζεται στην εκπαίδευση, τον πολιτισμό και τη γνώση. Όλα τα παιδιά είναι εγγυημένα για τη μελέτη και αυτοαναπτυξή τους σύμφωνα με τις δυνατότητές τους ανεξάρτητα από την κατοικία τους , τη γλώσσα ή την οικονομική θέση. Όλοι οι μαθητές έχουν δικαίωμα στην ικανή και υψηλής ποιότητας εκπαίδευση και την καθοδήγηση και σε ένα ασφαλές μαθησιακό περιβάλλον και μία ευημερία. Το εύκαμπτο εκπαιδευτικό σύστημα και η βασική εκπαιδευτική ασφάλεια κάνουν για την δικαιοσύνη και τη συνέπεια στα αποτελέσματα.⁸⁹

Τα πολυτεχνεία (AMK) ξεκίνησαν την λειτουργία τους το 1991. Η αρχική πρόθεση ήταν να ελέγξουν πρακτικά την εκπαίδευση και να βελτιώσουν τις

επαγγελματικές σπουδές στην Φινλανδία. Το πείραμα ήταν επιτυχές και με κοινοβουλευτική νομοθεσία τον Μάρτιο του 1995 ίδρυσε ένα μόνιμο σύστημα με τα 9 πολυτεχνικά ιδρύματα να έχουν αυτή την ιδιότητα. Το 2001 η καινοτομία αυτή ολοκληρώθηκε.

Για την εισαγωγή τους στα πολυτεχνεία οι φοιτητές κάνουν αίτηση μετά από γενικές ή ανώτερες επαγγελματικές σπουδές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα κύρια έγγραφα που απαιτούνται είναι: φινλανδικό πιστοποιητικό εγγραφής, απολυτήριο ανώτερης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ένα βασικό επαγγελματικό πιστοποιητικό ή ένα ισοδύναμο διεθνές ή ξένο πιστοποιητικό.

Το πρόγραμμα για τους νοσηλευτές και νοσηλευτές δημόσιας υγείας στα πολυτεχνεία διαρκεί 3,5 χρόνια. Στην πολυτεχνική εκπαίδευση νοσηλευτική οι φοιτητές έχουν 50 μονάδες κατευθυνόμενης πρακτικής εκπαίδευσης στον τομέα: των νοσοκομείων και σε κέντρα υγειονομικής περίθαλψης. Η κατευθυνόμενη πρακτική εκπαίδευση αποτελεί το 50% από την τριών χρόνων εκπαίδευση σύμφωνα με τις νοσηλευτικές οδηγίες. Για να αποφοιτήσει κάποιος πρέπει να παρακολουθήσει επιπλέον ένα εξάμηνο αφού επιλέξει έναν τομέα συγκεκριμένων σπουδών. Αυτό σημαίνει ότι κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου της σπουδαστικής του περιόδου μπορεί να εμβαθύνει τις σπουδές του αναλαμβάνοντας έναν συγκεκριμένο τομέα νοσηλευτικής. Κάποια από τα πολυτεχνεία έχουν διαφορετικούς τομείς όπου οι σπουδαστές μπορούν να επιλέξουν.

Στο πολυτεχνείο του Rovaniemi για παράδειγμα οι τομείς είναι: φροντίδα ψυχικής υγείας, επείγουσα νοσηλευτική, νεανική και εφηβική φροντίδα, γεροντολογική νοσηλευτική και φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής του ανθρώπου. Με αυτό το σύστημα ο συνολικός χρόνος σπουδών των νοσηλευτών είναι τόσος όσος της εξειδικευμένης νοσηλευτικής εκπαίδευσης προηγουμένως. Η ειδικευμένη εκπαίδευση μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την παιδιατρική και την πολύ-πολιτισμική νοσηλευτική.⁹⁰

Αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών νοσηλευτικής:

Μαθήματα πρώτου έτους :

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
Βασική κλινική νοσηλευτική	4
Κλινική Νοσηλευτική – Κλινική άσκηση 1	5
Κλινική Νοσηλευτική- Κλινική άσκηση 2	5
Βασική Ιατρική φροντίδα	3
Ιατρική φροντίδα	3
Ανατομία, Φυσιολογία κ’ Παθοφυσιολογία	3
Ανατομία κ’ Φυσιολογία	3
Λήψη αποφάσεων και ανταπόκρισης στη νοσηλευτική	3
Ιατρική νοσηλευτική φροντίδα	3
Ιατρική νοσηλευτική φροντίδα – Κλινική άσκηση	10
Κλινική μικροβιολογία και κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις	3
Βασική έρευνα και ανάπτυξη	4

Εισαγωγή στα μαθήματα	3
Πληροφοριακή τεχνολογία και οδηγίες συγγραφής εργασιών	3
Σουηδικά στη δουλειά	3
Φινλανδικά για τους μη ομιλούντες	3
Φαρμακολογία 1	1
Εσωτερικά φάρμακα	1

Μαθήματα δεύτερου έτους:

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
Ιατρική φροντίδα κ' διαχείριση του πόνου	3
Χειρουργική νοσηλευτική	4
Χειρουργική νοσηλευτική – κλινική άσκηση	10
Νοσηλευτική θεραπεία ασθενών με ψυχικά και εξαρτησιογόνα προβλήματα	4
Νοσηλευτική θεραπεία ασθενών με ψυχικά και εξαρτησιογόνα προβλήματα- Κλινική άσκηση	10
Ψυχολογία	3
Γεροντολογική νοσηλευτική και ηθική	4

Η νοσηλευτική εκπαίδευση του ασθενούς	3
Μέθοδοι έρευνας και ανάπτυξης	4
Perioperative nursing	
Επαγγελματικά Αγγλικά	3
Αναισθησιολογία	1
Γεροντολογία και γηριατρική	1
Χειρουργική	1
Ψυχιατρική	1

Μαθήματα τρίτου έτους:

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
Γεροντολογική νοσηλευτική- Κλινική άσκηση	7
Νοσηλευτική των παιδιών και των νέων ατόμων	3
Νοσηλευτική των παιδιών και των νέων ατόμων- κλινική άσκηση	10
Υγεία και προώθηση της ευεξίας	3
Υγεία των ανδρών, γυναικών κ' οικογενειών	3
Διατροφή	3
Ηγεσία , Κοινωνία κ επιχειρηματικότητα	5
Καινοτόμα προγράμματα	10
Αναγνώριση μελλοντικών αναγκών που θα δημιουργηθούν στους ασθενείς	3

Σχεδιασμός πλάνου για τις μελλοντικές ανάγκες	4
Εφαρμογή του πλάνου στις μελλοντικές ανάγκες.	5
Ακαδημαϊκά Αγγλικά	3
Φαρμακολογία 2	1
Παιδιατρική	1

Μαθήματα τελευταίου εξαμήνου σπουδών:

ΜΑΘΗΜΑΤΑ	ΜΟΝΑΔΕΣ
Κλινική νοσηλευτική ειδίκευση	5
Προχωρημένη κλινική άσκηση 1	8
Προχωρημένη κλινική άσκηση 2	10
Παρουσίαση και εφαρμογή του τελικού project και τεστ ωριμότητας.	3
Ακαδημαϊκά αγγλικά	3

Στο νοσηλευτικό πρόγραμμα των πολυτεχνείων (ΑΜΚ) υπάρχουν τρεις επιλογές:

- Ο νοσηλευτής
- Ο νοσηλευτής δημόσιας υγείας
- Μαίες

Και οι τρεις τομείς περιλαμβάνουν μαθήματα της βασικής εκπαίδευσης της νοσηλευτικής. Η εκπαίδευση του νοσηλευτή και του νοσηλευτή δημόσιας υγείας περιλαμβάνει την τριών χρόνων εκπαίδευση νοσηλευτικής υπεύθυνη για τη γενική φροντίδα. Οι νοσηλευτές με κρατικό πτυχίο ως νοσηλευτές και πρακτικοί νοσηλευτές δημόσιας υγείας. Η μαιευτική κρατά και τα δύο και το νοσηλευτικό τίτλο

/πιστοποιητικό και τον μαιευτικό τίτλο / πιστοποιητικό πρέπει να πάρουν το νοσηλευτικό πτυχίο πρώτα.

Οι πιστοποιημένοι νοσηλευτές τείνουν να δουλεύουν περισσότερο σε νοσοκομεία, παρότι οι πιστοποιημένοι νοσηλευτές δημόσιας υγείας τείνουν να δουλεύουν σε κοινοτικά κέντρα υγείας και σχολεία. Μολονότι η εκπαίδευσή τους είναι πολύ κοινή, θεωρούνται ότι είναι διαφορετικά επαγγέλματα.

Ο πρακτικός (ασκούμενος) νοσηλευτής είναι χαμηλότερου επιπέδου νοσηλευτής και είναι ικανός να δουλεύει αυτόνομα σε προκαθορισμένα βασικά καθήκοντα αλλά συχνά δουλεύει με γενικής φροντίδας νοσηλευτές στα νοσοκομεία. Επίσης συχνά δουλεύουν κατευθείαν στην κοινότητα. Η εκπαίδευση του πρακτικού νοσηλευτή ξεκίνησε το 1987 και έχει επανεξετασθεί δύο φορές από τότε.⁹¹

Η νοσηλευτική στην Φινλανδία με αριθμούς

Πληθυσμός : 5.246 εκατομμύρια (2005)

Χρήματα κατά κεφαλή για την υγεία : (δολάρια) 2.235 (2004)

Ποσοστό του ΑΕΠ για την υγεία : 7.5 %

Αριθμός νοσηλευτών : 39.869

Αριθμός νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους : 7,6 (2004)⁹²

Μισθοδοσία

Όσον αφορά τις μισθολογικές απολαβές των νοσηλευτών στην Φινλανδία με κάθε επιφύλαξη λόγω κρίσης κυμαίνονται για τις φυσιολογικό ωράριο εργασίας στα 2.487 ευρώ για την γυναικά και στα 2.583 ευρώ για τον άνδρα τον μήνα. Με λίγα λόγια ένας επαγγελματίας νοσηλευτής κερδίζει περίπου 29.844 ευρώ τον χρόνο.⁹³



ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

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

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο απαντήθηκε είτε δια ζώσης είτε διαδικτυακά κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 587 νοσηλευτές (324 Έλληνες και 263 Ευρωπαίους) ηλικίας 19-61 ετών μέσου όρου ηλικίας $34,81 \pm 8,44$ ετών. Το δείγμα των 263 Ευρωπαίων αποτέλεσαν συνάδελφοι νοσηλευτές από την Κύπρο, το Βέλγιο, την Αγγλία και την Φινλανδία. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 7 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τύπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν Πανευρωπαϊκά τόσο δια ζώσης όσο και διαδικτυακά από τον Νοέμβριο του 2012 έως και Νοέμβριο του 2013 .

Δ. Συλλογή δεδομένων

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

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 20 λεπτά της ώρας.

Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η νοσηλευτική ιδιότητα του ερωτώμενου

Και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής

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

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

Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

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

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

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

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

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

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

2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

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

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) και το t-test (student's t-test).

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

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

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

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 587 νοσηλευτές (324 Έλληνες και 263 Ευρωπαίοι) ηλικίας 19-61 ετών μέσου όρου ηλικίας $34,81 \pm 8,44$ ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

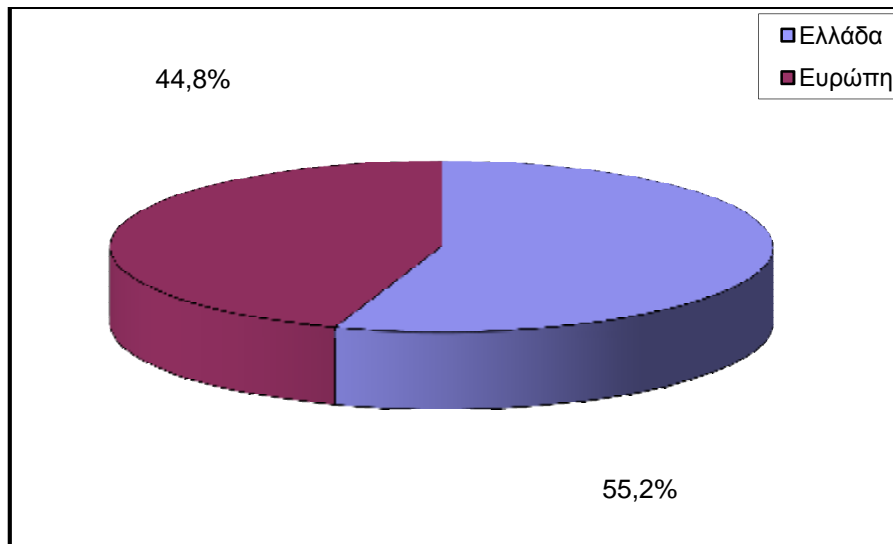
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Το 55,2% των ερωτηθέντων (324 άτομα) ήταν Έλληνες και οι υπόλοιποι (263 άτομα – ποσοστό 44,8%) υπόλοιποι Ευρωπαίοι (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη χώρα προέλευσης.

Χώρα προέλευσης	N=587	Percent (%)
Ελλάδα	324	55,2
Ευρώπη	263	44,8

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη χώρα προέλευσης.

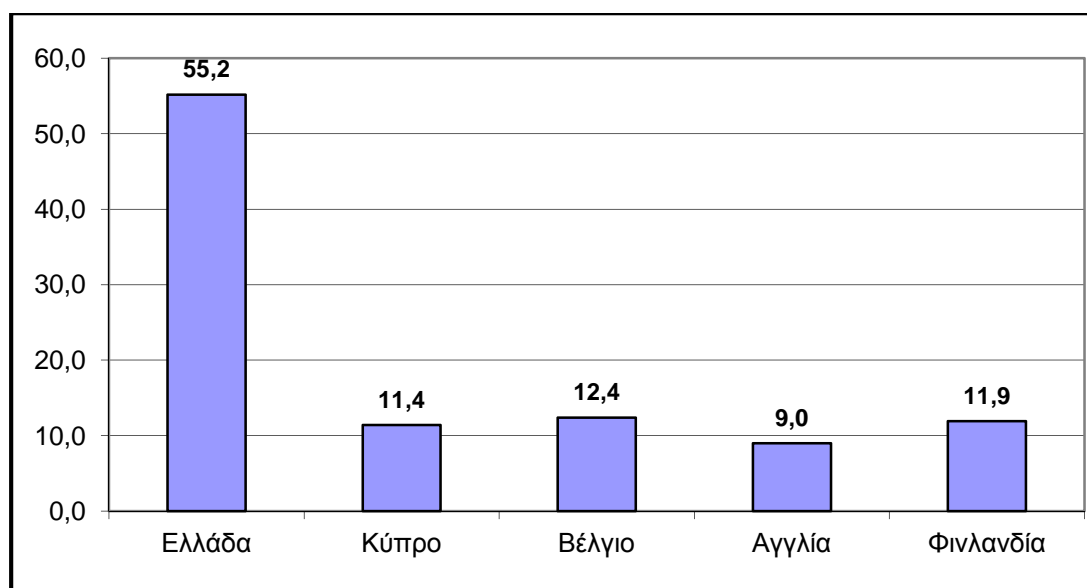


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (53 άτομα – ποσοστό 38,1%) ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΤΕΙ, άλλα 28 άτομα (ποσοστό 20,1%) κατείχαν πτυχίο ΑΕΙ, 31 άτομα (ποσοστό 22,3%) ήταν απόφοιτοι μέσης σχολής και 26 άτομα (ποσοστό 18,7%) δήλωσαν απόφοιτοι ανώτερης σχολής. Αντίθετα μόνο 1 άτομο (ποσοστό 0,7%) κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και κανένας διδακτορικό δίπλωμα (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη χώρα προέλευσης (αναλυτικά).

Χώρα προέλευσης (αναλυτικά)	N=587	Percent (%)
Ελλάδα	324	55,2
Κύπρο	67	11,4
Βέλγιο	73	12,4
Αγγλία	53	9,0
Φινλανδία	70	11,9

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη χώρα προέλευσης (αναλυτικά).



Η ηλικία των ερωτηθέντων Ελλήνων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 19 και 53 έτη με μέσο όρο τα 34,22 έτη και τυπική απόκλιση τα 7,72 έτη ενώ των Ευρωπαίων κυμάνθηκε μεταξύ 22 και 61 έτη με μέσο όρο τα 35,54 έτη και τυπική απόκλιση τα 9,21 έτη (Πίνακας 3). Η διαφορά του παρατηρείται στους μέσους όρους της ηλικίας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=-1,894$; $df=585$, NS).

Πίνακας 3: Ηλικία ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Ηλικία	Έλληνες (N=324)	Ευρωπαίοι (N=263)
Μέσος όρος	34,22	35,54
Τυπική απόκλιση	7,72	9,21
Ελάχιστο	19	22
Μέγιστο	53	61
	$t=-1,894$; $df=585$, NS	

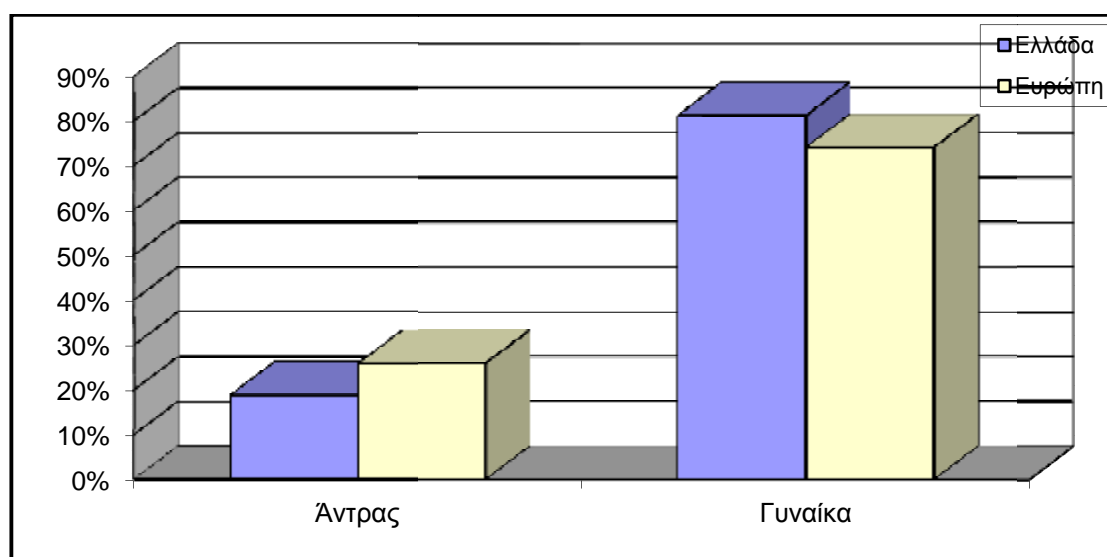
Το 81,2% (263 άτομα) των Ελλήνων νοσηλευτών ήταν γυναίκες έναντι του 74,1% (195 άτομα) των Ευρωπαίων (Πίνακας 4, Σχήμα 3). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 3,782$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 4: Συσχέτιση χώρας προέλευσης και φύλου.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Φύλο	Άντρας	61 18,8%	68 25,9%	129 22,0%
	Γυναίκα	263 81,2%	195 74,1%	458 78,0%
		324	263	587

$\chi^2 = 2,200$, $df = 1$, NS

Σχήμα 3: Συσχέτιση χώρας προέλευσης και φύλου.

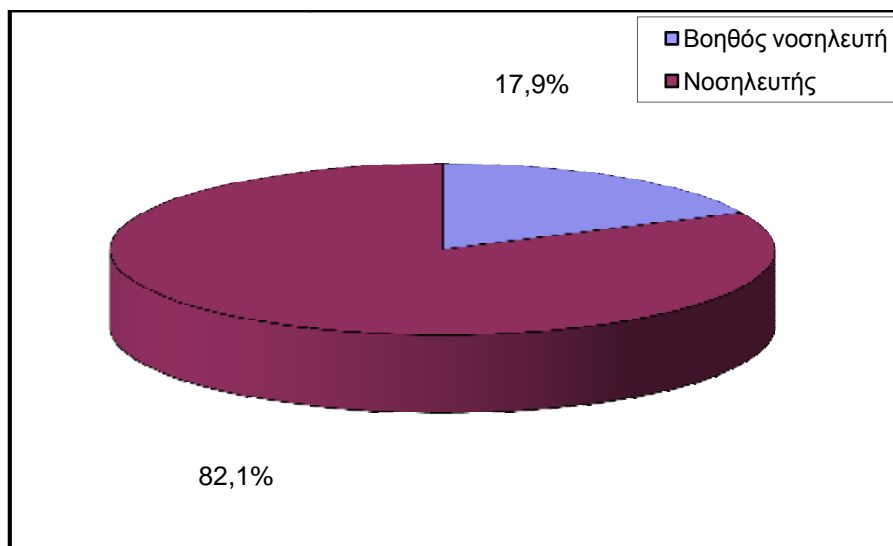


Το 74,1% των ερωτηθέντων (103 άτομα) στην παρούσα έρευνα ήταν Νοσηλευτές και το υπόλοιπο 25,9% (36 άτομα) Βοηθοί νοσηλευτές (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ιδιότητά τους.

Ιδιότητα ερωτηθέντων	N=587	Percent (%)
Βοηθός νοσηλευτή	105	17,9
Νοσηλευτής	482	82,1

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ιδιότητά τους.



Η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων Ελλήνων νοσηλευτών κυμάνθηκε μεταξύ 1 και 31 έτη με μέσο όρο τα 10,40 έτη και τυπική απόκλιση τα 7,33 έτη ενώ των Ευρωπαίων κυμάνθηκε μεταξύ 1 και 35 έτη με μέσο όρο τα 11,67 έτη και τυπική απόκλιση τα 9,08 έτη (Πίνακας 6). Η διαφορά του παρατηρείται στους μέσους όρους της προϋπηρεσίας δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=-1,876$, $df=585$, NS).

Πίνακας 6: Προϋπηρεσία ερωτηθέντων νοσηλευτών.

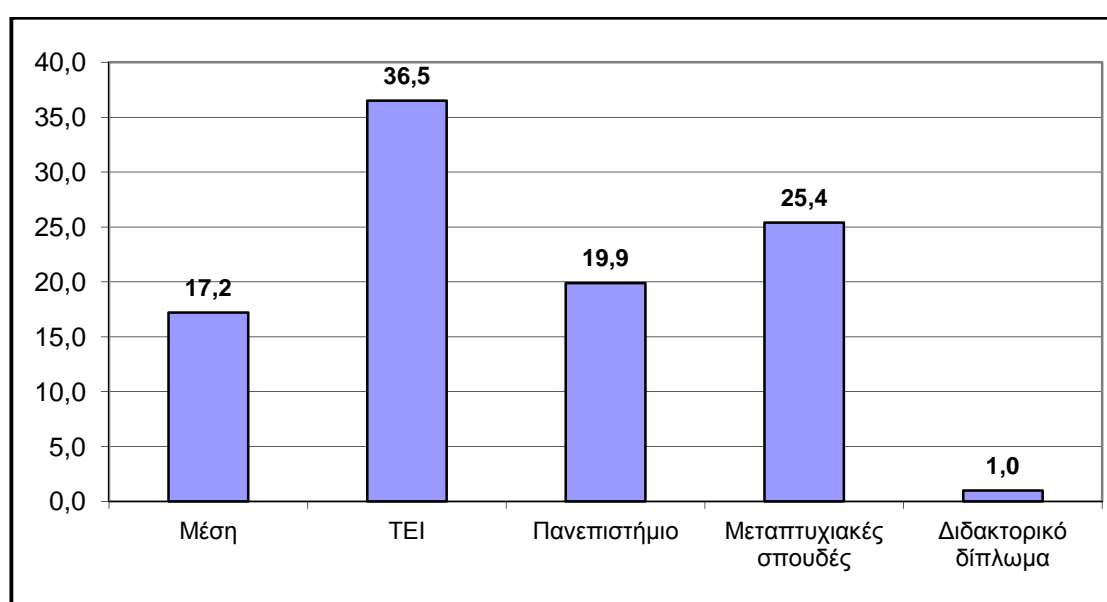
Προϋπηρεσία	Έλληνες (N=324)	Ευρωπαίοι (N=263)
Μέσος όρος	10,40	11,67
Τυπική απόκλιση	7,33	9,08
Ελάχιστο	1	1
Μέγιστο	31	35
	$t=-1,876$, $df=585$, NS	

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (214 άτομα – ποσοστό 36,5%) ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, 117 άτομα (ποσοστό 19,9%) ήταν κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ και 101 άτομα (ποσοστό 17,2%) ήταν απόφοιτοι μέσης σχολής. Επιπρόσθετα, 149 άτομα (ποσοστό 25,4%) κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και άλλα 6 άτομα (ποσοστό 1,0%) κατείχαν διδακτορικό δίπλωμα (Πίνακας 7, Σχήμα 5).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Επίπεδο εκπαίδευσης	N=587	Percent (%)
Μέση	101	17,2
ΤΕΙ	214	36,5
Πανεπιστήμιο	117	19,9
Μεταπτυχιακές σπουδές	149	25,4
Διδακτορικό δίπλωμα	6	1,0

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.



Τα έτη εκπαίδευσης των ερωτηθέντων νοσηλευτών κυμάνθηκαν μεταξύ 1 και 9 έτη με μέσο όρο τα 3,65 έτη και τυπική απόκλιση τα 1,24 έτη (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Έτη εκπαίδευσης ερωτηθέντων νοσηλευτών.

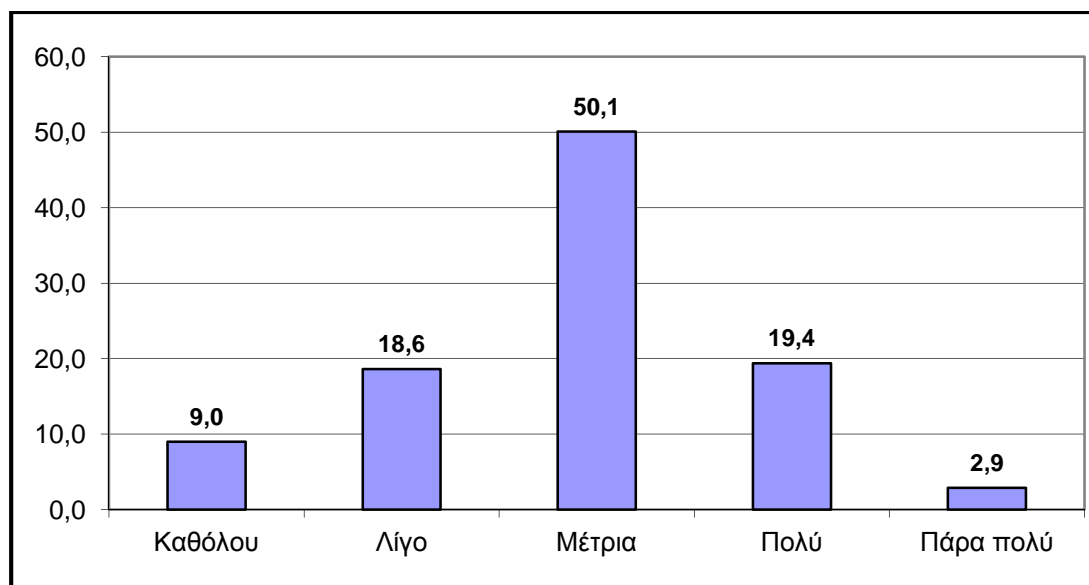
Έτη εκπαίδευσης	N=448
Μέσος όρος	3,65
Τυπική απόκλιση	1,24
Ελάχιστο	1
Μέγιστο	9

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (294 άτομα – ποσοστό 50,1%) δήλωσε ότι είναι «μέτρια» ικανοποιημένο από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους και άλλα 162 άτομα (ποσοστό 27,6%) είτε «λίγο» είτε «καθόλου» ικανοποιημένοι. Αντίθετα, 131 άτομα (ποσοστό 22,3%) δήλωσαν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους (Πίνακας 9, Σχήμα 6).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

Είστε ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα σας;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	53	9,0
Λίγο	109	18,6
Μέτρια	294	50,1
Πολύ	114	19,4
Πάρα πολύ	17	2,9

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

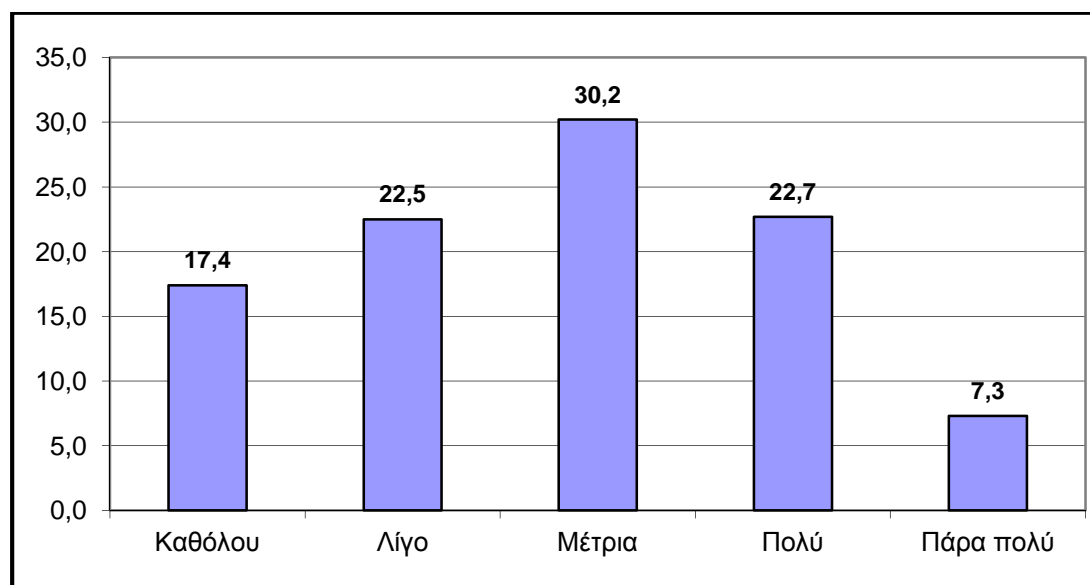


Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (177 άτομα – ποσοστό 30,2%) δήλωσαν ότι έχουν «μέτρια» ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους ενώ άλλα 234 άτομα (ποσοστό 39,9%) δήλωσαν ότι έχουν είτε «λίγο» είτε «καθόλου». Αντίθετα, άλλα 176 άτομα (ποσοστό 30,0%) δήλωσαν ότι έχουν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους (Πίνακας 10, Σχήμα 7).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

Έχετε ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα σας;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	102	17,4
Λίγο	132	22,5
Μέτρια	177	30,2
Πολύ	133	22,7
Πάρα πολύ	43	7,3

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

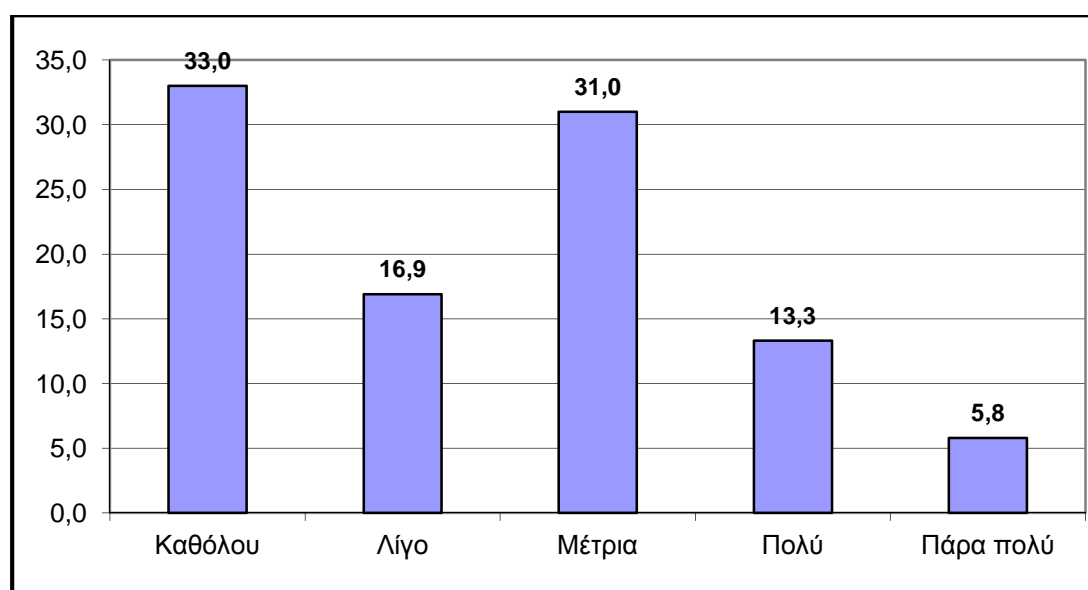


Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (194 άτομα – ποσοστό 33,5%) δήλωσαν ότι δεν είναι «καθόλου» ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους και άλλα 281 άτομα (ποσοστό 47,9%) δήλωσαν είτε «μέτρια» είτε «λίγο» ευχαριστημένοι. Αντίθετα, 112 άτομα (ποσοστό 19,1%) δήλωσαν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους (Πίνακας 11, Σχήμα 8).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.

Είστε ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα σας;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	194	33,0
Λίγο	99	16,9
Μέτρια	182	31,0
Πολύ	78	13,3
Πάρα πολύ	34	5,8

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

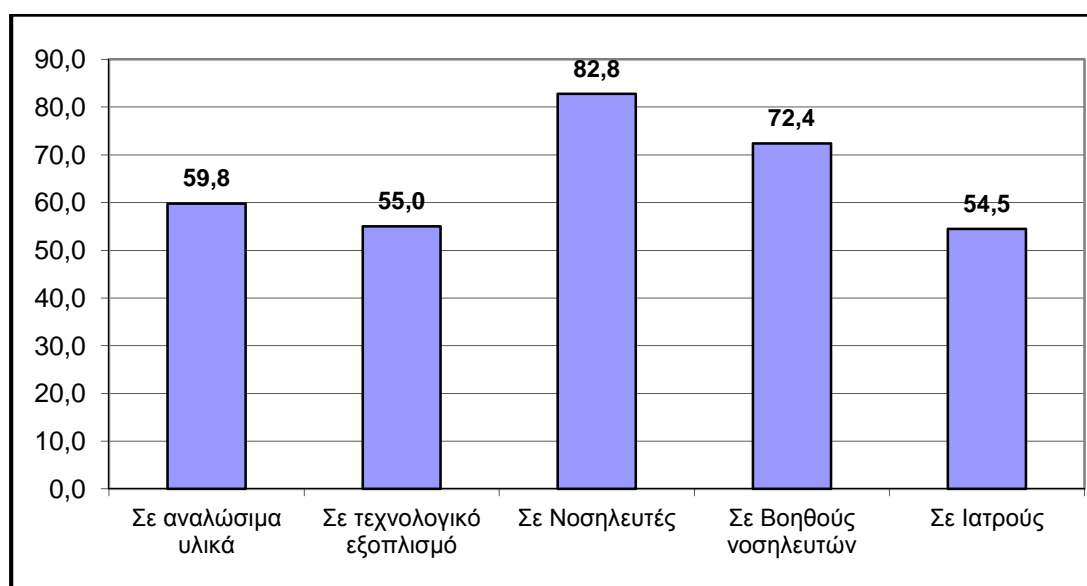


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (486 άτομα – ποσοστό 82,8%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους, άλλα 425 άτομα (ποσοστό 72,4%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε βοηθούς νοσηλευτές και άλλα 320 άτομα (ποσοστό 54,5%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε ιατρούς. Επιπρόσθετα, άλλα 351 άτομα (ποσοστό 59,8%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη τόσο σε αναλώσιμα υλικά και άλλα 323 άτομα (ποσοστό 55,0%) δήλωσαν ότι υπάρχει έλλειψη σε τεχνολογικό εξοπλισμό (Πίνακας 12, Σχήμα 9).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν και τι είδους ελλείψεις υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους.

Υπάρχουν και τι είδους ελλείψεις στο χώρο εργασίας σας;	N=587	Percent (%)
Σε αναλώσιμα υλικά	351	59,8
Σε τεχνολογικό εξοπλισμό	323	55,0
Σε Νοσηλευτές	486	82,8
Σε Βοηθούς νοσηλευτών	425	72,4
Σε Ιατρούς	320	54,5

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

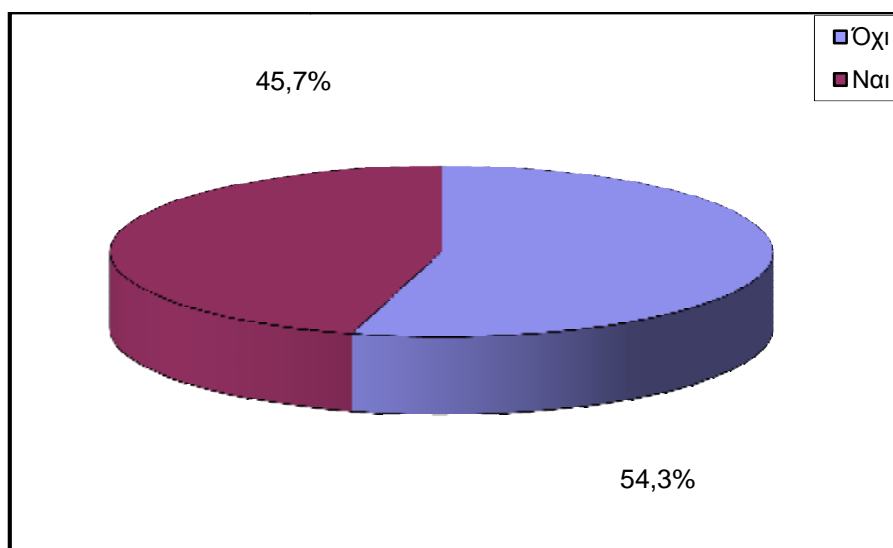


Το μεγαλύτερο ποσοστό 54,3% των ερωτηθέντων (319 άτομα) δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιημένο από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα του στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται ενώ το υπόλοιπο 45,7% (268 άτομα) δήλωσε ότι είναι (Πίνακας 13, Σχήμα 10).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.

Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα σας στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεστε;	N=587	Percent (%)
Όχι	319	54,3
Ναι	268	45,7

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



Οι ώρες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως κυμάνθηκαν μεταξύ 5 ωρών και 56 ωρών με μέσο όρο τις 38,45 ώρες και τυπική απόκλιση τις 6,53 ώρες (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Ώρες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως.

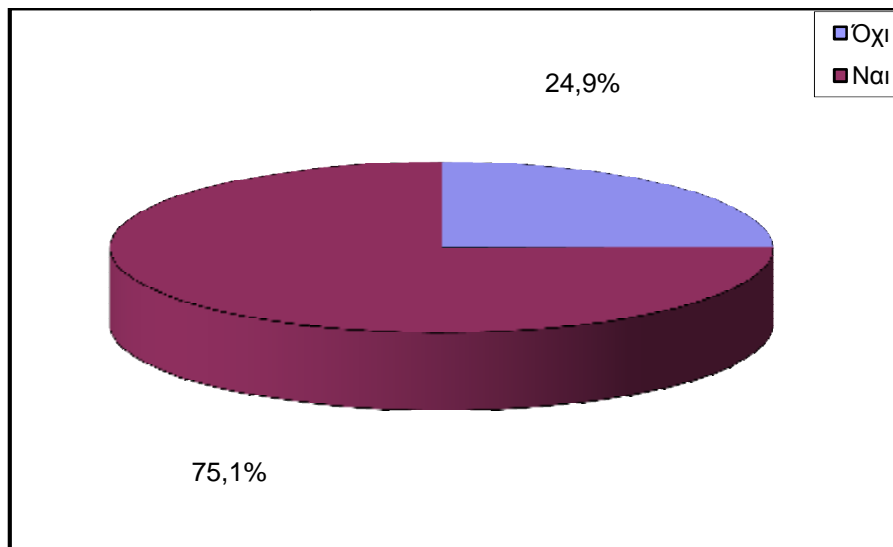
Ώρες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως	N=587
Μέσος όρος	38,45
Τυπική απόκλιση	6,53
Ελάχιστο	5
Μέγιστο	56

Το μεγαλύτερο ποσοστό 75,1% των ερωτηθέντων (441 άτομα) δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο ενώ το υπόλοιπο 24,9% (146 άτομα) δεν δουλεύουν (Πίνακας 15, Σχήμα 11).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.

Δουλεύετε σε κυκλικό ωράριο;	N=587	Percent (%)
Όχι	146	24,9
Ναι	441	75,1

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



Οι νύκτες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως κυμάνθηκαν μεταξύ 0 και 4 με μέσο όρο τις 1,26 νύκτες και τυπική απόκλιση τις 1,10 νύκτες (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Νύκτες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως.

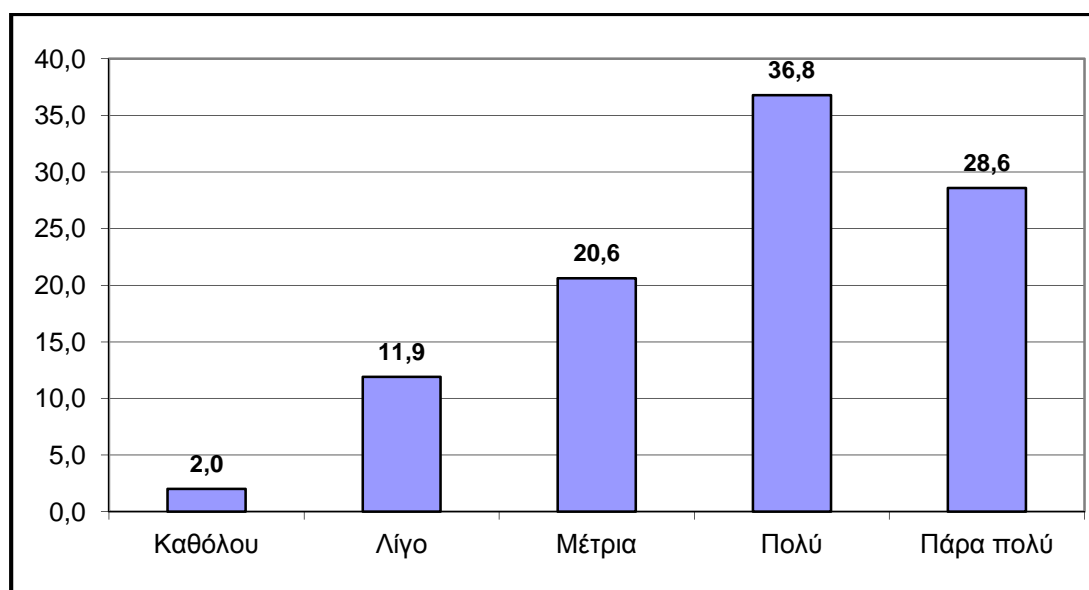
Νύκτες εργασίας των ερωτηθέντων εβδομαδιαίως	N=448
Μέσος όρος	1,26
Τυπική απόκλιση	1,10
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	4

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (384 άτομα – ποσοστό 65,4%) πιστεύουν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή και άλλα 121 άτομα (ποσοστό 20,6%) το πιστεύει «μέτρια». Αντίθετα, 82 άτομα (ποσοστό 13,9%) πιστεύουν ότι η δυσκολία είναι είτε «καθόλου» είτε «λίγο» (Πίνακας 17, Σχήμα 12).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.

Πιστεύετε ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	12	2,0
Λίγο	70	11,9
Μέτρια	121	20,6
Πολύ	216	36,8
Πάρα πολύ	168	28,6

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

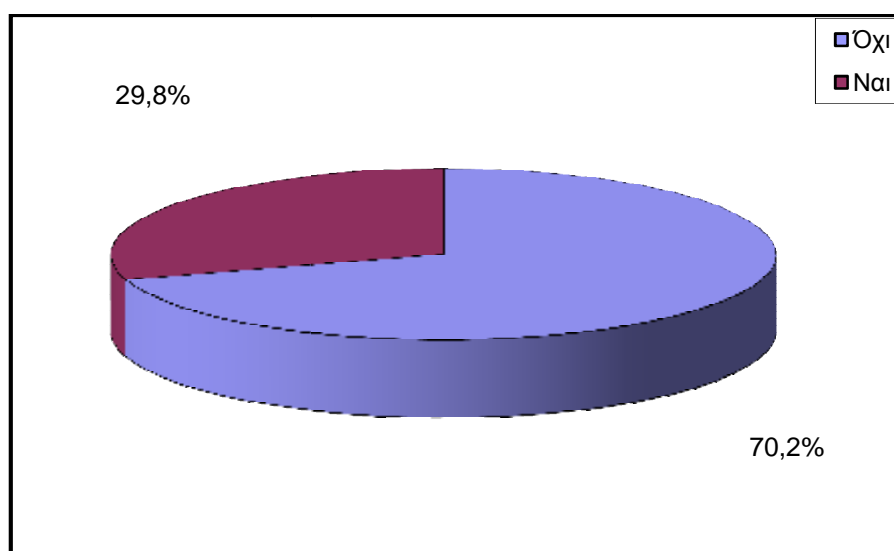


Το μεγαλύτερο ποσοστό 70,2% των ερωτηθέντων (412 άτομα) δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους αμοιβές ενώ το υπόλοιπο 29,8% (175 άτομα) δήλωσαν ότι είναι (Πίνακας 18, Σχήμα 13).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν είναι ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους αμοιβές.

Είστε ικανοποιημένοι από τις χρηματικές σας αμοιβές;	N=587	Percent (%)
Όχι	412	70,2
Ναι	175	29,8

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



Η μέση δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 0 και 180 ατόμων με μέσο όρο τα 24,76 άτομα και τυπική απόκλιση τα 21,61 άτομα (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα των ερωτηθέντων.

Δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα των ερωτηθέντων	N=562
Μέσος όρος	24,76
Τυπική απόκλιση	21,61
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	180

Ο μέσος αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή στο τμήμα των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 0 και 60 ασθενών με μέσο όρο τους 8,65 ασθενείς και τυπική απόκλιση τους 7,81 ασθενείς (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή στο τμήμα των ερωτηθέντων.

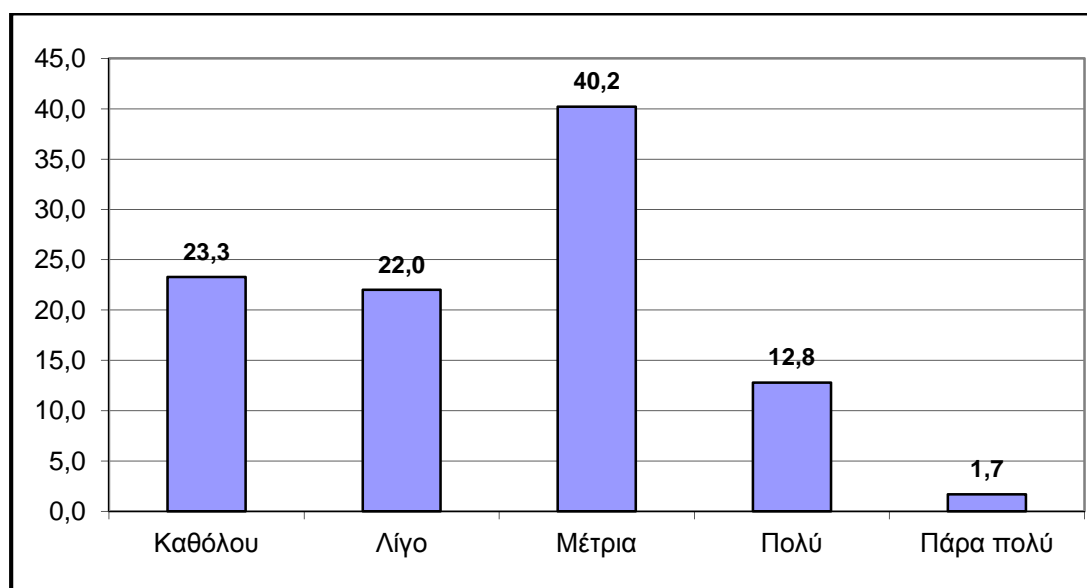
Αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή στο τμήμα των ερωτηθέντων	N=562
Μέσος όρος	8,65
Τυπική απόκλιση	7,81
Ελάχιστο	0
Μέγιστο	60

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (266 άτομα – ποσοστό 45,3%) θεωρούν είτε «καθόλου» είτε «λίγο» ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται και άλλα 236 άτομα (ποσοστό 40,2%) το θεωρεί «μέτρια». Αντίθετα, μόνο 85 άτομα (ποσοστό 14,5%) θεωρούν ότι καλύπτονται οι ανάγκες σε νοσηλευτικό δυναμικό είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» (Πίνακας 21, Σχήμα 14).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.

Θεωρείτε ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζεστε;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	137	23,3
Λίγο	129	22,0
Μέτρια	236	40,2
Πολύ	75	12,8
Πάρα πολύ	10	1,7

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

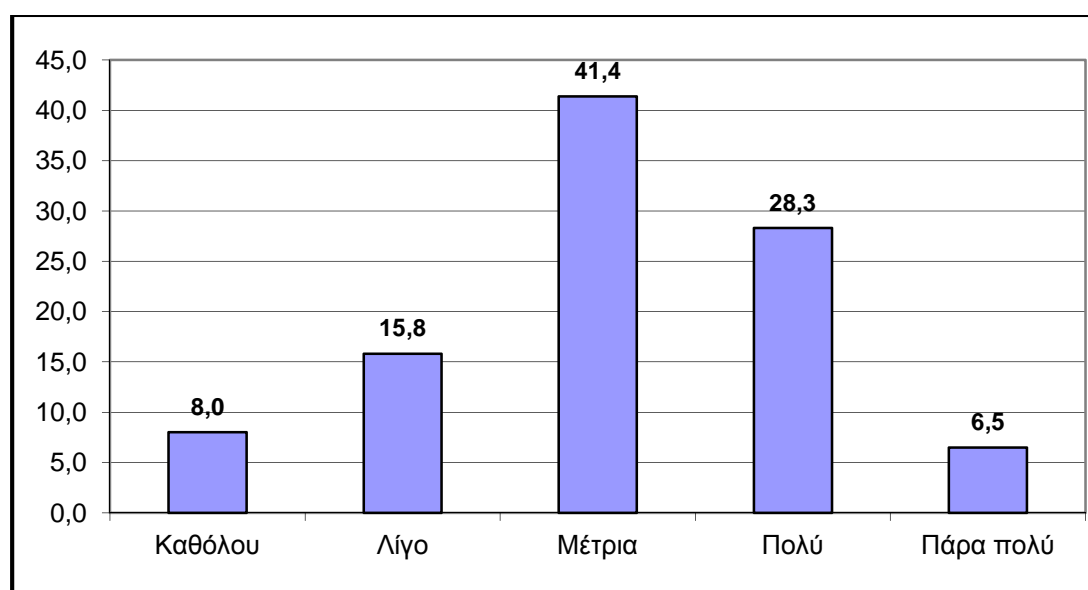


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (243 άτομα – ποσοστό 41,4%) πιστεύουν «μέτρια» ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή και άλλα 204 άτομα (ποσοστό 34,8%) το πιστεύουν είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ». Αντίθετα, 140 άτομα (ποσοστό 23,8%) πιστεύουν ότι είτε δεν την προάγει «καθόλου» είτε την προάγει «λίγο» (Πίνακας 22, Σχήμα 15).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.

Πιστεύετε ότι ο τομέας εργασίας σας προάγει την κοινωνική αποδοχή;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	47	8,0
Λίγο	93	15,8
Μέτρια	243	41,4
Πολύ	166	28,3
Πάρα πολύ	38	6,5

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

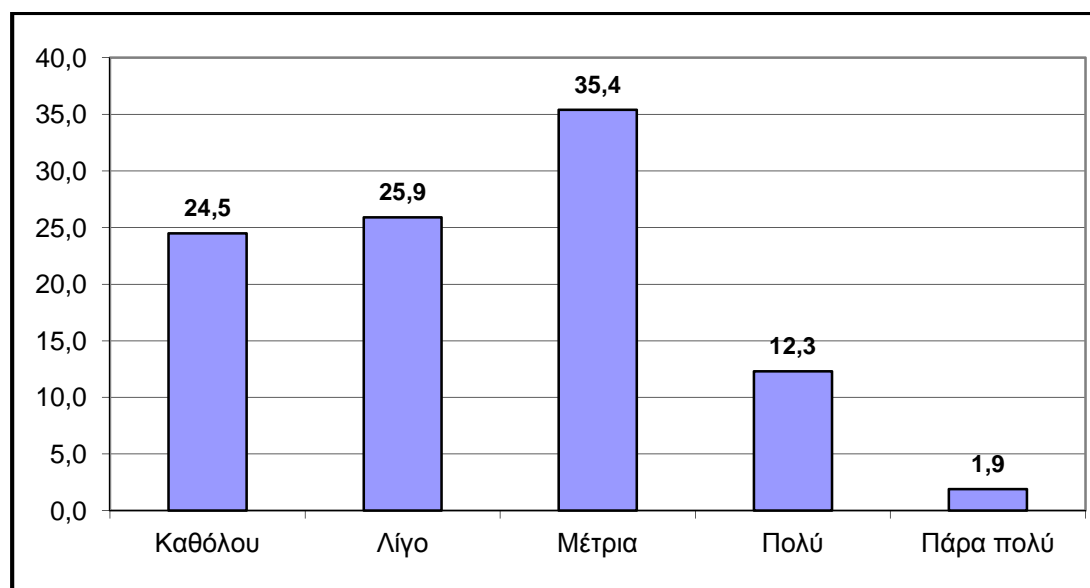


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (296 άτομα – ποσοστό 50,4%) θεωρούν ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν είτε «καθόλου» είτε «λίγο» τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας και άλλα 208 άτομα (ποσοστό 35,4%) το θεωρεί «μέτρια». Αντίθετα, 83 άτομα (ποσοστό 14,2%) το θεωρεί είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» (Πίνακας 23, Σχήμα 16).

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

Κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας σας και το αντικείμενο σας, ευνοούν τη συμμετοχή σας, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας;	N=587	Percent (%)
Καθόλου	144	24,5
Λίγο	152	25,9
Μέτρια	208	35,4
Πολύ	72	12,3
Πάρα πολύ	11	1,9

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.



Το μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου των ερωτηθέντων αναλώνεται σε παροχή φροντίδας (63,99% ± 27,60%), ακολουθεί η ανάλωση σε διοικητικό έργο (19,88% ± 22,66%) και σε εκπαίδευση (12,11% ± 12,97%) και τελευταία η έρευνα (5,77% ± 10,49%) όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

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

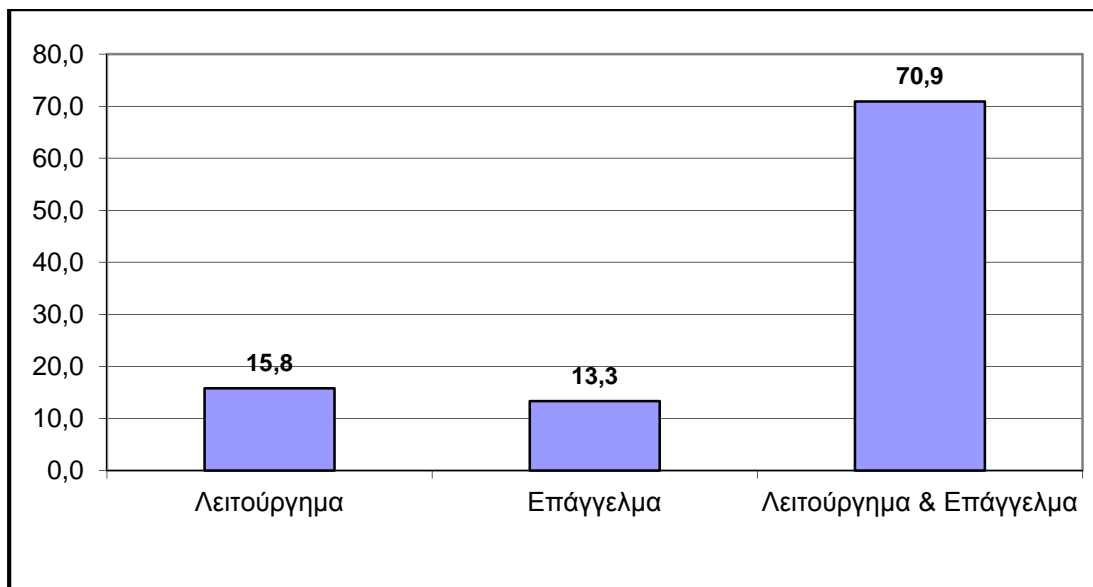
Χρόνος που αναλώνεται (%) σε	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Διοίκηση	587	0	100	19,88	22,66
Εκπαίδευση	587	0	100	12,11	12,97
Έρευνα	587	0	100	5,77	10,49
Παροχή φροντίδας	587	0	100	63,99	27,60

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (416 άτομα – ποσοστό 70,9%) θεωρούν ότι βάσει των σημερινών δεδομένων ο νοσηλευτής πράττει τόσο Λειτουργήμα όσο και Επάγγελμα και άλλα 93 άτομα (ποσοστό 15,8%) θεωρούν ότι πράττει μόνο Λειτουργήμα. Αντίθετα, 78 άτομα (ποσοστό 13,3%) θεωρούν ότι ο νοσηλευτής πράττει μόνο Επάγγελμα (Πίνακας 25, Σχήμα 17).

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

Τι θεωρείτε ότι πράττει ο νοσηλευτής βάσει των σημερινών δεδομένων;	N=587	Percent (%)
Λειτουργήμα	93	15,8
Επάγγελμα	78	13,3
Λειτουργήμα & Επάγγελμα	416	70,9

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι θεωρούν ότι πράττει ο νοσηλευτής βάσει των σημερινών δεδομένων.

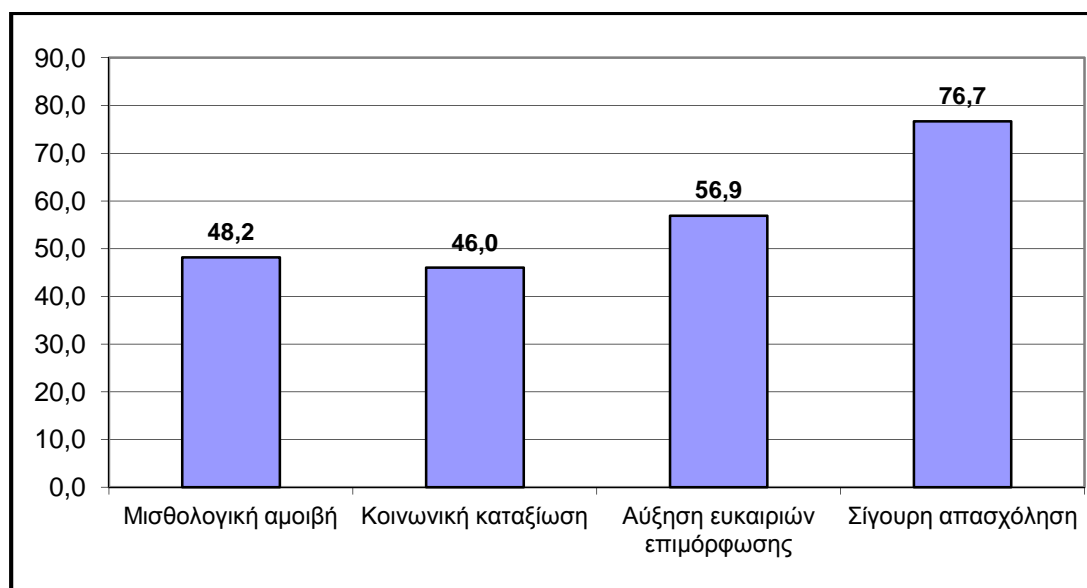


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (450 άτομα – ποσοστό 76,7%) θεωρούν ότι το κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι η σίγουρη απασχόληση και ακολουθούν κίνητρα όπως η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης (334 άτομα – ποσοστό 56,9%), η μισθολογική αμοιβή (283 άτομα – ποσοστό 48,2%) και τέλος η κοινωνική καταξίωση (270 άτομα – ποσοστό 46,0%) (Πίνακας 26, Σχήμα 18).

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

Θεωρείτε ότι είναι κίνητρα προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος;	N=587	Percent (%)
Μισθολογική αμοιβή	283	48,2
Κοινωνική καταξίωση	270	46,0
Αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης	334	56,9
Σίγουρη απασχόληση	450	76,7

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο θεωρούν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

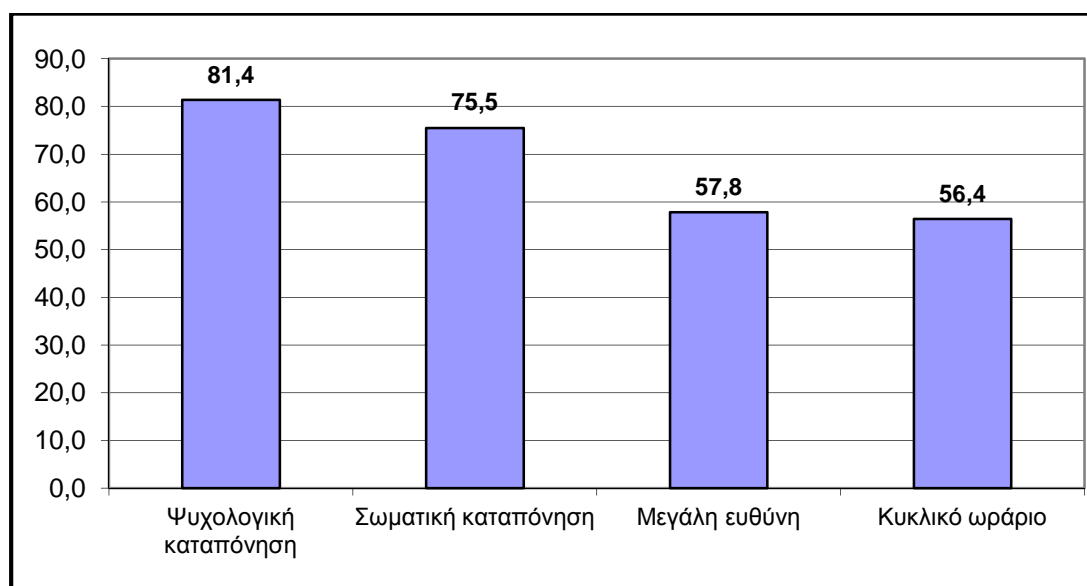


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (478 άτομα – ποσοστό 81,4%) θεωρούν ότι η μεγάλη ψυχολογική καταπόνηση είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα, όπως και η σωματική καταπόνηση (443 άτομα – ποσοστό 75,5%) και ακολουθεί η μεγάλη ευθύνη (339 άτομα – ποσοστό 57,8%) και το κυκλικό ωράριο (331 άτομα – ποσοστό 56,4%) (Πίνακας 27, Σχήμα 19).

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

Θεωρείτε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα;	N=587	Percent (%)
Ψυχολογική καταπόνηση	478	81,4
Σωματική καταπόνηση	443	75,5
Μεγάλη ευθύνη	339	57,8
Κυκλικό ωράριο	331	56,4

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο θεωρούν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα.

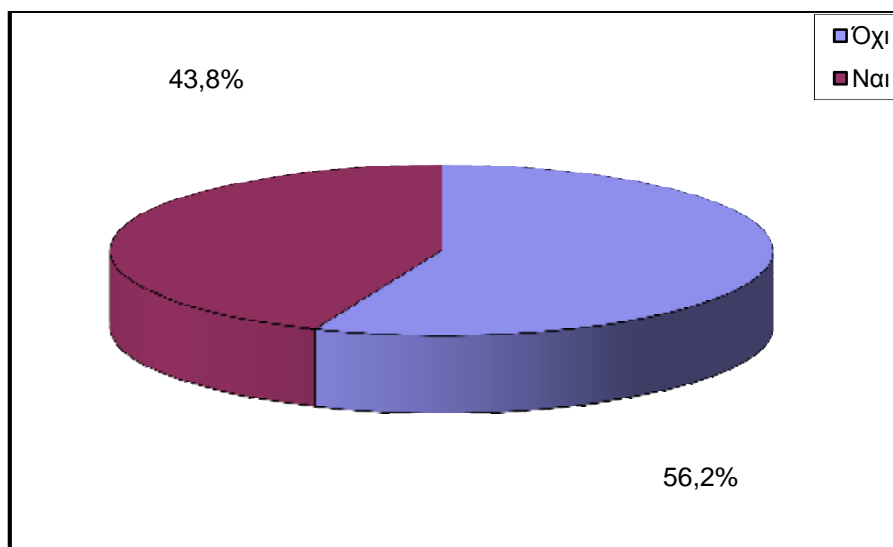


Το μεγαλύτερο ποσοστό 56,2% των ερωτηθέντων (330 άτομα) δεν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη νοσηλευτική διεύθυνση ενώ το υπόλοιπο 43,8% (257 άτομα) το πιστεύει (Πίνακας 28, Σχήμα 20).

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

Πιστεύετε ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων σας από τη νοσηλευτική διεύθυνση;	N=587	Percent (%)
Όχι	330	56,2
Ναι	257	43,8

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη νοσηλευτική διεύθυνση.

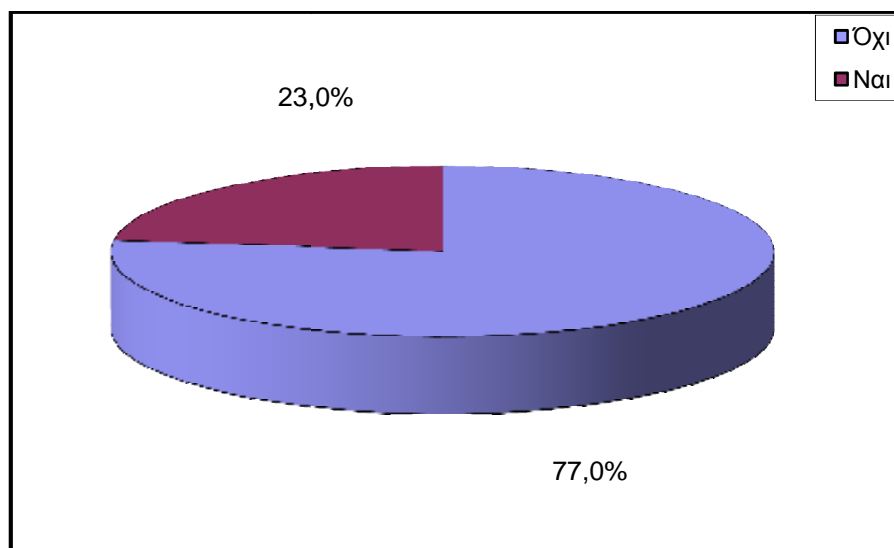


Το μεγαλύτερο ποσοστό 77,0% των ερωτηθέντων (452 άτομα) δεν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την πολιτεία (πολύ υψηλότερο από αυτό που αφορά στη νοσηλευτική διεύθυνση) ενώ το υπόλοιπο 23,0% (135 άτομα) το πιστεύει (Πίνακας 29, Σχήμα 21).

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

Πιστεύετε ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων σας από την πολιτεία;	N=587	Percent (%)
Όχι	452	77,0
Ναι	135	23,0

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την πολιτεία.

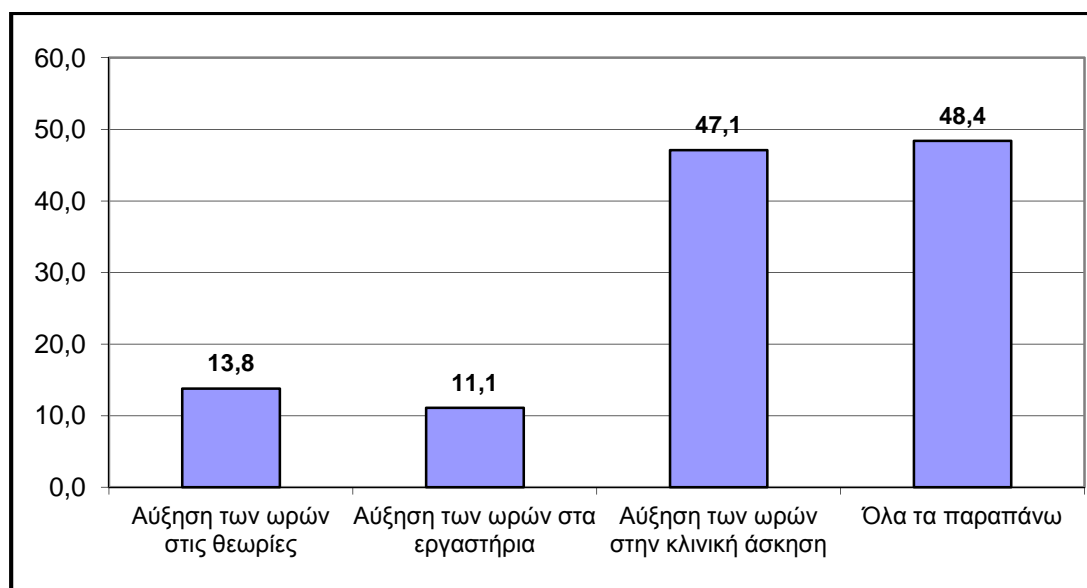


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (218 άτομα – ποσοστό 48,4%) προτείνει ως μέτρο για τη βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα του την αύξηση του συνόλου της εκπαίδευσης τόσο θεωρίες και εργαστήρια όσο και σε κλινική άσκηση και ένα εξίσου πολύ σημαντικό ποσοστό (211 άτομα – ποσοστό 47,1%) προτείνει ως μέτρο τουλάχιστον την αύξηση των ωρών κλινική άσκησης (Πίνακας 30, Σχήμα 22).

Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα μέτρα που προτείνουν για τη βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

Προτείνετε μέτρα βελτίωσης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα σας	N=448	Percent (%)
Αύξηση των ωρών στις θεωρίες	62	13,8
Αύξηση των ωρών στα εργαστήρια	65	11,1
Αύξηση των ωρών στην κλινική άσκηση	211	47,1
Όλα τα παραπάνω	218	48,4

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τα μέτρα που προτείνουν για τη βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

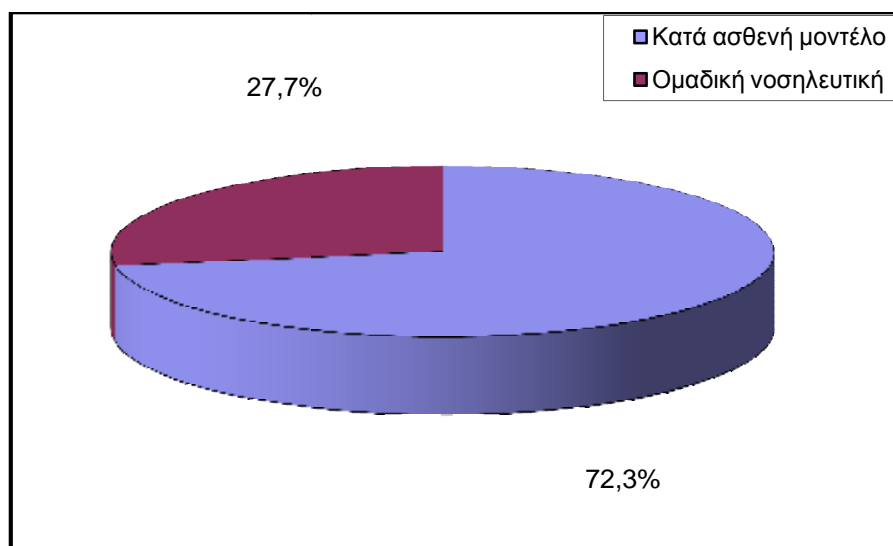


Το μεγαλύτερο ποσοστό 72,3% των ερωτηθέντων (324 άτομα) πιστεύουν ότι το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής αποτελεί το κατά ασθενή μοντέλο ενώ το υπόλοιπο 27,7% (124 άτομα) πιστεύει ότι το ιδανικό μοντέλο είναι το μοντέλο ομαδικής νοσηλευτικής (Πίνακας 31, Σχήμα 23).

Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο κατά τη γνώμη τους αποτελεί το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής.

Ποιο κατά τη γνώμη σας αποτελεί το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής;	N=448	Percent (%)
Κατά ασθενή μοντέλο	324	72,3
Ομαδική νοσηλευτική	124	27,7

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

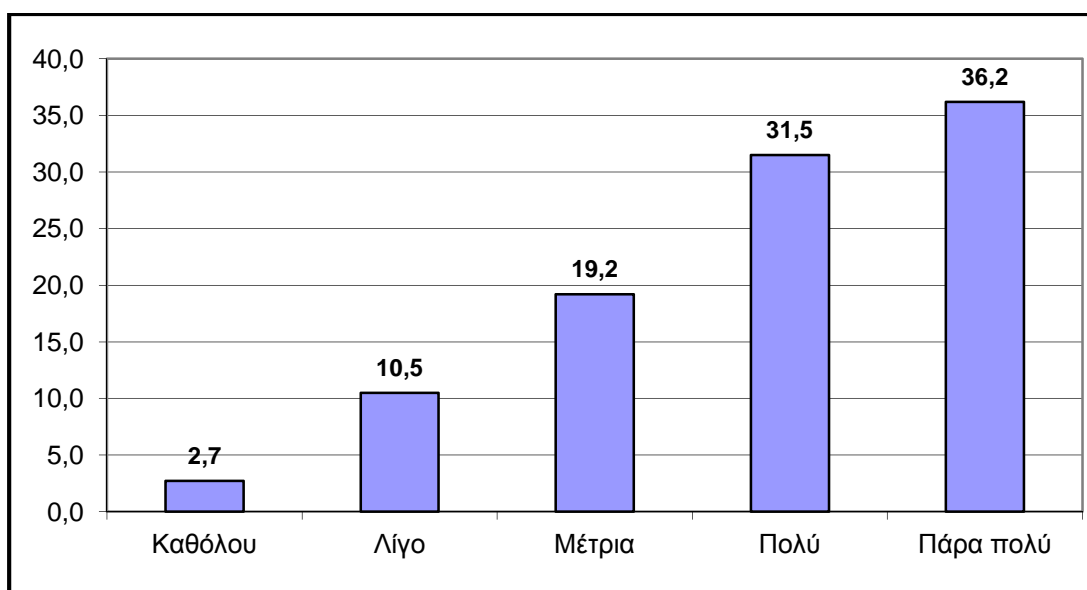


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (303 άτομα – ποσοστό 67,7%) θεωρεί ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα τους είτε «πολύ» είτε «πάρα πολύ» και άλλα 86 άτομα (ποσοστό 19,2%) το θεωρούν «μέτρια». Αντίθετα, 59 άτομα (ποσοστό 13,2%) το θεωρεί είτε «καθόλου» είτε «λίγο» (Πίνακας 32, Σχήμα 24).

Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα τους.

Κατά ποσό η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα σας;	N=448	Percent (%)
Καθόλου	12	2,7
Λίγο	47	10,5
Μέτρια	86	19,2
Πολύ	141	31,5
Πάρα πολύ	162	36,2

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα τους.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 587 νοσηλευτές (324 Έλληνες και 263 Ευρωπαίοι) ηλικίας 19-61 ετών μέσου όρου ηλικίας $34,81 \pm 8,44$ ετών ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

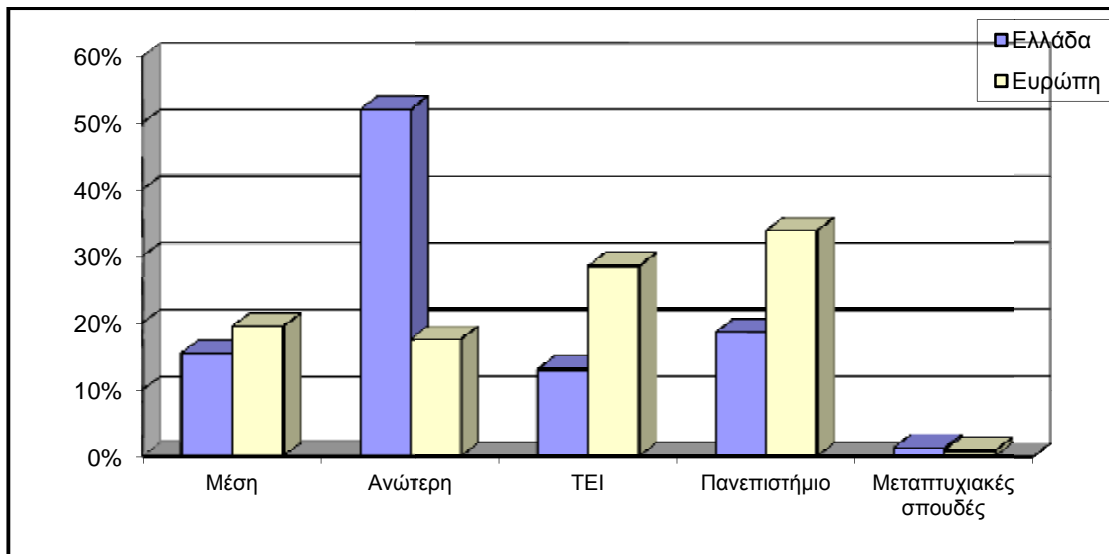
Το 33,8% των ερωτηθέντων Ευρωπαίων ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 28,5% αυτών ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 17,5% αυτών απόφοιτοι ανώτερης σχολής έναντι 18,5%, 13,0% και 51,9% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 33, Σχήμα 25). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 79,702$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 33: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης και του επιπέδου εκπαίδευσης.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Μέση	50 15,4%	51 19,4%	101 17,2%
	Ανώτερη	168 51,9%	46 17,5%	214 36,5%
	ΤΕΙ	42 13,0%	75 28,5%	117 19,9%
	Πανεπιστήμιο	60 18,5%	89 33,8%	149 25,4%
	Μεταπτυχιακές σπουδές	4 1,2%	2 0,8%	6 1,0%
		324	263	587

$$\chi^2 = 79,702, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 25: Σύγκριση της χώρας προέλευσης και του επιπέδου εκπαίδευσης.



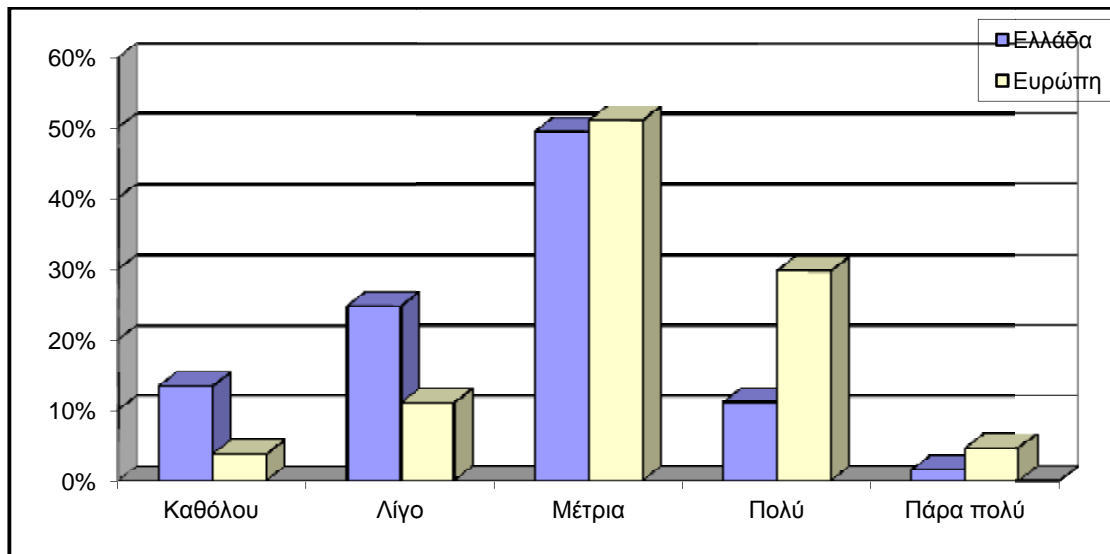
Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων ανεξάρτητα χώρας προέλευσης δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι (καθόλου – λίγο – μέτρια) από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους. Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αφού το 11,0% αυτών δήλωσαν λίγο ικανοποιημένοι, 51,0% αυτών δήλωσαν «μέτρια» ικανοποιημένοι και το 29,7% «λίγο» ικανοποιημένοι έναντι 24,7%, 49,4% και 11,1% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 34, Σχήμα 26). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 59,367$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 34: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Είστε ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα σας;	Καθόλου	43 13,3%	10 3,8%	53 9,0%
	Λίγο	80 24,7%	29 11,0%	109 18,6%
	Μέτρια	160 49,4%	134 51,0%	294 50,1%
	Πολύ	36 11,1%	78 29,7%	114 19,4%
	Πάρα πολύ	5 1,5%	12 4,6%	17 2,9%
		324	263	587

$$\chi^2 = 59,367, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 26: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα τους.



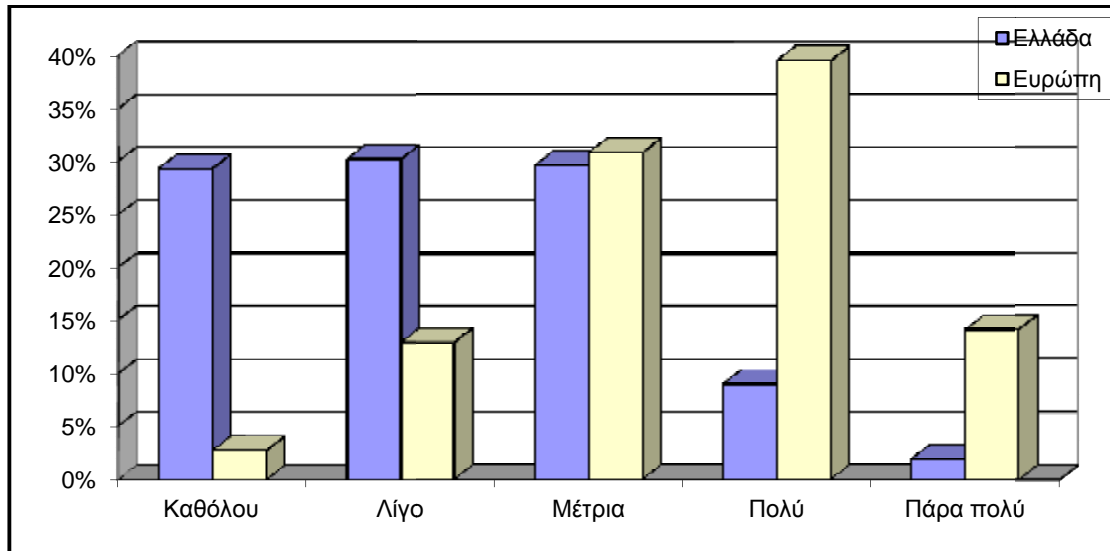
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι έχουν πολύ περισσότερες ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους αφού άνω του 50% αυτών δήλωσαν ότι έχουν «πολύ» και «πάρα πολύ» και μόνο το 2,7% αυτών «καθόλου» έναντι 10,9% και 29,3% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 35, Σχήμα 27). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 168,344$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 35: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Έχετε ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα σας;	Καθόλου	95 29,3%	7 2,7%	102 17,4%
	Λίγο	98 30,2%	34 12,9%	132 22,5%
	Μέτρια	96 29,6%	81 30,8%	177 30,2%
	Πολύ	29 9,0%	104 39,5%	133 22,7%
	Πάρα πολύ	6 1,9%	37 14,1%	43 7,3%
		324	263	587

$$\chi^2 = 168,344, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 27: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα τους.



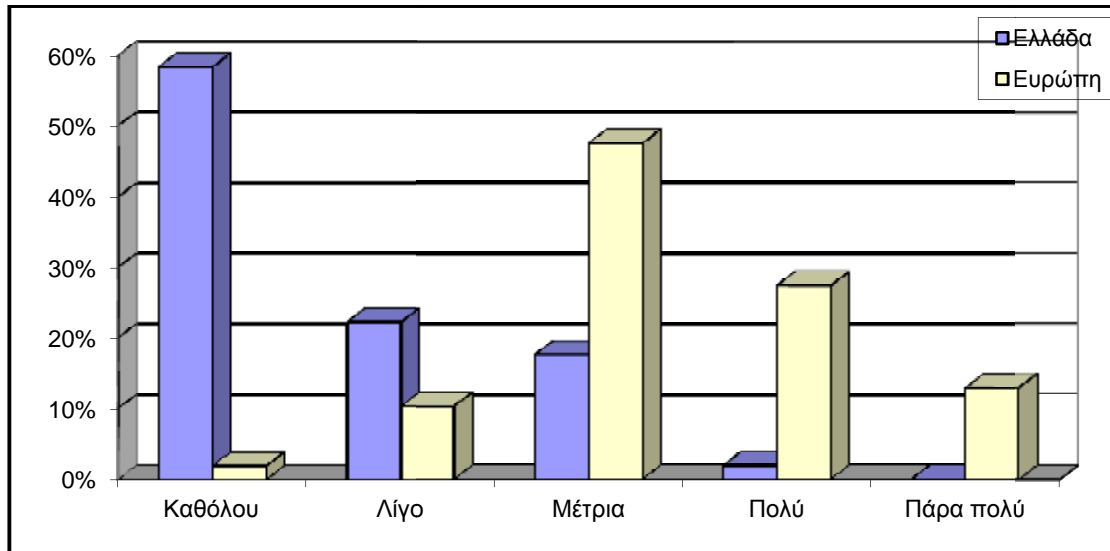
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι ήταν πολύ περισσότερο ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους αφού το 87,8% αυτών δήλωσαν «μέτρια», «πολύ» και «πάρα πολύ» ευχαριστημένοι και μόλις το 12,2% «λίγο» και «καθόλου» έναντι 19,5%, και 80,5% αντίστοιχα των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 36, Σχήμα 28). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 307,201$, $df = 3$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 36: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Είστε ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα σας;	Καθόλου	189 58,3%	5 1,9%	194 33,0%
	Λίγο	72 22,2%	27 10,3%	99 16,9%
	Μέτρια	57 17,6%	125 47,5%	182 31,0%
	Πολύ	6 1,9%	72 27,4%	78 13,3%
	Πάρα πολύ	0 0,0%	34 12,9%	34 5,8%
		324	263	587

$$\chi^2 = 307,201, df = 3, p < 0,0001$$

Σχήμα 28: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του εάν είναι ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα τους.



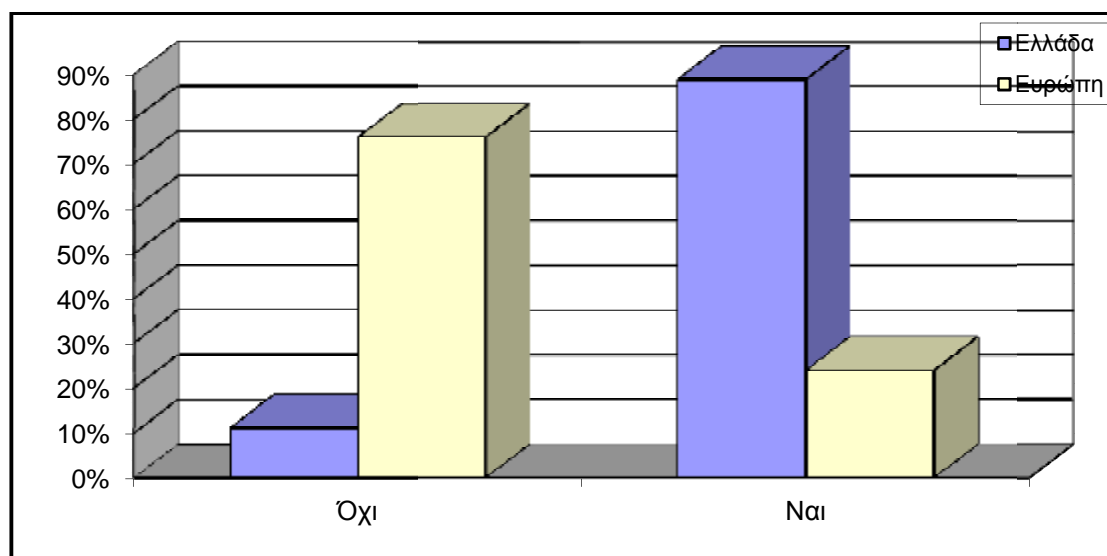
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι δεν θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (76,0%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε ποσοστό 88,9% (Πίνακας 37, Σχήμα 29). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 254,607$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 37: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	36 11,1%	200 76,0%	236 40,2%
	Ναι	288 88,9%	63 24,0%	351 59,8%
		324	263	587

$$\chi^2 = 254,607, df = 1, p < 0,0001$$

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



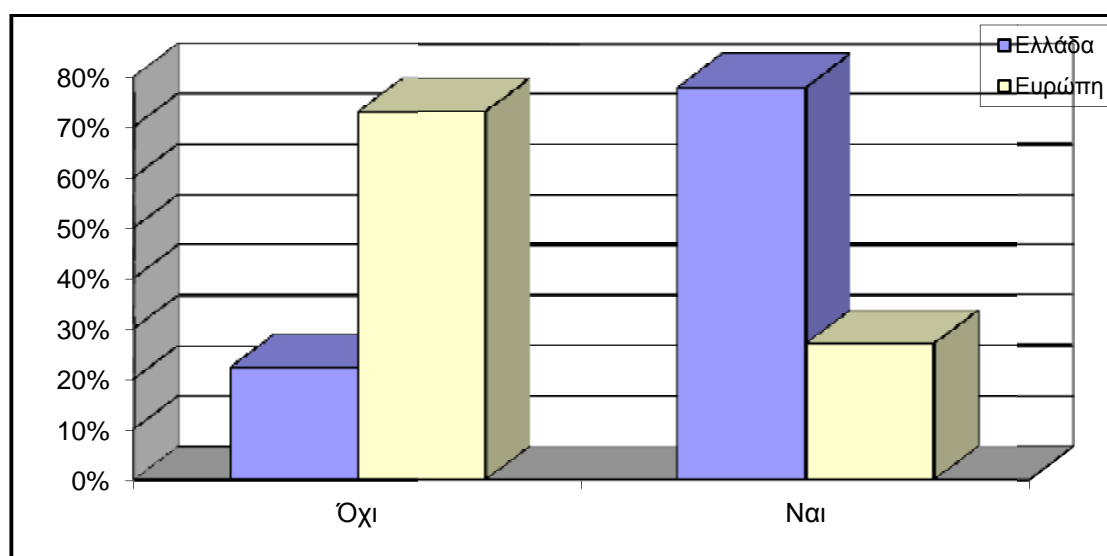
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι δεν θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (73,0%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε ποσοστό 77,8% (Πίνακας 38, Σχήμα 30). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 151,267$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 38: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	72 22,2%	192 73,0%	264 45,0%
	Ναι	252 77,8%	71 27,0%	323 55,0%
		324	263	587

$$\chi^2 = 151,267, df = 1, p < 0,0001$$

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



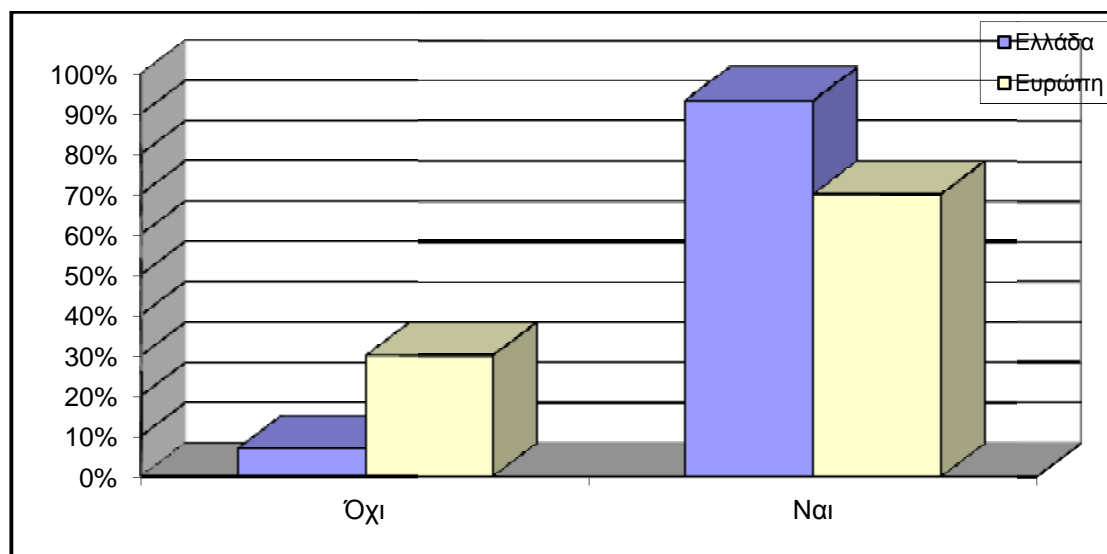
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (70,0%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 93,2% (Πίνακας 39, Σχήμα 31). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 55,074$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 39: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	22 6,8%	79 30,0%	101 17,2%
	Ναι	302 93,2%	184 70,0%	486 82,8%
		324	263	587

$$\chi^2 = 55,074, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 31: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.



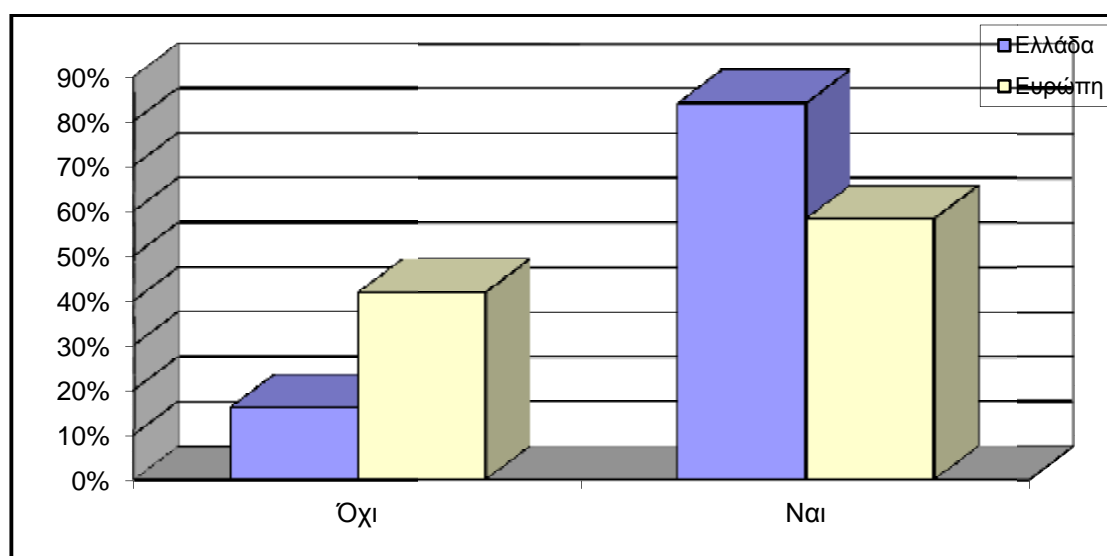
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (58,2%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 84,0% (Πίνακας 40, Σχήμα 32). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 48,268$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 40: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	52 16,0%	110 41,8%	162 27,6%
	Ναι	272 84,0%	153 58,2%	425 72,4%
		324	263	587

$$\chi^2 = 48,268, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 32: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε βοηθούς νοσηλευτές στο χώρο εργασίας τους.



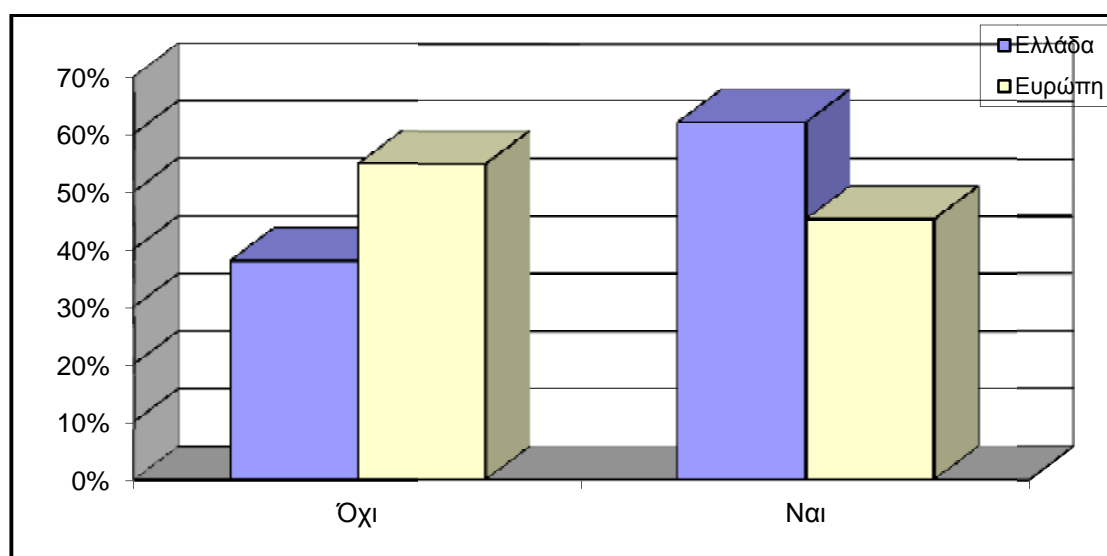
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (45,2%) ότι υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το θεωρούν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 62,0% (Πίνακας 41, Σχήμα 33). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 16,503$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 41: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας σας;	Όχι	123 38,0%	144 54,8%	267 45,5%
	Ναι	201 62,0%	119 45,2%	320 54,5%
		324	263	587

$$\chi^2 = 16,503, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 33: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν υπάρχουν ελλείψεις σε ιατρούς στο χώρο εργασίας τους.



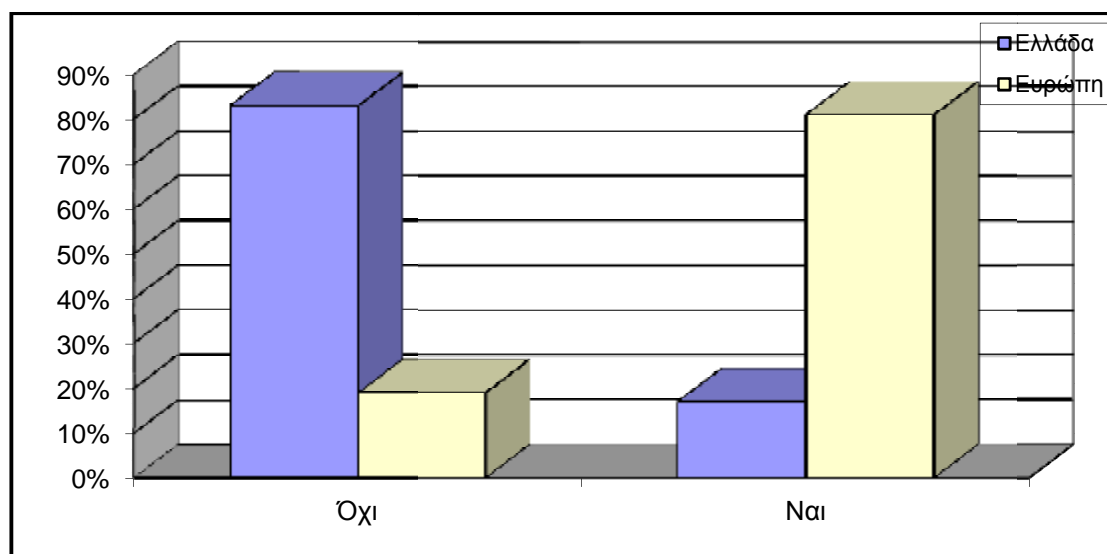
Ένα πολύ υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων Ευρωπαίων (81,0%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που δήλωσαν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 17,0% (Πίνακας 42, Σχήμα 34). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 239,747$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 42: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεστε;	Όχι	269 83,0%	50 19,0%	319 54,3%
	Ναι	55 17,0%	213 81,0%	268 45,7%
		69	70	587

$$\chi^2 = 239,747, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 34: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στη χώρα τους στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται.



Ο μέσος όρος εβδομαδιαίας απασχόλησης των Ελλήνων ήταν 39,60ώρες και η τυπική απόκλιση 6,71 ενώ για τους Ευρωπαίους ήταν 37,04 και 6,02 αντίστοιχα (Πίνακας 43). Η διαφορά που παρατηρείται με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των Ελλήνων είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=4,826$, $df=585$, $p<0,0001$) (Πίνακας 43).

Πίνακας 43: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και των μέσων ωρών εργασίας την εβδομάδα.

Χώρα προέλευσης	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	69	39,60	6,71	4,826	585	$p<0,0001$
Ευρώπη	70	37,04	6,02			

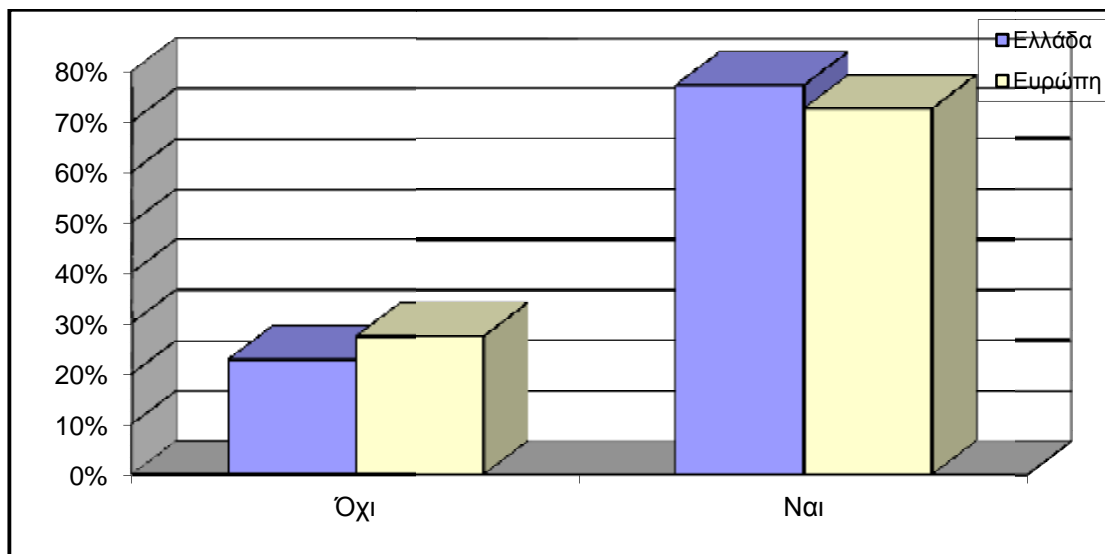
Σε παρόμοια υψηλά ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι (ποσοστό 72,6%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 77,2%) δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο (Πίνακας 44, Σχήμα 35). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 1,599$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 44: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Δουλεύετε σε κυκλικό ωράριο;	Όχι	74 22,8%	72 27,4%	146 24,9%
	Ναι	250 77,2%	191 72,6%	441 75,1%
		324	263	587

$$\chi^2 = 1,599, df = 1, NS$$

Σχήμα 35: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν δουλεύουν σε κυκλικό ωράριο.



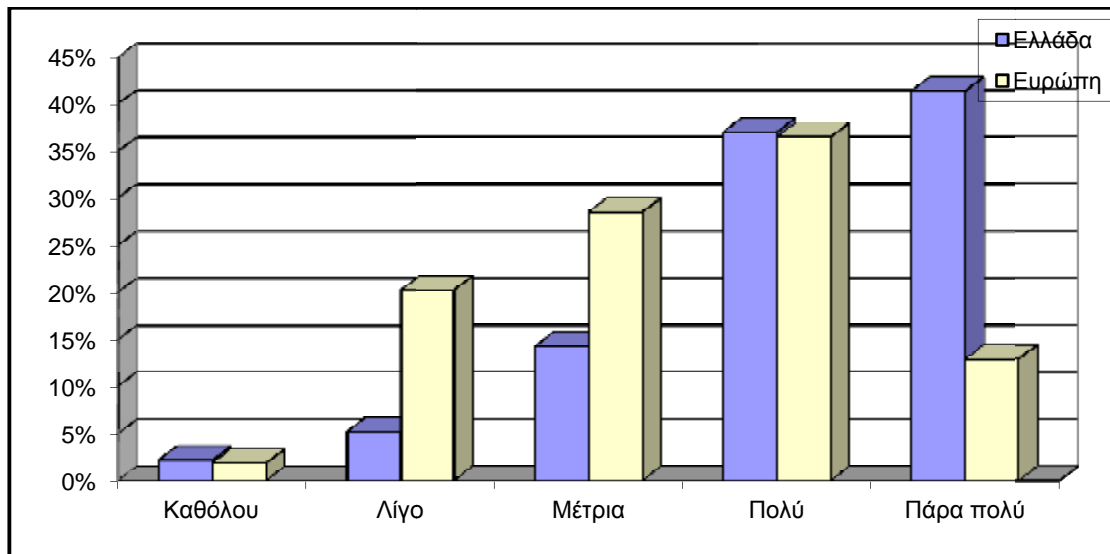
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι πιστεύουν σε ποσοστό 49,4% «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή έναντι 78,4% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 45, Σχήμα 36). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 82,541$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 45: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του πόσο πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή;	Καθόλου	7 2,2%	5 1,9%	12 2,0%
	Λίγο	17 5,2%	53 20,2%	70 11,9%
	Μέτρια	46 14,2%	75 28,5%	121 20,6%
	Πολύ	120 37,0%	96 36,5%	216 36,8%
	Πάρα πολύ	134 41,4%	34 12,9%	168 28,6%
		324	263	587

$$\chi^2 = 82,541, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 36: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του πόσο πιστεύουν ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή.



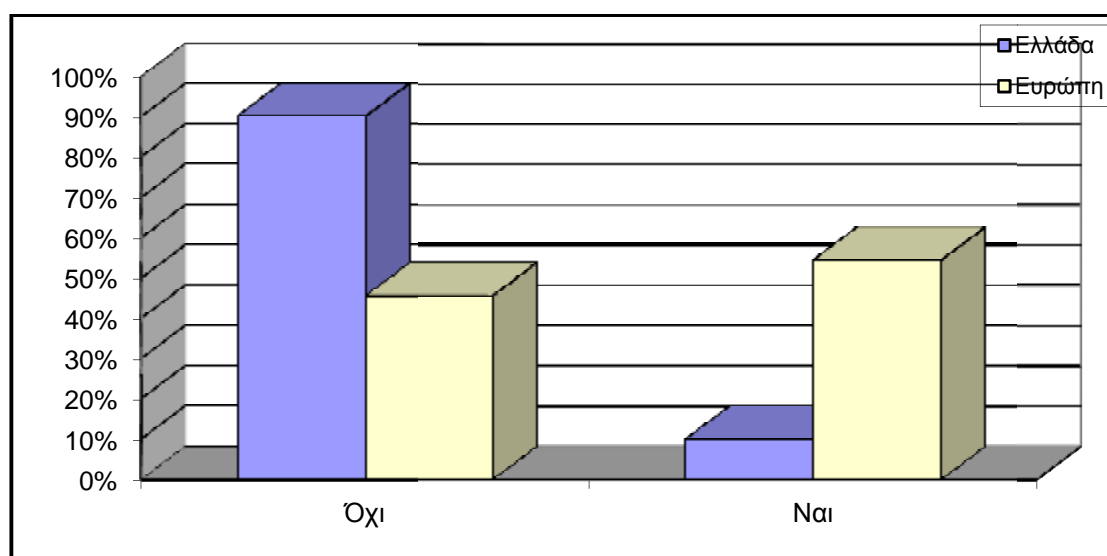
Οι μισοί και πλέον των ερωτηθέντων Ευρωπαίων (54,4%) δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις χρηματικές αμοιβές τους έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που δήλωσαν ικανοποιημένοι σε ποσοστό 9,9% (Πίνακας 46, Σχήμα 37). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 137,356$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 46: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Είστε ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές σας;	Όχι	292 90,1%	120 45,6%	412 70,2%
	Ναι	32 9,9%	143 54,4%	175 29,8%
		324	263	587

$\chi^2 = 137,356$, $df = 1$, $p < 0,0001$

Σχήμα 37: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν είναι ικανοποιημένοι με τις χρηματικές αμοιβές τους.



Η μέση δύναμη των ατόμων φροντίδας στα τμήματα εργασίας των Ελλήνων ήταν 23,48 άτομα και η τυπική απόκλιση 17,41 ενώ για τους Ευρωπαίους ήταν 26,20 και 25,52 αντίστοιχα (Πίνακας 47). Η διαφορά που παρατηρείται με υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των Ευρωπαίων δεν είναι στατιστικά σημαντική ($t=-1,489$, $df=560$, NS).

Πίνακας 47: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και της μέσης δύναμης των ατόμων φροντίδας στο τμήμα εργασίας τους.

Χώρα προέλευσης	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	299	23,48	17,41	-1,489	560	NS
Ευρώπη	263	26,20	25,52			

Ο μέσος αριθμός ασθενών ανά νοσηλευτή στα τμήματα εργασίας των Ελλήνων ήταν 12,24 ασθενείς και η τυπική απόκλιση 8,82 ενώ για τους Ευρωπαίους ήταν 4,58 και 3,26 αντίστοιχα (Πίνακας 48). Η διαφορά που παρατηρείται με (σχεδόν τριπλάσια) υψηλότερη τιμή στο μέσο όρο των Ελλήνων είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($t=13,311$, $df=560$, $p<0,0001$).

Πίνακας 48: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του μέσου αριθμού ασθενών ανά νοσηλευτή στο τμήμα εργασίας τους.

Χώρα προέλευσης	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	299	12,24	8,82	13,311	560	$p<0,0001$
Ευρώπη	263	4,58	3,26			

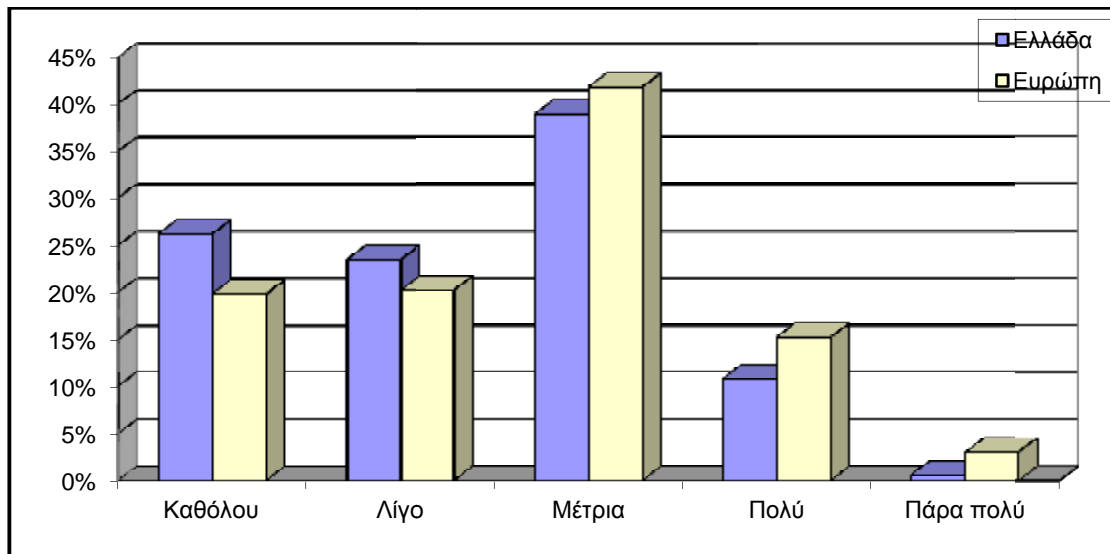
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι θεωρούν σε ποσοστό 11,4% «πολύ» και «πάρα πολύ» ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται έναντι 18,2% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 49, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 10,846$, $df = 4$, $p < 0,05$).

Πίνακας 49: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Θεωρείτε ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζεστε;	Καθόλου	85 26,2%	52 19,8%	137 23,3%
	Λίγο	76 23,5%	53 20,2%	129 22,0%
	Μέτρια	126 38,9%	110 41,8%	236 40,2%
	Πολύ	35 10,8%	40 15,2%	75 12,8%
	Πάρα πολύ	2 0,6%	8 3,0%	10 1,7%
		324	263	587

$$\chi^2 = 10,846, df = 4, p < 0,05$$

Σχήμα 38: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζονται.



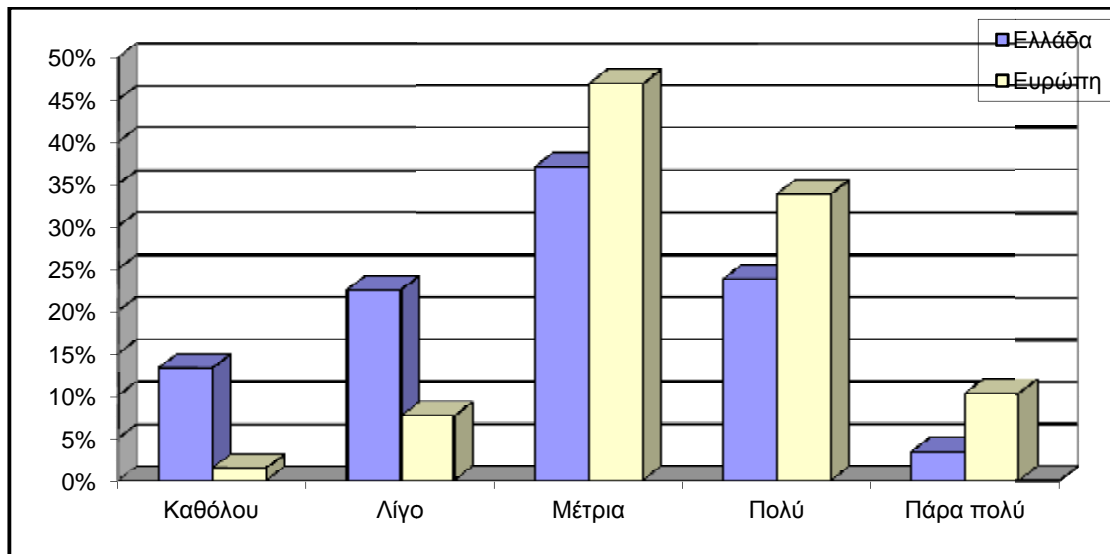
Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν περισσότερο ότι ο τομέας εργασίας τους δεν προάγει την κοινωνική αποδοχή αφού δηλώνουν σε ποσοστό 35,8% «καθόλου» και «λίγο» έναντι μόλις 9,1% των ερωτηθέντων Ευρωπαίων (Πίνακας 50, Σχήμα 39). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 64,566$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 50: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι ο τομέας εργασίας σας προάγει την κοινωνική αποδοχή;	Καθόλου	43 13,3%	4 1,5%	47 8,0%
	Λίγο	73 22,5%	20 7,6%	93 15,8%
	Μέτρια	120 37,0%	123 46,8%	243 41,4%
	Πολύ	77 23,8%	89 33,8%	166 28,3%
	Πάρα πολύ	11 3,4%	27 10,3%	38 6,5%
		324	263	587

$$\chi^2 = 64,566, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 39: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι ο τομέας εργασίας τους προάγει την κοινωνική αποδοχή.



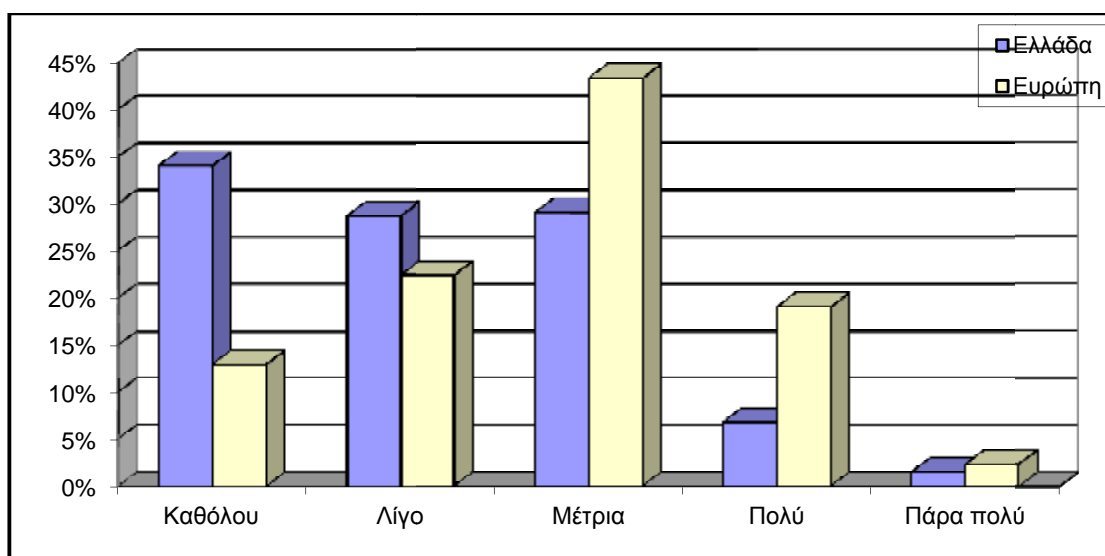
Οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι πιστεύουν περισσότερο ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας αφού δηλώνουν σε ποσοστό 21,3% «πολύ» και «πάρα πολύ» έναντι μόλις 8,3% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 51, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 54,873$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 51: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι οι συνθήκες εργασίας σας και το αντικείμενό σας, ευνοούν τη συμμετοχή σας, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας;	Καθόλου	110 34,0%	34 12,9%	144 24,5%
	Λίγο	93 28,7%	59 22,4%	152 25,9%
	Μέτρια	94 29,0%	114 43,3%	208 35,4%
	Πολύ	22 6,8%	50 19,0%	72 12,3%
	Πάρα πολύ	5 1,5%	6 2,3%	11 1,9%
		324	263	587

$$\chi^2 = 54,873, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 40: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι οι συνθήκες εργασίας τους και το αντικείμενό τους, ευνοούν τη συμμετοχή τους, στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας.



Το μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου των ερωτηθέντων αναλώνεται σε παροχή φροντίδας ($63,99\% \pm 27,60\%$), ακολουθεί η ανάλωση σε διοικητικό έργο ($19,88\% \pm 22,66\%$) και σε εκπαίδευση ($12,11\% \pm 12,97\%$) και τελευταία η έρευνα ($5,77\% \pm 10,49\%$) όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

Όσον αφορά τις τέσσερις συνιστώσες ανάλωσης χρόνου τόσο οι Έλληνες ερωτηθέντες όσο και οι Ευρωπαίοι ακολουθούν περίπου τα ίδια ποσοστά ανάλωσης χωρίς οι μικρές διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές για καμία συνιστώσα (Πίνακας 52) πλην της εκπαίδευσης όπου η διαφορά (υπέρ των Ελλήνων) είναι στατιστικά σημαντική ($t=2,103$, $df=585$, $p<0,05$). Οι Ευρωπαίοι αναλώνουν μεγαλύτερο μέρος (%) του χρόνου τους σε παροχή φροντίδας ($64,52\% \pm 22,19\%$) και έρευνα ($6,40\% \pm 9,27\%$) έναντι των Ελλήνων ($63,57\% \pm 31,33\%$) και ($5,26\% \pm 11,38\%$) αντίστοιχα ενώ οι Έλληνες ερωτηθέντες αναλώνουν μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους σε διοίκηση ($20,71\% \pm 24,30\%$) και (ιδιαίτερα) εκπαίδευση ($13,12\% \pm 15,58\%$) έναντι των Ευρωπαίων ($18,85\% \pm 20,45\%$) και ($10,87\% \pm 8,60\%$) αντίστοιχα (Πίνακας 52).

Πίνακας 52: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του επί τοις εκατό (%) της ανάλωσης του χρόνου αυτών.

Χώρα προέλευσης	Διοίκηση					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	324	20,71	24,30	0,992	585	NS
Ευρώπη	263	18,85	20,45			
Χώρα προέλευσης	Εκπαίδευση					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	324	13,12	15,58	2,103	585	p<0,05
Ευρώπη	263	10,87	8,60			
Χώρα προέλευσης	Έρευνα					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	324	5,26	11,38	-1,306	585	NS
Ευρώπη	263	6,40	9,27			
Χώρα προέλευσης	Παροχή φροντίδας					
	N	Mean	Std. Dev	t-value	df	p-level
Ελλάδα	324	63,57	31,33	-0,414	585	NS
Ευρώπη	263	64,52	22,19			

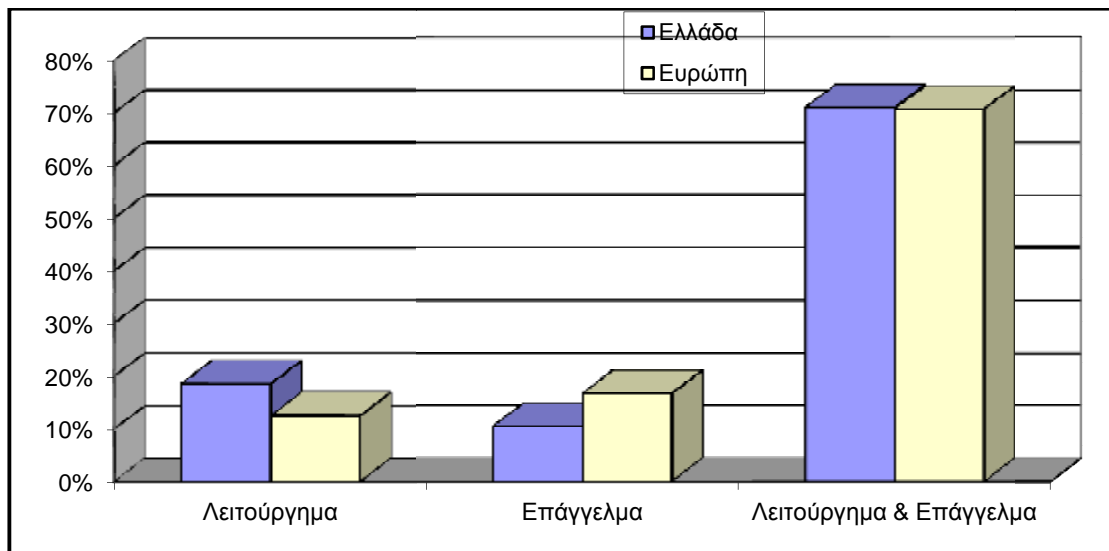
Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό τόσο των ερωτηθέντων Ευρωπαίων όσο και Ελλήνων θεωρεί ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα είναι ξεκάθαρα και Λειτουργήμα και Επάγγελμα σε παρόμοια ποσοστά 71,0% και 70,7% αντίστοιχα, οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι θεωρούν επίσης ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα είναι ξεκάθαρα Επάγγελμα όπως δηλώνει το 16,7% αυτών έναντι 10,5% των ερωτηθέντων Ελλήνων (Πίνακας 53, Σχήμα 41). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 7,517$, $df = 2$, $p < 0,05$).

Πίνακας 53: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και τι θεωρούν ότι είναι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Τι θεωρείτε ότι είναι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα;	Λειτουργημα	60 18,5%	33 12,5%	93 15,8%
	Επάγγελμα	34 10,5%	44 16,7%	78 13,3%
	Λειτουργημα & Επάγγελμα	230 71,0%	186 70,7%	416 70,9%
		324	263	587

$$\chi^2 = 7,517, df = 2, p < 0,05$$

Σχήμα 41: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και τι θεωρούν ότι είναι το επάγγελμα του νοσηλευτή με βάση τα σημερινά δεδομένα.



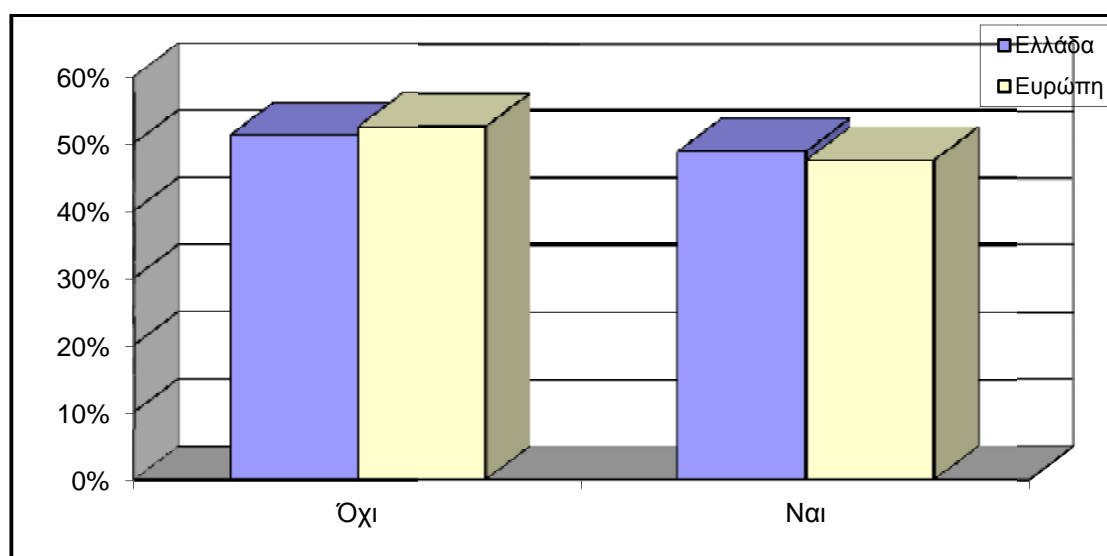
Σε παρόμοια ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 48,8%) όσο και οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι (ποσοστό 47,5%) πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η μισθολογική αμοιβή (Πίνακας 54, Σχήμα 42). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 0,089$, $df = 1$, NS).

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

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η μισθολογική αμοιβή;	Όχι	166 51,2%	138 52,5%	304 51,8%
	Ναι	158 48,8%	125 47,5%	283 48,2%
		324	263	587

$$\chi^2 = 0,089, df = 1, NS$$

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



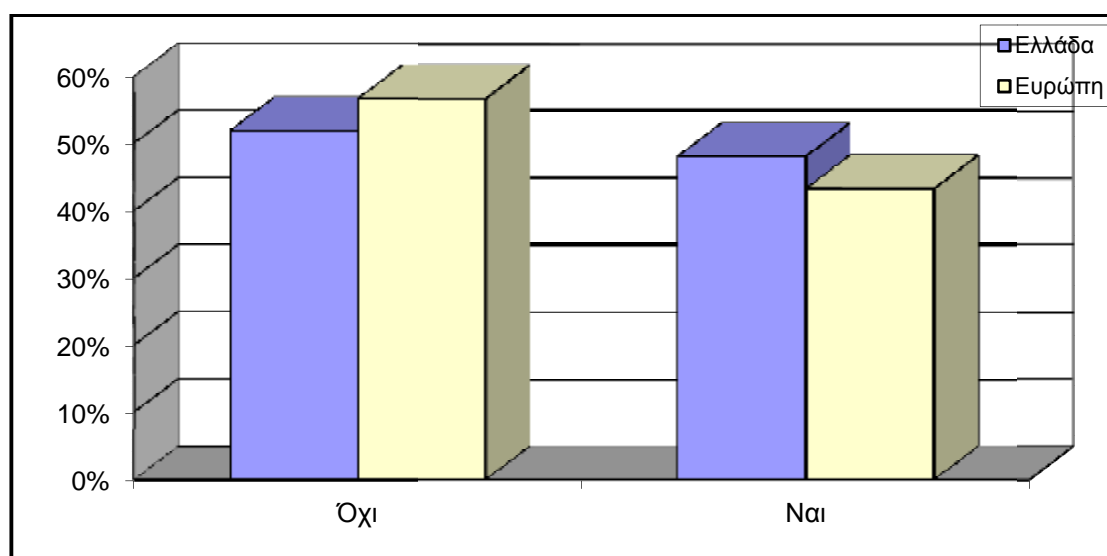
Σε παρόμοια ποσοστά επίσης, τόσο οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι (ποσοστό 43,3%) όσο και οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 48,1%) πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση (Πίνακας 55, Σχήμα 43). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 1,348$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 55: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η κοινωνική καταξίωση;	Όχι	168 51,9%	149 56,7%	317 54,0%
	Ναι	156 48,1%	114 43,3%	270 46,0%
		324	263	587

$$\chi^2 = 1,348, df = 1, NS$$

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



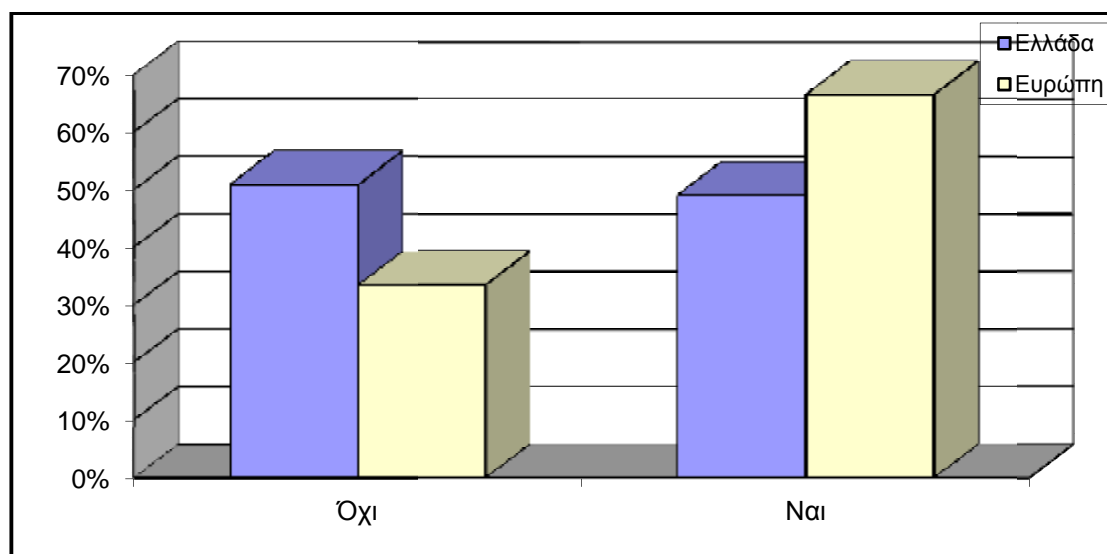
Το 66,5% των ερωτηθέντων Ευρωπαίων πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης έναντι των ερωτηθέντων Ελλήνων που το πιστεύουν σε ποσοστό 49,1% (Πίνακας 56, Σχήμα 44). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 18,057$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 56: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης;	Όχι	165 50,9%	88 33,5%	253 43,1%
	Ναι	159 49,1%	175 66,5%	334 56,9%
		324	263	587

$$\chi^2 = 18,057, df = 1, p < 0,0001$$

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



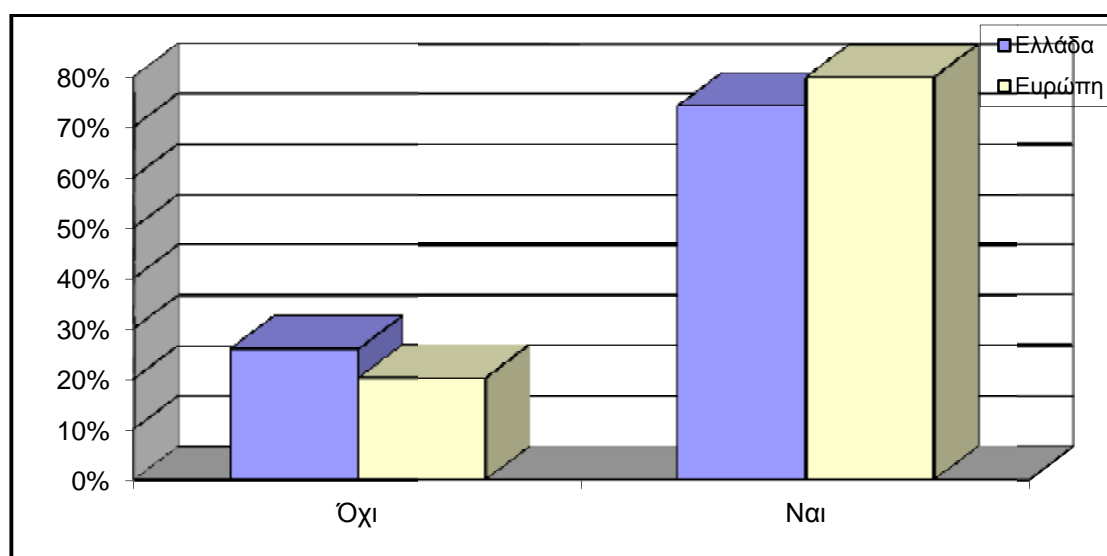
Σε παρόμοια υψηλά ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες Έλληνες (ποσοστό 79,8%) όσο και οι ερωτηθέντες Ευρωπαίοι (ποσοστό 74,1%) πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση (Πίνακας 57, Σχήμα 45). Η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 2,705$, $df = 1$, NS).

Πίνακας 57: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση;	Όχι	84 25,9%	53 20,2%	137 23,3%
	Ναι	240 74,1%	210 79,8%	450 76,7%
		324	263	587

$$\chi^2 = 2,705, df = 1, NS$$

Σχήμα 45: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι κίνητρο προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος η σίγουρη απασχόληση.



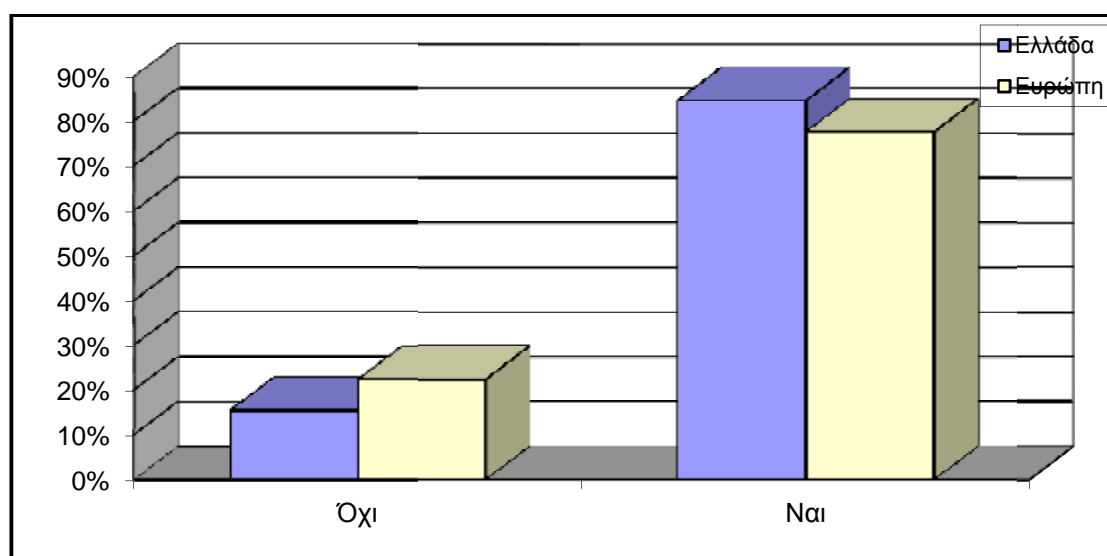
Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν σε πολύ υψηλό ποσοστό (84,6%) ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η ψυχολογική καταπόνηση έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που το πιστεύουν σε ποσοστό 77,6% (Πίνακας 58, Σχήμα 46). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 4,706$, $df = 1$, $p < 0,05$).

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

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η ψυχολογική καταπόνηση;	Όχι	50 15,4%	59 22,4%	109 18,6%
	Ναι	274 84,6%	204 77,6%	478 81,4%
		324	263	587

$\chi^2 = 4,706$, $df = 1$, $p < 0,05$

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



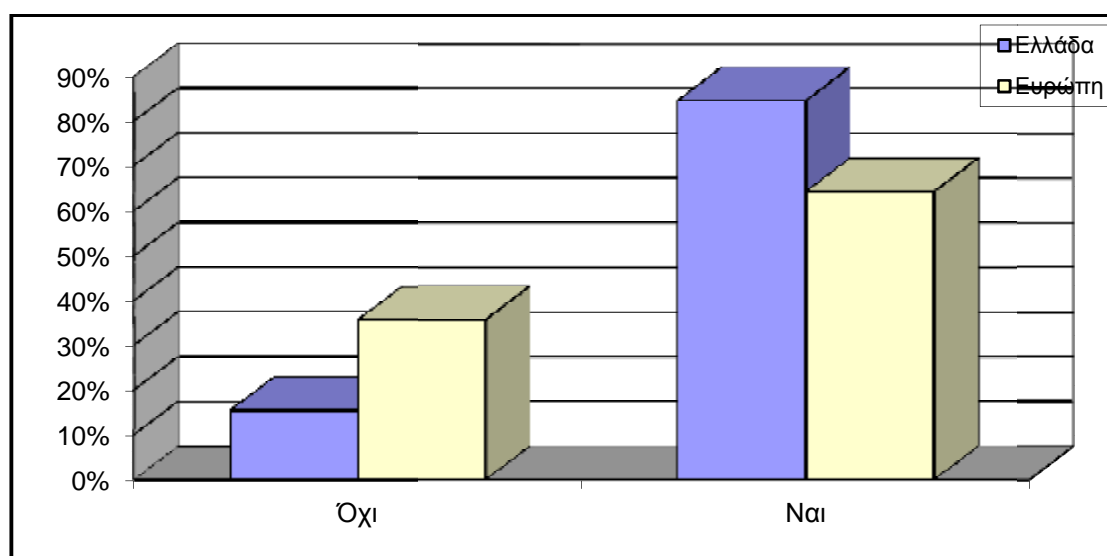
Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν σε πολύ υψηλό ποσοστό (84,6%) ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που το πιστεύουν σε ποσοστό 64,3% (Πίνακας 59, Σχήμα 47). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 32,342$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 59: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η σωματική καταπόνηση;	Όχι	50 15,4%	94 35,7%	144 24,5%
	Ναι	274 84,6%	169 64,3%	443 75,5%
		324	263	587

$$\chi^2 = 32,342, df = 1, p < 0,0001$$

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



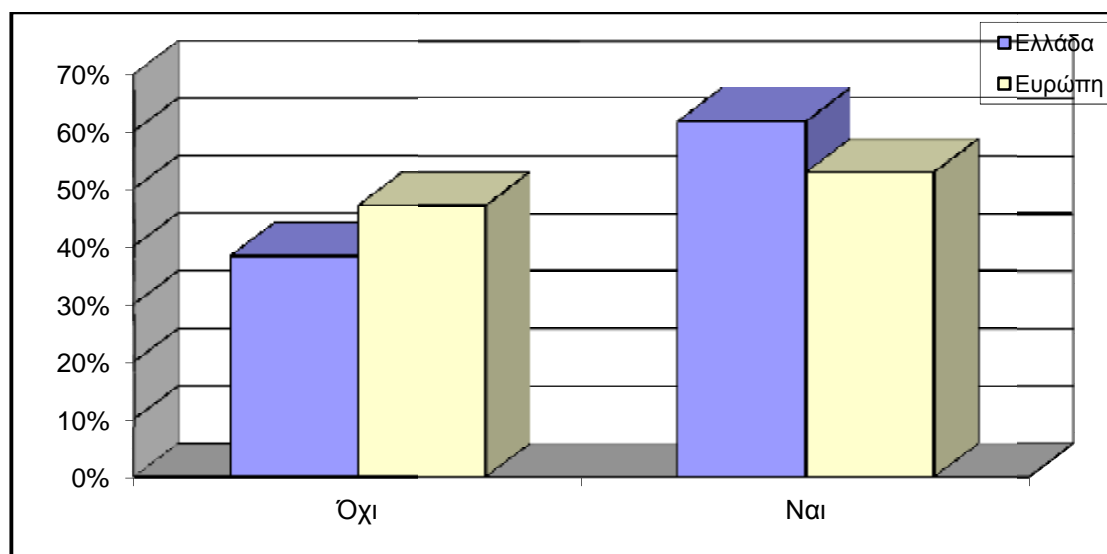
Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν σε υψηλό ποσοστό (61,7%) ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που το πιστεύουν σε ποσοστό 52,9% (Πίνακας 60, Σχήμα 48). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 4,688$, $df = 1$, $p < 0,05$).

Πίνακας 60: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα η μεγάλη ευθύνη;	Όχι	124 38,3%	124 47,1%	248 42,2%
	Ναι	200 61,7%	139 52,9%	339 57,8%
		324	263	587

$$\chi^2 = 4,688, df = 1, p < 0,05$$

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



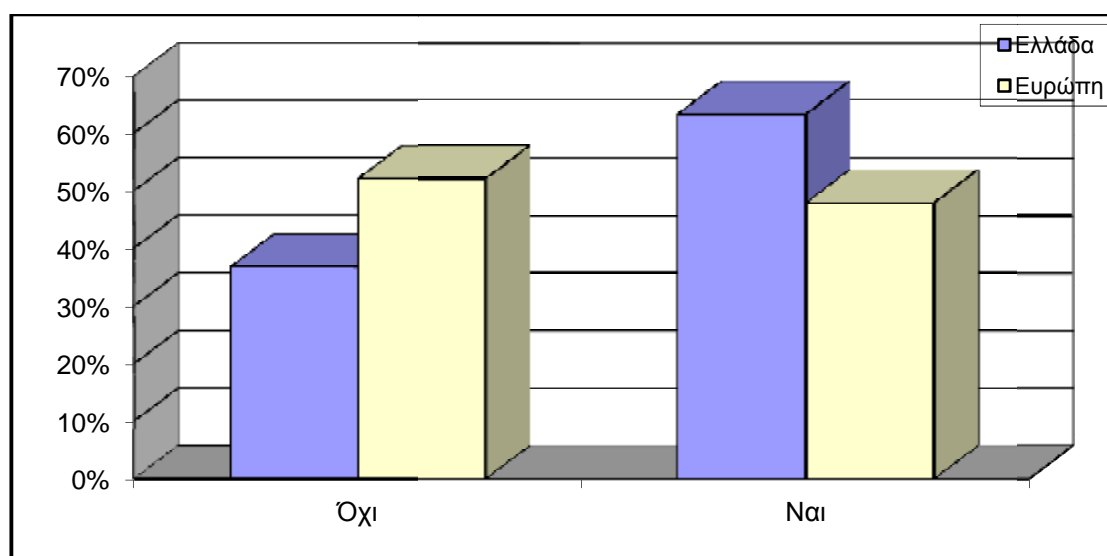
Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν σε υψηλό ποσοστό (63,3%) ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που το πιστεύουν σε ποσοστό 47,9% (Πίνακας 61, Σχήμα 49). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 13,932$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 61: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Πιστεύετε ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο;	Όχι	119 36,7%	137 52,1%	256 43,6%
	Ναι	205 63,3%	126 47,9%	331 56,4%
		324	263	587

$$\chi^2 = 13,932, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 49: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν πιστεύουν ότι είναι λόγος απομάκρυνσης από το νοσηλευτικό επάγγελμα το κυκλικό ωράριο.



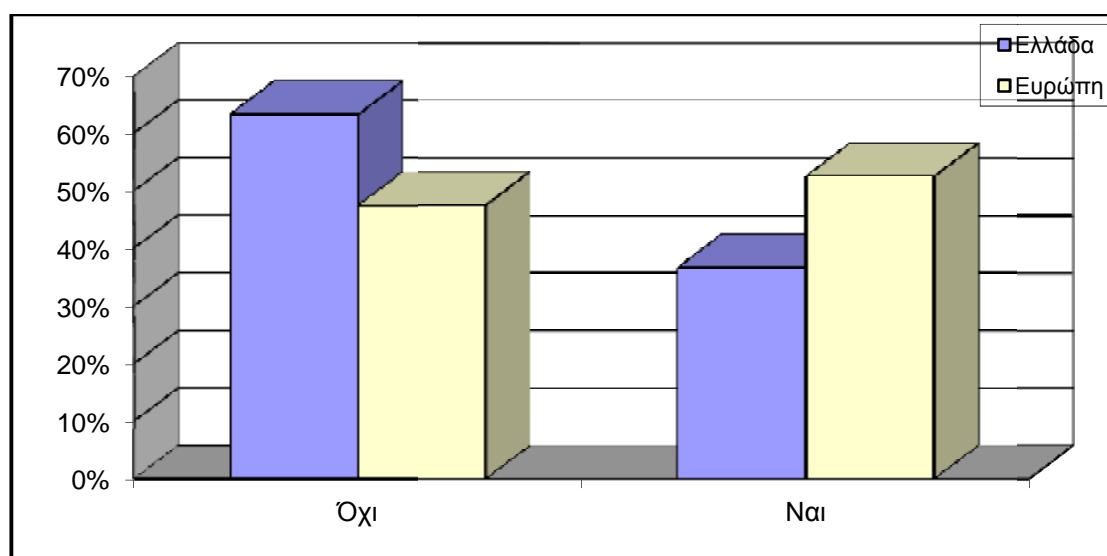
Οι ερωτηθέντες Έλληνες θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (63,3%) ότι δεν υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη Νοσηλευτική διεύθυνση έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που θεωρούν ότι δεν υπάρχει σε ποσοστό 47,5% (Πίνακας 62, Σχήμα 50). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 14,617$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 62: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη Νοσηλευτική διεύθυνση.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Θεωρείτε ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων σας από τη Νοσηλευτική διεύθυνση;	Όχι	205 63,3%	125 47,5%	330 56,2%
	Ναι	119 36,7%	138 52,5%	257 43,8%
		324	263	587

$$\chi^2 = 14,617, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 50: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από τη Νοσηλευτική διεύθυνση.



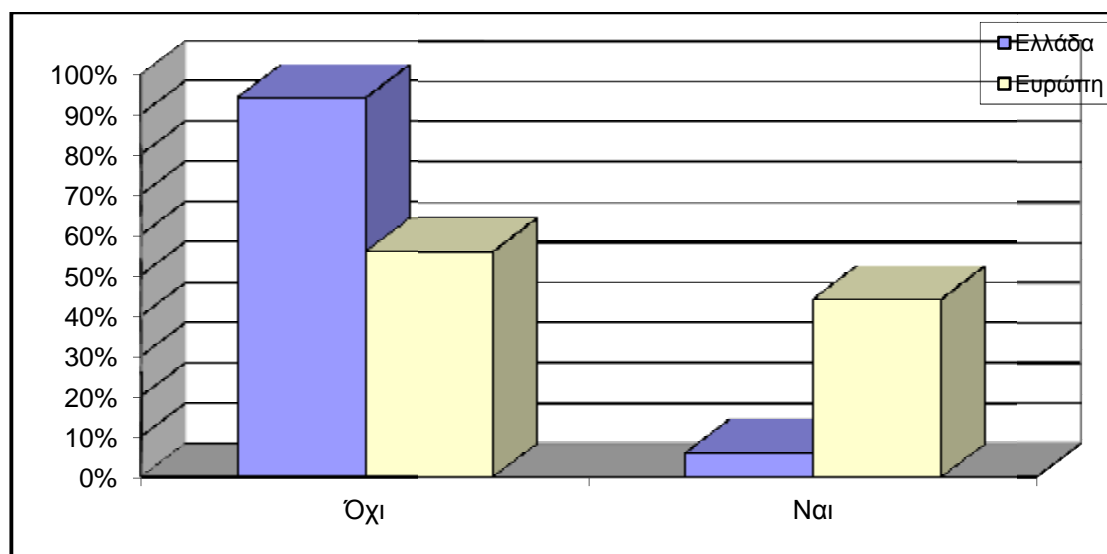
Το σύνολο σχεδόν (94,1%) των ερωτηθέντων Ελλήνων θεωρούν ότι δεν υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την Πολιτεία έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που θεωρούν ότι δεν υπάρχει σε ποσοστό 55,9% (Πίνακας 63, Σχήμα 51). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($\chi^2 = 119,882$, $df = 1$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 63: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την Πολιτεία.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Θεωρείτε ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων σας από την Πολιτεία;	Όχι	305 94,1%	147 55,9%	452 77,0%
	Ναι	19 5,9%	116 44,1%	135 23,0%
		324	263	587

$$\chi^2 = 119,882, df = 1, p < 0,0001$$

Σχήμα 51: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και εάν θεωρούν ότι υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την Πολιτεία.



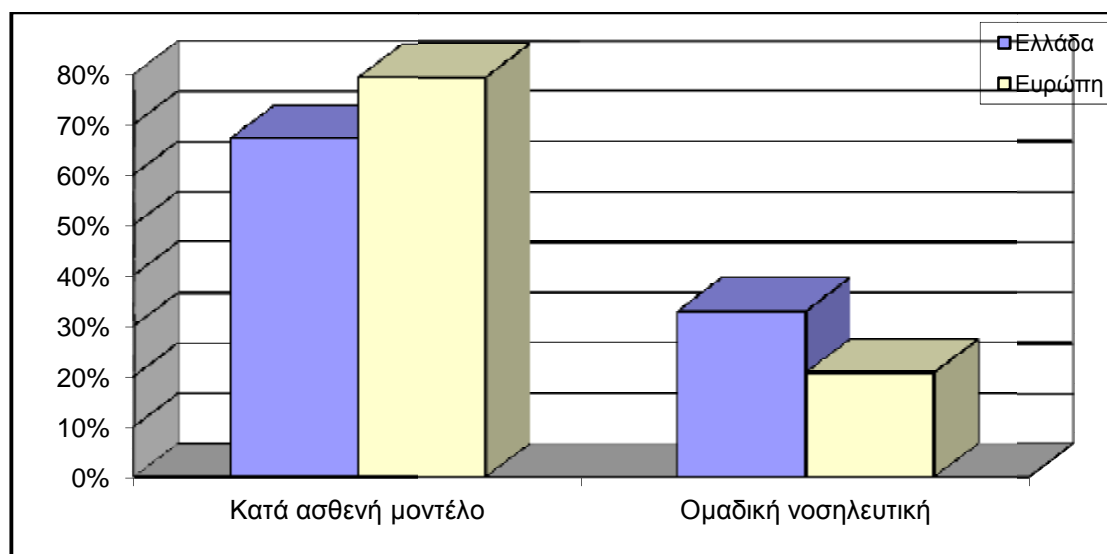
Οι ερωτηθέντες Έλληνες θεωρούν σε υψηλό ποσοστό (67,1%) ότι το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής αποτελεί το κατά ασθενή μοντέλο έναντι των ερωτηθέντων Ευρωπαίων που θεωρούν σε (ακόμα υψηλότερο) ποσοστό 79,3% (Πίνακας 64, Σχήμα 52). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πολύ σημαντική ($\chi^2 = 8,189$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Πίνακας 64: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και ποιο θεωρούν κατά τη γνώμη τους ότι αποτελεί το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Ποιο κατά τη γνώμη σας αποτελεί το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής;	Κατά ασθενή μοντέλο	171 67,1%	153 79,3%	324 72,3%
	Ομαδική νοσηλευτική	84 32,9%	40 20,7%	124 27,7%
		255	193	448

$$\chi^2 = 8,189, df = 1, p < 0,01$$

Σχήμα 52: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και ποιο θεωρούν κατά τη γνώμη τους ότι αποτελεί το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής.



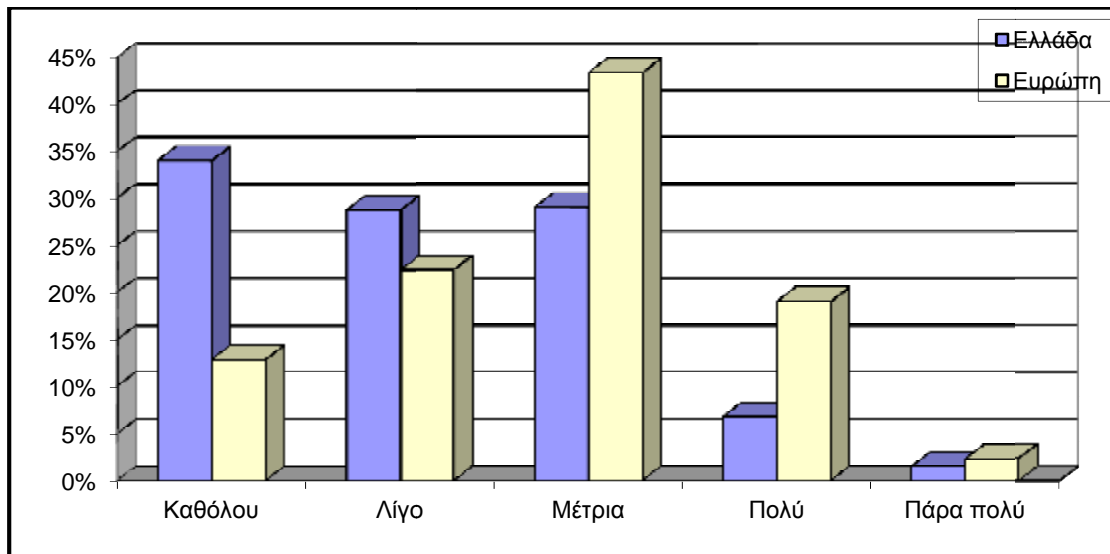
Οι ερωτηθέντες Έλληνες πιστεύουν περισσότερο ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα τους αφού δηλώνουν σε ποσοστό 87,5% «πολύ» και «πάρα πολύ» έναντι 41,4% των ερωτηθέντων Ευρωπαίων (Πίνακας 65, Σχήμα 53). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 113,350$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 65: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα τους.

		Χώρα προέλευσης		
		Ελλάδα	Ευρώπη	
Κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα σας;	Καθόλου	2 0,8%	10 5,2%	12 2,7%
	Λίγο	6 2,4%	41 21,2%	47 10,5%
	Μέτρια	24 9,4%	62 32,1%	86 19,2%
	Πολύ	95 37,3%	46 23,8%	141 31,5%
	Πάρα πολύ	128 50,2%	34 17,6%	162 36,2%
		255	193	448

$$\chi^2 = 113,350, df = 4, p < 0,0001$$

Σχήμα 53: Συσχέτιση της χώρας προέλευσης των ερωτηθέντων και του κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα τους.



Συζήτηση

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια. Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες. Σήμερα, οι ανισότητες όσον αφορά την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και οι μειωμένοι οικονομικοί πόροι αποτελούν πρόκληση για όλα τα Συστήματα Υγείας Παγκοσμίως. Απώτερος λοιπόν στόχος της παρούσας έρευνας είναι ο εντοπισμός διαφορών και ομοιοτήτων του νοσηλευτικού έργου ανάμεσα στην Ελλάδα και τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Με σκοπό κοινοποίηση των αποτελεσμάτων ώστε να ληφθούν μέτρα τα οποία θα βελτιώσουν το έργο των νοσηλευτών. Η έρευνα συγκρίνει την νοσηλευτική ως σύνολο ανάμεσα στην Ελλάδα και σε άλλες τέσσερις ευρωπαϊκές χώρες (Αγγλία, Βέλγιο, Κύπρο και Φινλανδία). Η σύγκριση γίνεται στον τρόπο εκπαίδευσης της νοσηλευτικής σε κάθε χώρα ξεχωριστά, στον τρόπο παροχής υπηρεσιών, το νομοθετικό πλαίσιο της κάθε χώρας καθώς και τις εκάστοτε μισθολογικές απολαβές.

Η ερευνητική μας προσπάθεια έγινε στην Πάτρα, στο Γενικό Πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Ρίου "Παναγία η Βοήθεια" και στο γενικό νοσοκομείο "Άγιος Ανδρέας", ο Πύργος Ηλείας στο γενικό νοσοκομείο "Ανδρέας Παπανδρέου", η Λαμία στο γενικό νοσοκομείο της περιοχής, η Αγγλία στο Southampton και στο GreatOrmondStreetHospital, το Βέλγιο στο Revalidatiecentrum<<BZIO>> oostende, η Κύπρος στο γενικό νοσοκομείο της Λευκωσίας και στο Tampereτης Φινλανδίας στο νοσοκομείο <<Tays>>. Το δείγμα είναι τυχαίο και έχει πραγματοποιηθεί ποιοτική ανάλυση. Κύριος **στόχος** της έρευνάς μας είναι να εντοπίσουμε τις διαφορές και τις ομοιότητες του ελληνικού και του ευρωπαϊκού νοσηλευτικού έργου ώστε να κοινοποιηθούν και να ληφθούν συγκεκριμένα μέτρα τα οποία θα βελτιώσουν το έργο των νοσηλευτών.

Το 81,2% στο δείγμα του πληθυσμού μας ήταν γυναίκες ενώ στις Ευρωπαϊκές χώρες του δείγματος μας το 74,1%. Αυτό αποδεικνύει ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα προτιμάται περισσότερο από γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των Ελλήνων είναι 34 έτη και των Ευρωπαίων 36 έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων η πρόσληψη τους φαίνεται να είναι σχετικά άμεση καθώς οι περισσότεροι εργάζονται

αμέσως μετά την απόκτηση του πτυχίου τους. Αυτό πα-παρουσιάζεται κυρίως στο δείγμα των ευρωπαϊκών χωρών.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σε δείγμα 587 νοσηλευτικού προσωπικού (324 Έλληνες και 263 άτομα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών). Το 74,1% του συνολικού δείγματος κατέχει τον τίτλο του νοσηλευτή ενώ το 25,9% του βοηθού νοσηλευτή Πιο συγκεκριμένα, το επίπεδο εκπαίδευσης όσον αφορά την Ελλάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό 51,9% έχει λάβει τον τίτλο της μέσης εκπαίδευσης. Όταν αναφερόμαστε σε μέση εκπαίδευση εννοούμε την αποφοίτηση από κάποιο τμήμα διευτούς φοίτησης ή ΙΕΚ που σχετίζεται με την νοσηλευτική επιστήμη.²⁴ Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό άλλων ευρωπαϊκών χωρών το μεγαλύτερο ποσοστό 33,8% προέρχεται από Πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Μόλις το 13% των Ελλήνων νοσηλευτών φέρει τίτλο από ανώτατο τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα. Αξιοσημείωτο είναι τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη πολύ λίγοι είναι εκείνοι που έχουν μεταπτυχιακές σπουδές, το 1,2% των Ελλήνων και μόλις 0,8% των Ευρωπαίων. Αυτό είναι απόλυτα δικαιολογημένο για τους Έλληνες καθώς το 30,2% δηλώνει πως υπάρχουν λίγες ευκαιρίες για μεταπτυχιακά ενώ το 29,6% δηλώνει μέτριες ευκαιρίες. Σε αντίθεση όμως οι Ευρωπαίοι, φαίνεται να έχουν πολλές ευκαιρίες μεταπτυχιακών σε ποσοστό 39,5%. Βέβαια το γεγονός ότι οι Ευρωπαίοι έχουν περισσότερες ευκαιρίες δεν ανταποκρίνεται στην απάντηση για το αν κατέχουν τίτλο μεταπτυχιακού.

Τα αποτελέσματα της ερώτησης για το αν είναι ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα εκπαίδευσης της νοσηλευτικής δεν παρουσιάζουν κάποια σημαντική στατιστική διαφορά. Τόσο οι ερωτηθέντες Έλληνες όσο και οι Ευρωπαίοι παρουσιάζονται μέτρια ικανοποιημένοι με 49,4% και 51% αντίστοιχα.

Οι Έλληνες νοσηλευτές αναρωτιούνται πως είναι δυνατόν να είναι ικανοποιημένοι όταν με την εργασία που προσφέρουν αμείβονται με μισθούς μη ικανοποιητικούς ή όταν καταργούνται τα συνταγματικά κατοχυρωμένα εργασιακά τους δικαιώματα όπως η κατάργηση του πενθήμερου, η νυχτερινή εργασία ή η κατάργηση της δωδεκάωρης ενδιάμεσης ξεκούρασης μεταξύ των δύο βαρδιών.²² Η δυσαρέσκεια αυτή, επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με το 58,3% των Ελλήνων νοσηλευτών να δηλώνει πως δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο από το σύστημα υγείας έναντι 1,9% των ερωτηθέντων Ευρωπαίων. Οι Ευρωπαίοι δηλώνουν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι με ποσοστό 47,5% έναντι των 17,6% των ερωτηθέντων Ελλήνων νοσηλευτών.

Στην Ελλάδα, η μη ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι απόλυτα λογική και κατανοητή αν λάβει κανείς υπόψην του τις ελλείψεις που παρουσιάζονται στα νοσοκομεία. Οι ελλείψεις σε αναλώσιμα υλικά, τεχνολογικό εξοπλισμό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζουν ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον. Γενικότερα το νοσοκομειακό περιβάλλον στην Ελλάδα φαίνεται να πάσχει κυριολεκτικά καθώς οι ελλείψεις που παρατηρούνται είναι τεράστιες ενώ αντίθετα σε άλλες χώρες της Ευρώπης η εικόνα που παρουσιάζεται, σαφώς είναι πολύ καλύτερη. Πιο συγκεκριμένα, οι ελλείψεις που υπάρχουν στην Ελλάδα σε αναλώσιμα υλικά φτάνουν το 88,9% ενώ στην Ευρώπη σε ποσοστό 24%. Αντίστοιχη στατιστική διαφορά παρουσιάζεται και στις ελλείψεις τεχνολογικού εξοπλισμού 77,8% για την Ελλάδα ενώ 27% για την Ευρώπη. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού εντοπίζεται στην Ελλάδα αλλά και στις χώρες την υπόλοιπης Ευρώπης. Το ποσοστό έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλό 93,2%, αυτό έχει ως συνέπεια την εξουθένωση του ήδη υπάρχοντος νοσηλευτικού προσωπικού με σοβαρή επίπτωση στην ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων ενώ σε μικρότερο ποσοστό υπάρχει και στις χώρες της υπόλοιπης Ευρώπης με ποσοστό 70%. Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζονται και στις ελλείψεις βοηθών νοσηλευτών με ποσοστό 84% για την Ελλάδα και με ποσοστό 58,2% για την υπόλοιπη Ευρώπη. Εκτός από ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα παρουσιάζονται και ελλείψεις σε ιατρούς με ποσοστό 62% έναντι 45,2% στην υπόλοιπη Ευρώπη. Ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό φαίνεται πως η Ευρώπη δεν αντιμετωπίζει, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό 54,8% δηλώνει πως δεν υπάρχουν.

Πάρα πολύ σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα με $p < 0,0001$ φέρει η ερώτηση για το αν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες που επικρατούν στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται. Το μεγαλύτερο ποσοστό των Ελλήνων 83% δεν είναι ικανοποιημένο από την κατάσταση που επικρατεί στα Ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα σε αντίθεση με τους Ευρωπαίους που το 81% δηλώνει ευχαριστημένο.

Ο μέσος όρος εβδομαδιαίων ωρών εργασίας στην Ελλάδα είναι 39,6 ώρες, ελάχιστα περισσότερες δηλαδή από εκείνες των Ευρωπαίων που είναι 37,04 ώρες. Σε κυκλικό ωράριο, όπως δείχνει η έρευνα, εργάζονται και οι Έλληνες και οι Ευρωπαίοι 77,2% και 72,6% αντίστοιχα. Ενώ μικρό σχετικά ποσοστό είναι εκείνοι που δεν εργάζονται σε κυκλικό ωράριο το 22,8% για την Ελλάδα και 27,4% για την Ευρώπη.

Η ζωή των περισσότερων νοσηλευτών σε Ελλάδα και Ευρώπη φαίνεται να επηρεάζεται αρνητικά από το κυκλικό ωράριο και όπως δηλώνει το μεγαλύτερο

ποσοστό επηρεάζεται <<πολύ>> και <<πάρα πολύ>>. Στην ερώτηση κατά πόσο το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική τους ζωή οι Έλληνες δηλώνουν <<πάρα πολύ>> με ποσοστό 41,4% ενώ οι Ευρωπαίοι <<πολύ>> με 36,5%

Αναλογιζόμενοι την οικονομική κρίση που τα τελευταία χρόνια καλείται να αντιμετωπίσει η χώρα μας θα δικαιολογήσει το μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων νοσηλευτών 90,1% που παρουσιάζεται μη ικανοποιημένο με τις χρηματικές του αμοιβές ενώ αντίθετα η Ευρώπη φαίνεται περισσότερο ευχαριστημένη με ποσοστό 54,4% . Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η νοσηλευτική είναι ένας από τους επαγγελματικούς κλάδους με τις καλύτερες αποδοχές και ασφάλιση ενώ στην Ελλάδα είναι από τα πιο κακοπληρωμένα επαγγέλματα και ασφαλιστικά στο δημόσιο δεν αναγνωρίζεται το ανθυγιεινό της εργασίας.²²

Αξιόλογες είναι και οι αναλύσεις των παρακάτω αποτελεσμάτων. Διαπιστώνεται πως η δύναμη των ατόμων φροντίδας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Ευρώπης είναι ελάχιστα μεγαλύτερη από αυτή της Ελλάδας, καθώς ο μέσος όρος των κλινών ανέρχεται στα 26 ενώ της Ελλάδας 23. Σημαντικό στοιχείο σύγκρισης είναι ο μέσος αριθμός των ασθενών που αντιστοιχεί σε κάθε νοσηλεύτη. Τα αποτελέσματα που αφορούν την Ευρώπη ανέδειξαν πως σε κάθε νοσηλεύτη αντιστοιχούν 4,58 ασθενείς μέσο όρο. Για τα ελληνικά δεδομένα ο μέσος όρος είναι 12,24 ασθενείς για κάθε νοσηλεύτη. Τα αποτελέσματα προέρχονται από δημόσια νοσοκομεία. Εδώ φαίνεται η τεράστια έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση ποιοτικής φροντίδας και την εξουθένωση του υπάρχοντος νοσηλευτικού προσωπικού νοσηλευτικού. Το γεγονός αυτό διαφαίνεται ακόμη περισσότερο αν αναλογιστεί κανείς ότι από τον νόμο, ο μέγιστος αριθμός ασθενών για φροντίδα ανά νοσηλεύτη ανέρχεται στους 5 ασθενείς.⁵⁵ Ένα μεγάλο πρόβλημα που διαπιστώνεται από την αναλογία των νοσηλευτών προς ασθενείς είναι τα λάθη που γίνονται στην χορήγηση φαρμάκων. Συγκεκριμένα ένα από τα αποτελέσματα της μελέτης που δημοσιεύτηκε στο έγκριτο επιστημονικό έντυπο “BritishMedicalJournal” στις 12 Μαρτίου του 2009 είναι ότι ο φόρτος εργασίας και η κούραση συμβάλουν στο 32% των νοσηλευτικών λαθών.²¹

Στην ερώτηση αν το νοσηλευτικό δυναμικό καλύπτει τις ανάγκες της κλινικής που εργάζεται, τόσο η Ευρώπη όσο και η Ελλάδα δηλώνει ότι καλύπτει τις ανάγκες <<μέτρια>> με ποσοστά 41,8% και 38,9% αντίστοιχα.

Χωρίς ιδιαίτερες στατιστικές σημαντικότητες είναι και η απάντηση στην ερώτηση, αν ο τομέας της εργασίας τους προάγει την κοινωνική της αποδοχή.

Έλληνες και Ευρωπαίοι απαντούν <<μέτρια>> με ποσοστό 37% και 46,8% αντίστοιχα και <<πολύ>> με ποσοστό 23,8% για τους Έλληνες και 38,8% για τους υπόλοιπους Ευρωπαίους.

Οι απαντήσεις στην ερώτηση, κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας και το αντικείμενο εργασίας του κάθε νοσηλευτή παρέχει την δυνατότητα συμμετοχής τους σε έρευνες νοσηλευτικών θεμάτων το 34% των Ελλήνων απάντησε <<καθόλου>> και 28,7% <<λίγο>> επισημαίνοντας την έλλειψη χρόνου, τον αυξημένο αριθμό ασθενών ανά νοσηλευτή. Στην Ευρώπη τα αποτελέσματα είναι κάπως διαφορετικά, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε <<μέτρια>> , με ποσοστό 43,3% και το 22,4% <<λίγο>>. ^{20,21}

Η εκπαίδευση και η έρευνα αποτελούν δύο πόλους, οι οποίοι συνθέτουν την φυσιογνωμία της κάθε επιστήμης. ⁵⁸ Αναγκαίο βέβαια, είναι και το διοικητικό έργο με σημαντικά καθήκοντα και ευθύνες σε όλα τα θέματα και τους τομείς του συστήματος. ²⁹ Η κύρια όμως μέριμνα των νοσηλευτών είναι η παροχή φροντίδας στον ασθενή. ^{21,22} Στο ερώτημα πόσο χρόνο σας καταναλώνετε για τα αναφερόμενα καθήκοντα οι Έλληνες δήλωσαν το 20,71% σε θέματα διοίκησης, το 13,12% σε θέματα εκπαίδευσης, το 5,26% σε έρευνα και το 63,57% στην παροχή φροντίδας. Αντίστοιχα οι Ευρωπαίοι δήλωσαν το 18,85% σε θέματα διοίκησης, το 10,87% σε θέματα εκπαίδευσης, το 6,40% σε έρευνα και το 64,52% στην παροχή φροντίδας. Διαπιστώνεται ότι σε όλες τις χώρες περισσότερος χρόνος καταναλώνεται στην παροχή φροντίδας του αρρώστου και λιγότερος για τα υπόλοιπα καθήκοντα τους.

Η Florence Nightingale, η πρώτη νοσηλεύτρια έθεσε τις βάσεις της σύγχρονης επιστημονικής Νοσηλευτικής και κατέστησε το Νοσηλευτικό έργο κοινωνικό λειτούργημα. ²² Το νοσηλευτικό επάγγελμα δίκαια θεωρείται ότι είναι πάνω απ' όλα λειτούργημα με βασικές συνιστώσες τη συγκινησιακή αφοσίωση, την ανθρωπιά και την προσφορά αγάπης. ⁸ Σύμφωνα με την έρευνά μας το μεγαλύτερο ποσοστό 71% του νοσηλευτικού προσωπικού της Ελλάδας θεωρεί ότι οι νοσηλευτές ασκούν ταυτόχρονα λειτούργημα και επάγγελμα, το 10,5% μόνο επάγγελμα και το 18,5% μόνο λειτούργημα. Και οι υπόλοιποι Ευρωπαίοι στην πλειοψηφία τους, το 70,7% έχουν την άποψη ότι η Νοσηλευτική είναι λειτούργημα και επάγγελμα το 16,7% υποστηρίζει μόνο επάγγελμα και το 12,5% μόνο λειτούργημα.

Στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι κίνητρο προσέλκυσης στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι η μισθολογική αμοιβή δεν φαίνεται ότι παρουσιάζονται ιδιαίτερα σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα. Μεταξύ Ελλάδας και Ευρώπης συμφωνούν και

οι δύο ομάδες στο ότι η μισθολογική τους αμοιβή δεν αποτελεί κίνητρο για τον νοσηλευτή με ποσοστό 51,2% και 52,5% αντίστοιχα ενώ εκείνοι που πιστεύουν ότι η μισθολογική αμοιβή αποτελεί κίνητρο είναι 48,8% για τους Έλληνες και 47,5% για τους Ευρωπαίους. Σ' αυτό το σημείο θα θέλαμε να επισημάνουμε πως μας προξένησε εντύπωση το ποσοστό των Ελλήνων που θεωρεί κίνητρο την χρηματική αμοιβή 48,8% καθώς αποτελεί ένα σεβαστό ποσοστό από την μία, από την άλλη όμως το παραπάνω αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με αυτό που δηλώνουν σε άλλη ερώτηση οι Έλληνες, ότι δηλαδή δεν είναι ικανοποιημένοι από τις χρηματικές τους αμοιβές σε ποσοστό 90,1%.

Η FlorenceNightingale οραματίστηκε την νοσηλευτική ως μια επιστήμη με ανεκτίμητη συνεισφορά στην κοινότητα.²⁰ Τόσο οι Ευρωπαίοι όσο οι Έλληνες φαίνεται να συμφωνούν με μικρή διαφορά στο ότι η κοινωνική καταξίωση δεν αποτελεί κίνητρο προσέλευσης για το νοσηλευτικό επάγγελμα με 51,9% για την Ελλάδα και 56,7% για την υπόλοιπη Ευρώπη.

Οι απόψεις δίστανται στο αν η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης αποτελεί κίνητρο προσέλευσης στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι Έλληνες μάλλον διαχάζονται αν παρατηρήσει κανείς τα αποτελέσματα της έρευνας, το 50,9% δηλώνει <<όχι>> ενώ το 49,1% δηλώνει <<ναι>>. Σε αντίθεση η Ευρώπη με αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό 66,5% πιστεύει πως η αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης αποτελεί κίνητρο προσέλευσης στο επάγγελμα.

Μπορεί να παρουσιάζονται διαφορές όσον αφορά τι τελικά αποτελεί το βασικό κίνητρο προσέλευσης στο νοσηλευτικό επάγγελμα, το μόνο σίγουρο είναι ότι όλες οι χώρες πιστεύουν πως αποτελεί ένα επάγγελμα με σίγουρη απασχόληση με ποσοστό 74,1% για την Ελλάδα και 79,8% για την υπόλοιπη Ευρώπη.

Στην ερώτηση για τους λόγους απομάκρυνσης από το επάγγελμα το 84,6% του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα απάντησε ότι σοβαρός λόγος απομάκρυνσης είναι η είναι η ψυχολογική καταπόνηση, το 61,7% η μεγάλη ευθύνη και το 63,3% το κυκλικό ωράριο. Οι Ευρωπαίοι απάντησαν 77,6% για την ψυχολογική καταπόνηση, το 64,3% για την σωματική καταπόνηση, το 52,9% για την μεγάλη ευθύνη και τέλος το 52,1% δεν θεωρεί πως το κυκλικό ωράριο αποτελεί λόγο απομάκρυνσης από το επάγγελμα.

Τέλος καταγράψαμε τις απαντήσεις τους για το αν υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την νοσηλευτική διεύθυνση και την πολιτεία. Το 63,3% των Ελλήνων πιστεύει πως δεν υπάρχει κατανόηση από την νοσηλευτική διεύθυνση και

το 94,1% πως δεν υπάρχει κατανόηση από την πολιτεία. Αντίθετα οι Ευρωπαίοι πιστεύουν πως υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων τους από την νοσηλευτική διεύθυνση με ποσοστό 52,5% ενώ δυσαρεστημένοι φαίνονται από την κατανόηση της πολιτείας με ποσοστό 55,9%.

Αδιαμφισβήτητα το ιδανικότερο μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής αποτελεί το <<κατά ασθενή>> μοντέλο με την Ελλάδα να δηλώνει υπέρ αυτού του μοντέλου σε ποσοστό 67,1% και την Ευρώπη σε ποσοστό 79,3%.

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα βιώνει μια πραγματικά δύσκολη κατάσταση λόγω της οικονομικής κρίσης. Πέρασαν όμως αναεπιστρεπτικά χρόνια της ευημερίας και τα αποτελέσματα της κρίσης είναι εμφανή σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής. Έτσι λοιπόν θα ήταν σημαντική παράλειψη από την πλευρά μας αν δεν θέταμε το ερώτημα κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα θα τα χαρακτηρίζαμε αναμενόμενα. Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα δηλώνει πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει <<πολύ>> την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας με ποσοστό 37,3% και <<πέρα πολύ>> με ποσοστό 50,2% αντίστοιχα. Όσον αφορά την υπόλοιπη Ευρώπη το μεγαλύτερο ποσοστό 32,1% δηλώνει πως η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας έχει επηρεαστεί <<μέτρια>> από την οικονομική κρίση ενώ <<πολύ>> δηλώνει το 23,8%, ένα σεβαστό ποσοστό 21,2% δηλώνει πως έχει επηρεαστεί <<λίγο>>.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας ανεξάρτητα από τις ελλείψεις και τα προβλήματα που επικρατούν, τόσο οι Έλληνες όσο και Ευρωπαίοι είναι πρόθυμοι να κατατάξουν την νοσηλευτική ως μία από τις σημαντικότερες επιστήμες αρκεί, να τους δοθούν τα κίνητρα. Επιπρόσθετα θα θέλαμε να τονίσουμε πως αυτή η μελέτη στηρίχθηκε στις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας και νοοτροπίας της κάθε χώρας που συμμετείχε στην έρευνα. Μελλοντικά θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματά της για την ομαλότερη και λειτουργικότερη πορεία της νοσηλευτικής επιστήμης.

Συμπεράσματα-Προτάσεις

- Η εκπαίδευση της Νοσηλευτικής επιστήμης πρέπει να εδραιωθεί με κατάλληλο εξοπλισμό εργαστηρίων καθώς και με καθηγητές που γνωρίζουν καλά το αντικείμενο αυτό.
- Να δίνεται η ευκαιρία μεταπτυχιακών και η δυνατότητα ειδικοτήτων χωρίς να υπάρχει αναμονή και δυσκολία διεκπεραίωσης τους.
- Να δίνονται κίνητρα δια βίου μάθησης.
- Να αυξηθεί ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία με διορισμό των απαιτούμενων νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών για την ομαλότερη λειτουργία του έργου τους.
- Διευθέτηση των ακριβών αρμοδιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού και των βοηθών ώστε να οριοθετείται η εργασία του καθενός και να αποφεύγονται πιθανές συγκρούσεις.
- Προτροπή των νοσηλευτών και των βοηθών για παρακολούθηση σεμιναρίων με χορήγηση άδειας και μοριοδότηση αυτών.
- Η τοποθέτηση νοσηλευτών με ειδικότητες σε αντίστοιχα τμήματα και μόνο εφόσον υπάρχει μεγαλύτερη εξειδίκευση.
- Μείωση των ελλείψεων σε αναλώσιμα υλικά, τεχνολογικό εξοπλισμό και σε προσωπικό.
- Αύξηση των χρηματικών αποδοχών, όσο είναι εφικτό αυτό, εν όψη οικονομικής κρίσης.
- Χορήγηση του κατάλληλου εξοπλισμού με βάση τις ανάγκες του εκάστοτε τμήματος.
- Διανομή ηλεκτρονικού υπολογιστή σε όλα τα τμήματα για την μείωση του χρόνου αρχειοθέτησης και διευκόλυνση των ασθενών με προβλήματα γραφειοκρατίας.
- Ύπαρξη ενός συγκεκριμένου λογισμικού προγράμματος με βάση την αντικατάσταση της γραπτής λογοδοσίας και την επικοινωνία ιατρών-νοσηλευτών για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

- Όλοι οι φορείς που ασχολούνται με την οργάνωση και την διοίκηση των διαφόρων νοσοκομείων πρέπει να φροντίσουν το προσωπικό έτσι που να του παρέχονται ευκολίες, όπως σε χώρους προσωπικού για ξεκούραση, αποδυτήρια, καφετέριες και τραπεζαρίες με καλό φαγητό.
- Τα άτομα που ασχολούνται με τα προγράμματα τήρησης βάρδιας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλες τις παραμέτρους που αφορούν το προσωπικό όπως, ηλικία, θέση, οικογενειακούς παράγοντες ψυχολογικούς και άλλες.
- Είναι επιτακτική ανάγκη να γίνουν επαναξιολογήσεις έτσι ώστε να βελτιωθούν οι συνθήκες, να προάγουν την υγεία και την ασφάλεια του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και την διασφάλιση της ποιότητας νοσηλείας και των ασθενών.
- Να γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες κατανόησης των προβλημάτων από την νοσηλευτική διεύθυνση αλλά και από την πολιτεία.
- Να επιβραβεύονται οι πράξεις του νοσηλευτικού προσωπικού από την πολιτεία για τόνωση του ηθικού και να αναγνωρίζεται η αξία των έργων τους.
- Να δίνονται περισσότερες ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη.
- Να προσφέρονται περισσότερα κίνητρα προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Περίληψη

Η Νοσηλευτική σήμερα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους και βασικότερους κλάδους επιστήμης και τέχνης στο υγειονομικό σύστημα. Έργο της είναι η φροντίδα του υγιούς και του άρρωστου, η προώθηση της υγείας και η πρόληψη της ασθένειας. Είναι επιστήμη υγείας και τέχνη με κύριο στόχο την συστηματική και ολιστική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών.

Σκοπόςτης εργασίας μας είναι η διερεύνηση παραγόντων που συμβάλουν στην πρόοδο της νοσηλευτικής ως επιστήμη και τέχνη στην εκπαίδευση και στο επάγγελμα σε χώρες της Ευρώπης, με την επισήμανση παραμέτρων που προάγουν την εκπαίδευση και το επάγγελμα της νοσηλευτικής σε χώρες της Ευρώπης με απώτερο στόχο την βελτίωση της νοσηλευτικής στην Ελλάδα.

Υλικό-Μέγεθος: Το δείγμα του Νοσηλευτικού Προσωπικού (587 άτομα) της έρευνας προέρχεται από την Ελλάδα και άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως Αγγλία, Βέλγιο, Κύπρο και Φινλανδία. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η συλλογή πληροφοριών έγινε με προσωπική επικοινωνία αλλά και μέσω διαδικτύου. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 40 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 ήταν ανοιχτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Η συγγραφή του οποίου στηρίχθηκε στη Διεθνή βιβλιογραφία και η γλώσσα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η Ελληνική και η Αγγλική. Η έρευνα μας διήρκησε περισσότερο του ενός έτους, πιο συγκεκριμένα από Οκτώβριο του 2012 έως και Νοέμβριο του 2013. Η κωδικοποίηση έγινε με την χρήση του προγράμματος SPSS και η μέθοδος επεξεργασίας και ανάλυσης των αποτελεσμάτων ήταν - test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) και το t-test (student's test). Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων έγινε με την μέθοδο των Kolmogorov-Smirnov.

Αποτελέσματα: Το επίπεδο εκπαίδευσης της Νοσηλευτικής στις συγκεκριμένες χώρες της Ευρώπης φαίνεται να είναι καλύτερο από αυτό των Ελλήνων καθώς το 38,8% των Ευρωπαίων νοσηλευτών προέρχεται από πανεπιστημιακή εκπαίδευση ενώ μόνο το 18,5% των Ελλήνων νοσηλευτών είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Το 49,4% των Ελλήνων δηλώνει ότι είναι μέτρια ικανοποιημένο από το βασικό σύστημα εκπαίδευσης της νοσηλευτικής στη χώρα τους έναντι των Ευρωπαίων που ανέρχεται στο 51%. Μικρή διαφορά φαίνεται να υπάρχει στις ευκαιρίες μεταπτυχιακών που τους παρέχονται στην χώρα τους με πρωτοπόρους

τους Ευρωπαίους με ποσοστό 39,5% έναντι των Ελλήνων με 30,2%. Από το σύστημα υγείας που επικρατεί στην χώρα τους, το 58,3% των Ελλήνων νοσηλευτών δηλώνουν ότι δεν είναι ευχαριστημένο ενώ στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες φαίνεται να είναι μέτρια η ικανοποίησή τους. Με στατιστικά σημαντική διαφορά με $p < 0,05$ παρουσιάζονται οι ελλείψεις σε αναλώσιμα και τεχνολογικό εξοπλισμό στην Ελλάδα που ανέρχονται στο 88% και 77,8% αντίστοιχα ενώ οι αντίστοιχες ελλείψεις στην υπόλοιπη Ευρώπη φαίνεται να παρουσιάζονται σε μικρότερο ποσοστό μόλις 24% και 27% αντίστοιχα. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να υπάρχει στην Ελλάδα όσο και στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, αυτή όμως που φαίνεται να αντιμετωπίζει μεγαλύτερο πρόβλημα είναι η Ελλάδα καθώς οι ελλείψεις της σε προσωπικό αγγίζουν το 93%. Η πλειοψηφία των Ελλήνων, το 90,1% νοσηλευτών δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο με τις χρηματικές του αμοιβές σε αντίθεση με τους Ευρωπαίους που εμφανίζονται μερικώς ευχαριστημένοι. Μεγάλο ποσοστό των Ελλήνων αλλά και των Ευρωπαίων απομακρύνεται από το επάγγελμα κυρίως λόγω της ψυχολογικής και σωματικής καταπόνησης. Η οικονομική κρίση, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, φαίνεται να έχει επηρεάσει σε μεγαλύτερο βαθμό την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα σε σχέση με την Ευρώπη.

Συμπεράσματα: Οι παράγοντες που επηρεάζουν το νοσηλευτικό επάγγελμα φαίνεται να διαφέρουν ανάμεσα στην Ελλάδα και τις χώρες που συμμετέχουν στην έρευνα. Στην Ελλάδα φαίνεται να υπάρχουν θεσμικά και λειτουργικά προβλήματα όσον αφορά την νοσηλευτική περισσότερο από την Ευρώπη. Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των Ευρωπαίων είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου σε σχέση με τους Έλληνες, ωστόσο και οι δυο είναι μέτρια ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα εκπαίδευσης στη νοσηλευτική. Οι ευκαιρίες για μεταπτυχιακά δεν είναι πολλές. Οι ελλείψεις στην χώρα μας τόσο σε νοσηλευτικό προσωπικό όσο σε τεχνολογικό εξοπλισμό και αναλώσιμα είναι ασύγκριτα μεγαλύτερες από αυτές που παρουσιάζονται σε άλλες χώρες. Οι χρηματικές απολαβές στη Ελλάδα δείχνουν να μην είναι ικανοποιητικές. Οι λόγοι απομάκρυνσης από το επάγγελμα είναι κυρίως η ψυχολογική και σωματική εξουθένωση την οποία οι νοσηλευτές αδυνατούν να διαχειριστούν. Η οικονομική κρίση, που καλείται να αντιμετωπίσει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, έχει επηρεάσει σε μεγαλύτερο βαθμό την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε σύγκριση με την Ευρώπη, κάτι το οποίο επιβαρύνει επιπλέον το ήδη νοσηρό σύστημα Υγείας που επικρατεί στην Ελλάδα, ωστόσο η νοσηλευτική εκπαίδευση ως πρόγραμμα και ως

θεσμός είναι ικανοποιητική. Οι ευκαιρίες που δίνονται για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα είναι πενιχρές. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα φαίνεται να υστερεί έναντι των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης και των ευκαιριών για μεταπτυχιακά, όπως αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα μπορεί να υιοθετήσει πολλά στοιχεία από αυτές για την βελτίωση της Νοσηλευτικής επιστήμης.

SUMMARY

Nursing today constitutes one of the most important and fundamental sectors of science and art in the health system. Its purpose is to nurse the healthy and the sick, to promote health and prevent diseases. It is a science of health and art targeting the systematic and holistic nursing of people from all ages.

The purpose of our project is to expand the factors that contribute to nursing as science and art in education and the profession of it in European countries, with the labelling parameters that promote education and the profession of nursing in European countries aiming in improving nursing in Greece.

Material-size: The sample from the research of the healthcare professionals(587 people) comes from Greece and other countries of Europe like England, Belgium, Cyprus and Finland. The completion of the questionnaire and the collection of information happened with personal communication and from the internet. The writing was based on international bibliography and the languages used were the Greek and English. Our research lasted more than a year, specifically it started in October 2012 and ended in November 2013. The codification happened with the use of the SPSS software and the method of processing and analyzing the results was-test (Chisquare test with or without the correction factor against Yates) and the t-test (student's test). The check of the regularities or not of the allocations of the observations happened with the method of Kolmogorov-Smirnov.

Results: The educational level of nursing in these specific countries of Europe seems to be better than the one in Greece as the 38.8% of the European nurses come from university studies while only the 18.5% of the Greek nurses come from university studies. The 49.4% of the Greek nurses state that they are moderate satisfied from the educational system of nursing in their country against the Europeans which is 51%. Small differences seem to be in the postgraduate opportunities that are given to them in their countries Europeans are the pioneers with a 39.5% comparing to Greeks with 30.2%. From the health system dominating in their country the 58% of the Greek nurses state that they are not satisfied while in other European countries seems that they are almost satisfied. With statistical significant difference with $p < 0.05$ we see the lack of supplies and technical equipment in Greece which comes up to 88% and 77.8% respectively while similar shortcomings in the rest of Europe seem to be in a smaller percentage just 24% and 27% respectively. The

shortcoming of healthcare professionals is in Greece and also other European countries but Greece seems to have the biggest problem with shortcomings up to 93%. The majority of Greeks, the 90.1% of nurses state that they are not at all satisfied with their salaries while most of the Europeans seem satisfied. The majority of Greeks and Europeans avoid following the profession due to the psychological and physical overwork. The economic crisis, according to the results seems to have affected the quality of nursing care in Greece comparing to the rest of Europe.

Conclusions: The factors that affect the nursing profession seem to differ between Greece and the rest of the countries that are included in the research. In Greece it seems that there are institutional and operational problems in nursery comparing to the rest of Europe. The biggest percentage of the Europeans are university graduates comparing to the Greeks although both are not completely satisfied with the educational system in nursery. Opportunities for a master's degree are not many. The shortcomings in our country in healthcare professionals, technical equipment and supplies are incomparably larger than the ones shown in other countries. The salaries in Greece don't seem to be satisfying. The reasons why people don't follow the profession of nursery has to do with the psychological and physical burnout which cannot be handled by the nurses. The economical crisis that Greece has to deal with the last years has affected Greece more than the other countries in the quality of healthcare comparing to Europe. This is something that burdens even more the bad situation in the healthcare system which exists in Greece. Although the nursing educational system as a field and institution is satisfying. The opportunities that are given to study for a master's degree in Greece are not many. The educational system of nursery in Greece seems to lag comparing to the rest of the European countries in the quality of studying and the opportunities given to study for a master's degree, as it is proven from the results it can adopt a lot of characteristics in order to improve the science of nursery.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Χριστοπούλου Ιωάννα*: Το επάγγελμα της νοσηλευτικής, Αθήνα 2001
www.aspe.gr/index.php?option=com/content&task=view&id=427&Itemid=2-bbk 5/1/2013
2. *Μανουσάκης Μ*: Για την παγκόσμια ημέρα Νοσηλευτών, Αθήνα 2008
www.synolas.blogspot.gr/2013/05/blogpost_12.html 10/1/2013
3. *Ρηγάτος Γ*: Ιστορία της Νοσηλευτικής από την φιλόanthρωπη τέχνη στη σύγχρονη επιστήμη, επίτομος. Έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006 σ.68
4. Φιλοσοφία τμήματος, Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής Ηρακλείου, www.teicrete.gr/nosil 7/7/2013
5. Οργάνωση σπουδών – μαθήματα, Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής Ηρακλείου
www.teicrete.gr/teielekpaideyshsxolesspeynoshleytikh.htm 7/7/2013
6. *Πλατή Χ*: Η Νοσηλευτική : χθές, σήμερα, αύριο, Νοσοκομειακά χρονικά ,56^{ος} τόμος, 4^ο τεύχος, Αθήνα 1994, σ.296-299
www.iatrotek.org/ioShow.Journal.asp?y=2006&jID=20000-10K 7/7/2013
7. *Taylor C., Lillis C., Lemonye P.* : Τεκμηρίωση ,Αναφορά και Σύσκεψη στις θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής : Η επιστήμη και τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας, επίτομος, έκδοση 3^η, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002 σ.351-360
8. *Παπαδαντωνάκη Ασπασία*: Το έργο της νοσηλευτικής, Νοσηλευτική, 51^{ος} τόμος, 3^ο τεύχος, Αθήνα 2012 σ.7-9
9. Ανακοίνωση του τμήματος υγείας του Συνασπισμού :
www.syn.gr/gr/keimeno.php?id=7050 4/6/2013
10. *Μήτσης Δ., Κέλεση Μ., Καπάδοχος Θ*.: Παράγοντες που επηρεάζουν νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή τους, Το Βήμα του Ασκληπιού, 11^{ος} τόμος, 2^ο τεύχος, Αθήνα 2012 σ.293-305
11. *Κορομπέλη Άννα, Κτενάς Ευτύχιος, Κικεμένη Αναστασία*: Κυκλικό ωράριο επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών, Νοσηλευτική, Τεύχος 45, Αθήνα 2006, σ.98-106
12. *Δάγλας Α*.: Οι νοσηλευτές έχουν πλέον την ομοσπονδία τους
www.pasyno.gr/docs/diakiriksi.pdf 5/7/2013
13. *Τσώλη Θ*. : Λάθη στην εντατική www.edugate.gr/ek-ty 8/8/2013

14. *Κοτσαγιώργη Ιφιγένεια, Λυμπέρη Βασιλική*: Η έννοια της ανάγκης ως δυναμικό εναλλασσόμενο φαινόμενο, Σύγχρονος Νοσηλευτής , έκδοση ΠΑΣΥΝΟ- ΕΣΥ, Αθήνα 2009 σ.40-45
15. *Βελονάκη Βενετία – Σοφία, Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Αθηνά*: Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτικής στην Ελλάδα, Νοσηλευτική, τεύχος 45, Αθήνα 2006 σ.491-499
16. *Αθανάτου Κ. Ελευθερία*: Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες, επίτομος, έκδοση 5^η, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2008, σ. 19-20
17. *Σαββοπούλου Γεωργία Γ.*: Βασική Νοσηλευτική : Μια Βίο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση, επίτομος, έκδοση 5^η, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2006, σ.29-30
18. *Ραγιά Αφροδίτη*: Βασική Νοσηλευτική : Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Ραγιά Αφροδίτη Χρ., Αθήνα 2005, σ.25-30
19. *Σαπουντζή- Κρέπια Δ.*: Οι ιστορικές καταβολές της ελληνικής Νοσηλευτικής , Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 2, Αθήνα 2002, σ.129-133
20. *Skertowitz V.* : Florence Nightingale's notes in nursing, Skuttouri Press, London 1992, p.20-15
21. *Μαρκέτος Σ.*: Ιστορία της Ιατρικής , επίτομος, Έκδοση 4^η, εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2000σ.25-30
22. *Rosemans Bryant.* : Παγκόσμια ημέρα Νοσηλευτών 2012, Επιμέλεια – Μετάφραση : Πολυκανδριώτη Μαρία , Αθήνα 2012
www.esne.gr/index.php/downloads-mainmenu-73/func-stardown75s
23. *Δετοράκης Ιωάννης*: Βασικές Αρχές της Υγιεινής , επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2006 σ.8-10
24. *Ρηγάτος Α. Γεράσιμος*: Ιστορία της Νοσηλευτικής , επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006σ.5-20
25. *Κουρκούτα Ι. Λαμπρινή*: Ιστορία της Νοσηλευτικής: Από τη φιλάνθρωπη τέχνη στη σύγχρονη επιστήμη, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα 2010, σ: 22-26
26. Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα και το εξωτερικό, Η εξέλιξη της νοσηλευτικής στη Νεότερη και Νεότερη Ελλάδα,
www.nosileytiki-ekpaideysi-pantou.blogspot.gr/p/blog-page_page4776html
[15/6/2013](http://www.nosileytiki-ekpaideysi-pantou.blogspot.gr/p/blog-page_page4776html)
27. *Μιχαλούδη Ειρήνη*, 130 χρόνια Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Αθήνα 2013

- www.ethnos.gr/article.asp?catid=22733&subid=2&pubid=137835
28. Ελληνικός ερυθρός σταυρός,
www.elwikipedia.org/wiki/Ελληνικός_Ερυθρός_Σταυρός
29. *Χαραλαμπίκης Μ.*: Πονοκέφαλος τα νοσοκομεία – Ευκαιρίες στον ιδιωτικό τομέα 11/5/2013
30. *Κυριόπουλος Γιάννης*: Τομέας οικονομικών της υγείας, Εθνική σχολή δημόσιας υγείας,
www.nsph.gr/default.aspx?page=tomeis_oikonomikon_tis_ygeias
31. *Pateralou E., Vardavas Cl., Ntzipeli P., Sourtzi P.*, : Nursing Education and Practice in changing environment: the cause of Greece, Nurse education today, 29(8), Epub 2009, p.840-844
32. Μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών,Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστήμιων Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής
www.nurs.uoa.gr/index.php?option=comfrontpage&id=82&Itemid=68
10/5/2013
33. Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ΑΕΙ,
Nosileutiki-ekpaideusi-pantou.blog.spot.gr
34. Η ιστορία του εθνικού συνδέσμου νοσηλευτών Ελλάδος
www.pepagnh.gr/panosi/esne.htm 9/4/2013
35. Σύντομη ιστορία Ε.Σ.Ν.Ε.
www.esne.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=43 10/4/2013
36. *Θεοφάνης Φ.*, Η νοσηλευτική φροντίδα σήμερα
www.medtime.gr/content/view/63/51/lang.greek 12/4/2013
37. *Ραγιά Α.*, Νοσηλευτική δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας, Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 3, Αθήνα 2002 σ.255-260
38. www.teicrete.gr/nosil/.php?option=com_content&task=view=32&Itemid=49
10/5/2013
39. *Δάλλα Βόργια Π., Μαργαριτίδου Β.*, Το νομικό πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα, Ιατρική επιθεώρησης Ενόπλων Δυνάμεων, τόμος 25,τεύχος 3, Αθήνα 2000, σ.145-148
40. Επαγγελματικά Δικαιώματα : Τμήμα Νοσηλευτικής
www.pasonop.gr/keimena/epaggelmatika_dikaiomata_TE,PE.html 10/6/2013

41. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας , Τεύχος πρώτο, Αρ. Φύλλου 159, Αθήνα 14 Ιουνίου 1989
42. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος πρώτο, Αρ.Φύλλου 167, Αθήνα 25 Ιουλίου 2001
43. *Fry Sarah και Johnstone Megan Jane*: Ζητήματαθικής στη Νοσηλευτική πρακτική : Ένας οδηγός για τη λήψη ηθικών αποδεκτών αποφάσεων, έκδοση 3^η, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Χρυσούλα Β. Λεμονίδου, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005 σ.10-15
44. *Λεμονίδου Χ., Πέτσιος Κ., Πατηράκη Ε., Arievander Arend*: Διερεύνηση της Διαχρονικής Εξέλιξης των Κωδικών Νοσηλευτικής Ηθικής και Δεοντολογίας της σχετικής Νομοθεσίας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική , τόμος 42, τεύχος 1, Αθήνα 2003, σ.19-28
45. Επαγγελματικά δικαιώματα βοηθών νοσηλευτών
www.pasynop.gr/keimenaepaggelmatika_dikaiomata_DE.html 12/7/2013
46. www.pasyno.gr/docs/GN_FLORINAS.pdf 12/6/2013
47. *Roussel Linda, Swanburg Russell C.*: ΝοσηλευτικήΔιοίκηση και Ηγεσία, επίτομος, έκδοση 2^η, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2010 σ.20-15
48. *Γώγος Β. Χρήστος*: Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, τεύχος 10, εκδόσεις ΤΕΙ Αθήνας 2011, σ.10-19
49. *Χαραλαμπίδου Ε.*:Ικανοποίηση των νοσηλευτών: Παράγοντες ποιότητας στο σύστημα φροντίδας, Πρακτικά 21ου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα 1994 σ.10-19
50. *Giovanni C.*: The impact of shift and night work on health, Appl Ergonom 1996,27, p.9-16
51. *Micklevitz S.*: Professional burnoutin the park and recreation profession, Illinois Periodicals online, 2001 p.50-52
52. *Maslach C., Shaufeli B., Leiter P.*, Job burnout An Rev Psychol, 2001 p.52,397,422
53. *Salanova M., Bresno E., Schaufeli W.*: Towards a four-dimensional model of burnout: A multigroup factor- analytic study including depersonalization and cynicism, EducPsycholMeas 2005, p.807-819
54. *Levy J*: Viral studies of chronic fatigue syndrome introduction, Clin Infects Dis 1994, p.75,179-183

55. Δημητριάδου Α., Λαβδανίτη Μ.: Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό, Το Βήμα του Ασκληπιού, τόμος 8, τεύχος 3, εκδόσεις Τει Αθήνας, Αθήνα 2009 σ.222-233
56. Παπαστάθης Αργύρης:Οι περικοπές στα ειδικά μισθολόγια , Το Βήμα οικονομία, www.tovima.gr/finance/article?aid=482613 10/4/2013
57. Μισθολογικές ρυθμίσεις λειτουργών και υπαλλήλων του Δημοσίου, www.glotta.ntua.gr/posdep/NOMOI/Misthologio_sx_nomou_041103.htm 10/4/2013
58. Παρισσόπουλος Στυλιανός: Κλινικός έλεγχος ποιότητας , Παροχές και διεργασία, Νοσηλευτική, τεύχος 46,τόμος 3, Αθήνα 2007, σ. 514-522
59. Chronic fatigue and the chronic fatigue syndrome: Prevalence in a Pacific Northwest health care system, Ann Intern Med 1995, p.123,81-88
60. Rydstet I., Strannegard O.: Increased serum levels of antibodies to Epstein – Barr virow in adults with history of atopic dermatitis , Int Arch Allergy Appl Immunol 1990, p.75,179-183
61. Παπακωστίδη Α., Τσουκαλάς Ν.: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της, Αρχαία ελληνικής ιατρικής , τεύχος 29, Αθήνα 2012 σ.480-488
62. Cooper J. Benjamin M. :Clinical audit in practice, Nursing Standard, 2004, 18, p.47-53
63. Robinson S., Griffiths P.: Pre registration specialist nurse education : international perspectives, National Nursing Research Unit, Kings College, London 2007 p.110-115
64. National Health Service (England), [https://en.wikipedia.org/wiki/National_Service_\(England\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Service_(England)) 5/10/2013
65. Brimelow Adam, Drop in district nurse numbers ‘‘adds to NHS pressure ‘‘, <https://www.bbc.co.uk/news/health-22623872> 7/10/2013
66. How many nurses are in the UK? , <http://www.ask.com/question/how-many-nurses-are-there-in-the-uk>, 7/10/2013
67. Shaun Lintern, NHS loses more nurses but HCA nurses up, <https://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/nhs-loses-more-nurses-but-hca-numbers-up/5056519.article> 10/10/2013

68. *Busse R., Wurzburg G., Zappacosta M.*: Shaping the societal Bill: past and future trends in education pensions and health care expenditure, *Futures*, 35(1), 2003, p.7-24
69. Nursing, <http://www.nhscareers.nhs.uk/explore-by-career/nursing> 14/10/2013
70. Skills, qualifications and training,
<http://nursing.nhscareers.nhs.uk/skills> 15/10/2013
71. Royal College of Nursing, Nurse practitioner/Advance nursing practice programme list, Royal College of Nursing, London 2005 15/10/2013
72. Μεταπτυχιακό / Μάστερ στην Αγγλία ,
<https://globaledu.gr/en/metaptixiakes-spoudes-stin-agglia/metaptixiako-master-stin-agglia.html> 15/10/2013
73. Διδακτορικό στην Αγγλία,
<http://www.globaledu.gr/en/metaptixiakes-spoudes-stin-agglia/didaktoriko-phd-stin-agglia.html> 15/10/2013
74. Nursing education and regulation : international profiles and perspectives,
<http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduprofiles.pdf> 17/8/2013
75. European Commission , Nursing in Belgium, 2000,
<http://eprints.soton.ac.uk/348772/1/NurseEduprofiles.pdf> 17/8/2013
76. 2012-2013 bachelor of Nursing study programme,
<https://www.leuvenuniversitycollege.be/Degree-seeking-student/Study-at-Leuven-University-College/Bachelor-degrees-inDutch/Nursing/Study-programme> 15/9/2013
77. *S.L. Newman*, Salaries and working Conditions in Belgium, Sep 4 2007,
<http://voices.yahoo.com/salaries-working-conditions-belgium-517783.html?cat=17> 17/9/2013
78. Wages/Salary for Practical Nurses in Belgium,
<http://www.justlanded.com/english/Belgium/Forum/Jobs/Wages-Salary-for-Practical-Nurses-in-Belgium> 20/9/2013
79. Κυπριακό Συμβούλιο Αναγνώρισης Τίτλων Σπουδών Ανώτερης Εκπαίδευσης ΚΥ.Σ.Α.Τ.Σ. <http://www.highereducation.ac.cy/gr> 8/10/2013
80. University of Nicosia, Νοσηλευτική,
www.unic-greece.gr/ΣχολήΕπιστημών/Νοσηλευτική.aspx 10/10/2013
81. 2011 Πρόγραμμα σπουδών- Νοσηλευτική (BachelorofScience),

- http://www.euc.ac.cy/easycansole.cfm/id/176/dep/168/program_id/57
[15/10/2013](http://www.euc.ac.cy/easycansole.cfm/id/176/dep/168/program_id/57)
82. University of Nicosia, Κριτήριαεισοδοχής,
<http://www.unic-greece.gr/ΣπουδέςκαιΦοιτητικήΖωή/Κριτήριαεισοδοχής.aspx>
[10/10/2013](http://www.unic-greece.gr/ΣπουδέςκαιΦοιτητικήΖωή/Κριτήριαεισοδοχής.aspx)
83. Μεταπτυχιακό/ Μάστερ στην Κύπρο,
<http://globaledu.gr/en/metaptixiakes-spoudes-stin-kipro/metapytyxiako-master-stin-kipro.html> 8/10/2013
84. Διδακτορικό στην Κύπρο,
<http://www.globaledu.gr/en/metaptixiakes-spoudes-stin-kipro/didaktoriko-phd-stin-kipro.html> 8/10/2013
85. *Λεοντίου Ιωάννης*: Νοσηλευτικό προσωπικό της Κύπρου: Προβλήματα και προοπτικές, Αθήνα 2009,
http://www.cyna.org/icn/ioannis_leontiou_cynma_gr_speech.pdf 10/10/2013
86. Αγγελίες εργασίας στο εξωτερικό, <http://www.theseisergasias.gr> 10/10/2013
87. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Τμήμα Εργασιακών Σχέσεων, Διάταγμα Κατώτατου μισθού ,
www.mlsi.gov.cy/mlsi/dlr/dlr.nsf/All/8D4A59CB04D35D3BC2257A00291889?OpenDocument 13/10/2013
88. Studies in Finnish 2009-2010, Degree programme in Nursing and Health Care,
[http://ects.piramk.fi/cms/ects0809.nsf\\$all/3988IF52C85E4C64C2257433003EBDE7](http://ects.piramk.fi/cms/ects0809.nsf$all/3988IF52C85E4C64C2257433003EBDE7) 10/10/2013
89. Personal Communication, Senior personnel in Finnish nursing profession Statistics for Finland ,2007, www.stat.fi/keruu/paul/puonje2006en.html
90. European Commission, Nursing in Finland, 2000,
<http://ec.europa.eu/internalmarket/qualifications/docs/nurses/2000-study/nursesfinlanden.pdf> 20/10/2013
91. Ministry of education, The education system of Finland,
<http://www.oph.fi/english/SubPageasp?path+447,4669> 23/10/2013
92. Workgroup of European Nurse Researchers, Nursing Research in Finland,
<http://wemr.org/DesktopModules/Articles/ArticlesView.aspx?TabID=4705&mid=10542> 23/10/2013

93. Finland Forum, Nursing Jobs

www.finlandforum.org/viewtopic.php?f=37&t=69215 25/10/2013



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ

Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.

Τμήμα Νοσηλευτικής

Πάτρα, Οκτώβριος 2012

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα της Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Δρ. Παπαδημητρίου Μαρίας, με θέμα <<**Η Νοσηλευτική στον Ευρωπαϊκό Ορίζοντα, Διαπιστώσεις-Προβληματισμοί-Προτάσεις.**

Το παρών ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Απευθύνεται σε όσους ασκούν την Νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη. Κύριος σκοπός είναι η διεξαγωγή της πτυχιακής εργασίας και απώτερος είναι η σύγκριση του Ελληνικού και του υπόλοιπου Ευρωπαϊκού συστήματος υγείας. Όλες οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν αυστηρώς απόρρητες και θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για εκπαιδευτικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας....

Εισηγητής:

Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Βάλαρη Αγγελική

Γουιγούη Ζωή

Μελέζου Κωνσταντίνα

Φοιτήτριες

Πάτρα, 2012

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) Φύλο : Γυναίκα Άνδρας
- 2) Ηλικία:
- 3) Χώρα :
- 4) Ιδιότητα : Νοσηλεύτης Βοηθός νοσηλεύτη
- 5) α/ Επίπεδο εκπαίδευσης : Μέση Ανώτατη: ΑΤΕΙ Πανεπιστήμιο Μεταπτυχιακό Διδακτορικό
- β/ Έτη εκπαίδευσής : 1 έτος 2 έτη 3 έτη 4 έτη Άλλο
- 6) Είστε ικανοποιημένοι από το βασικό σύστημα εκπαίδευσης νοσηλευτικής στη χώρα σας?
- Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 7) Έχετε ευκαιρίες για μεταπτυχιακά και διδακτορικά στη χώρα σας?
- Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα πολύ
- 8) Πόσα χρόνια ασκείτε το επάγγελμα του νοσηλεύτη ? έτη
- 9) Σε ποιά κλινική: Παθολογική Χειρουργική ΤΕΠ ΕΙ Ορθοπαιδική Νευρολογική Νευροχειρουργική Ψυχιατρική Χειρουργείο ΜΕΘ Αιμοδοσία Ακτινολογικό εργαστήριο Μικροβιολογικό εργαστήριο
- 10) Είστε ευχαριστημένοι με το σύστημα υγείας που επικρατεί στη χώρα σας?
- Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 11) Υπάρχουν ελλείψεις στο χώρο εργασίας σας όπως:
- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Σε αναλώσιμα υλικά: | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Σε τεχνολογικό εξοπλισμό : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Σε προσωπικό : Νοσηλευτές : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Βοηθοί νοσηλευτές : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Ιατρούς: | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Παραϊατρικό- εργαστηριακό προσωπικό : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Άλλο..... | | |
- 12) Ως νοσηλευτές είστε ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στη χώρα σας στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεστε?
- Ναι Όχι
- 13) Πόσες ώρες την εβδομάδα εργάζεστε ? Ώρες
- 14) Δουλεύετε σε κυκλικό ωράριο? Ναι Όχι

- 15) Πόσες νύκτες την εβδομάδα ? 1 , 2 , 3 , περισσότερες
- 16) Πόσο πιστεύετε ότι το κυκλικό ωράριο δυσκολεύει την προσωπική ζωή του νοσηλευτή ?
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 17) Είστε ικανοποιημένοι από τις χρηματικές σας αμοιβές ? Ναι Όχι
- 18) Ποιά είναι η δύναμη των ατόμων φροντίδας στο τμήμα σας?.....
- 19) Πόσοι ασθενείς αντιστοιχούν σε κάθε νοσηλευτή?.....
- 20) Το νοσηλευτικό δυναμικό θεωρείτε ότι καλύπτει τις ανάγκες της εκάστοτε κλινικής που εργάζεστε?
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 21) Κατά πόσο ο τομέας εργασίας σας προάγει την κοινωνική αποδοχή?
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 22) Κατά πόσο οι συνθήκες εργασίας σας και το αντικείμενο σας ευνοούν τη συμμετοχή σας στη διεξαγωγή της νοσηλευτικής έρευνας ?
 Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ
- 23) Πόσο τις εκατό του χρόνου σας αναλώνετε σε θέματα :
 Διοίκησης%
 Εκπαίδευσης%
 Έρευνας%
 Παροχή φροντίδας%
- 24) Θεωρείτε πως ο νοσηλευτής πράττει λειτούργημα ή επάγγελμα βάσει των σημερινών δεδομένων?
 Λειτούργημα Επάγγελμα Λειτούργημα & Επάγγελμα
- 25) Είναι κίνητρα προσέλκυσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος τα εξής :
- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Μισθολογική αμοιβή: | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Κοινωνική καταξίωση: | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Αύξηση ευκαιριών επιμόρφωσης : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Σίγουρη απασχόληση : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |

26) Λόγοι απομάκρυνσης από το επάγγελμα :

- | | | |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ψυχολογική καταπόνηση : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Σωματική καταπόνηση: | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Μεγάλη ευθύνη : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Κυκλικό ωράριο: | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Κοινωνική απαξίωση : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Ανεργία : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Χαμηλή μισθολογική αμοιβή : | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |
| Συνεργασιακοί ρόλοι
(μη αποδοχή του νοσηλευτή): | Ναι <input type="checkbox"/> | Όχι <input type="checkbox"/> |

27) Υπάρχει κατανόηση των προβλημάτων από :

α/ Νοσηλευτική διεύθυνση:Ναι Όχι β/ Πολιτεία:Ναι Όχι

28) Προτείνετε μέτρα βελτίωσης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα σας :

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Αύξηση των ωρών στις θεωρίες | <input type="checkbox"/> |
| Αύξηση των ωρών στα εργαστήρια | <input type="checkbox"/> |
| Αύξηση των ωρών στην κλινική άσκηση | <input type="checkbox"/> |
| Όλα τα παραπάνω | <input type="checkbox"/> |

29) Ποιό κατά τη γνώμη σας αποτελεί το ιδανικό μοντέλο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής?

Ομαδική νοσηλευτική Κατά ασθενή μοντέλο

30) Πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στη χώρα σας?

Καθόλου Λίγο Μέτρια Πολύ Πάρα Πολύ

Ευχαριστούμεπολύ...

TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF

PATRAS

School of health sciences and social care

Supervisor: Dr. Papadimitriou M.

Students: Ms. Valari A. , Ms. Gouigoui Z. , Ms. Melezou K.

The subject is: Nursing on the European Horizon

This questionnaire has been created to investigate and compare the nursing profession in Greece compared with other European countries. Please help us by completing this questionnaire. We will provide important information for clinical Nursing issues. The answers will be kept strictly confidential and will only be used for educational and scientific purposes.

Thank you very much ...



QUESTIONNAIRE

- 1) Sex: Female Male
- 2) Age:
- 3) Country:
- 4) Position: Nurse Nursing Assistant
- 5) a/ Education Level: Secondary Technological Educational Institute
Undergraduate Postgraduate PhD
b/ Years of Education: 1 year 2 years 3 years 4 years Other
- 6) Are you satisfied with the basic educational system of nursing in your country?
Not at all A little Moderate Very Very much
- 7) Do you have opportunities for master and doctorate degrees in your country?
Not at all A little Moderate Very Very much
- 8) How long do you work as a nurse? years
- 9) In what department: Pathology Surgery Accident and Emergency Outpatient
 Orthopedic Neurology Neurosurgery Psychiatry Surgery E.R.
 Blood Donation Radiology Microbiology
- 10) Are you satisfied with the Health System of your country?
Not at all A little Moderate Very Very much
- 11) There are shortcomings in your workplace concerning:

Consumable materials:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Technological equipment:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Personell Nurses:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nursing Assistants:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Doctors:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paramedical-laboratory personnel:	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Other.....		
- 12) As caregiver are you satisfied with the working conditions of your country or of the medical institution you currently work?
Yes No
- 13) How many hours do you work? Hours
- 14) Do you have circular working hours? Yes No
- 15) How many nights per week? 1 , 2 , 3 , more

16) How much do you believe that circular working hours complicate the personal life of the caregiver?

Not at all A little Moderate Very Very much

17) Are you satisfied with your remuneration? Yes No

18) How many individuals are working at your department?

19) What is the ratio "patient per caregiver"?.....

20) Do you believe that the nursing staff is sufficient for the needs of your department?

Not at all A little Moderate Very Very much

21) How much do you believe that your working field is socially acceptable?

Not at all A little Moderate Very Very much

22) How much do you believe that your working conditions and the subject of your work help you to the conduction of nursing Research?

Not at all A little Moderate Very Very much

23) What percentage of your time do you devote in subjects of:

Administration%

Education%

Research%

Care giving%

24) Do you believe that given nowadays circumstances nursing is a Calling or a Profession?

Calling Profession Calling & Profession

25) Which of the below mentioned are motivations for being a nurse:

Remuneration: Yes No

Social status: Yes No

Increased training possibilities: Yes No

Assured labor: Yes No

26) Reasons to quit off nursing:

- | | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Psychological stress: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Physical stress: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Great responsibility : | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Circular working hours: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Social devaluation: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Unemployment: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Low remuneration: | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Collaborative roles
(non acceptance of the nurse's role) | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

27) There is an understanding of the problems from part of the:

- a/ Nursing Administration Yes No b/ State: Yes No

28) Proposed measures for the improvement of the nursing education in your country:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| More hours devoted to theory | <input type="checkbox"/> |
| More hours in labs | <input type="checkbox"/> |
| More hours for clinical practice | <input type="checkbox"/> |
| All the above | <input type="checkbox"/> |

29) Which do you consider as the ideal model of nursing care?

- Group nursing Per patient nursing care

30) How much does the financial crisis affect the quality of the provided nursing care in your country?

- Not at all A little Moderate Very Very much

Thank you very much...

Προβλήματα κατά την διεξαγωγή της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα που πραγματεύεται το θέμα του νοσηλευτικού επαγγέλματος Ελλάδας-Ευρώπης αντιμετωπίσαμε αρκετά προβλήματα στην διεξαγωγή του ερωτηματολογίου με τους Ευρωπαίους νοσηλευτές. Αρχικά υπήρξε πρόβλημα στον τρόπο αποστολής των ερωτηματολογίων στις αντίστοιχες χώρες καθώς δεν αναλάμβανε κανένας να μας αποστείλει πίσω τα ερωτηματολόγια ταχυδρομικώς, έτσι η επόμενη μας σκέψη ήταν να δημιουργήσουμε ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο το οποίο θα στέλναμε διαδικτυακά σε διάφορες ομάδες κοινωνικής δικτύωσης (μέσω Facebook σε ομάδες νοσηλευτών), όμως και αυτό ναυάγησε διότι στο διάστημα ενός περίπου έτους όπου διήρκησε η έρευνα, μόνο ένας νοσηλευτής συμπλήρωσε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο. Έτσι αναζητήσαμε την βοήθεια οικείων ατόμων που δέχτηκαν να μας βοηθήσουν, μοιράζοντας τα ερωτηματολόγια στα αντίστοιχα νοσοκομεία και θα θέλαμε να τους ευχαριστήσουμε θερμά γι' αυτό. Επίσης πρόβλημα υπήρξε στο ότι πολλοί ήταν αυτοί που δεν μπορούσαν να κατανοήσουν απόλυτα το νόημα των ερωτήσεων καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν μεταφρασμένο στην αγγλική γλώσσα και ορισμένες λέξεις παρουσίαζαν διαφορές κατά την εννοιολογική τους σημασία μετά την μετάφραση από την ελληνική. Το μεγαλύτερο πρόβλημα παρουσιάστηκε με τους Φιλανδούς, οι οποίοι δυσκολεύτηκαν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του αγγλικού ερωτηματολογίου. Δεν ήταν λίγοι και αυτοί που αρνήθηκαν να απαντήσουν και να βοηθήσουν στην διεξαγωγή της έρευνας τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
« Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ »
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

24 Ιουλ 2013

Πάτρα:
Αρ.Πρωτ.: 25908

ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: Τσερτίδου 1

Προς:
ΜΕΛΕΖΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ
Σπουδάστρια ΑΤΕΙ Πάτρας

ΠΛΗΡ: Σολωμού Ι.
ΤΗΛ : 2613/601.916,7916
Fax: 2610 227913

10^η Τακτική Συνεδρίαση του Ε.Σ
Στις 22/7/2013

Στην Πάτρα σήμερα την 22/7/2013 ημέρα Δευτέρα και ώρα 11.00 π.μ. συνήλθε σε Τακτική Συνεδρίαση στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών το Ε.Σ αυτού που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ 334/22.2.13 Απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου και στην οποία παρέστησαν τα πιο κάτω μέλη:

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ	
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΝΤΟΝΤΟΥ, ΣΥΝΤ -Δ/ΝΤΡΙΑ Μ.Ε.Θ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝ/ΤΗΣ, Δ/ΝΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΛΙΑΝΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, ΕΠ.Α ΓΕΝ.ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΔΡΑΚΟΥΛΟΓΚΩΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ, ΕΠ.Β ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΑΝΑΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ, ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ ΤΕ ΡΑΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΑΒΡΑΜΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

ΘΕΜΑ 9^ο : Έγκριση άδειας διανομής ερωτηματολογίου στο Νοσηλευτικό Προσωπικό στα πλαίσια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας της ΜΕΛΕΖΟΥ ΚΩΝ/ΝΑΣ με επιστημονική υπεύθυνη την κα Παπαδημητρίου Μ. με θέμα « Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΟΡΙΖΟΝΤΑ » στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας »

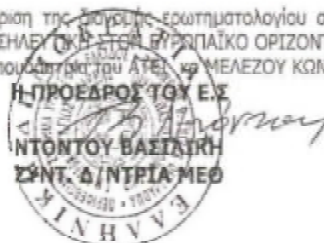
Το Ε.Σ λαμβάνοντας υπόψη του :

Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ.3 εδ.Ε του Ν 3329/05 τεύχος Α'.

Την υπ'αρ. 18866/29.5.13 αίτηση της κα ΜΕΛΕΖΟΥ ΚΩΝ/ΝΑΣ, Σπουδάστριας του ΑΤΕΙ του ΓΝΠ.

Το Ερωτηματολόγιο για την πτυχιακή εργασία.

ΟΜΟΦΩΝΑ ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ την έγκριση της διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεξαγωγής της Πτυχιακής Εργασίας με τίτλο « Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΟΡΙΖΟΝΤΑ » στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας » στην Σπουδάστριά του ΑΤΕΙ κα ΜΕΛΕΖΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ.



ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ “ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΟΗΘΕΙΑ”



GREAT ORMOND STREET HOSPITAL



REVALIDATIECENTRUM <<BZIO>> OOSTIENDE

Aggeliká Valari


Καλημέρα σε όλους και όλες... !!!


Στα πλαίσια της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα <Η Νοσηλευτική στον Ευρωπαϊκό ορίζοντα> διεξάγω μια έρευνα, στο link που ακολουθεί είναι το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε νοσηλευτικό προσωπικό (ΑΕΙ, ΤΕΙ, βοηθοί νοσηλευτών), παρακαλώ όποιον μπορεί να με βοηθήσει απαντώντας στις ερωτήσεις που σχετίζονται με κλινικά νοσηλευτικά ζητήματα.

Όλες οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν αυστηρώς απόρρητες και θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για επιστημονικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς. Ευχαριστώ πολύ.....

Η νοσηλευτική στον Ευρωπαϊκό ορίζοντα

docs.google.com

 Μου αρέσει · Σχολιάστε · Να μην παρακολουθώ τη δημοσίευσή · Κοινοποιήστε · 7
7 Ιουνίου στις 11:34 π.μ. · στην περιοχή Patras


 Αρέσει σε 6 άτομα.



Dimitris Xythalis Καλή επιτυχία!

7 Ιουνίου στις 11:41 π.μ. · Δεν μου αρέσει ·  2

Η νοσηλευτική στον Ευρωπαϊκό ορίζοντα
docs.google.com


 Μου αρέσει! · Σχολιάστε · Να μην παρακολουθώ τη δημοσίευση · Κοι
14 Ιουνίου στις 11:01 π.μ. στην περιοχή Patras

 Αρέσει σε 6 άτομα.

 Δείτε 4 ακόμη σχόλια




Stavroula Kr πολυ kalo sugxarhthia!!

14 Ιουνίου στις 8:04 μ.μ. · Δεν μου αρέσει ·  1




Aggeliki Valari eucharistw poly!

14 Ιουνίου στις 8:08 μ.μ. · Μου αρέσει! ·  1




Γράψτε ένα σχόλιο...

Η νοσηλευτική στον Ευρωπαϊκό ορίζοντα docs.google.com

 Μου αρέσει! · Σχολιάστε · Να μην παρακολουθώ τη δημοσίευση · Κοινοποιήσ
πριν από 17 ώρες στην περιοχή Patras

 Αρέσει σε 3 άτομα.



Antonia Davilla Καλησπέρα. Μην μας ξεχάσατε, όταν βγουν τα αποτελέσματα. Θέλουμε ενημέρωση. Ευχαριστώ.
πριν από 17 ώρες · Δεν μου αρέσει ·  1



Aggeliki Valari πολu eucharistws! pragmatika eucharistw olous gia thn terastia sumvolh sas!
πριν από 16 ώρες από κινητό · Μου αρέσει!



Γράψτε ένα σχόλιο...