

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

**NURSES' CLINICAL DECISION – MAKING
IN GREECE**

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΜΑΝΩΛΗ – ΓΕΩΡΓΑΝΤΗ ΜΑΡΙΑΝΘΗ

ΜΕΤΑΞΑ ΑΝΔΡΙΑΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η υψηλή τεχνολογία και οι συνεχείς εξελίξεις που πραγματοποιούνται στον τομέα της φροντίδας υγείας, αποτελούν προκλήσεις για τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές σήμερα, πρέπει να προετοιμάζονται και να προσαρμόζονται στις συνεχείς αλλαγές που λαμβάνουν μέρος στο χώρο της υγείας. Οι ασθενείς προσδοκούν ότι η νοσηλευτική φροντίδα που πρόκειται να λάβουν θα βασίζεται στα καλύτερα διαθέσιμα δεδομένα, ενώ οι ίδιοι θα εμπλέκονται και θα ενημερώνονται για την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι παρά τις αλλαγές αυτές, τα βασικά σημεία του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου παραμένουν τα ίδια, αφού δεν έχουν αναθεωρηθεί και διευρυνθεί έπειτα από την δημιουργία τους το 1989.

Η απόφαση για την πραγματοποίηση αυτής της έρευνας λήφθηκε ώστε να εντοπίσουμε τους τομείς στους οποίους δρουν οι Έλληνες νοσηλευτές, και να προσδιορίσουμε τον βαθμό τήρησης του καθηκοντολογίου στην κλινική πρακτική.

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους ανθρώπους που μας στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μας.

Αρχικά, οφείλουμε να απευθύνουμε ευχαριστίες στους γονείς μας, για την ανυπολόγιστη ψυχολογική συμπαράσταση, την αμέριστη ηθική κατανόηση και την οικονομική υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας.

Τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Μπακάλη Νικόλαο, που χάρη στις γνώσεις και την πολύτιμη βοήθειά του, κατανοήσαμε το σωστό τρόπο αναζήτησης πληροφοριών, καθώς και τα βήματα υλοποίησης μιας έρευνας, καταφέρνοντας με αυτό τον τρόπο να ολοκληρώσουμε με επιτυχία την παρούσα εργασία. Οι σημαντικές υποδείξεις του και η καθοδήγησή του, σε ότι αφορά το κομμάτι της έρευνας, θα αποτελέσουν σημαντικά εφόδια για την μετέπειτα πορεία μας στο χώρο της Νοσηλευτικής επιστήμης. Ακόμη, με τη σωστή καθοδήγησή του μπορέσαμε να χρησιμοποιήσουμε το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 για την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Επίσης, ευχαριστούμε τις προϊστάμενες των νοσοκομείων της Πάτρας, της Κεφαλονιάς και της Μυτιλήνης για την άμεση και θετική τους ανταπόκριση, όσον αφορά τη διεκπεραίωση της διανομής των ερωτηματολογίων.

Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων αυτών, που συμμετείχε στη διεξαγωγή της έρευνας, για την ανάδειξη των αποτελεσμάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε καθημερινή βάση έχουν επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς όσο και στη νοσηλευτική επιστήμη, καθώς επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Σκοπός: Να προσδιορίσει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών.

Υλικό – μέθοδος: Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στανταρισμένο ερωτηματολόγιο που έχει ελεγχθεί για εγκυρότητα και αξιοπιστία. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Συλλέχθηκαν 125 ερωτηματολόγια από επτά δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.0

Αποτελέσματα: Η έρευνα αποκάλυψε ότι το 84,8% του δείγματος δεν διαθέτει κανένα μεταπτυχιακό τίτλο. Ωστόσο, οι νοσηλευτές παρέχουν τακτικά βασική νοσηλευτική φροντίδα και ψυχολογική υποστήριξη. Επίσης, συμμετέχουν τακτικά στη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς και επεμβαίνουν σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού. Από την άλλη πλευρά, δεν αποφασίζουν καθόλου για τον προϋπολογισμό της κλινικής μονάδας, δεν προγραμματίζουν επιπλέον εξετάσεις και δεν αλλάζουν τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές στην χώρα μας θα πρέπει να επαναπροσδιορίσουν τον ρόλο τους και να αναπτύξουν σχέδιο δράσης, μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και της έρευνας. Με αυτό τον τρόπο θα αποκτήσουν τα εφόδια για υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας και λήψης κλινικών αποφάσεων στην καθημερινή τους πρακτική.

ABSTRACT

Introduction: Nurses' clinical decision - making on a daily basis, have consequences both to the patients and Nursing Science, as they affect the quality of care.

Aim: To determine clinical decisions made by nurses.

Material - Method: As a data collection tool, a standardized questionnaire was used. This questionnaire was previously used in a similar survey and tested, as regards the degree of validity and reliability. Convenience sampling was used due to limited time and financial resources. A total of 125 questionnaires were collected from seven public hospitals in Greece. The survey results were analyzed using the statistical program SPSS 20.0.

Results: The survey revealed that 84.8% of the sample has no Master degree. However, nurses regularly provide basic nursing care and psychological support. Also, they regularly participate in making the diagnosis of the patient and intervene in case of emergency. On the other hand, they do not decide on the budget of the clinical unit, do not plan further tests and do not change the treatment of the patients.

Conclusion: More specifically, the nurses in our country will have to redefine their role and develop an action plan, through continuing education and research, which will give them the skills for higher levels of autonomy and clinical decision - making in their daily practice.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ	
1.2.1 Ορισμός κλινικής απόφασης.....	8
1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική απόφαση.....	9
1.2.3 Χρησιμότητα κλινικών αποφάσεων.....	11
1.2.4 Προϋποθέσεις ορθής απόφασης.....	12
1.2.5 Κλινικές αποφάσεις και νοσηλευτές.....	14
1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	
1.3.1 Νοσηλευτικό προφίλ στην Ελλάδα.....	16
1.3.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα.....	22
1.3.3 Επαγγελματική εξέλιξη Νοσηλευτών.....	25
1.3.4 Προβλήματα στην άσκηση του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.....	26
1.4 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
1.4.1 Περιγραφή του ΕΣΥ.....	28
1.4.2 Νοσηλευτική διοίκηση.....	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	32
2.2 Σχεδιασμός.....	33
2.3 Διαδικασία.....	34

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	34
2.5 Δείγμα.....	35
2.6 Στατιστική ανάλυση.....	36

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	37
3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου κλινικών αποφάσεων.....	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Συζήτηση.....	49
4.2 Περιορισμοί έρευνας.....	57

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
-------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	64
------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	65
-------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

1.1 Εισαγωγή

Ο ορισμός της Νοσηλευτικής κινείται στα πλαίσια διαφόρων θεωριών, οι περισσότεροι θεωρητικοί όμως, υποστηρίζουν ότι η Νοσηλευτική ταυτίζεται με την έννοια της φροντίδας. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου σε όλο το φάσμα της ζωής του, την οργανική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη. Η νοσηλευτική μελέτη και έρευνα αποτελεί πεδίο πρόκλησης από την ανάπτυξη του οποίου θα εξαρτηθεί η ανάπτυξη και ο επαναπροσδιορισμός της Νοσηλευτικής ως επιστήμη. Αυτό συμβαίνει διότι συμβάλλει στην απόκτηση μεγαλύτερης και νέας γνώσης, καθώς και στην κλινική της εφαρμογή για τη βελτίωση της ζωής των ατόμων και των πληθυσμών (Ζυγά, 2010).

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής είναι πολυδιάστατος και αφορά την ενασχόληση με τον άνθρωπο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ξεκινάει από την πρόληψη, εστιάζοντας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και συνεχίζει μέχρι το χώρο του νοσοκομείου καθώς και την έξοδό του από αυτό. Είναι πολύ σημαντικός στην ολιστική προσέγγιση και αντιμετώπιση του ασθενούς, καθώς και του άμεσου οικογενειακού του περιβάλλοντος, αφού τους βοηθάει να ανταπεξέλθουν στα νέα δεδομένα που προκύπτουν από τη νόσο. Πρωταρχικός στόχος, είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, η φυσική φροντίδα και η ψυχολογική του υποστήριξη, προωθώντας το άτομο, ώστε να χρησιμοποιήσει την προσαρμοστική του ικανότητα στο μέγιστο δυνατό βαθμό και όσο πιο αποτελεσματικά μπορεί (Dewit 2009).

Τα τελευταία χρόνια, η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα έχει μετατραπεί σε ανώτατη εκπαίδευση με ακαδημαϊκό προφίλ. Οι νοσηλευτές θέλοντας να αυξήσουν την αυτονομία τους και να έχουν επιστημονικό προφίλ δημιούργησαν την ανάγκη αναγνώρισης του επαγγέλματος σε ανεξάρτητο επιστημονικό κλάδο, χωρίς βέβαια να επηρεάσει τη συνεργασία και την αλληλοκατανόηση που πρέπει να επικρατεί ανάμεσα στους επιστήμονες όλων των επαγγελματιών υγείας (Κυριακίδου, 2005). Η διεπαγγελματική συνεργασία έχει σημαντικό ρόλο στην προώθηση της ασφάλειας και της ποιότητας φροντίδας, καθώς και στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των ασθενών (Gilbert 2009, Gilbert, Yan και Hoffman 2010).

Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι μια πολύπλευρη έννοια και θεωρείται μία συστηματική, διαδοχική διαδικασία μεταξύ των εναλλακτικών λύσεων και πρόταση επιλογής για δράση (Swansburg και Swansburg, 2003). Αποτελεί μια δεξιότητα της καθημερινής κλινικής πρακτικής των νοσηλευτών που είναι ανάγκη να αναπτύσσεται συνεχώς για να οδηγήσει στην παροχή ποιοτικής φροντίδας των ασθενών. Θεωρείται αναπόσπαστο στοιχείο του ρόλου του επαγγελματία νοσηλευτή και είναι ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό και άμεσα συνδεδεμένο με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Οι νοσηλευτές είναι σημαντικοί φορείς λήψης κλινικών αποφάσεων σε όλες τις χώρες με ανεπτυγμένο σύστημα υγείας. Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν καθημερινά, αποτελούν σημαντικό στοιχείο στην παροχή, όσο το δυνατόν καλύτερης ποιοτικής παροχής φροντίδας στους ασθενείς (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005).

Η αξιολόγηση των αναγκών των νοσηλευόμενων και των οικογενειών τους είναι επιβεβλημένη και οι αποφάσεις για το σχεδιασμό της φροντίδας καθοριστικές. Επιπλέον, η δυνατότητα των νοσηλευτών να λαμβάνουν άμεσα αποφάσεις και να δρουν με βάση αυτές είναι καθοριστικές για την έκβαση της πορείας των νοσηλευόμενων (Kolostoumpis και Makrygiannaki, 2012).

Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται στη λήψη κλινικών αποφάσεων και στην απόκτηση κριτικής σκέψης σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η νοσηλευτική αυτονομία θεωρείται ως ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό, και η εφαρμογή της μπορεί να οδηγήσει σε θετικά αποτελέσματα τόσο για τους νοσηλευτές, όσο και για τους ασθενείς (Varjus και συν, 2003).

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν ο προσδιορισμός των κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών, η διερεύνηση του βαθμού λήψης αποφάσεων και η σύγκριση τους με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Είναι φανερό ότι υπάρχει έλλειψη ελληνικής ερευνητικής μελέτης όσον αφορά τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών και τις πρωτοβουλίες που λαμβάνουν στην καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα. Έτσι, αποφασίσαμε να πραγματοποιήσουμε αυτή την έρευνα και να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Τέλος, θα θέλαμε να εντοπίσουμε τις επιπτώσεις που έχουν οι αποφάσεις αυτές στους ασθενείς και στη νοσηλευτική επιστήμη.

1.2 Κλινικές αποφάσεις

1.2.1 Ορισμός κλινικής απόφασης

Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι ένας όρος που συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον θεμελιώδη ρόλο του επαγγελματία νοσηλευτή. Ωστόσο, άλλοι όροι έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά. Οι Παλάσκα και Αποστολοπούλου (2005) όρισαν τη λήψη κλινικής απόφασης ως μια συμπεριφορά που οδηγεί στο να κάνουμε μια επιλογή και να εφαρμόσουμε μια πορεία δράσης μεταξύ εναλλακτικών επιλογών. Στη λήψη των αποφάσεων ο νοσηλευτής καλείται να επιλέξει μια παρέμβαση ανάμεσα σε δύο ή και περισσότερες επιλογές. Έτσι, η λήψη των αποφάσεων είναι συνώνυμη με την επιλογή, την μετατροπή της πληροφορίας σε πράξη, καθώς και άμεσα συνδεδεμένη με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας (Taylor, Lillis και Lemone, 2006). Το μοντέλο της Tanner (2006) χωρίζει την διαδικασία λήψης απόφασης σε τέσσερις πτυχές: α) Στην παρατήρηση (ο νοσηλευτής αναπτύσσει μια γενική εικόνα της κατάστασης), β) Στην ερμηνεία των διαθέσιμων πληροφοριών, γ) Στην πορεία της νόσου του ασθενούς, δ) Στην ανταπόκριση του ασθενούς σε παρεμβάσεις και στην επανεξέταση όλης της κατάστασης.

Η λήψη αποφάσεων αποτελεί μια απαραίτητη ικανότητα για όλους τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και ένα θεμελιώδες συστατικό της καθημερινής κλινικής πρακτικής (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005). Αποτελεί μια δεξιότητα που είναι ανάγκη να αναπτύσσεται συνεχώς για να οδηγεί στην παροχή αποτελεσματικής, ασφαλούς και υψηλής ποιότητας φροντίδας των ασθενών (Tassiopoulos και Apostolakis, 2010). Η εφαρμογή της στη νοσηλευτική διεργασία

παρέχει το βασικό θεμέλιο ώστε να λειτουργήσει ο νοσηλευτής με ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο.

Για να μπορέσουμε να λάβουμε τις αποφάσεις αυτές, οι νοσηλευτές θα πρέπει να αντλούν πληροφορίες από πολλές πηγές συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης και της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει (Traynor, Boland και Buus, 2010). Επιπλέον, θα πρέπει να γνωρίζουν πολύ καλά το περιστατικό το οποίο αντιμετωπίζουν, αλλά και όλες τις πληροφορίες γύρω από τον ασθενή και την κατάστασή του (Frank, Bell και Skingley, 2003) καθώς με τις αποφάσεις τους μπορούν να αποτρέψουν την εξέλιξη της νόσου και την εμφάνιση επιπλοκών, προάγοντας την υγεία. Για το λόγο αυτό, το μεγάλο αντίκτυπο που έχουν στη ζωή του ασθενούς αναγκάζουν τους νοσηλευτές να γνωρίζουν καλά τις σοβαρές συνέπειες σε περίπτωση λανθασμένης απόφασης (Bakalis, Bowman και Porock, 2003).

Η ανάγκη θεμελίωσης των καθημερινών κλινικών αποφάσεων σε ενδείξεις προερχόμενες από την τρέχουσα κλινική έρευνα αποτελεί κύριο στόχο της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Η χρήση και η μεταφορά τους στην καθημερινή πράξη απαιτούν γνώσεις, εξοικείωση, μεθοδολογία και κυρίως εκτίμηση της εσωτερικής και εξωτερικής αξίας τους. Οι δυσκολίες αυτές αντιμετωπίζονται εν μέρει από τις συστηματικές ανασκοπήσεις και ιδίως τις μετααναλύσεις, οι οποίες αξιολογούν τα αποτελέσματα που έχουν προκύψει από δημοσιευμένες και μη μελέτες, τα ανασυνθέτουν και καταλήγουν σε συμπεράσματα που δεν μπόρεσαν να εξαχθούν από μία μόνο μελέτη (Tassiopoulos και Apostolakis, 2010).

Το σημαντικό σε μία απόφαση, δεν είναι η απόφαση αυτή καθαυτή, αλλά η διαδικασία επιλογής της ανάμεσα από τις υπόλοιπες εναλλακτικές. Η διαδικασία αυτή μπορεί να περιλαμβάνει συλλογή πληροφοριών, εξέταση αυτών και αξιολόγηση του κόστους-οφέλους κάθε εναλλακτικής. Σε αυτό το στάδιο, αξιολογούνται οι κίνδυνοι και οι συνέπειες κάθε επιλογής, καθώς και η προτίμηση του ασθενούς (Matteson και Hawkins, 1990). Συμπερασματικά, η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι μία συνεχής και εξελισσόμενη διαδικασία στην οποία συγκεντρώνονται τα δεδομένα, ερμηνεύονται και αξιολογούνται προκειμένου να επιλεγεί μία τεκμηριωμένη επιλογή δράσης.

1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική απόφαση

Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να λαμβάνουν αποφάσεις με κάποια συγκεκριμένη στρατηγική που να βασίζεται σε κάποιες παραμέτρους. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα (Αδάμου και συν, 2011) παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κλινική εμπειρία και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών δεν φαίνεται να σχετίζονται με την λήψη κλινικών αποφάσεων. Η έρευνα όμως αυτή έρχεται σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών θεώρησε ότι στους πιο σημαντικούς παράγοντες λήψης αποφάσεων ανήκουν η διαίσθηση, η γνώση, η κλινική εμπειρία, ο ρόλος καθώς και το άγχος, το καθηκοντολόγιο και η σχέση μεταξύ ιατρού και νοσηλεύτριας (Bakalis, Bowman και Porock 2003, Bell και Skingley 2003, Taylor, Lillis και Lemone 2006). Άλλοι ερευνητές θεώρησαν ότι η βάση για την λήψη επιτυχημένων αποφάσεων είναι η κριτική σκέψη και ο ορθολογισμός (Cioffi, 2000), η προσωπικότητα (Frank, Bell και

Skingley, 2003), οι κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, η εξουσία, η αυτονομία και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση (Bakalis, Bowman και Porock, 2003).

Παρότι όλες οι έρευνες προσδιόριζαν διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις, όλες συμπεριλάμβαναν τις γνώσεις, την κλινική εμπειρία, το καθηκοντολόγιο και τη σχέση μεταξύ ιατρού και νοσηλεύτριας. Οι γνώσεις τις οποίες κατέχει ο νοσηλευτής όσον αφορά την κλινική διάγνωση έχουν αποφασιστικό ρόλο στον καθορισμό του τρόπου ερμηνείας του προβλήματος και του είδους των κλινικών πληροφοριών τις οποίες θα αναζητήσει (Bakalis, Bowman και Porock, 2003). Οι έμπειροι κλινικοί αναγνωρίζουν ότι η μάθηση είναι συνεχής και ότι κατά την καθημερινή πρακτική μπορούν να ανακαλύψουν προκλήσεις που απαιτούν νέα γνώση (Taylor, Lillis και Lemone, 2006). Η γνώση η οποία αποκτάται καθιστά τους νοσηλευτές πιο ικανούς στο να σκέπτονται κριτικά και να εφαρμόζουν τις γνώσεις τους στη φροντίδα του ασθενούς (Dewit, 2009).

Ο βαθμός εμπειρίας του νοσηλευτή έχει μεγάλη επίδραση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι έμπειροι νοσηλευτές λαμβάνουν διαφορετικές αποφάσεις από τους αρχάριους νοσηλευτές, διότι η αντιμετώπιση του εκάστοτε περιστατικού προσδίδει γνώση. Η κλινική εμπειρία αναπτύσσει την ικανότητα στους νοσηλευτές να εστιάζουν κατευθείαν στο πρόβλημα χωρίς να χρειάζεται να σκεφτούν εναλλακτικές λύσεις (Benner, 1984). Από την άλλη πλευρά, οι αρχάριοι χρησιμοποιούν μόνο αυστηρούς κανόνες και οδηγίες για τη λήψη αποφάσεων. Αυτό λοιπόν που στερείται ο αρχάριος νοσηλευτής είναι η ικανότητα να χρησιμοποιεί την πείρα του κατά τη νοσηλευτική διεργασία (Bakalis, Bowman και Porock, 2003). Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι αποτελεσματικοί στη σύνθεση της γνώσης, προκειμένου να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν την κατάσταση των ασθενών. Αυτές οι ικανότητες είναι χαρακτηριστικά μιας έμπειρης νοσηλεύτριας που οδηγούν στην παροχή ποιότητας στην φροντίδα (Higgs, Burn και Jones, 2011).

Οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών διαμορφώνονται στο πλαίσιο του καθηκοντολογίου και των κλινικών πρωτοκόλλων. Το Ινστιτούτο της Ιατρικής των ΗΠΑ ορίζει τις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες ως συστηματικώς ανεπτυγμένες δηλώσεις που βοηθούν στη λήψη αποφάσεων από τους ιατρούς και τους ασθενείς για την κατάλληλη φροντίδα υγείας σε ειδικές κλινικές περιπτώσεις. Οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να τα τηρούν και να τα εφαρμόζουν, διαφορετικά θα υποστούν νομικές κυρώσεις. Αυτό μπορεί να αποτελεί την αιτία που δεν προβαίνουν σε περαιτέρω ενέργειες οι οποίες δεν κατοχυρώνονται νομικά. Η απουσία κλινικών πρωτοκόλλων αποθαρρύνει τους νοσηλευτές από την διαδικασία λήψης αποφάσεων και τους οδηγεί στη διατήρηση παθητικής στάσης απέναντι στον ασθενή.

Η Νοσηλευτική και η Ιατρική είναι άρρηκτα συνυφασμένα με την νοσοκομειακή περίθαλψη. Η σχέση μεταξύ ιατρού και νοσηλεύτριας έχει καθοριστικό ρόλο στην λήψη κλινικών αποφάσεων (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005). Η ιατρική κάλυψη αποτελεί πρωταρχικό στόχο για την ανάπτυξη περιβάλλοντος εμπιστοσύνης και συνεργατικότητας, που εξασφαλίζει καλύτερη πρόγνωση της νόσου του ασθενούς. Παρόλα αυτά, το ιατροκεντρικό μοντέλο φροντίδας απομακρύνει τους νοσηλευτές από την διαδικασία λήψης αποφάσεων και τους μετατρέπει σε βοηθητικό προσωπικό των ιατρών. Η έκβαση των ασθενών εξαρτάται από τις δεξιότητες των γιατρών στη διάγνωση και στη θεραπεία, καθώς και από τη συνεχή παρατήρηση και δεξιότητα των νοσηλευτών στην μεταβίβαση των κατάλληλων πληροφοριών στον

κατάλληλο συνεργάτη (Krogstad, Hofoss και Hjortdahl, 2002). Η σωστή συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών είναι απαραίτητη για την πραγματοποίηση του κοινού στόχου της καλής έκβασης του ασθενούς και της υγείας των ανθρώπων (Baggs και συν. 1999).

Οι επείγουσες καταστάσεις είναι το πιο κρίσιμο σημείο λήψης κλινικών αποφάσεων, μετατρέποντας αυτές σε μια πολύπλοκη διαδικασία. Στις καταστάσεις αυτές, η συλλογή πληροφοριών αλλά και η απόλυτη γνώση της κατάστασης του ασθενούς είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες, όμως όλα αυτά εξαρτώνται και από το περιβάλλον εργασίας και τους συνεργάτες (Pugh, 2002). Η παρατηρητικότητα και η σωστή συλλογή πληροφοριών και δεδομένων για την κατάσταση του ασθενούς έχουν κυρίαρχο ρόλο στη λήψη αποφάσεων στα επείγοντα περιστατικά (Gunnarsson και Stomberg, 2009).

Ως παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τη λήψη κλινικών αποφάσεων είναι η έλλειψη προσωπικού (Αδάμου και συν, 2011), καθώς ο νοσηλευτής έχει περιορισμένο χρόνο ενασχόλησης με τον κάθε ασθενή. Έτσι, εστιάζει σε επείγοντα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής, παραμερίζοντας κάποια άλλα και κατακερματίζοντας την παροχή ολιστικής φροντίδας του ασθενούς και κατ' επέκταση της ποιότητας φροντίδας.

Κάθε απόφαση την οποία λαμβάνουν οι νοσηλευτές θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές έρευνες και στην ικανότητά τους να εκτιμούν αυτές τις έρευνες (Bakalis, Bowman και Rogock, 2003). Επειδή λοιπόν, χρειάζεται διαρκώς να επιλύουν προβλήματα, η κριτική σκέψη αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη, διότι βελτιώνει τα αποτελέσματα επίλυσης προβλημάτων (Taylor, Lillis και Lemone, 2006).

1.2.3 Χρησιμότητα κλινικών αποφάσεων

Η λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων είναι ένα σημαντικό στοιχείο της ποιοτικής φροντίδας σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής και είναι αναπόσπαστο μέρος για την πραγματοποίηση αλλαγών σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. Έρευνες δείχνουν ότι ένας στους χίλιους ασθενείς εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες ή επιπλοκές λόγω κάποιου λάθους των επαγγελματιών υγείας (Leape, 2000), ενώ κάθε χρόνο καταγράφονται περίπου 1200-1500 περιπτώσεις πολιτών που έχουν πέσει θύματα κάποιου ιατρικού λάθους (Σπαντιδέας, 2010). Επομένως, η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι εξαιρετικά σημαντική γιατί αν οι επαγγελματίες υγείας είναι περισσότερο ενήμεροι για τις επιλογές τους και τις συνέπειες των επιλογών αυτών, είναι πιο πιθανό να κάνουν λιγότερα λάθη, βελτιώνοντας την ποιότητα φροντίδας των ασθενών (Rashotte και Carnevale, 2004).

Η λήψη αποφάσεων, η δυνατότητα των νοσηλευτών να λαμβάνουν άμεσα αποφάσεις και να δρουν με βάση αυτές είναι καθοριστικές για την έκβαση της πορείας των νοσηλευόμενων. Σε επείγουσες καταστάσεις και σε επείγοντα περιστατικά, για παράδειγμα, πολύ σημαντικό είναι να αποφασίζουμε τι είναι επείγον και τότε πρέπει να αναφέρουμε ένα περιστατικό ως επείγον (Cioffi, 2000). Έτσι, συνδυάζοντας την

γνώση με την εμπειρία φτάνουμε στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων όσον αφορά την υγεία του ασθενούς (Noll, Key και Jensen, 2001).

Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να προβαίνουν σε ορθές κλινικές αποφάσεις γιατί βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας του ασθενούς, καθώς προσφέρει τα μεγαλύτερα οφέλη για την υγεία με τον πιο αποτελεσματικό και αποδεκτό τρόπο. Επιπλέον, προλαμβάνουν επιπλοκές και αναπηρίες και συμβάλλουν στην μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, φθάνοντας στο επιθυμητό αποτέλεσμα με τον πιο άμεσο τρόπο, επιλέγοντας την σωστή εναλλακτική κάθε φορά.

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι ουσιώδης για την προώθηση της υγιούς κοινότητας και του πληθυσμού, για την βελτίωση της κλινικής πρακτικής, την επίτευξη οικονομικά αποδοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, για την διασφάλιση της λογοδοσίας και τη διαφάνεια στη διαδικασία λήψης αποφάσεων εντός του συστήματος υγείας (Cleary-Holdforth, 2009). Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να εκπαιδεύονται όλοι οι νοσηλευτές από το προπτυχιακό, ακόμα, επίπεδο, ώστε να λειτουργούν σε ένα πλαίσιο που η κριτική σκέψη θα έχει πρωτεύοντα ρόλο.

1.2.4 Προϋποθέσεις ορθής απόφασης

Η λήψη ορθής κλινικής απόφασης δεν είναι απλή διαδικασία. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να αποπροσανατολίσουν τον νοσηλευτή από την ορθή επιλογή. Ένας παράγοντας που είναι σημαντικός και δεν πρέπει να παραλείπεται από τις δυσκολίες επιλογής, σωστής απόφασης είναι ο περιορισμένος χρόνος που έχει στη διάθεσή του ο νοσηλευτής για την διαδικασία λήψης απόφασης. Οι αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται γρήγορα, τόσο για την αποκατάσταση του προβλήματος του ασθενούς, όσο και για την μείωση της αναμονής των υπολοίπων ασθενών. Σύμφωνα με τους Bakalis, Bowman και Porock (2003), οι νοσηλευτές καλούνται πολλές φορές να λάβουν αποφάσεις σε μικρό χρονικό διάστημα και έχοντας συχνά στη διάθεσή τους λιγιστές πληροφορίες και υψηλό βαθμό αβεβαιότητας. Κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων προκαλείται ψυχολογικό άγχος με δεδομένο ότι κάποιες αποφάσεις μπορεί να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη ζωή του ασθενούς (Bakalis, Bowman και Porock, 2003).

Ένας άλλος αποτρεπτικός παράγοντας ορθής απόφασης είναι οι πολλαπλοί και ποικίλοι στόχοι που έχει το θεραπευτικό πρόγραμμα του κάθε ασθενούς, καθώς τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής είναι, συνήθως, περισσότερα από ένα. Αυτό το φαινόμενο δημιουργεί άγχος στο νοσηλευτή, ο οποίος θα πρέπει να αποφασίσει ποιο είναι το πιο σημαντικό πρόβλημα που θα πρέπει να αντιμετωπίσει πρώτο. Επιπλέον, οι αντικρουόμενες επιλογές που είναι αβέβαιη η απόκριση του ασθενούς στη θεραπεία δυσχεραίνει την διαδικασία ορθής απόφασης. Στο στάδιο αυτό, θα πρέπει να αξιολογείται το κόστος και το όφελος που μπορεί να παρουσιάζουν στον ασθενή.

Οι ικανότητες και οι δεξιότητες που μπορεί να έχουν αναπτύξει κάποιοι νοσηλευτές βοηθούν πολύ στην ορθή επιλογή ανάμεσα από τις εναλλακτικές. Αν ένας αριθμός προσωπικών ικανοτήτων είναι παρών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, τότε οι νοσηλευτές καταλήγουν στην αποτελεσματική και ορθή κλινική απόφαση. Είναι

γεγονός ότι οι νοσηλευτές με κλινική εμπειρία και γνώσεις λαμβάνουν σωστότερες και πιο ορθές κλινικές αποφάσεις, με αποτέλεσμα να οδηγούνται συχνότερα στη λύση του προβλήματος (Hoffman, Aitken και Duffield, 2009). Σύμφωνα με την Cooper (2009) τη σωστή λήψη αποφάσεων βοηθάει και καθοδηγεί η κατάσταση του ασθενή, η ομαδική συνεργασία, η ποιοτική φροντίδα, η χρήση πληροφοριών και η κλινική εμπειρία και γνώση. Η κριτική σκέψη είναι απαραίτητη για την λήψη ορθής κλινικής απόφασης αλλά δεν αρκεί.

Γενικά, η τεκμηριωμένη νοσηλευτική πρακτική στηρίζεται στη διαδικασία με την οποία οι νοσηλευτές λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις χρησιμοποιώντας τα καλύτερα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, την κλινική τους εξειδίκευση, καθώς και τις προτιμήσεις των ασθενών (DiCenso, Guyatt και Ciliska, 2005). Η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων σύμφωνα με την Dewit (2009) περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- Αναγνώριση του προβλήματος και ανάλυση της περίπτωσης.
- Διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων.
- Επιλογή της πιο εναλλακτικής λύσης.
- Εφαρμογή της απόφασης.
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Οι Gillespie και Paterson (2009) έθεσαν τέσσερα στάδια στη διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης.

- Το στάδιο της Προσέγγισης: Ο νοσηλευτής παρατηρεί άτυπα συμπτώματα/αντιδράσεις/συμπεριφορά, καταγράφει πλήρες ιστορικό, κανονίζει παρακλινικές εξετάσεις και αξιολογεί τα αποτελέσματα.
- Το στάδιο της Κριτικής σκέψης: Ο νοσηλευτής κάνει υποθέσεις για το τι μπορεί να συμβαίνει και τι δεδομένα/αποδείξεις υποστηρίζουν την κάθε υπόθεση. Αξιολογεί τις διαθέσιμες πηγές πληροφοριών και αριθμεί τις προτεραιότητες που πρέπει να έχει.
- Το στάδιο της Απόφασης: Ο νοσηλευτής επιλέγει μία από τις εναλλακτικές, την εφαρμόζει στον ασθενή και ενημερώνει την λογοδοσία για την πράξη αυτή.
- Το στάδιο της Αξιολόγησης των αποτελεσμάτων: Ο νοσηλευτής ελέγχει και επανελέγχει τον ασθενή για πιθανές αντιδράσεις/ επιπλοκές και αξιολογεί το αποτέλεσμα που έφεραν οι πράξεις του. Αν η απόφαση που πήρε δεν είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα επιστρέφει στο δεύτερο στάδιο και επιλέγει νέα εναλλακτική.

Κάθε κλινική απόφαση αφορά ένα συγκεκριμένο άτομο-ασθενή και προσδιορίζεται από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνεται, οι οποίες ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι συνθήκες βεβαιότητας που υπάρχουν όταν κάθε δράση-απόφαση είναι γνωστό εκ των προτέρων ότι οδηγεί πάντοτε σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα ή συγκεκριμένη έκβαση. Στην δεύτερη κατηγορία

ανήκουν οι συνθήκες κινδύνου (αβεβαιότητας) που εμφανίζονται όταν κάθε δράση-απόφαση οδηγεί σε ένα σύνολο πιθανών εκβάσεων και κάθε έκβαση εμφανίζεται σε συγκεκριμένη πιθανότητα, η οποία είναι γνωστή στον αποφασίζοντα. Στην τελευταία κατηγορία ανήκουν οι συνθήκες πλήρους αβεβαιότητας (άγνοια) που παρουσιάζονται όταν κάθε δράση-απόφαση έχει ως συνέπεια την εμφάνιση συνόλου δυνατών εκβάσεων, αλλά οι πιθανότητες κάθε έκβασης είναι παντελώς άγνωστες (Ανευλαβής, 2004).

Ουσιαστικά, για την λήψη ορθής κλινικής απόφασης ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει αρχικά τις Βασικές Αρχές της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Να είναι ενήμερος για τα πρότυπα πρακτικής, τις αρμοδιότητες και τις δεξιότητες που απαιτούνται, καθώς και το νοσηλευτικό ρόλο. Η γνώση του εαυτού και των προσωπικών δυνάμεων και περιορισμών είναι σημαντική κατά την διαδικασία λήψης απόφασης, διότι αποτρέπονται ενδεχόμενα λάθη που θα προέκυπταν σε περίπτωση που ο νοσηλευτής έπραττε μια υπόθεση με αβέβαιο αποτέλεσμα. Η πλήρης γνώση του περιστατικού και του ασθενούς πρέπει να είναι δεδομένη πριν την επιλογή κάποιας εναλλακτικής. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ενημερωμένος για την παθοφυσιολογία της ασθένειας, τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται σε τυπικά περιστατικά, την πρόγνωση και την απόκριση του ασθενούς, καθώς και του ιστορικού υγείας και ασθένειας του ατόμου, των εργαστηριακών πληροφοριών και των προτιμήσεων του ασθενούς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, κρίνεται απαραίτητη και η γνώση του υποστηρικτικού δικτύου του ασθενούς (Gillespie και Paterson, 2009).

1.2.5 Κλινικές αποφάσεις και νοσηλευτές

Αρκετές έρευνες έχουν προσδιορίσει ότι η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι επιτακτική, καθώς θεωρείται βασικό στοιχείο του νοσηλευτικού ρόλου (Bakalis, Bowman και Porock, 2003). Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με σκοπό την παροχή των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων, όσον αφορά την περίθαλψη και την θεραπεία των ασθενών. Η ανάγκη θεμελίωσης της εφαρμογής στην έρευνα έχει προσδιοριστεί ως ο βασικός σκοπός όλων των επαγγελματιών υγείας. Συνεπώς, κάθε απόφαση την οποία λαμβάνουν οι νοσηλευτές θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές έρευνες και στην περαιτέρω ανάλυση και εκτίμηση των ερευνών αυτών (Μπακάλης, 2002).

Η εκπαίδευση αποτελεί σπουδαίο ρόλο στη λήψη αποφάσεων (Thompson και Stapley, 2011) κάνοντας τους νοσηλευτές να λαμβάνουν περισσότερο ποιοτικές και εις βάθος αποφάσεις (Bakalis, Bowman και Porock, 2003). Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται από τα προπτυχιακά χρόνια στην ανάπτυξη της κριτικής τους σκέψης κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης. Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία αυτή, έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία, καλύτερο ηθικό, βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005).

Οι νοσηλευτές πραγματοποιούν συχνές, πολύπλοκες και σημαντικές αποφάσεις. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν συμπεραίνουν ότι, οι νοσηλευτές λαμβάνουν πολλές αποφάσεις στην καθημερινή κλινική τους πρακτική. Συγκεκριμένα, στα επείγοντα περιστατικά οι νοσηλευτές λαμβάνουν αποφάσεις κάθε 10 λεπτά, στη μονάδα εντατικής θεραπείας κάθε 30 δευτερόλεπτα (Bucknall, 2000),

ενώ οι κοινοτικοί νοσηλευτές λαμβάνουν 10 αποφάσεις σε κάθε επαφή με οικογένειες (McCaughan και συν, 2005). Τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνονται και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι ανέλυσαν την συχνότητα λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών στις επιμέρους κλινικές. Οι Έλληνες νοσηλευτές, σύμφωνα με τους Bakalis, Bowman και Porock (2003), παρεμβαίνουν έγκαιρα σε περιπτώσεις ταχυκαρδίας και πόνου στο στήθος. Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, σε πολλές περιπτώσεις στη χώρα μας, οι νοσηλευτές δρουν μόνοι τους, χωρίς την συνεργασία ιατρών ή την καθοδήγηση τους οδηγώντας τους σε λάθος συμπεράσματα.

Σε γενικές γραμμές, οι Έλληνες νοσηλευτές αν και λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις, νιώθουν ακόμα ανασφάλεια και δεν δραστηριοποιούνται για να χρησιμοποιήσουν την κριτική τους σκέψη. Γι' αυτό, ίσως ευθύνεται η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών στα Ελληνικά νοσοκομεία που οδηγεί τους νοσηλευτές σε μια παθητική στάση απέναντι στον ασθενή. Οι ίδιες οι κυβερνήσεις αρκετών χωρών έχουν συστήσει οργανισμούς με σκοπό την ανάπτυξη, τη διασπορά και την εφαρμογή εθνικών οδηγιών για συχνές ή σημαντικές καταστάσεις. Επίσης, εθνικές ή τοπικές ιατρικές εταιρείες, ακόμη και νοσοκομεία, αναπτύσσουν και προσπαθούν να εφαρμόσουν οδηγίες (Tassiopoulos και Apostolakis, 2010).

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί συμπεραίνουν ότι η κριτική σκέψη δεν είναι τόσο ανεπτυγμένη όσο θα έπρεπε, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην λαμβάνουν συχνά κλινικές αποφάσεις ή να καταλήγουν σε λάθη. Αυτό ίσως εξηγεί τα αποτελέσματα της έρευνας του Scott (2004), ο οποίος τονίζει ότι οι νοσηλευτές στην Ελλάδα, αν και όχι όλοι, εξαρτώνται από τις ιατρικές αποφάσεις και εντολές. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και τα αποτελέσματα της Αδάμου και συν (2011), όπου αναφέρει ότι οι νοσηλευτές χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτονομία ως προς την εκτέλεση παρεμβάσεων, χωρίς ιατρική οδηγία ή σε επείγουσες καταστάσεις. Σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας είχε παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές αδυνατούν να λάβουν κλινικές αποφάσεις και δυσκολεύονται να εκφράσουν την άποψή τους (Coombs, 2003).

Στη χώρα μας, αν και υπάρχουν πολλοί ικανοί νοσηλευτές, οι περισσότεροι δεν αξιολογούν σωστά την κατάσταση του ασθενούς και δεν μπορούν να λάβουν σωστές κλινικές αποφάσεις. Όπως καταλαβαίνουμε, οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένο ρόλο και δεν νιώθουν αυτοπεποίθηση να λάβουν αποφάσεις και να επιλύσουν προβλήματα. Αυτό ίσως συμβαίνει λόγω της έλλειψης κλινικών πρωτοκόλλων από τα ελληνικά νοσοκομεία, καθώς και του βιοϊατρικού μοντέλου που επικρατεί ακόμα και στη σημερινή εποχή. Επίσης, η γενικότητα και η ασάφεια του καθηκοντολογίου των νοσηλευτών δεν βοηθάει στη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας, όσον αφορά τις καθημερινές κλινικές πρακτικές. Έτσι, λαμβάνουν σε χαμηλό βαθμό αποφάσεις σε ότι αναφορά την διάγνωση, την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και την ενημέρωση για την πρόγνωση και την θεραπεία των ασθενών (Τάκου, 2013).

Στην Ελλάδα, καθώς και σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες οι νοσηλευτές προσπαθούν να ενισχύσουν την επαγγελματική τους κατάσταση με την απόκτηση αυτονομίας, τόσο στην εκπαίδευση όσο και στον χώρο εργασίας τους. Πρόσφατα διατάγματα της Ελληνικής νομοθεσίας θέτουν τον ιατρικό διευθυντή κάθε μονάδος ως συντονιστή για όλες τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται στον ασθενή, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλευτικής. Το γεγονός αυτό εμποδίζει τους νοσηλευτές να είναι υπόλογοι των πράξεων τους και να αναγνωρίζουν τις ευθύνες

τους, ενώ τους στερεί την εξουσία να ασκούν έλεγχο στην πρακτική τους (Πιορουλίου και While 2010). Ως εκ τούτου, η ενίσχυση της αυτόνομης νοσηλευτικής πρακτικής θεωρείται επιτακτική για τους Έλληνες νοσηλευτές. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την αναθεώρηση του καθηκοντολογίου και των επαγγελματικών δικαιωμάτων, καθώς και με την εφαρμογή του νόμου περί της υποχρεωτικής εξειδίκευσης σε μια από τις νοσηλευτικές ειδικότητες. Έτσι, οι νοσηλευτές θα διευρύνουν το θεωρητικό τους υπόβαθρο, μεταβιβάζοντας το στην κλινική πρακτική. Το γεγονός αυτό θα βελτιώσει το κοινωνικό τους προφίλ.

1.3 Νοσηλευτές – Νοσηλευτική

1.3.1 Νοσηλευτικό προφίλ στην Ελλάδα

Ο όρος Νοσηλευτική μπορεί να οριστεί με τόσους τρόπους όσοι και οι θεωρητικοί της Νοσηλευτικής επιστήμης, καθώς στηρίζεται σε θεωρητικά θεμέλια. Έτσι, είναι φυσικό να αναζητηθεί μέσα στα εννοιολογικά μοντέλα και θεωρίες της Νοσηλευτικής.

Από τους πλέον επίσημους και γνωστούς ορισμούς της Νοσηλευτικής είναι αυτοί του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών. Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την αυτόνομη και συνεργατική φροντίδα ατόμων όλων των ηλικιών, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, ασθενών ή υγείων σε όλα τα επίπεδα. Η υπεράσπιση, η προώθηση ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα και η συμμετοχή στην διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας, καθώς επίσης και η διαχείριση των συστημάτων υγείας μαζί με την εκπαίδευση αποτελούν βασικούς ρόλους της Νοσηλευτικής.

Ακόμη, έχουν διατυπωθεί πληθώρα άλλων ορισμών οι οποίοι χρησιμοποιούνται, είτε για να περιγράψουν τους ρόλους και τις δραστηριότητες των νοσηλευτών, είτε για να δηλώσουν την επιστημονικότητα της νοσηλευτικής και να προσδιοριστούν σαφώς τα όρια του νοσηλευτικού επαγγέλματος ή/και η νομική κατοχύρωση (Ζυγά, 2010).

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (2014) ορίζει την Νοσηλευτική ως επιστήμη και επάγγελμα που καλύπτει αυτοδύναμα ή σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες την παροχή φροντίδας σε άτομα όλων των ηλικιών, σε οικογένειες, σε πληθυσμιακές ομάδες και κοινότητες. Η Νοσηλευτική απαιτεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών και εφαρμογών, αλλά και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Η συμβολή της είναι ξεχωριστή στην φροντίδα Υγείας, διότι ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη εκδήλωσης νόσου, τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της (Αθανάτου, 2008). Επιπλέον, έγκειται στην ικανότητα της να δημιουργήσει και να προωθήσει ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή, δίνοντας του όχι μόνο ολιστική, αλλά συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών 2014).

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα και στην καρδιά των επιστημών υγείας και έρευνας. Περιγράφεται ως ανθρώπινο γνώρισμα, ηθική υποχρέωση, διαπροσωπική σχέση, θεραπευτική παρέμβαση και εκφράζεται μέσα από τις δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις.

Το φαινόμενο που μελετά η Νοσηλευτική Επιστήμη είναι η νοσηλευτική πράξη, ο άνθρωπος, το περιβάλλον και η υγεία. Οι νοσηλευτικές θεωρίες περιλαμβάνουν διάφορες διαστάσεις σε θέματα όπως: α) Ο ορισμός του ατόμου, της νοσηλευτικής, της υγείας, του περιβάλλοντος και τις σχέσεις μεταξύ τους, β) Η περιγραφή των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, γ) Η κατανόηση της μοναδικότητας του ατόμου ως οντότητα και των αντιδράσεων του προς το στρες και την ασθένεια, και δ) Τις βασικές επιστημονικές αρχές ως αφετηρία για την διατύπωση των νοσηλευτικών αρχών (Ραγιά, 2000).

Όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον, το οποίο μπορεί να ασχοληθεί ο νοσηλευτής, εξαρτάται από την εκπαίδευση που έχει λάβει. Οπότε και έχει τη δυνατότητα να εργαστεί σε νοσοκομεία, κλινικές, κέντρα υγείας, ιατρεία και εργαστήρια, σε τομείς υγείας ασφαλιστικών οργανισμών και γηροκομεία. Ακόμη, μπορεί να συμμετέχει και σε μεγάλες επιχειρήσεις που διαθέτουν ιατρεία για το προσωπικό, στην έρευνα και στον πολιτικό σχεδιασμό στο χώρο της υγείας, ως εκπαιδευτής υπονήφια αδελφών νοσοκόμων ή τέλος ως ελεύθερος επαγγελματίας παρέχοντας υπηρεσίες κατά αποκλειστικότητα στους ασθενείς.

Η Νοσηλευτική γενικά παρέχει πολλές δυνατότητες και διεξόδους για την επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη των πρόθυμων νοσηλευτών. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές μπορούν να εργαστούν σε ένα ευρύ πλαίσιο υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και να ασχοληθούν με μία ποικιλία δραστηριοτήτων, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Έτσι λοιπόν μπορούν:

- Να εργαστούν ως υπάλληλοι σε Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, καθώς και σε ιδιωτικά Νοσοκομεία.
- Να εργαστούν ως ελεύθεροι επαγγελματίες και να ανοίξουν εταιρίες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.
- Να ασκήσουν διοίκηση σε όλες τις δομές και τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας, ως Προϊστάμενοι νοσηλευτικών τμημάτων, Διευθυντές Νοσηλευτικών Τομέων και Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Αρκετοί νοσηλευτές υπηρετούν σήμερα ή υπηρέτησαν στο παρελθόν, ως διοικητές και Υποδιοικητές Νοσοκομείων και ένας νοσηλευτής σήμερα υπηρετεί ως Διοικητής ΠΕΣΥ.
- Να απασχοληθούν στο ΚΕΛΠΝΟ, στον ΟΚΑΝΑ, στο ΙΚΑ, στη ΔΕΗ και σε άλλα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς επίσης και σε υπηρεσίες υγείας τραπεζών, στη Σχολική Υγιεινή, στην Υγιεινή της Εργασίας και ως Επιθεωρητές Υπηρεσιών Υγείας.
- Να εργαστούν σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση (ΙΕΚ, ΤΕΕ) αλλά και στην ανώτατη (Πανεπιστήμια, ΤΕΙ)
- Να απασχοληθούν στην έρευνα, ως ερευνητές αυτοαπασχολούμενοι σε ερευνητικά κέντρα της Ελλάδας και του Εξωτερικού, καθώς και
- Να εργαστούν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε άλλες χώρες (ΗΠΑ, Καναδάς, κτλ).

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα δεν είναι καθόλου ξεκάθαρος και δεν παρέχει προοπτικές ανάπτυξης και εξέλιξης της επιστημονικότητας. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι τα επαγγελματικά δικαιώματα συντάχθηκαν το 1989, όπου ήταν μια άλλη εποχή για τη Νοσηλευτική που δεν αποτελούσε τότε ισχυρή επιστήμη και τέχνη και δεν κατείχε τη θέση που έχει σήμερα. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο το καθηκοντολόγιο είναι γενικό, ασαφές και ελλιπές δίνοντας ένα γενικό περίγραμμα του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Επιπλέον, σε κανένα σημείο δεν αναφέρεται η παροχή της δυνατότητας άσκησης της Νοσηλευτικής ως ελεύθερο επάγγελμα. Οι νοσηλευτικές πράξεις δεν κοστολογούνται, ενώ τα καθήκοντα είναι λιγοστά. Τα παραπάνω έχουν αντίκτυπο και στον ασθενή αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Αφενός ο ασθενής δε νιώθει ασφάλεια στο χώρο που νοσηλεύεται και αφετέρου οι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν για ποιες ενέργειες τους είναι θεσμοθετημένοι, προκαλώντας σύγχυση στη μεταξύ τους σχέση και στις σχέσεις με άλλους επαγγελματίες υγείας. Συμπερασματικά λοιπόν, για να αντιμετωπισθούν όλα τα παραπάνω πρέπει να γίνει αναθεώρηση και διεύρυνση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των Νοσηλευτών.

Παρά το γεγονός ότι η Νοσηλευτική αποτελεί επιστήμη, οι νοσηλευτές δεν μπορούν εύκολα να είναι ελεύθεροι επαγγελματίες και να παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα, λόγω της ασάφειας και της γενικότητας της παραγράφου 2 του καθηκοντολογίου, που αναφέρει το δικαίωμα αυτοαπασχόλησης. Επίσης, δεν υπάρχουν σχολικοί νοσηλευτές για την διαχείριση περιστατικού τραυματισμού, για την εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας και για την δημιουργία ευνοϊκού περιβάλλοντος πρόληψης τραυματισμών.

Γενικά, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρατηρεί, να περιγράφει, να ερευνά και να εξηγεί θεωρητικά κάποιο φαινόμενο (Ζυγά, 2010). Ο κύριος, όμως, ρόλος του είναι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, με την οποία αρχικά προσδιορίζεται το πρόβλημα και συλλέγονται τα δεδομένα από το ιστορικό που λαμβάνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή/και από κοντινά-συγγενικά πρόσωπα. Στη συνέχεια διατυπώνεται η υπόθεση, οργανώνεται το σχέδιο δράσης για συγκεκριμένα προβλήματα. Τέλος, ελέγχεται η υπόθεση, ερμηνεύονται και εκτιμώνται τα αποτελέσματα. Η κατάσταση του ασθενή, επαναξιολογείται (Potter και Frisch, 2007).

Στη χώρα μας, δυστυχώς, η νοσηλευτική διεργασία δεν εφαρμόζεται, και αυτό οφείλεται στην έλλειψη χρόνου και στην έλλειψη προσωπικού. Ένας νοσηλευτής αντιστοιχεί σε πολλούς ασθενείς ταυτόχρονα, οπότε δεν παρέχεται η δυνατότητα ενασχόλησης με τη νοσηλευτική διεργασία, καθώς προϋποθέτει ορισμένο χρόνο για το σχεδιασμό του σχήματος παροχής φροντίδας του ασθενούς.

Η επιτυχής άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, ενώ προϋποθέτει την συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή και την δημιουργία και εφαρμογή των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων. Οι συνθήκες εργασίας έχουν καθοριστικό ρόλο στην καθημερινή κλινική πρακτική, γεγονός που κατανοούμε ιδιαίτερα στις μέρες μας, λόγω της οικονομικής κρίσης που διανύουμε. Για να μπορέσει ο νοσηλευτής να αντεπεξέλθει με επιτυχία στον επαγγελματικό του ρόλο, χρειάζεται να διαθέτει υπομονή, κατανόηση, ανεκτικότητα, μεγάλη ψυχική αντοχή και ψυχραιμία. Σημαντικό ρόλο, όμως, κατέχουν κυρίως τα κλινικά πρωτόκολλα, τα οποία πρέπει να υπάρχουν σε κάθε νοσοκομείο, ώστε να περιγράφονται οι ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιηθούν σε επείγουσες

καταστάσεις. Επίσης στα πρωτόκολλα περιλαμβάνονται και τα άτομα που πρέπει να προβούν στις συγκεκριμένες ενέργειες, με σκοπό την εξασφάλιση της ζωής του ατόμου που κινδυνεύει. Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι υπεύθυνος και να τηρεί μεθοδικότητα και ακρίβεια κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, καθώς επίσης και να βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση και επαγρύπνηση για την παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας των ασθενών. Καθήκον αποτελεί και το να είναι συνεργάσιμος, ευγενικός και να έχει υψηλό αίσθημα ευθύνης, αλλά και να σέβεται τον ασθενή, ενεργώντας ως συνήγορός του. Η δεξιότητα επικοινωνίας και η συνεργασία με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς, βοηθούν στην ταχύτερη αποκατάσταση της υγείας των ασθενών και στη δημιουργία ευχάριστου κλίματος στο χώρο εργασίας.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή καλύπτει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, που εκτείνεται από τη νοσηλεία του αρρώστου ως την έρευνα και την εφαρμογή προγραμμάτων υγείας. Η συνεχής και διά βίου μόρφωση και εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι επίσης απαραίτητη, καθώς τα δεδομένα και οι πληροφορίες για την ανάπτυξη των σύγχρονων μέσων εξελίσσονται.

Στο πλαίσιο των καθημερινών του δραστηριοτήτων ο νοσηλευτής, φροντίζει για την τήρηση της θεραπευτικής και φαρμακευτικής αγωγής που έχουν οριστεί για τον κάθε ασθενή χωριστά. Παρακολουθεί και καταγράφει τα ζωτικά σημεία των ασθενών και βοηθάει τους γιατρούς κατά τις αλλαγές τραυμάτων. Επίσης, συμμετέχει μαζί με τους γιατρούς στις επισκέψεις, στους θαλάμους.

Σε περιπτώσεις ανάγκης, προσφέρει πρώτες βοήθειες και εφαρμόζει το κλινικό πρωτόκολλο του τμήματος μέχρι να επέμβει ο γιατρός. Επιπλέον, προετοιμάζει τους ασθενείς που πρόκειται να προβούν σε εξετάσεις ή σε κάποιου είδους επέμβαση, αποστειρώνει και τοποθετεί στις κατάλληλες θέσεις τα όργανα και τις συσκευές που χειρίζονται οι γιατροί (χειρουργικά εργαλεία, μηχανήματα). Τέλος, φροντίζει για την εύρυθμη λειτουργία της κλινικής, την προμήθεια των φαρμάκων και συσκευών.

Βασική ευθύνη του Νοσηλευτή σύμφωνα με το Διεθνή Κώδικα ηθικών καθηκόντων του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών με τελευταία αναθεώρηση στο Μεξικό το 1973 και επανέγκριση το 2000 είναι τετραπλή:

- Προαγωγή της υγείας
- Πρόληψη της ασθένειας
- Αποκατάσταση της υγείας
- Ανακούφιση του πόνου

Η μη σαφής διατύπωση των νοσηλευτικών πράξεων που εκτελούνται σε ιδιαίτερους τομείς του πλαισίου εργασίας, όπως για παράδειγμα το τμήμα Επειγόντων ή η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οδηγεί σε σύγχυση μεταξύ εμπλεκόμενων επαγγελματιών, σε μη νομική κατοχύρωση, σε κακή συνεργασία μεταξύ μελών της υγειονομικής μονάδας. Προκαλείται σύγκρουση ρόλων και καθηκόντων με τελικό αποτέλεσμα την αναποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών πράξεων και την επαγγελματική κόπωση των ατόμων που αναμειγνύονται (Μανουσάκη, 2011).

Στην Ελλάδα, στο χώρο της υγείας υπάρχουν μεγάλες ανάγκες για εκπαιδευμένους νοσηλευτές. Οι προοπτικές απασχόλησης τους είναι πολύ θετικές, τόσο για τον δημόσιο, όσο και για τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Οι μηνιαίες αποδοχές τους

κυμαίνονται σε χαμηλά ή μέτρια επίπεδα λόγω της οικονομικής κρίσης και αποτελούνται από το βασικό μισθό, καθώς και από επιδόματα και παροχές, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις καταβολής τους. Ο βασικός μισθός των νοσηλευτών ανέρχεται κατά μέσο όρο στα 1064,5 ευρώ για τους νεοδιοριζόμενους. Το ποσό αυτό αυξάνεται όσο αυξάνονται τα έτη υπηρεσίας (βλέπε πιν. 1). Επιπλέον, χορηγούνται ετησίως επιδόματα ανθυγιεινής εργασίας, τέκνων, παραμεθορίου κ.α. όπως φαίνεται στον πίνακα 2.

ΒΑΘΜΟΣ	ΈΤΗ		ΤΕ	ΈΤΗ		ΠΕ
ΣΤ	έως 3		1037,4 €	έως 3		1092 €
Ε	3-9	+23€ανά 2 έτη	1141 €	3-9	+24€ανά 2 έτη	1201 €
Δ	9 – 15	+26€ανά 2 έτη	1312 €	9-15	+28€ανά 2 έτη	1381 €
Γ	15 -23	+30€ανά 2 έτη	1509 €	15-21	+32€ανά 2 έτη	1588 €
Β	23 και άνω	+38€ανά 3 έτη	1811 €	21 και άνω	+41€ανά 3 έτη	1906 €

Πιν. 1 : Μισθός ανάλογα με τα έτη υπηρεσίας

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ	ΠΟΣΟ
1 παιδί	50 €
2 παιδιά	70 €
3 παιδιά	120 €
4 παιδιά	170 €
5 παιδιά	240 €
6 παιδιά	310 €
Επόμενο παιδί	+70 €
Χριστουγέννων	500 €
Πάσχα	250 €
Άδειας	250 €
Παραμεθόριων περιοχών	100 €
Επικίνδυνης και ανθυγιεινής	150 €

Πιν. 2 : Επιδόματα νοσηλευτών

(Ν. 4024/2011)

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα μέχρι την δεκαετία του 1970 εθεωρείτο ευρέως ως ένα πρακτικό επάγγελμα με δανεισμένη (κυρίως από την Ιατρική) θεωρητική γνώση, χωρίς ερευνητικές εργασίες και δεδομένα που να καθοδηγούν την καθημερινή πρακτική (Θεοφανίδης και Φουντούκη, 2006). Παραδοσιακά, η Νοσηλευτική στην Ελλάδα αποτελούσε ένα εξαρτώμενο επάγγελμα, στο οποίο οι νοσηλευτές αναμενόταν να δρουν “ως τα μάτια και τα αυτιά του γιατρού”, διεξάγοντας πιστά τις

οδηγίες του (Κυριακίδου 2005). Το αποτέλεσμα ήταν η άμεση εξάρτηση της Νοσηλευτικής από τις θετικές επιστήμες (Ιατρική, Βιολογία, Χημεία, Φυσική), που μείωνε το κύρος της ως επιστήμη και την αυτοδυναμία της ως επάγγελμα.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 όμως, υπήρξε μία διεθνής κίνηση για την αναβάθμιση της Νοσηλευτικής και τον επαναπροσδιορισμό της επιστημονικής της ταυτότητας. Η εποχή που η Νοσηλευτική ήταν μια βοηθητική εργασία αποτελεί πλέον μακρινό παρελθόν. Η σύγχρονη Νοσηλευτική είναι μία παγκοσμίου κύρους επιστήμη και αποδοτική Τέχνη. Η σημερινή τάση και πεποίθηση της Νοσηλευτικής είναι η ανάγκη αναγνώρισης του επαγγέλματος σε ανεξάρτητο επιστημονικό κλάδο, χωρίς βέβαια αυτό να επηρεάσει τη συνεργασία και την αλληλοκατανόηση που πρέπει να επικρατεί ανάμεσα στους επιστήμονες όλων των επαγγελματιών υγείας (Κυριακίδου, 2005).

Το ακαδημαϊκό και το ουμανιστικό προφίλ του σύγχρονου νοσηλευτή τον καθιέρωσαν ως ένα ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας (Θεοφανίδης και Φουντούκη, 2006). Τα τελευταία χρόνια, η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει μετατραπεί σε ανώτατη εκπαίδευση και οι νοσηλευτές επιθυμούν να αυξήσουν την αυτονομία τους και να αποκτήσουν επιστημονικό προφίλ.

Παρά τις αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, το νοσηλευτικό προφίλ στη χώρα μας δεν είναι καλό, ενώ πολλοί έχουν κακή άποψη για το επάγγελμα. Χαρακτηριστικό είναι ότι όλο και λιγότεροι νέοι επιλέγουν σήμερα κατ' αρχήν το νοσηλευτικό επάγγελμα, κυρίως λόγω της απαρχαιωμένης και μη ρεαλιστικής εικόνας του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Κοτζαμπασάκη και συν, 2003).

Παράγοντες όπως οι κακές συνθήκες εργασίας, ο χαμηλός μισθός και η απογοήτευση των ίδιων των νοσηλευτών από το πλαίσιο άσκησης επαγγέλματός τους, δεν επιτρέπουν στους νοσηλευτές να αναδείξουν όλες τις πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου (Δημητριάδου- Παντέκα και συν, 2009). Η καθημερινή συνύπαρξη με πολλούς ανθρώπους και κυρίως ασθενείς, καθιστά το περιβάλλον εργασίας ανθυγιεινό και επικίνδυνο για τη μετάδοση ασθενειών. Στα μεγάλα νοσοκομεία και τις κλινικές η εργασία είναι ιδιαίτερα επίπονη και κουραστική, ειδικά τις ημέρες των εφημεριών. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας τους είναι κυλιόμενο, περιλαμβάνοντας νυχτερινές βάρδιες, Σαββατοκύριακα ή και αργίες.

Κάποιες δραστηριότητες που μπορούν να βελτιώσουν το προφίλ της νοσηλευτικής στην χώρα μας είναι οι εξής:

- Ανάπτυξη στην νοσηλευτική εκπαίδευση (ενιαία πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση).
- Επαγγελματική ανάπτυξη και ευκαιρίες καριέρας.
- Προσωπική ανάπτυξη των νοσηλευτών και αύξηση των γνώσεών τους.
- Συμμετοχή σε κλινικές αποφάσεις.
- Προσλήψεις νοσηλευτών και αύξηση του μισθού.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων, εξαρτάται και από τη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005). Όταν οι γιατροί θεωρούν τους νοσηλευτές υποκείμενα, τα οποία ακολουθούν και εκτελούν τις οδηγίες τους, τότε χάνεται και το νόημα συμμετοχής του νοσηλευτή στη λήψη

κλινικών αποφάσεων. Η μη αποτελεσματική επικοινωνία οφείλεται σε διαφυλικές διαφορές, εφόσον το νοσηλευτικό επάγγελμα εκπροσωπείται κυρίως από το γυναικείο φύλο ή οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευση των γιατρών πάνω σε δεξιότητες επικοινωνίας (Cegala και Lenzeier-Broz, 2002). Αντιθέτως, όταν υπάρχει συνεργασία μεταξύ νοσηλεύτη και γιατρού και αντιμετωπίζονται όλοι ισότιμα, βελτιώνεται ο ρόλος των νοσηλευτών και ενισχύεται το αίσθημα της εμπιστοσύνης.

1.3.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα

Νοσηλεύτης είναι το πρόσωπο που έχει ολοκληρώσει επιτυχώς ένα πρόγραμμα βασικής, γενικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση, και κατέχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από την αρμόδια κρατική υπηρεσία, για να ασκεί τη νοσηλευτική στη χώρα του (Δημητριάδου, 2014). Ο νοσηλεύτης συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Μπορεί να ασχοληθεί από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαλογή ασθενών, μέχρι τη παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων (Ραγιά, 2001).

Ειδικός Νοσηλεύτης είναι εκείνος που έχει παρακολουθήσει ένα αναγνωρισμένο πρόγραμμα σπουδών μετά τη βασική νοσηλευτική του εκπαίδευση και αφορά ένα ειδικό τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης (Δημητριάδου-Παντέκα και Λαβδανίτη, 2014). Οι νοσηλευτικές ειδικότητες εφοδιάζουν τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές με σειρά ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων ανάλογα με τον τομέα ειδίκευσης. Η διοργάνωση των ειδικοτήτων γίνεται είτε από Πανεπιστήμια, είτε από τμήματα ΤΕΙ, είτε από δημόσια νοσοκομεία.

Για την απονομή του τίτλου Νοσηλεύτη θα πρέπει (στην Ελλάδα) ο ενδιαφερόμενος να διαγωνισθεί στις Πανελλήνιες εξετάσεις, να εισαχθεί και να αποφοιτήσει σε ένα από τα Τμήματα Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι. και Πανεπιστημίων ή στη Στρατιωτική Σχολή Αξιωματούχων Νοσηλευτών. Η εκπαίδευση σε όλες τις σχολές είναι τετραετής και περιλαμβάνει θεωρητική κατάρτιση και πρακτική εξάσκηση στα νοσοκομεία της χώρας. Τα μαθήματα κάθε έτους διδάσκονται σε δύο εξάμηνα, διάρκειας τουλάχιστον 13 εβδομάδων το καθένα, ενώ κατά το ακαδημαϊκό έτος, διενεργούνται γραπτές εξετάσεις (Ν. 4009/2011).

Μετά το πέρας των σπουδών απονέμεται ο τίτλος του Πτυχιούχου ή Διπλωματούχου Νοσηλεύτη με δυνατότητα απόκτησης Μεταπτυχιακού (MScinNursing) και Διδακτορικού τίτλου (PhDinNursing) σε Ελλάδα και Εξωτερικό (μετά από ανάλογη διαδικασία ισοτιμίας πτυχίου). Στην Ελλάδα μόλις στις αρχές του 2000 δόθηκε η δυνατότητα στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα να χορηγούν μεταπτυχιακό τίτλο στους σπουδαστές τους.

Σκοπός της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, είναι η προετοιμασία ενός νοσηλεύτη καταρτισμένου θεωρητικά και τεχνικά να προσφέρει τις γνώσεις του και την εμπειρία του, τόσο στο υγιές όσο και στο άρρωστο άτομο. Αυτό επιτυγχάνεται διδάσκοντας, ενημερώνοντας και επισημαίνοντας έγκαιρα τα συμπτώματα. Επιπλέον, η παροχή

βοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η αποκατάσταση και επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία που βρισκόταν πριν την ασθένεια ή το ατύχημα.

Τα προγράμματα των νοσηλευτικών σχολών είναι επίσημα αναγνωρισμένα και νομοθετημένα. Στην Ελλάδα, οι σπουδές παρουσιάζουν ομοιότητες στην διδασκαλία ανά εξάμηνο σε όλες τις σχολές χορήγησης διπλώματος Νοσηλευτικής, με μικρές διαφορές και ανακατατάξεις στην διδακτέα ύλη. Γενικά όμως, ο στόχος είναι ίδιος ανεξάρτητα βαθμίδας εκπαίδευσης και κατηγορίας (Μανουσάκη, 2011). Οι σπουδαστές διδάσκονται, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν τις πνευματικές τους δυνάμεις και τους μηχανισμούς του επιστημονικού πνεύματος για την εργασία τους, να αναλύουν με επιστημονικό τρόπο κάθε νοσηλευτική πράξη και να την προσαρμόζουν σε κάθε άτομο χωριστά (Κοτσαμπασάκη, 2004).

Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια με ταχύ ρυθμό και κλιμακώνεται σε διάφορα επίπεδα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Αυτό συμβαίνει για να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες της εποχής μας για υψηλή επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και για πληρέστερη νοσηλευτική ενημέρωση του ευρύτερου κοινού.

Σύμφωνα με την Δημητριάδου (2014) η έναρξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε το 1872, οπότε και ιδρύθηκε το "Νοσοκομικόν Παιδευτήριον" από τον "Σύλλογο Κυριών Υπέρ Της Γυναικείας Παιδείσεως". Οι απόφοιτοι του «Νοσοκομικού Παιδευτηρίου» μετά από τετράμηνη εκπαίδευση, αρχίζουν να προσφέρουν υπηρεσίες επ' αμοιβή σε ασθενείς εύπορους και άπορους στην πόλη των Αθηνών.

Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Ελλάδα διαρθρώθηκε σε δύο επίπεδα: την Πανεπιστημιακή και την Ανώτερη που μετεξελίχθηκε στην ονομαζόμενη Τριτοβάθμια Τεχνολογική, και μετά το 2001 εντάχθηκε πλέον στην Ανώτατη εκπαίδευση και προσφέρεται από τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ) και τα Πανεπιστήμια (Bakalis, Bowman και Porock, 2003).

Στη χώρα μας, η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει αρκετά μειονεκτήματα (Κωστογιαννοπούλου, Τσιπλαχίδου και Σταυροπούλου, 2009). Η Παιδεία είναι διχασμένη σε ΤΕΙ και Πανεπιστήμια, ενώ κανονικά πρέπει να υπάρχει ενιαία πανεπιστημιακού επιπέδου νοσηλευτική εκπαίδευση. Επίσης, στην Ελλάδα υπάρχουν οκτώ τμήματα νοσηλευτικής σε Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ) και δύο τμήματα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου, τα οποία εκπαιδεύουν τους μελλοντικούς νοσηλευτές. Χαρακτηριστικά, οι διαφορές των Πανεπιστημίων και των ΤΕΙ εναπόκεινται κυρίως στο γεγονός ότι:

- Η χρηματοδότηση στα Πανεπιστήμια είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι στα ΤΕΙ.
- Ο βαθμός πρόσβασης στη Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου είναι μεγαλύτερος σε σχέση με το βαθμό των Τ.Ε.Ι.
- Ο αριθμός των εισακτέων φοιτητών νοσηλευτικής στα ΤΕΙ, ξεπερνά εκείνον του Πανεπιστημίου.
- Στα Πανεπιστήμια, διδάσκονται περισσότερα μαθήματα διοικητικού χαρακτήρα, ενώ στα ΤΕΙ παρέχεται ιδιαίτερη έμφαση στη κλινική πρακτική των σπουδαστών.

Οι περισσότεροι φοιτητές Νοσηλευτικής στην Ελλάδα δεν είναι ευχαριστημένοι από τις σπουδές τους (Norman και συν, 2005). Πολλές φορές είναι δυσαρεστημένοι από την επικοινωνία και τη συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι υπεύθυνο για τη κλινική τους άσκηση. Αυτό πρέπει να αλλάξει, ώστε η εκπαίδευση να είναι πιο ποιοτική και να μην αποτελεί αγγαρεία για τους φοιτητές (Bartz και Doherty, 2003).

Στην Ελλάδα ο Νοσηλευτής/ρια μπορεί να κάνει και εξειδίκευση, όπως ορίζει ο νόμος 1579/1985 στο Άρθρο 5, σε μία από τις εξής ειδικότητες:

- Παθολογική Νοσηλευτική
- Χειρουργική Νοσηλευτική
- Παιδιατρική Νοσηλευτική
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας

Επίσης, σχεδιάζεται να δοθεί και η κοινοτική νοσηλευτική ως ειδικότητα στο εγγύς μέλλον. Η διάρκεια του προγράμματος είναι ένα ημερολογιακό έτος (όχι λιγότερο από 1500 διδακτικές ώρες.) Για τους νοσηλευτές που εργάζονται στο δημόσιο, παρέχεται η δυνατότητα να μετεκπαιδευτούν δύο χρόνια σε νοσοκομείο και να αποκτήσουν ειδίκευση σε μία ειδικότητα, όπως Παθολογία, Χειρουργική, Ψυχιατρική, Παιδιατρική.

Σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης, η Ελλάδα υστερεί όσον αφορά τις νοσηλευτικές ειδικότητες. Παραδείγματα ειδικοτήτων που εφαρμόζονται σε άλλα κράτη αποτελούν η αναισθησιολογία, ο οικογενειακός νοσηλευτής, ο κοινοτικός νοσηλευτής και ο σχολικός νοσηλευτής. Γενικά, η αναθεώρηση των ειδικοτήτων στη χώρα μας είναι επιτακτική, όμως εμποδίζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση που επικρατεί.

Οι νοσηλευτικές ειδικότητες εφοδιάζουν τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές με σειρά ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων αναλόγως με τον τομέα ειδίκευσης. Η εξειδίκευση σε οποιονδήποτε από τους παραπάνω τομείς, παρέχει πλεονεκτήματα αλλά μειονεκτεί και σε κάποια σημεία. Παρακάτω παρέχονται κάποια επιγραμματικά:

Πλεονεκτήματα

- Ø Η εξειδίκευση αυξάνει τη παραγωγικότητα της εργασίας, διότι έχουμε καλύτερη αξιοποίηση των πνευματικών και σωματικών ικανοτήτων του εργαζομένου νοσηλευτή.
- Ø Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, εφόσον ο νοσηλευτής αποκτά ειδικές γνώσεις γύρω από ένα συγκεκριμένο αντικείμενο εργασίας.
- Ø Βαθιά γνώση του συγκεκριμένου αντικειμένου που οφείλεται στη συνεχή ενασχόληση με αυτό.

Μειονεκτήματα

- Ø Η εργασία γίνεται μηχανική.
- Ø Τυποποιούνται οι ενέργειες του ανθρώπου, αφού η επανάληψη περιορίζει τη πρωτοτυπία.

- Ø Περιορισμός του διανοητικού επιπέδου και των ενδιαφερόντων του εργαζόμενου.

1.3.3 Επαγγελματική εξέλιξη Νοσηλευτών

Ο νοσηλευτής με πτυχίο Τ.Ε.Ι. ή Πανεπιστημίου εξελίσσεται στα νοσοκομεία σε:

- Προϊστάμενο ενός τμήματος.
- Τομεάρχη 4-5 τμημάτων.
- Διευθυντή όλης της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι ανεξάρτητη, παράλληλη και ισότιμη με την ιατρική και διοικητική υπηρεσία.

Σε μικρότερες μονάδες όπως είναι τα Κέντρα Υγείας, εξελίσσεται ως το βαθμό προϊστάμενου.

Στα εκπαιδευτικά ιδρύματα ισχύει η συνήθης εξέλιξη των μελών του εκπαιδευτικού προσωπικού (Ν 4009/2011). Οι βαθμίδες εξέλιξης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση των ΑΕΙ σύμφωνα με τον νόμο 4009/2011 είναι:

- Λέκτορας
- Επίκουρος Καθηγητής
- Αναπληρωτής Καθηγητής
- Καθηγητής
- Πρόεδρος τμήματος
- Κοσμήτορας Σχολής
- Πρύτανης Πανεπιστημίου

Όλες οι βαθμίδες (καθηγητές, αναπληρωτές καθηγητές, επίκουροι, λέκτορες) είναι μόνιμοι, ενώ εκλέγονται (όταν διορίζονται) για ζετή θητεία, με δυνατότητα μονιμοποίησης. Η εξέλιξη των καθηγητών γίνεται με ανοιχτή διαδικασία (προκήρυξη θέσης). Η προκήρυξη θέσης είναι υποχρεωτική μετά από αίτημα του ενδιαφερόμενου, που κατατίθεται μετά από ζετία για τους αναπληρωτές και μετά από βετία για τους επίκουρους καθηγητές και εφόσον πληρούν τα τυπικά προσόντα.

Οι βαθμίδες εξέλιξης των αποφοίτων της Στρατιωτικής Σχολής Αξιωματούχων Νοσηλευτών σύμφωνα με τον νόμο είναι:

- Ø Στρατός ξηράς:
 - Ανθυπολοχαγός
 - Υπολοχαγός
 - Λοχαγός
 - Ταγματάρχης
 - Αντισυνταγματάρχης
 - Συνταγματάρχης
 - Ταξίαρχος

Ø Ναυτικό:

- Σημαιοφόρος
- Ανθυποπλοίαρχος
- Υποπλοίαρχος
- Πλωτάρχης
- Αντιπλοίαρχος
- Πλοίαρχος
- Αρχιπλοίαρχος

Ø Αεροπορία:

- Ανθυποσμηναγός
- Υποσμηναγός
- Σμηναγός
- Επισμηναγός
- Αντισμήναρχος
- Σμήναρχος
- Ταξίαρχος

(Γενικό Επιτελείο Στρατού, 2012)

1.3.4 Προβλήματα στην άσκηση του Νοσηλευτικού επαγγέλματος

Η νοσηλευτική επιστήμη στην Ελλάδα περνάει κρίση. Μια διεθνής μελέτη των Aiken και συν (2001) διαπίστωσε ότι ποσοστά από το 26,5% έως και πάνω από το 50% των νοσηλευτών κάτω των 30 ετών, έχουν προθέσεις να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους. Αυτό οφείλεται τις πιο πολλές φορές στο σύστημα υγείας, το οποίο εμπεριέχει το κυκλικό ωράριο και την σύγχυση ρόλων νοσηλευτών-γιατρών και νοσηλευτών-βοηθών νοσηλευτών (Scott, 2004). Επίσης, η αποδοχή του συνολικού μισθού, σε σχέση με τη παρεχόμενη φροντίδα, καθώς και η σωματική εξουθένωση και η ψυχική καταπόνηση, αποτελούν παράγοντες αποφυγής επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος.

Η φροντίδα του ασθενή πρέπει να είναι ποιοτική. Ωστόσο, στη χώρα μας η φροντίδα κάθε άλλο παρά ποιοτική δεν είναι, διότι η νοσηλευτική διεργασία δεν εφαρμόζεται πλήρως. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της Κρήτης, το 72% των ερωτηθέντων εφαρμόζουν περιστασιακά ή δεν εφαρμόζουν καθόλου την νοσηλευτική διεργασία (Βλαντή, Κρυστάλλα και Μελαδάκης 2003). Η έλλειψη οικονομικών πόρων και το μειωμένο κατά μεγάλο ποσοστό εργατικό δυναμικό, δεν αφήνει πολλά περιθώρια εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι νοσηλευτές έχουν να αντιμετωπίσουν ένα πολυάριθμο ποσοστό ασθενών και να καλύψουν το σύνολο των αναγκών τους, είτε είναι οργανικό είτε ψυχολογικό.

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών έχουν κατοχυρωθεί με το Π.Δ. 210 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 165 Α΄ στις 24-7-2001. Η βιβλιογραφία όμως, τα έχει χαρακτηρίσει ως γενικά, ασαφή και ελλιπή, καθώς δεν εξαντλούν τις δυνατότητες του

νοσηλευτή. Αποτελούν γενικό περίγραμμα και αναλύουν μερικώς τον όρο της νοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλέον, δεν κατοχυρώνεται η νοσηλευτική διεργασία και πολλά από τα καθήκοντα που αναφέρονται, εκτελούνται από άλλους υπαλλήλους. Άλλα πάλι, δεν υπάρχουν στην άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος.

Όλα τα καθήκοντα γίνονται με απόφαση/ευθύνη του νοσηλευτή. Με άλλα λόγια, αν ο νοσηλευτής κρίνει ότι δεν μπορεί να διεκπεραιώσει κάτι, τότε θα πρέπει να αρνηθεί την ενέργεια/πράξη/φροντίδα. Το δικαίωμα των νοσηλευτών να εργαστούν ως αυτοαπασχολούμενοι (τιμολόγιο αμοιβών-πράξεων) απαιτεί ρύθμιση, διαφορετικά δεν δύναται να εφαρμοσθεί. Ασάφεια αποτελεί και η παράγραφος που αναφέρεται στην χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς. Ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει φάρμακα, αλλά δεν καλύπτεται νομοθετικά στην τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα.

Φαίνεται να είναι επιτακτική η ανάγκη συγκρότησης ενός καθηκοντολογίου το οποίο θα είναι σύγχρονο, σαφές και πλήρες, και θα καλύπτει όλο το φάσμα του νοσηλευτικού χώρου (κλινικές, μονάδες, κέντρα υγείας), ώστε οι νοσηλευτές να νιώθουν ασφάλεια και να γνωρίζουν τα όρια άσκησης του επαγγέλματος τους. Το καθηκοντολόγιο θα πρέπει να αποτελεί τον “οδοδείκτη” των νοσηλευτών, προστατεύοντάς τους νομοθετικά για τις πράξεις που διενεργούν.

Όπως όλα τα επαγγέλματα, έτσι και η νοσηλευτική διαθέτει πολλαπλούς παράγοντες, οι οποίοι είτε ωθούν το άτομο στην επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος, είτε το αποθαρρύνουν. Η επιλογή πραγματοποιείται μετά από ώριμη σκέψη και εφόσον το άτομο έχει αντισταθμίσει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κάθε επαγγέλματος. Επιπλέον, λαμβάνει υπόψη τι ταιριάζει καλύτερα στο χαρακτήρα, την ιδιοσυγκρασία, τα ενδιαφέροντα και τις δυνατότητες του, καθώς επίσης και σε ποιο από αυτά είναι καλύτερος και μπορεί να ανταπεξέλθει στο μέγιστο βαθμό. Όσον αφορά τη νοσηλευτική, οι κυριότεροι παράγοντες από τους οποίους πηγάζει η ικανοποίηση είναι:

- α) το ιδιαίτερο αντικείμενο της επαγγελματικής δραστηριότητας,
- β) οι σχέσεις με τους ασθενείς,
- γ) η αναγνώριση της προσφοράς και
- δ) οι σχέσεις με τους άλλους επαγγελματίες υγείας (Ποζουκίδου, Θεοδώρου και Καιτελίδου 2007, Hodges, Keeley και Troyan 2008, Πιορουλίου και While 2010).

Σύμφωνα με τους Newton και McKenna (2007), καθώς και τους Peterson και συν (2011) η δυσαρέσκεια των νοσηλευτών αποδίδεται κυρίως:

- α) στις συνθήκες εργασίας,
- β) στη μη αναγνώριση της προσφοράς,
- γ) στο φόρτο εργασίας και
- δ) στο ύψος των αποδοχών.

Μειονεκτήματα από την επιλογή της νοσηλευτικής ως επάγγελμα αποτελούν:

- Η ανθυγιεινή εργασία (έκθεση σε βιολογικούς-χημικούς παράγοντες κινδύνου).
- Το κυκλικό ωράριο (ασταθές).
- Η ένταση, το άγχος και η ψυχική και συναισθηματική φόρτιση.

- Οι μυοσκελετικές διαταραχές.
- Οι αιχμηροί τραυματισμοί.
- Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) από το φόρτο εργασίας.
- Οι αποδοχές υγείας (Ποζουκίδου, Θεοδώρου και Κατελίδου, 2007).

Πλεονεκτήματα από την επιλογή της νοσηλευτικής ως επάγγελμα αποτελούν:

- Η σχετικά εύκολη και γρήγορη εξασφάλιση απασχόλησης.
- Η ποικιλία αντικειμένων απασχόλησης.
- Η σημασία του, ως ανθρωπιστικό επάγγελμα.
- Η πρακτικότητα και η χρησιμότητα του επαγγέλματος.

1.4 Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

1.4.1 Περιγραφή του ΕΣΥ

Το 1983 στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Ν. 1397/Φ. 143^Α/7.10.83 θεσμοθετήθηκε από τον Γεώργιο Γεννηματά το ενιαίο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σκοπός του ήταν, η απόκτηση ενός επιτυχημένου συστήματος υγείας, η μείωση των προβλημάτων (Mossialos, Allin και Davaki, 2005), καθώς και η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα, μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων. Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των δημοσίων νοσηλευτικών μονάδων και τον περιορισμό των αντίστοιχων ιδιωτικών.

Το 1985, βάση του Ν. 1579/1985, δημιουργείται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) που λειτουργεί υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Σκοπός έχει την αποστολή εξειδικευμένου προσωπικού στον τόπο ενός έκτακτου συμβάντος, για την παροχή άμεσης βοήθειας και διακομιδής πασχόντων ατόμων, προς τους πλησιέστερους υγειονομικούς σχηματισμούς (νοσοκομεία, κέντρα υγείας).

Το 1990 σύμφωνα με τους νόμους 517/91 και 247/91 επιτράπηκε η επέκταση των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και δόθηκαν άδειες για δημιουργία νέων μονάδων. Το γεγονός αυτό, είχε ως αποτέλεσμα την επέκταση του ιδιωτικού τομέα στις υπηρεσίες υγείας, και την δημιουργία δύο πόλων στο υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας. Η αύξηση της ανταγωνιστικότητας και η προσφορά εναλλακτικής φροντίδας ήταν κάποιες από τις επιπτώσεις που προκάλεσε στο δημόσιο τομέα η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Στις μέρες μας, το σύστημα υγείας αποτελείται από τρεις δομές: τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τον ιδιωτικό τομέα. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας είναι υπεύθυνο για όλα τα παραπάνω και για την καλή λειτουργία τους, καθώς και για την ομαλή λειτουργία του ΕΚΑΒ.

Τα έξοδα του ασθενούς κατά την επίσκεψη του στις υποδομές υγείας καλύπτονται εν μέρη από την κοινωνική ασφάλιση. Μέχρι το 2011 η ασφάλιση λειτουργούσε μέσω 17 ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Με τον νόμο 3918/2011 συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Τον Ιανουάριο του 2014, σύμφωνα με το Ν. 4238/2014 δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) που λειτουργεί έως σήμερα. Ο φορέας αυτός, αγοράζει υπηρεσίες υγείας από το ΕΣΥ ή από τους ιδιώτες και τις παρέχει στους ασφαλιζόμενους.

Παρά τις αλλαγές στο Εθνικό Σύστημα Ασφαλίσεων, η ασφάλιση των πολιτών καλύπτει ένα μόνο μέρος της δαπάνης των διαγνωστικών δραστηριοτήτων και των νοσηλειών (Castledine, 2001). Το υψηλό κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αποθαρρύνει τους χρήστες να επιλέξουν άμεση πληρωμή, ως κύρια μέθοδο χρηματοδότησης της δαπάνης για υπηρεσίες υγείας (Dewit, 2009).

Ο δημόσιος τομέας στην Ελλάδα πλήττεται οικονομικά την περίοδο που διανύουμε, οπότε έχει πάψει να προσφέρει ποιοτική φροντίδα και θεραπεία. Πολλές ασφαλίσεις δεν καλύπτουν τα έξοδα για διαγνωστικές εξετάσεις και νοσηλείες ή περίπλοκα χειρουργεία. Για το λόγο αυτό η χώρα μας έχει ιδιωτικοποιήσει την υγεία περισσότερο από όλες τις χώρες της Ευρώπης (Siskou, Kaitelidou και Liaropoulos, 2008). Έτσι ο ιδιωτικός τομέας πολλές φορές ξεπερνάει και τον δημόσιο σε παροχές υγείας. Στη πραγματικότητα θα έπρεπε ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας να συνεργάζονται για την καλή υγεία των πολιτών. Αυτό όμως δεν εφαρμόζεται στη χώρα μας. Ωστόσο, το 25% του πληθυσμού κάνει αποκλειστική χρήση του ιδιωτικού τομέα, πληρώνοντας ακριβά για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Mossialos, Allin και Davaki, 2005).

Όσο αφορά την αγορά φαρμάκων, ο φαρμακοποιός παρέχει τα φάρμακα στον ασθενή, έπειτα από την υπόδειξη της συνταγογράφησης του ιατρού και του βιβλιαρίου που είναι ασφαλισμένος ο πολίτης. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος και δεν έχει συνταγή γιατρού πληρώνει το κόστος των φαρμάκων.

Το σύστημα υγείας στη χώρα μας είναι ιατροκεντρικό, δηλαδή τον πρώτο και κύριο λόγο κατέχει η ιατρική επιστήμη και μετά η Νοσηλευτική. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ή και τη πλήρη απώλεια παροχής φροντίδας υγείας. Οι πολίτες στην Ελλάδα πληρώνουν φόρους μέσα από τους οποίους εξοφλούν οικονομικά και κάποιες παροχές στην Υγεία (Castledine, 2001).

1.4.2 Νοσηλευτική διοίκηση

Η Διοίκηση είναι μία ευρύτατη έννοια που έχει περιγραφεί από πολλούς ως μία διαδικασία κοινωνικής και τεχνικής λειτουργίας, η οποία συμβαίνει μέσα σε ένα οργανισμό. Σκοπός της είναι η επίτευξη συγκεκριμένων στόχων μέσω των ανθρώπινων πόρων. Ο Μπουραντάς (2005), ορίζει την ηγεσία ως μία διαδικασία επηρεασμού της σκέψης, των συναισθημάτων, των στάσεων και των συμπεριφορών, μιας μικρής ή μεγάλης τυπικής ή άτυπης ομάδας ανθρώπων από ένα άτομο (ηγέτη). Αυτό πραγματοποιείται με συγκεκριμένο τρόπο, ώστε πρόθυμα και εθελοντικά με την κατάλληλη συνεργασία να δίνουν τον καλύτερό τους εαυτό για να υλοποιήσουν

αποτελεσματικούς στόχους. Οι στόχοι μάλιστα απορρέουν από την αποστολή της ομάδας και τη φιλοδοξία της για πρόοδο ή ένα καλύτερο μέλλον.

Η Νοσηλευτική Διοίκηση στην Ελλάδα, ασκείται μέσω του προϊστάμενου κάθε κλινικής, του τομεάρχη κάθε τομέα ή του διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Χρησιμοποιείται η ιεραρχική διοίκηση με κάθετη οργάνωση, δηλαδή οι αποφάσεις μεταφέρονται από πάνω προς τα κάτω.

Η πιο συνηθισμένη στη χώρα μας, ακόμα και σήμερα, είναι η κατ'εργασία μέθοδος. Σε αυτή τη περίπτωση, ο προϊστάμενος αναθέτει μία συγκεκριμένη νοσηλευτική εργασία σε κάθε μέλος του προσωπικού χωριστά. Έτσι, η φροντίδα του ασθενούς κατακερματίζεται, αφού κανένας από τους νοσηλευτές δεν αναλαμβάνει τον ασθενή ολοκληρωτικά και δεν του παρέχει το αίσθημα ασφάλειας. Η ικανοποίηση των ασθενών λοιπόν, καθώς και των νοσηλευτών είναι μειωμένη. Σίγουρα όμως, είναι μία μέθοδος οικονομική, εφόσον γίνεται γρήγορη διεκπεραίωση της εργασίας και κατ'επέκταση αντιμετωπίζεται η έλλειψη προσωπικού στα νοσοκομεία (Τσιάρα και Μπαρέκα 2007, Roussel και Swansburg 2010).

Η Νοσηλευτική Διοίκηση για να θεωρηθεί πλήρης, επιτυχημένη, αποδοτική, ποιοτική και αποτελεσματική στηρίζεται στην εκτέλεση ορισμένων βασικών λειτουργιών. Οι λειτουργίες αυτές είναι οι παρακάτω:

- α) Σχεδιασμός-προγραμματισμός.
- β) Οργάνωση νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- γ) Στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- δ) Έλεγχος-αξιολόγηση απόδοσης.

Ένας μάνατζερ νοσηλευτής επιτελεί αυτές τις διοικητικές λειτουργίες προκειμένου να προσφέρει φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Οι ρόλοι των μάνατζερ έχουν αναπτυξιακό χαρακτήρα και βασίζονται σε γνώσεις και δεξιότητες. Πολλαπλοί μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για την οργάνωση της νοσηλευτικής εργασίας τα τελευταία 50 χρόνια παγκοσμίως, αντικατοπτρίζοντας την εξέλιξη της Νοσηλευτικής Διοίκησης. Για την αξιολόγηση κάθε μίας χρησιμοποιούνται τέσσερα κριτήρια:

- α) Η διοικητική αποτελεσματικότητα.
- β) Η αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών.
- γ) Η ικανοποίηση των αναγκών του προσωπικού.
- δ) Η οικονομία (Roussel και Swansburg, 2010).

Στην ελληνική πραγματικότητα, διακρίνεται έλλειψη αξιολόγησης της απόδοσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καλλιεργούνται νοοτροπίες και συμπεριφορές που δεν βοηθάνε στην βελτίωση της παροχής ποιότητας φροντίδας, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που είναι ιδανικό για την καλλιέργεια και την συντήρηση φαινομένων διαφθοράς. Επιπλέον, η έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας και εξέλιξης στην ιεραρχία του νοσηλευτικού επαγγέλματος, δεν δημιουργούν κανένα ίχνος ανταγωνισμού και προσπάθειας για βελτίωση. Η απουσία δε, του οικονομικού κινήτρου προκαλεί στους νοσηλευτές αδυναμία καταβολής προσπάθειας για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Τα προβλήματα αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν, αν δημιουργηθούν κίνητρα βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Αν ο προϊστάμενος διαθέτει τα χαρακτηριστικά ενός ηγέτη μπορεί να κινητοποιήσει τους νοσηλευτές να προσπαθήσουν να επιτύχουν τους στόχους του οργανισμού όπου εργάζονται, ενθαρρύνοντάς τους στην ανάπτυξη νέων ιδεών και την ανάληψη ρίσκου. Πρέπει επίσης, να τους παρέχει ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη, προωθώντας τον δημιουργικό συναγωνισμό. Η επίδειξη εμπιστοσύνης και η αναγνώριση της αξίας καινοτόμων ιδεών είναι απαραίτητη για την συνέχιση της προσπάθειας των νοσηλευτών. Η εφαρμογή της αξιολόγησης της απόδοσης των νοσηλευτών θεωρείται επιτακτική για την υποβοήθηση της στελέχωσης των νοσοκομείων. Η εκπαίδευση μπορεί να αποτελέσει παράγοντα αποτροπής στην αντίσταση της αλλαγής και να διευρύνει τις δεξιότητες των νοσηλευτών ώστε να αποτελέσουν παραδείγματα προς μίμηση (Roussel και Swansburg, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να διερευνήσει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στην Ελλάδα. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τη λήψη κλινικών αποφάσεων έδειξε ότι, έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό περιλαμβάνουν διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις και εξετάζουν διαφορετικές πλευρές. Παράδειγμα αποτελούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων σε μονάδες εμφραγμάτων και εντατικής θεραπείας, καθώς και ο ρόλος της αυτονομίας στις αποφάσεις αυτές.

Την σύγκριση της ποιότητας των κλινικών αποφάσεων μεταξύ των νοσηλευτών της Ελλάδας και της Αγγλίας σε μονάδες εντατικής θεραπείας και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις αυτές, ερεύνησαν οι Bakalis, Bowman και Porock (2003). Επιλέχθηκαν έξι νοσοκομεία με τυχαία μέθοδο και δόθηκαν στους νοσηλευτές οχτώ σενάρια διερεύνησης κλινικών αποφάσεων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι Άγγλοι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και λάμβαναν αποφάσεις που ήταν πιο ποιοτικές στην φροντίδα υγείας των ασθενών. Οι νοσηλευτές και των δύο χωρών πίστευαν ότι η κλινική εμπειρία είναι ο ισχυρότερος παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων.

Οι Bakalis και Watson (2004) διεξήγαγαν έρευνα για να προσδιορίσουν τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε παθολογικούς και χειρουργικούς τομείς, καθώς και σε χώρους εντατικής θεραπείας συγκρίνοντάς τες μεταξύ τους. Κατασκεύασαν ερωτηματολόγιο και το μοίρασαν σε 60 νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών όλων των ειδικοτήτων λαμβάνουν τακτικά αποφάσεις που αφορούν την άμεση περίθαλψη των ασθενών. Αυτό περιλαμβάνει τη παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας και ψυχολογικής υποστήριξης, καθώς και τη διδασκαλία των ασθενών και της οικογένειας. Η διαφορά ανάμεσα στους νοσηλευτές εντατικής θεραπείας και τους υπόλοιπους νοσηλευτές έγκειται στο γεγονός ότι, οι πρώτοι επενέβαιναν τακτικά σε περιστατικά έκτακτης ανάγκης και άλλαζαν τη φαρμακευτική αγωγή σε αντίθεση με τους δεύτερους που επενέβαιναν περιστασιακά.

Μια άλλη έρευνα από τους Papathanasoglou και συν. (2005) εξέτασε την αυτονομία λήψης αποφάσεων σε νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας στην Ελλάδα και μοιράστηκαν ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές λάμβαναν καλύτερες αποφάσεις όσον αφορά τις βασικές τεχνικές εργασίες, ενώ οι παράγοντες που φάνηκαν να συσχετίζονται με την λήψη αποφάσεων ήταν η κλινική εμπειρία και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Οι Plioroulou και While (2010) πραγματοποίησαν έρευνα ώστε να διαπιστώσουν την αυτονομία των Ελλήνων νοσηλευτών στη λήψη κλινικών αποφάσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Στην έρευνα αυτή επιλέχθηκε δείγμα ευκολίας και μοιράστηκαν ερωτηματολόγια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι γενικά οι νοσηλευτές ενεργούν με μέτριο βαθμό αυτονομίας, με τους νεότερους νοσηλευτές να έχουν χαμηλότερα στατιστικά

2.2 Σχεδιασμός

Για την συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με την μέθοδο και την καταγραφή της έρευνας. Η υλοποίηση του σκοπού και των στόχων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με την αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων όπως Heal-Link, Cinahl, Cochrane Library, Sciencedirect και Scopus, το χρονικό διάστημα από τον Οκτώβριο του 2014 μέχρι το Φεβρουάριο του 2015. Χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις κλειδιά: clinical decision-making, nurses, Greece (λήψη κλινικών αποφάσεων, νοσηλεύτες, Ελλάδα) σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς. Αποτέλεσμα της αναζήτησης ήταν να βρεθούν ερευνητικά άρθρα που αφορούν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών, καθώς και την Νοσηλευτική ως επάγγελμα και επιστήμη.

Τέθηκαν χρονικά όρια δημοσίευσης των άρθρων (από το 2000 και μεταγενέστερα), καθώς και του είδους της μελέτης και της χώρας που είχαν διεξαχθεί εφόσον η έρευνα μας θα αφορούσε την Ελλάδα. Οι βιβλιογραφικές παραπομπές των άρθρων που προέκυψαν, μελετήθηκαν για να εντοπίσουμε τα δεδομένα που μας αφορούσαν.

Σκοπός της διεξαγωγής μιας έρευνας είναι:

- Ø Η επισκόπηση της υπάρχουσας γνώσης.
- Ø Η περιγραφή ενός φαινομένου ή κάποιου θέματος και η βαθύτερη κατανόηση αυτού.
- Ø Η καινοτομία και η απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης, ώστε να χρησιμοποιηθεί για τη βελτίωση της ζωής ατόμων και πληθυσμών.
- Ø Η ερμηνεία, η οποία βασίζεται στη δυνατότητα της γενίκευσης και στη διατύπωση επιστημονικών νόμων.

Η απόφαση για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας λήφθηκε λόγω έλλειψης ερευνητικής μελέτης στην ελληνική βιβλιογραφία. Πραγματοποιώντας την ανασκόπηση στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, εντοπίσαμε τέσσερις δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες που αφορούσαν το θέμα μας και είχαν διεξαχθεί στην Ελλάδα. Στόχο μας λοιπόν, αποτελούσε η καλύτερη κατανόηση του θέματος και η προσφορά νέας γνώσης.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος, αφού τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε και είχε χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενη έρευνα από τους Μπακάλη και Watson (2005). Περιείχε 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου τετράβαθμης κλίμακας και μερικά δημογραφικά στοιχεία. Η ποσοτική μέθοδος στηρίζεται στο μεγάλο αριθμό δείγματος και την δυνατότητα γενίκευσης αποτελεσμάτων, καθώς τα αποτελέσματα αποτελούν στοιχεία αντικειμενικών αναλύσεων. Το ερωτηματολόγιο είχε δείξει πολύ καλά στοιχεία εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

2.3 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε συνολικά σε επτά δημόσια νοσοκομεία της Πάτρας, της Κεφαλονιάς και της Μυτιλήνης. Πρώτα επιλέχθηκαν τα νοσοκομεία και στη συνέχεια στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες του κάθε τμήματος.

Το γράμμα επεξηγούσε το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής πληροφοριών και ζητούσε την παραχώρηση άδειας, ώστε να προσεγγίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό, με σκοπό τη διερεύνηση των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν. Επιπλέον, αναφερόταν στην ανωνυμία, την εμπιστευτικότητα και την εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών. Οποιοσδήποτε από τους νοσηλευτές είχε το δικαίωμα να αποσυρθεί σε οποιαδήποτε στιγμή της έρευνας. Με αυτό τον τρόπο, περιγράψαμε τα βασικά δικαιώματα κάθε ατόμου σε μια ερευνητική μελέτη τα οποία είναι:

- Δικαίωμα αυταπόφασης.
- Δικαίωμα για ιδιωτικότητα.
- Δικαίωμα για ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Δικαίωμα να μην υποστούν βλάβη.
- Δικαίωμα ίσης μεταχείρισης.

Ύστερα από συνεννόηση με τους προϊσταμένους και τη παροχή άδειας, τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε εργαζόμενους νοσηλευτές, απόφοιτους Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Εξηγήσαμε με σαφήνεια το σκοπό της έρευνας μας και τονίσαμε ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρά απόρρητες και ότι θα έπρεπε να επιλέξουν μόνο μία από τις απαντήσεις σε κάθε ερώτηση. Επιπλέον πριν την έναρξη συμπλήρωσης του, τους προτείναμε να διαβάσουν το ενημερωτικό φύλλο, το οποίο βρισκόταν στη πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου. Ο χρόνος συμπλήρωσης του κυμαινόταν από 2 έως 5 λεπτά.

Πολλοί νοσηλευτές ήταν αρνητικοί γενικότερα με την έρευνα και το σκοπό της, ενώ κάποιοι δυσανασχέτησαν με ορισμένες ερωτήσεις. Για παράδειγμα, όπως εκείνη που αφορούσε την αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενούς και την ενημέρωση για την πρόγνωση της ασθένειας, αναφέροντας ότι αποτελεί καθήκον των γιατρών. Ακόμη, υπήρξαν και εργαζόμενοι που θεώρησαν ότι ο μισθός δεν έχει καμία επίδραση σχετικά με τις αποφάσεις που λαμβάνουν.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε στανταρισμένο ερωτηματολόγιο που είχε χρησιμοποιηθεί και παλιότερα σε παρόμοια έρευνα και κατασκευάστηκε από τους Μπακάλη και Watson (2005). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο κρίθηκε ικανοποιητικό, όσον αφορά το βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας, καθώς είχε ελεγχθεί και περιελάμβανε τα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός καλού ερωτηματολογίου όπως είναι τα ακόλουθα:

- Ευανάγνωστη μορφή που αποτρέπει δυσνόητα νοήματα.

- Û Διατύπωση των ερωτήσεων σε γλώσσα απλή, σαφή και κατανοητή.
- Û Αποφυγή διατύπωσης ερωτήσεων που μπορεί να προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις, καθώς και κατευθυνόμενων από τον ερευνητή ερωτήσεων.
- Û Μη αποτρεπτικό και ιδιαίτερα κουραστικό μέγεθος ερωτηματολογίου, καθώς και σύντομα και εύληπτα ερωτήματα.
- Û Κατάλληλα προσαρμοσμένο στον πληθυσμό στόχο.
- Û Λογική αλληλουχία στη σειρά των ερωτήσεων.
- Û Παροχή απαραίτητων πληροφοριών για την συμπλήρωση του, διατυπωμένες με σαφήνεια.
- Û Καλαίσθητα γραμμένο και τυπωμένο (Δαρβίρη 2009).

Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελούνταν από δύο μέρη, και μία σελίδα ενημερωτικού χαρακτήρα με πληροφορίες και οδηγίες για το πως θα συμπληρωθεί. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν τις κλινικές αποφάσεις σε διάφορα στάδια της κλινικής άσκησης, και το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 8 ερωτήσεις με στοιχεία δημογραφικού χαρακτήρα. Για το πρώτο μέρος χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τεσσάρων σημείων (από τακτικά έως καθόλου), έτσι ώστε να προσδιοριστούν οι απαντήσεις των νοσηλευτών σχετικά με τις κλινικές αποφάσεις τους σε διάφορα στάδια της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

Οι κλειστού τύπου ερωτήσεις διαθέτουν μία λίστα από πλεονεκτήματα όπως:

- Ø Επιλογή απάντησης από μια σειρά προκαθορισμένων διαθέσιμων απαντήσεων.
- Ø Εύκολη και γρήγορη συμπλήρωση.
- Ø Εύκολη σύγκριση μεταξύ απαντήσεων διαφορετικών ερωτώμενων.
- Ø Εύκολη και γρήγορη κωδικοποίηση.
- Ø Καθιστά το περιεχόμενο της ερώτησης πιο εύληπτο.
- Ø Οι ερωτώμενοι απαντούν ευκολότερα σε ευαίσθητα ζητήματα.

Στα μειονεκτήματα των ερωτήσεων κλειστού τύπου περιλαμβάνονται: η επιρροή του ερωτώμενου, η δυσαρέσκεια που μπορεί να προκαλέσουν, οι απλές απαντήσεις σε πολύπλοκα ζητήματα και η δυνατότητα που επιτρέπει να περάσει απαρατήρητη η όποια παρεξήγηση του πραγματικού περιεχομένου μιας ερώτησης (Bowling, 2009).

2.5 Δείγμα

Η επιλογή του δείγματος είναι η πιο ουσιαστική διαδικασία για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της έρευνας. Σύμφωνα με τον Ζαφειρόπουλο (2005) η δειγματοληψία αποτελεί ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διαδικασίας. Αυτό συμβαίνει, επειδή η μέθοδος κρίνει αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύσει το συνολικό πληθυσμό, και αν ο ερευνητής γνωρίζει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν. Η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται από δύο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων, καθώς στα πλεονεκτήματα της

εντάσσονται το σχετικά χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων. Η δειγματοληψία αυτή επιτρέπει τη χρήση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Ακόμη, απαιτεί τη χρήση βολικού δείγματος από τον πληθυσμό, αλλά δημιουργεί πρόβλημα, διότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται (Bowling 2009).

Το μέγεθος του δείγματος πρέπει να καθορίζεται πριν πραγματοποιηθεί η έρευνα, ενώ τα μεγάλα δείγματα προτιμώνται από τα μικρότερα. Σύμφωνα με τους Κουτσογιάννη, Νόελ-Λαζαρίδου και Λαζαρίδης (2003), όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας και τόσο πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, με λιγότερα δειγματοληπτικά λάθη και παροχή καλύτερης στατιστικής ανάλυσης. Στην παρούσα έρευνα το μέγεθος του συνολικού δείγματος ήταν 125 νοσηλευτές. Προσβάσιμος πληθυσμός του δείγματος ήταν οι πτυχιούχοι νοσηλευτές Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ ή ΤΕΙ) από επτά διαφορετικά νοσοκομεία της Ελλάδας, με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και εργασία στο δημόσιο τομέα.

2.6 Στατιστική ανάλυση

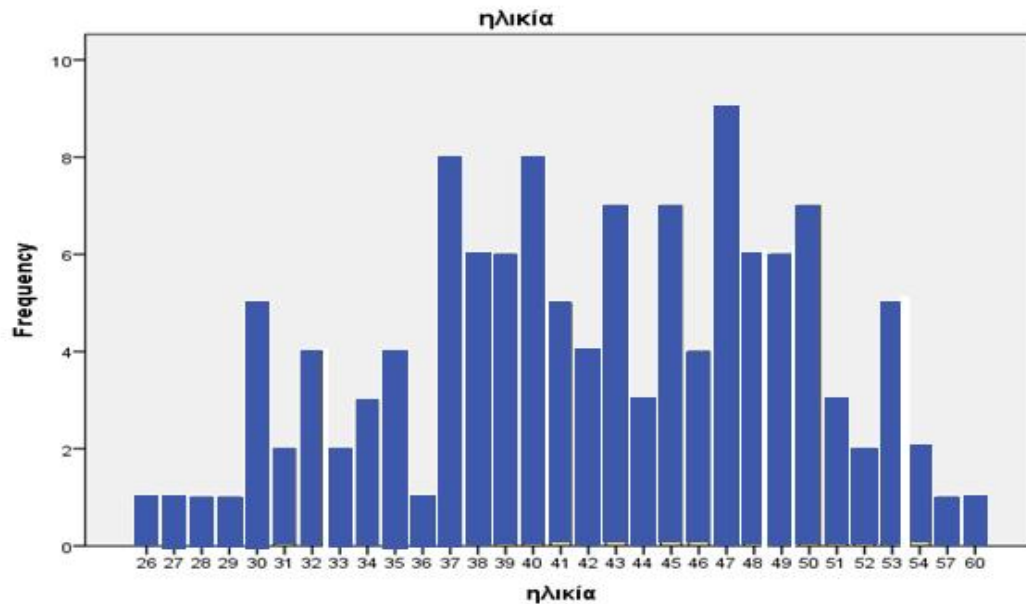
Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας $p < 0.05$ σε βαθμό για το σχεδιασμό και την ανάλυση των δεδομένων.

Σύμφωνα με την Σαχίνη (2006) η περιγραφική στατιστική αποτελεί τη μέθοδο που επιτρέπει λεπτομερή και με κάθε πληρότητα μελέτη, οργάνωση, σύννομη και εύληπτη παρουσίαση δεδομένων. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τη δυσκολία και την απαιτούμενη εμπειρία στη χρήση της για τη διεξαγωγή της έρευνας. Η σημαντικότητα της περιγραφικής στατιστικής έγκειται ακριβώς στο γεγονός ότι μέσω της προσφερόμενης ανάλυσης επιτρέπει και διευκολύνει τη διεξαγωγή πρακτικών ερευνητικών συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

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



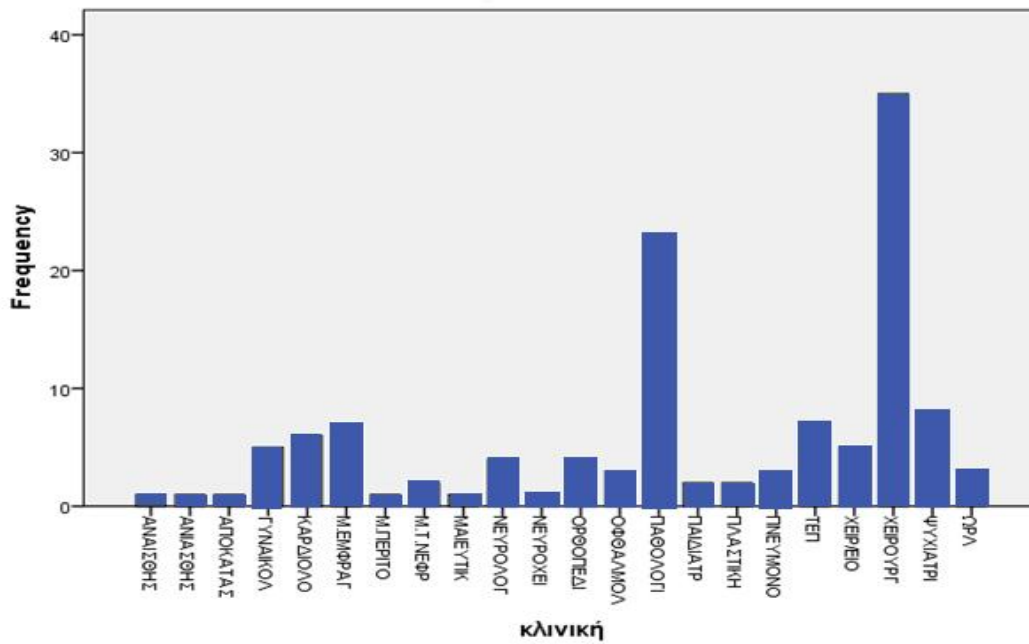
Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται από **26-60 έτη** με μέση ηλικία τα **42,23 έτη**.

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με το φύλλο.



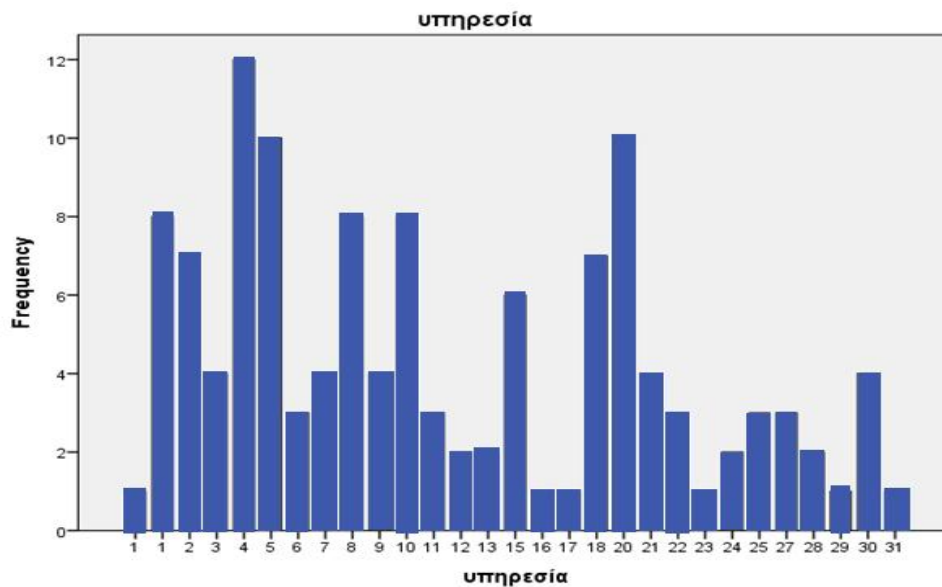
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**87,2%**) ήταν γυναίκες.

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την κλινική εργασίας.



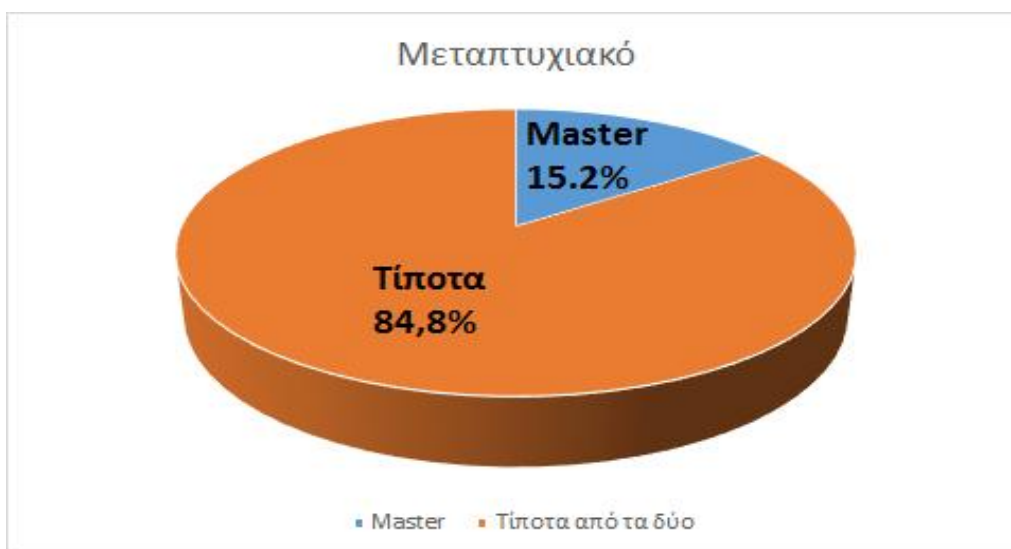
Το **28%** εργαζόταν σε χειρουργική κλινική, ενώ το **18,4%** σε παθολογική.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με τα χρόνια εργασίας στην κλινική.



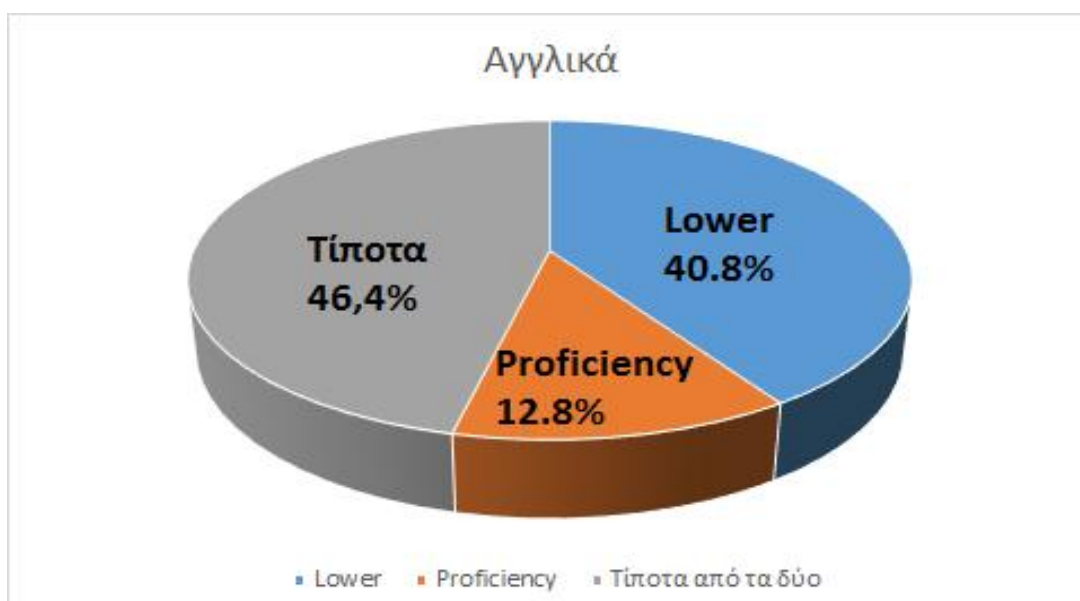
Οι συμμετέχοντες είχαν προϋπηρεσία από **1-31 έτη**, με μέση τιμή τα **12,03 έτη**.

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με τα μεταπτυχιακά.



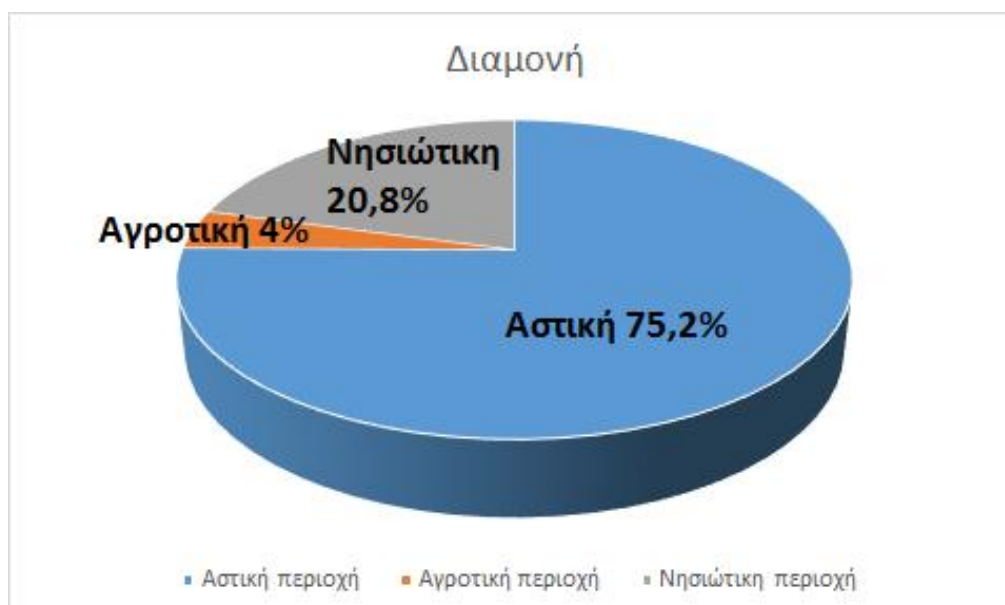
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (**84,8%**) δεν κατείχε κάποιο μεταπτυχιακό δίπλωμα, ενώ **κανένας** από τους ερωτηθέντες δεν κατείχε διδακτορικό.

Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την εκπαίδευση στην αγγλική γλώσσα.



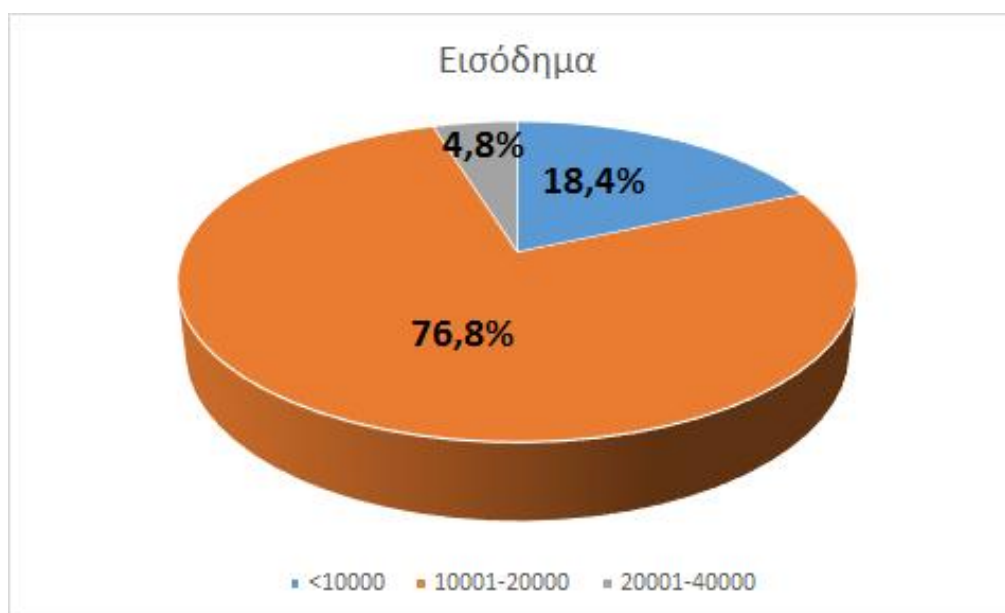
Το **46,4%** του δείγματος δεν κατείχε πιστοποίηση αγγλικής γλώσσας, ενώ το **40,8%** κατείχε Lower.

Γράφημα 7: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την διαμονή.



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (75,2%) διέμενε σε αστική περιοχή.

Γράφημα 8: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με το εισόδημα.



Το 76,8% των ερωτηθέντων είχαν εισόδημα που κυμαινόταν από 10001-20000€ ετησίως.

3.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου κλινικών αποφάσεων

Γράφημα 9: Διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς.



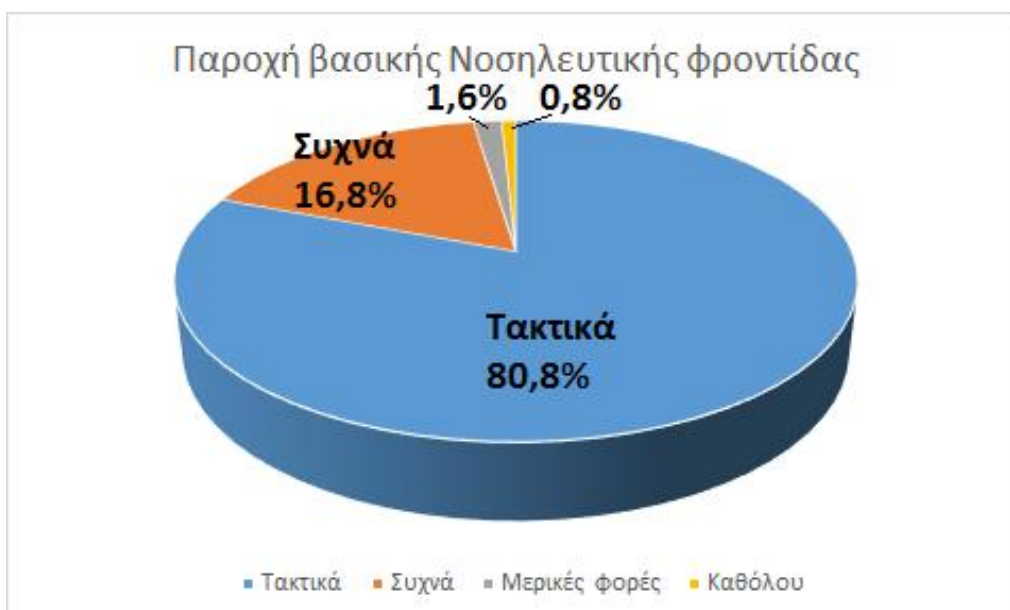
Το **59,2%** των ερωτηθέντων ασχολείται από τακτικά έως συχνά με την διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς.

Γράφημα 10: Συντονίζετε το εργασιακό σας περιβάλλον;



Το **46,4%** του δείγματος συντονίζει τακτικά το εργασιακό του περιβάλλον, ενώ το **30,4%** συχνά.

Γράφημα 11: Παροχή βασικής Νοσηλευτικής φροντίδας.



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (**80,8%**) παρέχει τακτικά βασική Νοσηλευτική φροντίδα.

Γράφημα 12: Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.



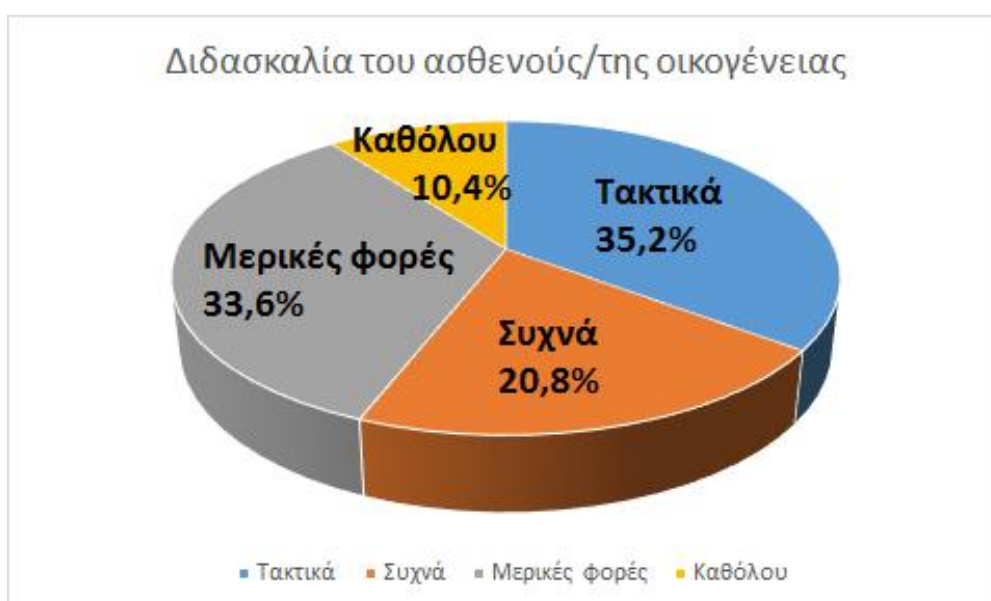
Το **51,2 %** παρέχει τακτικά ψυχολογική υποστήριξη, ενώ το **31,2 %** συχνά.

Γράφημα 13: Παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις.



Το **53,6 %** παρεμβαίνει τακτικά σε επείγουσες καταστάσεις.

Γράφημα 14: Διδασκαλία του ασθενούς/της οικογένειας.



Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (**56%**) συμμετέχει από τακτικά έως συχνά στη διδασκαλία του ασθενούς/της οικογένειας, ενώ το **33,6%** απάντησε μερικές φορές.

Γράφημα 15: Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας.



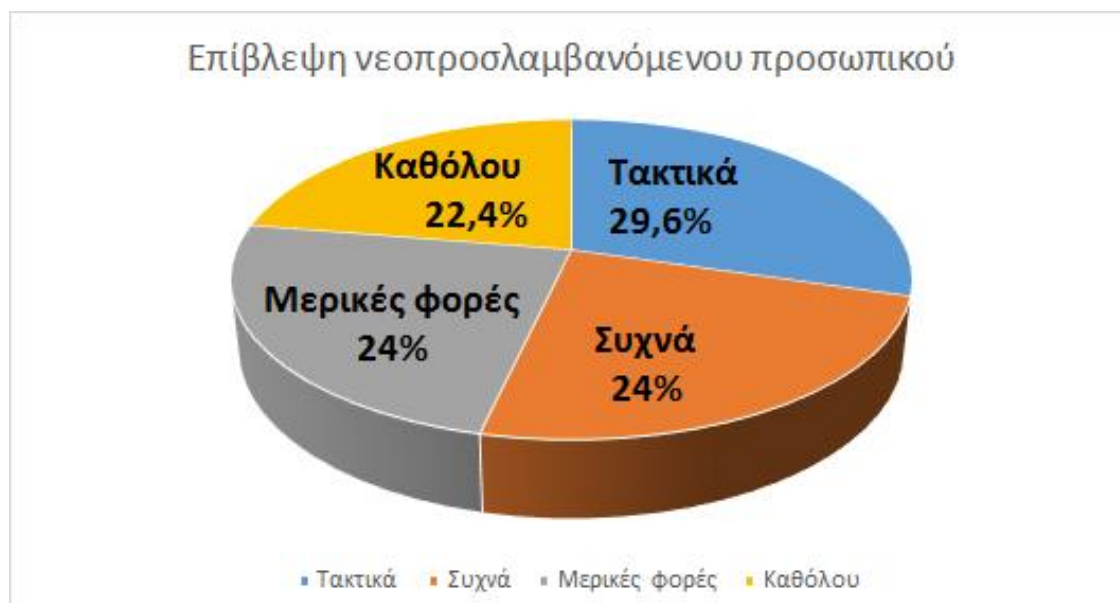
Το **44,8%** δεν έχει κανένα ρόλο στη πρόγνωση της ασθένειας, ενώ το **30,4%** απάντησε μερικές φορές.

Γράφημα 16: Κανονίζετε περισσότερες εξετάσεις για τον ασθενή;



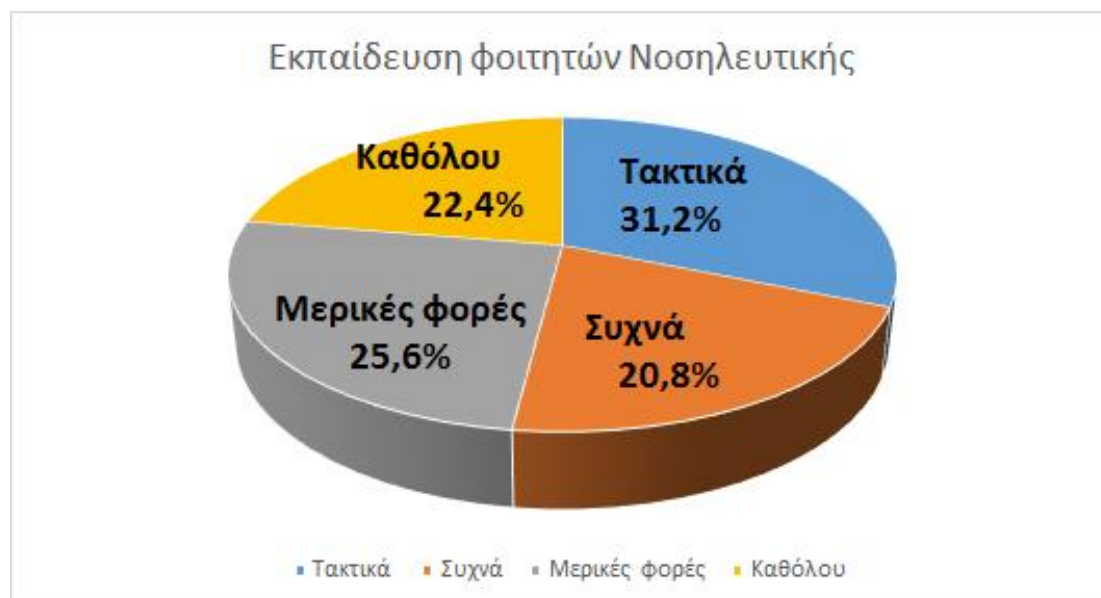
Το **63,2%** του δείγματος απάντησε αρνητικά.

Γράφημα 17: Επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού.



Το **53,6%** των ερωτηθέντων συμμετέχει στην επίβλεψη νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού, ενώ το **22,4%** απάντησε καθόλου.

Γράφημα 18: Εκπαίδευση φοιτητών Νοσηλευτικής.



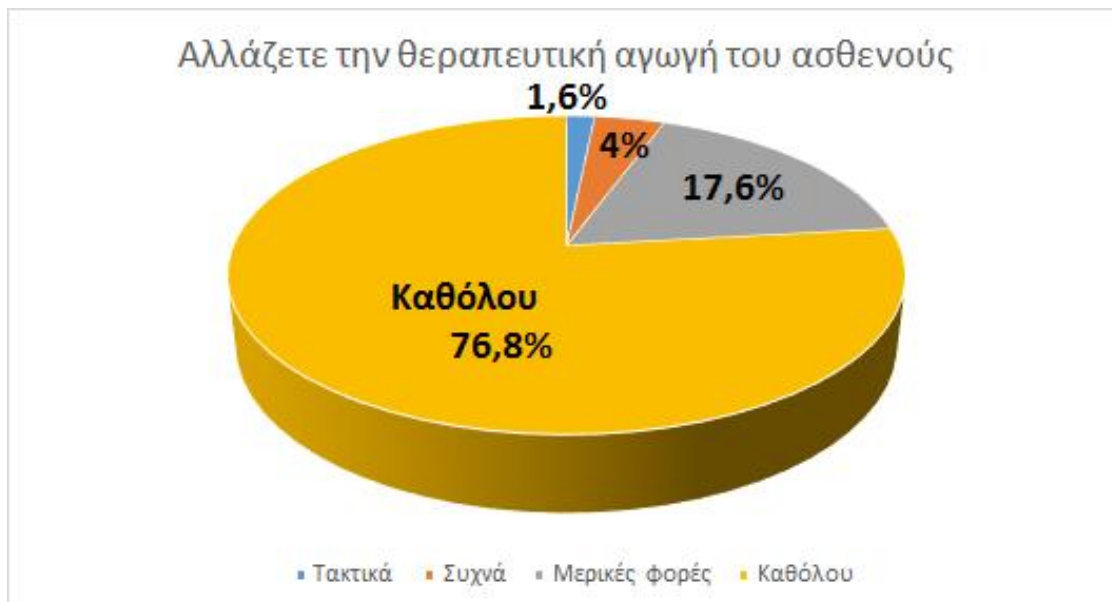
Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (**52%**) συμμετέχει στην εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής από τακτικά έως συχνά, ενώ το **22,4%** απάντησε καθόλου.

Γράφημα 19: Αποφασίζετε για τον προϋπολογισμό της κλινικής μονάδας;



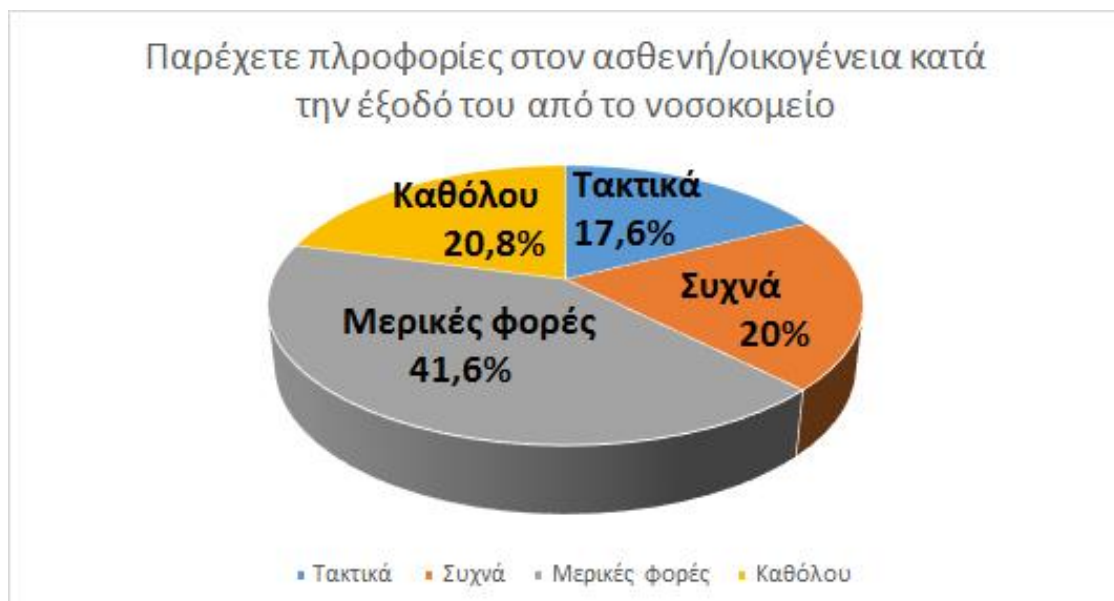
Η συντριπτική πλειοψηφία (**70,4%**) δεν αποφασίζει καθόλου για τον προϋπολογισμό της κλινικής μονάδας.

Γράφημα 20: Αλλάζετε την θεραπευτική αγωγή του ασθενούς;



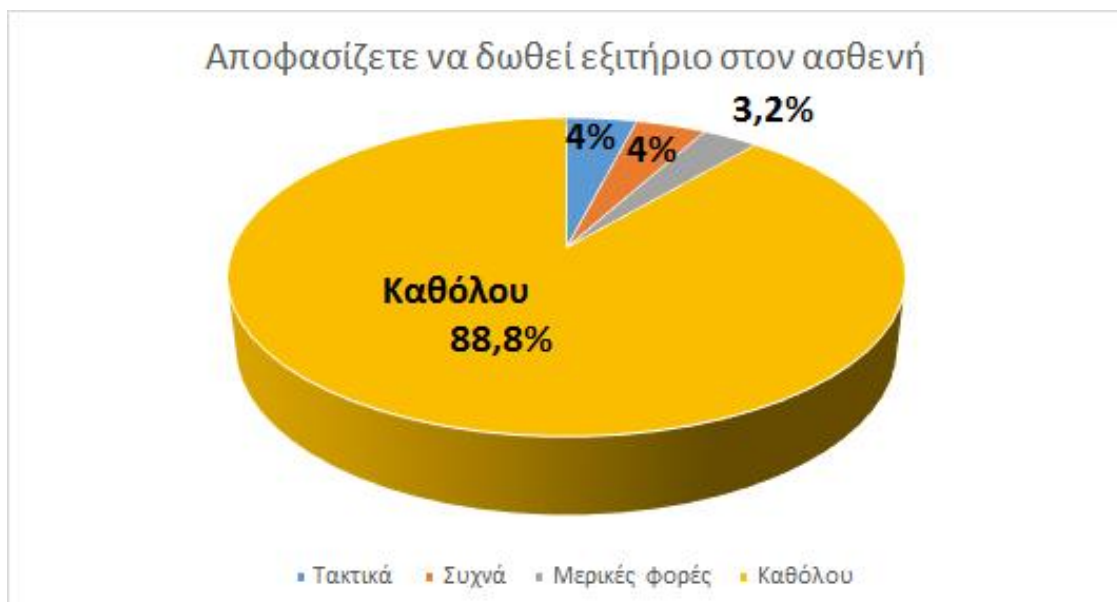
Η συντριπτική πλειοψηφία (**76,8%**) δεν αλλάζει τη θεραπευτική αγωγή του ασθενούς.

Γράφημα 21: Παρέχετε πληροφορίες στον ασθενή/οικογένεια κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο;



Το **41,6%** των ερωτηθέντων παρέχει μερικές φορές πληροφορίες κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ενώ το **20,8%** απάντησε καθόλου.

Γράφημα 22: Αποφασίζετε να δωθεί εξιτήριο στον ασθενή;



Το μεγαλύτερο ποσοστό **88,8%** δεν αποφασίζει καθόλου για το εξιτήριο.

Γράφημα 23: Οργανώνετε την εργασία άλλων;



Το **33,6%** οργανώνει την εργασία των άλλων μερικές φορές, ενώ το **26,4%** συχνά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής μελέτης εξετάστηκε ο βαθμός με τον οποίο λαμβάνουν αποφάσεις οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Αρχικά, ορίστηκε η έννοια της κλινικής απόφασης και αναπτύχθηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά της, όπως οι παράγοντες που την επηρεάζουν, η χρησιμότητά της, καθώς και οι προϋποθέσεις ορθής απόφασης. Στη συνέχεια, έγινε αναφορά στη Νοσηλευτική και το νοσηλευτή, παρουσιάζοντας το προφίλ του επαγγέλματος, την Νοσηλευτική εκπαίδευση, την επαγγελματική εξέλιξη και τα προβλήματα στην άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος στην Ελλάδα. Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να μην αναφερθούμε στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, περιγράφοντας το ΕΣΥ και την Νοσηλευτική Διοίκηση.

Το περιεχόμενο των ερωτήσεων που τέθηκαν στο δείγμα μας, αφορούσαν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, την οργάνωση και διοίκηση, καθώς και την εκπαίδευση και ενημέρωση. Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στην Ελλάδα. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τη λήψη κλινικών αποφάσεων έδειξε ότι, έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό περιλαμβάνουν διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις και εξετάζουν διαφορετικές πλευρές, όπως τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων σε μονάδες εμφραγμάτων και εντατικής θεραπείας, καθώς και το ρόλο της αυτονομίας στις αποφάσεις. Για το λόγο αυτό, η έρευνά μας, μας κίνησε το ενδιαφέρον όσον αφορά τα αποτελέσματα που θα καταλήγαμε και μας έκανε να αγαπήσουμε το ερευνητικό κομμάτι του επαγγέλματός μας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι Έλληνες νοσηλευτές ασχολούνται σε μέτριο βαθμό με την διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς. Αυτό φαίνεται ότι οφείλεται είτε στην έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης των νοσηλευτών στα προπτυχιακά χρόνια, είτε στην αποχή των νοσηλευτών από την διά βίου μάθηση που προσφέρει θεωρητική αλλά και πρακτική υποδομή. Η νοσηλευτική διάγνωση βασίζεται στην παρατήρηση του ασθενούς, συγκεντρώνοντας πληροφορίες και λαμβάνοντας ένα γενικό περίγραμμα για την κατάστασή του. Πολλοί νοσηλευτές θεωρούν ότι δεν πρέπει να έχουν το προνόμιο της διάγνωσης, διότι αποτελεί ιατρικό καθήκον και αρνούνται να ασχοληθούν με αυτό. Η διαλογή όμως των ασθενών και ο διαχωρισμός του επείγοντος περιστατικού απαιτεί κριτική σκέψη και νοσηλευτική διάγνωση. Για το λόγο αυτό, η εκπαίδευση των νοσηλευτών πρέπει να βασίζεται στην ανάπτυξη της κριτικής τους ικανότητας από το προπτυχιακό ακόμη επίπεδο και όχι στην ικανότητα απομνημόνευσης, όπως συνηθίζεται στη χώρα μας. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να νομοθετηθεί και να διατυπωθεί σαφώς στο καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών, η υποχρεωτική παρακολούθηση των εξελίξεων σε ότι αφορά την επιστήμη της Νοσηλευτικής, καθώς επίσης και ο έλεγχος συμμόρφωσης στο καθήκον τους αυτό, με την χρήση αξιολόγησης. Μέσω της αξιολόγησης των νοσηλευτών θα

διευρυνθούν οι γνώσεις και οι δεξιότητές τους (εφόσον θα υπάρχει ο φόβος της απόλυσης), αυξάνοντας έτσι την παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας υγείας.

Παρότι ο συντονισμός του εργασιακού περιβάλλοντος δεν αποτελεί μέρος των βασικών καθηκόντων των νοσηλευτών, η πλειοψηφία του δείγματός μας ασχολείται τακτικά με την ενέργεια αυτή. Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές έχουν αποκτήσει δεξιότητες όσον αφορά την οργάνωση και την κατανομή των εργασιών, γεγονός που είναι πολύ σημαντικό για την κλινική πρακτική. Οι δεξιότητες αυτές συμπεριλαμβάνονται στα βασικά στοιχεία ενός ηγέτη νοσηλευτή, ο οποίος δημιουργεί ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς και το προσωπικό. Ο συντονισμός του εργασιακού περιβάλλοντος απαιτεί οργάνωση και προγραμματισμό, που με τη σειρά τους απαιτούν ηγετικές ικανότητες και υψηλή ικανότητα λήψης απόφασης.

Σε μεγάλο βαθμό ασχολούνται οι νοσηλευτές με την παροχή βασικής Νοσηλευτικής φροντίδας, αυξάνοντας την ποιότητα φροντίδας του ασθενούς. Η λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών αποτελεί βασικό στοιχείο της Νοσηλευτικής επιστήμης θέτοντας ως θεμέλιο-λίθο του επαγγέλματός μας. Παρότι στην Ελλάδα επικρατούν δύσκολες συνθήκες εργασίας, λόγω έλλειψης προσωπικού και υλικοτεχνικής υποδομής, οι νοσηλευτές αφιερώνονται στους ασθενείς και κάνουν ότι μπορούν για να τους βοηθήσουν. Η φροντίδα του ασθενούς πρέπει να είναι εξατομικευμένη και ολιστική σύμφωνα με την κλίμακα Maslow, χωρίς να παραλείπεται καμία από τις παρακάτω ανάγκες του ασθενούς.

- Οργανικές ανάγκες: περιλαμβάνονται όλες οι ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση του ατόμου.
- Ασφάλεια: παρουσιάζεται μετά την ικανοποίηση των βασικών αναγκών.
- Κοινωνικότητα: επιθυμεί την επικοινωνία με άλλους ανθρώπους.
- Προσωπική αξία: ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να είναι χρήσιμος, ανεξάρτητος και επαρκής.
- Ικανοποίηση: όταν όλες οι προηγούμενες ανάγκες ικανοποιηθούν, τότε το άτομο νιώθει ικανοποίηση.

Η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενούς είναι άλλος ένας τομέας με τον οποίο ασχολούνται σε μεγάλο βαθμό οι νοσηλευτές. Φαίνεται ότι η εκπαίδευση που λαμβάνουν τους παρέχει το κίνητρο, ώστε να ασχολούνται με τον ασθενή, προσφέροντας ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα σε κάθε βιοψυχοκοινωνική οντότητα χωριστά. Έτσι, είναι σε θέση να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη, αναγνωρίζοντας και κατανοώντας τα προβλήματα χωρίς όμως να συμπάσχουν. Πολλές φορές προβαίνουν σε ενέργειες επίλυσης, ώστε ο ασθενής να νοιώθει περισσότερη ασφάλεια και αυτοπεποίθηση. Σε ειδικές περιπτώσεις, βέβαια, δεν αρκεί η εκπαίδευση που έχει λάβει, με αποτέλεσμα να είναι αναγκαία η παρέμβαση κάποιου ειδικού για την περίπτωση επαγγελματία υγείας.

Οι νοσηλευτές, προκειμένου να παράσχουν ολιστική φροντίδα σε ανθρώπους από διαφορετικά κοινωνικά υπόβαθρα, θα πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένοι στις ανάγκες τους, διότι σε πολλούς ασθενείς συνυπάρχουν ψυχολογικές επιπτώσεις λόγω ασθένειας όπως:

- Ø Κίνδυνος θανάτου.

- Ø Απώλεια σωματικής ακεραιότητας, εικόνας ευατού-ειδώλου, λειτουργικότητας.
- Ø Αδυναμία εκπλήρωσης μελλοντικών σχεδίων, ανταπόκρισης σε κοινωνικές δραστηριότητες.
- Ø Πόνος.
- Ø Προσαρμογή σε νέες συνθήκες (π.χ. αποφυγή καπνίσματος).
- Ø Κίνδυνος επανεμφάνισης, μελλοντικής επιδείνωσης.
- Ø Συναισθήματα που δεν αποδέχεται ο ασθενής (π.χ. επίδειξη φόβου μπροστά σε άλλους).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της έρευνας για την παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις, προκύπτει ότι οι Έλληνες νοσηλευτές αναλαμβάνουν τακτικά ευθύνες. Τα επείγοντα περιστατικά πρέπει να αντιμετωπίζονται με ψυχραιμία και ικανότητα γρήγορης αναγνώρισης και ανταπόκρισης. Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε ετοιμότητα οποιαδήποτε χρονική στιγμή και να είναι σε θέση να λαμβάνουν γρήγορα και ορθά κλινικές αποφάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή. Παρότι πολλοί νοσηλευτές θεωρούν ότι η παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις είναι καθήκον των γιατρών, και παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχουν οργανωμένα πρωτόκολλα ώστε να εφαρμόζονται, δεν διστάζουν να δράσουν σε τέτοιου είδους περιστατικά. Πραγματοποιούν ορισμένες ενέργειες μέχρι να προσέλθει ο γιατρός στο σημείο του συμβάντος. Έτσι, εφαρμόζει μέτρα για την υποστήριξη της ζωής του ασθενούς και την πρόληψη επιπλοκών. Μπορεί να καταγράψει τα Ζωτικά Σημεία και να χορηγήσει κάποιο φάρμακο όταν θεωρήσει ότι απειλείται η ζωή του ασθενούς. Βέβαια αυτό δεν είναι απόλυτο, εφόσον πρέπει να διαθέτει κλινική εμπειρία και άριστες γνώσεις, διότι σε περίπτωση λάθους δε καλύπτεται νομικά και θα υποστεί κυρώσεις. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να γνωρίζει πλήρες το ιστορικό του ασθενή, ώστε να έχει υπόψιν του πιθανές αλλεργίες σε φάρμακα.

Η συμμετοχή του νοσηλευτή σε επείγουσες καταστάσεις είναι ωφέλιμη, καθώς προσδίδει γνώσεις και εμπειρία. Αυτό σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα γνωρίζει πως να δράσει σε παρόμοιες καταστάσεις και θα ξέρει τι πιθανότητες λάθους υπάρχουν. Όσο περισσότερο συμμετέχει κάποιος στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών τόσο καλύτερα εξοικειώνεται με αυτό. Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη, και γι' αυτόν ακριβώς το λόγο όλοι οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρακολουθούν τις εξελίξεις στο τομέα της υγείας, να συμμετέχουν σε συνέδρια-σεμινάρια και γενικά να τηρείται η διά βίου μάθηση και εκπαίδευση.

Συμπερασματικά, είναι πολύ σημαντικό να μπορούν οι νοσηλευτές να αναλαμβάνουν ευθύνες σε επείγουσες καταστάσεις, γιατί συνήθως αυτές είναι οι πιο κρίσιμες. Αξίζει να αναφέρουμε ότι η αρχική εκτίμηση στα επείγοντα είναι η σπουδαιότερη και τρία στοιχεία είναι αναγκαία για την ταχεία αναγνώριση του ασθενούς που κινδυνεύει η ζωή του:

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

Η διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας φαίνεται ότι απασχολεί τους περισσότερους νοσηλευτές, εφόσον η πλειοψηφία του δείγματός μας απάντησε ότι ασχολείται τακτικά. Αυτό συμβαίνει διότι οι συγκεκριμένες δραστηριότητες εμπίπτουν στις βασικές υποχρεώσεις και εργασίες ενός νοσηλευτή, έχοντας ως στόχο την σωστή και ολοκληρωμένη επαφή και συνεργασία με τον ασθενή. Επιπλέον, η διδασκαλία και η συμβουλευτική καθίστανται ισχυρά εργαλεία για την επίτευξη των νοσηλευτικών στόχων.

Πολλοί ασθενείς δεν διαθέτουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες αυτοφροντίδας που απαιτούνται για την επίτευξη των επιθυμητών στόχων υγείας. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό ο ίδιος ο ασθενής, αλλά και η οικογένεια να γνωρίζουν κάποια στοιχεία για την κατάσταση του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσουν εξυπηρετώντας κάποιες ανάγκες του. Επιπροσθέτως, είναι εξίσου σημαντικό ο ασθενής και η οικογένεια να είναι ενημερωμένοι σε θέματα που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου και της κλινικής που νοσηλεύεται, γνωρίζοντας τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους. Για να εργαστούν οι νοσηλευτές αποτελεσματικά με τους ασθενείς και για να επιτευχθεί το σχέδιο φροντίδας υγείας, θα πρέπει να είναι ικανοί δάσκαλοι και σύμβουλοι, ώστε να ενισχύουν την υγεία και την ευεξία των ασθενών και να μειώνουν την απαίτηση για υπηρεσίες υγείας.

Η διδασκαλία είναι διαπροσωπική διαδικασία που βοηθά τους ασθενείς να λάβουν αποφάσεις οι οποίες προάγουν συνολικά την υγεία τους. Γενικά, σε κάθε αξιολόγηση των εκπαιδευτικών αναγκών του ασθενούς θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν τα εξής:

1. Ο προσδιορισμός των νέων γνώσεων και δεξιοτήτων, που είναι απαραίτητες για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
2. Η μαθησιακή ετοιμότητα, η οποία τονίζει την προθυμία του ασθενούς ή και της οικογένειας να εμπλακεί στην διαδικασία διδασκαλίας – μάθησης.
3. Η εμπειρική ετοιμότητα για την έναρξη της μάθησης, την οποία αξιολογεί ο νοσηλευτής.
4. Η αξιολόγηση του δυναμικού του ασθενούς, ώστε να γνωρίζουμε την ευκολία ή την αδυναμία διδασκαλίας.

Οι Έλληνες νοσηλευτές φαίνεται να θεωρούν ότι η ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας είναι ιατρικό καθήκον, εφόσον οι περισσότεροι από αυτούς δεν ασχολούνται καθόλου με αυτόν τον τομέα. Το Π.Δ. 216/2001 όμως αναφέρει: «ο Νοσηλευτής σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει την συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή, αναφορικά με την πρόγνωση, την διάγνωση, την θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη πριν τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης».

Η αδυναμία των νοσηλευτών να αναλάβουν πρωτοβουλίες και να λάβουν αποφάσεις, είναι ένας λόγος αποφυγής στην εμπλοκή τους σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας. Η αδυναμία αυτή μπορεί να προκύπτει λόγω του βιοϊατρικού μοντέλου που επικρατεί στη χώρα μας, καθώς επίσης και των προκαταλήψεων του κοινωνικού συνόλου. Οι νοσηλευτές στην Ελλάδα θεωρούνται κατώτεροι και βοηθοί των γιατρών και όχι συνεργάτες τους, όπως ισχύει σε άλλες χώρες. Για το λόγο αυτό, διστάζουν να μιλήσουν στον ασθενή για την πάθηση του. Επιπλέον, η έλλειψη γνώσεων και κλινικών πρωτοκόλλων σε ότι αφορά τα νέα δεδομένα, είναι παράγοντες που ευνοούν

την αδυναμία λήψης απόφασης. Έτσι, επιτείνεται η άποψη ότι οι νοσηλευτές είναι το βοηθητικό προσωπικό των γιατρών και μειώνεται η παρεχόμενη ποιότητα φροντίδας, αφού οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν αποφάσεις, ενώ έχουν αξιολογήσει τις ανάγκες των ασθενών. Η πρόγνωση μιας ασθένειας δεν είναι ποτέ μονόδρομος, αλλά επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, καθώς μιλώντας για πρόγνωση ουσιαστικά αναφέρονται ποσοστά που έχουν προκύψει από έρευνες. Το γεγονός αυτό, φοβίζει τους νοσηλευτές και τους αποτρέπει από το να ασχοληθούν με αυτόν τον τομέα.

Περιορισμένες κρίνονται οι αποφάσεις των νοσηλευτών όσον αφορά τη διενέργεια περισσότερων εξετάσεων για τον ασθενή. Οι νοσηλευτές αδυνατούν να αναλάβουν πρωτοβουλίες. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη εκπαίδευσης στον τομέα αυτό, αλλά και στην περιορισμένη νομική και επαγγελματική κατοχύρωση. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών όσον αφορά τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων κρίνεται περιορισμένη λόγω καθηκοντολογίου, αφού δεν αναφέρονται στα επαγγελματικά δικαιώματα. Για το λόγο αυτό, οι νοσηλευτές απέχουν από την δραστηριότητα, αφήνοντας τους γιατρούς να προνοούν για αυτό. Για την παροχή ποιοτικής, ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας, οι νοσηλευτές πρέπει να βασίζονται σε πληροφορίες που προκύπτουν από επιστημονικά στοιχεία. Η λήψη αποφάσεων σχετικά με τη διενέργεια εξετάσεων, κρίνεται αναγκαία στο μέλλον, ώστε να αντιμετωπίζεται ο ασθενής ως ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Όσον αφορά την επίβλεψη του νεοπροσλαμβανόμενου προσωπικού οι νοσηλευτές έδειξαν να ασχολούνται και να παρέχουν βοήθεια τακτικά. Ωστόσο, η συγκεκριμένη ερώτηση προκάλεσε αναστάτωση στους νοσηλευτές του δείγματός μας, αφού διαβάζοντας την δεν άργησαν να σχολιάσουν το γεγονός ότι έχουν να προσλάβουν αρκετά χρόνια νέο προσωπικό. Για το λόγο αυτό, οι απαντήσεις της συγκεκριμένης ερώτησης έχουν μοιραστεί και στις τέσσερις συχνότητες με σχεδόν ίσο ποσοστό, δίνοντας ελάχιστο προβάδισμα στην τακτική ενασχόληση τους.

Τα ίδια περίπου αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν και στην ερώτηση που αφορά την εκπαίδευση των φοιτητών Νοσηλευτικής. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές δεν δείχνουν ενδιαφέρον για τους εκπαιδευόμενους συναδέλφους τους ώστε να εγκλιματιστούν σταδιακά στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης εργασίας. Αυτό συμβαίνει διότι το μειωμένο προσωπικό στα νοσοκομεία και η επερχόμενη έλλειψη χρόνου δεν τους επιτρέπει να διδάξουν τους φοιτητές σωστά. Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές δεν εμπιστεύονται τους φοιτητές στην διεκπεραίωση μιας εργασίας, φοβούμενοι την πιθανότητα λάθους. Ωστόσο, οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να είναι σε θέση να μεταβιβάζουν τις γνώσεις και την κλινική εμπειρία που έχουν αποκτήσει, στους εκπαιδευόμενους φοιτητές του Νοσηλευτικού επαγγέλματος. Μόνο με αυτό τον τρόπο θα γεφυρωθεί το χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στην θεωρία και τη πράξη της καθημερινής νοσηλευτικής πρακτικής, ώστε ο ασθενής να δέχεται ποιοτική και ασφαλή φροντίδα.

Η απόφαση για τον προϋπολογισμό της κλινικής μονάδας φαίνεται να θεωρείται εργασία μόνο των ανώτερων σε ιεραρχία νοσηλευτών, όπως για παράδειγμα του προϊστάμενου της κλινικής. Οι νοσηλευτές επικεντρώνονται μόνο στην φροντίδα, δεδομένου του γεγονότος ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν ασχολείται καθόλου με τον προϋπολογισμό. Ίσως οφείλεται και στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με τα οικονομικά και διοικητικά θέματα της Νοσηλευτικής.

Λογικά φαίνεται να εξηγείται η απάντηση του δείγματος για μη εμπλοκή των νοσηλευτών στην αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών. Οι Έλληνες νοσηλευτές δεν είναι νομικά κατοχυρωμένοι γι' αυτή την ενέργεια, καθώς δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις, αλλά ούτε και την αυτοπεποίθηση λήψης τέτοιων πρωτοβουλιών. Επιπλέον, οι νοσηλευτές δεν θεωρούν ότι είναι αρμόδιοι για την τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών, αφού αποτελεί αντικείμενο της ιατρικής ειδικότητας. Ωστόσο, η νομοθεσία, όσον αφορά τη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές, αναμένεται να αλλάξει στο άμεσο μέλλον, επιτρέποντάς τους την συνταγογράφηση ορισμένων φαρμάκων και υλικών. Φυσικά, αυτό προϋποθέτει πολύ καλές γνώσεις φαρμακολογίας και εμπιστοσύνης του συστήματος υγείας στους νοσηλευτές. Είναι σαφές, ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να προστατεύονται από μία νομοθεσία ξεκάθαρη, που θα κατοχυρώσει πλήρως και με ακρίβεια τα επαγγελματικά τους δικαιώματα.

Η ασφαλής και ακίνδυνη χορήγηση φαρμάκων απαιτεί:

- Επαρκείς γνώσεις φαρμακολογίας.
- Συνεχής ενημέρωση για τα νέα φάρμακα.
- Γνώσεις των παραγόντων που επηρεάζουν τη δόση του φαρμάκου.
- Υπευθυνότητα για την ακριβή τήρηση των ιατρικών οδηγιών.
- Γνώση για πιθανές αλλεργικές εκδηλώσεις.
- Ενημέρωση περί περιορισμών – εθισμός.

Οι νοσηλευτές συμμετέχουν μερικές φορές στην παροχή πληροφοριών στον ασθενή ή στην οικογένεια, κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Παρότι η διδασκαλία είναι πιο επιτακτική από ποτέ, τη στιγμή που εξέρχεται ο ασθενής από το νοσοκομείο, οι νοσηλευτές φαίνεται να μην ασχολούνται με την ενημέρωση του ίδιου και της οικογένειάς του. Η έξοδος του από το χώρο του νοσοκομείου επιφυλάσσει πολλούς κινδύνους για την υγεία και την καθημερινότητα του. Η διαπαιδαγώγηση του ασθενούς στο πλαίσιο της συμμόρφωσης του στη θεραπευτική τεχνική, καθώς και στις δραστηριότητες της καθημερινότητας του, είναι νοσηλευτική ευθύνη αλλά κυρίως ανθρωπιστική.

Σκοπός της παροχής πληροφοριών, είναι η διδασκαλία και η παροχή βοήθειας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους στο πλαίσιο της ανάπτυξης δεξιοτήτων αυτοφροντίδας, οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα μεγιστοποίησης της λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής τους. Γενικά γνωρίσματα ικανού εκπαιδευτή είναι τα εξής:

- Επαγγελματική επάρκεια – κατανόηση για το πως η προσφερόμενη διδασκαλία θα αξιοποιηθεί στην πράξη από τους εκπαιδευόμενους ασθενείς και συγγενείς.
- Διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς στα πλαίσια της θεραπευτικής επικοινωνίας.
- Προβολή θέματος διδασκαλίας από την οπτική γωνία των ασθενών και των αναγκών τους.
- Χρήση ποικιλίας διδακτικών μεθόδων, καθώς και μεθόδων αξιολόγησης.
- Προσαρμογή διδασκαλίας στο κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο του ασθενούς, καθώς και επεξήγηση ορολογίας και εννοιών.

Σε μικρότερο βαθμό φαίνεται να συμμετέχουν οι νοσηλευτές σε αποφάσεις που αφορούν το εξιτήριο του ασθενούς. Είναι σαφές ότι οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένες δυνατότητες σε αυτόν τον τομέα, καθώς η έξοδος του ασθενούς είναι αποκλειστικά ιατρικό καθήκον. Η κατανομή των εργασιών και το νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο, δεν τους επιτρέπει να εμπλακούν στην απόφαση αυτή. Ωστόσο, στο εξιτήριο του ασθενούς θα έπρεπε να εμπλέκονται όλοι οι επαγγελματίες υγείας, με τη διαδικασία της επικοινωνίας και από κοινού λήψης αποφάσεων, μέσω του μοντέλου συνεργασίας και εξατομίκευσης, ώστε να μην παραμερίζονται προβλήματα του ασθενούς.

Τέλος, οι Έλληνες νοσηλευτές οργανώνουν μερικές φορές έως καθόλου την εργασία των άλλων. Αυτό συμβαίνει διότι κατά κύριο λόγο η προϊσταμένη είναι εκείνη που θα οργανώσει την εργασία των υπόλοιπων νοσηλευτών στο τμήμα της. Παρ' όλα αυτά, σε απουσία της προϊσταμένης, οργανώνει τις εργασίες ο υπεύθυνος νοσηλευτής για να καλύψει τις ανάγκες του τμήματος. Κάποιες ενέργειες όμως, επειδή υπάγονται στα διοικητικά καθήκοντα και στην ανάδειξη του οικονομικού προϋπολογισμού, εφαρμόζονται μόνο από συγκεκριμένα άτομα τα οποία γνωρίζουν καλά το αντικείμενο και έχουν καθημερινή εντριβή με αυτό.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κατανομή των καθηκόντων και των εργασιών στα νοσοκομεία της Ελλάδας δεν είναι αρκετά σαφές. Αυτό σχετίζεται με το γεγονός ότι σε ορισμένα σημεία οι νοσηλευτές νιώθουν ανασφάλεια, γι' αυτό και δεν επεμβαίνουν σε δραστηριότητες που αφορούν το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό.

Γενικά, όσον αφορά τη παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος των νοσηλευτών ανταποκρίνεται στα καθήκοντά τους, δείχνοντας σεβασμό στους ασθενείς, οι οποίοι πολλές φορές αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Επιπλέον, παρέχεται σε μεγάλο βαθμό ψυχολογική υποστήριξη, γεγονός που είναι πολύ σημαντικό στις μέρες μας, αφού οι ασθενείς είναι ψυχολογικά επηρεασμένοι όχι μόνο από προβλήματα υγείας που έχουν να αντιμετωπίσουν, αλλά και με την γενικότερη κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας. Η ψυχολογία κατέχει σημαντικό ρόλο αφού επηρεάζει τη γενικότερη πορεία εξέλιξης της νόσου και ως επί το πλείστον τη κατάσταση του ασθενή. Οπότε η ανάγκη για την βελτίωση της ψυχολογίας των ασθενών είναι πιο επιτακτική από ποτέ.

Οι Έλληνες νοσηλευτές παρεμβαίνουν σε επείγουσες καταστάσεις τακτικά. Σίγουρα η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών δεν είναι και ό,τι καλύτερο καθώς το άτομο πρέπει να διαθέτει ψυχραιμία και να γνωρίζει πως να χειρίζεται σωστά τέτοιου είδους καταστάσεις. Από την άλλη όμως πλευρά όλα αυτά είναι σημαντικά, καθώς ο νοσηλευτής δεν είναι ένα άβουλο ον αλλά σημαντικός επαγγελματίας με γνώσεις και κλινική εμπειρία.

Οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν αποφάσεις σε ότι σχετίζεται με το σχέδιο θεραπείας και την αλλαγή θεραπευτικής αγωγής στην κλινική πρακτική τους. Επίσης, το ιατροκεντρικό σύστημα που υπάρχει, αλλά και οι διχασμένες απόψεις για το νοσηλευτικό επάγγελμα στη χώρα μας, δεν τους επιτρέπει να πράττουν νοσηλευτική διάγνωση συχνά.

Όσον αφορά τη διδασκαλία των ασθενών και της οικογένειας ο νοσηλευτής φροντίζει τακτικά γι' αυτό. Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο υπάρχουν συστάσεις σχετικά με το τι πρέπει να αποφεύγει ή να ακολουθεί ο ασθενής. Ακόμη, γίνεται αναφορά στα πιθανά σημεία που μπορούν να βοηθήσουν οι συγγενείς.

Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται καθημερινά να ανταποκριθούν σε νέους ρόλους, έχοντας να αντιμετωπίσουν μία σειρά από σημαντικά προβλήματα. Αυτό περιλαμβάνει τις ελλείψεις των υλικών και του προσωπικού, αλλά και την κρίση των αξιών που διακατέχουν τους ανθρώπους. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζεται σημαντικά ο τρόπος και η συχνότητα που λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις. Η μη ύπαρξη πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων γραμμών, η ελλιπής νομοθετική κάλυψη και οι ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, οδηγούν στην περιορισμένη αυτονομία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Επιπλέον, ο χαμηλός μισθός, το ιατροκεντρικό σύστημα και η κοινωνία που αδυνατεί να κατανοήσει την προσφορά του νοσηλευτή, αποτελούν παράγοντες που δημιουργούν αίσθημα ανασφάλειας και απογοήτευσης στο προσωπικό του κλάδου μας. Αυτό συμβαίνει, επειδή το επάγγελμα δεν έχει την ανταπόκριση και την αναγνώριση που θα έπρεπε.

Οπότε, είναι φανερό ότι κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του νοσηλευτή ως επαγγελματία, επιστήμονα και ερευνητή, τόσο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας του ασθενούς, όσο και για την επαλήθευση των προσδοκιών των ατόμων που επέλεξαν να υπηρετήσουν αυτό το επάγγελμα. Αν και έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για την βελτίωση του νοσηλευτικού προφίλ στην Ελλάδα, υπάρχει ακόμα ανάγκη για σημαντικές αλλαγές.

Κάποιοι τρόποι βελτίωσης της κατάστασης στη χώρα μας, είναι η ενιαία πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, η οποία θα παρέχει όλα τα θεωρητικά και πρακτικά μέσα για την εξάσκηση του επαγγέλματος. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να θεσμοθετηθούν νόμοι σχετικά με τα δικαιώματα των νοσηλευτών και να δημιουργηθούν κλινικά πρωτόκολλα, ειδικά όσον αφορά την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

Σημαντική επίσης, είναι και η πρόσληψη επαρκούς νοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών των νοσοκομείων. Η στελέχωση από πτυχιούχους νοσηλευτές είναι ύψιστης σημασίας για τη διαμόρφωση ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι σύγχρονοι εργοδότες στον τομέα της υγείας, πρέπει να είναι πρόθυμοι να προσφέρουν στον εργαζόμενο την δυνατότητα ισορροπίας, μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής και βεβαίως να υπάρχουν περιθώρια επαγγελματικής εξέλιξης. Η κατάργηση του κυκλικού ωραρίου και η μεταβολή της μεθόδου εργασίας από κατ' εργασία σε ομαδική νοσηλευτική είναι απαραίτητη, καθώς θα βελτιώσει τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Επιπροσθέτως, θα πρέπει να δοθούν κίνητρα δημιουργικότητας στο νοσηλευτικό προσωπικό με τους εξής τρόπους:

- Παροχή βοήθειας στην ανάπτυξη νέων ιδεών.
- Ενθάρρυνση ως προς την ανάληψη ρίσκου.
- Παροχή ελεύθερου χρόνου για προσωπική προσπάθεια.
- Παροχή ευκαιριών για επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη.
- Ενθάρρυνση των επαφών με άλλα άτομα εκτός της ομάδας.

- Προώθηση του δημιουργικού συναγωνισμού μέσα στην ομάδα και μεταξύ ομάδων.
- Αναγνώριση της αξίας καινοτόμων ιδεών.
- Επίδειξη εμπιστοσύνης στους εργαζόμενους (RousselandSwansburg, 2010).

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

Κλείνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την διάρκεια της έρευνας οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν είχαν διάθεση να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να συμμετάσχουν στην διεξαγωγή της έρευνας. Κάποιοι δυσανασχετούσαν και συμπλήρωναν μόνο τα μισά (ίσως και λιγότερα) ερωτηματολόγια από αυτά που τους είχαν δοθεί. Αυτό φαίνεται να οφείλεται, όχι μόνο στην έλλειψη χρόνου, αλλά κυρίως στον τρόπο με τον οποίο βλέπουν την έρευνα. Οι περισσότεροι δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τη σημαντικότητά της, ενώ άλλοι αντιδρούν εγωιστικά και υπεροπτικά προς τις έρευνες που διενεργούνται από φοιτητές Νοσηλευτικής. Αν και στις μέρες μας γίνονται μεγάλα βήματα στον τομέα της έρευνας, είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν περισσότερες έρευνες. Στόχος θα είναι η προσφορά και η χρήση της νέας γνώσης στην κοινωνία και τους πολίτες της, διότι η νοσηλευτική επιστήμη παρά το γεγονός ότι είναι βασική για την υγεία, αντιμετωπίζει πολλαπλά εμπόδια.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Ο βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Εάν και τα αποτελέσματα προσέφεραν σημαντικά στοιχεία για το βαθμό και τη συχνότητα που λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις, κρίνεται αναγκαία η χρήση μεγαλύτερου δείγματος στο μέλλον για την αξιοπιστία και την γενίκευση των συμπερασμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδάμου Ε και συν. (2011). Διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το Βήμα του Ασκηπτιού, 10(2):221-239.
- Αθανάτου Ε (2008). Κλινική Νοσηλευτική: Βασικές και ειδικές νοσηλείες. Εκδόσεις Αθανατίδης, Αθήνα, 1: 25-37.
- Aiken H και συν. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Affairs, 20: 43-53.
- Ανευλαβής Ε (2004). Λήψη κλινικών αποφάσεων υπό κίνδυνο: οι έννοιες της χρησιμότητας, της προσδοκίας και της μεταμέλειας. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 21(1): 63-85.
- Αποστολάκης Ι (2011). Η εκτίμηση του ασθενούς στο ΤΕΠ. Ιατρικά ανάφλεκτα: Αφιέρωμα στην επείγουσα ιατρική, 9: 385-389.
- Bakalis N, Bowman S και Porock D (2003). Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. International Journal of Nursing Studies, 40: 749-760.
- Bakalis N και Watson R (2004). Nurses' decision-making in clinical practice. Nursing standard, 19(23):33-39.
- Baggs G και συν. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. Critical Care Medicine, 27:1991-1998.
- Bartz C και Doherty S (2003). Reshaping clinical nursing education. Journal Professional of Nursing, 19(4):216-222.
- Benner P (1984). From Novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison-Wesley Publishing Company, California, 8(1): 95-97.
- Βλαντή Ι, Κρυστάλλα Α και Μελαδάκης Ν (2003). Η νοσηλευτική διάγνωση απαραίτητη προϋπόθεση για τον σχεδιασμό και την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας – ελληνική πραγματικότητα. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Bowling A (2009). Μεθοδολογία έρευνας στην υγεία: μελέτη της υγείας και των υπηρεσιών υγείας. Πασχαλίδης, Αθήνα, 12:349-390.
- Bucknall T (2000). Critical care nurses' decision making activities in the natural clinical setting. Journal of Clinical Nursing, 9(1): 25-35.
- Castledine G (2001). Evidence based in care. British Journal of Nursing, 13(1):1-60.
- Cegala J και Lenzeier-Broz S (2002). Physicin communication skills training: a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. MedEduc, 36(11): 1004-1016.

Γενικό Επιτελείο Στρατού (2012). Σύνθεση στρατού. Διαθέσιμο στη: <http://www.army.gr/default.php?pname=ArmyContents&la=1> Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 29, 2012.

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

Cleary-Holdforth T (2009). Evidence-based practice: Improving patient outcomes. *Nursing Standard*, 23(32): 35-39.

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

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

Dewit S (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και Πρακτική. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ (2014). Κριτική αποτίμηση της επιρροής του προτύπου της Nightgale στη νοσηλευτική εκπαίδευση στην Αγγλία, στην Ελλάδα και στην Αμερική. *Το βήμα του ασκληπιου*, 13(2):1-11.

DiCenso A, Guyatt G και Ciliska D (2005). Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. Philadelphia Mosby, 23(11): 743.

Ζαφειρόπουλος Κ (2005). Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία. Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Κριτική, Αθήνα.

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

Gilbert J (2009). Program Evaluation for Interprofessional Initiatives: Evaluation Instruments/Methods of the 20 IECPCP Projects. Canadian Interprofessional Health Collaborative, Vancouver.

Gilbert H, Yan J και Hoffman J (2010). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. World Health Organization, Geneva.

Gillespie M και Paterson B (2009). Helping Novice Nurses make effective clinical decisions: The situated clinical decision making framework. *Nursing Education Perspectives*, 30(3):164-170.

Ζυγά Σ (2010). Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

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

Θεοφανίδης Δ και Φουντούκη Α (2006). Η διά βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη. *Νοσηλευτική*, 45(4):476-482.

Higgs J, Burn A και Jones M (2011). Integrating clinical reasoning and evidence-based practice. *AACN Clinical Issues*, 12: 482-490.

Hodges F, Keeley C and Troyan J (2008). Professional resilience in baccalaureate-prepared acute care nurses: First steps. *Nursing Education Perspectives*, 29: 80–89.

Hoffman A, Aitken M και Duffield C (2009). A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision making. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10):1335-1344.

Πιορουλou Κ και While A (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11): 2520-2531.

International Council of Nurses (2015). Definition of nursing. International Council of Nurses. Διαθέσιμο στη: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 23, 2014.

Kolostoumpis G και Makrygiannaki K (2012). Clinical decision support systems: A useful tool in clinical practice. *Inter scientific Health Care*, 4(1): 9-12.

Κοτσαμπασάκη Σ (2004). Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα: Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 43(1):14-22.

Κοτζαμπασάκη Σ και συν. (2003). Αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών Νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την επαγγελματική σταδιοδρομία στη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 42(3): 353-363.

Κουτσογιάννης Κ, Νόελ-Λαζαρίδου Μ και Λαζαρίδης Α (2003). Εφαρμοσμένη στατιστική στις επιστήμες υγείας-πρόνοιας. Έλλην, Αθήνα.

Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P (2002). Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *British Medical Journal*, 324: 36–38.

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

Κωστογιαννοπούλου Ο, Τσιπλαχίδου Ε και Σταυροπούλου Α (2009). Το χάσμα ανάμεσα στην νοσηλευτική θεωρία και πράξη: μια νέα προσέγγιση. *Ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική*, 2: 71-74.

Leape L (2000). Institute of Medicine medical error figures are not exaggerated. *The Journal of the American Medical Association*, 284(1): 95–97.

Μανουσάκη Ε (2011). Νοσηλευτική έρευνα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Πως αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον ρόλο και την θέση τους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Πτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Matteson P και Hawkins J (1990). Concept analysis of decision making. *Nursing Forum*, 25: 4–10.

Mossialos E, Allin S και Davaki K (2005). Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(1): 151-168.

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

Μπουραντάς Δ (2005). Ηγεσία: Ο δρόμος της διαρκούς επιτυχίας. Κριτική, Αθήνα.

Ν. 247/1991 – ΦΕΚ 93Α/1991 (1991). Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών Κλινικών. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 1397/1983 - ΦΕΚ 143^Α/7.10.83 (1983). Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 1579/1985 – ΦΕΚ 217^Α/1985 (1985). Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 2868/1922 – ΦΕΚ 119^Α/1922 (1922). Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 2915/2001 – ΦΕΚ 114/2001 (2001). Διάρθρωση της Ανώτατης Εκπαίδευσης και ρύθμιση θεμάτων του τεχνολογικού τομέα αυτής. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 3252/2004 – ΦΕΚ 132^Α/2004 (2004). Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών – Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 3475/2006 – ΦΕΚ 146^Α/2006 (2006). Οργάνωση και λειτουργία Δευτεροβάθμιας επαγγελματικής εκπαίδευσης. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Αριθμός φύλλου 146.

Ν. 4009/2011 – ΦΕΚ 195^Α/2011 (2011). Δομή, λειτουργία, διασφάλιση της ποιότητας των σπουδών και διεθνοποίηση των ανωτάτων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Αριθμός φύλλου 195.

Ν. 4024/2011 – ΦΕΚ 226^Α/2011 (2011). Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο - βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Αριθμός φύλλου 226.

Ν. 4238/2014 – ΦΕΚ 38^Α/2014 (2014). Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Ν. 517/1991 – ΦΕΚ 202/1991 (1991). Τεχνικές προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμόν 247/91 Π.Δ. Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και

- μεταβίβαση ιδιωτικών Κλινικών'. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 6298/1934 – ΦΕΚ 346^A/1934 (1934). Περί κοινωνικών ασφαλίσεων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- Newton M and McKenna L (2007). The transitional journal through the graduate year: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 44: 1231–1237.
- Noll E, Key A και Jensen G (2001). Clinical reasoning of an experienced physiotherapist: insight into clinician decision-making regarding low back pain. *Physiotherapy Research International*, 6(1):40-51.
- Norman L και συν. (2005). Nursing students assess nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 21(3): 150-158.
- Παλάσκα Ε και Αποστολοπούλου Ε (2005). Η διαδικασία λήψης απόφασης στη Νοσηλευτική Διοίκηση. *Νοσηλευτική*, 44(3): 314-323.
- Papathanassoglou Ε και συν. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care units. *Journal of nursing management*, 13(2): 154-164.
- Peterson J και συν. (2011). Job satisfaction and intentions to leave of new nurses. *Journal of research in Nursing*, 16(6): 536-548.
- Ποζουκίδου Α, Θεοδώρου Μ και Καιτελίδου Δ (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραιατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Νοσηλευτική*, 46(4):537-544.
- Potter P και Frisch N (2007). Holistic assessment and care: presence in the process. *Nursing Clinics of North America*, 42:213-228.
- Pugh D (2002). A phenomenologic study of flight nurses clinical decision making in emergency situations. *Air Medical Journal*, 21(2):31-36.
- Ραγιά Α (2000). Βασική Νοσηλευτική: Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές. Παρισίανου, Αθήνα.
- Ραγιά Α (2001). Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*, 3: 8-13.
- Rashotte J και Carnevale A (2004). Medical and nursing clinical decision making: A comparative epistemological analysis. *Nursing Philosophy*, 5: 160–174.
- Roussel L και Swansburg R (2010). Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία. Πασχαλίδης, Αθήνα, 5: 96-128.
- Σαχίνη Α (2006). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Scott H (2004). Should nurses in emergency care have practice boundaries?. *British Journal of Nursing*, 1:1-60.

Siskou O, Kaitelidou D και Liaropoulos L (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88(2-3): 282-293.

Σπαντιδέας Α (2010). Ιατρικά σφάλματα: όλο και περισσότεροι γιατροί στο εδώλιο. *Health view* Εστιάζοντας στην υγεία. Διαθέσιμο στη: <http://www.healthview.gr/περιεχόμενο/άρθρο/352/ιατρικά-σφάλματα-όλο-και-περισσότεροι-γιατροί-στο-εδώλιο> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 18, 2010.

Swansburg R και Swansburg R (2003). Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ, Αθήνα.

Τάκου Ε (2013). Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα: μια ποιοτική έρευνα. Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.

Tanner C (2006). Thinking like a nurse: A research based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6): 204-212.

Tassiopoulos S και Apostolakis I (2010). The importance of clinical practice guidelines. *Iatrika Analekta*, 3:313-317.

Taylor A, Lillis C και Lemone P (2006). Θεμελιώδης Αρχές της Νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Πασχαλίδης, Αθήνα.

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

Traynor M, Boland M και Buus N (2010). Professional autonomy in 21st century healthcare Nurses' accounts of clinical decision-making. *Social Science & Medical Journal*, 71(8):1506-12.

Τσιάρα Σ και Μπαρέκα Π (2007). Κινητοποίηση νοσηλευτικού προσωπικού και νοσηλευτική διοίκηση. Πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Γράμμα στους προϊστάμενους των τμημάτων

Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας

Πάτρα, 14/2/2015

Σχολή ΣΕΥΠ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι

Τ.Κ. 26334

Πάτρα

Αγαπητέ/ή κ. Προϊστάμενε/η,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας. Η πτυχιακή μας εργασία, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Νικόλαου Μπακάλη, έχει σκοπό να διερευνήσει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στην Ελλάδα σε δημόσια νοσοκομεία. Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων θα χρησιμοποιήσουμε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις και μερικά δημογραφικά στοιχεία.

Θα σας είμαστε ευγνώμων εάν μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους νοσηλευτές του τμήματός σας.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών είναι εθελοντική και ανώνυμη. Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι πληροφορίες θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Σε οποιοδήποτε σημείο της έρευνας, οι συμμετέχοντες έχουν δικαίωμα υπαναχώρησης.

Ευελπιστούμε στην θετική σας ανταπόκριση.

Με εκτίμηση,

Η ομάδα φοιτητών

Μανώλη-Γεωργαντή Μαριάνθη

Μεταξιά Ανδριάνα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Ερωτηματολόγιο

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

Αγαπητοί νοσηλευτές,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Νικόλαου Μπακάλη. Σκοπός της έρευνάς μας είναι να προσδιορίσουμε τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές και να διερευνήσουμε τον βαθμό λήψης αποφάσεων. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου και μερικά δημογραφικά στοιχεία. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις επιλέγοντας μια μόνο επιλογή. Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της έρευνας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Σας ευχαριστούμε πολύ.

Σε περίπτωση που έχετε απορίες μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Μανώλη – Γεωργαντή Μαριάνθη, 6987242554
Μεταξά Ανδριάνα, 6980952888

ΜΕΡΟΣ Ι

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

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

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

Δημογραφικά στοιχεία

Ηλικία: _____

Φύλλο: Άρρεν Θήλυ

Κλινική που εργάζεστε: _____

Πόσα χρόνια εργάζεστε στην κλινική; _____

Μεταπτυχιακό: Master Διδακτορικό Τίποτα από τα δύο

Αγγλικά: Lower Proficiency Τίποτα από τα δύο

Διαμονή:

Αστική περιοχή Αγροτική περιοχή Νησιώτικη περιοχή

Εισόδημα:

<10.000€ 10.001-20.000€ 20.001-40.000€ >40.001€

Σας ευχαριστούμε πολύ!