

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Σενγκέργκη Γιώργη

Δοβλέτογλου Κατερίνα

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2016

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΑΥΚΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑ, καθηγήτρια εφαρμογών

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ, αναπληρώτρια καθηγήτρια

ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ, επίκουρος καθηγήτρια

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	10
ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ.....	10
1.1 Έννοια Νοσηλεύτη Και Ασθενή.....	10
1.2 Ιστορική Ανασκόπηση του όρου Νοσηλεύτη.....	12
1.3 Ιστορική Ανασκόπηση Της Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	20
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	20
2.1 Εισαγωγικά στοιχεία.....	20
2.2 Χαρακτηριστικά του νοσηλεύτη.....	20
2.3 Αρμοδιότητες του νοσηλεύτη.....	24
2.4 Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας.....	29
2.5 Εκπαίδευση ασθενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς.....	36
2.6 Νοσηλεύτης και ψυχολογική υποστήριξη.....	38
2.7 Νοσηλεύτης και αποκατάσταση.....	41
Κεφάλαιο 3 ^ο	46
ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ.....	46
3.1 Εισαγωγικά.....	46
3.1.1 Η διαδικασία της επικοινωνίας.....	47
3.1.2 Στοιχειώδης πράξη επικοινωνίας.....	48
3.2 Σκοποί επικοινωνίας.....	49
3.3 Μορφές επικοινωνίας.....	51
3.3.1 Χρήση επικοινωνίας στη θεραπεία του ασθενούς.....	56
3.4 Φραγμοί επικοινωνίας.....	57
3.5 Παράγοντες που προάγουν ή επηρεάζουν την επικοινωνία των ασθενών.....	58
3.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τις σχέσεις νοσηλεύτη – ασθενή.....	59

3.7Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας.....	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Από τα παλαιά έως και τα σύγχρονα χρόνια το επάγγελμα του νοσηλευτή/νοσηλεύτριας κρίνεται αναγκαίο για την φροντίδα των ασθενών. Είναι ένα επάγγελμα μείζονος σημασίας και απαραίτητο στο χώρο της υγείας.

Γενικά, η νοσηλευτική είναι η επιστήμη που ασχολείται με την καθημερινή φροντίδα των ασθενών με σκοπό τη πρόληψη, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας αυτών. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια συνεργάζεται στενά με τον θεράποντα γιατρό και υποχρεούται να ακολουθήσει τις οδηγίες. Επιπλέον ο νοσηλευτής/ νοσηλεύτρια μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και τη διαλογή ασθενών, μέχρι παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων.

Επομένως, ένας νοσηλευτής απαιτείται να έχει παιδεία όχι μόνο με τη στενή έννοια της θεωρητικής και τεχνικής κατάρτισης αλλά και μια γενικότερη καλλιέργεια, μια ποιότητα ψυχής, για να μπορέσει να αποδώσει σωστά το ρόλο του και να βοηθήσει τον ασθενή ή τους ασθενείς που είναι υπό την εποπτεία του. Σε συνδυασμό πάντα με την άριστη νοσηλευτική εκπαίδευση, τη σοβαρότητα, τη σταθερότητα, την ακρίβεια, την παρατηρητικότητα, την επικοινωνία, την πείρα, την ευσυνειδησία που πρέπει να τον διακρίνουν, μα πάνω από όλα την άμετρη αγάπη προς τον ασθενή, είναι τα όπλα που πρέπει να έχει ένας καλός νοσηλευτής για να φέρει εις πέρας το δύσκολο έργο.

ABSTRACT

From the past to our times the occupation of nurse / nurse is necessary for patient care. It is a profession of major importance and essential to the health sector.

In general, nursing is the science that deals with the daily care of patients populations to prevention, conservation and restoration of their health. The nurse or nurse works closely with the attending physician and required to follow the instructions given to it by the individual physician. In addition, the nurse / nurse may be involved than simply administering medication and sorting patients by assisting the physician in dealing with serious injuries or surgeries.

Therefore, a nurse is required to have education not only in the narrow sense of the theoretical and technical training and a general culture, a soul quality, in order to properly perform his role and help the patient or patients who are under the supervision. Always combined with excellent nursing education, seriousness, stability, accuracy, observation, communication, experience, conscientiousness to distinguish him, but above all the immeasurable love for the patient, are the weapons You must have a good nurse to carry out the difficult task.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το επάγγελμα του νοσηλευτή/ νοσηλεύτριας είναι ένα επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, τη φυσική αλλά και τη ψυχολογική του φροντίδα και υποστήριξη.

Η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί τις ανάλογες εκπαιδευτικές- γνωστικές τεχνικές και γνώσεις αλλά και τις διαπροσωπικές δεξιότητες. Επιπλέον, είναι ένα επάγγελμα που προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και τη συνεχή επικοινωνία με τον ασθενή, η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου να επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο στελέχωσης και τις γενικότερες συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Σημαντικό είναι για να μπορέσει να ανταπεξέλθει κι ο νοσηλευτής στις απαιτήσεις του επαγγέλματός του, είναι η κατάλληλη υποδομή τόσο ποιοτική όσο και ποσοτική. Ειδικότερα, η ποσοτική σύνθεση προσδιορίζεται από τον δείκτη αντιστοιχίας νοσηλευτή προς ασθενείς, ενώ η ποιοτική προσδιορίζεται από το επίπεδο εκπαίδευσης. Η επαρκής στελέχωση αποτελεί την αναγκαία συνθήκη προκειμένου ο νοσηλευτής να παρέχει ποιοτική φροντίδα προς τους ασθενείς. Το επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με το επίπεδο γνώσεων, το οποίο επηρεάζει την επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή. Ένας νοσηλευτής υποχρεούται να βρίσκεται δίπλα στους ασθενείς όλο το 24ωρο. Γι αυτό το λόγο πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες και να παρέμβουν αν χρειαστεί, σε κάποια αρνητική έκβαση στην υγεία του ασθενούς.

Επομένως, ένας νοσηλευτής απαιτείται να έχει παιδεία όχι μόνο με τη στενή έννοια της θεωρητικής και τεχνικής κατάρτισης αλλά και μια γενικότερη καλλιέργεια, μια ποιότητα ψυχής, για να μπορέσει να αποδώσει σωστά το ρόλο του και να βοηθήσει τον ασθενή ή τους ασθενείς που είναι υπό την εποπτεία του. Σε συνδυασμό πάντα με την άριστη νοσηλευτική εκπαίδευση, τη σοβαρότητα, τη σταθερότητα, την ακρίβεια, την παρατηρητικότητα, την επικοινωνία, την πείρα, την ευσυνειδησία που πρέπει να τον διακρίνουν, μα πάνω από όλα την άμετρη αγάπη προς τον ασθενή, είναι τα όπλα που πρέπει να έχει ένας καλός νοσηλευτής για να φέρει εις πέρας το δύσκολο έργο.

Σκοπός, λοιπόν, της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η εργασία αποτελείται από τρία κεφάλαια. Αρχικά, στο πρώτο κεφάλαιο θα αναφερθούν βασικές έννοιες και ορισμοί. Συγκεκριμένα θα ορίσουν η έννοια του νοσηλευτή και του ασθενή και θα πραγματοποιηθεί μια ιστορική ανασκόπηση τόσο της έννοια του νοσηλευτή όσο και της νοσηλευτικής φροντίδας. Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο θα περιγραφεί ο ρόλος του νοσηλευτή και θα δοθούν κάποιες γενικές πληροφορίες. Επίσης, θα αναφερθούν τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή, οι αρμοδιότητες του, ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας, η νοσηλευτική αποκατάσταση και η ψυχολογική υποστήριξη από την πλευρά του νοσηλευτή προς τον ασθενή.

Έπειτα στο τρίτο κεφάλαιο, θα παρουσιαστεί η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Τον τρόπο, δηλαδή που θα πρέπει να επικοινωνεί ένας νοσηλευτής, προκειμένου να έρθει κοντά στον ασθενή, στηριζόμενος στο επαγγελματικό πλαίσιο πάντα. Ακόμα, θα αναφερθούν οι παράγοντες που προάγουν ή επηρεάζουν την επικοινωνία των ασθενών αλλά και οι παράγοντες που επηρεάζουν τις σχέσεις νοσηλευτή-ασθενή. Στο τέλος της εργασίας, θα παρατεθούν τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1 Έννοια Νοσηλευτή Και Ασθενή

"Νοσηλευτής/ρια" είναι ο επαγγελματίας υγείας που μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές κ.α.) ασχολείται με την φροντίδα, την ασφάλεια και την αποκατάσταση της υγείας ατόμων που πάσχουν από κάποια οξεία ή χρόνια πάθηση. Ασχολείται επίσης με την πρόληψη των ασθενειών και την αντιμετώπιση επείγουσών ιατρικών και νοσηλευτικών καταστάσεων, καθώς και τη διεξαγωγή έρευνας για την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης. Ο Νοσηλευτής/ρια μπορεί να έχει και ειδική εκπαίδευση σε μια από τις εξής ειδικότητες: Παθολογική Νοσηλευτική, Χειρουργική Νοσηλευτική, Παιδιατρική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Νεφρολογική Νοσηλευτική, Εντατική Νοσηλευτική, Καρδιολογική Νοσηλευτική (Δημητριάδου, 2003).

Ο νοσηλευτής σαφώς θα πρέπει να διακατέχεται από "Επαγγελματική Ευθύνη" που είναι το σύνολο των επαγγελματικών δραστηριοτήτων για τις οποίες ο νοσηλευτής φέρει ηθική ευθύνη όπως αυτή εννοείται από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας ή/και νομική ευθύνη όπως αυτή θεωρείται από την κείμενη νομοθεσία. Περιλαμβάνει τη δικαιοδοσία λήψης απόφασης και την ικανότητα να ορίσει, να ερμηνεύσει και να μετρήσει το αποτέλεσμα της απόφασής του.

Ο Νοσηλευτής είναι το πρόσωπο που έχει ολοκληρώσει επιτυχώς ένα πρόγραμμα βασικής, γενικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση και έχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από την αρμόδια κρατική υπηρεσία, για να ασκεί τη νοσηλευτική στη χώρα του. Βασική νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ένα αναγνωρισμένο πρόγραμμα σπουδών από το κράτος και αποτελεί προϋπόθεση και για τη μεταβασική νοσηλευτική εκπαίδευση, για νοσηλευτική ειδικότητα ή για μεταπτυχιακή νοσηλευτική άσκηση.

Ο Νοσηλευτής είναι προετοιμασμένος και εξουσιοδοτημένος:

- 1) να υπηρετεί τον γενικό σκοπό της νοσηλευτικής άσκησης, συμβάλλοντας στην προαγωγή της υγείας, πρόληψη της ασθένειας και φροντίδα του σωματικά και ψυχικά αρρώστου, καθώς και των υγιών ατόμων όλων των ηλικιών,
- 2) να διδάσκει φροντίδα υγείας,
- 3) να συμμετέχει σαν ισότιμο μέλος στην ομάδα υγείας,
- 4) να επιβλέπει τους βοηθούς νοσηλείας,
- 5) να οργανώνει και να συμμετέχει σε νοσηλευτική έρευνα (Δημητριάδου, 2003).

Οι Wunderlich, Sloan and Davis (1996) σημειώνουν ότι οι νοσηλευτές διαμορφώνουν τον διάμεσο μεταξύ του ασθενούς και του νοσοκομείου και είναι οι πρώτοι που αναζητούνται για να ικανοποιήσουν τις αυξημένες προσδοκίες των ασθενών, του περιβάλλοντος τους, αλλά και των άλλων παραγόντων του συστήματος υγείας και εισπράττουν τις απογοητεύσεις όταν δεν ικανοποιούνται αυτές οι προσδοκίες, όντας 24 ώρες το εικοσιτετράωρο κοντά στον ασθενή. Τέλος η Henderson (1989) ορίζει ότι *"...το μοναδικό έργο της νοσηλεύτριας είναι η βοήθεια του ατόμου, αρρώστου ή υγιούς, στην εκτέλεση δραστηριοτήτων που συντελούν στην υγεία ή την ανάρρωση και που θα εκτελούσε το άτομο χωρίς βοήθεια, αν είχε την απαιτούμενη δύναμη ή γνώση"*.

Εφόσον η σχέση νοσηλευτή - αρρώστου βασίζεται στην πίστη του αρρώστου ότι ο ίδιος είναι άρρωστος, είναι απαραίτητο να αναλυθεί πρώτα για το τι είναι ασθένεια. Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να διακρίνουμε τη διαφορά ανάμεσα στην υποκειμενική και αντικειμενική περιγραφή της αρρώστιας, η οποία στην αγγλική γλώσσα αποδίδεται με τους όρους illness και disease (BeStrong, 2014).

Έτσι ενώ ο όρος αρρώστια (disease) σημαίνει "νοσηρή κατάσταση του σώματος" και αναφέρεται στην κατάσταση εκείνη, η οποία μπορεί να προσδιοριστεί με αντικειμενικά κριτήρια, ο όρος ασθένεια (illness) αναφέρεται σε μια "μη υγιεινή κατάσταση του σώματος" και περιλαμβάνει μια υποκειμενική προσέγγιση της δυσφορίας (feeling unwell) του ατόμου. Επιπρόσθετα, ο όρος sickness αναφέρεται στο κοινωνικό προσδιοριστικό στοιχείο της ασθένειας, προκειμένου να δηλωθεί η ικανότητα ή ανεπάρκεια του ατόμου, όσον αφορά την ανταπόκριση των κοινωνικών

υποχρεώσεων του. Σύμφωνα με τον Denton, ο βασιζόμενος στην κλινική παρατήρηση και στα επαγγέλματα υγείας ορισμός της αρρώστιας, αναφέρεται ως αντικειμενικός (objective) ενώ ο βασιζόμενος στους ασθενείς (άτομα), ως υποκειμενικός (subjective). Συχνά οι δυο αυτοί ορισμοί αλληλοκαλύπτονται. Έτσι αρκετά άτομα, τα οποία χαρακτηρίζονται ως άρρωστοι από ιατρικής πλευράς, δε θεωρούν τους εαυτούς τους ασθενείς, αλλά και το αντίθετο (BeStrong, 2014).

Η ασθένεια (illness) δεν είναι μια απλή κατάσταση των ατόμων αλλά μια κοινωνική διαδικασία συνοδευόμενη από ένα ειδικό τύπο συμπεριφοράς, γνωστής ως συμπεριφορά ασθένειας (illnessbehaviour). Έχουν διατυπωθεί αρκετές απόψεις (θεωρίες) σχετικά με αυτή τη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει διάφορα στάδια μέσα από τα οποία περνά ο ασθενής. Σύμφωνα με αυτούς, το άτομο, μετά την παρατήρηση των συμπτωμάτων της ασθένειας του, αποδέχεται τον ρόλο του ασθενούς (sickrole) βλέποντας τους κοινωνικούς του ρόλους να περιορίζονται, αναζητά βοήθεια από το γιατρό και τελικά ενδύεται τον ρόλο του αρρώστου (patient) (BeStrong, 2014).

1.2 Ιστορική Ανασκόπηση του όρου Νοσηλευτή

Το 1899 ιδρύεται το Διεθνές συμβούλιο των Νοσηλευτών, κατά το ίδιο έτος παρέχεται πανεπιστημιακή εκπαίδευση στο TeachersCollege του ColumbiaUniversity της Νέας Υόρκης. Νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά εκδίδονται. Η νοσηλευτική ανεξαρτητοποιείται σαν αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση, νοσηλευτές/τριες συμμετέχουν σε επιτροπές λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, ενώ η νοσηλευτική έρευνα εξελίσσεται. Αναπτύσσονται νέες θεωρίες, όπως της VirginiaHenderson, της Abdallah, της Orem, της Peplau, της Travelbee, της King, της Wiedenbaeh, της Roy, της Levine, της Rogers, ενώ ιδρύονται πολλές σχολές διαφόρων επιπέδων σε πολλές χώρες του κόσμου.

Η ελληνική Νοσηλευτική δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την παγκόσμια ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης, το 1453, η οργανωμένη Νοσηλευτική

σταματά να αναπτύσσεται και αφήνεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Κατά την πολιορκία της Θεσσαλονίκης από τους Τούρκους οι γυναίκες προσέφεραν νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αργότερα, και καθ' όλη τη διάρκεια της Τουρκοκρατίας, τα μοναστήρια αποτέλεσαν κέντρα κοινωνικής πρόνοιας και νοσηλευτικής περίθαλψης. Μετά την απελευθέρωση η υγειονομική κατάσταση της χώρας ήταν άθλια.

Το 1835 ιδρύεται η Ιατρική Εταιρία Αθηνών και το 1837 η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Το πρώτο Νοσοκομείο των Αθηνών ήταν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο «Μακρυγιάννη» (1836) και το πολιτικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς» (1836). Η πρώτη προσπάθεια εκπαίδευσης και κατάρτισης Νοσοκόμων έγινε από τη Βασίλισσα Όλγα το 1875 με την ίδρυση της πρώτης Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων, της Σχολής του «Ευαγγελισμού», τρίτης παγκοσμίως. Το 1884 ιδρύεται το θεραπευτήριο «Ευαγγελισμός» σκοπός του οποίου ήταν «... η κατά τους κανόνες της επιστήμης μόρφωσις νοσοκόμων γυναικών». Η φοίτηση στη σχολή είχε, αρχικά, διάρκεια 2 ετών και αργότερα έγινε τριετής. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Σχολής είχε αντίκτυπο στη Νοσηλευτική Υπηρεσία του θεραπευτηρίου και στην παρεχόμενη νοσηλεία των ασθενών. Διοργανώνονται επιμορφωτικά μαθήματα, σεμινάρια και ειδικά συμπόσια. Απόφοιτοι της Σχολής μετεκπαιδεύονται στο εξωτερικό όπως και «Διπλωματούχες Αδελφές» άλλων χωρών επισκέπτονται τον Ευαγγελισμό και ενημερώνονται για την ελληνική Νοσηλευτική. Εργάζονται σκληρά με κόπο, πόνο, ιδρώτα και ηρωισμό και κατά τους Βαλκανικούς πολέμους (1912-1913) και κατά τον πόλεμο του '40-'41, όπως επίσης σε επιδημίες γρίπης (1918) και δάγγειου πυρετού (1928) (Κουρκουτά, 2001).

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι η ίδρυση αυτής της σχολής ήταν ορόσημο για την ελληνική Νοσηλευτική. Δεύτερο εξίσου σημαντικό βήμα ήταν η ίδρυση του «Συνδέσμου Ελληνίδων Νοσοκόμων» το 1923, σκοπός του οποίου ήταν:

- 1) η πρόοδος της Νοσηλείας,
- 2) η αμοιβαία βοήθεια των μελών αυτού και
- 3) η προαγωγή των συμφερόντων του επαγγέλματος της νοσηλείας.

Το 1929 ο Σύνδεσμος γίνεται δεκτός στο Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών. Το 1930 αλλάζει ο τίτλος του σε «Εθνικό Σύνδεσμο

Διπλωματούχων Ελληνίδων Νοσοκόμων» και το 1988 σε «Εθνικό Σύνδεσμο Διπλωματούχων Νοσηλευτών-τριών Ελλάδας» (ΕΣΔΝΕ). Στη χρονική ακολουθία και κατά το έτος 1924, ιδρύεται η Σχολή Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, η πρώτη στην Ελλάδα, με τριετές πρόγραμμα εκπαίδευσης από την ίδρυσή της, ενώ κατά το 1935 ιδρύεται το πρώτο Κέντρο Υγείας, στην Αθήνα. Το Μάιο του 1948 ιδρύεται το τμήμα Νοσοκόμων στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν υπεύθυνο για τη Νοσηλευτική εκπαίδευση, την τήρηση Μητρώου Νοσηλευτών και για όλα τα θέματα που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος. Ιδρύονται πολλές νοσηλευτικές σχολές στα νοσοκομεία και απαιτείται απολυτήριο τριτάξιου Γυμνασίου για την εισαγωγή στις σχολές. Ενδεικτικά αναφέρονται οι: Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. «Σοφία Σλήμαν» του Περ. Γεν. Νοσ. Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Γεν. Νοσ. Παίδων Πεντέλης, Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. Περ. Γεν. Νοσ. Αττικής ΚΑΤ και άλλες, οι οποίες ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας. Η εκπαίδευση διευρύνεται το 1960 με θέματα κοινωνικών επιστημών, Μεθόδων Διοίκησης και διδασκαλίας, Νομοθεσίας, Δημόσιας Υγιεινής, Παιδιατρικής και Ψυχιατρικής. Η Ελλάδα ήταν η πρώτη Ευρωπαϊκή χώρα που εφάρμοσε γενικευμένο νοσηλευτικό πρόγραμμα, όπως η Αμερική και ο Καναδάς πολλά χρόνια πριν.

1.3 Ιστορική Ανασκόπηση Της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Σύμφωνα με τις ιστορικές πηγές, σε ετυμολογικό επίπεδο όροι που συνδέονται με την νοσηλευτική φροντίδα υπάρχουν από την εποχή των κλασικών ελληνικών χρόνων. Όπως αναφέρει ο Ρηγάτος(2006), ο όρος νοσηλεύω χρησιμοποιείται από την εποχή των κλασικών χρόνων, ενώ παράλληλα χρησιμοποιείται και ο όρος νοσοτρόφος (Πολιτεία του Πλάτωνα). Αργότερα και σύμφωνα με τον Δημητράκο (1964), στην πρώιμη Βυζαντινή περίοδο χρησιμοποιείται ο όρος πτωχοτρόφος, ο όρος νοσοκομώ και νοσοκόμος. Στην νεότερη Ελλάδα σύμφωνα με τον Ρηγάτο (2006), για πρώτη φορά χρησιμοποιείται σε ελληνικά κείμενα ο όρος νοσηλευτής στην εφημερίδα με τίτλο "Εφημερίς".

Εκτός από την ετυμολογική εξέλιξη του όρου "νοσηλευτής" στο χρόνο (νοσοτρόφος, πτωχοτρόφος, νοσοκόμος, νοσηλευτής), καταγράφονται και

ιστορικές μαρτυρίες/γεγονότα που σχετίζονται με τα ζητήματα πρακτικής εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας. Έτσι, περί το 1500 π.Χ. στην Ινδία υπάρχουν κείμενα Ινδών στοχαστών (σαμίτα) στα οποία περιγράφονται όλες οι απαιτούμενες γνώσεις και καθήκοντα που θα έπρεπε να έχει ένας νοσηλευτής της εποχής αυτής.

Όπως αναφέρει ο Ρηγάτος (2006), από τα βασικότερα καθήκοντα των Ινδών νοσηλευτών ήταν :

- η κατά περίπτωση ρύθμιση της διατροφής των ασθενών
- υγιεινή μαγειρική
- λουτρό στους ασθενείς
- κατάλληλες εντριβές και μαλάξεις κατά πάθηση
- υποστήριξη και κινητοποίηση των ασθενών
- παρασκευή των απαραίτητων φαρμάκων.

Στην Αρχαία Αίγυπτο την ίδια περίοδο, όπως αναφέρει ο Spitzer (2006), ορίζονταν γυναίκες βοηθοί για τις γέννες, αντίστοιχο των σημερινών μαιών. Ιδιαίτερα στη Βυζαντινή περίοδο η νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται να αποτελεί μέρος της υγειονομικής φροντίδας των πολιτών, πέραν και της νοσοκομειακής φροντίδας. Έτσι για παράδειγμα, στην πρώιμη βυζαντινή περίοδο (2^ο μέχρι και 7^ο μ.Χ. αιώνα) μεταξύ των καθηκόντων του νοσοκόμου ήταν η περισυλλογή ασθενών και ανήμπορων από τους δρόμους και η εισαγωγή τους σε κάποιο πτωχοκομείο, η φροντίδα των πληγών, η σίπισή τους, η χορήγηση φαρμάκων. Παράλληλα οι "Παραβολάνοι", μια άλλη ομάδα νοσοκόμων ήταν εξειδικευμένοι στη προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας στους μολυσματικούς ασθενείς και υποχρεωμένοι να αναλαμβάνουν την ταφή εκείνων που πέθαιναν από λοιμώδη νοσήματα (Donahue, 1996).

Στην ώριμη Βυζαντινή περίοδο (7^ο -14^ο μ.Χ. αιώνα), σύμφωνα με τον Miller (1998), ο ρόλος του νοσοκόμου γίνεται ακόμα σημαντικότερος, με την ανάπτυξη πλέον οργανωμένων νοσοκομείων, ιδιαίτερα στην Κωνσταντινούπολη. Έτσι, υπήρχαν διοικητικές διαβαθμίσεις στο νοσοκομειακό προσωπικό, ενώ ένας από τα μέλη του νοσοκομειακού προσωπικού στο βυζαντινό νοσοκομείο ήταν μέλος του διμελούς διοικητικού συμβουλίου, έφερε τον τίτλο του νοσοκόμου και ήταν υπεύθυνος συνολικά για τη διοίκηση των νοσοκόμων και τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών

(δηλαδή κάτι παρόμοιο με τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων σήμερα).

Αντίστοιχα στη Μεσαιωνική Δύση και σύμφωνα με την βιβλιογραφία (Ρηγάτος, 2006), ο Walsh, το 1929 στο έργο του "TheHistoryofNursing", αναφέρει ότι νοσηλευτικές υπηρεσίες παρείχαν αποκλειστικά σε εθελοντική μορφή μοναχές, και οι σύζυγοι των φεουδαρχών που ήταν υποχρεωμένες να περιθάλπουν ακόμη και τους ξένους ή περαστικούς που περνούσαν από τα όρια του φέουδου τους. Στα βασικά καθήκοντα των εθελοντών νοσηλευτών περιλαμβάνονταν η παροχή νοσηλευτικής ιατρικής φροντίδας, η χορήγηση βοτάνων, η φροντίδα της υγιεινής του σώματος των αρρώστων, η ρύθμιση της διατροφή τους και η σίτισή τους. Μάλιστα αναφέρεται ότι στα καθήκοντα των Αυγουστινιανών μοναχών, στη Γαλλία, εκτός των άλλων περιλαμβάνονταν η υποχρέωση του πλουσίματος των ρούχων των ασθενών στο Σηκουάνα ποταμό και η ταφή όσων πέθαιναν στη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Στα μέσα του 19ου αιώνα, συμβαίνει μια ιδιαίτερα σημαντική μεταβολή στο χώρο της νοσηλευτικής φροντίδας, αφού σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Κυμήνα&Τσαλαπατάνη, 2006, Μπαμπάτσικου 2009, Ρηγάτος 2006) ξεκινά η διαδικασία μετάβασης της λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας από την εθελοντική στην επαγγελματική βάση. Σ' αυτή τη διαδικασία τον πρώτο λόγο έχει η FlorenceNightingale. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία η FlorenceNightingale ίδρυσε την πρώτη Σχολή Νοσοκόμων στο Βασιλικό Νοσοκομείο του Αγ. Θωμά στο Λονδίνο το 1860 για την πρακτική εκπαίδευση των σπουδαστριών της νοσηλευτικής. Η διαδικασία αυτή, πρωτοπόρα για την εποχή, έδωσε στις νοσηλεύτριες, μέσα από την ενιαία εκπαίδευση, τη δυνατότητα να αρχίσει να παράγεται νοσηλευτικό έργο ενιαίο, ομοιόμορφο, που στηριζόταν στις ίδιες αρχές και διασφάλιζε τον ίδιο βαθμό ποιότητας σε όποιο χώρο νοσηλείας και εάν ασκείτο. Όπως σημειώνεται (Δρούμπαλης,2010), αυτή ήταν μια από τις βασικές προϋποθέσεις για την μετάβαση της νοσηλευτικής τέχνης από το εθελοντικό στο επαγγελματικό επίπεδο. Οι απόφοιτες της Σχολής της έγιναν περιζήτητες σε νοσοκομεία όλου του κόσμου και ίδρυσαν Σχολές Νοσοκόμων ανοίγοντας έτσι τον δρόμο για ένα από τα πρώτα γυναικεία επαγγέλματα.

Το 1899 όπως σημειώνει ο Spitzer (2006), ιδρύεται το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσοκόμων, και το ίδιο έτος ξεκινά η εκπαίδευση των

νοσηλευτών σε πανεπιστημιακό επίπεδο στο TeachersCollege του ColumbiaUniversity της Νέας Υόρκης. Νοσηλευτικά βιβλία και περιοδικά εκδίδονται. Η νοσηλευτική ανεξαρτητοποιείται σαν αυτόνομο επάγγελμα με επιστημονική βάση, νοσηλευτές/τριες συμμετέχουν σε επιτροπές λήψης αποφάσεων για θέματα υγείας, ενώ η νοσηλευτική έρευνα εξελίσσεται.

Στη βάση των παραπάνω, τα τρία σημαντικότερα γεγονότα σε διεθνές επίπεδο, που σηματοδότησαν τη μετάβαση της άσκησης της νοσηλευτικής από το εθελοντικό στο επαγγελματικό επίπεδο είναι τα παρακάτω :

- Ίδρυση και λειτουργία της πρώτης Επαγγελματικής Σχολής Νοσοκόμων στο νοσοκομείο "St. Thomas" του Λονδίνου από τη FlorenceNightingale
- 1864 Ίδρυση του Ερυθρού Σταυρού, από τον Ερρίκο Ντυνάν, στη Γενεύη
- 1899 Ίδρυση της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Νοσοκόμων (InternationalCouncilofNurses, ICN)

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η έννοια της φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Το κάθε άτομο διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για τη φροντίδα ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο, στο οποίο μεγαλώνει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και με το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει.

Οι μελέτες της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας άρχισαν το 1970 και συνεχίζονται έως τώρα. Μεγάλος αριθμός ερευνών που είχαν διεξαχθεί τη δεκαετία εκείνη βασιζόταν κυρίως στη μεθοδολογία Q, με κύρια εμπνευστή τη Larson (Larson, 1987). Σχεδόν όλες οι μελέτες στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η πιο πάνω μεθοδολογία κατέληξαν σε πανομοιότυπα ευρήματα, σε ανομοιομορφία απόψεων μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών όσον αφορά στις συμπεριφορές, οι οποίες εμπνέουν τον ασθενή στην αίσθηση της φροντίδας. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν τις σχέσεις εμπιστοσύνης και τις συμπεριφορές προαγωγής της άνεσης του ασθενούς ως τις πλέον σημαντικές, ενώ οι ασθενείς αξιολογούσαν ως σημαντικότερα για εκείνους άλλα στοιχεία, όπως την προσιότητα και την παρακολούθηση (VonEssen, 1991).

Αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980, νέα εργαλεία/ερωτηματολόγια αναπτύχθηκαν για μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως το CaringBehaviorsInventory (CBI), CaringBehaviorAssessment (CBA) και CaringDimensionsInventory (CDI) (Wolf, 1998). Παρά την ύπαρξη πληθώρας

εργαλείων περιγραφής της νοσηλευτικής φροντίδας και την εξέλιξη της ερευνητικής μεθοδολογίας, τα αποτελέσματα των ερευνών παραμένουν σταθερά αφού η διαφορά των απόψεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών παρουσιάζεται ίδια με τις προηγούμενες δεκαετίες (Mullinset.al., 1996).

Εκτός από τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας ως γενικό όρο, αναπτύχθηκε μια νέα τάση αξιολόγησης της φροντίδας με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Το εργαλείο μέτρησης της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιείται συχνά από τους ερευνητές είναι το IndividualizedCareScale (ICS) Αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι η εξατομικευμένη φροντίδα έχει ιδιαίτερη σημασία για τον ασθενή (Suhonenet.al,2008).

Ταυτόχρονα, οι έρευνες έχουν καταδείξει ότι ενώ η εξατομίκευση παρέχεται μέσω συμπεριφορών ή πράξεων, διάφοροι παράγοντες παρεμποδίζουν την ομαλή παροχή της. Για παράδειγμα, υποστηρίζεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η μονάδα νοσηλείας, τόσο μικρότερες πιθανότητες έχει ο ασθενής να λάβει εξατομικευμένη φροντίδα (Shullanbergeret.al, 2000).Επιπλέον, από πλευράς των νοσηλευτών, η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται να μην αποτελεί σημαντικό τμήμα της καθημερινής τους ενασχόλησης με τους ασθενείς (Waterset.al, 1999).

Η "φροντίδα" αφορά όμως και όλες τις δραστηριότητες και τις ανάγκες ενός ατόμου, την ικανοποίηση των οποίων αναλαμβάνουν ανάλογα με την περίπτωση οι επαγγελματίες νοσηλευτές. Από τον συνδυασμό των τεσσάρων εννοιών, "υγεία"- "άτομο"- "περιβάλλον"- "φροντίδα", η νοσηλευτική φροντίδα προσδιορίζεται ως η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή διάδραση με το περιβάλλον του (Fawcett,1996). Σύμφωνα με την Leininger η νοσηλευτική φροντίδα ως φαινόμενο βιώνεται σε όλους τους πολιτισμούς ενώ υπάρχουν ειδικά πολιτισμικά πρότυπα φροντίδας. Στο έργο της αναφέρεται ότι υπάρχει στένη σύνδεση μεταξύ φροντίδας, κουλτούρας και κοινωνικών δεσμών (Leininger,1981). Η φροντίδα αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, όμως ο τρόπος και οι διαδικασίες που αυτή εκφράζεται διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό (Leninger,1988).Οι πολιτισμικές διαφορές σε πεπτοιθήσεις, αξίες και δραστηριότητες φροντίδας, αντικατοπτρίζουν διαφορές στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Τέλος, αναφέρει ότι κάθε νοσηλευτική κατάσταση,

περιλαμβάνει ανάγκες και συμπεριφορές φροντίδας, οι οποίες είναι πολιτισμικά καθορισμένες (Leninger, 1997).

Στην έννοια της φροντίδας, λοιπόν, προσδίδονται τα χαρακτηριστικά της αγάπης στην οποία μάλιστα αποδίδουν διπλή ερμηνεία. Αγάπη των επαγγελματιών για την εργασία τους και αγάπη για τον συνάνθρωπό τους ιδιαίτερα για εκείνον που χρειάζεται βοήθεια. Η Λανάρα αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του εκπαιδευόμενου νοσηλευτή όπως αυτά αναφέρονται από την FlorenceNightingale. Ανάμεσα στα άλλα αναφέρεται η αγάπη που πρέπει να διαθέτουν οι επαγγελματίες νοσηλευτές "δια την εργασία" και "ενδιαφέρον μετά αγάπης για τον ασθενή" (Λανάρα, 1977). Η αγάπη ως θεμέλιος δομικός λίθος στην έννοια της φροντίδας ανάγεται στις "ηρωικές αρετές" της Νοσηλευτικής. Ο Νοσηλευτής/τρια κατά την καθημερινή άσκηση του έργου τους χαρακτηρίζεται ως "ήρωας/ηρωίδα", η δε αγάπη προς τον πάσχοντα άνθρωπο είναι το υψηλότερο ιδεώδες, το οποίο κυριαρχεί σε όλη την φιλοσοφία της Νοσηλευτικής. Επιπλέον, η φροντίδα λειτουργεί ως ασπίδα για την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Προωθείται η αυτοφροντίδα, η αυτονομία και ο σεβασμός της προσωπικότητας και των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως οι επαγγελματίες παρέχουν επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις αρρώστιας (Roperet.al,2000).

Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει περαιτέρω, ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι η βασικότερη νοσοκομειακή υπηρεσία η οποία σχετίζεται άμεσα με τη γενική ικανοποίηση του ασθενούς, γεγονός το οποίο υπογραμμίζει τη σημαντικότητα και την έμφαση που δίνουν οι ασθενείς στη φροντίδα την οποία λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό (Wagneret.al, 2009). Τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι για να είναι ευχαριστημένοι οι ασθενείς με τη νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται η αναγνώριση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και της ιδιαιτερότητας των προσωπικών τους αναγκών. (Καλαφάτη et.al, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

2.1 Εισαγωγικά στοιχεία

Οι νοσηλευτές κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού στο τομέα της υγείας. Επιπλέον, κατέχουν την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους πολίτες. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών η επιστήμη της νοσηλευτικής ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα-νοσοκομεία, κέντρα υγείας, σπίτι, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα). Εκτείνεται δηλαδή η νοσηλευτική υπηρεσία από την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και ως τη διενέργεια προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού(Αθανάτου, 2002).

Οι κυριότεροι επιγραμματικά στόχοι της Νοσηλευτικής συνοψίζονται στους εξής:

- Προαγωγή τη ευεξίας
- Πρόληψη της ασθένειας
- Αποκατάσταση της υγείας
- Διευκόλυνση της επιτυχούς αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας.

2.2 Χαρακτηριστικά του νοσηλευτή

Κατά την άσκηση του επαγγέλματος του ένας νοσηλευτής υποχρεούται και καλείται να παρέχει φροντίδα και να διαχειρίζεται ανθρώπους και συνάμα συναισθήματα. Τις υπηρεσίες τούτες για να μπορέσει να ανταπεξέλθει ένας νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι οπλισμένος με γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες αντίστοιχες της θέσης που κατέχει.Στόχος του, λοιπόν, είναι η

παροχή υψηλής στάθμης φροντίδας, αλλά και η ικανοποίηση του από την εργασία(Αθανάτου, 2002).

Οι ηγετικές ικανότητες θεωρούνται απαραίτητο προσόν για τα άτομα που κατέχουν μια διοικητική θέση και επιθυμούν να πραγματώσουν τόσο τις προσωπικές τους φιλοδοξίες, όσο και τους στόχους του οργανισμού στον οποίο τον εργάζονται (Lashingeretal 2003).Επίσης, υπερισχύει η άποψη ότι η αποτελεσματική ηγεσία είναι απαραίτητη ώστε να δώσει στους νοσηλευτές κίνητρα, να αποτρέψει το στρες της δουλειάς και να συμβάλλει στην αίσθηση ικανοποίησης που αποκομίζουν από την εργασία(Lashingeretal 2003).Η εξασφάλιση μιας δυναμικής και αποτελεσματικής ηγεσίας συμβάλλει στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ασφάλειας για τους ασθενείς, αλλά και το προσωπικό.

Αρκετές θεωρίες που έχουν διατυπωθεί με βάση τις ηγετικές ικανότητες, τα χαρακτηριστικά ή τα γνωρίσματα ενός επιτυχημένου ηγέτη και πολλά ηγετικά μοντέλα έχουν ορατά αποτελέσματα στο οργανωσιακό κλίμα και την κουλτούρα στο περιβάλλον εργασίας. Παράγοντες όπως είναι η οργανωσιακή κουλτούρα ή το κλίμα ολόκληρου του οργανισμού, μπορεί να καθορίζουν ή να τροποποιούν τις αποφάσεις του ηγέτη ανάλογα με τις ανάγκες ή τις περιστάσεις, εξαιτίας κάποιου ενδεχόμενου κινδύνου ή ως απάντηση σε μια κρίση. Οι διαφορετικές καταστάσεις ενδεχομένως να απαιτούν από έναν ηγέτη να υιοθετήσει διαφορετικά ηγετικά μοντέλα. Πολλοί μελετητές παρουσιάζουν μια λίστα με κοινά γνωρίσματα και χαρακτηριστικά του ηγέτη ανάμεσα στα οποία είναι η διορατικότητα, το πάθος και οι στόχοι, η δίψα για σκληρή δουλειά, η αυτεπίγνωση, οι αναπτυγμένες δεξιότητες επικοινωνίας, η χαρισματικότητα, η συλλογιστική με συγκέντρωση, η αφοσίωση, η αποφασιστικότητα και ο δυναμισμός, η ευφυΐα, η ακεραιότητα χαρακτήρα και οι κοινωνικές δεξιότητες (Δημητριάδου,2003).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό που πρέπει να χαρακτηρίζει έναν ηγέτη είναι η Συναισθηματική Νοημοσύνη (ΣΝ). Η ΣΝ είναι η ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει τα συναισθήματα που νιώθει ο ίδιος και οι γύρω του και η διαδικασία με την οποία το άτομο αναπτύσσει και εκδηλώνει αυτόματα, συναισθήματα και εκφράσεις, ως απάντηση σε κάποιες. Η ΣΝ είναι προϊόν ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων (Goleman, 2000).

Ο Goleman (1995) περιέγραψε τη ΣΝ ως την ικανότητα να ελέγχει τις αυθόρμητες αντιδράσεις του και τη διάθεση του, να ενθαρρύνεται μπροστά σε μια κρίσιμη κατάσταση και να κατανοεί τους γύρω του.

Η ΣΝ διαφέρει από το δείκτη νοημοσύνης (IQ) και την προσωπικότητα. Το IQ υποδεικνύει την ικανότητα κάποιου να μαθαίνει ή αλλιώς την πνευματική του ικανότητα. Αποτελεί ένα σταθερό δείκτη όσο περνάει ο χρόνος και δεν αλλάζει ανάλογα με την ηλικία του ατόμου. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επίσης, μπορεί να αφορούν στην τάση κάποιου ατόμου να είναι εξωστρεφής ή εσωστρεφής, ή την προτίμηση του να κάνει επιλογές με βάση το ένστικτο, το συναίσθημα, την κρίση ή τις αισθήσεις του. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αναπτύσσονται στην παιδική ηλικία και συνήθως παραμένουν σταθερά όσο περνάει ο χρόνος. Το IQ, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η ΣΝ είναι διακριτά στοιχεία και σε συνδυασμό καθορίζουν τον τρόπο που κάποιος σκέπτεται και πράττει. Κάποια άτομα για παράδειγμα μπορεί να είναι ευφυή, αλλά μπορεί να μη διαθέτουν ΣΝ.

Από τα τρία παραπάνω γνωρίσματα, η ΣΝ αποτελεί τη μόνη ιδιότητα που είναι ευέλικτη και δεκτική αλλαγής, μέσω της εκπαίδευσης και της συμβουλευτικής. Η μελέτη της ΣΝ είναι σημαντική γιατί μας παρέχει ένα πλαίσιο κατανόησης των τρόπων μέσα από τους οποίους οι συμπεριφορές ενός αρχηγού/ηγέτη συμβάλλουν στη δημιουργία θετικού κλίματος εργασίας, ακόμα και στο πλαίσιο των πιο έντονων συναισθηματικά καταστάσεων. Είναι ξεκάθαρο, πως οι οργανισμοί παροχής υγείας αποτελούν περιβάλλοντα έντονων συναισθηματικών καταστάσεων στα οποία, όπως είναι αναμενόμενο, απαιτείται η κατάλληλη επαγγελματική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τους Bradberry και Greaves (2005), η ΣΝ συγκροτείται από δύο καίρια στοιχεία:

- α) την ικανότητα να καταλαβαίνει και να διαχειρίζεται κάποιος τον εαυτό του (αυτεπίγνωση και αυτοδιαχείριση) και
- β) την ικανότητα να καταλαβαίνει και να μπορεί να ταυτιστεί με αλλότριες καταστάσεις (κοινωνική επίγνωση και διαχείριση σχέσεων).

Η έλλειψη της ΣΝ μπορεί να «εκτροχιάσει» την καριέρα ακόμα και του πιο έμπειρου προϊστάμενου νοσηλευτή. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής που διακρίνεται από έντονη ΣΝ μπορεί να πάρει αποφάσεις που συνάδουν με

κάποια ιδέα ή στόχο αντί να αφήσει τα συναισθήματα του να επηρεάσουν καθοριστικά τις αποφάσεις του. Το θέμα της ΣΝ, ή της ατομικής και κοινωνικής ικανότητας, είναι σημαντικό να το γνωρίζουν οι προϊστάμενοι νοσηλευτές γιατί η ηγεσία, το αρχηγικό στυλ και η διαχείριση των σχέσεων αποτελούν μερικούς από τους πιο σημαντικούς δείκτες ικανοποίησης που αποκομίζει κανείς από τη δουλειά του (Ingersolletal 2002).

Ο αρχηγός δίνει το ρυθμό, την κουλτούρα και το κλίμα στην ομάδα, στο τμήμα ή στον οργανισμό. Όταν ο οργανισμός έχει έναν αρχηγό/ηγέτη με ελάχιστες δεξιότητες ΣΝ, αυτό μπορεί να οδηγήσει στην καλλιέργεια ενός κλίματος φόβου, ανταλλαγής ευθυνών, μη ικανοποίησης και έλλειψης κοινωνικής υγείας. Αυτό οδηγεί στη μείωση της αίσθησης ικανοποίησης από την εργασία και αφοσίωσης στον οργανισμό, καθώς και της διάθεσης των υπαλλήλων να παραμείνουν σε αυτόν. Η έλλειψη ΣΝ μπορεί, επίσης να επηρεάσει την προσωπική υγεία και την ποιότητα ζωής του προϊστάμενου νοσηλευτή που διαχειρίζεται με δυσκολία συγκρούσεις και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις στο χώρο εργασίας. Όσοι έχουν χαμηλή ΣΝ έχουν διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν άγχος, στρες, θυμό και σύγχυση όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με ιδιαίτερα στρεσογόνες καταστάσεις (Goleman, 2000) .

Η ΣΝ αποτελεί απαραίτητο προσόν για όλους τους νοσηλευτές και όχι μόνο για τους προϊστάμενους. Στην καθημερινή κλινική πρακτική, ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Στην προσπάθεια συλλογής πληροφοριών και κατά την ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειας του απαιτείται η γνώση και εφαρμογή διαπροσωπικών δεξιοτήτων. Με τη βοήθεια αυτών ο νοσηλευτής μπορεί να δημιουργήσει κλίμα εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής και η οικογένεια να εκφράσουν τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες τους. Η άσκηση της νοσηλευτικής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη συναισθηματική εργασία και η συναισθηματική εργασία περιλαμβάνει πτυχές της ΣΝ. Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας βελτιώνεται όταν ο νοσηλευτής μπορεί και συνεργάζεται με τον ασθενή.

Οι νοσηλευτές σήμερα, αποτελούν την καρδιά του συστήματος φροντίδας υγείας. Θεωρείται ότι τα άτομα με υψηλή ΣΝ έχουν πιο υγιή, πιο ευτυχισμένη και πιο παραγωγική επαγγελματική ζωή. Η ΣΝ φαίνεται να οδηγεί σε πιο θετικές στάσεις, μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα και βελτιωμένες

σχέσεις. Η ΣΝ μπορεί να συμβάλλει στη ανάπτυξη και την ολοκλήρωση της επαγγελματικής ταυτότητας. Διεγείρει την αναζήτηση και τη βαθύτερη αντίληψη του νοσηλευτή για την εργασία που επιτελεί. Επιπλέον, συμβάλλει στη συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη των ατόμων. Η ΣΝ αποτελεί απαραίτητο εφόδιο για την άσκηση της νοσηλευτικής σε όλες τις βαθμίδες της ιεραρχίας. Η δημιουργία-διαμόρφωση νοσηλευτών με υψηλή ΣΝ θα βοηθήσει στη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και στην ικανοποίηση των χρηστώνυγείας (Goleman, 2000).

2.3 Αρμοδιότητες του νοσηλευτή

Όπως έχει αναφερθεί το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ένα επάγγελμα με μεγάλη ευθύνη, αφού συνδέεται με τη φροντίδα του ανθρώπου. Έτσι εκτός από τις βασικές γνώσεις και δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής, υπάρχουν κι οι αρμοδιότητες.

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή καθορίζονται με βάση το Υπουργείο Υγείας κι έτσι σύμφωνα με **ΦΕΚ Β 172/05.04.1968** οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των νοσηλευτών είναι τα εξής:

1. Η Νοσηλευτική κατ' οίκον επίσκεψη που περιλαμβάνει:
 - * Την εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας.
 - * Τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.
 - * Τη διενέργεια κλινικής εξέτασης (επισκόπηση, ακρόαση, ψηλάφηση)
 - * Τη νοσηλευτική διάγνωση, σύμφωνα με την ισχύουσα διεθνή ταξινόμηση και τα ισχύοντα νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
 - * Το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.
2. Η λήψη ΗΚΓ.
3. Η πρόληψη επιπλοκών χρόνιου κλινοστατισμού με μηχανικά μέσα και με εφαρμογή ασκήσεων.
4. Η περιποίηση και θεραπεία κατακλίσεων.
5. Η περιποίηση στομίας: γαστροστομία, ειλεοστομία, νηστιδοστομία, κολοστομία και εκπαίδευση του ασθενή.

6. Ο καθετηριασμός περιφερικών αγγείων.
7. Ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.
8. Η λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και διασταύρωση ομάδας αίματος.
9. Η εξέταση αίματος και ούρων για σάκχαρο και οξόνη με χρήση stick.
10. Η μέτρηση, καταγραφή, αξιολόγηση των Ζωτικών Σημείων.
11. Η μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσεως.
12. Η μέτρηση και αξιολόγηση κορεσμού οξυγόνου.
13. Η εφαρμογή κλασσικών θεραπειών πόνου, σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
14. Η λήψη βιολογικών υλικών για διαγνωστικούς σκοπούς.
15. Η βρογχική παροχέτευση.
16. Η ρινοτραχειακή αναρρόφηση με καθετήρα.
17. Η αντιμετώπιση των μεταβολών της θερμοκρασίας του σώματος.
18. Η περιποίηση τραυμάτων και χειρουργικών τομών.
19. Η κοπή ραμμάτων.
20. Η εκτέλεση δοκιμασιών (ή τεστ) δερμοαντιδράσεων και χορήγηση αντιτετανικού ορού.
21. Η επίδειξη και/ή αξιολόγηση σε έναν ασθενή της χρήσης σπρέι, νεφελοποιητή, δοσομετρική συσκευή εισπνοής ή συσκευή IPPB.
22. Η περιποίηση τραχειόστομου-ενδοτραχειακού σωλήνα-βρογχοαναρρόφηση και εφαρμογή πρωτοκόλλων για αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων.
23. Η χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
24. Η χορήγηση θρομβολυτικών σκευασμάτων σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
25. Η χορήγηση τοπικής αναισθησίας σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
26. Ο καθετηριασμός φλεβικών γραμμών.
27. Η χορήγηση οξυγόνου.
28. Η χορήγηση εντερικής και παρεντερικής διατροφής.
29. Οι πλύσεις ουροδόχου κύστης, οφθαλμών, και συριγγίων.
30. Καθήκοντα σχολικού νοσηλευτή - τριας όπου προ-βλέπεται.
31. Ο σχεδιασμός και λήψη μέτρων ασφαλείας για αποφυγή ατυχημάτων.

32. Η συμβουλευτική υποστήριξη ατόμου με ψυχική διαταραχή και της οικογένειάς του, από τους νοσηλευτές-τριες κατόχους ειδικότητας Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας.

2. Αρμοδιότητες και καθήκοντα με άμεση ευθύνη του Νοσηλευτή-τριας στο νοσοκομείο.

1. Η εφαρμογή νοσηλευτικής διεργασίας.
2. Η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού.
3. Η διενέργεια κλινικής εξέτασης (επισκόπηση, ακρόαση, ψηλάφηση).
4. Η νοσηλευτική διάγνωση, σύμφωνα με την ισχύουσα διεθνή ταξινόμηση και τα ισχύοντα νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
5. Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.
6. Η συμμετοχή στη διαλογή ασθενών (triage) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ).
7. Η πρόληψη και έλεγχος των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων.
8. Η παροχή ανακουφιστικής-παρηγορητικής φροντίδας.
9. Η εκπαίδευση ασθενούς για αυτοφροντίδα και εκπαίδευση οικογενειακών μελών για την συνέχιση φροντίδας του ασθενούς στο σπίτι, τη συμμόρφωση με τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τις επιπλοκές των νόσων, την αντιμετώπιση και φροντίδα αυτών.
10. Η ενημέρωση και εκπαίδευση της οικογένειας σε δικαιώματα, υποχρεώσεις και διαθέσιμες υπηρεσίες που αφορούν στον ασθενή.
11. Η εφαρμογή τεχνικών αποκλιμάκωσης της έντασης και διαχείρισης της ψυχοκινητικής διέγερσης.
12. Η προετοιμασία του ασθενή για την Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ) και Συμμετοχή στην εφαρμογή της.
13. Η απομόνωση, διαχείριση και δήλωση κρουσμάτων λοιμωδών – μεταδοτικών νοσημάτων και οιαδήποτε επικίνδυνου παράγοντα για τη δημόσια υγεία.
14. Η αξιολόγηση – αντιμετώπιση αναγκών υγείας ατόμων και παραπομπή σε ειδικούς μέσω συστημάτων τηλε-υγείας.
15. Η λήψη ΗΚΓ.
16. Η πρόληψη επιπλοκών χρόνιου κλινοστατισμού με μηχανικά μέσα και με εφαρμογή ασκήσεων.

17. Η περιποίηση και θεραπεία κατακλίσεων.
18. Η περιποίηση στομίας: γαστροστομία, ειλεοστομία, νησιδοστομία, κολοστομία και εκπαίδευση του ασθενή.
19. Ο καθετηριασμός περιφερικών αγγείων και παρακέντηση Fistula από τους νοσηλευτές που εργάζονται στις Μονάδες Αιμοκάθαρσης μετά από σχετική εκπαίδευση.
20. Ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστης.
21. Η διασταύρωση ομάδας αίματος από τους νοσηλευτές που υπηρετούν στα τμήματα αιμοδοσίας.
22. Η εξέταση αίματος και ούρων για σάκχαρο και οξόνη με χρήση stick.
23. Η μέτρηση, καταγραφή, αξιολόγηση των ζωτικών σημείων.
24. Η μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσεως.
25. Η μέτρηση και αξιολόγηση κορεσμού οξυγόνου.
26. Η εφαρμογή κλασικών θεραπειών πόνου, σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
27. Η βρογχική παροχέτευση.
28. Η ρινοτραχειακή αναρρόφηση με καθετήρα.
29. Η αντιμετώπιση των μεταβολών της θερμοκρασίας του σώματος.
30. Η περιποίηση τραυμάτων και χειρουργικών τομών.
31. Η κοπή ραμμάτων.
32. Η εκτέλεση δοκιμασιών (ή τεστ) δερμοαντιδράσεων, και η χορήγηση αντιτετανικού ορού.
33. Η επίδειξη και/ή αξιολόγηση σε έναν ασθενή της χρήσης σπρέι, νεφελοποιητή, δοσομετρική συσκευή εισπνοής ή συσκευή IPPB.
34. Η εκπαίδευση του ψυχικά ασθενή και της οικογένειάς του στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία.
35. Η ΚΑΡΠΑ, η ηλεκτρική ανάταξη, η αντιμετώπιση καταστάσεων shock, και η εφαρμογή πρωτοκόλλων για αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων.
36. Η παραπομπή για απλές διαγνωστικές εξετάσεις από τους νοσηλευτές που εργάζονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και εξωτερικών ιατρείων βάσει θεραπευτικών νοσηλευτικών πρωτοκόλλων ή κατόπιν ιατρικής υπόδειξης.

37. Η περιποίηση τραχειόστομου – ενδοτραχειακού σωλήνα – βρογχοαναρρόφηση και εφαρμογή πρωτοκόλλων για αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων.

38. Η συμβουλευτική υποστήριξη ατόμου με ψυχική διαταραχή και της οικογένειάς του, από τους νοσηλευτές-τριες κατόχους ειδικότητας Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας.

3. Αρμοδιότητες και καθήκοντα Νοσηλευτών-τριών κατόπιν ιατρικής γνωμάτευσης.

1. Η χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
2. Η χορήγηση θρομβολυτικών σκευασμάτων σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
3. Η χορήγηση στελεχιαίας και τοπικής αναισθησίας σύμφωνα με τα ισχύοντα θεραπευτικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα.
4. Η χορήγηση οξυγόνου.
5. Η ρινογαστρική διασωλήνωση
6. Η χορήγηση εντερικής και παρεντερικής διατροφής
7. Ο συντονισμός μεταμοσχεύσεων από νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Μεταμόσχευσης Οργάνων μετά από εκπαίδευσή τους στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων.
8. Η μετάγγιση αίματος και παραγώγων. Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών μετά από μετάγγιση αίματος και παραγώγων.
9. Η διενέργεια περιτοναϊκής κάθαρσης, αιμοκάθαρσης και εκπαίδευση της οικογένειας και του αρρώστου.
11. Οι πλύσεις ουροδόχου κύστης, οφθαλμών, ώτων, παραρρινικών κοιλοτήτων, και συριγγίων.
12. Η φροντίδα εγκαυματία ανάλογα με το βαθμό εγκαύματος.
13. Η εφαρμογή και αφαίρεση δερματικών και σκελετικών έλξεων.
14. Η ακινητοποίηση κατάγματος σε επείγουσες καταστάσεις στα πλαίσια παροχής πρώτων βοηθειών.
15. Η λήψη αίματος για εργαστηριακές εξετάσεις και καθετηριασμός περιφερικών αγγείων στα ΤΕΠ και τα Εξωτερικά Ιατρεία.

2.4 Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας

Οι σημαντικότερες αρχές που αναφέρονται στη συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ασθενείς τους, το κοινωνικό σύνολο και μεταξύ τους, με οποιοδήποτε τρόπο και αν παρέχουν τις υπηρεσίες τους. Για τη σύνταξη του παρόντος κώδικα ελήφθησαν υπόψη ο Διεθνής Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (International Council of Nurses – I.C.N. Sao Paulo 1965 και Mexico 1973), ο Νοσηλευτικός Κώδικας του American Nurses Association (1976), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Γενεύη 1948, Σίδνεϋ 1968), η Διακήρυξη του Ελσίνκι (Γενική Συνέλευση Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης, Ελσίνκι 1964, Τόκιο 1975), ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 1983), οι Αρχές της Ευρωπαϊκής Ιατρικής Δεοντολογίας (Διαρκής Επιτροπή Γιατρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, 1987), ο Κώδικας Άσκησης του Ιατρικού Επαγγέλματος (Α.Ν. 1565/1939) και ο Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25 Μαΐου/6 Ιουλίου 1955).

Στον παρόντα Κώδικα υιοθετείται ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώνεται από τον Π.Ο.Υ., δηλαδή σαν την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη ασθένειας και αναπηρίας. Όπου στον παρόντα κώδικα αναφέρεται ο όρος ασθενής θα πρέπει να νοείται κάθε δέκτης υπηρεσιών υγείας είτε πρόκειται για υγιή ή ασθενή με τη στενή έννοια του όρου, και όπου αναφέρεται ο όρος πόνος, αυτός θα πρέπει να νοείται με την ευρεία έννοια του όρου σαν σωματικός, ψυχικός, κοινωνικός ή ηθικός. Τέλος, επισημαίνεται ότι οι Νοσηλευτές είναι θεματοφύλακες της υγείας των προσώπων που η πολιτεία τους εμπιστεύεται και οφείλουν ν' αναγγέλλουν, όπως ορίζει ο νόμος, στα αρμόδια όργανα κάθε παράβαση νόμου που αφορά τη δημόσια τάξη.

Ειδικότερα:

Γενικά καθήκοντα νοσηλευτών

Άρθρο 1

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

Άρθρο 2

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

Άρθρο 3

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

Άρθρο 4

Ο Νοσηλευτής θα πρέπει κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ν' απέσχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε αγυρτία ή εξαπάτηση των ασθενών, προσέλκυση πελατείας, προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα για την προσπόριση παράνομου οφέλους του ιδίου ή τρίτου, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους

επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσικοθεραπευτές, διοικητικούς κ.ά.

Καθήκοντα προς τους ασθενείς

Άρθρο 5

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

Άρθρο 6

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

Άρθρο 7

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

Άρθρο 8

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

Άρθρο 9

Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των

υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Ακόμη ο Νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους.

Άρθρο 10

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

Άρθρο 11

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

Άρθρο 12

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του όταν βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης, δηλαδή αν τούτο επιβάλλουν άλλα δικαιολογημένα συμφέροντα του ιδίου ή τρίτου, εκτός αν πρόκειται για περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που κρίνει ότι δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις ή πείρα.

Ο Νοσηλευτής δύναται να αρνηθεί τις υπηρεσίες του στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδεδειγμένη επιστημονικά προληπτική, διαγνωστική ή θεραπευτική αγωγή προσκρούει στις προσωπικές ηθικές του αντιλήψεις.

Σε κάθε μία από τις παραπάνω περιπτώσεις ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνει εγκαίρως τον προϊστάμενο του.

Καθήκοντα προς τους συναδέλφους, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό

Άρθρο 13

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

Άρθρο 14

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

Άρθρο 15

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

Συνεργασία με τις δημόσιες αρχές για την προαγωγή της δημόσιας υγείας

Άρθρο 16

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

Καθήκοντα του νοσηλευτή – ερευνητή

Άρθρο 17

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

Άρθρο 18

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

Άρθρο 19

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

Βοήθεια στους ετοιμοθάνατους

Άρθρο 20

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

Μεταμόσχευση οργάνων

Άρθρο 21

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται στο στάδιο κατά το οποίο είναι αδύνατη η αντιστροφή της τελειωτικής διαδικασίας για την παύση των ζωτικών λειτουργιών, οι οποίες διατηρούνται με τεχνητά μέσα, οι γιατροί προκειμένου να προβούν σε αφαίρεση οργάνων, πιστοποιούν το θάνατο του λαμβάνοντας υπόψη τα πλέον σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης. Έργο του Νοσηλευτή που μετέχει στη διαδικασία είναι η συνδρομή του ιατρικού έργου καθώς και η λήψη κάθε απαραίτητου μέτρου για τη διαπίστωση ότι τηρήθηκαν οι κείμενες διατάξεις, το απόρρητο, καθώς και ότι ο δότης ουδέποτε εκδήλωσε αντίθετη

βούληση είτε γραπτά, είτε διαμέσου των συγγενών του. Είναι σύμφωνο με τη νοσηλευτική ηθική, ο Νοσηλευτής εξαιτίας προσωπικών πεποιθήσεων να αρνείται να παρέμβει στις διαδικασίες αφαίρεσης οργάνων.

Αναπαραγωγή

Άρθρο 22

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

Άρθρο 23

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

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της παιδιατρικής νοσηλευτικής

Άρθρο 24

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

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της ψυχιατρικής νοσηλευτικής

Άρθρο 25

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

Υποχρεώσεις στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής

Άρθρο 26

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

Περί νοσηλευτικής αμοιβής

Άρθρο 27

Ο Νοσηλευτής οφείλει να χειρίζεται με λεπτότητα και διακριτικότητα τα ζητήματα της αμοιβής του.

Ο Νοσηλευτής οφείλει να απόσχει από κάθε συστηματική μείωση των τιμών που μπορεί να δημιουργήσει υπόνοιες αθέμιτου συναγωνισμού των συναδέλφων του ή ελλείψεως σεβασμού προς την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος

2.5 Εκπαίδευση ασθενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας του ασθενούς

Αξίζει να αναφερθεί ότι για την απόκτηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης παρέχεται σε τρία επίπεδα από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι είναι οι εξής (Αθανάτου,2002):

- Τριτοβάθμια: Πανεπιστημιακού επιπέδου (Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΕΙ), στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και Πελοποννήσου με έδρα τη Σπάρτη.
- Τριτοβάθμια, ανώτερη βαθμίδα (Τεχνολογικά Επαγγελματικά Ιδρύματα – ΤΕΙ).
- Δευτεροβάθμια, μέση βαθμίδα, όπως ΙΕΚ δημόσια ή ιδιωτικά.

Η άρτια επαγγελματική κατάρτιση των νοσηλευτών, συνδυασμένη με την καλλιεργημένη προσωπικότητα αποτελούν τα κατάλληλα εφόδια για να ανταπεξέλθει κανείς στο επάγγελμα αυτό. Έπειτα από την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών της κάθε βαθμίδας υπάρχει η δυνατότητα άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στο χώρο της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Σε αυτό το χώρο περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα δυνατοτήτων άσκησης της νοσηλευτικής για το υγιές και το άρρωστο άτομο (Αθανάτου, 2002).

Συγκεκριμένα:

- Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στο τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με στόχο την εξασφάλιση συνεχόμενης

φροντίδας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (εν συντομία ΠΦΥ), είναι φροντίδα που πραγματοποιείται κυρίως έξω από το περιβάλλον του νοσοκομείου, όπως στα κέντρα υγείας.

- Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Εκεί πραγματοποιούνται διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις, νοσηλίες και θεραπείες που δεν απαιτούν την εισαγωγή του ασθενούς.
- Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στα νοσοκομεία, όπου υπάρχουν διάφορες ιατρικές ειδικότητες και μπορεί αντιμετωπιστούν όλες οι περιπτώσεις των ασθενών.

Αφού δόθηκαν οι παραπάνω διευκρινίσεις, τώρα θα περιγραφεί η πρώτη επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Πιο ειδικά, το τμήμα εισαγωγής είναι ο πρώτος χώρος που δέχεται τον ασθενή και στη συνέχεια μεταβαίνει στο νοσηλευτικό τμήμα. Συνήθως ο άρρωστος που μεταβαίνει στο νοσοκομείο δεν είναι μόνος του, αλλά κάποιο μέλος ή μέλη της οικογένειάς του. Έτσι αρχικά πρέπει ο νοσηλευτής να εκπαιδεύσει τον ασθενή του να είναι προσεκτικός σε σχέση με την υγεία του.

Η εκπαίδευση του αρρώστου θα πρέπει να ξεκινά από το νοσοκομείο και να ολοκληρώνεται με την κατ' οίκον νοσηλεία. Παρόλα αυτά, φαίνεται πως ο ασθενής, ακόμη και αν δεν είναι σε θέση να εκπαιδευτεί, νιώθει πως έχει αυτήν την ανάγκη. Η επάρκεια και η ποιότητα της εκπαίδευσης των ασθενών πριν από την έξοδό τους από το νοσοκομείο, έχει εμφανίσει θετική συσχέτιση με την καλύτερη διαχείριση του τραύματος σε χειρουργημένους ασθενείς και με λιγότερες επισκέψεις σε περιφερικές δομές υγείας (Ραγιά, 2009).

Ένας ασθενής κατά την έξοδό του από το νοσοκομείο θα πρέπει να γνωρίζει και να είναι ικανός για τα ακόλουθα:

- ✓ Γενικά περί της νόσου και της αντιμετώπισής της.
- ✓ Να παίρνει με ασφάλεια τα φάρμακά του.
- ✓ Να αναγνωρίζουν συμπτώματα.
- ✓ Να είναι συνεπείς στις επανεξετάσεις τους.
- ✓ Εκπαίδευση ασθενούς με εξειδικευμένες συσκευές καθημερινής μετρήσεως εφόσον χρήζει και εξαρτάται από διάφορες παθήσεις όπως αυξημένη αρτηριακή πίεση ή σακχαρώδη διαβήτη.

2.6 Νοσηλεύτης και ψυχολογική υποστήριξη

Ο νοσηλεύτης εκτός από την ιατροφαρμακευτική φροντίδα που προσφέρει στον ασθενή του, πρέπει να προσφέρει και ψυχολογική στήριξη τόσο στον ίδιο τον ασθενή αλλά και κάποιες φορές σε οικεία του πρόσωπα. Είναι λογικό, όταν κάποιος προσβάλλεται από κάποια ασθένεια να καταπέσει ψυχολογικά. Αρχικά μεταβαίνει σε ένα χώρο που δεν είναι τόσο ευχάριστος, άνετος και φιλικός. Δεν είναι η οικεία του. Όταν μεταβαίνει ένας άρρωστος στο χώρο του νοσοκομείου, το νοσηλευτικό προσωπικό τον δέχεται σα να είναι μέλος της οικογένειας του νοσοκομείου. Το πώς αντιδρά το άτομο στην αρρώστια του εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η διαμόρφωση του χαρακτήρα το, η φύση της ασθένειας που τον προβληματίζει και η εξέλιξη της, η εργασία που πιθανόν διέκοψε ξαφνικά, το κοινωνικό περιβάλλον, η στάση της οικογένειας για την αρρώστια του κ.α. (Ραγιά, 2001).

Καταρχήν, η εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο θεωρείται από μόνη της μια τραυματική εμπειρία, κυρίως για την παιδική ηλικία. Τα συναισθήματα που λογικά κατακλύζουν τον άρρωστο είναι η θλίψη, ο πόνος, η στενοχώρια κι ο φόβος. Έτσι δίπλα στον άρρωστο πρέπει να είναι ο νοσηλεύτης, ο οποίος πρέπει να είναι σε θέση να καθησυχάσει και να κατευνάσει τα αρνητικά συναισθήματα του αρρώστου. Επομένως, είναι σημαντικό ο ίδιος ο νοσηλεύτης να διακατέχεται και να χαρακτηρίζεται από αυτοπεποίθηση, εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και στο έργο του. Είναι όμως ακόμα πιο σημαντικό να έχει τη δύναμη και την ικανότητα να βλέπει τον άρρωστο ως άτομο με φυσικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες (Αθανάτου, 2002).

Με τον τρόπο που ένας νοσηλεύτης είναι σε θέση να ανακουφίζει τον ασθενή, εμπνέει τον ανάλογο σεβασμό και ενδιαφέρον απέναντι του. Πολλοί ειδικοί διακρίνουν δύο είδη αναγκών:

- Φυσικές ή βασικές ανάγκες και
- Ψυχοκοινωνικές ανάγκες

Πρωτίστως οι βασικές ανάγκες είναι κοινές για όλους τους ανθρώπους, ενώ οι ψυχοκοινωνικές είναι διαφορετικά χαρακτηριστικά κάθε ατόμου. Στις βασικές ανάγκες ανήκουν όλες οι λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού,

όπως είναι η λειτουργία της αναπνοής, θρέψης, θερμοκρασίας, απεκκρίσεων κ.α. οι ανάγκες αυτές κατέχουν βασικό ρόλο στο εσωτερικό περιβάλλον του οργανισμού αλλά συγχρόνως επηρεάζουν και την ψυχολογία του ατόμου. Πολλές φορές αλλάζει η συμπεριφορά του ασθενούς. Στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες, λοιπόν, περιλαμβάνονται το αίσθημα της ασφάλειας, η στοργή, η αναγνώριση και ενημέρωση, η αποδοχή και η δημιουργικότητα καθώς και άλλες ανάγκες όπως ατομικές και περιβάλλοντος, όπως η καθαριότητα, η άνεση, ο ύπνος κ.α.

Όλες οι ανάγκες του ανθρώπου δεν έχουν πάντα την ίδια σειρά προτεραιότητας για εκπλήρωση, ούτε εμφανίζονται συγχρόνως με την ίδια ένταση. Συχνά ποικίλουν. Μερικές φορές υπάρχει αλληλεξάρτηση μεταξύ τους και άλλες φορές προηγείται μια και ακολουθεί μία άλλη ή άλλες. Σε αυτό συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, όπως ηλικία, χαρακτήρας, τύπος και βαρύτητα της νόσου κ.λπ. Όταν με κατάλληλη θέση ή χορήγηση οξυγόνου ή μονιμότερη θεραπευτική αγωγή ανακουφιστεί και ηρεμήσει προβάλλει το αίσθημα του φόβου και της ανασφάλειας, που μπορεί να εκδηλωθεί με άγχος, αγωνιώδη ερωτηματικά, τι συμβαίνει, γιατί θα περάσει πότε και πώς κλπ.(Ραγιά, 2009).

Για την εξακρίβωση των αναγκών του αρρώστου και την ταχεία και επιτυχή εκπλήρωση τους απαιτούνται από τους νοσηλευτές επιστημονική κατάρτιση/γνώσεις, καλές διαπροσωπικές σχέσεις, παρατηρητικότητα και ικανότητα να ερμηνεύουν και να μεταβιβάζουν, προφορικά ή να διατυπώνουν γραπτά με ακρίβεια, σαφήνεια και αντικειμενικότητα, βασικά στοιχεία σχετικά με την εξακρίβωση και εκπλήρωση των αναγκών του αρρώστου. Τέλος απαραίτητη είναι η ικανότητα να αξιολογούν, ιεραρχούν και προγραμματίζουν τη νοσηλευτική φροντίδα στα πλαίσια των ευθυνών τους.

Όλοι οι άρρωστοι κάθε ηλικίας και μορφώσης όταν βρεθούν στο περιβάλλον του νοσοκομείου εκφράζουν τα συναισθήματα τους και εκδηλώνονται με το δικό τους τρόπο. Πρέπει ο νοσηλευτής να αντιμετωπίζει κάθε ασθενή με διαφορετικό τρόπο γιατί ως γνωστόν κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός και συνάμα οι ηλικίες που καλείται να στηρίξει ο νοσηλευτής είναι διαφορετικές. Μεγαλύτερες ηλικίες, παιδιών, εφήβων και ενηλίκων παρουσιάζουν άλλες αντιδράσεις στο χώρο του νοσοκομείου, όπως έλλειψη συνεργασίας, επαναστατικότητα, μόνωση, απόσυρση, ανησυχία και φόβο για

την έκβαση της αρρώστιας κ.α. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές φροντίζουν να γίνουν φίλοι και καλοί συνεργάτες. Απαντούν στα ερωτήματα και τις απορίες τους και ενημερώνουν μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους για ό,τι πρόκειται να τους συμβεί και ζητούν τη συνεργασία τους (Ραγιά,2002).

Στη περίπτωση που ο ασθενής είναι υπερήλικας, εδώ η εμπειρία είναι ακόμα πιο οδυνηρή. Στην ηλικία αυτή αυξάνεται η ευπάθεια προς την αρρώστια και η αρρώστια επιταχύνει τη διεργασία του γήρατος. Οι ανάγκες του ηλικιωμένου για ασφάλεια, αναγνώριση και ενημέρωση, τιμή, σεβασμό και ανεξαρτητοποίηση είναι ιδιαίτερες και μεγαλύτερες. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ενήμερος και καταρτισμένος σε θεωρία και πράξη προκειμένου να αντιμετωπίσει τις ειδικές ανάγκες με επιδεξιότητα και αποτελεσματικότητα. Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από ποιοτική φροντίδα και από τη ζωντανή παρουσία(Αθανάτου,2002).

Το αίσθημα της ασφάλειας ενισχύεται και αυξάνει την εμπιστοσύνη των ασθενών προς το περιβάλλον του νοσοκομείου, όταν αντικρίζουν νοσηλευτές να παίρνουν ορισμένα προληπτικά μέτρα σχετικά με την αποφυγή κινδύνων, που μπορεί να επιδεινώσουν την κατάσταση τους ή να δημιουργήσουν νέα προβλήματα. Συχνά η προχωρημένη ηλικία, η διανοητική σύγχυση, η μειωμένη όραση ή η ακοή, η μειωμένη αισθητικότητα, η ζάλη, η αστάθεια, οι ίλιγγοι, η επίδραση διαφόρων φαρμάκων και άλλοι παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στη πρόκληση ατυχημάτων εντός του νοσοκομείου. Η επισήμανση των κινδύνων αλλά και η ενημέρωση του ασθενούς αλλά και της οικογένειας για τη λήψη κάποιων προληπτικών μέτρων είναι αναγκαίο. Έτσι ο νοσηλευτής καλείται να δώσει οδηγίες όπως την αυξημένη προσοχή του ασθενούς κατά τις μετακινήσεις από και προς το κρεβάτι, την απομάκρυνση αιχμηρών αντικειμένων από παιδιά, ηλικιωμένους ή ασθενείς που έχουν τάση αυτοκτονίας κ.α.

Όσον αφορά την εισαγωγή επειγόντων περιστατικών όπως για παράδειγμα άνθρωποι με αιφνίδια ατυχήματα, βαρέως πάσχοντες με ποικιλία αιτιών, ανήμποροι να μιλήσουν, να εκφράσουν τα αισθήματά τους, απόλυτα εξαρτημένοι, ίσως ετοιμοθάνατοι, ικανοί όμως να βιώσουν το πόνο τους, τότε στις περιπτώσεις αυτές η μεταχείριση χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και σημασίας. Η παρουσία των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι άμεση, γρήγορη,

αισθητή. Επίσης, οι νοσηλευτές θα πρέπει να διακατέχονται από ακρίβεια, υπομονή και επιμονή τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του. Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι αντιδράσεις κάθε ασθενούς ποικίλουν. Δεν υπάρχει «καλός» ή «κακός» ασθενής για το νοσηλευτή. Για τους νοσηλευτές που είναι ικανοί να αποδέχονται τον άρρωστο όπως είναι, να τον βλέπουν στην ολότητά του σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να ερευνούν, να παρατηρούν, να ερμηνεύουν και να συσχετίζουν τις εκδηλώσεις του με την αρρώστια και άλλους παράγοντες δεν υπάρχουν οι δύο παραπάνω χαρακτηρισμοί (καλός ή κακός ασθενής). Η αποδοχή προϋποθέτει καλλιεργημένη προσωπικότητα του νοσηλευτή με την οποία επιβάλλεται, ηρεμεί και κατευνάζει όλους τους ασθενείς με οποιοδήποτε χαρακτηριστικό ή χαρακτηριστικά κατέχουν (Ραγιά, 2009).

Τέλος, βρίσκει τρόπους και δραστηριοποιεί τον άρρωστο έτσι ώστε να αισθάνεται χρήσιμος και δημιουργικός μεταξύ των αρρώστων στο θάλαμό του με την αλληλοεξυπηρέτηση και γενικά στο χώρο του νοσοκομείου στο διάστημα της παραμονής του. Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών δε θα πρέπει να είναι διαφορετική και προς την οικογένεια του ασθενούς. Η συμβολή της οικογένειας στην οργάνωση και διεκπεραίωση του προγράμματος της νοσηλείας του ασθενούς είναι πολύτιμη και αναγκαία.

2.7 Νοσηλευτής και αποκατάσταση

Σε κάποιες χώρες η νοσηλευτική αποκατάσταση αποτελεί ξεχωριστή ειδικότητα, εξαιτίας των ιδιαίτερων γνώσεων που απαιτούνται για την εφαρμογή τους. Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), η έννοια της αποκατάστασης αναφέρεται ως εξής: «αποκατάσταση είναι ένα σύνολο μέτρων που βοηθούν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ή ενδέχεται να βιώνουν μια αναπηρία, να επιτύχουν και να διατηρήσουν βέλτιστη λειτουργικότητα σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον». Η αποκατάσταση (rehabilitation) περιλαμβάνει συχνά και τον όρο της προσαρμογής (habilitation) των ατόμων που έχουν γεννηθεί ή απέκτησαν πολύ νωρίς στη ζωή τους μια αναπηρία και οι οποίοι πρέπει να διδαχτούν τρόπους να ξεπεράσουν, έστω και μερικώς, τις δυσχέρειες που τους προκαλεί η ασθένεια τους, προκειμένου να

ανταποκριθούν στους κοινωνικούς τους ρόλους και να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία.

Κύριοι στόχοι της αποκατάστασης είναι οι εξής:

- η βελτίωση της ποιότητας ζωής,
- ο σχεδιασμός εξατομικευμένων παρεμβάσεων,
- η παροχήβοήθειας στο άτομο προκειμένου να προσαρμοστεί στις τροποποιημένες συνθήκες της ζωής του μετά από την έλευση μιας ασθένειας ή ενός ατυχήματος,
- η προώθηση της ευεξίας
- η μείωση των επιπλοκών
- η βοήθεια ώστε να αποκτήσει το άτομο τον υψηλότερο βαθμό λειτουργικότητας και αυτάρκειας για να ανταποκριθεί στην καθημερινότητα του.

Ωστόσο, ενώ ο ρόλος των ιατρών, των φυσικοθεραπευτών, των λογοθεραπευτών, των εργοθεραπευτών, ή των κοινωνικών λειτουργών για την επίτευξη των στόχων είναι σαφώς καθορισμένος σε μια δομή αποκατάστασης, αυτό δεν ισχύει πάντα για το νοσηλευτικό προσωπικό. Αιτία μπορεί να αποτελεί η έλλειψη στοχευόμενων προγραμμάτων για νοσηλευτές αποκατάστασης ή οι αλληλοεπικαλύψεις αρμοδιοτήτων μεταξύ λοιπών θεραπευτών και νοσηλευτών, με αποτέλεσμα οι δεύτεροι να μην ασκούν όλο το εύρος των αρμοδιοτήτων τους (Jester, 2007).

Ο ακρογωνιαίος λίθος στη διαδικασία της αποκατάστασης είναι οι διεργασίες της διεπιστημονικής ομάδας μέσα από την ολιστική προσέγγιση της κλινικής διαχείρισης του ασθενή. Η νοσηλευτική διεργασία κατά την εφαρμογή της στον κύκλο της αποκατάστασης περιλαμβάνει όλα τα στάδια:

- α. την αναγνώριση/εκτίμηση του προβλήματος και των αναγκών του ασθενή,
- β. τη συσχέτιση των αναγκών με τροποποιήσιμους και περιοριστικούς παράγοντες,
- γ. τον καθορισμό των προβλημάτων στα οποία πρέπει να στοχεύσει ο νοσηλευτής και τα μέσα που διαθέτει, επιλέγοντας τα κατάλληλα μέτρα παρέμβασης
- δ. το σχεδιασμό, την υλοποίηση και το συντονισμό των παρεμβάσεων και
- ε. την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Steiner et.al, 2002).

Στο πλαίσιο μιας διεπιστημονικής ομάδας, οι νοσηλευτές πρέπει να αποσαφηνίζουν το ρόλο τους. Αυτός ο ρόλος μπορεί να είναι του συντονιστή, του εκπαιδευτή, του ερευνητή, του συμβούλου, του διαχειριστή περιπτώσεων, του μεσάζοντα, του ειδικού ή του απλού μέλους της ομάδας. Συγχρόνως οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τους ασθενείς, το υποστηρικτικό τους πλαίσιο, με υπηρεσίες και επαγγελματίες υγείας, αλλά ο ρόλος τους παραμένει σταθερός. Αφορά στην πρόληψη της χρονιότητας της νόσου, μιας επιπρόσθετης αναπηρίας ή επιπλοκής. Επιπλέον, αναφέρεται στη προαγωγή της ελευθερίας που προσφέρει η αυτοφροντίδα, την ενίσχυση των στρατηγικών αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων και τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον πάσχοντα (Hoeman 2008).

Σαφώς ένας νοσηλευτής σε ένα κέντρο αποκατάστασης αντιμετωπίζει ιδιαίτερες προκλήσεις. Σε αντίθεση με άλλες δομές τα αποτελέσματα της παρέμβασης γίνονται ορατά με αργούς ρυθμούς και τα πρόσωπα που φροντίζει ο νοσηλευτής δεν εναλλάσσονται γρήγορα. Επίσης, εργάζεται με άτομα που πρέπει να δεχτούν ότι η ζωή τους έχει ανατραπεί πλήρως και ορισμένες φορές χωρίς μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Αυτά τα δεδομένα μπορούν να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση. Παρόλα αυτά, η βοήθεια που δίνει ο νοσηλευτής στον ασθενή για να ανακτήσει μέρος των προηγούμενων δυνατοτήτων του ή στο Άτομο με Αναπηρία (ΑμεΑ) να κατακτήσει δεξιότητες που το κάνουν πιο αυτόνομο, μπορεί να του προσφέρει επαγγελματική ικανοποίηση. Η αποκατάσταση είναι η γέφυρα που μετατρέπει την απελπισία του ασθενή σε ελπίδα και την απαισιοδοξία σε θετική εικόνα για τη ζωή.

Στην Ελλάδα, υπηρεσίες αποκατάστασης παρέχονται μέσα από δημόσιες και ιδιωτικές δομές. Τα δημόσια Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) στην Ελλάδα αποτελούν σύμφωνα με το ν. 4025/2011 (Α'228) μετεξέλιξη των Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ) και των Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΑΦΚΑ). Μέχρι την ένταξη τους στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελούσαν αυτόνομα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου του τομέα Κοινωνικής Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας. Τα ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ είχαν περισσότερο το χαρακτήρα

δομών ανοιχτής φροντίδας ατόμων με αναπηρία, ενώ τα ΚΑΦΚΑ έδιναν έμφαση στη νοσηλεία χρόνια πασχόντων.

Σκοπός των ΚΕΦΙΑΠ είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς που πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος και άτομα όλων των ηλικιών με κινητικά ή νοητικά προβλήματα. Επιπρόσθετοι σκοποί αποτελούν η πρώιμη διάγνωση, η ψυχολογική, κοινωνική και συμβουλευτική υποστήριξη, η ενημέρωση ΑμεΑ και των οικογενειών τους, η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των ΑμεΑ, η λειτουργική τους αποκατάσταση, η υποστήριξη για ένταξη τους στον κοινωνικό ιστό και η συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για το συντονισμό της δράσης τους.

Όπως αναδεικνύεται από τους σκοπούς των ΚΕΦΙΑΠ, το εύρος των αρμοδιοτήτων ενός νοσηλευτή είναι μεγάλο. Για παράδειγμα, στα κέντρα ανοιχτής φροντίδας, στα οποία τις περισσότερες φορές δεν υπηρετεί καθόλου ιατρικό προσωπικό, ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος με την οργάνωση του φαρμακείου, παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε περιπτώσεις μικροτραυματισμών ή αδιαθεσίας, προβαίνει σε μετρήσεις των ζωτικών σημείων και του σακχάρου αίματος, διαχειρίζεται επιληπτικές κρίσεις, και χορηγεί φαρμακευτική αγωγή από όλες τις οδούς. Ο νοσηλευτής έχει πλήρη γνώση των ιατρικών ιστορικών των εξυπηρετούμενων, καθώς και των ιδιαιτεροτήτων της συμπεριφοράς και της φαρμακευτικής τους αγωγής, τα οποία επικαιροποιεί κατά τακτά διαστήματα. Μέσα από την αλληλεπίδραση με τον εξυπηρετούμενο εντοπίζει συμπτώματα που οδηγούν σε περαιτέρω ιατρική διερεύνηση. Σε αυτή την περίπτωση συνοδεύει και υποστηρίζει τον ασθενή για τη διενέργεια νοσηλευτικών και ιατρικών παρεμβάσεων σε πιο εξειδικευμένες δομές. Σε συνεργασία με το λοιπό επιστημονικό προσωπικό και την οικογένεια, αξιολογεί τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και καταρτίζει προγράμματα προαγωγής υγείας και προώθησης της αυτόνομης διαβίωσης. Σε συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα, οργανώνονται προγράμματα προαγωγής και αγωγής της υγείας, πρόληψης νόσου ή ατυχημάτων, αλλά και προγράμματα ευαισθητοποίησης για θέματα αναπηρίας στην κοινότητα.

Η εξειδικευμένη εκπαίδευση του νοσηλευτή αποκατάστασης μειώνει την αβεβαιότητα και αυξάνει την ικανοποίηση από την εργασία του. Γνωστικά

αντικείμενα στα οποία απαιτείται ιδιαίτερη εμβάθυνση είναι η αποκατάσταση, η γεροντολογία, η νευροπαθολογία, ο χειρισμός και η επικοινωνία με τον ασθενή, η δυσφαγία, η μετακίνηση ασθενών με προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος, η διαχείριση του πόνου, της ουροδόχου κύστης και του εντέρου, οι κατακλίσεις, οι αναπηρίες, η σεξουαλικότητα, η ειδικήαγωγή και η αγωγή υγείας (Mauk 2013). Ταυτόχρονα, η εφαρμογή πρακτικών βασισμένων στην εμπειρία βελτιώνει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποκατάστασης (Pierce 2007). Συνεπώς, η παρακολούθηση σεμιναρίων ή μεταπτυχιακών προγραμμάτων είναι επιβεβλημένη για τους σύγχρονους νοσηλευτές που επιθυμούν να ξεχωρίσουν στον τομέα της αποκατάστασης.

Τελικά, τα κέντρα αποκατάστασης πρόκειται για ανοικτούς χώρους προς τη καινοτομία. Οι νοσηλευτές διαθέτουν μια ιδιαίτερη κλίση ή γνώση εκτός από τη νοσηλευτική και μπορούν να εξειδικευτούν και σε εναλλακτικές θεραπείες όπως είναι η μουσικοθεραπεία ή η θεραπεία μέσω της τέχνης. Σε συνεργασία με ψυχολόγους και αυτόνομα μπορούν να οργανώσουν ατομικές ή ομαδικές θεραπείες που θα ανακουφίσουν τον ψυχισμό του πάσχοντα και θα τον οδηγήσουν μέσα από επιστημονικές τεχνικές, στην ενδυνάμωση, την ψυχική ανάταση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Από όσα αναφέρθηκαν, μπορεί κάποιος να συμπεράνει ότι ο χώρος της αποκατάστασης μπορεί να αποτελέσει ένα πεδίο πρόκλησης τόσο για τους νέους, όσο και για τους παλαιότερους νοσηλευτές που επιθυμούν να προσφέρουν, αλλά και να αντλήσουν ικανοποίηση από το χώρο της δουλειάς τους.

Κεφάλαιο 3^ο

ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Εισαγωγικά

Η επικοινωνία αποτελεί τη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών και μεταβίβασης μηνυμάτων από ένα άτομο σε άλλο (πομπός και δέκτης) μέσω συμβόλων, ήχων, αριθμών, γραμμάτων ή χειρονομιών (Πασιαρδή, 2001) .

Σύμφωνα με τον Πετρόφσκι (1990) «Επικοινωνία είναι η πολύπλευρη διαδικασία ανάπτυξης των επαφών μεταξύ ανθρώπων, η οποία υπαγορεύεται από τις ανάγκες της κοινής δραστηριότητας». Είναι διαδικασία επαφής αλληλοκατανόησης και αλληλοεπηρεασμού μεταξύ των ανθρώπων ή ομάδων, διαδικασία που την καθιστά ζωτικής σημασίας για τους οργανισμούς (Josien, 1995).

Επικοινωνία, λοιπόν, δεν είναι μόνο η μετάδοση, αλλά και η ροή πληροφορίας (πολλές φορές ασυνείδητη). Δηλαδή, επικοινωνώ δε σημαίνει ότι αντιλαμβάνομαι πάντα ή πλήρως αυτό που μου συμβαίνει, όταν οι αισθήσεις μου προσλαμβάνουν κάτι από τον άλλο ή το περιβάλλον, που επηρεάζει την ψυχική μου κατάσταση (Καραμάνου, 2010).

Με βάση τον τελευταίο ορισμό, η επικοινωνία είναι άμεση όταν τα άτομα συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο και αντιλαμβάνονται το ένα το άλλο με τις αισθήσεις τους. Αυτό συμβαίνει διότι ο καθένας είναι φορέας σημασιών για τους άλλους. Μια στιγμιαία επαφή αρκεί για να μπορέσει κανείς να αντιληφθεί λ.χ. ότι ο άλλος βιάζεται, βαριέται, είναι κουρασμένος, αδημονεί, πονάει, είναι ευδιάθετος ή στεναχωρημένος. Όμως είναι δυνατόν η επικοινωνία να μην είναι άμεση, αλλά να παρεμβάλλεται κάποιο μέσο διαμεσολάβησης. Το κατεξοχήν τέτοιο μέσο είναι το γλωσσικό όργανο, οι διάφορες γλώσσες στις οποίες μιλάμε και γράφουμε. Η γλώσσα είναι το ιδιαίτερο μέσο έκφρασης - συνεννόησης και το κατεξοχήν μέσο επικοινωνίας που είναι κοινό για μια ολόκληρη κοινότητα. Αποτελεί σύστημα συμβόλων με τα οποία μεταδίδονται, όπως αναφέρθηκε, σημασίες και μηνύματα.

Επιπλέον με τη γλώσσα διατηρείται ο πολιτισμός. Από την άλλη, υπάρχουν γλωσσικά όρια επικοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι κάθε άτομο μεγαλώνει με τη γλώσσα ορισμένου πολιτισμού και μέσω της συνεννόησης κατευθύνει τον τρόπο σκέψης και τις αξιολογικές του τάσεις. Η επικοινωνία περιορίζεται ακόμη από τα γλωσσικά ταμπού. Υπάρχουν θέματα για τα οποία δε μιλάει κανείς ή λέξεις που δε χρησιμοποιεί γιατί είναι “απαγορευμένες” στην κοινωνία της οποίας είναι μέλος (Ναυρίδης, 1994). Όμως η επικοινωνία είναι πρώτιστα ένα γεγονός πολιτισμικό και ψυχοκοινωνικό. Προέχει το ότι διακινούνται σημασίες που έχουν το ίδιο ή περίπου το ίδιο νόημα για όλα τα συμμετέχοντα σε αυτήν υποκείμενα.

Η επικοινωνία είναι μείζονος σημασίας. Κινήσεις που δείχνουν χαιρετισμό αλλά και αποχαιρετισμό, συμφιλίωση αλλά και την υπογραφή μιας συμφωνίας, την έκφραση συγχαρητηρίων αλλά και την αποδοχή μιας πρόσκλησης, της ευχαριστίας αλλά και της ευχής. Αυτές οι κινήσεις που εξυπηρετούν την κοινωνική επαφή θεμελιώνουν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Τέτοια παραδείγματα “ασήμαντων”, κατά τα άλλα, κινήσεων είναι ένα απαλό φιλικό χτύπημα στην πλάτη - χωρίς να μεσολαβεί άλλο άγγιγμα και μία χειραψία. Η χειραψία, μια κίνηση με ιστορία τουλάχιστον εκατόν εβδομήντα χρόνων, αποτελεί την ελάχιστη σωματική επαφή που διατηρήθηκε μέχρι τις μέρες μας (Βερέττας, 1986). Σήμερα, σε κοινωνικό επίπεδο, όλα τα είδη των χαιρετισμών έχουν αντικατασταθεί με τη χειραψία, μια συνήθεια που τείνει να καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα. Η χειραψία συμβολίζει, εκτός των άλλων, τόσο τον αμοιβαίο χαιρετισμό ανάμεσα σε ίσους όσο και την προσωρινή φιλική διάθεση: Σφίγγοντας το χέρι ενός ανθρώπου δεν εννοώ τίποτε περισσότερο απ’ το ότι κατ’ αρχήν δεν έχω πρόθεση να του επιτεθώ (Βερέττας, 1986).

3.1.1 Η διαδικασία της επικοινωνίας

Οι εκφράσεις του προσώπου, η κίνηση του σώματος, οι χειρονομίες αλλά και η ένταση της φωνής αποτελούν βασικά στοιχεία για να χαρακτηριστεί κάποιος. Αυτός είναι ο κινησιολογικός κώδικας επικοινωνίας. Επιπλέον κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός, διαφέρει κι αυτός ο κώδικας επικοινωνίας. Κάθε

κίνηση είναι διαφορετική και κάθε έκφραση επίσης. Άλλο ένα εμπόδιο στην επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή είναι ότι κάποιοι ασθενείς μπορεί να διαθέτουν διαφορετικούς τρόπους εξωλεκτικής επικοινωνίας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα διαφορετικότητας είναι οι διάφορες φυλές που υπάρχουν. Δηλαδή άλλη νοοτροπία έχει κάποιος που κατάγεται από την Αγγλία άλλη νοοτροπία έχει κάποιος που κατάγεται από την Ελλάδα. Αυτό συμβαίνει λόγω διαφορετικών ήθη- εθίμων, διαφορετικός τρόπος ζωής και αντίληψης που υπάρχουν και επικρατούν σε κάθε χώρα που έχει τη δική της ιστορία (Καραμάνου, 2010).

Η άμεση διαπροσωπική σχέση ως διυποκειμενική αλληλεπίδραση (interaction), επηρεάζει την επικοινωνία ως εξής: «Κάτι το οποίο εκφράζεται ή προσλαμβάνεται από ένα άτομο, δεν απορρέει μόνο από το ίδιο, κατά τρόπο αυτόνομο, αλλά ως ένα βαθμό προκύπτει από την παρούσα αλληλεπίδραση του συγκεκριμένου ατόμου με άλλα άτομα» (Λιονής, 2011).

3.1.2 Στοιχειώδης πράξη επικοινωνίας

Μία στοιχειώδης πράξη επικοινωνίας αποτελείται από :

1. Τον αποστολέα, ο οποίος ξεκινά και προκαλεί την διαδικασία επικοινωνίας, γνωστός και ως πομπός ή πρωτουργός ή κωδικοποιητής. Κωδικοποίηση είναι η συλλογή και η προσαρμογή των πληροφοριών οι οποίες θα μεταδοθούν.
2. Το μήνυμα, είναι η πληροφορία που μεταδίδεται και περιέχει προφορικά ή μη δεδομένα. Προφορικό είναι το μέρος του μηνύματος που αποτελεί συνδυασμό πληροφοριών που συντάσσει και στέλνει ο αποστολέας. Ενώ το μη προφορικό εμπεριέχει στοιχεία όπως η γλώσσα του σώματος και το υπάρχον περιβάλλον.
3. Τον αποδέκτη ή παραλήπτη στον οποίο απευθύνεται το μήνυμα.
4. Τον κώδικα, βάσει του οποίου συντάσσεται το μήνυμα από τον αποστολέα και αποκωδικοποιείται από τον δέκτη. (Για να το καταλάβει, προϋπόθεση ο κώδικας να είναι κοινός).
5. Τους αγωγούς ή κανάλια, που είναι φυσικά ή τεχνητά μέσα για τη μεταβίβαση του μηνύματος στον παραλήπτη (π.χ. αέρας, μικρόφωνο

κ.λ.π.). Επίσης παρεμβαίνουν φυσικές (π.χ. κακοκαιρία ή καύσωνας) και κοινωνικές συνθήκες (π.χ. συνωστισμός), όπου διεξάγεται η επικοινωνία και η πρόθεση του αποστολέα, που είναι συνειδητή και που χαρακτηρίζουν την επικοινωνία (Ναυρίδης, 1994).

Η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από μια διαρκή αλληλεπίδραση μαζί του, γι'αυτό κάθε πομπός είναι ταυτόχρονα και δέκτης συνειδητά ή ασυνείδητα. Μέσα από την αλληλεπίδραση, ο καθένας επηρεάζει με τη συμπεριφορά του την υποκειμενική αίσθηση της πραγματικότητας του άλλου, υποκινώντας αντίστοιχες αντιδράσεις. Γι' αυτό η διαπροσωπική επικοινωνία δεν είναι σχεδόν ποτέ μονοσήμαντη. Τέλος, ο τύπος επικοινωνίας που θα επιλέξει κάποιος εξαρτάται από κάποιες ιδιότητες που προέρχονται μέσα από κάποιους κοινωνικούς ρόλους. Επομένως ο νοσηλευτής μπορεί να επικοινωνεί διαφορετικά σε κάποιον ασθενή ο οποίος φαίνεται πιο ευαίσθητος και συναισθηματικός σε σχέση με κάποιον ασθενή που χαρακτηρίζεται από εκνευρισμό (Λιονής, 2011).

3.2 Σκοποί επικοινωνίας

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να χτίσει μια σχέση με τον ασθενή που το βασικό στοιχείο της θα πρέπει να είναι η εμπιστοσύνη. Η ποιοτική επικοινωνία βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει αυτό που του συμβαίνει αλλά και να νιώσει ότι ο νοσηλευτής είναι το άτομο που θα του προσφέρει τη φροντίδα που πρέπει. Επιπλέον με την ποιοτική επικοινωνία, ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να συλλέξει πληροφορίες που βασίζονται στην ανίχνευση και στην αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς. Στην ουσία με την ποιοτική επικοινωνία, ο νοσηλευτής λαμβάνει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για τη συμπλήρωση και τη διαμόρφωση του εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας του νοσηλευτή.

Αν ο νοσηλευτής ενσωματώσει την ενεργητική ακρόαση στη καθημερινή του επικοινωνία με τον ασθενή τότε ο ασθενής μπορεί να εκφράσει τις σκέψεις του και τις ανησυχίες. Επιπλέον του δίνει την αίσθηση ότι απέναντι του έχει έναν ακροατή ο οποίος τον παρακολουθεί με προσοχή και ενδιαφέρον, κερδίζοντας με αυτόν τον τρόπο την εμπιστοσύνη του. Με αυτό τύπο

επικοινωνίας, η σχέση αυτή ενισχύεται σε μεγάλο βαθμό και ο ασθενής αντιλαμβάνεται πως ο νοσηλευτής ενδιαφέρεται πραγματικά για την υγεία του και προσπαθεί να τον φροντίσει όσο τον δυνατόν με το καλύτερο τρόπο. Επιπρόσθετα, με την υιοθέτηση αυτού του τρόπου επικοινωνίας ο νοσηλευτής με τη βοήθεια του ασθενούς μπορεί καταρτίσει το πλάνο φροντίδας του θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους (Καραμάνου, 2010).

Στη σημερινή εποχή, οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι αρκετά δύσκολες. Γενικότερα οι άνθρωποι έχουν γίνει πιο καχύποπτοι και δύσκολα μιλούν και εμπιστεύονται κάποιον. Έτσι παραμένουν σε επιφανειακό επίπεδο και δεν αποτελούν σχέσεις αμοιβαίας εμπιστοσύνης και εκτίμησης. Όπως έχει ήδη τονιστεί, σε μια θεραπευτική διαδικασία είναι απαραίτητο να χτιστεί μια καλή σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς. Μια τέτοιου είδους επικοινωνία, καλό είναι να ξεφεύγει από τα κλασικά στερεότυπα. Δηλαδή την ανταλλαγή πληροφοριών, εμπειριών- βιωμάτων και απόψεων. Στη προκειμένη, η επικοινωνία αυτή έχει ως επίκεντρο μόνο τον ασθενή, ο οποίος επιχειρεί να μοιραστεί τα γεγονότα, αλλά και τις αντίξοες συνθήκες της ζωής τις οποίες αντιμετωπίζει. Ένα παράδειγμα είναι, η προσπάθεια κατανόησης των γεγονότων αυτών και η συνεχής πορεία προς τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Αρχικά η δημιουργία αυτής της σχέσης στην αρχή σίγουρα θα είναι δύσκολη και απαιτεί υψηλό βαθμό δέσμευσης και συμμετοχής από το νοσηλευτή, ώστε να μπορέσει η θεραπευτική αυτή σχέση, να εδραιωθεί. Για την επίτευξη της δημιουργίας της θεραπευτικής σχέσης θα πρέπει να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική επικοινωνία και ο νοσηλευτής να είναι εφοδιασμένος με όλες τις δεξιότητες αυτής.

Όπως είναι αντιληπτό, η επικοινωνία είναι το παν και ιδιαίτερα σε μια κρίσιμη στιγμή και κατάσταση όπως αυτή της αρρώστιας. Οι νοσηλευτές καλούνται να καλύψουν ένα μεγάλο κομμάτι, αυτό της επικοινωνίας. Επομένως, ο επαγγελματίας νοσηλευτής για να είναι αποτελεσματικός, πρέπει πρώτα να μάθει να επικοινωνεί. Μέσω της επικοινωνίας ο ασθενής περιγράφει τη γενικότερη και την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του, την εμπειρία και τα συμπτώματά του, διαδραματίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο καίριο ρόλο στη διαγνωστική διαδικασία.

Επίσης μέσω αυτής, ο νοσηλευτής μεταφέρει πληροφορίες και οδηγίες που αφορούν τη θεραπευτική διαδικασία και τις αλλαγές που το άτομο θα πρέπει να επιφέρει στη ζωή του. Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι μοναδική ως προς το ότι αφορά θέματα ζωτικής σημασίας και, επομένως, διακινεί συχνά πολύ έντονα συναισθήματα.

Για να μπορέσει όμως μια επικοινωνία να επιτευχθεί απαιτούνται να οριστούν κάποιοι σκοποί. Οι σκοποί της επικοινωνίας είναι οι εξής:

- α) η δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης
- β) η ανταλλαγή πληροφοριών
- γ) και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία.

3.3 Μορφές επικοινωνίας

Οι άνθρωποι που επικοινωνούν δέχονται και στέλνουν μηνύματα με τη βοήθεια λεκτικών και μη λεκτικών μέσων. Η κατανόηση των διαφόρων μορφών επικοινωνίας και η ανάπτυξη των σχετικών δεξιοτήτων πρέπει να αποτελούν σημαντικά στοιχεία της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Μη λεκτική επικοινωνία:

Σύμφωνα με τον Friedman, η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να οριστεί με τον παρακάτω τρόπο: «Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τα λεπτά στοιχεία που συμπληρώνουν και επεξηγούν πτυχές της λεκτικής επικοινωνίας, και συχνά παρέχουν μηνύματα και εκφράζουν συναισθήματα ασυνείδητα από τους συμμετοχούς» (Παπαδάκη, 1995). Επί της ουσίας η μη λεκτική επικοινωνία είναι η ανταλλαγή πληροφοριών, χωρίς τη χρησιμοποίηση λέξεων. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η μη λεκτική επικοινωνία εκφράζει περισσότερο το αληθινό νόημα του μηνύματος απ' ό,τι η λεκτική επικοινωνία. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι γνώστες των μη λεκτικών μηνυμάτων που στέλνουν, καθώς και εκείνων που δέχονται από τους ασθενείς.

Η γλώσσα του σώματος είναι ο τρόπος που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι προκειμένου να στείλουν μηνύματα με χειρονομίες, κινήσεις του

σώματος και εκφράσεις του προσώπου που μπορεί να γίνονται συνειδητά, υποσυνείδητα ή ακόμα και ασυνείδητα. Η μη λεκτική επικοινωνία, όπως αλλιώς λέγεται, περιλαμβάνει επίσης την εμφάνιση, τον προσωπικό χώρο που έχει ανάγκη ο καθένας γύρω του, το βλέμμα, αλλά και την αντίδραση στη σωματική επαφή. Ο άνθρωπος στέλνει και δέχεται μηνύματα από άλλους στο χώρο που ζει, που εργάζεται, διασκεδάζει ακόμα και από τα πράγματα που έχει και χρησιμοποιεί. Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία συνήθως συμβαίνουν ταυτόχρονα (Παπαδάκη, 1995).

Διάφορες μορφές μη λεκτικής επικοινωνίας είναι:

- Άγγιγμα
- Οπτική επαφή
- Εκφράσεις προσώπου
- Στάση σώματος
- Βάδισμα
- Χειρονομίες
- Γενική φυσική εμφάνιση
- Ένδυση και καλλωπισμός
- Ήχοι
- Σιωπή

Η επικοινωνία στους χώρους υγείας, λεκτική και μη λεκτική, συχνά εμφανίζεται ως ανεπαρκής, και η αποτυχία της επικοινωνίας αυτής, ιδίως της μη λεκτικής, έχει συνδεθεί με την δυσαρέσκεια και την στεναχώρια του ασθενή. Η παράδοση και η πείρα στην νοσηλευτική προτείνει την σωστή συμπεριφορά, τις κατάλληλες αντιδράσεις προς την συμπεριφορά του ασθενή και την κατάλληλη παρηγοριά των ασθενών. Θεωρείται ότι η δεξιότητα της επικοινωνίας είναι ένα προσόν που δε δημιουργείται από τον ίδιο τον άνθρωπο, αλλά γεννιέται με αυτό. Στην ουσία θεωρείται έμφυτο το προσόν αυτό. Παρόλα αυτά, έχοντας κάποιος αυτό το προσόν έχει τη δυνατότητα να το αναπτύξει σωστά μέσω της κατάλληλης μελέτης και εκμάθησης. Οι πιο χαρακτηριστικές λέξεις που βοηθούν στην ανάπτυξη και βελτίωση της επικοινωνίας νοσηλευτή- ασθενή είναι η πίστη, η φροντίδα, η θέληση για ζωή, η διαίσθηση, και η ευαισθησία. Ακόμα, θεωρείται ότι η εκπαίδευση των δεξιοτήτων της επικοινωνίας, ιδιαίτερα της μη λεκτικής, είναι σημαντική για την

ανάπτυξη της επίγνωσης της επικοινωνιακής διαδικασίας, με αποτέλεσμα την βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή (DiMatteo, 2006).

Ο νοσηλευτής μπορεί να θεωρηθεί ως επαγγελματίας της επαφής. Λόγω της εξειδικευμένης υπηρεσίας που προσφέρει έχει το δικαίωμα να αγγίζει τα σώματα των ασθενών του. Από την άλλη πλευρά, συχνά, πολλοί ασθενείς δεν παραδέχονται ότι νιώθουν ανασφάλεια και χρειάζονται την σωματική επαφή με κάποιο καλυμμένο τρόπο. Για το λόγο ότι μια τέτοια παραδοχή θα κατάστρεφε την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους, σαν αυτοελεγχόμενοι και ανεξάρτητοι ενήλικες, αδιαθετούν, τόσο ώστε να αναγκάζουν τους άλλους να σπεύδουν να τους προσφέρουν τις παρηγορητικές πράξεις της σωματικής επαφής. Εφόσον το καθημερινό άγχος που μας επιβάλλει η ζωή στις μεγαλουπόλεις, γεννάει την ανάγκη για περιστασιακή “μητρική φροντίδα”, δεν υπάρχει τίποτα το κακό αν οι περισσότεροι από μας χρησιμοποιούμε το πρόσχημα της αδιαθεσίας για να προκαλέσουμε αυτή τη φροντίδα που έχουμε ανάγκη. Άλλωστε η εξυπηρέτηση αυτής της ανάγκης στηρίζει τη βιομηχανία της υγείας. Γιατί παρά την εντυπωσιακή τεχνολογική πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής εξακολουθούμε να αρρωσταίνουμε σε εντυπωσιακά υψηλό ποσοστό. Βέβαια, η πλειοψηφία των αρρώστων δεν μπαίνει ποτέ στο νοσοκομείο. Παραμένουν πελάτες των εξωτερικών ιατρείων ή των ιδιωτικών ιατρείων. Η πλειοψηφία των αρρώστων του είδους υποφέρει από βήχα, κρύωμα, γρίπη, πονοκέφαλο, αλλεργίες, αμυγδαλίτιδα, λαρυγγίτιδα, πόνους στο στομάχι, έλκος, διάρροια, δερματικές παθήσεις, κ.ά. παρόμοια. Οι μόδες των κοινοτύπων παθήσεων αλλάζουν από γενιά σε γενιά. Στον προηγούμενο μάλιστα αιώνα γινόταν πολύς λόγος για την παθογόνο δράση των “ατμών”, σήμερα όλοι μιλούν για τους “ιούς”, αλλά ο κατάλογος των μικροπαθήσεων παραμένει ο ίδιος ουσιαστικά (όταν δεν υπάρχουν ιοί και βακτηρίδια καταφεύγουμε στη “νευρική κρίση”) (Λιονής, 2011)

Όπως προαναφέρθηκε, οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες της επαφής “έχουν δικαίωμα να αγγίζουν” το ανθρώπινο σώμα γνωρίζοντας πολύ καλά τη θεραπευτική αξία αυτού του δικαιώματος που τους παρέχει η κοινωνική σύμβαση, και κατά κανόνα το χρησιμοποιούν. Ο άρρωστος, λοιπόν, δεν απολαμβάνει μόνο τις φροντίδες των συγγενών αλλά και του νοσηλευτή - ενός

προσώπου, άγνωστου ωστόσο γι' αυτόν. Ο νοσηλευτής, από την άλλη, έχει δικαίωμα να μιλάει απαλά και τρυφερά, να πιάνει το χέρι του αρρώστου για να μελετήσει τον σφυγμό του, να τον χτυπά απαλά στην πλάτη και το στήθος για να πάρει τα ακροαστικά, να εξετάσει το στόμα, τα μάτια ή και τα αυτιά του ασθενή. Όλες αυτές οι σωματικές επαφές ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον άρρωστο, μετρούν για τον τελευταίο καλύτερα από την φαρμακευτική αγωγή. Άρα τα νοσηλευτικά αγγίγματα είναι επαγγελματικά, δηλαδή γίνονται για την εξέταση και τη φροντίδα του σώματος και δεν μεταφέρουν μηνύματα φιλίας. Στην περίπτωση αυτή το σώμα του ασθενή παίζει το ρόλο του “αντικειμένου” και επομένως το άγγιγμα αυτής της μορφής δεν μεταφέρει συναισθήματα διότι συνδέεται με το επαγγελματικό καθήκον (Βρεττός et.al,2008).

Πιο αναλυτικά, τα χαρακτηριστικά της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι τα εξής(Βρεττός et.al,2008):

Άγγιγμα

Το άγγιγμα εκφράζει την προσωπική συμπεριφορά και έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο. Το άγγιγμα θεωρείται ως ένας από τους πιο αποτελεσματικούς μη λεκτικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων, όπως είναι και η άνεση, η αγάπη, η αφοσίωση, η ασφάλεια, ο θυμός, η απογοήτευση, η επιθετικότητα, ο ενθουσιασμός και πολλά άλλα.

Οπτική μορφή

Η επικοινωνία συχνά αρχίζει με την οπτική επαφή. Για παράδειγμα μια ματιά, είναι συχνά μια μέθοδος συγκέντρωσης της προσοχής, ώστε να ξεκινήσει μια συζήτηση. Η οπτική επαφή δείχνει σεβασμό και επιθυμία για ακρόαση κάποιων μηνυμάτων. Επίσης επικοινωνίας οπτικής μορφής μπορούν θεωρηθούν οι εικόνες, τα χρώματα, τα σύμβολα, οι διαφάνειες κ.τ.λ.

Εκφράσεις του προσώπου

Το πρόσωπο είναι το πιο εκφραστικό τμήμα του σώματος. Τα ποικίλα μηνύματα που μεταβιβάζουν οι εκφράσεις του προσώπου είναι ο θυμός, η χαρά, η θλίψη, η καχυποψία, ο φόβος, η περιφρόνηση κ.α. μερικοί άνθρωποι έχουν υπερβολικά εκφραστικά πρόσωπα ενώ άλλοι κρύβουν τα συναισθήματα τους, έτσι ώστε δύσκολα καταλαβαίνει κανείς τι έχουν. Οι

επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν να ελέγχουν τις εκφράσεις του δικού τους προσώπου. Κάθε σημάδι απέχθειας, αποστροφής μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στον ασθενή, όσον αφορά την εικόνα του εαυτού του.

Στάση σώματος

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο τοποθετεί το σώμα του μεταφέρει μη λεκτικά μηνύματα. Τα υγιή και με θετική συμπεριφορά άτομα έχουν καλή ευθυγράμμιση του σώματος. Τα καταθλιπτικά ή κουρασμένα άτομα συχνά γέρνουν το σώμα τους.

Βάδισμα

Το ζωηρό περπάτημα συνήθως μεταφέρει μήνυμα ευεξίας, ενώ λιγότερο αποφασιστικό βάδισμα, δείχνει θλιμμένο ή αποθαρρυσμένο άτομο. Χειρονομίες
Οι χειρονομίες έχουν την ικανότητα να μεταφέρουν πολλά μηνύματα. Για παράδειγμα, το σκούντημα ενός αντικειμένου συχνά εκφράζει θυμό. Το κτύπημα του ποδιού συνήθως φανερώνει θυμό ή άγχος. Επίσης, το γνέψιμο με το χέρι σημαίνει ότι κάποιος καλεί κάποιο άτομο να το πλησιάσει. Οι χειρονομίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν επίσης όταν δύο άτομα που μιλούν διαφορετικές γλώσσες θέλουν να επικοινωνήσουν.

Γενική εμφάνιση

Η γενική εμφάνιση είναι ίσως ένας υποσυνείδητος τρόπος επικοινωνίας. Ένα υγιές άτομο ακτινοβολεί από την καλή κατάσταση της υγείας του, μέσω της γενικής εμφάνισης. Μια υγιής και ευχάριστη γενική εμφάνιση του καθενός μεταβιβάζει την αισιοδοξία και τη χαρά και στον περίγυρο του, φέρνει λοιπόν τα άτομα σε νοητή επαφή, οπότε η προβολή της γενικής εμφάνισης αποτελεί έναν ιδιαίτερο τρόπο επικοινωνίας.

Ένδυση και καλλωπισμός

Τα υγιή άτομα έχουν αυξημένη αυτοεκτίμηση με αποτέλεσμα να προσέχουν τις λεπτομέρειες και το πώς ντύνονται, ενώ τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση δείχνουν λιγότερο ενδιαφέρον στην εξωτερική τους εμφάνιση. Όταν αυτά τα άτομα τελικά ενδιαφερθούν για τον εαυτό τους, αποτελεί ένδειξη της αποκατάστασης της υγείας τους. Μια ενδεχόμενη περιποιημένη ένδυση και

ένας ευχάριστος καλλωπισμός ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί ένας ακόμη υποσυνείδητος τρόπος επικοινωνίας μια και ο καθένας προσπαθεί να είναι όσο πιο καλλωπισμένος μπορεί για να είναι προσίτος στο εργασιακό του περίγυρο ή ενδεχομένως θέλοντας να προσελκύσει και άλλους κοντά του.

Λεκτική επικοινωνία:

Η λεκτική επικοινωνία είναι η ανταλλαγή πληροφοριών με τη χρήση λέξεων και λαμβάνει τη μορφή γραπτού ή προφορικού λόγου. Η λεκτική μορφή της επικοινωνίας χρησιμοποιείται ευρέως από τους νοσηλευτές, όταν συνομιλούν με τους ασθενείς, όταν δίνουν προφορικές αναφορές σε άλλους νοσηλευτές, όταν αναπτύσσουν σχέδια φροντίδας και όταν καταγράφουν τις σημειώσεις νοσηλευτικής προόδου. Επειδή η γλώσσα βοηθά τους νοσηλευτές στην αξιολόγηση των γνώσεων και των συναισθημάτων των ασθενών, πρέπει να αναπτύσσουν τις ανάλογες δεξιότητες, ώστε να προάγεται η διαδικασία της επικοινωνίας.

3.3.1 Χρήση επικοινωνίας στη θεραπεία του ασθενούς

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται κατά πολύ από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του λειτουργού υγείας, υπερβαίνοντας πολλές φορές τις καθ' εαυτό κλινικές πτυχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού από τους ασθενείς, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν σειρά αρνητικών επιπτώσεων. Εκτιμάται ότι ποσοστό 70–80% των περιπτώσεων παραπομπής ιατρών στα δικαστήρια αφορούν σε θέματα σχέσης ιατρού-ασθενούς, καθώς και σε προβλήματα επικοινωνίας και λιγότερο σε ζητήματα ιατρικών λαθών. Επίσης, η αποτελεσματική επικοινωνία των δύο πλευρών καθορίζει το βαθμό προσαρμογής στις ιατρικές οδηγίες. (Καραμάνου, 2010)

Με τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης αυξάνεται η εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς, διευκολύνοντας τόσο την κατανόηση της

πραγματικής φύσης ενός προβλήματος υγείας, όσο και την αποδοχή και τήρηση του θεραπευτικού πλαισίου. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς διαφοροποιείται από άλλες κοινωνικές σχέσεις. Αποτελώντας μια αναγκαστική σχέση μεταξύ ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετική θέση ισχύος και η οποία αφορά σε θέματα επιβίωσης, συγκροτεί μια μορφή αλληλεπίδρασης με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας έχουν ως βασικό σκοπό τη βοήθεια των άλλων αναπτύσσοντας μια θεραπευτική σχέση. Η σχέση αυτή αναπτύσσεται μεταξύ των ατόμων που παρέχουν και δέχονται βοήθεια και δημιουργεί το διαπροσωπικό κλίμα με σκοπό την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών. Συνεπώς η κάλυψη των αναγκών είναι το αποτέλεσμα μιας επιτυχημένης θεραπευτικής σχέσης.

Ο στόχος της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς είναι η βοήθεια του ασθενούς να επιτύχει τους στόχους που οδηγούν στην ικανοποίηση των αναγκών του. Ο νοσηλευτής είναι ο θεραπευτής και ο ασθενής είναι το άτομο που δέχεται τη θεραπευτική βοήθεια. Η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα σε δύο άτομα είναι το πιο σημαντικό στοιχείο στον καθορισμό της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης βοήθειας. Πιθανόν το πλέον σύνηθες το οποίο μπορεί να προκύψει κατά τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, είναι η αποτυχία της δημιουργίας μιας αρμονικής σχέσης εμπιστοσύνης με το άλλο άτομο(Καραμάνου, 2010).

3.4 Φραγμοί επικοινωνίας

Σημαντική είναι και η σχέση ιατρού- ασθενούς. Αυτή η σχέση είναι βαρυσήμαντης σημασίας διότι δεν περιλαμβάνει μόνο την ανταλλαγή πληροφοριών. Η σχέση αυτή, όπως κι η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, είναι σχέση αλληλεπίδρασης. Η σχέση ιατρού-ασθενούς, στο βαθμό που διαμορφώνεται κάτω από συνθήκες άγχους, πίεσης και εξάρτησης, εμφανίζει σειρά ιδιαιτεροτήτων. Κάθε ασθενής μεταφέρει προσωπικές προσδοκίες, ιδιαίτερους φόβους και αγωνίες, στοιχεία που αν δεν καταστούν αντικείμενο γνώσης και σεβασμού από τον ιατρό, θα περιορίσουν τις πιθανότητες

συνεργασίας και συμμόρφωσης με τις οδηγίες, αυξάνοντας τα ενδεχόμενα αποτυχίας κάθε θεραπευτικής προσέγγισης(Γιαννουλέας, 1998).

Στην επικοινωνία είναι φυσιολογικό να υπάρχουν κάποιοι φραγμοί όπως οι εξής:

- ✓ Αποτυχία αντίληψης του ασθενούς ως ανθρώπινου όντος
- ✓ Αποτυχία ακρόασης
- ✓ Ακατάλληλα σχόλια και ερωτήσεις
- ✓ Χρήση στερεότυπων
- ✓ Χρήση ερωτήσεων που απαιτούν μονολεκτική απάντηση ΝΑΙ-ΟΧΙ
- ✓ Χρήση ερωτήσεων που περιέχουν τις λέξεις ΓΙΑΤΙ και ΠΩΣ
- ✓ Χρήση ερωτήσεων που εκμαιεύουν πληροφορίες
- ✓ Χρήση καθοδηγητικών ερωτήσεων
- ✓ Χρήση σχολίων που δίνουν συμβουλές
- ✓ Χρήση κριτικών σχολίων
- ✓ Αλλαγή θέματος
- ✓ Ψευδής εφησυχασμός
- ✓ Σχόλια και φήμες
- ✓ Χρήση ιατρικής ορολογίας

Η χρήση των κατάλληλων τεχνικών και εργαλείων επικοινωνίας μπορεί να βελτιώσει τη θεραπευτική σχέση, επιφέροντας οφέλη τόσο στα ξεχωριστά άτομα, όσο και στη συνολική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

3.5 Παράγοντες που προάγουν ή επηρεάζουν την επικοινωνία των ασθενών

Οι παράγοντες που προάγουν και επηρεάζουν την επικοινωνία μπορούν να καθοριστούν ως εξής:

- Αρμονική σχέση μεταξύ των συναδέλφων
- Συγκεκριμένοι αντικειμενικοί σκοποί: Κοινούς στόχους και συνεργάζονται για την επίτευξη κοινού σκοπού.
- Άνετο περιβάλλον: Η επικοινωνία προάγεται όταν υπάρχει άνετο περιβάλλον όπου τα άτομα αισθάνονται καλύτερα μεταξύ τους, χαλαρή και ευχάριστη ατμόσφαιρα χωρίς βιασύνη και άγχος.

- **Ιδιωτικότητα:** Αν και δεν είναι πάντοτε εύκολο, όταν η επικοινωνία διεξάγεται μεταξύ δυο ατόμων δεν πρέπει να παρεμβάλλονται τρίτοι έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η κατάλληλη ιδιωτικότητα.
- **Εμπιστευτικότητα:** Η διαχείριση των πληροφορικών πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη εμπιστευτικότητα αν κρίνεται απαραίτητο έτσι ώστε να μην εκθέτει τον άλλον.
- **Επικέντρωση στον συνομιλητή:** Η ανταλλαγή πληροφοριών και η επικοινωνία γίνονται σωστά όταν υπάρχει επικέντρωση και προσήλωση των συνομιλητών μεταξύ τους, ο καθένας στις ιδέες και στις απόψεις του άλλου.
- **Κατάλληλος ρυθμός:** Τα άτομα που επικοινωνούν πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο ένας πρέπει να προσαρμόζεται στο ρυθμού του άλλου, να μην απευθύνονται βεβιασμένα με πολλές ερωτήσεις ταυτόχρονα και να υπάρχει άνεση του χρόνου.
- **Παροχή προσωπικού χώρου:** Ορισμένοι άνθρωποι για να επικοινωνήσουν καλύτερα χρειάζονται έναν ορισμένο προσωπικό χώρο στον οποίο αισθάνονται περισσότερη άνεση με το άτομο το οποίο επικοινωνούν(Tayleret.al,2002).

3.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τις σχέσεις νοσηλευτή – ασθενή

Όπως είναι φυσικό, σε όλες τις σχέσεις υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν τις σχέσεις νοσηλευτή- ασθενή. Όσο πιο εξειδικευμένη είναι η νοσηλευτική εργασία, τόσο πιο πολύπλοκη γίνεται η επικοινωνία. Στα μεγάλα νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές έρχονται σε επαφή με ιατρούς πολλών ειδικοτήτων, με ειδικευμένους, φαρμακοποιούς κ.ά., η επανάληψη της ίδιας πληροφορίας σε διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας δεν αποτελεί σπάνιο φαινόμενο.

Δημιουργούνται προβλήματα με τις ασαφείς και πολύπλοκες οδηγίες των ιατρών, οι ταυτόχρονες εντολές από πολλούς ιατρούς, η κόπωση που οδηγεί σε έλλειψη προσοχής, η ανομοιογενής αντίληψη της έννοιας του επείγοντος. Κύριος στόχος ενός αποτελεσματικού μέλους της επικοινωνίας πρέπει να είναι ο απόλυτος έλεγχος της φυσικής ροής της πληροφορίας. Για

την επίτευξη αυτού του στόχου απαιτείται η μείωση ή η εξάλειψη των εμποδίων που παρεμβάλλονται μεταξύ του αποστολέα και παραλήπτη. Τα εμπόδια αυτά της επικοινωνίας χαρακτηρίζονται και ως παράσιτα ή θόρυβος και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή στο σύνολο τους (Καραμάνου, 2010).

Προς αυτή τη κατεύθυνση τα μέλη της επικοινωνίας αυτής θα πρέπει να επιδιώκουν την επίτευξη της ακρίβειας και της ομαλής ροής της πληροφορίας. Τα εμπόδια της επικοινωνίας κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τα αίτια που προκαλούν και διακρίνονται σε φυσιολογικά, ψυχοσυγκινησιακά, και περιβαλλοντολογικά.

Τα πιο σημαντικά εμπόδια που αναφέρονται στον πομπό, τον δέκτη και το περιβάλλον είναι τα ακόλουθα:

Ασαφείς στόχοι: κύριος στόχος της διαδικασίας της επικοινωνίας είναι η επιθυμία του πομπού να επικοινωνήσει με το δέκτη για να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα. Όταν όμως ο στόχος αυτός της επικοινωνίας δεν είναι σαφής και συγκεκριμένος είναι λογικό η επικοινωνία να μην καθίσταται αποτελεσματική και ουσιαστική. Επομένως η σαφήνεια των στόχων τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο πρέπει να είναι επαρκώς καθορισμένη για να αποφεύγονται τυχόν παρερμηνείες και εμπόδια στην επικοινωνία.

Μη σωστά μηνύματα: πολλές φορές ο πομπός δεν κατορθώνει να διαμορφώσει ή να μεταβιβάσει στον αποδέκτη αυτό που πραγματικά επιθυμεί. Συνήθως τα προβλήματα που παρουσιάζονται στα μηνύματα είναι η σαφήνεια, η ανακρίβεια, η έλλειψη πληρότητας, περιεκτικότητας, συντομίας ή ορθότητας. Την ευθύνη βέβαια για αυτό το εμπόδιο επικοινωνίας φέρει ο πομπός και μόνο του μηνύματος.

Έλλειψη αξιοπιστίας: η αναξιοπιστία του πομπού σε ότι αφορά τις γνώσεις, τις πληροφορίες, ή ακόμη και την κρίση που διαθέτει δημιουργεί πολλές φορές προβλήματα στον δέκτη που δυσκολεύεται να αποδεχτεί, να πιστέψει και να κατανοήσει τα μηνύματα που λαμβάνει.

Κακή επιλογή του χρόνου και του χώρου: η κακή επιλογή του χρόνου και του χώρου της επικοινωνίας από τον πομπό μειώνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της.

Κακή επιλογή τρόπου και μέσου: οι κακές επιλογές του πομπού σε σχέση με τον τρόπο (γραπτή, προφορική, οπτική) και τα μέσα (λόγος, τόνος, τηλέφωνο) που χρησιμοποιεί δημιουργεί εμπόδια στην επικοινωνία.

Έλλειψη ενδιαφέροντος- απροσεξίας: ένα ακόμη εμπόδιο στην επικοινωνία οφείλεται στην έλλειψη ενδιαφέροντος, διάθεσης και ικανότητας του αποδέκτη να εστιάσει την προσοχή του στο μήνυμα που του αποστέλλει ο πομπός. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όχι μόνο την κακή σύλληψη, επεξεργασία και κατανόηση του περιεχομένου του μηνύματος, αλλά ταυτόχρονα αποθαρρύνεται ο πομπός στο να εκφραστεί και να συνεχίσει τη διαδικασία της επικοινωνίας.

Βιαστικά συμπεράσματα: συχνά παρατηρείται ο δέκτης του μηνύματος να έχει έλλειψη υπομονής ή πίεση του χρόνου και σπεύδει να βγάλει γρήγορα συμπεράσματα για το μήνυμα που του αποστέλλεται από τον πομπό, πριν καν προλάβει ο τελευταίος να ολοκληρώσει την μετάδοση του.

Προδιάθεση- προκατάληψη: πολλές φορές η λήψη και η επεξεργασία του μηνύματος από τον δέκτη μέσα από ένα φίλτρο προκαταλήψεων και προδιαθέσεων έχει ως συνέπεια να μην κατανοείται το πραγματικό νόημα του μηνύματος, αλλά ένα παραποιημένο μήνυμα σύμφωνα με τις δικές του, κλειστές αντιλήψεις.

Υπερευαισθησία: η υπερευαισθησία κάποιων ατόμων σε ορισμένες λέξεις, φράσεις ή γεγονότα μπορεί να επηρεάσει αρνητικά στην κατανόηση του μηνύματος από τον δέκτη καθώς χάνει τη συνολική σημασία του νοήματος.

Σχέσεις μεταξύ πομπού και δέκτη: όταν η διαφορετικοί κοινωνικοί και διοικητική θέση δεν επιτρέπει την ισότιμη και ελεύθερη έκφραση η επικοινωνία αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα και περιορίζεται.

Δομές- διαδικασίες: πολλές φορές οι οργανωτικές δομές και οι διαδικασίες που εφαρμόζονται μέσα στον οργανισμό αυτό λειτουργούν εις βάρος της αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Υπερφόρτωση: οι χώροι υγείας χαρακτηρίζονται από μια συνεχή και μεγάλη ροή πληροφοριών που πολλές φορές λόγω του φόρτου εργασίας ή των περιορισμένων ικανοτήτων του δέκτη είναι δύσκολο να αφομοιωθούν.

Κλίμα-παιδεία: κάθε τμήμα μέσα στο νοσοκομείο διαμορφώνει το δικό του κλίμα και την παιδεία ως προς την αναγκαιότητα ύπαρξης αποτελεσματικής επικοινωνίας. Όταν το κλίμα και η παιδεία είναι αρνητικοί (έλλειψη σεβασμού,

ελευθερίας, έκφρασης, ανταγωνισμός, καχυποψία) το έργο της αποτελεσματικής επικοινωνίας συναντά προβλήματα εφαρμογής.

Κώδικες: οι κώδικες που χρησιμοποιούν οι συνομιλητές για να επικοινωνήσουν είναι καταλυτικοί για την αποτελεσματική επικοινωνία. Για την ομαλή ροή της διαδικασίας της επικοινωνίας απαιτείται να συνειδητοποιήσουν οι συνομιλητές τις διαφορές που υπάρχουν σε επίπεδο κωδικών και να τις ελαχιστοποιήσουν.

Οι ικανότητες επικοινωνίας: οι φυσικές ικανότητες, η ικανότητα προφορικής και γραπτής έκφρασης του μηνύματος, η υπομονή, η επιμονή, η προσπάθεια ,για δημιουργία ενός καλού κλίματος αποτελούν σημαντικές ικανότητες του ανθρώπου που επηρεάζουν θετικά στην ανάπτυξη της αποτελεσματικής επικοινωνίας. Το γεγονός επομένως ότι κάποια άτομα δεν έχουν υψηλό δείκτη ικανοτήτων δυσχεραίνει την επικοινωνία μεταξύ τους.

3.7 Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας

Για να είναι μια επικοινωνία αποτελεσματική μπορούν να ακολουθηθούν κάποιες βασικές δεξιότητες. Οι συνομιλητές μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και τους σκοπούς της επικοινωνίας εάν χρησιμοποιούν κατάλληλα τις αποτελεσματικές τεχνικές και αν κατέχουν κάποιες δεξιότητες (Καραμάνου, 2010). Έτσι οι δεξιότητες αυτές είναι:

- Διάλογος
- Έλεγχος του τόνου της φωνής
- Ενημέρωση για το θέμα της συζήτησης και ακριβής πληροφόρηση.
- Ευελιξία στο θέμα συζήτησης
- Σαφήνεια, συντομία και απλότητα
- Αποφυγή λέξεων που μπορεί να παρερμηνευτούν
- Ειλικρίνεια
- Ευρύτητα πνεύματος
- Εκμετάλλευση όσο το δυνατόν περισσότερων διαθέσιμων ευκαιριών έκφρασης και συζήτησης.
- Ακρόαση: είναι μια δεξιότητα που εμπεριέχει τόσο εκείνα που προσλαμβάνονται με την αίσθηση της ακοής όσο και την ερμηνεία

τους. Απαιτεί προσοχή και συγκέντρωση για να αξιολογηθούν και να εκτιμηθούν τα στοιχεία, ώστε το άτομο να κατανοήσει καλύτερα το πραγματικό νόημα των όσων λέγονται. Οι προτεινόμενες τεχνικές που ακολουθούν μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων ακρόασης: Όταν είναι δυνατόν πρέπει να καθόμαστε όταν επικοινωνούμε και να μην σταυρώνουμε τα χέρια μας και τα πόδια μας, στοιχεία που δηλώνουν ότι είμαστε κλειστοί στα σχόλια του συνομιλητή.

- * Ηρεμία αλλά και όσο το δυνατόν παραμονή σε εγρήγορση.
- * Διατήρηση οπτικής επαφής με το συνομιλητή, χωρία όμως επιμονή σε μια κατά μέτωπο στάση.
- * Έκφραση προσοχής στα λεγόμενα του συνομιλητή χρησιμοποιώντας κατάλληλες εκφράσεις.
- * Καλή σκέψη πριν από κάθε απάντηση και αποφυγή αυθορμητισμών.
- * Αποφυγή υποκρισίας.
- Σιωπή: οι συνομιλητές μπορούν να κάνουν κατάλληλη χρήση της σιωπής και με την ευκαιρία αυτή να μεταφέρουν ποικίλα μηνύματα όπως:
 - * Άνεση και ικανοποίηση.
 - * Εξωτερίκευση εσωτερικών αισθημάτων και σκέψεων.
 - * Φόβος ή απειλή.
- Αφή: Η αφή είναι η πιο αναπτυγμένη αίσθηση κατά τη γέννηση. Οι απτικές εμπειρίες κατά τη βρεφική και νηπιακή ηλικία είναι απαραίτητες για τη φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου και την αντίληψη του για τα άλλα άτομα. Η αφή είναι ένα από τα πιο ισχυρά μέσα επικοινωνίας με πολλαπλά νοήματα. Μπορεί να ενώσει τους ανθρώπους, να παρέχει επιβεβαίωση, να είναι καθησυχαστική, να μειώσει τη μοναξιά, να μεταδώσει ζεστασιά, να προκαλέσει διέγερση και να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του ατόμου. Επίσης μπορεί να μεταβιβάσει απογοήτευση, θυμό, επιθετικότητα και τιμωρία και να μεταδώσει ένα αρνητικό τύπο σχέσης με το άλλο άτομο.
- Χιούμορ: Το χιούμορ απελευθερώνει την περίσσεια της σωματικής και ψυχολογικής ενέργειας και μειώνει το στρες, το άγχος, τη ανησυχία και

την απογοήτευση. Το χιούμορ όπως και άλλες διαπροσωπικές ικανότητες, είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται αλλά όταν χρησιμοποιείται ακατάλληλα μπορεί να έχει άσχημα αποτελέσματα μιας και το κακό χιούμορ προσβάλλει και στεναχωρεί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Είναι σε όλους γνωστό το γεγονός ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή είναι ένα επίπονο επάγγελμα και αρκετά δύσκολο. Για να γίνει κάποιος νοσηλευτής συνετό είναι να γίνει από επιλογή δική του καθώς το επάγγελμα είναι αρκετά απαιτητικό. Ένας νοσηλευτής θα πρέπει να είναι άρτια καταρτισμένος για να μπορέσει να είναι τόσο δίπλα στον ασθενή όσο και να ανταπεξέλθει στο λειτούργημα που πράττει προκειμένου να λάβει όχι μόνο την υλική αλλά κυρίως την ηθική ικανοποίηση.

Η σχέση, λοιπόν, νοσηλευτή- ασθενούς έχει ιδιαίτερη σημασία. Για να μπορέσει να δημιουργηθεί μια ποιοτική επικοινωνία πρέπει να βασιστεί στην εμπιστοσύνη, στο σεβασμό και στην εκτίμηση. Δεν είναι εύκολο να χτιστεί μια τέτοια σχέση. Παρόλα αυτά ο νοσηλευτής καλείται και είναι υποχρεωμένος να προσπαθήσει και να μη τα παρατήσει μέχρι να αποκτήσει τα βασικά στοιχεία που πρέπει να έχει μια τέτοια επικοινωνία. Οι ασθενείς με τη σειρά τους θα πρέπει να είναι δεκτικοί και προσιτοί. Έχοντας ποιοτική επικοινωνία, τόσο ο νοσηλευτής όσο και ο ασθενής θα λάβει ηθική ικανοποίηση. Ηθική ικανοποίηση θα λάβει ο νοσηλευτής αφού θα έχει κάνει ένα πρώτο βήμα για τη συνέχιση της φροντίδας του ασθενή. Ο ασθενής, επίσης, θα λάβει ηθική ικανοποίηση καθώς θα νιώσει ότι έχει έναν άνθρωπο κοντά που εκτός από τη νοσηλευτική φροντίδα του παρέχει και στήριξη. Η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και κατ' επέκταση των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μπορεί να επέλθει από την αποτελεσματική επικοινωνία. Ο ασθενής αποζητά μια τέτοια επικοινωνία.

Η επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς έχει πλέον υπερβεί το αρχικό στάδιο της απλής συλλογής πληροφοριών στην προοδευτική οικοδόμηση μιας βαθύτερης και ουσιαστικής σχέσης με επίκεντρο τον ασθενή και τις ποικίλες δράσεις οι οποίες διασφαλίζουν την ποιότητα της φροντίδας του. Η δημιουργία, η ανάπτυξη και η χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων από τη πλευρά των νοσηλευτών είναι αδιαμφισβήτητα απαραίτητα και ζωτικής σημασίας για την άρτια και αποτελεσματική άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Η αναζήτηση της μέγιστης δυνατής αποδοτικότητας έχει οδηγήσει αρκετά συστήματα

υγείας τις τελευταίες δεκαετίες στην επανεξέταση του ρόλου και του μείγματος επαγγελματιών υγείας σε μια προσπάθεια ικανοποίησης της συνεχώς αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας και ελέγχου των δαπανών.

Το επάγγελμα των νοσηλευτών, όπως έχει επισημανθεί στη παρούσα εργασία, αποτελεί βασικό ρόλο στο τομέα της υγείας. Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που καλείται να φροντίσει τον ασθενή έπειτα από τον γιατρό. Ο νοσηλευτής λαμβάνει την ευθύνη να του δίδει τη φαρμακευτική αγωγή του, να τον βοηθά σε ό,τι χρειαστεί και έχει ανάγκη.

Επομένως η καλή σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, μπορεί να πει κανείς ότι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά πρωτίστως του νοσηλευτή και κατ'επέκταση του νοσηλευόμενου. Έτσι, ένας νοσηλευτής πρέπει να μάθει αναπτύξει αυτές τις ικανότητες που βοηθούν τόσο στη προσέγγιση όσο και στην επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς.

Ένας τρόπος εκμάθησης και εκπαίδευσης μπορεί να περιλαμβάνει δύο επίπεδα. Συγκεκριμένα, το πρώτο αφορά στις γενικές δεξιότητες, όπως η ενεργητική ακρόαση (ικανότητα αντίληψης της ουσίας των λόγων του άλλου), η αντανάκλαση (ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν) και η ανατροφοδότηση (παροχή πληροφοριών και υποδείξεων με τρόπο που να καθίστανται κατανοητές και αποδεκτές). Το δεύτερο επίπεδο αφορά σε συγκεκριμένες δεξιότητες στο πλαίσιο του κλινικού έργου, όπως ο καταλληλότερος τρόπος συλλογής πληροφοριών κατά τη λήψη του ιστορικού και της εξέτασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η ικανότητα προώθησης της συνεργασίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του κατά τη διαδικασία της θεραπείας.

Έχει φανεί ότι η εκπαίδευση στην εφαρμογή ορισμένων βασικών αρχών συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου της επικοινωνίας. Η αποφυγή υπερφόρτωσης του ασθενούς με πληροφορίες, η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, η ενθάρρυνση των ερωτήσεων ή και η χρήση της ανατροφοδότησης, όπου ο ιατρός ζητά από τον ασθενή να επαναλάβει την ουσία όσων ειπώθηκαν, βελτιώνει σημαντικά το επίπεδο κατανόησης και την προσαρμογή στη θεραπεία. Τα προγράμματα εκπαίδευσης στην επικοινωνία πρέπει κατ' αρχήν να ενσωματωθούν στα προγράμματα σπουδών των φοιτητών σε οποιοδήποτε ίδρυμα κι αν φοιτούν.

Ωστόσο, η εκπαίδευση πρέπει να έχει συνεχή χαρακτήρα και να παρατείνεται κατά τη διάρκεια της πρακτικής εφαρμογής. Η κλινική πραγματικότητα είναι σαφώς πιο πλούσια και πολύπλοκη απ' ό,τι μπορεί να προβλέψει η ακαδημαϊκή-θεωρητική προσέγγιση. Συνεπώς, η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων εντός του χώρου των εφαρμογών (κλινικές, νοσοκομεία) είναι αναγκαία. Ακόμη και η ταχύρυθμη εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας μπορεί να επιφέρει άμεσα ορατά αποτελέσματα. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να στηρίζονται στη βιωματική προσέγγιση και σε μεθόδους ενεργητικής μάθησης. Μια χρήσιμη τεχνική επικοινωνίας είναι το λεγόμενο play role. Σε αυτή τη τεχνική τα άτομα που συμμετέχουν υποδύονται ρόλους, για παράδειγμα το ένα άτομο υποδύεται τον ασθενή και το άλλο το νοσηλεύτη και έτσι ξεκινά μια υποθετική συζήτηση. Άλλες τεχνικές είναι οι προσομοιώσεις, η χρήση της βιντεοσκόπησης και η συζήτηση δύσκολων περιστατικών. Μέσα από παρόμοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αφ' ενός αναδεικνύονται επί μέρους δυσκολίες και προβλήματα και αφ' ετέρου προκρίνονται καλές πρακτικές και χρήσιμα εργαλεία, καθώς και τεχνικές επίλυσής τους.

Συμπερασματικά, μπορεί κανείς να διαπιστώσει τη σημαντικότητα της σχέσης νοσηλεύτη- ασθενή. Ο ασθενής λαμβάνοντας την απόλυτη εχεμύθεια, εμπιστοσύνη, κατανόηση και στήριξη βρίσκεται σε καλύτερο ψυχολογικό επίπεδο και μπορεί να εφαρμόσει το θεραπευτικό του πλάνο σε μέγιστο δυνατό. Ενώ ο νοσηλεύτης έχοντας δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες μπορεί να διεκπαιρέσει τις υποχρεώσεις του απέναντι στον ασθενή με καλύτερο τρόπο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Roper N., Logan W.W. & Tierney A.J. ,1980,The Elements of Nursing. Churchill Livingstone
- Siviter, B. ,2008,Student Nurse Handbook: a survival guide 2nd edition, Edinburgh: BalliereTindall for Elsevier
- Roper N., Logan W.W. & Tierney A.J. ,2000,The Roper-Logan-Tierney Model of Nursing: Based on Activities of Living. Edinburgh: Elsevier Health Sciences.
- Kneisl C, Wilson H, TrigoboffE ,2009, Σύγχρονηνοσηλευτικήψυχικήςυγείας , Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην
- Μούγια Β.,2012, Επικοινωνία: Διαπροσωπικές σχέσεις και νοσηλεύτης. Στο Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου Α. Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη - Σύγχρονες τάσεις, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα
- Σαπουντζή Δ., 2004,Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα ,Μια ολιστική προσέγγιση, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην
- Κυριακίδου Ε, 2004, Κοινωνική Νοσηλευτική, Αθήνα, Εκδόσεις Τάβιθα
- Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, 2004, Ψυχιατρική νοσηλευτική, Αθήνα, 4η Έκδοση βελτιωμένη
- Aiken, L.H., Smith, H.L., & Lake, E.T.,1994, Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Medical Care, 32, 771-787.
- Aiken, L.H., Sochalski, J., & Lake, E.T., 1997, Studying outcomes of organizational change in health service. Medical Care, 35(Suppl.), NS-6-NS18.
- Anthony, M.K., 1998, Variations in nursing practice models. Final report to the National Institute of Nursing Research.(ReportNo. RO1 NRO1-4274). Bethesda,MD: NINR.
- Γιαννουλέας, Μ., 1998, Συμπεριφορά και διαπροσωπική επικοινωνία στον εργασιακό χώρο. Β' έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις: ΕλληνικάΓράμματα.
- Anthony, M.K., Standing, T., & Hertz, J.E., 2000, Factors influencing outcomes after delegation to unlicensed assistive personnel. Journal of Nursing Administration, 30, 474-481.

Arrow, H., McGrath, J.E., & Berdahl, J.L., 2000, Small groups as complex systems: Formation, coordination, development, and adaptation. Thousand Oaks, CA: Sage.

Harrison, 1989, Assessing Nurses' Communication: A Cross-Sectional Study. *West J Nurs Res*; 11: 75-91

Susan K Chase, 2004, Clinical Judgement and Communication in Nurse Practitioner Practice. Philadelphia

Chant S, Jenkinson T, Randle J, Russell G, 2002, Communication skills: some problems in nursing education. *Journal of Clinical Nursing* , 11:12-21.

Stewart SM (1987) Professional survival tips: communicating effectively with peers. *Perioper Nurs Q* 1987, 3(3):63-65.

Larson BA, Martinson DJ, 1990, Words can hurt. Dealing with verbal abuse in the operating room. *AORN J*, 52(6):1238-41

Βρεττός Ε., Δημουλάς Κ, Μαλκιώση Μ, Παπαγιαννάκος Α., Παπαηλιού Χ., Πολεμικός Ν., Πουρκός Μ., Σπόντα Ε., 2008, Μη Λεκτική Επικοινωνία, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα

Dewit S., 2001, Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τόμος 1, μτφρ. Σακοράφας Γ., Αθήνα, Λαγός Δημήτριος

DiMatteo M., 2006, Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, μτφρ. Ραρή Ε., Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Αθανάτου Ελευθερία Κ., 2002, Κλινική Νοσηλευτική – Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Αθήνα, Έκδοση ΙΒ' Αναθεωρημένη, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

Ραγιά Α., 2001, Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής , Αθήνα, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

Δημητριάδου Α, 2003, Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα Κριτική αποτίμηση Μονογραφία, Αθήνα, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

Καραμάνου Χ, 2010, Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις : Παπαζήση

Ραγιά Α., 2009, Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος

Ραγιά Α., 2002, Βασική Νοσηλευτική- Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισσιανός Α.Ε.

Taylor, C., Lillys, C., LeMone, P. ,2002, Θεμελιώδης αρχές της νοσηλευτικής, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης

Keir, Weis&Krebs, 2002, Δεοντολογία επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην

Goleman, D., 2000, Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο εργασίας, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Ιστοσελίδες

http://enne.gr/wp-content/uploads/2011/04/armodiotites_nosileftwn.pdf

<http://www.poedhn.gr/search/item/1241-fek-791912015-kathikonta-kai-armodiotites-nosilefton--trion>

<http://journal-ene.gr/?p=2782>