



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική εργασία

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΟΔΟΥΣ  
ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ**

της

ΑΝΝΑΣ ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Επιβλέπων καθηγητής: Σάββας Μαυρίδης

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη  
διοίκηση μονάδων υγείας και πρόνοιας

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2020

## ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Λειτουργίας του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Διεθνούς Πανεπιστημίου της Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- ✓ Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- ✓ Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ίδιες ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ).

Θεσσαλονίκη 15 - 02 - 2020

Η Δηλούσα



Άννα Σιδηροπούλου

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι Νοσηλευτές είναι από τη φύση του επαγγέλματός τους «επαγγελματίες» της επικοινωνίας, αφού η νοσηλευτική στηρίζεται στη δυνατότητα που έχουν αναπτύξει προκειμένου να δημιουργούν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια συγγραφής μεταπτυχιακής εργασίας για τις ανάγκες των μεταπτυχιακών σπουδών στο ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΕΛΛΑΔΟΣ, της Σχολής Οικονομίας και Διοίκησης - Οργανισμών Μάρκετινγκ & Τουρισμού, Σχολή Επιστημών Υγείας – Τμήμα Νοσηλευτικής, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας.

Έχει τίτλο «Η Σημασία της επικοινωνίας των Νοσηλευτών με ασθενείς - συνοδούς καθώς και τρόποι εφαρμογής της». Πρόκειται για μελέτη που πραγματοποιήθηκε με αναζήτηση βιβλιογραφίας και χρήση ερωτηματολογίου, που απάντησαν ασθενείς ή οι συνοδοί τους.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να γνωστοποιήσει στους επαγγελματίες υγείας το ουσιαστικό νόημα της επικοινωνίας, πως επιτυγχάνεται, ποιες ωφέλειες αποκομίζονται και ποιες οι αρνητικές συνέπειες της κακής επικοινωνίας - συνεργασίας.

Αναλυτικότερα:

- Στο 1<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφονται η έννοια, η διαδικασία, ο σκοπός, τα χαρακτηριστικά στοιχεία, οι μορφές και οι αρχές της επικοινωνίας. Επίσης, ποιοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι προάγουν την επικοινωνία, ποιά τα εμπόδια στην αποτελεσματικότητά της και ποιές είναι οι τεχνικές που την καθιστούν αποτελεσματική.
- Στο 2<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφεται η επικοινωνία και ο σκοπός της σε ομάδες ενός νοσοκομείου, η συνεργασία των Ιατρών και Νοσηλευτών. Η έννοια της συνεργασίας, η διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο της υγείας, ποιες είναι οι προϋποθέσεις για μια καλή συνεργασία και τέλος πως συνδέεται η καλή συνεργασία με την ποιότητα φροντίδας στον ασθενή.
- Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην Ιατρική στην αρχαία Ελλάδα.
- Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρεται η Νομοθεσία για τις ειδικότητες στο χώρο της υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας των πολλών ταχυτήτων με τις γεωγραφικές ανισότητες, όπως επίσης και η σημερινή εικόνα του ΕΣΥ.

- Στο 5<sup>ο</sup> κεφάλαιο αναφέρονται Ιστορικά στοιχεία του Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ και η ταυτότητα του νοσοκομείου.
- Στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο περιγράφονται και αναλύονται οι απαντήσεις ασθενών και συνοδών στο ερωτηματολόγιο επικοινωνίας Νοσηλευτών με Ασθενείς- Συνοδούς.

## ABSTRACT

Nurses are naturally aspirated professionals of communication, since nursery is based on their skill of structuring social relationships with their patients.

This assignment was created to meet the requirements of a postgraduate project for ΔΙ.ΠΙΑ.Ε, Faculty of Finance and Management- Marketing and Tourism, Faculty of Medical Science-Department of Nursery, Interdepartmental program of postgraduate study in Management of facilities of Medicine and Providence.

It is titled «The importance of communication of nurses with patients-companions & methods of it's application». It's about a study that was made with the search of information from the Internet, books and a questionnaire answered by the patients or their companions.

The purpose of this study is to notify the professionals of medicine about the true meaning of communication, how it is succeed, which positive aspects can be obtained and the consequences of bad communication-cooperation.

In more detail:

- In the first chapter, the meaning, the procedure, the purpose, the characteristics, the forms and the principals of communication are described. In addition, the agents that promote communication, the burdens of accomplishment of it and the technics for an effective communication are also described.
- In the second chapter the following are described: Communication and it's purpose in the personnel of a hospital, the cooperation of doctors and nurses. Additionally, the meaning of cooperation, the interdisciplinary cooperation in the field of medicine, which are the conditions for a good cooperation and finally the connection of a good cooperation and the care of a patient are also described in this chapter.
- In the third chapter, Medicine in Ancient Greece is mentioned.
- In the fourth chapter, the legislation of specialties in the field of medicine is mentioned. Also, it is mentioned that the National System of Health suffers from geographical abnormalities & and loss of specialties in the rural areas.
- In the fifth chapter, historical data of Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΙΑ and the identity of the hospital are displayed.
- Finally, in the sixth chapter the answers of the questionnaire are described and analyzed.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Υπεύθυνη Δήλωση.....	2
Περίληψη.....	3
Abstract .....	5
Κατάλογος Πινάκων .....	9
Κατάλογος Γραφημάτων.....	10
Ευχαριστίες.....	13
Εισαγωγή .....	14
Ιστορική αναδρομή .....	16

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Τι είναι η επικοινωνία και γιατί είναι σημαντική.....	18
1.2. Γιατί η καλή επικοινωνία απαιτεί καλές δεξιότητες .....	19
1.3. Γιατί είναι απαραίτητη η καλή επικοινωνία .....	19
1.4. Τα αποτελέσματα της καλής επικοινωνίας.....	19
1.5. Τι εμποδίζει την καλή επικοινωνία .....	20
1.6. Σκοποί επικοινωνίας.....	21
1.7. Μορφές επικοινωνίας.....	21
1.8. Διάφορες μορφές μη λεκτικής επικοινωνίας .....	22
1.9. Φραγμοί επικοινωνίας .....	24
1.10. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επικοινωνία .....	25
1.11. Τα συναισθήματα των νοσηλευτών.....	26
1.12. Παράγοντες που προάγουν την αποτελεσματική Επικοινωνία ασθενούς – νοσηλευτή.....	29
1.13. Δεξιότητες διαλόγου που πρέπει να διαθέτουν οι νοσηλευτές ώστε να μπορούν να προάγουν την επικοινωνία .....	30
1.14. Φάσεις και στοιχειά της σχέσης νοσηλευτή – ασθενή.....	31
1.15. Χρήση της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή – ασθενούς.....	32
1.16. Επικοινωνιακές δεξιότητες νοσηλευτών .....	32
1.17. Αποκτώντας μια αμφίδρομη σχέση επικοινωνίας.....	34
1.18. Παράγοντες που προάγουν την αποτελεσματική επικοινωνία.....	34
1.19. Κλινική ενσυναίσθηση .....	35
1.20. Η σχέση νοσηλευτή – ασθενή.....	36

1.21. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ειδικές ομάδες ασθενών.....	37
1.21.1. Η επικοινωνία με άτομα διαφορετικού πολιτιστικού υπόβαθρου .....	37
1.21.2. Η επικοινωνία με παιδιά.....	38
1.21.3. Η επικοινωνία με ασθενή που έχει πρόβλημα ακοής.....	39
1.21.4. Η επικοινωνία με ηλικιωμένα άτομα.....	40
1.21.5. Η επικοινωνία με ογκολογικούς ασθενείς.....	40
1.22. Η δική μου τοποθέτηση – κρίση - αξιολόγηση.....	42

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

2.1. Επικοινωνία στο χώρο της υγείας μεταξύ ιατρών - νοσηλευτών και λοιπού προσωπικού.....	44
2.2. Προϋποθέσεις συνεργασίας .....	45
2.3. Εμπόδια στην επικοινωνία σε επίπεδο εργαζομένων .....	46
2.4. Σπουδαιότητα της επικοινωνίας.....	47
2.5. Η δική μου τοποθέτηση – κρίση - αξιολόγηση.....	50

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

3.1. Η Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα.....	52
--	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

4.1. Νομοθεσία για τις ειδικότητες στο χώρο της υγείας και καταμερισμός γενικότερα στην Ελλάδα.....	61
4.2. Νοσηλευτικές ειδικότητες.....	63
4.3. Εξειδικεύσεις.....	67
4.4. Ιατρικές Ειδικότητες.....	70
4.5. ΕΣΥ πολλών “Ταχυτήτων” με γεωγραφικές ανισότητες.....	72
4.6. Η σημερινή εικόνα του συστήματος υγείας.....	76

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

5.1. Ιστορική αναδρομή του Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ.....	78
5.2. Ταυτότητα του Νοσοκομείου.....	82

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

6.1. Ερωτηματολόγιο.....	84
6.2. Απαντήσεις ερωτηματολογίου .....	88

6.2.1. Προσωπικές ερωτήσεις .....	88
6.2.2. Σχέσεις με τις/τους νοσηλεύτριες/νοσηλευτές .....	98
6.3. Συμπεράσματα.....	114

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Ελληνική Βιβλιογραφία .....	123
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία .....	124
Ιστοσελίδες.....	127



## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**Πίνακας 1:** Αριθμός ιατρών κατά Περιφέρεια 2017, 2018

**Πίνακας 2:** Αριθμός ιατρών για τις έξι κυριότερες κατηγορίες ειδικοτήτων 2017, 2018

**Πίνακας 3:** Αριθμός ιατρών ανά 10.000 κατοίκους κατά ομάδα ειδικοτήτων 2017, 2018

**Πίνακας 4:** Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία 2017, 2018

**Πίνακας 5:** Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια 2016-2018

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

**Γράφημα 1:** Ποσοστιαία κατανομή ιατρών κατά Περιφέρεια 2018

**Γράφημα 2:** Φύλλο

**Γράφημα 3:** Ηλικία άντρες

**Γράφημα 4:** Ηλικία γυναίκες

**Γράφημα 5:** Οικογενειακή κατάσταση άνδρες

**Γράφημα 6:** Οικογενειακή κατάσταση γυναίκες

**Γράφημα 7:** Εκπαίδευση άντρες

**Γράφημα 8:** Εκπαίδευση γυναίκες

**Γράφημα 9:** Επάγγελμα άντρες

**Γράφημα 10:** Επάγγελμα γυναίκες

**Γράφημα 11:** Ποιός συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο για τους άνδρες

**Γράφημα 12:** Ποιός συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο για τις γυναίκες

**Γράφημα 13:** Εισαγωγή των ανδρών στο Νοσοκομείο

**Γράφημα 14:** Εισαγωγή των γυναικών στο Νοσοκομείο

**Γράφημα 15:** Ημέρες νοσηλείας των ανδρών

**Γράφημα 16:** Ημέρες νοσηλείας των γυναικών

**Γράφημα 17:** Οι κλινικές όπου νοσηλεύτηκαν οι Άνδρες

**Γράφημα 18:** Οι κλινικές όπου νοσηλεύτηκαν οι γυναίκες

**Γράφημα 19:** Περιβάλλον της κλινικής άντρες

**Γράφημα 20:** Περιβάλλον της κλινικής γυναίκες

**Γράφημα 21:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας κοιτάει στα μάτια κατά την επικοινωνία σας; άντρες

**Γράφημα 22:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας κοιτάει στα μάτια κατά την επικοινωνία σας;  
γυναίκες

**Γράφημα 23:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της χρησιμοποίησε κατά την επικοινωνία σας λέξεις που δεν καταλάβατε; άντρες

**Γράφημα 24:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της χρησιμοποίησε κατά την επικοινωνία σας λέξεις που δεν καταλάβατε; γυναίκες

**Γράφημα 25:** Είχατε πρόβλημα να καταλάβετε την/τον νοσηλεύτρια/τη επειδή μίλησε πολύ γρήγορα; άντρες

**Γράφημα 26:** Είχατε πρόβλημα να καταλάβετε την/τον νοσηλεύτρια/τη επειδή μίλησε πολύ γρήγορα; γυναίκες

- Γράφημα 27:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας δίνει αρκετό χρόνο για να πείτε ότι θεωρείτε σημαντικό για τη θεραπεία σας; άντρες
- Γράφημα 28:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας δίνει αρκετό χρόνο για να πείτε ότι θεωρείτε σημαντικό για τη θεραπεία σας; γυναίκες
- Γράφημα 29:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της ακούει προσεκτικά ότι έχετε να πείτε; άντρες
- Γράφημα 30:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της ακούει προσεκτικά ότι έχετε να πείτε; γυναίκες
- Γράφημα 31:** Έχετε τη γνώμη ότι η/ο νοσηλεύτρια/της βεβαιώνεται ότι έχετε κατανοήσει αυτά που σας είπε; άντρες
- Γράφημα 32:** Έχετε τη γνώμη ότι η/ο νοσηλεύτρια/της βεβαιώνεται ότι έχετε κατανοήσει αυτά που σας είπε; γυναίκες
- Γράφημα 33:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας εξηγεί τι θα μπορούσατε να κάνετε για να φροντίσετε τον εαυτό σας; άντρες
- Γράφημα 34:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας εξηγεί τι θα μπορούσατε να κάνετε για να φροντίσετε τον εαυτό σας; γυναίκες
- Γράφημα 35:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας εξηγεί με σαφήνεια πώς μπορείτε να πάρετε τα φάρμακά σας; άντρες
- Γράφημα 36:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας εξηγεί με σαφήνεια πώς μπορείτε να πάρετε τα φάρμακά σας; γυναίκες
- Γράφημα 37:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας εξηγεί με σαφήνεια τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα φάρμακα που λαμβάνετε; άντρες
- Γράφημα 38:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της σας εξηγεί με σαφήνεια τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα φάρμακα που λαμβάνετε; γυναίκες
- Γράφημα 39:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της ενδιαφέρθηκε για εσάς ως άτομο και όχι μόνο για το νόσημά σας; άντρες
- Γράφημα 40:** Η/Ο νοσηλεύτρια/της ενδιαφέρθηκε για εσάς ως άτομο και όχι μόνο για το νόσημά σας; γυναίκες
- Γράφημα 41:** Θα θέλατε η/ο νοσηλεύτρια/της να διαθέτει για εσάς περισσότερο χρόνο; άντρες
- Γράφημα 42:** Θα θέλατε η/ο νοσηλεύτρια/της να διαθέτει για εσάς περισσότερο χρόνο; γυναίκες
- Γράφημα 43:** Πόσο άνετα αισθάνεστε συζητώντας μαζί της/του; άντρες
- Γράφημα 44:** Πόσο άνετα αισθάνεστε συζητώντας μαζί της/του; Γυναίκες
- Γράφημα 45:** Πώς θα αξιολογούσατε την επικοινωνία σας με την/τον νοσηλεύτρια/τη; άντρες

**Γράφημα 46:** Πώς θα αξιολογούσατε την επικοινωνία σας με την/τον νοσηλεύτρια/τη; γυναίκες

**Γράφημα 47:** Πόσο νιώθετε ότι η/ο νοσηλεύτρια/της αποτελεί κατάλληλο διάυλο επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας; άντρες

**Γράφημα 48:** Πόσο νιώθετε ότι η/ο νοσηλεύτρια/της αποτελεί κατάλληλο διάυλο επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας; γυναίκες

**Γράφημα 49:** Πώς θα αξιολογούσατε την αντιμετώπιση των συνοδών σας από την/τον νοσηλεύτρια/τη; άντρες

**Γράφημα 50:** Πώς θα αξιολογούσατε την αντιμετώπιση των συνοδών σας από την/τον νοσηλεύτρια/τη; γυναίκες

**Γράφημα 51:** Πιστεύετε ότι η μέγιστη πληροφόρηση μέσω του διαδικτύου, όσον αφορά την πάθηση σας μπορεί να αντικαταστήσει την όποια επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό; άντρες

**Γράφημα 52:** Πιστεύετε ότι η μέγιστη πληροφόρηση μέσω του διαδικτύου, όσον αφορά την πάθηση σας μπορεί να αντικαταστήσει την όποια επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό; γυναίκες

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να απευθύνω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου σε όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας. Και πρώτα απ' όλα, σε όλους τους καθηγητές που μου μετέδωσαν πολύτιμες γνώσεις και μου έδωσαν τα κατάλληλα εφόδια και κίνητρα για την ολοκλήρωση της συμμετοχής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.

Ιδιαίτερα όμως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κύριο **Σάββα Μαυρίδη** για τη συνεχή καθοδήγηση, την αμέριστη υποστήριξη, τις ουσιώδεις συμβουλές, καθώς επίσης και την αδιάκοπη συμπαράσταση και ενθάρρυνση που μου παρείχε, με υπομονή και αγάπη, σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε αυτούς που με την καθημερινή τους συμπαράσταση, την υπομονή τους και την θετική τους σκέψη, συνέβαλλαν στην εκπλήρωση των στόχων που είχα θέσει: Στα αγαπημένα μου πρόσωπα, την οικογένειά μου, που αποδέχθηκαν όλες τις επιλογές μου και μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα, αμέριστη βοήθεια και ψυχολογική υποστήριξη, χωρίς την οποία τίποτα από όσα έχω καταφέρει μέχρι σήμερα δε θα ήταν δυνατό.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία, όρος πολύπλευρος με πλούσια ιστορία, είναι μια έννοια συνυφασμένη με κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα, καθώς θεωρείται «ο μηχανισμός μέσω του οποίου υπάρχουν και αναπτύσσονται οι ανθρώπινες σχέσεις...» Η επικοινωνία είναι μια διαδικασία αλληλεπίδρασης με σκοπό την ανταλλαγή μηνυμάτων, έμφυτη σε κάθε άνθρωπο, αλλά που οι επιμέρους τεχνικές δεξιότητές της είναι δυνατό να διδαχθούν. Οι νοσηλευτές είναι από τη φύση του επαγγέλματος «επαγγελματίες» της επικοινωνίας, αφού η νοσηλευτική στηρίζεται στη δυνατότητα που έχουν αναπτύξει προκειμένου να δημιουργούν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς. (Μπακιρτζής, 2002)

Οι νοσηλευτές συναντούν τους ασθενείς σε στιγμές μεγάλης ανασφάλειας, αγωνίας και πόνου. Ως αποτέλεσμα, βιώνουν πολλά και διαφορετικής έντασης συναισθήματα, που καλούνται να επεξεργαστούν και να διαχειριστούν στη θεραπευτική τους σχέση με τον ασθενή.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να φωτιστεί η παραμελημένη αυτή πλευρά της νοσηλευτικής εργασίας, η συναισθηματική εργασία. Δεν μπορεί να υπάρξει θεραπευτική σχέση χωρίς συναίσθημα (Savage J. 2004).

Η θεραπευτική σχέση και η συναισθηματική εργασία είναι έννοιες αλληλένδετες. Σε εποχές όπου η μεταβαλλόμενη κουλτούρα της Ιατρικής, δεδομένου ότι προσπαθεί να ανταποκριθεί όλο και περισσότερο στις προσταγές της επιχειρηματικής λογικής, καθιστά την προσωποκεντρική φροντίδα πραγματικά δυσεύρετη, θεωρητικοί της Νοσηλευτικής επιμένουν να τονίζουν την πυρηνική σημασία της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή - ασθενούς (McMahon R, Pearson A1991, Watson J. Caring 2006).

Παράλληλα, πλήθος ερευνητών νοσηλευτών μελετούν την εμπειρία της νοσηλευτικής φροντίδας (Ersser S. 1991, Williams A, Irurita VF. Emotional 2006) και τις διαφορές αντιλήψεων της φροντίδας ανάμεσα σε ασθενείς και νοσηλευτές (Patistea E, Siamanta E. A). Στις έρευνες αυτές, η θεραπευτική σχέση αποτελεί ολοφάνερα πηγή πλήθους συναισθημάτων τόσο για το νοσηλευτή όσο και για τον ασθενή.

Η Swanson K. (Swanson K. 1999), σε μια μεταανάλυση 130 ερευνών σχετικά με τα αποτελέσματα της φροντίδας και της έλλειψής της, διαπίστωσε ότι, όταν οι ασθενείς νιώθουν ότι τους παρέχεται φροντίδα, οι έρευνες περιγράφουν τις εξής θετικές συνέπειες:

- Ψυχική και πνευματική υγεία (αξιοπρέπεια, αυτοέλεγχος, ακεραιότητα της προσωπικότητας)
- Βελτίωση της σωματικής υγείας, διάσωση ζωής, αυξημένο αίσθημα ασφάλειας
- Μείωση του κόστους
- Αύξηση των σχέσεων εμπιστοσύνης, της άνεσης και της οικογενειακής υποστήριξης.

Αντίθετα, όταν οι ασθενείς δεν ένιωθαν ότι τους παρεχόταν φροντίδα, τα αποτελέσματα των ερευνών καταδείκνυαν τις εξής αρνητικές συνέπειες:

- Ταπείνωση, φόβο, απώλεια ελέγχου
- Απόγνωση, αίσθημα αβοήθητου, αποξένωση, ευαλωτότητα
- Ανεπάρκεια θεραπείας.

Οι συνέπειες αυτές για τους ασθενείς αντανακλούν και τις αντίστοιχες συνέπειες για τους νοσηλευτές. Έτσι, για τους νοσηλευτές που παρείχαν φροντίδα διαπιστώθηκαν οι εξής επιπτώσεις:

- Αίσθημα ψυχικής και πνευματικής πληρότητας, ικανοποίηση, αίσθηση σκοπού.
- Αίσθημα ευγνωμοσύνης, ολοκλήρωσης, πληρότητας, αυτοεκτίμησης.
- Ικανότητα να ζουν την προσωπική τους φιλοδοξία.
- Ικανότητα να επεξεργάζονται την κλινική εμπειρία.
- Αγάπη για τη Νοσηλευτική.
- Επιθυμία για περισσότερη γνώση.

Αντίθετα, οι νοσηλευτές που δεν παρείχαν φροντίδα ένιωθαν ότι είχαν γίνει σκληροί, αδιάφοροι, «σαν ρομπότ», εξουθενωμένοι, καταθλιπτικοί ή φοβισμένοι. (Swanson K. 1999).

## ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο άνθρωπος είναι “ζώον κοινωνικόν”, λέει ο Αριστοτέλης τονίζοντας την ανάγκη του ανθρώπου για επικοινωνία από την πρώτη στιγμή της εμφάνισης του στη γη. (Παπαδάκη - Μιχαηλίδη, Ε., 1995).

Η ανάγκη για επικοινωνία είναι γνωστή και προφανής από τα πανάρχαια χρόνια, υπηρετώντας την ανάγκη για επιβίωση και εξέλιξη. Το επιστημονικό πόρισμα του κοινωνιολόγου Ε. Durkheim ότι «το άτομο και η κοινωνία σχηματίζουν μια άτμητη εναλλασσόμενη σχέση αλληλεπίδρασης» δηλώνει τη στενή συνάφεια ανάμεσα στο να ζει κανείς σε μια κοινότητα και στο να επικοινωνεί με τους ομοίους του. (Καψάλης, 2003).

Η αναγκαιότητα της επικοινωνίας εκφράστηκε από την εποχή των πρωτόγονων ανθρώπων για λόγους πρακτικής υφής στον αγώνα του να βρει τροφή και να προστατευθεί από τα θηρία και από τους κινδύνους από το αφιλόξενο φυσικό περιβάλλον. Αναζήτησε στους συνανθρώπους του, βοηθούς και συνεργάτες και για το σκοπό αυτό είχε επεξεργασθεί ένα πρωτόγονο σύστημα συνεννόησης, με χειρονομίες αρχικά και με ήχους που δεν πρέπει να ήταν πολύ διαφορετικοί από τους ήχους και τις κραυγές των ζώων. Σταδιακά όμως το σύστημα αυτό διαμορφώθηκε και εξελίχθηκε σε πραγματική «γλώσσα», που είναι μια καθαρά ανθρώπινη κατάκτηση.

Η άλλη μεγάλη ανθρώπινη κατάκτηση, δηλαδή η ανακάλυψη της γραφής, έδωσε πολύ αργότερα τεράστια ώθηση στην εξέλιξη της ανθρώπινης ευφυΐας και του πολιτισμού. Με την εφεύρεση της γραφής, ο άνθρωπος μπόρεσε να υπερνικήσει το χρόνο και να υπερβεί το χώρο, γιατί ο γραπτός λόγος διασώζει το λόγο στο βάθος του χρόνου, ενώ ταυτόχρονα τον κάνει προσιτό σε κάθε σημείο της γης (Ελευθεριάδης, 1998).

Η ανθρώπινη επικοινωνία αναπτύχθηκε πριν από εκατομμύρια χρόνια εφόσον οι άνθρωποι ένιωθαν από νωρίς αυτήν την ανάγκη. Σήμερα η επικοινωνία παίζει μεγάλο ρόλο στη ζωή μας αφού ολόκληρη η καθημερινότητα μας εξαρτάται από αυτήν.

Η επικοινωνία μεταξύ μας μπορεί να γίνει με νοήματα, με λέξεις και με γράμματα δηλαδή μπορεί να είναι νοηματική, προφορική ή γραπτή αντίστοιχα. Ο άνθρωπος από τη φύση του είναι ον κοινωνικό. Από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή και τα γηρατειά, ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να συνυπάρχει με άλλους, να ανταλλάσσει απόψεις, γνώμες, εμπειρίες, να μοιράζεται καταστάσεις, να δίνει και να παίρνει. Από τα πιο απλά ερεθίσματα έως και τα πλέον κοινωνικά, ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται το περιβάλλον με διαπροσωπικούς



όρους. Κύριοι πρωταγωνιστές στον κόσμο των διαπροσωπικών σχημάτων είναι ο «εαυτός» και οι «άλλοι». Ο εαυτός ποτέ δεν είναι αποκομμένος από τους άλλους. (Καφέτσιος, 2005).

Η επικοινωνία είναι έμφυτη στον άνθρωπο, αλλά στη σύγχρονη κοινωνία βρίσκει πολλά εμπόδια στην έκφρασή της (υλικά, πολιτιστικά, ηθικά, γλωσσικά κ.α.). Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η κατάκτηση εξελιγμένων δεξιοτήτων επικοινωνίας που θα βοηθήσουν ιδιαίτερα τους εφήβους στην ολοκλήρωση της προσωπικότητάς τους. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εδραίωσης συνεργατικών και αλληλεπιδραστικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους «σημαντικούς άλλους» αρωγούς στην πορεία κοινωνικοποίησής τους, δηλαδή τους γονείς, τους καθηγητές και τους συνομηλίκους τους. Θα μπορέσουν να ενταχθούν ευκολότερα σε κοινωνικές ομάδες ξεφεύγοντας από την απομόνωση και βρίσκοντας υποστήριξη στις δύσκολες στιγμές της εφηβείας. (Βιθυνός, Μ., Παπαμαύρου, Ε., Σπηλιώτης, Κ., 2004).

Η επικοινωνία είναι η βάση όλων των σχέσεων. Δεν μπορείς να έχεις σωστές προσωπικές, είτε επαγγελματικές σχέσεις, χωρίς υγιή και αποτελεσματική επικοινωνία. Στην περίπτωση της εργασίας η επικοινωνία είναι ακόμα πιο σημαντική. Είναι ο πυλώνας με τον οποίο χτίζονται επαγγελματικές σχέσεις. (Παπαδάκη και συν, 1998).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ;

Επικοινωνία είναι η διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών και μεταβίβασης μηνυμάτων από ένα άτομο σε άλλο (πομπός και δέκτης), μέσω συμβόλων, ήχων, αριθμών, γραμμάτων, 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).

Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών δεν είναι μια επικοινωνία μεταξύ ισοδύναμων οντοτήτων. Ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας που θα παρέχει θεραπεία, ενώ ο ασθενής είναι εκεί για να λάβει θεραπεία και συχνά για να μάθει πώς να διαχειρίζεται τις πτυχές της προσωπικής του θεραπείας.

Αυτό δημιουργεί μια εντελώς διαφορετική δυναμική και δεν πρέπει να υποτιμάται ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει στην επικοινωνία.

Επιπλέον, ένας ασθενής μπορεί να έχει ζήσει με τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης για πολλά χρόνια, καθιστώντας τον εμπειρογνώμονα σχετικά με τον τρόπο που θα αντιμετωπίσει τη δική του θεραπεία, και αυτό δεν πρέπει ποτέ να υποτιμηθεί.

Η επικοινωνία ως διαδικασία, διαθέτει αρχή, μέση και τέλος. Και τα τρία μέρη είναι ζωτικής σημασίας για να είναι η επικοινωνία αποτελεσματική. Η αρχή οποιασδήποτε επικοινωνίας είναι κρίσιμη, καθώς οι πρώτες εντυπώσεις είναι σημαντικές. Εάν ο νοσηλευτής δεν ξεκινήσει με τη σωστή βάση, αυτό θα επηρεάσει τη μελλοντική επικοινωνία με τον ασθενή. Αυτό βέβαια θα επηρεάσει και τη μέση και είναι αυτό που πρόκειται να μεταδοθεί.

Η ολοκλήρωση της επικοινωνίας είναι επίσης σημαντική. Η επικοινωνία που τελειώνει απότομα - είτε με διακοπή είτε επειδή ο νοσηλευτής χρειάστηκε να φύγει αιφνίδια για άλλον

ασθενή - μπορεί να αφήσει τον ασθενή απογοητευμένο ή να αισθανθεί ότι ο νοσηλευτής δεν τον άκουσε με προσοχή.

Αυτό ισχύει κυρίως, αν ήταν ο ασθενής αυτός που ξεκίνησε τη συζήτηση. Η μελλοντική επικοινωνία μεταξύ αυτού του νοσηλευτή και εκείνου του ασθενούς θα είναι επισφαλής.

## **1.2. ΓΙΑΤΙ Η ΚΑΛΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΑΙΤΕΙ ΚΑΛΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ;**

- Προωθεί ειλικρινή και ανοιχτή επικοινωνία.
- Μειώνει το φόβο και τη σύγχυση.
- Αποτρέπει την παρανόηση.
- Επιτρέπει στους ασθενείς να συνεργάζονται και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με το εάν και ποιόν τρόπο θεραπείας θα ακολουθήσουν. (*Hafford, R 2010*).

## **1.3. ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ Η ΚΑΛΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ;**

«Οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τη σημασία της σαφούς και τακτικής επικοινωνίας». Εάν η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή είναι σαφής, συνοπτική και γίνεται σε γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή, τότε ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται λιγότερο άγχος και μπορεί να υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες σύγχυσης και παρεξήγησης. Αυτό επιτρέπει επίσης έναν διαφορετικό τύπο σχέσης κατά τον οποίο ο ασθενής συμμετέχει περισσότερο στη θεραπεία του και δεν είναι απλά ένας παθητικός παραλήπτης. (*Hafford, R 2010*).

## **1.4. ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΕΙΝΑΙ:**

- i. Καλύτερη κατανόηση.
- ii. Σαφήνεια: τι συμβαίνει και γιατί. Τι πρέπει να συμβεί.
- iii. Συμμόρφωση: όπου υπάρχει σαφήνεια και κατανόηση στην επικοινωνία, οι ασθενείς είναι σε θέση να ακολουθήσουν τις συστάσεις των επαγγελματιών υγείας.

- iv. Έλεγχος: οι ασθενείς που ζητούν και λαμβάνουν πληροφορίες, θα αισθάνονται περισσότερο ότι έχουν τον έλεγχο του θεραπευτικού τους σχεδίου.
- v. Θέματα προς συζήτηση: όταν γίνεται συζήτηση για ότι απασχολεί τον ασθενή, ο φόβος και το άγχος μειώνονται. (*Hafford, R 2010*).

Οι Schmidt και Svarstad, υποστήριξαν ότι, η ομαδική συνεργασία, μέσα από την αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και συμβάλλει στη μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους. (*Schmidt IK, Svarstad BL. 2002*).

## **1.5. ΤΙ ΕΜΠΟΔΙΖΕΙ ΤΗΝ ΚΑΛΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ;**

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που εμποδίζουν την επικοινωνία. Μπορεί να έχετε δει ή βιώσει ορισμένους από αυτούς τους παράγοντες που εμποδίζουν μία επικοινωνιακή συζήτηση. Αυτοί περιλαμβάνουν: (*Butler, G & Hope, T 2007*)

### **Συμπεριφορά:**

- Υποθέτετε ότι γνωρίζετε, τι είναι καλύτερο για τον ασθενή σας χωρίς να τον ρωτήσετε.
- Αισθάνεστε ότι πρέπει να είστε υπεύθυνος για όλα.
- Επιβάλλετε τις αξίες, τις προσδοκίες και τις απόψεις σας στον ασθενή.
- Δεν ρωτάτε τον ασθενή τι γνωρίζει.
- Αφήνετε την δυσαρέσκεια ή την ενόχλησή σας από κάτι να διαμορφώνουν το πλαίσιο φροντίδας του ασθενή.

### **Γλώσσα:**

Δίνονται συχνά πληροφορίες χρησιμοποιώντας εξειδικευμένη ορολογία με την οποία ο ασθενής δεν είναι εξοικειωμένος. Αυτό μπορεί να προκαλέσει παθητική ανταπόκριση από τον ασθενή που οδηγεί σε ένα είδος σχέσης γονέα / παιδιού, μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.

Μερικοί ασθενείς δυσκολεύονται να εκφράσουν με απλά λόγια αυτό που τους απασχολεί. Ίσως χρειαστεί να χρησιμοποιηθούν, από τον νοσηλευτή, διακριτικά στοχευμένες ερωτήσεις για να βρεθεί ένας τρόπος να ξεπεραστεί αυτό το εμπόδιο.

### **Τόπος:**

Οι πληροφορίες που δίνονται στον ασθενή στο νοσοκομειακό περιβάλλον συχνά εμποδίζουν την καλή επικοινωνία. Για πολλούς ασθενείς και μόνο η επίσκεψη στο νοσοκομείο, στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η ενημέρωση, τους προκαλεί ανησυχία καθιστώντας τους κακούς ακροατές και περιορίζει την ικανότητά τους να αφομοιώσουν τις πληροφορίες που τους παρέχονται.

Η διάγνωση και η θεραπεία του ασθενή μπορούν να επηρεάσουν την αυτοεικόνα του. Οι συχνές επισκέψεις στο νοσοκομείο θα επηρεάσουν τόσο την ικανότητά τους να επικοινωνήσουν, όσο και τον βαθμό αφομοίωσης των πληροφοριών.

## **1.6. ΣΚΟΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Υπάρχουν τρεις διαφορετικοί σκοποί στην επικοινωνία μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενών:

- i. η δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης.
- ii. η ανταλλαγή πληροφοριών.
- iii. και η λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία.

## **1.7. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

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 (*Butler, G & Hope, T 2007*).

### **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.

### **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 συμμετέχοντες.*» (Παπαδάκη, 1995).

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι γνώστες των μη λεκτικών μηνυμάτων που στέλνουν, καθώς και εκείνων που δέχονται από τους ασθενείς.

## **1.8. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:**

### **Άγγιγμα:**

Το άγγιγμα εκφράζει την προσωπική συμπεριφορά και έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι εμπειρίες της αφής διαμορφώνονται σε μεγάλο βαθμό από οικογενειακές, τοπικές, ταξικές και πολιτιστικές επιδράσεις. Επίσης, παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία παίζουν ρόλο στην εξατομίκευση των μηνυμάτων που συνοδεύουν το άγγιγμα. Παρά την εξατομικευμένη φύση του, το άγγιγμα θεωρείται ως ένας από τους πιο αποτελεσματικούς μη λεκτικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων, όπως η άνεση, η αγάπη, η αφοσίωση, η ασφάλεια, ο θυμός, η απογοήτευση, η επιθετικότητα, ο ενθουσιασμός και πολλά άλλα. (Dewit, 2001).

### **Οπτική επαφή:**

Η επικοινωνία συχνά αρχίζει με την οπτική επαφή. Μια ματιά, για παράδειγμα, είναι συχνά μια μέθοδος συγκέντρωσης της προσοχής, ώστε να ξεκινήσει μια συζήτηση. Επίσης, η οπτική επαφή δείχνει σεβασμό, επιθυμία για ακρόαση και διατήρηση ανοιχτής επικοινωνίας. Η απουσία της συχνά σημαίνει ότι το άτομο αισθάνεται ανήσυχο, ανυπεράσπιστο, ή ότι αποφεύγει την επικοινωνία.

### **Εκφράσεις του προσώπου:**

Το πρόσωπο είναι το πιο εκφραστικό τμήμα του σώματος.

Παραδείγματα των ποικίλων μηνυμάτων που μεταβιβάζουν οι εκφράσεις του προσώπου είναι:

- ο θυμός,
- η χαρά,
- η καχυποψία,

- η θλίψη,
- ο φόβος,
- και η περιφρόνηση.

Μερικοί έχουν υπερβολικά εκφραστικά πρόσωπα, ενώ άλλοι αποκρύπτουν τα συναισθήματά τους, καθιστώντας ακόμα δυσκολότερο τον προσδιορισμό των πραγματικών σκέψεων του ατόμου.

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν πώς να ελέγχουν σε κάποιο βαθμό τις εκφράσεις του δικού τους προσώπου.

Για παράδειγμα, ένας ασθενής με εκτεταμένα εγκαύματα μπορεί να παρακολουθεί τις αντιδράσεις του νοσηλευτή όταν απομακρύνονται τα καμένα ρούχα. Κάθε σημάδι αποστροφής ή αηδίας μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην ανάρρωση του ασθενούς και την εικόνα που έχει για τον εαυτό του.

### **Στάση σώματος:**

Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο τοποθετεί το σώμα του μεταφέρει μη λεκτικά μηνύματα. Τα υγιή και με θετική συμπεριφορά άτομα κρατούν σε καλή ευθυγράμμιση το σώμα τους. Τα καταθλιπτικά ή κουρασμένα άτομα, τείνουν συχνά να γέρνουν τους ώμους.

### **Βάδισμα:**

Το ζωηρό αποφασιστικό περπάτημα, συνήθως μεταφέρει μηνύματα ευεξίας. Το λιγότερο αποφασιστικό και συρτό βάδισμα, συχνά δείχνει θλιμμένο ή αποθαρρυσμένο άτομο.

### **Χειρονομίες:**

Οι χειρονομίες έχουν την ικανότητα μεταφοράς πολλαπλών μηνυμάτων. Για παράδειγμα, όταν οι αντίχειρες είναι στραμμένοι προς τα επάνω, το μήνυμα είναι «νίκη», ενώ όταν είναι στραμμένοι προς τα κάτω μεταφέρουν αρνητικό μήνυμα. Το γνέψιμο με το χέρι, καλεί κάποιον να πλησιάσει, ενώ εάν γίνεται προς την αντίθετη φορά σημαίνει ότι εκείνος πρέπει να φύγει.

### **Σιωπή:**

Οι περίοδοι της σιωπής κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας μεταφέρουν σημαντικά μη λεκτικά μηνύματα. Η σιωπή μεταξύ δύο ατόμων μπορεί να εκφράζει είτε πλήρη κατανόηση ή θυμό. (Butler, G & Hope, T 2007)

## 1.9. ΦΡΑΓΜΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι φραγμοί της επικοινωνίας μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι οι αντίθετοι από τους παραπάνω παράγοντες οι οποίοι προάγουν την επικοινωνία. Κάποιοι από τους επιπλέον παράγοντες οι οποίοι εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι παρακάτω (Pease A, 2006):

### **Αποτυχία αντίληψης του ασθενούς ως ανθρώπινου όντος:**

Οι ασθενείς αναφέρουν ότι δεν υπάρχει τίποτα πιο δυσάρεστο από το να τους αντιμετωπίζουν ως ένα αντικείμενο φροντίδας παρά ως η κ. Β που υποβλήθηκε σε εγχείρηση παχέος εντέρου. Εκείνο που διακρίνει τη νοσηλευτική από τα άλλα επαγγέλματα υγείας είναι ότι επικεντρώνεται στο όλο άτομο και όχι απλά στην ασθένεια ή τη δυσλειτουργία.

### **Αποτυχία ακρόασης:**

Η άνεση των ασθενών να επικοινωνήσουν ελεύθερα με τους νοσηλευτές ποικίλει και συχνά, τα σήματα που υποδεικνύουν την ετοιμότητά τους να συνομιλήσουν, είναι δύσκολο να διακριθούν. Οι νοσηλευτές μπορεί να χάσουν πολύτιμες ευκαιρίες για αποτελεσματική επικοινωνία, εάν προσεγγίζουν τους ασθενείς χωρίς ευρύτητα πνεύματος, ή θέτοντας στο επίκεντρο τις δικές τους ανάγκες παρά εκείνες των ασθενών.

### **Χρήση στερεότυπων:**

Είναι κοινότυπες ή έτοιμες απαντήσεις. Οι περισσότερες στερεότυπες απαντήσεις τείνουν να υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει λόγος για άγχος ή ανησυχία, ή προσφέρουν λανθασμένες διαβεβαιώσεις. Η χρήση τους συνήθως μεταφράζεται ως έλλειψη αληθινού ενδιαφέροντος γι' αυτό που έχει λεχθεί.

### **Χρήση ερωτήσεων που απαιτούν μονολεκτική απάντηση ναι η όχι:**

Οι ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν απλά με ένα «ναι» ή ένα «όχι» τείνουν να διακόπτουν τη συζήτηση, ακόμη και όταν το άτομο επιθυμεί να τη συνεχίσει.

### **Χρήση ερωτήσεων που περιέχουν τις λέξεις γιατί και πώς:**

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούν το «γιατί» και το «πώς» έχουν την τάση να φοβίζουν.

### **Χρήση καθοδηγητικών ερωτήσεων:**

Η κατευθυνόμενη ερώτηση υποδεικνύει την απάντηση την οποία επιθυμεί να ακούσει ο ομιλητής. Οι καθοδηγητικές ερωτήσεις έχουν την τάση να εκμαιεύουν απαντήσεις που



πιθανόν θα ευχαριστήσουν το νοσηλευτή, αλλά είναι απίθανο να ενθαρρύνουν τον ασθενή να απαντήσει χωρίς να αισθάνεται ότι απειλείται.

#### **Χρήση σχολίων που δίνουν συμβουλές:**

Η παροχή συμβουλών συχνά υπονοεί ότι ο νοσηλευτής γνωρίζει τι είναι καλύτερο για τον ασθενή και του στερεί το δικαίωμα να αποφασίζει και να εκφράζει τα συναισθήματά του. Επίσης, τείνει να αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς από το νοσηλευτή. Ωστόσο, οι συμβουλές θα πρέπει να δίνονται όταν ζητηθούν και το άτομο που τις προσφέρει να κατέχει εξειδικευμένες γνώσεις, τις οποίες δεν έχει ο ασθενής.

#### **Χρήση κριτικών σχολίων:**

Η χρήση των κριτικών σχολίων τείνει να επιβάλλει τα πρότυπα του νοσηλευτή στον ασθενή. Ακολουθεί το σχόλιο ενός νοσηλευτή που βλέπει μια νεαρή γυναίκα να κλαίει.

Νοσηλευτής: *«Δεν φέρεστε ώριμα. Πώς νομίζετε ότι θα αισθανόταν ο σύζυγός σας αν σας έβλεπε να κλαίτε;»*

Ο νοσηλευτής κρίνει την ασθενή σαν ανώριμη και η προφανής επιθετικότητα θα μπορούσε να σταματήσει την αποτελεσματική επικοινωνία. Σ' αυτή την περίπτωση το σχόλιο θα μπορούσε να είναι ως εξής:

Νοσηλευτής: *«θα ήθελα να σας βοηθήσω. Πέστε μου τι σας κάνει να κλαίτε.»*

#### **Ψευδής εφησυχασμός:**

Η αντιμετώπιση των θετικών εκφράσεων είναι ευκολότερη και περισσότερο ευχάριστη από εκείνη των αρνητικών. Ορισμένες φορές ο νοσηλευτής μπορεί να προσπαθήσει με διάφορα σχόλια να πείσει τον ασθενή ότι τα πράγματα θα εξελιχθούν καλά, έστω και αν γνωρίζει ότι δεν υπάρχουν πολλές πιθανότητες. Ο εφησυχασμός δίνει στους ασθενείς την εντύπωση ότι ο νοσηλευτής δεν ενδιαφέρεται για τα προβλήματά τους (Λεμονίδου & Πατηράκη - Κουρμπάνη, 1997).

## **1.10. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η επικοινωνία αποτελεί θεμέλιο λίθο της κοινωνίας. Από τη φύση τους οι άνθρωποι είναι κοινωνικά όντα και οι ανάγκες τους καλύπτονται μόνο όταν συνεργάζονται μεταξύ τους.

Στον David K. Berlo (1960) ανήκει η κλασική περιγραφή της διαδικασίας της επικοινωνίας, στην οποία εμπλέκονται ο πομπός (κωδικοποιητής), το μήνυμα, ο διάυλος επικοινωνίας και ο δέκτης (αποκωδικοποιητής)

Η επικοινωνία είναι διεργασία μεταβίβασης πληροφοριών ή διαδικασία παραγωγής και μετάδοσης μηνυμάτων, στην οποία εμπλέκονται ο πομπός (κωδικοποιητής), το μήνυμα, ο διάυλος επικοινωνίας και ο δέκτης (αποκωδικοποιητής).

Η λειτουργία του πομπού ή του κωδικοποιητή είναι η προετοιμασία και αποστολή ενός μηνύματος στο δέκτη, το οποίο μπορεί να αποκωδικοποιηθεί με πλήρη ακρίβεια. Το μήνυμα είναι το αποκλειστικό προϊόν του πομπού ή του κωδικοποιητή και πιθανόν να έχει τη μορφή διάλεξης, συνέντευξης, τηλεφωνικής συνομιλίας, διαγράμματος, συζήτησης, χειρονομίας, σημειώματος ή νοσηλευτικών αναφορών και παρατηρήσεων.

Ο διάυλος επικοινωνίας είναι το μέσο που επιλέγεται για τη μεταβίβαση του μηνύματος και μπορεί να έχει ως στόχο οποιαδήποτε από τις αισθήσεις του δέκτη. Σε μια εκπαιδευτική συνεδρία ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει τις διόδους της όρασης, της ακοής και της αφής για να επικοινωνήσει με τον ασθενή.

Ο δέκτης (αποκωδικοποιητής) όταν δέχεται το μήνυμα, πρέπει να το μεταφράσει και να πάρει μια απόφαση σχετικά με αυτό. Ο νοσηλευτής, ο οποίος επικοινωνεί αποτελεσματικά, επιλέγει εκείνα τα μηνύματα, τα οποία ικανοποιούν τα ενδιαφέροντα του δέκτη (ασθενούς), χρησιμοποιώντας κατανοητές λέξεις που απαιτούν ελάχιστη προσπάθεια και χρόνο για να αποκωδικοποιηθούν. (David K. Berlo 1960)

## **1.11. ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, ερευνητές - νοσηλευτές μελετούν την παραμελημένη αυτή πλευρά της φροντίδας, τη συναισθηματική εργασία. Καταγράφουν, δηλαδή, τα συναισθήματα στη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και τους μηχανισμούς με τους οποίους οι νοσηλευτές τα αντιμετωπίζουν.

Η Froggatt K. (1998) μελετά τις μεταφορές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στον καθημερινό τους λόγο, για να μιλήσουν, για τα συναισθήματά τους. Τα συναισθήματα παρομοιάζονται με υγρά που αδειάζουν, γεμίζουν ή βαραίνουν το σώμα του νοσηλευτή.

Συχνές εκφράσεις είναι οι ακόλουθες: «νιώθεις άδειος», «φορτωμένος», η εργασία «σε αδειάζει», «χάνεις τη συναισθηματική σου ενέργεια» δίνοντας συναίσθημα κατά τη διάρκεια της εργασίας, «σε φορτώνει» και μάλιστα κάποιες στιγμές σε τέτοιο βαθμό που να «σε ρίχνει» από το βάρος.

Οι νοσηλευτές δεν δίνουν μόνο, αλλά παίρνουν και συναισθήματα, τα οποία στη συνέχεια μπορεί να χρειαστεί να τα «αδειάσουν», για να καταφέρουν να συνεχίσουν να παίρνουν. (Froggatt K. 1998)

Οι Allcock N, Standen P. (2001) μελέτησαν τις εμπειρίες των φοιτητών Νοσηλευτικής στην επαφή τους με τους ασθενείς και κατέγραψαν συναισθήματα:

- Αναστάτωσης.
- Ανημπόριας και ανεπάρκειας, όταν δεν μπορούν να προσφέρουν κάτι περισσότερο ή να αλλάξουν την κατάσταση του ασθενούς.
- Φόβου.
- Αποτυχίας και ενοχής, όταν ο ασθενής δεν ανακουφίζεται από τον πόνο.
- Θυμού και ματαιώσης για τους συναδέλφους και τους ιεραρχικά ανώτερους σε σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς.
- Ικανοποίησης και αισθήματος πληρότητας, όταν καταφέρνουν να προσφέρουν στον ασθενή.

Είναι φανερό πως η έκθεση στις πιο οδυνηρές πλευρές της ανθρώπινης ζωής των άλλων έχει συναισθηματικό κόστος και προκαλεί ψυχικό πόνο στους νοσηλευτές, ιδίως στα πρώτα τους βήματα.

Για να καταδείξει το συναισθηματικό κόστος της φροντίδας, η Smith P. (1992) περιγράφει το συναισθηματικό τραύμα που βίωσε φοιτητής στη φροντίδα καρκινοπαθούς παιδιού που βρισκόταν στις τελευταίες στιγμές της ζωής του.

Δυστυχώς, οι νοσηλευτές συχνά κρύβουν τα συναισθήματά τους από τους ασθενείς, από τους συναδέλφους και από τους ιεραρχικά ανώτερους, κάτι που σχετίζεται με την κουλτούρα του τμήματος του νοσοκομείου. (McCreight BS. 2005, Gattuso S, Bevan C. 2000).

Όταν η κουλτούρα του εργασιακού πλαισίου δεν ευνοεί την έκφραση και την επεξεργασία των συναισθημάτων, οι νοσηλευτές στερούνται των δυνατοτήτων ανακούφισης, κατανόησης, γνώσης και ικανοποίησης που προκύπτουν από την πολύτιμη συναισθηματική εργασία. (Allcock N, Standen P 2001)( Woods D 1997).

Τέλος, παρά την έμφαση στις δύσκολες πλευρές της συναισθηματικής εργασίας, δεν λείπουν οι έρευνες στις οποίες οι νοσηλευτές μιλούν για τα θετικά συναισθήματα που βιώνουν στη φροντίδα, όπως συναισθηματική εγγύτητα, αγάπη, απόλαυση, ικανοποίηση και πληρότητα, καθώς και την αίσθηση αυτογνωσίας και βαθύτερης γνώσης των ανθρώπων που προκύπτει από την πολύχρονη νοσηλευτική εμπειρία. (Henderson A 2001)

Εκτός, βέβαια, από τα συναισθήματα που προκαλούνται από τη σχέση με τον ασθενή, οι νοσηλευτές «κουβαλούν» κατά την επαφή με τον ασθενή και συναισθήματα από την προσωπική τους ζωή ή συναισθήματα που σχετίζονται με το πλαίσιο και τη συνολικότερη οργάνωση της εργασίας τους. Αυτά είναι:

- Άγχος,
- Κυνισμός,
- Αποπροσωποποίηση,
- Κόπωση,
- Αίσθημα ανεπάρκειας,
- Πάγωμα συναισθημάτων
- Αδιαφορία

Είναι κάποια από τα συναισθήματα που προκύπτουν από τις έρευνες πάνω στο άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. (Menzies IEP. 1960), (McGrath A, Reid N, Boore J. 2003). Το άγχος του εργασιακού πλαισίου μπορεί σταδιακά να κατακλύσει τις άμυνες του επαγγελματία και να τον υποχρεώσει να αποσυρθεί συναισθηματικά.

Η ενδοσυναδελφική δυσαρμονία, επίσης, μπορεί να αποτελεί πηγή έντονης συναισθηματικής εργασίας. (Hunter B. 2005)

Στην προσπάθειά τους οι νοσηλευτές να φανούν ότι παρέχουν ποιοτική φροντίδα, «μπλοκάρουν» τα δικά τους συναισθήματα, αλλάζουν τον τόνο της φωνής τους, την έκφραση του προσώπου τους και τη στάση του σώματός τους. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργούν θετικά συναισθήματα ή αλλάζουν τα βαθύτερα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα την πρόκληση ικανοποίησης. (Henderson A 2001)

## **1.12. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

### **Συγκεκριμένοι αντικειμενικοί σκοποί:**

Η επίτευξη μιας ουσιαστικής συνάντησης του νοσηλευτή με τον ασθενή πρέπει να καθοδηγείται από κάποιο σκοπό. Ένας αντικειμενικός σκοπός μπορεί να είναι μια ταχεία αξιολόγηση της γενικής και ολοκληρωμένης φυσικής κατάστασης του ασθενούς όταν τον επισκέπτεται στην έναρξη της βάρδιας.

### **Άνετο περιβάλλον:**

Το άνετο περιβάλλον, στο οποίο τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής αισθάνονται χαλαροί, προάγει την αλληλεπίδραση.

### **Ιδιωτικότητα:**

Αν και δεν είναι πάντα εύκολο ο νοσηλευτής και ο ασθενής να συζητούν μόνοι τους σε ένα δωμάτιο, θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια, για την εξασφάλιση της απαραίτητης ιδιωτικότητας, ώστε η συζήτηση να μην διεξάγεται παρουσία τρίτων.

### **Εμπιστευτικότητα:**

Η εμπιστευτικότητα με την οποία πρέπει να γίνεται η διαχείριση των πληροφοριών πρέπει να συμφωνηθεί με τον ασθενή. Ο νοσηλευτής υποδεικνύει τα πρόσωπα με τα οποία μοιράζεται τις πληροφορίες και ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι έχει το δικαίωμα να καθορίζει εκείνους που θα μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες.

### **Επικέντρωση στον ασθενή:**

Η επικοινωνία στη σχέση νοσηλευτή - ασθενή θα πρέπει να επικεντρώνεται στον ασθενή και στις ανάγκες του και όχι στον νοσηλευτή ή σε μια δραστηριότητα που αφορά το νοσηλευτή.

### **Χρήση των νοσηλευτικών παρατηρήσεων:**

Εξαιρετικά χρήσιμη για την εγκυρότητα των πληροφοριών είναι η παρατήρηση που περιλαμβάνει τόσο εκείνο που είναι ορατό, όσο και την ερμηνεία του.

Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής υποψιάζεται ότι ο ασθενής φοβάται να ακούσει τα αποτελέσματα συγκεκριμένων αιματολογικών εξετάσεων παρόλο που επιμένει ότι οι εξετάσεις είναι ασήμαντες. Ωστόσο, ο νοσηλευτής παρατηρεί τον ασθενή να βηματίζει στο

διάδρομο σκεπτικός. Η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενούς τον βοηθά να επαληθεύσει τις υποψίες του ότι ο ασθενής είναι προβληματισμένος και ότι η άρνηση του φόβου του αποτελεί τρόπο κάλυψης των αληθινών συναισθημάτων του.

#### **Κατάλληλος ρυθμός:**

Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον επιθυμητό για τον άρρωστο ρυθμό σε οποιαδήποτε συζήτηση μαζί του. (Dewit, 2001).

### **1.13. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΔΙΑΛΟΓΟΥ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

#### **Έλεγχος του τόνου της φωνής:**

Έτσι ώστε να μεταβιβάζεται το ακριβές και όχι κάποιο άλλο υπονοούμενο μήνυμα. Ο τόνος του νοσηλευτή θα πρέπει να δηλώνει ενδιαφέρον και όχι ανία, υπομονή και όχι θυμό, αποδοχή και όχι εχθρικότητα.

#### **Ενημέρωση**

Για το θέμα της συζήτησης και ακριβής πληροφόρηση. Εάν ο νοσηλευτής δεν είναι εξοικειωμένος με το θέμα, είναι προτιμότερο να μην ενημερώνει τον ασθενή.

#### **Ευελξία.**

Ο νοσηλευτής πιθανόν να έχει επιλέξει ένα θέμα για συζήτηση, αλλά μαθαίνει ότι ο ασθενής επιθυμεί να συζητήσει κάτι άλλο. Είναι προτιμότερο να αφήνεται η καθοδήγηση στον ασθενή, όταν είναι δυνατόν, και την κατάλληλη στιγμή ο νοσηλευτής μπορεί να επιστρέψει στο αρχικό θέμα.

#### **Σαφήνεια, συντομία και απλότητα.**

Οι ασθενείς συχνά έχουν άγχος και δεν προσλαμβάνουν το μήνυμα του νοσηλευτή εκτός εάν η συζήτηση προσαρμόζεται σε επίπεδο που είναι κατανοητό για εκείνους. Επικέντρωση κάθε φορά σε ένα θέμα.

#### **Αποφυγή λέξεων που μπορεί να παρερμηνευτούν.**

### **Ειλικρίνεια.**

Ο ασθενής σύντομα θα πάψει να εμπιστεύεται το νοσηλευτή, εάν του δίνει εσφαλμένες πληροφορίες. (Ραγιά, Α. 2004)

## **1.14. ΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ**

Η σχέση νοσηλευτή – ασθενή έχει τρεις φάσεις:

- i. τη φάση προσανατολισμού,
- ii. τη φάση εργασίας
- iii. και τη φάση λήξης.

Στη φάση προσανατολισμού, ο νοσηλευτής και ο ασθενής καθορίζουν τους όρους της σχέσης που θα ακολουθήσει. Συστήνονται και θέτουν τους στόχους της αλληλεπίδρασης.

Για ένα παθολογικό ή χειρουργικό ασθενή, ένας στόχος μπορεί να είναι να μάθει για ένα καινούριο φάρμακο ή μια καινούρια θεραπεία ή να εκφράσει τα συναισθήματα που του προκαλεί η χειρουργική επέμβαση. Τα χρονικά περιθώρια της σχέσης καθορίζονται επίσης σε αυτή τη φάση (Frisch, 2005).

Στη φάση εργασίας, ο νοσηλευτής εφαρμόζει παρεμβάσεις για την επίτευξη των στόχων που τέθηκαν κατά τη φάση του προσανατολισμού. Ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεργάζονται για την επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου λειτουργικότητας και αυτοφροντίδας του ασθενούς με βάση τις δυνάμεις που έχει. Μια σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση είναι η θεραπευτική επικοινωνία (Frisch, 2005).

Αφού ολοκληρωθεί η δουλειά που γίνεται στη φάση της εργασίας, αρχίζει η φάση λήξης. Σε αυτή τη φάση ο νοσηλευτής και ο ασθενής αποφασίζουν την πρόοδό τους και αξιολογούν κατά πόσον επιτεύχθηκαν οι στόχοι για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής μαθαίνει από αυτή τη διαδικασία ποιές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές και ποιές όχι. Ο ασθενής στην συνέχεια προχωράει σε άλλες σχέσεις (Frisch, C., Frisch, E. 2005).

Η αποτελεσματικότητα αυτής της σχέσης εξαρτάται από την ικανότητα του νοσηλευτή να βοηθήσει τον ασθενή να αναλάβει την φροντίδα του εαυτού του και να βελτιώσει την υγεία και την ευεξία του.

Τα χαρακτηριστικά της αξιοπιστίας, της συμπεριφοράς, της ενσυναίσθησης, της γνησιότητας, του σεβασμού και του συγκεκριμένου λόγου είναι απαραίτητα εφόδια για τον νοσηλευτή που θέλει να είναι αποτελεσματικός κατά την άσκηση της νοσηλευτικής (Eby, L., Brown, N. 2009).

### **1.15. ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας έχουν ως κύριο στόχο τη βοήθεια των άλλων ατόμων, μέσω μιας θεραπευτικής σχέσης. Η θεραπευτική σχέση 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.

Οι νοσηλευτές είναι από τη φύση του επαγγέλματος «επαγγελματίες» της επικοινωνίας αφού η νοσηλευτική στηρίζεται στη δυνατότητα που έχουν αναπτύξει προκειμένου να δημιουργούν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς (Μπακιρτζής, 2002).

### **1.16. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Ορισμένοι άνθρωποι τα καταφέρνουν καλύτερα στην επικοινωνία από ότι κάποιοι άλλοι. Μπορεί κάποιος να μάθει την τεχνική της αποτελεσματικής επικοινωνίας βλέποντας τις βασικές δεξιότητες επικοινωνίας (Σταλίκας, 2004).



### **Ενεργητική ακρόαση:**

Η ενεργητική ακρόαση απαιτεί μεγάλη αυτοσυγκέντρωση και εστιασμένη ενέργεια. Όλες οι αισθήσεις χρησιμοποιούνται για να ερμηνεύουν λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα, δίνεται προσοχή στα λεγόμενα του συνομιλητή και το μυαλό επικεντρώνεται στην αμφίδρομη επικοινωνία μαζί του. Όταν είστε ενεργητικός ακροατής, εκδηλώνεται ενδιαφέρον για τον ασθενή και μπορείτε να δημιουργήσετε, μια σχέση εμπιστοσύνης.

Ένας ενεργητικός ακροατής διατηρεί οπτική επαφή χωρίς να κοιτάζει επίμονα, αφιερώνει στον ασθενή όλη του την προσοχή. Επίσης δεν διακόπτει τον ομιλητή και περιμένει να ακούσει ολόκληρο το μήνυμα προτού αρχίσει να ερμηνεύει τα όσα ειπώθηκαν.

Με την ανταπόκριση (απάντηση) του ακροατή στο περιεχόμενο του μηνύματος και στα συναισθήματα, δηλώνεται παράλληλα τί κατάλαβε, ολοκληρώνεται η διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης.

Μη λεκτικές εκφράσεις οι οποίες υποδηλώνουν ενεργητική ακρόαση, είναι η κλίση του σώματος προς τα εμπρός, η επικέντρωση της προσοχής στο πρόσωπο του συνομιλητή, ένα νεύμα ότι το μήνυμα είναι το κατανοητό και η διατήρηση μιας άνετης στάσης του σώματος (Dewit, 2001).

### **Η ερμηνεία μη λεκτικών μηνυμάτων:**

- Πρέπει να δίνεται σημασία στη στάση του σώματος του ομιλητή,
- στις χειρονομίες,
- στον τόνο της φωνής,
- στις εκφράσεις του προσώπου,
- και στην κίνηση των ματιών.

Αυτά που πρέπει να παρατηρούμε είναι ένα χαμόγελο ή συνοφρύωση, η κυρτή - προς τα κάτω - στάση σώματος ή η εφίδρωση των χεριών, γιατί εκφράζουν συναισθήματα.

Όταν λαμβάνετε μη λεκτικά μηνύματα, είναι σημαντικό να θυμάστε ότι πρέπει να ερμηνεύονται με βάση την κουλτούρα του ομιλητή και όχι του ακροατή. Είναι θεμιτό, προκειμένου να γνωρίζετε το πώς επικοινωνούν ασθενείς με διαφορετική κουλτούρα, να παρατηρείτε πως χρησιμοποιούν την οπτική επαφή όταν συναναστρέφονται με άλλους.

Επίσης, κατά την διάρκεια της επικοινωνίας ο ακροατής (θεραπευτής) θα πρέπει να παρατηρεί εκτός από τα λεκτικά μηνύματα και τα μη λεκτικά ώστε να αξιολογείται η ορθή

μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση των μηνυμάτων και να αποφεύγονται άσχημα συναισθήματα (Dewit, 2001).

### **1.17. ΑΠΟΚΤΩΝΤΑΣ ΜΙΑ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗ ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Ένα σημαντικό μέρος της επικοινωνίας είναι ο έλεγχος προκειμένου να διαπιστωθεί αν το μήνυμα ερμηνεύθηκε κατά τον ίδιο τρόπο με αυτόν που εννοούσε ο ομιλητής.

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί επαναδιατυπώνοντας με άλλες λέξεις τη σημασία του μηνύματος ή διατυπώνοντας μια ερώτηση όπως «*Ο πονοκέφαλος σας είναι ισχυρός;*», «*Αισθάνεστε μεικτά συναισθήματα για την εγχείρηση;*». Η αντίδραση στην ερώτηση θα επιβεβαιώσει εάν το αρχικό μήνυμα ερμηνεύθηκε σωστά (Dewit, 2001).

#### **Εστίαση της προσοχής:**

Διατηρώντας την προσοχή μας στη διαδικασία της επικοινωνίας μπορούμε να κερδίσουμε χρόνο. Το άτομο που έχει την ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας, επαναφέρει ευγενικά την προσοχή του άλλου ατόμου στο υπό συζήτηση θέμα, όταν διαπιστώσει ότι έχει αποσπαστεί η προσοχή του. Είναι απαραίτητος ο διαρκής έλεγχος προκειμένου να διαπιστωθεί ότι το κέντρο συζήτησης είναι ο ασθενής (Dewit, 2001).

#### **Η προσαρμογή του χαρακτήρα:**

Ο χαρακτήρας του ασθενούς και ο τρόπος με τον οποίο συνήθως επικοινωνεί. Αν το άτομο είναι ένας αργός, ήρεμος συνομιλητής, προσαρμοσθείτε σε αυτόν τον ρυθμό. Αν αργεί να απαντήσει, δώστε αρκετό χρόνο για να σκεφθεί και να απαντήσει, προσπαθήστε να μην εκδηλώνεται ανυπομονησία. Αν διευκολύνει τον ασθενή και τον κάνει να αισθάνεται άνετα η παρουσία των συναισθημάτων μέσα από την αφήγηση μιας ιστορίας η οποία συνδέεται με κάποιο θέμα, δώστε του αρκετό χρόνο για την πλήρη ανάπτυξη του θέματος έτσι ώστε να εκφράσει πλήρως τα συναισθήματα (Dewit, 2001).

### **1.18. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΑΓΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ**

Η ικανοποιητική και σωστή επικοινωνία εξαρτάται από ορισμένους σημαντικούς παράγοντες. Αυτοί είναι:

- Η αρμονική σχέση μεταξύ των ατόμων.
- Συγκεκριμένοι αντικειμενικοί σκοποί. Επικοινωνούν καλύτερα δυο άτομα όταν έχουν κοινούς στόχους και συνεργάζονται για την επίτευξη κοινού σκοπού.
- Άνετο περιβάλλον, όπου η επικοινωνία προάγεται και τα άτομα αισθάνονται 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 πληροφοριών πρέπει να γίνεται με την κατάλληλη εμπιστευτικότητα, αν κρίνεται αναγκαίο, έτσι ώστε ο ένας να μην εκθέτει τον άλλον.
- Τα άτομα που επικοινωνούν πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους ότι ο ένας πρέπει να προσαρμόζεται στο ρυθμό του άλλου.
- Παροχή προσωπικού χώρου. Ορισμένοι άνθρωποι για να επικοινωνήσουν καλύτερα χρειάζονται έναν ορισμένο προσωπικό χώρο στον οποίο αισθάνονται περισσότερη άνεση με το άτομο με το οποίο επικοινωνούν. (Dewit, 2001).

## 1.19. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Ο όρος ενσυναίσθηση (empathy), χρησιμοποιείται εδώ και μερικά χρόνια στην ελληνική βιβλιογραφία αντί των παλαιότερων ενπαθεία, ενσυναίσθηση ή διαισθητική γνώση δηλώνει την ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί τα συναισθήματα και τις ανάγκες του άλλου, νιώθοντας την ψυχολογική του κατάσταση (Μισουρίδου, 2007).

Η κλινική ενσυναίσθηση είναι μια διαπροσωπική δεξιότητα η οποία αποτελεί ένα βασικό στοιχείο της επαγγελματικής αρμοδιότητας. Η λειτουργία της ενσυναίσθησης στην νοσηλευτική δεν είναι απλώς να σημειώσει ο νοσηλευτής ή ο θεραπευτής τις συναισθηματικές καταστάσεις αλλά και να αναγνωρίζει πως αισθάνεται ο ασθενής όταν αποκτά μια νέα εμπειρία. Γι' αυτό η ενσυναίσθηση χρειάζεται ακόμα και όταν είναι προφανές τι ισχύει για την συγκινησιακή κατάσταση του ασθενούς.

Αυτή η επαγγελματική δεξιότητα της κλινικής ενσυναίσθησης είναι διακεκριμένη από την χρήση της υποκειμενικής, βιωματικής εισαγωγής στη θέση του ασθενούς για συγκεκριμένους και γνωστικούς σκοπούς. Έξω από τον χώρο της ιατρικής η ενσυναίσθηση έχει ως στόχο να φαντάζεται πως αισθάνεται ένα άτομο όταν μπαίνει στην κατάσταση ενός άλλου ατόμου (Παπαγεωργίου, Ε., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά, Ε., και συν., 2011).

## 1.20. Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ

Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει ως αποτέλεσμα της εμπειρίας. Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι οι νοσηλευτές αποκτούν ένα περισσότερο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας, αλλά και αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλαιότερα τους αναστάτωναν.

Ως αποτέλεσμα, παρά την πίεση από το εργασιακό πλαίσιο, οι νοσηλευτές νιώθουν ικανοί να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Η αλλαγή αυτή, όμως, απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας.

Ακόμη και όταν οι νοσηλευτές δεν συνειδητοποιούν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία στο εργασιακό χώρο τους οδηγεί στο να καταλάβουν αβίαστα ότι τα καταφέρουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση). (Σταλίκας, 2004).

Πρόκειται για μια διαπροσωπική διαδικασία που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή - νοσηλευτή και είναι σαφώς οριοθετημένη.

Αναφορές υποστηρίζουν τη σημαντικότητα της σχέσης αυτής ως έναν τρόπο που αντισταθμίζει την έμφαση στις τεχνικές δεξιότητες κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η σχέση ασθενή - νοσηλευτή είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ή διαπραγμάτευσης μέχρι να επιτευχθεί μια αμοιβαία ικανοποιητική σχέση μεταξύ τους .

Το είδος της αμοιβαίας αυτής σχέσης επηρεάζεται και εξαρτάται από:

- τη διάρκεια της επαφής μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή,
- τις ανάγκες του ασθενή,
- τη δέσμευση του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή και
- την πρόθεση του ασθενή να εμπιστευτεί το νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής καλείται να αναπτύξει την επαγγελματική του σχέση με τον ασθενή σε περιβάλλοντα όπου επηρεάζονται και διαμορφώνονται από:

- κοινωνικές,
- οικονομικές,
- πολιτισμικές
- τεχνολογικές,

- ηθικές και
- νομικές παραμέτρους

Τα άτομα που έχουν καλλιεργήσει τις ικανότητες αυτογνωσίας και ενσυναίσθησης αντιμετωπίζουν με ηρεμία τα σημαντικά γεγονότα της εργασιακής ζωής, συνέρχονται πιο γρήγορα και διατηρούν την διανοητική τους διαύγεια σε κρίσιμες στιγμές, είναι συνήθως ψύχραιμοι, μπορούν να περιορίσουν την στεναχώρια τους και να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους, δεν εκρήγνυνται, αλλά ούτε κρατούν μέσα τους συναισθήματα με αποτέλεσμα να υποφέρουν.

Η ικανότητα της αναγνώρισης και της διαχείρισης των συναισθημάτων μαθαίνεται μεν κατά την παιδική ηλικία, δεν είναι όμως μια στατική ικανότητα, αλλά μια ικανότητα που καλλιεργείται και μπορεί να αποκτηθεί, όταν έχει χαθεί. Στον εργασιακό χώρο, μια κουλτούρα που ευνοεί την έκφραση και την επεξεργασία συναισθημάτων και η εποπτεία της συναισθηματικής εργασίας μπορούν να ενδυναμώσουν τους νοσηλευτές μέσω της αυτογνωσίας και της ενσυναίσθησης, στην επίτευξη των θεραπευτικών σχέσεων και κατά επέκταση αποτελεσματικής επικοινωνίας με τον ασθενή. (Σταλίκας, 2004).

## **1.21. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ**

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.

### **1.21.1. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΥ ΥΠΟΒΑΘΡΟΥ**

Διευκρινίστε αν το άτομο μιλά και κατανοεί την ελληνική γλώσσα. Αν όχι, εξασφαλίστε αν είναι δυνατόν ένα διερμηνέα. Να είστε δεκτικοί και μη δείχνετε

ανυπομονησία λόγω έλλειψης ικανότητας ομιλίας της ελληνικής γλώσσας. Οι περισσότεροι φορείς της υγειονομικής φροντίδας έχουν κατάλογο με διερμηνείς, οι οποίοι μπορούν να κληθούν, για να βοηθήσουν. Να θυμάστε ότι σε μερικούς πολιτισμούς, δεν συνηθίζετε ένα ηλικιωμένο άτομο να δέχεται οδηγίες από ένα νεότερης ηλικίας άτομο.

Προσπαθήστε να συμπεριλάβετε ένα ενήλικο μέλος της οικογένειας, για να βοηθήσει στη διαδικασία της εκμάθησης της ατομικής φροντίδας και αναθέστε στο άτομο αυτό την εκπαίδευση του ασθενούς.

Προσφέρετε έντυπο υλικό και να είστε διαθέσιμοι να το επεξηγήσετε ή να απαντήσετε σε ερωτήσεις. Συμμορφωθείτε με τις προτιμήσεις του ασθενούς όσον αφορά την οπτική επαφή. Αν ο ασθενής δεν αισθάνεται άνετα με την οπτική επαφή, σεβαστείτε αυτή την πολιτισμική διαφορά.

Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά την απόσταση ανάμεσα σε σας και τον ασθενή. Παρατηρήστε την απόσταση που διατηρείται ανάμεσα στον ασθενή και στα άτομα που συναναστρέφεται (*Dewit, 2001*).

### **1.21.2. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ**

Η επίδραση της διαδικασίας ανάπτυξης του λόγου και οι διαδικασίες σκέψης θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προκειμένου να εξασφαλισθεί αποτελεσματική επικοινωνία με τα παιδιά. Τα μικρά παιδιά ανταποκρίνονται πολύ καλά στον νοηματικό λόγο (επικοινωνία με μορφασμούς και χειρονομίες).

Ένα μικρό παιδί μπορεί να φοβηθεί από τις απότομες κινήσεις ή τις χειρονομίες. Προσεγγίστε τα παιδιά κοιτάζοντάς τα στα μάτια και χρησιμοποιήστε ήρεμη, γαλήνια και φιλική φωνή όταν επικοινωνείτε μαζί τους. Όταν έρχεστε σε επαφή με ένα νεογνό, προσπαθήστε να διατηρήσετε τη μητέρα του μέσα στο οπτικό πεδίο του μωρού. Με ένα βρέφος που έχει αρχίσει να περπατά ή ένα νήπιο, επικεντρωθείτε στις ανάγκες του παιδιού και στις ανησυχίες του.

Χρησιμοποιήστε απλές σύντομες προτάσεις και χειροπιαστές επεξηγήσεις με οικείες λέξεις. Στο παιδί σχολικής ηλικίας δώστε εξηγήσεις και δείξτε του πως λειτουργούν τα μηχανήματα. Επιτρέψτε του, αν είναι δυνατόν, να χειρισθεί τα μηχανήματα. Ακούστε προσεκτικά τους φόβους και τις ανησυχίες του παιδιού. Ένας έφηβος χρειάζεται χρόνο για να μιλήσει.

Χρησιμοποιήστε ενεργητική ακρόαση, αποφύγετε να τον διακόπτετε και δείξτε αποδοχή. Προσπαθήστε να μην δίνετε συμβουλές και αποφύγετε τις ερωτήσεις που φέρνουν σε δύσκολη θέση τον έφηβο, αν αυτό είναι εφικτό. Πάνω από όλα να είστε ειλικρινής και πείτε στο παιδί τι να περιμένει. (Dewit,2001)

### 1.21.3. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΑΚΟΗΣ

Όταν διαπιστώνετε πρόβλημα ακοής σε έναν ασθενή, αναζητήστε τρόπους ώστε να εξασφαλισθεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο επικοινωνίας. Αν ο ασθενής χρησιμοποιεί συσκευές υποβοήθησης της ακοής, βεβαιωθείτε ότι χρησιμοποιούνται, ότι οι μπαταρίες δεν έχουν εξαντληθεί και ότι η συσκευή είναι σε λειτουργία προτού προσπαθήσετε να επικοινωνήσετε. Οι συσκευές υποβοήθησης ακοής δεν εγγυώνται ότι ο ασθενής θα ακούσει πράγματα καλά. Αυτά που αναφέρονται παρακάτω, διευκολύνουν την επικοινωνία με άτομο το οποίο αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ακοής (Dewit, 2001):

- Να μιλάτε καθαρά. Μην κραυγάσετε, γιατί αυτό μπορεί να παραμορφώσει την ομιλία και δεν κάνει ξεκάθαρο το μήνυμα.
- Να μιλάτε αργά και να διατηρείτε τον τόνο της φωνής σας σε μεσαία επίπεδα (ούτε δυνατά, ούτε χαμηλά).
- Να τραβήξετε την προσοχή του ατόμου, αφού βεβαιωθείτε ότι το άτομο γνωρίζει ότι θα πραγματοποιηθεί λεκτική επικοινωνία
- Η καλύτερη απόσταση ομιλίας, όσον αφορά ένα άτομο το οποίο έχει πρόβλημα ακοής είναι: 50 cm. Κοιτάξτε το άτομο στο ύψους του οπτικού του πεδίου. Αν το άτομο κάθεται, καθίστε ή σκύψτε προς τα κάτω. Ποτέ να μην μιλάτε απευθείας στο αυτί του ατόμου. Αυτό μπορεί να διαστρεβλώνει το μήνυμα και να στερεί τους εκφραστικούς υπαινιγμούς.
- Να δώσετε προσοχή και να αναγνωρίσετε το νοηματικό λόγο. Οι εκφράσεις του προσώπου, οι χειρονομίες και οι κινήσεις του στόματος και του σώματος, αποτελούν όλα ενδείξεις, χρήσιμες για την ερμηνεία του μηνύματος.
- Να χρησιμοποιείτε σύντομες, απλές προτάσεις. Αν ο ασθενής φαίνεται να μην κατανοεί ή να μην απαντά σωστά, διατυπώστε με άλλες λέξεις την πρόταση.
- Προσπαθήστε να περιορίσετε την κάθε πρόταση σε ένα ρήμα και ένα υποκείμενο. Δώστε χρόνο στον ασθενή για να απαντήσει στις ερωτήσεις.
- Να ζητήσετε να σας αναφέρει ο ασθενής αυτά που είπατε με άλλες λέξεις, προκειμένου να διαπιστώσετε ότι έχει κατανοήσει σημαντικές πληροφορίες.

#### **1.21.4. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

Τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές όσον αφορά τις ικανότητες επικοινωνίας, τα ενδιαφέροντα και τις δυνατότητες τους. Τα υγιή ηλικιωμένα άτομα μερικές φορές χρειάζονται περισσότερο χρόνο προκειμένου να σκεφθούν και να σχηματίσουν μια απάντηση. Άλλα ηλικιωμένα άτομα έχουν προβλήματα ακοής, καθώς και προβλήματα κινητικότητας και αισθητικότητας. Είναι σημαντικό να βεβαιωθείτε πως έχετε την προσοχή του ατόμου προτού αρχίσετε την επικοινωνία μαζί του.

Ελαχιστοποιήστε τα εξωτερικά ερεθίσματα που αποσπούν την προσοχή του. Προσπαθήστε να παρουσιάζετε κάθε φορά και μια ιδέα. Μην αναγκάζετε το άτομο να πάρει βιαστικές αποφάσεις, διότι μπορεί να προκαλέσει σύγχυση.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ελέγχετε μέσω της αμφίδρομης επικοινωνίας, ότι το ηλικιωμένο άτομο έχει κατανοήσει πλήρως το μήνυμα. Αν τα άτομα έχουν δυσκολίες στην κατανόηση, μπορεί απλώς να νεύσουν κουνώντας το κεφάλι τους πάνω κάτω, προσποιούμενοι ότι έχουν κατανοήσει επειδή φοβούνται μήπως δώσουν την εντύπωση ότι είναι κουτοί ή αφηρημένοι.

Πολλά ηλικιωμένα άτομα αισθάνονται άβολα επειδή δεν μπορούν να ακούσουν καλά. Περιμένετε να σας απαντήσουν πρώτα σε μια ερώτηση πριν διατυπώσετε την επόμενη. Προσπαθήστε να μην εισάγετε περισσότερα από ένα θέματα κάθε φορά στη συζήτηση και δώστε μόνο μία οδηγία σε οποιαδήποτε πρόταση (Dewit,2001).

#### **1.21.5. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Ο καρκίνος θεωρείται «οικογενειακή ασθένεια» και αυτό γιατί μαζί με τον ασθενή νοσούν και όλα τα μέλη της οικογένειας. Με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο το άτομο στερείται τον κοινωνικό ρυθμό ζωής και εργασίας του.

Αποχωρίζεται από την οικογένειά του, τους φίλους, τους συναδέλφους του, γεμίζει με άγχος και φόβο. Φοβάται την διάγνωση, την αναισθησία, το αποτέλεσμα της εγχείρησης, τον πόνο. Φοβάται μήπως πεθάνει. Ο ασθενής με καρκίνο αποκτά αμέσως την ταυτότητα του «διαφορετικού».

Η ικανότητα που είχε πριν να αναλαμβάνει και να διεκπεραιώνει ευθύνες μέσα από διαφορετικούς ρόλους, τώρα αλλάζει δραματικά.



Οι ογκολογικοί ασθενείς και οι οικογένειές τους χρειάζεται να κινητοποιήσουν τις διαδικασίες αντιμετώπισης και προσαρμογής για την αντιμετώπιση των διαφόρων φάσεων της ασθένειας.

Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις διαδικασίες ακολουθώντας μια πολιτική ενδυνάμωσης και υποστήριξης των δυνατοτήτων που υπάρχουν στην οικογένεια και τον ασθενή και υποδεικνύουν συγκεκριμένες στρατηγικές και μεθόδους αντιμετώπισης. (Σαουντζή – Κρέπια Δ. 1996).

Καθώς οι νοσηλευτές λειτουργούν σαν γέφυρα ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένειά του με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, θα πρέπει να τους φέρει σε επαφή με ομάδες στήριξης, που θα προσφέρουν πληροφόρηση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη. (Χρησοβιτσάνου Χ. 2004).

Χρέος των νοσηλευτών είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να διατηρήσουν την αυτονομία τους, όσο αυτό είναι εφικτό, και να τους διασφαλίσουν την ικανότητα να:

- Προσαρμόζονται.
- Επικοινωνούν.
- Διατηρούν κοινωνικούς ρόλους.
- Παραμένουν δημιουργικοί.

Η λέξη «καρκίνος» είναι μια έννοια τρομακτική για τα άτομα τα οποία συνήθως συνδέουν την διάγνωση του καρκίνου με τον θάνατο και τον πόνο.

Συνήθως τα μη λεκτικά μηνύματα από τον γιατρό, το νοσηλευτικό προσωπικό, τους συγγενείς και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον είναι πολύ αποκαλυπτικά. Εξάλλου ο ασθενής παίρνει αρκετά μηνύματα από την ίδια του την κατάσταση. Ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενή, η οικογένειά του μοιράζεται αυτή την κατάσταση μαζί του και συνήθως αποτελεί το σημαντικότερο υποστηρικτικό σύστημά του.

Οι νοσηλευτές οφείλουν να δημιουργήσουν επικοινωνία έτσι ώστε ο ογκολογικός ασθενής να μπορέσει να αισθανθεί άνετα και να μοιραστεί οποιαδήποτε πληροφορία μαζί τους. Πληροφόρηση και ανοικτή συζήτηση πρέπει να γίνονται συχνά. Οι περισσότεροι ογκολογικοί ασθενείς χρειάζονται βασικές πληροφορίες γύρω από την διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Η πληροφόρηση αποτελεί το πρώτο σκαλοπάτι επικοινωνίας με τον άρρωστο όπου μπορεί να στηριχθεί η εκπαίδευση.

Οι νοσηλευτές μέσω του ρόλου τους θα δώσουν πληροφορίες και θα εκπαιδεύσουν τον άρρωστο σε επίπεδο που θέλει και μπορεί ο ίδιος. Επίσης, μπορεί να παρουσιαστούν πληροφορίες για το θεραπευτικό πλάνο, αφού καθοριστεί η διάγνωση. Οι νοσηλευτές πρέπει να τονίζουν ότι είναι σημαντικό στοιχείο για την καλύτερη υγεία του, η συνειδητή συμμετοχή του στη θεραπεία.

Συχνά οι ασθενείς αισθάνονται πιεσμένοι και στρέφονται προς τους νοσηλευτές για βοήθεια, οι οποίοι θα πρέπει να δείξουν σεβασμό και υπομονή για τον τρόπο λήψης αποφάσεων. Τέλος, πληροφορίες γύρω από συλλόγους υποστήριξης και ομάδες με επιζήσαντες καρκινοπαθείς θα ήταν ίσως βοηθητικά αμέσως μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης. (Μπαρμπούνη – Κωνσταντάκου Ε., 1991).

## **1.22. Η ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ - ΚΡΙΣΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Είναι γενικά παραδεκτό πως σε επίπεδο οργανισμού, τόσο ατομικά όσο και συλλογικά, η ικανότητα του να συνδυάζεις συναίσθημα και νοημοσύνη επιλύει προβλήματα και συμβάλλει στην σωστή λήψη αποφάσεων.

Έτσι στα πλαίσια λειτουργίας ενός υγειονομικού φορέα και δη δημόσιου Νοσοκομείου, η σχέση ασθενή με τον νοσηλευτή έχει ποικίλες διαστάσεις και περισσότερο η μορφή επικοινωνίας πάνω στην οποία βασίζονται:

- Η αποδοχή θεραπείας.
- Η εμπιστοσύνη του ατόμου.
- Η ασφάλεια.
- Ο εφησυχασμός.
- Η αρμονία.
- Η ισορροπία του νοσούντος σώματος με την ψυχή του ανθρώπου ασθενή.

Στην κάθε ημέρα νοσηλευτική πράξη η επαφή μου με τους ασθενείς, μετά από 30 χρόνια εμπειρίας, η επίλυση των διαφόρων αναγκών, η προσφορά του «κάτι παραπάνω», του πιο ποιοτικού, της ικανοποίησης, με καθιστά πιο ευαισθητοποιημένη, πιο δοτική, πιο αποδοτική, αποβλέποντας στην ίαση του ασθενή, στην εκμάθηση καλύτερων μορφών διαβίωσης.

Η πολυετής εμπειρία μου διαφαίνεται στην:

- Αμεσότητα.

- Επίλυση.
- Ταχύτητα δράσης του επείγοντος.
- Αυτόματη πλέον επικοινωνία με τους ασθενείς.
- Ψυχολογική και συναισθηματική χαρτογράφηση του κάθε ασθενή.
- Στην πλήρη εκπλήρωση των αναγκών τους, με απώτερο σκοπό την θεραπεία του κάθε ασθενή.

Η πολυετής εμπειρία και γνώση προσφέρει δράση. Μεταδίδεται σαν ντόμινο από τον προϊστάμενο στους υφισταμένους και στους ασθενείς. Δεν υπάρχουν ηλεκτρονικές συσκευές για να γίνει επικοινωνία, αλλά οι Άνθρωποι – Νοσηλευτές, που επικοινωνούν λεκτικά και μη λεκτικά με τους ασθενείς για να τους βοηθήσουν.

Με την πάροδο των ετών, υπάρχει μια εξαιρετική διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών, όπως στις περιπτώσεις των χρόνιων πασχόντων αιματολογικών ασθενών, με τους κύκλους θεραπειών τους, βάση πρωτοκόλλων ανά κατηγορία, καθώς και την προετοιμασία άλλων για μεταμόσχευση αυτόλογη ή μη.

Η σημασία της ψυχολογικής υγείας σ' αυτούς τους ασθενείς είναι μεγάλη και συμβάλλει τα μέγιστα στην περαιτέρω πορεία τους. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την οπτική επαφή, την ειλικρίνεια και βεβαιότητα και αυτό τους αναπτερώνει το ηθικό τους.

Πρωταρχικός στόχος είναι οι ανάγκες των ασθενών και η εκπλήρωσή τους, με απώτερο σκοπό την ίαση ή τη βελτίωση της υγείας τους.

Με γνώμονα την ειλικρίνεια, το χαμόγελο και την αγάπη για τη φροντίδα τους, καταφέρνουμε να μειώνουμε το χρόνο παραμονής τους στο νοσοκομείο, δημιουργώντας καλύτερη «άμυνα» του οργανισμού του κάθε ασθενή.

Βάση όλων αυτών αποτελεί η εμπιστοσύνη στην παροχή φροντίδας και η ανάπτυξη της αποτελεσματικής γνώσης αυτοφροντίδας μετέπειτα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ & ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η συνεργασία στο χώρο της υγείας αποτελεί σημαντική συνεισφορά στην κοινωνία καθώς η επιλογή των ατόμων βασίζεται κυρίως στην αγάπη για τον πλησίον τους.

Ο φόρτος εργασίας και η ψυχική φόρτιση που βιώνουν καθημερινά οι εργαζόμενοι στον ιατρικό και νοσηλευτικό κλάδο είναι ιδιαίτερα έντονες. Έτσι, η προσπάθεια παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας σε κάθε ασθενή δημιουργεί άγχος στον επαγγελματία υγείας, με αποτέλεσμα να επηρεάζει την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων της συνεργασίας.

Έτσι το απολύτως ιατροκεντρικό σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας.

Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας, η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών, αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας.

Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας έχουν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ. φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις, κ.τ.λ.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνο όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας.

Η διεπαγγελματική συνεργασία είναι η διαδικασία ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που ανήκουν σε διαφορετικές ειδικότητες. (Σαπουντζή - Κρέπια, Δ. 2004).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι η ομαλή και ισότιμη συνεργασία στον κλινικό και εργασιακό χώρο. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αгаστή συνεργασία των «πρωταγωνιστών» αυτής της πολυσύνθετης ομάδας του ιατρο – νοσηλευτικού προσωπικού και ιδιαίτερα των νοσηλευτών που βρίσκονται κοντά στον ασθενή περισσότερο από κάθε άλλο επαγγελματία υγείας.

Βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην ομαλή λειτουργία ενός οργανισμού είναι η επικοινωνία, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων και η επαγγελματική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας. (Φουντούκη Α, Γκατζέλης Θ, Πάντας Δ, Θεοφανίδης 2009), (Porter - O'Grady. 2004).

Είναι ευρέως γνωστό, ότι σε αυτούς τους χώρους επικρατούν προβλήματα στις σχέσεις του προσωπικού, με αποτέλεσμα την εκδήλωση συγκρούσεων ή αντιπαραθέσεων (Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD 1978), οι οποίες εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως είναι δυνατόν να αποσυντονίσουν ακόμα και την λειτουργία ολόκληρου του Οργανισμού. (Forte PS. 1997), (Σταθοπούλου Χ. 2006).

Συνεπώς είναι σημαντικός ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας για την εύρυθμη λειτουργία του Οργανισμού συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών των ατόμων και των ομάδων για την επίτευξη των στόχων του (Μπουραντάς Δ. 2002).

Η «επικοινωνία» αποτελεί μία αμφίδρομη διαδικασία, κατά την οποία διάφορες πληροφορίες ανταλλάσσονται και κατανοούνται από δύο ή περισσότερους ανθρώπους.

Οι αποτελεσματικές επικοινωνιακές σχέσεις, προϋποθέτουν την ανάπτυξη ικανοτήτων που αφορούν την εδραίωση της αλληλοαποδοχής μεταξύ αυτών που επικοινωνούν, την έκφραση των συναισθημάτων, την εξοικείωση με την γλώσσα του σώματος και την ανταλλαγή των μηνυμάτων. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των εμπλεκόμενων μελών δεν εξασφαλίζει και τη βελτίωση της μεταξύ τους σχέσης, ωστόσο αποτελεί βασικό στοιχείο για μία θετική προσέγγιση . (Swansburg R, 1999).

## **2.2. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Για να υφίσταται συνεργασία θα πρέπει να ισχύουν οι παρακάτω προϋποθέσεις και οι υποψήφιοι συνεργάτες οφείλουν να διακατέχονται από ορισμένες αρετές που περιγράφονται παρακάτω.

Αυτογνωσία και σεμνότητα Κάθε εργαζόμενος οφείλει να διακατέχεται από το αίσθημα της αυτογνωσίας δηλαδή να γνωρίζει καλά το ρόλο του, τις δυνατότητές του και τις αρμοδιότητές του καθώς και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του. Ακόμη πρέπει να μην τον καταβάλει εγωισμός και αλαζονεία, αλλά καλοσύνη και πνεύμα συναδελφικότητας.

Άλλες προϋποθέσεις ακόμα είναι:

- Καλή επικοινωνία.
- Μέτρο και ιερότητα στο λόγο.
- Ευγένεια.
- Διάκριση.
- Μετριοφροσύνη.
- Ανεκτικότητα.

### **2.3. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ**

Πλήθος παραγόντων επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, όπως η πολυπλοκότητα και η πληθώρα των μηνυμάτων, ενώ από την πλευρά του δέκτη, η έλλειψη προσοχής, η βιαστική αξιολόγηση και η έλλειψη κοινού λεξιλογίου. 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.

Η επικοινωνία γίνεται είτε προφορικά είτε μέσα από τηλεφωνήματα, σημειώσεις και φύλλα νοσηλείας.

Προβλήματα δημιουργούν:

- Οι 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. (Grover SM. 2005).

Η ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών από τους νοσηλευτές εξαρτάται από τις προηγούμενες επαφές τους με τον ιατρό. Αν ο νοσηλευτής φοβάται και έχει κακές προηγούμενες εμπειρίες, είναι πιθανό να μην δώσει πολλές πληροφορίες.

Εμπόδια στην επικοινωνία θεωρούνται, ακόμη:

- Ο έντονος τόνος της φωνής.
- Η «σφιγμένη» γλώσσα του σώματος.
- Η βίαση συμπεριφορά.
- Οι συναισθηματικές εκρήξεις. (*Keatinge D, Bellchambers H, Bujack E, Cholowski K, Conway J, Neal P. 2002*).
- 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.
- Κακή επιλογή τρόπου και μέσου.
- Βιαστικά συμπεράσματα.

Ένας άλλος παράγοντας που υπονομεύει την αποτελεσματική επικοινωνία είναι οι δύο ξεχωριστές επαγγελματικές κουλτούρες ιατρών - νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές περνώντας περισσότερο χρόνο με τον ασθενή επικεντρώνονται περισσότερο στην φροντίδα και όχι στη θεραπεία. (*Iacono M. 2003*).

Επίσης, ενδιαφέρονται περισσότερο για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ιατρούς, ενώ οι ιατροί ενδιαφέρονται για την λήψη δομημένων πληροφοριών από τους νοσηλευτές.

Άλλα εξίσου σημαντικά εμπόδια θεωρούνται:

- η απουσία ή η λανθασμένη τήρηση αρχείου,
- η απουσία σεβασμού του χρόνου των συνεργατών,
- όπως επίσης η απασχόλησή τους κατά την ώρα διαλείμματος. (*Frederich ME, Strong R, and Gunten CF. 2002*).

## **2.4. ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ**

Η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας εξασφαλίζεται με την καλή επικοινωνία. Οι ιατροί συνεργάζονται στενά με το νοσηλευτικό προσωπικό, μολονότι η συνεργασία μεταξύ των δυο επαγγελματιών υγείας είναι δύσκολη, κυρίως στη διαχείριση των αποφάσεων.

Η έλλειψη υπομονής, από την πλευρά των ιατρών, η άρνηση να απαντήσουν σε ερωτήσεις, ή στις επαναλαμβανόμενες κλήσεις των νοσηλευτών, η αρνητική κριτική, τα φυλετικά ή τα εθνικά σχόλια είναι συμπεριφορές που δηλώνουν έλλειψη σεβασμού των

ιατρών απέναντι στους νοσηλευτές, προκαλώντας πίεση και σύγκρουση στον εργασιακό χώρο. (Arford PH. 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L Wiesman S (2007) και Kelly J. (2006), ο επαγγελματικός σεβασμός είναι απαραίτητος για την επιτυχή επικοινωνία. Οι συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι αποτέλεσμα ενός διαφορετικού τρόπου εργασίας, όπου οι νοσηλευτές εστιάζουν στην ομαδική εργασία ενώ οι ιατροί αποδίδουν στον εαυτό τους κυρίαρχο ρόλο στην παροχή φροντίδας.

Έτσι, δημιουργείται ένα αρνητικό κλίμα το οποίο εύκολα πυροδοτεί αρνητικές συμπεριφορές, επηρεάζοντας έτσι την επικοινωνία. (Kelly J. 2006).

Οι Schmidt IK, Svarstad BL (2002), υποστήριξαν ότι, η ομαδική συνεργασία, μέσα από την αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο των νοσοκομείων βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα, αυξάνει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών και συμβάλλει στη μείωση των δαπανών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους (Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L Wiesman S 2007).

Οι Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M (2005), αναφέρουν ότι ο κυριαρχικός τρόπος συμπεριφοράς του ιατρού προς το νοσηλευτή, επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ τους. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στη διαφορετική φιλοσοφία εργασίας, στην ευθύνη και στην εκπαίδευση.

Η πλειοψηφία των ιατρών ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την κατάσταση του ασθενούς. Επίσης, όπως υποστηρίζουν οι Reader TW, Flin, R, Mearns K, Cuthbertson BH (2007), η αποτελεσματική επικοινωνία μέσα στο χώρο του νοσοκομείου και ιδιαίτερα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, διασφαλίζει την αποτελεσματική συνεργασία και επακόλουθα την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Το σύστημα υγείας απαιτεί από τους νοσηλευτές να επικοινωνούν επιτυχώς και να είναι αποτελεσματικοί, τόσο στην παροχή φροντίδας συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης όσο και στις σχέσεις με τους ιατρούς (Reader TW, Flin, R, Mearns K, Cuthbertson BH 2007), (Puntillo KA, Mc Adam JL 2006).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης των Puntillo KA, Mc Adam JL (2006)., οι ιατροί ήταν περισσότερο αισιόδοξοι στην ενημέρωση των ασθενών και λιγότερο σαφείς, ακριβείς και ρεαλιστές στην πρόγνωση της νόσου.



Χρησιμοποιούσαν συνεχώς ιατρική ορολογία, απομακρύνονταν νωρίς από τον ασθενή και απέφευγαν την οικογένεια, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρών – νοσηλευτών - ασθενών. Παράλληλα, επέτρεπαν στους νοσηλευτές να διευκρινίζουν τις λεπτομέρειες, συχνά όμως αγνοούσαν τις απόψεις τους. (*Reader TW, Flin, R, Mearns K, Cuthbertson BH 2007*).

Σήμερα, η επικοινωνία των ιατρών με τους νοσηλευτές παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή φροντίδας, όπου ο σύγχρονος νοσηλευτής συντονίζει τις δραστηριότητες όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και τους ενημερώνει επαρκώς.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφαλή διαχείριση των ασθενών. (*Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ 2007*).

Εξίσου ουσιαστικό μέτρο θεωρείται η συστηματική αξιολόγηση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στην καθημερινή κλινική πράξη διότι υπονομεύει σημαντικά την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεπάγεται φτωχή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και μείωση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

Αναλυτικότερα, η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και ανωτέρους, οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας, η ασάφεια των ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και άλλοι διοικητικοί παράγοντες, έχουν μερίδιο της ευθύνης για την πρόκληση εργασιακής κόπωσης (*Tjia J, Mazor MK, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz HJ. 2009*).

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι μια δεξιότητα που μαθαίνεται με το χρόνο και την αντιμετώπιση διάφορων καταστάσεων και αναπτύσσεται μεταξύ ατόμων μόνο αν το επιθυμούν.

Η καλή επικοινωνία δεν επιτυγχάνεται με ανοιχτές πόρτες, καλούς τρόπους ή αστεία αλλά αντιθέτως με :

- Την ακρόαση όσων πραγματικά λένε οι ομιλητές.
- Την ενημέρωση για το θέμα της συζήτησης και ακριβής πληροφόρηση.
- Την ευελιξία στο θέμα συζήτησης.
- Τις εκφράσεις του προσώπου.
- Τον τόνο της φωνής.
- Την ευρύτητα πνεύματος.
- Τη σαφήνεια, συντομία και απλότητα.

➤ Την αποφυγή λέξεων που μπορεί να παρερμηνευτούν.

Η αναποτελεσματική επικοινωνία και οι συγκρούσεις που επιφέρει, υπάρχουν σε όλους τους Οργανισμούς. Μπορεί να οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά, αλλά μπορεί να απελευθερώσει την ενεργητικότητα και τη δημιουργικότητα του προσωπικού και μπορεί να αποτελέσει κίνητρο για ομαδική συνεργασία.

## **2.5. Η ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ - ΚΡΙΣΗ - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Όπως σε μια επιχείρηση, έτσι και σε έναν οργανισμό και δη φορέα Υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων, δηλαδή, ιατρών με νοσηλευτές, περνάει από στάδια, έχει αρχή - μέση και τέλος.

Στην αρχή της επαγγελματικής μου καριέρας ως νοσηλεύτρια, είχα τη θεωρητική γνώση της Σχολής Επιστημών Υγείας -ΣΕΥΠ- και ένα μέρος της κλινικής πρακτικής της σχολής καθώς και ενός εξαμήνου σε ένα τμήμα, στο οποίο παρέμεινα για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Αυτό υποδεικνύει τη συνεχόμενη γνώση, την εφαρμογή, την απόδοση, στα πλαίσια συνεργασιών, τόσο με άλλους συναδέλφους όσο και με τους συνεργάτες ιατρούς και λοιπό προσωπικό.

Οι αλλαγές θέσης που έγιναν με βάση την κάλυψη των υπηρεσιακών αναγκών, βοήθησαν τόσο εμένα όσο και τα τμήματα και κατ' επέκταση και τους ασθενείς, γνωρίζοντας τις ανάγκες τους σε φροντίδα, περίθαλψη και κοινωνική μέριμνα.

Στο χρονολόγιο μου η μια θέση νοσηλεύτριας χειρουργείου διαδέχτηκε την άλλη, νοσηλεύτρια σε χειρουργική κλινική, μετά σε θέση ευθύνης σε νευρολογική κλινική. Η επόμενη αλλαγή ήταν η τοποθέτηση μου σε μονάδα αιματολογίας και ειδικών λοιμώξεων ως Προϊσταμένη, με βάση τα προσόντα και την μέχρι τότε κλινική εμπειρία, πράξη, ανιδιοτελής αγάπη προς τον ασθενή και επαγγελματική συνεργασία πέραν του δέοντος με τους συναδέλφους.

Τα προσωπικά στοιχεία της υπομονής, επιμονής και θέλησης για προσφορά στον πλησίον νομίζω πως υπερέχουν. Πέρα από τα καθαρά διοικητικά καθήκοντα που καλούμαι να εκπληρώσω, ένα μεγάλο μέρος έχει να κάνει με τον ασθενή, τις ανάγκες του, τις

απαιτήσεις του αλλά και τις αρμοδιότητες του καθενός υφισταμένου, την επίβλεψή τους, την άρτια και ποιοτική εφαρμογή τους.

Αν και η αντιστοίχιση του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένας προς πέντε ασθενείς για τη μονάδα και ένας νοσηλευτής με τρεις γιατρούς ξεχωριστής ειδικότητας, ο φόρτος εργασίας είναι τεράστιος.

Η επαγγελματική εξουθένωση καθημερινά υπάρχει, λόγω έλλειψης προσωπικού. Το άγχος του να τα προλάβεις όλα υπάρχει καθημερινά. Εν τούτοις η εμπειρία σε οπλίζει με ψυχραιμία και για τον κάθε ασθενή εξατομικεύεται η φροντίδα βάσει των αναγκών του. Οι πολλές εξειδικεύσεις δημιουργούν πολυπλοκότητα κάτι το οποίο εντείνει την μη άρτια επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας.

Η έλλειψη υπομονής από την πλευρά των γιατρών καθώς και η υπεροπτική στάση αρκετών, δημιουργεί ακόμα και σήμερα προβλήματα στην επικοινωνία – συνεργασία. Έτσι ελλοχεύει ο κίνδυνος της μη αποτελεσματικής φροντίδας – θεραπείας.

Αν όντως υπερτερεί η καλοσύνη, η μετριοφροσύνη και η ανθρωπιά, τότε θα υπάρχουν σε όλους τους επαγγελματίες το χαμόγελο, η καλή διάθεση η συνέχιση της εκπαίδευσης και ο εμπλουτισμός των γνώσεων, πάντα προς όφελος του ατόμου, του ασθενή αλλά και ολόκληρης της κοινωνίας.

Αν ακόμη σε κάθε επίσκεψη των ιατρών και νοσηλευτών στους ασθενείς, υπάρχει το χαμόγελο “χαίρομαι που σε βλέπω”, στο τέλος της κάθε επίσκεψης, θα ακτινοβολεί ελπίδα και αίσθηση συνεργασίας.

Αυτό εξ’ άλλου δείχνει και την αφοσίωση του γιατρού και του νοσηλευτή προς τους ασθενείς.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1. Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

Η θεραπευτική των αρχαίων Ελλήνων εξελίχθηκε σε τρεις περιόδους:

- i. **Προϊπποκρατική περίοδο** (3000 π.Χ - 5ος αιώνας π.Χ): κατά τους τελευταίους αιώνες παρατηρείται μια αλλαγή θεώρησης της θεραπευτικής και οι θεοκρατικές απόψεις αντικαθίστανται από φιλοσοφικές αντιλήψεις.
- ii. **Ιπποκρατική** (5ος - 3ος π.Χ αιών): συμπίπτει με το απόγειο του ελληνικού πολιτισμού
- iii. **Αλεξανδρινή ή ελληνιστική** (3ος π.Χ αιών – 641 μ.Χ). Σ' αυτήν εντάσσεται και η ελληνορωμαϊκή περίοδος (146 π.Χ, που υποτάχθηκε η Ελλάδα στους Ρωμαίους έως το 395 μ.Χ, που χωρίστηκε το ρωμαϊκό κράτος σε δυτικό και ανατολικό).

Για την προϊπποκρατική περίοδο δεν υπάρχουν πολλές συστηματικές μαρτυρίες, αλλά περιοριζόμαστε σε έμμεσες πληροφορίες από επιγραφές, αναθηματικές πλάκες και από μη ιατρικά έργα, όπως τα Ομηρικά και τα Ορφικά έπη. (Ε. Σκαλτσά 2001).

Στην αρχαία Ελλάδα ο θεός της ιατρικής και της υγείας ήταν ο Ασκληπιός. Κατά τη μυθολογία, ο Ασκληπιός ήταν υιός του θεού Απόλλωνα και της Κορωνίδας, κόρης του βασιλιά της Θεσσαλίας, Φλεγύα.

Οι αρχαίοι Έλληνες φαντάζονταν τον Ασκληπιό ως έναν δυνατό άνδρα με γένια που καθόταν σε ένα θρόνο. Το ιερό του ζώο ήταν το φίδι και το σύμβολο του ήταν ένα ραβδί.

Στην ελληνική μυθολογία υπήρχε και το πρόσωπο του Μαχάωνα. Ήταν ο υιός του θεού Ασκληπιού και της Ηπιόνης και προστάτης των ιατρών.

Σήμερα, κανένας ιατρός στην Ελλάδα δεν τον γνωρίζει!

Ο Μαχάων συμμετείχε, κατά τον Όμηρο, στον τρωικό πόλεμο και φρόντιζε τους τραυματίες και ασθενείς των Ελλήνων (Αχαιών).

Οι Έλληνες είχαν τον μεγάλο ναό του Ασκληπιού στην Επίδαυρο και πολλούς άλλους ναούς σε όλη τη χώρα που λέγονταν “Ασκληπιεία” (στην ουσία ήταν θεραπευτήρια) το σημαντικότερο από τα οποία ήταν στο νησί Κω.

Στους χώρους αυτούς προσέρχονταν οι ασθενείς. Εκεί οι ιερείς του θεού τους έδιναν διάφορα φάρμακα από βότανα και τους συνιστούσαν την κατάλληλη διαίτα. Οι ασθενείς εξαγνίζονταν και προσέφεραν τα δώρα τους στους ναούς. Κατόπιν κατέλυαν σε δωμάτια στα οποία τη νύκτα ερχόταν, υποτίθεται, ο θεός μεταμορφωμένος – συνήθως σε φίδι – και τους θεράπευε.

Στην πραγματικότητα η θεραπεία γινόταν από τους ιερείς που χρησιμοποιούσαν φυσικά φάρμακα και συχνά έκαναν και χειρουργικές επεμβάσεις!!!

Στην Επίδαυρο ο Ασκληπιός λατρευόταν από τον 16ο αιώνα π.Χ. Αρχικά ο θεός λατρευόταν στο ναό της Επιδαύρου. Το Ασκληπιείο της Επιδαύρου είχε περισσότερο θρησκευτικό χαρακτήρα, σε αντίθεση με το Ασκληπιείο της Κω που είχε περισσότερο επιστημονικό χαρακτήρα.

Στο Ασκληπιείο έρχονταν άρρωστοι από όλη την Ελλάδα και μετά από όλο τον γνωστό κόσμο. Οι ασθενείς αρχικά έκαναν θυσία στον πατέρα του Ασκληπιού, Απόλλωνα, που ήταν και αυτός ιατρός. Μάλιστα, ο Απόλλωνας θεωρείτο και αυτός θεός της ιατρικής και επιδέξιος χειρουργός. Στο ιερό του Ασκληπιού υπήρχαν ιατρικά εργαλεία, όπως νυστέρια, και γίνονταν και ιατρικές επεμβάσεις! (*Κατσούρης Ανδρέας 2017*).

Ο πρώτος που θεμελίωσε την ιατρική ήταν ο φιλόσοφος (μαθητής του Πυθαγόρα) Αλκμαίων (τέλος 6ου – αρχές 5ου αιώνα π.Χ) από τον Κρότωνα, ελληνική αποικία της Κάτω Ιταλίας. Πρώτος υποστήριξε ότι ο εγκέφαλος είναι το κέντρο των αισθήσεων και των οργανικών λειτουργιών. Ο Αλκμαίων έγραψε το πρώτο ιατρικό βιβλίο: το “*Περί Φύσεως*” (συνηθισμένος τίτλος για τους παλαιότερους φιλοσόφους). (*Crivellato E. and Ribatti D. 2007*)

Ο Αλκμαίων, εκτός των άλλων, περιέγραψε το οπτικό νεύρο και την ευσταχιανή σάλπιγγα στο ους. Επίσης, επινόησε χειρουργικά εργαλεία και έκανε χειρουργικές επεμβάσεις στον εγκέφαλο. Ο Χαλκίδιος χαρακτηρίζει τον Αλκμαίωνα ως πατέρα της ανατομίας, ενώ άλλοι τον χαρακτηρίζουν ως πατέρα της ιατρικής.

Ο Αλκμαίων θεμελίωσε την ιατρική, ενώ αργότερα ο Ιπποκράτης την ανήγαγε σε επιστήμη.

Σημαντική είναι και η συμβολή του Εμπεδοκλή στην ιατρική. Ο Εμπεδοκλής (494 – 434 π.Χ) ήταν από τον Ακράγαντα (ελληνική αποικία της Σικελίας). Ασχολήθηκε με την φυσική, την μουσική και την ιατρική. Στην ιατρική ήταν ο πρώτος που μίλησε για την ανάπτυξη του ανθρώπινου οργανισμού. Είπε πως τα όργανα του ανθρώπου, από την γέννησή

του, υφίστανται μια διαδικασία κατά την οποία αναπτύσσονται προοδευτικά και τελειοποιούνται όπως συμβαίνει γενικά με όλους τους ιστούς του ανθρωπίνου σώματος.

Επίσης, σημαντική ήταν και η συμβολή του Διογένη του Απολλωνιάτη (από την Απολλωνία της Κρήτης) που ήταν φιλόσοφος του 5ου αιώνα π.Χ. Ο Διογένης έζησε στην Αθήνα ως ιατρός. Πιθανότατα προχώρησε σε ανατομές σε πτώματα, δεδομένου ότι περιγράφει ανατομικά το κυκλοφορικό σύστημα του ανθρώπου.

Στο Ασκληπιείο της Κω, πριν τον Ιπποκράτη, μεγάλος ιατρός ήταν ο Αίνειος (6ος – 5ος αιώνας π.Χ.). (Σπανδάγος Β, Σπανδάγου Ρ. Τραύλου Δ. 1996)

Ο Ιπποκράτης (460 – 377 π.Χ) είναι ο πατέρας της ιατρικής. Έζησε στο νησί Κω. Ο πατέρας του ήταν ιερέας στο Ασκληπιείο της Κω όπου συνέρρεαν ασθενείς από όλες τις περιοχές της χώρας.

Κατά τον Ιπποκράτη η αιτία της ασθένειας βρίσκεται στον ίδιο τον άρρωστο και ο ιατρός χρειάζεται να τον εξετάσει ενδελεχώς για να την βρει. Ο Ιπποκράτης θεμελίωσε την κλινική εξέταση του ασθενή (επισκόπηση, επίκρουση, ψηλάφηση, ακρόαση με το αυτί τότε) και προχώρησε σε καινοτόμες μεθόδους θεραπείας με βότανα, αφεψήματα κτλ.

Ασχολήθηκε και με την ανατομία. Επίσης, επινόησε ειδικά χειρουργικά εργαλεία και προχώρησε σε δύσκολες χειρουργικές επεμβάσεις. Τέτοιες ήταν η διάνοιξη του θώρακα (θωρακοτομή), ο τρυπανισμός του κρανίου (για εγκεφαλικό οίδημα ή όγκο) κ.α.

Τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούσε ήταν νυστέρια, λαβίδες, ενδοσκόπια (!), κρανιακά εργαλεία για τις επεμβάσεις στο κρανίο, εμβρυουλκοί για τον τοκετό και πολλά άλλα εργαλεία. Τα χειρουργικά εργαλεία που χρησιμοποιούσε τα απολύμανε, πριν την εγχείρηση, σε φωτιά ή σε παλιό κρασί (πλούσιο σε οινόπνευμα).

Ο Ιπποκράτης έγραψε και τον περίφημο όρκο στον οποίον ακόμα και σήμερα ορκίζονται οι απόφοιτοι όλων των ιατρικών σχολών του πλανήτη.

Μεταξύ των άλλων ο όρκος λέει: “...Θα συνιστώ στους αρρώστους μου την δίαιτα που η επιστήμη και η κρίση μου θεωρεί σωστότερη και θα διώξω από αυτούς κάθε βλάβη και επιζήμια τροφή. Ποτέ δεν θα τους δώσω δηλητήριο (βλ. σήμερα ευθανασία), ούτε θα τους δώσω λανθασμένες συμβουλές (βλ. σήμερα ιατρικά σφάλματα και ιατρική αμέλεια). Επίσης, δεν θα εμποδίσω τις γυναίκες να συλλάβουν (στην αρχαία Ελλάδα η οικογένεια και τα παιδιά ήταν κάτι ιερό) και δεν θα τις βοηθήσω να κάνουν έκτρωση (βλ. σήμερα ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και αμβλώσεις).

*Πάνω απ' όλα θα διατηρήσω αγνή τη ζωή μου και αμόλυντη την τέχνη μου. Σε όποιο σπίτι μπω θα προσφέρω μόνον βοήθεια στους αρρώστους και θα απομακρυνθώ από κάθε άδικη πράξη και βέβηλη επαφή. Και ότι ακούσω από εδώ και πέρα κατά την άσκηση των ιατρικών μου καθηκόντων, σχετικά με την κοινή ζωή των ανθρώπων, αν δεν μου επιτρέπεται, θα σιωπώ και θα το κρατήσω μυστικό, καλά φυλαγμένο".* Με την τελευταία του φράση ο Ιπποκράτης εισάγει και την έννοια του ιατρικού απορρήτου. (Πουρναρόπουλος Γ 1963).

Ο Ιπποκράτης είχε σχολή στην Κω και έγραψε 59 βιβλία. Πρώτος μίλησε για τις ασθένειες οξείας μορφής που, όπως έλεγε, σκοτώνουν τους περισσότερους ασθενείς. Μίλησε και για τις χρόνιες ασθένειες. Επίσης, περιέγραψε πολλές ασθένειες και συμπτώματα όπως την πλευρίτιδα, την πνευμονία, τον "φρενίτιν" (πυρετός με παραλήρημα), τον λήθαργο, τον "καύσον" (υψηλός πυρετός) κτλ.

Έδωσε τεράστια σημασία στην πρόληψη των ασθενειών και είναι γνωστή η φράση του: *"κάλλιον (καλύτερα) τό προλαμβάνειν, παρά τό θεραπεύειν"*. (Πουρναρόπουλος Γ 1963)

Αυτή ήταν και η γενικότερη πεποίθηση των αρχαίων Ελλήνων που ακολουθούσαν υγιεινή ζωή: με την σωστή διατροφή (πρότυπο διατροφής η αρχαιοελληνική) και την συνεχή άσκηση (από τα παιδικά τους χρόνια).

Παράλληλα, λίγοι γνωρίζουν ότι ο Ιπποκράτης θεμελίωσε ακόμα και την ομοιοπαθητική, αιώνες πριν τον ιδρυτή της, τον Γερμανό ιατρό Samuel Hahnemann που άρχισε τα πειράματά του το 1813, σε 183 ασθενείς με τύφο στα οποία είχε επιτυχία 95-99%!!!

Ο Ιπποκράτης θεμελίωσε την ομοιοπαθητική με την περίφημη φράση του: *"τα όμοια των ομοίων εισίν ιάματα"*, δηλαδή το όμοιο μπορεί να θεραπευτεί με το όμοιο. Δεν είναι διόλου απίθανο ο Ιπποκράτης ή άλλοι ιατροί της αρχαίας Ελλάδος να χρησιμοποιούσαν ομοιοπαθητικά φάρμακα, δηλαδή ισχυρά φάρμακα αραιωμένα σε τέτοιο βαθμό που να μην είναι τοξικά, αλλά να προκαλούν συμπτώματα όμοια με τη νόσο και με τον μηχανισμό αυτό να την θεραπεύουν. (Λυπουρλής, Δ. 1983), (Μανιάτης, Στ. Π. 2002).

Γενικά, οι αρχαίοι Έλληνες είχαν αναπτύξει την ιατρική που γνώρισε ιδιαίτερη ανάπτυξη από την εποχή του Ιπποκράτη. Καταρχάς, πρώτοι ανακάλυψαν την ανοσία που αποκτά ο οργανισμός μετά από την προσβολή του από ορισμένες λοιμώξεις. Αυτό το περιγράφει και ο Θουκυδίδης λέγοντας πως στον λοιμό στην Αθήνα το 430 π.Χ, όποιος αρρώσταινε και επιζούσε, δεν ξανά κολλούσε την ασθένεια.

Επίσης, οι αρχαίοι Έλληνες χρησιμοποιούσαν διάφορα θεραπευτικά μέσα, όπως την αφαίμαξη (θα βοηθούσε ίσως στο πνευμονικό οίδημα και σε κάποιες άλλες ασθένειες όπως καρδιοπάθειες και νεφροπάθειες), τη χορήγηση φάρμακων από βότανα, τη χορήγηση αφεψημάτων, τον καυτηριασμό στις πληγές, την κατάλληλη διαίτα (κάτι που σήμερα συνήθως αμελείται) σε κάθε αρρώστια, τις χειρουργικές επεμβάσεις όπου χρειαζόταν, καθώς και τα λουτρά.

Με αλλά λόγια πρώτοι οι αρχαίοι Έλληνες δημιούργησαν την ολιστική ιατρική και έβλεπαν τον κάθε ασθενή ως ξεχωριστό, ως μοναδική προσωπικότητα. Δεν τον έβλεπαν ως νόσημα, εμπόρευμα και πελάτη όπως η σύγχρονη ιατρική που έχει υποδουλωθεί στις φαρμακευτικές εταιρίες και οι ιατροί είναι επαγγελματίες.

Τα φυσικά φάρμακα των αρχαίων Ελλήνων περιείχαν τις ουσίες τις οποίες η φαρμακολογία αργότερα απομόνωσε και προχώρησε στη συνθετική τους παραγωγή.

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν πολλές ιατρικές σχολές όπως στην Κω (του Ιπποκράτη) και στην Κνίδα (ελληνική αποικία στη Μ. Ασία, απέναντι από την Κω). (<http://asiaminor.ewh.gr/forms/fLemmaBodyExtended.aspx?lemmaID=4541>).

Στην Κνίδα γνωστός ιατρός ήταν ο Εύδοξος που έζησε τον 4ο αιώνα π.Χ. Επίσης, υπήρχαν πολλά Ασκληπιεία που ήταν, όπως αναλύθηκε παραπάνω, ναοί προς τιμήν του θεού Ασκληπιού. Στην ουσία ήταν θεραπευτήρια και θα τα αποκαλούσαμε ως τα πρώτα νοσοκομεία!!! Αναφέρθηκε πριν το Ασκληπιείο της Επιδαύρου. Άλλα μεγάλα Ασκληπιεία ήταν της Αθήνας, της Κω και της Πέργαμου.

Η Πέργαμος ήταν πόλη στη Μ. Ασία που στα ελληνιστικά χρόνια έγινε πρωτεύουσα του βασιλείου της Πέργαμου. Ιατρικές σχολές στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν στην Κω από τον Ιπποκράτη, στην Κυρήνη (ελληνική αποικία στη Λιβύη) και στον Κρότωνα (ελληνική αποικία στην Κάτω Ιταλία), από τον Αλκμαίων.

Σημειώνεται ότι όλοι οι αρχαίοι Έλληνες είχαν ιατρικές γνώσεις και μάλιστα στην Αθήνα και σε πολλές άλλες πόλεις οι νέοι διδάσκονταν και το μάθημα της ιατρικής, στα πλαίσια της σχολικής τους εκπαίδευσης! Αυτό δυστυχώς δεν γίνεται στα σημερινά σχολεία. (Μανιάτης, Στ. Π. 2002).

Πέρα από τον Ιπποκράτη, στα μέσα του 5ου π.Χ αιώνα έζησε ο Φιλόλαος στον Κρότωνα της Κάτω Ιταλίας (ελληνική αποικία). Ο Φιλόλαος ήταν πυθαγόρειος φιλόσοφος και ιατρός. Μετά την καταστροφή της σχολής των πυθαγορείων στον Κρότωνα, ο Φιλόλαος κατέφυγε στην Θήβα όπου δίδαξε. Κατά τον Φιλόλαο τις ασθένειες πρέπει να τις αναζητήσουμε στους χυμούς του ανθρώπου, δηλαδή στο αίμα, στη χολή και στο φλέγμα.



Αυτό το δέχεται και η σύγχρονη ιατρική με τις εξετάσεις αίματος, τις βιοχημικές εξετάσεις και την εξέταση πτυέλων (για λοίμωξη ή μακροσκοπικά για καρκίνο ή φυματίωση).

Ο Φιλόλαος έλεγε, επίσης, ότι η υπερβολική ζεστή ή κρύο, καθώς και η υπερβολική τροφή μπορούν να προκαλέσουν ασθένειες. Σε ότι αφορά την υπερβολική τροφή είναι γνωστή η μάστιγα του δυτικού κόσμου, η παχυσαρκία. Σχετικά με το υπερβολικό κρύο προκαλεί κρυοπαγήματα και ευπάθεια στις λοιμώξεις, ενώ η υπερβολική ζέστη προκαλεί θερμοπληξία. (<https://www.slideshare.net/georgearlapanos/h-76758747>).

Ακόμα και ο Αριστοτέλης είχε ιατρικές γνώσεις. Οι γονείς του ήταν Ασκληπιάδες και μάλιστα ο πατέρας του Νικόμαχος ήταν ιατρός στην αυλή του βασιλιά της Μακεδονίας Αμύντα του Β'. Από τον πατέρα του ο Αριστοτέλης έμαθε την ιατρική την οποία μετέδωσε και στον μαθητή του Αλέξανδρο τον Μέγα. Στον Αλέξανδρο φάνηκε ιδιαίτερα χρήσιμη η ιατρική στην εκστρατεία του στην Ασία και μάλιστα συνιστούσε ειδικές δίαιτες σε ασθενείς στρατιώτες του.

Άλλος μεγάλος ιατρός ήταν ο Ηρόφιλος από την Χαλκηδόνα της Βιθυνίας που έζησε τον 3ο αιώνα π.Χ.

Ο Ηρόφιλος άσκησε την ιατρική στην Αλεξάνδρεια και ήταν ο πρώτος ανατόμος. Έκανε τομές μάλλον σε ζώα και όχι στον άνθρωπο. Ίσως, όμως, τελικά να έκανε στον άνθρωπο, μιας και κατηγορήθηκε γι' αυτό. Εξάλλου, λέγεται ότι οι Πτολεμαίοι στην Αίγυπτο επέτρεπαν την ανατομία σε σώματα εγκληματιών.

Ο Ηρόφιλος διέκρινε τους τένοντες από τα αγγεία, περιέγραψε το νευρικό σύστημα, ξεχώρισε τα κινητικά από τα αισθητικά νεύρα και είπε ότι η έδρα της νόησης είναι ο εγκέφαλος.

Επίσης, μελέτησε το ήπαρ, το δωδεκαδάκτυλο (αυτός έδωσε την ονομασία του που σχετίζεται με το μήκος του), τον προστάτη, τον πνεύμονα, τον εγκέφαλο (συσχέτισε τον εγκέφαλο με το νευρικό σύστημα), τα λεμφαγγεία και το ήπαρ.

Ξεχώρισε το οπτικό νεύρο και μελέτησε τον οφθαλμό, ονοματίζοντας τον αμφιβληστροειδή και κερατοειδή χιτώνα. Μεγάλη σημασία έδωσε στην σωστή διατροφή και στην άσκηση, κάτι που αποδέχεται και η σύγχρονη καρδιολογία. Ο Ηρόφιλος επινόησε και ένα όργανο για τη μελέτη των σφυγμών, γιατί συνειδητοποίησε την διαγνωστική και κλινική τους αξία!!! (Πουρναρόπουλος Κ.1982)

Την ίδια εποχή με τον Ηρόφιλο, δηλαδή τον 3ο αιώνα π.Χ, έζησε και ο Ερασίστρατος από την Κέα (νησί των Κυκλάδων) που έκανε στην Αλεξάνδρεια ανατομία και έρευνες πάνω στην καρδιά. Ο Ερασίστρατος θεωρείται ένας από τους θεμελιωτές της ανατομίας.

Μετά τον Ιπποκράτη, ο μεγαλύτερος ιατρός της αρχαιότητας ήταν ο Κλαύδιος Γαληνός που ήταν ο ιδρυτής της πειραματικής φυσιολογίας και της περιγραφικής ανατομίας.

Ο Γαληνός ήταν Έλληνας. Γεννήθηκε το 129 ή 131 μ.Χ στην Πέργαμο της Μ. Ασίας (πρώην ελληνιστικό βασίλειο που πέρασε στους Ρωμαίους). Ήταν υιός του αρχιτέκτονα Νικία.

Ο Γαληνός παρακολουθούσε στην ιατρική σχολή τους ιατρούς να εξασκούν το ιατρικό επάγγελμα. Σε ηλικία 14 ετών άρχισε μαθήματα φιλοσοφίας και ιατρικής. Σημειώνεται ότι στην αρχαιότητα η ιατρική ήταν αναπόσπαστο μέρος της φιλοσοφίας. Δάσκαλός του ήταν ο Σάτυρος, μαθητής του μεγάλου ανατόμου Κοϊντου.

Αργότερα, σε ηλικία 16 ετών, ο Γαληνός άρχισε τις ιατρικές του σπουδές στην Πέργαμο και τις συνέχισε στη Σμύρνη (ελληνική αποικία), στην Κόρινθο και στην Αλεξάνδρεια. Στην Αλεξάνδρεια έκανε ανατομία σε ζώα. ([http://historymed.blogspot.com/2008/08/blog-post\\_8179.html](http://historymed.blogspot.com/2008/08/blog-post_8179.html)).

Ο Γαληνός έδωσε πολλές διαλέξεις και έγραψε πολλά βιβλία. Πέθανε το 199 ή το 201 μ.Χ. Δυστυχώς, τα βιβλία του – που φυλάσσονταν στον ναό της Ειρήνης – καταστράφηκαν από πυρκαγιά. Έτσι, θα μείνουν κρυφά για πάντα πολλά από τα πρωτοποριακά φάρμακα και χειρουργικές επεμβάσεις του Γαληνού.

Ο Γαληνός πίστευε ότι η καλή υγεία ήταν αποτέλεσμα της ισορροπίας των 4 χυμών του σώματος: του αίματος, της χολής, της μαύρης χολής και του φλέγματος. Κάθε διαταραχή στην ισορροπία αυτή ή η κακή ανάμειξη των χυμών οδηγεί στην ασθένεια.

Στην ανατομία πρώτος, αιώνες πριν τον Δαρβίνο, ανακάλυψε την ομοιότητα μεταξύ ανθρώπου και πίθηκου!!! Έτσι, χρησιμοποίησε πίθηκους από την βόρειο Αφρική για ανατομικές μελέτες. Επίσης, έκανε ανατομία σε χοίρους. Ο Γαληνός μελέτησε την ανατομία της μήτρας, τις οφθαλμοπάθειες και την κίνηση του θώρακα και των πνευμόνων κατά την αναπνοή. Περιέγραψε το ήπαρ και τις βαλβίδες της καρδιάς! Ξεχώρισε τις αρτηρίες από τις φλέβες και είπε ότι στις πρώτες κυκλοφορεί το καθαρό αίμα. Ως τότε πίστευαν ότι στις αρτηρίες κυκλοφορεί αέρας.

Πάντως, αυτό δεν είναι εντελώς λάθος μιας και τα αέρια του αίματος – οξυγόνο και διοξείδιο του άνθρακα – μεταφέρονται στο αίμα διαλυμένα. Κυρίως, όμως, βρίσκονται στα

ερυθρά αιμοσφαίρια του αίματος από τα οποία δεσμεύονται και αποδεσμεύονται στην αιματική κυκλοφορία. Ο Γαληνός ανέφερε ότι το περισσότερο αίμα βρίσκεται στην αορτή. Είπε ότι το αίμα διοχετεύεται στην αορτή από τον αριστερή κοιλία, αφού πριν έχει περάσει από την δεξιά.

Ο Γαληνός μίλησε και για την κίνηση των μυών, την αναπνοή, το σπέρμα, τον καρκίνο του πνεύμονα, τους όγκους, την κίρρωση του ήπατος, τους σπασμούς και την επιληψία, το ρίγος, το τρομόδες παραλήρημα, την φυματίωση, τους λίθους στη χολή και τις παθήσεις του σπλήνα.

Επίσης, ασχολήθηκε και με την διαίτα, έκανε εγχειρήσεις και κατασκεύασε πολλά φάρμακα. Συγκεκριμένα κατασκεύασε αφεψήματα, εκχυλίσματα και παρασκευάσματα, για παράδειγμα από ναρκωτικά φυτά όπως το όπιο, το υοσκύαμο και τους βολβούς σκίλλας. Τους τελευταίους τους χρησιμοποίησε ως καρδιοτονωτικό, διουρητικό και αποχρεμπτικό φάρμακο! Θεραπευτικά χρησιμοποίησε και το δηλητήριο της οχιάς! (Bynum W. 2013).

Σήμερα σε διάφορα δηλητήρια όπως της μέλισσας, των φιδιών, καθώς και άλλες φυσικές ουσίες (κορμός ελάτου, ουσία καρχαριών και άλλα) οι επιστήμονες ψάχνουν φάρμακα για την θεραπεία του καρκίνου. Κάποια από αυτά, σε εργαστηριακές μελέτες, σταθεροποιούν ή μειώνουν το μέγεθος του όγκου ή εμποδίζουν την άρδυσή του με αίμα. ([ellinikiafipnisis.blog-spot.com/2009](http://ellinikiafipnisis.blog-spot.com/2009)), (<https://docplayer.gr/3763631-Iatriki-stin-arhaia-ellada.html>).

Αξίζει να αναφερθεί και το όνομα του Διοσκουρίδη του Πεδάνιου

Ο Διοσκουρίδης (1<sup>ος</sup> μ.Χ.) υπήρξε ο διασημότερος φαρμακογνώστης - φαρμακολόγος της αρχαιότητας. Γεννήθηκε στην Ανάζαρβο της Κιλικίας. Για την ζωή του λίγα είναι γνωστά. Σπούδασε ιατρική στην Ταρσό κοντά στον Άρειο της Ασκληπιάδειας Σχολής.

Το έργο του “Περί ύλης ιατρικής” = (De Materia Medica) ήταν προϊόν προσωπικών παρατηρήσεων, απαλλαγμένο από προλήψεις και δεισιδαιμονίες.

Μέχρι και τον 16<sup>ο</sup> αιώνα σ’ αυτό ανέτρεχαν οι ασχολούμενοι με την Φαρμακευτική. Μεταφράστηκε σε πολλές γλώσσες κατά τις διάφορες εποχές.

Ήταν το πρώτο βιβλίο, που τυπώθηκε μετά την Αγία Γραφή.

Χειρόγραφοι κώδικες του Διοσκουρίδη σώζονται πολλοί, εικονογραφημένοι, γνήσιοι, νόθοι ή διασκευασμένοι. Σπουδαιότεροι είναι ο Κωνσταντινοπολιτικός (527 μ.Χ., γραμμένος σε περγαμηνές με καλλιγραφικά κεφαλαία γράμματα), ο Νεαπολιτικός και ο Λαυρεωτικός (10ος αιών, με 440 εικόνες). (<https://ekfechanion.eu/files/Books/FarmakeytikiBook-final.pdf>)

Στον πρόλογο του έργου του αναφέρει τους λόγους, που τον ώθησαν να γράψει το έργο αυτό. Έκρινε ανεπαρκείς, ατελείς και αντιφάσκουσες τις επιστημονικές παρατηρήσεις των προγενέστερων ιατρών. Κατέταξε τα φυτά σε ομάδες με βάση τα βοτανικά τους γνωρίσματα. Έγραψε τα συνώνυμα των φυτών αλφαβητικά κατά λαούς (πχ. Αθηναίοι, Αιγύπτιοι, Βάρβαροι, Βοιωτοί κλπ.) και κατά πρόσωπα (Ανδρέας, Κρατεύας κλπ). Το έργο διαιρείται σε 5 βιβλία:

- i. Αλοιφές, αρώματα, μύρα, βάλσαμα, ρητίνες, έλαια.
- ii. Ζώα και ζωικής προέλευσης δρόγες.
- iii. Φυτικής προέλευσης δρόγες.
- iv. Συνέχεια του τρίτου.
- v. Οίνοι, ορυκτά και ανόργανα φάρμακα.

Συνολικά περιγράφει 600 φυτικά φάρμακα. Θεωρούσε ότι η ιαματική τους δύναμη προέρχεται από τις τέσσερις θεμελιώδεις ιδιότητες: του θερμού, του ψυχρού, του ξηρού και του υγρού. (Ε. Σκαλτσά 2001)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1. ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΜΕΡΙΣΜΟΣ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Από τη στιγμή που ο φοιτητής θα τελειώσει την ιατρική σχολή, το επόμενο βήμα του, είναι να καταθέσει αίτηση για αγροτικό ιατρείο, όταν προκηρυχτούν θέσεις. Η επιλογή των γιατρών γίνεται με μοριοδότηση. Η διάρκεια του αγροτικού ιατρείου είναι 12 μήνες. Αφού περάσει το δωδεκάμηνο, θα πρέπει να καταθέσει αίτηση για ειδικότητα στην αντίστοιχη Διεύθυνση Υγείας στην οποία ανήκει το Νοσοκομείο που θέλει να ειδικευθεί. (Γραφείο Διασύνδεσης, σπουδών και σταδιοδρομίας Α.Π.Θ).

Η απόκτηση νοσηλευτικής ειδικότητας και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών καθορίζεται με την Απόφαση αρ. 2/29-5-2019 του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.), όπως αυτή λήφθηκε στην 11η Συνεδρίαση της Ολομέλειας στις 22-04-2018. Σύμφωνα με το άρθρο 1 της παραπάνω Απόφασης, σκοπός τόσο της απόκτησης ειδικότητας, όσο και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι:

- « 1. Η προαγωγή της θεωρητικής και εφαρμοσμένης εκπαίδευσης των επαγγελματιών νοσηλευτών για να προσφέρουν ποιοτική, τεκμηριωμένη, εξειδικευμένη και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα, σε όλο το φάσμα της φροντίδας υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας).
2. Η συμβολή στην παραγωγή νέων γνώσεων στο χώρο της υγείας με την ενεργό συμμετοχή στην έρευνα »,

ενώ στο άρθρο 2 αναφέρονται οι προϋποθέσεις απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας ή εξειδίκευσης:

« 1. Για την απόκτηση Νοσηλευτικής Ειδικότητας ή Εξειδίκευσης απαιτούνται:

- α) Πτυχίο τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης (ΠΕ ή ΤΕ) ή επισκεπτών υγείας (για τις ειδικότητες: Ψυχική Υγεία, Γεροντολογική Νοσηλευτική, παιδιατρική) ή ισοτίμου σχολής της ημεδαπής ή της αλλοδαπής, επίσημα αναγνωρισμένου και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος.

β) Ο ενδιαφερόμενος (υποψήφιος) να έχει καταθέσει αίτηση για εκπόνηση ειδικότητας ή εξειδίκευσης και να έχει εγγραφεί στην επετηρίδα της οικείας ΥΠΕ.

2. Οι υποψήφιοι δύνανται να εκπαιδευτούν σε μία από τις 8 ειδικότητες ή 11 εξειδικεύσεις που ακολουθούν:

Νοσηλευτικές Ειδικότητες:

1. Ανακουφιστική και Υποστηρικτική Νοσηλευτική Φροντίδα
2. Γεροντολογική Νοσηλευτική
3. Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική
4. Κοινωνική Νοσηλευτική
5. Νοσηλευτική Παίδων ή Παιδιατρική Νοσηλευτική
6. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας
7. Παθολογική Νοσηλευτική
8. Χειρουργική - Περιεγχειρητική Νοσηλευτική

Εξειδικεύσεις:

Οι εξειδικεύσεις χορηγούνται στους κατόχους των παραπάνω ειδικοτήτων:

**α. Αιμοδοσία** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**β. Νεφρολογική Νοσηλευτική.** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**γ. Νοσηλευτική Αναισθησιολογία.** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**δ. Νοσηλευτική διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη.** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**ε. Νοσηλευτική Χειρουργείου.** Χορηγείται σε κατόχους όλων των ειδικοτήτων εξαιρουμένης της Ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

**στ. Διαχείριση Εξωσωματικής** Χορηγείται σε κατόχους όλων των ειδικοτήτων εξαιρουμένης της Ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

**ζ. Νοσηλευτική Ελέγχου Λοιμώξεων.** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**η. Νοσηλευτική Καρδιαγγειακών Παθήσεων.** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**θ. Ογκολογική Νοσηλευτική.** Χορηγείται σε κατόχους οποιασδήποτε ειδικότητας.

**ι. Νοσηλευτική Αποκατάσταση.** Χορηγείται σε κατόχους των ειδικοτήτων, Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Παθολογικής Νοσηλευτικής και Χειρουργικής – Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής.

**κ. Συντονιστή Μεταμόσχευσης.** Χορηγείται σε κατόχους όλων των ειδικοτήτων εξαιρουμένης της Ειδικότητας Κοινωνικής Νοσηλευτικής.»

## **4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ**

Στο άρθρο 2 της προαναφερόμενης Απόφασης, καθορίζονται το γνωστικό αντικείμενο και η διάρκεια σπουδών για κάθε νοσηλευτική ειδικότητα και εξειδίκευση ως εξής:

*« Η διάρκεια εκπαίδευσης για τις ειδικότητες είναι 18 μήνες. Η διάρκεια εκπαίδευσης για τις εξειδικεύσεις είναι έξι (6) μήνες μετά τη λήψη ειδικότητας σύμφωνα με το άρθρο 2.*

### **1. Ανακουφιστική και Υποστηρικτική Νοσηλευτική Φροντίδα**

*Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι η καλλιέργεια των απαραίτητων γνώσεων, δεξιοτήτων και πεποιθήσεων των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών ώστε να είναι ικανοί να παρέχουν ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα και το οικογενειακό περιβάλλον.*

*Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάπτυξη ικανότητας συνεργασίας με τη διεπιστημονική ομάδα για την αξιολόγηση και αντιμετώπιση των οργανικών ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών ασθενή και οικογένειας στις διάφορες δομές παροχής ανακουφιστικής φροντίδας, για την επίτευξη της καλύτερης ποιότητας ζωής ή και τον ειρηνικό θάνατο.*

### **2. Γεροντολογική Νοσηλευτική**

*Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται συνεχής αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμό της Ελλάδας, γεγονός που δημιουργεί νέες προκλήσεις και απαιτήσεις για το σύστημα υγείας.*

*Οι δημογραφικές μεταβολές και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού αποτελούν πρόκληση για τη νοσηλευτική και δημιουργούν την ανάγκη υιοθέτησης σύγχρονων και περισσότερο διευρυμένων ρόλων για τη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. Κύριος σκοπός της ειδίκευσης των Νοσηλευτών στη Γεροντολογική Νοσηλευτική είναι η παροχή αποτελεσματικής και υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς, καθώς και η πρόληψη ή μείωση των επιπτώσεων της γήρανσης στους ηλικιωμένους που διαβιούν στην κοινότητα.*

*Επιμέρους στόχοι της ειδικής εκπαίδευσης είναι η διαμόρφωση θετικής στάσης ως προς τους ηλικιωμένους, η απόκτηση γνώσης σχετικής με το φυσιολογικό φαινόμενο της γήρανσης και τη δυνατότητα ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων μέχρι το τέλος της ζωής, η απόκτηση γνώσης σχετικής με τις ιδιαιτερότητες της παθολογίας των ηλικιωμένων και των συνοδών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, η άσκηση τόσο σε κλινικά τμήματα και γηριατρικές δομές στις οποίες νοσηλεύονται ηλικιωμένοι ασθενείς, όσο και σε ανοικτές δομές στις οποίες*

παρέχεται φροντίδα σε ηλικιωμένους είτε σε ομαδικό επίπεδο (πχ. ΚΑΠΗ) είτε στο σπίτι, καθώς και η ανάπτυξη ικανότητας για συνεργατική παροχή φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους και στους φροντιστές τους.

### **3. Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική**

Η Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική επικεντρώνεται κυρίως στη φροντίδα κλινικά ασταθών, οξέων και κρίσιμων ασθενών ή μετεγχειρητικών ασθενών και ειδικότερα εκείνων που απειλούνται από απειλητικές για τη ζωή ασθένειες και τραυματισμούς.

Απαιτεί κατά συνέπεια δεξιότητες ταχύτατης και αποτελεσματικής κλινικής αξιολόγησης ασθενών, σε ένα εξαιρετικά διευρυμένο φάσμα ασθενών με σημαντικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με τις παρεμβάσεις για την αποτελεσματική διαχείρισή τους, που προϋποθέτει εξειδικευμένη θεωρητική γνώση καθώς και άρτια τεχνική γνώση του σύγχρονου εξοπλισμού διάσωσης και υποστήριξης της ζωής, αλλά επιπλέον και βαθιά γνώση των κλινικών προτύπων και των κατευθυντήριων οδηγιών. Κατά συνέπεια οι κύριοι σκοποί της ειδικότητας είναι:

- Προαγωγή εξειδικευμένων θεωρητικών γνώσεων (εξειδικευμένη γνώση για την ταχεία αξιολόγηση ασθενών, την αιμοδυναμική παρακολούθηση, την παθοφυσιολογία του οξέως πάσχοντα, την διαχείριση μαζικών καταστροφών, την υποστήριξη του βαρέως πάσχοντα, αλλά και τα κλινικά πρωτόκολλα, τις κατευθυντήριες οδηγίες κ.α.).
- Ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων (αξιολόγησης ασθενών, πρώιμης αναγνώρισης συμπτωματολογίας, σχεδιασμό νοσηλευτικής φροντίδας, αντιμετώπισης επιπλοκών και δεξιοτήτων διάσωσης και υποστήριξης της ζωής, κ.α.).
- Ανάπτυξη τεχνικών δεξιοτήτων (χρήση διασωστικού εξοπλισμού, εξοπλισμού χορήγησης υγρών, διαλυμάτων και φαρμάκων, εξοπλισμού μηχανικής υποστήριξης οργανικών συστημάτων, εξοπλισμού παρακολούθησης παραμέτρων, εξειδικευμένο τεχνικό εξοπλισμό υποστήριξης της ζωής, κ.α.).
- Ανάπτυξη διοικητικών ικανοτήτων (διαχείρισης & κατανομής πόρων και ανθρώπινου δυναμικού, οργάνωσης και λειτουργίας ΤΕΠ & ΜΕΘ, διαχείρισης κρίσεων & συγκρούσεων, λειτουργίας με ελάχιστους πόρους, κ.α.).
- Προαγωγή της έρευνας σε ΤΕΠ & ΜΕΘ (μεθοδολογία έρευνας, βασικές αρχές βιοηθικής, σύγχρονο νομικό πλαίσιο για τη διεξαγωγή έρευνας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων, κ.α.).



- Ενίσχυση της ασφάλειας και της ποιότητας της φροντίδας σε ΜΕΘ & ΤΕΠ (παράμετροι ασφάλειας, ποιότητας φροντίδας και θέσπιση δεικτών αξιολόγησης, ποιότητα ζωής ασθενών και προσωπικού, κ.α.).

#### **4. Κοινωνική Νοσηλευτική.**

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων και συμπεριφορών από τους νοσηλευτές ώστε να παρέχουν ποιοτική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Ο παραπάνω σκοπός θα επιτευχθεί μέσα από την τεκμηριωμένη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση, καθώς και με τη συμβολή στην παραγωγή νέων γνώσεων με την ενεργητική συμμετοχή των ειδικευομένων στην έρευνα που αφορά σε όλες τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και δημόσιας Υγείας (Σχολείο, Σπίτι, Χώρο εργασίας).

#### **5. Νοσηλευτική Παίδων.**

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι οι νοσηλευτές να αποκτήσουν γνώσεις, πέρα από τις αποκτηθείσες στη βασική εκπαίδευση, που αφορούν στις βιολογικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες του υγιούς όσο και του άρρωστου παιδιού, καθώς και τις ανάγκες της οικογένειας.

Στόχος των μαθημάτων της ειδίκευσης είναι οι παιδιατρικοί νοσηλευτές να αξιοποιούν τις γνώσεις που παίρνουν ώστε να διακρίνουν τα προβλήματα υγείας του παιδιού και της οικογένειας και να γνωρίζουν τους τρόπους εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας. Να γνωρίζουν ποια είναι η φυσιολογική σωματική, ψυχική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και τους παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως επίσης να γνωρίζουν την παθολογία κάθε συστήματος, από την νεογνική έως την εφηβική ηλικία και τους τρόπους θεραπευτικής και νοσηλευτικής παρέμβασης.

#### **6. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.**

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι η ανάπτυξη γνώσεων, δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών των νοσηλευτών στην φροντίδα ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να είναι παιδιά, έφηβοι, ενήλικες και ηλικιωμένοι.

Δομές στις οποίες προσφέρει τις υπηρεσίες του ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπ' όψιν και το πλαίσιο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, είναι: ψυχιατρικό νοσοκομείο, γενικό νοσοκομείο, διασυνδετική, κέντρο ψυχικής υγείας, μονάδα

ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κινητή μονάδα ψυχικής υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία, παρέμβαση στην κρίση, σχολείο, φυλακή και σε άτομα με χρήση ουσιών.

Επιμέρους στόχοι είναι:

- ✓ Η προαγωγή ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
- ✓ Η πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων σε όλα τα επίπεδα.
- ✓ Η ενδυνάμωση των ασθενών με ψυχικό νόσημα.
- ✓ Η δημιουργία και έλεγχος του θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- ✓ Η νοσηλεία των ασθενών και
- ✓ Η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

## **7. Παθολογική Νοσηλευτική.**

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι οι νοσηλευτές να αποκτήσουν θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις, πέρα από τις αποκτηθείσες στη βασική εκπαίδευση, που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από παθολογικά νοσήματα.

Μετά το τέλος της παθολογικής ειδικότητας οι ειδικευμένοι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να:

- Κατέχουν τις απαραίτητες θεωρητικές γνώσεις που αφορούν παθολογικά νοσήματα, ανά σύστημα.
- Αξιολογούν τις ανάγκες του ασθενή μέσω κυρίως της λήψης ιστορικού υγείας, της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών δεδομένων ανά νόσημα.
- Γνωρίζουν τις νοσηλευτικές ευθύνες για τη διεξαγωγή εργαστηριακών εξετάσεων.
- Εκπαιδεύουν τον ασθενή και την οικογένεια.
- Αναγνωρίζουν τα κριτήρια εξόδου του ασθενή από το νοσοκομείο.

Ειδικότερα η ειδικότητα αυτή αναφέρεται σε όλα, αλλά και στα κυριότερα και συχνότερα νοσήματα όλων των συστημάτων του ανθρώπινου σώματος και περιλαμβάνει: Νοσηλευτική Εκτίμηση Ασθενών και Νοσηλευτικές

Πρακτικές που εφαρμόζονται στα πλαίσια της διεπιστημονικής φροντίδας ως ακολούθως:

- ✓ Αιματολογικά Νοσήματα.
- ✓ Ενδοκρινικά Νοσήματα.
- ✓ Ανοσολογικά Νοσήματα.
- ✓ Νοσήματα του Καρδιαγγειακού Συστήματος.
- ✓ Νοσήματα του Γαστρεντερικού Συστήματος, του Ήπατος και των χοληφόρων
- ✓ Νοσήματα του Ουροποιογεννητικού Συστήματος.

- ✓ *Νευρολογικά Νοσήματα.*
- ✓ *Μυοσκελετικά και Ρευματολογικά Νοσήματα.*
- ✓ *Νοσήματα Κεφαλής, τραχήλου και αισθητηρίων οργάνων.*
- ✓ *Νοσήματα του Αναπνευστικού Συστήματος.*

## **8. Χειρουργική - Περιεγχειρητική Νοσηλευτική**

*Κύριος σκοπός της Χειρουργικής - Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής ειδίκευσης είναι η απόκτηση και εφαρμογή από τους Νοσηλευτές σύγχρονων γνώσεων, δεξιοτήτων και υιοθέτησης νέων τεχνολογιών, για την παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής φροντίδας στους ασθενείς με χειρουργικά προβλήματα υγείας (γενικής χειρουργικής και ειδικότητας) , (ενηλίκων - παιδών) σε όλα τα στάδια: Προεγχειρητικά – Διεγχειρητικά - Μετεγχειρητικά.*

*Συγκεκριμένα, στόχος είναι η παροχή γνώσεων:*

- ✓ *Προεγχειρητικά για την παροχή Νοσηλευτικής Φροντίδας στην διάγνωση, τεκμηρίωση, ενημέρωση και προετοιμασία των ασθενών προς χειρουργική επέμβαση.*
- ✓ *Διεγχειρητικά να αποκτήσει ατομικές δεξιότητες, εξάσκηση σε ομαδική εργασία με συγκεκριμένους κανόνες και ικανότητες οργάνωσης, για να παρέχει Νοσηλευτική Φροντίδα στην προετοιμασία, διενέργεια και ανάνηψη ασθενών, που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Μετεγχειρητικά να έχει ικανότητες: παρακολούθησης, αξιολόγησης, αντιμετώπισης επιπλοκών, χορήγησης αγωγής και αποτελεσματικής Νοσηλευτικής Φροντίδας.»*

## **4.3. ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΕΙΣ**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και παραπάνω, στο άρθρο 2 της Απόφασης αρ. 2/29-5-2019 του Εθνικού Συμβουλίου Ανάπτυξης Νοσηλευτικής (Ε.Σ.Α.Ν.), καθορίζονται το γνωστικό αντικείμενο και η διάρκεια σπουδών για κάθε νοσηλευτική ειδικότητα και εξειδίκευση ως εξής:

*« Η διάρκεια εκπαίδευσης για τις ειδικότητες είναι 18 μήνες. Η διάρκεια εκπαίδευσης για τις εξειδικεύσεις είναι έξι (6) μήνες μετά τη λήψη ειδικότητας σύμφωνα με το άρθρο 2.*

### **α. Αιμοδοσία.**

*Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές ειδικών γνώσεων στους νοσηλευτές σχετικών με τις σύγχρονες τάσεις οργάνωσης και λειτουργίας των Κέντρων Αιμοδοσίας.*

*Επιμέρους Στόχοι:*

- ✓ *Η απόκτηση γνώσεων για το σχεδιασμό και έλεγχο της τεχνικής μετάγγισης αίματος, καθώς και η παρασκευή και διάθεση παραγώγων αίματος.*
- ✓ *Η απόκτηση γνώσεων για το σχεδιασμό και προγραμματισμό εξορμήσεων και αιμοληψιών από εθελοντές αιμοδότες.*
- ✓ *Η απόκτηση γνώσεων για τον εντοπισμό και αξιολόγηση προβλημάτων αρρώστων με αιματολογικά νοσήματα και η αντιμετώπισή τους.*

### **β. Νεφρολογική Νοσηλευτική.**

*Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές σύγχρονων γνώσεων και δεξιοτήτων για την παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής φροντίδας σε ασθενείς με νοσήματα νεφρών στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.*

### **γ. Νοσηλευτική Αναισθησιολογία.**

*Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές ειδικών γνώσεων νοσηλευτικής αναισθησιολογίας και δεξιοτήτων σε όλες τις μεθόδους αναισθησίας, ώστε να συμμετέχουν ως ειδικά και ικανά μέλη στην αναισθησιολογική ομάδα.*

### **δ. Νοσηλευτική διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη.**

*Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων σε όλες τις μεθόδους χειρισμού και αντιμετώπισης του διαβήτη, ώστε να συμμετέχουν ως ειδικά και ικανά μέλη στην ομάδα υγείας για τη φροντίδα ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Επιμέρους στόχος είναι η καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη και η μείωση του κόστους της φροντίδας υγείας για αυτό τον πληθυσμό.*

### **ε. Νοσηλευτική Χειρουργείου.**

*Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές ειδικών γνώσεων νοσηλευτικής χειρουργείου και δεξιοτήτων σχετικών με όλες τις ειδικότητες της χειρουργικής, ώστε να αποτελούν εξειδικευμένα και ικανά μέλη της χειρουργικής ομάδας.*

### **στ. Διαχείριση Εξωσωματικής Κυκλοφορίας**

*Κύριος σκοπός είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές εξειδικευμένων θεωρητικών, κλινικών και τεχνικών γνώσεων για την παροχή ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας, με βάση*

τα ευρήματα κλινικών ερευνητικών μελετών. Η ελαχιστοποίηση των συμβάντων και επιπλοκών από την εφαρμογή της καρδιοπνευμονικής παράκαμψης, καθώς και η συμβολή στην εξέλιξη και πρόοδο της τεχνικής για την ασφαλέστερη έκβαση του ασθενούς.

#### **ζ. Νοσηλευτική Ελέγχου Λοιμώξεων.**

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων για τη διασφάλιση ποιοτικής και αποτελεσματικής φροντίδας υγείας στους ασθενείς, μέσω κατανόησης των αρχών ελέγχου των λοιμώξεων.

Επιμέρους στόχος είναι η απόκτηση γνώσεων και η ανάπτυξη κριτικής σκέψης σχετικά με τα μέτρα μείωσης της επίπτωσης των νοσοκομειακών λοιμώξεων, τη λογική χρήση των αντιβιοτικών και την κατανόηση των γενικών αρχών διασποράς των λοιμώξεων και των μολυσματικών νοσημάτων και η ανάπτυξη ικανότητας διαχείρισης των παραγόντων κινδύνου για λοιμώξεις στα άτομα, στις οικογένειες και στην κοινότητα, καθώς και σε όσους παρέχουν φροντίδα στο σπίτι.

#### **η. Νοσηλευτική Καρδιαγγειακών Παθήσεων.**

Σήμερα, η ειδίκευση των νοσηλευτών στη Νοσηλευτική των Καρδιαγγειακών Παθήσεων αποτελεί επιτακτική ανάγκη με την ολοένα και μεγαλύτερη προσδοκία για ποιοτικότερη φροντίδα υγείας.

Η ανάπτυξη νέων Στεφανιαίων Μονάδων και Καρδιοχειρουργικών Κλινικών, καθώς και η ανάγκη εκπόνησης προγραμμάτων πρόληψης (απόρροια της μεγάλης επίδρασης της στεφανιαίας νόσου στη σημερινή εποχή), προϋποθέτει τη συμμετοχή στην ομάδα φροντίδας υγείας ειδικευμένου νοσηλευτή.

Κύριος σκοπός της ειδίκευσης είναι η απόκτηση από τους νοσηλευτές νέας, εξειδικευμένης και τεκμηριωμένης γνώσης για την παροχή αποτελεσματικής και υψηλής ποιότητας φροντίδας στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα.

*Επιμέρους Στόχοι:*

- ✓ Η εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα, με βάση τη νοσηλευτική διεργασία, στην καθημερινή πρακτική.
- ✓ Η παροχή συνεργατικής φροντίδας στο πλαίσιο της ομάδας φροντίδας υγείας.
- ✓ Η παροχή γνώσεων για τη διεξαγωγή έρευνας και η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα.
- ✓ Η εφαρμογή ερευνητικών δεδομένων στην κλινική πρακτική.

✓ Η αναγνώριση και η συμμετοχή στη διερεύνηση κλινικών ερευνητικών προβλημάτων.

#### **θ. Ογκολογική Νοσηλευτική.**

Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η κατάλληλη προετοιμασία των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών προκειμένου να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις, δεξιότητες και πεποιθήσεις για να προάγουν την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των κακοήθων νεοπλασιών και να αναπτύσσουν θεραπευτική σχέση με τον άρρωστο και την οικογένειά του ώστε να προσφέρουν ποιοτική εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα της χρόνιας νόσου.

#### **ι. Νοσηλευτική Αποκατάσταση.**

Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η κατάλληλη προετοιμασία των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών για την παροχή ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε χρονίως πάσχοντες ή άτομα με αναπηρίες, με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας τους ή όπου αυτό δεν είναι δυνατό, στη βελτίωση της αυτοδιαχείρισης της νόσου και της αυτοφροντίδας, είτε από το ίδιο το άτομο, είτε με τη βοήθειά του ή των φροντιστών του.

#### **κ. Συντονιστής Μεταμόσχευσης.**

Κύριος σκοπός της εξειδίκευσης είναι η κατάλληλη προετοιμασία των εκπαιδευόμενων νοσηλευτών στην προώθηση των μεταμοσχεύσεων, στη διασφάλιση της ασφάλειας του συστήματος μεταμοσχεύσεων, στην ανάπτυξη προγραμμάτων επιλογής δοτών και ληπτών, στο συντονισμό και τη συνεργασία των εμπλεκομένων, στην τήρηση και διαρκή ενημέρωση του καταλόγου αναμονής, στην ενημέρωση και εκπαίδευση των πολιτών.»

### **4.4. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ**

Οι ιατρικές ειδικότητες καθορίζονται από την με Αριθμ. Γ5α/Γ.Π.οικ. 64843/29-8-2018 Απόφαση του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας (ΦΕΚ 4138/Β/20-09-2018) περί «Σύστασης, μετονομασίας ιατρικών ειδικοτήτων, καθορισμός χρόνου και περιεχομένου άσκησης για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας».

Στην Ελλάδα αναγνωρίζονται οι εξής ιατρικές ειδικότητες με χρόνο ειδίκευσης για την απόκτηση κάθε μιας:

- 1. Αγγειοχειρουργική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: επτά (7) έτη.
- 2. Αιματολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
- 3. Ακτινολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.

4. **Ακτινοθεραπευτική ογκολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
5. **Αλλεργιολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
6. **Αναισθησιολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
7. **Γαστρεντερολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
8. **Γενική ιατρική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
9. **Δερματολογία και αφροδισιολογία** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5)έτη.
10. **Δημόσια υγεία - κοινωνική ιατρική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
11. **Εσωτερική παθολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
12. **Ενδοκρινολογία – διαβήτης – μεταβολισμός:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
13. **Ιατρική βιοπαθολογία / εργαστηριακή ιατρική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
14. **Ιατρική γενετική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
15. **Ιατρική εργασίας και περιβάλλοντος:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: τέσσερα (4) έτη.
16. **Ιατροδικαστική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
17. **Καρδιολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
18. **Κυτταρολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
19. **Μαιευτική και γυναικολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
20. **Νευρολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
21. **Νευροχειρουργική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: επτά (7) έτη.
22. **Νεφρολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
23. **Ορθοπαιδική και τραυματολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
24. **Ουρολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5)έτη.
25. **Οφθαλμολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: τέσσερα (4) έτη.
26. **Παθολογική ανατομική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
27. **Παθολογική ογκολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
28. **Παιδιατρική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
29. **Πλαστική, επανορθωτική και αισθητική χειρουργική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
30. **Πνευμονολογία – φυματιολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
31. **Πυρηνική ιατρική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
32. **Ρευματολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.
33. **Στοματική και γναθοπροσωπική χειρουργική (ιατρική και οδοντιατρική ειδικότητα):** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
34. **Φυσική ιατρική και αποκατάσταση:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
35. **Χειρουργική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: έξι (6) έτη.

- 36. **Χειρουργική θώρακος:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: επτά (7) έτη.
- 37. **Χειρουργική παιδών:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: επτά (7) έτη.
- 38. **Ψυχιατρική:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
- 39. **Ψυχιατρική παιδιού και εφήβου:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.
- 40. **Ωτορινολαρυγγολογία:** Συνολικός χρόνος εκπαίδευσης: πέντε (5) έτη.

#### 4.5. ΕΣΥ ΠΟΛΛΩΝ «ΤΑΧΥΤΗΤΩΝ» ΜΕ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), στο δελτίο τύπου με θέμα «Παρακολούθηση του αριθμού ιατρών: Έτος 2018» της 19ης Δεκεμβρίου 2019, ανακοινώνει στοιχεία για τον αριθμό των Ιατρών έτους 2018. Σύμφωνα με το παραπάνω δελτίο «Οι εγγεγραμμένοι ιατροί στους Ιατρικούς Συλλόγους το έτος 2018 ανήλθαν σε 65.513 στο σύνολο της Χώρας παρουσιάζοντας αύξηση 1,0% σε σχέση με τα αναθεωρημένα στοιχεία έτους 2017 (Πίνακας 1). Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας κατά Περιφέρεια, η μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των ιατρών, κατά απόλυτες τιμές, παρατηρήθηκε στις Περιφέρειες της Αττικής (1,2%) και της Κεντρικής Μακεδονίας (1,0%). Αντίθετα, η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε στις Περιφέρειες της Δυτικής Ελλάδας (2,6%) και της Κρήτης (1,9%) (Πίνακας 1, Γράφημα 1)».

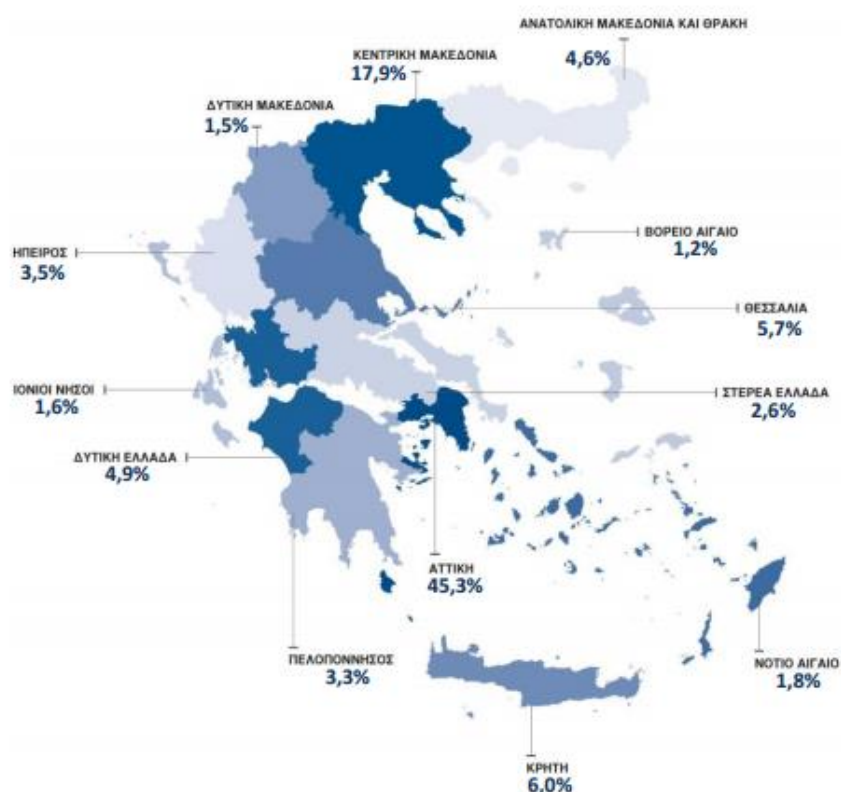
**Πίνακας 1. Αριθμός ιατρών κατά Περιφέρεια, 2017 και 2018**

	2017	2018	Μεταβολή (%) 2018/2017
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	2.979	2.984	0,2
Κεντρική Μακεδονία	11.604*	11.721	1,0
Δυτική Μακεδονία	964	952	-1,2
Ήπειρος	2.236	2.322	3,8
Θεσσαλία	3.781*	3.755	-0,7
Ιόνια Νησιά	992	1.060	6,9
Δυτική Ελλάδα	3.315	3.229	-2,6
Στερεά Ελλάδα	1.596	1.692	6,0
Πελοπόννησος	2.138*	2.187	2,3
Αττική	29.330*	29.694	1,2
Βόρειο Αιγαίο	759	779	2,6
Νότιο Αιγαίο	1.130	1.188	5,1
Κρήτη	4.027	3.950	-1,9
<b>Σύνολο</b>	<b>64.851*</b>	<b>65.513</b>	<b>1,0</b>

(<https://www.statistics.gr/documents/20181/da90e698-7e66-fda7-9b86-8647be5f0172>)



**Γράφημα 1. Ποσοστιαία (%) κατανομή ιατρών κατά Περιφέρεια 2018**



(<https://www.statistics.gr/documents/20181/da90e698-7e66-fda7-9b86-8647be5f0172>)

Αναφορικά με τις ειδικότητες ιατρών, οι σημαντικότερες αριθμητικά στο σύνολο της Χώρας είναι οι ειδικότητες της Παθολογίας, της Παιδιατρικής, της Βιοπαθολογίας, της Καρδιολογίας, της Γενικής Ιατρικής και της Μαιευτικής - Γυναικολογίας (Πίνακας 2). Το έτος 2018 παρατηρήθηκε αύξηση στον αριθμό των ιατρών που ανήκουν στις παραπάνω έξι κυριότερες ειδικότητες συγκριτικά με το έτος 2017, καθώς και στον αριθμό των ιατρών με λοιπές ειδικότητες ή άνευ ειδικότητας.

**Πίνακας 2. Αριθμός ιατρών για τις έξι κυριότερες κατηγορίες ειδικοτήτων, 2017 και 2018**

	2017	2018	Μεταβολή (%) 2018/2017
Παθολόγοι	4.565	4.617	1,1
Παιδίατροι	3.672	3.688	0,4
Ιατρ. Βιοπαθολόγοι (Μικροβιολόγοι)	3.483	3.543	1,7
Καρδιολόγοι	3.451	3.493	1,2
Γενικής Ιατρικής	3.054	3.134	2,6
Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι	3.041	3.047	0,2
Λοιπές ειδικότητες & Άνευ ειδικότητας	43.585*	43.991	0,9
<b>Σύνολο</b>	<b>64.851*</b>	<b>65.513</b>	<b>1,0</b>

(<https://www.statistics.gr/documents/20181/da90e698-7e66-fda7-9b86-8647be5f0172>)

Ο αριθμός των ιατρών ανά 10.000 κατοίκους για τις έξι κυριότερες ομάδες ειδικοτήτων, στο σύνολο της Χώρας δεν παρουσιάζει σημαντική μεταβολή μεταξύ των ετών 2017 και 2018 (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. Αριθμός ιατρών ανά 10.000 κατοίκους κατά ομάδα ειδικοτήτων , 2017 και 2018**

	2017	2018
Γενική Ιατρική	3,4*	3,6
Παιδιατρική	3,4	3,4
Μαιευτική - Γυναικολογία	2,8	2,8
Ψυχιατρική	2,0	2,0
Νοσοκομειακές Ειδικότητες	21,9	22,3
Χειρουργική	12,0	12,1

(<https://www.statistics.gr/documents/20181/da90e698-7e66-fda7-9b86-8647be5f0172>)

Φως στα τεκταινόμενα στον χώρο της Πρωτοβάθμιας Υγείας ρίχνει η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). Σύμφωνα με τα στοιχεία σχετικά με τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) για τα έτη 2017 και 2018 διαγράφεται η εικόνα του χώρου σε ότι αφορά τις κλίνες, το προσωπικό, τα μηχανήματα κ.ά..

Κατόπιν της θέσπισης του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος «Κέντρο Υγείας», διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ.

**Πίνακας 4: Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, έτη 2017-2018**

	Κέντρα Υγείας	Μονάδες* Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7

(<https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>)

Ο συνολικός αριθμός των Κέντρων Υγείας για τα έτη 2017 και 2018 παρέμεινε ίδιος, 204 μονάδες οι οποίες παρουσιάζουν την ίδια κατανομή, ανά περιφέρεια και για τα δύο έτη.

Από την κατανομή των Κέντρων Υγείας στις 13 Περιφέρειες της Χώρας, παρατηρείται ότι τα περισσότερα Κέντρα Υγείας βρίσκονται στην Κεντρική Μακεδονία (33 κέντρα), στην Πελοπόννησο (23 κέντρα) και στη Δυτική Ελλάδα (21 κέντρα) ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο (7 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (6 κέντρα)

Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ από τη σύγκριση των στοιχείων των Κέντρων Υγείας των τελευταίων ετών 2016-2018 παρατηρούνται τα ακόλουθα:

Η δύναμη των κλινών που βρίσκονται στα Κέντρα Υγείας μειώθηκε κατά 0,2% το 2018 σε σύγκριση με το 2017 και κατά 2,7% το 2017 σε σύγκριση με το 2016 στο σύνολο της Χώρας.

Ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού που απασχολείται στα Κέντρα Υγείας παρουσίασε αύξηση κατά 1,2% το 2018 σε σχέση με το 2017 και κατά 6,1% το 2017 σε σχέση με το 2016, στο σύνολο της Χώρας. Σημαντική αύξηση παρατηρείται το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες Αττικής και Ιονίων Νησιών κατά 11,8% και 6,1%, αντίστοιχα, καθώς και το 2017 σε σχέση με το 2016 στις Περιφέρειες των Ιόνιων Νησιών και της Ηπείρου κατά 36,1% και 25,6% αντίστοιχα. Αντίθετα, μείωση παρατηρείται το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης και της Κρήτης κατά 8,1% και 6,0%, αντίστοιχα, καθώς και το 2017 σε σχέση με το 2016 στις Περιφέρειες Πελοποννήσου και Δυτικής Ελλάδας κατά 11,5% και 9,1%, αντίστοιχα .

Το νοσηλευτικό προσωπικό αυξήθηκε το 2018 σε σχέση με το 2017 κατά 4,7% και το 2017 σε σχέση με το έτος 2016 κατά 3,7%. Αύξηση παρατηρείται κατά το 2018 σε σχέση με το 2017 σε όλες τις Περιφέρειες, με σημαντικότερη αυτή στις Περιφέρειες Βόρειου Αιγαίου και Κρήτης κατά 15,9% και 9,9% αντίστοιχα. Κατά το 2017 σε σχέση με το 2016 παρατηρείται αύξηση στις Περιφέρειες Ιονίων Νησιών και Νοτίου Αιγαίου κατά 14,3% και 11,3% αντίστοιχα, αντίθετα παρατηρήθηκε μείωση στη Περιφέρεια του Βορείου Αιγαίου κατά 8,7% .

**Πίνακας 5: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2016 έως 2018**

	Νοσηλευτικό προσωπικό					Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων				
	2016	2017	2018	17/16 %	18/17 %	2016	2017	2018	17/16 %	18/17 %
<b>Σύνολο Χώρας</b>	<b>2.136</b>	<b>2.215</b>	<b>2.318</b>	<b>3,7</b>	<b>4,7</b>	<b>1.657</b>	<b>1.800</b>	<b>1.967</b>	<b>8,6</b>	<b>9,3</b>
<b>Ανατολική Μακεδονία, Θράκη</b>	200	208	213	4,0	2,4	116	126	141	8,6	11,9
<b>Κεντρική Μακεδονία</b>	492	512	537	4,1	4,9	294	343	346	16,7	0,9
<b>Δυτική Μακεδονία</b>	75	82	90	9,3	9,8	45	58	63	28,9	8,6
<b>Ήπειρος</b>	172	169	179	-1,7	5,9	115	123	132	7,0	7,3
<b>Θεσσαλία</b>	259	260	273	0,4	5,0	165	173	184	4,8	6,4
<b>Ιόνια Νησιά</b>	35	40	42	14,3	5,0	46	47	45	2,2	-4,3
<b>Δυτική Ελλάδα</b>	141	152	154	7,8	1,3	136	136	145	0,0	6,6
<b>Στερεά Ελλάδα</b>	142	136	135	-4,2	-0,7	129	146	160	13,2	9,6
<b>Πελοπόννησος</b>	139	143	155	2,9	8,4	142	150	151	5,6	0,7
<b>Αττική</b>	244	270	271	10,7	0,4	171	186	242	8,8	30,1
<b>Βόρειο Αιγαίο</b>	69	63	73	-8,7	15,9	74	79	103	6,8	30,4
<b>Νότιο Αιγαίο</b>	71	79	85	11,3	7,6	102	105	116	2,9	10,5
<b>Κρήτη</b>	97	101	111	4,1	9,9	122	128	139	4,9	8,6

(<https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>)

Το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, παρουσίασε αύξηση το 2018 σε σχέση με το 2017 κατά 9,3% και το 2017 σε σχέση με το 2016 κατά 8,6%. Σημαντικότερη αύξηση παρατηρείται το 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες του Βορείου Αιγαίου και της Αττικής, κατά 30,4% και 30,1%, αντίστοιχα, καθώς και το 2017 σε σχέση με το 2016 στις Περιφέρειες της Δυτικής και της Κεντρικής Μακεδονίας κατά 28,9% και 16,7%, αντίστοιχα.

Στα ιατρικά μηχανήματα που διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας, παρατηρήθηκε αύξηση, στο σύνολο της Χώρας, το 2018 σε σχέση με το 2017, κατά 2,9% και μείωση, κατά 1,4% το 2017 σε σχέση με το 2016.

Στην Ελλάδα η αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους ή απόστασης ή χρόνου αναμονής ανέρχεται στο 12,3% (ποσοστό όσων αναφέρουν ότι δεν έλαβαν φροντίδα ενώ είχαν ανάγκη) και είναι η δεύτερη υψηλότερη στην Ε.Ε. μετά την Εσθονία. (Πέννυ Μπουλουτζιά 2018).

#### **4.6. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Τη θλιβερή αλλά και επισφαλή σε πολλές περιπτώσεις εικόνα του ΕΣΥ παρουσίασε ο υπουργός Υγείας, κ. Βασίλης Κικίλιας, κατά την πρώτη του συνέντευξη Τύπου στο υπουργείο.

Παραθέτοντας πλήθος στοιχείων τα οποία όπως επισήμανε δόθηκαν από τους διοικητές των νοσοκομείων και των Υγειονομικών Περιφερειών κατόπιν αιτήματος του υπουργείου.

Όπως ανέφερε ο υπουργός Υγείας,

- ✓ από τους 8.577 εργαζόμενους που αποχώρησαν την περίοδο 2015-2019, καλύφθηκαν οι 7.205 θέσεις. Συνεπώς μένουν και 1.372 θέσεις κενές.
- ✓ Οκτώ στα 10 νοσοκομεία της χώρας δηλώνουν ανεπάρκεια (ποσοτική) παθολόγων, χειρουργών και εργαστηρίων!
- ✓ Και τα μισά νοσοκομεία (συνολικά είναι 118) δηλώνουν πως έχουν βιοϊατρικό εξοπλισμό εκτός λειτουργίας.

Με αυτά τα δεδομένα, δεν ξενίζει η επόμενη παραδοχή των ίδιων των επικεφαλής των νοσοκομείων:

- ✓ Τέσσερα στα 10 νοσοκομεία δηλώνουν ότι δεν έχουν ασφαλές πρόγραμμα εφημεριών, με ότι αυτό σημαίνει για τους εργαζόμενους αλλά και τους ασθενείς.
- ✓ Αλλά κι εκείνα που εφημερεύουν, το πράττουν χωρίς σύστημα διαλογής. Τουλάχιστον 59 νοσοκομεία της χώρας δηλώνουν ότι δεν διαθέτουν σύστημα διαλογής και αξιολόγησης των επειγόντων περιστατικών στην εφημερία τους - τη διαλογή κάνουν συχνά ακόμη και οι εργαζόμενοι της φύλαξης.
- ✓ Τρία στα τέσσερα νοσοκομεία δεν έχουν σύστημα καταγραφής του χρόνου αναμονής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). (*Καρλατήρα Παναγιώτα 2019*).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Θ - ΑΧΕΠΑ

Η ιστορία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ» είναι στενά συνδεδεμένη με αυτή της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Η ίδρυση της Ιατρικής Σχολής πραγματοποιήθηκε το 1942. Την ίδια εποχή η Ελληνοαμερικανική Κοινότητα προσπαθεί να βοηθήσει την τραυματισμένη από τον πόλεμο και τον εμφύλιο πατρίδα. Μέρος αυτής της βοήθειας φαίνεται στα πρακτικά των συνελεύσεων της αδελφότητας ΑΧΕΠΑΝΣ και έχει σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Οι ΑΧΕΠΑΝΣ στο Συνέδριο τους στην Ουάσιγκτον το 1945, σε συνεργασία με την Ελληνική Οργάνωση Αρωγής αποφασίζουν να ιδρύσουν νοσοκομειακές μονάδες 300 - 400 κλινών σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας και φυσικά και στη Θεσσαλονίκη. Υποστηρικτής της ιδέας ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη, εμφανίζεται ο Καθηγητής Σαμαράς του Πανεπιστημίου, ο οποίος είναι και μέλος της Οργάνωσης. Έτσι δόθηκε η αφορμή για το ξεκίνημα της ιστορίας του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

Μαρίνος Σιγάλας - Δημήτριος Βαλτής - Κωνσταντίνος Τούντας. Τρεις προσωπικότητες που συνέβαλλαν σημαντικά στην ίδρυση και λειτουργία του Νοσοκομείου.

Αναλυτικότερα η διαχρονική εξέλιξη του νοσοκομείου από το 1947 έως και το 2003 παρουσιάζεται ακολούθως:

**1947:** Οι ΑΧΕΠΑΝΣ αποφασίζουν σε συνεργασία με την νέα Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου, να ενισχύσουν την ίδρυση ενός σύγχρονου νοσοκομείου στη Θεσσαλονίκη, του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

**1951:** Η ίδρυση του νοσοκομείου πραγματοποιήθηκε το 1951, αλλά η ουσιαστική του λειτουργία ξεκίνησε το 1953.

**1953:** Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ είχε 120 διαθέσιμες κλίνες, διέθετε τρεις (3) χειρουργικές κλινικές, μία (1) Παθολογική Κλινική και τα αντίστοιχα εξωτερικά τους ιατρεία, και τέσσερα (4) Εργαστήρια (Ακτινολογικό, Μικροβιολογικό, Βιολογικής χημείας και Παθολογοανατομικό).

- 1955:** Μέσω δωρεάς της Σουηδικής Φιλανθρωπικής Οργάνωσης RAEDDA BARNER, ανεγείρεται και εξοπλίζεται πλήρως μία νέα Πτέρυγα Παιδιατρικής, δύναμης 100 κλινών. Στην συγκεκριμένη πτέρυγα, το 1958, εγκαθίσταται η Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική.
- 1967:** Ακόμη μία Πτέρυγα ξεκινά τη λειτουργία της με αποτέλεσμα η δυναμικότητα του νοσοκομείου να φτάσει τις 500 περίπου κλίνες.
- 1968:** Ιδρύεται και λειτουργεί η Σχολή Βοηθών Νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης του Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, με το Βασιλικό Διάταγμα 589/11-9-1968.
- 1969:** Ξεκινά η επέκταση σε ύψος της τελευταίας νεοϊδρυθείσας Πτέρυγας για τη δημιουργία ενός επιπλέον ορόφου καθώς και η δημιουργία νέας Πτέρυγας στην εσωτερική αυλή.
- 1981:** Ο προαναφερόμενος όροφος παραδίδεται σε λειτουργία μόλις στα τέλη του έτους, με δύναμη 55 κλινών και εγκαθίσταται σε αυτόν η Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική.
- 1984:** Παραδίδεται σε λειτουργία η νέα Πτέρυγα της εσωτερικής αυλής στην οποία εγκαθίσταται η Καρδιοχειρουργική Κλινική δύναμης 26 κλινών, η Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης της Καρδιοχειρουργικής Κλινικής δύναμης 6 κλινών και τα χειρουργεία της Καρδιοχειρουργικής.
- 1986:** Πραγματοποιήθηκε η τροποποίηση του Οργανισμού του Νοσοκομείου και ο Σκοπός του, καθώς και η ένταξη του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).
- 1987:** Το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης παραχωρεί, τα κτίρια (ένα πενταόροφο και δύο διώροφα) του Νευροψυχιατρικού Ινστιτούτου, που η κατασκευή τους είχε ξεκινήσει το 1979.
- 1990:** Μία νέα Πτέρυγα ολοκληρώνεται και εξοπλίζεται, στην οποία εγκαθίστανται και λειτουργούν τα Εξωτερικά Ιατρεία. Στο χώρο των τελευταίων εγκαθίσταται το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ενώ παράλληλα σε μέρος αυτών αναπτύσσεται η Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας.
- 1986-1993: Στατιστικά Στοιχεία:** Το έτος 1986 το νοσοκομείο διατηρούσε 625 διαθέσιμες κλίνες οι οποίες το 1993 έφτασαν τις 679, σημειώνοντας αύξηση 8,6%. Επιπλέον, ο αριθμός των εξετασθέντων ασθενών παρουσίασε σημαντική αύξηση της τάξης του 32,8%, η οποία ανήλθε σε 122.746 άτομα το 1993 από τα 92.414 άτομα που είχαν

εξετασθεί το 1986. Το σύνολο των εργαστηριακών εξετάσεων υπερδιπλασιάστηκε φτάνοντας το νούμερο των 5.494.786 το 1993 από 2.269.327 που είχαν πραγματοποιηθεί μέσα στο 1986.

Ένα άλλο σημαντικό επίτευγμα ήταν η μείωση της Μέσης Διάρκειας Νοσηλείας σε ποσοστό 26,5%. Δηλαδή από 8,57 ημέρες που ήταν το 1986 έπεσε στις 6,33 ημέρες το 1993. Παράλληλα με την προαναφερόμενη μείωση, έπεσαν για την ίδια χρονική περίοδο, το ποσοστό πληρότητας κλινών από 86,5% σε 73,88%, ο αριθμός θανάτων από 732 σε 726 και το ποσοστό θνησιμότητας από 3,19% σε 2,51%.

- 1995:** Δίνεται σε χρήση μια ακόμη πτέρυγα της Μονάδας Αιμοδοσίας στην οποία στεγάζονται η Νεογνολογική Κλινική, η Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, ο Μαγνητικός και Αξονικός Τομογράφος.
- 2001:** Πλέον τα επιστημονικά τμήματα του Π.Γ.Ν.Θ - ΑΧΕΠΑ καλύπτουν σχεδόν όλο το εύρος των ειδικοτήτων της ιατρικής επιστήμης, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών για νοσοκομειακή περίθαλψη. Στα τμήματα αυτά περιλαμβάνονται Επιστημονικά Ιατρικά - Νοσηλευτικά Τμήματα, Πρωινά και Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Κέντρο Αιμοδοσίας, Εκπαίδευση κλπ., μέσω των οποίων παρέχεται Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη σε σύνολο πληθυσμού **1.453.183** κατοίκων της περιοχής ευθύνης του. Η τελευταία ορίζεται από τους νομούς Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Σερρών και Χαλκιδικής. Επιπλέον στο νοσοκομείο υπάγονται και δύο Κέντρα Υγείας, το Κ.Υ Σοχού και Κ.Υ Νέας Μαδύτου.
- 2002:** Με τη δημοσίευση του Νόμου 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001) και με βάση το άρθρο 16 παράγραφος 3, το Δ.Σ. του Νοσοκομείου αποφάσισε την αλλαγή του ονόματος του από Περιφερειακό σε Πανεπιστημιακό και επικυρώθηκε με απόφαση του στις 25/4/2002.
- 2003:** Το Νοσοκομείο υπέβαλλε για πρώτη φορά το Επιχειρησιακό του Σχέδιο για τα επόμενα 5 χρόνια, στο οποίο περιλαμβάνονται αναλυτικά όλα όσα έχουν προβλεφθεί να γίνουν, με βάση την ισχύουσα Νομοθεσία. Ακόμη υπεβλήθη ο νέος Οργανισμός του Νοσοκομείου, ο οποίος περιμένουμε να επικυρωθεί.
- 2004:** Στελεχώνεται και λειτουργεί για πρώτη φορά το Γραφείο Επικοινωνίας και Εξυπηρέτησης του Πολίτη με στόχο τη καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των πολιτών.



Εγκαινιάζεται το νέο παιδιατρικό τμήμα επειγόντων περιστατικών με πολύ καλύτερες προϋποθέσεις για τους μικρούς ασθενείς.

**2005:** Κυκλοφορεί το πρώτο ενημερωτικό δελτίο του Νοσοκομείου «Σφυγμός του ΑΧΕΠΑ».

Αδελφοποίηση του ΑΧΕΠΑ με το Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας «ΕΛΕΝΗ Θ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ» .

**2006:** Λειτουργεί για πρώτη φορά το Πρότυπο Κέντρο Μοριακού Ελέγχου Αίματος στο Νοσοκομείο.

Εγκαινιάζεται η διαρκής έκθεση έργων τέχνης στους χώρους του Νοσοκομείου με την ευγενική δωρεά 60 έργων τέχνης του Συλλόγου Επαγγελματιών Ζωγράφων Θεσσαλονίκης και Βορείου Ελλάδος.

**2007:** Εγκαινιάζεται νέος παιδότοπος και χώρος δημιουργικής απασχόλησης για τους μικρούς ασθενείς του Ογκολογικού Τμήματος της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου.

Ανακατασκευάζεται η Α΄ Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου.

Εγκαινιάζεται από τον Πρόεδρο της Ελληνικής Δημοκρατίας κ. Κάρολο Παπούλια το Κέντρο Νευρομυϊκών Παθήσεων στα πλαίσια λειτουργίας της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής και σε συνεργασία με το Σωματείο Φροντίδας Ατόμων με Νευρομυϊκές Παθήσεις, για τη στήριξη ατόμων με μυϊκή δυστροφία και νευρομυϊκές παθήσεις.

**2008:** Εγκαινιάζεται η Μονάδα του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών στον περιβάλλοντα χώρο του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ.

**2009:** Εγκαινιάζεται από την Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Μαριλίτσα Ξενογιαννακοπούλου, η νέα πτέρυγα του Παιδοογκολογικού Τμήματος της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής, δωρεά του Συλλόγου «ΛΑΜΨΗ» στη μνήμη του Γεώργιου Παντελάκη.

**2010:** Εγκαινιάζεται η λειτουργία του Εργαστηρίου Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας του Νοσοκομείου.

Παραδίδεται στο Νοσοκομείο έτοιμη για λειτουργία η 5η αίθουσα Χειρουργείων μαζί με τον αντίστοιχο χώρο προετοιμασίας ασθενών.

Ανακαίνιση μίας πτέρυγας της Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του ΑΧΕΠΑ.

Κατασκευή θαλάμου αυξημένης φροντίδας στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική.

Εγκαινιάζεται η νέα παιδοκαρδιολογική μονάδα του Νοσοκομείου, δωρεά του παραρτήματος Θεσσαλονίκης «Θερμαΐδες» της Πανελλαδικής Οργάνωσης Γυναικών.

**2011:** Εγκαταστάθηκε και λειτουργεί το Εργαστήριο Επεμβατικής Ακτινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ.

Έναρξη λειτουργίας τακτικού εξωτερικού οδοντιατρείου ειδικών λοιμώξεων της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου.

Εγκαινιάζεται η 5η χειρουργική αίθουσα στην πτέρυγα χειρουργείων του Νοσοκομείου μαζί με τον αντίστοιχο χώρο προετοιμασίας ασθενών.

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ4α/ΟΙΚ84627 (ΦΕΚ 1681/Β/28-7-2011) το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ διασυνδέεται με το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης. Τα δύο Νοσοκομεία λειτουργούν υπό κοινή Διοίκηση. (<http://www.ahepahosp.gr/history.asp>).

## **5.2. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», είναι ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας, δυναμικότητας 680 οργανικών κλινών, που καλύπτει σχεδόν όλο το φάσμα των ειδικοτήτων της Ιατρικής και της Ψυχιατρικής επιστήμης.

Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία της 4ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας και Θράκης, ως ανεξάρτητη υπηρεσιακή μονάδα με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η κεντρική υπηρεσία του Π.Γ.Ν.Θ «ΑΧΕΠΑ» εδρεύει στο χώρο του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, επί της οδού Στίλπωνος Κυριακίδη 1 με ΤΚ 546 36.

Το οικόπεδο στο οποίο βρίσκονται τα κτίρια του νοσοκομείου έχει έκταση 36.000 τ.μ., ενώ η δομημένη επιφάνεια όλων των στεγασμένων χώρων του έχει έκταση 50.000 τ.μ., οι οποίοι οικοδομήθηκαν σε διαφορετικές χρονικές περιόδους στο πέρασμα των χρόνων προκειμένου να καλύψουν τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του Νοσοκομείου.

Διοικητικά στο Νοσοκομείο υπάγονται δύο Κέντρα Υγείας:

1. το Κέντρο Υγείας Σοχού και
2. το Κέντρο Υγείας Νέας Μαδύτου

με τα Περιφερειακά Ιατρεία τους, καλύπτοντας το επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας των κατοίκων της περιοχής ευθύνης τους. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι το Νοσοκομείο εξυπηρετεί και περιστατικά από την ευρύτερη περιοχή της Μακεδονίας και της Θράκης, λόγω της εξειδίκευσης του σε υπηρεσίες υγείας Τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Στα πλαίσια παροχής ψυχιατρικής φροντίδας σε συνδυασμό με την τομεοποίηση στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το Νοσοκομείο καλύπτει τον πληθυσμό του Κεντρικού Τομέα Ψυχικής Υγείας Θεσσαλονίκης (Α, Γ, Δ, δημοτικό διαμέρισμα Θεσσαλονίκης, δήμος Αγίου Παύλου, Αρέθουσας, Ασσύρου, Εγνατίας, Λαγκαδά, Λαχανά, Σοχού και Τριανδρίας).

Στο Νοσοκομείο υπάγεται επίσης η «Μονάδα Εφήβων», μία αποκεντρωμένη πρότυπη πολυδύναμη δομή που παρέχει υπηρεσίες ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας στους έφηβους (13 έως 19 ετών) της πόλης της Θεσσαλονίκης αλλά και του ευρύτερου Βορειοελλαδικού χώρου. (<http://www.ahepahosp.gr/profile.asp>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

Στις 20-9-2019 υποβλήθηκε η αίτηση διενέργειας ερωτηματολογίου με αριθ. πρωτ: 39827. Μετά της 21ης / 7. 11.2019 Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν.Θ ΑΧΕΠΑ, εγκρίνεται η αίτηση της 20/9/2019 και παραδίδεται ακριβές απόσπασμα αυτής στις 14-11-2019.

Έτσι από τις 22-11-2019 αρχίζει η διανομή του ερωτηματολογίου, έως και 22-12-2019.

Η έρευνα αυτή χαρακτηρίζεται ποσοτική εφόσον διεξήχθη με την μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο κλήθηκαν να απαντήσουν 200 ασθενείς Δημόσιου Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης και συγκεκριμένα τα στοιχεία προέρχονται από δέκα εννιά κλινικές.

Το ερωτηματολόγιο αποσκοπεί στο να διερευνήσει αν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και αν η επικοινωνία προσφέρει την ηθική ικανοποίηση που χρειάζεται ο ασθενής.

Το εργαλείο με το οποίο πραγματοποιείται η έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με αυτό, το δείγμα πρόκειται να προβεί στην μετάδοση πληροφοριών σχετικά με την ικανοποίησή του από την επικοινωνία του με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

Η επεξεργασία των απαντήσεων έγινε με το Excel 2010.

### 6.1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΣΥΝΟΔΟΥΣ



#### Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας

Παρακαλώ αν επιθυμείτε συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο αυτό, το οποίο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό και θα προστατευτούν τα προσωπικά σας δεδομένα, βάσει του νόμου περί προσωπικών δεδομένων και τον Γενικό Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Χρησιμοποιείστε το σύμβολο ✓ στην επιθυμητή απάντηση. Ευχαριστώ για την συνεργασία σας

**A. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ:**

**1). ΦΥΛΟ;**

ΑΝΔΡΑΣ  ΓΥΝΑΙΚΑ

**2). ΗΛΙΚΙΑ;**

ΜΕΧΡΙ 20 ΕΤΩΝ  41 – 45

21 – 25  46 – 50

26 – 30  51 – 55

31 - 35  56 – 60

36 – 40  61 +

**3). ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;**

ΑΓΑΜΟΣ  ΕΓΓΑΜΟΣ

ΧΗΡΟΣ/Α  ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΤΕΚΝΑ

**4). ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ;**

ΑΕΙ  ΤΕΙ  ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ

ΜΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ  ΑΛΛΟ.....

**5). ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ;**

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ  ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ

ΑΓΡΟΤΗΣ  ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ  ΑΝΕΡΓΟΣ

**6). ΠΟΙΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ;**

Ο ΙΔΙΟΣ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ  Ο/ Η ΣΥΝΟΔΟΣ

**7). Η ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΑΣ ΗΤΑΝ;**

ΕΚΤΑΚΤΗ  ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ

**8). ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΕΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ;**

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΕ ΗΜΕΡΕΣ.....

ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΜΗΜΑ.....

**9). ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΙΝΑΙ ΑΝΕΤΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟ;**

ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ  ΚΑΛΟ

ΜΕΤΡΙΟ  ΚΑΚΟ

**B. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ**

**1). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΚΟΙΤΑΖΕΙ ΣΤΑ ΜΑΤΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**2). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΑΛΑΒΑΤΕ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**3). ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ ΕΠΕΙΔΗ ΜΙΑΗΣΕ ΠΟΛΥ ΓΡΗΓΟΡΑ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**4). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΑΡΚΕΤΟ ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΝΑ ΠΕΙΤΕ ΟΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑΣ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**5). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΑΚΟΥΕΙ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΝΑ ΠΕΙΤΕ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**6). ΕΧΕΤΕ ΤΗ ΓΝΩΜΗ ΟΤΙ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΚΑΤΑΝΟΗΣΕΙ ΑΥΤΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΙΠΕ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**7). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΤΙ ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΦΡΟΝΤΙΣΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**8). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΜΕ ΣΑΦΗΝΕΙΑ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΤΕ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΑΣ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**9). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΜΕ ΣΑΦΗΝΕΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**10). Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΕ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΩΣ ΑΤΟΜΟ ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΜΑ ΣΑΣ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**11). ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ;**

ΠΑΝΤΑ  ΣΥΧΝΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ  ΣΠΑΝΙΑ  ΠΟΤΕ

**12). ΠΟΣΟ ΑΝΕΤΑ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΣΥΖΗΤΩΝΤΑΣ ΜΑΖΙ ΤΗΣ/ΤΟΥ;**

ΠΟΛΥ ΑΝΕΤΑ  ΛΙΓΟ

ΕΛΑΧΙΣΤΑ  ΚΑΘΟΛΟΥ

**13). ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ**

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ  ΚΑΛΗ

ΜΕΤΡΙΑ  ΚΑΚΗ

**14). ΠΟΣΟ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΔΙΑΥΛΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΙΑΤΡΙΚΟ – ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ);**

ΑΡΚΕΤΑ       ΛΙΓΟ   
ΕΛΑΧΙΣΤΑ       ΚΑΘΟΛΟΥ

**15). ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ;**

ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ       ΚΑΛΟ   
ΜΕΤΡΙΟ       ΚΑΚΟ

**16). ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΣΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;**

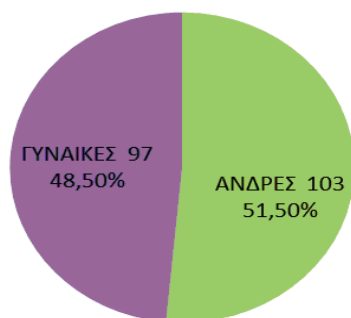
ΑΡΚΕΤΑ       ΛΙΓΟ   
ΕΛΑΧΙΣΤΑ       ΚΑΘΟΛΟΥ

## **6.2. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

### **6.2.1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε διακόσιους (200) ασθενείς, εκ των οποίων 103 ήταν άνδρες, ποσοστό 51,50% και 97 γυναίκες, ποσοστό 48,50%.

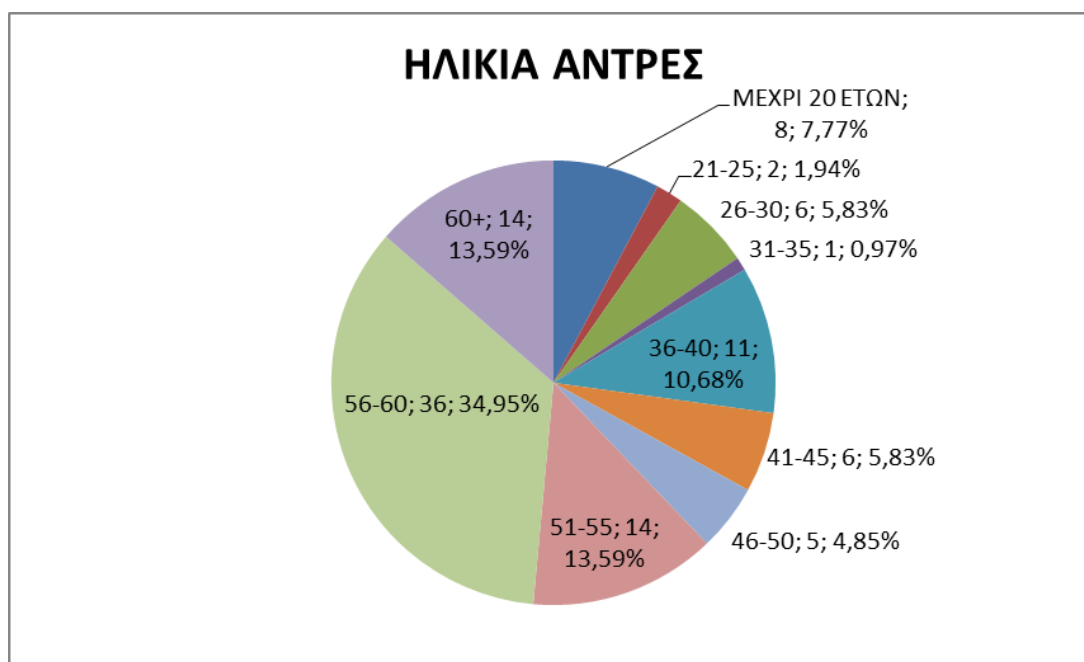
#### **ΦΥΛΟ**



Γράφημα 2

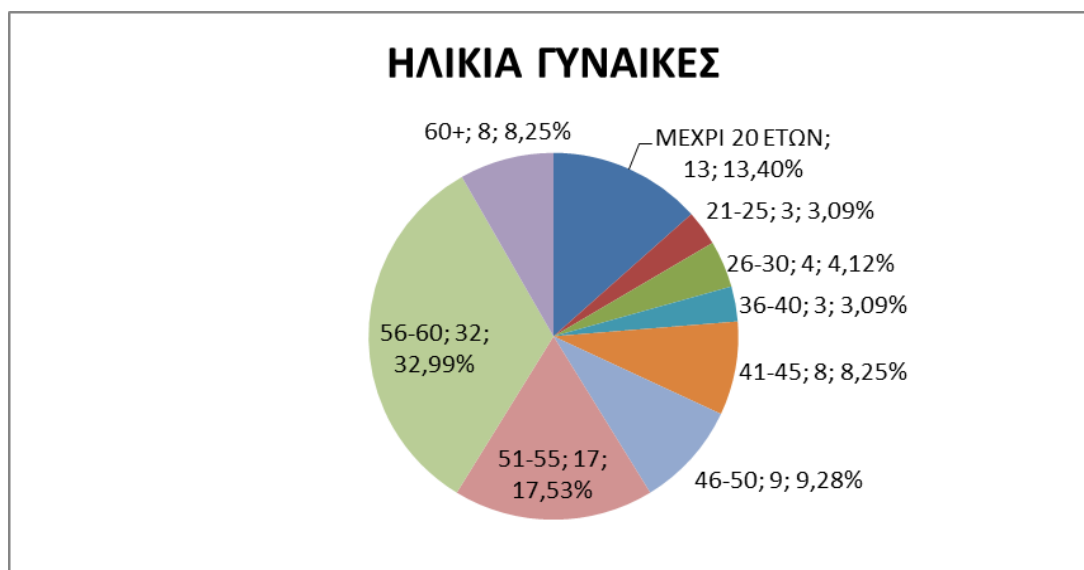


### Εκ των οποίων οι Άντρες ήταν ηλικίας



Γράφημα 3

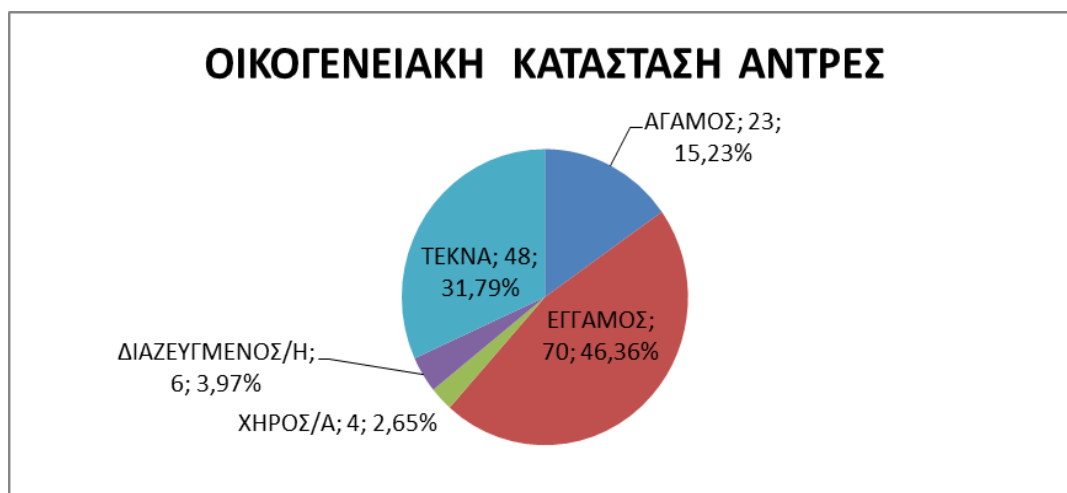
### Και οι γυναίκες ηλικίας



Γράφημα 4

Βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών στους άνδρες (34,95%) και στις γυναίκες (32,99%) βρίσκεται στην ηλικία των 56 έως 60 ετών. Ακολουθούν οι ηλικίες 51 έως 55 με 13,59% για τους άνδρες και 17,53% για τις γυναίκες.. Ένα αυξημένο ποσοστό είναι στις ηλικίες μέχρι 20 ετών (13,40%) για τις γυναίκες και 7,77% για τους άνδρες..

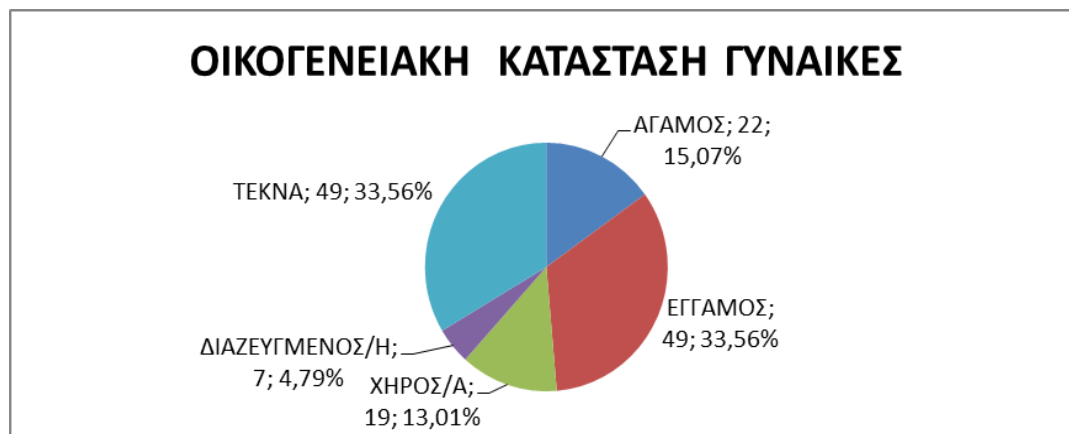
## Η Οικογενειακή κατάσταση των ανδρών



Γράφημα 5

23 άνδρες είναι Άγαμοι (15,23%), Έγγαμοι είναι 70 (46,36%), Χήροι είναι 4 (2,65%), Διαζευγμένοι 6 (3,97%). Μόνο 48 από αυτούς (31,79%) έχουν παιδιά.

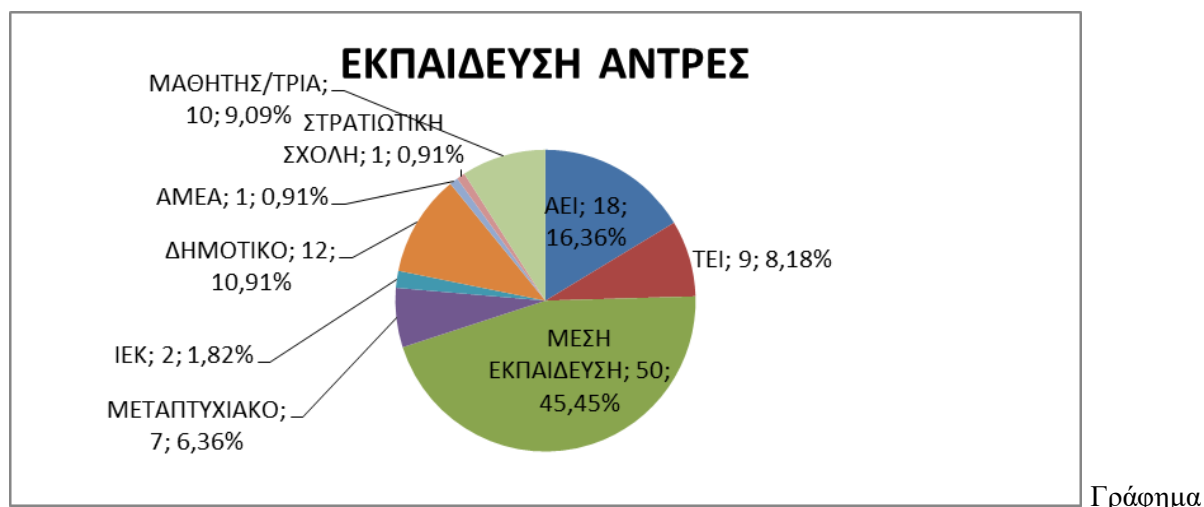
## Η Οικογενειακή κατάσταση των γυναικών.



Γράφημα 6

Άγαμες είναι 22 (15,07%), Έγγαμες είναι 49 (33,56%), Χήρες είναι 19 (13,01%), Διαζευγμένες είναι 7 (4,79%) και 49 εξ αυτών (33,56%) έχουν παιδιά. Παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι χήρες (13,01%) απ' ότι οι χήροι (2,65%). Επίσης 33,56% των γυναικών έχουν παιδιά, έναντι 31,79% των ανδρών. Οι άντρες 46,36% είναι έγγαμοι σε σχέση με τις γυναίκες που είναι 33,56%.

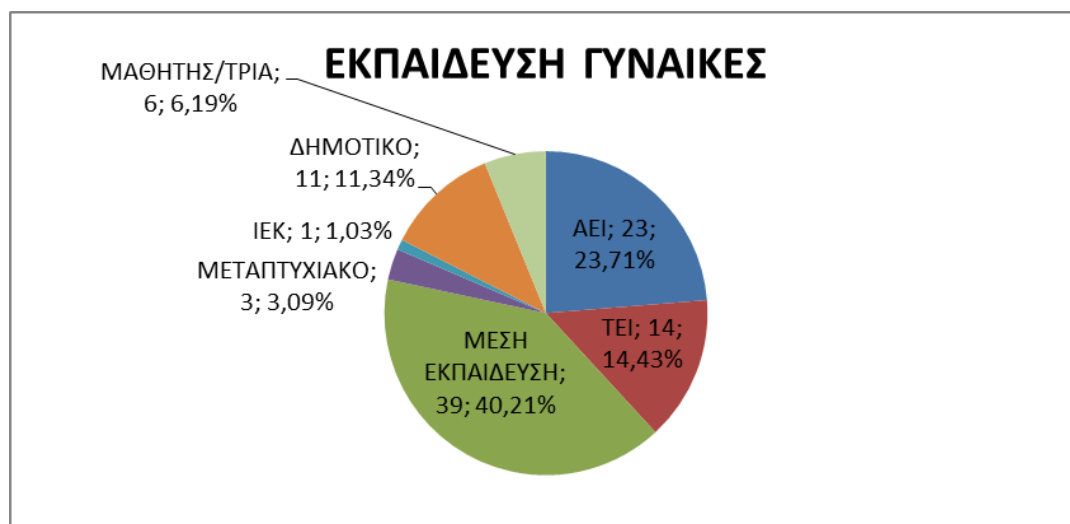
## Η εκπαίδευση των ανδρών



7

Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό (50) 45,45% έχει μόρφωση μέσης εκπαίδευσης, Πτυχίο πανεπιστημίου έχουν (18) 16,36%. Έχουν τελειώσει μόνο το Δημοτικό (12) 10,91%. Απόφοιτοι ΤΕΙ (9) 8,18%. Μαθητές (10) 9,09%. Μόνο (7) 6,36% εκ των ανδρών έχουν μεταπτυχιακό.

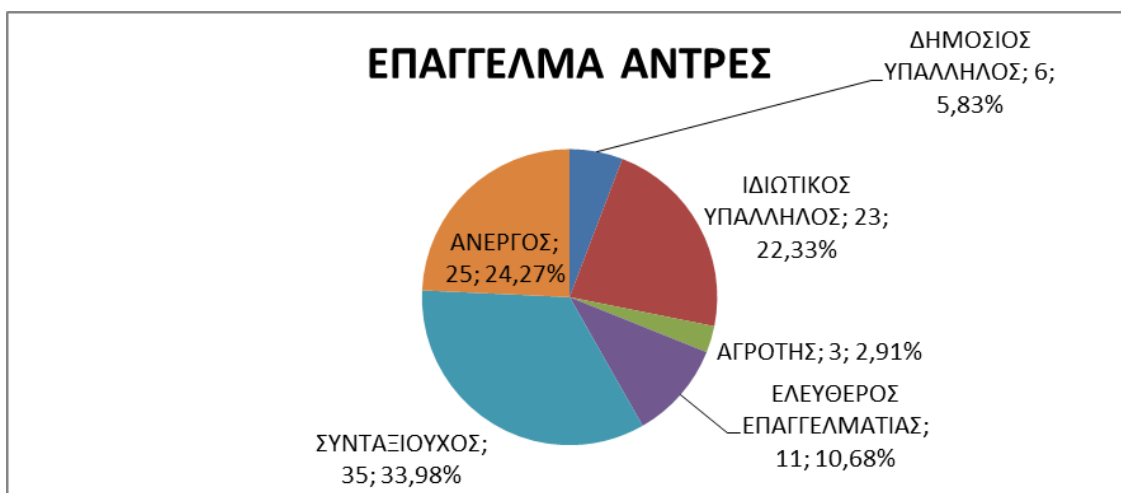
## Και των γυναικών



Γράφημα 8

Στις γυναίκες παρατηρούμε ότι (39) 40,21% έχει μέση εκπαίδευση, Πανεπιστημιακή μόρφωση (23) 23,71%, απόφοιτες ΤΕΙ (14) 14,43%, μόνο (11) 11,34% έχει τελειώσει το Δημοτικό, Μαθήτριες (6) 6,19%. Μεταπτυχιακό τίτλο έχουν 3 εξ αυτών 3,09%.

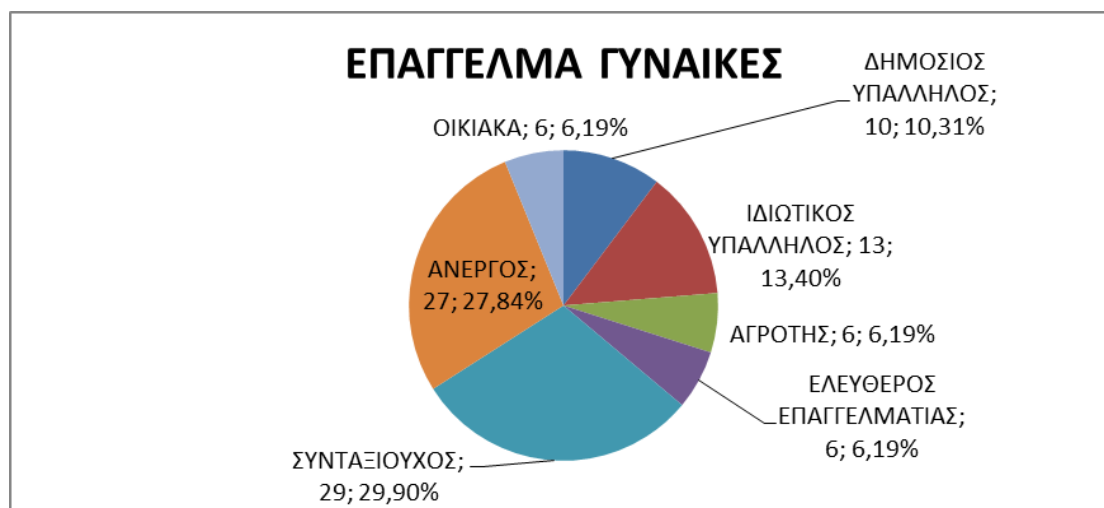
## Τα επαγγέλματα των ανδρών



Γράφημα 9

Οι 35 άντρες (33,98%) ήταν συνταξιούχοι, 25 άνεργοι (24,27%), 23 Ιδιωτικοί Υπάλληλοι (22,33%), 11 ελεύθεροι επαγγελματίες (10,68%), 6 Δημόσιοι υπάλληλοι (5,83%) και 3 αγρότες (2,91%).

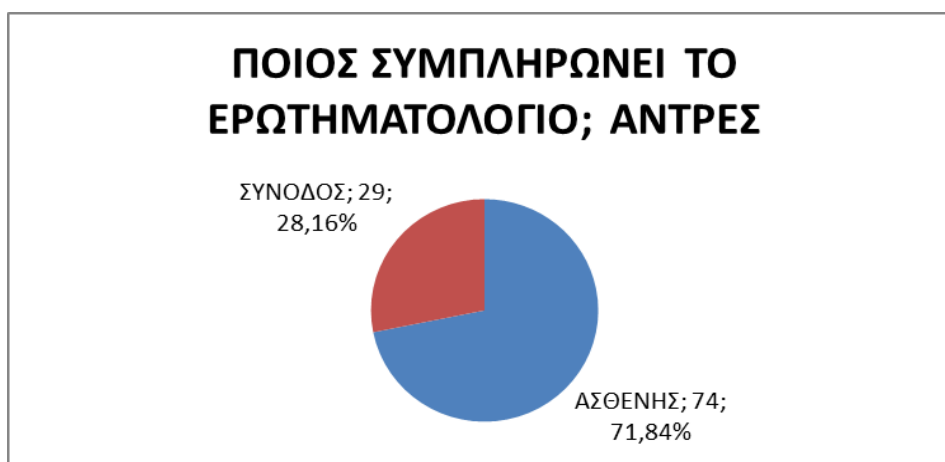
## Τα επαγγέλματα των γυναικών



Γράφημα 10

29 Γυναίκες (29,90%) συνταξιούχες, 27 άνεργες (27,84%), 13 ιδιωτικοί υπάλληλοι (13,40%), 10 δημόσιοι υπάλληλοι (10,31%), 6 ασχολούνται μόνο με τα οικιακά (6,19%) και τέλος άλλες 6 είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (6,19%).

**Ποιός συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο για τους άνδρες;**



Γράφημα 11

Ένα μεγάλο ποσοστό των ανδρών (71,84%), 74 συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο, ενώ μόνο 29 συνοδοί (28,16%).

**Και ποιος για τις γυναίκες;**



Γράφημα 12

64 γυναίκες (65,98%) συμπλήρωσαν μόνες τους το ερωτηματολόγιο και 33 συνοδοί (34,02%).

### Η Εισαγωγή των ανδρών στο Νοσοκομείο ήταν



Γράφημα 13

55 άντρες (53,40%) εισήχθησαν έκτακτα στο νοσοκομείο, ενώ 48 (46,60%) είχαν προγραμματίσει την εισαγωγή τους.

### Ενώ η εισαγωγή των γυναικών

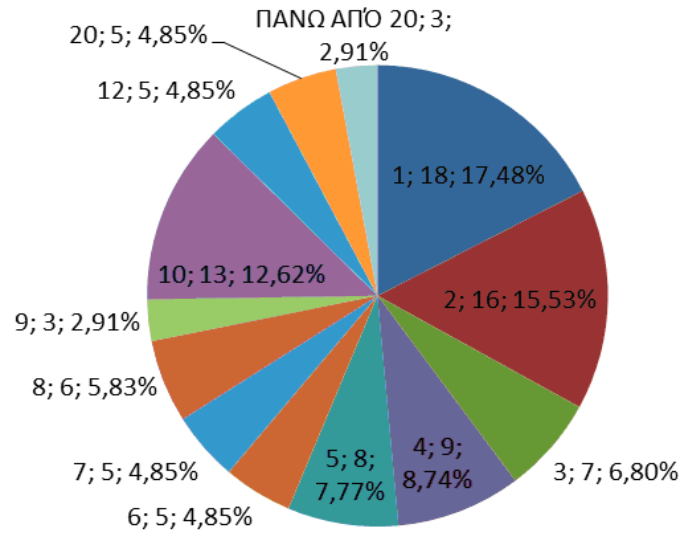


Γράφημα 14

52 γυναίκες (53,61%) εισήχθησαν εκτάκτως στο νοσοκομείο, ενώ 45 (46,39%) με προγραμματισμένη εισαγωγή.

**Ημέρες νοσηλείας των ανδρών**

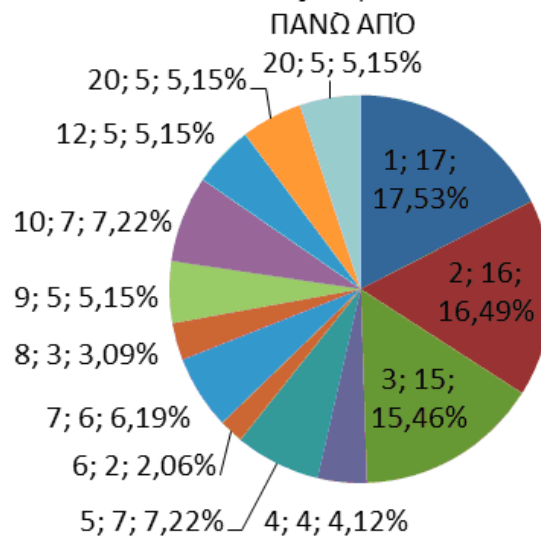
**ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΕΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ; ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 15

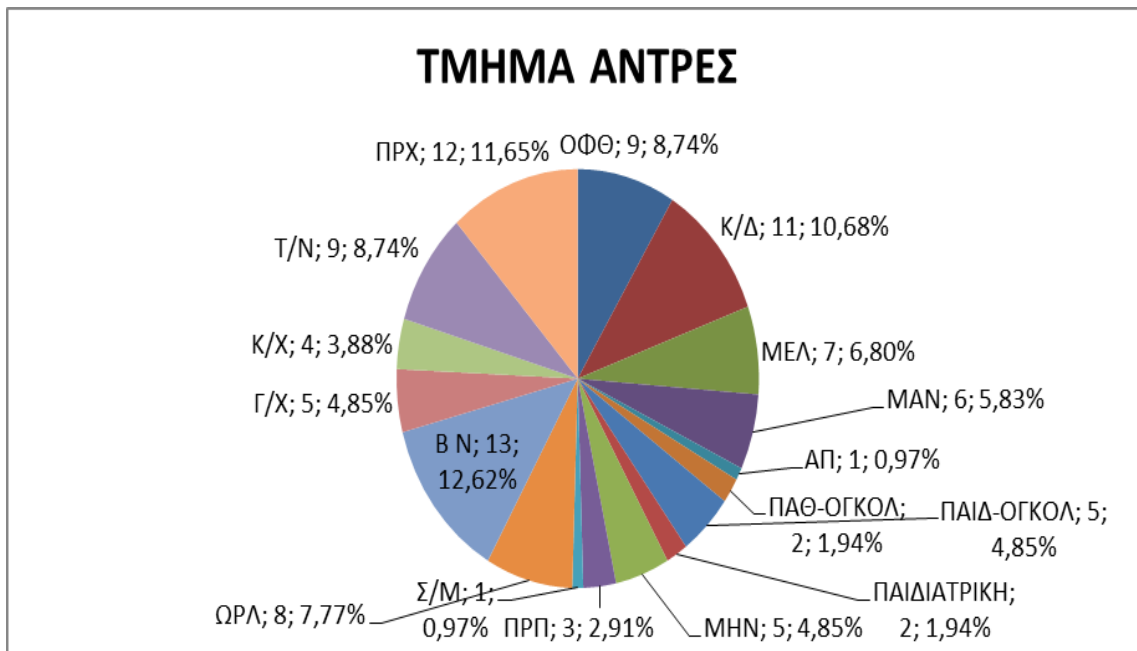
**Ημέρες νοσηλείας των γυναικών**

**ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΕΣΤΕ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ; ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



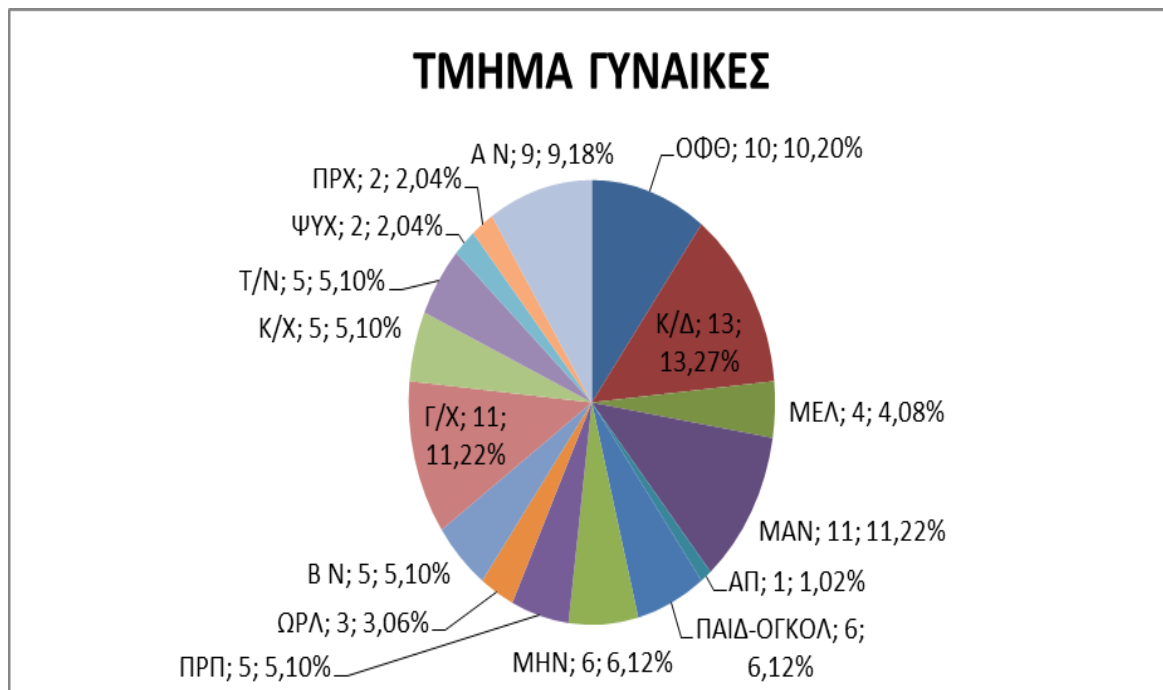
Γράφημα 16

### Οι κλινικές όπου νοσηλεύτηκαν οι Άνδρες



Γράφημα 17

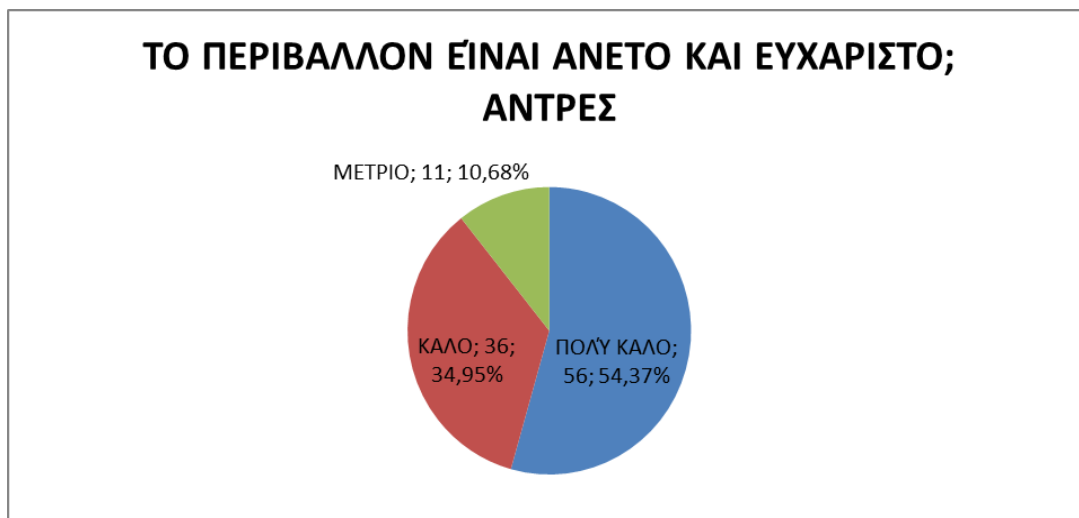
### Οι κλινικές όπου νοσηλεύτηκαν οι γυναίκες



Γράφημα 18



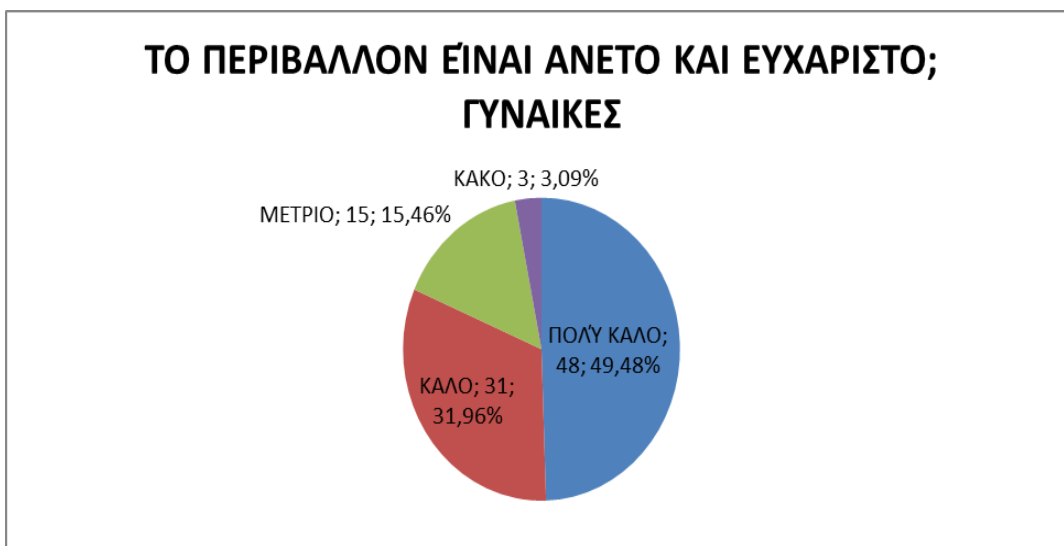
Στην ερώτηση που αφορούσε αν το περιβάλλον της κλινικής ήταν άνετο και ευχάριστο οι άντρες απάντησαν



Γράφημα 19

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό 54,37% (56) απάντησαν ότι το περιβάλλον της κλινικής στην οποία νοσηλεύτηκαν, ήταν άνετο και ευχάριστο γι' αυτούς. 34,95% (36) απάντησαν καλό και μόλις 10,68% (11) τους φάνηκε μέτριο.

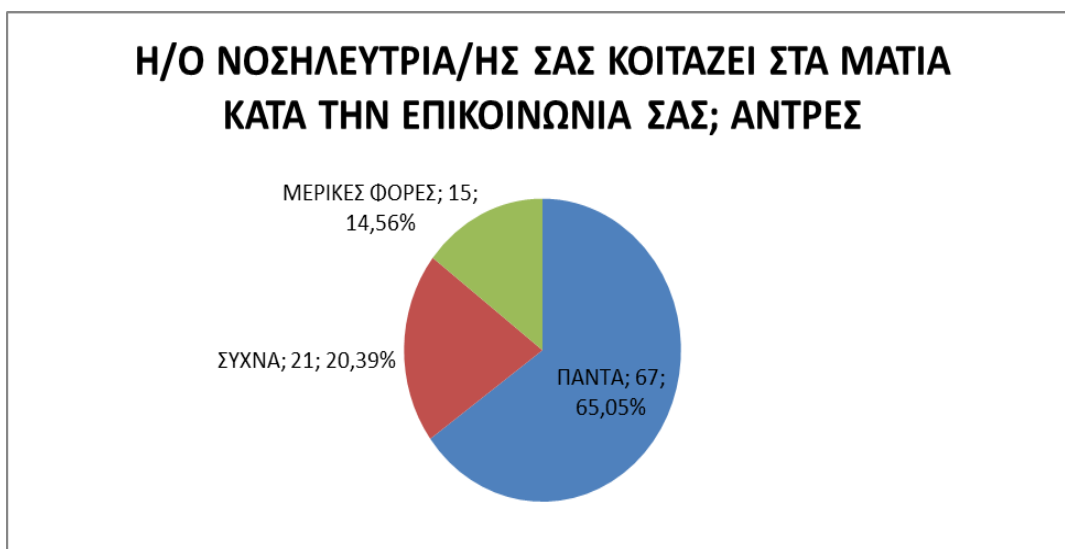
Οι δε γυναίκες απάντησαν ως εξής:



Γράφημα 20

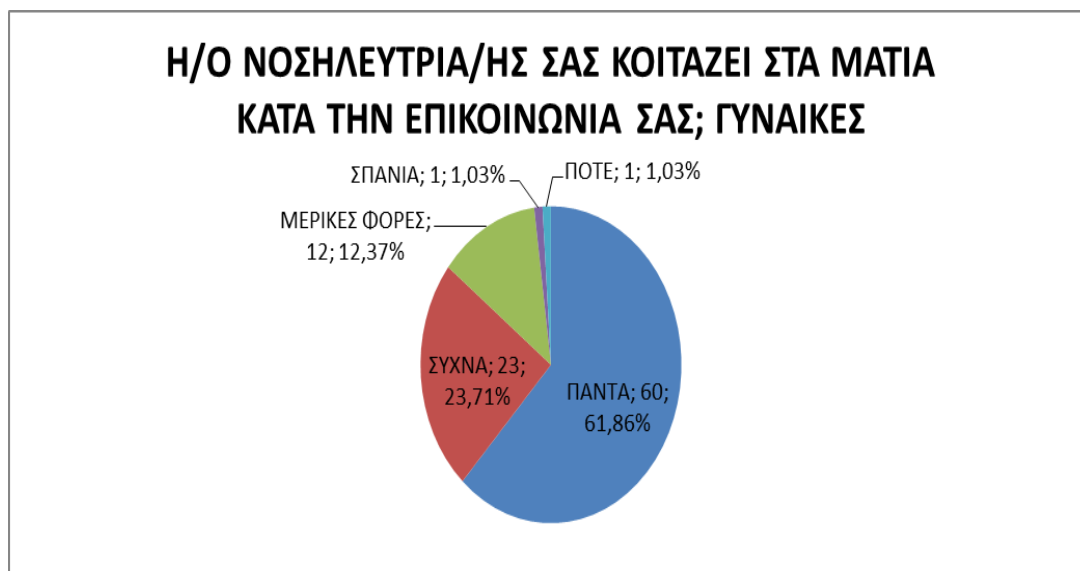
48 γυναίκες (49,48%) βρήκαν το περιβάλλον της κλινικής όπου νοσηλεύτηκαν πολύ καλό, 31 απάντησαν καλό (31,96%), 15 γυναίκες (15,46%) το θεώρησαν μέτριο και μόλις 3 ποσοστό (3,09%) το θεώρησαν κακό.

## 6.2.2. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ



Γράφημα 21

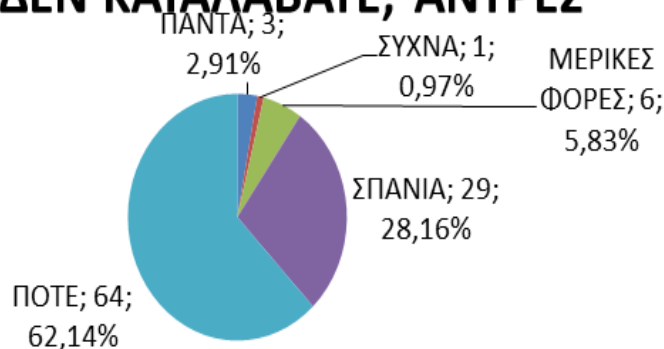
67 άντρες (65,05%) απάντησαν πάντα, 21 (20,39%) συχνά και 15 (14,56%) μερικές φορές.



Γράφημα 22

Στην ίδια ερώτηση 60 γυναίκες (61,86%) απάντησαν πάντα, 23 (23,71%) συχνά, 12 (12,37%) απάντησαν μερικές φορές, 1 γυναίκα (1,03%) απάντησε σπάνια και άλλη 1 (1,03%) ποτέ.

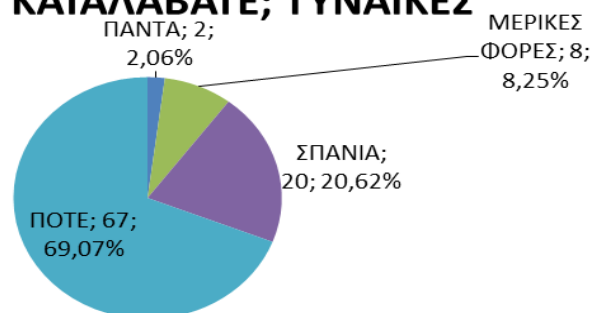
## Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΑΛΑΒΑΤΕ; ΑΝΤΡΕΣ



Γράφημα 23

64 ασθενείς (62,14%) απάντησαν ότι καταλάβαιναν το λεξιλόγιο που χρησιμοποιούσε το νοσηλευτικό προσωπικό. 29 (28,16%) είπαν ότι σπάνια δεν καταλάβαιναν το λεξιλόγιο. 6 (5,83%) ότι μερικές φορές δεν καταλάβαιναν το λεξιλόγιο, ίσως γιατί αφορούσε ιατρική ορολογία ή κάποια ονομασία υλικών. 3 (2,91%) ασθενείς δεν καταλάβαιναν ποτέ και 1 (0,97%) συχνά.

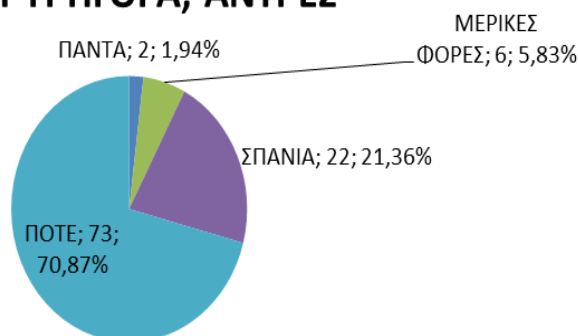
## Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΑΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΑΛΑΒΑΤΕ; ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Γράφημα 24

Στις γυναίκες 67 (69,07%) απάντησαν ότι καταλάβαιναν όλο το λεξιλόγιο που χρησιμοποιούσε το νοσηλευτικό προσωπικό. 20 (20,62%) σπάνια δεν καταλάβαιναν, 8 γυναίκες (8,25%) μόνο μερικές φορές και 2 (2,06%) δεν καταλάβαιναν ποτέ το τι τους έλεγε η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής.

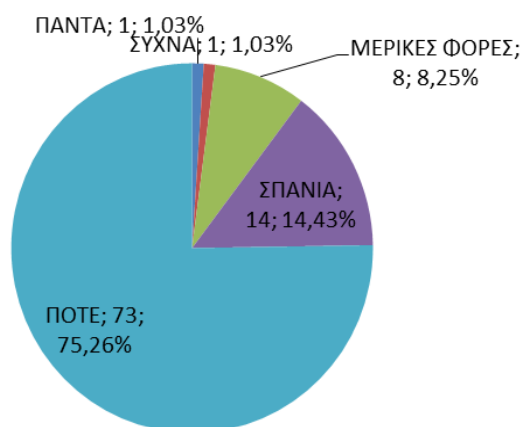
**ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ  
ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ ΕΠΕΙΔΗ ΜΙΛΗΣΕ  
ΠΟΛΥ ΓΡΗΓΟΡΑ; ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 25

73 άνδρες (70,87%) είπαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν τους μιλούσε πολύ γρήγορα οπότε δεν είχαν πρόβλημα να καταλάβουν αυτά που τους έλεγαν. 22 (21,36%) σπάνια, 6 άνδρες (5,83%) μερικές φορές και μόνο 2 (1,94%) θεώρησαν ότι τους μιλούσαν πολύ γρήγορα.

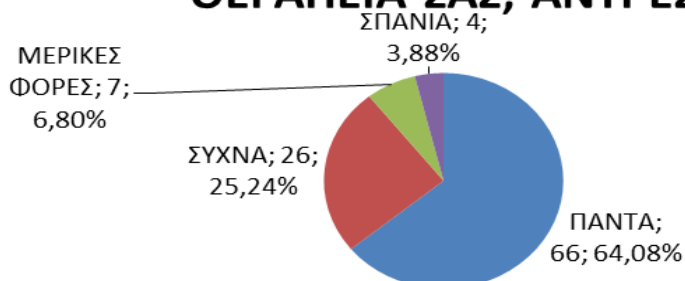
**ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΕΤΕ  
ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ ΕΠΕΙΔΗ  
ΜΙΛΗΣΕ ΠΟΛΥ ΓΡΗΓΟΡΑ; ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



Γράφημα 26

73 γυναίκες (75,26%) καταλάβαιναν τα λεγόμενα του νοσηλευτικού προσωπικού, 14 (14,43%) είπαν ότι πολύ σπάνια, 8 (8,25%) μερικές φορές, 1 γυναίκα (1,03%) συχνά δεν καταλάβαινε όπως είπε γιατί της μιλούσαν πολύ γρήγορα και 1 (1,03%) ότι της μιλούσαν πολύ γρήγορα πάντα.

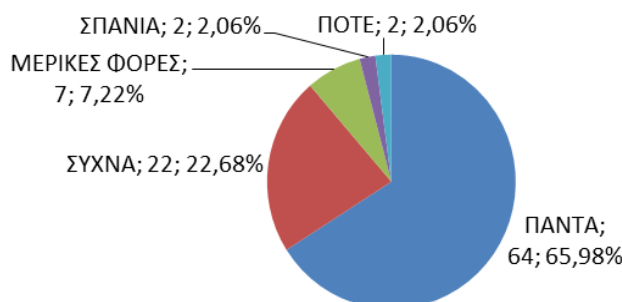
**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ  
ΑΡΚΕΤΟ ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΝΑ ΠΕΙΤΕ ΟΤΙ  
ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ  
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑΣ; ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 27

66 άνδρες (64,08) απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους δίνει αρκετό χρόνο για να πουν ότι θεωρούν σημαντικό για τη θεραπεία τους. 26 (25,24%) απάντησαν συχνά, 7 (6,80%) απάντησαν μερικές φορές και μόνο 4 (3,88%) ότι σπάνια τους δίνετε αρκετός χρόνος.

**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΑΡΚΕΤΟ  
ΧΡΟΝΟ ΓΙΑ ΝΑ ΠΕΙΤΕ ΟΤΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ  
ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΑΣ;  
ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



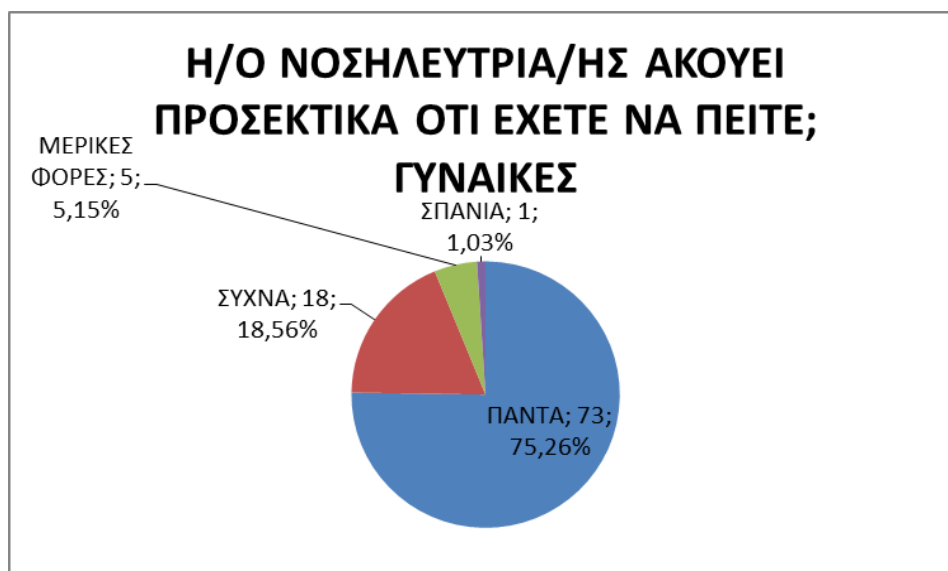
Γράφημα 28

64 γυναίκες (65,98%) απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους δίνει αρκετό χρόνο για να πουν ότι θεωρούν σημαντικό για τη θεραπεία τους. 22 (22,68%) απάντησαν συχνά, 7 (7,22%) απάντησαν μερικές φορές, 2 (2,06%) σπάνια και άλλες 2 γυναίκες (2,06%) ότι δεν τους δίνετε ποτέ αρκετός χρόνος για να πουν ότι θεωρούν σημαντικό για τη θεραπεία τους.



Γράφημα 29

75 άνδρες (72,82%) αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους ακούει προσεκτικά σε ότι έχουν να πουν, 17 (16,50%) είπαν συχνά, 8 (7,77%) είπαν μερικές φορές και μόνο 3 (2,91%) είπαν ότι σπάνια.



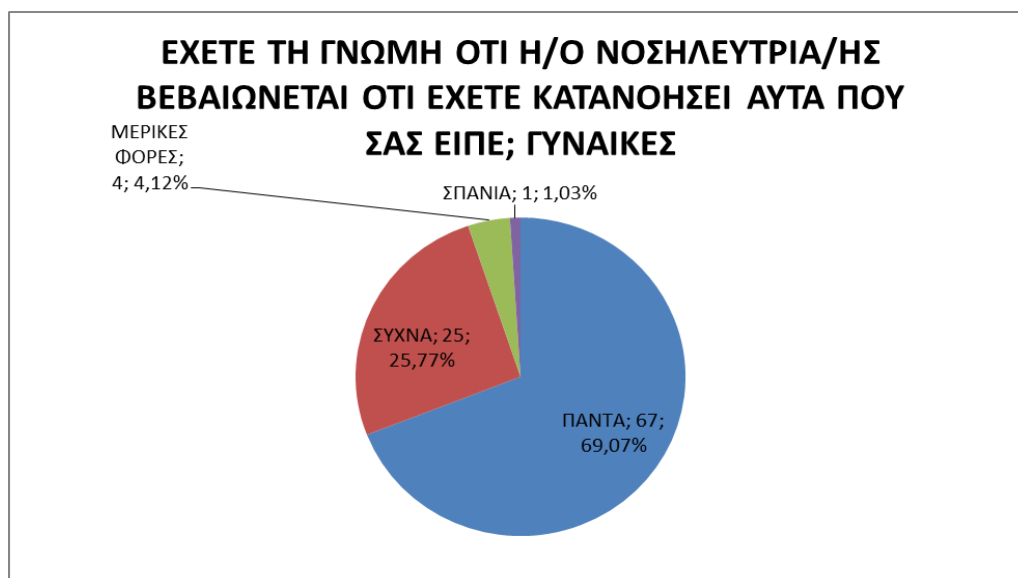
Γράφημα 30

73 γυναίκες (75,26%) αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους ακούει προσεκτικά σε ότι έχουν να πουν, 18 (18,56%) είπαν συχνά, 5 (5,15%) είπαν μερικές φορές και μόνο 1 γυναίκα (1,03%) είπε σπάνια.



Γράφημα 31

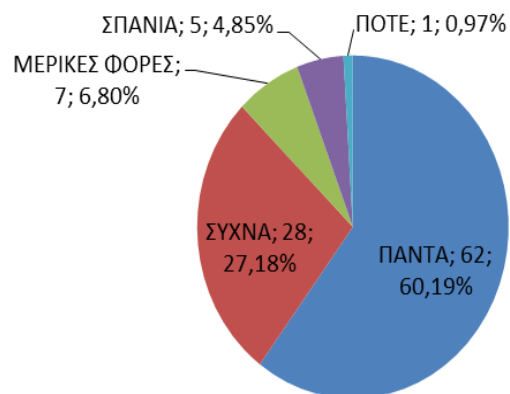
74 άνδρες (71,84%) απάντησαν ότι πάντα το νοσηλευτικό προσωπικό βεβαιώνεται ότι οι ασθενείς έχουν κατανοήσει αυτά που τους λένε. 22 (21,36%) είπαν συχνά, 4 (3,88%) είπαν μερικές φορές και 3 (2,91%) είπαν σπάνια.



Γράφημα 32

67 γυναίκες (69,07%) απάντησαν ότι πάντα το νοσηλευτικό προσωπικό βεβαιώνεται ότι οι ασθενείς έχουν κατανοήσει αυτά που τους λένε. 25 (25,77%) είπαν συχνά, 4 (4,12%) είπαν μερικές φορές και 1 (1,03%) είπε σπάνια.

**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΤΙ ΘΑ  
ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ  
ΦΡΟΝΤΙΣΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ; ΑΝΤΡΕΣ**

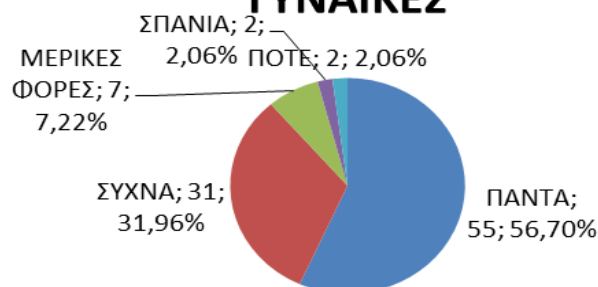


Γράφημα 33

60,19% των ανδρών (62), απάντησαν ότι πάντα το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγεί για το τι θα μπορούσαν να κάνουν για να φροντίσουν τον εαυτό τους. 28 (27,18%) είπαν συχνά, 7 (6,80%) είπαν μερικές φορές, 5 (4,85%) είπαν σπάνια και 1 (0,97%) είπε ποτέ.

**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΤΙ  
ΘΑ ΜΠΟΡΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ΓΙΑ ΝΑ  
ΦΡΟΝΤΙΣΕΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ;**

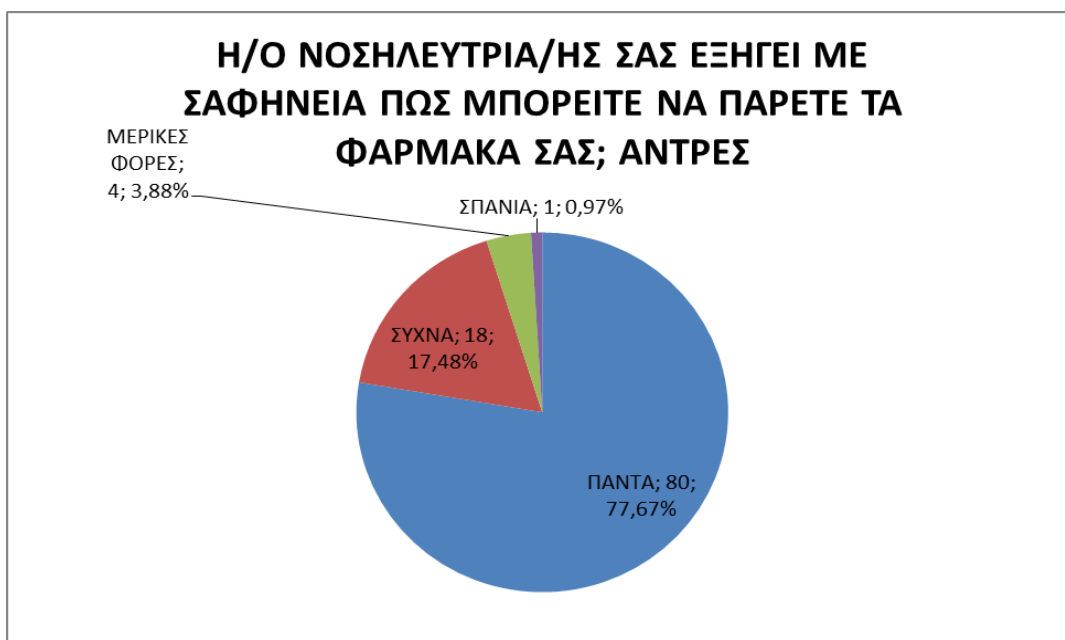
**ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



Γράφημα 34

55 γυναίκες (56,70%) απάντησαν ότι πάντα το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγεί για το τι θα μπορούσαν να κάνουν για να φροντίσουν τον εαυτό τους. 31 (31,96%) είπαν συχνά, 7 (7,22%) είπαν μερικές φορές, 2 (2,06%) είπαν σπάνια και 2 (2,06%) ποτέ.





Γράφημα 35

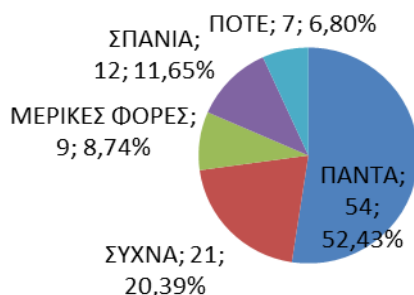
77,67% των ανδρών (80) απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγεί με σαφήνεια για το πώς μπορούν να πάρουν τα φάρμακά τους. 18 (17,48%) απάντησαν συχνά, 4 (3,88%) απάντησαν μερικές φορές και 1 (0,97%) είπε σπάνια.



Γράφημα 36

76,29% των γυναικών (74) απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγεί με σαφήνεια για το πώς μπορούν να πάρουν τα φάρμακά τους. 14 (14,43%) είπαν συχνά, 5 (5,15%) είπαν μερικές φορές, 1 (1,03%) είπε σπάνια και 3 (3,09%) είπαν ποτέ.

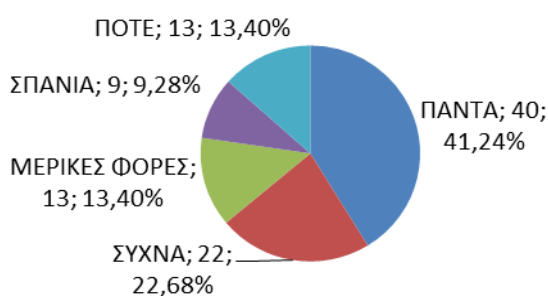
**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΜΕ  
ΣΑΦΗΝΕΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ  
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ  
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ; ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 37

54 άνδρες (52,43%) απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγεί με σαφήνεια τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα φάρμακα που λαμβάνουν. 21 (20,39%) είπαν συχνά, 9 (8,74%) είπαν μερικές φορές, 12 (11,65%) είπαν σπάνια, και 7 (6,80%) είπαν ποτέ.

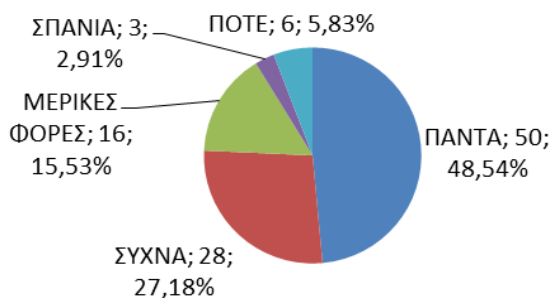
**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ ΣΑΣ ΕΞΗΓΕΙ ΜΕ  
ΣΑΦΗΝΕΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ  
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΟΥΝ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ  
ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ; ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



Γράφημα 38

41,24% των γυναικών (40) απάντησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγεί με σαφήνεια τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα φάρμακα που λαμβάνουν. 22 (22,68%) είπαν συχνά, 13 (13,40%) είπαν μερικές φορές, 9 (9,28%) είπαν σπάνια και 13 (13,40%) είπαν ποτέ.

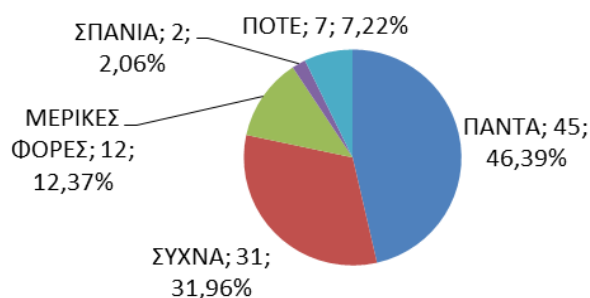
**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ  
ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΕ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΩΣ ΑΤΟΜΟ  
ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΜΑ ΣΑΣ;  
ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 39

50 άνδρες (48,54%) είπαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρθηκε για αυτούς ως άτομα και όχι μόνο για το νόσημα τους. 28 (27,18%) είπαν συχνά, 16 (15,53%) είπαν μερικές φορές, 3 (2,91%) είπαν σπάνια και 6 (5,83%) είπαν ποτέ.

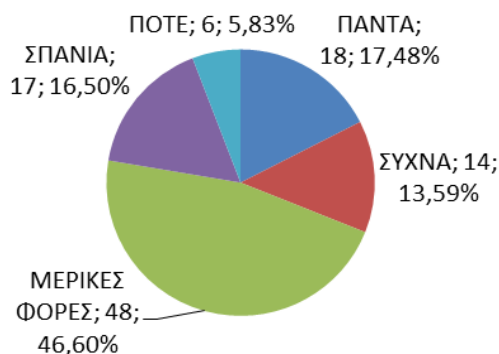
**Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ  
ΕΝΔΙΑΦΕΡΘΗΚΕ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΩΣ ΑΤΟΜΟ  
ΚΑΙ ΟΧΙ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΜΑ ΣΑΣ;  
ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



Γράφημα 40

45 γυναίκες (46,39%) είπαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ενδιαφέρθηκε για αυτούς ως άτομα και όχι μόνο για το νόσημα τους. 31 (31,96%) είπαν συχνά, 12 (12,37%) είπαν μερικές φορές, 2 (2,06%) είπαν σπάνια και 7 (7,22%) είπαν ποτέ.

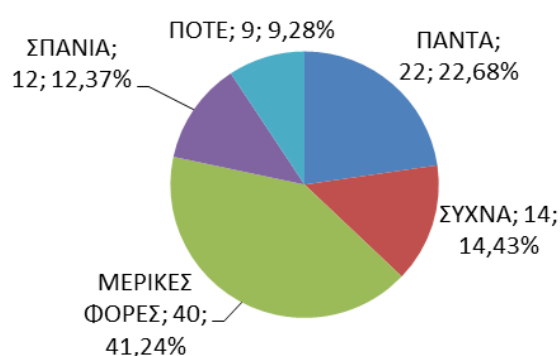
**ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ  
ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ  
ΧΡΟΝΟ; ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 41

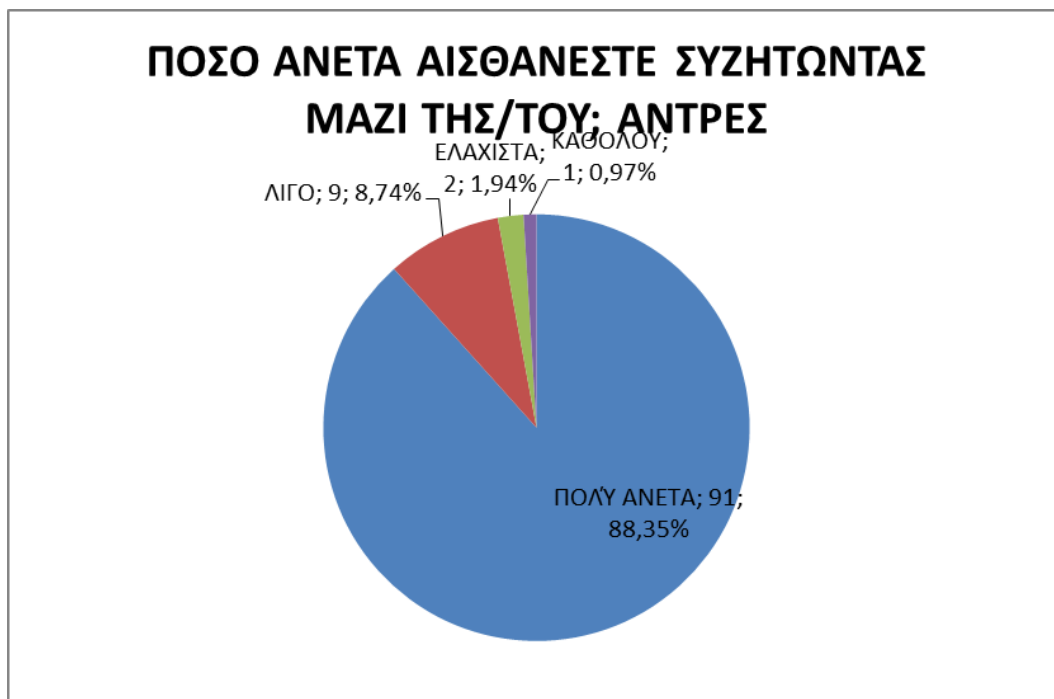
Στην ερώτηση αν θα ήθελαν το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει γι' αυτούς περισσότερο χρόνο 18 (17,48%) απάντησαν πάντα, 14 (13,59%) συχνά, 48 (46,60%) μερικές φορές, 17 (16,50%) είπαν σπάνια και 6 (5,83%) ποτέ.

**ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ  
ΝΑ ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΓΙΑ ΕΣΑΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ  
ΧΡΟΝΟ; ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



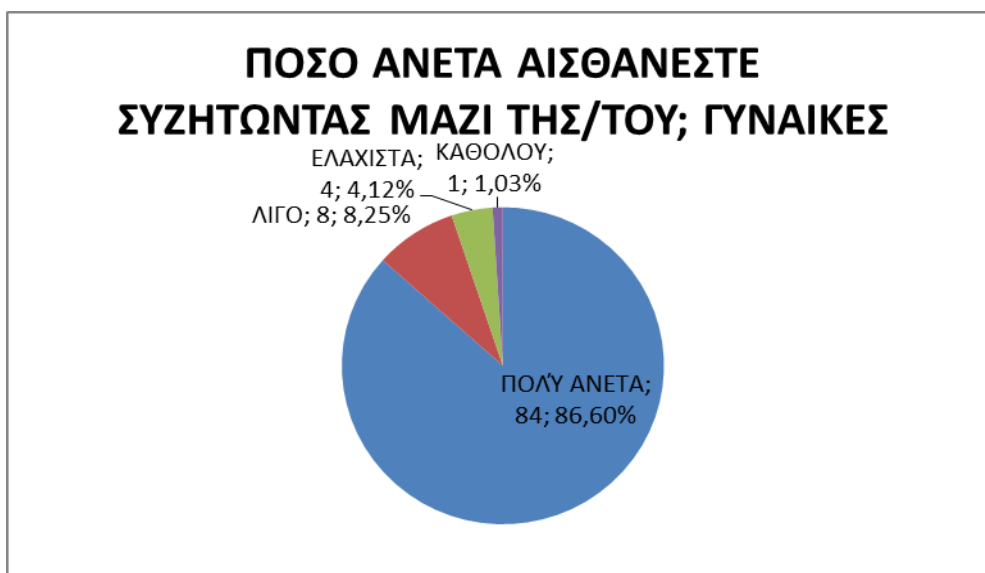
Γράφημα 42

22 γυναίκες (22,68%) απάντησαν πάντα, 14 (14,43%) συχνά, 40 (41,24%) μερικές φορές, 12 (12,37%) είπαν σπάνια και 9 (9,28%) ποτέ.



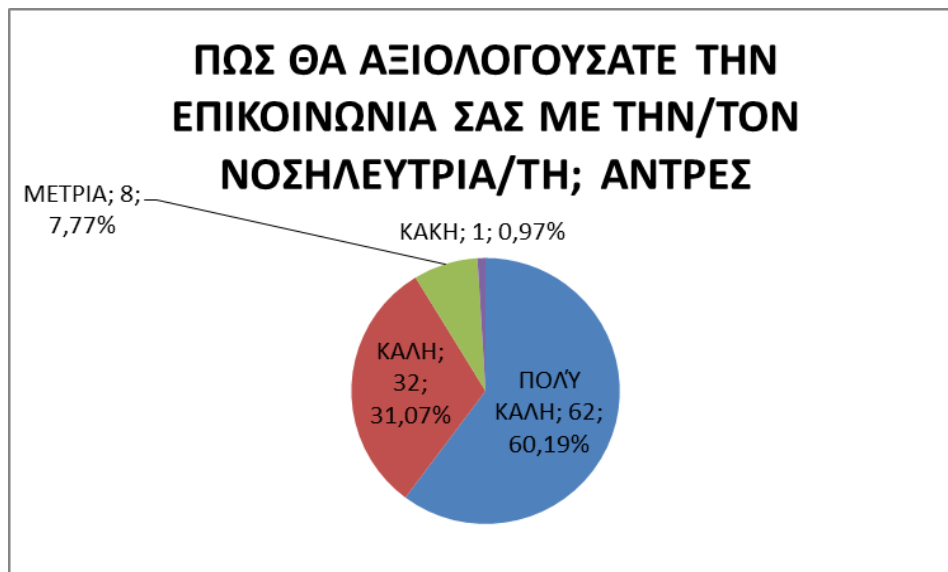
Γράφημα 43

Πολύ άνετα με το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησαν ότι αισθάνονται 91 άνδρες (88,35%), 9 (8,74%) είπαν λίγο, 2 (1,94%) είπαν ελάχιστα και 1 (0,97%) είπε καθόλου.



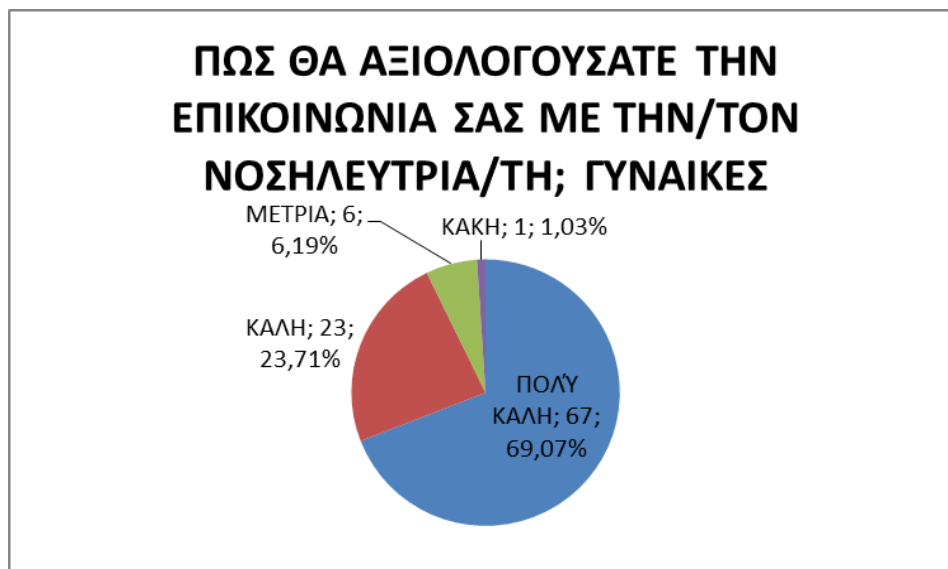
Γράφημα 44

84 γυναίκες (86,60%) απάντησαν ότι αισθάνονται πολύ άνετα, 8 (8,25%) είπαν λίγο, 4 (4,12%) είπαν ελάχιστα και 1 (1,03%) καθόλου.



Γράφημα 45

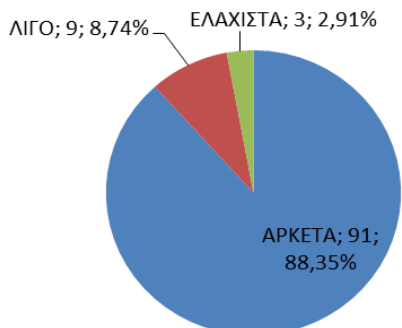
62 άντρες (60,19%) θεωρούν την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό πολύ καλή, 32 (31,07%) καλή, 8 (7,77%) μέτρια και 1 (0,97%) κακή.



Γράφημα 46

67 γυναίκες (69,07%) θεωρούν την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό πολύ καλή, 23 (23,71%) καλή, 6 (6,19%) μέτρια και 1 (1,03%) κακή.

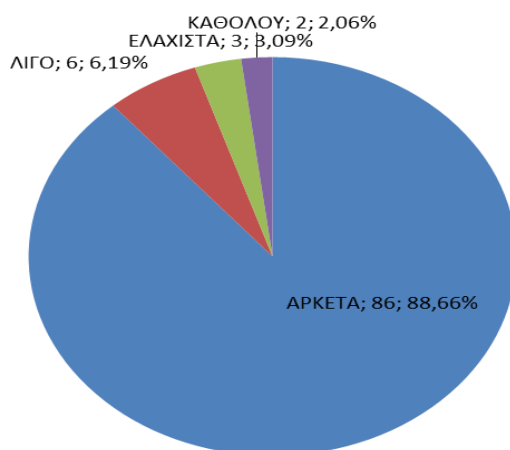
**ΠΟΣΟ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ  
ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΔΙΑΥΛΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
(ΙΑΤΡΙΚΟ-ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ); ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 47

91 άντρες (88,35%) θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί κατάλληλο δίαυλο επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας. 9 (8,74%) είπαν λίγο, και μόνο 3 (2,91%) είπαν ελάχιστα.

**ΠΟΣΟ ΝΟΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ Η/Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΗΣ  
ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟ ΔΙΑΥΛΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ  
ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ  
(ΙΑΤΡΙΚΟ-ΠΑΡΑΪΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ); ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

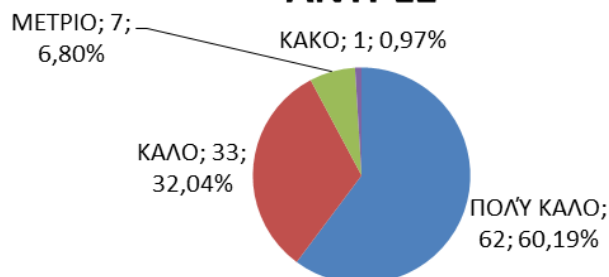


Γράφημα 48

86 γυναίκες (88,66%) θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί κατάλληλο δίαυλο επικοινωνίας με άλλους επαγγελματίες υγείας. 6 (6,19%) είπαν λίγο, 3 (3,09%) είπαν ελάχιστα, και 2 (2,06%) είπαν καθόλου.

**ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΑΣ  
ΑΠΟ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ;**

**ΑΝΤΡΕΣ**

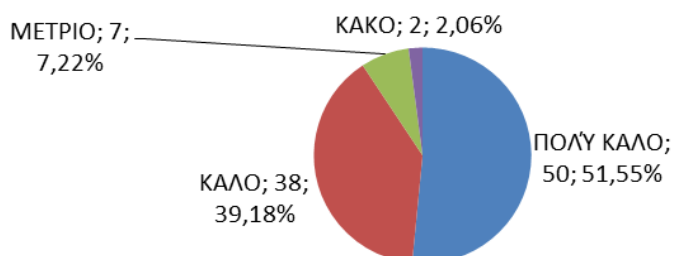


Γράφημα 49

Το 60,19% των ανδρών (62), θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τους συνοδούς τους πολύ καλά. 33 (32,04%), καλά, 7 (6,80%) μέτρια και 1 (0,97%) κακή αντιμετώπιση συνοδών.

**ΠΩΣ ΘΑ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΟΔΩΝ ΣΑΣ  
ΑΠΟ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ/ΤΗ;**

**ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

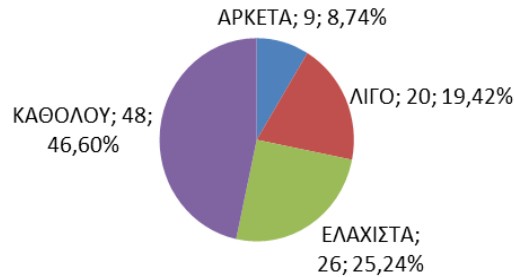


Γράφημα 50

50 γυναίκες (51,55%) θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τους συνοδούς τους πολύ καλά. 38 (39,18%) καλά, 7 (7,22%) μέτρια και 2 (2,06%) θεωρούν κακή την αντιμετώπιση των συνοδών.



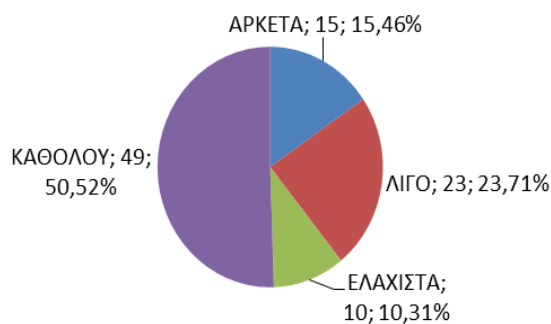
**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ  
ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ  
ΠΑΘΗΣΗ ΣΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ  
ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ; ΑΝΤΡΕΣ**



Γράφημα 51

9 άνδρες (8,74%) πιστεύουν ότι η πληροφόρηση μέσω του διαδικτύου, όσον αφορά την πάθηση τους μπορεί να αντικαταστήσει την όποια επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό. 20 (19,42%) πιστεύουν λίγο, 26 (25,24%) ελάχιστα και 48 (46,60%) καθόλου.

**ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ  
ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ  
ΠΑΘΗΣΗ ΣΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ  
ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ; ΓΥΝΑΙΚΕΣ**



Γράφημα 52

15 γυναίκες (15,46%) πιστεύουν ότι η πληροφόρηση μέσω του διαδικτύου, όσον αφορά την πάθηση τους μπορεί να αντικαταστήσει την όποια επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό. 23 (23,71%) λίγο, 10 (10,31%) ελάχιστα και 49 (50,52) καθόλου.

### 6.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια σε 19 κλινικές Δημόσιου Νοσοκομείου. Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 200 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο στο νοσοκομείο.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική για να προστατευτούν τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών, βάσει του νόμου περί προσωπικών δεδομένων και τον Γενικό Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου. Συλλέχτηκαν με τη μορφή κάλπης από 22 Νοεμβρίου 2019 έως 22 Δεκεμβρίου 2019.

Στο σύνολο των ασθενών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι: 103 (51,50%) άνδρες και 97 (48,50%) γυναίκες, διαφόρων ηλικιών με τους περισσότερους να είναι μεταξύ 56 έως 60 ετών, 36 άνδρες (34,95%) και 32 γυναίκες (32,99%).

Η αμέσως επόμενη ηλικία είναι 51 έως 55 στην οποία ήταν 14 άνδρες (13,59%). Το ίδιο ποσοστό για τους άνδρες ήταν και στην ηλικία 60+.

Οι γυναίκες στην κατηγορία των 51 έως 55 ετών ήταν 17 (17,53%), ενώ στην κατηγορία 60+ οι γυναίκες ήταν μόλις 8 (8,25%).

Παρατηρούμε ότι στις ηλικίες 41 – 45 και 46 – 50 οι γυναίκες ήταν ποιο πολλές 8 (8,25%) και 9 (9,28%) αντίστοιχα, σε σχέση με τους άνδρες που ήταν 6 (5,83) και 5 (4,85%) αντίστοιχα.

Ενώ στις ηλικίες 36-40 οι άνδρες ήταν 11 ( 10,68%), ενώ οι γυναίκες ήταν μόλις 3 (3,09%).

Παρατηρώντας τις απαντήσεις που αφορούσαν την οικογενειακή κατάστασή τους βλέπουμε ότι στην κατηγορία των έγγαμων οι άντρες 46,36% (70) είναι αρκετά περισσότεροι κατά 12,80% σε σχέση με τις γυναίκες 33,56% (49).

Σήμερα οι γυναίκες δεν πιέζονται πλέον να ακολουθήσουν μια πορεία προς τον έγγαμο βίο καθώς νιώθουν περισσότερο ανεξάρτητες.

Οι άγαμοι είναι στα ίδια ποσοστά 15,23% για τους άνδρες και 15,07% για τις γυναίκες.

Περισσότερες γυναίκες είναι διαζευγμένες 4,79% σε σχέση με τους άντρες 3,97%. Όπως και 33,56% των γυναικών και το 31,79% των ανδρών έχουν παιδιά.

Το ενδιαφέρον είναι ότι μόνο το 2,65% των ανδρών είναι χήροι, ενώ το 13,01% των γυναικών είναι χήρες.

Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών δεν σκέφτεται να παντρευτεί, ούτε τις ενοχλεί που δεν έχουν παιδιά. Θέλουν φυσικά να έχουν μια μόνιμη σχέση, αλλά δεν θεωρούν το γάμο απαραίτητη προϋπόθεση και επίτευξη οικονομικής σταθερότητας.

Το σίγουρο είναι πως ο γάμος πλέον δεν αποτελεί προτεραιότητα για το γυναικείο φύλο. Αυτό έχει και σαν αποτέλεσμα να αυξάνονται όλο και περισσότερο οι περιπτώσεις των παιδιών που μεγαλώνουν σε μονογονεϊκές οικογένειες και να φθίνει το πρότυπο της παραδοσιακής οικογένειας.

Στην εκπαίδευση παρατηρούμε ότι προηγούνται οι γυναίκες με 23,71% και ακολουθούν οι άντρες με 13,36% που κατέχουν πανεπιστημιακό τίτλο.

Μόνο στο επίπεδο του μεταπτυχιακού προηγούνται οι άνδρες με 6,36% έναντι 3,09% των γυναικών.

Πολύ μεγάλα είναι τα ποσοστά αυτών που έχουν τελειώσει μόνο τη μέση – υποχρεωτική εκπαίδευση. Τα πρωτεία κατέχουν οι άνδρες 45,45%, ενώ ακολουθούν οι γυναίκες με 40,21%. Υπάρχει και ένα μεγάλο ποσοστό ανδρών 10,91% και 11,34% γυναικών που οι γραμματικές τους γνώσεις είναι σε επίπεδο δημοτικού σχολείου.

Στον εργασιακό τομέα παρατηρούμε υψηλά ποσοστά συνταξιούχων και ανέργων που στους άνδρες είναι  $(33,98+24,27)= 58,25\%$ , ενώ δουλεύουν το υπόλοιπο 41,75% είτε σαν ελεύθεροι επαγγελματίες 10,68%, είτε σαν ιδιωτικοί υπάλληλοι 22,33%, είτε σαν αγρότες 2,91% ή δημόσιοι υπάλληλοι 5,83%.

Στις γυναίκες συνταξιούχες 29,90% και άνεργες 27,84% αγγίζουν το 57,74%. Απ το υπόλοιπο 42,16% αφαιρώντας το 6,19% που είναι Νοικοκυρές, ένα 36,07% είναι αυτές που εργάζονται είτε σαν δημόσιοι υπάλληλοι 10,31%, είτε σαν ιδιωτικοί υπάλληλοι 13,40%, σαν αγρότισσες 6,19%, ή σαν ελεύθεροι επαγγελματίες 6,19%.

Αυτά τα υψηλά ποσοστά μας δείχνουν ότι η ανεργία καλπάζει. Επίσης η σχέση εργαζόμενων με συνταξιούχους και άνεργους είναι αρκετά μεγάλη η διαφορά, με οικονομικές δυσκολίες και για τις δύο κατηγορίες των συνανθρώπων μας.

Η αναλογία συνταξιούχων και εργαζόμενων είναι λίγο ποιο πάνω απ το ένας προς έναν.

Υψηλά ποσοστά ανδρών 71,84% και γυναικών 65,98% συμπληρώνουν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο. Αυτό δείχνει την αυτονομία τους και το ότι θέλουν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στις ερευνητικές τους εργασίες.

Οι εισαγωγές των ασθενών στο Νοσοκομείο ήταν προγραμματισμένες σε ποσοστό 46,40% για τους άνδρες, για τις γυναίκες 46,39% και έκτακτες 53,40% και 53,61% αντίστοιχα.

Οι ημέρες νοσηλείας κυμαίνονται ανάλογα με τη βαρύτητα της πάθησης και του περιστατικού, όπως και τα τμήματα στα οποία νοσηλευόταν οι ασθενείς.

Όσον αφορά το περιβάλλον της κλινικής όπου νοσηλευόταν οι άνδρες το θεώρησαν πολύ καλό 54,37%, καλό 34,95% και μέτριο 10,68%. Το 89,32% δηλαδή ήταν ευχαριστημένο. Στις γυναίκες πολύ καλό 49,48%, καλό 31,96%, μέτριο 15,46% και κακό μόνο 3 γυναίκες απ τις 97 στο σύνολο, σε ποσοστό 3,09%.

Ας περάσουμε να μελετήσουμε τις απαντήσεις που αφορούν την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και Νοσηλευτριών/Νοσηλευτών

Στους άνδρες το 65,05% λέει ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό τους κοιτάει πάντα στα μάτια κατά την επικοινωνία τους, το 20,39% συχνά, ενώ το 14,56% μερικές φορές. Στις γυναίκες 61,86 λέει πάντα, 23,71% συχνά, 12,37% μερικές φορές, 1,03% σπάνια και 1,03% ποτέ.

Βλέπουμε ότι το 83-85% των ασθενών αναφέρουν ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό τους κοιτάει στα μάτια όταν μιλάνε. Πολλές φορές όμως η/ο Νοσηλεύτρια/της ενώ μιλάει με τον ασθενή ταυτόχρονα κάνει και κάποια νοσηλευτική πράξη (περιποίηση ασθενή, αλλαγή ορού κλπ), οπότε είναι αδύνατον να τους κοιτάει πάντα στα μάτια.

Μεγάλο ποσοστό ανδρών 90,3% λένε ότι καταλαβαίνουν το λεξιλόγιο που χρησιμοποιεί το προσωπικό, όπως και στις γυναίκες το 89,69% αναφέρει το ίδιο. 5,83% των ανδρών και 8,25% των γυναικών λένε μερικές φορές, 2,91% στους άνδρες λένε πάντα, οι γυναίκες 2,06% και ένας άνδρας 0,97% ανέφερε ότι συχνά δεν καταλάβαινε τι του λέγανε.

Μεγάλο ρόλο στην κατανόηση του λεξιλογίου παίζει η μόρφωση του κάθε ασθενή. Είδαμε ότι είχαμε 10,91% των ανδρών και 11,34% των γυναικών, ότι είχαν τελειώσει μόνο το δημοτικό σχολείο, οπότε είναι κατανοητό να δυσκολεύονται να καταλάβουν ορισμένες λέξεις και έννοιες.

70,87% των ανδρών ανέφερε ότι το προσωπικό δεν του μιλούσε πολύ γρήγορα και ότι καταλάβαινε αυτά που του έλεγαν, 21,36% σπάνια και 1,94% πάντα. Στις γυναίκες 75,26% είπαν ποτέ, σπάνια είπε το 14,43%, μερικές φορές το 8,25%, συχνά 1,03%, όπως και πάντα 1,03%.

Το 64,08% των ανδρών θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει στους ασθενείς το χρόνο να πουν ότι θεωρούν σημαντικό για τη θεραπεία τους, συχνά είπε το 25,24%, μερικές φορές το 6,80% και 3,88% είπαν σπάνια.

Στην ίδια ερώτηση το 65,98% των γυναικών απάντησαν πάντα, το 22,68% συχνά, μερικές φορές το 7,22% και σπάνια και ποτέ από 2,06%.

Άρα το 89,32% των ανδρών και το 88,66% των γυναικών είναι ευχαριστημένοι από το χρόνο που τους αφιερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Στην ερώτηση αν η νοσηλεύτρια ή ο νοσηλευτής ακούει προσεκτικά το τι έχει να του πει ο ασθενής, 72,82% των ανδρών και 75,26 των γυναικών απάντησαν πάντα. Συχνά το 16,50% των ανδρών και 18,56% των γυναικών. Μερικές φορές το 7,77% των ανδρών, 5,15% των γυναικών, ενώ σπάνια, είπαν το 2,91% των ανδρών και το 1,03% των γυναικών.

Το 89,32% των ανδρών και το 93,82% των γυναικών μας αναφέρουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει τη δέουσα σημασία και ακούει προσεκτικά αυτά που έχουν να πουν οι ασθενείς.

Υψηλά ποσοστά προκύπτουν ότι η/ο νοσηλεύτρια/ης βεβαιώνεται ότι ο ασθενής έχει κατανοήσει αυτά που του λένε. 71,84% στους άνδρες και 69,07% στις γυναίκες λένε πάντα, συχνά λέει το 21,36% των ανδρών και το 25,77% των γυναικών, μερικές φορές 3,88% και 4,12% ανδρών και γυναικών αντίστοιχα. 2,91% απ τους άνδρες λένε σπάνια, ενώ 1,03% οι γυναίκες.

Στους άνδρες το 93,2% και 94,84% των γυναικών μας λένε ότι το Νοσηλευτικό προσωπικό βεβαιώνεται ότι έγινε κατανοητό από τους ασθενείς.

Στην ερώτηση αν η/ο νοσηλεύτρια/ης εξηγεί στους ασθενείς τι θα μπορούσαν να κάνουν για να φροντίσουν τον εαυτό τους 60,19% των ανδρών και 56,70% των γυναικών απάντησαν πάντα, συχνά απάντησαν 27,18% των ανδρών και 31,96% των γυναικών. Μερικές φορές είπαν 6,80% των ανδρών και 7,22% των γυναικών. Σπάνια είπε το 4,85% των ανδρών και το 2,06% των γυναικών. Ποτέ το 0,97% των ανδρών και το 2,06% των γυναικών.

Από τις απαντήσεις συμπεραίνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εξηγεί στους ασθενείς τι πρέπει να κάνουν για να φροντίζουν τον εαυτό τους.

Στην ερώτηση αν η/ο νοσηλεύτρια/ης τους εξηγεί με σαφήνεια το πώς μπορούν να παίρνουν τα φάρμακα τους 77,67% των ανδρών και 76,29% των γυναικών απάντησαν πάντα. 17,48% των ανδρών και 14,43% είπαν συχνά, μερικές φορές είπε το 3,88% των ανδρών και το 5,15% των γυναικών. 0,97% των ανδρών και 1,03% των γυναικών απάντησε σπάνια και 3,09% των γυναικών απάντησαν ποτέ.

Να επισημάνω ότι, όσον αφορά τα φάρμακα, (δοσολογία, τρόπος λήψης.), το νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθεί τις εντολές των ιατρών.

Διαπιστώνουμε ότι το 95,15% των ανδρών και το 90,72% των γυναικών δηλώνουν ότι η/ο νοσηλεύτρια/ης τους εξηγούν με σαφήνεια πως μπορούν να παίρνουν τα φάρμακα τους.

Όσον αφορά τις παρενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνουν οι ασθενείς, αν τους τις εξηγούν με σαφήνεια το νοσηλευτικό προσωπικό, το 52,43% των ανδρών απάντησε πάντα, το 20,39% συχνά, το 8,74% μερικές φορές, σπάνια το 11,65% και ποτέ το 6,80%. Στις γυναίκες το 41,24% απάντησε πάντα, 22,68% απάντησε συχνά, μερικές φορές απάντησε το 13,40%, σπάνια το 9,28% και ποτέ απάντησε το 13,40%.

Είναι πολύ λογικό να έχουμε αυτές τις απαντήσεις, γιατί οι νοσηλευτές δεν έχουν τόσο εξειδικευμένες γνώσεις πάνω στα φάρμακα. Ο γιατρός είναι αυτός που θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για τυχόν παρενέργειες, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, αλληλεπιδράσεις και συνεργισμό των φαρμάκων.

Παρ' όλα αυτά από τις απαντήσεις καταλαβαίνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό καταβάλει προσπάθειες να ενημερώνει όσο μπορεί και όσα γνωρίζει από την εμπειρία του.

Στην ερώτηση αν η/ο νοσηλεύτρια/ης ενδιαφέρθηκε για εσάς ως άτομο και όχι μόνο για το νόσημά σας, οι άντρες απάντησαν: πάντα το 48,54%, συχνά το 27,18%, μερικές φορές το 15,53%, σπάνια το 2,91% και ποτέ το 5,83%. Οι αντίστοιχες απαντήσεις στις γυναίκες ήταν: πάντα 46,39%, συχνά 31,96%, μερικές φορές 12,37%, σπάνια 2,06 και 7,22% ποτέ.

Το 46,60% των ανδρών απάντησε: μερικές φορές, στην ερώτηση αν θα θέλατε η/ο νοσηλεύτρια/ης να διαθέτει περισσότερο χρόνο για εσάς. 17,48% πάντα, 16,50% σπάνια, 13,59% συχνά και μόνο ένα 5,83% απάντησε ποτέ.

Οι γυναίκες 41,24% απάντησαν μερικές φορές, 22,68% πάντα, 14,43% συχνά, σπάνια το 12,37% και ποτέ το 9,28%.

Αντιλαμβανόμαστε τα πολύ υψηλά ποσοστά των ανδρών 77,67% και το 78,35% θα θέλανε από το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει περισσότερο χρόνο για τους ασθενείς. Αυτό όμως σήμερα δεν είναι εφικτό να γίνει λόγω έλλειψης προσωπικού και αντιστοιχίας νοσηλευτών – ασθενών.

88,35% των ανδρών απάντησε ότι αισθάνεται πολύ άνετα συζητώντας με το νοσηλευτικό προσωπικό, λίγο το 8,74%, ελάχιστα το 1,94 και καθόλου το 0,97%. Υψηλό και το ποσοστό των γυναικών που αγγίζει το 86,60% που αισθάνονται πολύ άνετα, 8,25% λίγο, 4,12% ελάχιστα και 1,03 καθόλου.

Συμπεραίνουμε ότι με τον τρόπο τους και τη συμπεριφορά τους οι νοσηλευτές κάνουν τους ασθενείς να αισθάνονται πολύ άνετα συζητώντας μαζί τους.

Ενδιαφέρον προκαλούν οι απαντήσεις που έδωσαν οι ασθενείς στην ερώτηση πως θα αξιολογούσαν την επικοινωνία τους με την/τον νοσηλεύτρια/τη. Πολύ καλή δηλώνει το 60,19% των ανδρών, 31,07% δηλώνει καλή, το 7,77% μέτρια και 0,97% κακή. Στις γυναίκες το 69,07% πολύ καλή, 23,71% καλή, μέτρια το 6,19 και κακή το 1,03%. Ίσως επειδή το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού είναι γυναίκες.

Συνολικά το 91,26% των ανδρών και το 92,78% είναι ευχαριστημένοι από την επικοινωνία που έχουν με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το 88,35% των ανδρών πιστεύουν ότι η/ο νοσηλεύτρια/ης αποτελεί κατάλληλο διάλογο επικοινωνίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, 8,74% απάντησαν λίγο και 2,91% ελάχιστα. Στις γυναίκες το 88,66% απάντησε αρκετά, το 6,19% λίγο, 3,09% ελάχιστα και 2,06% καθόλου.

Αρκετά μεγάλα τα ποσοστά των ασθενών πιστεύουν ότι η/ο νοσηλεύτρια/ης αποτελεί κατάλληλο διάλογο επικοινωνίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Στην ερώτηση πως θα αξιολογούσατε τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών σας από την/τον νοσηλεύτρια/τη οι άνδρες απάντησαν: πολύ καλό 60,19%, καλό 32,04%, μέτριο 6,80% και κακό το 0,97%. Οι γυναίκες απάντησαν: πολύ καλό 51,55%, καλό 39,18%, μέτριο 7,22% και κακό το 2,06%.

Το 92,23% των ανδρών και το 90,73% των γυναικών είναι ευχαριστημένοι από τον τρόπο που το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζει τους συνοδούς.

Στην τελευταία ερώτηση, αν πιστεύουν ότι η μέγιστη πληροφόρηση από το διαδίκτυο όσον αφορά την πάθηση τους, αν μπορεί να αντικαταστήσει την όποια επικοινωνία με το

νοσηλευτικό προσωπικό, οι άνδρες απάντησαν: 46,60% καθόλου, 25,24% ελάχιστα, 19,42% λίγο και 8,74% αρκετά. Οι γυναίκες ασθενείς απάντησαν: καθόλου 50,52%, αρκετά 15,46%, λίγο 23,71% και ελάχιστα 10,31%.

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή δεν μπορεί να αντικατασταθεί με τίποτα. Εκ των πραγμάτων πρέπει να υπάρχει επικοινωνία.

#### **Συνοψίζοντας παρατηρούμε από τα ποσοστά των απαντήσεων ότι:**

- ✓ Οι κρίσιμες ηλικίες για να ασθενήσουν οι άνδρες είναι από τα 36 τους χρόνια και πάνω, ενώ στις γυναίκες είναι από τα 41 χρόνια τους.
- ✓ Σήμερα οι γυναίκες δεν πιέζονται πλέον να ακολουθήσουν μια πορεία προς τον έγγαμο βίο. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο σε σχέση με τους άνδρες, γι αυτό και υπάρχουν ποιά πολλές χήρες, παρά χήροι.
- ✓ Παρατηρούμε μεγάλα ποσοστά ανθρώπων με μέση μόρφωση.
- ✓ Η ανεργία είναι μεγάλη.
- ✓ Αντιστοιχία Εργαζομένων – Συνταξιούχων: 1,21 προς 1
- ✓ Γενικά οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι από το περιβάλλον στις κλινικές στις οποίες νοσηλεύονται, λόγω του ότι ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός και η καθαριότητα είναι σε πάρα πολύ καλό επίπεδο.
- ✓ Πολύ μεγάλο ποσοστό ασθενών δηλώνουν ευχαριστημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό, γιατί τους κοιτάει στα μάτια, χρησιμοποιεί λέξεις απλές και κατανοητές και δεν τους μιλάνε γρήγορα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των ημερών νοσηλείας, αλλά και τη μείωση κόστους, λόγω της καλύτερης και ποιοτικής φροντίδας. Επίσης δείχνει το ενδιαφέρον, την συμπαράσταση των νοσηλευτών έναντι των ασθενών.
- ✓ Δίνουν στους ασθενείς αρκετό χρόνο για να μιλήσουν για τη θεραπεία τους, τους ακούν προσεκτικά, βεβαιώνονται ότι ο ασθενής κατάλαβε αυτά που του είπαν.
- ✓ Το νοσηλευτικό προσωπικό εξηγεί στους ασθενείς πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους, πώς να λαμβάνουν τα φάρμακά τους, τους αναφέρουν τις τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων.
- ✓ Δείχνουν το ενδιαφέρον τους για τον άνθρωπο ασθενή.
- ✓ Μεγάλο ποσοστό των ασθενών θα ήθελε να του διαθέτει περισσότερο χρόνο η/ο νοσηλεύτρια/ης. Δυστυχώς η αναλογία νοσηλευτών – ασθενών το καθιστά πολύ δύσκολο αυτό. (Έλλειψη προσωπικού).



Βάσει των στοιχείων της ΠΑΣΟΝΟΠ, στις αρχές του 2015 στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας υπηρετούσαν 29.253 νοσηλευτές όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων, σε σύνολο 39.452 οργανικών θέσεων, πράγμα που σημαίνει ότι υπήρχε έλλειψη 10.199 νοσηλευτών. Οι πραγματικές όμως ανάγκες είναι πολύ μεγαλύτερες καθότι οι οργανικές θέσεις έχουν υπολογιστεί με βάση το προεδρικό διάταγμα 87/1986.

Στις περιοδικές εκθέσεις που δημοσιεύονται από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η Ελλάδα κατατάσσεται στις τελευταίες θέσεις με μόλις 3,23 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους, τη στιγμή που ο Μ.Ο. των χωρών του ΟΟΣΑ ανέρχεται σε 9,1 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους. (*OECD Health Statistics 2015*), (<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>).

- ✓ Συμπεραίνουμε ότι με τον τρόπο τους και τη συμπεριφορά τους οι νοσηλευτές κάνουν τους ασθενείς να αισθάνονται πολύ άνετα συζητώντας μαζί τους και έτσι κερδίζουν την εμπιστοσύνη τους.
- ✓ Αρκετά μεγάλα τα ποσοστά των ασθενών πιστεύουν ότι η/ο νοσηλεύτρια/ης αποτελεί κατάλληλο διάλογο επικοινωνίας με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, γιατί αποτελεί τη γέφυρα που ενώνει και διευκολύνει τους ασθενείς ως προς τις ανάγκες τους.
- ✓ Εκτός από τους ασθενείς οι νοσηλευτές δείχνουν την ανθρωπιά τους και στους συνοδούς.
- ✓ Όση πληροφορία και να λαμβάνουν από το διαδίκτυο οι ασθενείς, τίποτα δεν μπορεί να αντικαταστήσει την επικοινωνία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης δείχνει την αντίσταση στο φαινόμενο του «Διαδικτύου».

Λαμβάνοντας όλα τα παραπάνω υπ' όψιν, μπορούμε να πούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πληροί όλα όσα αναφέρονται στη βιβλιογραφία. (*Schmidt IK, Svarstad BL. 2002*), (*Ραγιά, Α. 2004*).

Κάποιες φορές βέβαια μπορεί να έχουμε κάποιες άστοχες συμπεριφορές απ' τους νοσηλευτές (λόγω κούρασης ή λόγω φόρτου εργασίας).

Άστοχες συμπεριφορές έχουμε και από την πλευρά των ασθενών ή των συνοδών τους. Ενδεικτικά αναφέρω την επίθεση και χειροδικία που δέχτηκε νοσηλεύτρια από συνοδό πριν λίγες ημέρες στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου στη Θεσσαλονίκη και δεν είναι η μοναδική φορά που συμβαίνει.

Η επικοινωνιακή ικανότητα του νοσηλευτή επιδρά σημαντικά στην σχέση του με τον ασθενή και στην θεραπευτική διαδικασία.

Οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να αναγνωρίσουν την αναγκαιότητα της ενσωμάτωσης της διδασκαλίας της επικοινωνίας ως μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των σχολών επαγγελματιών υγείας.

Απαραίτητη θεωρείται η συχνή αξιολόγησή τους στις επικοινωνιακές δεξιότητες, για την παροχή ολιστικής φροντίδας, που ικανοποιεί τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούν σαν όπλο τους την ενσυναίσθηση που θα αναδεικνύει το προσωπικό σύστημα αξιών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών τους δείχνοντας σεβασμό στα ανθρώπινα ιδανικά και στα πιστεύω του κάθε ατόμου.

Η εδραίωση της σχέσης νοσηλευτή – νοσηλευόμενου, είναι μια συνειδητή δέσμευση από μέρος του νοσηλευτή να φροντίζει τον νοσηλευόμενο. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί μια προσέγγιση με επίκεντρο τον νοσηλευόμενο, προκειμένου να χτίσει τη σχέση και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Αυτή η σχέση θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, η επίγνωση του νοσηλευτικού ρόλου θέτει τα όρια της σχέσης, αλλά, παρά την ύπαρξη των ορίων αυτών, υπάρχουν άπειρες ευκαιρίες επικοινωνίας, που μπορεί να επιδράσουν θεραπευτικά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Βιθυνός, Μ., Παπαμαύρου, Ε., Σπηλιώτης, Κ., 2004. *Επικοινωνία και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

*Γραφείο Διασύνδεσης, σπουδών και σταδιοδρομίας Α.Π.Θ*

Ελευθεριάδης, Α., 1998. *Παιδαγωγικά Θέματα – Διδακτική Μεθοδολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Σύγχρονη Πέννα

*Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, τεύχος δεύτερο αριθ. φύλλου 4138, 20 Σεπτεμβρίου 2018*

Καρλατήρα Παναγιώτα, Κικίλιας: Το σύστημα δημόσιας υγείας νοσεί και χρειάζεται ανάταξη. *Εφημερίδα Πρώτο Θέμα 2/09/2019*.

Κατσούρης, Α, 2017. *Η Αρχαία Ελληνική Ιατρική*. Εκδόσεις University studio press

Καφέτσιος, Κ., 2005. *Δεσμός, Συναισθήματα και διαπροσωπικές σχέσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Καψάλης, Α., 2003. *Παιδαγωγική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Κυριακίδης

Κουτελέκος Ι, Πολυκανδριώτη Μ. *Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 2007;6(1):1-7.

Λεμονίδου, Χ., & Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε. (1997). *Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας*, τόμ. Ι. Ιατρικές εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Λυπουρλής, Δ. (1983), *Ιπποκρατική Ιατρική*, Εκδόσεις Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη.

Μανιάτης, Στ. Π. (2002), *Ιστορία της Ιατρικής, από τους προϊστάμενους χρόνους έως σήμερα*, Εκδόσεις «εντός».

Μισουρίδου, Ε. (2007). *Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή*. Νοσηλευτική, 46(3), σελ. 374-380

Μπακιρτζής, Κ., 2002. *Επικοινωνία και αγωγή*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg

Μπαρμπουνή – Κωνσταντάκου Ε. (1991). «Ο ρόλος της/του νοσηλεύτριας/τη στη χημειοθεραπεία- Εκπαίδευση του αρρώστου», Πρακτικά Σεμιναρίων Νοσηλευτών με θέμα: «Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή», εκδ. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Αθήνα

Μπουλουτζιά Πέννη, ΕΣΥ πολλών «ταχυτήτων» με γεωγραφικές ανισότητες, *Εφημερίδα Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ*· ΕΛΛΑΔΑ 08.01.2018

Μπουραντάς Δ. *Μάνατζμεντ*. Εκδ., Γ΄ Μπένου, Αθήνα, 2002

Παπαγεωργίου, Ε., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά, Ε., και συν. (2011). Μελέτη παραγόντων σχετιζόμενων με την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης του νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 50(2) pg 185-193

Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε., 1995. *Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Πασιαρδή Γ., *Το σχολικό κλίμα Θεωρητική ανάλυση και εμπειρική διερεύνηση των βασικών παραμέτρων του*, Αθήνα, Τυποθήτω, 2001

Πετρόφσκι, Επικοινωνία. *Παιδαγωγική ψυχολογική εγκυκλοπαίδεια λεξικό*, τόμος 4, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1990

Πουρναρόπουλος Γ. : *Ιπποκράτης – Άπαντα τα έργα*. Εκδόσεις «Μαρτίνος Α», Αθήνα 1963.

Πουρναρόπουλος Κ.: *Ηρόφιλος ο Χαλκιδόνιος – Η ελληνική επιστήμη της αλεξανδρινής περιόδου*. Έκδοση Β Αθήνα 1982.

Ραγιά, Α. (2004). *Η επικοινωνία*. *Νοσηλευτική*, 42(3), σελ 153-160

Σαπουντζή – Κρέπια Δ. (1996). *Χρόνια ασθένεια και οικογένεια: νοσηλευτικές παρεμβάσεις*, *Νοσηλευτική*, 35(3):152-157

Σκαλτσά Ε., 2001. Τα φάρμακα στην αρχαία Ελλάδα. Εκπαιδευτική Διημερίδα/Σεμινάριο Ελληνικής Εταιρείας Εθνοφαρμακολογίας, Κάλαμος Αττικής.

Σπανδάγος Β., Σπανδάγου Ρ., Τραύλου Δ. : *Οι ιατροί και οι φαρμακολόγοι της αρχαίας Ελλάδας*. Εκδόσεις «Αίθρα», Αθήνα 1996

Σταθοπούλου Χ. *Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον*. *Νοσηλευτική*, 2006; 45(1):50–58

Σταλίκας, Α., Χαμοδράκα, Μ. (2004). *Η ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Χρησοβιτσάνου, Χ. (2004). *Κοινωνική Προσαρμογή ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση – ο ρόλος του νοσηλευτή*. *Νοσηλευτική*, 43(1): 70-74

Φουντούκη Α, Γκατζέλης Θ, Πάντας Δ, Θεοφανίδης Δ. *Η διεπαγγελματική συνεργασία του νοσηλευτή στο εργασιακό περιβάλλον ενός επαρχιακού νοσοκομείου*. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2009;8(4): 336 - 352.

Φωτίου Κωνσταντίνος , *Η Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα*, *ΕΛΕΥΘΩ* (9) 2/2004

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

Allcock N, Standen P. *Student nurses' experiences of caring for patients in pain*. *Int J Nurs Stud* 2001, 38:287–295

- Arford PH. *Nurse-Physician Communication: An Organizational Accountability*. *Nurs Econ*. 2005; 23(2):72-7, 55.
- Berlo, D. (1960). *The process of communication: An introduction to the theory and practice*. New York: Holt, Rinehart, Winston.
- Bynhum W. (2013). *Μικρή Ιστορία της Επιστήμης*. Μτφρ. Ν. Αποστολόπουλος. Εκδόσεις Πατάκη
- Butler, G & Hope, T (2007) '*Manage Your Mind – The Mental Fitness Guide*'. Oxford University Press, Oxford.
- Casanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L Wiesman S. *Nurse-physician work relations and role expectations*. *J Nurs Adm*. 2007; 37(2):68-70.
- Crivellato E. and Ribatti D. *Soul, mind, brain: Greek philosophy and the birth of neuroscience*. *Brain Research Bulletin*,71 (2007).
- Dewit S. (2001). *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Τόμος 1, μτφρ. Σακοράφας Γ., Αθήνα, Λαγός Δημήτριος
- Eby, L., Brown, N. (2009). *Η Νοσηλευτική στη ψυχική υγεία*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Ersser S. *A search for the therapeutic dimensions of nurse -patient interaction*. In: McMahon R, Pearson A (eds) *Nursing as therapy*. London, Chapman & Hall, 1991:43–84
- Forte PS. *The High Cost of Conflict*. *Nurs Econ*.1997;15 (3):119-23.
- Frederich ME, Strong R, and Gunten CF. *Nurse-Physician: Can nurses refuse to carry out doctor's orders*. *J Palliat Med*. 2002; 5(1):155-8.
- Frisch, C., Frisch, E. (2005). *Psychiatric mental health nursing: Understanding the client as well as the condition*. New York: Albany.
- Froggatt K. *The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work*. *J Adv Nurs* 1998, 28: 332–338
- Gattuso S, Bevan C. *Mother, daughter, patient, nurse: women's emotion work in aged care*. *J Adv Nurs* 2000, 31:892–899
- Grover SM. *Shaping Effective Communication Skills and Therapeutic Relationships at Work*. *AAOHN J*. 2005; 53(4):177-82.
- Hafford, R (2010) '*Medical Communications – The Art of Connecting*'. Liberties Press, Dublin
- Henderson A. *Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work*. *Nurs Inq* 2001, 8:130–138

- Hunter B. *Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery*. *Midwifery* 2005, 21:253–266
- Josien M., Βαγιάτης Γ., Γιαννουλέας Γ, *Η επικοινωνία μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο*, μτφρ. Αραμπατζής Γ., Βασιλικού Κ., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1995.
- Iacono M. *Conflict, communication, and collaboration: Improving interactions between nurses and physicians*. *J Perianesth Nurs*. 2003;18(1):42-6.
- Keatinge D, Bellchambers H, Bujack E, Cholowski K, Conway J, Neal P. *Communication: Principal barrier to nurse-consumer partnerships*. *Intern J Nurs Pract*. 2002; 8(1):16-22.
- Kelly J. *An overview of conflict*. *Dimens Crit Care Nurs*. 2006; 25(1):22
- McCreight BS. *Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards*. *Int J Nurs Stud* 2005, 42:439–448
- McMahon R, Pearson A. *Nursing as therapy*. London, Chapman & Hall, 1991
- McGrath A, Reid N, Boore J. *Occupational stress in nursing*. *Int J Nurs Stud* 2003, 40:555–565
- Menzies IEP. *A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety*. *Hum Relat* 1960, 13: 95–121
- Patistea E, Siamanta E. *A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: Implications for practice and research*. *J Profess Nurs* 1999, 15:302–312
- Pease A.(2006). *Το απόλυτο βιβλίο για τη γλώσσα του σώματος*, μτφρ. Μαστακούρης Θ, Αθήνα, Έσσοπτρο.
- Porter - O'Grady. *Constructing a Conflict Resolution Program for Health Care*. *Health Care Manage Rev*. 2004;29(4):278-83.
- Puntillo KA, Mc Adam JL. *Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: Challenges and opportunities for moving forward*. *Crit Care Med*. 2006;34(11 Suppl):S332-40.
- Reader TW, Flin, R, Mearns K, Cuthbertson BH. *Interdisciplinary communication bin theβ intensive care unit*. *British Journal of Anesthesia*. 2007;98(3):347-52.
- Savage J. *Researching emotion: The need for coherence between focus, theory and methodology*. *Nurs Inq* 2004, 11:25–34
- Schmidt IK, Svarstad BL. *Nurse-physician communication and quality of drug use in Swedish nursing homes*. *Soc Sci Med*. 2002; 54(12)
- Smith P. *The emotional labour of nursing*. London, Macmillan, 1992

Swansburg R, *Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία*. Επιστημονική επιμέλεια Ελένη Αποστολοπούλου. Εκδ., Λαγός, Αθήνα. 1999.

Swanson K. *What is known about caring in nursing science*. In: Hinshaw AS, Feetman S, Sshaver J (eds) *Handbook of clinical nursing research*. California, Sage, 1999:31–60

Tjia J, Mazor MK, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz HJ. *Nurse-Physician Communication in the Long-Term Care Setting: Perceived Barriers and Impact on Patient Safety*. 2009;5(3):145-152.

Watson J. *Caring Theory as an ethical guide to administrative and clinical practices*. *Health Care, Law, Ethics and Regulation* 2006, 8:87–93

Williams A, Irurita VF. *Emotional comfort: The patient's perspective of a therapeutic context*. *Int J Nurs Stud* 2006, 43:405–415

Woods D. *The therapeutic use of self*. In: Butterworth T, Faugier J, Burnard P (eds) *Clinical supervision and mentorship in nursing*. 2nd ed. UK, Stanley Thornes, 1997:37–48

Woolley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. *The effects of doctor- patient communication on satisfaction and outcome of care*. *Soc Sci & Med*. 1978; 12(2A):123-8..

Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowan M. *Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses*. *Am J Crit Care*. 2005; 14(1):71-7.

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

<http://www.ahepahosp.gr/history.asp>

<http://www.ahepahosp.gr/profile.asp>

<https://docplayer.gr/3763631-Iatriki-stin-arhaia-ellada.html>

[http://ellinikiafipnisis.blogspot.com/2009/05/blog-post\\_7101.html](http://ellinikiafipnisis.blogspot.com/2009/05/blog-post_7101.html)

<http://asiaminor.ehw.gr/forms/fLemmaBodyExtended.aspx?lemmaID=4541>

<https://www.slideshare.net/georgearlapanos/h-76758747>

[http://historymed.blogspot.com/2008/08/blog-post\\_8179.html](http://historymed.blogspot.com/2008/08/blog-post_8179.html)

<https://ekfechanion.eu/files/Books/FarmakeytikiBook-final.pdf>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/da90e698-7e66-fda7-9b86-8647be5f0172>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/cb37e046-8315-7afd-e416-ee16f98437ec>