



**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΜΕΛΗ ΟΜΑΔΑΣ
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΒΑΣΙΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΜΟΥΣΤΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ**

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (επιβλέπων καθηγητής)
ΚΑΖΑΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

Ευχαριστίες

Για την καθοδήγηση και βοήθεια που προσέφεραν στην διεξαγωγή της παρούσας έρευνας οφείλουμε ιδιαίτερες ευχαριστίες, βαθειά ευγνωμοσύνη και εκτίμηση σε όσους συμμετείχαν σε αυτή τη προσπάθεια.

Αρχικά ένα μεγάλο ευχαριστώ στον καθηγητή μας κ. Δημήτριο Θεοφανίδη ο οποίος θυσίασε πρόθυμα αρκετές ώρες του ελεύθερου χρόνου παρόλο την πληθώρα των εργασιών του, όχι μόνο για να μας λύσει οποιαδήποτε απορία, να μας διορθώσει τα λάθη και να επισημάνει τις παραλείψεις μας αλλά αποτέλεσε για μας τη κινητήρια δύναμη καθώς ανέβαζε το πήχη των στόχων ολοένα και πιο πάνω ώστε να είμαστε σε εγρήγορση και να γινόμαστε καλύτεροι.

Επίσης, δε θα πρέπει να παραλείψουμε τα κέντρα αποκατάστασης (Αρωγή, Φροντίζω) που μας επέτρεψαν την είσοδο και μας παραχώρησαν πληροφορίες σχετικά με το θέμα που διερευνήσαμε.

Ακόμη θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την απόφοιτη του τμήματος Νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Χλιαρά Ουρανία για την πολύτιμη συμβολή της, στην διεξαγωγή της εργασίας μας.

Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε την εκτίμησή μας στις οικογένειές μας που μας έχουν στηρίξει όλα τα χρόνια των σπουδών μας και στους οποίους αφιερώνουμε αυτή την εργασία.

Περίληψη

Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η κατανόηση του κλινικού ρόλου του νοσηλευτή αποκατάστασης, καθώς επίσης και τις προοπτικές του επαγγέλματος αυτού. Πριν την έναρξη της έρευνας καταγράφεται μια σύντομη ανασκόπηση των όρων νοσηλευτική, αποκατάσταση, κλινικός ρόλος νοσηλευτή αποκατάστασης. Για τη συλλογή δεδομένων, πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις στους χώρους κέντρων αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης και συμπληρώθηκαν στοιχεία σε αυστηρά προκαθορισμένη φόρμα παρατήρησης, ενώ πραγματοποιήθηκαν και συνεντεύξεις επιβεβαιωτικού χαρακτήρα με το προσωπικό. Η μέθοδος που κρίθηκε καταλληλότερη για την επίτευξη του στόχου της έρευνας αυτής είναι η ημιδομημένη συνέντευξη. Η προσωπική συνέντευξη (face to face interview) ήταν πάντα ανώνυμη. Το δείγμα περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως βαθμίδας εκπαίδευσης, φύλου, ηλικίας, προϋπηρεσίας οι οποίοι εργάζονται ως νοσηλευτές αποκατάστασης στα ειδικά κέντρα. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων τέθηκαν ορισμένοι περιορισμοί που αφορούν την επιλογή του δείγματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι η παρακάτω έρευνα τηρεί όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Ακόμη όπως αρμόζει σε κάθε ποιοτική έρευνα διακατέχεται από αξιοπιστία, αντικειμενικότητα, φερεγγυότητα καθώς και εγκυρότητα. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτουν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Τα αποτελέσματα αυτά βοήθησαν στην κατανόηση του κλινικού ρόλου του επαγγέλματος αυτού, στη διερεύνηση των προβληματισμών και των εμπειριών που απέκτησαν κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας στο χώρο αυτό. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής παρουσιάζονται ορισμένες προτάσεις βελτίωσης των συνθηκών εργασίας καθώς επίσης και οι προοπτικές του επαγγέλματος αυτού.

Λέξεις-Κλειδιά: Νοσηλευτής αποκατάστασης, κλινικός ρόλος, προοπτικές.

Key Words : Rehabilitation nursing, clinical role, nurse, outlook

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	σελ.:3
Περίληψη.....	σελ.:4
1.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	σελ.:7-17
2.ΜΕΘΟΔΟΣ.....	
2.1 Σκοπός.....	σελ.:19
2.2 Στρατηγική αναζήτησης.....	σελ.:19
2.3 Μεθοδολογία έρευνας.....	σελ.:20
2.4 Διαδικασία συνεντεύξεων και επεξεργασία.....	σελ.:21
2.4.1 Βήματα λήψης συνέντευξης.....	σελ.:21
2.4.2 Είδος συνέντευξης.....	σελ.:22-23
2.4.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα συνεντεύξεων.....	σελ.:24
2.4.4 Μαγνητοφώνηση.....	σελ.:25
2.5 Αξιοπιστία δεδομένων και διαδικασίες.....	σελ.:26
2.6 Ηθική και δεοντολογία.....	σελ.:26-27
3 ΔΕΙΓΜΑ.....	
3.1 Πληθυσμός στόχος.....	σελ.:28
3.2 Δείγμα.....	σελ.:28
3.2.1 Γενικά.....	σελ.:28-29
3.2.2 Επιλογή δείγματος.....	σελ.:29-30
3.2.3 Μέθοδος δειγματοληψίας.....	σελ.:30
3.2.4 Δειγματοληψία μη πιθανότητας.....	σελ.:30-31
3.2.5 Περιγραφή δείγματος.....	σελ.:31
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	σελ.:32-41
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ.:42-56
6.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	σελ.:56-62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.:63-66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'.....	σελ.:67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'.....	σελ.:68-70

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ:

ΓΕΝΙΚΟ

1.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 Με τον όρο Νοσηλευτική (nursing) που προέρχεται από τη λατινική λέξη *nutrix* που σημαίνει τρέφω (*nourish*) ορίζεται η τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για τη πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της.

Η νοσηλευτική αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως επάγγελμα, με βάση τα κριτήρια που πρέπει να έχει ένα επάγγελμα:

- Καλά καθορισμένο σώμα γνώσεων
- Ισχυρό προσανατολισμό προς την παροχή υπηρεσιών
- Αναγνωρισμένο κύρος από κάποια επαγγελματική ομάδα
- Κώδικα ηθικής
- Επαγγελματική οργάνωση που θέτει τα πρότυπα
- Συνεχιζόμενη έρευνα
- Αυτονομία

Η νοσηλευτική περιλαμβάνει εξειδικευμένες δεξιότητες και εφαρμογή γνώσεων που βασίζονται στην εκπαίδευση και έχει τόσο θεωρητικά όσο και κλινικά στοιχεία. Οι νοσηλευτές διαθέτουν πρότυπα που έχουν τεθεί από επαγγελματικούς οργανισμούς και ακολουθούν καθιερωμένους κώδικες ηθικής. Το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής επικεντρώνεται στις ανθρώπινες αντιδράσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας και συνεχώς περισσότερο εστιάζεται στην ευεξία, μια διάσταση της φροντίδας που περικλείει τις μοναδικές γνώσεις και δυνατότητες της νοσηλευτικής. Η νοσηλευτική έχει πλούσια παράδοση. Επιπλέον, κερδίζει συνεχώς επιστημονική αναγνώριση μέσω ακαδημαϊκών τίτλων της έρευνας και των νοσηλευτικών δημοσιευμάτων και γίνεται συνεχώς ευρύτερα αποδεκτή και σεβαστή. Ιστορικά η νοσηλευτική εξελίχθηκε από μια τεχνική υπηρεσία σε ανθρωποκεντρική διεργασία, που επηρεάζει τις ζωές των άλλων έτσι ώστε να μεγιστοποιούνται οι ανθρώπινες δυνατότητες σε όλες τις διαστάσεις. Αυτή αποτέλεσε μια ενεργητική διεργασία καθώς η νοσηλευτική αναπτυσσόταν ως επάγγελμα και ως επιστημονικός κλάδος με βάση τα διδάγματα του παρελθόντος για την απόκτηση γνώσεων για την παρούσα και μελλοντική πρακτική της. (Lemone, Lillys, Taylor 2002).

Νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας που μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές κ.α.) ασχολείται με την φροντίδα, την ασφάλεια και την αποκατάσταση της υγείας ατόμων που πάσχουν από κάποια οξεία ή χρόνια πάθηση. Ασχολείται επίσης με την πρόληψη των ασθενειών και την αντιμετώπιση επειγουσών ιατρικών και νοσηλευτικών καταστάσεων, καθώς και την διεξαγωγή έρευνας για την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης.

Ο Νοσηλευτής μπορεί να έχει και ειδική εκπαίδευση σε μια από τις εξής ειδικότητες:

- Παθολογική Νοσηλευτική.
- Χειρουργική Νοσηλευτική.
- Παιδιατρική Νοσηλευτική.
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.
- Νεφρολογική Νοσηλευτική.
- Εντατική Νοσηλευτική.
- Καρδιολογική Νοσηλευτική.
- Νοσηλευτική αποκατάστασης

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα Υπ. Αριθμ. 351/8-6-1989 «Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας», καθορίζονται ως εξής: Άρθρο 1 - Επαγγελματικά Δικαιώματα-

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλευτής - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579/85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.

2. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το

φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες:

2.1. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντος του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του.

2.1.1. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα..

2.1.2. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.

2.1.3. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.

2.1.4. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.

2.1.5. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης.

2.1.6. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.

2.1.7. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.

2.1.8. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

2.1.9. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα.

2.1.10. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου, στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.

2.1.11. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους.

2.1.12. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών.

2.1.13. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων σε θέματα που αφορούν:

1. τη λειτουργία του νοσοκομείου
2. τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
3. την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή

2.1.14. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στο άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα.

2.1.15. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι

2.1.16. Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.

2.1.17. Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων και

2.1.18. Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς.

2.1.19. Συνεργασία στο συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.

2.2. Πράξεις σε απουσία γιατρού :

2.2.1. Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.

2.2.2. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.

2.3. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος :

2.3.1. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.

2.3.2. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.

2.3.3. Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.

2.3.4. Πλήρης παρεντερική θρέψη.

2.3.5. Θεραπευτικά λουτρά.

2.3.6. Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

3. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να :

3.1. Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.

3.2. Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.

3.3. Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.

3.4. Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.

3.5. Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητας τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.

3.6. Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρυθμα προγράμματα.

4. Οι πτυχιούχοι του αναφερομένου τμήματος απασχολούνται στην νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία..

Ακόμη έχουν το δικαίωμα να επισημαίνουν προβλήματα για έρευνα ή μελέτη και να τις διεξάγουν με σκοπό την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και μεθοδολογίας.

5. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

1.2 Οι αρχές της αποκατάστασης τεκμηριώνονται στο πρώτο βιβλίο της Florence Nightingale το 1859. Το 1940 η αποκατάσταση είδε σημαντική βελτίωση στον τομέα της φυσικής ιατρικής. Ήδη το 1945 υπήρχαν οκτώ μονάδες κάκωσης νωτιαίου μυελού στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Η ειδικότητα της ιατρικής αποκατάστασης είχε εδραιωθεί και από το 1946 φυσιοθεραπευτές και νοσηλευτές είχαν εκπαιδευτεί στην ιατρική αποκατάσταση.

Η Αποκατάσταση είναι μία ειδικότητα της νοσηλευτικής που οργανώθηκε το 1964. Η αρχή της έννοιας της αποκατάστασης στο τομέα της νοσηλευτικής συνδέεται πολύ στενά με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.. Η ψυχοκοινωνική θεραπεία και η επαγγελματική κατάρτιση στον τομέα της αποκατάστασης εισήχθησαν στο Air Force κέντρο ανάρρωσης. Η νοσηλευτική αποκατάστασης προέκυψε επίσημα όταν οι ασφαλιστικές εταιρίες προσέλαβαν νοσηλεύτριες για να ολοκληρώσουν την

αξιολόγηση των τραυματισμένων πελατών τους για σκοπούς της ασφάλισης. Η εμφάνισή της μπορεί να χρεωθεί σε οραματιστές όπως η Alice Morricey, συγγραφέας του πρώτου βιβλίου στον τομέα αυτόν με τον τίτλο "Νοσηλευτική Αποκατάστασης Harriet Lane η οποία ήταν η πρώτη νοσηλεύτρια που είχε προσληφθεί από το Liberty Mutual Insurance Company για να συντονίσει τα προγράμματα αποκατάστασης και στην Mary A. Mikulic μια από τις πρώτες ειδικές που ασχολήθηκαν με τη διοίκηση βετεράνων.

Η νοσηλευτική αποκατάστασης έχει οριστεί ως η διάγνωση και η θεραπεία των ανθρώπινων αντιδράσεων των ατόμων και ομάδων για τα πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας που προκύπτουν από την αλλοιωμένη λειτουργική ικανότητα και την αλλοίωση της ζωής. Είναι μια δυναμική και δημιουργική διαδικασία που αποσκοπεί να διευκολύνει το επίπεδο ζωής ανθρώπων που χρίζουν αποκατάσταση. Ξεκινά με άμεση προληπτική φροντίδα στα αρχικά στάδια της ασθένειας ή του ατυχήματος, συνεχίζεται μέσω του σταδίου φροντίδας της αποκατάστασης και περιλαμβάνει την προσαρμογή του ανθρώπου σε μια νέα ζωή.

Το άτομο με αναπηρία αντιμετωπίζεται ολιστικά ως ένα διαδραστικό ανοικτό σύστημα με την μελλοντική ικανότητα για αυτορρύθμιση, ο νοσηλευτής αποκατάστασης παρέχει φροντίδα, εκπαίδευση και υποστήριξη για τον ασθενή και την οικογένεια. Επικεντρώνεται στην παροχή βοήθειας στους ασθενείς με αναπηρία, τις οικογένειές τους, τις κοινότητές τους και στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων για αυτοφροντίδα του ασθενή, ρόλος που επεκτείνεται και πέραν αυτών, συνηγορεί για τον άνθρωπο, την οικογένειά του και την κοινότητά του, παρέχει και συντονίζει τις ουσιαστικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη διευκόλυνση της προσαρμογής του ατόμου με αναπηρία, στους νέους ρόλους τους και στο περιβάλλον του. Οι τρεις βασικοί στόχοι της νοσηλευτικής μπορούν να συνοψιστούν ως μεγιστοποίηση της αυτοδιάθεσης, την αποκατάσταση της λειτουργίας και τη βελτιστοποίηση των επιλογών του τρόπου ζωής των ασθενών.

Είναι η επιστήμη της υποστήριξης, με όποια έννοια μπορεί να περικλείει ο όρος, που έχει κύριο στόχο να υποστηρίξει ολιστικά τους ανθρώπους με "ιδιαίτερες ικανότητες" , να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των νέων

συνθηκών της ζωής τους. Είναι μια δυναμική διεργασία που πραγματοποιείται μέσα από συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων. Οι δραστηριότητες που περιλαμβάνει η νοσηλευτική αποκατάσταση είναι η παροχή άμεσης φροντίδας στο άρρωστο άτομο που περικλείει σωματική φροντίδα, χορήγηση φαρμάκων και διεξαγωγή θεραπευτικών παρεμβάσεων και διαδικασιών. Επίσης η διεξαγωγή διαγνωστικών μετρήσεων και εξετάσεων μέσω των οποίων ανιχνεύεται μια ασθένεια. Έπειτα η αναφορά ερωτήσεων ή μη φυσιολογικών ευρημάτων σε άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο σχεδιασμός, η διδασκαλία, η ολοκλήρωση προγραμμάτων αποκατάστασης. Τέλος η συμμετοχή σε προγράμματα ψυχικής υγείας και απεξάρτησης.

Υπάρχουν δυσκολίες στον προσδιορισμό του ρόλου των νοσηλευτών μέσα στην αποκατάσταση, και ένας από αυτούς είναι εξαιτίας της πολυπλοκότητας της αποκατάστασης, και του αριθμού φαινομένων και εννοιών που είναι μέρος από αυτή. Υπάρχουν πλαίσια που προσδιορίζονται στη λογοτεχνία που μπορούν να βοηθήσουν με την έννοια της αποκατάστασης και της ανικανότητας που θα επιτρέψει να δοθεί μια υψηλή ποιότητα της φροντίδας αποκατάστασης στους ασθενείς (στόχος). Είναι σημαντικό να μην παραλείπεται, εντούτοις, ότι είναι όχι πάντα αρμόζον να υιοθετηθεί ένα πρότυπο του πλαισίου στην ολότητά του σε έναν συγκεκριμένο τομέα της νοσηλευτικής πρακτικής. Το μέρος για να αρχίσει ο προσδιορισμός αυτός είναι ίσως να προσδιοριστεί ποια είναι η φιλοσοφία της φροντίδας για τους πελάτες, και έπειτα να επιλεγτούν τα στοιχεία από διάφορα πρότυπα για να δημιουργήσει ένα εκλεκτικό πρότυπο που ταιριάζει την πρακτική.

Ο νοσηλευτής αποκατάστασης απασχολείται με την εκπαίδευση και τις υποστηρικτικές στρατηγικές που βασίζονται στη φιλοσοφία της αποκατάστασης τους στόχους και τις έννοιές της. Η αποκατάσταση είναι μια αξιέπαινη διαδικασία της λειτουργικής βελτίωσης που περιλαμβάνει τον ασθενή, την οικογένεια, την κοινότητα και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η βέλτιστη λειτουργία επιτυγχάνεται όταν αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και η ακεραιότητα του ατόμου. Οι στόχοι της νοσηλευτικής αποκατάστασης περιλαμβάνουν την μεγιστοποίηση στις δυνατότητες του ατόμου, στη μάθηση, στις ικανότητές του, στην ποιότητα ζωής του, στο

επίκεντρο της οικογένειας που θα αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου, στην ευεξία, στην ικανότητα επανένταξης.

Τέλος οι νοσηλευτές αποκατάστασης απαρτίζουν μια ομάδα με ευρεία ποικιλία των ρόλων, συμπεριλαμβανομένων των ακόλουθων ειδικοτήτων όπως υποστηρίζεται από την ένωση Νοσηλευτών Αποκατάστασης. Οι νοσηλευτές αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα μέσα στην υγειονομική υπηρεσία και είναι μια βασική πτυχή της διαδικασίας αποκατάστασης (Chamberlain,1988). Η αποκατάσταση παρουσιάζει το εύρος και την πολυπλοκότητα της ειδικότητας (Melvin,1989) και διαπραγματεύεται με ανθρώπους που έχουν τις πολλαπλάσιες ανάγκες (Diller,1990). Είναι ένα θέμα που είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσό των ιδρυτικών μερών του. Η ομάδα αποκατάστασης είναι μια ομάδα επαγγελματιών που εργάζονται μαζί για να καταφέρουν ένα ή περισσότερους στόχους οι οποίοι έχουν τεθεί. Σύμφωνα με τον Shirley Embling (1995), το λεξικό προσδιορίζει την ομαδική εργασία ως μια κοινή προσπάθεια ή οργανωμένη συνεργασία.

Ενισχύουν τις άλλες δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από άλλα μέλη της ομάδας αποκατάστασης και έχουν έναν ζωτικής σημασίας ρόλο για να παίξουν, τη συνοχή της προσέγγισης 24 ώρες τη μέρα, 7 ημέρες την εβδομάδα. Στην ομάδα αυτή ανήκουν: οι κατ' οίκον νοσηλευτές αποκατάστασης γεροντολογικοί νοσηλευτές αποκατάστασης διευθύνων νοσηλευτής αποκατάστασης, ο εκπαιδευτής νοσηλευτής αποκατάστασης και ο ερευνητής νοσηλευτής αποκατάστασης(J.Med 2006).

Οι νοσηλευτές αποκατάστασης, κατόπιν διαβουλεύσεων με άλλα μέλη ομάδων, βοηθούν με τις αξιολογήσεις και τη διαχείριση πολλές από τις ακόλουθες περιοχές: γνώση, προσδιορισμού θέσης και στάσεις αναπηρικών καρεκλών, μεταφορές, φαρμακευτική αγωγή, σεξουαλικότητα, διδασκαλία.

Η αποκατάσταση είναι ένα σύνθετο θέμα, καθίστανται απίθανο ότι οποιαδήποτε επιστήμη θα μπορούσε να καλύψει όλους τους τομείς της απαιτούμενης θεραπείας από αυτήν την ομάδα ασθενών. Για αυτούς τους λόγους πρέπει να υπάρχει ομαδική εργασία να και στη δομή και τη λειτουργία μιας ομάδας. Αποκατάσταση χρήζουν οι ασθενείς που πάσχουν από τις κάτωθι παθήσεις: Μετά από ορθοπεδικές

και νευροχειρουργικές επεμβάσεις, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις νωτιαίου μυελού, βλάβες περιφερικών νευρών-πολυνευροπάθειες, σκλήρυνση κατά πλάκας, γηριατρικοί ασθενείς, νόσος Parkinson, παθήσεις εξωπυραμδικού συστήματος, μυασθένεια-μυοπάθεια, εγκεφαλική παράλυση, ογκολογικές παθήσεις, ακρωτηριασμοί, ρευματολογικές παθήσεις, αναπνευστικές παθήσεις, καρδιολογικές παθήσεις.

Τέλος ασθενείς ευπαθείς μετά από παρατεταμένη κατάκλιση ή παραμονή σε νοσοκομείο, προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη λειτουργικότητα και η οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη.

Δικαιώματα των ατόμων που ακολουθούν ένα πρόγραμμα αποκατάστασης:

- Παροχή λεπτομερειακών και επαρκών γνώσεων για το νόσημα από το οποίο πάσχει και την απαιτούμενη θεραπεία και φροντίδα.
- Ισότιμη συμμετοχή στο σχεδιασμό και τις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα.
- Η παροχή ελπίδας και επιβράβευσης.
- Απολαβή αποδοχής και ισοτιμίας μέσα στην ομάδα αποκατάστασης, στην οικογένεια και τη κοινωνία.
- Παροχή ευκαιριών για αύξηση της αυτονομίας στην αυτοφροντίδα.
- Παροχή υποστήριξης, ελπίδας και ανθρώπινης επαφής.
- Παροχή βοήθειας για να μπορέσει η οικογένεια να δει τις δυνατότητες που έχει το ασθενές μέλος της.
- Παροχή πληροφοριών για διαθέσιμες υπηρεσίες κοινοτικής βοήθειας.
- Παροχή αγωγή υγείας που θα καλύπτει γνώσεις σχετικά με την ασθένεια-αναπηρία και το είδος της φροντίδας που απαιτείται.
- Ευκαιρίες για γνωριμία και συναναστροφή με άλλες οικογένειες που έχουν ανάπηρα μέλη και αντιμετωπίζουν παρόμοιες καταστάσεις.
- Σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων των μελών της οικογένειας του ασθενή.
- Παροχή ευκαιριών για εκπλήρωση κοινωνικών ρόλων.
- Τα δικαιώματα της οικογένειας κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης.
- Επαρκής γνώση για την χρόνια ασθένεια ή την αναπηρία.

- Παροχή χρήσιμης και σαφούς πληροφόρησης σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας στην αποκατάσταση του ασθενούς μέλους της.

Ο αιώτερος σκοπός του προγράμματος αποκατάστασης είναι το τρίπτυχο:
Αυτονομία-Ανεξαρτησία-Επανάταξη (ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ-ΚΡΕΠΠΑ 2010)

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ:

ΕΙΔΙΚΟ

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.1 ΣΚΟΠΟΣ

Τα ερευνητικά προγράμματα στοχεύουν κυρίως στην αξιολόγηση των επιπτώσεων από τις αλλαγές που γίνονται στην άσκηση του επαγγέλματος.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνηθούν, ο κλινικός ρόλος του νοσηλευτή αποκατάστασης, καθώς και οι προοπτικές του επαγγέλματός του.

Αντικειμενικοί στόχοι ήταν:

- Η διερεύνηση του κλινικού ρόλου του νοσηλευτή που εξειδικεύεται στην αποκατάσταση
- Η αποτύπωση των προβληματισμών τους καθώς και των συνολικών εμπειριών τους στο χώρο της αποκατάστασης
- Η καταγραφή των οραματισμών τους σε ότι αφορά το επάγγελμά τους

2.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Για την έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκαν πηγές από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Έγινε αναζήτηση διαδικτυακά από διάφορες μηχανές αναζήτησης (Google scholar) με λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτής αποκατάστασης, κλινικός ρόλος, προοπτικές. Επίσης έγινε αναζήτηση με τις αντίστοιχες λέξεις κλειδιά στα αγγλικά: rehabilitation/ nurse/ nursing/ clinical role/ prospects αλλά και συνδυασμός των λέξεων αυτών. Ακόμη έγινε αναζήτηση σε ελληνικά και αγγλικά ιατρικά site (Medline, biomedcentral (BMC), ιατροτέκ, ιατρονέτ, online library) με σκοπό την εύρεση άρθρων και ερευνών στον ελληνικό χώρο. Στην αρχή της αναζήτησης αποφασίστηκε πως δεν θα χρησιμοποιηθούν άρθρα παλαιότερα του έτους 2000. Στην συνέχεια όμως της αναζήτησης και κατά τη διάρκεια της ανάγνωσης των άρθρων, έγινε αντιληπτό πως τα περισσότερα από αυτά που αφορούσαν στην έρευνα αυτή ήταν παλαιότερα, με αποτέλεσμα να απορριφθεί η παραπάνω απόφαση. Επίσης απορρίφθηκαν άρθρα από άλλες άγνωστες σε εμάς γλώσσες.(π.χ. Γερμανικά).

2.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα ποιοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2014, σε νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης στο νομό Θεσσαλονίκης. Η έρευνα είχε ως δείγμα νοσηλευτές ανεξαρτήτου βαθμίδας εκπαίδευσης, προϋπηρεσίας, φύλου και ηλικίας. Αφορμή για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής ήταν ο κοινός προβληματισμός μας σχετικά με τον ακριβή ρόλο του νοσηλευτή αποκατάστασης στην Ελλάδα, πώς αυτός αντιλαμβάνεται το επάγγελμά του καθώς και τις προοπτικές που θεωρεί πως υπάρχουν. Αρχικά σχεδιάστηκε η μεθοδολογία που θα βασιστεί η έρευνα, η πορεία δηλαδή που θα ακολουθήσει ο ερευνητής για την για την εκπόνηση της εργασίας. Η διαδικασία για το ποιό μέθοδος θα ακολουθηθεί ήταν δύσκολη καθώς η βιβλιογραφία που υπάρχει, συγχύζει τον ερευνητή γιατί υπάρχουν πολλές διαφωνίες μεταξύ των συγγραφέων σε σχέση με την ονομασία των μεθόδων.

Στη συγκεκριμένη εργασία θεωρήθηκε καταλληλότερη η ποιοτική μέθοδος από την ποσοτική γιατί στην ποσοτική μελετώνται μεταβλητές και απαιτείται στατιστική ανάλυση. Στην ποιοτική έρευνα αυτό που ενδιαφέρει τον ερευνητή είναι να καταγραφούν οι προσωπικές απόψεις των ατόμων που εμπλέκονται άμεσα με το υπό διερεύνηση θέμα, δηλαδή νοσηλευτές σε κέντρα αποκατάστασης. Επίσης ακολουθήθηκε η ποιοτική μέθοδος, διότι θεωρήθηκε καταλληλότερη αναφορικά με τη συγκέντρωση πληροφοριών και στοιχείων σχετικά με τον κλινικό ρόλο των νοσηλευτών στα κέντρα αποκατάστασης.

Κύριο χαρακτηριστικό της ποιοτικής μεθόδου είναι η παρατήρηση, η λήψη σημειώσεων, η περιγραφή και η ερμηνεία των φαινομένων όπως ακριβώς έχουν. Επιπλέον ο ερευνητής έρχεται σε άμεση επαφή και αλληλεπίδραση με τα υποκείμενα της έρευνας και αναλαμβάνει να συνδυάσει με ένα λογικό τρόπο δεδομένα, στοιχεία και καταστάσεις ώστε να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα από τα όσα παρατηρεί. Η ποιοτική έρευνα έχει οριστεί ως εκείνη της οποίας « το ουσιώδες χαρακτηριστικό είναι ότι ενδιαφέρεται για τη συγκέντρωση ποιοτικών και όχι ποσοτικών στοιχείων δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην υποκειμενική προσέγγιση της ανθρώπινης συμπεριφοράς» (Πιέρρος, 2000) .

2.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Όπως υποστηρίζει ο Πιέρρος βασικά μέσα συλλογής στοιχείων είναι η παρατήρηση και η συνέντευξη . Ως τεχνική συλλογής στοιχείων επιλέχθηκε η μέθοδος της συνέντευξης και ειδικότερα της ημι-δομημένης μορφής (Silverman, 2000). Η συνέντευξη είναι η προσωπική επαφή του ερευνητή - συνεντευκτή με τον ερωτώμενο με σκοπό τη διερεύνηση, κατανόηση και την ανάλυση των απόψεών του. Είναι μια συζήτηση μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων με σκοπό τη συλλογή δεδομένων που έχουν άμεση σχέση με τα αντικείμενα της έρευνας(γνώσεις, στάσεις, πεποιθήσεις). Η προσωπική συνέντευξη χρησιμοποιείται περισσότερο σε ποιοτικές μεθόδους εξαιτίας της ευελιξίας που προσφέρει κατά τη διεξαγωγή της, της αμεσότητας και της εξοικείωσης που αισθάνεται το άτομο (King, 1999). Οι συνεντεύξεις υποδεικνύουν τις πληροφορίες και τις γνώσεις που κατέχει ο ερωτώμενος, τις αξίες και τις προτιμήσεις του και τέλος τις απόψεις και αντιλήψεις του.

2.4.1 ΒΗΜΑΤΑ ΛΗΨΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Η συνέντευξη είναι μια πολύ συνηθισμένη τεχνική συλλογής δεδομένων σε μια ποιοτική έρευνα. Για τη διεξαγωγή της συνέντευξης, από τη θεωρητική μορφή της μέχρι και την πράξη της ακολουθήθηκαν κάποια βήματα. Αρχικά έγινε η επιλογή των ερωτώμενων, δηλαδή το δείγμα της έρευνας, όπου το ζητούμενο ήταν πόσες συνεντεύξεις θα χρειαστεί να γίνουν, καθώς μερικές συνεντεύξεις είναι αρκετές για να δώσουν μια αντικειμενική εικόνα. Το επόμενο βήμα ήταν η επιλογή των ερωτώμενων όπου βασικό κριτήριο ήταν η δυνατότητα να προσεγγιστούν και το κατά πόσο άμεσα προσβάσιμοι ήταν για να οριστεί μια επικείμενη συνέντευξη. Στη συνέχεια ακολούθησε η προετοιμασία και ο σχεδιασμός της συνέντευξης, στάδιο στο οποίο καθορίζεται η πορεία που θα πάρει η συνέντευξη, τι θα ερωτηθεί και γιατί. Οι άξονες μιας συνέντευξης πρέπει να συμβαδίζουν με το στόχο και τα ερευνητικά ερωτήματα. Για το λόγο αυτό δημιουργήθηκε ένας οδηγός με βάση το σκοπό, τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης και τους άξονες προβληματισμού που έχουν τεθεί

εξ αρχής. Σε κάθε άξονα είχαν προσχεδιαστεί ορισμένες ερωτήσεις που θα τεθούν και με αυτές ξεκινούσε η συνέντευξη, μέχρι να εγκλιματιστεί ο ερωτώμενος και η συζήτηση να κυλίσει πιο αβίαστα. Πριν τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων πραγματοποιήθηκε και μια πιλοτική συνέντευξη για βελτίωση και διόρθωση ορισμένων λαθών και προβλημάτων που μπορεί να εντοπιστούν κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Όλες οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ώρα που βόλευε τους νοσηλευτές και σε ήσυχο μέρος ώστε να αποφευχθεί η φασαρία και κατ' επέκταση η πίεση και το άγχος. Αρχικά έγιναν οι απαραίτητες συστάσεις και αναφέρθηκε ο σκοπός και ο στόχος της έρευνας, επιπλέον ενημερώθηκαν ότι οποιαδήποτε στιγμή δε νιώσουν άνετα, μπορούν να αποχωρίσουν από τη συνέντευξη. Έπειτα εξηγήθηκε πως θα αξιοποιηθούν οι πληροφορίες που θα αντληθούν από τη συνέντευξη και ότι τα ονόματα των νοσηλευτών δε θα αναφερθούν πουθενά μέσα στην έρευνα και θα παραμείνουν ανώνυμα. Επίσης κύριο μέλημα ήταν να δημιουργηθεί μια φιλική και άνετη ατμόσφαιρα και να πάρει τη μορφή ευχάριστης συνομιλίας ώστε ο συνομιλητής να μπορέσει πιο άνετα να ανταλλάξει τις ιδέες και τις απόψεις του. Τέλος στη διάρκεια των συνεντεύξεων τηρούνταν οι θεματικοί άξονες που είχαν τεθεί προκειμένου να συλλεχθούν τα δεδομένα που χρειάζονται ώστε στο επόμενο στάδιο να επεξεργαστούν με περισσότερη ευκολία.

2.4.2. ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Η επιλογή τους είδους της συνέντευξης που υιοθετήθηκε βασίστηκε στο αντικείμενο της έρευνας, στους στόχους και στη μεθοδολογία που έχει ακολουθηθεί, καθώς η συνέντευξη είναι το αποτέλεσμα κάποιου είδους μεθοδολογικής στρατηγικής (Φίλιας, 1993).

Στην παρούσα έρευνα, από τα τρία είδη συνεντεύξεων που υπάρχουν, δηλαδή τη δομημένη, την ημι-δομημένη και τη μη δομημένη (Cohen & Manion, 1994), επιλέχθηκε η ημι-δομημένη συνέντευξη, καταγράφηκαν σε ψηφιακό εγγραφέα ήχου, κατόπιν συμφωνίας του συνεντευξιαζόμενου, ενώ κάποια κωδικοποιημένα στοιχεία καταγράφηκαν και χειρόγραφα (κυρίως εκείνα που θεωρήθηκαν σημαντικά).

Θεωρήθηκε καταλληλότερη η ημι-δομημένη συνέντευξη γιατί αρχικά η δομημένη συνέντευξη αποτελείται από προκαθορισμένο αριθμό ερωτήσεων που ο ερευνητής υποβάλλει με καθορισμένη σειρά, ενώ στη μη δομημένη συνέντευξη η διατύπωση των ερωτήσεων και η σειρά που αυτές υποβάλλονται προκύπτουν από την αλληλεπίδραση συνεντευκτή και ερωτώμενου (Breakwell, 1990).

Την ημι-δομημένη μορφή συνέντευξης χαρακτηρίζει ένα σύνολο προκαθορισμένων ερωτήσεων αλλά παρουσιάζει ευελιξία ως προς τη σειρά διατύπωσης τους, είναι εφικτή η τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο και προσφέρει τη δυνατότητα προσθαφαίρεσης ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση (Ιωσηφίδης, 2003). Επιπλέον στην ημι-δομημένη συνέντευξη δημιουργείται μια λεπτομερή εικόνα για τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις απόψεις του ερωτώμενου για το θέμα (Smith, 1990). Το είδος της συνέντευξης στην παρούσα έρευνα στοχεύει στη διαμόρφωση μιας σφαιρικής και συνολικής εικόνας των απόψεων των νοσηλευτών αποκατάστασης, όσον αφορά στο εργασιακό τους περιβάλλον, στον κλινικό τους ρόλο καθώς και στις προοπτικές του επαγγέλματός τους.

Οι ερωτήσεις ακολούθησαν κάποιες οδηγίες για τη διαμόρφωση τους και τον τρόπο υποβολής τους. Σύμφωνα με τη Breakwell οι ερωτήσεις:

- Δεν ήταν «διπλής φόρτισης»
- Δεν περιείχαν δύσκολες ή επιστημονικές λέξεις
- Δε ζητούσαν σχόλια πάνω στις πιθανότητες υποθετικών καταστάσεων
- Δεν ήταν καθοδηγητικές
- Δε ζητούσαν πολλές πληροφορίες μαζί.

Μερικές επιπλέον συμβουλές που δίνει η Breakwell για μια επιτυχημένη συνέντευξη είναι η καλή εξοικείωση με τις ερωτήσεις που θα τεθούν, για την επίτευξη καλύτερης ροής στη συνέντευξη, χωρίς παύσεις από τον συνεντευκτή και για να γνωρίζει πώς θα κινηθεί από τη μια ερώτηση στην επόμενη. Επίσης πρέπει να υποβάλλονται όλες οι ερωτήσεις σε όλα τα άτομα ακόμα και αν η απάντηση που θα δώσουν θα είναι αναμενόμενη, όπως και να μην δίνονται άσχετες πληροφορίες παρά μόνο αν ζητηθούν από τον ερωτώμενο αλλά και πάλι να μην είναι κατευθυντήριες.

2.4.3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Κάποια από τα πλεονεκτήματα των συνεντεύξεων είναι αρχικά η αμεσότητα και η άμεση επικοινωνία που προσφέρεται ανάμεσα στο συνεντευκτή και τον ερωτώμενο, σε αντίθεση με άλλες μορφές έρευνας (όπως το ερωτηματολόγιο) και είναι εφικτή η διαμόρφωση των ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο, τη ροή και την τροπή που έχει πάρει η συνέντευξη. Επίσης δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να αποσαφηνίσει κάποια ερώτηση στην οποία ο ερωτώμενος έχει προβλήματα κατανόησης ώστε να είναι σίγουρος ότι έχει γίνει αντιληπτή η ερώτηση. Τέλος υπάρχει η ικανότητα εμβάθυνσης σε θέματα που επιθυμεί ο ερευνητής να μελετήσει για να συγκεντρώσει περαιτέρω λεπτομέρειες για μια πιο πλήρη εικόνα.

Πέρα από τα πλεονεκτήματα υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα όπως η απαίτηση αρκετού χρόνου για την πραγματοποίηση της συνέντευξης, την απομαγνητοφώνηση και την ανάλυση της. Έπειτα ο ερωτώμενος μπορεί να αισθάνεται το φόβο ότι ο ερευνητής θα λογοκρίνει τα λεγόμενα του για αυτό το λόγο ο συνεντευκτής πρέπει να τηρεί ουδέτερη στάση. Επιπλέον ο ερωτώμενος ανησυχεί για τον αν θα διατηρηθεί η ανωνυμία του με αποτέλεσμα να δίνει ασφαλείς απαντήσεις και να αποκρύπτει τις αληθινές του πεποιθήσεις για το λόγο αυτό απαιτείται από τον ερευνητή εμπειρία και ιδιαίτερες ικανότητες στη συνέντευξη ώστε να αποφευχθεί κάθε δυσκολία που μπορεί να εμφανιστεί στο δρόμο του.

Οι λόγοι για τους οποίους επιλέξαμε ως ερευνητική μέθοδο την ημιδομημένη συνέντευξη και όχι τα ερωτηματολόγια και για τους οποίους στερούνται έναντι των συνεντεύξεων είναι οι παρακάτω: Υπάρχει αναπόφευκτη επιρροή στις απαντήσεις των ερωτώμενων ή ακόμη αδυναμία απάντησης. Ενδέχεται να προκύψει μερική ή ολική άρνηση απάντησεως. Επιπλέον στις περισσότερες περιπτώσεις οι απαντήσεις δεν είναι αυθόρμητες και πηγαίες. Έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, μέρος των ερωτήσεων να παραλείπονται ή να απαντώνται τυχαία. Και τέλος κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων παρατηρούνται συμπεριφορές και αντιδράσεις οι οποίες στην περίπτωση των ερωτηματολογίων δεν ανιχνεύονται.

2.4.4. ΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗ

Η καταγραφή των δεδομένων έγινε με ψηφιακό εγγραφέα ήχου και συγκεκριμένα με μαγνητόφωνο κινητού τηλεφώνου τύπου Samsung και η χρονική διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν 20 με 30 λεπτά. Εκτός από το μαγνητόφωνο, η καταγραφή θα μπορούσε να έχει γίνει με τη μέθοδο των σημειώσεων αλλά θεωρήθηκε πιο πρακτικό να χρησιμοποιηθεί μαγνητόφωνο καθώς έτσι επιτεύχθηκε πλήρης καταγραφή, λέξη προς λέξη, των πληροφοριών χωρίς να υπάρχει ο φόβος να παραληφθεί κάτι από τα λεγόμενα του συνεντευξιζόμενου. Επίσης με αυτή τη μέθοδο δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να κρατάει τις δικές του συμπληρωματικές σημειώσεις, όπως να παρατηρεί και να σημειώνει τις ενδείξεις μη λεκτικής επικοινωνίας, δηλαδή τις εκφράσεις του προσώπου του, τη στάση του σώματος του και τις παύσεις στο λόγο του. Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι όλοι οι συνεντευξιζόμενοι απαίτησαν τη μη δημοσιοποίηση του ονόματος τους.

Βέβαια όμως η μαγνητοφώνηση απαιτεί αρκετό χρόνο για την απομαγνητοφώνηση, γεγονός που μπορεί να καθυστερήσει την έρευνα. Επιπλέον υπάρχει και η περίπτωση να γίνει κάποιο τεχνικό λάθος, όπως να διαγραφεί κατά λάθος κάποιο αρχείο ή και ακόμα να τελειώσει η μπαταρία. Τέλος η θέα του μαγνητοφώνου μπορεί να αγχώσει τον συνεντευξιζόμενο με αποτέλεσμα να μη μπορεί να εκφραστεί άνετα.

Η απομαγνητοφώνηση, πραγματοποιήθηκε αρχικά και από τα τρία μέλη της ερευνητικής ομάδας, μοιράζοντας το μαγνητοφωνημένο υλικό ισάξια. Το επόμενο βήμα της φάσης αυτής ήταν να ανταλλαχθεί το υλικό για να ελεγχθούν και να συμπληρωθούν τυχόν παραλείψεις, ώστε να επιτευχθεί μεγαλύτερη αξιοπιστία. Η έκταση του καταγεγραμμένου πλέον υλικού κατέλαβε συνολικά σαράντα σελίδες, με μέσο όρο σελίδων της κάθε συνέντευξης να κυμαίνεται περίπου στις τρεις σελίδες.

2.5 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Τα βασικά σημεία που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στην ποιοτική έρευνα είναι η αξιοπιστία (credibility), η εγκυρότητα (dependability) και η αντικειμενικότητα (transferability), τα οποία ορίζονται υπό το γενικότερο πρίσμα της φερεγγυότητας (trustworthiness) σύμφωνα με τους Graneheim & Lundman (2004). Οι βασικοί παράγοντες που επιβάλουν την ανάγκη χρήσης κατάλληλων μεθόδων ώστε να εξασφαλιστούν τα προαναφερθέντα είναι η υποκειμενικότητα του παρατηρητή, η εμπειρία του με το θέμα και η τύχη.

Η υψηλή υποκειμενικότητα σε μία μελέτη ακυρώνει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας καθώς αμφισβητείται η γενική τους ισχύς. Επιπλέον, η πιθανή έλλειψη εμπειρίας του ερευνητή οδηγεί σε λανθασμένο σχεδιασμό παρατήρησης και συνέντευξης που μειώνει την εγκυρότητα της μελέτης. Τέλος, η τυχαία εμφάνιση κάποιων φαινομένων τα οποία παρατηρήθηκαν και καταγράφηκαν πάλι θέτουν ερωτηματικά ως προς την εγκυρότητα των καταγεγραμμένων πληροφοριών.

Λαμβάνοντας υπόψη τόσο τη μελέτη των Graneheim & Lundman (2004), όσο και τη διεθνή βιβλιογραφία, πραγματοποιήσαμε τα ακόλουθα βήματα που αποσκοπούν στην μεγιστοποίηση της φερεγγυότητας της μελέτης και στο να ακολουθηθούν διαδικασίες που ανταποκρίνονται στην κοινώς αποδεκτή πρακτική:

1. Καθορίστηκε ο σκοπός της ανάλυσης τρόπος με τον οποίο θα επεξεργαστούν τα δεδομένα που θα προκύψουν από τις συνεντεύξεις (Burnard, 1991).
2. Διενεργήθηκε μια πιλοτική μελέτη. Σκοπός της πιλοτικής μελέτης είναι η ανατροφοδότηση από τους έμπειρους με χρήσιμα σχόλια για τη μελέτη.
3. Στις συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν ήταν παρόντα και τα τρία μέλη της ομάδας, και οι απομαγνητοφωνήσεις έγιναν από κάθε μέλος ξεχωριστά και επαναλαμβανόμενα ώστε να αποφευχθούν τυχόν παραλείψεις. Με αυτό τον τρόπο περιορίζεται σημαντικά ο παράγοντας της υποκειμενικότητας (δηλαδή αυξάνεται η αντικειμενικότητα και η αξιοπιστία της μελέτης).
4. Σε όλη τη διάρκεια της έρευνας η τροποποίηση του οδηγού ήταν συνεχής και διαδοχική (Becker, 1958).

2.6. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα ερευνητική εργασία διεξήχθη με βάση τους κανόνες της ηθικής και δεοντολογίας, τα οποία αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της έρευνας. Οι κανόνες αυτοί πρέπει να τηρούνται από την αρχή της έρευνας, δηλαδή από την σύλληψη της ιδέας, έως και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της. Στις βασικές αρχές που πρέπει να τηρηθούν συγκαταλέγεται:

- η συνειδητή συγκατάθεση του πληθυσμού στόχου της έρευνας
- η διατήρηση της ανωνυμίας και
- η προστασία των προσωπικών δεδομένων (Γκαράνη-Παπαδάτου, 2011).

Ωστόσο τρεις παρεκκλίσεις που μπορούν να θέσουν μια έρευνα μη έγκυρη είναι:

- η νόθευση (παραποίηση της διαδικασίας της έρευνας, αλλαγή ή παράληψη δεδομένων) που οδηγεί στην απουσία της ορθότητας και της ακρίβειας της έρευνας
- η πλαστογραφία (διαστρέβλωση αποτελεσμάτων και παρουσίαση ψευδών στοιχείων) με σκοπό την εξυπηρέτηση ιδιοτελών στόχων του ερευνητή ή τρίτων.
- η λογοκλοπή (η καταγραφή κειμένων και ιδεών άλλων ατόμων χωρίς την κατάλληλη αναγνώριση) (Λατινόπουλος 2010).

Οι παραπάνω κανόνες τηρήθηκαν απόλυτα στην παρούσα ερευνητική πτυχιακή εργασία. Συγκεκριμένα έγινε αίτηση για να δοθεί βεβαίωση από τη γραμματεία του ΤΕΙ για τα κέντρα αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης. Η ανωνυμία τόσο των κέντρων όσο και των συνεντευξιαζόμενων διατηρήθηκε καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας. Η περιγραφή και ο συμβολισμός των κέντρων έγιναν με τυχαία σειρά και δεν δόθηκαν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τέλος όσον αφορά την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, τόσο τα πρωτογενή στοιχεία όσο και η τελική έκθεση, χρησιμοποιήθηκαν αυστηρά για τους ακαδημαϊκούς σκοπούς της έρευνας αυτής και όχι για όποια άλλη χρήση (δημοσιογραφική κλπ.).

3. ΔΕΙΓΜΑ

3.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΣΤΟΧΟΣ.

Ευχής έργο θα ήταν σε κάθε έρευνα να μελετάται το σύνολο του πληθυσμού. Για ευνόητους λόγους όμως αυτό δεν είναι εφικτό. Έτσι και στη παρούσα έρευνα δεν ήταν δυνατό να προσεγγίσουμε όλα τα κέντρα αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης και κατά συνέπεια όλους τους νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτά.

Οι ερευνητές έχουν ορίσει ένα πληθυσμό στόχο , δηλαδή ένα δείγμα , ένα μέρος του συνόλου ,ευελπιστώντας σε μία γενίκευση επί του συνολικού πληθυσμού. «Ο πληθυσμός στόχος θα μπορούσε να οριστεί ως όλος ο πληθυσμός για τον οποίο ο ερευνητής εκφράζει ενδιαφέρον όσον αφορά ορισμένα χαρακτηριστικά του και στον οποίο θα ήθελε να γενικεύσει τα ευρήματα της έρευνάς του.»(Σαπουντζή-Κρέπια, 2005).

Σε αυτό το σημείο θα ήταν καλό να διευκρινιστεί η διαφορά μεταξύ πληθυσμού-στόχου και προσβάσιμου πληθυσμού, η οποία έγκειται στο ότι ο τελευταίος αναφέρεται στις περιπτώσεις που συμμορφώνονται .

3.2 ΔΕΙΓΜΑ.

3.2.1. Γενικά

Δείγμα όπως προαναφέρθηκε είναι ένα μέρος του πληθυσμού στο οποίο βασίζεται μια έρευνα όπως και η συγκεκριμένη. Οι κυριότεροι λόγοι που χρησιμοποιείται δείγμα και όχι ολόκληρος ο πληθυσμός είναι αφενός ο περιορισμός χρόνου και αφετέρου η μείωση του κόστους.

Το μέγεθος του δείγματος επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες;

- τη διασπορά του πληθυσμού στόχου
- το βαθμό κινδύνου

- το βαθμό ακρίβειας
- τη διαδικασία δειγματοληψίας

Κατά γενικό κανόνα όσο μεγαλύτερο είναι το μέγεθος του δείγματος τόσο μειώνεται η διαφορά του με το πληθυσμό στόχο. Μεγάλη επίδραση στον κανόνα αυτό έχει η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου δειγματοληψίας, καθώς μπορεί να ωφελήσει την αποδοτικότητα της μελέτης ή σε περίπτωση σφάλματος το αντίθετο.

Ένας ακόμη κανόνας που ακολουθήθηκε εν προκειμένω είναι όχι το μεγαλύτερο δυνατό δείγμα όπως επιτάσσει η ποσοτική μεθοδολογία, αλλά το πιο αντιπροσωπευτικό σύμφωνα με τις αρχές που διέπουν τα ποιοτικά ερευνητικά σχέδια. Επιπλέον, η παρούσα έρευνα υιοθέτησε την αρχή του πληροφοριακού κορεσμού (data saturation) στο μέτρο που αυτό είναι πρακτικά και οικονομικά εφικτό. Τα κριτήρια που τέθηκαν είναι τα εξής:

- α) Χρονικά. Υπήρχε περιορισμένος χρόνος κατά τον οποίο οι νοσηλευτές ήταν διαθέσιμοι, εξαιτίας του ωρολογιακού τους προγράμματος σε συνδυασμό με τον ελεύθερο διαθέσιμο προσωπικό τους χρόνο.
- β) Γεωγραφικά . Θα ερευνηθούν μόνο οι νοσηλευτές που εργάζονται στα κέντρα αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης.
- γ) Μικρό δείγμα ερωτηθέντων εξαιτίας του μικρού πληθυσμού νοσηλευτών αποκατάστασης στο νομό Θεσσαλονίκης. Υπάρχουν πέντε κέντρα αποκατάστασης στο νομό Θεσσαλονίκης, υπολογίζεται ότι εργάζονται σε αυτά 50 νοσηλευτές, από αυτούς ερωτήθηκαν οι 10.

3.2.2 Επιλογή δείγματος

Το δείγμα περιλαμβάνει 10 νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης. Λόγω εμπιστευτικότητας των δεδομένων σε κάθε νοσηλευτή δεν χρησιμοποιούνται τα ονοματεπώνυμα αντί αυτών δόθηκαν από δυο γράμματα της αλφαβήτου, το ένα αναφέρεται στο πρώτο γράμμα του ονόματος των νοσηλευτών, το δεύτερο στο επώνυμο, όπως αυτοί συστήθηκαν.

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί, ότι για λόγους εμπιστευτικότητας και διακριτικότητας αποκρύπτονται ονόματα κέντρων αποκατάστασης και προσώπων

στα οποία αναφέρονται οι νοσηλευτές, ώστε να εστιάσουμε στα γεγονότα και όχι στα πρόσωπα και τους χώρους.

Ο τρόπος με τον οποίο έγινε οι επιλογή των νοσηλευτών ήταν βασισμένος σε επιστημονική μεθοδολογία ,η μέθοδος της χιονοστιβάδας η οποία αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.

3.2.3. Μέθοδος δειγματοληψίας

Η δειγματοληψία είναι εξαιρετικά σπουδαίο βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία επιτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και κατά συνέπεια αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό της.

Δυστυχώς δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος .

Οι μέθοδοι ομαδοποιούνται σε δυο κατηγορίες :

➤ Δειγματοληψία πιθανότητας

Ορίζεται όταν κάθε μέλος ή στοιχείο του υπό μελέτη πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα.

- Απλή τυχαία δειγματοληψία
 - Συστηματική δειγματοληψία
 - Σωματοποιημένη δειγματοληψία
- Δειγματοληψία μη πιθανότητας

3.2.4 Δειγματοληψία μη πιθανότητας.

Αντίθετα με τη δειγματοληψία πιθανότητας , η δειγματοληψία μη πιθανότητας δεν διαθέτει κανένα τρόπο για να υπολογιστεί η πιθανότητα ίσης ευκαιρίας του μέλους ή του στοιχείου να συμπεριληφθούν στο δείγμα. Δηλαδή τα αποτελέσματα στη

δειγματοληψία μη πιθανότητας θα είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος και όχι του γενικότερου πληθυσμού.

Υπάρχουν δύο τύποι δειγματοληψίας μη πιθανότητας:

- Δειγματοληψία ευκολίας
- Δειγματοληψία χιονοστιβάδας
- Σκόπιμη ή μετά κρίση δειγματοληψία
- Δειγματοληψία εμπειρογνομώνων
- Σκόπιμη και αναλογική δειγματοληψία

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε, όπως αναφέρθηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας μη πιθανότητας και συγκεκριμένα η δειγματοληψία χιονοστιβάδας, η οποία είναι ένα είδος δειγματοληψίας ευκολίας, όπου τα μέλη του δείγματος προτείνουν άλλα μέλη στον ερευνητή, ώστε η διεργασία να κερδίζει ορμή, όπως η χιονοστιβάδα που κυλά από ένα λόφο.

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν αντίστοιχη, δηλαδή κατά την επίσκεψη μας σε κέντρο αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης, προσεγγίσαμε δύο νοσηλεύτριες, μετά τη λήξη της βάρδιας τους. Η μία αρνήθηκε να συμμετάσχει στη διαδικασία της έρευνας, η δεύτερη αν και αρχικά δεν έδειξε ιδιαίτερη προθυμία, κατόπιν αναλυτικής ενημέρωσης για το σκοπό της μελέτης εξέφρασε ενδιαφέρον, δέχτηκε να συνεργαστεί και μας παρέπεμψε σε τέσσερις συναδέλφους της.

3.2.5. Περιγραφή δείγματος

Ο πληθυσμός που αποτελεί το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης του Ν. Θεσσαλονίκης.

Το σύνολο του δείγματος είναι 10 νοσηλευτές εκ των οποίων οι 2 είναι άρρενες. Η ηλικία του δείγματος κυμαίνονταν από το 24ο έως το 45ο ηλικιακό έτος.

4. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων των νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης του Ν. Θεσσαλονίκης και αναλύθηκαν στις εξής κατηγορίες: "η ρουτίνα που αντιμετωπίζουν όσον αφορά την αποκατάσταση", "το πρωτόκολλο της κάθε βάρδιας", "κάποιο περιστατικό που τους εντυπωσίασε κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους εμπειρίας σε κέντρο αποκατάστασης", "αν υπήρξε προσωπική εξειδίκευση στο χώρο της αποκατάστασης", "η περίπτωση της ύπαρξης συναισθηματικού δεσίματος με τους ασθενείς", "πώς διαμορφώνονται οι διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις στο χώρο εργασίας με το λοιπό προσωπικό", "ποια η σημασία της θέσεως του νοσηλευτή σε ένα κέντρο αποκατάστασης", "οι προσωπικές φιλοδοξίες και οι οραματισμοί σχετικά με του επάγγελμά τους" και τέλος " μια ελεύθερη ερώτηση κατά την οποία ο καθένας ξεχωριστά μπορούσε να αναφέρει οτιδήποτε επιθυμούσε είτε σαν προβληματισμό είτε σαν ευχή για το επάγγελμα του".

4.1 Ρουτίνα Επαγγέλματος

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων στην ερώτηση αυτή απάντησε, ότι παρόλο το γεγονός πως σε καθημερινή βάση γίνονται οι ίδιες νοσηλευτικές διεργασίες, επειδή το κάθε περιστατικό είναι διαφορετικό δεν σε αφήνει να ρουτινιάσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε:

"Δεν πιστεύω ότι το επάγγελμα αυτό σε αφήνει να ρουτινιάσεις, Η φύση του επαγγέλματος είναι κάθε φορά να βλέπεις κάτι διαφορετικό" Σ.Σ.

Ενώ υπήρχαν οι νοσηλευτές που απάντησαν ότι σαφώς με τα χρόνια επέρχεται η φθορά του επαγγέλματος, που σε κάποιες περιπτώσεις είναι γενικευμένη ,σε κάποιες άλλες περιορίζεται σε συγκεκριμένες στιγμές. Ακόμη μια αναφορά:

"Δεν είναι μόνο στη νοσηλευτική, υπάρχει σε όποιο επάγγελμα και να διαλέξεις υπάρχει ρουτίνα. Όχι αρχικά, αλλά με τα χρόνια επέρχεται η φθορά."Τ.Ε .

4.2 Πρωτόκολλο βάρδιας

Κάθε νοσηλευτής αποκατάστασης εργάζεται σε τρεις κυκλικές οκτάωρες βάρδιες που περιλαμβάνουν τα εξής ωράρια:(07:00-15:00)-(15:00-23:00)-(23:00-07:00).

Η πρωινή βάρδια έχει ως εξής: Οι νοσηλευτές είναι λίγο νωρίτερα στο πόστο τους για να παρακολουθήσουν τη λογοδοσία και να ελέγξουν το τμήμα. Κάθε νοσηλευτής αναλαμβάνει μία θέση. Ορισμένοι ξεκινούν με την ατομική καθαριότητα των ασθενών(κατακεκλιμένων ή μη),κάποιος αναλαμβάνει τη νοσηλεία, ο οποίος έχει τις εξής αρμοδιότητες: κάποιος αναλαμβάνει τη λήψη ζωτικών σημείων, ο άλλος τον έλεγχο των φαρμάκων και τη χορήγησή τους στους ασθενείς, οι υπόλοιποι νοσηλευτές, ανάλογα με την προτεραιότητα και σύμφωνα με το πρόγραμμα ξεκινούν τα λουτρά, την περιποίηση τραυμάτων και τη σίτιση των ασθενών. Πάντα υπάρχει ένας νοσηλευτής κίνησης για οτιδήποτε προκύψει πέραν αυτών,(χαρακτηριστικά αναφέρεται η εξυπηρέτηση των κουδουνιών).Στη συνέχεια ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει τη νοσηλεία αφού τελειώσει με τη λήψη των ζωτικών σημείων και τη χορήγηση φαρμάκων, καταγράφει τα ζωτικά σημεία στον Ηλεκτρονικό Υπολογιστή και όταν τελειώσει με αυτή τη διαδικασία, πηγαίνει και αυτός στη κίνηση για την εξυπηρέτηση των ασθενών. Έπειτα οι ασθενείς μπαίνουν στη φάση των φυσιοθεραπειών, όπου αφού τελειώσουν οι νοσηλευτές του τμήματος αναλαμβάνουν την περιποίησή τους. Καθώς η βάρδια φτάνει στο τέλος της, ξεκινάει η προετοιμασία της νοσηλείας των 14:00,στη συνέχεια χορηγούνται τα φάρμακα και αμέσως μετά σερβίρεται το μεσημεριανό από το αρμόδιο προσωπικό. Τέλος καταλήγουμε στις 15:00,όπου γίνεται πάλι παράδοση- παραλαβή του τμήματος στην επόμενη βάρδια. Υπάρχουν φυσικά οι μέρες που η βάρδια έχει κάποιες παραλλαγές, όπως η παραγγελία και η τακτοποίηση αναλώσιμου υλικού.

Στη δεύτερη βάρδια, λεγόμενη και ως απογευματινή, που ξεκινάει τυπικά στις 15:00 και λήγει στις 23:00,οι νοσηλευτές παραλαμβάνουν το τμήμα από τους πρωινούς διαβάζοντας πάντα τη λογοδοσία και παρατηρώντας οι ίδιοι το τμήμα εκφράζοντας τυχόν απορίες. Η βάρδια ξεκινάει όπως και η πρωινή με τη ατομική καθαριότητα κάθε ασθενή και ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Ειπώθηκε:

"Δεν είναι όλοι οι ασθενείς σε θέση να καταλάβουν αν χρειάζονται αλλαγή" Τ.Ε.

Στις 16:00 γίνεται η πρώτη απογευματινή νοσηλεία και στη συνέχεια ακολουθεί στις 18:00 η επόμενη. Έπειτα ακολουθεί διαφορετικό πρόγραμμα, θεραπειών όπως λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, υδροθεραπείες μέχρι τις 18:00, όπου οι ασθενείς δέχονται περιποίηση από τους νοσηλευτές για να ακολουθήσει το καθημερινό επισκεπτήριο των συγγενών τους, από τις 18:00 μέχρι τις 20:00. Οι συνοδοί στο επισκεπτήριο διατυπώνουν τυχόν απορίες, ενημερώνονται από τους αρμόδιους νοσηλευτές και αν υπάρχει δυνατότητα φροντίζουν για την ψυχαγωγία των συγγενών τους. Στη διάρκεια του επισκεπτηρίου όλοι οι νοσηλευτές είναι στη κίνηση, για οτιδήποτε χρειαστούν οι ασθενείς και οι συνοδοί τους. Αφού λήξει το επισκεπτήριο καταμετρώνται και καταγράφονται τα ζωτικά και λίγο αργότερα σιτίζονται οι ασθενείς. Μόλις τελειώσει το βραδινό γεύμα οι ασθενείς τακτοποιούνται στις κλίνες τους και προετοιμάζονται για το βραδινό τους ύπνο. Αναφέρθηκε ότι συνήθως η απογευματινή βάρδια είναι πιο ήσυχη από την πρωινή:

"Η απογευματινή βάρδια έχει λιγότερη δουλειά, διότι το δύσκολο κομμάτι της περιποίησης των κατακλίσεων γίνεται το πρωί, εκτός από την περίπτωση που τα επιθέματα λερωθούν και χρειαστούν αλλαγή." Δ.Ε .

Η τρίτη βάρδια του εικοσιτετραώρου που ξεκινάει στις 23:00 και λήγει στις 07:00, περιλαμβάνει παράδοση-παραλαβή του τμήματος και αμέσως μετά όπως και οι προηγούμενες δύο βάρδιες αναλαμβάνει τις αλλαγές και την τοπική καθαριότητα. Οι νοσηλευτές χωρίζονται, ο ένας από αυτούς, προετοιμάζει τα φάρμακα που θα χορηγηθούν το πρωί για να αποφορτίσει την πρωινή βάρδια από τον μεγάλο όγκο εργασιών, αναλαμβάνει τυχόν νοσηλεία, τις τρίωρες καταμετρήσεις ζωτικών σημείων και την παραγγελία των φαρμάκων που βρίσκονται σε έλλειψη. Ο δεύτερος νοσηλευτής εξυπηρετεί την κίνηση, αλλάζει τους ουροσυλλέκτες για να γίνεται πάντα και σωστά η εικοσιτετράωρη καταμέτρηση ούρων, τακτοποιεί τα καρότσια νοσηλείας, τη λινόθηκη και λίγο πριν τη λήξη της βάρδιας γίνονται οι καθιερωμένες καθώς και οι έκτακτες αιμοληψίες.

4.3 Περιστατικό που εντυπωσίασε

Στην ερώτηση αυτή οι νοσηλευτές αποκατάστασης ομαδοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες:

Στην πρώτη ανήκουν αυτοί που εντυπωσιάστηκαν από περιστατικά που έχριζαν αποκατάσταση, με μέσο όρο ηλικίας τα 35 έτη. Στη δεύτερη ομάδα ανήκουν οι νοσηλευτές που ανέφεραν ως ξεχωριστά περιστατικά αυτά που νοσηλεύτηκαν για μεγάλο χρονικό διάστημα(1-2 χρόνια).Στις δύο αυτές ομάδες κοινό χαρακτηριστικό ήταν η θεαματική εξέλιξη της αποκατάστασης των ασθενών, όπως επίσης και η αμέριστη συμπαράσταση των συγγενών ως προς τον ασθενή καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε:

"Ένας 32χρονος μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ενώ βρισκόταν σε ημικωματώδη κατάσταση όταν προσήλθε, έφυγε περπατώντας με στήριξη και σχηματίζοντας προτάσεις" Γ.Μ.

Επίσης σημειώθηκε:

"Είχαμε έναν ασθενή 2 χρόνια στη πτέρυγα 36 ετών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι γονείς ήταν πολύ κοντά του, οι γιατροί δεν έδιναν πολλές ελπίδες ότι θα μιλήσει, δεν θα επικοινωνήσει, εξελίχθηκε πολύ, μετά από ένα διάστημα έλεγε κάποιες προτάσεις, έκλεισαν οι κατακλίσεις του, πήγε σπίτι και μαθαίναμε νέα του από τους δικούς του" Δ.Ε.

Στην Τρίτη ομάδα ανήκουν οι νοσηλευτές που εντυπωσιάστηκαν από περιστατικά που απαιτούσαν ιδιαίτερες νοσηλευτικές τεχνικές, καθώς και θεωρητικό υπόβαθρο για να αντιμετωπιστούν. Συγκεκριμένα ο Γ.Π αναφέρει:

"Μια χρόνια κολπική μαρμαρυγή που ανακαλύφθηκε τυχαία από τις σφίξεις, ο νοσηλευτής ανταποκρίθηκε άμεσα, γινόταν ΚΑΡΠΑ για 50' καθώς και κατά τη μεταφορά του στη μονάδα αυξημένης φροντίδας, πάνω στο φορείο εν κινήσει".

4.4 Εξειδίκευση στον τομέα αποκατάστασης

Στην ερώτηση αν οι νοσηλευτές είχαν εξειδικευτεί στον τομέα της αποκατάστασης, αυτοί απάντησαν πως δεν υπήρχε κάποια συγκεκριμένη μετεκπαίδευση. Εξειδικεύτηκαν αφού τελείωσαν τις τυπικές σπουδές τους πάνω στον τομέα αυτό.

Η καθημερινή τριβή όμως με τους ασθενείς που έχριζαν συγκεκριμένη νοσηλευτική μεταχείριση δημιούργησε την ανάγκη για κάποια σεμινάρια, παράλληλα με την εργασία τους. Έτσι σε ορισμένα κέντρα αποκατάστασης, οι νοσηλευτές κλήθηκαν και παρακολούθησαν, ορισμένο αριθμό σεμιναρίων από ειδικούς του χώρου (όπως π.χ. φυσίατρος). Το αποτέλεσμα των σεμιναρίων αυτών ήταν οι νοσηλευτές να αποκτήσουν μια μετέπειτα εξειδίκευση πάνω στην νοσηλευτική αποκατάσταση. Ακόμη αναφέρθηκαν περιπτώσεις νοσηλευτών οι οποίοι είχαν εξειδίκευση σε κάποιο άλλο νοσηλευτικό κλάδο. Επιβεβαιώνεται με τα λεγόμενα της Α.Π

"Έχω κάνει εξειδίκευση σε μονάδα τεχνητού νεφρού".

Αναφέρθηκε επίσης ότι δεν υπάρχει εξειδίκευση στην αποκατάσταση στην Ελλάδα όμως γνωρίζουν ότι υπάρχει σε διάφορα άλλα ευρωπαϊκά κράτη.

4.5 Συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς

Όταν οι νοσηλευτές αποκατάστασης κλήθηκαν να απαντήσουν στο αν υπάρχει συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ αυτών και των ασθενών τους, οι απαντήσεις τους έκλιναν προς μια κατεύθυνση και δεν διαφοροποιήθηκαν. Στη σχέση αυτή το συναισθηματικό δέσιμο είναι δεδομένο και αναπόφευκτο. Κατά την άφιξη του ασθενή στο κέντρο αποκατάστασης η σχέση αυτή περιορίζεται στα τυπικά όρια νοσηλευτή-ασθενή όμως κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και με το πέρασμα του χρόνου η σχέση αυτή μεταβάλλεται, Αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευομένων είναι χρόνια φιλοξενούμενοι στα κέντρα αποκατάστασης η σχέση αυτή εξελίσσεται σε οικειότητα, σχέση συμπάθειας ή και αντιπάθειας, πολλές φορές λόγω των συνθηκών, που όμως στη συνέχεια εναλλάσσεται σε σχέση στοργική.

Το συναισθηματικό δέσιμο είναι αναπόφευκτο και στοχευμένο κάποιες φορές, αφού η καλή σχέση μεταξύ ειδικού υγείας και αρρώστου όχι μόνο ενθαρρύνει τον ασθενή στην τήρηση μίας ιατροφαρμακευτικής αγωγής και την ανάληψη της ευθύνης για την υγεία του, αλλά του δίνει και την αίσθηση ότι ελέγχει καλύτερα τα συμπτώματα και τον πόνο του, ενώ παράλληλα μειώνει τα προβλήματα που δημιουργούνται από την αλλαγή του νοσηλευτικού προσωπικού. Ακόμη αναφέρθηκε ότι οι συμπεριφορές που αναπτύσσουν ασθενείς και νοσηλευτές παρατηρείται και αντίστροφα: ο ασθενής επηρεάζει και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών. Τονίστηκε όμως ιδιαίτερα πως κάθε τέτοιου είδους σχέση θα πρέπει να μην υπερβαίνει τα θεμιτά όρια, διότι μετά γίνεται παρεξηγήσιμη και χάνει το νόημά της. Οι νοσηλευτές επισυνάπτουν πως θα πρέπει να είσαι ικανός να κρίνεις πότε αυτό το συναισθηματικό δέσιμο είναι υγιές και πότε όχι. Σε περίπτωση που γίνει αντιληπτό ότι η σχέση αυτή ξεπερνά τα όρια θα πρέπει να επιστραφεί εντός ορίων. Καταλήγοντας, ένα ελεγχόμενο συναισθηματικό δέσιμο, ωφελεί και τους νοσηλευτές αλλά και τους ασθενείς, αν όμως εξελιχθεί σε υπερβολικό χάνει το νόημα και την αξία του και γίνεται εμπόδιο. Τα παραπάνω συμπίπτουν με την εξής αναφορά:

"Περνάμε πολλές ώρες μαζί τους και είναι λογικό να δενόμαστε περισσότερο και μας εκμυστηρεύονται πράγματα τα οποία δεν γνωρίζουν ούτε τα παιδιά τους". Ε.Μ .

4.6 Διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις με λοιπό προσωπικό.

Αναφέρθηκε από τους νοσηλευτές η έννοια της αμοιβαιότητας που διέπει τις συμπεριφορές στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων .Ειπώθηκε ακόμη ότι προσδοκούν μια συγκεκριμένη εκδήλωση συμπεριφοράς από το λοιπό προσωπικό, η οποία θα προσαρμόσει ανάλογα και τη δική τους στάση. Για παράδειγμα αν κάποιος περιμένει πως το άτομο με το οποίο θα συνεργαστεί θα είναι ευγενικό τότε και ο ίδιος θα είναι προδιατεθειμένος να ακολουθήσει μια επίσης ευγενική συμπεριφορά. Τονίζουν πως κατά τη παραμονή τους στο εργασιακό χώρο προσπαθούν να είναι εξαιρετικά τυπικοί, για να διατηρηθεί ένα ουδέτερο επαγγελματικό περιβάλλον, έτσι ώστε να μην επηρεαστεί η απόδοσή τους από προσωπικές συμπάθειες ή αντιπάθειες.

Ο Γ.Δ δηλώνει:

"Μέσα στη δουλειά είμαστε αρκετά τυπικά, καλό τμήμα, αλλά ως εκεί, ο ένας βοηθάει τον άλλο όσο μπορεί, έξω είμαστε και παρέα".

Επίσης ο Λ.Π προσθέτει :

"Αντιπαραθέσεις λόγω της ρουτίνας υπάρχουν, προσπαθούμε να μην τις παίρνουμε προσωπικά γιατί με αυτό το άτομο είσαι τόσες ώρες μαζί".

Ακόμη ένας ανασταλτικός παράγοντας δημιουργίας φιλικών η προβληματικών σχέσεων ανάμεσά τους, είναι ο φόρτος εργασίας, όμως αυτό πολλές φορές λειτουργεί αντίστροφα δημιουργώντας πιο στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Συγκεκριμένα:

"Οι σχέσεις εδώ είναι καλές, με το φόρτο εργασίας που έχουμε δεν μπορείς εύκολα να χαλαρώσεις και να συζητήσεις, αλλά ούτε να μαλώσεις με κάποιον, υπάρχουν πολλά άτομα που έξω βγαίνουν, κάνουν παρέα, ακόμα και κουμπαριές" Π.Π .

4.7 Σημασία θέσεως νοσηλευτών σε κέντρο αποκατάστασης.

Όταν οι νοσηλευτές κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα σχετικά με τη σημασία της θέσης του στα κέντρα αποκατάστασης, οι περισσότεροι από αυτούς ανέφεραν ότι ο δικός τους ρόλος ήταν ζωτικής σημασίας, συγκριτικά με των άλλων επαγγελματιών υγείας. Η άποψή τους αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι αφιερώνουν παραπάνω ώρες στους ασθενείς από ότι οποιοσδήποτε άλλος από την ομάδα αποκατάστασης (π.χ. φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, φυσίατροι, ψυχολόγοι κτλ.). Εξαιτίας αυτού και της καθημερινής τριβής των νοσηλευτών με τους ασθενείς που χρίζουν αποκατάσταση ειπώθηκε ότι οι ασθενείς νιώθουν μεγαλύτερη οικειότητα με αυτούς, εκφράζοντας έτσι προβληματισμούς, συναισθήματα, απορίες για την πορεία της θεραπείας τους.

Ο νοσηλευτής καλύπτοντας τις καθημερινές βιολογικές ανάγκες του ασθενή για νερό, αέρα, τροφή και ύπνο καταλήγει να γίνει απαραίτητος πολλές φορές ακόμη και για αυτά που θεωρούνται αυτονόητα . Η θέση αυτή επιβεβαιώνεται από τον Σ.Τ

"Για μένα θα πρέπει ο νοσηλευτής να μπει στη θέση του ασθενούς, να σκεφτεί πώς θα ένιωθε αυτός αν ήταν πληγωμένος, να μην μπορεί να κοιμηθεί, να χάνει λίγο την αξιοπρέπειά του, διότι το να πάζ τουαλέτα και να ουρήσεις είναι ένα προνόμιο που έχεις, που εμείς δεν μπορούμε να καταλάβουμε μέχρι να μας το στερήσουν, αυτοί οι άνθρωποι ακόμη και τα κρυφά πράγματα τα κάνουν φανερά".

Από την άλλη πλευρά βέβαια υπάρχει και μέρος νοσηλευτών που θεωρεί ότι η ομάδα αποκατάστασης είναι μία αλυσίδα, που κάθε κρίκος της είναι αναπόσπαστο κομμάτι, δεν λειτουργεί αυτόνομα και εξαρτάται πλήρως από τους υπολοίπους. Το παραπάνω πηγάζει από τα λεγόμενα του Γ.Κ.:

"Πιστεύω πως είμαστε συγκεκριμένα άτομα-ειδικότητες που αποτελούμε μία αλυσίδα, στην οποία είτε θα λειτουργήσουμε πολύ καλά και η αλυσίδα θα είναι πολύ δεμένη, είτε η αλυσίδα θα σπάσει".

4.8 Φιλοδοξίες και οραματισμός για το επάγγελμα.

Ανάμεσα στις φιλοδοξίες και στους οραματισμούς για το μέλλον τους ως νοσηλευτές, οι περισσότεροι από αυτούς αναφέρθηκαν στην επιθυμία τους για δημιουργία εξειδίκευσης πάνω στην αποκατάσταση στον ελληνικό χώρο. Εξέφρασαν τη δυσαρέσκειά τους για την ελλιπή τους κατάρτιση στο τομέα αυτό, καθώς εξειδικεύονται σε αυτή αφού ξεκίνησαν να εργάζονται σε ένα κέντρο αποκατάστασης. Θα επιθυμούσαν την παρακολούθηση περισσότερων σεμιναρίων για την εκμάθηση ειδικών νοσηλευτικών τεχνικών που είναι απαραίτητες για τη θεραπεία ασθενών που χρίζουν αποκατάσταση. Η Α.Π υποστηρίζει:

"Έχω κάνει μεταπτυχιακό σε μονάδες υγείας, θέλω όμως να κάνω και άλλα σεμινάρια για την αποκατάσταση όπως επίσης και σε εξειδικευμένα μαθήματα για κατακλίσεις".

Αρκετοί αναφέρθηκαν στην επιθυμία τους να εργαστούν σε κέντρα αποκατάστασης του εξωτερικού, καθώς θεωρούν πως είναι πλήρως εξοπλισμένα και το προσωπικό του άρτια καταρτισμένο. Ο Δ.Κ δηλώνει:

"Θα ήθελα να κάνω σεμινάρια, εξειδικεύσεις και να εργαστώ στο εξωτερικό, ώστε να έχω και άλλες εμπειρίες".

Επίσης υπάρχει μια μικρή αναφορά στη φιλοδοξία ορισμένων νοσηλευτών, όσον αναφορά στη βελτίωσή τους στο διοικητικό μέρος ώστε να μπορέσουν να εξελιχθούν προσωπικά αλλά το σημαντικότερο να συμβάλλουν στην εξέλιξη του λοιπού προσωπικού. Η Γ.Κ φιλοδοξεί:

"Θέλω να γίνω όσο καλύτερη μπορώ και τώρα όσον αφορά και το διοικητικό κομμάτι γιατί ήμουν εδώ 3 χρόνια νοσηλεύτρια και ήρθε η ώρα και πρέπει να διοικήσω σωστά, να οδηγήσω σωστά τους νοσηλευτές να μάθουν την αποκατάσταση για να μην γίνονται λάθη".

Τέλος ειπώθηκε από τους νοσηλευτές το γεγονός ότι υπάρχει πληρότητα στο στάδιο αυτό που βρίσκονται, χωρίς επιθυμία για εξέλιξη.

"Δεν σκέφτομαι κάτι άμεσα, αγαπώ το επάγγελμα και ότι προκύψει σε αυτό" Δ.Ε .

4.9 Ελεύθερη συζήτηση

Στο τέλος της συνέντευξης υπήρχε χρόνος, ο οποίος αφιερώθηκε σε οτιδήποτε επιθυμούσε να αναφέρει ο νοσηλευτής σχετικά με το επάγγελμά του. Οι περισσότεροι εξέφρασαν την επιθυμία τους για επιπλέον και καλύτερα καταρτισμένο προσωπικό, έτσι ώστε να διευκολύνεται το έργο τους και ως αποτέλεσμα αυτού να εξυπηρετούνται καλύτερα οι ασθενείς. Όπως για παράδειγμα:

"Θα ήθελα να ήμασταν πιο πλούσιοι σε προσωπικό για να γίνονται τα πράγματα πιο γρήγορα και να δίνουμε πιο πολλά λόγω της ποσότητας των υπαλλήλων" Γ.Δ .

Κάποιοι από αυτούς θεωρούν ότι η προσφορά τους στον τομέα της αποκατάστασης πρέπει να αναγνωρίζεται, όπως το προσωπικό τους έργο, αλλά και αυτοί σαν προσωπικότητες ξεχωριστά. Η Α.Γ δηλώνει:

"Να μας θεωρούν πιο σημαντικούς γιατί είμαστε, συνεχώς βελτιωνόμαστε μέρα με τη μέρα".

Στη συνέχεια τόνισαν το γεγονός ότι η διαλογή των περιστατικών πρέπει να γίνεται με πιο αυστηρά κριτήρια, έτσι ώστε να εισάγονται τα περιστατικά που χρίζουν όντως αποκατάστασης, κάτι που θα βοηθούσε στην εύρυθμη λειτουργία του κέντρου. Παραδειγματικά αναφέρθηκε:

"Ένα κέντρο αποκατάστασης να είναι καθαρά κέντρο αποκατάστασης, όχι να έχει και άλλα περιστατικά, όπως αυτά που μένουν στάσιμα γιατί επιβαρύνουν το κέντρο"
Δ.Ε .

Όπως ειπώθηκε και παραπάνω, εκφράστηκε η προσδοκία τους για καλύτερη εκπαίδευση των νοσηλευτών στον τομέα αποκατάστασης. Ο Σ.Τ τονίζει:

"Να υπάρχει εξειδίκευση οπότε και η δουλειά μας θα είναι πιο σωστή και πιο εύκολη."

Συζητήθηκε το ενδεχόμενο στο άμεσο μέλλον να βελτιωθεί το οργανόγραμμα των κέντρων αποκατάστασης έτσι ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας καθώς και των συγγενών που θα αποσκοπεί στη γρηγορότερη ανάρρωση του ασθενή. Δηλαδή:

"Να συμμαχήσουν γιατροί, νοσηλευτές, συγγενείς, ψυχολόγοι και να είναι μία ομάδα". Σ.Σ.

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5. 1 Ρουτίνα επαγγέλματος

Όπως αναφέρθηκε από τους νοσηλευτές των κέντρων αποκατάστασης ρουτίνα υπάρχει ως προς τις προκαθορισμένες διαδικασίες που ακολουθούνται σε καθημερινή βάση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι κατά

τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας στον νοσηλευτικό χώρο δεν έχουν βιώσει ιδιαίτερα την έννοια της ρουτίνας. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι είναι ένα επάγγελμα το οποίο περιλαμβάνει σε μεγαλύτερο βαθμό, γνώσεις, θέληση, ανθρωπιά, παρά εξειδικευμένες θεωρητικές γνώσεις . Ενώ αντίθετα η μελέτη του Cleaver υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές μετά από ένα χρόνο στο χώρο εργασίας αρχίζουν να αισθάνονται απογοητευμένοι και ανήμποροι να αναπτύξουν περισσότερο τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους, γιατί η δουλειά γίνεται ρουτίνα.

Ένας νοσηλευτής πρέπει να διατηρεί το σεβασμό, το ενδιαφέρον και τη στοργή του προς τον ασθενή. Εάν υπάρχουν αυτές οι βάσεις, τότε ο νοσηλευτής θα μπορεί να λειτουργεί καθαρά επαγγελματικά και να δει το κάθε περιστατικό ως μοναδικό, ξεχωριστό και όχι σαν μία διαδικασία συνήθη για τα δεδομένα της κλινικής του, ακόμα και της βάρδιάς του. Ξεκινώντας μια τυπική ημέρα εργασίας ίσως η ρουτίνα να αγνοφαινεται και να επισκιάζει την διάθεση του νοσηλευτή, όμως στη συνέχεια τίποτα δεν μοιάζει το ίδιο. Δεν είναι μία μάζα από ασθένειες, ούτε ένα σύνολο επιβάρυνσης τα περιστατικά.

Οι νοσηλευτές βρίσκονται σε εκείνο το χώρο ώστε να προσφέρουν παροχές για τις οποίες έχουν εκπαιδευτεί και έχουν επιλέξει αυτό το « ξεχωριστό » επάγγελμα. Κάθε άνθρωπος ιδιαίτερα όταν βρίσκεται στην θέση του ασθενή, συμπεριφέρεται ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του(βελτίωση ή επιδείνωση),την ψυχολογία του και την διάθεσή του εντελώς διαφορετικά. Αυτό σημαίνει πως βλέπουν το κάθε περιστατικό σαν μια οντότητα η οποία έχει ένα ή και περισσότερα προβλήματα που όμως πολλές φορές μπορεί να είναι ανεξάρτητα, κάποιες φορές όμως μπορεί να είναι αλληλένδετα μεταξύ τους και εάν σκέφτονται να κάνουν μια νοσηλευτική πράξη στον ασθενή μηχανικά, χωρίς να είναι συγκεντρωμένοι μπορεί να μην παρατηρήσουν λεπτομέρειες ή να μην την εκτελέσουν σωστά. Όσο λειτουργεί ο νοσηλευτής μηχανικά, τόσες περισσότερες είναι οι πιθανότητες λάθους. Έλλειψη παρατηρητικότητας μπορεί να σημαίνει ανεπαρκή ενημέρωση των γιατρών, μη ολοκληρωμένη και σωστή εικόνα και καθυστέρηση του χρόνου ίασης του ασθενούς. Μία λάθος εκτέλεση μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτα αποτελέσματα ή ακόμα και να αποβεί μοιραία και να στοιχήσει τη ζωή του ασθενή.

Με βάση λοιπόν τα όσα μας είπαν, το επάγγελμα αυτό απαιτεί αφοσίωση και συγκεντρωμένο μυαλό, ώστε να υπάρξει σωστή, λεπτομερής, τεκμηριωμένη και ολοκληρωμένη εικόνα για τον ασθενή προσωπικά. Εάν λειτουργούν καταυτό τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες να κορεστούν από το επάγγελμα αυτό. Έτσι, παρόλο που με τα χρόνια επέρχεται η φυσιολογική φθορά στον επαγγελματικό χώρο και συγκεκριμένα στην νοσηλευτική αποκατάστασης, το κάθε περιστατικό με την ιδιαιτερότητά του δεν επιτρέπει στον νοσηλευτή να βιώσει έντονα την ρουτίνα.

5.2 Πρωτόκολλο βάρδιας

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης συζητήθηκε το πρωτόκολλο βάρδιας σε κάθε κέντρο αποκατάστασης. Στην φάση αυτή οι νοσηλευτές αποκατάστασης εξήγησαν αναλυτικά όλες τις διαδικασίες και νοσηλευτικές πράξεις που ακολουθούν βήμα-βήμα σε ένα τυπικό κυκλικό οχτάωρο. Αναφέρθηκαν συγκεκριμένα σε διαφορετικές νοσηλευτικές διεργασίες που ακολουθούνται σε κάθε ωράριο. Οι νοσηλευτές εστίασαν στην ασφαλή ενδοφλέβια χορήγηση υγρών και φαρμακευτικών σκευασμάτων, στη βελτιστοποίηση των θεραπευτικών τους αποτελεσμάτων αλλά και την εξάλειψη των ανεπιθύμητων ενεργειών τους. Στις ευθύνες και αρμοδιότητες των νοσηλευτών είναι η προαγωγή της άνεσης και της ασφάλειας του ασθενή, η πρόληψη και η έγκαιρη αναγνώριση επιπλοκών-ανεπιθύμητων ενεργειών, καθώς επίσης η παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της εφαρμοζόμενης θεραπείας. Ακόμη, ειπώθηκε ότι ευθύνη των νοσηλευτών αποτελεί η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη διαδικασία που θα ακολουθήσει, το σκοπό χορήγησης, το είδος του φαρμάκου ή του υγρού, καθώς και η ψυχολογική του υποστήριξη. Σε κάθε βάρδια υπάρχει ένας αρμόδιος νοσηλευτής που αναλαμβάνει τον έλεγχο του διαλύματος-υγρού (ημερομηνία λήξης, χρώμα, σύσταση, κτλ) και της συσκευασίας τους (ακεραιότητα) πριν τη χορήγηση. Ακόμη φροντίζει για τη χορήγηση του σωστού φαρμακευτικού σκευάσματος-διαλύματος, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία στο σωστό ασθενή και τη διασφάλιση του σωστού ρυθμού ενδοφλέβιας ροής του υγρού ή του φαρμάκου, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Υπάρχει υπεύθυνος, όπως τόνισαν αυστηρά, για τον έλεγχο και διασφάλιση της βατότητας της ενδοφλέβιας γραμμής και για τον έλεγχο του σημείου εισόδου του ενδοφλέβιου καθετήρα για επιπλοκές. Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει σε κάθε βάρδια τη νοσηλεία, παρακολουθεί τον ασθενή κατά τη

διάρκεια της θεραπείας και αναφέρει τυχόν επιπλοκές, επίσης καταγράφει την ακριβή διαδικασία και τις όποιες παρατηρήσεις στο φάκελο του ασθενή. Όπως αναφέρθηκε υπάρχει κάποιος νοσηλευτής, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την υποδοχή του ασθενή στην κλινική με άνεση και ασφάλεια. Ο νοσηλευτής αυτός ετοιμάζει ντοσιέ ασθενή που ανάλογα με το κέντρο αποκατάστασης περιλαμβάνει διάφορα έντυπα(δελτίο νοσηλείας, φύλλο ιατρικών οδηγιών, φύλλο χορήγησης φαρμάκων, φύλλο χορήγησης υγρών, νοσηλευτική παρακολούθηση, θερμομετρικό διάγραμμα κ.α.). Επίσης αναλαμβάνει την ετοιμασία κλίνης και φροντίζει για τον ιματισμό που θα χρειαστεί: σεντόνια, αδιάβροχο, ημισέντονο, κουβέρτα, μαξιλάρι, μαξιλαροθήκες, κτλ. Τέλος ελέγχει τη λειτουργία του συστήματος κλήσης (κουδούνι). Ενδεικτικές φράσεις νοσηλευτών για τις αρμοδιότητές τους αυτές είναι:

''Παραλαμβάνουμε το «εισιτήριο» και το φάκελο του ασθενή από τον ίδιο ή το συνοδό του .Οδηγούμε τον ασθενή στο θάλαμο νοσηλείας και τον συστήνουμε (εάν είναι εφικτό) στους υπόλοιπους ασθενείς. Ενημερώνουμε τον ιατρό για την εισαγωγή του ασθενή. Βοηθάμε τον ασθενή να αλλάξει και να ζαπλώσει στο κρεβάτι. Καταγράφουμε στο ντοσιέ του ασθενή τα εξής στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο, ηλικία, διεύθυνση, τηλέφωνα, ασφαλιστικό φορέα, αιτία εισαγωγής, ημερομηνία εισαγωγής, ώρα προσέλευσης στο τμήμα, όνομα-υπογραφή νοσηλευτή, όνομα ιατρού που ενημερώθηκε'' .

Τονίστηκε ότι τις περισσότερες φορές, ο ασθενής δεν είναι ικανός να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες και έτσι αυτές λαμβάνονται από τον συνοδό, όπως επίσης και το νοσηλευτικό ιστορικό. Ακόμη

''Λαμβάνουμε και καταγράφουμε τα ζωτικά σημεία του ασθενή. Μετράμε το βάρος του ασθενή και το καταγράφουμε στο θερμομετρικό διάγραμμα. Εκτιμούμε την κατάσταση του ασθενή (κινητικότητα, επίπεδο συνείδησης κτλ)''.

Όπως οι νοσηλευτές φροντίζουν για την είσοδο του ασθενή στο κέντρο, έτσι επιμελούνται τον ασθενή κατά την έξοδο του. Έτσι ανέφεραν πως είναι υπεύθυνοι για

την ενημέρωση του ασθενή και του συνοδού του για την έξοδο από το κέντρο, διευκρινίζουν τον τόπο προορισμού αλλά και τον τρόπο μεταφοράς.

Τέλος δίνονται οδηγίες στον ασθενή και στον συνοδό όσον αφορά την κατ' οίκον φροντίδα (π.χ. περιποίηση τραύματος, φροντίδα ουροκαθετήρα, εκτέλεση υποδόριας ένεσης). Αρκετοί νοσηλευτές σε αυτό το μέρος της συνέντευξης αναφέρθηκαν στην νοσηλευτική φροντίδα κατάκλισης. Εδώ τονίστηκε η σωστή εκτίμηση της κατάστασης του δέρματος του ασθενή, η εφαρμογή μέτρων πρόληψης εμφάνισης κατακλίσεων και η κατάλληλη φροντίδα των κατακλίσεων. Ιδιαίτερη βάση δίνεται από τους νοσηλευτές στους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατακλίσεων που διακρίνονται σε εξωγενείς και ενδογενείς (πίεση, τριβή, υγρασία, κακή διατροφή, ακινησία, προχωρημένη ηλικία, διανοητική κατάσταση, αυξημένη θερμοκρασία, ελαττωμένη θερμοκρασία, υποκείμενη νόσος, έλλειψη αισθητικότητας, ψυχολογικοί παράγοντες). Οι ευθύνες τις οποίες έχουν οι νοσηλευτές αποκατάστασης είναι η πρόληψη εμφάνισης κατακλίσεων καθώς και η σωστή αντιμετώπιση τους. Σε κατακεκλιμένους ασθενείς, απαραίτητη είναι η καθημερινή επισκόπηση του δέρματος, με ιδιαίτερη προσοχή στις οστικές περιοχές. Καταλήγοντας, κάθε βάρδια απαιτεί συγκεκριμένες νοσηλευτικές διεργασίες, ακολουθώντας πάντα το πρωτόκολλο του κάθε κέντρου αποκατάστασης. Η τήρηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων στο κάθε κέντρο αποκατάστασης προάγει την αμεσότερη θεραπεία των ασθενών, την αποφυγή λαθών, με αποτέλεσμα την εύρυθμη λειτουργία του. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται με τα ακόλουθα συμπεράσματα από διαφορετικές έρευνες. Τα σχέδια φροντίδας μπορεί να αποτελούν κατευθυντήριες οδηγίες της φροντίδας και να ενσωματώνονται στην κλινική πρακτική για την αξιολόγηση και τεκμηρίωση της φροντίδας, που παρέχεται στον ασθενή (Hildman & Ferguson, 1991; Lee, 2006; Shea, 1986). Το σχέδιο είναι ένα όχημα για επικοινωνία, ένα αρχείο για τη δοθείσα φροντίδα και αποτελεί ένα ουσιώδες εργαλείο για την καθημερινή παροχή φροντίδας. Η δομή του σχεδίου φροντίδας διαμορφώνεται ανάλογα με το εφαρμοζόμενο σύστημα νοσηλευτικής φροντίδας και για το λόγο αυτό μπορεί να υπάρξει ποικιλία μορφών του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας (Björvell, 2002; Karshmer, 1991; Mason, 1999). Επίσης σε άλλες μελέτες αναφέρεται η συσχέτιση των σχεδίων φροντίδας με θετικά αποτελέσματα επί των ασθενών (Björvell et al., 2002). Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί μια διαφορετική άποψη για το

θέμα αυτό. Αν και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει ένδειξη από τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες ότι τα εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας έχουν κάποιο αποτέλεσμα – θετικό ή αρνητικό – στη φροντίδα του ασθενούς (Maloney & Maggs, 1999).

5.3 Περιστατικό που εντυπωσίασε

Στη συνέχεια της συνέντευξης οι νοσηλευτές, κλήθηκαν να αναφέρουν το περιστατικό που τους εντυπωσίασε κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους πορείας στο κέντρο αποκατάστασης. Στην ερώτηση αυτή οι νοσηλευτές υπήρξαν σκεπτικοί καθώς είπαν πως κάθε περιστατικό είναι διαφορετικό και είναι δύσκολο να ξεχωρίσουν κάποιο από αυτά. Παρόλη αυτή τη δυσκολία, απάντησαν και έτσι με βάση τις απαντήσεις τους κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν οι νοσηλευτές που εντύπωση τους έκαναν τα περιστατικά που χρειάστηκε να νοσηλεύσουν και η ηλικία τους κυμαινόταν περίπου στα 35 έτη. Ο λόγος για τον οποίο τα περιστατικά αυτά έμειναν ανεξίτηλα στην μνήμη τους, ήταν γιατί παρόλη τη σοβαρότητα της κατάστασής τους είχαν δίψα και έντονη θέληση για ζωή. Έτσι παρακολουθούσαν και βίωναν τον καθημερινό αγώνα των ανθρώπων αυτών, συνέβαλαν σε αυτόν και φρόντιζαν για την ταχεία ανάρρωσή τους .

Στην δεύτερη ομάδα, ανήκαν οι νοσηλευτές που ανέφεραν ως περιστατικό που τους εντυπωσίασε τα μακροχρόνια περιστατικά που νοσηλεύτηκαν. Με τους ασθενείς αυτούς δέθηκαν περισσότερο, ένιωθαν τα άγχη τους, τον πόνο τους, τους προβληματισμούς τους, τις ανησυχίες τους, αυτών αλλά και των συγγενών τους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Εδώ οι νοσηλευτές τόνισαν πως έγιναν και αυτοί μέρος της οικογένειας αυτών των ανθρώπων και πως για τα περιστατικά με καλή ανάρρωση, χάρηκαν σαν να πρόκειται για κάποιον οικείο τους .

Τέλος στην τρίτη ομάδα, οι νοσηλευτές σημείωσαν ως περιστατικό που τους εντυπωσίασε αυτό που απαιτούσε τις πιο εξειδικευμένες νοσηλευτικές διεργασίες, αυτό που ήταν διαφορετικό από τα υπόλοιπα και έχρηζε ειδικής αντιμετώπισης. Σε

αυτά τα περιστατικά αφοσιώθηκαν αφού χρειάστηκε να μάθουν νέες τεχνικές, νέους τρόπους αντιμετώπισης και να παρακολουθήσουν ειδικά σεμινάρια.

5.4 Εξειδίκευση στον τομέα αποκατάστασης

Διαπιστώνονται μέσα από τα λεγόμενα των νοσηλευτών ότι κανένας από όλους τους δεν έχει κάποια ιδιαίτερη εξειδίκευση στην αποκατάσταση. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φάνηκαν έκπληκτοι με αυτή την ερώτηση, διότι όπως ανέφεραν χαρακτηριστικά δεν υπάρχει στην χώρα μας εξειδίκευση. Υπήρχε επίσης μια ιδιαίτερη πικρία στο βλέμμα τους όταν ερωτήθηκαν για την εξειδίκευση διότι ένα μεγάλο μέρος από αυτούς θα ήθελαν σίγουρα πριν εργαστούν να έχουν παρακολουθήσει έναν κύκλο μαθημάτων όσον αφορά την αποκατάσταση. Επισήμαναν ότι ενώ στην αρχή της εργασίας τους στα κέντρα αποκατάστασης δεν είχαν φανταστεί ότι θα χρειαστούν τόσο ιδιαίτερες νοσηλευτικές διεργασίες για τους συγκεκριμένους ασθενείς, στη συνέχεια κατέστη αναγκαίο να παρακολουθήσουν σεμινάρια σχετικά με αυτές τις ενέργειες.

Μετά από αυτή την ανάγκη που δημιουργήθηκε τα κέντρα αποκατάστασης, παρέχουν την δυνατότητα στους νοσηλευτές να παρακολουθούν τακτικά σεμινάρια που είτε διοργανώνουν τα ίδια, είτε διάφορες εταιρίες φαρμακευτικών προϊόντων (π.χ. επιθεμάτων για τις κατακλίσεις), ή κάποια συνέδρια σχετικά με τους χειρισμούς των ασθενών αυτών. Οι νοσηλευτές θεωρούν ότι μετά από τα σεμινάρια αυτά και την εκπαίδευσή τους από ειδικούς του χώρου (π.χ. φυσίατρος) καθώς και με την χρόνια καθημερινή τριβή ειδικεύονται μέρα με την μέρα.

Ωστόσο δεν έλειπαν τα παράπονα για την ανύπαρκτη εξειδίκευση και ενημέρωση σχετικά με την αποκατάσταση στην Ελλάδα σε αντίθεση με άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Σημειώθηκε ένα έντονο ενδιαφέρον την ώρα της συζήτησης σχετικά με τη επιπλέον εξειδίκευση που έχουν σε άλλα κράτη και μια βαθιά επιθυμία για μάθηση, εξαιτίας της αγάπης τους για τον κλάδο και τους ασθενείς όπως επαναλαμβάνουν συνεχώς. Έπειτα πρέπει να αναφερθούμε σε αυτούς που έχουν εξειδικευτεί σε διαφορετικούς νοσηλευτικούς κλάδους (π.χ. τεχνητό νεφρό, χειρουργεία) και θα επιθυμούσαν να ξανά κάνουν μαθήματα εξειδίκευσης για αυτήν.

5.5 Συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς

Όπως επιβεβαιώνεται από τις αναφορές των νοσηλευτών το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς είναι φανερό και έντονο. Αν και καταβάλλονται φιλότιμες προσπάθειες να μείνουν ουδέτεροι, ανεπηρέαστοι και εντός των επαγγελματικών ορίων και σχέσεων με τους ασθενείς, εξαιτίας της χρονιάς παραμονής τους στα κέντρα καθώς και της καθημερινής και πολύωρης επαφής τους οι προσπάθειες αυτές καταρρίπτονται.

Στην αρχή της νοσηλείας του ασθενούς στο κέντρο η σχέση είναι τυπική και οριοθετημένη με το πέρας του καιρού γίνεται όλο και πιο φιλική και καταλήγει στοργική. Τις περισσότερες φορές αυτή η σχέση συμπάθειας παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη του ασθενούς καθώς υπάρχει εμπιστοσύνη από την μεριά του νοσηλευτή και συμμορφώνεται ευκολότερα στις εκάστοτε αγωγές που του χορηγούνται. Με τη θέση αυτή συμφωνεί η μελέτη, η οποία αναφέρει πως η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει σημαντικά στη μείωση των σφαλμάτων στις υπηρεσίες υγείας, στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και γενικότερα στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Bitsiori Zoi(2013) Επίσης ο άρρωστος νιώθει να κοινωνικοποιείται μέσα στην κλειστή “κοινωνία”, θα έλεγε κανείς του κέντρου, διότι η συναναστροφή του με το νοσηλευτή είναι καθημερινή. Έτσι ο ασθενής νιώθει ξανά ενεργός έτοιμος να πάρει περισσότερες ευθύνες πάντα υπό την ενθάρρυνση του νοσηλευτή.

Από την άλλη πλευρά ας μην ξεχνάμε πως αυτή η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Δηλαδή όσο επηρεάζει ο νοσηλευτής τον ασθενή άλλο τόσο επηρεάζει και ο ασθενής τον νοσηλευτή. Οι επαγγελματίες υγείας όταν μπαίνοντας στον θάλαμο συναντούν ευγενικούς, χαμογελαστούς ανθρώπους θα είναι και οι ίδιοι έτσι, σε αντίθεση με την περίπτωση που υπάρχει λιγότερο θετικό κλίμα όπου θα έχουν και αυτοί την αντίστροφη συμπεριφορά. Έπειτα θα έχουν περισσότερη διάθεση για δουλειά εάν έχει διαμορφωθεί και από τις δύο πλευρές ένα τέτοιο περιβάλλον.

Όσο ευεργετικό και αν είναι αυτό το συναισθηματικό δέσιμο εάν είναι σε υπερβολικό βαθμό και ξεπεράσει τα υγιή όρια, έχει τα αντίθετα αποτελέσματα. Συνηθίζεται από τους ασθενείς όταν νιώθουν πολύ οικεία με έναν νοσηλευτή να τον αποζητούν συνεχώς και να μην συμμορφώνονται στις συμβουλές των υπολοίπων νοσηλευτών καθώς και να μην δέχονται από άλλους νοσηλευτές διάφορες νοσηλευτικές πράξεις (π.χ. αιμοληψία). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα στη καθημερινή ροή του προγράμματος του κέντρου καθώς και αντιζηλίες ή διαμάχες ανάμεσα στο προσωπικό. Επιπλέον εξαιτίας της υπέρμετρης συμπάθειας ή αντιπάθειας ανάμεσα σε νοσηλευτή και νοσηλευόμενο υπάρχει πιθανότητα κάποιος ασθενής να είναι στο επίκεντρο της προσοχής του ενώ κάποιος άλλος στο περιθώριο χωρίς να έχει την απαιτούμενη φροντίδα απλά γιατί δεν είναι η “συμπάθειά μου” όπως συνηθίζουν να λένε. Έτσι σοφό και για τις δύο πλευρές να επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα ώστε να υπάρχει νόημα και να μην είναι εμπόδιο για την θεραπεία του ασθενή.

5.6 Διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις με λοιπό προσωπικό

Με την έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματικές και διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στα άτομα που απαρτίζουν την θεραπευτική ομάδα είναι συνήθως τυπική και ευεργετική. Οι νοσηλευτές σημείωσαν ότι κατά την διάρκεια του ωραρίου τους και εντός του χώρου εργασίας τους δεν επιτρέπουν, όσο το δυνατόν περισσότερο, να αναπτυχθούν διαφορετικές επαφές πέρα από τις απαραίτητα επαγγελματικές. Διότι θεωρούν ότι οποιαδήποτε άλλη μορφή σχέσεων θα επηρεάσει στο έπακρο την απόδοσή τους καθώς παρουσιάζεται το έντονο ενδεχόμενο να διαταραχθεί η ήρεμη και ειρηνική ροή του προγράμματος στο εργαστηριακό τους περιβάλλον.

Η αμοιβαιότητα ήταν μια λέξη που αναφέρθηκε από έναν νοσηλευτή μόνο, αλλά θεωρείται το κλειδί ανάμεσα στο προσωπικό, καθώς όλοι συμπεριφέρονται όπως επιθυμούν οι άλλοι να τους αντιμετωπίζουν. Ο καθένας μέσα στο κέντρο προσδοκεί μια ευγενική αντιμετώπιση από τους συναδέλφους του έτσι και αυτός έχει την ανάλογη στάση.

Από άλλη οπτική γωνία όμως, όσο τυπικές και να είναι οι σχέσεις, έγιναν αρκετές αναφορές για τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται εκτός δουλειάς. Εφόσον οι επαγγελματίες αυτοί συνεργάζονται καθημερινά και περνούν ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του μαζί δεν είναι δυνατό να μην δημιουργήσουν σχέσεις οι οποίες όσο επαγγελματικές και αν είναι στο χώρο της εργασίας τους, εκτός είναι πολύ φιλικές και διασκεδαστικές, σχηματίζοντας όμορφες παρέες ακόμη και δυνατές φιλίες όπως επισημάνθηκε από τους νοσηλευτές.

Όπως προκύπτει από τα λεγόμενα των νοσηλευτών κάθε άτομο έχει τη δική του προσωπικότητα, τη δική του δομή, το δικό του εγώ το οποίο είναι διαφορετικό από των άλλων. Το άτομο στο χώρο εργασίας του αναπτύσσει ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, εξωτερικεύει τον ατομικό του δυναμισμό στο σύνολο της ομάδας εργασίας. Βεβαίως και ο δυναμισμός του καθενός δεν έχει αξία και αποτέλεσμα. Μέσα λοιπόν από τη συλλογική εργασία και τις φιλικές και αρμονικές επαφές επιτυγχάνεται ένα ιδανικό εργασιακό περιβάλλον με άριστες επαγγελματικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ως μεγαλύτερες πηγές ικανοποίησης το αντικείμενο της εργασίας και τις σχέσεις με τους συναδέλφους, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τον Rand McNally(1976), ο οποίος υποστήριξε ότι η ανάπτυξη σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας ,καθώς και τα χαρακτηριστικά της πραγματοποιούμενης εργασίας, είναι σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση. Για την επίτευξη λοιπόν αυτού του στόχου συμβάλλει ο παράγοντας της έλλειψης χρόνου κατά τη διάρκεια της εργασίας. Εφόσον ο χρόνος που έχουν για κάθε πράξη είναι ελάχιστος δεν υπάρχει περιθώριο ούτε για συμπάθειες αλλά ούτε και για αντιπάθειες. Ο κάθε ένας προσωπικά είναι προσηλωμένος στην εργασία του χωρίς να μπορεί να φλυαρήσει, να θυμώσει και να παρεξηγηθεί. Ο φόρτος εργασίας λοιπόν συμβάλλει στη διατήρηση ενός ουδέτερου τυπικού περιβάλλοντος εντός του εργασιακού του χώρου.

5.7 Σημασία θέσεως νοσηλευτών σε κέντρο αποκατάστασης.

Όπως αναφέρθηκε από τους νοσηλευτές των κέντρων αποκατάστασης ο χώρος αυτός της υγείας είναι πολύ σημαντικός, διότι πρόκειται για την πορεία και την

εξέλιξη της υγείας τους και με το χρόνο που απαιτείται θα γνωρίζουν το εάν θα αποκατασταθούν πλήρως ή ποιό θα είναι το ποσοστό λειτουργικότητας των μελών που έχουν υποστεί βλάβη. Ένα μέρος των νοσηλευτών αναφέρει πως μεταξύ των ιατρών, των λογοθεραπευτών, των ψυχολόγων, των εργοθεραπευτών και των φυσιοθεραπευτών, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει τη μεγαλύτερη και ζωτικότερη σημασία στην αποκατάσταση των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι είναι περισσότερες ώρες με τον ασθενή, με αποτέλεσμα να έρχεται σε άμεση επαφή με αυτόν. Οι ασθενείς νιώθουν πιο οικεία με αυτούς, εκδηλώνουν πιο εύκολα τους προβληματισμούς τους, μοιράζονται μαζί τους την αγωνία και τις ελπίδες τους. Επίσης λόγω της συνεύρεσης μαζί τους είναι σε θέση να παρατηρήσουν πιο εύκολα και πιο γρήγορα τυχόν αλλαγή που μπορεί να υπάρξει στη συμπεριφορά τους, στην εξέλιξη της θεραπείας ενός μέλους που πιθανόν να μην είναι η προσδοκώμενη, ακόμα και στα ζωτικά τους σημεία, όπου μια διαφοροποίησή τους μπορεί να φανερώσει λεπτομέρειες που δεν είχαν προσέξει είτε ανεπιθύμητες ενέργειες οι οποίες προκλήθηκαν κατά την πορεία της αποκατάστασής τους.

Θεωρούν πώς όλες οι ειδικότητες παίζουν σημαντικό ρόλο, αλλά είναι εκεί για συγκεκριμένο σκοπό και συγκεκριμένη ώρα που αυτό σημαίνει πως ο δικός τους ρόλος είναι περισσότερο σημαντικός καθώς αφιερώνοντας περισσότερες ώρες στον ασθενή καταφέρνει να έχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασής του, χωρίς να υποτιμούνται οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας. Ο νοσηλευτής καλύπτει από τις απλές βιολογικές ανάγκες του ασθενή που μπορεί να είναι η σίτιση, προσωπική υγιεινή, μια αλλαγή θέσης, τη λήψη φαρμάκων έως και την ψυχολογική του υποστήριξη, καλύπτοντας πολλές φορές την θέση κάποιου άλλου επαγγελματία υγείας. Τις θέσεις αυτές των νοσηλευτών συμπληρώνει η παρακάτω έρευνα. Επιπρόσθετα, οι Tzeng και Yin υποστηρίζουν ότι θα έπρεπε οι νοσηλευτές να έχουν ίση μεταχείριση με τους γιατρούς και η νοσηλευτική ως επάγγελμα να έχει ανεξάρτητη δράση. Είναι αναγκαίο πλέον η νοσηλευτική να απαλλαχθεί από την αρνητική προκατάληψη που επικρατεί στην κοινωνία, καθώς συνεχώς το επάγγελμα αναβαθμίζεται, οι σύγχρονοι νοσηλευτές εκπαιδεύονται κατάλληλα και μπορούν να έχουν ανεξάρτητη επαγγελματική δράση από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας και να ασκούν τα καθήκοντά τους ισάξια δίπλα τους.

Ένα άλλο μεγάλο ποσοστό θεωρεί πως όλοι οι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται μαζί σε ένα χώρο είναι εκεί για τον ίδιο σκοπό. Κανένας δεν είναι ανώτερος από τον νοσηλευτή, αλλά και κανένας δεν είναι κατώτερός του. Όλοι μαζί είναι μία αλυσίδα, όπου όταν όλοι δουλεύουν και συνεργάζονται σωστά, η αλυσίδα αυτή θα είναι δεμένη. Εάν ένας από τους συνεργάτες αυτούς δεν λειτουργήσει σωστά ή δεν καλύπτει τις ανάγκες του ασθενή ως αρμόζει, η αλυσίδα αυτή θα σπάσει(π.χ. εάν δεν γίνει περιποίηση των κατακλίσεων από τους νοσηλευτές ο φυσιοθεραπευτής δεν θα μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να γυμναστεί ή να περπατήσει, εάν ο λογοθεραπευτής δεν θα ασχοληθεί όσο πρέπει με τον ασθενή, αυτός δεν θα μπορέσει να πει κάποιες λέξεις ή και να μιλήσει όπου με αυτόν τον τρόπο θα είναι πιο εύκολο ο νοσηλευτής να έχει μια καλή επικοινωνία με τον ασθενή για να του εκφράσει τυχόν ενοχλήσεις ή παρατηρήσεις). Τότε αυτή η δυσλειτουργία θα αποτελέσει πρόβλημα για τον ασθενή. Ο ένας πρέπει να καλύπτει τον άλλον στο θέμα της δουλειάς. Μας τόνισαν βέβαια ότι είναι σημαντικός ο ρόλος του νοσηλευτή όσον αφορά την αποκατάσταση της σωματικής αλλά και της συναισθηματικής υγείας του ασθενή, αλλά ο κάθε επαγγελματίας έχει διαφορετικές αρμοδιότητες.

5.8 Φιλοδοξίες και οραματισμός για το επάγγελμα.

Εδώ οι νοσηλευτές αναφέρθηκαν στη δημιουργία νέας ειδικότητας αυτού του νοσηλευτή αποκατάστασης, όπου ο νοσηλευτής θα είναι εξειδικευμένος πριν εργαστεί σε ένα τέτοιο κέντρο. Θέλουν πριν ξεκινήσουν να εργάζονται να έχουν ήδη τις απαραίτητες γνώσεις πάνω στον τομέα της αποκατάστασης, να υπάρχει ένας διαχωρισμός νοσηλευτή με νοσηλευτή αποκατάστασης, διότι πιστεύουν πως η εκπαίδευσή τους δεν επαρκεί για να αντιμετωπίσουν τέτοια περιστατικά. Σε κάποια κέντρα γίνεται εβδομαδιαία εξειδίκευση στους εργαζομένους, παρόλα αυτά θα ήθελαν να είναι εκπαιδευμένοι στο τομέα αυτό, ώστε από το πρώτο διάστημα εργασίας τους να γνωρίζουν βασικά πράγματα όπως οι αλλαγές θέσεων, η αναγνώριση και η αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος, τα βασικά χαρακτηριστικά εφαρμογών αποκατάστασης. Μπορεί αυτή η κατάρτιση να είναι κάποια μετεκπαίδευση και θα αφορά τις τεχνικές και θεωρητικές γνώσεις που απαιτούνται στον τομέα της αποκατάστασης. Το να έχει αυτές τις γνώσεις ένας νοσηλευτής του

δίνει δύναμη, σιγουριά και αυτοπεποίθηση, οπότε θα μπορεί να ανταπεξέλθει γρηγορότερα και πιο σωστά στις ανάγκες του κάθε ασθενή.

Ένα άλλο μέρος του προσωπικού εξέφρασε την επιθυμία να βρεθεί σε κλινικές του εξωτερικού, διότι πιστεύουν πως εκεί υπάρχουν πιο κατάλληλες προϋποθέσεις και συνθήκες. Υπάρχουν καταλληλότερες εγκαταστάσεις και εκπαίδευση για όλο το προσωπικό που θα εργάζεται εκεί. Στο εξωτερικό υπάρχουν πολλές εξειδικεύσεις ανάμεσα στις οποίες είναι και η αποκατάσταση, όπου μπορείς να εξελιχθείς πολύ σε αυτόν τον τομέα, να εμπλουτίζεις συνεχώς τις γνώσεις σου, να αποκτάς συνεχώς μεγαλύτερη εμπειρία καθώς υπάρχουν πολλοί χώροι για να εργαστείς. Οι κλινικές αυτές έχουν εγκαταστάσεις άρτια κατασκευασμένες, εξοπλισμένες, κατάλληλες για την φιλοξενία ασθενών με προβλήματα υγείας, όπου η τεχνολογία είναι αρκετά εξελιγμένη, πιο εύκολη και έτσι διευκολύνεται το έργο του προσωπικού, οπότε το αποτέλεσμα θα είναι καλύτερο και θα μειωθεί η σωματική κόπωση. Επίσης οι προοπτικές εκεί για το συγκεκριμένο επάγγελμα είναι περισσότερες.

Κάποιοι άλλοι ανέφεραν πως μετά από κάποια χρόνια προϋπηρεσίας ήρθε η αναγνώριση και έχουν αναλάβει διοικητική θέση. Για το λόγο αυτό θέλουν και προσπαθούν να εξελιχθούν διοικητικά όσο περισσότερο μπορούν και για τον ίδιο τους τον εαυτό, αλλά και για να βοηθήσουν το λοιπό προσωπικό. Πρέπει σύμφωνα με τα λεγόμενά τους να ανταπεξέλθουν στις νέες αρμοδιότητές τους ώστε να μπορέσουν να καθοδηγήσουν σωστά τους νοσηλευτές στην εκμάθηση της αποκατάστασης, στη διατήρησή της και να περιορίσουν τις πιθανότητες λάθους.

Τέλος υπάρχουν και νοσηλευτές που είναι ευχαριστημένοι με την πορεία τους, με τον τρόπο και το χώρο στον οποίον εργάζονται. Ανέφεραν την μεγάλη αγάπη που έχουν για το επάγγελμά τους, διότι αυτό το επάγγελμα σε ανταμείβει σε πολλά επίπεδα, πέραν του οικονομικού, όπως είναι το ψυχολογικό, το κοινωνικό και το συναισθηματικό. Δεν επιθυμούν να εξελιχθούν άμεσα, ωστόσο επιθυμούν να αποκομίσουν όσο το δυνατόν περισσότερη εμπειρία μπορούν και θα σκεφτούν στο μέλλον ή θα δουν τι μπορεί να τους προκύψει.

5.9 Ελεύθερη συζήτηση

Στο κομμάτι αυτό οι νοσηλευτές εξέφρασαν τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις σκέψεις τους σε όσον αφορά τις κλινικές αποκατάστασης. Ενώ πιστεύουν πως ο τομέας αποκατάστασης έχει εξελιχθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια στην χώρα μας, υπάρχουν κάποια ζητήματα που θα πρέπει να λυθούν ώστε να αυξηθεί η ποιότητα της νοσηλείας των ασθενών και ο τρόπος εργασίας των νοσηλευτών.

Ένα μείζων θέμα είναι η έλλειψη προσωπικού στα κέντρα αποκατάστασης. Αυτό αφορά όχι μόνο τους νοσηλευτές αλλά και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας όπως είναι οι φυσιοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές ακόμα και οι ψυχολόγοι. Μας τόνισαν την αναγκαιότητα της επάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και δικαιολόγησαν αργότερα της άποψή τους αυτή. Εάν το νοσηλευτικό προσωπικό επαρκεί για τον αριθμό των νοσηλευομένων αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς θα εξυπηρετούνται άμεσα και θα έχουν περισσότερο χρόνο για να ασχοληθούν μαζί τους. Όπως αναφέρει η Cameron M(1997). στην έρευνά της η ανεπαρκής στελέχωση έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνεται ο φόρτος εργασίας και να επιβαρύνεται το έργο νοσηλευτικού προσωπικού. Μας εξήγησαν πως εάν το προσωπικό μέσα σε ένα τμήμα είναι λίγο, τότε μπορεί να έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας και να προκληθούν ακόμη και λάθη. Αυτά τα λάθη είναι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρό πρόβλημα έως και να αποβούν μοιραία για τον ασθενή. Όσο πιο ήσυχη και χαλαρή βάρδια έχουν τόσο περισσότερο προσεκτικοί μπορούν να είναι, ώστε να αντιληφθούν διακυμάνσεις του περιστατικού, τις οποίες όση εμπειρία και να έχεις μπορεί να τους διαφύγουν. Επίσης με επαρκή προσωπικό γίνονται όλες οι εργασίες σύμφωνα με το πρόγραμμα που υπάρχει και με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται και τυχόν προστριβές εν ώρα εργασίας και η αποκατάσταση των ασθενών να έχει καλύτερη έκβαση και να διεξαχθεί σε πιθανόν λιγότερο χρόνο.

Κάποιοι νοσηλευτές θα ήθελαν αυτή η ειδικότητα να αντιμετωπίζεται όπως της αρμόζει. Είναι δηλαδή επαγγελματίες όπου παίζουν σημαντικό ρόλο στην πορεία, την εξέλιξη και την αποθεραπεία των ασθενών. Τους παρέχουν και ψυχολογική στήριξη την οποία χρειάζονται όταν δεν είναι εκεί οι συνοδοί τους, οι συγγενείς τους

ακόμα και οι οικογένειές τους. Θα ήθελαν να αναγνωρίζεται το έργο τους και από τους ασθενείς και από τους συνοδούς και από τον έξω κόσμο τον οποίο δεν γνωρίζει τη σημασία αυτού του επαγγέλματος. Θεωρούν πως πολλοί δεν γνωρίζουν την δύναμη που έχει το επάγγελμα αυτό.

Ένα άλλο ποσοστό νοσηλευτών αναφέρεται στη διαλογή των ασθενών, όπου δεν γίνεται σωστά και αυτό επιβαρύνει το κέντρο αποκατάστασης. Τα περιστατικά τα οποία μπαίνουν σε ένα τέτοιο κέντρο θα πρέπει να είναι καθαρά περιστατικά τα οποία χρήζουν αποκατάσταση και αμέσως μετά θα μπορέσουν να συνεχίσουν τη ζωή τους με τις οικογένειές τους. Άτομα τα οποία έχουν αποκατασταθεί στο μεγαλύτερο βαθμό που θα μπορούσαν, δεν θα πρέπει να μένουν σε αυτούς τους χώρους για περισσότερο διάστημα σαν να βρίσκονται σε χώρο διαβίωσης. Όσο περισσότερα «επιβαρυντικά» για το προσωπικό και για το ίδιο το κέντρο περιστατικά υπάρχουν, τόσο ανασταλτικά θα λειτουργήσει στο κέντρο. Πρέπει να διαχωρίζεται ο όρος αποκατάστασης από οποιοδήποτε άλλο χώρο που λειτουργεί ως χώρος φιλοξενίας.

Τέλος ένα μέρος νοσηλευτών στους οποίους δεν γίνονται σεμινάρια στο χώρο εργασίας τους, εξέφρασαν την επιθυμία τους να γίνονται από την πολιτεία, είτε να δημιουργηθεί κλάδος νοσηλευτή αποκατάστασης. Θέλουν να εξελίσσονται συνεχώς, να μην νιώθουν ότι παραμένουν στάσιμοι, κυρίως στις γνώσεις που έχουν. Με αυτό τον τρόπο πιστεύουν πως όλη η κοινωνία θα αναβαθμιστεί, διότι ευελπιστούν ότι οι χώροι υγείας θα είναι περισσότερο προσβάσιμοι στο κοινό, καθώς ο τομέας της υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη στόχευε στη καταγραφή του κλινικού ρόλου και των προοπτικών του επαγγέλματος του νοσηλευτή αποκατάστασης. Για το λόγο αυτό εκπονήθηκε η έρευνα αυτή με δείγμα 10 νοσηλευτές που εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης του νομού Θεσσαλονίκης κατά το έτος 2014. Με τη μέθοδο της

χιονοστιβάδας, πραγματοποιήθηκαν 10 ημιδομημένες συνεντεύξεις, με 9 ερωτήσεις-οδηγούς. Στη συνέχεια ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και η ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, όπως περιγράφεται στα παραπάνω κεφάλαια.

Η συνεισφορά αυτής της έρευνας εντοπίζεται στο γεγονός ότι αποτελεί μια ποιοτική έρευνα καταγραφής και απόδοσης των εμπειριών, προβληματισμών και φιλοδοξιών των νοσηλευτών αποκατάστασης, κατά την επαγγελματική τους πορεία σε κέντρα του νομού Θεσσαλονίκης. Αξίζει να σημειωθεί ότι πριν πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα έγινε πιλοτική εφαρμογή των ερωτήσεων της συνέντευξης με δυο νοσηλευτές-ερευνητές. Με βάση την συνέντευξη αυτή διαμορφώθηκαν οι εννιά ερωτήσεις που εν τέλει χρησιμοποιήθηκαν. Πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης, δημιουργήθηκε ένα ήσυχο περιβάλλον, το οποίο εξασφάλιζε ένα ιδανικό κλίμα που θα άφηνε τους νοσηλευτές απόλυτα προσηλωμένους στην συνέντευξη.

Ο λόγος για τον οποίο οι συνεντεύξεις έγιναν ατομικά και όχι ομαδικά είναι προκειμένου να διατηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των νοσηλευτών. Υπήρχε το ενδεχόμενο, αν οι συνεντεύξεις γινόταν ομαδικά, οι νοσηλευτές να έκρυβαν θελητά ή άθελα τους δεδομένα, τα οποία θα άλλαζαν όλη την πορεία της έρευνας. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος «face to face» και όχι οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις, διότι δεν θα υπήρχε η οπτική επαφή, η οποία αποτελεί σημαντικό κομμάτι των συμπερασμάτων μιας ποιοτικής έρευνας.

Εκ των αποτελεσμάτων της έρευνας, συμπεραίνονται τα εξής:

Οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι παρόλη τη καθημερινή τους τριβή με τις ίδιες νοσηλευτικές διεργασίες, η μοναδικότητα του κάθε περιστατικού δεν επιτρέπει στον νοσηλευτή αποκατάστασης να εισέλθει σε κατάσταση ρουτίνας, εμπλουτίζοντας συνεχώς τις θεωρητικές και τεχνικές τους γνώσεις. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές, που εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης, δεν βιώνουν την ρουτίνα του επαγγέλματος.

Σε αντίθεση ελάχιστοι εκ των ερωτηθέντων ισχυρίζονται ότι, όπως σε όλα τα επαγγέλματα έτσι και στην νοσηλευτική με τα χρόνια φθείρονται. Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει λιγότερη αίσθηση της φθοράς και της ρουτίνας του

επαγγέλματος στους νοσηλευτές αποκατάστασης, συγκριτικά με άλλους χώρους εργασίας.

Με βάση τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα σε όλα τα κέντρα που συμμετείχαν στην έρευνα, υπήρχαν τρεις βάρδιες: πρωινή, απογευματινή και νυχτερινή(07:00-15:00,15:00-23:00,23:00-07:00). Οι πράξεις που ακολουθούσαν, με βάση τα πρωτόκολλα σε όλες τις βάρδιες ήταν περίπου οι ίδιες και στα δυο κέντρα αποκατάστασης.

Κατά βάση, οι προκαθορισμένες νοσηλευτικές ενέργειες που πραγματοποιούνται είναι η ατομική καθαριότητα ασθενών, το στρώσιμο των κλινών, ο έλεγχος και η χορήγηση των φαρμάκων της πρωινής νοσηλείας, η σίτιση, η περιποίηση των τραυμάτων όπως επίσης και των κατακλίσεων, τα λουτρά και η προετοιμασία πριν τις υδροθεραπείες, η καταγραφή των ζωτικών σημείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, η λήψη των εργαστηριακών εξετάσεων, οι παραγγελίες και η τακτοποίηση του αναλώσιμου υλικού. Επιπλέον όλοι οι νοσηλευτές αποκατάστασης, είναι υποχρεωμένοι να φτάνουν στην δουλειά τους ένα ωρολογιακό τέταρτο νωρίτερα, προκειμένου να διαβάσουν την λογοδοσία και να παραλάβουν το τμήμα, διατυπώνοντας τυχόν απορίες.

Κάθε νοσηλευτής, εκτός από τα καθήκοντα που αναλαμβάνει καθημερινά, είναι υποχρεωμένος να βρίσκεται στην κίνηση, ώστε να εξυπηρετεί τις ανάγκες των ασθενών του τμήματος. Από τα παραπάνω καταλήγουμε ότι τα πρωτόκολλα και στις δυο ομάδες ερωτηθέντων τηρούνται κατά γράμμα, με αυστηρότητα και ακρίβεια, εκτός απροόπτων περιπτώσεων όπου το πρωτόκολλο προσαρμόζεται στις εκάστοτε συνθήκες.

Μερικοί από τους ερωτηθέντες, εντυπωσιάστηκαν από περιστατικά, που το μέσο όρο ηλικίας δεν ξεπερνούσε τα 35 έτη. Μια άλλη ομάδα σημείωσε έντονο ενδιαφέρον, για τους ασθενείς που νοσηλευόταν σε κέντρα αποκατάστασης για μεγάλο χρονικό διάστημα 1-2 χρόνια περίπου. Οι δυο προηγούμενες ομάδες είχαν κοινό τόπο την θεαματική εξέλιξη που σημείωσαν τα περιστατικά κατά την νοσηλεία τους. Επί πρόσθετα εντυπωσιακά, θεωρήθηκαν τα περιστατικά που ανέτρεψαν τα

ιατρικά και νοσηλευτικά δεδομένα με την πορεία της κατάστασης της υγείας τους. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η αγάπη και η συμπαράσταση των συγγενών προς τους ασθενείς, τους νοσηλευτές και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας χαραχθήκαν έντονα στην μνήμη τους.

Η μειοψηφία των νοσηλευτών ανέφερε ως εντυπωσιακά περιστατικά, εκείνα που απαιτούσαν θεωρητικές γνώσεις από τους νοσηλευτές καθώς και εξειδικευμένες νοσηλευτικές τεχνικές και διεργασίες.

Με βάση τις απαντήσεις των συνεντεύξεων κανένας από τους νοσηλευτές δεν έχει εξειδικευτεί στον τομέα της αποκατάστασης. Ένας μέρος εξ' αυτών έχουν εξειδικευτεί σε διαφορετικούς κλάδους της νοσηλευτικής (π.χ. μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών, τεχνητού νεφρού, χειρουργεία, μονάδα εντατικής θεραπείας).

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι με την χρόνια εργασία τους σε κέντρα αποκατάστασης αποκτούν εξειδίκευση σε αυτήν. Έπειτα οι εργαζόμενοι στο ένα κέντρο αποκατάστασης δήλωσαν ότι η διοίκηση αυτού, διοργανώνει σεμινάρια καθώς και κλινικά φροντιστήρια με ειδικούς του χώρου. Εν αντιθέσει με το κέντρο αποκατάστασης που δεν πραγματοποιούνται επιμορφωτικά μαθήματα, οι νοσηλευτές εξέφρασαν την έντονη επιθυμία τους για την πραγματοποίηση αυτών. Από το σύνολο των ερωτηθέντων νοσηλευτών, πολλοί παρακολούθησαν συνέδρια και σεμινάρια που αφορούσαν την αποκατάσταση, εκτός των κέντρων που εργάζονται.

Τέλος τονίστηκε ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές ότι σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη θεωρείται δεδομένη η ύπαρξη εξειδίκευσης στον τομέα της αποκατάστασης, όπως επίσης και η επιμόρφωση των νοσηλευτών κατά την πρόληψη τους, από τα κέντρα.

Το συναισθηματικό δέσιμο τις περισσότερες φορές είναι αναπόφευκτο και μπορεί να είναι στοχευμένο προκειμένου να υπάρχει σωστή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Αρχικά, δημιουργείται μια οικειότητα μεταξύ νοσηλευτών και νοσηλευομένων. Ωστόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους υπάρχει πιθανότητα η οικειότητα αυτή να υπερβεί τα θεμιτά όρια.

Σύμφωνα με τους κανονισμούς ο νοσηλευτής διατηρεί τη σχέση αυτή στα επιθυμητά πλαίσια για την σωστή και ομαλή λειτουργία των κέντρων αυτών. Είναι γεγονός ότι η σχέση νοσηλευτή και νοσηλευόμενου είναι αμφίδρομη, επηρεάζοντας τη συμπεριφορά και την ψυχολογία τους κατά ένα μεγάλο ποσοστό.

Οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι η σχέση μεταξύ των συναδέλφων είναι επαγγελματική εντός των κέντρων για να αποφευχθούν προστριβές ανάμεσα στο προσωπικό. Αυτού του είδους οι τυπικές επαγγελματικές σχέσεις συμβάλλουν στη διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του κέντρου. Προστέθηκε ότι αρκετοί νοσηλευτές εκτός εργασιακού χώρου, αναπτύσσουν ότι είδους σχέσεις επιθυμούν οι ίδιοι. Οποιαδήποτε μη επαγγελματική σχέση έχει αποδειχθεί πως επιδρά στην επαγγελματική τους απόδοση. Ένας παράγοντας που αναφέρθηκε είναι ο φόρτος εργασίας δεν επιτρέπει ανάπτυξη οποιασδήποτε άλλης επικοινωνίας πέραν της τυπικής.

Στην ερώτηση της θέσης του νοσηλευτή στα κέντρα αποκατάστασης οι απαντήσεις ήταν ποικίλες. Αρκετοί πιστεύουν πως η θέση του νοσηλευτή δεν είναι πάντα όπως της αρμόζει. Ελάχιστοι από τους ερωτηθέντες δήλωσαν πως ο κόσμος δεν κατανοεί πάντα την αναγκαιότητα της ύπαρξής τους στο χώρο αυτό. Πολλοί νοσηλευτές ισχυρίζονται πως αυτά που προσφέρουν στους ασθενείς είναι πολλά περισσότερα από αυτά που προσφέρει οποιοσδήποτε άλλος επαγγελματίας υγείας, καθώς βρίσκονται δίπλα τους εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο.

Ορισμένοι επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται στο χώρο αυτό, θεωρούν υποβαθμισμένο το ρόλο των νοσηλευτών. Ωστόσο οι περισσότεροι θεωρούν πως τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι ισάξια όπου λειτουργούν αλληλένδετα, κανένας από αυτούς δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει χωρίς τον άλλον.

Οι ερωτηθέντες νοσηλευτές ήταν γεμάτοι όνειρα και φιλοδοξίες. Παρατηρήθηκε έντονη επιθυμία για εξέλιξη από τους νοσηλευτές. Οι περισσότεροι δήλωσαν δυσαρέσκεια για την ελλιπή κατάρτιση στον κλάδο αυτόν, θα επιθυμούσαν να είχαν εξειδικευτεί πριν την εργασία τους σε κέντρα αποκατάστασης. Πολλοί ενδιαφέρθηκαν για την δημιουργία περισσότερων σεμιναρίων με θέμα τις νοσηλευτικές τεχνικές που απαιτούνται στους ασθενείς που χρήζουν αποκατάσταση.

Ελάχιστοι αποζήτησαν την βελτίωση τους όσον αφορά το διοικητικό μέρος που στόχο έχει την προσωπική τους εξέλιξη αλλά και την καθοδήγηση των υφισταμένων τους.

Ένα μικρό μέρος από τους νοσηλευτές είναι ικανοποιημένο σε όλα τα επίπεδα και δεν αποζητά την βελτίωση και την εξέλιξη. Σε αυτό το σημείο εντύπωση προκάλεσε το γεγονός ότι κανένας από τους ερωτηθέντες δεν ανέφερε το οικονομικό κομμάτι. Επιπλέον κάποιο ποσοστό ανέφερε ότι επιθυμεί να ακολουθήσει μετεκπαίδευση στον τομέα αποκατάστασης σε κάποια ευρωπαϊκή χώρα. Επίσης εκφράστηκε έντονο ενδιαφέρον για εργασίας στο εξωτερικό λόγω των καλύτερων συνθηκών εργασίας και των προοπτικών επαγγελματικής εξέλιξής τους εκεί.

Οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι είναι επιβεβλημένο να προσληφθεί επιπλέον προσωπικό στα κέντρα, το οποίο για την βέλτιστη απόδοση της αποκατάστασης θα ήθελαν να είναι καλύτερα καταρτισμένο. Από την άλλη πλευρά αρκετοί τόνισαν την ανάγκη τους για περισσότερη αναγνώριση στον τομέα της αποκατάστασης διότι η προσφορά τους σε αυτήν είναι μεγάλη. Συνεχίζοντας οι εργαζόμενοι τόνισαν ότι τα περιστατικά που εισάγονται στα κέντρα, ωφέλιμο θα ήταν να διαλέγονται πιο προσεκτικά, ώστε τα κέντρα να έχουν αποκλειστικά άτομα που χρίζουν αποκατάστασης. Επιπρόσθετα η πλειοψηφία σημείωσε την ανάγκη βελτίωσης της οργάνωσης στα κέντρα αποκατάστασης όσον αφορά το οργανόγραμμα. Τέλος, αρκετοί επιθυμούν τη δημιουργία ξεχωριστού κλάδου αποκατάστασης στην Ελλάδα.

6.2 Προτάσεις

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και την σύγκρισή τους με την ανασκόπηση διεθνούς βιβλιογραφίας, διακρίνονται τομείς στους οποίους μπορούσαν να πραγματοποιηθούν βελτιώσεις, τόσο σε επίπεδο κάθε κέντρου αποκατάστασης ειδικά, όσο και σε ατομικό επίπεδο των νοσηλευτών, όπως επίσης και στο χώρο της νοσηλευτικής στην Ελλάδα και ειδικότερα στη νοσηλευτική αποκατάστασης.

Αρχικά, θα πρέπει οι νοσηλευτές σε κέντρα αποκατάστασης να αλλάζουν σχετικά τακτικά τμήματα (τρία έως πέντε έτη), ώστε να αποφεύγεται η φθορά που

επέρχεται όταν ένα άτομο βρίσκεται σε καθημερινή επαφή με τους ίδιους συναδέλφους και αντιμετωπίζει ακριβώς τα ίδια περιστατικά για συνεχόμενα έτη σε καθημερινή βάση. Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί η αναγκαιότητα πρόσληψης κάποιου ειδικού(ψυχολόγου-ψυχοθεραπευτή , κ.τ.λ.) για την αποφυγή της εκδήλωσης του συνδρόμου Burn out (επαγγελματική εξουθένωση).

Στη συνέχεια με βάση τις επιθυμίες των νοσηλευτών θα ήταν ωφέλιμο να δημιουργηθεί στην Ελλάδα εξειδικευμένος κλάδος νοσηλευτικής αποκατάστασης όπως υπάρχει για παράδειγμα νοσηλευτική μονάδα εντατικής θεραπείας.Επίσης ήταν πολύ αποτελεσματικό εάν τα κέντρα αποκατάστασης είχαν την δυνατότητα και ήταν υποχρεωμένα από την πολιτεία,ώστε να διοργανώνουν σεμινάρια που αφορούν τις νεότερες εξελίξεις στο χώρο της αποκατάστασης.

Ακόμη, σύμφωνα με τις δηλώσεις των ερωτηθέντων,το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς είναι αναπόφευκτο.Αυτό που θα περιόριζε τη κατάσταση αυτή θα ήταν η επιπλέον εκπαίδευση των νοσηλευτών από ειδικούς, ώστε να οριοθετούν τα συναισθήματά τους.Η εκπαίδευση αυτή,σκόπιμο θα ήταν να γίνεται από τα κέντρα στο προσωπικό πριν εργαστεί σε αυτά.

Επιπρόσθετα εντός των κέντρων αποκατάστασης θα πρέπει να ελέγχονται από τους υπεύθυνους οι σχέσεις ανάμεσα στο προσωπικό.Να ανιχνεύονται και να διαπιστώνονται τυχόν προστριβές και συμπάθειες πέρα των θεμιτών ορίων και να διευθετούνται όσο το δυνατόν ομαλότερα με τη συμβολή των υπευθύνων. Συνετό θα ήταν να γίνεται προσπάθεια δημιουργίας από τον καθένα ξεχωριστά ενός οικείου και φιλικού περιβάλλοντος. Αυτό θα συμβάλει στη ενδυνάμωση της ομάδας με αποτέλεσμα την αύξηση της αποδοτικότητάς τους.

Καλό θα ήταν να γίνει εκτενέστερη ενημέρωση της κοινότητας για την αποκατάσταση, καθώς και για την θέση του νοσηλευτή στο χώρο αυτό,ώστε να αναγνωρίζεται το έργο που αυτός προσφέρει. Επίσης όλο το προσωπικό που απαρτίζει ένα κέντρο αποκατάστασης, να αναγνωρίζει και να εκτιμά την συνεισφορά των νοσηλευτών στο χώρο αυτό.

Από τα μεγαλύτερα προβλήματα στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα της νοσηλευτικής, είναι η έλλειψη προσωπικού. Έτσι τα κέντρα αποκατάστασης πρέπει να μεριμνήσουν ώστε να προσλάβουν επιπλέον καταρτισμένο προσωπικό, με σκοπό

να υπάρχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην βελτίωση των παροχών προς τους ασθενείς, που χρίζουν αποκατάσταση. Πρόσθετα χρήσιμο θα ήταν να αναλάβει κάποιος υπάλληλος με διοικητικές δεξιότητες το οργανόγραμμα των τμημάτων, ώστε να συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία των κέντρων αποκατάστασης.

Τέλος, είναι επιβεβλημένο να περνάνε απο διαλογή τα περιστατικά και να εισάγονται στα κέντρα ασθενείς που χρίζουν αποκλειστικά αποκατάστασης και έπειτα αυτοί να διαχωρίζονται ανάλογα με την ασθένειά τους και τις ανάγκες τους στα ανάλογα τμήματα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bitsiori, Z.,(2013).The role of communication in health care services.ELPIS. Athens.

Björvell, C., (2002). Nursing Documentation in Clinical Practice.Instrument Development and evaluation of a comprehensive intervention programme, Thesis from Department of Nursing. Stockholm.

Biklen, S., & Bogdan, R., (2007). Qualitative research for education: an introduction to techniques and method. Pearson/Allyn and Bacon. Boston

Burnard, P., (1991). A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. Nurse Education Today. Vol. 11, No. 4, pp. 461-466

Cameron, M., (1997).Ethical distress in nursing. J Prof Nurs. Vol. 13 No. 5, pp. 280.

Cleaver, K., (2003). Developing career opportunities through on-going education. Paediatr Nurs Vol. 15 No. 7, pp.38-41.

Glaser, G., (1965). The constant comparative method of qualitative analysis. Social Problems. Vol. 12, No. 4, pp. 436-445

Graneheim, B., (2004). Lundman Nurse Education. TodayQualitative content analysis in nursing research:concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Vol. 24, pp. 105–112

Ferguson, GH., & Hildman, TB., (1991) Registered nurses' attitudes toward the nursing process and written / printed nursing care plans. Journal of Nursing Administration. Vol. 21, No. 10, pp. 20, 33, 45.

Lee, T., (2006). Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care planning system. Journal of Clinical Nursing. No. 15, pp.1376 – 1382.

Mark, A. Spasser., (2006). Mapping the literature of rehabilitation nursing. J.Med Libr.Assoc. Michigan. No. 94, pp.137-142.

Mason, C., (1999). Guide to practice or 'load of rubbish'? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*. No. 29, pp.380–387.

Mulhall, A., (1998). Methods of data collection for quantitative research in *Research and Development in Clinical Nursing Practice*. ed. By Roe B. and Webb C., Whurr Publishers. London. pp. 135–169

Mulhall, A., (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Methodological Issues in Nursing Research*. Vol. 41, No. 3, pp. 306-313

McNally, R., (1976). Lockee the nature and the causes of job satisfaction. In *Danett MD handbook of industrial and organisational psychology*. Chicago.

Tzeng, HM., & Yin, CY., (2007). Said another way: seeing the nursing profession from a different perspective: nurstry? Why not! *Nurs Forum*. Vol. 42 No. 4 pp. 185-188.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

LeMone, P., & Lillis, C., & Taylor, C.(2002). Εισαγωγή στη Νοσηλευτική. «Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Λεμονίδου Χ., & Πατηράκη-Κουρμπάνη, Ε., (επιμελητές έκδοσης) Αθήνα:Πασχαλίδης,σελ.35-37

Λατινόπουλος, Π., (2010). Τα πρώτα βήματα στην έρευνα, ένας χρηστικός οδηγός για νέους ερευνητές. Αθήνα.

Πιέρρος, Σ., (2000). Μέθοδοι έρευνας στη Βιβλιοθηκονομία. Σίνδος: ΤΕΙΘ

Σαπουντζή-Κρεπιά, Δ., (2010). Αποκατάσταση. Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, μια ολιστική προσέγγιση. Έλλην, Αθήνα.σελ:24

Σταυρινός, Β., & Παναγιωτάκος, Δ., (2007).Βιοστατιστική. Gutenberg. Αθήνα.

Διαδικτυακές Πηγές

«Υποχρεώσεις και καθήκοντα νοσηλευτή»

<http://www.metataxeis.gr/index.php?topic=63028.0> (πρόσβαση 15/06/2014)

<http://pasyno.gr/298> (πρόσβαση 15/06/2014)

Γκαράνη-Παπαδάτου Τ., (2010) «Ηθική και δεοντολογία στην επιστημονική έρευνα».

(<http://www.ekt.gr/content/img/product/82586/22-25.pdf>) (πρόσβαση 22/9/2011)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΦΟΡΜΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

- 1.Ρουτίνα επαγγέλματος
- 2.Πρωτόκολλο βάρδιας
- 3.Περιστατικό που εντυπωσίασε
- 4.Θέση νοσηλεύτη στο κέντρο αποκατάστασης
- 5.Συναισθηματικό δέσιμο νοσηλεύτη με ασθενή
- 6.Διαπροσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις με το λοιπό προσωπικό
- 7.Εξειδίκευση στο χώρο της αποκατάστασης
- 8.Φιλοδοξίες και οραματισμός για το επάγγελμα
- 9.Ελεύθερη συζήτηση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΑΥΤΟΥΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

1. Δεν πιστεύω ότι το επάγγελμα αυτό σε αφήνει να ρουτινιάσεις .Η φύση αυτού του επαγγέλματος κάθε μέρα είναι κάτι το διαφορετικό, υπάρχει η σειρά που κάνεις κάποια πράγματα όπως η νοσηλεία ή οι αλλαγες,λουτρο και διάφορα άλλα, αλλά δεν σ' αφήνει να ρουτινιάσεις με την έννοια ότι πάλι θα κάνεις τα ίδια πράγματα όμως κάθε μέρα κάποιο περιστατικό είναι διαφορετικό.

2. Υπάρχουν 3 βάρδιες το 24ωρο.07:00-15:00.Ο νοσηλευτής είναι πάντα ένα τέταρτο νωρίτερα στη πτέρυγα για να ακούσει τη λογοδοσία . Ξεκινάμε με τις αλλαγές,ο νοσηλευτής που είναι στη νοσηλεία ελέγχει τα φάρμακα του και βγαίνει να τα χορηγήσει στους ασθενείς του, το υπόλοιπο προσωπικό ξεκινά ιεραρχικά σύμφωνα με το πρόγραμμα τα λουτρά και τα τραύματα. Κάποιος μένει πάντα στη κίνηση για να εξυπηρετεί τα κουδούνια, στη συνέχεια δίνεται το πρωινό. Ο νοσηλευτής νοσηλείας μόλις τελειώσει με τη χορήγηση φαρμάκων περνά στον υπολογιστή τα ζωτικά, όταν τελειώσει με αυτό θα βγει και αυτός στη κίνηση για να εξυπηρετήσει τους ασθενείς. Ξεκινάνε οι πισινές μετά από αυτό κάνουμε μπάνιο τους ασθενείς .Στη 1-1:30 ξεκινά πάλι η προετοιμασία για τη νοσηλεία των 14:00 , έρχεται πάλι το φαγητό και καταλήγουμε στις 15:00 που ξεκινάμε πάλι τη παράδοση .Υπάρχουν μέρες που έχουμε και άλλα πράγματα που πρέπει να γίνουν (πχ παραγγελία υλικού, να τακτοποιήσουμε το υλικό που έρχεται.15:00-23:00.Παραλαμβάνουμε από τους πρωινούς, ξεκινάνε με αλλαγές (διότι οι ασθενείς δεν καταλαβαίνουν ότι βράχηκαν ή αν λερώθηκαν)μέχρι τις 18:00 είναι οι πισινές οπότε πρέπει να τους λούσουν .νοσηλεία για τις 16:00 ή για τις 18:00 που μπορεί να υπάρχει .Συνήθως η απογευματινή βάρδια είναι λίγο πιο ήσυχη από την πρωινή. Υπάρχει το επισκεπτήριο ,ενημερώνεις τους συνόδους για τυχόν απορίες και είμαστε στη κίνηση.23:00-07:00 Ξεκινάμε πάλι με αλλαγές και τοπική καθαριότητα ,ο νυχτερινός βγάζει φάρμακα για την πρωινή βάρδια για να μην έχει να τα κάνει εκείνη τη στιγμή γιατί είναι παρά πολύ μεγάλος ο όγκος και να μπορεί να εξυπηρετήσει την κίνηση, στις 6-6.30 γίνονται αιμοληψίες και πάντα μας τους παραδίδουν καθαρούς και με αλλαγμένους τους ουροσυλλέκτες ώστε να γίνεται πάντα και σωστά η

καταμέτρηση ούρων 24ωρου.Τακτοποιού ν τη λινόθηκη , ντουλάπια και καταγράφονται οι ελλείψεις-παραγγελία φαρμάκων.

3.Προσωπικά θα σου πω ένα περιστατικό με Λίβυο, επειδή έχουμε αρκετά χρόνια τους Λίβυους. Ήρθε κάποιος αρκετά τραυματισμένος από τη Λιβύη ο οποίος χειρουργήθηκε στη Τυνήσια και ήρθε σε εμάς για αποκατάσταση. Βέβαια δεν έφυγε βαδίζοντας αλλά έφυγε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, διότι είχε τραύμα από πυροβολισμό στον αυχένα, τουλάχιστον στάθηκε όρθιος και μπορεί να σιτιστεί, να πάει μόνος του τουαλέτα και να πλυθεί να περπατήσει εκ των πραγμάτων δεν θα μπορούσε ,αλλά μετακινούνταν με το πι. Στο σημείο που μπορούσε να αποκατασταθεί αποκαταστάθηκε και μετά έφυγε.

4.Απο τη στιγμή που γίνεται πρόσληψη γίνονται πολύ συχνά σεμινάρια πάνω στο αντικείμενο αποκατάστασης, από το πως θα μεταφέρουμε έναν ασθενή στο κρεβάτι μέχρι το τι ανάγκες έχει ένας ασθενής είτε είναι νευρολογικός είτε είναι ορθοπεδικός. Κάθε Δευτέρα υπάρχουν πάντα μαθήματα (εκτός από το καλοκαίρι λόγω αδειών) με γιατρούς ,φυσιάτρους.

5.Αυτό έχει να κάνει με τον χρόνο που νοσηλεύεται ένας ασθενείς και δεύτερον με το τι άνθρωπος είσαι εσύ ο ίδιος. Εγώ προσωπικά επειδή διάλεξα αυτό το επάγγελμα έχω ένα δέσιμο ίσως με τον πόνο του ανθρώπου. Έρχονται πληγωμένοι και σιγά σιγά αυτοεξυπηρετούνται. Εγώ προσωπικά δένομαι μαζί τους και από ότι παρατηρώ και τα παιδιά δένονται μαζί τους.

6.Επειδη περνάμε πάρα πολλές ώρες μαζί δενόμαστε. Αντικειμενικά 8 ώρες κοιμόμαστε και 8 ώρες είμαστε μαζί στη δουλειά και ότι περισσεύει ξεκουραζόμαστε. Οι περισσότεροι είμαστε σαν μια ομάδα, μια γροθιά και με άλλες ειδικότητες, αλλά αυτό εξαρτάται και από το τι άνθρωπος είσαι και εσύ.

7.Για μένα θα πρέπει ο νοσηλευτής να μπει στη θέση του ασθενή να σκεφτεί πως θα ένιωθε αυτός αν ήταν πληγωμένος ,να μην μπορούσε να κινηθεί ,να χάνει λίγο την αξιοπρέπεια του ,διότι το να πας στην τουαλέτα και να ουρήσεις είναι ένα προνόμιο που εμείς δεν μπορούμε να το καταλάβουμε μέχρι να μας το στερήσουν. Αυτοί οι άνθρωποι ακόμα και τα κρυφά πράγματα πρέπει να τα κάνουν φανερά. Πριν μπεις στη διαδικασία να νευριάσεις μαζί του, πρέπει να σκεφτείς το πρωί που θα ξεκινήσεις, τι θα μπορούσε να γίνει αν εσύ ήσουν στη θέση του.

8. Πιστεύω πως είμαστε μια αλυσίδα, ο ένας κρίκος με τον άλλον, δεν θα βάλω κανέναν πιο πάνω από τον άλλον. Ο νοσηλευτής δένει με τη δουλειά του φυσιοθεραπευτή και με τη δουλειά του γιατρού, είμαστε ένας φαύλος κύκλος όπου αν κάποιος δεν λειτουργήσει καλά αυτός ο κύκλος θα σπάει συνέχεια. π.χ. αν ο νοσηλευτής δεν κάνει περιποίηση της κατάκλισης ο ασθενής αυτός δεν θα μπορεί να μπει στη πισινά, μπορεί να ανεβάσει πυρετό και ο γιατρός θα πρέπει να τον ελέγχει συνεχώς.

9. Θέλω να γίνω όσο καλύτερη μπορώ και όσο αφορά και το διοικητικό κομμάτι γιατί ήμουν εδώ 3 χρόνια νοσηλεύτρια, τώρα θα πρέπει να διοικήσω σωστά, να οδηγήσω σωστά τους νοσηλευτές ώστε να μάθουν την αποκατάσταση, για να μην γίνονται λάθη. Ως νοσηλευτής θα μου άρεσε να υπάρχει μια ειδικότητα νοσηλευτή αποκατάστασης, γιατί είναι όντως κάτι διαφορετικό. Θα μπορούσε να μετρήσει σαν εξιδανίκευση το ότι δούλεψα τόσα χρόνια στην αποκατάσταση. Ο νοσηλευτής αποκατάστασης είναι κάτι διαφορετικό από τον απλό νοσηλευτή, ο ασθενείς στην αποκατάσταση θέλει άλλους χειρισμούς. Θα ήθελα να ήμασταν πιο πλούσιοι σε προσωπικό για να γίνονται τα πράγματα πιο γρήγορα και να δίνουμε πιο πολλά στον άρρωστο.

10:00-10:14 διάρκεια 14'