

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ο Ρόλος των Συνοδών στο Ελληνικό Νοσοκομείο

Πτυχιακή Εργασία

Αμανατίδου Ευθυμία
Καραμάνη Γεωργία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Δρ. Δημητριάδου Αλεξάνδρα

Θεσσαλονίκη 2013

Ο Ρόλος των Συνοδών στο Ελληνικό Νοσοκομείο

Τριμελής Επιτροπή:

Δρ. Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Επίκουρη καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)

Δρ. Κουρκούτα Λαμπρινή, Καθηγήτρια

Δρ. Τσαλογλίδου Αρετή, Καθηγήτρια εφαρμογών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
Κεφάλαιο 1. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΑΤΥΠΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
1.1 Ορισμοί και έννοιες.....	8
1.2 Ιστορική αναδρομή άτυπης φροντίδας.....	10
1.3 Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα.....	11
1.4 Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.....	13
1.5 Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην ποιότητα φροντίδας.....	16
1.6 Σύνοψη κεφαλαίου.....	17
Κεφάλαιο 2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ	
2.1 Επιθυμητά χαρακτηριστικά νοσηλευτή.....	18
2.2 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του παρέχοντα φροντίδα.....	19
2.2.1 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή.....	19
2.2.2 Ο κοινοτικός νοσηλευτής.....	21
2.2.3 Ο νοσηλευτής ποιότητας.....	22
2.3 Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών.....	23
2.4 Καθήκοντα νοσηλευτή.....	27
2.5 Χαρακτηριστικά σύγχρονου νοσηλευτή.....	28
2.6 Σχέση ασθενή- νοσηλευτή.....	29
2.7 Σύνοψη κεφαλαίου.....	31
Κεφάλαιο 3. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	32
3.1.1 Υποδομή και εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα.....	33
3.1.2 Κύρια προβλήματα ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	34
3.2 Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	35
3.3 Σημερινή κατάσταση των Ελληνικών Κέντρων Υγείας.....	37
3.4 Νοσηρότητα και Θνησιμότητα στην Ελλάδα.....	39
3.5 Οργάνωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	40
3.5.1 Στελέχωση νοσηλευτών.....	41
3.5.2 Εργασιακό περιβάλλον.....	45

3.5.3 Ελλιπής νοσοκομειακός εξοπλισμός.....	46
3.6 Αρμοδιότητες Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	47
3.7 Σύνοψη κεφαλαίου.....	49
Κεφάλαιο 4. ΑΤΥΠΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
4.1 Άτυπη φροντίδα και οι μορφές της.....	50
4.2 Καθήκοντα άτυπης φροντίδας.....	52
4.3 Η αποκλειστική νοσοκόμα.....	53
4.4 Γυναικείο επάγγελμα η νοσηλευτική.....	56
4.5 Σύνοψη κεφαλαίου.....	57
Κεφάλαιο 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΣΥΝΟΔΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	
5.1 Ο ασθενής και οι σύνοδοί του.....	58
5.2 Λόγοι ύπαρξης συνοδών στα ελληνικά νοσοκομεία.....	60
5.2.1 Μειονεκτήματα από την παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία.....	61
5.3 Δραστηριότητες συνοδών μέσα στο νοσοκομείο.....	62
5.4 Επιβάρυνση συνοδών από την παρεχόμενη φροντίδα.....	65
5.5 Οι θετικές επιπτώσεις στους φροντιστές από την παρεχόμενη φροντίδα.....	68
5.6 Πεποιθήσεις- ανάγκες συνοδών.....	69
5.7 Παράπονα ασθενών.....	70
5.8 Σύνοψη κεφαλαίου.....	74
Συμπεράσματα- Προτάσεις.....	75
Βιβλιογραφία.....	77
Παραρτήματα.....	81

Πρόλογος

Η κατάσταση που επικρατεί στη σημερινή εποχή στα νοσοκομεία της Ελλάδας είναι απογοητευτική και προβληματική σε πολλούς τομείς. Το κυριότερο ζήτημα που αφορά όλα τα νοσοκομεία της χώρας είναι η έλλειψη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Οι νοσηλευτές κάποιες φορές αναγκάζονται να δουλεύουν διπλές βάρδιες ώστε να καλυφθούν οι άμεσες ανάγκες. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα την καταπόνηση των νοσηλευτών και την επιβάρυνσή τους σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Επίσης, δημιουργείται η ανάγκη της παρουσίας των συνοδών καθημερινά στα νοσοκομεία.

Σε όλα τα νοσοκομεία υπάρχουν οι συνοδοί και μέλη της οικογένειας των ασθενών που παίζουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα του ασθενή. Η παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία έχει θετική και αρνητική πλευρά. Από τη μια η βοήθεια που προσφέρουν οι συνοδοί είναι μεγάλη, χρήσιμη και αναγκαία. Από την άλλη πλευρά, όμως, οι συνοδοί αποτελούν εμπόδιο στους νοσηλευτές καθώς τους εμποδίζουν στις νοσηλευτικές πράξεις τους ή γίνονται πολύ απαιτητικοί.

Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα ελληνικά νοσοκομεία είναι η έλλειψη του ιατρικού εξοπλισμού και των υγειονομικών υλικών. Καθώς, και η έλλειψη κατάλληλης υποδομής και ενός σύγχρονου νοσοκομείου.

Όπως στο εξωτερικό έτσι και στην Ελλάδα υπάρχει η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών. Στην Ελλάδα αυτό το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ.Δρ. Δημητριάδου-Παντέκα Αλεξάνδρα για την καθοδήγηση και την υποστήριξή της στην εργασία μας.

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η φροντίδα των ασθενών μέσα στα νοσοκομεία από τις οικογένειές τους. Αυτό συμβαίνει λόγω των διαφόρων κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων αλλά και λόγω της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού και των αρχαίων υλικών υποδομών στις περισσότερες χώρες έχει σχεδόν αντιμετωπιστεί ύστερα από την κινητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και την παρέμβαση των αρμόδιων οργανώσεων και του κράτους. Στην Ελλάδα αυτό το φαινόμενο δεν έχει αντιμετωπιστεί και αντίθετα ολοένα αυξάνεται η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού (Δημητριάδου 2008).

Η οικογένεια αποτελείται από ένα σύνολο ανθρώπων που συνδέονται μεταξύ τους με ένα ισχυρό δεσμό του αίματος και με συναισθηματικούς δεσμούς. Η οικογένεια αποτελείται από δύο συζύγους και τα παιδιά τους. Η οικογένεια αισθάνεται την ανάγκη να προστατέψει και να βοηθήσει το πάσχον μέλος της όταν χρειάζεται. Η οικογένεια είναι αυτή που αποτελεί πρωταρχικό ρόλο στη φροντίδα ενός ασθενούς μέλους της. Τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες ευθύνες που έχουν σχέση με τις νοσηλευτικές πράξεις αλλά και με την ψυχική ευημερία του ασθενή. Έτσι, σήμερα τα μέλη της οικογένειας μετατρέπονται σε φροντιζόμενο και φροντιστή.

Οι φροντιστές χαρακτηρίζονται από μια ευρεία έννοια που συνήθως είναι η θεραπευτική ομάδα και αποτελείται από γιατρούς, νοσηλευτές, άτομα της οικογένειας, φίλους και ερωτικούς συντρόφους.

Ποιότητα ζωής ονομάζεται η αντίληψη του ατόμου για την στάση του στη ζωή σε συνάρτηση με τις αξίες και τα ιδανικά του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους του, τις φιλοδοξίες και αντιλήψεις.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί εάν υπάρχει η ανάγκη του συνοδού του αρρώστου στο νοσοκομείο και ποιος είναι ο ρόλος του. Λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: φροντιστής, συνοδός, οικογένεια, νοσοκομείο, caregiver, informal care.

Κεφάλαιο 1 Η Νοσηλευτική και η Άτυπη Φροντίδα

1.1 Ορισμοί και έννοιες

Νοσηλευτική είναι η τέχνη και η επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας. Είναι υπεύθυνη για την πρόληψη, τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των αρρώστων σε σωματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Η ουσία της νοσηλευτικής είναι η φροντίδα του ατόμου. Ο σκοπός της νοσηλευτικής είναι η ολοκληρωμένη προσωπική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η πρόληψη της ασθένειας, η αποκατάσταση, η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του ατόμου καθώς και της οικογένειάς του (Δημητριάδου και συν. 2009). Το επάγγελμα της νοσηλευτικής απαιτεί το συνεχόμενο εμπλουτισμό των γνώσεων και πολλές δεξιότητες.

Η νοσηλευτική απαιτεί τη συνεχόμενη φροντίδα και επικοινωνία με τους ασθενείς, πράγμα που φέρει συναισθηματικές εντάσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών (Δημητριάδου και συν. 2009). Οι νοσηλευτές απαρτίζονται από τη μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών υγείας και είναι υποχρεωμένοι να είναι δίπλα στον άρρωστο 24 ώρες το 24ωρο. Αυτός είναι ο λόγος που οι νοσηλευτές και οι ασθενείς αναπτύσσουν συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ τους καθώς ζουν μαζί την πορεία της νοσηλείας του αρρώστου (Δημητριάδου 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να ανταπεξέλθουν όσο το δυνατόν καλύτερα στα καθήκοντά τους ώστε να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες του αρρώστου και να είναι ευχαριστημένος και από το περιβάλλον στο οποίο νοσηλεύεται (Δημητριάδου και συν. 2009).

Οι νοσηλευτές ακολουθούν ολιστική προσέγγιση για τη φροντίδα των ασθενών και την προαγωγή της υγείας. Η ολιστική προσέγγιση περιλαμβάνει βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και πνευματικές απόψεις και ανάγκες του ατόμου.

Χαρακτηριστικά κάθε ατόμου σύμφωνα με την ολιστική προσέγγιση είναι:

- Κάθε άτομο αποτελεί μοναδική ολότητα σώματος, μυαλού και πνεύματος. Η αλλαγή σε μία πτυχή της ζωής του ατόμου προκαλεί αλλαγή σε κάθε

πτυχή της ύπαρξής του και διαφοροποιεί την ποιότητα του συνόλου.

- Κάθε άτομο έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τις γνώσεις και τις ικανότητες του και να γίνει πιο στοργικός με τον εαυτό του και τους άλλους.
- Οι άνθρωποι έχουν φυσική ροπή προς την υγεία, καθένας άνθρωπος έχει την ευθύνη για την καλή κατάσταση της υγείας του, την ανάρρωσή του και τη φροντίδα του εαυτού του.
- Το «πρόσωπο» κάθε ατόμου ανήκει στο ίδιο, επομένως οι αποφάσεις και ότι συμβαίνει σε αυτό το πρόσωπο, δικαιωματικά ανήκουν στον «ιδιοκτήτη».
- Το κεντρικό μέρος των προσπαθειών ανάρρωσης είναι το άτομο και όχι η ασθένεια ή ο τραυματισμός.
- Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής φροντίδας και των ασθενών τους θα πρέπει να είναι μια σχέση αμοιβαίας συνεργασίας. Τα πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα υγείας, παρεμβαίνουν για τον ενήλικο μόνον όταν ζητηθεί η βοήθειά τους από τον ίδιο ή όταν δεν μπορούν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες υγείας (DeWit 2001, Σαρρής 2001).

Η ποιότητα της ζωής είναι ένα σημαντικό στοιχείο για την καλή διατήρηση και προαγωγή της ζωής κάθε ατόμου. Έτσι, ως ποιότητα ζωής ορίζονται :

- Η αντίληψη της ευεξίας του ατόμου που πηγάζει από την ικανοποίηση ή τη μη ικανοποίησή του από σημαντικές διαστάσεις της ζωής του.
- Η προσωπική αντίληψη των θετικών ή αρνητικών παραμέτρων που χαρακτηρίζουν τη ζωή.
- Η ικανοποίηση των ασθενών από το επίπεδο λειτουργικότητάς τους σε σύγκριση με εκείνο που αντιλαμβάνονται ως πιθανό ή ιδανικό.
- Η επίδραση της ασθένειας και της θεραπείας σε συγκεκριμένες συναισθηματικές, κοινωνικές και οργανικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής.
- Μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει θετικές και αρνητικές αντιλήψεις της οργανικής, συναισθηματικής, κοινωνικής και γνωστικής λειτουργικότητας, καθώς και τις αρνητικές διαστάσεις της σωματικής αναπηρίας ή άλλων συμπτωμάτων της νόσου ή της θεραπείας (Σαρρής 2001).

1.2 Ιστορική αναδρομή άτυπης φροντίδας

Σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανών Νοσοκόμων άτυπος φροντιστής είναι εκείνος που παρέχει απλήρωτη βοήθεια σε ένα μέλος της οικογένειας ή σε άλλα μέλη που έχουν μία ασθένεια ή αναπηρία και δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους.

Η άτυπη φροντίδα εμφανίζεται στις περισσότερες χώρες και πρωτοεμφανίστηκε στη δεκαετία του 1980. Η αιτία της εμφάνισής της ήταν η ελεύθερη είσοδος επισκεπτηρίου ωρών και αργότερα η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Αργότερα το φαινόμενο αυτό περιορίστηκε στις ξένες χώρες όμως στην Ελλάδα μέχρι και σήμερα υπάρχει.

Η ελληνική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης κατά τα τελευταία έτη του 20^{ου} αιώνα εισάγοντας το νόμο 1397 το 1983 θεώρησε ότι είναι μια σημαντική πολιτική απόφαση σχετικά με την κοινωνική πολιτική ημερήσια διάταξη. Ο κύριος στόχος αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο θα αναλάμβανε ολοκληρωτικά την ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη (Sapountzi-Krepia et al. 2006, Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009).

Το ΕΣΥ είχε ως στόχο τρεις βασικές αρχές:

- α) την υγειονομική περίθαλψη ως κοινωνικό δικαίωμα για όλους
- β) όλοι οι πολίτες να έχουν ισότιμο δικαίωμα σε υψηλές ποιότητας υπηρεσίες
- γ) η προστασία της υγείας του έθνους να κυβερνάται αποκλειστικά από το κράτος (Sapountzi-Krepia et al. 2006).

Παρόλο που οι μεταρρυθμίσεις εισήχθησαν τις τελευταίες δεκαετίες δεν έχουν επιτευχθεί πολλοί από τους στόχους του ΕΣΥ. Ακόμη και με την ίδρυση των 17 περιφερειακών οργανισμών υγείας (ΠΕΣΥΠ) το 2001 δεν κατάφερε να τελειοποιηθεί το ΕΣΥ. Το σημαντικότερο πρόβλημα που βιώνει η Ελλάδα είναι ο χαμηλός αριθμός των νοσηλευτών. Σύμφωνα με την έρευνα της Sapountzi-Krepia et al. (2006) υπάρχουν μόλις 4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, φαινόμενο που παρατηρείται και στην Ιταλία και δημιουργεί μεγάλο πρόβλημα.

1.3 Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το Ελληνικό Σύνταγμα η κυβέρνηση έχει ως στόχο την επαρκή και υψηλή παροχή υπηρεσιών στους ανθρώπους. Σήμερα, οι υγειονομικές υπηρεσίες περίθαλψης που παρέχονται στην Ελλάδα προέρχονται από τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με χρηματοδότηση προς τους ασθενείς.

Στην Ελλάδα υπάρχουν 39 κοινωνικές ασφάλειες από τις οποίες οι μεγαλύτερες είναι το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) (Sapountzi-Krepia et al. 2006). Σήμερα, όλα τα ασφαλιστικά ταμεία ενώθηκαν και δημιουργήθηκε ο οργανισμός ΕΟΠΥΥ. Αυτό, έγινε με στόχο την αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας, ώστε οι πολίτες να εξυπηρετούνται καλύτερα και πιο γρήγορα. Υπάρχουν όμως ακόμη πολλά προβλήματα που δεν αντιμετωπίστηκαν, όσον αφορά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Ένα φαινόμενο που υπάρχει σε όλα τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία είναι οι πολύωρες επισκέψεις των συγγενών στα νοσοκομεία. Αυτό αναπτύχθηκε σιγά σιγά με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 που επιτρεπόταν στους συνοδούς να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή πολλές ώρες.

Το ΕΣΥ ακολουθεί τη θεμελιώδη αρχή «δωρεάν φροντίδα υγείας στον τόπο της χρησιμοποίησής της» και «ίση φροντίδα υγείας για όλους και για ίση ανάγκη» (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009). Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι αρμόδιο για την ομαλή λειτουργία των νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας και για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους Έλληνες πολίτες. Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ είχε θετικά αποτελέσματα αλλά σύμφωνα με μελέτες υπάρχουν πολλές ανάγκες που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν. Υπάρχει μεγάλος πληθυσμός που δεν μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες του από τα τοπικά νοσοκομεία και έτσι, ο κόσμος αναγκάζεται να καταφεύγει στα αστικά κέντρα. Η έλλειψη υποδομής, η έλλειψη ιατρικού εξοπλισμού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι βασικοί λόγοι που δημιουργούν προβλήματα (Sapountzi-Krepia et al. 2006, Δημητριάδου 2008, Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009).

Επιπλέον, η χρηματοδότηση στην Ελλάδα αποτελεί πολύπλοκη διαδικασία. Οι πηγές χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων προέρχονται από:

- α) κρατικό προϋπολογισμό και το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων
- β) φορείς κοινωνικής ασφάλισης
- γ) ιδιωτικός τομέας

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας βασίζεται κυρίως στα ασφαλιστικά ταμεία και λόγω του μεγάλου αριθμού των δαπανών και έλλειψη χρημάτων δεν φτάνει ώστε να καλυφθούν όλες οι δαπάνες σε όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009).

Σήμερα, οι συνοδοί παραμένουν πολλές ώρες κοντά στον ασθενή για να βοηθήσουν με τη φροντίδα του αλλά και επειδή νιώθουν αυτή την ανάγκη. Κάποιες φορές και οι ίδιοι νοσηλευτές ζητάνε από τα μέλη της οικογένειας να παραμένουν περισσότερες ώρες στο νοσοκομείο καθώς υπάρχει σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Η συμμετοχή των συγγενών στη φροντίδα των ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της άτυπης φροντίδας του συστήματος υγείας (Sapountzi-Krepia et al. 2006).



1.4 Ποιότητα Νοσηλευτικής Φροντίδας

Η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας είναι το σημαντικότερο στοιχείο στις υπηρεσίες υγείας καθώς και στη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Ιδιαίτερα, η υψηλή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου, επιστημονικής και κλινικής, του νοσηλευτικού έργου (Ραγιά 1994, Μπινιώρης 1995).

Κατά τη Δημητριάδου (2008) «Οι νοσηλευτές εργάζονται για να προωθήσουν την υγεία, να αποτρέψουν την ασθένεια και να βοηθήσουν τους ασθενείς με τα προβλήματα που δημιουργεί η ασθένεια. Είναι εκπαιδευτικοί υγείας για τους ασθενείς, τις οικογένειες και τις κοινότητες. Κατά την παροχή άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούν, καταγράφουν και αξιολογούν τα συμπτώματα. Επιπλέον, βοηθούν τους γιατρούς στη διάρκεια των θεραπευτικών και διαγνωστικών επεμβάσεων, δίνουν φάρμακα και υποστηρίζουν τον ασθενή στην αποκατάσταση της υγείας του. Καθοδηγούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους στην κατάλληλη φροντίδα και τους βοηθούν να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για να βελτιώσουν ή να διατηρήσουν την υγεία τους».

Κατά τις Redfern & Norman (1990), τρεις θεμελιώδεις αρχές υποστηρίζουν τη νοσηλευτική υψηλής ποιότητας:

- Αμεροληψία και δικαιοσύνη
- Σεβασμός κάθε αρρώστου ως προσώπου με αξία
- Νοσηλεία με ενδιαφέρον και αγάπη

Για την εφαρμογή της αμεροληψίας και της δικαιοσύνης, ο νοσηλευτής τιμά και προσεγγίζει το νοσηλευόμενο άτομο ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική ύπαρξη και ως πρόσωπο με εσωτερική αξία, ανεξάρτητα από φυλή, φύλο, μόρφωση, οικονομική κατάσταση και επίπεδο υγείας.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από τον συνδυασμό του ενδιαφέροντος και της αγάπης για τον άρρωστο με την επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα του νοσηλευτή (Δημητριάδου 2008).

Η ικανότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή στη φροντίδα αναδεικνύονται

ως τα κύρια χαρακτηριστικά που τον διακρίνουν από τα άλλα επαγγέλματα υγείας (Δημητριάδου 2008). Μελέτες έδειξαν ότι οι βελτιωμένες συνθήκες λειτουργίας του νοσηλευτικού τμήματος δεν εξασφαλίζουν αυτομάτως καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα. Νοσηλευτές, που έχουν μικρή κατανόηση της θεραπευτικής τους λειτουργίας και χλιαρή αγάπη και πίστη στο έργο τους, ασκούν κακή νοσηλευτική σε καλώς εξοπλισμένα τμήματα (Ραγιά 1994, Μπινιώρης 1995, Δημητριάδου 2008).

Άλλες αξιολογικές αρχές που σχετίζονται με την ποιότητα της φροντίδας που δέχεται ο άρρωστος είναι:

- Η μοναδικότητά του κάθε ατόμου
- Το δικαίωμα των ατόμων να επιλέγουν
- Το δικαίωμα των ατόμων να συμμετέχουν ενεργητικά στη φροντίδα υγείας τους
- Η υποχρέωση των επιστημόνων υγείας να αναγνωρίζουν τα όρια της ικανότητάς τους
- Η προσωπική ευθύνη κάθε νοσηλευτή φροντίδας που δίνει
- Η πρόληψη και όχι η διαπίστωση της χαμηλής ποιότητας ή των εμποδίων για την επίτευξη της αριστείας στη νοσηλευτική φροντίδα
- Η προσέγγιση των ασθενών και των οικογενειών με σεβασμό όχι μόνο των προσωπικών τους αξιών αλλά και των διαφορών τους από τους νοσηλευτές (Ραγιά 1994).

Στην εποχή μας επικρατεί η τάση να αναπτύσσονται προγράμματα ελέγχου και εξασφάλισης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι σκοποί τους είναι:

- Ακριβής διαπίστωση του επιπέδου φροντίδας του αρρώστου
- Διόρθωση των ελλειμμάτων φροντίδας
- Παρότρυνση των νοσηλευτών να βελτιώσουν τη φροντίδα του αρρώστου
- Επαλήθευση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων
- Εκπόνηση νοσηλευτικών ερευνών σχετικών με την οργάνωση, διεξαγωγή και αποτελεσματικότητα της παρερχομένης φροντίδας καθώς και την ανεύρεση πιο αποτελεσματικών νοσηλευτικών μεθόδων.

Μερικές κατηγορίες αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι εξής:

- Ικανοποίηση του αρρώστου
- Κατανόηση της αρρώστιας και νοσηλείας
- Λειτουργική κατάσταση υγείας
- Κλινική κατάσταση υγείας
- Ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο υγείας
- Αντιλήψεις αρρώστου, οικογένειας, νοσηλευτών, γιατρών
- Διάθεση του αρρώστου
- Αρνητικά αποτελέσματα-επιπλοκές
- Ετοιμότητα του αρρώστου να εξέλθει από το νοσοκομείου
- Συμμόρφωση του αρρώστου στη νοσηλεία και θεραπεία (Ραγιά 1994).

Τα προγράμματα επιδίωξης υψηλής ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας συντονίζουν το έργο της διαπίστωσης και λύσης προβλημάτων αλλά και της πρόληψης επανεμφάνισής τους.

Οι προβληματικές περιοχές που εξετάζονται συχνά μαζί με τους αιτιολογικούς παράγοντες είναι:

- Παράπονα από αρρώστους και οικογένειες
- Αναφορές συγκρούσεων μεταξύ μελών του προσωπικού
- Απρογραμμάτιστες επιστροφές στο χειρουργείο
- Απρογραμμάτιστες μεταφορές στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας
- Επείγοντα ενδονοσοκομειακά περιστατικά, π.χ. τραυματισμοί, εγκαύματα, ατυχήματα κ.α.
- Αναβολές εγχειρήσεων, επαναλήψεις ακτινοσκοπήσεων και εργαστηριακών εξετάσεων
- Άρρωστοι που φεύγουν από το νοσοκομείο χωρίς ιατρική ένδειξη (Λαναρά 1989, Οικονομοπούλου και συν. 1995).

1.5 Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στην ποιοτική φροντίδα

Στην αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα σημαντικό ρόλο παίζει το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επαρκής δύναμη του νοσηλευτικού προσωπικού επιδρά θετικά στη μείωση των επιπλοκών, στις μέρες της νοσηλείας, στη μείωση της θνησιμότητας και στη μείωση των εξόδων (Δημητριάδου 2008).

Μελέτες έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση και η πανεπιστημιακή μόρφωση μειώνουν το ποσοστό θνησιμότητας, της εμφάνισης των επιπλοκών και της προαγωγής υγείας των ασθενών. Η επάρκεια της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης δίνει τη δυνατότητα στον νοσηλευτή να αναγνωρίσει τα υπάρχοντα ή επικείμενα προβλήματα, είναι σε θέση να αξιολογήσει τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών, να σχεδιάσει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και να αποφύγει τυχόν λάθη (Δημητριάδου 2008).

Πολύ σημαντικό ρόλο στην αύξηση της θνησιμότητας παίζει η αναλογία των ασθενών σε έναν νοσηλευτή. Ο μεγάλος αριθμός των ασθενών σε ένα νοσηλευτή δεν του δίνει τη δυνατότητα να ασχοληθεί μαζί του επαρκώς και να αξιολογήσει το επίπεδο της υγείας του. Οι νοσηλευτές δεν αφιερώνουν αρκετό χρόνο σε κάθε ασθενή επειδή δεν προλαβαίνουν καθώς έχουν και άλλες αρμοδιότητες (Sapountzi-Krepia et al. 2006).

Η ποιοτική φροντίδα πρέπει να προσφέρει:

- Ανακούφιση σωματική και ψυχική
- Αγάπη και θαλπωρή
- Παρουσία, ενδιαφέρον και μέριμνα
- Σεβασμό, άγρυπνη παρακολούθηση και θυσία
- Διάλογο, συμμετοχή, ψυχοσωματική υποστήριξη
- Συμβουλευτική υγιεινή
- Διδασκαλία και διατήρηση της υγείας

1.6 Σύνοψη κεφαλαίου

Η Νοσηλευτική είναι τέχνη και επιστήμη που απαιτεί τη συνεχόμενη φροντίδα και επικοινωνία με τους ασθενείς. Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελείται και από την άτυπη φροντίδα η οποία αποτελείται κυρίως από την οικογένεια, στενούς φίλους και συγγενείς. Για να είναι μία φροντίδα αποτελεσματική πρέπει να είναι ποιοτική. Στην ποιότητα της φροντίδας συγκαταλέγονται κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες που πρέπει να ακολουθούνται τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τους άτυπους φροντιστές. Στις μέρες μας υπάρχει το φαινόμενο της άτυπης φροντίδας το οποίο κυριαρχεί σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας. Αυτό το φαινόμενο έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία καθώς υπάρχει σημαντική έλλειψη στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Κεφάλαιο 2 Ο Νοσηλευτής και οι ρόλοι του

Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι πολυδιάστατος και εκδηλώνεται ανάλογα με τον τομέα και τη θέση εργασίας του νοσηλευτή. Έτσι, εάν ο νοσηλευτής βρίσκεται σε θέση διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας ασχολείται με τα καθήκοντα της διοίκησης και με την ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού. Ακολούθως, εάν ο νοσηλευτής εργάζεται σε νοσηλευτικό τμήμα αυτομάτως αποκτά διαφορετικό ρόλο. Έτσι, ο νοσηλευτής βρίσκεται σε ρόλο κλινικό, εκπαιδευτικό, κοινοτικό, συμβουλευτικό, της αγωγής υγείας και του παρέχοντα φροντίδα (Γιαννοπούλου 1990, Nies & McEwen 2001, Δημητριάδου 2008).

2.1 Επιθυμητά Χαρακτηριστικά Νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές, πρέπει να έχουν ευφυΐα, αξιοπιστία και ευχάριστη προσωπικότητα σαν κύρια χαρακτηριστικά τους. Επιπλέον, χαρακτηριστικά που βοηθούν στην επιτυχία είναι:

- Προσαρμοστικότητα
- Συναίσθηση
- Ενθουσιασμός
- Φιλική στάση
- Πραγματικό ενδιαφέρον για τους ανθρώπους
- Δυνατότητα πρωτοβουλιών
- Λεπτότητα
- Επιθυμία για μάθηση
- Διακριτικότητα
- Καλή υγεία
- Προσεγμένη εμφάνιση
- Ευχάριστη φωνή και χαμόγελο (Keir et al.2002)

2.2 Ο Νοσηλευτής στο ρόλο του παρέχοντα φροντίδα

Ο νοσηλευτής στο ρόλο του παρέχοντα φροντίδα υπάρχει σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τη Δημητριάδου (2008) «η διαδικασία της φροντίδας καλύπτει τι γίνεται στον ασθενή, με τον ασθενή και για τον ασθενή ή τον καταναλωτή της υγειονομικής περίθαλψης, οι δραστηριότητες αυτές των νοσηλευτών περιγράφονται ως νοσηλευτική φροντίδα».

Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνει γνωστικές δεξιότητες, τεχνικές επικοινωνίας και διαπροσωπικές δεξιότητες. Ο νοσηλευτής τον περισσότερο χρόνο του περνά στο πλάι του ασθενούς καθώς για να είναι αποτελεσματική η διεργασία πρέπει να γίνεται πρόσωπο με πρόσωπο η επικοινωνία (Δημητριάδου 2008).

Ορισμένοι μελετητές διακρίνουν τη φροντίδα σε φυσική και συναισθηματική εργασία. Ενώ άλλοι την διακρίνουν σε οργανική και εκφραστική φροντίδα. Σύμφωνα με τη Δημητριάδου (2008) ο νοσηλευτής στο ρόλο του παρέχοντα φροντίδα καλείται να ικανοποιήσει διανοητικές, κοινωνικές, πνευματικές, πολιτισμικές και αναπτυξιακές ανάγκες του αρρώστου.

Εξ αιτίας της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς οι νοσηλευτές έχουν μεγάλο συναισθηματικό φόρτο που έχει αρνητικό αντίκτυπο την υγεία τους. Η εργασία των νοσηλευτών είναι απαιτητική, πιεστική και οδηγεί στην εξάντληση και επαγγελματική εξουθένωση.

2.2.1 Ο Νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή

Ο Νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή αναφέρεται:

- α) στην εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών
- β) στην εκπαίδευση συνοδών και ασθενών (Δημητριάδου 2008).

Ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας είναι δάσκαλος της κοινωνίας σε θέματα υγείας και έχει ως στόχο την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας (Δημητριάδου 2008). Ο στόχος του νοσηλευτή για την προαγωγή υγείας είναι ο ασθενής να αυτοπροστατευθεί παίρνοντας ατομικά μέτρα για την υγεία του και να διεκδικήσει την λήψη μέτρων από άλλους υπεύθυνους.

Στην Δημητριάδου (2008) αναφέρεται ότι πολλές φορές η εκπαίδευση γίνεται άτυπη από ευαισθητοποιημένους εκπαιδευτές και αξιολογείται κατά τη δική τους κρίση. Η ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού και η έλλειψη χρόνου δημιουργούν προβλήματα και στους ίδιους τους νοσηλευτές.

Ο εξειδικευμένος νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει τους ασθενείς να αναζητήσουν μόνοι τους πληροφορίες. Πολλοί σήμερα έχουν πρόσβαση στο Διαδίκτυο από την κατοικία τους είτε από δημόσιους χώρους. Αναζητώντας απαντήσεις σε προσωπικές τους ανάγκες, τα άτομα αποδέχονται την ευθύνη της πληροφόρησής τους. Με τον τρόπο αυτό αυξάνουν την αυτοπεποίθησή τους και βελτιώνουν την εικόνα του εαυτού τους (McEwen & Wills 2004, Κοτζαμπασάκη 2010).

Πίνακας 2.1 Διαφορές ανάμεσα στη διδασκαλία και μάθηση σπουδαστών της Νοσηλευτικής και ασθενών- οικογενειών

<u>Σπουδαστές</u>	<u>Ασθενείς, οικογένειες</u>
Πραγματικό ενδιαφέρον για μάθηση.	Μπορεί να μην έχουν ενδιαφέρον για μάθηση, μπορεί να είναι αρνητικοί ή να βιώνουν κατάθλιψη.
Επιθυμούν να μάθουν προκειμένου να τελειώσουν τις σπουδές και να μπουν στην αγορά εργασίας.	Μπορεί να μην είναι έτοιμοι να μάθουν, πρέπει πρώτα να αποδεχθούν την κατάσταση τους.
Ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και μνήμη φυσιολογικές.	Ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και μνήμη μπορεί να μην είναι φυσιολογικές, εξαιτίας της αρρώστιας, της κόπωσης ή της ηλικίας.
Η ειδική ορολογία που αφορά στη Νοσηλευτική και την υγεία του είναι κατανοητή.	Η ειδική ορολογία πρέπει να απλοποιηθεί ώστε να είναι κατανοητή.
Διαθέτουν μια υψηλού επιπέδου εκπαιδευτική υποδομή.	Η εκπαιδευτική τους υποδομή ποικίλλει, ενώ μπορεί να υπάρχουν ασθενείς ή μέλη οικογενειών με μαθησιακές δυσκολίες.
Περιμένουν να αξιολογηθούν για τη μάθησή τους.	Μπορεί να αισθάνονται άγχος ή απειλή εξαιτίας της αξιολόγησης.

Πηγή: Κοτζαμπασάκη (2010)

Οι νοσηλευτές μπορούν να θέσουν σε εφαρμογή τις ιδέες που διατυπώνονται, να προβαίνουν σε κατάλληλες παρεμβάσεις, να εντοπίζουν φορείς ενημέρωσης και να διευκολύνουν την ενδυνάμωση της ομάδας. Προκειμένου να διευκολυνθεί η σχέση μεταξύ εκπαιδευτή-εκπαιδευόμενου πρέπει να υπάρχει αυτοπεποίθηση, επαγγελματική ικανότητα, ευαισθησία απέναντι στον άνθρωπο και επικοινωνιακή ικανότητα. Πριν από την έναρξη της εκπαίδευσης σημαντικό ρόλο παίζει η ενθάρρυνση της συμμετοχής και η αλληλεπίδραση αμοιβαίων σχέσεων εμπιστοσύνης (Γιαννοπούλου 1990, Nies & McEwen 2001).

2.2.2 Ο Κοινοτικός Νοσηλευτής

Στο πλαίσιο της κοινότητας, ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι συχνά αυτός ο οποίος είναι περισσότερο ενήμερος για την κατάσταση της υγείας των αρρώστων, για οποιαδήποτε εμπόδια αντιμετωπίζουν σε ό, τι αφορά την παροχή της απαιτούμενης περίθαλψης και για άλλους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους. Ο κοινοτικός νοσηλευτής λειτουργεί ως ένας συνήγορος σχετικά με τις βελτιωμένες ατομικές και κοινοτικές αντιδράσεις στις ανάγκες, αποτελεί μέλος των δημόσια χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων, είναι προαγωγός των κοινωνικών παρεμβάσεων που βελτιώνουν τις συνθήκες ζωής των ευπαθών οικογενειών και δρα σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να βελτιωθεί ο συντονισμός των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τους Γιαννοπούλου (1990) & Nies & McEwen (2001) οι νοσηλευτές υγιεινής αποτελούν μία σημαντική πηγή πρωτογενούς υγειονομικής περίθαλψης και πληροφοριών που αφορούν την υγεία όλων των οικογενειών. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές μπορούν να αφυπνίσουν την κοινότητα των επαγγελματιών υγείας, τους επικεφαλής των επιχειρήσεων, τις θρησκευτικές ομάδες και τις εθελοντικές οργανώσεις όσον αφορά την υγεία των αρρώστων και τις στρατηγικές που μπορούν να βελτιώσουν την υγεία τους.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές, τόσο ατομικά όσο και σε ομάδες, μπορούν να επηρεάσουν τον προγραμματισμό και την υλοποίηση των απαραίτητων αλλαγών στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή υγεία (Γιαννοπούλου 1990).

2.2.3 Ο Νοσηλευτής Ποιότητας

Ο νοσηλευτής ποιότητας είναι ο σύνδεσμος μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του υπεύθυνου ποιότητας του νοσοκομείου. Είναι υπεύθυνος για τον προγραμματισμό και την ταξινόμηση προβλημάτων νοσηλευτικής φροντίδας που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Συλλέγει στοιχεία, βοηθάει στην ανάπτυξη εργαλείων για αξιολόγηση ποιότητας και προτείνει αλλαγές που πρέπει να γίνουν για βελτίωση ποιότητας των νοσηλευτικών διεργασιών. Ασχολείται με τη συγγραφή και δημιουργία προτύπων σε συνεργασία με τη διοίκηση του νοσοκομείου (Δρακουλόγκωνα 2004).

Ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για να:

- Συντονίζει
- Προγραμματίζει
- Επιβλέπει
- Επικοινωνεί
- Συλλέγει δεδομένα
- Επεξεργάζεται δεδομένα
- Διεξάγει έρευνα
- Αξιολογεί (Δρακουλόγκωνα 2004).

Ο νοσηλευτής ποιότητας συμβουλεύει για καινούριες τεχνικές, υποστηρίζει την προσπάθεια για βελτίωση των νοσηλευτών, θέτει συναντήσεις και συζητεί τα προβλήματα που έχουν προκύψει ενώ καταγράφει κάθε δραστηριότητα. Εκτιμάει το πρόγραμμα παροχής φροντίδας για να είναι σίγουρος ότι προχωράει σύμφωνα με τους στόχους της ομάδας ποιότητας. Είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για τις προσπάθειες διασφάλισης ποιότητας και ότι έχει κατανοήσει και εφαρμόζει όλες εκείνες τις διαδικασίες που οδηγούν στην ποιοτική αντιμετώπιση του ασθενή (Δρακουλόγκωνα 2004).

2.3 Κώδικας Δεοντολογίας Νοσηλευτών

Ως ιατρικός εκπρόσωπος οι νοσηλευτές διέπονται από δεοντολογικούς κανόνες. Πρέπει να θυμούνται ότι ο αρχικός στόχος στην άσκηση της ιατρικής είναι η καλή κατάσταση του ασθενή και όχι το κέρδος τους. Ο γιατρός μπορεί να αποκαλύπτει πληροφορίες για τον ασθενή, όταν έχει τη γραπτή του συναίνεση ή όταν απαιτείται από το νόμο (Fry & Johnstone 2005).

Πληροφορίες που μπορεί να αναφερθούν είναι:

- Γεννήσεις και θάνατοι.
- Τραυματισμοί από όπλο, μαχαίρι και δηλητηρίαση.
- Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Υποψία βιασμού παιδιών (Keir et al. 2002).

Επίσης, τα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας είναι αφοσιωμένα στην ενσυνείδητη διεξαγωγή του επαγγέλματός τους και αγωνίζονται πάντα για να:

α. Παράσχουν τις υπηρεσίες τους με πλήρη σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

β. Σέβονται τις εμπιστευτικές πληροφορίες που παίρνουν λόγω της θέσης τους, εκτός και αν η καταγραφή τέτοιων πληροφοριών απαιτείται νομικά.

γ. Διατηρούν την τιμή και τις υψηλές αρχές του επαγγέλματός τους και δέχονται τις πειθαρχικές τιμωρίες.

δ. Αναζητούν συνεχή βελτίωση των γνώσεων και ικανοτήτων της νοσηλευτικής τους εργασίας για το καλό των ασθενών και των συναδέλφων τους.

ε. Συμμετέχουν σε επιπλέον δραστηριότητες που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας και της καλής κατάστασης της κοινωνίας (Keir et al. 2002, Ομπέση 2010).

Σύμφωνα με τον Κώδικα της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας οι υποχρεώσεις του νοσηλευτή χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

- τις γενικές και
- τις εξειδικευμένες

Στις γενικές υποχρεώσεις συγκαταλέγονται:

α) Έναντι του κοινωνικού συνόλου και των δημοσίων αρχών

Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας (Fry & Johnstone 2005). Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να τη θέσει σε κίνδυνο. Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του και τη συνδρομή του στις δημόσιες αρχές για την προαγωγή και διαφύλαξη της δημόσιας υγείας, τόσο στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής, όσο και κατά την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (Ομπέση 2010).

β) Έναντι των ασθενών

Ο νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του ανεξαρτησία. Στοχεύοντας το συμφέρον του ασθενούς στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο.

Ο νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενούς. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατόν να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενούς.

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

Ο νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον (Δημητριάδου 2008).

Ο νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενούς, και απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών, των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση των καθηκόντων του (Σαρρής 2001).

γ. Έναντι των συναδέλφων του και του ιατρικού και λοιπού προσωπικού

Ο νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών.

Πρέπει, επίσης, να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να δημιουργήσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε προσωπική διαφήμιση, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που ασκούν μη νόμιμα το επάγγελμα ή αθέμιτο ανταγωνισμό συναδέλφων.

Απαγορεύεται στο νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των συναδέλφων του, των ιατρών και του λοιπού προσωπικού (Ομπέση 2010).

Στις εξειδικευμένες υποχρεώσεις του νοσηλευτή συγκαταλέγονται:

α) Στα πλαίσια της έρευνας:

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

β) Στα πλαίσια της παιδιατρικής νοσηλευτικής

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

γ) Στα πλαίσια της ψυχιατρικής νοσηλευτικής

Ο νοσηλευτής οφείλει τον απαραίτητο σεβασμό στην προσωπικότητα του ψυχιατρικού ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τη βούλησή του στις περιπτώσεις εκείνες που είναι σε θέση να την εκφράσει.

δ) Στα πλαίσια της κοινοτικής νοσηλευτικής

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και υποστηρικτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες του σε στενή συνεργασία με την ομάδα υγείας, το φορέα στα πλαίσια του οποίου γίνεται η παροχή, καθώς και τις δημόσιες αρχές για την προστασία της δημόσιας υγείας (Ομπέση 2010).



2.4 Καθήκοντα Νοσηλεύτη

Ο επαγγελματισμός είναι η μέθοδος στην οποία ασκείται και ειδικεύεται ένας νοσηλεύτης. Ένας επαγγελματίας νοσηλεύτης πρέπει να έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Μερικά από τα οποία είναι:

- αυτοσεβασμός
- αυτοπεποίθηση
- απόλαυση της ζωής
- σεβασμός στα συναισθήματα των άλλων
- συγκεκριμένες γνώσεις και ικανότητες

Οι νοσηλεύτες έχουν μία ευρεία σειρά καθηκόντων σε πολλές πλευρές της ιατρικής άσκησης. Η δουλειά τους περιλαμβάνει προγραμματισμό και καταγραφή στοιχείων των ασθενών, διατήρηση ιατρικών δεδομένων, εκτύπωση, χειρισμό τηλεφωνικών κλήσεων, αλληλογραφία, αναφορές, χειρόγραφα, καθώς και ευθύνη για τη φροντίδα του γραφείου, για θέματα ασφάλειας, διατήρηση λογαριασμών κ.ά. (Γιαννοπούλου 1990).

Τα κλινικά τους καθήκοντα μπορεί να περιλαμβάνουν:

- προετοιμασία του ασθενούς για εξέταση
- μέτρηση ζωτικών σημείων
- λήψη ιατρικού ιστορικού
- βοήθεια στις εξετάσεις φυσικοθεραπείας
- εκτέλεση εργαστηριακών διαδικασιών ρουτίνας και ηλεκτροκαρδιογράφημα
- αποστείρωση οργάνων και εφοδίων για τις διαδικασίες του γραφείου
- καθοδήγηση των ασθενών στην προετοιμασία ακτινολογικών και εργαστηριακών εξετάσεων (Γιαννοπούλου 1990).

2.5 Χαρακτηριστικά Σύγχρονου Νοσηλευτή

Η άσκηση των σύγχρονων νοσηλευτών εξυπηρετεί σε μια σημαντική λειτουργία, στην επέκταση των δυνατοτήτων στη φροντίδα της υγείας από ένα γιατρό. Η γνώση της ιατρικής ορολογίας, ανατομίας και φυσιολογίας, καθώς και οι ικανότητες επικοινωνίας και κλινικής βοήθειας είναι πολύ σημαντικές. Ο καθένας στη δουλειά της νοσηλείας έχει ως κύριο ρόλο να βοηθά τον ασθενή να καταλάβει την ασθένειά του και τις μεθόδους πρόληψης της ασθένειας (Keir et al.2002).

Σύμφωνα με την έρευνα της Δημητριάδου (2008) ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- προσωπικά (να είναι ανθρωπιστής, ιδεολόγος, ανιδιοτελής, να επιδεικνύει αλληλεγγύη, να προσφέρει χωρίς συμφέρον)
- ιδιότητες επαγγελματισμού (να είναι επαγγελματίας, να έχει γνώσεις και ικανότητες)
- ηγετικά (να είναι δυναμικός, να αναλαμβάνει τις ευθύνες του και να έχει κριτική ικανότητα)
- ικανότητα συλλογικής δράσης και συνδικαλιστική συνείδηση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω τα αποτελέσματα έχουν ως εξής: το 41,3 % του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να κατέχει τα προσωπικά χαρακτηριστικά, το 36,8 % πρέπει να κατέχει τις επαγγελματικές ιδιότητες, το 10,9 % πρέπει να έχει ηγετικά χαρακτηριστικά και να έχει τη δυνατότητα συλλογικής δράσης και συνδικαλιστικής συνείδησης.

2.6 Σχέση Ασθενή - Νοσηλευτή

Η DeWit (2009) ισχυρίζεται ότι για μια σωστή και επιτυχημένη επικοινωνία πρέπει να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς επικεντρώνεται στον ασθενή και έχει συγκεκριμένους στόχους. Η επικοινωνία ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή είναι σημαντικός παράγοντας και πρέπει να δημιουργεί εμπιστοσύνη. Αυτό σημαίνει διατήρηση του απόρρητου για όλες τις πληροφορίες που αφορούν έναν ασθενή και δεν θα πρέπει να αποκαλύπτονται σε άτομα τα οποία δεν έχουν άμεση σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς (Σαρρής 2001). Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή είναι η αποκάλυψη της αληθείας.

Επίσης, το είδος της ασθένειας και η κατάσταση της υγείας του ασθενή επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς. Για παράδειγμα, όταν η ασθένεια εξελίσσεται αργά, ο ασθενής έχει τον απαιτούμενο χρόνο να δημιουργήσει μηχανισμούς ψυχοσυναισθηματικής προσαρμογής σε αυτήν. Ενώ, όταν η ασθένεια εμφανίζεται αιφνίδια και η εκδήλωση των συμπτωμάτων ή επιπλοκών εκφράζεται με οξύτητα, τότε ο ασθενής αδυνατεί να προσαρμοστεί στον ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο (Δρακουλόγκωνα 2004).

Ο χώρος στον οποίο γίνεται η αντιμετώπιση της ασθένειας και η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας έχει επίσης ιδιαίτερη σημασία. Όταν οι ασθενείς δέχονται νοσηλευτική φροντίδα στο περιβάλλον του σπιτιού, τότε ασκούν περισσότερο έλεγχο έναντι του νοσηλευτή, ενώ αντίθετα ασκούν πολύ λιγότερο έλεγχο, όταν νοσηλεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς σε νοσοκομείο.

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων νοσηλευτή-ασθενή αποτελεί ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας. Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας ασθενής αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησής του. Συνήθως, η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν (Δρακουλόγκωνα 2004).

Η σχέση ασθενή και νοσηλευτή διακρίνεται σε:

- κοινωνική και
- θεραπευτική

Η κοινωνική σχέση διαφέρει από τη θεραπευτική στο ότι εστιάζεται και στα δύο μέλη και ο σκοπός της είναι η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών του ασθενούς.

Χαρακτηριστικά του νοσηλευτή που διευκολύνουν τη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενούς είναι:

- οι αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας
- η ποιότητα της συναίσθησης (ικανότητα να κατανοεί κάποιος ένα άλλο άτομο)
- η επιθυμία να βοηθήσει
- η ειλικρίνεια
- η μη επικριτική διάθεση
- η αυθεντικότητα
- η αποδοχή και ο σεβασμός προς το άτομο (DeWit 2001).

Οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ασθενή- νοσηλευτή είναι:

- Η ηλικία
- Η κοινωνική θέση
- Το φύλο
- Η φυλετική καταγωγή

Η περιορισμένη ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εντάσεων και αντιθέσεων οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς (DeWit 2001, Δρακουλόγκωνα 2004). Πρέπει να υπάρχει αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον νοσηλευτή και ασθενή ώστε να είναι η νοσηλεία αποτελεσματική και χωρίς εντάσεις.

2.7 Σύνοψη κεφαλαίου

Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι πολυδιάστατος και εκδηλώνεται ανάλογα με τον τομέα και τη θέση εργασίας του νοσηλευτή. Έτσι, ο νοσηλευτής βρίσκεται σε ρόλο κλινικό, εκπαιδευτικό, κοινοτικό, συμβουλευτικό, της αγωγής υγείας και του παρέχοντα φροντίδα. Οι νοσηλευτές, επίσης, ως ιατρικός εκπρόσωπος διέπονται από δεοντολογικούς κανόνες. Πρέπει να θυμούνται ότι ο αρχικός στόχος στην άσκηση της ιατρικής είναι η καλή κατάσταση του ασθενή και όχι το κέρδος τους. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ομαλή πορεία της νοσηλείας του ασθενούς είναι η σχέση ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς επικεντρώνεται στον ασθενή και έχει συγκεκριμένους στόχους. Η επικοινωνία ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή είναι σημαντικός παράγοντας και πρέπει να δημιουργεί εμπιστοσύνη.

Κεφάλαιο 3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών φορέων, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς (Σωτηριάδου και συν. 2011). Σύμφωνα με το έτος 2003 στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ υπήρχαν περίπου 3.500 γιατροί, 2.000 νοσηλευτές και 3.000 λοιπό προσωπικό. Στον ιδιωτικό τομέα, υπολογίζεται ότι λειτουργούν περίπου 20.000 ιδιωτικά ιατρεία και 9.000 οδοντιατρεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει ως στόχο:

- Εκπαίδευση πάνω στα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους
- Διαφώτιση σε θέματα διατροφής
- Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής
- Εξασφάλιση φροντίδας υγείας της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού
- Πραγματοποίηση εμβολιασμών για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα
- Πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νοσημάτων
- Θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών
- Παροχή των απαραίτητων φαρμάκων

Οι πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας άρχισε να εξελίσσεται πριν το 2^ο παγκόσμιο πόλεμο με παρεμβάσεις από το κράτος, με υποστήριξη της εκκλησίας διοργανώνοντας διάφορες φιλανθρωπικές δράσεις και ταμεία αλληλοβοήθειας. Το 1923 ψηφίστηκε ο νόμος “Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας” που προέβλεπε τη λειτουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων. Έτσι, αργότερα το 1983 δημιουργήθηκαν τα Κέντρα Υγείας (Σωτηριάδου και συν. 2011).

Σύμφωνα με το νόμο 1397/1983 ο σκοπός των Κέντρων Υγείας ήταν:

- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- Η ιατρική της εργασίας
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής
- Η ενημέρωση και διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή

3.1.1 Υποδομή και εξοπλισμός των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα

Οι χώροι και ο εξοπλισμός που πρέπει να έχουν τα Κέντρα Υγείας είναι:

- Εξεταστικοί χώροι
- Βασικός διαγνωστικός εξοπλισμός (π.χ. σφυγμομανόμετρο, ωτοσκόπιο, οφθαλμοσκόπιο, στηθοσκόπιο)
- Ακτινολογικό εργαστήριο
- Μικροβιολογικό εργαστήριο
- Σηπτικό χειρουργείο
- Μονάδα βραχείας νοσηλείας
- Οδοντιατρείο
- Ασθενοφόρο

Η Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας, μαζί με την ιατρική και τη διοικητική υπηρεσία, αφού τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων (Σωτηριάδου και συν. 2011).

3.1.2 Κύρια προβλήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

- Ανακολουθία μεταξύ νομοθετικών ρυθμίσεων και πρακτικής εφαρμογής τους
- Μη διερεύνηση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού με αποτέλεσμα την ανάπτυξη περιττών υπηρεσιών
- Έλλειψη μηχανισμού αξιολόγησης της λειτουργίας των κέντρων υγείας
- Αδυναμία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές περιοχές
- Περιορισμός της συνέχειας στη φροντίδα λόγω έλλειψης συστήματος
- Έλλιπής στελέχωση των κέντρων υγείας με ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό
- Περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των νοσοκομείων ή προσφυγή σε ιδιώτες ιατρούς
- Μη προσδιορισμός του επιστημονικού πλαισίου εντός του οποίου κινούνται οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στο σύστημα της ΠΦΥ
- Οι κατ' οίκον επισκέψεις και η φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα που είναι περιορισμένοι στο σπίτι είναι αποσπασματική και πραγματοποιείται από ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό
- Οι εμβολιασμοί διενεργούνται αποσπασματικά χωρίς συστηματική εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης του πληθυσμού (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008).

3.2 Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας δίδεται από τα μικρότερα περιφερειακά νοσοκομεία, που διαθέτουν της βασικές ιατρικές ειδικότητες αλλά δεν έχουν τον πλήρη ιατρικό εξοπλισμό.

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δίδεται από τα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν πλήρη ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πλήρη εξειδικευμένο ιατρικό εξοπλισμό και κατάλληλες υλικές υποδομές (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου 2008).

Τα Κέντρα Υγείας κατανέμονται έτσι ώστε να καλύπτουν και να εξασφαλίζουν τη φροντίδα σε όλο τον αστικό και αγροτικό πληθυσμό. Τα Κέντρα υγείας συνεργάζονται άμεσα με τα νοσοκομεία της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας.

Απαραίτητοι χώροι για την ομαλή λειτουργία των Κέντρων Υγείας είναι οι παρακάτω:

- Αίθουσα υποδοχής, η οποία αποτελεί συνήθως τον κεντρικό χώρο του κτιρίου και εκεί δίνονται πληροφορίες και κατευθύνσεις για την εξυπηρέτηση των ατόμων.
- Γραφεία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και τραπεζαρία ή κάποιος χώρος αναπαύσεως.
- Αίθουσες ιατρικής εξέτασης οι οποίες είναι ανάλογες σε αριθμό με της ειδικότητες που διαθέτει το κέντρο.
- Αίθουσα μικροεπεμβάσεων που χρησιμοποιείται για διάφορες απλές επεμβάσεις της συρραφή τραύματος, τοποθέτηση γύψου, αφαίρεση ξένων σωμάτων κλπ.
- Δωμάτιο φιλοξενίας αρρώστων όπου φιλοξενούνται οι άρρωστοι που χρειάζονται παρακολούθηση για τις ώρες είτε γιατί έκαναν επέμβαση, είτε γιατί χρειάζεται να αποφασιστεί κατά πόσον ο άρρωστος μπορεί να πάει σπίτι του ή να σταλεί σε νοσοκομείο.

- Χώρος φυσιοθεραπείας όπου είναι ιδιαίτερα χρήσιμος διότι μπορεί το άτομο να κάνει τη φυσιοθεραπεία του χωρίς να χρειάζεται να ξοδεύει σε ιδιώτες ή να αναγκάζεται να πάει σε νοσοκομείο.
- Αίθουσες διδασκαλίας που χρησιμοποιούνται για της εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού του Κέντρου Υγείας και για ομαδική διδασκαλία του πληθυσμού της κοινότητας.
- Μικροβιολογικό εργαστήριο.
- Ακτινολογικό εργαστήριο.



3.3 Σημερινή κατάσταση των Ελληνικών Κέντρων Υγείας

Σε όλα τα Κέντρα Υγείας της Ελλάδας υπάρχουν ελλείψεις σε πολλές υπηρεσίες. Οι ελλείψεις που παρατηρήθηκαν τα τελευταία έτη περιλαμβάνονται στα ακόλουθα επίπεδα:

- Ανθρώπινο δυναμικό
- Τεχνολογικός εξοπλισμός
- Δυνατότητα διάγνωσης και παρέμβασης
- Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι σημαντικότερες ελλείψεις παρατηρούνται στο ιατρικό και κυρίως στο νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν υπάρχουν αρκετοί ειδικευόμενοι γιατροί ώστε να εξυπηρετούνται όλες οι ιατρικές ειδικότητες και δεν υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτές ώστε να εξυπηρετείται έγκαιρα ο πληθυσμός.

Σε έρευνα που έγινε δείχνει ότι σε όλα τα κέντρα υγείας υπάρχει ηλεκτροκαρδιογράφος αλλά διαπιστώθηκαν κάποιες ελλείψεις. Απινιδωτής υπάρχει στα 29,1% από τους οποίους το 27,8% λειτουργούν σε όλη τη διάρκεια του 24ώρου. Ακτινολογικό μηχάνημα έχει το 88,8% των Κέντρων Υγείας. Από αυτά το 17,7% λειτουργούν όλο το 24ωρο. Μηχανικός αναπνευστήρας υφίσταται σε ποσοστό 32,9%. Η τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα είναι εφικτή σε 25,3%. Το οξυγόνο είναι διαθέσιμο σε ποσοστό 97,5% του συνόλου των Κέντρων Υγείας (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη (2009) η διάγνωση ενός εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι εφικτή σε ποσοστό 91,2%, η δυνατότητα αντιμετώπισης μιας καρδιακής συγκοπής σε 4,7%, η εμπειρία τοποθέτησης ενδοτραχειακού σωλήνα σε 25,3%, η δυνατότητα επείγουσας τραχειοτομίας σε 7,5%, η αντιμετώπιση πνευμοθώρακα σε 20,2%, η παρακέντηση κοιλίας σε 37,9%, η οσφυονωτιαία παρακέντηση σε 17,7% και η εμπειρία ανάταξης διαστρέμματος σε ποσοστό 44,3% του συνόλου των Κέντρων Υγείας.

Όσον αφορά τις εργαστηριακές εξετάσεις, οι βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις είναι δυνατόν να εκτελεστούν σε 78,6%, η γενική ανάλυση ούρων σε

62,2%, η καλλιέργεια ούρων σε 31,6% και η καλλιέργεια αίματος σε ποσοστό 15,1% των Κέντρων Υγείας (Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009).

Η πραγματικότητα είναι ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι μια έννοια παρεξηγημένη και διαστρεβλωμένη και δεν μοιάζει σε ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού (Σωτηριάδου και συν. 2011). Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο και αναγνωρίζεται ως πολυδιάστατο από την Παγκόσμια Συμβουλευτική Ομάδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Sapountzi-Krepia et al. 2006).



3.4 Νοσηρότητα και Θνησιμότητα στην Ελλάδα

Η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού αύξησε σημαντικά την νοσηρότητα και την θνησιμότητα σε όλη την Ελλάδα (Sapountzi-Krepia et.al 2006, Δημητριάδου 2008, Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη 2009). Το υπάρχον νοσηλευτικό προσωπικό και η επιβάρυνση των καθηκόντων του σε σχέση με το μεγάλο αριθμό ασθενών δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στην εργασία του και δημιουργεί αύξηση της θνησιμότητας (Δημητριάδου 2008).

Με βάση την έρευνα των Αποστολοπούλου & Παπαματθαϊάκη (2009) οι αιτίες των νοσημάτων και θανάτων είναι οι εξής:

- Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος
- Νοσήματα πεπτικού συστήματος
- Νοσήματα κακώσεων και δηλητηριάσεων
- Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος
- Εργατικά ατυχήματα
- Καρκίνος

Οι πέντε κυριότερες αιτίες θανάτων είναι:

- Τα καρδιακά νοσήματα
- Τα νεοπλάσματα
- Τα νοσήματα των αγγείων το εγκεφάλου
- Τα νοσήματα του αναπνευστικού
- Τα ατυχήματα

3.5 Οργάνωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία υπάγεται ιεραρχικά στο Διοικητή του Νοσοκομείου και διαρθρώνεται ως εξής:

- 1) Μία Νοσηλευτική Διεύθυνση
- 2) Νοσηλευτικές Υποδιευθύνσεις – Νοσηλευτικοί Τομείς
- 3) Νοσηλευτικά Τμήματα
- 4) Νοσηλευτικές Μονάδες
- 5) Ειδικά Γραφεία Νοσηλευτικής Διεύθυνσης

Πίνακας 3.1 Οργανόγραμμα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Π.Γ.Ν.Π.

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Π.Γ.Ν.Π.				
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ Ν.Υ.				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ			ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	
ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΦΗΜΕΡΙΑΣ				
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΤΟΜΕΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ
Α' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	Α' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	Α' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ - ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ
Β' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	Β' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	Β' ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑ
Γ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	Μ.Ε.Ν. ΝΕΟΓΝΩΝ	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	Α' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	Μ.Ε.Θ. ΠΑΙΔΩΝ	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	Β' ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ - ΛΙΘΟΤΡΙΨΙΑ	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ	ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ	ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΟ	
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ - ΜΟΝΑΔΑ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΝΕΦΡΟΥ	ΩΡΛ	ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ Α	Μ.Ε.Θ. - Μ.Α.Φ. ΕΝΗΛΙΚΩΝ	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	
ΜΟΝ. ΜΕΣΟΓ/ΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ - ΜΟΝ. ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΜΥΕΛΟΥ ΟΣΤΩΝ	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ (ΜΟΝ. ΤΕΧΝ. ΝΕΦΡΟΥ Β - ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ)	ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ	ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ - ΤΜΗΜΑ ΙΩΔΙΟΥ	ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ	ΝΕΚΡΟΤΟΜΕΙΟ	

Πηγή: <http://www.pgnp.gr/?section=2383&language=el> GR

Η νοσηλευτική διοίκηση έχει σχέση με την εκτέλεση των λειτουργιών του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της στελέχωσης, της διεύθυνσης, του ελέγχου των δραστηριοτήτων μιας οργανωμένης νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Τα πλεονεκτήματα της οργανωμένης φροντίδας υγείας είναι:

- η παροχή γρήγορης θεραπείας σε περιπτώσεις που κινδυνεύει η ζωή του ασθενούς
- παροχή ποιοτικής φροντίδας βάσει προγραμμάτων βασισμένων στα σχόλια των ασθενών
- έλεγχος του υγειονομικού κόστους και έλεγχος των ιατρονοσηλευτικών λαθών

Σύμφωνα με το Αμερικάνικο Οργανισμό των Διευθυντικών Νοσηλευτικών Στελεχών, τα στελέχη της νοσηλευτικής θα πρέπει να διαθέτουν:

- Δεξιότητες επικοινωνίας- διαπροσωπικών σχέσεων
- Γνώση του περιβάλλοντος και του συστήματος υγείας
- Επαγγελματισμό
- Γνώση των αρχών διοίκησης και ικανότητα εφαρμογής τους
- Ηγετικές ικανότητες (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου).

3.5.1 Στελέχωση Νοσηλευτών

Ως στελέχωση ορίζεται «η σαφής και συστηματική διαδικασία προσδιορισμού της αριθμητικής και ποιοτικής σύνθεσης του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται για την εξασφάλιση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, προκαθορισμένων προτύπων σε μια ομάδα ασθενών και σε συγκεκριμένο περιβάλλον».

Σύμφωνα με τους Δημητριάδου (2008) και Δημητριάδου και συν. (2009) «η επαρκής στελέχωση αποτελεί αναγκαία συνθήκη ώστε οι νοσηλευτές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και να αναπτύξουν όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου».

Η επάρκεια της στελέχωσης απαιτεί από τους νοσηλευτές πανεπιστημιακή εκπαίδευση ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες των ασθενών και να αποφευχθούν τυχόν λάθη. Στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχουν αρκετές κενές οργανικές θέσεις καθώς δεν γίνονται προσλήψεις από το Δημόσιο και δεν

καλύπτονται οι θέσεις από τους εργαζόμενους που συνταξιοδοτούνται (Δημητριάδου 2008).

Σύμφωνα με την μελέτη της Δημητριάδου (2008) η εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ δημοσίευσε ότι ενόψει των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004, το 35 % και το 38 % των νοσηλευτικών θέσεων παρέμειναν κενές στο νοσοκομείο Ευαγγελισμός και στο Ασκληπιείο, αντίστοιχα.

Σύμφωνα με έρευνα των Δημητριάδου και συν. (2009) και τον παρακάτω πίνακα προκύπτει ότι ο αριθμός των ασθενών σε μέση τιμή που αντιστοιχεί σε έναν νοσηλευτή στο παθολογικό τμήμα είναι 11 ασθενείς στην πρωινή βάρδια, 16 στην απογευματινή βάρδια και 24 στην απογευματινή βάρδια. Ενώ, στο χειρουργικό τμήμα αντιστοιχούν 10 ασθενείς στην πρωινή βάρδια, 15 στην απογευματινή και 28 στην βραδινή.

Πίνακας 3.2 Αριθμός ασθενών κατά μέση τιμή που αντιστοιχεί σε έναν νοσηλευτή στο ωράριο εργασίας

Ασθενείς που αντιστοιχούν σε έναν νοσηλευτή ανά ωράριο εργασίας	Είδος νοσηλευτικού τμήματος	N	Μέση τιμή
Ασθενείς στο ωράριο 7-3	Παθολογικό	77	11,20
	Χειρουργικό	63	10,45
Ασθενείς στο ωράριο 3-11	Παθολογικό	77	15,82
	Χειρουργικό	63	15,34
Ασθενείς στο ωράριο 11-7	Παθολογικό	77	24,38
	Χειρουργικό	63	28,12

Πηγή: Δημητριάδου και συν. (2009)

Με βάση διάφορες έρευνες οι νοσηλευτές δήλωσαν πως λόγω της υποστελέχωσης καλύπτουν μόνο τις βασικές ανάγκες των ασθενών και αδυνατούν να ασχοληθούν περαιτέρω με τους ασθενείς. Η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού, οι υπερωρίες, το κυκλικό ωράριο και η μη δυνατότητα άδειας οι νοσηλευτές δεν

μπορούν να ανταποκριθούν στις κοινωνικές υποχρεώσεις τους και πολύ περισσότερο λόγω της κόπωσης δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις οικογενειακές τους υποχρεώσεις (Forough et al. 2004). Ενώ συχνά τα προβλήματα της δουλειάς τους, τους απασχολούν ακόμη και στο σπίτι (Δημητριάδου και συν. 2009).

Το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται 5 ημέρες την εβδομάδα και 40 ώρες την εβδομάδα. Επιπλέον εργάζεται μιάνιση ώρα την εβδομάδα ως υποχρεωτική υπερωρία (Δημητριάδου 2008). Η Ελλάδα και η Πολωνία εμφανίζονται με τις μεγαλύτερες ώρες την εβδομάδα με 38,5 ώρες. Στην Ευρώπη ο μέσος όρος εργασίας είναι 32,5 ώρες και στις Κάτω Χώρες φτάνει στις 24,8 ώρες την εβδομάδα.

Για την νοσηλευτική εργασία το σημαντικότερο κομμάτι αποτελεί η εργασία σε βάρδιες. Για να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών και να λειτουργεί ομαλά το τμήμα πρέπει να υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό σε 24ωρη βάση (Δημητριάδου 2008). Με βάση τις έρευνες των Δημητριάδου (2008) και Δημητριάδου και συν. (2009) κυρίως οι νυκτερινές βάρδιες προκαλούν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Οι σημαντικότερες επιπτώσεις είναι οι παρακάτω:

- Διαταραχές ύπνου
- Προβλήματα πέψης
- Νευροψυχολογικές διαταραχές
- Υπερκόπωση
- Αυξημένη κατανάλωση οινόπνεύματος
- Μείωση απόδοσης
- Μείωση ικανοποίησης από την εργασία

Εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία των νοσηλευτών τα προβλήματα φέρουν και επιπτώσεις στην ποιότητα του έργου που παρέχουν στη δουλειά τους. Πολλές φορές λόγω της πολλής δουλειάς και της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού οι νοσηλευτές δεν έπαιρναν τις μέρες ανάπαυσης που δικαιούνταν κάθε εβδομάδα. Το φαινόμενο της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού έχει αναγνωριστεί από την Παγκόσμια Συμβουλευτική Ομάδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Δημητριάδου και συν. 2009).

Παρακάτω παρουσιάζεται στον πίνακα ο χρόνος που εκτιμάται ότι χρειάζεται μια βοηθητική νοσηλεύτρια ώστε να φροντίσει τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενούς.

Πίνακας 3.3 Μέσος χρόνος που χρειάζεται για την φροντίδα του ασθενούς από έναν βοηθό νοσηλευτή

Δραστηριότητες	Χρόνος σε λεπτά
Περιποίηση στόματος και προσώπου	5
Βοήθεια με το ντύσιμο	8
Τακτοποίηση κρεβατιού, χωρίς αλλαγή σεντονιών	3
Αλλαγή σεντονιών	5
Βοήθεια στη σίτιση	20
Βοήθεια στη λήψη φαρμάκων	1
Βοήθεια στη χορήγηση φαρμάκων (υπόθετα)	1
Παροχή ουροδοχείου	8
Βοήθεια στο λούσιμο	8
Βοήθεια στο μπάνιο	20
Βοήθεια στη μεταφορά από το κρεβάτι και σε αυτό πάλι	10
Βοήθεια στη μεταφορά σε άλλο τμήμα	20
Βοήθεια στις σωματικές ασκήσεις θεραπείας	15
Κοινωνικές δουλειές ασθενούς (ψώνια, τράπεζα)	10

Πηγή: Sapountzi-Krepia et.al (2006)

Ο χρόνος που καταναλώνεται για τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών είναι πολύ σημαντικός και το νοσηλευτικό προσωπικό χάνει αρκετό χρόνο με αυτές ώστε να παραμελούνται άλλες σημαντικές εργασίες. Η ανεπάρκεια του

νοσηλευτικού προσωπικού δημιουργεί σημαντικές επιπτώσεις στην εργασία των νοσηλευτών.

3.5.2 Εργασιακό περιβάλλον

Η δημιουργία ενός καλού εργασιακού περιβάλλοντος αποτελεί προτεραιότητα στις νοσοκομειακές μονάδες όπου παρά την χρησιμοποίηση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αποτελεί ένα παραγωγικό σύστημα εργασίας του οποίου κυρίαρχο στοιχείο αποτελεί ο ανθρώπινος παράγοντας. Όσο σύγχρονα εξοπλισμένος είναι ο οργανισμός και οι μέθοδοι τις οποίες χρησιμοποιεί, αν δεν είναι στελεχωμένος με το κατάλληλα ποιοτικά ανθρώπινο δυναμικό, οι στόχοι της διοίκησης ενός νοσοκομείου δεν είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν (Κελέση-Σταυροπούλου & Σταυροπούλου).

Η καταλληλότητα του νοσηλευτικού χώρου αποτελεί σημαντικό παράγοντα στις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, στη θετική εμπειρία των ασθενών και στην φροντίδα τους. Επίσης, και οι νοσηλευτές νιώθουν επαγγελματική ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν σε ένα καλό και σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον (Δημητριάδου και συν. 2009). Έρευνες δείχνουν πως στην Ελλάδα είναι απαρχαιωμένοι οι εργασιακοί χώροι και η υλική υποδομή. Υπάρχει μεγάλη απογοήτευση από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν με ικανοποίηση στην εργασία τους (Δημητριάδου και συν. 2009).

Σύμφωνα με την έρευνα των Δημητριάδου και συν. (2009) το νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει μεγάλη άρνηση ως προς την ποιότητα της κτιριακής υποδομής και ότι δεν έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό ώστε να κάνουν τη δουλειά τους με ασφάλεια ως προς τον εαυτό τους και τους ασθενείς. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αποτελέσει μεγάλη απειλή στην ασφάλεια της φροντίδας των ασθενών (Forough et al. 2004).

Επιπλέον, πολλοί επαγγελματίες υγείας εγκαταλείπουν το επάγγελμα για τις κακές συνθήκες του περιβάλλοντος και την επαγγελματική εξουθένωση. Στην Ελλάδα παρά τις αλλαγές που έχουν γίνει στην ανάπτυξη των κτιρίων και στη δημιουργία καινούριων χώρων εργασίας και εξοπλισμού, σε πολλά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας ακόμη παραμένει το πρόβλημα (Δημητριάδου 2008, Δημητριάδου και συν. 2009).

Σε όλα τα νοσοκομεία υπάρχει ο λεγόμενος χώρος ανάπαυσης του νοσηλευτικού προσωπικού όπου οι νοσηλευτές κάνουν μικρό διάλλειμα από την εργασία τους. Αυτός ο χώρος πρέπει να είναι καλά διαμορφωμένος ώστε να προσφέρει στους νοσηλευτές ησυχία και ικανοποίηση για να μπορέσουν να ξεκουραστούν για λίγο και να συνεχίσουν την εργασία τους. Δυστυχώς, στην Ελλάδα αυτοί οι χώροι δεν είναι καλά διαμορφωμένοι με αποτέλεσμα να έχουν αρνητική επίπτωση στους νοσηλευτές και δεν τους προσφέρει κοινωνική και προσωπική ικανοποίηση (Δημητριάδου 2008).

3.5.3 Ελλιπής νοσοκομειακός εξοπλισμός

Η έλλειψη του νοσοκομειακού εξοπλισμού παρατηρείται σε όλα τα νοσοκομεία της Ελλάδας και Κέντρα Υγείας. Η ποσότητα του ελλιπούς εξοπλισμού και η κακή ποιότητα δημιουργεί προβλήματα στην φροντίδα των ασθενών και στην αύξηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών (Δημητριάδου 2008). Οι επιπτώσεις που φέρνει η κακή ποιότητα και η έλλειψη του νοσοκομειακού εξοπλισμού είναι μεγάλες και αντανακλώνονται στην υγεία των ασθενών και των νοσηλευτών.

Η ανεπάρκεια στα βασικά είδη εξοπλισμού δημιουργεί στρες και άγχος στους νοσηλευτές καθώς χάνουν πολύτιμο χρόνο στην εύρεση κάποιου εργαλείου, με συνέπεια να χάνεται σημαντικός χρόνος κατά την φροντίδα και εξέταση του ασθενούς. Η έλλειψη αυτή διαταράσσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει ο νοσηλευτής στον ασθενή καθώς επίσης δημιουργεί και προβλήματα στις σχέσεις τους (Δημητριάδου 2008).

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να προσαρμοστούν στο υπάρχον πρόβλημα όλης της χώρας με συνέπεια να μην μπορούν να ανταποκριθούν σε μέγιστο βαθμό στα καθήκοντά τους. Η έλλειψη βασικού εξοπλισμού, όπως είναι τα γάντια γεννά σημαντικούς κινδύνους τόσο στους ασθενείς όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Αυξάνεται ο κίνδυνος των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και μεταφέρεται από ασθενή σε ασθενή (Μπούκα 2009).

3.6 Αρμοδιότητες Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Οι αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι:

- η παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας στους νοσηλευόμενους
- η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης
- αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών

(<http://www.kavalahospital.gr>)

1) Κύριο καθήκον της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, από τις απλές καθημερινές δραστηριότητες (υγιεινή διατροφή, νοσηλεία) φτάνοντας μέχρι και την χρήση μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας για την υποστήριξη της ζωής και για την ανακούφιση του ασθενή.

2) Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο, εκείνοι που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και στα Κέντρα Υγείας.

3) Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του Νοσοκομείου για την κάλυψη των επειγόντων περιστατικών και την αντιμετώπιση ενδεχόμενων μαζικών καταστροφών ή απρόσμενων συμβάντων.

4) Η στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων σε 24ωρη βάση για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών.

5) Η άσκηση αποτελεσματικής νοσηλευτικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

6) Η συνεχής ψυχολογική στήριξη και η επικοινωνία με τον ασθενή.

7) Η λειτουργία προγραμμάτων Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων και η συμμετοχή σε μεταπτυχιακά προγράμματα.

8) Η οργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών νοσηλευτικής κατάρτισης, την εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και την υποστήριξη προγραμμάτων κλινικής εμπειρίας.

9) Η ανάπτυξη, η εκπόνηση και η υποστήριξη ερευνητικών προγραμμάτων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

10) Η συμμετοχή σε διεπιστημονικά ερευνητικά προγράμματα του Νοσοκομείου.

11) Η από κοινού συνεργασία με άλλες υπηρεσίες του Νοσοκομείου για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του Νοσοκομείου καθώς και με άλλα Νοσοκομεία και φορείς παροχής φροντίδας.

12) Η τήρηση των αρχών λειτουργίας του Νοσοκομείου όπως καθορίζονται από τις νομοθετικές διατάξεις, τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας και τις αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου (<http://www.kavalahospital.gr>, <http://www.ahepahosp.gr>).

Στόχοι της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αποτελούν:

- Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης και ηγεσίας των νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας.
- Η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας, με βάση τα διεθνή πρότυπα και τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ο προγραμματισμός και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
- Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς για τη διαχείριση μαζικών καταστροφών και κρίσεων.
- Η οργάνωση και υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το νοσηλευτικό.
- Η θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών Νοσηλευτικής.
- Η ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών πρωτοκόλλων με ενδιαφέρον για τη Νοσηλευτική επιστήμη (<http://www.kavalahospital.gr>).

3.7. Σύνοψη κεφαλαίου

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτελείται από την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα, από τα Κέντρα Υγείας και τα νοσοκομεία. Σε όλα τα Ελληνικά Συστήματα Υγείας παρατηρούνται μεγάλες και σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό, ελλείψεις στο ιατρικό εξοπλισμό καθώς και κακή συντήρηση στην κτιριακή υποδομή. Η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού αύξησε τελευταία τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στην Ελλάδα. Η μειωμένη χρηματοδότηση δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Κεφάλαιο 4 Άτυπη Φροντίδα

4.1 Άτυπη Φροντίδα και οι Μορφές της

Άτυπη φροντίδα ονομάζεται εκείνη που δεν προσφέρεται από επαγγελματία υγείας και δεν ανταμείβεται με κανένα μέσο. Συνήθως άτυποι φροντιστές είναι μέλη της οικογένειας, το ίδιο το άτομο, ερωτικοί σύντροφοι ή άτομα που δεν ανταμείβονται χρηματικά.

Άτυπες μορφές φροντίδας είναι:

- Αυτοφροντίδα
- Οικογένεια
- Κοινωνικό δίκτυο (φίλοι, συγγενείς)
- Ομάδες αμοιβαίας φροντίδας

Η ανάγκη της άτυπης φροντίδας πηγάζει κυρίως από την έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς δεν υπάρχουν αρκετοί νοσηλευτές ώστε να καλύψουν όλες τις ανάγκες των ασθενών (Δημητριάδου 2008). Επίσης, οι ελληνικές οικογένειες είναι δεμένες μεταξύ τους και θεωρούν ότι είναι καθήκον τους να φροντίσουν το πάσχον μέλος τους. Οι ομάδες αμοιβαίας φροντίδας είναι σχετικά καινούριο φαινόμενο καθώς σε αυτές καταφεύγει ο ελληνικό πληθυσμός. Οι δυσλειτουργίες των υπηρεσιών υγείας και η μη ποιοτική και ποσοτική φροντίδα αναγκάζουν τους ασθενείς να ψάχνουν εναλλακτικές πηγές φροντίδας.

Σύμφωνα με την έρευνα της Δημητριάδου (2008) με δείγμα 600 ασθενείς το 60,5 % θεωρούσε ότι η παρουσία του συνοδού είναι απαραίτητη καθ'όλη τη διάρκεια της ημέρας και το 49,5 % είχε ήδη κάποιον συνοδό στο πλάι ή κάποια αποκλειστική νοσοκόμα. Έτσι, ο συνοδός στο νοσοκομείο παρέχει νοσηλευτικό έργο καθώς αναλαμβάνει και πράττει νοσηλευτικά καθήκοντα.

Παρομοίως, σε έρευνα των Sapountzi-Krepia et.al (2006) το 78,8 % από τους συνοδούς δήλωσε ότι παρέμεναν στο νοσοκομείο παρέχοντας φροντίδα λόγω έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού. Ενώ, για τον ίδιο λόγο το 82 % παρέμενε στο νοσοκομείο 24 ώρες το 24ωρο.

Παρόλα αυτά η παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία προσφέρει ασφάλεια, συναισθηματική αξία και υποστήριξη στους ασθενείς (Sapountzi-Kteria et.al 2006). Από την πλευρά των συνοδών αποτελεί επίσης ευχαρίστηση, φυσική ανάγκη και συναισθηματική υποστήριξη να μπορούν να προσφέρουν την συντροφιά τους και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του πάσχοντος μέλους της οικογένειάς τους.

Το ενδιαφέρον και σημαντικό αυτής της κατάστασης είναι ότι το κράτος και οι υπηρεσίες υγείας αγνοούν αυτό το πρόβλημα και δεν παίρνουν δραστικά μέτρα. Αυτό ίσως να συμβαίνει διότι με την παροχή της άτυπης φροντίδας μειώνεται το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης και δεν χρειάζεται επιπλέον αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού. Καθώς μερικά από τα καθήκοντα τα αναλαμβάνουν οι συνοδοί χωρίς εννοείται κόστος (Δημητριάδου 2008). Η διαρκής παρουσία των συνοδών, όμως, επιφέρει κίνδυνο ως προς την υγεία τους. Οι συνοδοί δεν είναι ενημερωμένοι και δεν υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση, ώστε να ξέρουν πώς να προστατέψουν τον εαυτό τους από το βαρύ και γεμάτο λοιμώξεις περιβάλλον του νοσοκομείου (Δημητριάδου 2008).

Σύμφωνα με έρευνα των Δημητριάδου και συν. (2009) οι άτυποι φροντιστές είναι κυρίως οι γυναίκες. Μεγάλο ποσοστό είναι μέσης ηλικία ενώ ελάχιστο είναι νεαρής ηλικίας. Μερικοί από αυτούς είχαν πάψει τις δουλειές τους για να μπορούν να φροντίσουν τους ασθενείς σε καθημερινή βάση. Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην παροχή της άτυπης φροντίδας οφείλεται κυρίως σε διάφορους κοινωνικούς, θρησκευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Η πλειοψηφία των συνοδών δήλωσε πως θα προσφέρουν τη βοήθειά τους καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας ενώ μερικοί από αυτούς δήλωσαν ότι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε 24ωρη βάση. Το μεγαλύτερο ποσοστό από τους συνοδούς δήλωσε ότι αποφάσισαν να παράσχουν τη φροντίδα επειδή είναι πολιτιστική παράδοση και λόγω του ότι δεν υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό.

4.2 Καθήκοντα Άτυπης Φροντίδας

Τα καθήκοντα φροντίδας του ασθενούς χωρίζονται σε άμεσα και έμμεσα. Στα άμεσα καθήκοντα συμπεριλαμβάνονται οι δραστηριότητες που θα έπρεπε να παρέχονται από βοηθούς νοσηλευτές και είναι οι:

- Φροντίδα προσώπου και σώματος
- Βοήθεια στην εκτέλεση φυσικής ανάγκης
- Βοήθεια στο ντύσιμο
- Βοήθεια στο μπάνιο
- Βοήθεια στις ασκήσεις αποκατάστασης από φυσιοθεραπευτές

Στα έμμεσα καθήκοντα περιλαμβάνονται:

- Καθήκοντα σπιτιού
- Ψώνια
- Οικονομική διαχείριση
- Δραστηριότητες σε κοινωνικές υπηρεσίες (ταχυδρομείο, τράπεζα)

Οι συνοδοί συχνά δεν είναι καλά προετοιμασμένοι για να ανταπεξέλθουν στο ρόλο του φροντιστή. Μέριμνά τους είναι να προσφέρουν την υποστήριξή τους και την ασφάλεια στον ασθενή ώστε να τον ανακουφίσει και να νιώσει καλύτερα. Αυτό όμως προκαλεί αρνητική επίδραση στην υγεία των συνοδών, νιώθουν εξάντληση, στρες και παραμελούν τις δικές τους ανάγκες και συναισθήματα (Sapountzi-Krepia et.al 2006). Έχει καταγραφεί ότι η πλειοψηφία των οικογενειών θεωρεί ύψιστη προτεραιότητα την άνεση των ασθενών και την εξασφάλιση καλής και έμπειρης φροντίδας (Μαργαρίτης και συν.)

Στην Ελλάδα, ο σημαντικός ρόλος που παίζουν τα μέλη της οικογένειας στην υποστήριξη ασθενών με βαριά ασθένεια αναγνωρίζεται από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά ωστόσο δεν υπάρχει καμία επίσημη πολιτική φροντίδας για τους φροντιστές. Η κλινική εμπειρία βεβαιώνει ότι η οικογένεια φροντίζει τους συγγενείς χωρίς βοήθεια και με μεγάλο προσωπικό κόστος σε όλη την πορεία της νόσου.

4.3 Η Αποκλειστική Νοσοκόμα

Το φαινόμενο της αποκλειστικής νοσοκόμας δημιουργήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 με σκοπό να καλυφθούν οι νοσοκομειακές ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο θεσμός αυτός είναι καθαρά της ελληνικής κοινωνίας (Παπαγεωργίου και συν. 2010). Οι αποκλειστικές νοσοκόμες πρέπει να εκτελούν συγκεκριμένα καθήκοντα και να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις ώστε να εργαστούν. Ο εργοδότης των αποκλειστικών νοσοκόμων είναι ο ασθενής και σύμφωνα με τους Παπαγεωργίου και συν. (2010) το κόστος είναι μεγάλο.

Σύμφωνα με έρευνες τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία παρατηρείται η παρουσία της αποκλειστικής νοσοκόμας (Παπάζογλου 2003). Σύμφωνα με έρευνες οι αποκλειστικές νοσοκόμες παραμένουν στον ασθενή πολλές ώρες της ημέρας και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Ο ρόλος των αποκλειστικών νοσοκόμων είναι να φροντίζουν τον άρρωστο και να τον προσέχουν ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Αυτό όμως δεν σημαίνει και την παντελώς απουσία του συνοδού.

Με βάση την έρευνα των Μινάκη και συν. (2013) μόλις το 9,7 % των ασθενών έκανε παράπονα για τη συμπεριφορά και τις υπηρεσίες των αποκλειστικών νοσοκόμων.

Σύμφωνα με την μελέτη των Παπαγεωργίου και συν. (2010) τα χαρακτηριστικά και το κόστος των αποκλειστικών νοσοκόμων ποικίλουν. Έτσι σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα το κόστος για ολόκληρο το 2006 ανήλθε στα 1.720.589,06€ μόλις για 87 αποκλειστικές νοσοκόμες. Συγκεκριμένα για το πρωινό ωράριο εργασίας δαπανήθηκαν 201.247,70 €, για το απογευματινό ωράριο δαπανήθηκαν 155.645,28 € και για το νυκτερινό ωράριο εργασίας δαπανήθηκαν 1.349.419,50 €. Επιπλέον, 14.277,00 € δαπανήθηκαν για ημέρες αργίας.

Πίνακας 4.1 Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά αποκλειστικών νοσοκόμων

Χαρακτηριστικά	Ποσοστό %	Συχνότητα f
(Φύλο)		
Γυναίκες	95,4	83
Άνδρες	14,6	4
(Ηλικία)		
20-30	3,4	3
31-40	12,6	11
41-50	40,2	35
51-60	32,2	28
61-70	11,6	10
(Εθνικότητα)		
Ελληνική		61
Αλβανική	70,1	16
Άλλη	18,4	10
(Μορφωτικό επίπεδο)		
Αγράμματοι	1,1	1
Δημοτικό	24,1	21
Γυμνάσιο-Λύκειο	62,1	54
ΑΕΙ	10,3	2
ΤΕΙ	2,4	9
(Οικογενειακή κατάσταση)		
Έγγαμοι	77,0	67
Άγαμοι	13,7	12
Διαζευγμένοι	2,4	2
Χήροι	6,9	6

Πηγή: Παπαγεωργίου και συν. (2010)

Οι λόγοι για τους οποίους οι συγγενείς έπαιρναν αποκλειστική νοσοκόμα ήταν προσωπικοί, όπως οικογενειακές υποχρεώσεις και μεγάλο φόρτο εργασίας, έλλειψη

προσωπικού, αδιαφορία νοσηλευτικού προσωπικού και περισσότερη εμπιστοσύνη στις αποκλειστικές νοσοκόμες.

Ικανοποίηση ασθενών και συγγενών από τις υπηρεσίες των αποκλειστικών νοσοκόμων

Το επίπεδο ικανοποίησης των συνοδών φτάνει στο 50,2 % ενώ μόλις το 8,6 % ήταν ικανοποιημένο. Οι συνοδοί ήταν δυσαρεστημένοι λόγω κακών χειρισμών, πτώσεων ασθενών και μη λήψη μέτρων υγιεινής με αποτέλεσμα την εμφάνιση λοιμώξεων (Παπαγεωργίου και συν. 2010). Στο γενικό πληθυσμό η παρουσία της αποκλειστικής νοσοκόμας επιδρά θετικά, καθώς προσφέρουν μοναδική υποστήριξη και συμβάλλουν ουσιαστικά στην ανακούφιση του αρρώστου.

Παρά το γεγονός ότι η αποκλειστική νοσοκόμα δεν αποτελεί μέλος του προσωπικού υγείας ενός νοσοκομείου ή κλινικής, αποτελεί ωστόσο ένα αναπόσπαστο μέρος του συστήματος φροντίδας του αρρώστου.



4.4 Γυναικείο Επάγγελμα η Νοσηλευτική

Σύμφωνα με τη Δημητριάδου (2008) και αν κάνουμε ιστορική αναδρομή η γυναίκα νοσοκόμα πρέπει να διαθέτει ανάλογες ιδιότητες που αντιστοιχούν στην ιδανική σύζυγο και καλή μητέρα. Η εστίαση στην πειθαρχία, την ηθική και την υπακοή είχε ως στόχο τον μετασχηματισμό «της καλής γυναίκας, της καλής κόρης σε καλή νοσοκόμα». Στην εποχή της Nightingale οι νοσοκόμες ήταν ολοκληρωτικά μόνο γυναίκες (Δημητριάδου 2008). Καθώς η Nightingale είχε την πεποίθηση ότι η νοσηλευτική είναι γυναικεία εργασία, επειδή τα καθήκοντά της είναι παρόμοια με αυτά που ασκούσε η γυναίκα στο σπίτι εκείνη την εποχή.

Οι ιδιότητες που είναι αναγκαίες για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου διαθέτουν περισσότερο οι γυναίκες και είναι οι παρακάτω:

- Συμπόνια
- Διαίσθηση
- Ευγένεια
- Σεμνότητα και
- Ανιδιοτέλεια (Δημητριάδου 2008).

Παρόλο που από το 1952 οι νοσηλευτικές σχολές στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. δέχονται άνδρες και στην Ελλάδα λίγο αργότερα από το 1984, η νοσηλευτική εξακολουθεί και είναι μέχρι σήμερα γυναικοκρατούμενο επάγγελμα σε όλες τις χώρες (Δημητριάδου 2008).

Οι κυριότεροι λόγοι που οι άνδρες δεν προτιμούν τη νοσηλευτική ως επάγγελμα είναι:

- Η παράδοση
- Οι χαμηλές αποδοχές
- Η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής
- Η έλλειψη καλής επικοινωνίας με τους ανθρώπους

4.5 Σύνοψη κεφαλαίου

Άτυπη φροντίδα ονομάζεται αυτή που δεν προσφέρεται από επαγγελματία υγείας και δεν ανταμείβεται χρηματικά. Συνήθως άτυποι φροντιστές είναι μέλη της οικογένειας, το ίδιο το άτομο, ερωτικοί σύντροφοι ή άτομα που δεν ανταμείβονται χρηματικά. Συνήθως το γυναικείο φύλο είναι που επικρατεί στους άτυπους φροντιστές. Στις μέρες μας σύνηθες φαινόμενο είναι οι αποκλειστικές νοσοκόμες, οι οποίες εκτελούν συγκεκριμένα καθήκοντα. Η αύξηση των αποκλειστικών νοσοκόμων και της άτυπης φροντίδας είναι αποτέλεσμα της σημαντικής έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Κεφάλαιο 5 Παράγοντες που οδηγούν τους συνοδούς στο νοσοκομείο

5.1 Ο ασθενής και οι συνοδοί του

Ο κάθε ασθενής που νοσηλεύεται σε κάποιο νοσοκομείο έχει ανάγκη υποστήριξης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ο ασθενής θα πρέπει να φεύγει ικανοποιημένος από το νοσοκομείο. Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς (Μινάκη και συν. 2013).

Σύμφωνα με τον Donabedian ο ασθενής αναζητά μια αξιοπρεπή ποιότητα υγείας όταν νοσηλεύεται. Η ποιότητα στην παροχή φροντίδας υγείας έχει δύο διαστάσεις:

- την τεχνική και
- τη διαπροσωπική

Η τεχνική ποιότητα (technical care) αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς. Από την άλλη, η διαπροσωπική ποιότητα (art of care) αναφέρεται στην κοινωνική και στην ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας, δηλαδή στην αμοιβαία στάση και συμπεριφορά που αναγκάζει η επαγγελματική και η ηθική δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και οι προσδοκίες των ασθενών. Στην τεχνική και στη διαπροσωπική διάσταση της ποιότητας προστίθενται και οι ανέσεις του περιβάλλοντος (amenities), δηλαδή η νοσοκομειακή υποδομή, η καθαριότητα, το φαγητό κ.ά., για να συμπληρώσουν την ολοκληρωμένη φροντίδα του ασθενούς. Συνεπώς, η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα στις μέρες μας η κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία ικανοποιεί στο ελάχιστο τις ανάγκες των ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αναγκαία ύπαρξη των συνοδών στα νοσοκομεία. Οι συγγενείς είναι

χρήσιμοι αλλά και πολύτιμοι τόσο για τους ασθενείς όσο και για την κλινική. Αυτό βεβαίως ισχύει για κλινικές οι οποίες είναι κατάλληλα διαμορφωμένες ώστε να μπορούν να φιλοξενήσουν τους συγγενείς. Οι συγγενείς μένουν κοντά στον άρρωστο πολύ περισσότερο από τις ώρες του επισκεπτηρίου. Στη διάρκεια της παραμονής τους παρέχουν υπηρεσίες, οι οποίες αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα καθήκοντα του νοσηλευτικού ή άλλου προσωπικού (Μινάκη και συν. 2013).



5.2 Λόγοι ύπαρξης συνοδών στα ελληνικά νοσοκομεία

Οι κυριότεροι λόγοι ύπαρξης αυτού του φαινομένου στην Ελλάδα είναι πολιτισμικοί λόγοι και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Η οικογένεια συνήθως επιθυμεί να συμμετάσχει στην φροντίδα των αγαπημένων της προσώπων παρέχοντας σε αυτό άνεση, ασφάλεια και συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης, η έλλειψη εμπιστοσύνης στους νοσηλευτές δημιουργεί ανησυχία ως προς τη φροντίδα του ασθενούς.

Η παρουσία των μελών της οικογένειας δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είναι μια σημαντική πηγή της συναισθηματικής ασφάλειας και υποστήριξης για τους ασθενείς (Sapountzi-Krepia et al. 2006).

Σύμφωνα με έρευνα των Δημητριάδου και συν. (2009) ο γενικός πληθυσμός των συνοδών είναι γυναίκες (μητέρες, κόρες και σύζυγοι) με μέση ηλικία 31,35 % (ελάχιστη ηλικία των 19 ετών και ανώτατο όριο ηλικίας των 73 χρόνων). Η πλειοψηφία των συνοδών είναι παντρεμένοι, κυρίως απόφοιτοι δημοτικού και όλοι οι στενοί συγγενείς των ασθενών.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού έχει καταστήσει την άτυπη παροχή φροντίδας αναπόσπαστο μέρος του ελληνικού συστήματος. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών και χαμηλός αριθμός νοσηλευτών. Συγκεκριμένα σε ευρωπαϊκό επίπεδο η Ελλάδα μαζί με την Ιταλία είναι η χώρα με μεγαλύτερο αριθμό ιατρών. Αυτό το φαινόμενο αναπτύσσεται σε όλα σχεδόν τα νοσοκομεία με αποτέλεσμα την παραμονή των συγγενών στο νοσοκομείο όλο το 24ωρο για να παρέχουν βοήθεια στην φροντίδα (Δημητριάδου 2008).

Επίσης, η παρουσία συγγενών μειώνει τις νοσοκομειακές δαπάνες. Η μείωση του κόστους και η μείωση του αριθμού του προσωπικού παρεμποδίζει την φροντίδα που παρέχεται από τα νοσοκομεία και την αύξηση της παραγωγικότητας. Ένα μέλος της οικογένειας ως φορέας παροχής υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους εξασφαλίζει τουλάχιστον την παρατήρηση του ασθενή, ακόμα και όταν οι νοσοκόμες δεν υπάρχουν. Έτσι μειώνεται ο αριθμός των νοσηλευτών που απαιτούνται στα νοσοκομεία, ο χρόνος που ξοδεύει το νοσηλευτικό προσωπικό σε κάθε ασθενή και το κόστος.

Από έρευνα εκτιμήθηκε ότι το ελληνικό νοσοκομείο πρέπει να προσλάβει 17 περισσότερους βοηθούς νοσηλευτές για την κάλυψη του συνολικού χρόνου που δαπανάται από ανεπίσημους νοσοκομειακούς φροντιστές για την παροχή δραστηριοτήτων της φροντίδας.

Συμπέρασμα όλων αυτών είναι ότι οι Οργανισμοί Υγείας έχουν στόχο την περικοπή δαπανών και η πιο κοινή πρακτική της μείωσης του κόστους είναι η κάλυψη των ίδιων δραστηριοτήτων με λιγότερο προσωπικό ή λιγότερο εξειδικευμένο προσωπικό (Sapountzi-Krepia et al. 2006).

5.2.1 Μειονεκτήματα από την παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία

Μελέτες έχουν δείξει πως η συνεχής παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία δεν είναι αποτελεσματική και δημιουργεί εντάσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και μεταξύ του ασθενούς (Καγάλιαρη & Σταματάκη 1996).

Πολλές φορές οι συνοδοί δεν συμμορφώνονται με τους κανόνες του νοσοκομείου και με τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι νοσηλευτές με συνέπεια να δημιουργείται αρνητικό κλίμα μεταξύ των συνοδών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Ένα επίσης, σύνηθες φαινόμενο στα νοσοκομεία είναι οι τεταμένες σχέσεις μεταξύ του συνοδού και του ασθενούς. Οι συνηθέστεροι παράγοντες που δημιουργούν αρνητικό κλίμα στα νοσοκομεία είναι:

- Μη καλή συνεργασία και συνεννόηση με το νοσηλευτικό προσωπικό
- Επίρριψη ευθυνών για την ασθένεια στον ασθενή και την όλη κατάστασή του
- Καθησυχασμός και αποπροσανατολισμός του ασθενούς για το πρόβλημα της υγείας του
- Το φαινόμενο του να μιλάει ο συνοδός και να εκφράζει τα πιστεύω του παρά να ακούει τον ασθενή

5.3 Δραστηριότητες Συνοδών μέσα στο νοσοκομείο

Οι συνοδοί των ασθενών αναγκάζονται να εκτελούν διάφορες δραστηριότητες, οι οποίες κανονικά έπρεπε να εκτελούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι περισσότερες από αυτές θεωρούνται πράξεις της βασικής νοσηλευτικής και εκτελούνται σε καθημερινή βάση. Επίσης, σημαντικό καθήκον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να διδάσκει στους φροντιστές τις βασικές αρχές και τεχνικές της παροχής φροντίδας στους νοσηλευόμενους (Sapountzi-Krepia et al. 2006).

Οι σημαντικότερες δραστηριότητες των συνοδών είναι η φροντίδα του στόματος, του προσώπου και γενικά του σώματος. Το στρώσιμο κρεβατιών και η τακτοποίηση του θαλάμου πολλές φορές γίνονται από τους συγγενείς. Επίσης, βοηθούν στη σίτιση και στη λήψη φαρμάκων του ασθενή. Ακόμη βοηθούν στην μετάταξη του ασθενή από το ένα τμήμα στο άλλο ή από νοσοκομείο σε νοσοκομείο καθώς έχουν ευθύνη να συμπληρώσουν και να προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα στο γραφείο κίνησης.

Επιπλέον, οι συνοδοί πολλές φορές καλούνται να ενημερώνουν τους νοσηλευτές για τα προβλήματα του ασθενή όπως για την χορήγηση αναλγητικών και την αλλαγή των ορών. Μεταξύ άλλων μέσα στα καθήκοντα των συνοδών είναι και οι δραστηριότητες που βρίσκονται και εκτός νοσοκομείου, μερικές από τις οποίες είναι η αγορά τροφίμων, εκκρεμότητες με την τράπεζα, ταχυδρομείο και άλλες δημόσιες υπηρεσίες (Sapountzi-Krepia et al. 2006, Μινάκη και συν. 2013).

Στον παρακάτω πίνακα εμφανίζεται η συχνότητα κατά την οποία οι συνοδοί προσφέρουν τη φροντίδα και τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς. Τα στοιχεία βασίζονται με βάση τη μελέτη των Sapountzi-Krepia et.al (2006).

Πίνακας 5.1 Η συχνότητα κατά την οποία οι συνοδοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς

	Κάθε μέρα		5-6 φορές την εβδομάδα		3-4 φορές την εβδομάδ α		1-2 φορές την εβδομάδ α		Ποτέ	
Δραστηριότητες	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Περιποίηση στόματος και προσώπου	54	67,5	-	-	-	-	1	1,25	25	31,25
Βοήθεια με το ντύσιμο	50	62,5	-	-	9	11,25	13	16,25	8	10
Τακτοποίηση κρεβατιού, χωρίς αλλαγή σεντονιών	46	57,5	-	-	5	6,25	14	17,5	15	18,75
Αλλαγή σεντονιών	16	20	3	3,75	10	12,5	39	48,75	12	15
Βοήθεια στη σίτιση	49	61,25	1	1,25	10	1,25	2	2,5	27	33,75
Βοήθεια στη λήψη φαρμάκων	47	58,75	-	-	1	1,25	1	1,25	31	38,75
Βοήθεια στη χορήγηση φαρμάκων (υπόθετα)	6	7,5	-	5	2	2,5	7	8,75	65	81,25
Παροχή ουροδοχείου	9	11,25	4	6,25	15	18,75	5	6,25	47	58,75

Βοήθεια στο λούσιμο	7	8,75	5	8,75	9	11,25	22	27,5	37	46,25
Βοήθεια στο μπάνιο	15	18,75	7	10	14	17,5	14	17,5	30	37,5
Βοήθεια στη μεταφορά από το κρεβάτι και σε αυτό πάλι	8	10	8	5	35	43,75	10	12,5	19	23,75
Βοήθεια στη μεταφορά σε άλλο τμήμα	45	56,25	4		2	2,5	10	12,5	19	23,75
Βοήθεια στις σωματικές ασκήσεις θεραπείας	7	2,6	1	1,3	61	78,2	6	8,1	10	11,5
Κοινωνικές δουλειές ασθενούς (ψώνια, τράπεζα κτλ)	17	23,3	4	5,5	16	21,9	31	42,5	12	6,8

Πηγή: Sapountzi-Krepia et.al (2006)

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται καθαρά πως οι περισσότεροι συνοδοί αφιερώνουν πολύ χρόνο και αρκετές μέρες την εβδομάδα για τη φροντίδα των ασθενών ατόμων. Αυτό είναι πολύ επίπονο και οδηγεί σε εξουθένωση του οργανισμού των ασθενών και δεν τους αφήνει περιθώριο να ασχοληθούν με τις δικές τους ανάγκες και υποχρεώσεις.

5.4 Επιβάρυνση συνοδών από την παρεχόμενη φροντίδα

Πολλοί φροντιστές αναγκάζονται να παύουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, επειδή έπρεπε να παρέχουν άτυπη φροντίδα στους συγγενείς τους. Η διάσταση της καθημερινής ζωής αναφέρεται στις αλλαγές της ρουτίνας της ζωής, στο οικογενειακό περιβάλλον, την εργασία και αλλαγές στις ανάγκες του φροντιστή, όσον αφορά την διασκέδαση και την ψυχαγωγία του. Η κοινωνική διάσταση των φροντιστών επηρεάζονται από το νέο ρόλο. Τα μελλοντικά σχέδια, οι ελπίδες του συνοδού και οι προσδοκίες του ματαιώνονται, ακυρώνονται ή μεταβάλλονται. Η οικονομική επιβάρυνση με την απώλεια εισοδήματος από το μέλος που πάσχει ή αυξημένους λογαριασμούς είναι ζητήματα που απασχολούν όλη την οικογένεια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Μερικοί φροντιστές έχουν συνταξιοδοτηθεί ενώ άλλοι έχουν την δυνατότητα να οργανώνουν μια μακρά περίοδο της άδειας άνευ αποδοχών χωρίς να χάνουν τη δουλειά τους. Εδώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλοί συγγενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα με την δουλειά τους. Οι εργασιακές επιδόσεις του φροντιστή μπορεί να επηρεαστούν δυσμενώς. Οι ανάγκες της νυχτερινής προσοχής και φροντίδας του αρρώστου επιφέρουν αλλαγές στο πρόγραμμα ύπνου με επιπτώσεις στην ποσότητα και ποιότητα του ύπνου με αποτέλεσμα να υπάρχει ασυνέπεια στο ωράριο. Ο συνοδός πέρα απ' ότι αναγκάζεται να παίρνει άδεια άνευ αποδοχών πράγμα που σημαίνει ότι τα έσοδά του μειώνονται την ίδια ώρα που τα έξοδά του αυξάνονται, πολλές φορές αναγκάζεται να παραιτηθεί ή μπορεί και να απολυθεί (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996).

Σύμφωνα με τον Παπασταύρου (2005) η εμπειρία μιας ασθένειας και της θεραπείας της επηρεάζει ολιστικά όχι μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και τα άτομα του περιβάλλοντός του. Η οικογένεια, ως τα άτομα που βρίσκονται πλησιέστερα στον ασθενή, επηρεάζονται περισσότερο, από την απειλή, το άγχος και τις απώλειες που δημιουργεί η νόσος. Ο θυμός, οι ενοχές, η απογοήτευση, το άγχος, η ανησυχία, ο φόβος του θανάτου, η αβεβαιότητα και η κόπωση είναι μερικές από τις αντιδράσεις από τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς. Η ανάγκη παροχής φροντίδας και υποστήριξης στο πάσχον μέλος δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις που πρέπει να εκπληρωθούν, δημιουργώντας νέους ρόλους και καθήκοντα στα υπόλοιπα μέλη.

Επιπλέον, μέλη οικογενειών και συχνότερα ο κύριος φροντιστής, αποποιείται κοινωνικούς, εργασιακούς ή άλλους ρόλους και επιφορτίζεται με τους ρόλους που κατείχε ο ασθενής. Δηλαδή οι συνοδοί/φροντιστές των ασθενών πολλές φορές μπορεί να υποστούν κάποια επιβάρυνση. Η επιβάρυνση διακρίνεται σε υποκειμενική και αντικειμενική :

- Η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιοδήποτε παράγοντα διαταράσσει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επιδρούν στην οικογένεια, στους ρόλους, τα οικονομικά, τις σχέσεις, την υγεία των μελών, τις δραστηριότητες και την καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας.

- Η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία, τα συναισθήματα του φροντιστή όσον αφορά την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούνται στο άτομο.

Οι περισσότεροι συνοδοί αποκτούν άγχος και στρες το οποίο πηγάζει από την γενική κατάσταση του ασθενή. Το στρες επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου που φροντίζει έναν ασθενή. Το άτομο κατακλύζεται από άγχος, φόβο και αρνητικές σκέψεις για το μέλλον της υγείας του αρρώστου με αποτέλεσμα να βιώνει αρνητικά συναισθήματα, κυρίως κατάθλιψης και απελπισίας. Λόγω του στρες είναι δυστυχώς πολύ εύκολο να απομονωθεί κοινωνικά, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας αλλά και μετά την ανάρρωση του αρρώστου (Μελισσά-Χαλικιοπούλου 2009).

Η κατάθλιψη επίσης, είναι σοβαρό αποτέλεσμα της επιβάρυνσης του φροντιστή. Τα αίτια της κατάθλιψης των φροντιστών είναι:

- η ηλικία του φροντιστή (η μεγάλη ηλικία του φροντιστή έχει συσχετισθεί με ψηλή επιβάρυνση)
- η υγεία του φροντιστή η οποία αποτελεί σημαντικό δείκτη για την επιβάρυνση.

Η λειτουργική ανεπάρκεια του φροντιστή, οι πολλές ώρες που καταναλώνει για τον ασθενή, η ύπαρξη έντονου άγχους και η οικονομική του κατάσταση συσχετίζονται θετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης του φροντιστή. Επιπλέον, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να επηρεάσουν εξίσου τη διαδικασία

της αντιμετώπισης του στρες της φροντίδας. Επίσης, σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη, οι γυναίκες σύζυγοι είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να έχουν μεγαλύτερη καθημερινή επαφή με το φρονιζόμενο ασθενή γι' αυτό και επηρεάζονται περισσότερο από το συνεχή όγκο των στρεσογόνων καταστάσεων της φροντίδας (Παπάζογλου 2003, Παπασταύρου 2005).

Ο ρόλος του συνοδού συχνά επιφέρει επιπτώσεις στη σωματική υγεία του φροντιστή. Οι κύριες σωματικές ενοχλήσεις λόγω της επιβάρυνσης θεωρούνται:

- η χρόνια κόπωση
- η αϋπνία
- τα στομαχικά προβλήματα
- οι αλλαγές στο βάρος και στην όρεξη
- η εξουθένωση
- η γενική επιδείνωση της υγείας
- ο πονοκέφαλος
- η ταχυκαρδία και
- οι πόνοι στην οσφύ

Οι φροντιστές που παρέχουν φροντίδα το βράδυ υποφέρουν από γενική αίσθηση κόπωσης, σωματικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου και μειωμένη ψυχική ενέργεια (Δημητριάδου 2008, Δημητριάδου και συν.2009).



5.5 Οι θετικές επιπτώσεις στους φροντιστές από την παρεχόμενη φροντίδα

Εκτός από την επιβάρυνση που αντικατοπτρίζει την αρνητική πλευρά της εμπειρίας της παροχής φροντίδας, αρκετές μελέτες παρουσιάζουν τις ωφέλιμες πλευρές της. Η φροντίδα στην ανακουφιστική φάση μπορεί να αποτελέσει πηγή ικανοποίησης και ανταμοιβής. Επίσης, υπάρχουν προσωπικές ανταμοιβές που συνοδεύουν το ρόλο των φροντιστών παρά την αναγνώριση συναισθηματικών, σωματικών ή οικονομικών επιπτώσεων. Οι θετικές πλευρές της φροντίδας περιλαμβάνουν:

- την ψυχική ανάταση
- την ευγνωμοσύνη και αυτοεκτίμηση του φροντιστή
- την ικανοποίηση από την προσφορά και τον τρόπο ζωής
- τα γενικότερα οφέλη
- την αύξηση της δεξιοτεχνίας παροχής φροντίδας
- την απόκτηση ιδεολογίας σχετικής με την προσφορά.

Επίσης έχουν αναφερθεί θετικές πλευρές της φροντίδας, όπως ικανοποίηση από την πεποίθηση ότι ο συγγενής τους φροντίζεται κατάλληλα, καθώς και βελτίωση της πνευματικής υγείας. Οι θετικές εμπειρίες αναγνωρίζονται από την προσφερόμενη αγάπη, τη στοργή, την ανταμοιβή, τη συναισθηματική δέσμευση, το ρόλο που διαδραματίζει «η προσφορά» στο σκοπό της ζωής του φροντιστή και τα ευχάριστα αποτελέσματα (Παπασταύρου 2005).

5.6 Πεποιθήσεις- Ανάγκες Συνοδών

Είναι αναγκαίο οι ανεπίσημοι φροντιστές να έχουν κάποιες απαραίτητες γνώσεις και προσόντα, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στο έργο τους. Οι φροντιστές πρέπει να εκπαιδεύονται από το νοσηλευτικό προσωπικό για τις δραστηριότητες που πρέπει να πραγματοποιήσουν. Παρακάτω αναφέρονται οι πεποιθήσεις των ανεπίσημων φροντιστών σχετικά με την αναγκαιότητα της ειδικής φροντίδας:

- Προηγούμενη εκπαίδευση στην ειδική παροχή φροντίδας
- Προηγούμενη κατάρτιση στην ειδική παροχή φροντίδας
- Προηγούμενη εμπειρία στην παροχή κάθε είδους νοσηλευτική φροντίδας
- Παροχή κατάρτισης στη παροχή φροντίδας ορισμένων δραστηριοτήτων από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Επαγγελματική υποχρέωση του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου να διδάξει στους άτυπους φροντιστές κάποια βασική φροντίδα/νοσηλευτική πράξη, δίνοντας εύκολες και κατανοητικές τεχνικές
- Το ελληνικό νοσοκομείο έχει καθήκον να παρέχει εκπαίδευση και διδασκαλία στα άτομα που παρέχουν άτυπη φροντίδα σε θέματα που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών στο νοσοκομείο
- Οι συνοδοί θα πρέπει να μπορούν να ζητούν βοήθεια από τους νοσηλευτές οποιαδήποτε ώρα (Sapountzi-Krepia et al. 2006).



5.7 Παράπονα ασθενών

Η κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία σήμερα προκαλεί παράπονα τόσο από τους ασθενείς όσο και από συγγενείς των ασθενών. Κύριες πηγές της πρόκλησης δυσαρέσκειας αποτελούν:

- το αναποτελεσματικό πλαίσιο λειτουργίας των διοικητικών υπηρεσιών
- η ανάρμοστη συμπεριφορά του προσωπικού
- η ανεπαρκής ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των ασθενών
- η ελλιπής επικοινωνία ανάμεσα στο νοσοκομείο και τους πολίτες
- ο υπερβολικός χρόνος αναμονής.

Τα παράπονα των ασθενών είναι αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας των χρηστών όταν οι εμπειρίες που βιώνουν κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας δεν ταυτίζονται με τις προσδοκίες που περίμεναν με βάση το ατομικό σύστημα αξιών. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν καλύπτονται εσωτερικοί παράγοντες, όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας, η αναγνώριση, η ενημέρωση και η συμμετοχή στις αποφάσεις. Ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ανέσεις που παρέχονται δεν είναι κατάλληλα, όπως η απουσία θέρμανσης, το σερβίρισμα κρύου φαγητού, και τη μη τακτική αλλαγή κλινοσκεπασμάτων (Μινάκη και συν. 2013).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στη Ελλάδα οι ασθενείς πολλές φορές δεν εκφράζουν την δυσαρέσκειά τους στις αρμόδιες αρχές. Πιο συγκεκριμένα οι Έλληνες άρρωστοι για πολλούς και διαφορετικούς κατά περίπτωση λόγους επιλέγουν τη σιωπή, δηλαδή δεν αναφέρουν πουθενά τα παράπονά τους. Αντίθετα, όμως, υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι υποβάλουν επίσημο έγγραφο (με αριθμό πρωτοκόλλου), γραπτού παραπόνου απ' ευθείας προς τη μονάδα υγείας, μέσω δημόσιων ή ανεξάρτητων οργάνων ή ακόμη και μέσω δικαστικών αρχών. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η εκάστοτε διοίκηση ενός νοσοκομείου θα πρέπει να αποσκοπεί τόσο στην καταπολέμηση των αιτιών

δυσαρέσκειας, όσο και στην προσφορά των πηγών ικανοποίησης των ασθενών. Επομένως, είναι πολύ σημαντική η εξασφάλιση της λειτουργίας ενός κατάλληλου μηχανισμού υποδοχής και αποτελεσματικής διαχείρισης των παραπόνων για την όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίησή τους. Μέσα από αυτή την ιδιότυπη ανατροφοδότηση, ο οργανισμός μαθαίνει τα προβλήματα και τις ελλείψεις του και μπορεί να λάβει μέτρα για τον περιορισμό ή την εξάλειψή τους (Μινάκη και συν.2013).

Παρακάτω στον πίνακα 5.2 εμφανίζονται τα παράπονα των ασθενών και των συνοδών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους και την κλινική τους. Όπως, επίσης, και στον πίνακα 5.3 εμφανίζονται τα παράπονα των ασθενών κατά υπηρεσία και αντικείμενο.

Πίνακας 5.2 Κατανομή παραπόνων σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά του συνοδού ή του ασθενούς αλλά και την κλινική με την οποία σχετίζονται.

	n	%
<u>Ιδιότητα παραπονούμενου</u> Ασθενής	54	51,4
Συγγενής/Συνοδός	51	48,6
<u>Φύλο παραπονούμενου</u> Άνδρας	51	48,6
Γυναίκα	49	47,1
Ομάδα ατόμων	5	4,8
<u>Ηλικία ασθενούς</u> ≤35 ετών	12	12,6
36-45 ετών	8	8,4
46-55 ετών	23	24,2
56-65 ετών	19	20,0
66-75 ετών	13	13,7
76>ετών	20	21,1
<u>Κλινική</u> Εξωτερικά ιατρεία	42	40,4
Τμήμα επειγόντων	10	9,6

Παθολογική	17	16,4
Χειρουργική	8	7,7
Καρδιοχειρουργική	5	4,8
Άλλη	22	21,2

Πηγή: Μινάκη και συν. (2013)

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται καθαρά ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παραπόνων προέρχεται από τους ασθενείς και λιγότερο από τους συνοδούς. Επίσης, αυτοί που είχαν περισσότερα παράπονα είναι οι άνδρες και με μέση ηλικία από 46 έως 55 χρονών. Τέλος, το τμήμα με τα περισσότερα παράπονα είναι η παθολογική αλλά και κάποια άλλα τμήματα.

Πίνακας 5.3 Κατανομή παραπόνων ασθενών κατά υπηρεσία και αντικείμενο

	n	%
<u>Ιατρική υπηρεσία</u>	79	40,7
Ιατρικό	12	15,2
Οδηγίες θεραπείας	6	7,6
Πληροφόρηση	16	20,3
Συμπεριφορά	22	27,8
Χρόνος εξέτασης, καθυστέρηση	21	26,6
Άρνηση εξέτασης	2	2,5
<u>Νοσηλευτική υπηρεσία</u>	31	16
Πληροφόρηση	4	12,9
Συμπεριφορά	11	35,5
Ποιότητα φροντίδας	12	38,7
Αίτημα για πληρωμή	1	3,2
Θέματα αποκλειστικών	3	9,7

νοσοκόμων		
<u>Διοικητική υπηρεσία</u>	84	43,3
Συμπεριφορά	15	17,9
Χρόνος αναμονής	10	11,9
Πληροφόρηση	9	10,7
Υποδομή	4	4,8
Βιοϊατρικός εξοπλισμός	7	8,3
Συμμόρφωση με κανόνες λειτουργίας	12	14,3
Τροφοδοσία	3	3,6
Καθαριότητα	3	3,6
Επικοινωνία	5	6,0
Διαδικασίες, λειτουργία οργάνων	15	17,9
Απάτη	1	1,2

Πηγή: Μινάκη και συν. (2013)

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η υπηρεσία με τα περισσότερα παράπονα από τους ασθενείς είναι η διοικητική και αμέσως μετά η ιατρική υπηρεσία. Η νοσηλευτική υπηρεσία φτάνει μόλις στο 16 % των παραπόνων των ασθενών με τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια στην ποιότητα της φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Δυστυχώς, στην Ελλάδα έχει αποδειχθεί ότι πολλές από τις επιστολές-παράπονα που είχαν υποβληθεί στις αρμόδιες αρχές είναι χειρόγραφα σε απλό χαρτί, και όχι στην πρότυπη φόρμα υποβολής παραπόνου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και συχνά απουσιάζουν σημαντικά στοιχεία του παραπονούμενου. Οι απαντήσεις των νοσοκομείων είναι συνήθως δακτυλογραφημένες και λιγότερες από ότι τα παράπονα, καθώς υπάρχουν και παραπονούμενοι που δεν έλαβαν απάντηση παρά τις σαφείς διατάξεις του Ν. 2071/1992.14 (Μινάκη και συν.2013).

5.8 Σύνοψη κεφαλαίου

Η σημερινή κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία έχει ως αποτέλεσμα την αναγκαία παρουσία των συνοδών των ασθενών στα νοσοκομεία. Οι κύριοι λόγοι αυτής της κατάστασης είναι η έλλειψη του νοσηλευτικού προσωπικού, η κακή κτιριακή υποδομή, ο ελλιπής σύγχρονος εξοπλισμός, πολιτισμικοί λόγοι καθώς και οι αυξημένες ανάγκες και τα αυξημένα παράπονα των ασθενών, τα οποία τις περισσότερες φορές είναι δικαιολογημένα. Οι συνοδοί πέρα από την συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών εκτελούν δραστηριότητες οι οποίες πρέπει να πραγματοποιούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η παρουσία των συνοδών στο νοσοκομείο έχει και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τόσο στους ίδιους όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως οι συνοδοί ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται αρκετές μέρες, επιβαρύνονται ψυχολογικά και σωματικά. Τέλος, είναι αναγκαίο οι συνοδοί των ασθενών να αποκτήσουν κάποιες γνώσεις σχετικά με την φροντίδα που θα προσφέρουν στον ασθενή και σημαντικό είναι να τους παρέχεται κάποια ψυχολογική υποστήριξη.

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, η παρουσία του συνοδού στο ελληνικό νοσοκομείο έχει υψίστη σημασία και είναι απαραίτητη. Επιπροσθέτως, η καλή και σύγχρονη κτιριακή υποδομή και ο σύγχρονος εξοπλισμός και σε αρκετή ποσότητα αποτελούν βασικούς παράγοντες στην ομαλή και καλή φροντίδα του ασθενούς αλλά και στην ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στην ελληνική πραγματικότητα, το σύστημα υγείας στα δημόσια νοσοκομεία δεν έχει τις κατάλληλες υποδομές και οι διαθέσιμες υπηρεσίες είναι ελάχιστες καθώς δεν υπάρχει αρκετό νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, οι άρρωστοι είναι αναγκασμένοι να βασίζονται στα μέλη της οικογένειάς τους για την παροχή φροντίδας μέσα στο νοσοκομείο. Αλλά επίσης, οι ασθενείς είναι αναγκασμένοι να παίρνουν αποκλειστική νοσοκόμα για να καλύψει τις ανάγκες τους με επιβάρυνση το δικό τους προσωπικό κόστος.

Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει τη δυνατότητα να διαθέσει όσο χρόνο χρειάζεται σε κάθε ασθενή και να καλύψει όλες τις ανάγκες του. Ακόμα και τις πιο απλές, όπως είναι το τάϊσμα, αλλαγή ρούχων, πλύσιμο ή να πάρει τα χάπια στη σωστή ώρα. Για αυτό το λόγο η παρουσία του συνοδού είναι απαραίτητη στο νοσοκομείο καθώς διευκολύνει το νοσηλευτικό προσωπικό και υπάρχει χρόνος για κάποιες άλλες σημαντικές ενέργειες. Από την άλλη πλευρά, και η οικογένεια θεωρεί καθήκον της να φροντίζει το άρρωστο μέλος και αισθάνεται ανακούφιση από τη φροντίδα που παρέχει.

Οι οικογένειες, όμως, χρειάζονται την κατάλληλη ενημέρωση και διδασκαλία για το πώς πρέπει να φροντίζουν τον άρρωστο στο νοσοκομείο ή κατ' οίκον. Η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό κριτήριο στη σωστή φροντίδα του ασθενούς. Καθώς τα μέλη της οικογένειας συχνά είναι απροετοίμαστα για την παροχή φροντίδας, βιώνουν στρες και επιβάρυνση που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία και την ευεξία τους και να θέσουν σε κίνδυνο την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Η παροχή της άμεσης φροντίδας σε ασθενείς απαιτεί χρόνο και μεγάλη προσπάθεια από τους φροντιστές με αποτέλεσμα την επίπονη επιβάρυνσή του. Ο σύντροφος που αναλαμβάνει τα καθήκοντα της φροντίδας δέχεται ως συνέπεια ριζικές αλλαγές στο πρόγραμμά του και στη ζωή του. Η παροχή άμεσης φροντίδας φέρει ως συνέπεια τη σωματική κόπωση, την ψυχική ένταση, το στρες, τη προσπάθεια

συναισθηματικής προσαρμογής στη νέα κατάσταση, τις συγκρούσεις ρόλων, το οικονομικό φορτίο, τις εργασιακές μεταβολές, τις διαταραχές ύπνου και την αβεβαιότητα του μέλλοντος.

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, η φροντίδα αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τις γυναίκες. Εκτιμάται ότι οι γυναίκες αναλαμβάνουν τα δύο τρίτα της βασικής οικογενειακής φροντίδας. Οι γυναίκες της οικογένειας θεωρούν ότι είναι καθήκον τους να αναλάβουν τη φροντίδα του πάσχοντος μέλους της οικογένειας. Ωστόσο, όμως, όλα τα μέλη της οικογένειας απαιτείται να αφιερώνουν χρόνο προκειμένου να ακούν τις ανησυχίες του ασθενή και να ασχοληθούν με τα δύσκολα συναισθήματά του. Είναι αναγκαίο όλα τα μέλη της οικογένειας να μοιράζονται το βάρος της φροντίδας διότι η αυξημένη επιβάρυνση σε έναν φροντιστή χειροτερεύει τη λειτουργία της οικογένειας, αυξάνει την ψυχική της νοσηρότητα και μπορεί να οδηγήσει σε συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της.

Τέλος, αυτό που πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα είναι η άμεση πρόσληψη του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, για να μην υπάρχει η ανάγκη της παρουσίας του συνοδού. Η καλή και σύγχρονη κτιριακή υποδομή και ο σύγχρονος εξοπλισμός και σε αρκετή ποσότητα είναι αναγκαίοι παράγοντες σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, με στόχο την ομαλή και καλή φροντίδα του ασθενούς αλλά και την ικανοποίηση τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τους ασθενείς από την παρεχόμενη φροντίδα. Επιπλέον, δεν είναι σωστό οι συνοδοί να παραμένουν αρκετές ώρες στο νοσοκομείο, δίπλα στους ασθενείς, διότι είναι επιρρεπείς στις λοιμώξεις. Αλλά, και οι συνοδοί μπορεί να κολλήσουν κάποια νοσοκομειακή λοίμωξη. Τη σημερινή εποχή όμως, η παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία είναι απαραίτητη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. (2008), Οργανωτικό Πλαίσιο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική

Αποστολοπούλου Δ. & Παπαματθαϊάκη Π. (2009), Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, Ηράκλειο

Γιαννοπούλου Χ. (1990), Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα, εκδόσεις Η Ταβίθα

Δημητριάδου Α. (2008), Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη

Δημητριάδου-Παντέκα Α., Λαβδανίτη Μ., Μηνασίδου Ε., Τσαλογλίδου Α., Καυκιά Θ., Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2009), Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό, Το Βήμα του Ασκληπιού, 8 (3), 222-239

Δρακουλόγκωνα Σ. (2004), Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο, Το Βήμα του Ασκληπιού, 3(3), 118-123

Καγάλιαρη Μ. & Σταματάκη Π. (1996), Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν

Κελέση- Σταυροπούλου Μ., Σταυροπούλου Α., Δεξιότητες-Ικανότητες και ρόλοι στελεχών της Νοσηλευτικής

Κοτζαμπασάκη Σ. (2010), Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και άλλες επιστήμες υγείας, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ

Λαναρά Β. (1989), Οι νοσηλευτές στον 21^ο αιώνα Τεχνολογία και Νοσηλευτική, Επιθεώρηση Υγείας, 1(1), 49-52

Μαργαρίτης Ε., Καθαράκη Μ., Τσακανίκος Μ., Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση συνοδών παιδιατρικών ασθενών σε τακτικά ΩΡΛ εξωτερικά ιατρεία, Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία Χειρουργική Κεφαλής & Τραχήλου, 32 (4), 229-236

Μελισσά-Χαλικοπούλου Χ. (2009), Ψυχολογία της Υγείας, Θεσσαλονίκη

Μινάκη Π., Σαμόλη Ε., Θεοδώρου Μ. (2013), Παράπονα ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά; Αρχεία ελληνικής ιατρικής 30 (1), 67-78

Μπινιώρης Σ. (1995), Συνολική Διασφάλιση Ποιότητας στα Ελληνικά Νοσοκομεία ένα όραμα και οι προοπτικές υλοποίησής του, Επιθεώρηση Υγείας, 59-64

Μπούκα, (2009), Θερίζουν οι Νοσοκομειακές Λοιμώξεις, Εφημερίδα *Μακεδονία*, Αθήνα

Οικονομοπούλου Χ., Πολύζος Ν., Μεράκου Κ., Σούλης Σ. (1995), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο Χώρο του Νοσοκομείου- Η Ευρωπαϊκή Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα, Επιθεώρηση Υγείας, 6 (1), 55-58

Ομπέση Φ. (2010), Δίκαιο Νοσηλευτικής Ευθύνης, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ

Παπαγεωργίου Δ., Μπαγιάτη Μ., Νικολακάκου Χ., Κακογιάννη Α., Μπίνας Γ., Τσαλουκίδης Ν., Παυλάτου Ν. (2010). Το Κόστος των Αποκλειστικών Νοσοκόμων και η Ικανοποίηση των Συγγενών από την Παροχή Βοήθειας, Νοσηλευτική, 49 (4): 398-405

Παπαδάτου Δ. & Αναγνωστόπουλος Φ. (1999), Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Παπάζογλου Ε. (2003), Μελέτη της υποστήριξης των συγγενών από το προσωπικό υγείας στο τελικό στάδιο και το θάνατο του αρρώστου, Αθήνα

Παπασταύρου Ε. (2005), Η επιβάρυνση της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με τη νόσο Alzheimer και άλλες σχετικές άνοιες, Αθήνα

Ραγιά Α. (1994), Ποιότητα στη Νοσηλευτική, Επιθεώρηση Υγείας, 5 (30), 53-56

Σαρρής Μ. (2001), Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήση

Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2011), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3 (4), 140-148

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

DeWit S.C. (2001), Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας, τόμος I, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λαγός

DeWit S.C. (2001), Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας, τόμος II, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λαγός

DeWit S.C. (2009), Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος I, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης

DeWit S.C. (2009), Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος II, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης

Donabedian A. (1980), The definition of quality and approaches to its assessment. Anne Arbor Administration Press, Michigan

Forough R., Fatemeh O., Mansoure N. (2004), Factors involved in nurses responses to burnout: a grounded theory study, BMC Nursing, 3 (6)

Fry S. & Johnstone M. (2005), Ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική, 2^η έκδοση, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης

Keir L., Wise B., Krebs C. (2002), Δεοντολογία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, 4^η έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις Ελλήν

McEwen M & Wills E. (2004), Νοσηλευτικές θεωρίες, 1^η έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις ΒΗΤΑ

Nies M. & McEwen M. (2001), Κοινωνική Νοσηλευτική προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, 3^η έκδοση, τόμος I, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λαγός

Nies M. & McEwen M. (2001), Κοινωνική Νοσηλευτική προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, 3^η έκδοση, τόμος II, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λαγός

Redfern S. & Norman I. (1990), Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches, Journal Advanced Nursing, 15 (11), 1260-1271

Sapountzi-Krepia D., Raftopoulos V., Sgantzios M., Dimitriadou A., Ntourou I., Sarkas G. (2006), Informal in-hospital care in a rehabilitation setting in Greece: An estimation of the nursing staff required for substituting this care, Disability and Rehabilitation, 28 (1): 3-11

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

<http://www.mednet.gr/archives>

<http://www.iatronet.gr/>

<http://www.academia.edu>

<http://www.kalahospital.gr>

<http://www.ahepahosp.gr>

<http://www.pgnp.gr>

<http://www.moh.gov.cy>

Παράρτημα I

Χαρακτηριστικά και Δεξιότητες που πρέπει να διαθέτει ο Νοσηλευτής για τον 21ο αιώνα

1. Προσανατολισμός προς την πρόληψη, προαγωγή και διατήρηση της υγείας και την αποκατάσταση στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρά προς τη θεραπεία της αρρώστιας στο χώρο της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

2. Ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων ασφαλούς και αποτελεσματικής πρακτικής, που παράλληλα θα του επιτρέπουν να εργάζεται με πληθυσμούς οι οποίοι χαρακτηρίζονται από πολυμορφία και από πολιτισμικότητα.

3. Περισσότερη αυτονομία σε όλα τα επίπεδα άσκησης. Αυτό αποτελεί προϋπόθεση για την άσκηση του ρόλου στην κοινότητα, όπου τις περισσότερες φορές ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να εργάζεται μόνος του και να παίρνει αποφάσεις.

4. Ανάπτυξη του ρόλου του ως συνηγόρου του αρρώστου. Ο ρόλος αυτός εμπεριέχει το στοιχείο της κοινωνικής ευθύνης έναντι των πολιτών και του τρόπου με τον οποίο αξιοποιούνται οι πόροι τους. Θέματα ποιότητας- κόστους της φροντίδας υγείας πρέπει να αποτελούν ένα σημαντικό τομέα του συγκεκριμένου ρόλου του νοσηλευτή. Ο ρόλος αυτός προϋποθέτει την ανάπτυξη μεγαλύτερου βαθμού κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων επικοινωνίας.

5. Διεύρυνση ικανοτήτων αποτελεσματικής συνεργασίας μέσα σε μια διεπιστημονική ομάδα, με παράλληλη όμως ανάπτυξη του διοικητικού και του συντονιστικού ρόλου της ομάδας φροντίδας υγείας.

6. Ανάπτυξη δεξιοτήτων που θα του επιτρέπουν να αναλαμβάνει υψηλές πολιτικές θέσεις και να επηρεάζει τη δημόσια πολιτική για την υγεία.

7. Μεγαλύτερη εμπλοκή στην έρευνα. Άσκηση τεκμηριωμένης πρακτικής σε όλα τα επίπεδα.

8. Ικανότητες χειρισμού πολύπλοκων, ταχύτατα μεταβαλλόμενων καταστάσεων και καταστάσεων αβεβαιότητας, που θα είναι τα χαρακτηριστικά των μελλοντικών συστημάτων φροντίδας υγείας.

9. Αξιοποίηση των δυνατοτήτων που παρέχονται από την τεχνολογία προς όφελος του πολίτη-δέκτη των υπηρεσιών υγείας.

10. Επίδειξη ηθικής συμπεριφοράς σε όλες τις πτυχές της επαγγελματικής ζωής μαζί με μια έφεση για διά βίου μάθηση (Nies & McEwen 2001, Σαρρής 2001, McEwen & Wills 2004, Κοτζαμπασάκη 2010).



Παράρτημα II

Θεωρία Βασικών Αναγκών κατά Maslow

Στόχος κάθε νοσηλευτή είναι να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς ώστε αυτός να επιτύχει ένα ανώτερο επίπεδο υγείας. Ο ψυχολόγος, Abraham Maslow, αναγνώρισε βασικές ανάγκες που είναι απαραίτητες για την επιβίωση και για την επίτευξη ενός ανώτερου επιπέδου ζωής καθώς και τη συνύπαρξή του με το σύνολο. Πρότεινε μια ιεράρχηση των ανθρώπινων αναγκών για να αποδείξει τις δυνάμεις οι οποίες υποκινούν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η ιεράρχηση ορίζεται ως «η ταξινόμηση των αντικειμένων, των στοιχείων ή των αξιών με σειρά σημαντικότητας». Πολλά νοσηλευτικά προγράμματα στηρίζονται στις βασικές ανάγκες του Maslow. Σύμφωνα με τον Maslow, οι βασικές φυσικές ανάγκες, όπως η τροφή, ο αέρας, το νερό και η ανάπαυση, πρέπει να ικανοποιούνται προτού εμφανισθεί το ανώτερο επίπεδο των συναισθηματικών αναγκών.

Βασικές ανάγκες :

- Φυσιολογικές Ανάγκες

Αυτές είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ζωής. Η πρώτη φυσιολογική ανάγκη είναι η πρόσληψη οξυγόνου, αμέσως μετά είναι η ανάγκη για επαρκή καρδιαγγειακή λειτουργία για την τροφοδοσία των ιστών με αίμα. Οι ανάγκες για επαρκή διατροφή και αποβολή των καταλοίπων του μεταβολισμού και της πέψης ύστερα. Οι βασικές ανάγκες ασφάλειας ανήκουν σε αυτή την κατηγορία και είναι πολύ σημαντικές. Η προστασία από την πρόκληση σωματικής βλάβης είναι συχνά το ίδιο σημαντική με τις φυσιολογικές ανάγκες. Η ανάγκη για ανάπαυση ακολουθεί και περιλαμβάνει την απαλλαγή του ασθενούς από τον πόνο, ο οποίος μπορεί να εμποδίσει σε σημαντικό βαθμό την ανάπαυση. Οι ανάγκες για υγιεινή έπονται της ανάγκης για ανάπαυση, διότι η καλή υγιεινή είναι μέρος της παροχής φροντίδας και προσφέρει ασφάλεια και προστασία κατά της εισβολής βακτηρίων. Η σεξουαλική έκφραση αποτελεί φυσιολογική και ψυχολογική ανάγκη.

- Η Ασφάλεια και η Αίσθηση του Ατόμου ως Μέλους ενός Συνόλου

Όταν οι φυσιολογικές ανάγκες έχουν ικανοποιηθεί, είναι αναγκαίο να

πραγματοποιηθούν οι ανάγκες για ασφάλεια και η αίσθηση ότι ο ασθενής αποτελεί ένα μέλος ενός ευρύτερου συνόλου. Η ασφάλεια όσον αφορά τους ασθενείς εξαρτάται, κυρίως, από τη διασφάλιση ότι οι φυσιολογικές τους ανάγκες θα ικανοποιηθούν. Σημαντική είναι η συναισθηματική υποστήριξη από τον νοσηλευτή. Η ενεργητική ακρόαση από την πλευρά του νοσηλευτή είναι σημαντική προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες ασφάλειας των ασθενών, γεγονός που πραγματώνεται όταν αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους γίνονται αντιληπτές με σαφήνεια. Οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι τους νοιάζονται, και λειτουργούν καλύτερα όταν έχουν την αίσθηση της «κοινότητας» με τους άλλους. Για να υπάρξει η αίσθηση της ευεξίας και της ψυχολογικής ισορροπίας, απαιτείται η κοινωνική συναναστροφή. Η επικοινωνία είναι η μέθοδος με την οποία εξασφαλίζεται η ανθρώπινη συνύπαρξη και συνεπώς, ο ρόλος της επικοινωνίας είναι πολύ σημαντικός. Η παροχή μέσω επικοινωνίας, η ενθάρρυνση να μοιράζονται οι σκέψεις και τα συναισθήματα και η θεραπευτική συναναστροφή με τον ασθενή, είναι ο πυρήνας της νοσηλευτικής.

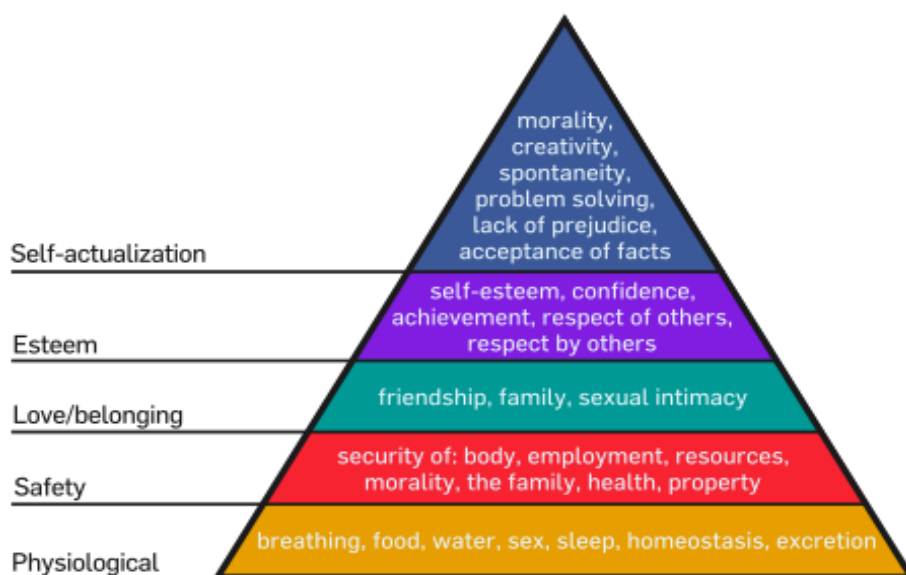
- Αυτοεκτίμηση και Αγάπη

Η αυτοεκτίμηση και η αγάπη είναι αλληλένδετες, αφού είναι προφανές ότι κάποιος δεν μπορεί να αγαπήσει αληθινά τους άλλους αν δεν έχει αποδεχθεί και αγαπήσει πρώτα τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση αναπτύσσεται από τα αισθήματα ανεξαρτησίας, ικανότητας και αυτοσεβασμού, αλλά και από την αναγνώριση, εκτίμηση και τον σεβασμό από τρίτους. Η απασχόληση ή η εργασία και οι διάφοροι ρόλοι (π.χ. ως σύζυγος, πατέρας, μητέρα, αδερφός, αδερφός παιδί, αρχηγός της κοινότητας, κ.τ.λ.) συμβάλλουν στην αυτοεκτίμηση. Η ικανοποίηση των σεξουαλικών αναγκών συμβάλλει στην αίσθηση της ολοκλήρωσης του ατόμου και στην αναγνώριση της συμπεριφοράς και του ρόλου του ως άνδρα ή γυναίκας.

Για να αποκτήσει κάποιος αυτοεκτίμηση σημαντικά στοιχεία είναι η απελευθέρωση από την ανία, η πνευματική διέγερση, η υποκίνηση για την αναζήτηση της γνώσης και η μάθηση. Η ασθένεια συχνά δημιουργεί την ανάγκη για νέα γνώση προκειμένου να μπορέσει ο ίδιος ο ασθενής να φροντίσει τον εαυτό του. Χωρίς αυτή την απαραίτητη γνώση, η αυτοεκτίμηση περιορίζεται. Ο νοσηλευτής, συνεπώς, πρέπει να γίνει ο δάσκαλος, που θα βοηθήσει τον ασθενή να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες.

- Αυτοεκπλήρωση (Αυτοπραγμάτωση)

Η αυτοεκπλήρωση είναι ένας τομέας στον οποίο για να φθάσουν οι άνθρωποι πρέπει να ικανοποιηθούν πρώτα οι φυσιολογικές ανάγκες, η ανάγκη για ασφάλεια και αίσθηση του μέλους μέσα σε ένα ευρύτερο σύνολο καθώς και η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αγάπη. Η αυτοεκπλήρωση επέρχεται όταν τα άτομα αισθάνονται πολύ άνετα με τους εαυτούς τους και είναι σίγουρα για τις πεποιθήσεις και τις αξίες τους. Οι άνθρωποι αυτοί βασίζονται στον εαυτό τους, είναι ευέλικτοι και ανοιχτοί σε νέες ιδέες, αναζητούν τη γνώση και την αλήθεια και λειτουργούν με το μέγιστο των δυνατοτήτων τους. Οι νοσηλευτικές ενέργειες, οι οποίες διευκολύνουν την αυτοεκπλήρωση, εφαρμόζονται κυρίως κατά τις περιόδους αποκατάστασης όταν ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να αγωνισθεί για να αξιοποιήσει στο μεγαλύτερο βαθμό τις δυνατότητές του. Το κάθε άτομο θεωρείται ότι επιθυμεί να έχει τον έλεγχο της ζωής του ακόμη και όταν επιλέγει την εξάρτηση από την ανεξαρτησία. Παρόλο που το άτομο έχει την ελευθερία της επιλογής, εντούτοις δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι κάθε επιλογή θα είναι και ορθή. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή, να συνεχίσουν να καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ ή να αγνοούν οποιαδήποτε συμβουλή τους παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας. Οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν ότι η συμπεριφορά αυτή βασίζεται στο τι αντιλαμβάνεται το κάθε άτομο ως ανάγκη και πόση σημασία έχει για το συγκεκριμένο άτομο η ικανοποίηση αυτής της ανάγκης (Σαρρής 2001, McEwen & Wills 2004, Κοτζαμπασάκη 2010).



Παράρτημα ΙΙΙ

Τα Δικαιώματα των ασθενών

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας για την υγεία των πολιτών. Τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας, και ειδικότερα, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρεπούς μεταχείρισης στη παροχή υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών καθώς και φροντίδας υγείας, αποτελούν βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, γι' αυτό και η Βουλή των Αντιπροσώπων ψήφισε τον «Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμο του 2004»

1. Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε φροντίδα υγείας, όπως απαιτούν οι ανάγκες της υγείας του και όπως αυτή παρέχεται μέσα σε εύλογο χρόνο, ανάλογα με τις ανάγκες αυτές.
2. Ο ασθενής έχει δικαίωμα καλής ποιότητας φροντίδας υγείας που τη χαρακτηρίζουν τα υψηλά τεχνικά επίπεδα και η ανθρώπινη σχέση μεταξύ του ασθενούς και αυτού που παρέχει τη φροντίδα υγείας.
3. Ο ασθενής έχει δικαίωμα αδιάκοπης συνέχισης της φροντίδας υγείας.
4. Η φροντίδα υγείας προσφέρεται σε όλους ισότιμα χωρίς δυσμενή διάκριση.
5. Το συμφέρον του ασθενούς θα πρέπει να είναι ο κύριος παράγοντας επιλογής ανάμεσα σε διάφορες θεραπείες και φροντίδα.
6. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να επιλέξει και να αλλάξει το ιατρικό ίδρυμα που του παρέχει φροντίδα υγείας, και το ιατρικό ίδρυμα έχει υποχρέωση να παράσχει σ' αυτόν κάθε εύλογη διευκόλυνση για την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.
7. Όταν δεν υπάρχει πλέον ιατρικός λόγος για τη συνέχιση της παραμονής του ασθενούς σε ιατρικό ίδρυμα, αυτός δικαιούται πλήρη ενημέρωση, πριν να πάρει εξιτήριο ή να μεταφερθεί σε άλλο ίδρυμα.

8. Όταν ο ασθενής παίρνει εξιτήριο και σε περίπτωση που η κατάστασή του το απαιτεί, του προσφέρονται κοινοτικές και κατ' οίκον υπηρεσίες, νοούμενου ότι αυτό είναι συμβατό με τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

9. Ο ιατρός έχει υποχρέωση να λειτουργεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς Δεοντολογίας και με βάση τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.

10. Ο ασθενής έχει δικαίωμα αξιοπρεπούς μεταχείρισης κατά την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία του προσφέρεται με ανάλογο σεβασμό στις πολιτισμικές του αξίες.

11. Ο ασθενής έχει δικαίωμα κατά τη διάρκεια της φροντίδας υγείας που του παρέχεται, να απολαμβάνει υποστήριξη από την οικογένεια, συγγενείς και φίλους. Επίσης, ο ασθενής έχει δικαίωμα συνεχούς πνευματικής στήριξης, περιλαμβανομένης της θρησκευτικής, καθώς και ψυχολογικής στήριξης και καθοδήγησης, εφόσον χρειάζεται.

12. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δέχεται επισκέπτες κατά το χρόνο και σύμφωνα με τις διευθετήσεις της Διεύθυνσης του Νοσοκομείου, με βάση τις απαιτήσεις της φροντίδας υγείας του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του ιδρύματος.

13. Ο ασθενής έχει δικαίωμα ανακούφισης από τον πόνο και την οδύνη, σύμφωνα με τη διαθέσιμη επιστημονική γνώση και τους εκάστοτε σε ισχύ κανονισμούς ιατρικής δεοντολογίας.

14. Ο ασθενής έχει δικαίωμα φροντίδας υγείας και σεβασμού της αξιοπρέπειάς του μέχρι το τελικό στάδιο της ζωής του.

<http://www.moh.gov.cy>