

Διεπαγγελματική συνεργασία
ιατρών και νοσηλευτών

Πτυχιακή Εργασία

Γαρυφάλλου Κ.
Κουρπουανίδου Α.
Κυπάρου Μ.
Γρηγοριάδης Σ.

Υπεύθυνη έρευνας: Δρ. Αλεξάνδρα Δημητριάδου - Παντέκα,
Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ

Θεσσαλονίκη
Απρίλιος 2009

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Καθηγήτριά μας κα Δημητριάδου Αλίκη, για την αμέριστη συμπαράσταση στην εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Η διεξαγωγή και το ερευνητικό αποτέλεσμα δεν θα είχε ολοκληρωθεί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια των Υπεύθυνων Καθηγητριών Πρακτικής του νοσοκομείου Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ. Ευχαριστίες πρέπει να δοθούν και στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό για την ευγένεια, τη συμμετοχή και την προθυμία τους να μας βοηθήσουν.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας συμπαράστηκαν και προσανατόλισαν τη ζωή μας...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:	
ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ‘ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ’	
1.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	5
1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ	6
1.3 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.4 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΓΙΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	11
1.5 ΣΧΕΣΕΙΣ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:	
Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	
2.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	15
2.2 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	18
2.3 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	19
2.4 ΙΑΤΡΙΚΗ : ΕΝΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	23
2.5 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΙΑΤΡΩΝ	25
2.6 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	29
2.6.1 ΟΡΙΣΜΟΙ	29
2.7 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΩΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:	
ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	
3.1 ΓΕΝΙΚΑ	33
3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	33
3.3 ΤΙ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ	33
3.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

4.1 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	35
4.2 ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	39
4.3 ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	41
4.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	44
4.5 ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΙΔΙΟΥ ΦΥΛΟΥ	45
4.6 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	46
4.6.1 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	48
4.7 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΥ ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ	53
5.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΚΑΛΗ ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ:

ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΤΗΣ ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

6.1 ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ	56
6.2 ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	58

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	81
---	-----------

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	95
-----------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	96
---------------------	-----------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική και η ιατρική είναι ένας συνεχώς μεταβαλλόμενος τομέας. Πρέπει να ακολουθηθούν τυποποιημένες προφυλάξεις ασφάλειας, αλλά παρόλο που οι νέες έρευνες και η κλινική εμπειρία διευρύνουν τις γνώσεις μας, αυτό που παραμένει αναλλοίωτο είναι η αστείρευτη ανάγκη για παροχή φροντίδας σε κάθε άνθρωπο που αποζητά ψυχική και σωματική ίαση. Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών συμπεριλαμβάνει την εμπιστοσύνη, την από κοινού ευθύνη, τον αμοιβαίο σεβασμό, την επικοινωνία, τη συνεργασία, το συντονισμό και την αισιοδοξία. Μέσω της συνεργασίας, η διαδικασία της φροντίδας γίνεται ένας φυσικός τρόπος σκέψης που χρησιμοποιείται σε όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής και της ιατρικής πρακτικής. Η συνεργασία δεν παύει να αποτελεί τη δυναμική και συνεχή διαδικασία συλλογής, επιβεβαίωσης, και οργάνωσης των πληροφοριών που αφορούν ένα άτομο δίδοντας έμφαση στον παράγοντα υγεία, στο περιβάλλον, στις πληροφορίες και στις υποθέσεις. Ακόμη, η συνεργασία απεικονίζει τα θέματα υγείας παράλληλα και από ιατρική και από νοσηλευτική σκοπιά. Ο ιατρός κάνει την αρχική διάγνωση, ο νοσηλευτής παρακολουθεί και ελέγχει το ξεκίνημα, την αλλαγή, και την ανάλυση του προβλήματος και ανταποκρίνεται στις αλλαγές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Νοσηλευτική και η ιατρική είναι άρρηκτα συνυφασμένες όσον αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ίαση των ασθενών εξαρτάται από τις δεξιότητες των ιατρών στη διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς και στις συνεχείς παρατηρήσεις των νοσηλευτών και στις ικανότητές τους να μεταφέρουν σωστές πληροφορίες στους κατάλληλους συνεργάτες τους. Η καλή νοσοκομειακή περίθαλψη εξαρτάται από ένα σύστημα που θα εξασφαλίζει τη συνέχεια των πληροφοριών και την διεπαγγελματική συνεργασία. Επίσης, τα νοσοκομεία, όπου οι νοσηλευτές αναπτύσσουν καλή συνεργασία με τους ιατρούς, έχουν περιγραφεί ως «νοσοκομεία μαγνήτης» με υψηλή παροχή φροντίδας.

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στα νοσοκομεία δεν έχει ποτέ μία συμμετρία. Η συνεργασία προϋποθέτει να είναι σύμφωνες και οι δύο πλευρές, πορευόμενες σε μια κοινή αποστολή. Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, το κοινό εγχείρημα της νοσηλευτικής και ιατρικής είναι ο ασθενής. Οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί έχουν ένα ευρύ πεδίο γνώσεων, παρατηρήσεων και στόχων. Ίσως η κατανόηση της εννοιολογικής ασυμμετρίας είναι σημαντική για τη διαχείριση των αλλαγών, καθώς και για τα ίδια τα επαγγέλματα, εάν η φιλοσοφία της συνεργασίας προσβλέπει στο να προχωρήσει πέρα από τις απλές λέξεις.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προβάλλει το ζήτημα της συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτικής και ιατρικής και να καταγράψει όσο περισσότερες πληροφορίες γίνεται, προκειμένου ο αναγνώστης να αποκομίσει τις κατάλληλες γνώσεις και να αποσαφηνίσει τα σημεία σύγκλισης και απόκλισης των δύο επαγγελμάτων.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι πλούσια όσον αφορά το θέμα που μας ενδιαφέρει και η έρευνά μας αναπτύσσεται σε οκτώ κεφάλαια τα οποία διαμορφώνονται ως εξής:

Στο **πρώτο κεφάλαιο** με θέμα «**Η Συνεργασία**» δίδεται η ερμηνευτική προσέγγιση του όρου ‘συνεργασία’, καταγράφονται ο ρόλος της συνεργασίας στη φροντίδα υγείας, πώς αναπτύσσεται ένα υγιές περιβάλλον εργασίας και ποιες είναι οι σχέσεις γιατρού-νοσηλευτή, καθώς και οι δεξιότητές τους.

Στο **δεύτερο κεφάλαιο** με θέμα «**Η Νοσηλευτική και η Ιατρική ως επαγγέλματα**» η έρευνα παρουσιάζει το ρόλο του νοσηλευτή και του ιατρού και διασαφηνίζονται οι απαιτήσεις της νοσηλευτικής και της ιατρικής ως επαγγέλματα υγείας. Στη συνέχεια, αναλύεται η συνεργασία των δύο επιστημών ως προς τη διάγνωση μιας ασθένειας, δίδονται ανάλογοι ορισμοί και εκτίθεται το ιατρικό απόρρητο ως δεοντολογική υποχρέωση.

Στο **τρίτο κεφάλαιο** με θέμα «**Εργασιακή Ικανοποίηση**» η ανάπτυξη του θέματος εξελίσσεται με την καταγραφή των παραγόντων ικανοποίησης της εργασίας γενικά, παρουσιάζονται οι απαιτήσεις για μια καλύτερη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία και αναφέρεται η επαγγελματική ικανοποίηση όσον αφορά τους νοσηλευτές.

Το **τέταρτο κεφάλαιο** με θέμα «**Διεπαγγελματισμός Ιατρικής-Νοσηλευτικής**» αναπτύσσεται εκτενέστερα το θέμα της εργασίας μας. Εδώ παρουσιάζονται λεπτομερέστερα οι σχέσεις μεταξύ της συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών, δίδονται οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της συνεργασίας τους, αναλύονται οι σχέσεις συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών ίδιου φύλου αλλά ταυτόχρονα καταγράφονται και οι διαφορές στη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών, όπως και ο ρόλος του άγχους σ' αυτή τη συνεργασία.

Στο **πέμπτο κεφάλαιο** με θέμα «**Παράγοντες που σχετίζονται στη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών**» γίνεται μια μικρή αναφορά στις προϋποθέσεις που απαιτούνται για μια καλή διαεπαγγελματική συνεργασία.

Το **έκτο κεφάλαιο** έχει θέμα «**Το αντίκτυπο της διαεπαγγελματικής συνεργασίας ιατρών-νοσηλευτών**». Εδώ το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον ασθενή και στο αντίκτυπο που έχει σε αυτόν η συνεργασία ή μη, μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, όπως και το κόστος στην υγειονομική περίθαλψη και στην ανάπτυξη της τεχνολογίας και στη συνεργασία σε όλο το σύστημα υγείας.

Στη συνέχεια η εργασία ολοκληρώνεται με την καταγραφή του ερευνητικού μέρους της εργασίας και τη διεξαγωγή των αποτελεσμάτων.

Τέλος, στον επίλογο καταγράφονται τα συμπεράσματα από την τριβή με το θέμα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ‘ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ’

1.1 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα όσον αφορά τα βασικά επίπεδα υγειονομικής φροντίδας έχει την εξής διάρθρωση:

- *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ):* Η φροντίδα αυτή αφορά την περίθαλψη του ατόμου εξωνοσοκομειακά, χωρίς να είναι απαραίτητη η νοσηλεία του σε νοσοκομείο. Το άτομο απολαμβάνει υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόληψη και τη διάγνωση της νόσου, και η περίθαλψη αυτή μπορεί να πραγματοποιείται είτε από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα (ιατρούς που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων). Στις μη αστικές περιοχές η φροντίδα παρέχεται κυρίως από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.
- *Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:* Το επίπεδο αυτό έχει να κάνει με υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς είτε μέσα σε δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ είτε εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και ιδιωτικές κλινικές.
- *Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα:* Σ’ αυτή την κατηγορία ανήκει η φροντίδα που παρέχεται σε πανελλήνιο εύρος μέσω του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).
- *Ψυχιατρική Περίθαλψη:* Αφορά τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ακόμη, η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται και από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί σε όλη την χώρα. (ICAP,2001)

Για την ανάπτυξη όλων των ανωτέρω επιπέδων φροντίδας θα πρέπει το υγειονομικό σύστημα να διακατέχεται από ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι ο τομέας εκείνος που ενδιαφέρει περισσότερο απ’ όλους την επιστημονική κοινότητα, την πολιτεία, τους επαγγελματίες υγείας και ακόμη πιο πολύ, τους ασθενείς. Απαραίτητο στοιχείο για την καλή και

αποτελεσματική λειτουργία όλων των επιπέδων φροντίδας είναι η διαεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας. (Δίλιντας Α. και συν., 2006.)

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

Συνεργασία είναι η συνένωση των γνώσεων, ικανοτήτων και πείρας πολλών προσώπων προς έναν κοινό σκοπό, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των συνεργαζόμενων ατόμων. Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου, ευκαιρία υπηρεσίας, προσφοράς και διακονίας. Πολλαπλασιάζει τις δυνάμεις των συνεργαζόμενων ασημοτήτων και τις αποδεικνύει ανώτερες των δυνάμεων διστάμενων διασημοτήτων. Χωρίς τη συνεργασία των μελών δεν αναπτύσσεται η κοινωνία, δεν ευημερεί η οικογένεια, δεν κερδίζει μάχες ο στρατός, δεν μεγαλουργεί η παιδεία, δεν προάγονται οι τέχνες και οι επιστήμες, δεν επιτυγχάνει τους στόχους της η σύγχρονη Νοσηλευτική. Η συνεργασία είναι γυμναστήριο, σπουδαστήριο και εργαστήριο αγωνισμάτων άλλου βεληνεκούς. Κατά τη συνεργασία καλλιεργούμε την αγάπη, τη συμμαχία, την υπομονή, το πνεύμα της μαθητείας. Αναγνωρίζουμε τα ελαττώματά μας π.χ. τη φιλοπρωτία, την ιδιορρυθμία, την εμμονή στο ίδιο το θέλημα. (<http://www.iatrotek.org>)

Η συνεργασία απαιτεί τη σταθερή προσοχή και παγιοποίηση, που υποστηρίζονται από τις επίσημες διαδικασίες και τις δομές που ενθαρρύνουν την κοινή επικοινωνία και λήψη απόφασης. Στοιχεία που τεκμηριώνουν τις διαφορετικές αντιλήψεις της αποτελεσματικότητας και της συνεργασίας νοσηλεύτριας-γιατρού, σημεία ιατρών και ανώτερων υπαλλήλων υγειονομικής περιθαλψης προστάζουν ότι οι αποτελεσματικές μέθοδοι αναπτύσσονται για να βελτιώσουν την εργασία και τις σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών. (American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems, 2002).

Όπως αναφέρεται από την Γομάτου Ν., (2007): «Οι ακαδημαϊκοί παντρεύουν τα προθέματα **διά (inter) -, πολυ (multi) -, υπερ (trans) -** με τα επίθετα **επαγγελματικός και επιστημονικός «professional and disciplinary»** και τα ουσιαστικά **εκπαίδευση, κατάρτιση, εκμάθηση και σπουδές «education, training, learning and studies»** στους φαινομενικά ατελείωτους συνδυασμούς. Οι

επαγγελματίες προτιμούν πιο καθημερινούς όρους όπως η "κοινή κατάρτιση", η "κοινή εκμάθηση" ή οι "κοινές σπουδές"».

Η συνεργασία περιλαμβάνει την άμεση και ανοικτή επικοινωνία, το σεβασμό των διαφορετικών προοπτικών, και την αμοιβαία ευθύνη για την επίλυση προβλήματος. (Baggs JG., 1989)

Η συνεργασία έχει οριστεί ως:

1. οι συνεργατικές αλληλεπιδράσεις οι οποίες επηρεάζουν την υπομονή και την προσοχή στο χώρο.
2. "νοσηλεύτριες και ιατροί συνεταιριστικά εργαζόμενοι μαζί, που μοιράζονται την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων και τη λήψη των αποφάσεων διατυπώνοντας και πραγματοποιώντας τα σχέδια για την απαραίτητη υπομονή και προσοχή" (Baggs & Schmitt, 1997), και
3. αλληλοεξάρτηση, "όπου οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί έχουν συμπληρωματικούς ρόλους" (Fagin, 1992).

Η αμερικανική ένωση νοσηλευτών περιγράφει τη συνεργασία: ως "αληθινή συνεργασία, στην οποία η δύναμη εκτιμάται και από τις δύο πλευρές, με την αναγνώριση και την αποδοχή των χωριστών και συνδυασμένων σφαιρών πρακτικής της δραστηριότητας και της ευθύνης. Η αμοιβαία προστασία των νόμιμων συμφερόντων κάθε συμβαλλόμενου μέρους, και η ομοιότητα των στόχων αναγνωρίζεται από τα αμφότερα συμβαλλόμενα μέρη."

Η στενή αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών είναι έμφυτη στην εργασία τους.

Η συνεργασία Νοσηλευτών – Ιατρών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στις θετικές εκβάσεις. Η συνεργασία ορίζεται ως εργασία Νοσηλευτών – Ιατρών μαζί, ειδικά σε μια κοινή διανοητική προσπάθεια, και, υπό αυτήν τη μορφή, απαιτεί την αλληλεξάρτηση. Και οι νοσηλευτές και οι ιατροί συστήνουν τη συνεργασία ως ο αποτελεσματικός, ο αποδοτικός και ικανοποιητικός τρόπος να παρέχουν την απαραίτητη προσοχή με υπομονή. (Albert, H. B., et al., 1992)

Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός και η εκτίμηση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, καθώς και των δυνατοτήτων και των περιορισμών τους, είναι σημαντικοί στην ενθάρρυνση της συνεργασίας. (Eubanks, 1991)

Ο στόχος της συνεργασίας είναι οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες να εργάζονται με τις καλύτερες συνεργάσιμες και κολεγιακές σχέσεις της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και του υψηλού σεβασμού. Με βάση τα παραπάνω έχουμε βελτιωμένες σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών καθώς και βελτιωμένες συνθήκες εργασίας με την απαραίτητη υπομονή και προσοχή. (Kimball B. and O' Neill E., 2002)

Η συνεργασία διασπάται όταν ούτε οι ιατροί ούτε οι νοσηλεύτριες δεν ξέρουν τι να κάνουν για να αντιμετωπίσουν ένα κλινικό πρόβλημα.

Επιπλέον των ιατρών με τους οποίους συνεργάζεται ένας νοσηλευτής υπάρχουν και άλλοι πολλοί επαγγελματίες σε μια νοσηλευτική ομάδα για τους οποίους θα πρέπει να δείχνεται ο ίδιος σεβασμός και αναγνώριση για το μέρος της φροντίδας το οποίο διεξάγουν. Κάθε ένας έχει μια συγκεκριμένη λειτουργία, έχει συγκεκριμένα καθήκοντα για τα οποία έχει εκπαιδευτεί. Συχνά υπάρχουν ασθενείς που έχουν πολλά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα και χρειάζεται ένας νοσηλευτής να απευθύνεται σε πολλούς και διαφορετικούς ιατρούς, οπότε είναι καλό να υπάρχει μαζί τους μια άμεση επικοινωνία. (Keir – Wise – Krebs, 2002)

Μια πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδα αποτελείται από τα μέλη από τα διαφορετικά επαγγέλματα υγειονομικής περίθαλψης με τις εξειδικευμένες δεξιότητες και την πείρα. Τα μέλη συντονίζουν και επικοινωνούν το ένα με το άλλο για να παρέχουν την ποιοτική υπομονετική προσοχή. Ο συντονισμός και η ομαδική εργασία μεταξύ των νοσοκομειακών ιατρών οδηγούν στη μεγαλύτερη αποδοτικότητα και τις βελτιωμένες κλινικές εκβάσεις.

Παραδοσιακά, η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών σημάνει τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση. Η συνεργασία "υπονοεί τη συλλογική δράση προς έναν κοινό στόχο στο πνεύμα της εμπιστοσύνης και της αρμονίας." Στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης, η συνεργασία γίνεται κατανοητή ως τρόπος με τον οποίο οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες αλληλεπιδρούν ο ένας με τον άλλον σε σχέση με την κλινική λήψη απόφασης. (Shortell SM. et al., 1994)

Σε μια πρόσφατη αναθεώρηση της λογοτεχνίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαπεραστικοί καθοριστικοί παράγοντες της συνεργασίας, που περιλαμβάνουν τη διαπροσωπική εμπιστοσύνη, το σεβασμό, και την ανοικτή επικοινωνία, έχουν λάβει την περισσότερη προσοχή. Αυτοί οι συντάκτες βεβαίωσαν ότι οι διαπεραστικοί παράγοντες δεν είναι μόνο ικανοποιητικοί για μια λεπτομερή

κατανόηση της συνεργασίας. Υποστήριξαν ότι υπάρχουν καθοριστικοί παράγοντες, όπως οι οργανωτικές δομές και η φιλοσοφία, συμπεριλαμβανομένης της ηγεσίας και της διοικητικής υποστήριξης, και συστηματικοί παράγοντες όπως η επαγγελματική δύναμη, ο πολιτισμός, και η κοινωνικοποίηση, έχουν λάβει τη λιγότερη προσοχή αλλά και είναι απαραίτητοι για την επιτυχή συνεργασία. (Shortell SM. et al., 1994)

Η ειδικευμένη επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από τη μονόπλευρη παράδοση των πληροφοριών, είναι ένας διπλής κατεύθυνσης διάλογος στον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται και αποφασίζουν από κοινού. Ένας πολιτισμός της ασφάλειας και της τελειότητας απαιτεί ότι μεμονωμένες νοσηλεύτριες και οι οργανώσεις υγειονομικής περίθαλψης το κάνουν μια προτεραιότητα που αναπτύσσεται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, δεξιότητες επικοινωνίας συμπεριλαμβανομένων ο γραπτός, ο προφορικός και μη λεκτικός λόγος. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004)

Αυτός ο πολιτισμός αναμένει την ευγένεια και το σεβασμό των νοσηλευτών που μιλούν από τη γνώση και την αρχή τους. Οι ασθενείς στην προσοχή των κλινικά ειδικών επαγγελματιών υφίστανται ιατρικά λάθη με ανησυχητική συχνότητα. Σχεδόν τρία στα τέσσερα λάθη προκαλούνται από τους ανθρώπινους παράγοντες που συνδέονται με τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. (Schaefer HG. et al., 1994)

Συμπεριφορά εκφοβισμού και ανεπαρκείς διαπροσωπικές σχέσεις οδηγούν στη δυσπιστία, τη χρόνια πίεση και τη δυσαρέσκεια μεταξύ των νοσηλευτών. Αυτή η ανθυγιεινή κατάσταση συμβάλλει στις νοσηλεύτριες που αφήνουν τις θέσεις τους και συχνά το επάγγελμά τους συνολικά. Περισσότερο από τις μισές νοσηλεύτριες που ερευνούν την έκθεση που υπόκεινται στη λεκτική κατάχρηση έχουν βεβαιώσει αποδιοργανωτική συμπεριφορά. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2004)

Οι νοσηλεύτριες μπορούν να αντιμετωπίσουν τη σύγκρουση σε κάθε διάσταση από την εργασία τους. Είτε πρόκειται για σύγκρουση με άλλους, ή μεταξύ τους. Οι επαγγελματικές τιμές, οι ειδικευμένες υποστηρίξεις επικοινωνίας και η ηθική υποχρέωση να επιδιωχθεί το ψήφισμα που συντηρεί την επαγγελματική ακεραιότητα μιας νοσηλεύτριας εξασφαλίζουν την ασφάλεια ενός ασθενή και τα συμφέροντα.

Η αληθινή συνεργασία είναι μια διαδικασία, όχι ένα γεγονός. Πρέπει να βρεθεί σε εξέλιξη και να χτιστεί κατά τη διάρκεια του χρόνου, με συνέπεια έναν πολιτισμό εργασίας όπου η επικοινωνία και η λήψη απόφασης μεταξύ των νοσηλευτών και άλλων πειθαρχιών γίνονται κανόνας. Αντίθετα από το σεβασμό στην αληθινή συνεργασία η γνώση και οι δυνατότητες κάθε επαγγελματία γίνονται σεβόμενες για να επιτύχουν ποιοτική περίθαλψη για τους ασθενείς. Ειδικευμένη επικοινωνία, εμπιστοσύνη, γνώση, κοινή ευθύνη, αμοιβαίος σεβασμός, αισιοδοξία και συντονισμός είναι το ολοκλήρωμα στην επιτυχή συνεργασία. (American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems., 2002)

1.3 Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η ομαδική εργασία, όμως, αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη όπως θα συζητηθεί και στην συνέχεια. Η Διακήρυξη του ΠΟΥ το 1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας υγείας στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας.

Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων συνεργασίας. Έτσι, το απολύτως ιατροκεντρικό σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως

συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών, αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας.

Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λ.π.), αλλά και την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.

Η φροντίδα υγείας οργανώνεται σε τρία επίπεδα σε κάθε σύστημα υγείας: την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Επιπλέον, απαραίτητες διαστάσεις κάθε συστήματος υγείας είναι η Εκπαίδευση, η οποία προετοιμάζει τους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας για το ρόλο που θα παίξουν, αλλά και η Υγιεινή της Εργασίας που από τη μια πλευρά έχει ως σκοπό να εξασφαλίζει καλύτερες και ασφαλέστερες συνθήκες εργασίας για τους εργαζόμενους στο σύστημα υγείας, αλλά και από την άλλη να συμπληρώνει τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται από το σύστημα υγείας για κάθε εργαζόμενο μέλος μιας οργανωμένης κοινωνίας. (Γομάτου Ν., 2007)

1.4 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΥΓΙΟΥΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα πρότυπα για την καθιέρωση και τη στήριξη των υγιών περιβαλλόντων εργασίας είναι:

- ◆ Οι ειδικευμένες νοσηλεύτριες πρέπει να είναι τόσο ικανές στις δεξιότητες επικοινωνίας όσο είναι στις κλινικές δεξιότητες.
- ◆ Οι αληθινές νοσηλεύτριες συνεργασίας πρέπει να είναι ανηλεείς στη συνέχιση και την ενθάρρυνση της αληθινής συνεργασίας.

- ◆ Οι νοσηλεύτριες πρέπει να δεσμεύουν τους συνεργάτες αποτελεσματικά στην παραγωγή της πολιτικής, την κατεύθυνση και την αξιολόγηση της κλινικής προσοχής και την οδήγηση οργάνωσης των διαδικασιών.
- ◆ Η κατάλληλη επάνδρωση εξασφαλίζει την αποτελεσματική αντιστοιχία μεταξύ των υπομονετικών αναγκών και των ικανοτήτων νοσηλευτών.

Οι νοσηλεύτριες πρέπει να αναγνωρίζουν και να αναγνωρίζονται ως προς τις αξίες τους. Οι αυθεντικοί ηγέτες πρέπει να αγκαλιάσουν το περιβάλλον εργασίας και να επιτρέψουν και σε άλλους να συμμετέχουν στο επίτευγμά τους.

Η στενή αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών είναι έμφυτη στην εργασία τους.

Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός και η εκτίμηση μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, καθώς και των δυνατοτήτων και των περιορισμών τους, είναι σημαντικοί στην ενθάρρυνση της συνεργασίας.

Η ομαδική εργασία ποικίλλει μεταξύ των νοσοκομείων, τονίζοντας την ανάγκη για την αξιοπιστία και τον πολιτισμό, προσαρμόζουν τις προσπάθειες βελτίωσης, έτσι η ομαδική εργασία είναι σημαντική και αξιόπιστη, σε σημείο που λειτουργεί ως μέτρο της ασφάλειας των ασθενών.

Νοσηλευτικοί λόγιοι έχουν προσδιορίσει ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής συνεργασίας, συμπεριλαμβανομένης της εμπιστοσύνης, της κοινής ευθύνης, του αμοιβαίου σεβασμού, επικοινωνίας, συνεργασίας, συντονισμού και αισιοδοξίας. (Arcangelo et al., 1996). Ο Buchanan (1996) τονίζει τη σημασία της επάρκειας, τη διαπραγμάτευση και την από κοινού συνεργασία. Οι Deitrich και Resnik (1990) υποστηρίζουν ότι ιατροί και νοσηλευτές είναι επαγγέλματα αξίας στη συλλογικότητα και τη διαθεσιμότητα. Και, τέλος, μελετητές αναγνωρίζουν ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να εργαστούν από κοινού, ανεξάρτητα, και να ασχολούνται με στόχο τη ρύθμιση, για να έχουν αποτελεσματική σύνδεση ως συνεργάτες.

Η συνεργασία προϋποθέτει, την επικοινωνία και την ανταλλαγή των αποφάσεων. Ένα καλό μεταξύ ιατρών - νοσηλευτών είναι η ενσωμάτωση που αποτελεί τη βάση για τη μείωση της διάρκειας της παραμονής των επαγγελματιών υγείας και τη βελτίωση της ικανοποίησης. Υπάρχει γενική στάση απέναντι στην

καλή συνεργασία. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν επίγνωση των νοσοκομειακών ρόλων στην ιατρική περίθαλψη και ψυχολογική υποστήριξη, υπέρ της διεπιστημονικής εκπαίδευσης.

Η συνεργασία νοσηλευτών – ιατρών είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στις θετικές εκβάσεις και των δύο εργασιών. Η συνεργασία ορίζεται ως εργασία από κοινού, ειδικά σε μια κοινή διανοητική προσπάθεια, και, υπό αυτήν τη μορφή, απαιτεί την αλληλοεξάρτηση. Και οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί συστήνουν τη συνεργασία ως τον αποτελεσματικότερο, αποδοτικό και ικανοποιητικό τρόπο να παρέχουν την κατάλληλη ιατρονοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς. (Albert et. al., 1992)

1.5 ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Οι ιατροί αναφέρουν μόνο λίστες ελέγχου για την αξιολόγηση των ασθενών και παρέμβαση με στοιχεία που είναι ανεπαρκή για την αποτελεσματική νοσηλευτή / γιατρού συνεργασία. Οι αφηγηματικές νοσηλευτικές περιλήψεις είναι ανεκτίμητες αναφορές που καθοδηγούν την ιατρική περίθαλψη σε αποφάσεις. Οι ιατροί βλέπουν λεπτομερείς αξιολογήσεις και καλά περιγραφόμενες παρεμβάσεις νοσηλευτών ως κρίσιμης σημασίας για την αποτελεσματική πρακτική ιατρική.

Η σχέση μεταξύ της ιατρικής και νοσηλευτικής θα πρέπει να είναι πάντοτε εγκάρδια και συνεργάσιμη, να υπάρχουν γνώσεις, να υπηρετούν την κοινωνία καθώς να υπάρχει και πειθαρχία. Η πειθαρχία είναι κάπως διαφορετική σαν ορισμός στους νοσηλευτές και στους ιατρούς. Η πειθαρχία στην ιατρική επικεντρώνεται στις ασθένειες και στην θεραπεία των ασθενών. (Rosemarie Rizzo Parse, 2005) Οι ιατρικές δεξιότητες βρίσκονται σε τομείς της διάγνωσης και θεραπείας, και καθήκον τους είναι να εκτελούν αυτές τις δεξιότητες με ανθρώπινο τρόπο, που να μην προκαλεί βλάβη και να προωθεί τη γενικότερη υγεία της κοινωνίας. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ιατροί λογοδοτούν άμεσα προς την κοινωνία, έχοντας συνεργατικές ευθύνες ο ένας έναντι του άλλου.

Απαραίτητη η επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών ώστε να μην παραμείνει ως ένα άλυτο ζήτημα η βιωσιμότητα και η ζωτικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά συνέπεια, η ανάπτυξη των προτύπων παράδοσης υγείας που θα επιτρέψει την αποτελεσματική διεπιστημονική επικοινωνία, τη

συνεργασία και τη σοφότερη χρήση των περιορισμένων πόρων στην υγειονομική περίθαλψη είναι ουσιαστική. Τονίζονται απαραίτητα στοιχεία για τη σωστή σχέση εργασίας νοσηλεύτη - ιατρού, όπως η ομαδική εργασία, ο σεβασμός, η καλή επικοινωνία και σε γενικές γραμμές πώς τα άτομα πρέπει να συμπεριφερθούν για να επιτύχουν τις καλές σχέσεις εργασίας.

Οι παραδοσιακές σχέσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν στο περιβάλλον των ασθενών. Οι θεσμικοί και επαγγελματικοί κανόνες αναβάλλουν ακόμα στην ιατρική λήψη αποφάσεων, τον κώδικα των νοσηλευτών δεοντολογίας και τις διοικητικές γραμμές υπευθυνότητας. Η ρύθμιση ασθενών δίνει έμφαση σε μια ουσιαστική πτυχή της σχέσης –νοσηλευτών ιατρών και στην αμοιβαία αλληλοεξάρτησή τους. Κανένας δεν μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα από τον άλλο. Εάν ο ψυχίατρος είναι ο αρμόδιος ιατρικός ανώτερος υπάλληλος και ένας ασθενής είναι στο τμήμα διανοητικής υγείας, εκείνος ο ψυχίατρος εξαρτάται από τις νοσηλεύτριες για τη συγκράτηση και την ασφαλή προσοχή του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ

2.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Ο αρχικός σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης είναι να εξυπηρετηθούν οι φυσικές, συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Οι εξασθετισμένες προσωπικές σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών στην εργασία μπορούν να προκαλέσουν λάθη, ατυχήματα και κακή απόδοση εργασίας (Farrell, 1997). Όταν οι εντάσεις είναι υψηλές, οι νοσηλεύτριες είναι απίθανο να αποδώσουν στο μέγιστο και τα αποτελέσματα είναι συχνά η έλλειψη υπομονής και η χαμηλή φροντίδα του ασθενούς.

Υποστηρίζεται ότι ο νοσηλευτής το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου της εργασίας του το περνά κοντά στον ασθενή διότι η νοσηλευτική εργασία προκειμένου να ολοκληρωθεί απαιτεί την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία του ασθενούς, την γνώση των αναγκών του, των δυνατοτήτων και των περιορισμών του. Η νοσηλευτική εργασία περιλαμβάνει γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες. (Bellack J.P., 1999)

Η φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής έχει οριστεί ως "η διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια που περιλαμβάνει το έντονο ενδιαφέρον για κάποιον ή κάτι, την ανταπόκριση στην ανάγκη και την υποστήριξη άλλων". (Baines C., et al., 1991· Bellack J.P., 1999)

Ενώ η εργασία όλων των επαγγελματιών υγείας περιέχει «συναισθηματικές πτυχές» ειδικώς η νοσηλευτική εργασία θεωρείται συναισθηματικά σύνθετη και χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική εργασία, που απαιτεί την ικανότητα συναίσθησης. (Smith P., 1992· Strauss A., et al., 1982)

Η συναισθηματική εργασία έχει προσδιοριστεί ως η εργασία που δημιουργεί σε άλλους την αίσθηση ότι φροντίζονται με προθυμία, σε ασφαλές περιβάλλον και που διευκολύνει τη δημόσια έκφραση των συναισθημάτων αντί της καταστολής τους. Η ερμηνεία των συναισθηματικών εκφράσεων και η κατάλληλη απάντηση με την εφαρμογή των επαγγελματικών δεξιοτήτων, οδηγεί στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς. (Strauss A., et al., 1982)

Υποστηρίζεται ότι η βάση για τη λήψη ορθών αποφάσεων σε σχέσεις φροντίδας προκύπτει ουσιαστικά από τη σύζευξη του αισθήματος με τη σκέψη. (Mayeroff, 1971)

Σ' αυτό το πλαίσιο η ικανότητα του παρέχοντα φροντίδα δεν συνίσταται μόνο στην ολοκλήρωση των τεχνικών στόχων της εργασίας του (Hogan B. et al, 2002) αλλά και στη δημιουργία του "σωστού" συναισθηματικού κλίματος, που δεν απαιτείται μόνο από ανθρωπιστικούς λόγους αλλά και διότι μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα, καθώς η αίσθηση υποστήριξης που δημιουργεί οδηγεί τελικά σε μείωση των ψυχολογικών ή γενικών συμπτωμάτων υγείας. (Strauss A., et al., 1982· Hogan et al., 2002)

Εξαιτίας της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς η συναισθηματική εργασία και οι ψυχολογικές πτυχές αποτελούν ένα πολύ σημαντικό συστατικό του νοσηλευτικού ρόλου (Hogan B. et al., 2002) και οι συναισθηματικές αντιδράσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην καθημερινή τους πράξη συμβάλλουν στην άντληση ικανοποίησης από την εργασία τους, πιθανόν επειδή η φροντίδα δίνει το νόημα στη ζωή και παρέχει μια αίσθηση αποστολής . (Hogan B. et al., 2002) (Benner P. & Wrubel J., 1989)

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που απαιτεί ένα υψηλό επίπεδο ικανότητας, ομαδικής εργασίας σε ποικίλες καταστάσεις, την παροχή εικοσιτετράωρης παροχής φροντίδας.

Η φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής έχει οριστεί ως "η διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια που περιλαμβάνει το έντονο ενδιαφέρον για κάποιον ή κάτι, την ανταπόκριση στην ανάγκη και την υποστήριξη άλλων". (Baines C. et al., 1991)

Ενώ η εργασία όλων των επαγγελματιών υγείας περιέχει «συναισθηματικές πτυχές» ειδικώς η νοσηλευτική εργασία θεωρείται συναισθηματικά σύνθετη (Bolton C. S., 2000) και χαρακτηρίζεται ως "συναισθηματική εργασία" (Smith P., 1992) που απαιτεί την ικανότητα ενσυναίσθησης.

Η συναισθηματική εργασία έχει προσδιοριστεί ως η εργασία που δημιουργεί σε άλλους την αίσθηση ότι φροντίζονται με προθυμία, σε ασφαλές περιβάλλον και που διευκολύνει τη δημόσια έκφραση των συναισθημάτων αντί της καταστολής τους (Smith P., 1992). Η ερμηνεία των συναισθηματικών εκφράσεων και η

κατάλληλη απάντηση με την εφαρμογή των επαγγελματικών δεξιοτήτων, οδηγεί στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Η Mayeroff (1971) υποστηρίζει ότι η βάση για τη λήψη ορθών αποφάσεων σε σχέσεις φροντίδας προκύπτει ουσιαστικά από τη σύζευξη του αισθήματος με τη σκέψη.

Σ' αυτό το πλαίσιο η ικανότητα του παρέχοντα φροντίδα δεν συνίσταται μόνο στην ολοκλήρωση των τεχνικών στόχων της εργασίας του, αλλά και στη δημιουργία του "σωστού" συναισθηματικού κλίματος (Strauss A., et al., 1982), που δεν απαιτείται μόνο από ανθρωπιστικούς λόγους αλλά και διότι μεγιστοποιεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα, καθώς η αίσθηση υποστήριξης που δημιουργεί οδηγεί τελικά σε μείωση των ψυχολογικών ή γενικών συμπτωμάτων υγείας (Hogan B. et al., 2002).

Μερικοί νοσηλευτικοί συντάκτες έχουν αναφέρει την ιεραρχική φύση του ίδιου του επαγγέλματος νοσηλευτικής, που υπογραμμίζει την πειθαρχία, την αρχή, την τιμωρία και την εμμονή στις άκαμπτες διαδικασίες, ως κύριο εμπόδιο στις προσπάθειές τους να κερδίσουν την ισότητα με άλλα επαγγέλματα (Walsh & Ford, 1994; Oughtibridge, 1998). Ένα άλλο εμπόδιο είναι η απουσία μιας διάβασης προόδου στην κλινική πρακτική για τις πεπειραμένες ανώτερες νοσηλεύτριες που δεν επιθυμούν να πάρουν τις διοικητικές ευθύνες (μια υπονοούμενη δυσφήμιση της προσοχής νοσηλευτικής). Ο Farrell (2001) περιγράφει πώς η επιθετικότητα και η εχθρότητα μεταξύ των νοσηλευτών έχουν υπονομεύσει τη θέση τους σε σχέση με άλλες ομάδες μέσα στο ιατρικό επάγγελμα. Οι παρατηρήσεις της σύγκρουσης intraprofessional προτείνουν ότι νοσηλεύτριες ανίκανες να αντιμετωπίσουν τις υπάρχουσες ιεραρχικές δομές, να πάρουν την απογοήτευση και την εκδικητικότητά τους έξω από τον χώρο εργασίας, και να μην ξεσπών στους συναδέλφους και στους νεώτερούς τους. Οι ανώτερες νοσηλεύτριες, που αντιδρούν στη συνειδητοποίηση χαμηλότερης θέσης τους σχετικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες, προτιμούν να ευθυγραμμιστούν με εκείνες τις ομάδες παρά με τους επαγγελματικούς συναδέλφους τους.

2.2 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Από την νοσηλεία του αρρώστου μέχρι την παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, η άσκηση της νοσηλευτικής αποτελεί κοινωνική προσφορά προς το συνάνθρωπο και προσφέρει ηθική ικανοποίηση σε αυτόν που την ασκεί. Οι νοσηλευτές, απαραίτητοι συνεργάτες των ιατρών, περιποιούνται με κάθε τρόπο τους ασθενείς: προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, αλλά πολλές φορές και την ψυχολογική τους υποστήριξη στους ίδιους και στην οικογένειά τους.

Ανεξάρτητα από τις πρακτικές, τον τρόπο εργασίας και τη χώρα προέλευσης, οι νοσηλευτές διαθέτουν ένα κοινό βασικό χαρακτηριστικό: αποτελούν επαγγελματίες δεσμευμένους να λειτουργούν βασισμένοι στη φιλοσοφία της ολιστικής προσέγγισης για την εξατομικευμένη παροχή φροντίδας υγείας. (www.papagnh.gr)

Για τα μέλη μιας οικογένειας με ανησυχίες, η νοσηλεύτρια είναι η πιο εμφανής πηγή για την ενημέρωση και την εκπαίδευση.

Οι νοσηλευτές περνούν περισσότερο χρόνο στην κλινική από τους ιατρούς, που μπορεί να είναι πιο ενημερωμένοι ως προς την εμπειρική και θεωρητική επίγνωση των συμπτωμάτων των ασθενών αλλά συχνά χάνουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τις ανησυχίες και τις αξίες των ασθενών και των οικογενειών τους. Τέλος, αν και οι ιατροί είναι υπεύθυνοι για τη συνταγογράφηση και τον έλεγχο των συμπτωμάτων, ενώ οι νοσηλευτές είναι κυρίως υπεύθυνοι για την εφαρμογή οποιουδήποτε σχεδίου δυστυχώς, σε πολλές μελέτες έχει σημειωθεί σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών / νοσηλευτριών και ιατρών, συμπεριλαμβανομένων ανησυχιών για εκτός ελέγχου και κακής ποιότητας επικοινωνία.

Οι νοσηλευτές είναι συνεχώς αντιμέτωποι με τον πόνο του ασθενούς, είτε προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις ή από την ίδια την ασθένεια. Οι ιατροί, ωστόσο, πρέπει να «υπογράψουν» για τη ζωή των ασθενών και έτσι αισθάνονται το βάρος της ευθύνης για τις αποφάσεις αυτές και για το ενδεχόμενο λήψης λάθους απόφασης και το πρόωρο τέλος της ζωής ενός ασθενούς.

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

- Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους Νοσηλευτές κάθε βαθμίδος, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου συναδέλφων του.
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας.
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνεργάζεται με το λοιπό προσωπικό. Απαγορεύεται στο Νοσηλευτή να προβαίνει σε επικρίσεις ή αποδοκιμασίες του έργου των ιατρών και του λοιπού προσωπικού. (www.peraghn.gr)

Στην αρχή η σχέση μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών ήταν σαφής και απλή. Οι ιατροί ήταν ανώτεροι. Είχαν τη σκληρή γνώση που κατέστησε τους άρρωστους ανθρώπους καλύτερους. Οι νοσηλεύτριες, συνήθως γυναίκες, ήταν καλές αλλά όχι απαραίτητως πολύ πεπειραμένες. Ήταν υπεύθυνες για το δίπλωμα των μαξιλαροθηκών. Οι νοσηλεύτριες δεν θέραπευαν τους ασθενείς. (Radcliffe M, 2000)

2.3 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλευτής - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579 / 85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων. (1989)
2. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες. (1989)
 - 2.1. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη

	εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του. (1989)
2.1.1.	Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα. (1989)
2.1.2.	Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου. (1989)
2.1.3.	Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση. (1989)
2.1.4.	Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας. (1989)
2.1.5.	Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης. (1989)
2.1.6.	Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας. (1989)
2.1.7.	Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα. (1989)
2.1.8.	Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. (1989)
2.1.9.	Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα. (1989)
2.1.10.	Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας. (1989)
2.1.11.	Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους. (1989)
2.1.12.	Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών.

	(1989)
2.1.13.	Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν: - τη λειτουργία του νοσοκομείου - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή. (1989)
2.1.14.	Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα. (1989)
2.1.15.	Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι. (1989)
2.1.16.	Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα. (1989)
2.1.17.	Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων. (1989)
2.1.17.	Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς. (1989)
2.1.17.	Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. (1989)
2.2.	Πράξεις σε απουσία γιατρού:
2.2.1.	Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα. (1989)
2.2.2.	Εφαρμογή πρώτων βοηθειών. (1989)
2.3.	Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού

	προγράμματος:
2.3.1.	Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή. (1989)
2.3.2.	Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς. (1989)
2.3.3.	Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους. (1989)
2.3.4.	Πλήρης παρεντερική θρέψη. (1989)
2.3.5.	Θεραπευτικά λουτρά. (1989)
2.3.6.	Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων. (1989)
3.	Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να:
3.1.	Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων. (1989)
3.2.	Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας. (1989)
3.3.	Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. (1989)
3.4.	Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης. (1989)
3.5.	Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας. (1989)
3.6.	Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείψει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρυθμα προγράμματα. (1989)
4.	Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος απασχολούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.

(1989)

5. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. (1989)

Κανονισμός Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

Β.Δ. 25 Μαΐου / 6 Ιουλίου 1955 (ΦΕΚ Α / 171) "Περί κανονισμού ιατρικής Δεοντολογίας"

2.4 ΙΑΤΡΙΚΗ : ΕΝΑ ΞΕΧΩΡΙΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Για πρώτη φορά ο όρος «επάγγελμα» (profession) εμφανίζεται το 1541 στο Oxford English Dictionary. (Carr-Saunders AM and Wilson PA., 1933.) Αντίστοιχος όρος δε βρέθηκε σε καμιά από τις γλώσσες του αρχαίου κόσμου. Στο ελληνικό λεξικό των Τεγόπουλου-Φυτράκη ο όρος επάγγελμα αναφέρεται ως "*η μόνιμη εργασία για βιοπορισμό*" και εμφανίζεται προερχόμενη από το ρήμα επαγγέλομαι (επί+αγγέλομαι, υπόσχομαι / ασκώ επάγγελμα, καμώνομαι ότι είμαι κάτι που δεν είμαι). (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1992)

Σύμφωνα με τον Blum δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος (Blum SW., 1963.):

- (α) Η παρατεταμένη και εξειδικευμένη εκπαίδευση (prolonged specialized training) σε ένα συγκεκριμένο τομέα γνώσης και
- (β) Ο προσανατολισμός των υπηρεσιών.

Με βάση τα δύο αυτά χαρακτηριστικά η κοινωνία όχι μόνο ορίζει τα επαγγέλματα αλλά και τα κατατάσσει σε κατηγορίες.

Η Ιατρική διαθέτουμε μια μακρά περίοδο εκπαίδευσης και ένα σαφή προσανατολισμό των υπηρεσιών της στην προαγωγή της υγείας της κοινότητας, κατατάσσεται σε μια από τις υψηλότερες βαθμίδες. Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο David Robinson το επάγγελμα της ιατρικής θεωρείται ως το υπερισχόν (dominant) όσον αφορά τους όρους του κύρους (prestige) και της δικαιοδοσίας των εμπειρογνομόνων (experts authority) (Robinson D., 1973).

Η "επικράτηση" του ιατρικού επαγγέλματος θα πρέπει ν' αποδοθεί, όχι μόνο στα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω (της μακρόχρονης εκπαίδευσης και του προς την κοινότητα προσανατολισμού των υπηρεσιών του) αλλά και στον ιδιαίτερο κοινωνικό ρόλο του γιατρού, τον οποίο θα συζητήσουμε σε παρακάτω ενότητες. Ένας άλλος παράγοντας, σύμφωνα επίσης με τον Robinson, που συμβάλλει στην αύξηση του κύρους και της κοινωνικής αποδοχής του ιατρικού επαγγέλματος, είναι και η δυνατότητα που έχει ο ιατρός να χρησιμοποιήσει και να εφαρμόσει στην άμεση επαφή, με τον ασθενή του όλες τις προόδους και τις νέες γνώσεις που προέρχονται από ένα σημαντικό αριθμό επιστημών (βιοχημεία, κοινωνιολογία, ψυχολογία κ.α.).

Η θετική αντίληψη για τον ιατρό που έχει διαμορφώσει η κοινωνία συνεπάγεται ένα σταθερό σύνολο γενικών υποχρεώσεων (obligations) και προνομίων (privileges). Οι υποχρεώσεις και τα προνόμια αυτά συνθέτουν, σε γενικές γραμμές, τον κοινωνικό ρόλο (social role) του γιατρού, ο οποίος ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία και εξειδικεύεται από ιατρό σε ιατρό. Ο κοινωνικός αυτός ρόλος του γιατρού περιλαμβάνει ένα σύνολο κανόνων συμπεριφοράς, οι οποίοι αποτελούν αντανάκλαση των προσδοκιών από μέρους της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Samuel Blum η κοινωνία προσδοκά από τον ιατρό να ασκήσει με τον καλύτερο και πιο αποτελεσματικό τρόπο τις ικανότητές του και να εφαρμόσει τις γνώσεις που έχει, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις διάφορες ασθένειες. Έτσι η κοινωνία αναμένει από τον ιατρό (Blum SW., 1963.):

- α.** Ιεραποστολική συμπεριφορά, που θα πηγάζει από το ενδιαφέρον του να προσφέρει στους άλλους περισσότερα, απ' ότι στον εαυτό του. Αναζητά δηλαδή η κοινωνία από τον ιατρό "εσωτερικά" κίνητρα για προσφορά (service motive) σε αντίθεση με τ' άλλα επαγγέλματα, τα προσανατολισμένα στις επιχειρήσεις, για τα οποία αποδέχεται ως βασικό κίνητρο το κέρδος (profit motive). Η κατανόηση, από μέρους του γιατρού, της προσδοκίας αυτής της κοινωνίας, αναφορικά με τον κοινωνικό του ρόλο αναμένεται να οδηγήσει στη βελτίωση της σχέσης με τον άρρωστο και κατ' επέκταση σε μείωση των συγκρούσεων μαζί του. Συγκρούσεις που συχνά στη χώρα μας δημοσιοποιούνται και με τη σειρά τους διαμορφώνουν μια δυσμενή εικόνα για την κατάσταση του ιατρικού σώματος. Η βασική αυτή υποχρέωση του γιατρού (για ιεραποστολική

συμπεριφορά), συνδέεται και με τα σημαντικά προνόμια που του παρέχει η κοινωνία στη διάρκεια άσκησης του επαγγέλματός του. Ανάμεσα στα προνόμια αυτά, είναι και η δυνατότητα του γιατρού να ζητά πληροφορίες σχετικά με την προσωπική ζωή του ασθενούς, καθώς και να εξετάζει αυτόν στις πλέον απόκρυφες περιοχές του σώματός του. Αν και τα προνόμια αυτά πηγάζουν από τον "ειδικό" ρόλο του γιατρού, εν τούτοις αποτελούν μια μοναδική τιμή που η κοινωνία δεν επιφυλάσσει σε κανένα άλλον.

- β.** Συμπεριφορά αντικειμενική και συναισθηματικά αμερόληπτη. Ο ασθενής "εξομολογούμενος" στον ιατρό τα προβλήματα υγείας του και εξιστορώντας του πολλές φορές γεγονότα από την προσωπική του ζωή, τις ιδέες ή τιςπίστεις του, αναζητά στο πρόσωπο του γιατρού τη συμπάθεια και την κατανόηση. Η προσδοκία αυτή, όπως και η προηγούμενη, αποτελεί συχνά πηγή προβλημάτων στη σχέση γιατρού- ασθενούς, αφού απαιτείται από τον ιατρό υψηλού βαθμού ουδετερότητα, έλεγχος των συναισθημάτων του και υψηλού βαθμού τεχνική της επικοινωνίας του με τον ασθενή. Τέλος, αναμένεται από τον ιατρό ν' ακολουθήσει τους παγκόσμια αποδεκτούς κανόνες επαγγελματικής συμπεριφοράς και όχι τις περιστασιακές απαιτήσεις που επιβάλλουν τοπικές συνθήκες και καταστάσεις.

Σ' αυτές τις δύο βασικές υποχρεώσεις που περιγράφει ο Samuel Blum θα μπορούσε να προστεθεί μια τρίτη, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είναι υποχρεωμένος ν' ακολουθεί ένα σύνολο κανόνων προσωπικής και κοινωνικής ζωής συμβατούς με τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτιστικές αντιλήψεις της περιοχής. Στη χώρα μας και ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές ο γιατρός αποτελεί ένα είδος τοπικού "ηγέτη" με σημαντική συμμετοχή και επιρροή στις υποθέσεις και στα προβλήματα της τοπικής κοινωνίας. Όλοι αναφέρονται με σεβασμό στο πρόσωπο του γιατρού (και αυτά απορρέει από τον κοινωνικό του ρόλο) και αναζητούν απ' αυτόν βοήθεια και συμβολή ακόμη και σε προβλήματα που δεν αφορούν την υγεία. Αυτή η ειδική και προνομιακή θέση του γιατρού στην τοπική κοινωνία συνεπάγεται με τη σειρά της βασικές υποχρεώσεις, αφού αναμένεται οι στάσεις και η συμπεριφορά του γιατρού να λειτουργήσουν ως πρότυπο στον πληθυσμό. Μία μη συμβατή, με τις υπάρχουσες στην περιοχή αντιλήψεις, συμπεριφορά του γιατρού εκτιμάται ότι θα δημιουργήσει προβλήματα στη σχέση του με τον ασθενή.

2.5 ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΙΑΤΡΩΝ

Η προστασία του ιατρικού απορρήτου θεωρείται ένα από τα αρχαιότερα καθήκοντα του γιατρού απέναντι στον ασθενή. Η ιερότητα αυτής της υποχρέωσης του γιατρού ανάγεται στη σχέση πνευματικού-πιστού. Με τον ίδιο τρόπο, αποτελεί ηθικό αξίωμα ο ιατρός να διαφυλάσσει τα μυστικά του ασθενούς. Ήδη, πριν από την εποχή του Ιπποκράτη, όταν τη θεραπευτική ασκούσαν μάγοι ή ιερείς, αλλά και στην Αρχαία Βαβυλώνα, στις παραδόσεις των Σουμερίων και Σιμιτιών, στο Ρωμαϊκό Δίκαιο, ακόμα και σε άλλους μακρινούς πολιτισμούς, στη Βραχμανική περίοδο του Ινδικού λαού, στους Μεσαιωνικούς χρόνους, βλέπουμε κυρίαρχο και πολύ έντονο το στοιχείο του ιατρικού απορρήτου. Η βάση του δικαιώματος του ασθενούς για προστασία του απορρήτου της προσωπικής του ζωής είναι η εμπιστοσύνη που διέπει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Ο ασθενής, εμπιστευόμενος τον ιατρό του, θα του αποκαλύψει εμπιστευτικές πληροφορίες για την υγεία του και τον εαυτό του και αξιώνει οι πληροφορίες αυτές να παραμείνουν μυστικές. (Keir-Wise-Krebs, 2002)

♦ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ

Άρθρο 19. Ο ιατρός οφείλει να διατηρεί με τους συναδέρφους του σχέσεις αβρότητας και γενναιοφροσύνης.

Άρθρο 20. Δεν επιτρέπεται στον ιατρό να επικρίνει ή να αποδοκιμάζει εκτός των ιατρικών κύκλων με λόγους ή μορφασμούς ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο τους ιατρούς, οι οποίοι έχουν νοσηλεύσει κάποιον άρρωστο πριν από τον ίδιο. Αν πέσουν στην αντίληψη του γιατρού πράξεις ή παραλείψεις ιατρών οι οποίες εμφανώς και εσκεμμένα βλάπτουν την υγεία του αρρώστου ή είναι αντίθετες προς την ηθική και την τιμή του ιατρικού σώματος, αυτός, υποχρεώνεται να το αναφέρει στη διοίκηση του οικείου Ιατρικού Συλλόγου. Απαγορεύεται εξάλλου στον ιατρό να δίνει προσοχή σε κακολογίες και επικρίσεις, οι οποίες στρέφονται κατά συναδέλφου ή σε κακολογίες εναντίον του ίδιου, τις οποίες αναπόδεικτα του μεταφέρουν.

Άρθρο 21. Κάθε ιατρός ο οποίος έχει κάποια επαγγελματική διαφωνία με συναδέρφους του οφείλει να εξαντλήσει τα ειρηνικά μέσα που διαθέτει για να τη διευθετήσει συμβιβαστικά. Αν δεν επιτευχθεί ικανοποιητική λύση της

διαφοράς υποχρεώνεται να προσφύγει στον αρμόδιο Ιατρικό Σύλλογο. Σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπεται να δημοσιοποιούνται επαγγελματικές ή επιστημονικές διαφορές.

Άρθρο 22. Κάθε ιατρός με την εγκατάστασή του σε κάποια περιφέρεια οφείλει να επισκεφθεί τους συναδέλφους κοντά στην περιφέρειά του, με τους οποίους πρόκειται να συνεργασθεί και αυτοί οφείλουν επίσης να ανταποδώσουν την επίσκεψη που έγινε αποκαθιστώντας αρμονικές συναδελφικές σχέσεις.

Άρθρο 23. Απαγορεύεται στον ιατρό να ασκεί το επάγγελμα κατά τρόπο πλανοδιακό από τόπο σε τόπο. Απαγορεύεται στον ιατρό να εξετάζει και να θεραπεύει αρρώστους εκτός των ορίων της περιοχής στην οποία είναι εγκατεστημένος και όπου άλλος συνάδερφος ασκεί μόνιμα την ιατρική, εκτός από ειδικές περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης, μετάκλησης ή συμβουλίου οι οποίες ρητά προβλέπονται από το Νόμο, οπότε και πρέπει να τηρεί απαρέγκλιτα τη διαδικασία που προβλέπεται.

Άρθρο 24. Ιατρός που καλείται να εξετάσει άρρωστο ο οποίος νοσηλεύεται από άλλο συνάδερφό του, δεν μπορεί να το πράξει παρά μόνο εν γνώσει του και κατόπιν ρητής συγκατάθεσής του τελευταίου, με την αποκλειστική εξαίρεση των περιπτώσεων επείγουσας ανάγκης και πάντοτε τηρώντας τις παρακάτω προϋποθέσεις.

α) Όταν ο άρρωστος, ή σε περίπτωση που αυτός δεν είναι σε θέση οι οικείοι του, αποποιούνται οριστικά τη συνέχεια της νοσηλείας από τον θεράποντα ιατρό.

β) Όταν ο θεράπων ιατρός έχει λάβει κανονικά γνώση της απόφασης αυτής.

γ) Όταν ο άρρωστος αποδεικνύει ότι έχει διακανονίσει τις οικονομικές του υποχρεώσεις προς τον ιατρό που αντικαθίσταται ή οποιοσδήποτε υποχρεώσεις έχει αναλάβει απέναντι του, με τους όρους που έχουν γίνει δεκτοί από αυτόν.

Άρθρο 25. Γατρός που καλείται για παροχή συνδρομής επείγουσας φύσης σε άρρωστο ο οποίος νοσηλεύεται από άλλο συνάδερφο ο οποίος απουσιάζει ή κωλύεται, οφείλει να παρέχει την έκτακτη βοήθεια που του έχει ζητηθεί, να ειδοποιήσει σχετικά χωρίς καθυστέρηση τον θεράποντα ιατρό και όταν αυτός επανέρθει να διακόψει τις περαιτέρω επισκέψεις, χωρίς να δικαιούται πλέον να βλέπει τον άρρωστο παρά μόνο σε συμβούλιο και μετά από αίτηση του

τακτικού θεράποντος γιατρού, ή του αρρώστου και των οικείων του σύμφωνα με τις διατάξεις του προηγούμενου άρθρου.

Απαγορεύεται οποιαδήποτε ιατρική επίσκεψη σε άρρωστο ο οποίος νοσηλεύεται από άλλο συνάδερφό του στο σπίτι ή σε νοσοκομείο ή κλινική εν αγνοία του, και χωρίς τη ρητή συγκατάθεσή του.

Άρθρο 26. Απαγορεύεται οποιαδήποτε προσφορά υπηρεσιών η οποία έχει ως σκοπό τον παραμερισμό συναδέρφου ή τη βλάβη των νομίμων συμφερόντων του.

Άρθρο 27. Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του ζητούν τη σύσταση ιατρικού συμβουλίου, ο θεράπων ιατρός δικαιούται να υποδείξει το σύμβουλο της επιλογής του, αλλά υποχρεώνεται να αφήνει στην οικογένεια ελευθερία εκλογής και να αποδέχεται το σύμβουλο της επιλογής της, εμπνεόμενος πάντα από το συμφέρον του αρρώστου και την πρωταρχική σημασία της εμπιστοσύνης του τελευταίου προς τον ιατρό.

Όταν ο άρρωστος ή οι οικείοι του επιβάλλουν ως σύμβουλο, ιατρό με τον οποίο ο θεράπων ιατρός δεν έχει αγαθές επαγγελματικές σχέσεις, μπορεί να αποσύρεται χωρίς να πρέπει να δικαιολογήσει σε καμιά περίπτωση την αποχώρησή του σε οποιονδήποτε. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή ειδικού γιατρού, εργαστηριακού ή χειρουργού.

Άρθρο 28. Στο θεράποντα ιατρό ανήκει η μέριμνα να ειδοποιεί τον ή τους συμβούλους ιατρούς και να διακανονίζει από κοινού με αυτούς την ημέρα και ώρα καθώς και το χώρο του συμβουλίου, προκειμένου για κλινήρη άρρωστο. Είναι σύμφωνο με τις δεοντολογικές παραδόσεις να ορίζει το χώρο ο μεγαλύτερος σε ηλικία από τους ιατρούς ή ο προϊστάμενος κατά την ακαδημαϊκή τάξη.

Άρθρο 29. Προκειμένου να συγκροτηθεί ιατρικό συμβούλιο, ο θεράπων ιατρός, αφού προσέρθει εγκαίρως, οφείλει να πληροφορεί την οικογένεια για τα έθιμα που επικρατούν, την οφειλόμενη αμοιβή, και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Το Συμβούλιο διευθύνει ο μεγαλύτερος σε ηλικία από τους ιατρούς ή ο ιεραρχικά προϊστάμενος. Η τάξη της διεξαγωγής του συμβουλίου είναι η εξής: α) προηγείται σύντομη προεισηγητική διάσκεψη κατά την οποία εισηγείται ο θεράπων ιατρός.

- β) Ακολουθεί η εξέταση του αρρώστου από κάθε έναν από τους συμβούλους.
- γ) Μετά την εξέταση επακολουθεί ιδιαίτερη διάσκεψη των ιατρών και
- δ) Ανακοινώνεται προς την οικογένεια το πόρισμα του συμβουλίου από αυτόν που το διευθύνει.

Εάν προκύψει διαφορά γνώμων ο θεράπων ιατρός μπορεί είτε να αποδεχθεί τη γνώμη του συμβούλου γιατρού είτε να αποποιηθεί τις ευθύνες, εφόσον την κρίνει άστοχο ή επιβλαβή.

Σ' αυτήν την περίπτωση γνωστοποιεί τη διαφωνία του στον άρρωστο ή κατά προτίμηση στην οικογένειά του, ζητά τη συγκρότηση άλλου συμβουλίου, και δικαιούται να αποσυρθεί εφόσον η οικογένεια προτιμήσει τη γνώμη του συμβούλου γιατρού ή αποκρούσει τη σύσταση νέου συμβουλίου.

Άρθρο 30. Ο σύμβουλος ιατρός δεν μπορεί να γίνει θεράπων ιατρός του ασθενούς παρά μόνο στην περίπτωση που ο θεράπων ιατρός που τον κάλεσε τον εξουσιοδοτήσει ρητά για αυτό ή εάν διαφωνήσει και αποχωρήσει, εφόσον ληφθεί πάντα υπόψη η προτίμηση του αρρώστου.

Άρθρο 31. Όταν υπάρχει ανάγκη να προσκληθεί ειδικός ιατρός ή χειρουργός, ο θεράπων ιατρός μπορεί να υποδείξει τους καταλληλότερους κατά την κρίση του, δεν επιτρέπεται όμως να παραβλέψει τις προτιμήσεις του αρρώστου, παρά μόνο σε περίπτωση προσωπικής διαστάσεως ή αδυναμίας να συνεργαστεί με τον ειδικό ή χειρουργό που προτιμάται από τον ασθενή. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου για την εκλογή θεραπευτηρίου, εργαστηρίου και νοσηλευτικού ιδρύματος.

Άρθρο 32. Οι χειρουργοί δεν προβαίνουν σε σοβαρή χειρουργική επέμβαση και οι ειδικοί ιατροί δεν αναλαμβάνουν τη θεραπεία ασθενούς πριν να ειδοποιηθούν για αυτό το θεράποντα ιατρό, εκτός αν αντιτίθεται ρητά σε αυτό ο ενδιαφερόμενος άρρωστος.

Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας

Β.Α. 25 Μαΐου / 6 Ιουλίου 1955 (ΦΕΚ Α / 171) "Περί κανονισμού ιατρικής Δεοντολογίας"

2.6 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

2.6.1 ΟΡΙΣΜΟΙ (Πίνακας 1-1)

- a. **Διάγνωση:** αναφορά σχετικά με τη φύση ή συμπέρασμα όσον αφορά μία κατάσταση ή ένα πρόβλημα, ακολουθώντας συλλογή και ανάλυση των σχετικών πληροφοριών.
- b. **Νοσηλευτική διάγνωση:** αναφορά γενομένη από έναν νοσηλευτή σχετικά με ένα μεμονωμένο άτομο, μία οικογένεια, μία ομάδα, ή μία κοινότητα όσον αφορά ενδεχόμενες ή αληθείς αλλαγές στην κατάσταση της υγείας ή στις εξελίξεις της ζωής καθώς και αντιδράσεις σε αυτές τις αλλαγές. Η νοσηλευτική διάγνωση απεικονίζει τον προσδιορισμό και τη θεραπεία θεμάτων υγείας τα οποία είναι αντικείμενα της νοσηλευτικής πρακτικής και περιλαμβάνει την αιτιολογία της διάγνωσης.

Πίνακας 1-1. Παραδείγματα της ιατρικής και νοσηλευτικής διάγνωσης		
Ιατρική Διάγνωση	Νοσηλευτική Διάγνωση	Συνεργατική Διάγνωση
Διατυπώνεται από τον ιατρό. Απεικονίζει τα θέματα υγείας από την σκοπιά της ιατρικής πρακτικής.	Γίνεται από έναν νοσηλευτή. Απεικονίζει τα θέματα υγείας από την σκοπιά της νοσηλευτικής πρακτικής.	Απεικονίζει τα θέματα υγείας παράλληλα και από ιατρική και από νοσηλευτική σκοπιά. Ο ιατρός κάνει την αρχική διάγνωση, ο νοσηλευτής παρακολουθεί και ελέγχει το ξεκίνημα, την αλλαγή, και την ανάλυση του προβλήματος και ανταποκρίνεται στις αλλαγές.
<i>Παράδειγμα:</i> καρδιακή ανεπάρκεια (συμφόρηση)	<i>Παράδειγμα:</i> υψηλός κίνδυνος για εξασθένιση της επιδερμίδος σχετικής με το οίδημα και φτωχής διάχυσης ιστών	<i>Παράδειγμα:</i> περιφερειακό οίδημα (ιατρικό). Αλλαγή στην ισορροπία: υπερβολική ρευστή ποσότητα (νοσηλευτική). Ο ιατρός μπορεί να συστήσει διουρητικά, και η νοσηλεύτρια θα προγραμματίσει το χρόνο λήψης των διουρητικών και θα ελέγχει τις αλλαγές στο βάρος και θα προσπαθεί να αποτρέψει τις ακρότητες.

Πηγή: W.B. Saunders Company (1997). *Manual of nursing care*, Editor Joan Luckmann, MA, RN, Seattle, Washington (1-22), σ. 9

- c. **Ιατρική διάγνωση:** διάγνωση που διατυπώνεται από έναν ιατρό και απεικονίζει τα θέματα υγείας στο πλαίσιο της ιατρικής πρακτικής. Μια ιατρική διάγνωση στρέφεται συνήθως στην παθοφυσιολογία και την ασθένεια ή τον τραυματισμό.

- d. **Συνεργατική διάγνωση:** διάγνωση που απεικονίζει θέματα υγείας απαιτώντας παρέμβαση και στη νοσηλευτική και στην ιατρική μαζί. Ο ιατρός έχει συνήθως την αρχική ευθύνη για την αρχική διάγνωση, και ο νοσηλευτής παρακολουθεί και ελέγχει το ξεκίνημα, την αλλαγή, και την ανάλυση του προβλήματος και ανταποκρίνεται στις αλλαγές με παρεμβάσεις καθορισμένες παράλληλα και από την νοσηλευτική και από την ιατρική. Η υπογλυκαιμία είναι ένα παράδειγμα. (Saunders W.B., 1997)

2.7 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ ΩΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ

Σε όλα τα κείμενα Ιατρικής και Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, από τον Ιπποκρατικό Όρκο μέχρι σήμερα, η τήρηση του ιατρικού απορρήτου αναγνωρίζεται ως καθήκον του γιατρού και δικαίωμα του ασθενούς, ενώ αποτελεί γενική αρχή δικαίου σε όλα τα πολιτισμένα κράτη του κόσμου. (www.mednet.gr)

Τη διαφύλαξη των ιατρικών αρχείων με ατομική τους ευθύνη και την προστασία απορρήτου ακόμα και από τον εργοδότη τους και τη διοίκηση, προστατεύουν άλλα δύο κείμενα Διεθνών Οργανώσεων, ο Χάρτης του Μισθωτού Γιατρού και ο Χάρτης του Νοσοκομειακού Γιατρού, που υιοθετήθηκαν από τη Γενική Συνέλευση της Διαρκούς Επιτροπής των Ιατρών της ΕΟΚ το 1984 και το 1985, αντίστοιχα. Επίσης, η προστασία του ιατρικού απορρήτου και ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής των ασθενών αναφέρονται και σε διεθνή κείμενα δεοντολογίας, που αφορούν στα δικαιώματα των ασθενών γενικότερα, όπως η Διακήρυξη της Λισσαβώνας του 1981 για τα Δικαιώματα του Ασθενούς και η επαναδιατύπωσή της το 1995, η πρόταση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου του 1984 για την κατάρτιση του Ευρωπαϊκού Χάρτη των Δικαιωμάτων του Ασθενούς, καθώς και οι Αρχές για τα Δικαιώματα των Ασθενών, του Περιφερειακού Γραφείου Ευρώπης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας το 1994. Από ελληνικής πλευράς, τα δεοντολογικά κείμενα που αφορούν στην προστασία του ιατρικού απορρήτου είναι το άρθρο 23 του ΑΝ 1565 / 1939 «Περί Κώδικος Ασκήσεως του Ιατρικού Επαγγέλματος», όπου ορίζεται ότι «Ο ιατρός οφείλει να τηρεί απόλυτον εχεμύθειαν διά παν ό, τι είδεν, ήκουσεν, έμαθεν ή ηγνόησεν εν τη ασκήσει του επαγγέλματος αυτού, και το οποίον αποτελεί απόρρητον του αρρώστου ή των οικείων αυτού, εξαιρέσει των περιπτώσεων καθ' ας

ειδικαί διατάξεις νόμων τον υποχρεώνουσιν εις την αποκάλυψιν του απορρήτου τούτου», ενώ στο άρθρο 22 του ίδιου νόμου τίθενται οι προϋποθέσεις για την έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και γνωματεύσεων, με σκοπό την προστασία του απορρήτου. (www.mednet.gr)

Επίσης, το ΒΔ της 25-5 / 6-7-1995 «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας», στο άρθρο 15 ορίζει τον ιατρό ως υπεύθυνο για τη διαφύλαξη του απορρήτου των πληροφοριών. Συγκεκριμένα, «Ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει πάσαν δυνατήν προφύλαξιν όπως μη αναφέρονται εις τα επαγγελματικά αυτού βιβλία ή επιστημονικά δημοσιεύσεις αποκάλυπτοι ενδείξεις δυνάμεναι να παραβιάσουν το ιατρικόν απόρρητον...» και συνεχίζει ορίζοντας τους όρους έκδοσης οποιουδήποτε εγγράφου, που αφορά τον ασθενή, ενώ στο άρθρο 18 του ίδιου ΒΔ αναφέρεται: «Η αυστηρά τήρησις του ιατρικού απορρήτου αποτελεί υποχρέωσιν παντός ιατρού παρέχοντος την ιατρικήν συνδρομήν μέσω οργανισμών ή ιδρυμάτων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου πάσης φύσεως και κατηγορίας. Ο ιατρός υποχρεούται να τηρή αυστηρώς και απαρεγκλίτως το ιατρικόν απόρρητον. Οιαδήποτε δήλωσις αντικειμένη προς την αρχήν του επαγγελματικού απορρήτου αποφεύγεται...» και συνεχίζει ότι από την υποχρέωση αυτή απαλλάσσονται –και μόνο απέναντι στους εντολείς τους και το αντικείμενο της εντολής– όσοι ασκούν υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης. (www.mednet.gr)

Η σημασία της δια βίου μάθησης πρέπει να είναι ουσιαστική για τον ιατρό. Προσπάθεια να ενημερώνεται, να έχει επίγνωση των αναγκών των ασθενών και να προσπαθήσει να ενισχύσει την ικανότητά του. Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι προγύμναση για τους ιατρούς και η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ των ιατρών είναι αναγκαία για την βελτιστοποίηση της αποτελεσματικής και θεραπευτικής λειτουργίας για τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ο όρος «εργασιακή ικανοποίηση» περιγράφει πόσο ικανοποιημένο είναι ένα άτομο με την εργασία του. Ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, το οποίο συχνά υπολογίζεται από τους οργανισμούς. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

3.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Υπάρχει ένα πλήθος παραγόντων που μπορεί να επηρεάζει το ατομικό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία, όπως το επίπεδο των αμοιβών και άλλων οικονομικών ωφελειών, η δικαιοσύνη στο σύστημα προαγωγών, η ποιότητα των συνθηκών εργασίας, η ηγεσία και η κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, καθώς και τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης εργασίας. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

3.3 ΤΙ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΥΗΜΕΡΙΑ

Για την καλύτερη κοινωνική και ψυχολογική ευημερία απαιτούνται, μεταξύ άλλων:

- α. στοιχεία που ταιριάζουν στα χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες του ατόμου.
- β. κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους και τη διοίκηση, πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης.
- γ. αυτονομία και έλεγχος στον προγραμματισμό.
- δ. ισορροπία μεταξύ παρεχόμενων υπηρεσιών και αμοιβής. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

3.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με το πώς αισθάνονται οι νοσηλευτές για την εργασιακή τους ζωή. Μια μελέτη των Weisman και Nathanson (1985) ανέφερε ότι το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης του νοσηλευτικού

προσωπικού ήταν ο καθοριστικός παράγοντας για το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών υγείας. Μια μεγάλη μελέτη του 2007 στις ΗΠΑ που εκπονήθηκε από το Robert Wood Johnson Foundation διαπίστωσε ότι οι παρακάτω μεταβλητές σχετίζονται με την ικανοποίηση των νοσηλευτριών στον χώρο εργασίας. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

- α. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ότι είχαν πολύ καλή υγεία ήταν περισσότερο ικανοποιημένες, σε σχέση με αυτές που ανέφεραν καλή υγεία.
- β. οι νοσηλεύτριες λευκής φυλής ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τις νοσηλεύτριες μαύρης φυλής.
- γ. οι νοσηλεύτριες που είχαν σπουδάσει στις ΗΠΑ δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες.
- δ. οι νοσηλεύτριες καριέρας δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες.
- ε. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ως ευχάριστο το περιβάλλον που εργάζονται, με φιλικές σχέσεις με συναδέλφους, ήταν περισσότερο ικανοποιημένες.
- στ. οι νοσηλεύτριες που θεωρούσαν ότι ανταμείβονται δίκαια στη δουλειά τους ήταν ευχαριστημένες.
- ζ. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν ότι τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του οργανισμού που εργάζονται δεν παρεμβαίνουν στην καθημερινή εργασία τους ήταν πιο ικανοποιημένες.
- η. οι νοσηλεύτριες που αισθάνονται ότι η δουλειά τους δεν εμποδίζει ή παρεμβαίνει στην οικογενειακή τους ζωή ήταν περισσότερο ευχαριστημένες.
- θ. οι νοσηλεύτριες που ανέφεραν μικρότερο φορτίο εργασίας ήταν περισσότερο ευχαριστημένες.

Η απόδοση του προσωπικού εξαρτάται από το επίπεδο κινήτρων. Ωστόσο, τα κίνητρα επηρεάζουν μόνο τις πτυχές της απόδοσης, οι οποίες μπορούν να ελεγχθούν από τους εργαζόμενους προσωπικά. Η απόδοση όμως εξαρτάται και από τη δομή του οργανισμού και από το περιβάλλον. (Χατζηπαντελής Σ., Σιγάλας Ι., 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

4.1 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Είναι μεγάλη η σημασία της νοσηλευτικής παροχής φροντίδας που ασκείται σε συνεργασία με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων. (Miller K. et al., 2008)

Υποστηρίζεται ότι η επικοινωνία-ομιλία καθώς και η ιατρό-νοσηλευτική συνεργασία, δεν είναι ιδιαίτερα θετική, με αποτέλεσμα να δημιουργείται η αναγκαιότητα επίλυσης των συγκρούσεων. Η προέλευση αυτών των αποκλίνοντος στάσεων δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Σαφώς, υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών, συμπεριλαμβανομένης κατάστασης, την αρχή, την ισότητα, την κατάρτιση και την φροντίδα των ασθενών.

Οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί περιλαμβάνουν το μεγαλύτερο τμήμα των προμηθευτών υγειονομικής περίθαλψης και έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με τα σύνθετα ζητήματα. Τα νέα οργανωτικά χαρακτηριστικά απαιτούν μια ανταλλαγή των ιδεών και προσεγγίσεων, περιστασιακά αντιφατική, του συντονισμού, της διαπραγμάτευσης, και της συνεργασίας. Η σχέση νοσηλευτών- ιατρών θεωρείται μια ειδική σχέση συνεχώς εξελισσόμενη. Ίσως η προφανέστερη διαφορά είναι ότι το πλαίσιο του εργασιακού χώρου έχει αλλάξει. Μια συνέπεια αυτού είναι ότι η σχέση ιατρών -νοσηλευτών δεν είναι πλέον αποκλειστική, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες-νοσοκομειακούς συνεργάτες. Για παράδειγμα, το μεγαλύτερο μέρος της ψυχιατρικής λειτουργεί μέσα σε ένα διεπιστημονικό πλαίσιο, και οι αλληλεπιδράσεις με άλλους επαγγελματίες, όπως οι ψυχιατρικοί κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, έξω από τις αντιπροσωπείες και τους διευθυντές υπηρεσιών, ασκούν επίδραση στη σχέση νοσηλευτών-ιατρών.

Στο νοσοκομείο, η συνεργασία δεν αφορά αποκλειστικά μόνο τον ιατρό και τον ασθενή του. Παράλληλα, αφορά την αλυσίδα διάγνωσης και ιατρικής φροντίδας, η οποία γενικά συμπεριλαμβάνει και άλλων ειδικοτήτων ιατρούς όπως παραϊατρικά επαγγέλματα, τα οποία μπορεί να εργάζονται σε ομάδα αλλά μπορεί και όχι. Αυτή η ευρεία ανάμειξη διαφορετικών επαγγελματιών απαιτεί καλή επικοινωνία ανάμεσα σ' αυτούς τους επαγγελματίες και συνεργασία στις διαφορετικές ενέργειες που διενεργούνται, έτσι ώστε να αποφευχθεί άσκοπη

επανάληψη ή ελλιπής πληροφόρηση στην επικοινωνία με τον ασθενή. (Moret Leila, et al., 2007)

Οι αλλαγές στον εργασιακό χώρο απεικονίζονται στους επαγγελματικούς και θεσμικούς κανόνες (π.χ. ιατρο - νομικές ευθύνες και μετατοπίσεις εργασίας), και αυτές καθορίζουν τη φύση της αλληλεπίδρασης, των θετούμενων προσδοκιών και απαιτήσεων. (Radcliffe, M., 2000)

Οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να στηρίζουν τις μοναδικές δυνάμεις και την εργασία τους στην αληθινή συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτησή τους και τη συμπληρωματικότητα της γνώσης τους, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς επίσης και των κοινών ηθικών υποχρεώσεών τους.

Οι κλάδοι της νοσηλευτικής και της ιατρικής αναμένονται να λειτουργήσουν σε στενή εγγύτητα ο ένας με τον άλλο, όχι μόνο επειδή ασκούνται δίπλα-δίπλα αλλά γιατί αλληλεπιδρά ο ένας με τον άλλο, για να επιτευχθεί ένα κοινό αγαθό: η υγεία και η ευημερία των ασθενών. Αυτή η εκλεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει μερικά από τα ζητήματα που προκύπτουν από το συχνά αμφισβητούμενο θέμα της σχέσης νοσηλευτών-ιατρών και επιδιώκει να αναδείξει τα κύρια θέματα που προκύπτουν από την εφαρμογή κοινωνιολογικής θεωρίας στη σχέση νοσηλευτών-ιατρών και στην έρευνα της λειτουργίας των κλινικών τοποθετήσεων.

Η λεπτομερής γνώση των επαγγελματιών υγείας οδηγεί σε ουσιαστική επικοινωνία και βοηθάει στη διατήρηση της πειθαρχίας και των περιορισμών μέσα στη διεπιστημονική ομάδα. Η αποτελεσματική διεπιστημονική ομαδική εργασία ενθαρρύνει τον αμοιβαίο σεβασμό και τη μεμονωμένη αυτονομία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στο "παιχνίδι ιατρών-νοσηλευτών / νοσηλευτριών", ένα σχέδιο-στερεότυπο της αλληλεπίδρασης, που περιγράφεται πρώτα στη δεκαετία του '60, στην οποία οι νοσηλεύτριες μαθαίνουν να παίρνουν πρωτοβουλία και να προσφέρουν τις συμβουλές τους, ενώ εμφανίζεται να ενδίδουν παθητικά στην εξουσία του γιατρού. Αυτό το σχέδιο της αλληλεπίδρασης φαίνεται λιγότερο κοινό σήμερα στην κλινική πρακτική, αλλά το πρόβλημα παραμένει αφού κάθε επάγγελμα έχει ιδανικές προσδοκίες το ένα από το άλλο που υπολείπονται αναπόφευκτα ως αποτέλεσμα των διαφορετικών απόψεων για τις ιδιότητες που εκτιμάται ότι πρέπει να έχουν οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες. (Radcliffe, M., 2000)

Η διαπροσωπική σύγκρουση, αποκαλούμενη συνήθως οριζόντια βία, που συνηθέστερα λαμβάνει τη μορφή ψυχολογικής παρενόχλησης και δημιουργεί συχνά εχθρότητα στο περιβάλλον εργασίας. Αυτός ο τύπος παρενόχλησης περιλαμβάνει συχνά τον εκφοβισμό, την ανιδιοτέλεια, την αποθάρρυνση, τις απειλές, τη λεκτική κατάχρηση, την ταπείνωση, την υπερβολική κριτική και την άρνηση πρόσβασης στην ευκαιρία.

Η καταπίεση υπάρχει όταν ελέγχει μια ισχυρή και κυρίαρχη ομάδα και εκμεταλλεύεται τη λιγότερο επιδρούσα ομάδα. Το αποτέλεσμα είναι ότι τα μέλη της καταπιεσμένης ομάδας επιδεικνύουν τα κοινά συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά χαμηλού αυτοσεβασμού και «εχθρότητας». Αυτό μπορεί να δημιουργήσει μια διαιρεμένη ομάδα των οποίων οι απόψεις δίστανται. Τα χαρακτηριστικά περιποίησης όπως η ζεστασιά και η ευαισθησία αντιμετωπίζονται ως λιγότερο σημαντικά ή αρνητικά χαρακτηριστικά σε σύγκριση με εκείνα των ιατρών που θεωρούνται συχνά ως «κεντρικός πολιτισμός». Το αποτέλεσμα είναι ότι οι νοσηλεύτριες στερούνται συχνά την αυτονομία, την υπευθυνότητα, και τον έλεγχο του επαγγέλματός τους. Αυτό μπορεί συχνά να οδηγήσει στη μετατοπισμένη και αυτοκαταστροφική επιθετικότητα μέσα στην καταπιεσμένη ομάδα, με συνέπεια και την αυτοκριτική.

Ωστόσο, πρόσφατα στοιχεία εντατικής θεραπείας καταδεικνύουν μια δομή που να παρέχει σε ιατρό και νοσηλεύτρια τον όρο της επικοινωνίας ως μια αποτελεσματική μέθοδο για τη βελτίωση της κοινής κατανόησης της κατάστασης. Πρώτον, μια ιδανική αρχική κατανομή της συγκριτικής αξιολόγησης σε έναν κλάδο που εξελίσσεται συνεχώς και αντιδρά με τα αποδεικτικά στοιχεία είναι δύσκολο. Ως εκ τούτου, οποιοδήποτε αποτέλεσμα σχετικά με την ομαδική εργασία του κλίματος θα πρέπει να θεωρηθεί ως ένα μέτρο του τρέχοντος κλίματος και όχι "Εκκίνησης". Σε πολλά νοσοκομεία αυτή η συγκριτική αξιολόγηση διανομής είναι χρήσιμη γιατί εξετάζουν ή ήδη συμμετέχουν σε προσπάθειες βελτίωσης της ασφάλειας των ασθενών.

Οι ιατροί και οι νοσηλευτές έχουν ανάγκη τη διατήρηση των μοναδικών πλεονεκτημάτων και την εργασία σε πραγματική συνεργασία, αναγνωρίζοντας την αλληλεξάρτηση και τη συμπληρωματικότητα των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των προοπτικών, καθώς και τις κοινές τους ηθικές δεσμεύσεις. (Radcliffe, M., 2000)

Η συνεργασία των νοσηλευτών με άλλους επαγγελματίες υγείας, επηρεάζεται από το συναίσθημα εκτίμησης και εργασίας. Η δημιουργία και η διατήρηση μιας νοσηλευτικής ολότητας στα πλαίσια της συνεργασίας, η οποία θα είναι καταπέλτης στην αποφυγή συγκρούσεων με τους ιατρούς, και την επιτυχή αναγνώριση της σημασίας της νοσηλευτικής φροντίδας από την διεπιστημονική ομάδα, βασικές αξίες οι οποίες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες υποστήριξης των νοσηλευτών στην διεπαγγελματική συνεργασία που είναι αναγκαία για την ποιοτική φροντίδα των ασθενών.

Διάφορες μελέτες προτείνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία, η αμοιβαία εμπιστοσύνη, ο σεβασμός, και η εκτίμηση των νοσηλευτριών και των ιατρών των αντίστοιχων ρόλων, των δυνάμεων, και των περιορισμών τους είναι σημαντικοί στην ενθάρρυνση της συνεργασίας.

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν τη συνεργασία νοσηλευτριών-ιατρών ως σημαντικό συμβάλλοντα παράγοντα στις θετικές εκβάσεις της (ιατρονοσηλευτικής) νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι νοσηλεύτριες με τα μακρύτερα έτη εμπειρίας πρακτικής είχαν τον υψηλό επαγγελματισμό σύμφωνα με τα επίπεδα επαγγελματισμού που βρέθηκαν στους ιατρούς

Οι ανεκδοτικές παρατηρήσεις σε πολλές τοποθετήσεις αναμεταδίδουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι άριστοι κλινικοί εκπαιδευτικοί για τους νέους οικότροφους και τους κατοίκους, και ότι αυτοί οι νέοι ιατρικοί επαγγελματίες κρατούν το μεγάλο σεβασμό της πρακτικών γνώσης και των δεξιοτήτων που επιδεικνύονται από τις πεπειραμένες νοσηλεύτριες.

Δεδομένου ότι οι πεπειραμένες νοσηλεύτριες αυξάνονται υπό την έννοια υψηλού επαγγελματισμού τους μπορούν να αναπτύξουν μια ενισχυμένη συνεργασία με τους ιατρούς που μπορούν μόνο να βελτιώσουν τις επικοινωνίες προς τους κοινούς στόχους της υψηλής ποιότητας υπομονετικής φροντίδα. (Radcliffe, M., 2000)

Οι επιπτώσεις είναι ότι οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες πρέπει να εργαστούν προς τις καλύτερες συνεργάσιμες και κολεγιακές σχέσεις της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και του υψηλού σεβασμού, με την κοινή λήψη απόφασης για την υπομονετική φροντίδα.

Αυτά τα συμπεράσματα αντανακλούν τις συστάσεις για τις βελτιωμένες σχέσεις ιατρών-νοσηλευτριών που περιγράφονται στις τρέχουσες εκθέσεις για τις βελτιωμένες συνθήκες εργασίας για τις υπομονετικές τοποθετήσεις νοσηλευτικής φροντίδας, ειδικά στα νοσοκομεία.

Η συνεργασία με την κλινική έρευνα ορίζεται ως ένα σύνθετο φαινόμενο που φέρνει σε επαφή δύο ή περισσότερα άτομα, συχνά από διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους, οι οποίοι εργάζονται για την επίτευξη κοινών στόχων και σκοπών.

Ιδιαίτερα για την ερευνητική συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, η παραδοσιακή ιεραρχική σχέση γιατρού-νοσηλευτή σταδιακά εξελίσσεται σε ένα μοντέλο συνεργασίας.

Ιστορικά, οι ιατροί αναλαμβάνουν τον ηγετικό ρόλο σε πολλές πρωτοβουλίες για τη συνεργατική έρευνα. Ωστόσο, η σύγχρονη έρευνα για την συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι πιο συχνά μη ιεραρχίσιμη στη φύση, με τη σιωπηρή παραδοχή ότι η εξουσία στηρίζεται στη γνώση και την εμπειρία, και όχι στον ρόλο ή την λειτουργία του. (Radcliffe, M., 2000)

4.2 ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η έννοια της συνεργασίας ανάμεσα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει εστιάσει την προσοχή του πολύ τα τελευταία χρόνια. Η συνεργασία αυτή ορίζεται στο λεξικό της Οξφόρδης, όπως η πράξη της εργασίας σε συνεργασία με το άλλο. Οι τομείς της συνεργασίας νοσηλεύτριας-ιατρού, ειδικότερα, έχει διεγερόμενα παθιασμένη συζήτηση και πολλές θεωρίες, αλλά μια μικρή μόνο των εμπειρικών δεδομένων. Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης έχει συνδεθεί με θετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών και την ικανοποίηση από την εργασία για τους φροντιστές.

Η παραδοσιακή γυναικεία θέση βασίζεται σε μια ηθική της φροντίδας και αυτό αντικατοπτρίζεται στη συζήτηση, στη διάθεση της νοσηλεύτριας. Η καλή νοσηλεύτρια καλλιεργεί, υποστηρίζει, ακούει, βοηθά και υπακούει. Σύγχρονες νοσηλεύτριες, όμως, είναι εκπαιδευμένες να σκέφτονται κριτικά και να φροντίζουν

ολιστικά. Το παρασκεύασμα αυτό δείχνει ένα θέμα που απαιτεί την πρόκληση των ιατρικών αποφάσεων.

Οι παραδοσιακές σχέσεις είναι αργά να αλλάζουν το περιβάλλον ασθενών. Οι θεσμικοί και επαγγελματικοί κανόνες αναβάλλουν ακόμα στην ιατρική λήψη αποφάσεων, τον κώδικα δεοντολογίας των νοσηλευτών / νοσηλευτριών και τις διοικητικές γραμμές υπευθυνότητας. Η ποιοτική αντιμετώπιση των ασθενών δίνει έμφαση σε μια ουσιαστική πτυχή της σχέσης νοσηλευτών –ιατρών. Κανένας δεν μπορεί να λειτουργήσει ανεξάρτητα από τον άλλον. (Εάν ο ψυχίατρος είναι ο αρμόδιος ιατρικός ανώτερος υπάλληλος και ένας ασθενής είναι στο τμήμα διανοητικής υγείας, εκείνος ο ψυχίατρος εξαρτάται από τις νοσηλεύτριες για τη συγκράτηση και την ασφαλή προσοχή του ασθενούς. Εντούτοις, οι ιατροί στην ψυχιατρική κρατούν ακόμα τις ουσιαστικές δυνάμεις και τις ευθύνες που ασκούν επίδραση σε αυτήν την αλληλεξάρτηση: παραδείγματος χάριν, οι ιατροί είναι αυτοί που αποφασίζουν, είτε τυπικά είτε ανεπίσημα, εάν ένας ασθενής αναγνωρίζεται και απαλλάσσεται).

Μερικοί νοσηλευτικοί συντάκτες έχουν αναφέρει την ιεραρχική φύση του ίδιου του επαγγέλματος περιποίησης, που υπογραμμίζει την πειθαρχία, την αρχή, την τιμωρία και την εμμονή στις άκαμπτες διαδικασίες, ως κύριο εμπόδιο στις προσπάθειές τους να κερδίσουν την ισότητα με άλλα επαγγέλματα. (Oughtibridge, 1998) Ένα άλλο εμπόδιο είναι η απουσία μιας διάβασης προόδου στην κλινική πρακτική για τις πεπειραμένες ανώτερες νοσηλεύτριες που δεν επιθυμούν να πάρουν τις διοικητικές ευθύνες. Ο Farrell (2001), περιγράφει πώς η επιθετικότητα και η εχθρότητα μεταξύ των νοσηλευτών έχουν υπονομεύσει τη θέση τους σε σχέση με άλλες ομάδες μέσα στο ιατρικό επάγγελμα. Οι ανώτερες νοσηλεύτριες, που αντιδρούν στη συνειδητοποίηση χαμηλότερης θέσης τους σχετικά με άλλες επαγγελματικές ομάδες, προτιμούν να ευθυγραμμιστούν με εκείνες τις ομάδες παρά με τους επαγγελματίες συναδέλφους τους.

Είναι αδύνατο να βρεθεί μια αδιάσειστη κατανόηση της φύσης της σχέσης νοσηλεύτρια-ιατροί χωρίς τη συνειδητοποίηση των σχέσεων μεταξύ των ανδρών και των γυναικών στην κοινωνία μέσω του χρόνου, δεδομένου ότι η σχέση νοσηλεύτρια-ιατρών είναι ουσιαστικά πατριαρχική.

Εντούτοις, οι νοσηλεύτριες και οι παθολόγοι δεν έχουν κοινωνικοποιηθεί για να συνεργαστούν η μια με την άλλη και δεν θεωρούν ότι αναμένονται για να κάνουν έτσι. (Keenan G. et al., 1998· Ashworth P., 2000)

Οι διαπολιτισμικές συγκρίσεις παρουσίασαν συμπεριφοριστικές αποκλίσεις μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτριών μέσα σε κάθε χώρα. Τα συμπεράσματα μας έδειξαν ότι οι νοσηλεύτριες επιθυμούν τη συνεργάσιμη σχέση νοσηλευτριών ιατρών περισσότερο από τους ιατρούς, ανεξάρτητα από τις πολιτιστικές διαφορές. Αυτό είναι σύμφωνο με τα πρόσφατα συμπεράσματα στη στάση απέναντι σε σχέσεις νοσηλευτριών ιατρών στις οποίες οι ιατροί είδαν τη σχέση λιγότερο σημαντική από τις νοσηλεύτριες. (Rosenstein, 2002)

4.3 ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Σύγκρουση

- Η κατάσταση κατά την οποία η συμπεριφορά ενός ατόμου ή μιας ομάδας σκόπιμα επιδιώκει να εμποδίσει την επίτευξη των στόχων ενός άλλου ατόμου ή ομάδας.
- Ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο που οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα (Thomas 1992)

Εντούτοις,

- Οι συγκρούσεις σε έναν οργανισμό είναι υγιής και αναπόφευκτες και μπορεί να συνοδεύονται από θετικές συνέπειες. (Swansburg 1999)
- Η σύγκρουση μπορεί να είναι εποικοδομητική και να έχει καταλυτική επίδραση στις νέες ιδέες, την πρόοδο, τις θετικές αλλαγές και την ανάπτυξη (Rahim 1986)

Είδη συγκρούσεων

- Διαπροσωπικές συγκρούσεις (μεταξύ ατόμων)
- Ομαδικές συγκρούσεις (μεταξύ ομάδων)
- Ιεραρχικές συγκρούσεις (π.χ. αυταρχικό μάνατζμεντ)
- Λειτουργικές συγκρούσεις – περισσότερο συχνές στο χώρο του νοσοκομείου
- Συγκρούσεις επιτελικών – γραμμικών στελεχών
- Συγκρούσεις μεταξύ τυπικής και άτυπης οργάνωσης

(www.chesme.nurs.uoa.gr)

Αίτια συγκρούσεων

- ζητήματα κύρους και επιβολής, (Richardson 1991)
- Συνθήκες εργασίας-αυξημένα επίπεδα άγχους,
- η άρνηση ευθυνών,
- η αλληλοκάλυψη ρόλων και αρμοδιοτήτων λόγω προβληματικού καθορισμού καθηκόντων καθώς και
- τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης. (Jameson 2003)
- Προκλητική συμπεριφορά απέναντι στην ηγεσία, διακρίσεις (Singleton, 1999)
- πολύπλοκο οργανωσιακό εργασιακό περιβάλλον (Μπουραντάς 2002)
- Έλλειψη ζωτικού χώρου
- διαφορετικές συνεργαζόμενες αλληλεπιδρούσες επαγγελματικές ομάδες (Tengilimoglu, Kisa 2005)
- Η ύπαρξη στερεοτύπων σχετικά με το επάγγελμα των νοσηλευτών και των ιατρών, η αλλαγή ρόλου των νοσηλευτών, η επικράτηση του γυναικείου φύλου στο επάγγελμα του νοσηλευτή και η διαφοροποίηση στην ακαδημαϊκή και στην επαγγελματική τους εξέλιξη (Jacinta 2006)
- Περιορισμένοι πόροι (έλλειψη προσωπικού, οικονομικοί και υλικοτεχνικοί πόροι)
- έλλειψη οργάνωσης και προβλήματα διοίκησης
- διαφορές νοοτροπίας, θέσης, επιπέδου μόρφωσης στις διάφορες ιεραρχικές βαθμίδες

Διαχείριση συγκρούσεων

- Θα μπορούσε να οριστεί ως η υποβοήθηση των ατόμων που βρίσκονται σε σύγκρουση ώστε να υιοθετήσουν μία αποτελεσματική διαδικασία αντιμετώπισης των συγκρούσεων τους.
- Ο χειρισμός και επίλυση μιας σύγκρουσης είναι μια διαδικασία σταδιακή
- Οι μάνατζερ ξοδεύουν το 20% του χρόνου τους για την αντιμετώπιση ή την επίλυση κάποιας μορφής σύγκρουσης. (Κάντας 1995)

Η ύπαρξη συγκρούσεων σε μια ομάδα εργασίας, είναι ένας εξαιρετικά αρνητικός παράγοντας που υπονομεύει επί μόνιμου βάσεως την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα. (www.chesme.nurs.uoa.gr)

- Οι αναπτυγμένες χώρες και ειδικά οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα στον τομέα της υγείας που αφορούν τη χρηματοδότηση, οργάνωση και διαχείριση των συστημάτων υγείας ενώ ταυτόχρονα υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για βελτίωση των επιπέδων ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας.
- Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη της πολιτικής υγείας πρέπει να τροποποιήσουν τους ισχύοντες κανονισμούς και με κατάλληλες παρεμβάσεις (π.χ. σαφής κατανομή αρμοδιοτήτων, δίκαιη κατανομή των πόρων, δίκαιες αποδοχές, λιγότερες πολιτικές σκοπιμότητες στο χώρο του νοσοκομείου) να συμβάλλουν στην αποτελεσματική διαχείριση των συγκρούσεων.

Οι νοσηλευτές και οι ιατροί για να γίνουν αποτελεσματικοί στη διαχείριση συγκρούσεων, θα πρέπει να κατανοήσουν τις αιτίες, τις θεωρίες και τις στρατηγικές χειρισμού των συγκρούσεων.

Υπάρχουν πράγματι πολλοί λόγοι, που κυμαίνονται από την φύση της σχέσης γιατρού-νοσηλευτή για διαφορετικές εργασιακές φιλοσοφίες, τις αρμοδιότητες, την κοινωνική θέση ή ο πολιτισμός, η ισότητα, ανισότητα και την αρμοδιότητα των νοσηλευτών / νοσηλευτριών.

Ερευνητές αναγνωρίζουν ότι τα εμπόδια επηρεάζονται από τις πολιτιστικές συνήθειες, αντιληπτές οι απουσίες της ισότητας και της εντιμότητας στις προσδοκίες από την πλευρά των επαγγελματιών νοσηλευτών, και μια γενική έλλειψη κατανόησης μεταξύ των μελών της ομάδας. Η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, επηρεάζεται από τα πολιτιστικά πρότυπα της ανδρικής κυριαρχίας και γυναικείας υποτέλειας.

Σύμφωνα με τη μελέτη, σε κάποια προβλήματα που αναφέρθηκαν περιλαμβάνονται νοσηλεύτριες με δυσκολία επικοινωνίας με τους ιατρούς, ανεπίλυτες διαφωνίες και μη σωστή αποδοχή των νοσηλευτών από ιατρούς.

Η συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών περιγράφεται ως "η από κοινού εργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, ο επιμερισμός των ευθυνών για την επίλυση προβλημάτων και η λήψη αποφάσεων για να διατυπώσουν και να εκτελέσουν σχέδια για την περίθαλψη των ασθενών". (Baggs & Schmitt, 1988) Η φύση και η έκταση της αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών /

νοσηλευτριών δεν μπορούν να επηρεαστούν μόνο με τους κοινωνικούς ρόλους και τα πολιτιστικά πρότυπα, αλλά και από εκπαιδευτικούς παράγοντες.

Παρά τα στοιχεία των σημαντικών οφελών που απορρέουν από τη συνεργασία, η ιατρική εκπαίδευση δεν υπογραμμίζει τη διεπιστημονική συνεργασία. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν τις ευκαιρίες για τους μελλοντικούς ιατρούς να καταλάβουν και να εκτιμήσουν τους ρόλους του νοσηλευτικού προσωπικού και να παρατηρήσουν άμεσα πώς η βέλτιστη υπομονετική προσοχή μπορεί να ενθαρρυνθεί μέσω των θετικών εργασιακών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτριών και των ιατρών.

Μια σημαντική λογική για την παροχή μιας τέτοιας εμπειρίας νωρίς στην ιατρική εκπαίδευση είναι να διαμορφωθούν οι τοποθετήσεις προτού να μπορέσουν να γίνουν τα πιο αρνητικά στερεότυπα ιατρών-νοσηλευτριών ριζωμένα. Οι εκπαιδευτικοί προτείνουν ότι η εισαγωγή της συνεργασίας σε μια πραγματική ρύθμιση πρακτικής είναι πιθανό να είναι η αποτελεσματικότερη προσέγγιση. (Fagin, C. M., 1992)

Οι ειδικοί εκπαιδευτικοί προτείνουν ότι ένας από τους καλύτερους τρόπους να προωθηθεί η ομαδική εργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης είναι να εκτεθούν οι σπουδαστές στη διεπιστημονική εκπαίδευση.

Μόνο στο βαθμό όπου οι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης καταλαβαίνουν και σέβονται ο ένας τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του άλλου μπορεί να υπάρξει μια καλή συνεργασία και να επιτευχθούν οι στόχοι των ασθενών. (Barrere Cindy & Ellis Peter, 2003)

4.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η αποτελεσματική διεπαγγελματική εργασία, που θεωρείται ευρέως ως ουσιαστική για υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη, επηρεάζεται από τις τοποθετήσεις / αντιλήψεις, των επαγγελματιών υγείας τόσο προς τις δικές τους, όσο και προς τις άλλες επαγγελματικές ομάδες. Γνωρίζουμε σχετικά λίγα για τις αντιλήψεις των επαγγελματιών που εργάζονται σε ένα χώρο με άλλους επαγγελματίες από διαφορετικές ειδικότητες, και ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας.

Μερικές από τις θεωρίες προάγουν την διδασκαλία, άλλες την πρακτική για την οποία η διδασκαλία προετοιμάζει τους σπουδαστές και μερικές και τις δύο.

Η γενική θεωρία συστημάτων, εισάγεται για να κατανοηθεί η συνεργασία στην πράξη. Μετατοπίζει την αντίληψη από τις χωριστές διαδικασίες, στις διαδικασίες της αλληλεπίδρασης μέσω των οποίων οι πρώτες μπορούν να είναι συνδεδεμένες. Το σύνολο είναι μεγαλύτερο από το άθροισμα των μερών του, τα συνδυασμένα οφέλη από την επέμβαση των επαγγελματιών είναι περισσότερα από τις ξεχωριστές συνεισφορές τους. Οι ίδιοι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν από διαφορετικές αφετηρίες, είτε από τις επεμβάσεις στην υγεία είτε από τις κοινωνικές επεμβάσεις. Τα έξυπνα συστήματα ενημερώνουν το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο στην θεραπεία των σωματικών και ψυχικών ασθενειών.

Η θεωρία της συνεργασίας, επιδιώκει να καθιερώσει τους όρους που καθιστούν πιθανή τη συνεργασία μεταξύ των ιδιοτελών μερών (επαγγελματιών), και να γίνει η βέλτιστη επιλογή στη στρατηγική που θα ακολουθηθεί μεταξύ των συγκρουόμενων ενδιαφερόντων ώστε να εξασφαλιστεί η επιβίωση των μερών (επαγγελματιών). Υποθέτει ότι τα συμβαλλόμενα μέρη θα συνεργαστούν τόσο για το δικό τους όφελος όσο και για το όφελος της ομάδας. Ως συνέπεια αυτών, ο πελάτης / ασθενής θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά.

Η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής, υποστηρίζει ότι η κοινωνική ανταλλαγή είναι κάτι περισσότερο από μια εμπορική ανταλλαγή. Φέρνει την έννοια πέρα από την αγοραστική αξία: την ανταπόδοση, την υποχρέωση, το χρέος, το συμφέρον και τους υπολογισμούς του κόστους και του κέρδους. (Γομάτου, 2007)

4.5 ΣΧΕΣΕΙΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΙΔΙΟΥ ΦΥΛΟΥ

Η σχέση ιατρών-νοσηλευτών είναι παραδοσιακά μια σχέση ανδρών-γυναικών. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός γυναικών που μελετούν την ιατρική έχει αυξηθεί σε όλες τις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, και το 1997, 29% των ενεργών νορβηγικών ιατρών ήταν γυναίκες. Η σχέση ιατρών-νοσηλευτών έχει περιγραφεί συχνά ως κυρίαρχη-υποτακτική σχέση με μια σαφή κατανόηση ότι ο ιατρός είναι άνδρας και η νοσηλεύτρια είναι γυναίκα. Αυτό το άρθρο εξετάζει τι συμβαίνει στη σχέση ιατρών-νοσηλευτών όταν και οι δύο είναι γυναίκες: πώς οι θηλυκοί ιατροί δοκιμάζουν τη σχέση τους στις γυναίκες νοσηλεύτριες. Είναι

βασισμένο σε δύο σύνολα στοιχείων, ποιοτικών συνεντεύξεων με 15 ιατρούς και μιας σε εθνικό επίπεδο έρευνας για 3589 ιατρούς. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι στην εμπειρία πολλών ιατρών, του αρσενικού και του θηλυκού, η σχέση ιατρών-νοσηλευτών επηρεάζεται κατά φύλο του ιατρού. Οι θηλυκοί ιατροί συχνά διαπιστώνεται ότι αντιμετωπίζονται με λιγότερο σεβασμό και εμπιστοσύνη και τους δίνεται η λιγότερη βοήθεια από τους άνδρες συναδέλφους τους. Η ερμηνεία των ιατρών είναι εν μέρει ότι η επιθυμία των νοσηλευτών να μειώσουν τις διαφορές στις θέσης μεταξύ των δύο ομάδων έχει επιπτώσεις στους θηλυκούς ιατρούς περισσότερο από τους αρσενικούς, και εν μέρει ότι υπάρχει ένα "ερωτικό παιχνίδι" πραγματοποιημένος μεταξύ των ιατρών και των γυναικών νοσηλευτριών. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η εμπειρία της διαφορετικής επεξεργασίας, οι στρατηγικές που επιλέγονται από τους θηλυκούς ιατρούς περιλαμβάνουν να κάνουν όσο το δυνατόν περισσότερο οι ίδιοι και την παραγωγή των φίλων με τις νοσηλεύτριες. Τα αποτελέσματα εξετάζονται λαμβάνοντας υπόψη τις δομικές αλλαγές στην κοινωνία σε μεγάλο βαθμό αλλά και μέσα στις υγειονομικές υπηρεσίες, με έμφαση στην πρόσφατη σύγκλιση της θέσης μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων. (Fagin L. and Garelick A., 2004)

4.6 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Οι νοσηλεύτριες και οι ιατροί εργάζονται από κοινού για τη θεραπεία ασθενών, όμως τα επαγγέλματά τους τείνουν να είναι πολύ διαφορετικά. Εκτός από την έλλειψη ισορροπίας στην αρχή, οι νοσηλεύτριες ενίοτε έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στον ασθενή ως ολότητα, ενώ οι ιατροί δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην επιστήμη της ιατρικής.

Οι ιατροί έχουν συχνά προσδοκίες που υποδηλώνουν ότι οι νοσηλεύτριες είναι μια επέκταση από αυτούς, ενώ οι νοσηλεύτριες θέλουν να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους για την άμεση φροντίδα των ασθενών. Στο μυαλό των ιατρών, η συνεργασία είναι, μερικές φορές, μια έννοια που υπονομεύει τον αυταρχικό τους ρόλο. Ο Baggs ισχυρίστηκε ότι η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών / νοσηλευτριών δεν ήταν ακόμη πραγματικότητα, με έμφαση στις αποκλίνουσες απόψεις που υπάρχουν σε αυτά τα επαγγέλματα. Εμπόδια για καλές εργασιακές σχέσεις συχνά προκύπτουν από «συγκρουόμενες» προσδοκίες των δυο ρόλων.

◆ Ρόλος-Προσδοκίες

Ιστορικά, οι ιατροί συχνά έχουν αναλάβει τον «πατρικό» ρόλο, με την προϋπόθεση ότι οι περισσότερες νοσηλεύτριες έχουν ένα δουλικό ρόλο όπου συμπεριλαμβάνεται η περίθαλψη των ασθενών. Συγκρούσεις ενίοτε προκύπτουν μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών εξαιτίας διαφορετικών τοποθετήσεων-απόψεων. Οι Νοσηλευτές δίνουν έμφαση στην ατομική και ομαδική εργασία στους ασθενείς, σε αντίθεση με τους ιατρούς, που σκοπό έχουν μόνο την περίθαλψη των ασθενών. Μαζί, αυτοί οι επαγγελματίες του τομέα υγειονομικής περίθαλψης έχουν ευθύνη για τα αποτελέσματα των ασθενών και η εταιρική τους σχέση, είναι το κλειδί.

Δεοντολογικό κλίμα ορίζεται ως οι οργανωτικές πρακτικές και οι προϋποθέσεις που προωθούν τη συζήτηση και τη λήψη των αποφάσεων, με τις ηθικές αξίες ως περιεχόμενο. Οι διαφορές ανάμεσα στην προοπτική νοσηλευτών-ιατρών μπορεί να οφείλεται σε διαφορές των ευθυνών της θέσης τους, την κατάσταση / αρχή, το φύλο, ή την κατάρτιση ή / και τις διαφορές ιατρικού και νοσηλευτικού πολιτισμού.

Οι νοσηλεύτριες έχουν υιοθετήσει την αντίληψη του θεσμού της συνεργασίας. Προσπαθούν να διατηρήσουν ένα χαμόγελο για να αντιμετωπίσουν τους ιατρούς, και εμφανίζονται με ευγένεια και όχι κατά την εποπτεία της αρχής του υφισταμένου τους.

Ενώ η παραπάνω αντίληψη θα μπορούσε να φέρει αποτέλεσμα ως προς τη βελτίωση της συναδελφικότητας, δεν μπορεί να υλοποιηθεί.

Οι νοσηλεύτριες αναλαμβάνουν τους στόχους από τους κατώτερους ιατρούς που διαχειρίζονται τα ενδοφλέβια φάρμακα, που κάνουν τις ενδοσκοπήσεις, την προεγχειρητική αξιολόγηση, και κάποιο ορισμό.

Οι ιατροί είναι μια απλούστερη φυλή από τις νοσηλεύτριες. Ο καθένας ξέρει την εργασία του ιατρού ποια είναι. Οι ιατροί είναι οι αγωγοί της ιατρικής γνώσης. Δεν είναι απαραίτητο συνεχώς να επαναπροσδιοριστούν. Οι ιατροί είναι ένα τοτέμ. Δεν ξανασκέφτονται, δεν χρειάζονται. Αυτό τους δίνει την αφθονία του χρόνου και της ευκαιρίας να επαναπροσδιοριστεί η νοσηλευτική. (Radcliffe M., 2000)

Η ιατρική παραμένει στην υπεροχή. Η ικανότητα να θεραπεύσει έχει τη μεγαλύτερη αγοραστική αξία από εξετάζοντας τον κίνδυνο. Και ειλικρινά έτσι πρέπει. Σε σύντομο χρονικό διάστημα η νοσηλευτική έχει ενισχύσει μια υποδομή της αξιοπιστίας από τους θαλάμους στα πανεπιστήμια, που σταματούν μακριά στους πίνακες εμπιστοσύνης και τις πολιτικές ομάδες κατά μήκος του τρόπου. Η νοσηλευτική έχει συγκεντρώσει περισσότερο κυβερνητικό σεβασμό από πάντα. Οι νοσηλεύτριες έχουν τώρα περισσότερη δύναμη αλλά αμφισβητήσιμα αυτό έχει κάνει ελάχιστα για την νοσηλευτική.

Αυτό που έχει κάνει ο φεμινισμός για την νοσηλευτική είναι να κάνει νέες γυναίκες να επιλέγουν να γίνουν ιατροί. Όσον αφορά στο παιχνίδι, δεν πειράζει. Είναι μια άσχετη απλή λογομαχία. Το κλειδί για την επιτυχία ή την αποτυχία της σχέσης ιατρών-νοσηλευτών είναι η υπομονετική εμπειρία. Δυστυχώς, στο παρελθόν η σχέση έχει παρακινηθεί συχνά από τη ζηλοτυπία, την αμφιβολία, την αβεβαιότητα, και την υπεροψία.

4.6.1 ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παράδοση-ενημέρωση των ασθενών.

Η κύρια δυσκολία που συναντούν οι νοσηλεύτριες είναι συνδεδεμένη με τις πληροφορίες που έχουν ήδη δοθεί από τους ιατρούς, σε ισότιμη βάση, η έλλειψη χρόνου, οι πρακτικές δυσκολίες, δυσκολίες που συνδέονται με ειδικά χαρακτηριστικά ορισμένων ασθενών στην περίθαλψη και δυνητικές αντιδράσεις των ασθενών με τις πληροφορίες.

Η ανταλλαγή πληροφοριών εντός της υγειονομικής ομάδας διασφαλίζει την ποιότητα των πληροφοριών στον ασθενή, ενώ, αντιθέτως, η έλλειψη συνοχής και οι αντιφάσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και οι διαφορετικοί τρόποι έκφρασης έναντι των ασθενών, συχνά δημιουργούν άγχος και οδηγούν σε ανεπαρκείς πληροφορίες.

Αρχικά συνιστάται ότι οι ευθύνες των διαφόρων επαγγελματιών του τομέα της υγείας στον τομέα της ενημέρωσης θα πρέπει να ορίζονται με σαφήνεια και επίσης οι ιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν τον ουσιώδη ρόλο των νοσηλευτών.

Η δεύτερη σύσταση είναι η σημαντικότητα να διασφαλιστεί συνοχή σε ότι έχει ειπωθεί για τους ασθενείς με τη διευκόλυνση της μεταβίβασης των πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών που εγγυώνται την ορθή φροντίδα συντονισμού.

Επιπλέον, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην παράδοση πληροφοριών για τους ασθενείς κυρίως λόγω έλλειψης επαρκών πληροφοριών από τον ιατρό, που αναφέρθηκε πιο συχνά από έλλειψη χρόνου ή σημαντικά προβλήματα. Στον τομέα αυτό, οι προσπάθειες για βελτίωση μπορεί να παρουσιάσουν αποτέλεσμα, εστιάζοντας στην ανάγκη να αναπτυχθούν ένα κοινό σχέδιο συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης, για να επιτευχθεί καλύτερος συντονισμός της παροχής φροντίδας. Μία συγκεκριμένη πτυχή της βελτίωσης της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των υπαλλήλων είναι η διαθεσιμότητα των πληροφοριών που παρέχονται στον ασθενή μέσω του φακέλου του.

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής πρακτικής. Σύμφωνα με επικυρωμένες μελέτες όταν γίνεται με σωστό τρόπο μια τέτοια επικοινωνία έχει θεραπευτική επίδραση στον ασθενή.

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ιατρός μεταβιβάζει τις πληροφορίες σε έναν ασθενή είναι τόσο σημαντικός όσο και οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σ' αυτόν. Οι ασθενείς που καταλαβαίνουν τους ιατρούς τους είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματα υγείας τους, να καταλάβουν τις επιλογές τους σε σχέση με την θεραπεία και να ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής τους αγωγής.

Στη σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση οι δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως αμετάβλητα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός αλλά αντίθετα, ως σύνολο μετρήσιμων και τροποποιήσιμων συμπεριφορών που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν παράλληλα.

Από τη λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς μέχρι την οριστικοποίηση ενός θεραπευτικού σχήματος ή κάποιας άλλης ιατρικής πράξης, η σχέση του ιατρού με τον ασθενή του στηρίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία. Αν και κατά ένα μεγάλο μέρος η επικοινωνία αναφέρεται σε

πληροφορίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία, οι περισσότεροι ιατροί θα διαπιστώσουν ότι η επαφή δεν περιορίζεται μόνο στα παραπάνω αλλά μπορεί να περιλαμβάνει επίσης συζητήσεις ψυχοκοινωνικού και γενικού ενδιαφέροντος. Αυτή η πτυχή της σχέσης ασθενούς-ιατρού είναι δύσκολο να καθορισθεί, όμως με προσπάθεια και θέληση μπορεί να βρεθεί η χρυσή τομή μίας αληθινά θεραπευτικής σχέσης. Αυτή η θεραπευτική σχέση θα αποτελέσει επίσης τη βάση για μια ποιοτική φροντίδα υγείας.

Οι περισσότερες καταγγελίες από τους ασθενείς και τους οικείους τους αναφέρονται σε προβλήματα επικοινωνίας και όχι τόσο στην κακή κλινική πρακτική. Η πιο κοινή καταγγελία είναι ότι οι ιατροί δεν ακούνε τους ασθενείς τους. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ιατροί και οι ασθενείς έχουν τις δικές τους απόψεις σχετικά με αυτό που κάνει καλή και αποτελεσματική μια επικοινωνία. Αυτές οι διαφορές επηρεάζουν την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ιατρών και των ασθενών, καθώς και τη συμμόρφωση, την εκπαίδευση των ασθενών και την έκβαση της υγείας τους. (Χαραλάμπους Π. και συν., 2003)

Η συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που σήμερα θεωρείται θεμελιώδες στην σύγχρονη ιατρική διαδικασία. Η όλη αυτή διαδικασία τον καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό του.

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή του έχει ιδιαίτερη σημασία για την επιτυχία οποιασδήποτε θεραπείας. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή με καρκίνο, η σχέση με τον ιατρό αποκτά μια άλλη διάσταση. Η συνεχής και μακρόχρονη σχέση που επιβάλλεται μεταξύ τους λόγω της φύσης της ασθένειας παράλληλα με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενούς μπορεί να απειλείται, περιέχει μια ξεχωριστή συναισθηματική ιδιομορφία που χρήζει μεγάλης προσοχής.

Η εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον και υποχρέωση κάθε γιατρού στις μέρες μας αλλά και μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των ιατρικών σχολών. Η διδασκαλία της σωστής επικοινωνίας πρέπει να συμπεριληφθεί σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης και να γίνει μάθημα υποχρεωτικής φύσεως στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

Στις αναπτυγμένες χώρες θεωρείται υποχρεωτική η παρακολούθηση μαθημάτων επικοινωνίας και βασικό στοιχείο για την λήψη του τίτλου του γιατρού. (Χαραλάμπους Π. και συν., 2003)

4.7 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο βιώνει το άγχος μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο αισθάνεται, σκέφτεται ή συμπεριφέρεται. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται:

Σε επίπεδο επιχείρησης:

- ♦ απουσία από την εργασία, αναστάτωση προσωπικού, κακή τήρηση του ωραρίου, προβλήματα πειθαρχίας, παρενόχληση, μειωμένη παραγωγικότητα, ατυχήματα, σφάλματα και αυξημένες δαπάνες για αποζημίωση ή υγειονομική περίθαλψη.

Σε επίπεδο ατόμου:

- ♦ συναισθηματικές αντιδράσεις (οξυθυμία, ανησυχία, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, υποχονδρία, αποξένωση, επαγγελματική εξουθένωση (burnout), προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις).
- ♦ γνωστικές αντιδράσεις (δυσκολία στη συγκέντρωση, στην ανάκληση στη μνήμη, στην εκμάθηση νέων πραγμάτων, στη λήψη αποφάσεων).
- ♦ συμπεριφορικές αντιδράσεις (κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών, οινόπνευματων και καπνού· καταστροφική συμπεριφορά), και
- ♦ φυσιολογικές αντιδράσεις (προβλήματα στη σπονδυλική στήλη, εξασθενημένη ανοσία, πεπτικό έλκος, καρδιακά προβλήματα, υπέρταση).

Το εργασιακό άγχος αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την υγεία και την ασφάλεια που αντιμετωπίζουμε στην Ευρώπη. Αφορά περίπου έναν στους τέσσερις εργαζομένους ενώ, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό από 50% έως 60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται τεράστια επιβάρυνση τόσο για την ανθρώπινη υγεία όσο και για την οικονομική επίδοση. (www.google.com.agchos)

Το εργασιακό άγχος μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε εργαζόμενο ασχέτως της θέσης του στην ιεραρχία. Παρατηρείται σε όλους τους κλάδους και σε

επιχειρήσεις όλων των μεγεθών. Το άγχος επηρεάζει την υγεία και την ασφάλεια των ατόμων, αλλά και την υγεία των επιχειρήσεων και των εθνικών οικονομιών.

Το άγχος είναι το δεύτερο σε συχνότητα αναφερόμενο πρόβλημα υγείας και επηρεάζει ποσοστό 22% των εργαζομένων στην ΕΕ των 27 (για το 2005). Επιπλέον, ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από παθήσεις που σχετίζονται με το άγχος και προκαλούνται ή επιδεινώνονται από την εργασία αναμένεται να αυξηθεί. Ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας θέτει ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζομένους μέσα από την περικοπή προσωπικού και την εξωτερική ανάθεση, τη μεγαλύτερη ανάγκη για ευελιξία από άποψη λειτουργιών και δεξιοτήτων, την αυξανόμενη χρήση συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου, την αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια και την εντατικοποίηση της εργασίας (με αυξημένο φόρτο εργασίας και μεγαλύτερη πίεση) και την κακή ισορροπία μεταξύ εργασιακού και ιδιωτικού βίου.

Το άγχος μπορεί να προκαλέσει ασθένειες και δυστυχία τόσο στην εργασία όσο και στο σπίτι. Το άγχος μπορεί επίσης να επιβαρύνει την ασφάλεια στον χώρο εργασίας και να συμβάλει στην εμφάνιση άλλων προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την εργασία, όπως οι μυοσκελετικές παθήσεις. Το άγχος επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα των επιχειρήσεων.

Ο περιορισμός του εργασιακού άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων δεν απαιτείται μόνο για ηθικούς αλλά και για νομικούς λόγους. Επίσης αποτελεί σημαντικό επιχειρηματικό κίνητρο. Το 2002 υπολογίστηκε ότι το ετήσιο οικονομικό κόστος του εργασιακού άγχους στην ΕΕ των 15 ανήλθε στα 20 δισ. ευρώ.

Το θετικό είναι ότι το εργασιακό άγχος μπορεί να αντιμετωπιστεί με εξίσου ορθολογικό και συστηματικό τρόπο όπως και τα άλλα ζητήματα υγείας και ασφάλειας. Υπάρχουν άπλετα πρακτικά παραδείγματα αντιμετώπισής του σε ολόκληρη την ΕΕ. Με τη σωστή προσέγγιση, οι εργαζόμενοι μπορούν να προστατευτούν από το άγχος. (www.google.com.agxos)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΗΡΕΑΣΜΟΥ ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

5.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Αντί να επικεντρώνονται στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών, οι ερευνητές μπορεί να χρειάζεται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους παράγοντες που μπορεί να αναστέλλουν ή να διευκολύνουν την διεπιστημονική επικοινωνία. Η οργανωτική σιωπή, που ορίζεται ως στοχοθετημένη απόφαση να απορριφθεί παρά να εκφραστούν οι ιδέες, οι πληροφορίες και οι απόψεις για θέματα που σχετίζονται με την εργασία, μπορεί να παίζει πρωταρχικό ρόλο στην κακή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών.

Η επιτακτική ανάγκη ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος, και τα συστήματα και τα προγράμματα στο χώρο που θα στηρίζει προτύπων σε υγιή περιβάλλοντα εργασίας η νοσηλευτική εκπαίδευση θα μπορούσε να κάνει περισσότερο για να προωθήσουν την ασφάλεια των ασθενών. Πρώτον, ο Burnes Μπόλτον μίλησε για το όραμα όπου "η νοσηλευτική εκπαίδευση πραγματοποιείται σε πολλαπλά περιβάλλοντα, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού". Ο Barnsteiner αναφέρει ότι «οι νοσηλεύτριες θα πρέπει να έχουν διδαχθεί τις δεξιότητες της διαπραγμάτευσης». Σύμφωνα με τον Burnes Μπόλτον το όραμα ενός μεταρρυθμισμένου υγειονομικού περιβάλλοντος είναι να καταστεί αληθές πως όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να θεωρούν τους εαυτούς τους ως ηγέτες και διαχειριστές: οι κάτοχοι της αλήθειας, όπως ορίζεται συλλογικά. (Bolton C.S., 2000)

5.2 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΚΑΛΗ ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

Πολλοί συγγραφείς ισχυρίζονται ότι ο ενοποιητικός παράγοντας είναι η νοσηλεύτρια η οποία πρέπει να συμμετέχει σε εκπαιδευτικές δραστηριότητες, επιστημονική έρευνα και δημοσίευση, την ηγεσία, τη διαχείριση και τη διαβούλευση.

Τα στοιχεία αυτά της νοσηλευτικής πρακτικής σε συνδυασμό με κλινικές πρακτικές, όπως η προαγωγή της υγείας και της πρόληψης, η διάγνωση, για την παραπομπή και την ερμηνεία των διαγνωστικών και εργαστηριακών δοκιμών, η

ασθενής «παραπομπή» σε άλλους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, της θεραπείας και ο καθορισμός στρατηγικών. Μία μεταξύ των προοπτικών που είναι μοναδική για τις διάφορες χώρες είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να καταχωρηθεί ως νοσηλεύτριες που κατέχουν τουλάχιστον ένα μεταπτυχιακό, που διαθέτει ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της εμπειρογνομosύνης, έχει περίπλοκη διαδικασία λήψης απόφασης των δεξιοτήτων και διαθέτει τη γνώση και τις ικανότητες που απαιτούνται στη νοσηλευτική πράξη.

Η καλή διεπαγγελματική συνεργασία αποτελεί βασικό παράγοντα για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στη διεπαγγελματική συνεργασία, επαγγελματίες από διαφορετικούς κλάδους και με διαφορετικές λειτουργίες (π.χ. μεταξύ ιατρικών ειδικοτήτων, ιατρών έναντι νοσηλευτών / νοσηλευτριών) συνεδριάζουν ως ομάδα για διαγνωστικούς σκοπούς ή σχεδιασμό. Ο στόχος αυτών των συνεδριάσεων μπορεί να επιτευχθεί μέσω μιας πραγματικά δραστικής προσπάθειας εκ μέρους των διαφόρων επαγγελματιών που συμμετέχουν. Η συνεργασία είναι πολύπλοκη και δύσκολη, κυρίως, στα νοσοκομεία. Το όραμα της συνεργασίας είναι δύσκολο να επιτευχθεί λόγω των πρακτικών περιορισμών στις πτέρυγες νοσοκομείων. Το κτίριο της ιεραρχίας και η έλλειψη κατανόησης των ρόλων και τους συνεργατικά κοινούς στόχους παραπέμπουν σε διαφορετικές απόψεις για τον τρόπο αντιμετώπισης των προκλήσεων μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών. (Bolton C.S., 2000)

Ακόμη και αν η οργάνωση και η δομή μπορεί να προσφέρει μια σταθερή και σημαντική βάση για τη διεπαγγελματική συνεργασία, η ικανότητα να συνεργάζονται θα βρίσκεται μέσα σε κάθε επαγγελματική συγκεκριμένη συνάντηση. Η συνεργασία αυτή επιβεβαιώνεται σε κάθε συνάντηση, και εδώ είναι που οι δυνατότητες για αλλαγή και βελτιώσεις πρέπει να αναζητηθούν. Η συνεργασία χαρακτηρίζεται από αστάθεια.

Οι προτάσεις για τη βελτίωση της νοσηλευτικής συνεργασίας περιλαμβάνουν, αφενός, την αναγκαιότητα της μετάφρασης, τις βασικές αξίες και τα συμφέροντα των συγκινησιακών εργασιών της ολιστικής νοσηλευτικής σε μορφή που είναι αναγνωρίσιμη και χρήσιμη σε άλλα επαγγέλματα. Βάσει καινοτόμων στρατηγικών που απευθύνονται σε όλα τα μέλη της ομάδας έχουν την υποχρέωση να διευκολύνουν την επικοινωνία και την εμπιστοσύνη σε μια οξεία φροντίδα η

οποία σήμερα χαρακτηρίζεται από ραγδαίες αλλαγές στον κύκλο εργασιών. Η καλή λειτουργία των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών και άλλων επιμέρους επαγγελματιών που απαιτούν την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης και του αμοιβαίου σεβασμού στο χρόνο, π.χ. των ιατρικών ασκούμενων (οι οποίοι παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της ιατρικής περίθαλψης), συνήθως είναι χρονικά περιορισμένη.

Είναι παράδοξο ότι σε μια πειθαρχία που έχει "τη φροντίδα" για άλλους ως κύριες σχέσεις υπαλλήλων εστίασής της είναι τόσο φτωχός.

Επίσης εξεπλάγη από το επίπεδο και τη συχνότητα των εκθέσεων των νοσηλευτών της ενδοομαδικής επιθετικότητας. (Bolton C.S., 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ:

ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΤΗΣ ΔΙΑΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

6.1 ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ

Οι επιτυχείς παρεμβάσεις νοσηλευτών και ιατρών φαίνεται να έχουν δύο κοινά σημεία: θα βελτιωθεί η επικοινωνία μεταξύ τους και με ένα καλό κλίμα συνεργασίας οι ιατροί αποκτούν άμεση και ουσιαστική επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι προσπάθειες αυτές συνεργασίας μπορεί να είναι η εξαίρεση αλλά όχι ο κανόνας. Παρόλο σχεδόν όλα τα έγγραφα θέσης σχετικά με τη βελτίωση συνεργασίας έχουν αναγνωρίσει τη σημασία της νοσηλευτικής, λίγα έχουν κάνει συγκεκριμένες προτάσεις σχετικά με τρόπους βελτίωσης της συνεργασίας. Βελτίωση μπορεί να υπάρξει μέσω των άμεσων συζητήσεις του ηθικού κινδύνου, αναγνώριση των αξιών και διαφορές μεταξύ των δύο επαγγεμάτων, και δίνοντας έμφαση στη βελτίωση της συνεργασίας ενδέχεται να περιορίσει την απογοήτευση που απορρέουν από τις διαφορές στις προοπτικές και τη βελτίωση την ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς.

Ανακοίνωση αποτυχίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε ιατρικά σφάλματα. Η κλινική επικοινωνία είναι εξαιρετικά σύνθετη και ιδιαίτερα επιρρεπής στις λάθος μεταβάσεις κατά τη διάρκεια της φροντίδας του ασθενούς και σε αναδυόμενες καταστάσεις. Τυποποιημένες προσεγγίσεις και εργαλεία μπορούν να παρέχουν πιθανές λύσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της επικοινωνίας και την πρόληψη των μεταγενέστερων ασθενών βλαβών. Η μεγιστοποίηση νοσηλεύτριας-γιατρού συνεργασίας υπόσχεται πολλά για τη βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών και τη δημιουργία εργασιών που πληρούν τους ρόλους. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι η βάση για μια συνεργατικής γιατρού-νοσηλεύτριας σχέσης που θα προωθεί βέλτιστα ασθενή αποτελέσματα.

Μια αρνητική ή σχέση εκφοβισμού ανάμεσα σε ένα ιατρό και μια νοσηλεύτρια μπορεί να δημιουργήσει μια κατάσταση που θέτει σε κίνδυνο τον ασθενή. Υπάρχουν τέσσερις τομείς στους οποίους η επικοινωνία μεταξύ αυτών των ομάδων επηρεάζουν την ασφάλεια των ασθενών και την ευθύνη του γιατρού.

Πολλαπλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι εκφοβίζονται από ιατρούς, δεν επικοινωνούν με τον πάροχο περίθαλψης το συντομότερο για την κατάσταση ενός ασθενούς ή αλλαγή σε διαβουλεύσεις με τον ιατρό, όπως εύκολα να αποσαφηνίσει μια σειρά φαρμάκων. Οι ασθενείς τίθενται έτσι σε κίνδυνο εάν δεν υπάρχουν αρκετές νοσηλεύτριες στο προσωπικό των νοσοκομείων. Την προσέλευση νέων πτυχιούχων θα απαιτήσει ένα θετικό, υγιές περιβάλλον εργασίας. Υπάρχουν πολλές οργανώσεις που έχουν αναπτύξει δράσεις που προτείνονται θα ενθαρρύνουν μια υγιή σχέση εργασίας με τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών και νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Η συνεργασία μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, καθώς και υπάλληλοι νοσοκομείων είναι ο μόνος τρόπος για ένα υγιές περιβάλλον εργασίας θα πρέπει να επιτευχθούν. Είναι ευθύνη της κάθε ομάδας να ξεκινήσει τις συνομιλίες που θα βελτιώσουν την ασφάλεια των ασθενών. (www.nurs.uoa.gr)

Η ικανοποίηση των ασθενών φάνηκε να είναι μεγαλύτερη όταν οι επαγγελματικοί ρόλοι ήταν σαφείς. Οι ιατροί δεν αναγνωρίζουν τον πρωταρχικό ρόλο των Νοσηλευτών με αποτέλεσμα η συνεργασία αυτή να επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας του ασθενούς.

Πρακτικές συνέπειες: ο καλύτερος ορισμός του ειδικού ρόλου των ιατρών και των νοσηλευτών, την εκπαίδευσή τους στην αποτελεσματική διεκδίκηση των μεθόδων και γνώμες γνώσεων και τη διεξαγωγή συνεργατικής ward γύρους θα είναι προς όφελος των ασθενών.

Στο νοσοκομείο, η αλληλεπίδραση δεν συνεπάγεται μόνο τον ιατρό και τον ασθενή; επίσης περιλαμβάνει μια πολύπλοκη αλυσίδα διάγνωσης και ιατρικής περίθαλψης, η οποία σε γενικές γραμμές εμπλέκει ιατρούς αρκετά, καθώς και παραϊατρικούς επαγγελματίες, οι οποίοι μπορεί να είναι ή δεν μπορούν να εργάζονται σε μια δομημένη ομάδα. Αυτό το ευρύ φάσμα συμμετοχής διαφόρων ατόμων, όμως, απαιτούν καλή επικοινωνία μεταξύ αυτών των διαφορετικών ατόμων, και συντονισμό των διαφόρων δράσεων που έχουν αναληφθεί, ούτως ώστε να αποφεύγονται περιττές επαναλήψεις, ασυνέπεια, ή παραπληροφόρηση σε σχέση με τον ασθενή.

Αρκετές μελέτες έχουν υποδείξει ότι η ποιότητα της περίθαλψης μπορεί να αποκτήθηκε από τη συνεργατική πρακτική μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών / νοσηλευτριών. Εκτός από αυτό, η καλή συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών /

νοσηλευτριών και των ιατρών είναι χαρακτηριστικό των "μαγνητών νοσοκομείων", οι οποίοι έχουν μικρότερο κύκλο εργασιών και η νοσηλεύτρια μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία.

Η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού έχει μελετηθεί ευρέως, ιδίως στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Μπορεί να συνιστά κατ' αρχάς, ότι οι ευθύνες του διαφόρων επαγγελματιών του τομέα της υγείας στον τομέα της ενημέρωσης για την ασθενή θα πρέπει να ορίζεται με σαφήνεια, και, ιδίως, ότι ιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν τα ουσιώδη ρόλο νοσηλευτών / νοσηλευτριών

Η δεύτερη σύσταση είναι ότι είναι σημαντικό να διασφαλιστεί συνοχή σε ό,τι είπε για τους ασθενείς με τη διευκόλυνση της μεταβίβασης των πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών που εγγυώνται την ορθή φροντίδα συντονισμού.

Συνεργατική αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή, ιατρό, και τον ασθενή οδηγούν σε βραχυπρόθεσμη επίτευξη του στόχου και η εμπειρία για τον ασθενή, όπως ενεργό μέλος της ομάδας. (www.nurs.uoa.gr)

6.2 ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Αδιάσειστα στοιχεία δείχνουν ότι η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης). Έχει επίσης αναφερθεί ότι οι συνεργατικές σχέσεις μεταξύ ιατρών-νοσηλευτών μπορούν να μειώσουν τη θνησιμότητα των ασθενών.

Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια σοβαρή ανάγκη για την προώθηση των θετικών αλλαγών προς την κατεύθυνση της συνεργασίας μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών να περιλαμβάνουν το κόστος, τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών και την αύξηση της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του. Η ομαδική εργασία, όμως, αποτελεί πρόσφατη εξέλιξη όπως θα συζητηθεί και στην συνέχεια. Η Διακήρυξη του ΠΟΥ το1978 σημείωσε μεταξύ άλλων την ανάγκη για αποτελεσματικότερη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων επαγγελματιών,

αλλά και τη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με σκοπό την πληρέστερη παροχή φροντίδας, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και τη συνεργασία μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας. Οι αλλαγές στα επαγγελματικά δικαιώματα και την εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας και πρόνοιας που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, οδήγησε σε επαναπροσδιορισμό των σχέσεων συνεργασίας. Έτσι, το απόλυτο «ιατροκεντρικό» σύστημα υγείας έχει αρχίσει να αμφισβητείται από τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες που λειτουργούν στα πλαίσια του τομέα υγείας. Αν και στα περισσότερα συστήματα υγείας η νομοθεσία δίνει προτεραιότητα στην ιατρική ευθύνη, οι ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν σε συνδυασμό με την αυξανόμενη αυτονομία των υπολοίπων επαγγελματιών, δημιουργούν την τάση για συνυπευθυνότητα και επομένως συνεργασία για τη λήψη κοινά αποδεκτών αποφάσεων που αναφέρονται στη φροντίδα υγείας των πολιτών αλλά και στη διοίκηση των οργανισμών υγείας. Οι σύγχρονες εξελίξεις που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας τοποθετούν επιπλέον βαρύτητα στη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας με σκοπό από τη μια μεριά τη μείωση των δαπανών (π.χ., σε φάρμακα, σε εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λ.π.), αλλά και από την άλλη την πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας που μπορεί να προσφερθεί μόνον όταν καλυφθούν όλες οι διαστάσεις της ανθρώπινης ανάγκης για φροντίδα υγείας. Πιο συγκεκριμένα η ανάγκη για τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ερμηνευθεί στην πράξη, ως περιορισμός της επανάληψης θεραπευτικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων και μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, μέσα από την καλύτερη πληροφόρηση, επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, και πρωταρχικά μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. (www.nurs.uoa.gr)

Επιπλέον, οι πρωτοφανείς και αναπόφευκτες αλλαγές που πραγματοποιούνται παγκοσμίως στα συστήματα παράδοσης υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν τις καινοτόμες προσεγγίσεις για να βελτιώσουν τη συνεργασία νοσηλευτριών - ιατρών προκειμένου να περιληφθεί το κόστος και να

διατηρηθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Μια αυξανόμενη ανησυχία υπάρχει παγκοσμίως για τη συγκράτηση δαπανών και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η ομαδική εργασία και η διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτριών μπορούν να περιορίσουν τις δαπάνες και να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας και της αποτελεσματικότητας ομάδων. (Dechario-Marino, et al., 2001· Hojat et al., 2000· Pavlovich-Danis et al., 1998· Stichler, 1995· Walton, 1995)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- **Σκοπός της έρευνας**

Η διερεύνηση της αντίληψης Νοσηλευτών και Ιατρών για την μεταξύ τους επαγγελματική σχέση. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα συμβάλλουν στο να κατανοήσουμε την έννοια και τους στόχους της συνεργασίας, το επίπεδο που πραγματοποιείται η συνεργασία και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

- **Πληθυσμός και Μέθοδος**

1. Τον πληθυσμό της μελέτης μας αποτέλεσαν νοσηλευτές και ιατροί που εργάζονταν στα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Γ. Γεννηματάς όπου πραγματοποιήσαμε την πρακτική μας άσκηση. Έτσι, ο πληθυσμός της μελέτης μας ήταν οι νοσηλευτές και ιατροί των εξής κλινικών:

- α. παθολογική
- β. χειρουργική
- γ. καρδιολογική
- δ. ουρολογική
- ε. Ω.Ρ.Λ
- στ. ορθοπαιδική
- ζ. χειρουργείο
- η. παιδιατρική
- θ. Μ.Ε.Θ

Μετά την ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στην έρευνα, ζητήθηκε από τον πληθυσμό της μελέτης να απαντήσει ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο.

Συνολικά διανεμήθηκαν 200 ερωτηματολόγια.

2. Ερευνητικό εργαλείο

Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι σκοποί της έρευνας κατασκευάστηκε από την καθηγήτριά μας κ. Δημητριάδου ειδικό ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη Το 1ο μέρος αφορούσε στα Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, δηλαδή:

1. το φύλο
2. έτος γέννησης
3. τόπος γέννησης
4. οικογενειακή κατάσταση
5. γονεϊκή ιδιότητα
6. τμήμα
7. χρόνια προϋπηρεσίας
8. επίπεδο σπουδών
9. εκπαίδευση μετά το πτυχίο
10. αριθμός συνεδρίων που παρακολουθήθηκαν
11. κατανομή κατά θέση εργασίας
12. κατανομή κατά τομέα εργασίας
13. αριθμός ημερών αναρρωτικής άδειας
14. αριθμός νυχτερινών ωραρίων κατά μήνα
15. πρώτη επιλογή σπουδών
16. αιτία παραμονής στο επάγγελμα
17. συχνότητα κυκλικών ωραρίων
18. συχνότητα εργασίας κατά τα σαββατοκύριακα

Τα ερωτήματα του 2ου μέρους διερευνούσαν την αντίληψη για τις συνθήκες εργασίας ως βασικό παράγοντα που επηρεάζει τις διεπαγγελματικές σχέσεις.

Το τρίτο και κύριο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνούσε την αντίληψη Ιατρών και ΝΠ για τους παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση.

3. Συλλογή δεδομένων

3.1 Χρόνος συλλογής

Η συλλογή των δεδομένων έγινε τον Μάρτιο του 2009.

Μετά την ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στην έρευνα, ζητήθηκε από τον πληθυσμό της μελέτης να απαντήσει ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο.

3.2 Συνολικά διανεμήθηκαν: στο νοσηλευτικό προσωπικό 100 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 77 απαντημένα (77%).

Στους ιατρούς διανεμήθηκαν 100 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν 49 απαντημένα (49%).

3.3 Ποιοτικός έλεγχος ερωτηματολογίων

Μετά τη συλλογή των ερωτηματολογίων δημιουργήθηκαν ειδικά φύλλα ηλεκτρονικής καταχώρησης. Έγινε ποιοτικός έλεγχος των ερωτηματολογίων και τελικώς επιλεγήκαν και καταχωρήθηκαν όλα τα απαντημένα ερωτηματολόγια επειδή πληρούσαν τα κριτήρια του ποιοτικού ελέγχου.

4. Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων και όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS 11.0 for Windows. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση όλων των μεταβλητών, κατά την οποία υπολογίστηκαν οι κατανομές συχνοτήτων κατά μεταβλητή, οι μέσες τιμές ενώ τα διαστήματα αξιοπιστίας ετέθησαν σε επίπεδο 95%.

5. Αποτελέσματα

5.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού

5.1.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο συνολικός πληθυσμός που συνέβαλε στη διεξαγωγή της ερευνητικής μας εργασίας, είναι 126. Ο αριθμός των νοσηλευτών είναι 77 με ποσοστό 61,1% ενώ ο αριθμός των ιατρών αντίστοιχα είναι 49 με ποσοστό 38,9%. (πίνακας 1)

Για την καλύτερη ανάλυση και κατανόηση των χαρακτηριστικών τους, θα αναφερθούμε σε νοσηλευτές και ιατρούς χωριστά.

Από το συνολικό ποσοστό των νοσηλευτών (100%), το 9,1% αντιστοιχεί σε ανδρικό πληθυσμό, ενώ το 90,9% αντιστοιχεί σε γυναικείο πληθυσμό. (πίνακας 2)

Όσον αφορά την ηλικία εντοπίζεται ότι η μέση τιμή ηλικίας 42,42 έτη (sd 7,5), με μεγαλύτερη ηλικία τα 58 έτη και μικρότερη τα 23 έτη.

Αναλύοντας την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών παρουσιάζονται τα παρακάτω αποτελέσματα σύμφωνα με τα οποία το 61,3% των νοσηλευτών είναι έγγαμοι, το 22,7% είναι άγαμοι και το 16% είναι διεζευγμένοι-χήροι. (πίνακας 3)

Επιπλέον, το 73,7% του πληθυσμού των νοσηλευτών είναι γονείς, ενώ το 26,3% είναι άτεκνοι. (πίνακας 4)

Εν κατακλείδι, όσον αφορά την καταγωγή τους, το 55,2% προέρχεται από αστική περιοχή, ενώ το 44,2% προέρχεται από αγροτική περιοχή. (πίνακας 5)

Από το συνολικό ποσοστό των ιατρών (100%), το 61,2% αντιστοιχεί σε ανδρικό πληθυσμό, ενώ το 38,8% αντιστοιχεί σε γυναικείο πληθυσμό. (πίνακας 6)

5.1.2 ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σύμφωνα με την έρευνα, η συχνότητα κατανομής του νοσηλευτικού προσωπικού κατά επίπεδο σπουδών είναι: το 61,8% των νοσηλευτών είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ, το 9,2% είναι πτυχιούχοι ΑΚΝΣ (Ανώτερες Κρατικές Σχολές Υπουργείου Υγείας) και το 3,9% είναι πτυχιούχοι μαιευτικής. (πίνακας 7)

Επίσης, το 3,9% των βοηθών νοσηλευτών είναι πτυχιούχοι ΤΕΛ-ΤΕΕ και το 21,1% είναι πτυχιούχοι ΜΤΕΝΣ (Μέσες Τεχνικές Νοσηλευτικές Σχολές Υπουργείου Υγείας). (πίνακας 7)

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που συνέχισαν την εκπαίδευσή τους μετά το πτυχίο είναι: το 1,4% σε επίπεδο MASTER, το 31,1% σε επίπεδο νοσηλευτικής ειδικότητας, το 1,4% σε επίπεδο ΣΕΛΕΤΕ, το 10,8 σε οτιδήποτε άλλο, ενώ το 59,3% δεν έχει καμία εκπαίδευση μετά το πτυχίο. (πίνακας 8 ή γράφημα 1)



Γράφημα 1. εκπαίδευση μετά το πτυχίο

Όσον αφορά την παρακολούθηση των συνεδρίων, σχεδόν οι μισοί (45,2%) δεν έχει παρακολουθήσει κανένα συνέδριο κατά το περασμένο έτος, το 11% έχει παρακολουθήσει 1 συνέδριο, το 35,6% παρακολούθησε από 2-3 συνέδρια, ενώ μόλις το 8,2% παρακολούθησε περισσότερα από 4 συνέδρια. (πίνακας 9)

5.1.3 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Σύμφωνα με την έρευνα, το νοσηλευτικό προσωπικό κατανέμεται κατά επαγγελματικό τίτλο ως το 78,9% σε νοσηλευτές και το 21,1% σε βοηθούς νοσηλευτών. (πίνακας 10)

Όσον αφορά την προϋπηρεσία εντοπίζεται ότι η μέση τιμή προϋπηρεσίας είναι 18,69 έτη (sd 7,3), με επικρατούσα και ενδιάμεση προϋπηρεσία τα 20 έτη. (μεγαλύτερη προϋπηρεσία 34 έτη, μικρότερη τα 1 έτος)

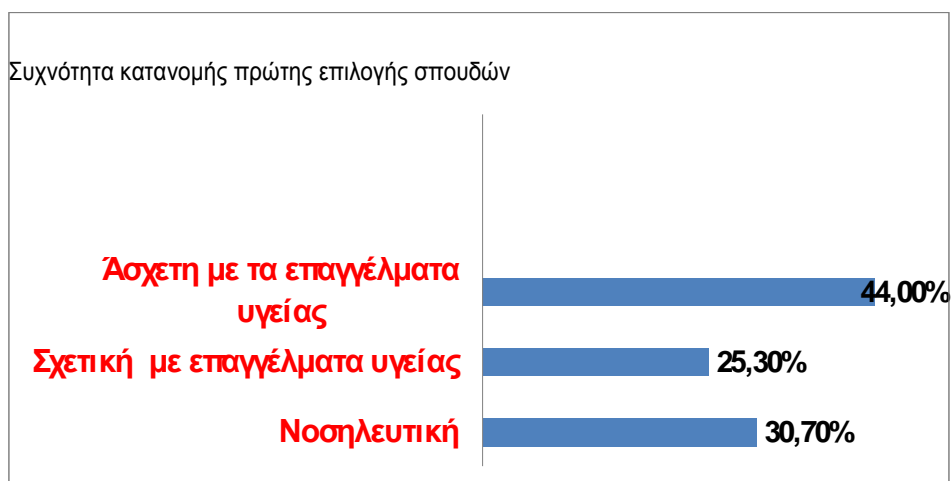
Επιπλέον, για τη συχνότητα κατανομής των θέσεων εργασίας των νοσηλευτών παρατηρείται ότι το 20,8% των θέσεων ανήκει σε βοηθούς νοσηλευτών, το 68,8% ανήκει σε νοσηλευτές, το 9,1% ανήκει σε προϊσταμένους της νοσηλευτικής υπηρεσίας και το 1,3% ανήκει σε τομάρχες της νοσηλευτικής υπηρεσίας. (πίνακας 11)

Ακόμη, σύμφωνα με την κατανομή των νοσηλευτών στον τομέα της εργασίας εντοπίζεται ότι το 20,8% εργάζεται στο παθολογικό τμήμα, το 2,6% στο χειρουργικό τμήμα, το 13% στο χειρουργείο, το 21% στο τμήμα επειγόντων και το 41,6% στα υπόλοιπα τμήματα. (πίνακας 12)

Συνεχίζοντας, αναφέρεται η συχνότητα ημερών αναρρωτικής άδειας, σύμφωνα με την οποία το 39% των νοσηλευτών δεν πήρε αναρρωτική άδεια όλο το χρόνο. (πίνακας 13)

Αναφερόμενοι στη συχνότητα νυχτερινών ωραρίων κατά μήνα για τους νοσηλευτές, έχουμε: το 23,4% δεν έχει νυχτερινό ωράριο, το 2,6% έχει 1 νυχτερινό ωράριο, το 1,3% έχει 2 νυχτερινά ωράρια, το 7,8% έχει 4 νυχτερινά ωράρια, το 7,8% έχει 5 νυχτερινά ωράρια, το 7,8% έχει 6 νυχτερινά ωράρια, το 5,2% έχει 7 νυχτερινά ωράρια, το 26% έχει 8 νυχτερινά ωράρια, το 1,3% έχει 10 νυχτερινά ωράρια, το 2,6% έχει 20 νυχτερινά ωράρια, ενώ το 14,3% δεν απάντησε. (πίνακας 14)

Σύμφωνα με την πρώτη επιλογή σπουδών των νοσηλευτών το 30,7% είχε σαν πρώτη επιλογή το επάγγελμα της νοσηλευτικής, το 25,3% είχε ως επιλογή άλλα επαγγέλματα σχετικά με την υγεία και το 44% είχε ως επιλογή άσχετη με τα επαγγέλματα υγείας. (πίνακας 15 ή γράφημα 7)



Γράφημα 7: συχνότητα κατανομής πρώτης επιλογής σπουδών

Όσον αφορά τη συχνότητα κατανομής των κυκλικών ωραρίων των νοσηλευτών, το 63,6% κάνει κυκλικά ωράρια και το 36,4% δεν κάνει. (πίνακας 17)

Παρατηρείται ότι το 77,9% των νοσηλευτών εργάζεται τα σαββατοκύριακα, ενώ το 22,1% δεν εργάζεται. (πίνακας 18)

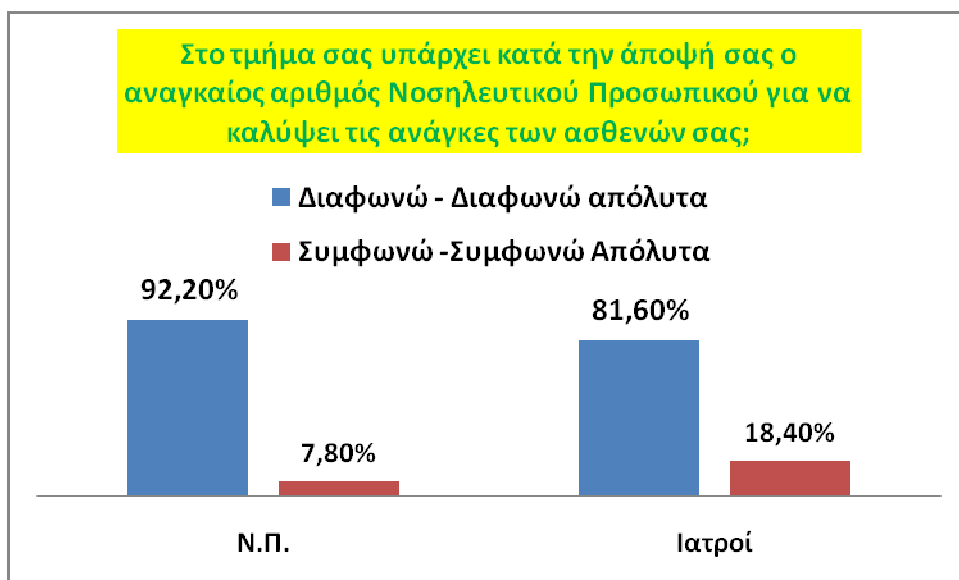
Τέλος, όσον αφορά τους ιατρούς εντοπίζεται ότι 8,2% των θέσεων των ιατρών ανήκει στους διευθυντές ιατρικής υπηρεσίας, το 4,1% των θέσεων ανήκει

στους καθηγητές, το 20,4% των θέσεων ανήκει στους επιμελητές, το 65,3% των θέσεων ανήκει στους ειδικευόμενους. (πίνακας 11)

Αντίληψη ιατρών και νοσηλευτών για τις συνθήκες εργασίας του Ν.Π

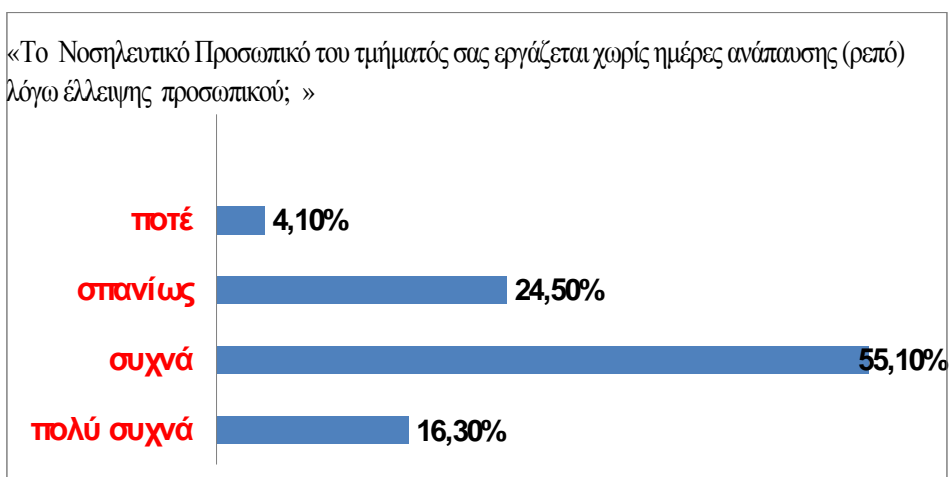
Σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια και αναλύοντας την αντίληψη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, καταλήγουμε στα παρακάτω αποτελέσματα:

Στο ερώτημα: «Στο τμήμα σας υπάρχει κατά την άποψή σας ο αναγκαίος αριθμός Νοσηλευτικού Προσωπικού για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών σας;», το 54,5% των νοσηλευτών «διαφωνεί απόλυτα», ενώ το 57,1% των ιατρών «διαφωνεί». (πίνακας 19 ή γράφημα 2)



Γράφημα 2: κατανομή της αντίληψης «στο τμήμα σας υπάρχει κατά την άποψή σας ο αναγκαίος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών σας;»

Στο ερώτημα: «Το Νοσηλευτικό Προσωπικό του τμήματός σας εργάζεται χωρίς ημέρες ανάπαυσης (ρεπό) λόγω έλλειψης προσωπικού; », ισοδυναμεί ένα 32,5% των νοσηλευτών που απάντησε «πολύ συχνά» με ένα άλλο 32,5% των νοσηλευτών που απάντησε «συχνά», ενώ το 55,1% των ιατρών απάντησε «συχνά». (πίνακας 20 ή γράφημα 3)



Γράφημα 3: άποψη ιατρών στο ερώτημα: «Το Νοσηλευτικό Προσωπικό του τμήματός σας εργάζεται χωρίς ημέρες ανάπαυσης (ρεπό) λόγω έλλειψης προσωπικού; »,

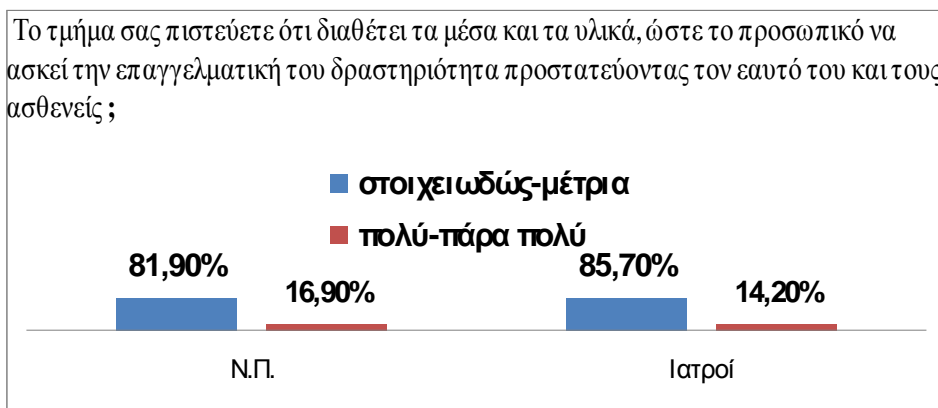
Στο ερώτημα: «Πως θα χαρακτηρίζατε τον χώρο που διαθέτει το τμήμα σας για το Νοσηλευτικό Προσωπικό για ολιγόλεπτη ανάπαυση η για να πάρει ένα καφέ;», το 31,2% των νοσηλευτών το χαρακτηρίζει ως «αποθήκη». (πίνακας 21)



Γράφημα 4: άποψη νοσηλευτών στην ερώτηση: «Πως θα χαρακτηρίζατε τον χώρο που διαθέτει το τμήμα σας για το Νοσηλευτικό Προσωπικό για ολιγόλεπτη ανάπαυση η για να πάρει ένα καφέ;»,

Στο ερώτημα: «Πως θα χαρακτηρίζατε την κτιριακή υποδομή του νοσοκομείου σας;», το 55,8% των νοσηλευτών το χαρακτηρίζει ως «κακή». (πίνακας 22)

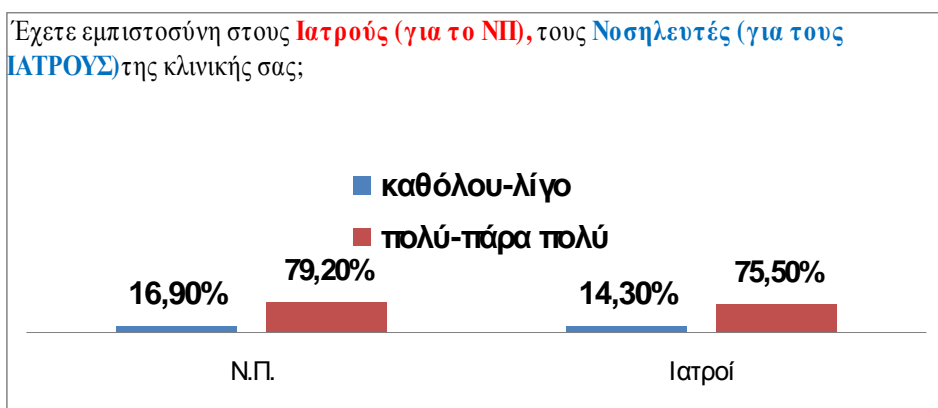
Στο ερώτημα: «Το τμήμα σας πιστεύετε ότι διαθέτει τα μέσα και τα υλικά, ώστε το προσωπικό να ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα προστατεύοντας τον εαυτό του και τους ασθενείς;», το 41,6% των νοσηλευτών και το 55,1% των ιατρών απάντησαν «μέτρια». (πίνακας 23 ή γράφημα 5)



Γράφημα 5: απόψεις νοσηλευτών και ιατρών στο ερώτημα: «Το τμήμα σας πιστεύετε ότι διαθέτει τα μέσα και τα υλικά, ώστε το προσωπικό να ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα προστατεύοντας τον εαυτό του και τους ασθενείς;»

Στο ερώτημα: «Σε τι βαθμό εκτιμάτε ότι ικανοποιούνται οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών του τμήματός σας;», το 31,2% των νοσηλευτών και το 55,1% των ιατρών απάντησαν «μέτρια». (πίνακας 24)

Στο ερώτημα: «Έχετε εμπιστοσύνη στους **Ιατρούς (για το ΝΠ)**, τους **Νοσηλευτές (για τους ΙΑΤΡΟΥΣ)** της κλινικής σας;», το 51,9% των νοσηλευτών και το 63,3% των ιατρών απάντησαν «πολύ». (πίνακας 25 ή γράφημα 6)



Γράφημα 6: απόψεις νοσηλευτών και ιατρών στο ερώτημα: «Έχετε εμπιστοσύνη στους **Ιατρούς (για το ΝΠ)**, τους **Νοσηλευτές (για τους ΙΑΤΡΟΥΣ)** της κλινικής σας;»

Στο ερώτημα: «Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, οι φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής πρέπει να εκπαιδεύονται στην ομαδική εργασία προκειμένου να καταλάβουν ο ένας τον ρόλο του άλλου;» το 54,5% των νοσηλευτών και το 57,1% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα». (πίνακας 26)

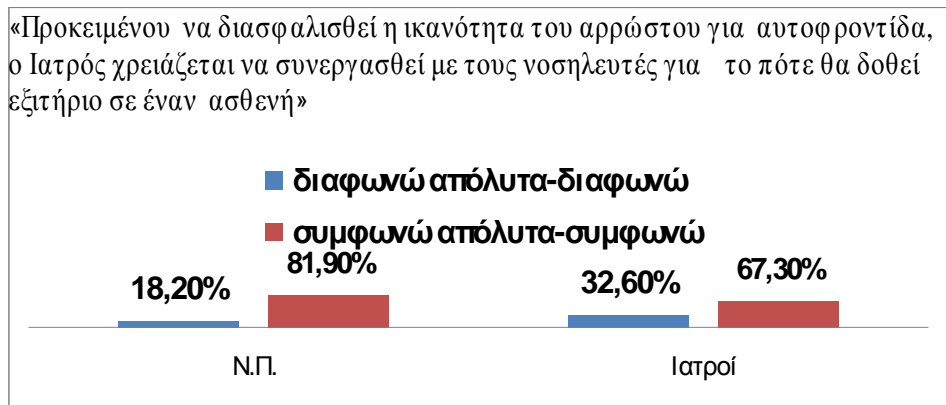
Στο ερώτημα: «Πρέπει να περιληφθούν στα εκπαιδευτικά προγράμματα των φοιτητών Ιατρικής και Νοσηλευτικής μαθήματα διεπαγγελματικών σχέσεων μεταξύ των Ιατρών και των Νοσηλευτών;», το 59,7% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 49% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 27)

Στο ερώτημα: «Ένας νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπισθεί ως συνεργάτης από ένα ιατρό παρά ως βοηθός του;», το 72,7% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 49% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 28)

Στο ερώτημα: «Υπάρχουν τομείς ευθύνης μεταξύ των Ιατρών και Νοσηλευτών που επικαλύπτονται.», το 45,5% των νοσηλευτών και το 51% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ». (πίνακας 29)

Στο ερώτημα: «Οι Ιατροί πρέπει να εκπαιδευτούν για να καθιερώσουν σχέσεις συνεργασίας με τους νοσηλευτές;», το 53,2% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 40,8% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 30)

Στο ερώτημα: «Προκειμένου να διασφαλισθεί η ικανότητα του αρρώστου για αυτοφροντίδα, ο Ιατρός χρειάζεται να συνεργασθεί με τους νοσηλευτές για το πότε θα δοθεί εξιτήριο σε έναν ασθενή;», το 45,5% των νοσηλευτών και το 46,9% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ». (πίνακας 31 ή γράφημα 8)



Γράφημα 8: απόψεις νοσηλευτών και ιατρών στο ερώτημα: «Προκειμένου να διασφαλισθεί η ικανότητα του αρρώστου για αυτοφροντίδα, ο Ιατρός χρειάζεται να συνεργασθεί με τους νοσηλευτές για το πότε θα δοθεί εξιτήριο σε έναν ασθενή»

Στο ερώτημα: «Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων πρέπει να συμμετέχουν και οι ιατροί γιατί μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες;», το 50,6% των νοσηλευτών και το 63,3% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ». (πίνακας 32)

Στο ερώτημα: «Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ιατρικής περίθαλψης των αρρώστων πρέπει να συμμετέχουν και οι νοσηλευτές γιατί μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες;», το 53,2% των νοσηλευτών και το 59,2% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ». (πίνακας 33)

Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές είναι κατάλληλοι για να αξιολογήσουν και να αποκριθούν στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών;», το 53,2% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ», ενώ το 57,1% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα». (πίνακας 34)

Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη των πολιτικών αποφάσεων που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας τους;», το 63,6% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 63,3% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 35)

Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές έχουν ειδική πείρα και αρμοδιότητα στην εκπαίδευση ασθενών;», το 53,2% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ», ενώ το 51% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα». (πίνακας 36)

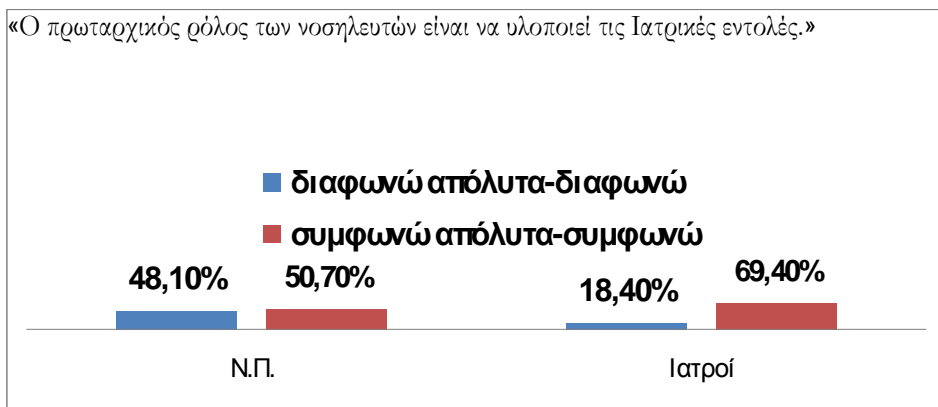
Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές έχουν ειδική πείρα στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών;», το 49,4% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ», ενώ το 59,2% των ιατρών απάντησε «διαφωνώ». (πίνακας 37)

Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές πρέπει να διευκρινίσουν την εντολή ενός ιατρού όταν αισθάνονται ότι πιθανώς η εκτέλεσή της θα επηρεάσει αρνητικά τον ασθενή;», το 53,2% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 46,9% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 38)

Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη των πολιτικών αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες υποστήριξης νοσοκομείων από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους. », το 48,1% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 61,2% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 39)

Στο ερώτημα: «Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι υπεύθυνοι στους ασθενείς για την Νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν », το 70,1% των νοσηλευτών και το 55,1% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ απόλυτα». (πίνακας 40)

Στο ερώτημα: «Ο πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι να υλοποιεί τις Ιατρικές εντολές.», το 35,1% των νοσηλευτών και το 49% των ιατρών απάντησαν «συμφωνώ», ενώ ένα 35,1% των νοσηλευτών απάντησε «διαφωνώ». (πίνακας 41 ή γράφημα 9)



Γράφημα 9: απόψεις νοσηλευτών και ιατρών στο ερώτημα: «Ο πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι να υλοποιεί τις Ιατρικές εντολές.»

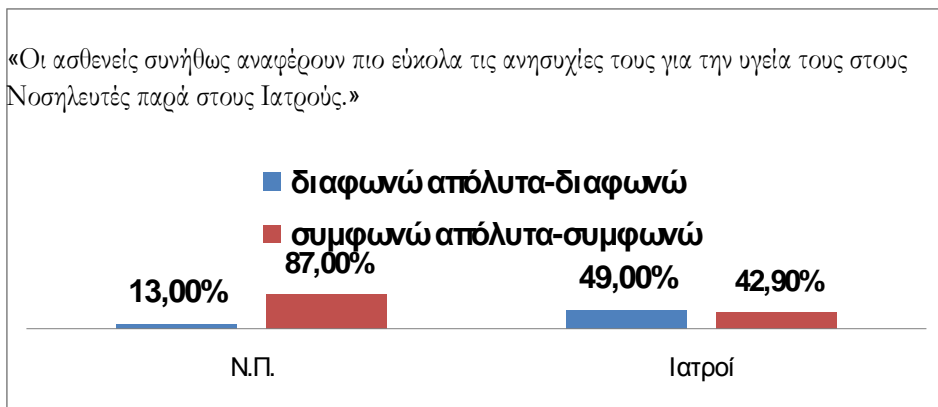
Στο ερώτημα: «Οι Ιατροί πρέπει να είναι η κυρίαρχη εξουσία μέσα σε όλη την υγειονομική περίθαλψη », το 46,8% των νοσηλευτών απάντησε «διαφωνώ», ενώ το 38,8% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 42)

Στο ερώτημα: «Οι Ιατροί πρέπει να είναι πρώτιστα αρμόδιοι για τη διαχείριση την εκπαίδευση και την ψυχολογική παροχή συμβουλών των αναγκών του ασθενή. », το 44,2% των νοσηλευτών απάντησε «διαφωνώ», ενώ το 44,9% των ιατρών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 43)

Στο ερώτημα: «Οι Νοσηλευτές θέλουν περισσότερες αρμοδιότητες στην φροντίδα του ασθενούς από αυτά που υποτίθεται ότι είναι ικανοί να κάνουν», το 46,8% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ», ενώ το 57,1% των ιατρών απάντησε «διαφωνώ» (πίνακας 44)

Στο ερώτημα: «Οι Νοσηλευτές θέλουν περισσότερες αρμοδιότητες στην φροντίδα του ασθενούς από αυτά που υποτίθεται ότι είναι ικανοί να κάνουν», το 39% των νοσηλευτών και το 42,9% των ιατρών απάντησε «διαφωνώ». (πίνακας 45)

Στο ερώτημα: «Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν πιο εύκολα τις ανησυχίες τους για την υγεία τους στους Νοσηλευτές παρά στους Ιατρούς.», το 51,9% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ απόλυτα», ενώ το 44,9% των ιατρών απάντησε «διαφωνώ». (πίνακας 46 ή γράφημα 10)



Γράφημα 10: απόψεις νοσηλευτών και ιατρών στο ερώτημα: «Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν πιο εύκολα τις ανησυχίες τους για την υγεία τους στους Νοσηλευτές παρά στους Ιατρούς.»

Στο ερώτημα: «Οι Ιατροί του τμήματός μου σέβονται την άποψη, την ικανότητα και την γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού.», το 63,6% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 47)

Στο ερώτημα: «Οι Ιατροί που συνεργάστηκα έχουν πλήρη εικόνα των δραστηριοτήτων ενός νοσηλευτή », το 45,5% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 48)

Στο ερώτημα: «Οι Ιατροί σε αυτό το νοσοκομείο υποτιμούν πάρα πολύ το νοσηλευτικό προσωπικό», το 53,2% των νοσηλευτών απάντησε «διαφωνώ». (πίνακας 49)

Στο ερώτημα: «Οι μη νοσηλευτές συνεργάτες μου δεν γνωρίζουν με σαφήνεια τα όρια του ρόλου των νοσηλευτών », το 45,5% των νοσηλευτών απάντησε «συμφωνώ». (πίνακας 50)

- **Συζήτηση των αποτελεσμάτων**

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών δεν επέλεξε τη νοσηλευτική ως πρώτη επιλογή επαγγέλματος και μάλιστα, η πρώτη τους επιλογή ήταν άσχετη με τα επαγγέλματα υγείας. Η παραμονή τους στο επάγγελμα αιτιολογείται ως «έλλειψη επιλογής»!

Επίσης, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι εξαιτίας της έλλειψης νοσηλευτών στα τμήματα, το νοσηλευτικό προσωπικό πολύ συχνά δεν έχει μέρες ανάπαυσης, για να μπορέσουν να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες των ασθενών. Συνεπώς, οι νοσηλευτές κουράζονται και βάλονται από την επαγγελματική τους καθημερινότητα. Έτσι, φθείρονται ψυχολογικά, δεν διακατέχονται από υπομονή και εύκολα χάνεται η ισορροπία της επικοινωνίας και συνεργασίας με τους ιατρούς. Σύμφωνα με τον Albert, H. B. (1992), και οι νοσηλευτές και οι ιατροί συστήνουν τη συνεργασία ως ο αποτελεσματικός, ο αποδοτικός και ικανοποιητικός τρόπος να παρέχουν την απαραίτητη προσοχή με υπομονή.

Ακόμα προκύπτει ότι οι νοσηλευτές κάνουν το διάλειμμά τους σε μη κατάλληλους χώρους όπως σε αποθήκες, δεν έχουν έναν δικό τους χώρο όπου θα μπορούν να ξεκουράζονται και να ηρεμούν. Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, το οποίο διαθέτει έναν προσαρμοσμένο στις ανάγκες του χώρο ανάπαυσης, γεγονός που συμβάλλει αρνητικά στη διεπαγγελματική τους συνεργασία. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών ως χώρο διαλείμματος απάντησε «άλλο». Μένοντας σε αυτό, καταλαβαίνουμε ότι όσοι απάντησαν «άλλο», δεν έχουν ούτε ειδική αίθουσα προσωπικού, ούτε κουζίνα, ούτε γραφείο, ούτε αποθήκη για να κάνουν το διάλειμμά τους! Υποστήριξαν ότι υπάρχουν καθοριστικοί παράγοντες, όπως οι οργανωτικές δομές και η φιλοσοφία, συμπεριλαμβανομένης της ηγεσίας και της διοικητικής υποστήριξης, και συστηματικοί παράγοντες όπως η επαγγελματική δύναμη, ο πολιτισμός, και η κοινωνικοποίηση, έχουν λάβει τη λιγότερη προσοχή αλλά και είναι απαραίτητοι για την επιτυχή συνεργασία. (Shortell SM. et al., 1994)

Επιπλέον, σύμφωνα με την έρευνα, νοσηλευτές και ιατροί υποστηρίζουν ότι το κάθε τμήμα δε διαθέτει τα μέσα και τα υλικά, ώστε το προσωπικό να ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα προστατεύοντας τον εαυτό του και τους ασθενείς και πως ικανοποιούνται μέτρια οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών. Δηλαδή, νοσηλευτές και ιατροί δεν μπορούν να δουλέψουν σωστά και να αποδώσουν στην εργασία τους αλλά και στις μεταξύ τους σχέσεις.

Όπως προκύπτει, μολονότι νοσηλευτές και ιατροί εμπιστεύονται ο ένας τον άλλον, το νοσηλευτικό προσωπικό επιδεικνύει μεγαλύτερη καχυποψία ως προς τους ιατρούς. Ίσως αυτό θα μπορούσε να προέρχεται από τις αγεφύρωτες σχέσεις τους με τους ιατρούς που οδήγησαν σε έλλειψη εμπιστοσύνης. Όλο αυτό μπορεί να λυθεί.

Σύμφωνα με τον Baggs JG. (1989), η συνεργασία περιλαμβάνει την άμεση και ανοικτή επικοινωνία, το σεβασμό των διαφορετικών προοπτικών, και την αμοιβαία ευθύνη για την επίλυση ενός προβλήματος. Επιπλέον, ο στόχος της συνεργασίας είναι οι ιατροί και οι νοσηλευτές να εργάζονται με τις καλύτερες συνεργάσιμες και κολεγιακές σχέσεις της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και του υψηλού σεβασμού. Με βάση τα παραπάνω έχουμε βελτιωμένες σχέσεις ιατρών-νοσηλευτών καθώς και βελτιωμένες συνθήκες εργασίας με την απαραίτητη υπομονή και προσοχή. (Kimball B. and O' Neill E., 2002)

Αναλύοντας τις απαντήσεις των ιατρών στα ερωτήματα που αφορούν τις συνθήκες εργασίας διαπιστώνουμε ότι το 57,1% των ιατρών πιστεύει πως δεν υπάρχει επαρκής αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού και γι' αυτό ένα μεγάλο μέρος των ιατρών (55,1%) αναγνωρίζει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται συχνά χωρίς μέρες ανάπαυσης (ρεπό). Ίδιο ποσοστό ιατρών (55,1%) πιστεύει ότι δεν παρέχονται από το νοσοκομείο τα κατάλληλα υλικά και μέσα για την προστασία του νοσηλευτικού προσωπικού και πως οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών ικανοποιούνται μέτρια. Εν αντιθέσει με τα παραπάνω, το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών (63,3%) εμπιστεύεται το νοσηλευτικό προσωπικό. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι ιατροί αναγνωρίζουν την προσφορά και τις γνώσεις των νοσηλευτών και κατανοούν την προσπάθεια των νοσηλευτών να δώσουν τον καλύτερό τους εαυτό με βάση τα υλικά που τους παρέχονται.

Αναφέρεται επίσης ότι οι νοσηλευτές θέλουν περισσότερες αρμοδιότητες στην φροντίδα του ασθενούς από αυτά που υποτίθεται ότι είναι ικανοί να κάνουν. Αυτό ίσως προκύπτει από τη θέλησή τους να αποδείξουν ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ότι έχει να κάνει με τη φροντίδα του ασθενούς και όχι απλά να τηρούν τις ιατρικές οδηγίες. Οι ασθενείς στην προσοχή των κλινικά ειδικών επαγγελματιών υφίστανται ιατρικά λάθη με ανησυχητική συχνότητα. Σχεδόν τρία στα τέσσερα λάθη προκαλούνται από τους ανθρώπινους παράγοντες που συνδέονται με τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. (Schaefer HG. et al., 1994)

Επιπλέον, ένα μικρό ποσοστό νοσηλευτών και ιατρών υποστηρίζει ότι όσο περισσότερο εκπαιδεύονται, τόσο χάνουν το ενδιαφέρον τους για την άμεση φροντίδα των ασθενών. Προφανώς η εκπαίδευση έχει συνδυαστεί με το ιατρικό επάγγελμα, έτσι οι ιατροί λαμβάνουν την παραπάνω εκπαίδευση των νοσηλευτών

ως απειλή και μερικοί νοσηλευτές απλά το έχουν αποδεχθεί και αρκούνται στις βασικές τους γνώσεις. Η παραπάνω άποψη έρχεται σε αντιπαράθεση σύμφωνα με άρθρο στο American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems (2002) που λέει ότι οι αποτελεσματικές μέθοδοι αναπτύσσονται για να βελτιώσουν την εργασία και τις σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ιατρών.

Στο ερώτημα αν οι ασθενείς αναφέρουν πιο εύκολα τις ανησυχίες τους για την υγεία τους στους Νοσηλευτές παρά στους Ιατρούς, διαφωνεί το μικρότερο ποσοστό των νοσηλευτών και το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών. Οι ιατροί ίσως δεν μπορούν να δεχθούν πως οι νοσηλευτές είναι εκ φύσεως πιο κοντά στον ασθενή και ένα μικρό ποσοστό των νοσηλευτών έχει παρασυρθεί από αυτήν την αντίληψη. Υποστηρίζεται ότι ο νοσηλευτής το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου της εργασίας του το περνά κοντά στον ασθενή διότι η νοσηλευτική εργασία προκειμένου να ολοκληρωθεί απαιτεί την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία του ασθενούς, την γνώση των αναγκών του, των δυνατοτήτων και των περιορισμών του. Η νοσηλευτική εργασία περιλαμβάνει γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες. (Bellack J.P., 1999)

Τέλος, στα τελευταία ερωτήματα οι νοσηλευτές θεωρούν ότι οι ιατροί σέβονται την άποψη, την ικανότητα και τη γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού, έχουν πλήρη εικόνα των δραστηριοτήτων ενός νοσηλευτή και δεν υποτιμούν πάρα πολύ το νοσηλευτικό προσωπικό. Φαίνεται πως οι σχέσεις νοσηλευτών και ιατρών στη συγκεκριμένη ομάδα εργασίας έχουν οριοθετηθεί και υπάρχει μια στοιχειώδης συνεργασία. Κάτι παρόμοιο αναφέρει και ο Fagin (1992) λέγοντας πως οι νοσηλευτές και οι ιατροί έχουν συμπληρωματικούς ρόλους.

- **Συμπεράσματα - Προτάσεις**

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν έχουν επιλέξει το επάγγελμά τους αλλά τους προέκυψε και το δέχθηκαν ως λύση. Συνεπώς, είναι λογικό και επόμενο να μην το αγαπάνε, πολλές φορές να κάνουν κάποια πράγματα μηχανικά και από συνήθεια και να μη δείχνουν τον καλύτερό τους εαυτό στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αξίζει για μια στιγμή να σκεφτούμε πόσο διαφορετικά θα ήταν τα πράγματα, αν οι περισσότεροι από τους

νοσηλευτές είχαν το επάγγελμά τους σαν πρώτη επιλογή! Σίγουρα, θα έδειχναν πολύ περισσότερο ενδιαφέρον σε συνεργάτες και ασθενείς και η ψυχολογία τους θα ήταν σε καλύτερο επίπεδο.

Επίσης, οι ελάχιστες έως μηδαμινές ώρες ανάπαυσης για τους νοσηλευτές λειτουργούν αρνητικά στη συνεργασία τους με τους ιατρούς. Οι νοσηλευτές κουράζονται, διακατέχονται από stress, χάνουν την υπομονή τους και νιώθουν πολλές φορές ότι δεν αναγνωρίζεται ο φόρτος εργασίας τους. Ζούνε την καθημερινότητα ως ρουτίνα και δεν απολαμβάνουν έτσι την εργασία τους. Η λύση σωτηρίας για αυτό το πρόβλημα είναι να αποκτήσει το νοσοκομείο μεγαλύτερο αριθμό προσωπικού, έτσι ώστε οι νοσηλευτές να εργάζονται σε λογικά πλαίσια και φυσικά χωρίς την καθημερινή κούραση και το stress.

Είναι πραγματικά αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι νοσηλευτές δεν έχουν κάποιο χώρο για να κάνουν το διάλειμμα τους και χρησιμοποιούν ως επί το πλείστον αποθήκες! Δεν τους παραχωρείται ένας χώρος άνετος, με τις στοιχειώδεις ανέσεις, ένα ευχάριστο περιβάλλον που θα μπορούν να ηρεμούν και να ξεκουραστούν. Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι έτσι απαξιώνονται οι νοσηλευτές ως επαγγελματίες επειδή δεν τους δείχνουν, ακόμα και με αυτόν τον τρόπο, τον ανάλογο σεβασμό! Καλό θα ήταν η διοίκηση κάθε νοσοκομείου να αναλογιστεί πόσο σημαντικό είναι αυτό το ζήτημα και να δημιουργήσει πιο ανθρώπινους χώρους διαλείμματος αλλά και ξεκούρασης.

Επιπρόσθετα, αντιλαμβανόμαστε, όπως αποδεικνύεται από την έρευνα, ότι δεν υπάρχει το απαραίτητο υλικό σε κάθε τμήμα και νοσηλευτές και ιατροί δεν μπορούν να δουλέψουν σωστά. Αν είχαν το υλικό που πρέπει να έχουν, θα είχαν έναν παράγοντα λιγότερο όσον αφορά την κακή συνεργασία μεταξύ τους διότι σίγουρα, όταν εργαζόμαστε σε ένα περιβάλλον με ελλείψεις, αυτό έχει αντίκτυπο στην ψυχοσύνθεσή μας και στη συμπεριφορά μας. Πρότασή μας είναι, να δίδεται περισσότερη προσοχή από τους αρμόδιους στο σύστημα υγείας και τις απαιτήσεις που έχει. Να αντιληφθούμε όλοι πως η υγεία έχει τον πρωταρχικό ρόλο στη ζωή μας αλλά και στην ευημερία της χώρας!

Ακόμη, παρατηρούμε ότι νοσηλευτές και ιατροί, σε γενικές γραμμές, εμπιστεύονται ο ένας τον άλλον. Το σημείο που αξίζει να σταθούμε είναι ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει μεγαλύτερη καχυποψία έναντι των ιατρών.

Από αυτό καταλαβαίνουμε ότι υπάρχει ένα στοιχειώδες επίπεδο συνεργασίας. Όμως, οι νοσηλευτές ίσως είναι προβληματισμένοι, δεν έχουν ξεκάθαρη αντίληψη ως ολότητα, όπως οι ιατροί που τείνουν προς μια κατεύθυνση.

Οι νοσηλευτές θέλουν να αναλαμβάνουν περισσότερες αρμοδιότητες στη φροντίδα του ασθενούς από αυτά που είναι ικανοί να κάνουν. Θέλουν να δείχνουν, δηλαδή, καθημερινά ότι έχουν και αυτοί άποψη, πως μπορούν να κάνουν και εκείνοι διάφορα πέρα από το να ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες. Ουσιαστικά, θέλουν να αποδείξουν ότι είναι συνεργάτες των ιατρών και όχι τα άτομα που φέρνουν εις πέρας τις εντολές τους. Μία πολύ καλή πρόταση είναι να μάθουν νοσηλευτές και ιατροί τις αρμοδιότητες τους κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους καθώς και να παρακολουθούν μαθήματα διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Οι ιατροί θεωρούν πως όσο περισσότερο εκπαιδεύονται οι νοσηλευτές, τόσο χάνουν το ενδιαφέρον τους για τον ασθενή. Δηλαδή για τους ίδιους γιατί δεν το σκέφτηκαν αυτό; Όλοι ξέρουμε, πως όσο περισσότερες γνώσεις έχουμε τόσο καλύτερα μπορούμε να κατανοήσουμε και να δώσουμε λύσεις. Πόσο μάλλον στον τομέα της υγείας! Αδιαμφισβήτητα, οι γνώσεις των νοσηλευτών είναι σαν όπλο που βοηθάει στο να εργάζονται πιο σωστά!

Ο νοσηλευτής είναι εκ φύσεως πιο κοντά στον ασθενή. Είναι εκείνος που πρώτος τρέχει για τον ασθενή και που ενημερώνει τον ιατρό για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Είναι εκείνος που μιλάει περισσότερο με τον ασθενή και που ακούει τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του. Η εργασία του νοσηλευτή δεν είναι απλή γιατί πέρα από το πρακτικό κομμάτι, ασχολείται και με την ψυχοσύνθεση του ασθενούς. Το επάγγελμά του είναι λειτούργημα και όλοι οι νοσηλευτές θα πρέπει να το συνειδητοποιήσουν πρώτοι! Γιατί αν δεν το καταλάβουν πρώτοι αυτοί, πως περιμένουν να έχουν τη σωστή αντιμετώπιση και το σεβασμό που τους αρμόζει;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Πίνακας 1. Κατανομή συνόλου πληθυσμού

	N	%
Νοσηλεύτες	77	61,1
Ιατροί	49	38,9
Σύνολο	126	100,0

Πίνακας 2. Συχνότητα κατανομής του Νοσηλευτικού Προσωπικού κατά φύλο

	N	%
Άνδρες	7	9,1
Γυναίκες	70	90,9
Σύνολο	77	100,0

Μέση τιμή ηλικίας 42,42 έτη (sd 7,5), με μεγαλύτερη ηλικία τα 58 έτη και μικρότερη τα 23 έτη

Πίνακας 3. Κατανομή κατά οικογενειακή κατάσταση

	N	%
Έγγαμος	46	61,3
Άγαμος	17	22,7
Διαζευγμένος - Χήρος	14	16,0
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 4. Συχνότητα γονεϊκής ιδιότητας

	N	%
ΝΑΙ	56	73,7
ΟΧΙ	20	26,3
Total	77	100,0

Πίνακας 5. Συχνότητα κατανομής κατά καταγωγή

	N	%
Αγροτική περιοχή	34	44,2
Αστική περιοχή	43	55,8
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 6. Συχνότητα κατανομής των ΙΑΤΡΩΝ κατά φύλο

	N	%
Άνδρες	30	61,2
Γυναίκες	19	38,8
Σύνολο	49	100,0

Πίνακας 7. Συχνότητα κατανομής του Νοσηλευτικού Προσωπικού κατά επίπεδο Σπουδών

		N	%
Νοσηλευτές	ΤΕΙ	48	61,8%
	ΑΚΝΣ	7	9,2
	Μαιευτική	3	3,9
Βοηθοί Νοσηλευτών	ΤΕΛ - ΤΕΕ	3	3,9
	ΜΤΕΝΣ	16	21,1
Σύνολο		77	100,0

ΑΚΝΣ = Ανώτερες Κρατικές Σχολές (Υπουργείου Υγείας)

ΜΤΕΝΣ= Μέσες Τεχνικές Νοσηλευτικές Σχολές (Υπουργείου Υγείας)

Πίνακας 8. Συχνότητα κατανομής εκπαίδευσης μετά το πτυχίο

	N	%
ΟΧΙ	44	59,3
MASTER	1	1,4
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	23	31,1
ΣΕΛΕΤΕ	1	1,4
ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ	8	10,8
Σύνολο	74	100,0

Πίνακας 9. Συχνότητα παρακολούθησης συνεδρίων

	N	%
0	33	45,2
1	8	11,0
2	17	23,3
3	9	12,3
4	1	1,4
5	2	2,7
6	2	2,7
8	1	1,4
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 10. Συχνότητα κατανομής του Νοσηλευτικού Προσωπικού κατά επαγγελματικό τίτλο

	N	%
Νοσηλευτές	57	78,9
Βοηθοί Νοσηλευτών	20	21,1
Σύνολο	77	100,0

Μέση τιμή προϋπηρεσίας 18,69 (sd 7,3), με επικρατούσα και ενδιάμεση προϋπηρεσία τα 20 έτη (μεγαλύτερη προϋπηρεσία 34 έτη, μικρότερη τα 1 έτος)

Πίνακας 11. Συχνότητα κατανομής κατά θέση εργασίας ΝΠ και Ιατρών

	N	%
1 Βοηθοί Νοσηλευτές	16	20,8

2 Νοσηλευτές	53	68,8
3 Προϊστάμενοι Νοσηλ. Υπηρεσίας	7	9,1
4 Τομάρχες Νοσηλευτικής υπηρεσίας	1	1,3
6 Διευθυντές Ιατρικής Υπηρεσίας	4	8,2
7 Καθηγητές	2	4,1
8 Επιμελητές	10	20,4
9 Ειδικευόμενοι	32	65,3
ΔΑ	1	2,0
Σύνολο	126	100,0

Πίνακας 12. Κατανομή κατά τομέα εργασίας

	N	%
Παθολογικός	16	20,8
Χειρουργικός	2	2,6
Χειρουργείο	10	13,0
Επείγοντα α' βοήθειες	17	21,0
Άλλο	32	41,6
Σύνολο	77	100

Πίνακας 13. Συχνότητα ημερών αναρρωτικής αδείας

	N	%
0	30	39,0
1	6	7,8
2	10	13,0
3	7	9,1
5	5	6,5
6	1	1,3
7	3	3,9
10	6	7,8
15	4	5,2
20	1	1,3
26	1	1,3
30	2	2,6
365	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 14. Συχνότητα Νυκτερινών ωραρίων κατά μήνα

	N	%
0	18	23,4
1	2	2,6
2	1	1,3
4	6	7,8
5	6	7,8

6	6	7,8
7	4	5,2
8	20	26,0
10	1	1,3
20	2	2,6
Δ.Α	11	14,3
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 15. Συχνότητα κατανομής πρώτης επιλογής σπουδών

	N	%
Νοσηλευτική	23	30,7
Σχετική με επαγγέλματα υγείας	19	25,3
Άσχετη με τα επαγγέλματα υγείας	35	44,0
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 16. Συχνότητα κατανομής κατά αιτία παραμονής στο επάγγελμα

	N	%
ΜΟΥ ΑΡΕΣΕ	36	46,8
ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΑΛΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ	41	53,2
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 17. Συχνότητα κατανομής κυκλικού ωραρίου

	N	%
ΝΑΙ	49	63,6
ΟΧΙ	28	36,4
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 18. Συχνότητα εργασίας κατά τα Σαββατοκύριακα

	N	%
ΝΑΙ	60	77,9
ΟΧΙ	17	22,1
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 19. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Στο τμήμα σας υπάρχει κατά την άποψή σας ο αναγκαίος αριθμός Νοσηλευτικού Προσωπικού για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών σας;				
ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	42	54,5	12	24,5
ΔΙΑΦΩΝΩ	29	37,7	28	57,1
ΣΥΜΦΩΝΩ	6	7,8	5	10,2
Συμφωνώ Απόλυτα			3	6,1
Δ.Α.			1	2,0
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 20. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Το Νοσηλευτικό Προσωπικό του τμήματός σας εργάζεται χωρίς ημέρες ανάπαυσης (ρεπό) λόγω έλλειψης προσωπικού;				
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	25	32,5	8	16,3
ΣΥΧΝΑ	25	32,5	27	55,1
ΣΠΑΝΙΩΣ	22	28,6	12	24,5
ΠΟΤΕ	3	3,9	2	4,1
Δ.Α.	2	2,6		
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 21. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	N	%
Πως θα χαρακτηρίζατε τον χώρο που διαθέτει το τμήμα σας για το Νοσηλευτικό Προσωπικό για ολιγόλεπτη ανάπαυση η για να πάρει ένα καφέ;		
ΕΙΔΙΚΗ ΑΙΘΟΥΣΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	3	3,9
ΓΡΑΦΕΙΟ	10	13,0
ΚΟΥΖΙΝΑ	17	22,1
ΑΠΟΘΗΚΗ	24	31,2
ΑΛΛΟ	21	27,3

Δ.Α.	2	2,6
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 22. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Πως θα χαρακτηρίζατε την κτιριακή υποδομή του νοσοκομείου σας				
Πολύ Κακή	18	23,4		
Κακή	43	55,8		
Καλή	14	18,2		
Πολύ Καλή	2	2,6		
Σύνολο	77	100,0		

Πίνακας 23. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Το τμήμα σας πιστεύετε ότι διαθέτει τα μέσα και τα υλικά, ώστε το προσωπικό να ασκεί την επαγγελματική του δραστηριότητα προστατεύοντας τον εαυτό του και τους ασθενείς ;				
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΩΣ	31	40,3	15	30,6
ΜΕΤΡΙΑ	32	41,6	27	55,1
ΠΟΛΥ	11	14,3	6	12,2
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	2	2,6	1	2,0
Δ..Α.	1	1,3		
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 24. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Σε τι βαθμό εκτιμάτε ότι ικανοποιούνται οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών του τμήματός σας;				
ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΩΣ	15	19,5	6	12,2
ΜΕΤΡΙΑ	24	31,2	27	55,1
ΠΟΛΥ	22	28,6	15	30,6
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	20,8	1	2,0
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 25. Συχνότητα κατανομής της απάντησης

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Έχετε εμπιστοσύνη στους Ιατρούς (για το ΝΠ) , τους Νοσηλευτές (για τους ΙΑΤΡΟΥΣ) της κλινικής σας;				
Καθόλου	1	1,3		
Λίγο	12	15,6	7	14,3
ΠΟΛΥ	40	51,9	31	63,3
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	21	27,3	6	12,2
Δ..Α.	3	3,9	5	10,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 26. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, οι φοιτητές Ιατρικής και Νοσηλευτικής πρέπει να εκπαιδεύονται στην ομαδική εργασία προκειμένου να καταλάβουν ο ένας τον ρόλο του άλλου.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ	5	6,5	7	14,3
Συμφωνώ	30	39,0	14	28,6
Συμφωνώ Απόλυτα	42	54,5	28	57,1
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 27. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Πρέπει να περιληφθούν στα εκπαιδευτικά προγράμματα των φοιτητών Ιατρικής και Νοσηλευτικής μαθήματα διεπαγγελματικών σχέσεων μεταξύ των Ιατρών και των Νοσηλευτών»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1,3	1	2,0
Διαφωνώ	1	1,3	5	10,2
Συμφωνώ	29	37,7	24	49,0
Συμφωνώ Απόλυτα	46	59,7	19	38,8
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 28. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Ένας νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπισθεί ως συνεργάτης από ένα ιατρό παρά ως βοηθός του.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ	1	1,3	5	10,2

Συμφωνώ	20	26,0	24	49,0
Συμφωνώ Απόλυτα	56	72,7	20	40,8
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 29. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Υπάρχουν τομείς ευθύνης μεταξύ των Ιατρών και Νοσηλευτών που επικαλύπτονται.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1,3	3	6,1
Διαφωνώ	11	14,3	9	18,4
Συμφωνώ	35	45,5	25	51,0
Συμφωνώ Απόλυτα	28	36,4	12	24,5
Δ.Α.	2	2,6		
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 30. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Ιατροί πρέπει να εκπαιδευτούν για να καθιερώσουν σχέσεις συνεργασίας με τους νοσηλευτές »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ	5	6,5	15	30,6
Συμφωνώ	30	39,0	20	40,8
Συμφωνώ Απόλυτα	41	53,2	13	26,5
Δ.Α.	1	1,3	1	2,0
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 31. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Προκειμένου να διασφαλισθεί η ικανότητα του αρρώστου για αυτοφροντίδα, ο Ιατρός χρειάζεται να συνεργασθεί με τους νοσηλευτές για το πότε θα δοθεί εξιτήριο σε έναν ασθενή»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	3	3,9	3	6,1
Διαφωνώ	11	14,3	13	26,5
Συμφωνώ	35	45,5	23	46,9
Συμφωνώ Απόλυτα	28	36,4	10	20,4
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 32. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Νοσηλευτικής φροντίδας των αρρώστων πρέπει να συμμετέχουν και οι ιατροί γιατί μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2,6		
Διαφωνώ	10	13,0	3	6,1
Συμφωνώ	39	50,6	31	63,3
Συμφωνώ Απόλυτα	26	33,8	15	30,6
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 33. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της Ιατρικής περίθαλψης των αρρώστων πρέπει να συμμετέχουν και οι νοσηλευτές γιατί μπορούν να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	4	5,2	4	8,2
Διαφωνώ	7	9,1	9	18,4
Συμφωνώ	41	53,2	29	59,2
Συμφωνώ Απόλυτα	25	32,5	7	14,3
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 34. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές είναι κατάλληλοι για να αξιολογήσουν και να αποκριθούν στις ψυχολογικές πτυχές των αναγκών των ασθενών»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ	6	7,8	1	2,0
Συμφωνώ	41	53,2	17	34,7
Συμφωνώ Απόλυτα	29	39,0	28	57,1
Total	76	98,7	3	6,1
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 35. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη των πολιτικών αποφάσεων που επηρεάζουν τις συνθήκες εργασίας τους.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1,3		
Διαφωνώ	1	1,3	3	6,1
Συμφωνώ	26	33,8	31	63,3

Συμφωνώ Απόλυτα	49	63,6	15	30,6
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 36. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές έχουν ειδική πείρα και αρμοδιότητα στην εκπαίδευση ασθενών .»

V40 Οι νοσηλευτές έχουν ειδική πείρα και αρμοδιότητα στην εκπαίδευση ασθενών

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ	8	10,4	1	2,0
Συμφωνώ	41	53,2	19	38,8
Συμφωνώ Απόλυτα	28	36,4	25	51,0
Σύνολο	77	100,0	4	8,2

Πίνακας 37. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές έχουν ειδική πείρα στην ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών. »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα			1	2,0
Διαφωνώ	12	15,6	29	59,2
Συμφωνώ	38	49,4	16	32,7
Συμφωνώ Απόλυτα	27	35,1	3	6,1
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 38. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές πρέπει να διευκρινίσουν την εντολή ενός ιατρού όταν αισθάνονται ότι πιθανώς η εκτέλεσή της θα επηρεάσει αρνητικά τον ασθενή. »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2,6	1	2,0
Διαφωνώ	1	1,3	5	10,2
Συμφωνώ	33	42,9	23	46,9
Συμφωνώ Απόλυτα	41	53,2	17	34,7
Δ.Α			3	6,1
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 39. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη των πολιτικών αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες υποστήριξης νοσοκομείων από τις οποίες εξαρτάται η εργασία τους. »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%

Διαφωνώ Απόλυτα	1	1,3		
Διαφωνώ	4	5,2	2	4,1
Συμφωνώ	34	44,2	30	61,2
Συμφωνώ Απόλυτα	37	48,1	14	28,6
Δ.Α.	1	1,3	3	6,1
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 40. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι υπεύθυνοι στους ασθενείς για την Νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ	1	1,3		
Συμφωνώ	20	26,0	18	36,7
Συμφωνώ Απόλυτα	54	70,1	27	55,1
Δ.Α.	2	2,6	4	8,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 41. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Ο πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι να υλοποιεί τις Ιατρικές εντολές.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	10	13,0		
Διαφωνώ	27	35,1	9	18,4
Συμφωνώ	27	35,1	24	49,0
Συμφωνώ Απόλυτα	12	15,6	10	20,4
Δ.Α.	1	1,3	6	12,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 42. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Ιατροί πρέπει να είναι η κυρίαρχη εξουσία μέσα σε όλη την υγειονομική περίθαλψη »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	29	37,7	5	10,2
Διαφωνώ	36	46,8	10	20,4
Συμφωνώ	9	11,7	19	38,8
Συμφωνώ Απόλυτα	2	2,6	10	20,4
Δ.Α.	1	1,3	5	10,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 43. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Ιατροί πρέπει να είναι πρώτιστα αρμόδιοι για τη διαχείριση την εκπαίδευση και την ψυχολογική παροχή συμβουλών των αναγκών του ασθενή. »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	10	13,0	2	4,1
Διαφωνώ	34	44,2	13	26,5
Συμφωνώ	25	32,5	22	44,9
Συμφωνώ Απόλυτα	8	10,4	6	12,2
Δ.Α.			6	12,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 44. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Νοσηλευτές θέλουν περισσότερες αρμοδιότητες στην φροντίδα του ασθενούς από αυτά που υποτίθεται ότι είναι ικανοί να κάνουν»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	5	6,5	1	2,0
Διαφωνώ	23	29,9	28	57,1
Συμφωνώ	36	46,8	15	30,6
Συμφωνώ Απόλυτα	13	16,9	1	2,0
			4	8,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 45. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Όσο περισσότερο εκπαιδεύονται οι Νοσηλευτές τόσο χάνουν το ενδιαφέρον τους για την άμεση φροντίδα των αρρώστων»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	22	28,6	18	36,7
Διαφωνώ	30	39,0	21	42,9
Συμφωνώ	11	14,3	6	12,2
Συμφωνώ Απόλυτα	13	16,9		
Δ.Α.	1	1,3	4	8,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 46. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν πιο εύκολα τις ανησυχίες τους για την υγεία τους στους Νοσηλευτές παρά στους Ιατρούς.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό		Ιατροί	
	N	%	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα			2	4,1
Διαφωνώ	10	13,0	22	44,9
Συμφωνώ	27	35,1	16	32,7
Συμφωνώ Απόλυτα	39	51,9	5	10,2
Δ.Α.			4	8,2
Σύνολο	77	100,0	49	100,0

Πίνακας 47. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Ιατροί του τμήματός μου σέβονται την άποψη, την ικανότητα και την γνώση του νοσηλευτικού προσωπικού.»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό	
	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	1	1,3
Διαφωνώ	22	28,6
Συμφωνώ	49	63,6
Συμφωνώ Απόλυτα	4	5,2
Total	76	98,7
Δ.Α.	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 48. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Ιατροί που συνεργάστηκα έχουν πλήρη εικόνα των δραστηριοτήτων ενός νοσηλευτή »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό	
	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	3	3,9
Διαφωνώ	32	41,6
Συμφωνώ	35	45,5
Συμφωνώ Απόλυτα	7	9,1
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 49. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι Ιατροί σε αυτό το νοσοκομείο υποτιμούν πάρα πολύ το νοσηλευτικό προσωπικό»

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό	
	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	7	9,1
Διαφωνώ	41	53,2
Συμφωνώ	22	28,6
Συμφωνώ Απόλυτα	6	7,8
Δ.Α.	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

Πίνακας 50. Συχνότητα κατανομής της απάντησης «Οι μη νοσηλευτές συνεργάτες μου δεν γνωρίζουν με σαφήνεια τα όρια του ρόλου των νοσηλευτών »

	Νοσηλευτικό. Προσωπικό	
	N	%
Διαφωνώ Απόλυτα	2	2,6
Διαφωνώ	9	11,7
Συμφωνώ	35	45,5
Συμφωνώ Απόλυτα	31	40,3
Σύνολο	77	100,0

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η διαεπαγγελματική σχέση έχει γίνει αποδεκτή από τα επαγγέλματα υγείας από τη δεκαετία του '50, και σε μερικές περιπτώσεις και νωρίτερα, και είναι ένας εξελικτικός τομέας της πρακτικής και της έρευνας. Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, σημαίνει την αποτελεσματικότερη λειτουργία μεταξύ τους και ταυτόχρονα βελτίωση της ποιότητας φροντίδας των ασθενών.

Στον τομέα της υγείας, η συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων με τα ίδια καθήκοντα, αλλά και μεταξύ διαφορετικών επαγγελμάτων, ήταν προϋπόθεση για τη λειτουργία των υπηρεσιών σε κάθε περίοδο λειτουργίας του.

Το νοσοκομείο είναι ένας Πολυεπαγγελματικός (multi-professional) χώρος εργασίας. Η καλή συνεργασία μεταξύ όλου του προσωπικού ενός νοσηλευτικού τμήματος είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την αποτελεσματική, αποδοτική και ποιοτική έκβαση της πορείας του ασθενούς. Ιδιαίτερα, η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι θεμελιώδης προϋπόθεση.

Οι συνεχώς αυξανόμενες προκλήσεις του χώρου υγείας απαιτούν νέες συνεργασίες μεταξύ επαγγελματιών και επιστημόνων που επεκτείνουν τα παραδοσιακά πρότυπα σκέψης και πρακτικής. Ο αυξανόμενος αριθμός εύθραυστων ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ατόμων, οι αυξανόμενες ανάγκες των ψυχικά πασχόντων, η πρόοδος της γενετικής επιστήμης και οι επιπτώσεις της μόλυνσης του περιβάλλοντος στην υγεία είναι μερικές από τις προκλήσεις του μέλλοντος. Κανένα από τα παραπάνω ζητήματα δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν από μία μόνο επιστήμη ή επάγγελμα. Επομένως, η διαεπαγγελματική συνεργασία πιθανόν να οδηγήσει σε αμοιβαία ικανοποιητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και τους θεραπευτές.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ

- Albert, H. B., Goldman, L. D., Kilroy, C. M., & Pike, A. W. (1992).** 7 Gryzmish: Toward an understanding of collaboration. *The Nursing Clinics of North America*, 27, 47–59.
- American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems 2002.** American Hospital Association Commission on Workforce for Hospitals and Health Systems. In our hands: Helping hospital leaders build a thriving workforce (2002) Available [www.aha.org / workforce / commission / InOurHands. asp](http://www.aha.org/workforce/commission/InOurHands.asp). Accessed: April 23, 2002 .
- Arcangelo, V., Fitzgerald, M., Carrol, D., & Plumb, J. D. (1996).** Collaborative care by nurse practitioners and primary care physicians. *Primary Care*, 23, 103-113.
- Ashworth P.** Nurse–doctors relationships: conflict, competition or collaboration. *Intens Crit Care Nurs.* 2000;16:127–128
- Baggs JG.** Intensive care unit use and collaboration between nurses and physicians. *Heart Lung.* 1989;18:332–338. Shannon SE. The roots of interdisciplinary conflict around ethical issues. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 1997;9:13–28.
- Baggs, J. G., & Schmitt, M. H. (1997).** Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in a MICU. *Research in Nursing & Health*, 20, 71–80.
- Baines C, P Evans and S Neysmith, eds. 1991.** Women’s caring:Feminist perspectives on social welfare. Toronto:McClelland &Stewart.
- Barrere Cindy & Ellis Peter (2003)** Changing Attitudes Among Nurses and Physicians: A Step Toward Collaboration *Journal for Healthcare Quality* 25 (2) March / April 2003.
- Bellack J.P. (1999)** Emotional intelligence: a missing ingredient. *Journal of Nursing Education* 38(1):3-4.
- Benner P. & Wrubel J. (1989)** *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness.* Addison-Wesley, Menlo Park, CA.

- Blum SW.** The Medical Profession. In: *The Doctor and his Patient*. Russell Sage Foundation, New York 1963.
- Bolton C. S (2000)** Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process *Journal of Advanced Nursing* 32(3):580-587
- Carr-Saunders AM and Wilson PA.** *The Professions*, Oxford University Press, London 1933.
- Dechario-Marino, A.E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G. and Saulo, M., 2001.** Nurse / physician collaboration: action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration* 31, pp. 223–232.
- Eubanks, P. (1991).** Quality improvement: Key to changing nurse-MD relations. *Hospitals*, 65(8), 26–30.
- Fagin L . and Garelick A. (2004)** The doctor–nurse relationship *Advances in Psychiatric Treatment* (2004) 10: 277-286.
- Fagin, C. M. (1992).** Collaboration between nurses and physicians: No longer a choice. *Academic Medicine*, 67, 295–303.
- Farrell, G. A. (2001)** From tall poppies to squashed weeds: why don't nurses pull together more? *Journal of Advanced Nursing*, 35, 26–33.
- Farrell, GA (1997)** Aggression in clinical settings: nurses' views.. *Journal of Advanced Nursing* 25 (3), 501-508.
- Hogan E. Brenda, Linden Wolfgang and Najarian Bahman (2002)** Social support interventions Do they work? *Clinical Psychology Review* 22 (3): 381-440
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Veloski, J.J., Louis, D.Z., Nasca, T.J. and Rattner, S.L., 2000.** Physicians' perceptions of the changing health care system: comparisons by gender and specialties. *Journal of Community Health* 25, pp. 455–471.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.** *Health care at the crossroads: strategies for addressing the evolving nursing crisis*. Available at:[http: / / www.jcaho.org / about+us / public+policy+initiatives / health+care+at+the+crossroads.pdf](http://www.jcaho.org/about+us/public+policy+initiatives/health+care+at+the+crossroads.pdf). Accessed October 4, 2004.
- Keenan GM, Cooke R, Hillis SL.** Norms and nurse management of conflicts: keys to understand nurse–physician collaboration. *Res Nurs Health*. 1998;21:59–72.

- Keir-Weis-Krebs**, *Δεοντολογία Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας*, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 2002.
- Kimball B. and O' Neill E.**, Health care's human crisis: The American nursing shortage. , The Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ (2002).
- Leila Moret, Rochedreux Annie, Chevalier Stephanie, Lombrail Pierre, Gasquet Isabelle**, Medical information delivered to patients : Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction, In : *Patient Education and Counseling* 70 (2008) 94-101.
- Mayeroff, M. (1971)** *On Caring*. New York: Harper and Row Publishers.
- McQueen. C.H. Anne 2004** Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47: 1, 101-108
- Miller Karen-Lee, Reeves Scott, Zwarenstein Merrick, Beales Jennifer, Kenaszchuk Chris, Conn Lesley**, *Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study*, In: JAN original research, 2008.
- Newbold, David (2004)** Rival research programmes and their influence on nursing practice. *Journal of Nursing Management* 12 (2), 97-104.
- Oughtibridge, D. (1998)** Under the thumb. *Nursing Management*, 4 (8) 22–24.
- Pavlovich-Danis, S., Forman, H. and Simek, P.P., 1998.** The nurse-physician relationship: can it be saved?. *Journal of Nursing administration* 28, pp. 17–20.
- Radcliffe M (2000)** Doctors and nurses: new game, same result *BMJ* 2000;320:1085.
- Robertson A, Gilloran A, Mckee K, Mckinley A, Wight D. (1995;)** Nurses' job satisfaction and the quality of care received by the patients in psychogeriatric wards. *Inter. J. Geriatr. Psychiatry* 10: 575–584.
- Robinson D.** *Medicine: A Particular Profession*, In: *Patients, Practitioners, and Medical Care*. Williams Heinemann, Medical Books LTD, London 1973.
- Rosenstein, A.H., 2002.** Nurse-physician relationship: impact on nurse satisfaction and retention. *American Journal of Nursing* 102, pp. 26–34.
- Schaefer HG, Helmreich RL, Scheidegger D.** Human factors and safety in emergency medicine. *Resuscitation*. 1994;28:221-225.

- Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, et al.** The performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care*. 1994;32:508–525.
- Smith P. (1992)** *The Emotional Labour of Nursing. How Nurses Care*. Macmillan, Basingstoke UK.
- Stichler, J.F., 1995.** Professional interdependence: the art of collaboration. *Advanced Practice Nursing Quarterly* 1, pp. 53–61.
- Strauss A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. and Wiener, C., (1982)** Sentimental work in the technologised hospital. *Sociology of Health & Illness* 4 (3): 254–278.
- Saunders W.B. Company.** *Manual of nursing care*, Editor Joan Luckmann, MA, RN, Seattle, Washington 1997.
- Walsh, P. & Ford, M. (1994)** *New rituals for Old*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Walton, J.B., 1995.** Multidisciplinary education. *Medical Education* 29, pp. 329–331.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Γομάτου Νικολέτα,** *Διεπαγγελματισμός και Εκπαίδευση στον Ελληνικό Χώρο της Υγείας*, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία στα πλαίσια Μ.Π.Ε., Πληροφορική Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ, Αθήνα 2007.
- Τεγόπουλος - Φυτράκης.** *Ελληνικό Λεξικό*, Δ' έκδοση, Εκδόσεις Αρμονία, Αθήνα 1992.

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

- ΔΙΛΙΝΤΑΣ, ΑΝΤΩΝΗΣ, ΣΕΒΑΣΤΑΚΗ, ΕΙΡΗΝΗ, ΝΕΟΝΑΚΗΣ, Ι.** 2006. «Η αναζήτηση της ποιότητας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία», *ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ*, τ. 17, τεύχ. 101, σσ. 43-47.

ΜΕΛΕΤΕΣ

- ICAP, ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ 2001.**

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

<http://www.iatrotek.org/ioArt.asp?id>

<http://www.papagnh.gr/somateio/ADMIN/MHNYMAENHMER.ASP?ID=52&WHERE=NOMOI>

<http://chesme.nurs.uoa.gr/eng/images/stories/pub/presentation1.ppt>

<http://www.google.com.agxos>

<http://www.nurs.uoa.gr/istoselida/EL%20SUNERGASIA%20STH%20FR.YG.htm>

<http://www.mednet.gr>