

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για τη πολύτιμη βοήθεια τους την Νοσηλευτική Υπηρεσία, το γραφείο Προσωπικού και το νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου αλλά και του Βενιζελείου – Πανάνειου Νοσοκομείου .

Επίσης τον κ.Φυσαράκη Κωνσταντίνο για την παραχώρηση στοιχείων της Στατιστικής Υπηρεσίας του ΠΑΓΝΗ .

Τέλος ευχαριστούμε ιδιαίτερα την επόπτρια μας κ.Παυλάκη Μαρία, καθηγήτρια Νοσηλευτικής στο Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ .

Θέμα πτυχιακής εργασίας :

«Προσέγγιση απαιτήσεων και συνθηκών εργασίας του νοσηλευτή, σε σχέση με τις απολαβές και τα κίνητρα εργασίας στα δημόσια νοσοκομεία σήμερα».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ :

ΕΝΟΤΗΤΑ I: Θεωρητικό Μέρος σελ. 4

- Εισαγωγή – Σκοπός εργασίαςσελ. 5

Κεφ.1. Απαιτήσεις από το Νοσηλευτικό προσωπικό

1.1. Νοσηλευτική εκπαίδευσησελ. 6 - 10

1.2. Νοσηλευτικό καθηκοντολόγιο.....σελ. 11 - 17

Κεφ.2. Συνθήκες εργασίας – Προβλήματα

2.1. Το κυκλικό ωράριο και τα επακόλουθα του.....σελ. 18 - 27

2.2. Χώρος εργασίας και προβλήματα υγείας στους νοσηλευτές

2.2.α. Το φαινόμενο του “άρρωστου κτιρίου”.....σελ. 28 - 29

2.2.β. Μυοσκελετικά προβλήματα.....σελ. 30 - 34

2.2.γ. Κιρσοί – φλεβίτιδα.....σελ. 35 - 36

2.2.δ. Λοιμώδη νοσήματα.....σελ. 37 - 50

2.2.ε. Φυματίωση.....σελ. 51 - 53

2.2.στ. Ψυχολογικά προβλήματα.....σελ. 54 - 59

Κεφ.3. Η κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στα Νοσοκομεία της πόλης μας

3.1. Παραγωγικοί Δείκτες.....σελ. 60 - 61

3.2. Παραγωγικοί Δείκτες στο ΠΕΠΑΓΝΗ.....σελ. 62 - 69

3.3. Παραγωγικοί δείκτες στο Βενιζέλειο.....σελ. 70

Κεφ.4. Απολαβές – Κινήτρα

4.1. Επαγγελματικά δικαιώματα πτυχιούχων νοσηλευτών.....σελ. 71 - 74

4.2. Ισχύουσες διατάξεις για μισθοδοσία.....σελ. 75 - 79

4.3. Ισχύουσες διατάξεις για επιδόματα.....σελ. 80 - 86

4.4. Ισχύουσες διατάξεις για άδειες.....σελ. 87 - 97

ΕΝΟΤΗΤΑ II : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣσελ. 98

- Υλικό και μέθοδοςσελ. 99 – 102

- Στατιστική επεξεργασία ερωτηματολογίων.....σελ. 103 - 120

- Αποτελέσματα.....σελ. 121 - 124

- Συμπεράσματα – Συζήτηση.....σελ. 125 – 126

- Επίλογος.....σελ. 127 - 128

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Ο σκοπός της εργασίας μας είναι να προσεγγίσει το επάγγελμα του νοσηλευτή απ'όλες τις απόψεις, να διερευνήσει τις απαιτήσεις του και τις δυσκολίες που απορρέουν απ'αυτό, οι οποίες επιβαρύνουν την καθημερινότητά του, σε σύγκριση με τα κίνητρα εργασίας στα Δημόσια νοσοκομεία .

Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει το νοσοκομείο σαν χώρος εργασίας δεδομένου ότι, η σωματική, πνευματική και ψυχική καταπόνηση που υφίστανται οι νοσηλευτές σπάνια παρατηρείται σε άλλους χώρους εργασίας, μας προέτρεψαν να ασχοληθούμε με αυτό το θέμα εξετάζοντας όλους τους παράγοντες που επιδρούν σ'αυτό, σε σχέση με τις προσδοκίες, τις απαιτήσεις και τις απολαβές τους .

Για την έρευνα θα διανεμηθούν ανώνυμα ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές των δύο Νοσοκομείων της πόλης μας και θα ζητηθούν από τις Νοσηλευτικές Διευθύνσεις στοιχεία που θα αφορούν την διάφορους παραγωγικούς δείκτες των νοσοκομείων της πόλης του Ηρακλείου .

ΚΕΦ . 1 . ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1.1. Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Η νοσηλευτική εκπαίδευση είναι μία μακροχρόνια διεργασία και διέπεται από αρχές που εξασφαλίζουν την επιτυχία της . Οι αρχές αυτές είναι :

- Να προσαρμόζεται στις τρέχουσες αλλά και στις μελλοντικές ανάγκες των εκπαιδευόμενων.
- Να δημιουργεί νέα ενδιαφέροντα για τη συνέχιση της μάθησης .
- Να αναπτύσσει ερευνητικό πνεύμα και να μην εξασφαλίζει έτοιμες γνώσεις στους ενδιαφερόμενους.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση δεν πρέπει να παραβλέπει αυτές τις γενικές αρχές .

Η νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ένας κλάδος νέος σε σχέση με τη νοσηλευτική υπηρεσία Στην Ελλάδα το 1872 η Βασίλισσα Όλγα ίδρυσε στην περιοχή της Μονής Πετράκη σχολή για την εκπαίδευση γυναικών στο έργο της Επισκέπτριας Αδερφής για την κατ'οίκον νοσηλεία Το 1881 με πρωτοβουλία της ιδρύεται το Θεραπευτήριο <<Ευαγγελισμός>>για τη νοσηλεία των απόρων αρρώστων και την εκπαίδευση των μαθητριών της σχολής .

Στον αιώνα μας, με τις αλματώδεις κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης και την τελειότερη οργάνωση των νοσοκομείων, η νοσηλευτική έπαυσε να αποτελεί πρακτική μέθοδο μιας απλής εμπειρίας. Σήμερα η νοσηλευτική σ' όλες τις αναπτυγμένες επιστημονικά χώρες εμφανίζεται σαν επιστήμη που προϋποθέτει κόπο, μόχθο και χρόνο για να γίνει κτήμα των νεαρών σπουδαστριών και σπουδαστών που αποφάσισαν να ασχοληθούν με αυτή και να εκπαιδευτούν σ' αυτή.

Σκοπός του προγράμματος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι η πρακτική, θεωρητική και δεοντολογική κατάρτιση των σπουδαστών. Τα προγράμματα των νοσηλευτικών σχολών είναι επίσημα αναγνωρισμένα και νομοθετημένα. Οι νοσηλευτικές σχολές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης προετοιμάζουν με τα προγράμματά τους, τους σπουδαστές, για να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της εργασίας τους, δηλαδή την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας ποιότητας, με την προϋπόθεση ότι θα υπάρξουν κατάλληλες συνθήκες εργασίας, όπως και αξιοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού .Διδάσκουν στους σπουδαστές πώς να παρατηρούν με αντικειμενικότητα τον άνθρωπο και το περιβάλλον και να επεμβαίνουν την κατάλληλη στιγμή είτε μόνοι τους είτε σε

συνεργασία με τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας, με κοινό σκοπό την εξυπηρέτηση του ανθρώπου αρρώστου ή υγιούς. Λόγω της ιδιαίτερης φύσης του αντικειμένου της εργασίας του νοσηλευτή, δηλαδή του <<ανθρώπου>> προς τον οποίο απευθύνονται οι νοσηλευτικές ενέργειες, η νοσηλευτική θεωρία προσπαθεί να κάνει τους σπουδαστές να συνειδητοποιήσουν τη νοσηλευτική ευθύνη και ηθική που θα αποτελέσουν τη βάση πάνω στην οποία θα κτίσουν τη νοσηλευτική τους συγκρότηση.

Οι σπουδαστές διδάσκονται να χρησιμοποιούν τις πνευματικές τους δυνάμεις και τους μηχανισμούς του επιστημονικού πνεύματος για την εργασία τους, να αναλύουν με επιστημονικό τρόπο κάθε νοσηλευτική πράξη και να την προσαρμόζουν στο κάθε άτομο χωριστά .

Φορείς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη χώρα μας είναι:

i. Η Δευτεροβάθμια ή Μέση Εκπαίδευση.

1.) Οι Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) οι οποίες τροφοδοτούν το νοσηλευτικό χώρο με Βοηθούς Νοσοκόμους .

2.) τα Τμήματα Βοηθών Νοσοκόμων των Τ.Ε.Ε.

ii. Η Τριτοβάθμια Εκπαίδευση.

(1) Οι Νοσηλευτικές Σχολές Ανώτατης Εκπαίδευσης των Τεχνολογικών Επαγγελματικών Ιδρυμάτων (Α.Τ.Ε.Ι.)

(2) Οι Στρατιωτικές Σχολές Νοσηλευτικής .

(3) Η Νοσηλευτική Σχολή Ανώτατης Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση –Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.

Στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι σπουδαστές περνάνε με το τυπικό προσόν του απολυτηρίου του Γυμνασίου.

Το πρόγραμμα εκπαίδευσης στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές είναι ενιαίο και καλύπτει όλες τις απόψεις του νοσηλευτικού ρόλου, στον τομέα των νοσοκομειακών φροντίδων συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης της νόσου, της υγειονομικής διαφώτισης, της παροχής πρώτων βοηθειών και της αποκατάστασης .

Η διάρκεια φοίτησης είναι διετής για τις ημερήσιες σχολές και χωρίζεται σε 4 εξάμηνα και τριετής για τις εσπερινές σχολές με 6 εξάμηνα.

Τριτοβάθμια Εκπαίδευση .

➤ Ανώτατη Τεχνολογική Εκπαίδευση.

Τα τμήματα Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων ήταν τριετούς φοίτησης μέχρι τον Σεπτέμβριο του 1995 οπότε με την υπ' αριθμό Ε51411/29.5.95 Υπουργική Απόφαση το σύνολο των υποχρεωτικών εξαμήνων φοίτησης (θεωρητικής και πρακτικής άσκησης)ανέρχεται σε οκτώ. Με τα θεωρητικά μαθήματα μεταδίδονται στους σπουδαστές γνώσεις από τις φυσικές βιολογικές και κοινωνικές επιστήμες από την ιατρική επιστήμη και γίνεται εντατική σπουδή της νοσηλευτικής επιστήμης που άλλωστε αποτελεί και το επίκεντρο των σπουδών τους .

Το νοσηλευτικό εργαστήριο, δηλαδή η κλινική διδασκαλία και άσκηση περιλαμβάνει προγραμματισμό, οργάνωση, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση άμεσων εμπειριών των σπουδαστών στη νοσηλεία του αρρώστου

➤ Η Ανώτατη Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Η Ανώτατη Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση στη χώρα μας ξεκίνησε το 80. η φοίτηση στη σχολή είναι τετραετής και χωρίζεται σε 8 εξάμηνα. Η εκπαίδευση που παρέχει το τμήμα Νοσηλευτικής του πανεπιστημίου έχει ως αποστολή:

- Την ολοκληρωμένη μόρφωση επιστημόνων νοσηλευτών. Το περιεχόμενο της θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης αναφέρεται στην φροντίδα υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας.
- Την ενεργητική συμμετοχή στην παραγωγή νέων γνώσεων στο χώρο της υγείας, δηλαδή την έρευνα.

Πρέπει όμως να επισημανθεί το γεγονός ότι η σπουδή της νοσηλευτικής δεν σταματά με την απόκτηση κάποιου έστω και πανεπιστημιακού πτυχίου, αφού η συνεχής και συστηματική_επιμόρφωση είναι ηθικό καθήκον των νοσηλευτών όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης.

Η νοσηλευτική, ως μια επιστήμη με προοπτική είναι ανάγκη να δώσει προτεραιότητα στην εκπαίδευση. Σε μια εποχή που χαρακτηρίζεται από ραγδαίες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις, η βασική εκπαίδευση μας, δεν επαρκεί για όλη την επαγγελματική μας πορεία (Stephens et al, 1992). Καθένας, πρέπει να αποκτά νέα γνώση κάθε 4 – 5 χρόνια για να μην είναι απηρχαιωμένος (Nowicki 1996). Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση είναι ένα μέσο εγγύησης ότι οι νοσηλευτές διατηρούν την ικανότητά τους για πρακτική (Stephens et al, 1992) και ενημερώνονται για το σήμερα,

επεκτείνοντας τις γνώσεις και τις δεξιότητες τους, με σκοπό τη βελτίωση της απόδοσης (Barriball et al 1992).

Πολλοί ορισμοί έχουν δοθεί για την συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (Α.Σ.Ν) όρισε ότι «η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών αποτελείται από οργανωμένες εκπαιδευτικές δραστηριότητες που προσπαθούν οικοδομήσουν πάνω σε γνώσεις που βασίζονται στη εκπαίδευση αλλά και την εμπειρία, ώστε να ενισχυθούν οι τομείς της πρακτικής εφαρμογής, της εκπαίδευσης, της διοίκησης και της έρευνας με απώτερο πάντα σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας» (Barriball et al 1992).

Η Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση μπορεί να χωριστεί σε 2 κατηγορίες:

i) «ανεπίσημη εκπαίδευση» όπου η προσπάθεια για μάθηση είναι αυτοκατευθυνόμενη (self directed learning) και περιλαμβάνει μελέτη βιβλίων, εκπόνηση εργασιών, συνεργασία μέσα σε επιτροπές κλπ.

ii) «επίσημη εκπαίδευση» όπου η προσπάθεια μάθησης κατευθύνεται από άλλους φορείς (other – directed learning) και περιλαμβάνει οργανωμένα προγράμματα, σεμινάρια, συνέδρια, μετεκπαιδευτικά προγράμματα κλπ (Μεϊδάνη 1994).

Στα αποτελέσματα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, όπως αναγνωρίστηκαν από τους ίδιους τους νοσηλευτές, συμπεριλαμβάνονται η αυξημένη γνώση για επαγγελματικά θέματα, η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και η μεγαλύτερη ικανότητα να αντιμετωπίζουν με κριτικό πνεύμα κάθε θέμα της κλινικής πρακτικής. Πολύ σημαντικό επίσης είναι ότι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σχετίζεται με την πρόληψη του «burn – out» (Barriball et al 1992).

Για να υπάρξουν θετικά αποτελέσματα στην νοσηλευτική πρακτική από τα προγράμματα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, πρέπει πραγματικά να ενδιαφέρον αυτοί που θα συμμετέχουν και όχι να τους το έχουν επιβάλλει άλλοι (εργοδότες, πολιτεία) (Francke 1995).

Το εθελοντικό σύστημα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θεωρείται επίσης το πιο κατάλληλο για την παγκόσμια οικονομική κρίση που υπάρχει (Μεϊδάνη 1996).

Οι ευκαιρίες – δυνατότητες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν είναι ίσες για όλους τους νοσηλευτές. Πολλές φορές αυτές εξαρτώνται από την ηλικία των νοσηλευτών (Wheeler, 1994), την περιοχή της κλινικής πρακτικής (Dilloway , 1997), το εισόδημα τους καθώς και τον τύπο του εργοδότη τους (Schoen ,Morgan, 1993)

Από έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς σε νοσηλευτές, διακρίνεται η αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης αλλά και η θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι της (Barriball et al, 1992, Kersaitis , 1997).

Επίσης φαίνεται ότι πολλοί νοσηλευτές δεν είναι συνδρομητές σε επιστημονικά, επαγγελματικά περιοδικά όπου το κόστος και η έλλειψη ενημέρωσης είναι από τους κύριους λόγους που δικαιολογούν αυτή τη στάση .

Τέλος όσον αφορά τα συνέδρια και τις ημερίδες, στους λόγους για τους οποίους οι νοσηλευτές συμμετέχουν ξεχωρίζει η απόκτηση νέων γνώσεων (Γιαννούλης και συν. 1994). Όμως ως ανασταλτικοί παράγοντες διατυπώνονται :η έλλειψη προσωπικού (Μεϊδάνη 1992, Γιαννούλης & συν.1994, Wheeler 1994, Kersaitis 1997) οικονομικοί λόγοι (Μεϊδάνη 1992, Γιαννούλης & συν. 1994 Kersaitis 1997, Barriball et al , 1992)και οι οικογενειακές υποχρεώσεις(Μεϊδάνη 1992, Γιαννούλης & συν. 1994, Lindsay 1990, Wheeler 1994, Kersaitis 1997).

1.2 Νοσηλευτικό καθήκοντολόγιο

<<Ο νοσηλευτής βρίσκεται σε συνεχή κίνδυνο να παραβεί το νόμο , στη προσπάθειά του και με πρόθεση να βοηθήσει.>>

Car, 1980

Όπως κάθε εργαζόμενος ,έτσι και οι νοσηλευτές εκτός από δικαιώματα έχουν και καθήκοντα –ευθύνες. Ευθύνη είναι η υποχρέωση που έχει κανείς να δώσει λόγο για τις πράξεις του. Η Ευθύνη είναι : α)Πειθαρχική, β)Αστική και γ)Ποινική. Ιδιαίτερα στη περίπτωση του νοσηλευτή , η ευθύνη είναι τεράστια γιατί καλείται να προστατέψει το έννομο αγαθό της ζωής .

Πειθαρχική Ευθύνη

Η πειθαρχική ευθύνη του Νοσηλευτή, ταυτίζεται με την ευθύνη του υπαλλήλου, όταν ο Νοσηλευτής είναι Δημόσιος υπάλληλος ή εργάζεται σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου .Με βάση τα παραπάνω και σύμφωνα με το άρθρο 107 του Ποινικό Κώδικα, για τον νοσηλευτή αποτελούν πειθαρχικά παραπτώματα ιδίως :

- I. Πράξεις με τις οποίες εκδηλώνεται άρνηση αναγνώρισης του Συντάγματος ή έλλειψη αφοσίωσης στην Πατρίδα και τη Δημοκρατία .
- II. Η παραβίαση καθήκοντος κατά τον Ποινικό Κώδικα ή άλλου είδους ποινικούς νόμους .
- III. Η παραβίαση της αρχής της αμεροληψίας .
- IV. Η αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων .
- V. Η άρνηση ή παρέγκυση εκτέλεσης υπηρεσίας .
- VI. Η αμέλεια καθώς και η ατελής ή μη έγκαιρη εκπλήρωση του καθήκοντος .
- VII. Η παράβαση της υποχρέωσης εχεμύθειας, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 26.
- VIII. Η άσκηση εργασίας ή έργου με αμοιβή χωρίς προηγούμενη άδεια της υπηρεσίας .
- IX. Η αδικαιολόγητη άρνηση προσέλευσης για ιατρική εξέταση .
- X.Η ανάρμοστη συμπεριφορά προς τους πολίτες, η αδικαιολόγητη μη εξυπηρέτησή τους και η μη έγκαιρη διεκπεραίωση των υποθέσεων τους .

XI. Η αδικαιολόγητη προτίμηση νεότερων υποθέσεων με παραμέληση παλαιότερων

XII. Η χρησιμοποίηση της δημοσιόπαλληλικής ιδιότητας ή πληροφοριών που κατέχει ο υπάλληλος λόγω της υπηρεσίας ή της θέσης του, για εξυπηρέτηση ιδιωτικών συμφερόντων του ιδίου ή τρίτων προσώπων .

XIII. Η αποδοχή οποιασδήποτε υλικής εύνοιας ή ανταλλάγματος που προέρχεται από πρόσωπο του οποίου τις υποθέσεις χειρίζεται ή πρόκειται να χειριστεί κατά την άσκηση των υπηρεσιακών του καθηκόντων ο υπάλληλος.

XIV. Η φθορά λόγω ασυνήθιστης χρήσης, η εγκατάλειψη ή η παράνομη χρήση πράγματος το οποίο ανήκει στην υπηρεσία .

Αστική Ευθύνη

Η αστική ευθύνη αφορά στην αποκατάσταση της βλάβης του παθόντος και έχει ως μέσο της την αποζημίωση .Υπάρχουν δυο μορφές αστικής ευθύνης, η συμβατική ευθύνη η οποία παράγεται δευτερογενώς σε περίπτωση μη εκπλήρωσης της ήδη υπάρχουσας ενοχικής υποχρέωσης και η ευθύνη από αδικοπραγία που είναι πρωτογενής , διότι γεννιέται άμεσα και αυτοτελώς από το νόμο.

Ποινική Ευθύνη

Η ποινική ευθύνη είναι διαφορετική από την αστική .Η ποινική ευθύνη αφορά τον κολασμό του δράστη και έχει ως μέσο την ποινή.

Ποινικό Δίκαιο, είναι το σύνολο των κανόνων Δικαίου οι οποίοι καθορίζουν ποιές από τις πράξεις που προσβάλλουν την έννομο τάξη συνιστούν εγκλήματα και συνεπάγονται ως νομική συνέπεια την αντίστοιχη προβλεπόμενη ποινή.

Ειδική Ποινική Ευθύνη του Νοσηλευτή

Η δραστηριότητα του νοσηλευτή πρέπει να περιορίζεται μέσα στα πλαίσια των οδηγιών του θεράποντος γιατρού .Ο Νοσηλευτής ενεργεί υπό τις κατευθύνσεις και τον έλεγχο του γιατρού και ΔΕΝ δικαιούται να αναλάβει πρωτοβουλίες σχετικές με τη θεραπεία του ασθενούς .Τα καθήκοντα του νοσηλευτή καθορίζονται από τον νόμο 351/1989 ενώ για τους πτυχιούχους των Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. έχει περιληφθεί διάταξη στον

ν.1566/1985 με την οποία δίνεται εξουσιοδότηση για καθορισμό επαγγελματικών δικαιωμάτων .

Διαπράττει το αδίκημα της παράνομης εξασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος ο νοσηλευτής που χορηγεί χωρίς εντολή του ιατρού φάρμακα ή που διακόπτει τη χρήση των φαρμάκων που συνέστησε ο ιατρός .

Ομοίως διαπράττει το αδίκημα της παράνομης εξασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος, ο νοσηλευτής που προβαίνει σε ενδοφλέβιες ενέσεις, ενώ ο γιατρός παρέλειψε να πληροφορήσει αυτόν για τον τρόπο διενέργειας των ενέσεων και αυτός δε ζήτησε επακριβείς οδηγίες (Civ. Bordeaux 16.1.1950, Dall. Jur, 1950 no 122).

Σε περίπτωση που ο ιατρός διατάζει το νοσηλευτή σε ενέργειες οι οποίες υπερβαίνουν την αρμοδιότητά του, τότε ο νοσηλευτής, σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος οφείλει οπωσδήποτε να αρνηθεί , διότι δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να επικαλεστεί την οδηγία η την διαταγή του ιατρού και κατ' αυτόν τον τρόπο τελεί την αντικειμενική υπόσταση της παράνομης εξασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος.

Εννοείται πως η παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση που καθυστερεί η προσέλευση του γιατρού και επίκειται κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς όχι μόνο δεν στοιχειοθετεί την αντικειμενική υπόσταση του ανώτερου εγκλήματος, αλλά απεναντίας είναι καθήκον του Νοσηλευτή .

Ορισμένα από τα άρθρα του ποινικού Κώδικα, που σχετίζονται με περιπτώσεις που μπορεί να παρουσιαστούν στο χώρο του νοσηλευτικού ιδρύματος είναι π.χ το Άρθρο 28 για την αμέλεια, το Αρθ. 30 για Πραγματική Πλάνη ,το Αρθ.67 για Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος. Ακόμα άρθρα σχετικά με εγκλήματα κατά της ζωής π.χ. το Αρθ.299 για ανθρωποκτονία με πρόθεση, το Αρθ.300 για ανθρωποκτονία με συναίνεση, το Αρθ.301 για συμμετοχή σε αυτοκτονία ,το Αρθ.302 για ανθρωποκτονία από αμέλεια .Ακόμα αφορούν τους νοσηλευτές τα αρθρα του Π.Κ που σχετίζονται με σωματικές βλάβες .Το Αρθ. 308 για απλή σωματική βλάβη , το Αρθ .309 για επικίνδυνη σωματική βλάβη , το Αρθ.310 για βαριά σωματική βλάβη , το Αρθ .311 για θανατηφόρα βλάβη και το Αρθ. 312 για σωματική βλάβη ανηλίκων .

Τέλος διαπράττει ποινικό αδίκημα σύμφωνα με το Αρθ.252 και 371 αν παραβεί υπηρεσιακό απόρρητο και γνωστοποιήσει σε τρίτους πράγματα ή έγγραφα της υπηρεσίας του.

Νομοθεσία και νοσηλευτικά καθήκοντα.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του προεδρικού διατάγματος 351/1989 τα επαγγελματικά δικαιώματα και καθήκοντα του νοσηλευτή των Α.Τ.Ε.Ι ταυτίζονται και περιγράφονται σ' αυτό το άρθρο ως εξής :

- Οι νοσηλευτές έχουν το 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 :

1. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνικής οντότητας, στους τομείς υγιεινής, του ιδίου και του περιβάλλοντος του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του .

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

ii. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.

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

iv. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας

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

vi. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας .

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

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

ix. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα .

x. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου και υποστήριξη της οικογένειας.

xi. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους .

xii. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών

xiii. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν τη λειτουργία του νοσοκομείου ,τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας ,την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.

xiv. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα.

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

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

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

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

xix. Συνεργασία στον συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη θεραπείας και αποκατάσταση.

2. Πράξεις σε απουσία γιατρού:

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

ii. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.

3. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή :

i. Μέτρηση διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή

ii. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς .

iii. Πλήρης παρεντερική θρέψη .

iv. Θεραπευτικά λουτρά.

v. Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων.

Ηθική –(Τι κάνω ή Τι δεν κάνω για να έχω ήσυχη τη συνείδηση μου.)

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής εργάζεται έχοντας όχι μόνο νομική ευθύνη αλλά ταυτόχρονα και <<ηθική υποχρέωση >> να αναπτύσσει δραστηριότητες προς όφελος των ανθρώπων, ή να περιορίζει – καταργεί δραστηριότητες που θέτουν σε κίνδυνο τους περιθαλπόμενους ή διακυβεύουν το αποτέλεσμα των προσπαθειών άλλων κλάδων υγείας π.χ. γιατρών.

Η ευσυνειδησία και η συνέπεια στην εργασία είναι χαρακτηριστικά του σύγχρονου νοσηλευτή, που προστίθενται σε μία βάση προσωπικής ευαισθησίας για τον ανθρώπινο πόνο.

Η όλη νοσηλευτική δραστηριότητα αναπτύσσεται μέσα σε χώρους περίθαλψης, στο σπίτι, αλλά και έξω στην κοινωνία. Το γεγονός αυτό επιφορτίζει τον λειτουργό υγείας με ηθικές υποχρεώσεις τις οποίες οφείλει να γνωρίζει .

Εξ' άλλου η νοσηλευτική επαγγελματική δραστηριότητα είναι κατ' εξοχήν κοινωνική με αποτέλεσμα να υπάρχει ανάγκη ρύθμισης θεμάτων διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στα πλαίσια δεοντολογικής συμπεριφοράς.

Όλα αυτά τα θέματα πραγματεύονται οι διάφοροι <<Κώδικες Δεοντολογίας >>.

Κάθε Δεοντολογικός Κώδικας εκφράζει την εποχή του και τις συνθήκες ζωής των ανθρώπων όπως επίσης τα έθιμα και τις παραδόσεις τους, τη φιλοσοφία ζωής και το επιστημονικό και φιλοσοφικό επίπεδο της συγκεκριμένης κοινωνίας στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Σήμερα οι εν ισχύ Κώδικες Δεοντολογίας ανά τον κόσμο είναι:

- ✓ Κώδικας Ηθικών Καθηκόντων Διπλωματούχων Νοσηλευτών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (I.C.N)(αναθεώρηση 1973)

- ✓ Κώδικας Επαγγελματικής Συμπεριφοράς Νοσηλευτών ,Μαιών και Επισκεπτών Υγείας του Κεντρικού Συμβουλίου Νοσηλευτικής της Μ. Βρετανίας (αναθεώρηση 1986)

- ✓ Κώδικας Επαγγελματικής Συμπεριφοράς, των Νοσηλευτών του Καναδικού Νοσηλευτικού Συνδέσμου.(δημοσίευση 1985).

Το σημείο εκείνο στο οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους παραπάνω Κώδικες είναι οι υποχρεώσεις των νοσηλευτικών λειτουργών προς τα άτομα /πελάτες με κύρια σημεία το σεβασμό στη ζωή, προσωπικότητα, ελευθερία και αξιοπρέπεια αυτών ανεξαρτήτως εθνικότητας, φυλής, φύλου ηλικίας, κοινωνικής κατάστασης και μορφωτικού επιπέδου. Αυτό προϋποθέτει επιστημονική επαγγελματική γνώση και τεχνική κατάρτιση, συνεχή ενημέρωση, ώστε οι θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες να διατηρούνται σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Επίσης τονίζεται η σημασία της επαγγελματικής εχεμύθειας την οποία καλούνται να τηρούν οι νοσηλευτικοί λειτουργοί καθώς και η σπουδαιότητα της συλλογικής προσπάθειας και της καλής συνεργασίας των νοσηλευτών με τους λειτουργούς άλλων επαγγελμάτων υγείας , στη φροντίδα του ατόμου υγιούς ή αρρώστου .Έμφαση επίσης δίνεται, στην ευθύνη του νοσηλευτή να καταγγείλει στο αρμόδιο πρόσωπο, ή υπηρεσία,

κάθε επαγγελματική δραστηριότητα που δε γίνεται με ευσυνειδησία και που έχει επιπτώσεις στα άτομα .

Ιδιαίτερα στον Κώδικα των Βρετανών Νοσηλευτών τονίζεται η αποφυγή δωροληψίας, διότι αυτό θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν μέσο για απαίτηση επαγγελματικής εύνοιας από πλευράς αρρώστου. Ακόμα δε πρέπει να γίνεται χρήση ονομάτων ή επαγγελματικών προσόντων για προβολή εμπορικών προϊόντων.

Στον Ηθικό Κώδικα των Καναδών νοσηλευτών αναφέρεται η ευθύνη των επαγγελματικών οργανώσεων για την προς τα μέλη τους υποστήριξη και εκπλήρωση υποχρεώσεων που αφορούν ικανοποίηση θεσμικών ή άλλων αιτημάτων αλλά και όταν θίγονται τα δικαιώματα και τα νόμιμα συμφέροντά τους .

Οι επαγγελματικές νοσηλευτικές οργανώσεις οφείλουν να ενδιαφέρονται και να επαγρυπνούν για την ποιότητα της φροντίδας που δίνεται στα άτομα , υγιή ή άρρωστα .

ΚΕΦ.2 ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2.1. Το κυκλικό ωράριο και τα επακόλουθα του .

Σημαντική θέση στο άγχος και στην επαγγελματική κόπωση του που έχει να κάνει με τη φύση της εργασίας του νοσηλευτή είναι οι βάρδιες .Η εναλλαγή τους σε πρωινές και νυχτερινές κατά τις οποίες διεξάγεται η εργασία του νοσηλευτή προκαλεί σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις όπως διαταραχές στην ποιότητα και την διάρκεια του ύπνου, διαταραχές της όρεξης, εκνευρισμό και άγχος .

Η απόδοση του νοσηλευτή επηρεάζεται από τους βιολογικούς ρυθμούς , οι οποίοι ανατρέπονται λόγω των ωραρίων και τον κάνουν πιο επιρρεπή σε παραλείψεις και ατυχήματα αλλά και επηρεάζουν την νοητική του απόδοση .Οι βιολογικοί ρυθμοί αποτελούν ένα σημαντικό στοιχείο της ομοιόστασης .Ο άνθρωπος έχει έμφυτο σύστημα καθορισμού των κύκλων ύπνου – εγρήγορσης. Αυτοί οι κύκλοι είναι υπεύθυνοι για την έκκριση της ορμόνης μελατονίνης, η οποία εκκρίνεται κατά τη διάρκεια της νύχτας έχοντας στόχο τη μείωση της εγρήγορσης και την επέλευση ενός ήσυχου ύπνου .

Όμως η λειτουργία αυτής της ορμόνης διαταράσσεται λόγω του κυκλικού ωραρίου, έχοντας επίπτωση στην απόδοση του νοσηλευτικού έργου .Δηλαδή έχει επίδραση στην θερμοκρασία του αίματος , στα επίπεδα σακχάρου και ορισμένων ορμονών στο αίμα, αυξάνει τα νοσήματα από το καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα, επηρεάζει τη νοητική απόδοση αλλά και τα κίνητρα των νοσηλευτών .

Κυκλικό ωράριο

Το ωράριο του νοσηλευτή είναι κυκλικό και αποτελείται είτε από δύο 12ωρες βάρδιες με σταθερά νυχτερινά είτε από τρία κυλιόμενα 8ωρα (πρωινό- απογευματινό – νυχτερινό)

Οι νοσηλευτές μέσα από το κυκλικό πρόγραμμα εργασίας τους βιώνουν έντονα συναισθήματα δυσαρέσκειας και επαγγελματικού stress , καταστάσεις που επηρεάζουν τη ζωή τους και μεταβάλλουν καθημερινές τους συνήθειες όπως η διατροφή , ο ύπνος , η χρήση διαφόρων ουσιών .

Ο Harrington (1978) αποκαλύπτει ότι μόνο το 10% των εργαζομένων με μη σταθερό ωράριο εργασίας απολαμβάνουν τη νυχτερινή εργασία. Μια νοσηλεύτρια αναφέρει : «Η νυχτερινή βάρδια αναστατώνει κάθε πλευρά της καθημερινής μου ζωής .Κυριολεκτικά δεν μπορώ να φάω ή να κοιμηθώ .Δεν μπορώ να λειτουργήσω τη νύχτα και νιώθω συνέχεια κουρασμένη .Ψάχνω θα εγκαταλείψω αμέσως τη νοσηλευτική ...».

Ανάμεσα στους παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης , σύμφωνα με την τρισδιάστατη θεωρία ανταμοιβών του Maaslow (1964), περιλαμβάνονται, σαν πρώτη διάσταση, οι ανταμοιβές ασφάλειας συναποτελούμενες από τις εξωγενείς ανταμοιβές, το πρόγραμμα εργασίας και την ισορροπία οικογένειας - εργασίας .Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για τις επιπτώσεις του κυκλικού ωραρίου εργασίας στην ψυκοκοινωνική οντότητα του εργαζομένου .

Στο νοσοκομείο, το άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας οφείλεται στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανάδειξης και επαγγελματικής εξέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή ή νυχτερινή εργασία ενώ στην πρωινή , μέσα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία με τη νοσηλευτική διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό αυξάνονται οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο .Παράλληλα οι νοσηλευτές της πρωινής βάρδιας είναι σε πλεονεκτική θέση διότι συμμετέχουν στις αποφάσεις που λαμβάνονται κατά την πρωινή βάρδια , οι οποίες είναι κρίσιμες και καθοριστικές για τη ροπή της εργασίας ολόκληρο το 24ωρο. Το ίδιο ισχύει και για το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στους μη κλινικούς χώρους του νοσοκομείου (π.χ.εργαστήρια) και καλύπτει μόνο το πρωινό ωράριο εργασίας .

Το κυκλικό ωράριο επίσης παρεμβαίνει και δυσχεραίνει την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών καθώς όλες οι δραστηριότητες τους εξαρτώνται από το πρόγραμμα εργασίας τους .Το πρόβλημα οξύνεται στις περιόδους των γιορτών , όπως Χριστούγεννα , Πάσχα, επίσημες αργίες, όπου όλοι προβάλλουν προσωπικούς λόγους για να ευνοηθούν από το πρόγραμμα . «Θέλω να περάσω τα Χριστούγεννα με τα παιδιά μου», «Εργαζόμουν τα προηγούμενα Χριστούγεννα», «Η πεθερά μου θα έρθει να περάσουμε μαζί τις γιορτές» .

Οι νοσηλευτές παραμένουν άγρυπνοι κατά τη διάρκεια της νύχτας και κάτω από αντίξοες συνθήκες , είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών τους , ενώ κοιμούνται τις πρωινές ώρες αντίθετα από τους βιολογικούς τους ρυθμούς .Η φυσιολογία του κερκάδιου ρυθμού έχει ερευνηθεί και έχει βρεθεί ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υπόφυση και στο νευροενδοκρινικό σύστημα και στη ρυθμικότητα .(Arendt 1985 a) .

Έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχει ένας συσχετισμός ανάμεσα στη μελατονίνη , σεροτονίνη και στις διαταραχές διάθεσης των ατόμων .

Η θερμοκρασία του σώματος , η καρδιακή λειτουργία , η αναπνοή , και οι μεταβολικοί ρυθμοί είναι παράμετροι που σχετίζονται με τους κερκάδιους ρυθμούς .

Η θερμοκρασία κατά τη διάρκεια της ημέρας αυξάνεται, σημειώνοντας την ανώτερη τιμή της αργά το πρωί ή νωρίς το απόγευμα. Μειώνεται κατά τις απογευματινές ώρες και συνεχίζει την περίοδο της νύχτας, εμφανίζοντας κατώτερη τιμή τις πρωινές ώρες 3 – 6 π.μ., όπου και αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους επαγγελματίες υγείας. Γι'αυτό το πρωί που η θερμοκρασία είναι υψηλή οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.

Η καρδιακή λειτουργία και η αρτηριακή πίεση αυξάνονται στη φάση εργασίας και μειώνονται κατά τη διάρκεια του ύπνου. Στο νυχτερινό ύπνο η αρτηριακή πίεση ελαττώνεται όπως και η καρδιακή συχνότητα διότι είναι βαθύτερος και πιο ξεκούραστος από τον πρωινό, που ακολουθεί τη νυχτερινή εργασία.

Σύμφωνα με τον Halberg (1959) τα επίπεδα των κορτικοστεροειδών στην κυκλοφορία του αίματος αυξάνονται μόλις πριν τη διαδικασία της εγρήγορσης. Πρόκειται για έναν μηχανισμό του κεντρικού νευρικού συστήματος ο οποίος διεγείρει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία, προετοιμάζοντας τον οργανισμό για έγερση. Τα επίπεδα της ακετυλοχολίνης, των γαστρεντερικών ορμονών, των ηλεκτρολυτών επιδρούν μεταβάλλοντας λειτουργίες συμπεριφοράς όπως διάθεση, ύπνος, δείκτης νοημοσύνης.

Το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες του νοσηλευτή. Οι εργαζόμενοι με τέτοιο ωράριο παρουσιάζουν κατά 10 – 20% αύξηση των γαστρεντερικών διαταραχών. Συνήθως παραπονιούνται για γαστρικά και δωδεκαδακτυλικά έλκη τα οποία εμφανίζονται 8 φορές περισσότερο σε σχέση με τους νοσηλευτές του πρωινού ωραρίου. Ο Rutter Franz (1977) διαπίστωσε αύξηση της κατανάλωσης πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού, τα οποία μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα.

Αρκετοί νοσηλευτές δηλώνουν ότι δυσκολεύονται να κοιμηθούν, τους κόβεται η αναπνοή ή βρίσκονται σε τέτοια υπερδιέγερση που αδυνατούν να ηρεμήσουν. Η διαταραχή του ύπνου στους νοσηλευτές με κυλιόμενο ωράριο εργασίας περιλαμβάνει τη δυσκολία να κοιμηθούν και τη μείωση της ποιότητας του ύπνου τους. Έτσι έχουν περισσότερα διαστήματα αυπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου. Μερικοί δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και εάν ξυπνήσουν είναι δύσκολο να κοιμηθούν ξανά. Επομένως απουσιάζει εντελώς ο ήρεμος, γαλήνιος ύπνος, αναγκαίος για την αποθήκευση ενέργειας του οργανισμού. Οι διαταραχές του ύπνου οδηγούν σε αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος, τσιγάρων, υπνωτικών φαρμάκων και ηρεμιστικών.

Ας ακούσουμε το σχόλιο της Κας Holyoake για την πρώτη της μέρα σαν νοσηλεύτρια : «Όταν εργάστηκα πρώτη φορά σε υπηρεσία υγείας , με σόκαρε ο αριθμός των συναδέλφων μου που καπνίζουν. Αναρωτήθηκα γιατί να καπνίζουν τόσοι πολλοί ;Ίσως εξαιτίας της επαγγελματικής πίεσης , των χαμηλών αμοιβών ή της πολύωρης επαφής με άτομα που καπνίζουν ;». Αρκετοί καπνιστές από το νοσηλευτικό προσωπικό δεν αντιλαμβάνονται ή σκόπιμα αγνοούν τα αισθήματα των μη καπνιστών μέσα στον εργασιακό χώρο .

Τα οργανικά προβλήματα όπως είναι η νεύρωση , η κόπωση , η ένταση επηρεάζουν την επαγγελματική απόδοση των νοσηλευτών. Απορρέουν από το κυκλικό ωράριο εργασίας και μπορεί να καταλήξουν σε δυσάρεστες ψυχιατρικές παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια . (Wehr and Goodwin , 1983) .

Τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που σχετίζονται με το κυκλικό ωράριο εργασίας , αυξάνονται από την ελάχιστη ποιοτική και ποσοτική επαφή που οι νοσηλευτές έχουν με την οικογένεια και τους φίλους τους .Έτσι αυξάνεται ο αριθμός των διαζυγίων , η αίσθηση της αποξένωσης και της έλλειψης υποστηρικτικού δικτύου .Οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα μοναξιάς προσπαθώντας να τα καλύψουν με τη χρήση οινοπνεύματος , φαρμάκων και καπνού .

Διάφορες έρευνες συσχετίζουν το stress , το άγχος από το κυκλικό ωράριο εργασίας με την κατάθλιψη των νοσηλευτών. Η μελαγχολία εκδηλώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό στις άγαμες νοσηλεύτριες σε σύγκριση με τις έγγαμες ενώ είναι αρκετές που δηλώνουν αδιαφορία , έντονη συναισθηματική φόρτιση , αισθάνονται κακοκεφιά , κατάθλιψη ή διέγερση που δυσκολεύει τη χαλάρωση και τον ύπνο τους. Η χρήση παράνομων ψυχοδραστικών ουσιών αυξάνεται σ'αυτές τις περιπτώσεις .

Το αισθητικά ποιοτικό περιβάλλον επηρεάζει συναισθηματικά το νοσηλευτικό προσωπικό. Η πολυχρωμία των τμημάτων , με χρώματα που ξεκουράζουν ή βελτιώνουν τη διάθεση , η μουσική , τα φυτά , η έλλειψη θορύβου π.χ.με τη χρήση αυτόματων πορτών, αποτελούν συνθήκες εργασίας που ελαττώνουν την ένταση , ενώ παράλληλα δημιουργούν το αίσθημα της ασφάλειας , του σεβασμού και της αξιοπρέπειας στους επαγγελματίες υγείας. Το νοσοκομειακό περιβάλλον γίνεται πιο ελκυστικό και σε συνδυασμό με το ευέλικτο πρόγραμμα εργασίας συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση του άγχους και κατ'επέκταση στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών .

Η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών εξαρτάται από το κυκλικό ωράριο εργασίας .Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών .Οι νοσηλευτές βιώνουν κόπωση , το ηθικό τους μειώνεται , ενώ αισθάνονται απογοητευμένοι από την έλλειψη πρόνοιας των υπηρεσιών τους .Οι ασθενείς που νοσηλεύουν εκφράζουν δυσαρέσκεια για τη φροντίδα τους, γεγονός που εντείνει το άγχος και την αγωνία τους. Τα προβλήματα τους χρειάζονται κοινή λογική για να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά .Τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει αρκετός χρόνος αλλά και διάθεση από τη νοσηλευτική διοίκηση .Η Dr.Boriril επισημαίνει : «Μια κύρια πηγή stress στους ανθρώπους είναι η έλλειψη αλληλοκατανόησης στον εργασιακό χώρο , η οποία οδηγεί σε διαμάχη και παράλογες απαιτήσεις» .

Επίσης το κυκλικό ωράριο εργασίας σχετίζεται με τον «πρωινό – απογευματινό» τύπο .Οι προσωπικότητες «πρωινού τύπου» είναι ευέλικτοι και αποδίδουν καλύτερα το πρωί , σ'αντίθεση με τους απογευματινούς τύπους , γεγονός που οφείλεται στο βιολογικό τους ρολόι .(Minnors and Waterhouse 1983) .Είναι κατανοητό, ότι οι «πρωινοί τύποι» δυσκολεύονται να προσαρμοστούν και να εργαστούν το απόγευμα και τη νύχτα , ενώ οι «απογευματινοί τύποι» παρουσιάζουν περισσότερη αντοχή στη νυχτερινή βάρδια .

Πρόσφατες θεωρίες της προσωπικότητας έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της και συγκεκριμένων νευροδιαβιβαστών. Έτσι η σεροτονίνη σχετίζεται με τα ευθυνόφοβα άτομα , η ντοπαμίνη με τα ανήσυχα – προβληματισμένα άτομα ενώ η νοραδρεναλίνη με την κατηγορία ανθρώπων που χρειάζονται επιβράβευση για να συνεχίσουν .

Ας υποθέσουμε ότι ο προγραμματισμός των βαρδιών γίνεται με βάση την προσωπικότητα των νοσηλευτών . Όμως η προϊστάμενη για να απαλλάξει το προσωπικό της από συνήθειες που βλάπτουν την υγεία τους και σχετίζονται με το κυκλικό ωράριο πρέπει να γνωρίζει ότι η απόδοση των νοσηλευτών που εργάζονται με κυλιόμενο ωράριο είναι η ίδια είτε έχουμε γρήγορη εναλλαγή βαρδιών είτε αργή μόνο που στη γρήγορη εναλλαγή κουράζονται νωρίτερα και περισσότερο .Έτσι λοιπόν οι σταθερές βάρδιες (π.χ.συνέχεια απόγευμα) θα μπορούσαν να λύσουν το πρόβλημα σύμφωνα πάντα με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των νοσηλευτών .

Η έρευνα του Wild (1992) προτείνει πρόγραμμα εργασίας που περιλαμβάνει πέντε μέρες συνεχόμενες ρεπό και εννέα μέρες εργασίας με τις παρακάτω προϋποθέσεις :

- Τα ρεπό να δίνονται πριν από τη νυχτερινή βάρδια
- Οι πρωινές βάρδιες να προηγούνται των ρεπό
- Οι απογευματινές βάρδιες να ακολουθούνται από ρεπό
- Όσο το δυνατόν να μην υπάρχουν μονές ημέρες ρεπό
- Να υπάρχουν εναλλάξ σαββατοκύριακα εργασίας
- Ο προγραμματισμός των βαρδιών να είναι δεκαπενθήμερος σύμφωνα με τις ανάγκες του προσωπικού .

Ακόμα η προϊσταμένη θα πρέπει να γνωρίζει ότι για να επανέλθει ο οργανισμός στο φυσιολογικό πρωινό κερκάρδιο ρυθμό του , είναι απαραίτητη η περίοδος των 2 ημερών με νυχτερινό ύπνο και ότι ο ύπνος πριν και μετά το νυχτερινό ωράριο , αποτελούν μεθόδους που διαφυλάσσουν την υγεία των νοσηλευτών .

Το καλύτερο πρόγραμμα εργασίας είναι εκείνο που συμβαδίζει με τους βιολογικούς ρυθμούς , ξεκινάει με πρωινή βάρδια , ακολουθεί η απογευματινή και τέλος η νυχτερινή και περιλαμβάνει τις προτιμήσεις των νοσηλευτών .

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στο πρόγραμμα εργασίας τους , επιτυγχάνεται με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή όπου οι νοσηλευτές καταγράφουν τις επιθυμίες τους και με βάση τις ανάγκες του τμήματος στην εκάστοτε βάρδια , πληροφορίες που έχουν οι ίδιοι καταχωρήσει , προγραμματίζεται με αμεροληψία και δικαιοσύνη , το κυκλικό ωράριο εργασίας τους .

Μια άλλη αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση του επαγγελματικού stress και των βλαβερών συνηθειών που οφείλονται σε αυτό , είναι το χιούμορ .Είναι θεραπευτικό και επαγγελματικό , μόνο εάν χρησιμοποιείται σαν μηχανισμός άμυνας για τους νοσηλευτές και ταυτόχρονα για όφελος των ασθενών τους , χωρίς να προσβάλλει τις προσωπικές τους αντιλήψεις .

Οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην ποιότητα του ύπνου και την ψυχική υγεία των νοσηλευτών βασίζονται σε στοιχεία από εργαζόμενους που ακολουθούν σταθερό κυκλικό ωράριο , κατά το οποίο ο κύκλος περιλαμβάνει μία νυχτερινή βάρδια ακολουθούμενη από δύο μέρες ρεπό , ενώ η άλλη βάρδια απέχει από την άλλη τουλάχιστον 16 ώρες .

Αυτό το σταθερό κυκλικό ωράριο σπάνια εφαρμόζεται στα ελληνικά νοσοκομεία , όπου αν ελέγξει κανείς τα προγράμματα του νοσηλευτικού προσωπικού θα διαπιστώσει ότι σε πολλές περιπτώσεις καλείται ο νοσηλευτής να δουλέψει δύο και τρεις συνεχόμενες νυχτερινές βάρδιες , βάρδιες που απέχουν μεταξύ τους μόνο 8 ώρες ή να ξεκουραστεί έχοντας μόνο 1 ρεπό την εβδομάδα .

Δεν είναι λοιπόν φυσικό ο οργανισμός του νοσηλευτή να αδυνατεί να συγχρονιστεί πλήρως σε αυτές τις εντατικές και άρρυθμες αλλαγές των βιολογικών ρυθμών και να εμφανίζει συμπτώματα αυπνίας , διαταραχής της όρεξης , σωματικής κόπωσης , άγχους , εκνευρισμού ή χαμηλής αυτοεκτίμησης;

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι τα προβλήματα που παρουσιάζουν οι νοσηλευτές , όσον αφορά στη σωματική και ψυχική ισορροπία του οργανισμού τους δεν είναι προβλήματα ανεξήγητα , μεταφυσικά ή συνέπεια νευροφυτικών διαταραχών , αλλά οφείλονται στον προσωρινό και αναστρέψιμο αποσυντονισμό του χρονορυθμιστικού συστήματος του οργανισμού .

Για τους νοσηλευτές ο χώρος εργασίας τους αποτελεί ένα περιβάλλον αρκετά στρεσογόνο και συναισθηματικά απαιτητικό. Εργάζονται συνεχώς κάτω από στρεσογόνες συνθήκες μπορεί να τους οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση .Αυτό έχει σαν συνέπεια την μείωση του ενδιαφέροντος και του ενθουσιασμού για την εργασία στην οποία ενώ αφιερώνεται ολόψυχα δεν αποκομίζει την ικανοποίηση που θα ήθελε .

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σύνδρομο χαρακτηριζόμενο από συναισθηματική εξάντληση , αποπροσωποποίηση και μείωση προσωπικών επιτευγμάτων .Η επαγγελματική εξουθένωση είναι συνέπεια χρόνιας συναισθηματικής έντασης και δημιουργείται κατά την επικοινωνία με άλλα άτομα .

Με δύο λόγια το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μία κατάσταση υπερκόπωσης που αντιμετωπίζει ο αποθαρρυσμένος νοσηλευτής που για να προστατεύσει τον εαυτό του από το χρόνιο stress και από πρόσθετες απογοητεύσεις καταφεύγει στην αδιαφορία .

Σύμφωνα με τους Edelwich&Brodsky (1980) η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται μετά από 4 διαδοχικά στάδια :

1. Το πρώτο στάδιο ενθουσιασμού
2. Το δεύτερο στάδιο της στασιμότητας και της αδράνειας
3. Το τρίτο στάδιο του αισθήματος και της ματαιότητας
4. Το τέταρτο στάδιο της απάθειας

Οι ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνονται αντιληπτές στα 2 τελευταία στάδια και εκδηλώνονται σε 3 επίπεδα :

α) **Οργανικό επίπεδο**: Αίσθημα αδυναμίας , κούραση με πόνους στην πλάτη, τον αυχένα, τη μέση, κεφαλαλγίες, γαστρεντερικές διαταραχές, αλλαγές στις συνήθειες διατροφής και ύπνου ή άλλα σοβαρότερα προβλήματα υγείας όπως υπέρταση , έλκος, καρδιοαγγειακές παθήσεις .

β) **Συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο**: Τα συμπτώματα εκδηλώνονται μετά από χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση που συνοδεύονται από κατάθλιψη, θυμό, αίσθημα απογοήτευσης και παραίτησης .

γ) **Επίπεδο της συμπεριφοράς**: Τα συμπτώματα αφορούν μια τάση απομόνωσης, αποστασιοποίησης από τους ασθενείς που προκαλεί αδιαφορία , κυνισμό κ.α. Χαρακτηριστικό είναι επίσης οι συγκρούσεις με συναδέλφους, οι συχνές απουσίες και η εμφανής μείωση της απόδοσης .

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Επιδρά άμεσα στον ίδιο τον εργαζόμενο με την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων όπως ημικρανίες, πόνοι στην πλάτη, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο όπως άγχος, κατάθλιψη και ανησυχία. Επίσης η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε μείωση της παραγωγικότητας και της ποιότητας φροντίδας υγείας των ασθενών. Τέλος φαίνεται ότι προκαλεί επιδείνωση των σχέσεων του εργαζόμενου με τους ασθενείς , τους συναδέλφους , την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο .

Τα αίτια εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές είναι ο φόρτος εργασίας , η έλλειψη συμπαράστασης από τους συναδέλφους και η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία . Ακόμα ο νοσηλευτής επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του όπως , τα κίνητρα που έχει, τις αξίες, την αυτοεκτίμηση, τη συναισθηματική έκφραση.

Όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον πολλοί νοσηλευτές δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν τις εντάσεις της δουλειάς ή δεν είναι ευχαριστημένοι από τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν. Τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η απουσία προσανατολισμού, η έλλειψη καινοτομιών, αυτονομίας και φυσικής άνεσης. Ακόμα το φυσικό εργασιακό περιβάλλον επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Έτσι σε λιγότερο ελκυστικό περιβάλλον αναφέρθηκαν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ο φόρτος εργασίας αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που προκαλεί επαγγελματική κόπωση, το κατά πόσο ο φόρτος εργασίας οδηγεί σε σωματικές ή συναισθηματικές αντιδράσεις εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να χειριστεί το στρές και ακόμη στο κατά πόσο τον επηρεάζει στην εργασία του και στις αποφάσεις του. Αυτό σημαίνει ότι όταν υπάρχει φόρτος εργασίας πολλές απαιτήσεις θα πρέπει να ικανοποιηθούν πολύ γρήγορα δηλαδή ένας μεγάλος αριθμός ατόμων πρέπει να εξυπηρετηθεί σε πολύ λίγο χρόνο από ένα μικρό αριθμό νοσηλευτών. Έτσι προσφέρονται λιγότερες υπηρεσίες σε προβλήματα πιο σημαντικά από άλλα μη έχοντας χρόνο να αντιμετωπίσουν τα υπόλοιπα περιστατικά. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που έχει να βοηθήσει ο νοσηλευτής τόσο περισσότερο βιώνει την επαγγελματική εξουθένωση και δεν έχει και την αίσθηση της ολοκλήρωσης και της επιτυχίας.

Τέλος ο φόρτος εργασίας δεν δίνει την δυνατότητα για κοινωνική επαφή, συζήτηση επαγγελματικών θεμάτων και για ανάπτυξη επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ των νοσηλευτών. Ωστόσο η υποστήριξη των εργαζομένων από την οικογένεια τους βοηθάει στο να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές απαιτήσεις της δουλειάς. Η έλλειψη συμπαράστασης τόσο μέσα στον εργασιακό χώρο όσο και εκτός αυτού παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι σωστές εργασιακές σχέσεις ελαχιστοποιούν τις αρνητικές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες επιφέρουν την ένταση, την απογοήτευση και την σύγκρουση. Όλα αυτά θα μπορούσαν να επηρεάσουν την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση. Ενώ οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή του ατόμου στις στρεσογόνες καταστάσεις. Η ευχάριστη συνεργασία των υπαλλήλων έχει ως αποτέλεσμα προσωπικές επιτυχίες ενώ οι προσωπικές συγκρούσεις με τους συναδέλφους ή τους ασθενείς είναι πιο στενά συνδεδεμένες με αυξημένη συναισθηματική εξάντληση.

Εκτός από τις σχέσεις των νοσηλευτών μεταξύ τους σημαντικό ρόλο παίζει το άτομο, τα προσωπικά του χαρακτηριστικά. Στα χαρακτηριστικά αυτά συμπεριλαμβάνονται τα αρχικά του κίνητρα για το επάγγελμα του, οι προσδοκίες από τους άλλους και τον εαυτό του, ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τις πιεστικές καταστάσεις και πως τις αντιμετωπίζει αλλά και η αποτυχία στην πραγματοποίηση των ιδανικών του.

Όταν ο νοσηλευτής προσδοκεί σημαντική και υπεύθυνη εργασία και αυτό δεν συμβαδίζει με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες του εργασιακού του χώρου, αυτό έχει ως αποτέλεσμα τις συγκρούσεις με τον νοσοκομειακό οργανισμό και κατά συνέπεια προκαλεί επαγγελματική κόπωση.

Ακόμα η ανεπαρκής εκπαιδευτική προετοιμασία των νοσηλευτών και τα αβέβαια αποτελέσματα από τη θεραπεία των ασθενών είναι σημαντικές πηγές stress.

Όμως τα άτομα που βιώνουν το stress, έχουν την αίσθηση της επαγγελματικής δέσμευσης και ψάχνουν για προκλήσεις και καινοτομίες, προσαρμόζονται με επιτυχία στις απαιτήσεις του νοσοκομείου. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να ενημερώνονται συνεχώς για τους στρεσογόνους παράγοντες που έχουν σχέση με το ρόλο τους.

Ορισμένες λύσεις για την βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας μπορούν να είναι:

1. Η ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού με σκοπό την αύξηση του ενδιαφέροντος.
2. Η μείωση του φόρτου εργασίας με την ορθολογική στελέχωση των υπηρεσιών από νοσηλευτές
3. Ο σαφής καθορισμός του ρόλου των νοσηλευτών
4. Η ανάπτυξη ευχάριστου φυσικού εργασιακού περιβάλλοντος

Αυτές οι αλλαγές ενδέχεται να μειώσουν τα αισθήματα απογοήτευσης και μη ικανοποίησης, να περιορίσουν την ένταση του stress και να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας.

2.2. Χώρος εργασίας και προβλήματα υγείας στους νοσηλευτές .

2.2.α . Το φαινόμενο του «άρρωστου κτιρίου»

Ο όρος «άρρωστο κτίριο» χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει τα καινούργια κτίρια που δεν προορίζονται για βιομηχανική χρήση αλλά για να στεγάσουν υπηρεσίες ή κατοικίες και που παρουσιάζουν προβλήματα «εσωτερικής ρύπανσης» . «Εσωτερική ρύπανση» εννοείται η κακή ποιότητα του αέρα των εσωτερικών χώρων ο οποίος περιέχει φυσικούς , χημικούς και βιολογικούς βλαπτικούς παράγοντες σε συνάρτηση με τις μικροκλιματολογικές συνθήκες που χαρακτηρίζουν τους χώρους .

Το σύνδρομο του «άρρωστου κτιρίου» εκφράζει την κακή κατάσταση υγείας που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα συμπτώματα , που αποδίδονται αποκλειστικά και μόνο στην εσωτερική ρύπανση του αέρα .

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι :

- Δύσπνοια
- Ξηρός βήχας
- Πονόλαιμος
- Βράχγιασμα
- Ρινόρροια
- Δακρύρροια
- Φτάρνισμα
- Ερεθισμός του δέρματος (εξανθήματα)
- Πονοκεφάλους
- Ζαλάδες
- Ναυτία
- Πνευματική κόπωση
- Σύγχυση
- Σωματική κόπωση
- Λήθαργο
- Πεπτικές διαταραχές

Τα αίτια που προκαλούν το σύνδρομο του «άρρωστου κτιρίου» είναι οι βιολογικοί παράγοντες , οι οποίοι είναι κυρίως οι ιοί και οι μύκητες που αναπτύσσονται εκτός των άλλων και από τα κλιματιστικά .

Ορισμένα προληπτικά μέτρα είναι :

- Η καλή συντήρηση και καθαρισμός των κεντρικών κλιματιστικών συστημάτων
- Η εναλλαγή του εσωτερικού αέρα
- Η μη χρησιμοποίηση χημικών καθαριστικών
- Η απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς εσωτερικούς χώρους

2.2.β . Μυοσκελετικά προβλήματα

Λέγοντας μυοσκελετικές παθήσεις εννοούμε τις ασθένειες που αφορούν τον σκελετό , τις αρθρώσεις , τους μύες και το μέρος εκείνο του νευρικού συστήματος που ελέγχει το μυϊκό σύστημα καθώς και παθήσεις του άνω και κάτω άκρων συμπεριλαμβανομένων των ώμων , των καρπών, των αγκώνων και των γονάτων .

Οι μυοσκελετικές παθήσεις επειδή είναι τόσο συνηθισμένες θεωρούνται ως αναγκαίο «κακό» , ως η φυσική συνέπεια της εργασίας .Η αιτιολογία των μυοσκελετικών παθήσεων αναφέρεται τόσο στην ένταση όσο και στην παρατεταμένη διάρκεια έκθεσης του νοσηλευτή σε επαναλαμβανόμενη εργασία που απαιτεί μεγάλη σωματική προσπάθεια. Ακόμα οι επίμονες στάσεις του σώματος και οι έντονες κινήσεις , οι οποίες γίνονται με εξαιρετικά γρήγορο ρυθμό .

Μια άλλη αιτία είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες , όπως η αίσθηση ικανοποίησης από την εργασία , οι εργασιακές σχέσεις με συναδέλφους και ανωτέρους , η οργάνωση της εργασίας που έχει μεγάλη σημασία για το πώς ο νοσηλευτής βιώνει το φόρτο εργασίας είναι πιο σημαντικά για την εμφάνιση της επαγγελματικής οσφυαλγίας παρά η καθαρά μηχανική φόρτιση της σπονδυλικής στήλης .

Οι παράγοντες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού είναι :

Σωματική κόπωση

- Ορθοστασία
- Ακατάλληλη στάση σώματος
- Κάμψεις του κορμού
- Υπερέκταση του κορμού
- Διακίνηση βαρέων αντικειμένων

2. Εργονομία

- Περιορισμένος χώρος εργασίας
- Φτωχός εργονομικός σχεδιασμός νοσηλευτικών τμημάτων
- Κρεβάτια που δεν ρυθμίζονται κατά ύψος

3. Πίεση στην εργασία

- Δύσκολο ωράριο εργασίας
- Έντονος ρυθμός εργασίας
- Αυξανόμενη πίεση
- Κουραστική σωματική εργασία
- Ορισμένες φορές μη δυνατότητα διαλείμματος

Έτσι πιο ειδικά όσον αφορά τους παράγοντες που μπορούν να ενοχοποιηθούν για την πρόκληση των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων είναι οι εργονομικοί κίνδυνοι δηλαδή οι μονότονα επαναλαμβανόμενες και βίαιες κινήσεις, ο αμετάβλητος φόρτος εργασίας και η καταπόνηση των μυών, οι κραδασμοί, οι επίπονες και αφύσικες στάσεις εργασίας. Ως εκ τούτου η πρόληψη αυτών των παθήσεων εντάσσεται στις διαδικασίες που χαρακτηρίζουν την εκτίμηση του επαγγελματικού κινδύνου στους εργασιακούς χώρους.

Έτσι η καταγραφή, ο ποιοτικός και ποσοτικός προσδιορισμός των βλαπτικών παραγόντων του εργασιακού περιβάλλοντος, η εκτίμηση των επιπτώσεων των παραγόντων αυτών στην υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η ενημέρωση και κατάρτιση των νοσηλευτών μαζί με την εργονομική συμβολή στην οργάνωση της εργασίας, θα συμβάλλουν στην διαμόρφωση ευρύτερων προγραμμάτων πρόληψης, ικανών να περιορίσουν την επαγγελματική έκθεση στους βλαπτικούς παράγοντες.

Ειδικότερα, όσον αφορά τον παράγοντα κινδύνου, επαναληπτικότητα, μέτρα πρόληψης θα είναι: η εργασία εκ περιτροπής, η αύξηση του χρόνου διαλείμματος, η ομοιόμορφη κατανομή της εργασίας σε κάθε βάρδια και η αναδιάρθρωση της εργασίας.

Για τον παράγοντα κινδύνου, στάση εργασίας, τα μέτρα πρόληψης είναι η προσαρμογή της εργασίας ώστε να μειώνονται οι αφύσικες και άβολες /επίπονες στάσεις εργασίας, η μετακίνηση του νοσηλευτή πιο κοντά στο αντικείμενο εργασίας ή το αντίθετο ώστε να αποφεύγονται οι άβολες στάσεις.

Για τον παράγοντα κινδύνου, ψυχοκοινωνικές πιέσεις, μέτρα πρόληψης είναι: αλλαγές στην κατανομή καθηκόντων, η καλύτερη οργάνωση των ωραρίων αλλά και η ψυχοσυναισθηματική ισορροπία μεσώ της διατήρησης καλών διαπροσωπικών σχέσεων.

Επίσης ένα σωστό πρόγραμμα εργονομίας για την πρόληψη των μυοσκελετικών παθήσεων αποτελείται από τα εξής δομικά στοιχεία :

1. Περιορισμός του επαγγελματικού κινδύνου (χρήση προστατευτικού εξοπλισμού, όπως γάντια , μάσκες κ.α.)
2. Παρακολούθηση της υγείας των νοσηλευτών για την καταγραφή και παρακολούθηση των μυοσκελετικών παθήσεων που προκύπτουν από την εργασία (πρόωρη αναφορά μυοσκελετικών παθήσεων , άμεση πρόσβαση του νοσηλευτή σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας που παρουσιάζει συμπτώματα μυοσκελετικών παθήσεων , παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας του νοσηλευτή μετά την επιστροφή του στην εργασία , καθώς και αποκατάσταση των νοσηλευτών που έχουν υποστεί μυοσκελετική πάθηση .
3. Πληροφόρηση και εκπαίδευση όλων των εμπλεκόμενων φορέων για ενεργή συμμετοχή στην αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων .

Για την εκτίμηση των εργασιακών κινδύνων έχουν προταθεί διάφορες μέθοδοι .Δηλαδή υπάρχει η «παθητική παρακολούθηση» για την αναγνώριση και παρακολούθηση νοσηλευτών που υποφέρουν από μυοσκελετικές παθήσεις η οποία παρακολούθηση γίνεται κυρίως μεσώ στατιστικών στοιχείων για αναρρωτικές άδειες , αρχείων αποζημιώσεων ή αρχείων προγραμμάτων υγειονομικής παρακολούθησης .Υπάρχει και η «ενεργητική παρακολούθηση» η οποία θεωρείται απαραίτητη για να καθορισθεί με μεγαλύτερη ακρίβεια ο τρόπος με τον οποίο συγκεκριμένες εργασίες επηρεάζουν τη λειτουργία του σώματος και την υγεία .

Συμπερασματικά οι μυοσκελετικές παθήσεις αποτελούν πολυδιάστατο πρόβλημα , είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την οργάνωση της εργασίας .Ως εκ τούτου έχει καθοριστική σημασία για την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση τους η ενεργή συμμετοχή κατάλληλα εκπαιδευμένων νοσηλευτών και των συνδικάτων τους .Απλές αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας όπως η δυνατότητα διαλειμμάτων , η εργονομική διάταξη του εργασιακού χώρου αλλά και η κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών στη σωστή χρήση του σώματος τους δηλαδή στο σωστό χειρισμό ασθενών , τη μεταφορά βαρών και την κατάλληλη στάση μπορούν να επιφέρουν σημαντική βοήθεια στην καταπολέμηση των επαγγελματικών μυοσκελετικών παθήσεων. Προτεραιότητα αποτελεί επίσης η αναγνώριση των μυοσκελετικών παθήσεων ως επαγγελματικές παθήσεις, η αποκατάσταση και η αποζημίωση .

Πρωταρχικός στόχος πρέπει να είναι η ενημέρωση , το μεγαλύτερο βάρος της οποίας πρέπει να δοθεί στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις μυοσκελετικές παθήσεις και τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας , τον τρόπο εκτέλεσης της εργασίας με βασικό σκοπό την ανέρευση τρόπων αντιμετώπισης .

Ακόμα υπάρχει το «σχολείο αυχένα – μέσης» (neck – back school) , το οποίο πρόκειται για συστηματική εκπαίδευση νοσηλευτών είτε προληπτικά – κυρίως στους χώρους εργασίας – είτε μετά την ολοκλήρωση ενός θεραπευτικού προγράμματος ώστε να καταπονούνται όσον το δυνατόν λιγότερο οι δομές της σπονδυλικής στήλης .

Τέλος η παρακίνηση για διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης μέσω υγιεινοδιατροφικών συνηθειών (σωστή διατροφή , επαρκής ύπνος , αποφυγή καπνίσματος) .

Τα μυοσκελετικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται συνήθως από την εργασία είναι :

1.Η οσφυαλγία (άλγος στον όσφυ) είναι σημάδι ότι κάτι δεν πάει καλά με τη μέση μας , με υπεύθυνη τις περισσότερες φορές την σπονδυλική μας στήλη .Αποτελεί σύμπτωμα και όχι πάθηση. Παρατηρείται είτε σε περιπτώσεις υπερφόρτωσης της σπονδυλικής στήλης είτε σε μη σωστή θέση της σπονδυλικής στήλης, είτε σε κακώσεις που οφείλονται σε επαναλαμβανόμενη καταπόνηση των στοιχείων που συντελούν στη φυσιολογική λειτουργία της σπονδυλικής στήλης .

2.Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου – δισκοπάθεια ονομάζεται η προβολή μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα του πηκτοειδή πυρήνα , ο οποίος περνά μέσα από το σπασμένο ινώδη δακτύλιο . Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αποτελούνται περιφερικά από τον ινώδη δακτύλιο και κεντρικά από τον πηκτοειδή πυρήνα και χωρίζονται από την σπογγώδη ουσία των σωμάτων των σπονδύλων με 2 χόνδρινα πέταλα .Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι παρουσιάζουν την μέγιστη ανάπτυξη τους την Τρίτη δεκαετία της ζωής και στη συνέχεια αρχίζουν να εκφυλίζονται .Με την εκφύλιση αυτή συνδέεται και η ρήξη του ινώδους δακτυλίου μέσα από τον οποίο προβάλλει προς τα πίσω η μάζα του πηκτοειδή πυρήνα .

Γενικά οι αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου , είναι :

- α) Κακώσεις από πτώση , ξαφνικό σκύψιμο του κορμού , υπέρμετρη φόρτιση από σήκωμα μεγάλου βάρους .
- β) Ανωμαλίες διάπλασης του δίσκου
- γ) Ρήξη του ινώδους δακτυλίου εξαιτίας εκφύλισής τους

Η κλινική εικόνα είναι χαρακτηριστική, πόνος στη μέση, συνήθως ισχυρός, αρχίζει ύστερα από σήκωμα ενός βάρους ή μία απότομη κίνηση. Ο πόνος μπορεί να είναι τοπικός συχνά όμως αντανακλά στο 1^ο ή στο άλλο σκέλος .

Για την θεραπεία συνιστάται ξεκούραση, αποφυγή σηκώματος βαρέων αντικειμένων και αν ο πόνος είναι έντονος χορήγηση αναλγητικών .

2.2 γ . Κιρσοί –Φλεβίτιδα

Κιρσούς ονομάζουμε τη διάταση και ελικοειδή πορεία των επιπολής φλεβών των κάτω άκρων. Είναι αρκετά συχνή πάθηση, μια που υπολογίζεται πως το 10-20 %του γενικού πληθυσμού, πάσχει από κιρσούς. Οι κιρσοί χαρακτηρίζονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς .

Αιτιολογία

Για τους πρωτοπαθείς κιρσούς υπάρχουν δύο θεωρίες για το σχηματισμό τους . Κατά την πρώτη, ανεπαρκούν (δε λειτουργούν σωστά) οι βαλβίδες, με αποτέλεσμα το αίμα να λιμνάζει στο επιπολής δίκτυο (σαφεινείς) και οι φλέβες να διατείνονται. Κατά τη δεύτερη , το τοίχωμα των φλεβών είναι αδύνατο , με αποτέλεσμα να είναι ευένδοτο και να διατείνονται και έτσι να εμποδίζουν τις βαλβίδες να λειτουργούν σωστά. Υπάρχουν φυσικά και αρκετοί προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία των κιρσών .

Η κληρονομικότητα είναι ο πρώτος λόγος που γίνονται οι κιρσοί και οι ευρυαγγείες. Ενώ οι γυναίκες έχουν κιρσούς μόνο το 50% αισθάνονται διάφορους βαθμούς δυσφορίας μία κατάσταση που γενικά την ονομάζουμε <<φλεβίτιδα>>.

Άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν είναι :η μεγάλη ηλικία και η ορθοστασία ειδικά σε εργαζόμενες όπως νοσηλεύτριες ,πωλήτριες ,αεροσυνοδοί σερβιτόρες κ.α.

Οργανικοί παράγοντες όπως η εφηβεία η εγκυμοσύνη, η εμμηνόπαυση , η χρήση αντισυλληπτικών και οιστρογόνων συντελούν στη νόσο. Το 80% των εγκύων αναπτύσσουν κιρσώδεις φλέβες κατά το πρώτο τρίμηνο.Κατά την εγκυμοσύνη αυξάνεται το επίπεδο των ορμονών καθώς και η πίεση του αίματος με αποτέλεσμα να προκαλείται διόγκωση των φλεβών . Επίσης η μεγάλη μήτρα αυξάνει την πίεση στις φλέβες . Αυτοί οι κιρσοί συνήθως εξαφανίζονται μέσα στους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό.

Διάγνωση

Η διάγνωση στηρίζεται στη λήψη προσεκτικού ιστορικού και στη φυσική εξέταση .Οι ασθενείς παραπονούνται για πόνο, οίδημα , βάρος κράμπες και φαγούρα καθώς και για αισθητική παραμόρφωση .Πολλές φορές τα συμπτώματα δεν είναι ανάλογα με το μέγεθος των κιρσών . Ο πόνος και τα άλλα συμπτώματα παρατηρούνται μετά από παρατεταμένη ορθοστασία ,επιδεινώνονται όσο προχωράει μέρα και υποχωρούν με την

ανάπαυση , ανύψωση του ποδιού ή με την τοποθέτηση ελαστικής κάλτσας. Το οίδημα στους πρωτοπαθείς κιρσούς είναι μικρό και συνήθως αφορά το άκρο πόδι έως και τον αστράγαλο. Στις γυναίκες τα συμπτώματα είναι συνήθως πιο σοβαρά λίγες ημέρες πριν την περίοδο.

Τα συμπτώματα στους δευτεροπαθείς κιρσούς είναι συνήθως πιο σοβαρά , σε αντίθεση με τους πρωτοπαθείς και μπορεί να περιλαμβάνουν εξελκώσεις κοντά στον αστράγαλο ,αιμορραγία από ρήξη κάποιας φλέβας, δερματίτιδα με έντονο κνησμό και αλλαγή στο χρώμα του δέρματος. Η διάγνωση κατά τη φυσική εξέταση στηρίζεται στη δοκιμασία Trendelenburg, η οποία καθορίζει το σημείο της βλάβης .

Επιπλοκές

Οι κυριότερες επιπλοκές αφορούν τους δευτεροπαθείς κιρσούς και είναι εξελκώσεις, αιμορραγία αλλαγή στο χρώμα του δέρματος, δερματίτιδα, επιπολής θρομβοφλεβίτιδα.

2.2.δ. Λοιμώδη νοσήματα

Είναι γνωστό ότι ένας από τους σημαντικότερους επαγγελματικούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας , είναι ο κίνδυνος προσβολής τους από κάποιο ιό .Διάφορες λοιμώξεις απειλούν τη υγεία του εργαζόμενου στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα .Μεγαλύτερη απειλή όμως αποτελούν λοιμώδη νοσήματα όπως η Ηπατίτιδα και το AIDS.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν μόνο την αυξημένη πιθανότητα να μολυνθούν από τον ιό και να αντιμετωπίσουν όλες τις συνέπειες της νόσου ,που μπορεί να είναι και ο θάνατος ή ακόμα και η καταστροφή της καριέρας τους , αλλά πολλές φορές λόγω του ότι αγνοούν το πρόβλημά τους μπορούν να αποβούν επικίνδυνοι ως πηγή μόλυνσης και να μεταδώσουν τον ιό στους ασθενείς , συναδέλφους και την οικογένειά τους .

Η Ηπατίτιδα ως επαγγελματικό νόσημα.

Ενώ η ηπατίτιδα ήταν γνωστή σαν ασθένεια από την αρχαία Ελλάδα, μόλις στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ανακαλύφθηκε ότι οφείλεται σε ιό .Ο όρος ηπατίτιδα αναφέρεται γενικά στη φλεγμονή του ήπατος που θεωρείται κατ'εξοχήν το βιοχημικό εργαστήριο του ανθρώπινου οργανισμού. Χαρακτηρίζεται δε από διάχυτη ή εστιακή νέκρωση των ηπατικών κυττάρων .

Αίτια που προκαλούν τη φλεγμονή του ήπατος μπορεί να είναι :
α)φάρμακα β)τοξίνες γ)ιοί .

Η ιογενής ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από πέντε διαφορετικά είδη ιών :

- 1) ΗΑΒ επιδημική ηπατίτιδα.
- 2) ΗΒV εξ' ομολόγου ιού .
- 3) ΗΔV δέλτα.
- 4) ΗC V.
- 5) ΗΕV

Η μεγάλη εξάπλωση των διαφόρων μορφών της ιογενούς ηπατίτιδας ανά τον κόσμο και η εντυπωσιακή νοσηρότητα και θνητότητα που προκαλούν στον πληθυσμό , ιδιαίτερα αυτών που συνεπάγονται χρόνια επακόλουθα (ηπατίτιδα Β, δ, C), συντέλεσαν ώστε να αναγνωρισθούν σαν παγκόσμιο πρόβλημα υγείας και οδήγησαν σε μακροχρόνιες επιστημονικές έρευνες , με σκοπό την παρασκευή εμβολίων για την ενεργητική ανοσοποίηση έναντι των αντίστοιχων ιών.

Ηπατίτιδα Α : Οφείλεται στον ιό της ηπατίτιδας Α, ο οποίος είναι 27-nm RNA. Είναι νόσος που μεταδίδεται δια της εντερικής οδού (fecal oral route) με τη λήψη μολυσμένων από τον ιό τροφών ή υγρών αν και δεν αποκλείεται η μετάδοση μέσω της αναπνευστικής οδού. Η ηπατίτιδα Α μεταδίδεται ακόμη με σεξουαλική επαφή ενώ πιστεύεται ότι η λοίμωξη δε μεταφέρεται με την κοινή χρήση τσιγάρων ή με το φιλί. Ο ιός δεν ανευρέθη σε ούρα ή άλλα υγρά του σώματος . Η διάγνωση τίθεται μετά την ανεύρεση IgM-class anti-HAV στον ορό του αίματος κατά την οξεία φάση ή νωρίτερα από την περίοδο της ανάρρωσης .

Ηπατίτιδα Β : Οφείλεται σε ένα μικρό DNA ιό με 42 nm διάμετρο . Αποτελείται από κεντρικό πυρήνα με το περινοκαψίδιο του και από πρωτεϊνικό εξωτερικό περίβλημα . Στο εξωτερικό τμήμα βρίσκεται το επιφανειακό αντιγόνο της ηπατίτιδας Β (HbsAg).

Όταν ένα άτομο προσβληθεί από τον HBV , ο ιός αναπαράγεται μέσα στα ηπατικά κύτταρα του ξενιστή του σε μεγάλες ποσότητες κατά τη διάρκεια της λοίμωξης και προκαλεί ανοσολογική αντίδραση που οδηγεί στο θάνατο των υποδόχων ηπατοκυττάρων και μπορεί να καταλήξει σε σοβαρές παθολογικές συνέπειες για το θύμα .Τα προσβληθέντα ηπατοκύτταρα κατά τη διάρκεια της λοίμωξης εκκρίνουν συνεχώς σωματίδια του ιού, που φθάνουν σε υψηλά επίπεδα στο αίμα και είναι δύο τύπων:

- Τα μη μολυσματικά σωματίδια με σφαιρική ή κυλινδρική μορφή που είναι κενά μολυσματικού πυρήνος DNA, αποτελούμενα μόνο από την πρωτεΐνη του περιβλήματος του ιού (HbsAg)(τα σωματίδια αυτά χρησιμοποιούνται υπό μορφή εμβολίου σε ευαίσθητα άτομα – εμβόλιο από πλάσμα φορέως)
- Τα μολυσματικά σφαιρικά σωματίδια (σωματίδια Dane) που περιέχουν και πυρήνα με DNA εκτός του HbsAg (πλήρης ιός).

Η έκθεση ατόμου στον ιό χωρίς προηγούμενη ανοσολογική εμπειρία οδηγεί σε λοίμωξη. Η βαρύτητα και η εξέλιξη της λοίμωξης στον ξενιστή δεν μπορεί να προβλεφθεί , λόγω της ποικιλομορφίας της και εξαρτάται από την ηλικία και την ανοσολογική του κατάσταση.

Οι χρόνιοι φορείς του HBV που ξεπερνούν τα 250 εκατομμύρια παγκοσμίως μαζί με τους ασθενείς αποτελούν πηγή μόλυνσης .

Ο ΗΒV μεταδίδεται σε ευπαθή άτομα με τη επαφή μολυσμένου αίματος και άλλων σωματικών υγρών όπως :

- αίμα και παράγωγα
- κολπικά υγρά
- σπέρμα
- σάλιο
- δάκρυα
- ιδρώτας

Η παρεντερική μετάδοση είναι η κύρια οδός διασποράς του ιού. Εκτός της μετάγγισης αίματος , μετάδοση συμβαίνει συχνά με έκδηλες και αφανείς λύσεις του δέρματος ,τον βλεννογόνο και με επαφή με μολυσμένο αίμα και παράγωγα αυτού, ως και με άλλα σωματικά υγρά .Η σεξουαλική μετάδοση σήμερα αποκτά ιδιαίτερη σημασία από φορέα ή πάσχοντα ερωτικό σύντροφο , αλλά και η ενδοοικογενειακή μετάδοση λόγω συχνής και παρατεταμένης επαφής των μελών της οικογένειας υπό χαμηλές συνθήκες διαβίωσης , δεν υποτιμάται .

Κάθετος μετάδοση γίνεται από μητέρα θετική για HbsAg στο νεογνό κατά τον τοκετό ή την περιγεννητική περίοδο .

Η συχνότητα της ηπατίτιδας Β είναι ιδιαίτερα υψηλή στα άτομα που οι ασχολίες τους η αρρώστια ή οι προσωπικές τους συνήθειες τα φέρνουν σε επαφή με αίμα ή παράγωγα αυτού ή άλλα σωματικά υγρά ,αφού ο κίνδυνος μετάδοσης συσχετίζεται με τον βαθμό μολυσματικότητας των βιολογικών υγρών , με την αμεσότητα , συχνότητα και διάρκεια έκθεσης. Τέτοιες ομάδες είναι :

- Υγειονομικό προσωπικό .
- αιμομεταγγιζόμενα άτομα .
- Άτομα σε αιμοκάθαρση .
- Ναρκομανείς .
- Ομοφυλόφιλοι και άμφι, εκδιδόμενες γυναίκες και άνδρες
- Νεογνά φορέων μητέρων .HbsAg.
- Ερωτικοί σύντροφοι πασχόντων ή χρόνιων φορέων.
- Τρόφιμοι ιδρυμάτων για νοητική καθυστέρηση ή ποινικών ιδρυμάτων.
- Ταξιδιώτες σε χώρες όπου ο ΗΒV ενδημεί .
- Άτομα που έχουν στενή σχέση με φορείς HbsAg(μέλη οικογενειών)

Υγειονομικό Προσωπικό.

Η ηπατίτιδα Β είναι ένας αναγνωρισμένος κίνδυνος για το υγειονομικό προσωπικό και θεωρείται από πολλούς ειδικούς σαν η περισσότερο επαγγελματική νόσος που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας σε χώρες με χαμηλή ενδημικότητα.

Νοσηλεύτριες, γιατροί, τεχνικοί εργαστηρίων και αιμοδοσίας, προσωπικό καθαριότητας και άλλοι που έρχονται καθημερινά σε επαφή με αίμα και άλλα σωματικά υγρά έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εκτεθούν στον ιό και να αναπτύξουν λοίμωξη.

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος στο υγειονομικό προσωπικό είναι 3-10 φορές μεγαλύτερος απ' ό τι στον γενικό πληθυσμό και διαφέρει από γεωγραφική περιοχή σε περιοχή και από χώρα σε χώρα , αντικατοπτρίζει όμως τη συχνότητα των ορολογικών δεικτών στον αντίστοιχο γενικό πληθυσμό.

Εκτός της γεωγραφικής διάκρισης , άλλες μεταβλητές που είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για το υγειονομικό προσωπικό είναι:

- ❖ Η συχνότητα έκθεσης στο αίμα .
- ❖ Το τμήμα εργασίας .
- ❖ Η θέση στη δουλειά.
- ❖ Ο τύπος του νοσοκομείου.

Ο πιο σημαντικός παράγων απ' όλους είναι η συχνότητα επαφής με το αίμα.

Η συχνότητα των δεικτών της HB αυξάνει με την ηλικία και τα χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα και είναι μεγαλύτερη στο προσωπικό εκείνο που έχει συχνές ή μέτριες επαφές με το αίμα και η συχνότητα αυτή αυξάνει σταθερά με τα χρόνια παραμονής στο επάγγελμα , ενώ στο υπόλοιπο προσωπικό παραμένει σταθερή σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους απασχόλησης .

Η πλειονότητα όμως του νοσηλευτικού προσωπικού έχει μία_συνεχή επαφή με τους ασθενείς και είναι συχνά εκτεθειμένη στο αίμα και άλλα βιολογικά υγρά ώστε η HB να είναι ένας κίνδυνος που διατρέχει καθημερινά. Όσον αφορά τα τμήματα εργασίας , έρευνα απέδειξε ότι την μεγαλύτερη συχνότητα δεικτών HB την έχει:

- Το προσωπικό επειγόντων περιστατικών 27,9%.
- Το προσωπικό των χειρουργείων 25,2%
- Το οδοντιατρικό προσωπικό 15,4%
- Το προσωπικό φροντίδας οδοντιατρικών μονάδων 12,7%

Μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων ,μεγάλη έρευνα έδειξε ότι την πρώτη θέση κατέχουν οι νοσηλευτές (36%) και οι γιατροί (11%) ενώ το προσωπικό καθαριότητας, τράπεζας αίματος και εργαστηρίων και τεχνικοί είναι επίσης σε υψηλό κίνδυνο(18%). Ο κίνδυνος της ηπατίτιδας Β μπορεί να διαφέρει ανάλογα και με τον τύπο του νοσοκομείου.

Ηπατίτιδα δ : Ο ιός της ηπατίτιδας δ (HDV)εξαρτάται άμεσα από την παρουσία του HBV για την ανάπτυξη και τον πολλαπλασιασμό του. Αυτό υποδηλώνει ότι η προφύλαξη έναντι του ιού Β ,προφυλάσσει ταυτόχρονα και από τον κίνδυνο μόλυνσης με τον ιό HDV.

Εντερικά μεταδιδόμενη μορφή ΜΑΜΒ ηπατίτιδας (Ηπατίτιδα Ε)

Η ηπατίτιδα αυτή χαρακτηρίζεται σαν η πιο σημαντική ιογενής νόσος του ήπατος . Αυτό το επιβεβαιώνει το γεγονός ότι το 90% περίπου των ηπατίτιδων που προέρχονται από μετάγγιση αίματος ανήκουν στην ηπατίτιδα ΜΑΜΒ. Λόγω του τρόπου μετάδοσης της είναι προφανές ότι η προφύλαξη της έχει σχέση με τους κανόνες ατομικής και δημόσιας υγιεινής .Όπως και στην ηπατίτιδα Α , ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην αποχέτευση και το δίκτυο ύδρευσης .

Επαγγελματική Νομοθεσία όσον αφορά την ηπατίτιδα.

Σ' όλες τις χώρες είναι γνωστά από τη βιβλιογραφία ότι υπολείπεται η επαγγελματική νομοθεσία , πολύ περισσότερο δε στη χώρα μας .

Ο οργανισμός επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας στις Η.Π.Α από το 1991 υποχρεώνει δια νόμου την εργοδοσία να παρέχει το εμβόλιο της ηπατίτιδας Β σε όλους τους απασχολούμενους που έχουν επαγγελματική έκθεση. Σαν επαγγελματική έκθεση προσδιορίζεται η επαφή σωματικών υγρών με το δέρμα , το μάτι ή τους βλεννογόνους ή παρεντερική επαφή με αίμα ή άλλα δυνητικά λοιμογόνα υλικά και αυτό καθορίζεται από τις απασχολήσεις των εργαζομένων.

Στη Γαλλία παρόμοια νομοθετική ρύθμιση πέρασε τον Ιανουάριο του 1991 όπου κάθε εργαζόμενος σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο που εκτίθεται στον κίνδυνο της μόλυνσης πρέπει να εμβολιάζεται.

Εντούτοις Γαλλία και Η.Π.Α είναι μόνο δύο χώρες όπου η νομοθεσία επιμένει στον υποχρεωτικό εμβολιασμό των εργαζομένων και στην προσφορά του εμβολίου από την εργοδοσία .

Άλλες χώρες έχουν διάφορες ρυθμίσεις και στρατηγικές όχι όμως στο επίπεδο της νομοθεσίας και συχνά δεν επιτυγχάνουν .

Προληπτικά ο εμβολιασμός συνίσταται για τα άτομα υψηλού κινδύνου καθώς και σε άτομα που ήδη έχουν εκτεθεί στον ιό όπως :

- Έμβρυο που γεννήθηκε από μητέρα που έχει τον ιό.
- Άτομο που ο βλεννογόνος ή ο υποδόριος ιστός ήλθε σε επαφή με αίμα θετικό για Β λοιμώδη ηπατίτιδα.
- Άτομο που έχει σεξουαλική επαφή με πάσχοντα από λοιμώδη ηπατίτιδα Β.

Στα άτομα που έχουν εκτεθεί στον ιό συνίσταται η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης.

Ειδικότερα στα μέτρα πρόληψης , κατά την περιγεννητική περίοδο οι γυναίκες και ιδιαίτερα αυτές στην κατηγορία υψηλού κινδύνου πρέπει να εξετάζονται για την παρουσία του αντιγόνου επιφάνειας του ιού.

Σε άτομο που μολύνθηκε με βελόνες με δείγμα εξ ασθενούς με ιογενή ηπατίτιδα Β ,με έγχυση ορού ή άλλου υγρού μολυσμένου από τον ιό Β στον επιπεφυκότα των οφθαλμών ή στους βλεννογόνους , το είδος της πρόληψης θα εξαρτηθεί από το αν το άτομο είχε πριν εμβολιασθεί κατά της νόσου ή όχι. Άλλοι παράγοντες που θα επηρεάσουν τα προληπτικά μέτρα είναι εάν είναι γνωστό ότι το άτομο είναι θετικό για αντιγόνο της επιφάνειας του ιού. Εάν όχι εκτιμάται να ανήκει σε κατηγορία ψηλού ή χαμηλού κινδύνου.

Σήμερα πολλές στρατηγικές εμβολιασμού βασίζονται στην αποδοχή του σχετικού κινδύνου που κατηγοριοποιεί το ρίσκο σαν υψηλής , μέσης και χαμηλής σπουδαιότητας .

Στην Ευρωπαϊκή διάσκεψη για την ηπατίτιδα σαν επαγγελματική νόσο στην Γενεύη τον Δεκέμβρη του 1990 εξήχθη το πόρισμα ότι η επιμονή της ηπατίτιδας στους επαγγελματίες υγείας οφείλεται πιο πολύ στις ατέλειες και στην ποικιλομορφία των προγραμμάτων εμβολιασμού. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η αδυναμία νομοθετικής ρύθμισης η οποία θα υποχρεώνει τους εργοδότες να προσφέρουν δωρεάν τους εμβολιασμούς στους απασχολούμενους που εκτίθενται σε υψηλό σχετικό ή απόλυτο κίνδυνο μόλυνσης εκ της ηπατίτιδας .

Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (AIDS)

Οι πρόοδοι στην προληπτική και θεραπευτική αντιμετώπιση των επικρατέστερων λοιμώξεων συνέβαλαν στην εκρίζωση των κλασικών επιδημικών νοσημάτων.

Αντίθετα, οι καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα και άλλες παθήσεις που έχουν σχέση με τις νέες συνθήκες διαβίωσης και διατροφής έχουν απορροφήσει αποκλειστικά το ενδιαφέρον όσων ασχολούνται με τα υγειονομικά προβλήματα.

Επίσης οι ευκαιριακές λοιμώξεις απέκτησαν σημασία στη καθημερινή μας ζωή. Πολλοί παράγοντες συνέβαλαν σε αυτό όπως η παράταση της ζωής, οι επιθετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, η ευρύτατη χρήση ακτινοβολιών, κυτταροστατικών, ή άλλων ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Η ξαφνική εμφάνιση της επιδημίας του AIDS ανέτρεψε τις πεποιθήσεις ότι τα λοιμώδη νοσήματα ανήκουν στο παρελθόν.

Το AIDS αποτελεί κλασικό παράδειγμα νεοφανούς λοιμώδους νοσήματος που οφείλεται σε λοιμογόνο παράγοντα που δεν προϋπήρχε. Ο αιτιολογικός παράγοντας απομονώθηκε, μελετήθηκε και ονομάστηκε ανθρώπινος ιός της ανοσοανεπάρκειας (Human Immunodeficiency Virus, HIV).

Σήμερα το AIDS έπαυσε να αποτελεί αξιοπερίεργο ιατρικό φαινόμενο. Γρήγορα συνειδητοποιήθηκε ότι δεν αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας ορισμένων μόνο περιοχών της γης ή ορισμένων μόνο ειδικών πληθυσμιακών ομάδων. Τώρα όλοι γνωρίζουν ότι είναι παγκόσμιο πρόβλημα υγείας.

Το 1981 μια νέα θανατηφόρα ασθένεια αναγνωρίζεται και περιγράφεται σε προηγούμενους υγιείς ομοφυλόφιλους στις Η.Π.Α. Οι αναδρομικές μελέτες έδειξαν ότι η νόσος άρχισε το 1978 στη Νέα Υόρκη όπου και το 1979 είχαν αναφερθεί 7 κρούσματα.

Επρόκειτο για το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

Η νόσος εξερράγη σαν νάρκη και μοιάζει με νάρκη ο ιός, στα θεμέλια του πολιτισμού, του έρωτα και της ζωής μας.

Είναι ρετροϊός που προσβάλλει τα T ή B λεμφοκύτταρα και ανιχνεύεται στα :

- ✓ Αίμα .
- ✓ Εκκρίσεις τραχήλου και κόλπου.
- ✓ Σπέρμα.
- ✓ Δάκρυα.
- ✓ Σάλια.
- ✓ Ούρα.
- ✓ Μητρικό γάλα.
- ✓ E.N.Y.
- ✓ Πλάσμα και παράγωγα.

Τρεις είναι οι τρόποι μεταδόσεως του ιού που προκαλεί το AIDS.

- Η σεξουαλική μετάδοση.
- Η μετάδοση με το αίμα που αφορά κυρίως τους τοξικομανείς που κάνουν ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών χρησιμοποιώντας την ίδια ,με τους φίλους τους, σύριγγα και βελόνα.
- Η μετάδοση από τη μολυσμένη μητέρα στο βρέφος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού .

Συμπτώματα :

- 1) Γενική κόπωση και ανεξήγητη αδυναμία .
- 2) Ανεξήγητο αδυνάτισμα και ταχύρυθμη απώλεια βάρους .
- 3) Επίμονη διάρροια.
- 4) Ανεξήγητος πυρετός με νυκτερινούς ιδρώτες.
- 5) Διάφορες ευκαιριακές λοιμώξεις .
- 6) Βήχας ασταμάτητος με πτύελα και δύσπνοια.
- 7) Διάφορες νευρολογικές ανωμαλίες .
- 8) Πρηξίματα στους αδένες .
- 9) Διάφοροι όγκοι, δερματικές παθήσεις
- 10) Ψυχιατρικές διαταραχές.

Ομάδες Υψηλού Κινδύνου.

- Ομοφυλόφιλοι – Αμφιφυλόφιλοι.
- Τοξικομανείς .
- Ιερόδουλες .
- Πολυμεταγγιζόμενοι –μεταγγισθέντες .
- Οι μη έχοντες σταθερό ερωτικό σύντροφο.
- Παιδιά ασθενούντων HIV μητέρων.
- Επαγγελματίες υγείας .
- Αστυνομικοί – Πυροσβέστες .
- Απληροφόρητοι –ανεύθυνοι ως προς τη συμπεριφορά – απρόσεκτοι.

Γενικές οδηγίες για τη νοσηλεία ασθενών με AIDS.

Για τους επαγγελματίες υγείας , που όπως προαναφέρθηκε ανήκουν στην ομάδα ατόμων υψηλού κινδύνου , είναι επιτακτική η λήψη αυστηρών μέτρων για την αποφυγή ιατρογενούς μετάδοσης. Τα μέτρα αυτά ταυτίζονται με εκείνα που εφαρμόζονται για την ηπατίτιδα Β. Συγκεκριμένα :

- ❖ Οι ασθενείς με AIDS λόγω της ανοσολογικής τους ανεπαρκείας χρειάζονται μέτρα προφύλαξης , όπως η απομόνωση από άλλους ασθενείς με λοιμώδη νοσήματα ή από το προσωπικό που έχει κάποια λοίμωξη .
- ❖ Το προσωπικό που νοσηλεύει ασθενείς με AIDS θα πρέπει να πλένει σχολαστικά τα χέρια του πριν και μετά από την άμεση επαφή με αυτούς τους ασθενείς .
- ❖ Πρέπει να αποφεύγονται οι τραυματισμοί ή νύξεις με αιχμηρά αντικείμενα ή και με εργαλεία μολυσμένα με υλικά ή εκκρίματα ή απεκκρίματα των ασθενών .Οι βελόνες μετά τη χρήση τους θα πρέπει να τοποθετούνται στους ιδικούς υποδοχείς , ώστε να αποφεύγεται πιθανή μόλυνση του λοιπού νοσηλευτικού και υπηρετικού προσωπικού.
- ❖ Γάντια και ιατρικές μπλούζες είναι απαραίτητα κατά την νοσηλεία των ασθενών και πρέπει να αλλάζονται αμέσως μετά .
- ❖ Το αίμα καθώς και τα εκκρίματα των ασθενών θα πρέπει να σημαίνονται με προειδιστοποιητικές ετικέτες.

- ❖ Υλικά ή αντικείμενα που έχουν μολυνθεί με εκκρίματα ασθενών πρέπει να τοποθετούνται σε ειδικά δοχεία όπου αναγράφεται η ανάγκη αποστείρωσης .Η αποστείρωση , ανάλογα με το υλικό, μπορεί να γίνεται με αποτέφρωση ή στο αυτόκαυστο.
- ❖ Ιατρικά όργανα ή λοιπά αντικείμενα που μπορεί να έχουν μολυνθεί πρέπει να απολυμαίνονται.

2.2ε . Φυματίωση

Η πνευμονική φυματίωση είναι μία ειδική πνευμονική λοίμωξη που προκαλείται από το οξεάντοχο μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Ο μικροοργανισμός προσβάλλει και άλλους ιστούς του σώματος ,όπως μήνιγγες ,νεφρούς ,οστά και λεμφαδένες .Στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική οι πνεύμονες είναι η συχνότερη θέση πρωτοπαθούς εισβολής. Το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης πολλαπλασιάζεται βραδέως και καταστρέφεται με θερμότητα , ηλιακή ακτινοβολία , ξηρότητα και υπεριώδη ακτινοβολία

Σε αντίθεση με τους περισσότερους λοιμογόνους παράγοντες ,το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης ,όταν εισβάλλει στο σώμα είναι πιθανό να παραμείνει ήρεμο για χρόνια μετά τον έλεγχο της αρχικής λοίμωξης από τις ανοσιακές δυνάμεις του ξενιστή. Αν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου ελαττωθεί η άμυνα του ξενιστή ,εξαιτίας κακής θρέψης ,ανοσοκαταστολής κλπ, το βακτηρίδιο αρχίζει να πολλαπλασιάζεται, προκαλώντας οποιαδήποτε από τις διάφορες μορφές φυματιώδους προσβολής .Αν ο οργανισμός αποδειχθεί ικανός να αναρρώσει από τη νόσο ,το βακτηρίδιο γίνεται πάλι αδρανές .

Η φυματίωση μεταδίδεται από άτομο με ενεργό φυματίωση που εκπέμπει σταγονίδια φέροντα το βάκιλο της φυματίωσης ,όταν μιλά βήχει φταρνίζεται ή τραγουδά .Ένα ευαίσθητο άτομο εισπνέει τα σταγονίδια και μολύνεται. Άτομα που κινδυνεύουν να πάθουν φυματίωση είναι:

1. Άτομα που ήρθαν σε στενή επαφή με κάποιον που έχει μεταδοτική μορφή φυματίωσης .
2. Άτομα των οποίων οι φυματινοαντιδράσεις δέρματος μετατράπηκαν πρόσφατα από αρνητικές σε πολύ θετικές .
3. Άτομα με μειωμένη αντίσταση εξαιτίας αλκοολισμού.
4. Ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε νοσηλευτήρια και έχουν επουλωμένες αδρανείς λοιμώξεις ,διαβήτη, κακοήθειες .
5. Άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία με ανοσοκατασταλτικά ή κορτικοστεροειδή .
6. Χρόνια αιμοκαθαιρόμενοι άρρωστοι .
7. Άστεγα , κακώς διατρεφόμενα άτομα και γενικά άτομα που ζουν κάτω από άθλιες κοινωνικές συνθήκες .
8. Άρρωστοι με AIDS.
9. Άτομα που έχουν προηγουμένως μολυνθεί .

Κατά τα τελευταία 30 χρόνια και μέχρι το 1985 στις ΗΠΑ σημειωνόταν ετήσια μείωση του αριθμού των αναφερόμενων περιπτώσεων φυματίωσης κατά 6%περίπου .Η τάση αυτή αναστράφηκε και μέχρι το 1992

σημειώθηκε αύξηση της τάξης του 20,1%. Η αύξηση της συχνότητας της φυματίωσης στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες θεωρείται ότι οφείλεται σε μεγάλο μέρος στα κρούσματα που παρουσιάζονται στους ασθενείς του AIDS στους οποίους προκαλεί μεγάλη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ταυτόχρονα έχουν εντοπισθεί μικρές επιδημίες πολυανθεκτικής φυματίωσης με χαρακτηριστικά την ενδονοσοκομειακή μετάδοση και την υψηλή θνησιμότητα. Συνήθεις πηγές μόλυνσης μπορεί να αποτελούν αδιάγνωστες περιπτώσεις αρρώστων με θετικούς οξεάντοχους βακίλους σε θετικές καλλιέργειες πτυέλων ή ακόμα και ασθενείς με αρνητικές καλλιέργειες πτυέλων.

Η φυματίωση θεωρείται ότι είναι ένα επαγγελματικό νόσημα για τους εργαζόμενους των νοσοκομείων. Η μόλυνση των εργαζόμενων μπορεί να συμβεί μετά από έκθεση σε αρρώστους με φυματίωση κατά τη διάρκεια της φροντίδας αυτών και κατά τη διάρκεια επεμβατικών τεχνικών όπως είναι η βρογχοσκόπηση, η διασωλήνωση, η μηχανική ή υποβοηθούμενη αναπνοή, η νεκροψία κ.α. Μελέτες έδειξαν ότι η διάρκεια έκθεσης στη βρογχοσκόπηση είναι 150 λεπτά, ότι μπορεί να συμβούν 249 μολύνσεις την ώρα όταν ο αερισμός του χώρου γίνεται με ρυθμό 1,5 αλλαγής την ώρα και ότι ανά 68,9 ft αέρα γίνεται μία μόλυνση με το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης. Ακόμα έδειξαν ότι ασθενείς με θετικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα μολύνουν ένα άτομο το μήνα και με αρνητικά πτύελα στο άμεσο παρασκεύασμα και με θετική καλλιέργεια αυτών, μολύνουν 0,2 άτομα το μήνα. Οι Riley και οι συνεργάτες τους σε μελέτη τους βρήκαν ότι για μία νοσηλεύτρια που εργάζεται σε ένα θάλαμο νοσηλείας με έξι κρεβάτια, όπου νοσηλεύονται ασθενείς με φυματίωση, θα χρειασθεί ένας χρόνος για να εισπνεύσει ένα μολυσματικό σωματίδιο και ότι ο αέρας ενός τέτοιου δωματίου περιέχει ένα μολυσματικό σωματίδιο ανά 12.000ft.

Οι London και Roberts βρήκαν ότι ασθενείς που έβηχαν περισσότερο από 48 φορές κάθε νύχτα προκαλούσαν μόλυνση στα άτομα που είχαν επαφή σε ποσοστό 48%. Η μετάδοση της φυματίωσης οφείλεται σε συγκέντρωση των πυρήνων των μολυσματικών σταγονιδίων στον αέρα του δωματίου. Οι πυρήνες των σταγονιδίων παραμένουν στον αέρα και αποτελούν πηγή μόλυνσης μέχρις ότου απομακρυνθούν διασκορπισθούν ή αδρανοποιηθούν. Μελέτες του London και των συνεργατών του έδειξαν ότι κάτω από κανονικές συνθήκες θερμοκρασίας και υγρασίας το 60-70% των εκπνεόμενων βακίλων της φυματίωσης επιβίωσαν για 3 ώρες, το 48-56% για 6 ώρες και το 28-32% για 9 ώρες. Επειδή οι άνθρωποι εισπνέουν 18 lt αέρα /ώρα η πιθανότητα να μολυνθεί κάποιο άτομο κατά τη διάρκεια έκθεσης μιας ώρας μπορεί να υπολογισθεί ότι κυμαίνεται ανάμεσα στον 1/4 και στον 1/600.

Το Centers for Disease Control (CDC) και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εφιστούν τη λήψη άμεσων και ουσιαστικών μέτρων για τη πρόληψη της μετάδοσης της φυματίωσης στο προσωπικό.

Τα μέτρα πρόληψης είναι :

1. Αυστηρή απομόνωση του αρρώστου .
2. Έγκαιρη διάγνωση και έναρξη θεραπείας .
3. Εφαρμογή συστημάτων αερισμού.
4. Φίλτρα HEPA.
5. Υπεριώδης ακτινοβολία .
6. Αναπνευστική προστασία ,ειδικοί αναπνευστήρες .
7. Λειτουργία ιατρείου προληπτικής ιατρικής του προσωπικού
8. Αποστείρωση , απολύμανση και καθαρισμός .

2.2. στ. Ψυχολογικά Προβλήματα

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) ,<<Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους φυσικής ,ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας >>.

Παρόλο που ο ορισμός της υγείας είναι εύκολος και γενικά αποδεχτός , ο ορισμός της ψυχικής υγείας είναι αρκετά δύσκολο να δοθεί και συχνά έχει υπάρξει αντικείμενο μακρών συζητήσεων. Αυτό που διαφοροποιεί το φυσιολογικό από το παθολογικό εξαρτάται από την ένταση κάποιων ψυχικών μηχανισμών , από τη δυνατότητα ευελιξίας και από τις επιπτώσεις των διαταραχών στην ψυχική εξέλιξη του ατόμου. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει και διαμορφώνει το επίπεδο υγείας είναι η εργασία .

Η εργασία επιδρά στην υγεία ,όχι μόνο στο στενό εργασιακό περιβάλλον ,αλλά και μέσω των ευρύτερων περιβαλλοντικών συνθηκών που συναρτώνται από αυτή και της κοινωνικής οργάνωσης που αυτή προσδιορίζει. Με άλλα λόγια η υγεία επηρεάζει την δυνατότητα για εργασία και η εργασία επηρεάζει το επίπεδο υγείας, είτε ασκώντας βλαπτική επίδραση είτε προάγοντας την. Χαρακτηριστικό παράδειγμα βλαπτικής επίδρασης της εργασίας στην υγεία είναι το επαγγελματικό stress.

Όταν αυτά που δίνει και ζητά ο επαγγελματίας δεν συμπίπτουν με όσα απαιτεί και προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον , τότε εμφανίζεται ένα χάσμα ,μία ανισορροπία και αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων που συμβάλλουν σε ένα χρόνια στρες , το οποίο προοδευτικά οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση.

Επαγγελματικό stress και εξουθένωση.

Ο όρος <<επαγγελματική εξουθένωση>>(professional burnout) εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1974 όταν ο Freud Berger περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης που παρατήρησε σε εθελοντές και επαγγελματίες που παρείχαν υπηρεσίες στο χώρο της ψυχικής υγείας

Ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης διατυπώθηκε από την Maslach. Η Maslach περιέγραψε ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης , στα πλαίσια του οποίου ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους αρρώστους ή πελάτες , παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό

του. Σύμφωνα με τις Maslach και Jackson (1986) οι τρεις κυριότεροί παράγοντες που διακρίνουν την επαγγελματική εξουθένωση είναι :

➤ Η συναισθηματική εξάντληση που εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του επαγγελματία που δε διαθέτει πλέον την απαιτούμενη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του.

➤ Η απροσωποποίηση, που εκδηλώνεται με την απομάκρυνση τους από τους αρρώστους και την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους και

➤ Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων που εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης και την παραίτησή του από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών.

Τα συμπτώματα της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας εκδηλώνονται ,εκτός από οργανικό ,κοινωνικό και σε ψυχικό επίπεδο.

Οι συναισθηματικές ενδείξεις της εξουθένωσης περιλαμβάνουν μία υποκειμενική αίσθηση ψυχικής εξάντλησης ,που συνοδεύεται από άγχος και κατάθλιψη. Αποθαρρυσμένος και με χαμηλή αυτοεκτίμηση , ο επαγγελματίας της υγείας πιστεύει ότι δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει τόσο στις προσωπικές του προσδοκίες όσο και σε εκείνες που θέτει ο χώρος εργασίας . Κάθε καινούριος άρρωστος που εισάγεται στο Τμήμα γίνεται αντιληπτός στον επαγγελματία υγείας ως <<βάρος >>. Η στάση του και η συμπεριφορά του γίνονται απρόσωπες. Αποφεύγει να δεθεί συναισθηματικά και μερικές φορές γίνεται κυνικός , ειρωνικός και απότομος .

Στην ουσία η συμπεριφορά αυτή λειτουργεί ως αυτοπροστασία , όταν το στρες και η συναισθηματική φορτίσει που ο επαγγελματίας βιώνει στο χώρο εργασίας υπερβαίνουν τα αποθέματα του παρ' όλα αυτά συχνά παρερμηνεύεται ως έκφραση ψυχρότητας και αδιαφορίας . Ο επαγγελματίας με τη σειρά του νιώθει ενοχές , πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία και την ανθρωπιά και αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα τόσο για τον εαυτό του όσο και για ασθενείς και συναδέλφους . Καταλήγει άλλοτε να συγκρούεται μαζί τους και άλλοτε να απομονώνεται και να κλείνεται στον εαυτό του. Οι σχέσεις τους διαταράσσονται .

Άλλες χαρακτηριστικές ενδείξεις της επαγγελματικής εξουθένωσης περιλαμβάνουν την δυσκολία του εργαζόμενου να συγκεντρωθεί στη δουλειά , την τάση να ξεχνάει , να παραβλέπει σημαντικά κλινικά συμπτώματα και να είναι επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις. Συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί και διακατέχεται από μία τάση φυγής. Μεγάλο ποσοστό από τις αναρρωτικές άδειες οφείλονται σε ψυχολογικά αίτια .

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης του επαγγελματία της υγείας έχουν αντίκτυπο και στην προσωπική και στη κοινωνική του ζωή ,με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα και να ελαττώνεται η σεξουαλική διάθεση του.

Αίτια επαγγελματική εξουθένωσης.

Όπως προαναφέρθηκε, στο εργασιακό χώρο συχνά αναπτύσσονται στρεσογόνες καταστάσεις οι οποίες επιδρούν αρνητικά στον εργαζόμενο σε σωματικό αλλά και σε ψυχικό επίπεδο οδηγώντας τον συχνά στο γνωστό << burnout >>.

Σύμφωνα με την Vachon (1987)ο βαθμός του στρες που βιώνει ο εργαζόμενος στο χώρο της δουλειάς εξαρτάται από ένα σύνολο μεσολαβητικών παραγόντων οι οποίοι αυξάνουν ή μειώνουν την αντίστασή του στο στρες. Οι μεσολαβητικοί αυτοί παράγοντες περιλαμβάνουν :

1. ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία , φύλο , οικογενειακή κατάσταση)
2. ενδοατομικούς παράγοντες (προσωπικότητα ,κίνητρα, επιθυμίες)
3. διαπροσωπικούς παράγοντες (υποστηρικτικό δίκτυο)
4. κοινωνικο-πολιτισμικούς παράγοντες (φιλοσοφία εργασίας, κοινωνικές αναπαραστάσεις σχετικά με την αρρώστια το θάνατο κ.α) .

Παρόλο που τα σύγχρονα μοντέλα επιδιώκουν να κατανοήσουν το φαινόμενο της εξουθένωσης λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων , μερικοί επιστήμονες επικεντρώνουν τις μελέτες τους στις στρεσογόνες και αντίξοες συνθήκες εργασίας. Από τους εργασιακούς παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της εξουθένωσης είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ,η έλλειψη προσωπικού , το εξαντλητικό ωράριο , η ασάφεια όσον αφορά το ρόλο που αναλαμβάνει ο εργαζόμενος , η άκαμπτη και αυταρχική διοίκηση , η έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, οι αυξημένες απαιτήσεις των αρρώστων και των οικογενειών τους καθώς και η συχνή έκθεση του επαγγελματία της υγείας στον θάνατο των ασθενών.

Στις μελέτες έχει περιληφθεί και το στρες που βιώνει το προσωπικό υγείας το οποίο δουλεύει κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας. Συγκεκριμένα υπάρχουν Μονάδες ή Τμήματα που νοσηλεύουν ασθενείς με αυξημένες ανάγκες φροντίδας όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας ,τα ογκολογικά νοσοκομεία ,τα ψυχιατρικά τμήματα ,τα τμήματα όπου νοσηλεύονται ασθενείς που πάσχουν από AIDS κ.α.

Άλλοι επιστήμονες τονίζουν την ιδιαίτερη σημασία των ατομικών παραγόντων στη δημιουργία επαγγελματικής εξουθένωσης. Υποστηρίζουν ότι εξαρτάται από τον τρόπο που ο επαγγελματίας ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, από τα κίνητρα που τον ωθούν να εργαστεί στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας, από τις προσδοκίες που έχει και από άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Η Kobason και οι συνεργάτες της υποστηρίζουν ότι οι εργαζόμενοι που διακρίνονται από ανθεκτικότητα στο στρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν πρόβλημα υγείας λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε μια σημαντική μελέτη για να προσδιοριστούν οι ατομικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτριών που εργάζονται σε Ογκολογικά και Γενικά νοσοκομεία Αθηνών.(Papadatou, Anagnostopoulou & Manos, 1994). Βάσει των δεδομένων που συγκέντρωσαν οι ερευνητές σε δείγμα 443 νοσηλευτριών παρατήρησαν ότι ο βαθμός εξουθένωσης των νοσηλευτριών που φρόντιζαν αρρώστους με καρκίνο δεν διαφέρει από το βαθμό που βιώνουν οι νοσηλεύτριες που εργάζονται σε Γενικά Νοσοκομεία. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν πολύ περισσότερο από τις συνθήκες εργασίας και τους δημογραφικούς παράγοντες, στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλεύτριες που ήταν περισσότερο ευάλωτες στην εξουθένωση είχαν χαμηλότερη <<ανθεκτικότητα στο στρες >>, ενώ η ικανοποίηση που περίμεναν ότι θα αντλήσουν από τη δουλειά τους τον καιρό του διορισμού τους, διαψεύστηκε στη συνέχεια.

Μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης .

Συχνά επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας της υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει, αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα <<λειτουργήμα>>. Η πεποίθηση αυτή ενισχύει το μύθο της παντοδυναμίας του και παραδόξως τον καθιστά ιδιαίτερα ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης προϋποθέτουν την αμφισβήτηση αυτής της πεποίθησης και την αναγνώριση ότι για να μπορέσει να φροντίσει και να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, ο επαγγελματίας της υγείας πρέπει να φροντίζει παράλληλα τον εαυτό του. Η καθημερινή αντιμετώπιση της αρρώστιας, της αναπηρίας, του πόνου και του θανάτου των αρρώστων τον καθιστούν ευάλωτο.

Βέβαια υπάρχουν ορισμένες προτάσεις για ατομικές και οργανωτικές παρεμβάσεις που η εφαρμογή τους μπορεί να οδηγήσει σε ποιοτική εργασία. Τέτοιες παρεμβάσεις είναι :

1. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων που δηλώνουν ότι ο εργαζόμενος βιώνει στρες και που αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας στη βιοψυχοκοινωνική υπόσταση του ατόμου που καλείται να αναθεωρήσει ορισμένες επιλογές και συνήθειες που είχε υιοθετήσει στη ζωή του.

2. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας από αυτόν, τους αρρώστους, τη σχέση του με συναδέλφους και προϊσταμένους.

3. Η αναζήτηση υποστήριξης τόσο από φίλους και συνεργάτες όσο και από επαγγελματίες της ψυχικής υγείας, μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση της εξουθένωσης. Παρόλα αυτά, συχνά τα μέλη του προσωπικού υγείας, ενώ παρέχουν στους αρρώστους υποστήριξη δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται βοήθεια για τον εαυτό τους.

4. Επιστήμονες τονίζουν ότι για την ψυχική ισορροπία του εργαζόμενου σημαντική είναι η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες που του παρέχουν τη δυνατότητα να εκτονωθεί, να δημιουργήσει και να ξεφύγει από τη καθημερινή ρουτίνα.

5. Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επαρκής ανάπαυση συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

6. Η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή η αλλαγή χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου καθώς ο επαγγελματίας νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό /διοικητικό επίπεδο.

1. Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στη κατάλληλη θέση αυξάνει τις πιθανότητες απόδοσής του αλλά και της παροχής ποιοτικής φροντίδας. Για αυτό και κάθε χώρος εργασίας είναι σημαντικό να θεσπίζει σαφή κριτήρια για την πρόσληψη προσωπικού.

2. Η δημοκρατική διοίκηση συμβάλλει τόσο στη πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο τμήμα που διοικείται δημοκρατικά αναπτύσσονται σχέσεις αμοιβαίου σεβασμού, αναγνωρίζεται ο ρόλος του καθενός και προωθείται η συνεργασία ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας.

3. Η πολυμορφία στην εργασία είναι απαραίτητη κυρίως στα τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ. Η συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα, η παρακολούθηση σεμιναρίων, η διδασκαλία συμβάλλουν στην πολυμορφία της εργασίας του επαγγελματία .

4. Η δυνατότητα <<διαλειμμάτων >>και <<ειδικών >>αδειών μετ' αποδοχών.

5. Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν σημαντικό κίνητρο και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους .

6. Η λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης .

7. Η λειτουργία στο νοσοκομείο ειδικών χώρων διασκέδασης και ψυχαγωγίας ,γνωστών στο εξωτερικό ως <<humor rooms>>. Το πρώτο <<humor room >> άνοιξε το 1980 στην ογκολογική μονάδα του νοσοκομείου st. Joseph στο Χιούστον. Είναι ένας χώρος ειδικά διαμορφούμενος όπου ασθενείς , οικογένεια και προσωπικό μπορούν να κάνουν ένα διάλειμμα από τη <<σοβαρή δουλειά>> της ασθένειας. Άλλωστε το χιούμορ δε βοηθά μόνο τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας για μείωση του στρες και του <<burn out >>, καθώς και για να δυναμώσει τις εργασιακές σχέσεις .Οι άνθρωποι που μπορούν να γελούν μαζί μπορούν και να εργάζονται και να κάνουν τα πάντα μαζί .

8. Η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης συμβάλλουν στην απόκτηση εξειδικευμένων γνώσεων και ιατρονοσηλευτικών και ψυχολογικών δεξιοτήτων .Οι γνώσεις βοηθούν στη κατανόηση των αντιδράσεων του αρρώστου ,της οικογένειας και των μελών του προσωπικού και συμβάλλουν στην επικοινωνία .

Συμπερασματικά,για να μπορέσει ο επαγγελματίας να φροντίσει αποτελεσματικά τους αρρώστους είναι βασικό πρώτα να 'μάθει' να φροντίζει τον εαυτό του .

ΚΕΦ.3 Η ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ ΜΑΣ

3.1. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Παραγωγή και απόδοση στον τομέα της υγείας

Το προϊόν υγεία ή η παραγωγή ιατρικής περίθαλψης, προκειμένου να μετρηθεί και να γίνει συγκρίσιμη μέσα στο χρόνο, ταυτίζεται με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας άσχετα με το τελικό τους αποτέλεσμα. Καταβάλλεται έτσι προσπάθεια να ποσοτικοποιηθούν, δηλαδή να μετρηθούν οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, οι νοσηλευθέντες ασθενείς, οι χειρουργικές επεμβάσεις κ.α.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που είναι η βασικότερη παράμετρος για τη βελτίωση και ίαση της ασθένειας, λόγω των σημαντικών προβλημάτων επακριβούς προσδιορισμού, άρα και της μέτρησης της, συνήθως αγνοείται. Υπάρχουν αξίες που δεν αποτιμούνται τόσο εύκολα αλλά ούτε και μπορούν να αποδοθούν αναλογικά στους αίτιους των υπηρεσιών υγείας, όπως της διάσωσης ή μη της ανθρώπινης ζωής, του ανθρώπινου πόνου και της ευχαρίστησης λόγω βελτιωμένης υγείας κ.α.

Καταβάλλεται παρ' όλα αυτά μεγάλη προσπάθεια να καταμετρηθούν κάποια ποιοτικά χαρακτηριστικά όπως ο αριθμός των πλήρως ιαθέντων ασθενών, των βελτιούμενων και μέχρι ποίου βαθμού, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών αλλά και των συγγενών τους από τις υγειονομικές υπηρεσίες ο χρόνος αναμονής για λίστες χειρουργικών επεμβάσεων, εργαστηριακών εξετάσεων, ή ακόμα και εισαγωγής τους στα διάφορα υγειονομικά τμήματα. Την προσπάθεια αυτής της ποιοτικής αξιολόγησης, λόγω αδυναμιών στη σωστή και ομόφωνη εκτίμηση αξιών και άλλων παραμέτρων, μπορούμε να προσπεράσουμε προσωρινά με την ποσοτική περιγραφή και καταμέτρηση των παραγόμενων υπηρεσιών, προκειμένου να πετύχουμε τη συνεχή, βαθμιαία παραγωγικότερη και λιγότερο δαπανηρή λειτουργία του υγειονομικού τομέα της οικονομίας. Προκειμένου να επιτευχθεί η ποσοτική αξιολόγηση ιατρικών τμημάτων, νοσηλευτικών ιδρυμάτων, προσωπικού, υπηρεσιών υγείας, κ.α., χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες. Πρόκειται για Στατιστικούς Οικονομικοϊατρικούς όρους, που σε αντιπαραβολή δείχνουν την ύπαρξη ή μη της παραγωγικότητας.

Για την αξιολόγηση της απόδοσης μιας νοσηλευτικής μονάδας ή ενός νοσηλευτικού τμήματος ή μιας Υγειονομικής Περιφέρειας, χρησιμοποιούμε συνήθως τους κάτω δείκτες ,που εμφανίζουν την χρήση και αξιοποίηση των κρεβατιών νοσηλείας ,του προσωπικού τους ,τις συνολικές δαπάνες κ.α.

Δείκτες που αφορούν νοσηλευτικές μονάδες.

Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ):είναι η μέση διάρκεια σε ημέρες παραμονής και νοσηλείας στη μονάδα ή στο τμήμα που νοσηλεύεται ένας ασθενής ,σε ένα χρονικό διάστημα που συνήθως είναι το ημερολογιακό έτος. Όσο μειώνεται η ΜΔΝ τόσο παραγωγικότερη γίνεται η μονάδα ή το τμήμα .

Νοσηλευθέντες ανά κλίνη (ΝΑΚ) είναι το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα , ανά νοσηλευτικό κρεβάτι μιας μονάδας ή νοσηλευτικού τμήματος.

Ποσοστό επικάλυψης κλινών (ΠΕΚ) είναι η μέση ποσοστιαία αναλογία των κρεβατιών που χρησιμοποιήθηκαν σε ορισμένο χρονικό διάστημα , συνήθως το έτος .

Μέση αδράνεια κλίνης (ΜΑΚ) είναι η μέση χρονική διάρκεια που παραμένει κενό ένα κρεβάτι ,δηλαδή από τη στιγμή που αδειάζει μέχρι τη στιγμή που ξανά γεμίζει από τον επόμενο ασθενή .

Νοσηλευθέντες ασθενείς ανά προσωπικό (ΝΑΠ) είναι οι νοσηλευθέντες ασθενείς που αναλογούν σε κάθε εργαζόμενο γιατρό ,νοσηλευτή, παραϊατρικό προσωπικό.

Προσωπικό ανά κλίνη (ΠΑΚ) είναι ο αριθμός του προσωπικού που αναλογεί σε κάθε νοσοκομειακό κρεβάτι.

Νοσηλευτικό ανά Ιατρικό προσωπικό (ΝΑΙ) ο αριθμός των νοσηλευτών που αντιστοιχεί σε ένα γιατρό.

3.2. Παραγωγικοί δείκτες στο ΠΑΓΝΗ

Στα πλαίσια του ερευνητικού μέρους της εργασίας αυτής θεωρήθηκε σκόπιμη , η αναζήτηση στοιχείων που να παρουσιάζουν τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου, για το νοσηλευτικό προσωπικό τα τελευταία χρόνια .

Από τα στοιχεία που μας δόθηκαν από το γραφείο Στατιστικής του νοσοκομείου όσο και από το γραφείο προσωπικού , οδηγούμαστε σε σαφή συμπεράσματα.

Έτσι λοιπόν, βλέπουμε αρχικά ότι από το 1989 που το ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. διέθετε 63 κλίνες , έφτασε το 1990 στις 275 και από τότε μέχρι σήμερα σημειώθηκε αύξηση για να φτάσει το 2001 να διαθέτει 708 κλίνες .

Για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου σε νοσηλευτικό προσωπικό (ΠΕ. ΤΕ. ΔΕ. ΜΑΙΕΣ), η λειτουργία του ξεκίνησε με 164 νοσηλευτές και με μία μικρή , σταδιακή αύξηση να φτάσει το 2001 στους 612.

Από το σύνολο των νοσηλευτών , οι νοσηλευτές ΤΕ που εργάζονταν στο ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η. το '89 ήταν 86, το '90 έφτασαν τους 138 και από το '90 μέχρι το 2001 έφτασαν μόλις τους 349.

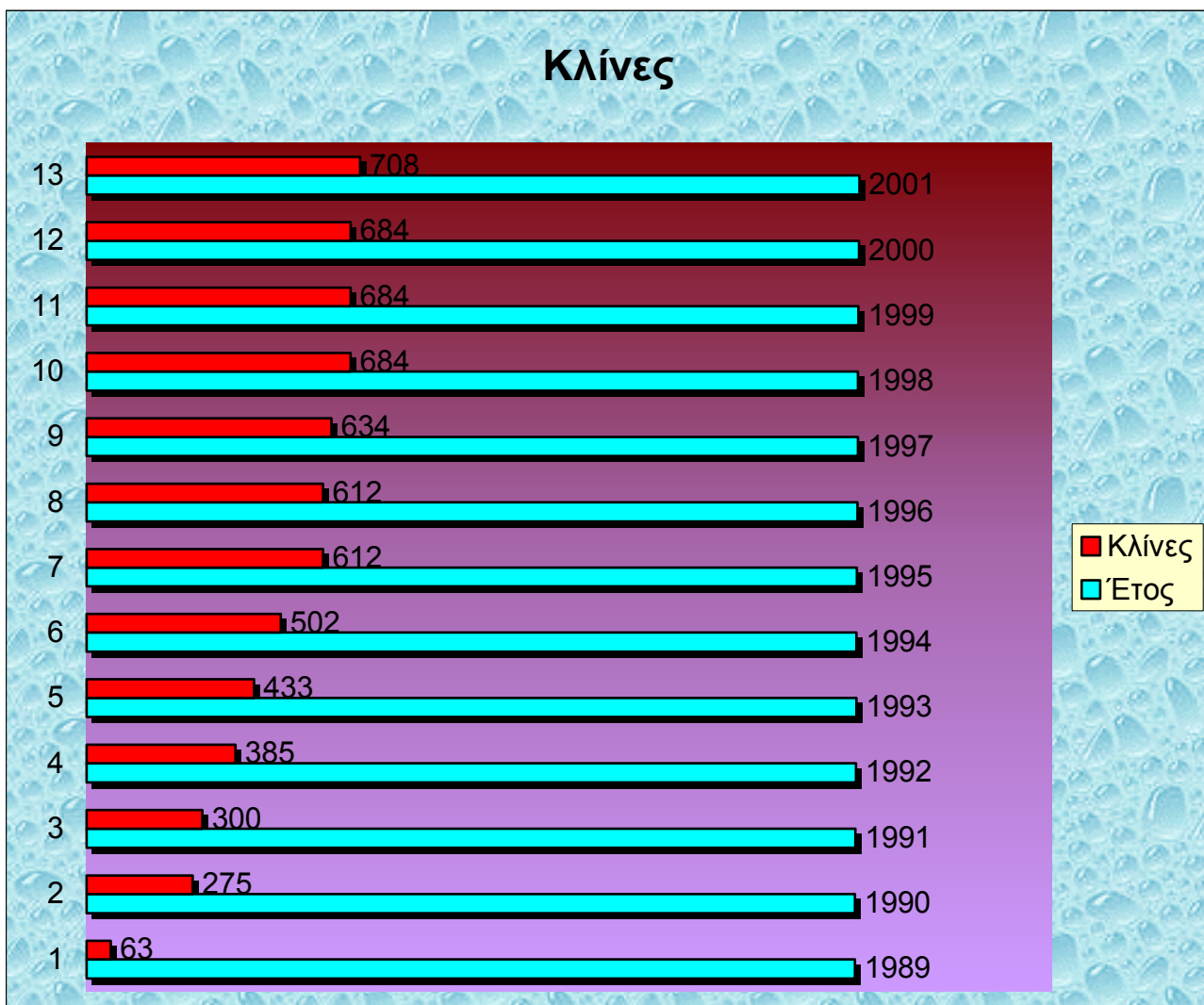
Ένας άλλος δείκτης που αξίζει να σημειωθεί είναι αυτός των νοσηλευθέντων ανά κλίνη, που από το '89 μέχρι σήμερα παρουσιάζει μία συνεχόμενη θα λέγαμε αύξηση , εκτός από κάποιες χρονιές όπου παρουσίασε μικρή πτώση .('97 -'98) καθώς και από το 2000 –2001(85,25-82,58)

Όσον αφορά τους νοσηλευθέντες ανά νοσηλεύτρια φαίνεται ο δείκτης να παρουσιάζει μια συνεχή αύξηση και από το 45,14 που ήταν το '91 να φτάνει το 95,54 μετά από μία δεκαετία.

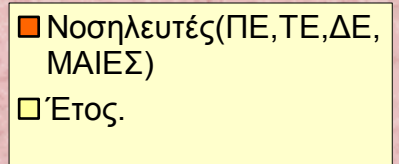
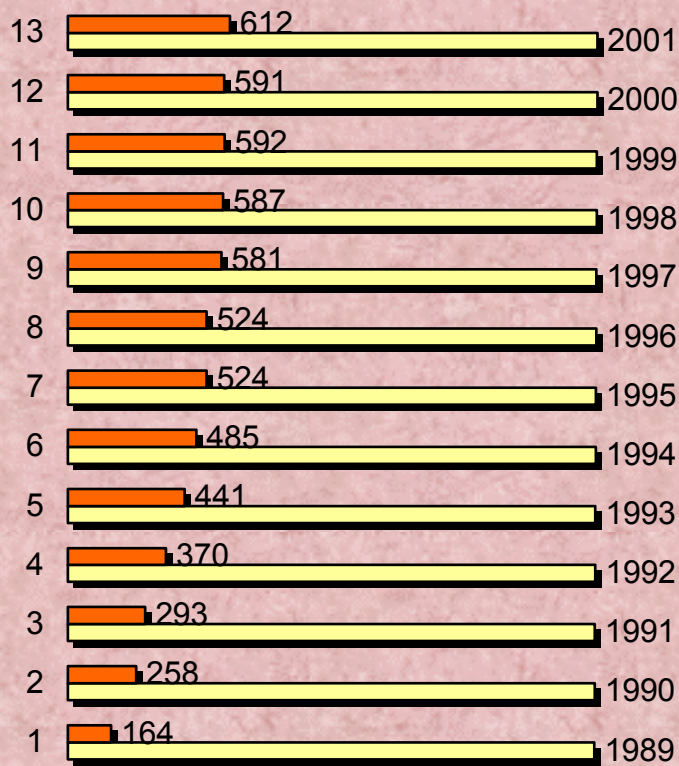
Ειδικότερα , για τους νοσηλευθέντες ανά νοσηλεύτρια ΤΕ παρατηρείται μία σταθερή αύξηση του δείκτη κατά την τελευταία δεκαετία και μόνο κατά το '00 -'01 είχαμε μικρή πτώση από το 172,9 σε 167,54.

Τέλος , όσον αφορά τους νοσηλευθέντες ανά νοσηλεύτρια ΤΕ ημερησίως , ο δείκτης επίσης παρουσιάζει αύξηση εκτός από το διάστημα 2000 –2001 όπου είχαμε μικρή πτώση της τάξεως του 0,09(1,79 –1,70).

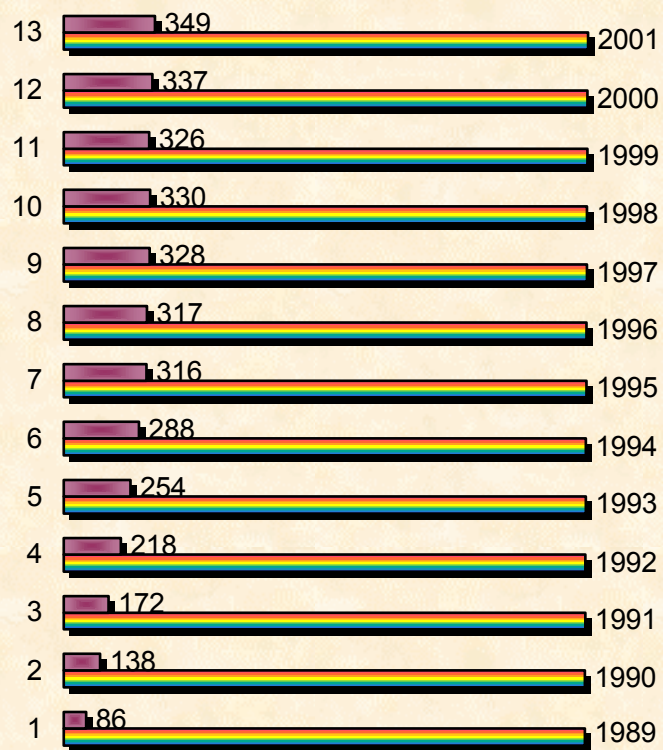
Κλίνες



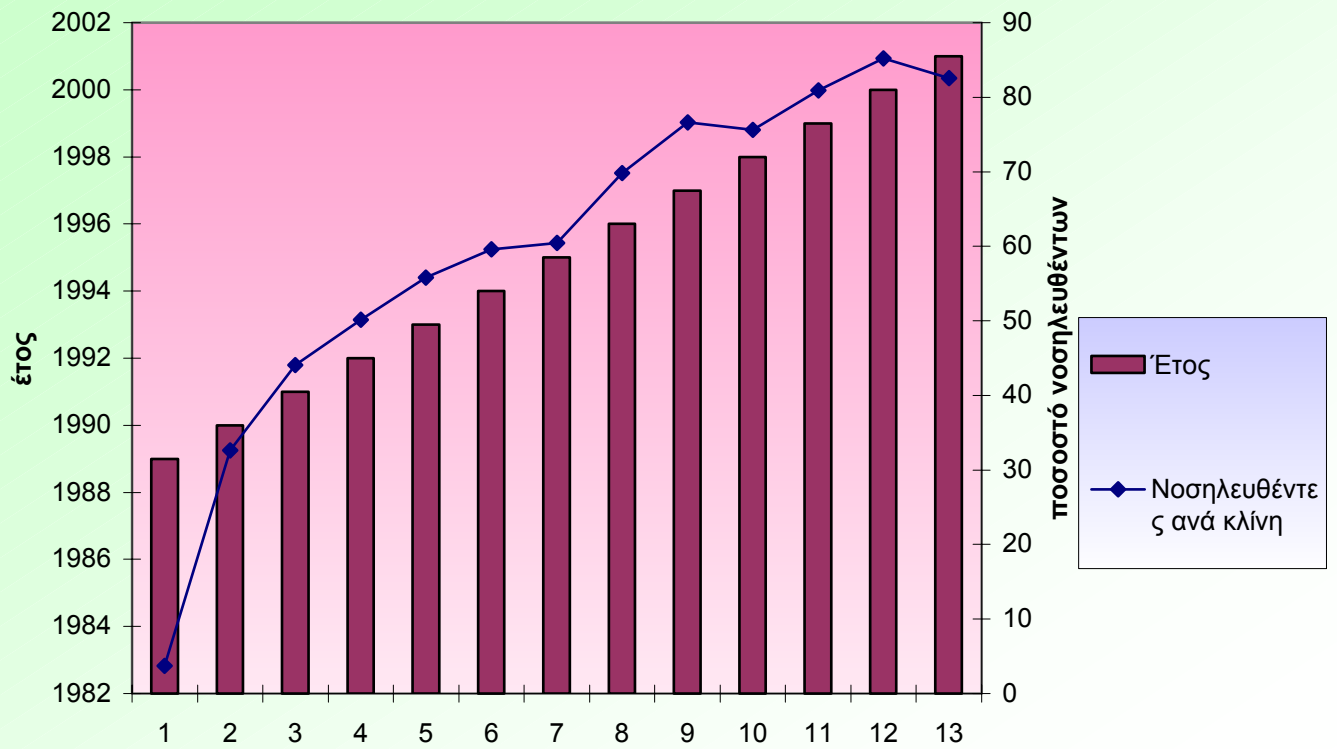
Νοσηλεύτες(ΠΕ,ΤΕ,ΔΕ,ΜΑΙΕΣ)



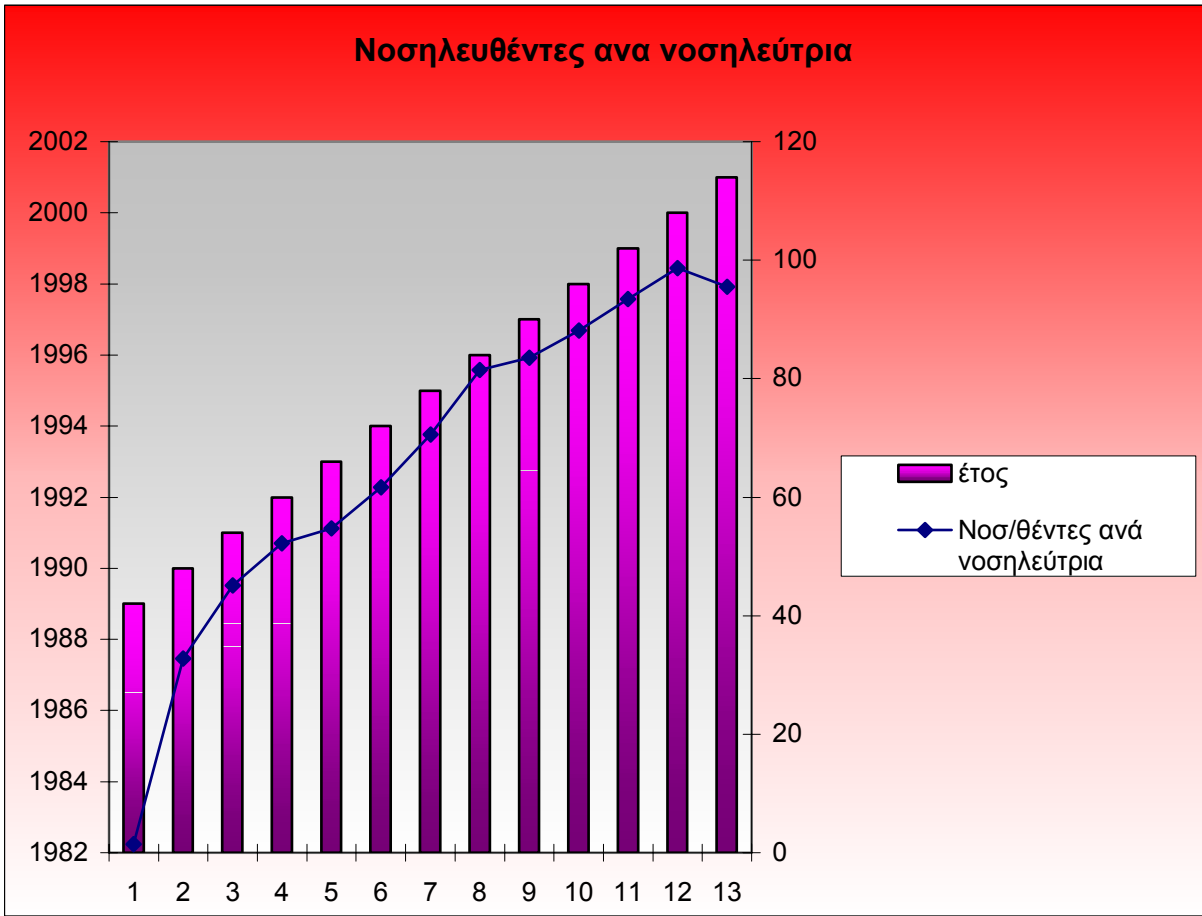
Νοσηλευτές(ΤΕ)



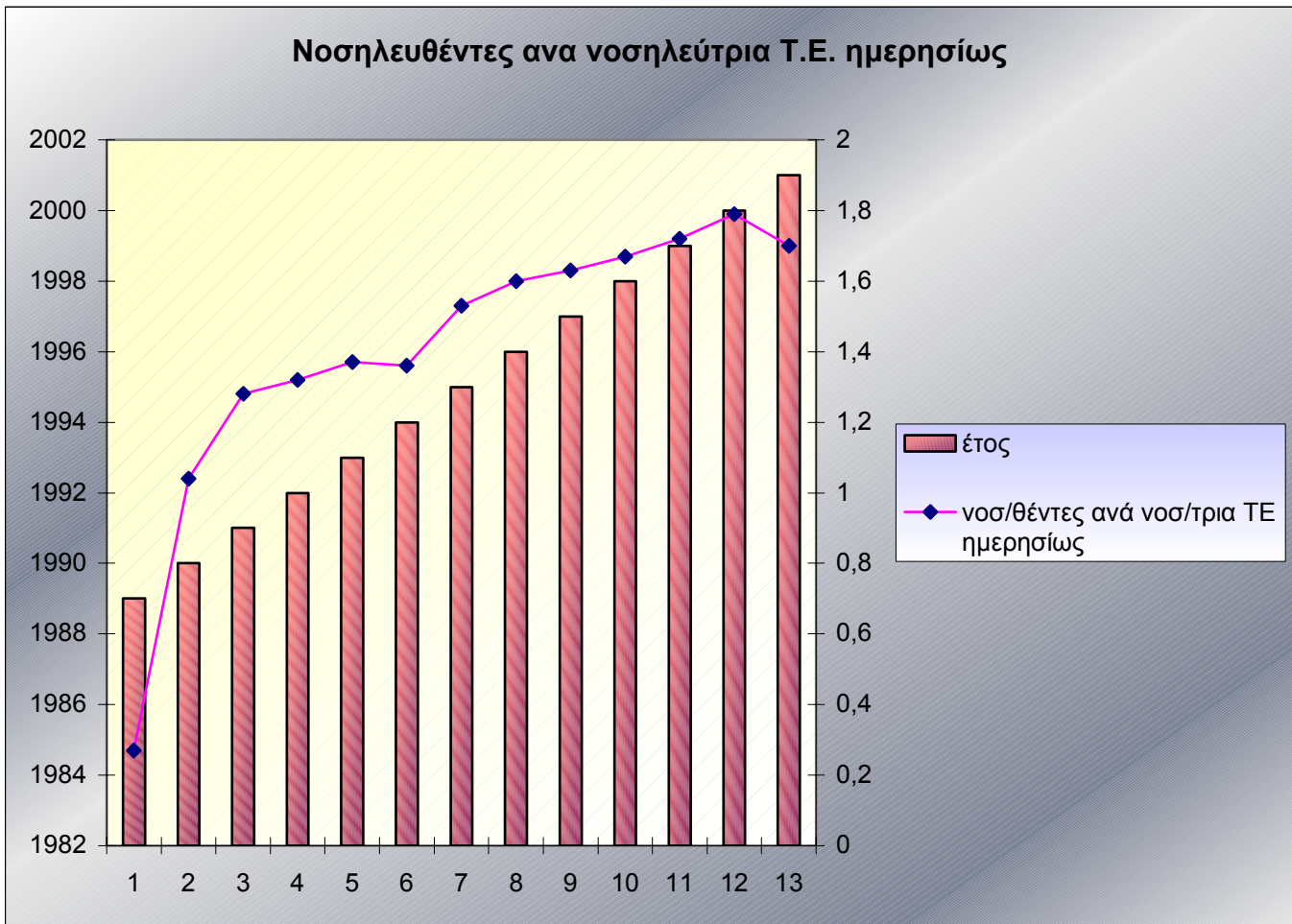
Νοσηλευθέντες ανά κλίνη



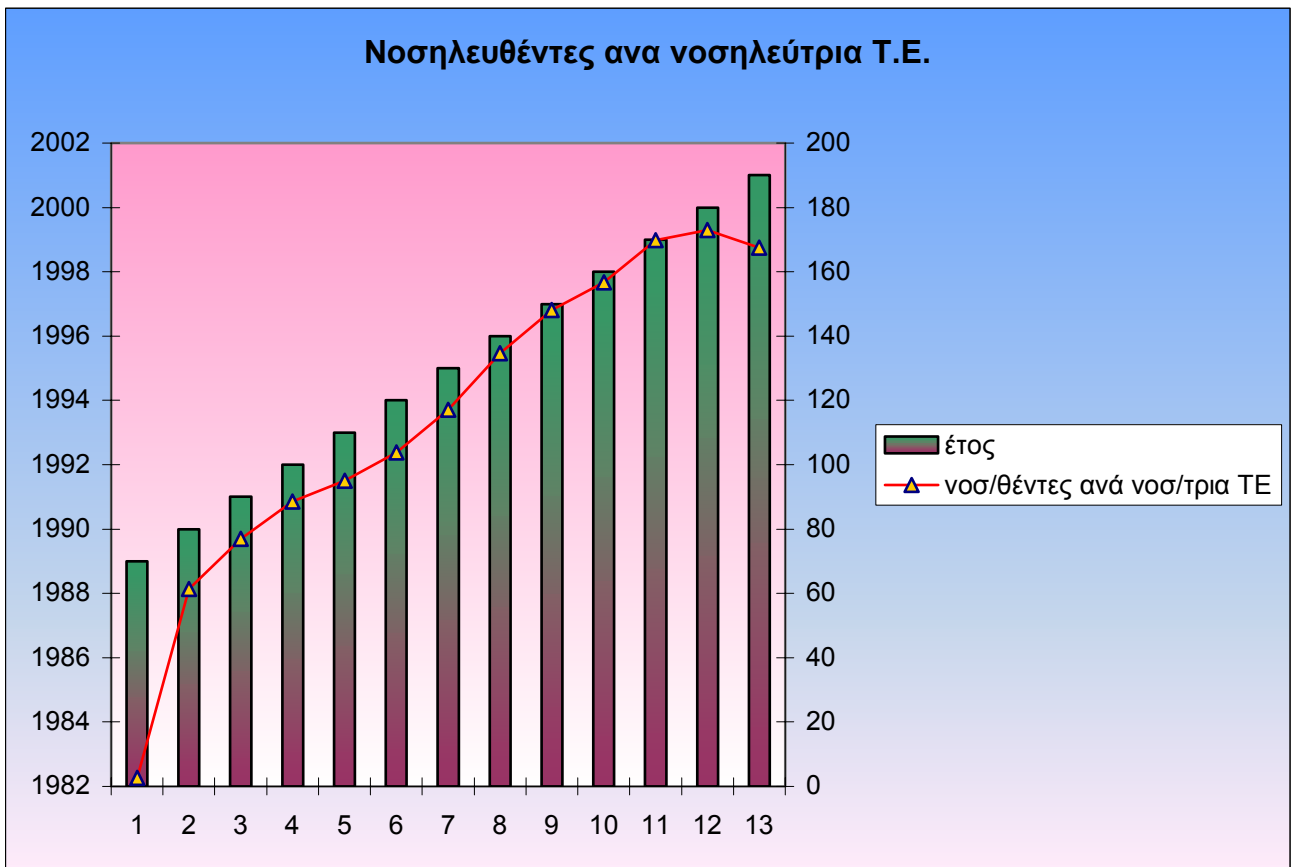
Νοσηλευθέντες ανα νοσηλεύτρια



Νοσηλευθέντες ανα νοσηλεύτρια Τ.Ε. ημερησίως



Νοσηλευθέντες ανα νοσηλεύτρια Τ.Ε.



3.3. Παραγωγικοί δείκτες στο Βενιζέλειο

<u>ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</u>	<u>535</u>
<u>ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</u>	<u>208</u>
<u>ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΚΛΙΝΕΣ</u>	<u>444</u>

Λόγω ελλιπών στοιχείων από το Βενιζέλειο Νοσοκομείο δεν ήταν δυνατή η σωστή στατιστική ανάλυση των παραγωγικών δεικτών του Βενιζελείου Νοσοκομείου. Έτσι τα μοναδικά στοιχεία που μπορούν να αναφερθούν είναι αυτά που φαίνονται από τον πίνακα. Δηλαδή ότι το εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό στο Βενιζέλειο είναι 535. Αξιοσημείωτο είναι ότι το απαιτούμενο νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο χρειάζεται το συγκεκριμένο νοσοκομείο είναι ώστε να λειτουργεί σωστά είναι 208. Τέλος οι κλίνες οι οποίες έχουν αναπτυχθεί είναι 444.

ΚΕΦ . 4 . ΑΠΟΛΑΒΕΣ - ΚΙΝΗΤΡΑ

4.1. Επαγγελματικά δικαιώματα πτυχιούχων νοσηλευτών .

ΑΡΘΡΟ 1

Επαγγελματικά Δικαιώματα Πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης – Νοσηλεύτρια» (παρ. 2 , άρθρο 5 του Ν . 1579/85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσει σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων .
2. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων , στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα , είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες :
 - 2.1. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών, διατήρησης ισοζυγίων του .
 - 2.1.1. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους , όλων των ηλικιών , που πάσχουν από διάφορα νοσήματα .
 - 2.1.2. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου .
 - 2.1.3. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση .

- 2.1.4. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας .
- 2.1.5. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης .
- 2.1.6. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας .
- 2.1.7. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο , τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα .
- 2.1.8. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας .
- 2.1.9. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα .
- 2.1.10. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου, στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας .
- 2.1.11. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους .
- 2.1.12. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών .
- 2.1.13. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν :
 - τη λειτουργία του νοσοκομείου
 - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
 - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή
- 2.1.14. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα .
- 2.1.15. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό την συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι .
- 2.1.16. Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα .
- 2.1.17. Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου , οικογένειας , γιατρού , προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων και
- 2.1.18. Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς Οργανισμούς .
- 2.1.19. Συνεργασία στον συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη , θεραπεία και αποκατάσταση

- 2.2. Πράξεις σε απουσία γιατρού :
 - 2.2.1. Εφαρμογή πρωτοκόλλου επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά συμβάντα .
 - 2.2.2. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών
- 2.3. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από τον νοσηλευτή .

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

 - 2.3.1. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή
 - 2.3.2. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς
 - 2.3.3. Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους
 - 2.3.4. Πλήρης παρεντερική θρέψη
 - 2.3.5. Θεραπευτικά λουτρά
 - 2.3.6. Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων

3. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να :

- 3.1. Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων .
- 3.2. Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας
- 3.3. Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία .
- 3.4. Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης .
- 3.5. Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας .

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

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

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

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

4.2. Ισχύουσες διατάξεις για μισθοδοσία

ΜΙΣΘΟΣ – ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΑΡΘΡΟ 41

ΔΙΚΑΙΩΜΑ – ΑΞΙΩΣΗ ΜΙΣΘΟΥ

1. Ο υπάλληλος έχει δικαίωμα σε μισθό. Ο μισθός καθορίζεται σε μηνιαία βάση και έχει σκοπό την αξιοπρεπή διαβίωση του υπαλλήλου .
2. Οι κάθε είδους πρόσθετες αποδοχές ή απολαβές των υπαλλήλων δεν μπορεί να είναι κατά μήνα ανώτερες από το σύνολο των αποδοχών της οργανικής τους θέσης
3. Η αξίωση του υπαλλήλου για το μισθό αρχίζει από την ανάληψη υπηρεσίας .
4. Προκειμένου περί υπαλλήλου, ο οποίος επανέρχεται από την κατάσταση της διαθεσιμότητας ή της αργίας στα καθήκοντα του, η αξίωση για πλήρη μισθό αρχίζει από την επανάληψη των καθηκόντων του.
5. Η αξίωση του υπαλλήλου για μισθό παύει με τη λύση της υπαλληλικής σχέσης.
6. Οι αποδοχές που παρέχονται μετά τη λύση της υπαλληλικής σχέσης αντί για σύνταξη, σύμφωνα με τη συνταξιοδοτική νομοθεσία, δεν επηρεάζονται από τις διατάξεις της παρ. 5.

ΑΡΘΡΟ 42
ΧΡΟΝΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΜΙΣΘΟΥ

Ο μισθός προκαταβάλλεται στην αρχή κάθε δεκαπενθημέρου.

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2470

ΑΡΘΡΟ 2
ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ

Σε κάθε μισθολογικό κλιμάκιο αντιστοιχεί ο ίδιος βασικός μισθός. Οι υπάλληλοι που έχουν το ίδιο μισθολογικό κλιμάκιο δικαιούνται το βασικό μισθό που αντιστοιχεί σ' αυτό, ανεξάρτητα από τον κλάδο στον οποίο ανήκει η θέση τους.

ΑΡΘΡΟ 3
ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΛΙΜΑΚΙΑ

Τα μισθολογικά κλιμάκια (Μ.Κ.) των υπαλλήλων όλων των κατηγοριών (Π.Ε., Τ.Ε., Δ.Ε., Υ.Ε.) ορίζονται σε τριάντα έξι (36) και οι υπάλληλοι της κάθε κατηγορίας εξελίσσονται σε δεκαοκτώ (18) μισθολογικά κλιμάκια ως εξής :

α) Οι υπάλληλοι της κατηγορίας Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (Υ.Ε.) με εισαγωγικό το 36^ο Μ.Κ. και καταληκτικό το 19^ο Μ.Κ.

β) Οι υπάλληλοι της κατηγορίας Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Δ.Ε.) με εισαγωγικό το 29^ο Μ.Κ. και καταληκτικό το 12^ο Μ.Κ.

γ) Οι υπάλληλοι της κατηγορίας Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.) με πτυχίο ή δίπλωμα Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος ή ισότιμο σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής, με εισαγωγικό το 21^ο Μ.Κ. και καταληκτικό το 4^ο Μ.Κ.

δ) Οι υπάλληλοι της κατηγορίας Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Π.Ε.) με πτυχίο ή δίπλωμα Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Ε.Ι.) ημεδαπής ή ισότιμο σχολών αλλοδαπής, με εισαγωγικό το 18^ο Μ.Κ. και καταληκτικό το 1^ο Μ.Κ.

Οι υπάλληλοι που υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού και ανήκουν στις κατηγορίες :

α) Δ.Ε. και έχουν πτυχίο μέσω των τεχνικών σχολών που καταργήθηκαν με το ν. 576/1977 (ΦΕΚ 102 Α') εξελίσσονται στα Μ.Κ. με εισαγωγικό το 27^ο και καταληκτικό το 10^ο.

β) Τ.Ε. ή Π.Ε., χωρίς πτυχίο ή δίπλωμα Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) ή Α.Ε.Ι., αντίστοιχα, ή ισότιμο με αυτά, εξελίσσονται στα Μ.Κ. με εισαγωγικό το 27^ο και καταληκτικό το 10^ο.

Ειδικά οι υπάλληλοι :

α) Της κατηγορίας Τ.Ε. με πτυχίο ή δίπλωμα πλήρους τετραετούς φοίτησης εξελίσσονται στα Μ.Κ. με εισαγωγικό το 20^ο και καταληκτικό το 3^ο.

β) Της κατηγορίας Π.Ε. με πτυχίο ή δίπλωμα με διάρκεια πλήρους πενταετούς φοίτησης εξελίσσονται στα Μ.Κ. με εισαγωγικό το 16^ο και καταληκτικό το 1^ο, και με πτυχίο πλήρους εξαετούς φοίτησης με εισαγωγικό το 15^ο και καταληκτικό το 1^ο.

ΑΡΘΡΟ 4
ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΛΙΜΑΚΙΟ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

1. Ο διοριζόμενος εισέρχεται στην Υπηρεσία με το εισαγωγικό μισθολογικό κλιμάκιο του κλάδου στον οποίο ανήκει η θέση που διορίζεται .

ΑΡΘΡΟ 5
ΧΡΟΝΟΣ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ

1. Για τη μισθολογική εξέλιξη των υπαλλήλων όλων των κλάδων , από κατώτερο σε ανώτερο μισθολογικό κλιμάκιο , απαιτείται υπηρεσία ως εξής :
 - α) Για την απονομή του αμέσως επόμενου μετά το εισαγωγικό Μ.Κ. υπηρεσία ενός (1) έτους στο εισαγωγικό Μ.Κ.
 - β) Για την απονομή όλων των επόμενων μισθολογικών κλιμακίων, υπηρεσία δύο (2) ετών σε κάθε μισθολογικό κλιμάκιο .
2. Για την, κατά την προηγούμενη παράγραφο, μισθολογική εξέλιξη λαμβάνεται υπόψη ο χρόνος υπηρεσίας που ορίζεται στο άρθρο 17 του νόμου αυτού .

ΑΡΘΡΟ 7
ΤΑΚΤΙΚΕΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΙΩΝ

1. Ο μηνιαίος βασικός μισθός του Μ.Κ. 36 ορίζεται στις εκατόν δέκα χιλιάδες (110.000) δραχμές από 1.1.1997.

Ο μηνιαίος βασικός μισθός όλων των άλλων Μ.Κ. προκύπτει με πρόσθεση στο αμέσως προηγούμενο Μ.Κ. του ποσού που προκύπτει από τον πολλαπλασιασμό του ανωτέρω βασικού μισθού με το συντελεστή 0.027 . Το προστιθέμενο ποσό στρογγυλοποιείται στην πλησιέστερη εκατοντάδα

ΚΕΦ . 4.3. Ισχύουσες διατάξεις για επιδόματα

ΑΡΘΡΟ 8 **ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ**

Πέρα από το βασικό μισθό του κάθε μισθολογικού κλιμακίου χορηγούνται και τα εξής τακτικά επιδόματα, κατά μήνα :

1. Επίδομα χρόνου υπηρεσίας : Ορίζεται σε ποσοστό τέσσερα τοις εκατό (4%) με τη συμπλήρωση ενός (1) έτους υπηρεσίας , προσαυξανόμενο στη συνέχεια ανά διετία από τη χορήγηση του ποσοστού αυτού και για δεκατέσσερις (14) διετίες κατά τέσσερις (4) ποσοστιαίες μονάδες και μέχρι συνολικού ποσοστού εξήντα τοις εκατό (60%) .

Το επίδομα αυτό υπολογίζεται επί του βασικού μισθού του μισθολογικού κλιμακίου που έχει κάθε φορά ο υπάλληλος .

2. Επίδομα Εξομάλυνσης Διαφορών Μισθολογίου : Ορίζεται για το εισαγωγικό μισθολογικό κλιμάκιο όλων των κατηγοριών σε τριάντα πέντε χιλιάδες (35.000) δραχμές, μειούμενο κατά δύο χιλιάδες (2.000) δραχμές σε κάθε μισθολογικό κλιμάκιο κατά την περαιτέρω εξέλιξή τους.

3. Επίδομα Μεταπτυχιακών Σπουδών, οριζόμενο ως εξής :

α) Για κατόχους διδακτορικού διπλώματος σε δεκαοχτώ χιλιάδες (18.000) δραχμές .

β) Για κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος ετήσιας, τουλάχιστον, φοίτησης σε δέκα χιλιάδες (10.000) δραχμές .

Το επίδομα αυτό παρέχεται για τίτλους που έχουν χορηγηθεί με ξεχωριστές σπουδές μετά τη λήψη του πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

Προκειμένου για κατόχους τίτλων αλλοδαπών ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων , το επίδομα παρέχεται μετά την αναγνώριση της ισοτιμίας τους προς τους μεταπτυχιακούς τίτλους που απονέμονται από τα Α.Ε.Ι. της ημεδαπής , σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία .

Η καταβολή του επιδόματος ανατρέχει στο χρόνο κατάθεσης των σχετικών τίτλων στο αρμόδιο όργανο για την αναγνώρισή τους .

Το Επίδομα Μεταπτυχιακών Σπουδών χορηγείται μόνο στην περίπτωση που το περιεχόμενο των μεταπτυχιακών σπουδών είναι συναφές με το αντικείμενο απασχόλησης του υπαλλήλου, όπως προκύπτει από την προκήρυξη της θέσεως κατά την πλήρωση και την περιγραφή της εργασίας από τον Οργανισμό της Υπηρεσίας. Για τη συνδρομή ή όχι της προϋπόθεσης αυτής αποφαιίνεται το οικείο Υπηρεσιακό Συμβούλιο .

Σε περίπτωση κατοχής πλέον του ενός των ανωτέρω τίτλων, καταβάλλεται το επίδομα που προβλέπεται για τον ανώτερο τίτλο σπουδών .

4.Επίδομα Προβληματικών και Παραμεθόριων Περιοχών ,όπως οι περιοχές αυτές καθορίζονται με τις ΔΙΔΑΔ/Φ.50/265/29847/ 30.10.1992 (ΦΕΚ 667 Β΄) και ΔΙΔΑΔ /Φ.42/2175/11943, 11639 και 11981/20.12.1995 (ΦΕΚ 1054 Β΄) κοινές υπουργικές αποφάσεις και το άρθρο 1 του ν. 287/1976 (ΦΕΚ 78 Α΄) μόνο για όσο χρόνο υπηρετούν σε αυτές , οριζόμενο κατά μήνα ως εξής:

- α) Για προβληματικές περιοχές κατηγορίας Β΄ , σε εννέα χιλιάδες (9.000) δραχμές .
- β) Για προβληματικές περιοχές κατηγορίας Α΄ , με εξαίρεση την εξ΄ αυτών παραμεθόριες του ν. 287/1976, σε δώδεκα χιλιάδες (12.000) δραχμές .
- γ) Για όσες περιοχές χαρακτηρίζονται ταυτόχρονα προβληματικές και παραμεθόριες , σύμφωνα με τις ως άνω διατάξεις, σε είκοσι χιλιάδες (20.000) δραχμές .

Από την έναρξη χορήγησης του επιδόματος αυτού καταργούνται οι αντίστοιχες παροχές που προβλέπονται για τους ανωτέρω υπαλλήλους από τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 11 του ν. 287/1976 (ΦΕΚ 78 Α΄) και της παραγράφου 2 του άρθρου 9 του ν. 2085/1992 (ΦΕΚ 170 Α΄) που αντικατέστησαν τις διατάξεις του άρθρου 64 του ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50 Α΄) .

5.Νοσοκομειακό Επίδομα, για το προσωπικό των νοσοκομείων και θεραπευτηρίων της χώρας, καθώς και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) οριζόμενο ως εξής :

- α) Για προσωπικό νοσηλευτικής υπηρεσίας, εργαστηρίων και καθαριότητας, σε δώδεκα χιλιάδες (12.000) δραχμές .
- β) Για λοιπό προσωπικό σε πέντε χιλιάδες (5.000) δραχμές .

γ) Για το προσωπικό που υπηρετεί στα αντικαρκινικά νοσοκομεία τα ποσά των δώδεκα χιλιάδων (12.000) δραχμών και πέντε χιλιάδων (5.000) δραχμών προσαυξάνονται κατά τρεις χιλιάδες (3.000) δραχμές αντίστοιχα .

Στους δικαιούχους του επιδόματος αυτού περιλαμβάνεται και το προσωπικό των Κέντρων Υγείας και των Αγροτικών Ιατρείων τα οποία υπάγονται στα Δημόσια Νοσοκομεία .

Τα επιδόματα αυτά καταβάλλονται με την απαραίτητη προϋπόθεση ότι οι δικαιούχοι αυτών προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στους χώρους ή στις ειδικότητες που δικαιολογούν την καταβολή τους .

Η χορήγηση των επιδομάτων αυτών διακόπτεται σε περίπτωση απομάκρυνσης των δικαιούχων από τους χώρους για τους οποίους δικαιολογείται η καταβολή τους

Το εκπαιδευτικό νοσηλευτικό προσωπικό των Μέσων Τεχνικών Επαγγελματικών Νοσηλευτικών Σχολών λαμβάνει το επίδομα Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που ορίζεται σε σαράντα χιλιάδες (40.000) δραχμές από 1.1.1997 αυξανόμενο σε πενήντα χιλιάδες (50.000) δραχμές από 1.3.1997, όχι όμως και τα ειδικά επιδόματα του προσωπικού των νοσοκομείων .

ΑΡΘΡΟ 9

ΕΠΙΔΟΜΑ ΕΟΡΤΩΝ ΚΑΙ ΑΔΕΙΑΣ

1. Το Επίδομα Εορτών Χριστουγέννων ορίζεται ίσο με το μηνιαίο βασικό μισθό του μισθολογικού κλιμακίου που έχει κάθε φορά ο υπάλληλος μετά του επιδόματος χρόνου υπηρεσίας και του επιδόματος εξομάλυνσης . Το επίδομα αυτό χορηγείται στο ακέραιο , εφόσον ο υπάλληλος μισθοδοτήθηκε ολόκληρο το χρονικό διάστημα από 16 Απριλίου μέχρι 15 Δεκεμβρίου κάθε έτους και καταβάλλεται στις 16 Δεκεμβρίου κάθε έτους.

2. Το επίδομα Εορτών Πάσχα ορίζεται ίσο προς το ήμισυ των μηνιαίων ποσών του βασικού μισθού του μισθολογικού κλιμακίου που έχει κάθε φορά ο υπάλληλος και των επιδομάτων χρόνου υπηρεσίας και εξομάλυνσης και χορηγείται στο ακέραιο , εφόσον ο υπάλληλος μισθοδοτήθηκε ολόκληρο το χρονικό διάστημα από 16 Δεκεμβρίου μέχρι και 15 Απριλίου του επόμενου έτους . Το επίδομα αυτό καταβάλλεται δέκα ημέρες πριν από το Πάσχα .

3. Το Επίδομα Αδείας ορίζεται ίσο προς το ήμισυ των μηνιαίων ποσών του βασικού μισθού του μισθολογικού κλιμακίου που έχει κάθε φορά ο υπάλληλος και των επιδομάτων χρόνου υπηρεσίας και εξομάλυνσης και χορηγείται στο ακέραιο , εφόσον ο υπάλληλος μισθοδοτήθηκε ολόκληρο το χρονικό διάστημα από 1^{ης} Ιουλίου μέχρι και 30 Ιουνίου του επόμενου έτους . Το επίδομα αυτό καταβάλλεται την 1^η Ιουλίου κάθε έτους .

4. Τα παραπάνω επιδόματα υπολογίζονται στο μισθό που έχει ο υπάλληλος , κατά τις οριζόμενες στις προηγούμενες παραγράφους ημερομηνίες .

5. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο υπάλληλος μισθοδοτήθηκε για χρονικό διάστημα μικρότερο από τα οριζόμενα στις παραγράφους 1, 2 και 3 του άρθρου αυτού , καταβάλλεται τμήμα επιδόματος ανάλογο προς αυτό που αντιστοιχεί στο χρονικό διάστημα της μισθοδοσίας του.

ΑΡΘΡΟ 10
ΔΙΑΤΗΡΟΥΜΕΝΑ ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΕΣ

1. Διατηρούνται στο ύψος που έχουν διαμορφωθεί κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος , πέρα από τα προβλεπόμενα στο προηγούμενο άρθρο , και τα εξής επιδόματα και παροχές :

- α) Επιδόματα ανθυγιεινής , επικίνδυνης και ειδικών συνθηκών εργασίας του π.δ/τος 904/1978 (ΦΕΚ 217 Α΄) , των παραγράφων 4,5,6 και 10 του άρθρου 2 του ν. 1160/1981 (ΦΕΚ 147 Α΄) , της με αριθμό 55825/5.6.1989 κοινής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης , Οικονομικών και Δικαιοσύνης (ΦΕΚ 440 Β΄) της με αριθμό 2011128/1253/0022/12.2.1990 όμοιας των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης , Οικονομικών και Εργασίας (ΦΕΚ 101 Β΄) , η κατ' αποκοπή μηνιαία αποζημίωση της παραγράφου 19 του άρθρου 18 του ν. 2298/1995 (ΦΕΚ 162 Α΄) μετονομαζόμενη σε πάγια μηνιαία αποζημίωση . Τα επιδόματα αυτά καταβάλλονται μόνον εφόσον και για όσο διάστημα οι δικαιούχοι εργάζονται με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση με την προβλεπόμενη ειδικότητα τους στους χώρους που δικαιολογούν την καταβολή .
- β) Επιδόματα τροφής του προσωπικού (πλην ιατρικού) των νοσοκομείων και θεραπευτηρίων , καθώς και του Ε.Κ.Α.Β.

ΑΡΘΡΟ 12

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΠΑΡΟΧΗ

1.Για την ενίσχυση της οικογένειας των υπαλλήλων, που εμπίπτουν στις ρυθμίσεις του παρόντος νόμου, χορηγείται μηνιαία οικογενειακή παροχή, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των υπαλλήλων, ως εξής :

α) Για οικογένεια έγγαμων υπαλλήλων, χωρίς ή με ενήλικα τέκνα, δώδεκα χιλιάδες (12.000) δραχμές .

β) Για οικογένεια με τέκνα ανήλικα ή ανίκανα σωματικά ή πνευματικά για άσκηση βιοποριστικού επαγγέλματος με ποσοστό αναπηρίας 50% τουλάχιστον, η ανωτέρω παροχή προσαυξάνεται κατά έξι χιλιάδες (6.000) δραχμές για καθένα από τα δύο πρώτα τέκνα, κατά δώδεκα χιλιάδες (12.000) δραχμές για το τρίτο, κατά δεκαέξι χιλιάδες (16.000) δραχμές για το τέταρτο και κατά είκοσι πέντε χιλιάδες (25.000) δραχμές για καθένα από το πέμπτο τέκνο και άνω.

Η κατά τα ανωτέρω προσαύξηση χορηγείται για τέκνα προερχόμενα από γάμο, φυσικά, θετά ή αναγνωρισθέντα εφόσον είναι άγαμα και δεν υπερβαίνουν το 18^ο έτος της ηλικίας τους ή το 19^ο έτος, εφόσον φοιτούν στην Μέση Εκπαίδευση .

2.Ειδικά, για τέκνα που φοιτούν σε ανώτερες και ανώτατες σχολές, καθώς και σε Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.) , η προσαύξηση της προηγούμενης παραγράφου παρέχεται μόνο κατά το χρόνο φοίτησης τους, όπως αυτός προβλέπεται από τον Οργανισμό κάθε Σχολής, σε καμία όμως περίπτωση πέρα από τη συμπλήρωση του 24^{ου} έτους της ηλικίας τους .

3.Για τη διακοπή της προσαύξησης της παροχής αυτής, λόγω συμπλήρωσης των ανωτέρω, κατά περίπτωση, ορίων, ως την ημέρα γέννησης των παιδιών θεωρείται η 31^η Δεκεμβρίου του έτους γέννησής τους και προκειμένου περί φοιτητών ή σπουδαστών, η λήξη του ακαδημαϊκού ή σπουδαστικού έτους.

4.Στην περίπτωση που ο ένας από τους δύο συζύγους λαμβάνει οικογενειακό επίδομα από οποιαδήποτε πηγή του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα, δεν καταβάλλεται στον έτερο σύζυγο υπάλληλο η ανωτέρω παροχή.

5.Στην περίπτωση που και οι δύο σύζυγοι είναι υπάλληλοι του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α. η ανωτέρω παροχή καταβάλλεται στον έναν από αυτούς κατ'επιλογή τους, με κοινή υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (ΦΕΚ 75 Α') που υποβάλλεται στους εκκαθαριστές αποδοχών και των δύο συζύγων.

Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος, η κατά τα ανωτέρω δήλωση επιλογής υποβάλλεται μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας προσδιορισμού των διαφορών των υπαλλήλων, σύμφωνα με το άρθρο 23 του νόμου αυτού.

6. Σε περίπτωση θανάτου του ενός των συζύγων ο επιζών σύζυγος, εφόσον είναι υπάλληλος και έχει τέκνα για τα οποία δικαιολογείται η καταβολή της προσαύξησης της οικογενειακής παροχής, εξακολουθεί να λαμβάνει στο ακέραιο την παροχή της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, μέχρι τη συμπλήρωση των προϋποθέσεων για τη διακοπή της προσαύξησης λόγω τέκνων.

Το ίδιο ισχύει και προκειμένου περί συζύγων που τελούν σε διάζευξη ή διάσταση, καθώς και για άγαμους γονείς. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η οικογενειακή παροχή καταβάλλεται στον υπάλληλο που του έχει ανατεθεί νόμιμα η επιμέλεια των τέκνων και συγκατοικεί με αυτά.

4.4. Ισχύουσες διατάξεις για άδειες

ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΑΔΕΙΑ

ΑΡΘΡΟ 48 ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΚΑΝΟΝΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

1. Δημόσιοι υπάλληλοι που συμπληρώνουν δημόσια πραγματική υπηρεσία ενός (1) έτους , δικαιούνται κανονική άδεια απουσίας με αποδοχές , η διάρκεια της οποίας ορίζεται σε είκοσι (20) εργάσιμες μέρες αν ακολουθούν εβδομάδα πέντε (5) εργάσιμων ημερών και είκοσι τέσσερις (24) εργάσιμες ημέρες αν ακολουθούν εβδομάδα έξι (6) εργάσιμων ημερών .

Ο χρόνος της κανονικής άδειας επαυξάνεται κατά μία εργάσιμη ημέρα για κάθε έτος απασχόλησης και μέχρι τη συμπλήρωση του ανώτατου ορίου των είκοσι πέντε (25) ή τριάντα (30) εργάσιμων ημερών προκειμένου για πενθήμερη ή εξαήμερη εβδομάδα εργασίας , αντίστοιχα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης μπορεί να προσαυξάνεται ως τέσσερις (4) εργάσιμες ημέρες ο αριθμός των ημερών κανονικής άδειας των υπαλλήλων που υπηρετούν σε παραμεθόριες περιοχές .

3. Οι διατάξεις των προηγούμενων παραγράφων δεν εφαρμόζονται σε όσους έχουν κατά τις κείμενες διατάξεις διακοπές εργασίας . Οι υπάλληλοι αυτοί μπορούν , εφόσον συντρέχουν σοβαροί λόγοι ανάγκης , να παίρνουν κανονική άδεια με αποδοχές ως δέκα (10) εργάσιμες μέρες κατ'έτος .

ΑΡΘΡΟ 50
ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

1.Οι υπάλληλοι έχουν δικαίωμα άδειας απουσίας με αποδοχές πέντε (5) εργασίμων ημερών σε περίπτωση γάμου και τριών (3) εργασίμων ημερών σε περίπτωση θανάτου συζύγου τους ή και συγγενούς έως και β΄ βαθμού .

Επίσης δικαιούνται κατόπιν τεκμηριωμένης αίτησης ειδική άδεια με αποδοχές διάρκειας μιας (1) έως τριών ημερών (3) , κατά περίπτωση , για την άσκηση του εκλογικού δικαιώματος ή για τη συμμετοχή σε δίκη ενώπιον οποιουδήποτε δικαστηρίου .

2.Υπάλληλοι που πάσχουν ή έχουν τέκνα που πάσχουν από νόσημα , το οποίο απαιτεί τακτικές μεταγγίσεις αίματος ή χρήζει περιοδικής νοσηλείας , δικαιούνται ειδική άδεια με αποδοχές έως είκοσι δύο (22) εργάσιμες ημέρες το χρόνο .

3.Υπάλληλοι με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) και άνω δικαιούνται από την υπηρεσία κάθε ημερολογιακό έτος άδεια με αποδοχές έξι (6) εργασίμων ημερών επιπλέον της κανονικής τους άδειας .

4.Λοιπές άδειες που προβλέπονται από ειδικές διατάξεις διατηρούνται .

ΑΡΘΡΟ 51
ΑΔΕΙΕΣ ΧΩΡΙΣ ΑΠΟΔΟΧΕΣ

1.Επιτρέπεται η χορήγηση στον υπάλληλο, μετά από αίτησή του, άδειας άνευ αποδοχών, εφόσον οι ανάγκες της υπηρεσίας το επιτρέπουν. Η άδεια αυτή δεν μπορεί να υπερβεί τον ένα (1) μήνα εντός του ίδιου ημερολογιακού έτους .

2.Στους υπαλλήλους επιτρέπεται η χορήγηση άδειας άνευ αποδοχών συνολικής διάρκειας έως δύο (2) ετών, ύστερα από αίτησή τους και γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου, για σοβαρούς ιδιωτικούς λόγους .

3.Υπάλληλος, του οποίου ο σύζυγος υπηρετεί στο εξωτερικό σε ελληνική υπηρεσία του Δημοσίου, νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή άλλου φορέα του δημοσίου τομέα ή σε υπηρεσία ή φορέα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή σε διεθνή οργανισμό, στον οποίο μετέχει και η Ελλάδα, δικαιούται να πάρει άδεια χωρίς αποδοχές μέχρι έξι (6) έτη συνεχώς ή και τμηματικά , εφόσον έχει συμπληρώσει διετή πραγματική υπηρεσία .

ΑΡΘΡΟ 52
ΑΔΕΙΕΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ

1.Στις υπαλλήλους οι οποίες κυφορούν χορηγείται άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) μήνες πριν και τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό. Η άδεια λόγω κυφορίας χορηγείται ύστερα από βεβαίωση του θεράποντα γιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού .

2.Όταν ο τοκετός πραγματοποιείται σε χρόνο μεταγενέστερο από αυτόν που είχε πιθανολογηθεί αρχικά , η άδεια που είχε χορηγηθεί παρατείνεται μέχρι την πραγματική ημερομηνία του τοκετού, χωρίς αυτή η παράταση να συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση του χρόνου της άδειας που χορηγείται μετά τον τοκετό.Όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε χρόνο προγενέστερο από αυτόν που είχε αρχικά πιθανολογηθεί, το υπόλοιπο της άδειας χορηγείται μετά τον τοκετό, ώστε να εξασφαλιστεί συνολικός χρόνος πέντε (5) μηνών .

3.Σε κυφορούσες υπαλλήλους που έχουν ανάγκη ειδικής θεραπείας, μετά την εξάντληση της αναρρωτικής άδειας με αποδοχές, χορηγείται κανονική άδεια κυφορίας με αποδοχές , μετά από βεβαίωση θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημοσίου νοσηλευτικού ιδρύματος .

4.Στις υπαλλήλους που υιοθετούν τέκνο χορηγείται άδεια τριών (3)μηνών με πλήρεις αποδοχές εντός του πρώτου εξαμήνου μετά την περάτωση της διαδικασίας της υιοθεσίας , εφόσον το υιοθετημένο τέκνο είναι ηλικίας έως έξι (6) ετών .

5. Επιδόματα λόγω τοκετού που καταβλήθηκαν στην υπάλληλο νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου λόγω υποχρεωτικής ασφάλισης σε ασφαλιστικούς οργανισμούς εκπίπτουν από τις αποδοχές που καταβάλλονται κατά τη διάρκεια της άδειας μητρότητας , εφόσον η ασφάλιση θεμελιώνεται και σε συνεισφορά του νομικού προσώπου .

ΑΡΘΡΟ 53
ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΙΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ

1. Η προβλεπόμενη από την παρ . 2 του άρθρου 51 άδεια χορηγείται υποχρεωτικά , χωρίς γνώμη υπηρεσιακού συμβούλου, όταν πρόκειται για ανατροφή παιδιού ηλικίας έως και έξι (6) ετών .

2. Στις μητέρες υπαλλήλους ο χρόνος εργασίας μειώνεται κατά δύο (2) ώρες ημερησίως, εφόσον έχουν τέκνα ηλικίας έως δύο (2) ετών, και κατά μία (1) ώρα, εφόσον έχουν τέκνα ηλικίας από δύο (2) έως τεσσάρων (4) ετών. Η μητέρα υπάλληλος δικαιούται εννέα (9) μήνες άδεια με αποδοχές για ανατροφή παιδιού, εφόσον δεν κάνει χρήση του κατά το προηγούμενο εδάφιο μειωμένου ωραρίου .

3. Όταν ο ένας γονέας λάβει την άδεια της παρ. 1 ο άλλος δεν έχει δικαίωμα να κάνει χρήση των διευκολύνσεων της παρ. 2 για το ίδιο διάστημα .

4. Σε περίπτωση διάστασης , διαζυγίου , χηρείας ή γέννησης τέκνου χωρίς γάμο των γονέων του , την άδεια της παρ . 1 δικαιούται ο γονέας που ασκεί τη γονική μέριμνα .

5. Οι υπηρεσίες υποχρεούνται να διευκολύνουν τους υπαλλήλους που έχουν τέκνα τα οποία παρακολουθούν μαθήματα πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης , για να επισκέπτονται το σχολείο των παιδιών τους, με σκοπό την παρακολούθηση της σχολικής τους επίδοσης.

ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ

ΑΡΘΡΟ 54

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

1.Ο υπάλληλος που έχει συμπληρώσει τριετή πραγματική υπηρεσία και είναι ασθενής ή χρειάζεται να αναρρώσει , δικαιούται αναρρωτική άδεια με αποδοχές τόσων μηνών όσα είναι τα έτη υπηρεσίας του, από την οποία αφαιρείται το σύνολο των αναρρωτικών αδειών που τυχόν έχει λάβει μέσα στην προηγούμενη πενταετία.Αναρρωτική άδεια χορηγούμενη χωρίς διακοπή δεν μπορεί να υπερβεί τους δώδεκα (12) μήνες .

2.Υπάλληλος με πραγματική υπηρεσία λιγότερη από τρία (3) έτη δικαιούται,για τους ίδιους λόγους, αναρρωτική άδεια με αποδοχές τόσων μηνών όσα τα έτη υπηρεσίας του , από την οποία αφαιρείται το σύνολο των αναρρωτικών αδειών που έχει μέχρι τότε λάβει .
Χρόνος υπηρεσίας τουλάχιστον έξι (6) μηνών θεωρείται ως πλήρες έτος .

3.Στην αναρρωτική άδεια συνυπολογίζονται και οι ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας που προηγήθηκαν της άδειας .

4.Οι υπάλληλοι που πάσχουν από δυσίατα νοσήματα δικαιούνται αναρρωτικές άδειες, των οποίων η διάρκεια είναι διπλάσια από τη διάρκεια των αδειών των προηγούμενων παραγράφων .

ΑΡΘΡΟ 55
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗΣ ΑΔΕΙΑΣ

1. Η αναρρωτική άδεια χορηγείται ανά τρίμηνο ή σε περίπτωση δυσίατων νοσημάτων ανά εξάμηνο, κατ'ανώτατο όριο, ύστερα από γνωμάτευση της οικείας υγειονομικής επιτροπής, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 166 .

2. Βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες χορηγούνται :

A) Με υπεύθυνη δήλωση του υπαλλήλου ή γνωμάτευση θεράποντος γιατρού έως δύο (2) ημέρες κάθε φορά και όχι περισσότερες από τέσσερις (4) ημέρες κατ'έτος .

B) Με γνωμάτευση του θεράποντα γιατρού έως τρεις (3) ημέρες κάθε φορά και όχι περισσότερες από έξι (6) κατ'έτος .

Γ) Με γνωμάτευση του διευθυντή κλινικής δημοσίου νοσοκομείου έως πέντε (5) ημέρες κάθε φορά και όχι πέραν των δέκα (10) ημερών κατ'έτος .

Το σύνολο των βραχυχρόνιων αναρρωτικών αδειών των περιπτώσεων α, β, γ, που χορηγούνται χωρίς γνωμάτευση υγειονομικής επιτροπής , δεν υπερβαίνει αθροιστικά τις δέκα (10) ημέρες το χρόνο .

3. Ο υπάλληλος υποχρεούται να δεχτεί την επίσκεψη του ελεγκτή Γιατρού.

4. Η αποστολή γιατρού για έλεγχο υπαλλήλου, που κάνει χρήση βραχυχρόνιων αναρρωτικών αδειών, κατ'επανάληψη, είναι υποχρεωτική για την υπηρεσία .

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΔΕΙΕΣ

ΑΡΘΡΟ 58

ΑΔΕΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

1. Για τη συμμετοχή του σε προγράμματα μετεκπαίδευσης και προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, ο υπάλληλος δικαιούται να ζητήσει άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης. Άδεια δεν χορηγείται αν ο υπάλληλος έχει υπερβεί κατά το χρόνο, για τον οποίο ζητείται η άδεια, το 50^ο έτος της ηλικίας του ή δεν έχει συμπληρώσει τρία (3) χρόνια πραγματικής υπηρεσίας. Προκειμένου για συμμετοχή σε προγράμματα μετεκπαίδευσης με διάρκεια μικρότερη του έτους, άδεια δεν χορηγείται εάν ο υπάλληλος έχει συμπληρώσει το 55^ο έτος της ηλικίας του.

2. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης χορηγείται από τον αρμόδιο υπουργό ή από τη διοίκηση του οικείου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, ύστερα από αίτηση του υπαλλήλου και μετά από σύμφωνη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου, το οποίο συνεκτιμά τη συνάφεια της μετεκπαίδευσης ή της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης με το αντικείμενο της υπηρεσίας του, καθώς και την υπηρεσιακή εκπαίδευση, τις γνώσεις και την ηλικία του υπαλλήλου. Ειδικά, προκειμένου περί εκπαιδευτικής άδειας στο εξωτερικό, απαιτείται πολύ καλή γνώση της γλώσσας της χώρας στην οποία πρόκειται να μεταβεί ο υπάλληλος.

3. Η άδεια χορηγείται υποχρεωτικά, εάν ο υπάλληλος έχει λάβει υποτροφία από το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών. Υποτροφία από άλλο Ίδρυμα ή οργανισμό ημεδαπό, διεθνή ή αλλοδαπό ή αλλοδαπή κυβέρνηση για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση σχετιζόμενη με το αντικείμενο της υπηρεσίας του υπαλλήλου συνεκτιμάται για τη χορήγηση της άδειας. Η άρνηση χορήγησης της άδειας πρέπει να αιτιολογείται ειδικώς.

4. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης δεν μπορεί να υπερβεί την διετία. Σε περίπτωση φοίτησης σε προγράμματα ή κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών διάρκειας δύο (2) ετών ή εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης δεν μπορεί να υπερβεί τα τρία (3) ή τα τέσσερα (4) χρόνια, αντίστοιχα. Καθ' όλη τη διάρκεια της υπηρεσίας του υπαλλήλου δεν μπορεί να χορηγηθεί σ' αυτόν άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης πέραν των πέντε (5) ετών .

5. Ο υπάλληλος, στον οποίο χορηγείται άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης, λαμβάνει τις αποδοχές του. Στους υπαλλήλους που χορηγείται άδεια για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο εσωτερικό παρέχονται αποδοχές αυξημένες κατά 15% . Μετά από σύμφωνη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου μπορεί να χορηγηθούν αποδοχές αυξημένες έως και 75% . Στους υπαλλήλους που χορηγείται άδεια για μετεκπαίδευση ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση στο εξωτερικό παρέχονται αποδοχές αυξημένες στο διπλάσιο. Η προσαύξηση των αποδοχών μειώνεται κατά το μέρος που καλύπτεται από υποτροφία ή άλλου είδους χρηματική αμοιβή ή αποζημίωση που τυχόν χορηγείται στον υπάλληλο στο εσωτερικό ή το εξωτερικό. Ο υπάλληλος δικαιούται επίσης οδοιπορικά έξοδα μετάβασης και επιστροφής .

6. Η άδεια υπηρεσιακής εκπαίδευσης μπορεί να ανακαλείται για εξαιρετικούς λόγους που αφορούν , στην υπηρεσία ή για λόγους που ανάγονται στην επίδοση του υπαλλήλου πριν από την πάροδο του χρόνου της λήξης της, με πράξη του αρμόδιου για τη χορήγηση της οργάνου, η οποία εκδίδεται μετά από σύμφωνη και ειδικώς αιτιολογημένη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου .

7. Μετά το τέλος της άδειας εκπαίδευσης ο υπάλληλος υποχρεούται να υπηρετήσει στο Δημόσιο ή σε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου για χρονικό διάστημα ίσο με το τριπλάσιο του χρόνου της άδειας. Το διάστημα αυτό δεν μπορεί να είναι λιγότερο από τρία (3) ούτε περισσότερο από δέκα (10) έτη. Σε περίπτωση αθέτησης της υποχρέωσης του αυτής ο υπάλληλος υποχρεούται να επιστρέψει τις αποδοχές που έλαβε κατά το χρόνο της άδειας, ο οποίος δεν υπολογίζεται στην περίπτωση αυτή ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας.

8.Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης καθορίζονται οι υποχρεώσεις των υπαλλήλων κατά τη διάρκεια της άδειας του παρόντος άρθρου, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια .

ΑΡΘΡΟ 59
ΑΔΕΙΕΣ ΓΙΑ ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥΣ Ή ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥΣ
ΛΟΓΟΥΣ

1.Άδειες μικρής χρονικής διάρκειας χορηγούνται υποχρεωτικά, μετά από αίτηση του, σε υπαλλήλους που μετέχουν σε διαγωνισμούς για να πάρουν υποτροφία ή να εισαχθούν στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης ή για να επιλεγούν για φοίτηση σε κύκλους μεταπτυχιακών σπουδών, σε αντικείμενα που ενδιαφέρουν την υπηρεσία .

2.Όμοιες άδειες μπορεί να χορηγούνται για συμμετοχή σε συνέδρια, συνδιασκέψεις, σεμινάρια και κάθε είδους συναντήσεις επιστημονικού χαρακτήρα, στο εσωτερικό ή το εξωτερικό, εφόσον η συμμετοχή κρίνεται συμφέρουσα για την υπηρεσία .

3.Οι άδειες των προηγούμενων παραγράφων χορηγούνται από τον οικείο υπουργό ή τη διοίκηση του οικείου νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, κατά περίπτωση , μετά από γνώμη του άμεσου προϊσταμένου του υπαλλήλου, με αποδοχές για όλο το χρόνο κατά τον οποίο ο υπάλληλος μετέχει στο διαγωνισμό ή τις λοιπές δραστηριότητες .Στο χρόνο αυτόν προστίθενται οι ημέρες που είναι αναγκαίες για τη μετάβαση και την επιστροφή του υπαλλήλου .

ΑΡΘΡΟ 60
ΑΔΕΙΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

1.Στους υπαλλήλους που είναι μαθητές, σπουδαστές ή φοιτητές, προπτυχιακοί ή μεταπτυχιακοί, σε σχολεία και ιδρύματα και των τριών βαθμίδων εκπαίδευσης, χορηγείται άδεια εξετάσεων με αποδοχές .

2.Η άδεια εξετάσεων δεν μπορεί να υπερβαίνει τις είκοσι (20) εργάσιμες ημέρες κάθε έτος και χορηγείται συνεχώς ή τμηματικώς κατά την εξεταστική περίοδο που ζητά ο ενδιαφερόμενος .Οι άδειες εξετάσεων χορηγούνται για το χρόνο φοίτησης και μέχρι δύο το πολύ εξάμηνα μετά τη λήξη του, εφόσον ο υπάλληλος εξακολουθεί να φοιτά .Για κάθε ημέρα εξετάσεων χορηγείται άδεια δύο (2) ημερών .

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στα πλαίσια του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας το όργανο συλλογής των δεδομένων υπήρξε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 18 ερωτήσεις .

Αφού πρώτα εξασφαλίσθηκε η γραπτή συγκατάθεση από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, έγινε η διανομή των ερωτηματολογίων στα δύο νοσοκομεία της πόλης μας, το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Βενιζέλειο - Πανάνειο Νοσοκομείου Ηρακλείου κατά το μήνα Σεπτέμβριο , προκειμένου οι νοσηλευτές , που αποτελούν και το δείγμα της εργασίας μας να έχουν επιστρέψει από τις άδειες τους .

Επίσης για την έρευνα μας χρειάστηκε να πάρουμε στοιχεία από το γραφείο Στατιστικής Υπηρεσίας και το Γραφείο Προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου καθώς και από το Γραφείο Κίνησης του Βενιζελείου .

Το πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 144 άτομα.Έγινε διανομή 100 ερωτηματολογίων σε κάθε νοσοκομείο και απ'αυτά 83 συμπληρώθηκαν στο ΠΑΓΝΗ και 61 στο Βενιζέλειο.Το δείγμα μας αποτέλεσαν νοσηλευτές όλων των κλινικών (Παθολογικών και Χειρουργικών) Τεχνολογικής και Μέσης Εκπαίδευσης .

Στο ΠΑΓΝΗ οι περισσότεροι ήταν γυναίκες (75.9%) παντρεμένες μεταξύ 30 και 39 χρόνων .Όσον αφορά την εκπαίδευση τους το ποσοστό (66.26%)των Τ.Ε. ήταν μεγαλύτερο απ'ότι των Μ.Ε.

Στο Βενιζέλειο όλες ήταν γυναίκες , παντρεμένες με ηλικίες που κυμαίνονταν από 25 μέχρι 39 οι περισσότερες.Όσον αφορά την εκπαίδευση τους οι μισές ήταν Τ.Ε. και οι άλλες μισές Μ.Ε.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το Πακέτο Στατιστικής Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών .

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- Ηλικία
- Φύλο 1= άνδρας , 2= γυναίκα
- Οικογενειακή κατάσταση : 1= έγγαμος 2 = άγαμος
3 = διαζευγμένος 4 = χήρος
- Εκπαίδευση : 1= Π.Ε.
2 = Τ.Ε.
3 = Μ.Ε.
4 = άλλο (προδιορίστε)
- Νοσηλευτικό τμήμα :

1. Ποια ήταν τα κριτήρια επιλογής του επαγγέλματός σας ; (πολλαπλής επιλογής)

- α . Ανθρωπιστικοί λόγοι
- β. Οικονομικοί λόγοι
- γ . Τυχαία
- δ . Για να έχω σίγουρα δουλειά
- ε . Άλλα (ποια ;)

2. Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα προβλήματα των νοσηλευτών στα Δημόσια νοσοκομεία ; (πολλαπλής επιλογής)

- α . Κυκλικό ωράριο
- β . Δύσκολες συνθήκες εργασίας
- γ . Κίνδυνοι κατά την νοσηλεία
- δ . Σωματική κόπωση
- ε. Ψυχική κόπωση
- στ. Δεν υπάρχει αναγνώριση
- ζ . Άλλα (ποια ;.....)

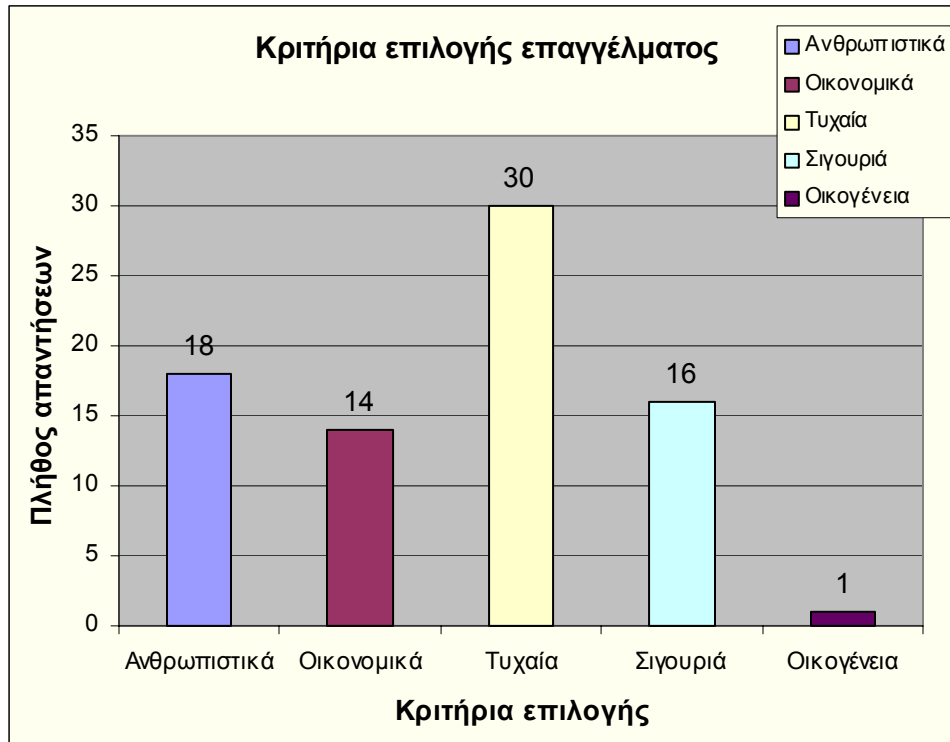
3. Πόσο έχουν επηρεάσει τα προβλήματα αυτά την ζωή σας ;
1 = πολύ 2 = λίγο 3 = καθόλου
4. Στο Νοσηλευτικό τμήμα που εργάζεστε απασχολείσθε και τα Σαββατοκύριακα ;
1= ΝΑΙ 2 = ΟΧΙ
5. Εάν ναι πόσες φορές το μήνα ;
6. Στο τμήμα που εργάζεστε καλύπτετε νυχτερινά ωράρια ;
1 = ΝΑΙ 2 = ΟΧΙ
7. Εάν ναι πόσες φορές το μήνα ;
8. Ποια προβλήματα ακριβώς σας δημιουργεί το κυκλικό ωράριο ;
(πολλαπλής επιλογής)
- α . Κανένα
β . Πρόβλημα στον ύπνο
γ . Πρόβλημα στην απόδοση εργασίας
δ . Πρόβλημα στην κοινωνική ζωή
ε . Άλλα (ποια ;
9. Αντιμετωπίζετε ή αντιμετώπισατε κάποιο πρόβλημα υγείας που να οφείλεται στην εργασία σας ;
1 = ΝΑΙ 2 = ΟΧΙ
10. Εάν ναι ποιο πρόβλημα ακριβώς ; (πολλαπλής επιλογής)
- α . Μυοσκελετικό
β . Κιρσοί – φλεβίτιδα
γ . Τραυματισμοί (προσδιορίστε))
δ . Μετάδοση νόσου
ε . Άλλο (ποιο ;
11. Πιστεύετε ότι οι αποδοχές του νοσηλευτή σε σχέση με την εργασία που παρέχει είναι : 1 = ικανοποιητικές
2 = μέτριες
3 = αρκετά ικανοποιητικές
4 = καθόλου ικανοποιητικές

12. Πιστεύετε πως παρέχονται στους νοσηλευτές κίνητρα για αμείωτο επαγγελματικό ενδιαφέρον ;
1 = ΝΑΙ 2 = ΟΧΙ
13. Εάν ναι προσδιορίστε : (πολλαπλής επιλογής)
α . Οικονομικά
β . Ειδικές άδειες
γ . Προοπτικές εξέλιξης
δ . Άλλα (ποια ;)
14. Θα σας ενδιέφερε η παρακολούθηση κάποιου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εφόσον υπήρχε η οικονομική στήριξη και η διευκόλυνση στο ωράριο εργασίας ;
1 = ΝΑΙ 2 = ΟΧΙ
15. Πόσο σας έχει επιβαρύνει ψυχολογικά ο χώρος εργασίας σας ;
1 = Καθόλου
2 = Λίγο
3 = Πολύ
4 = Πάρα πολύ
16. Θα σας ενδιέφερε η δημιουργία κάποιας ομάδας ψυχολογικής στήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού ;
1 = ΝΑΙ
2 = ΟΧΙ
17. Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτή ;
1 = ΝΑΙ
2 = ΟΧΙ
18. Υπάρχουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας σας ;
1 = ΝΑΙ
2 = ΟΧΙ

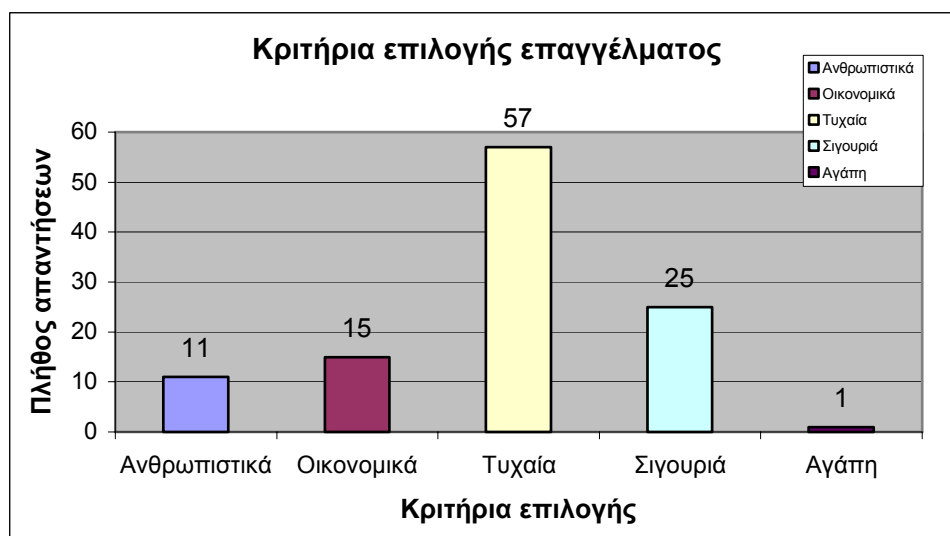
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Ερώτηση 1: Ποια ήταν τα κριτήρια επιλογής του επαγγέλματός σας;

BENIZEΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

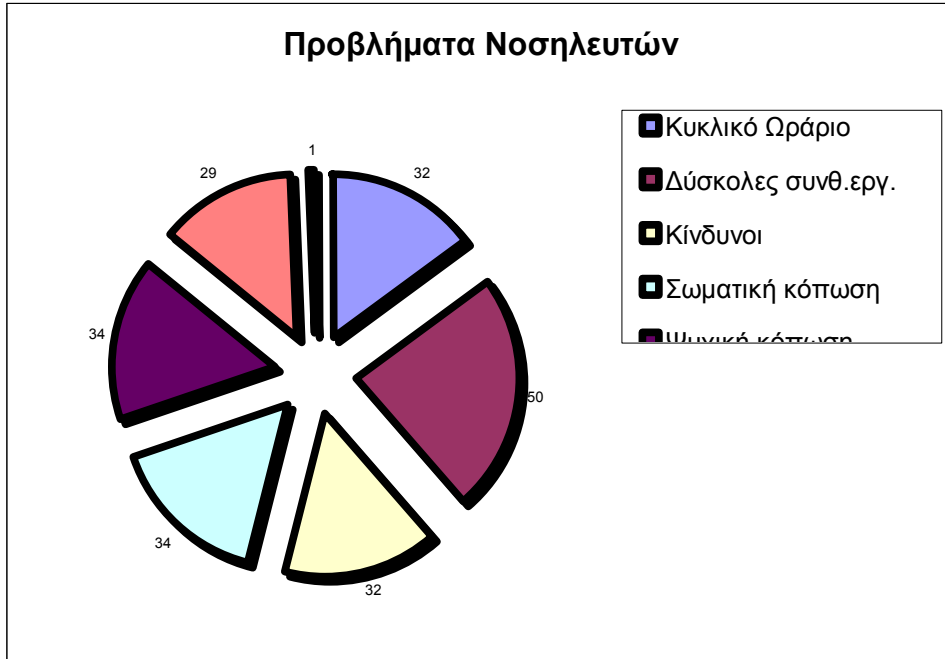


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

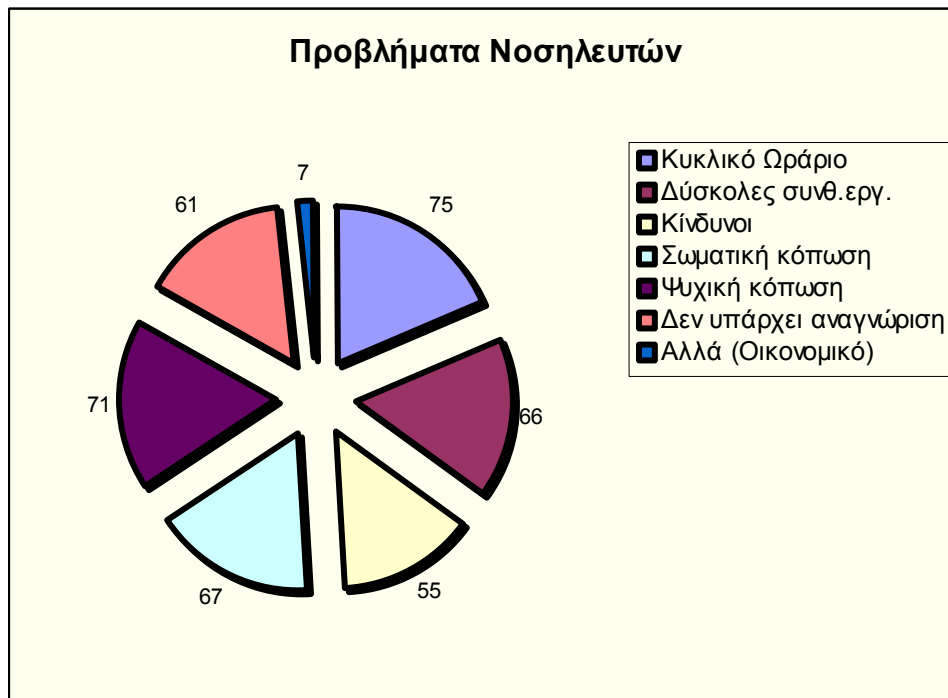


Ερώτηση 2: Ποια είναι κατά τη γνώμη σας τα προβλήματα των νοσηλευτών στα Δημόσια Νοσοκομεία;

BENIZELIIO NOΣOKOMEIO HPAKΛEIOY

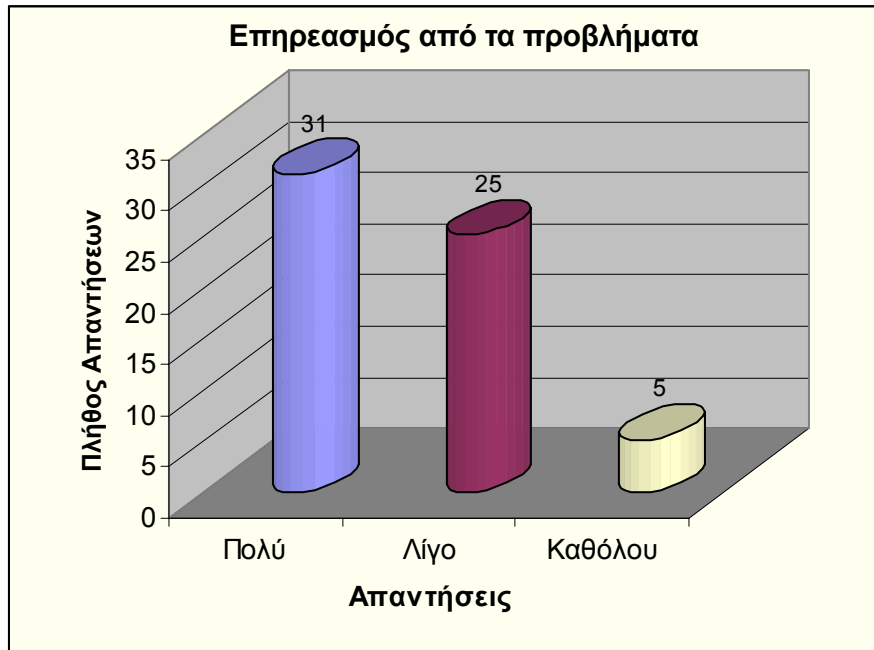


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

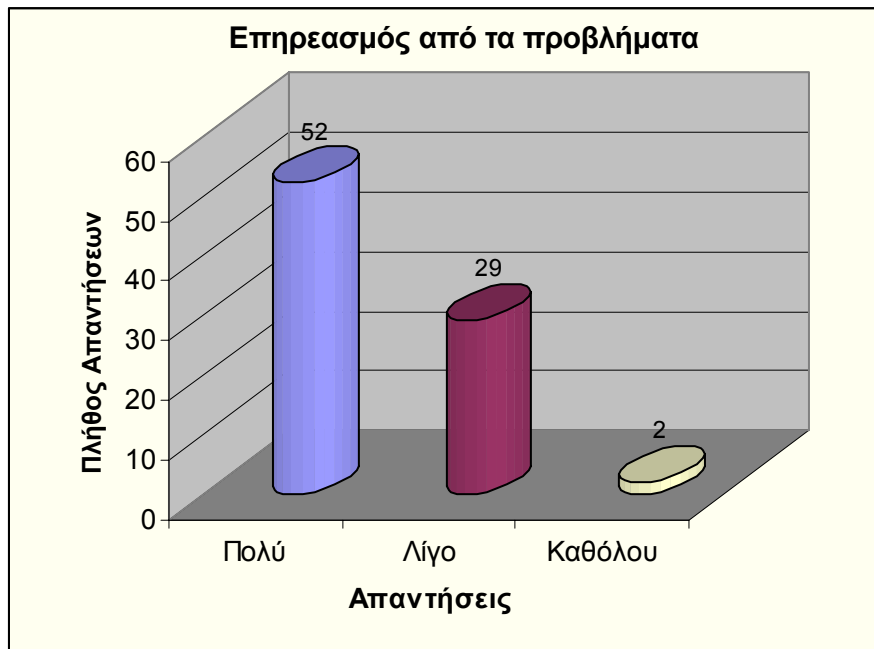


Ερώτηση 3. Πόσο έχουν επηρεάσει τα προβλήματα αυτά την ζωή σας;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ



ΠΕ.Π.Α.Γ.Ν.Η



Ερώτηση 4: Στο νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζεστε απασχολείσθε και τα Σαββατοκύριακά;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

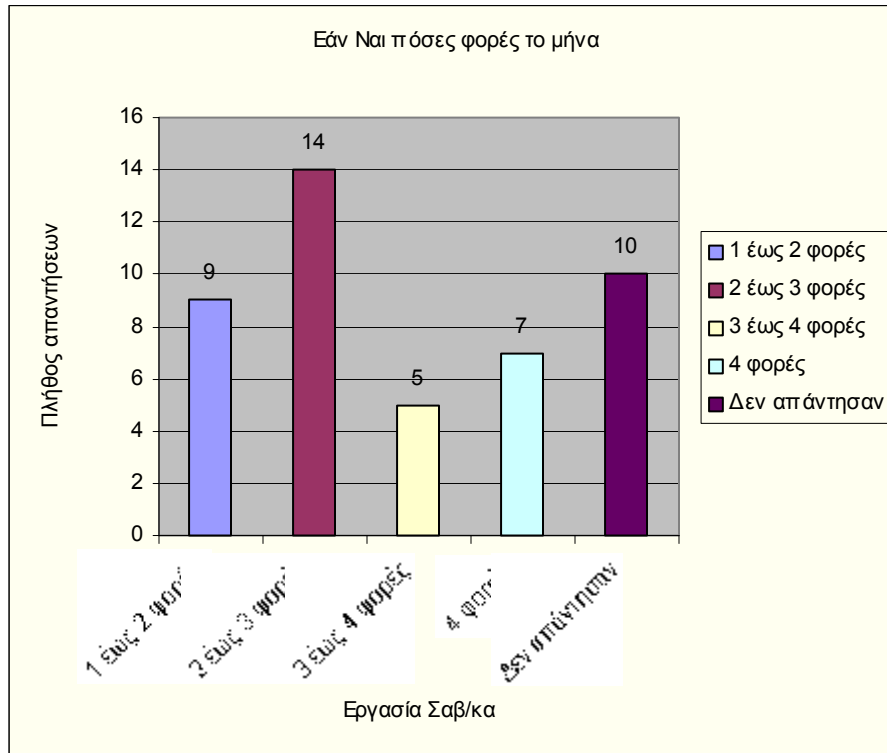


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

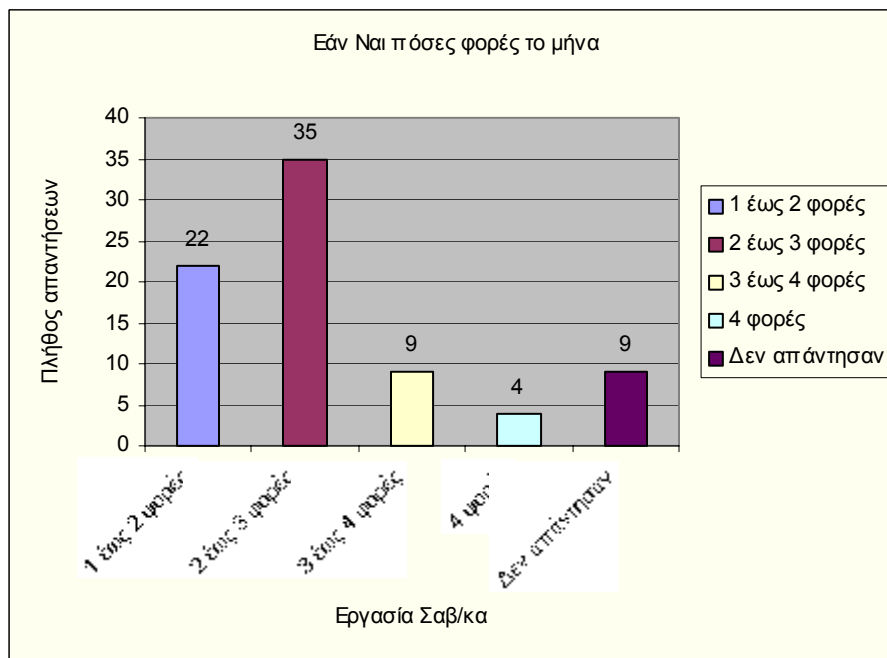


Ερώτηση 5: Εάν Ναι ,πόσες φορές το μήνα;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

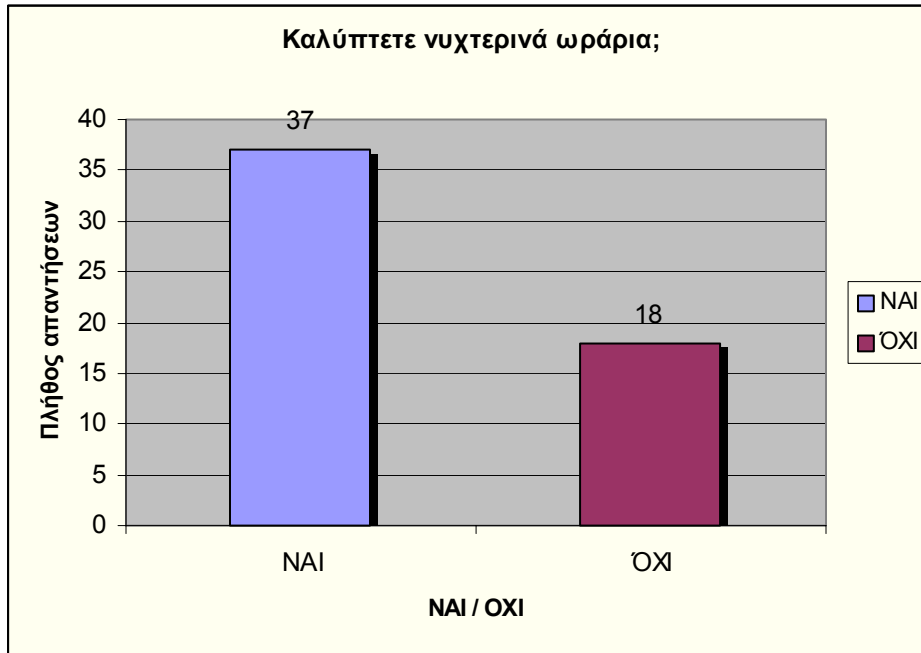


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η



Ερώτηση 6: Στο τμήμα που εργάζεστε καλύπτετε νυχτερινά ωράρια;

BENIZELIO ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

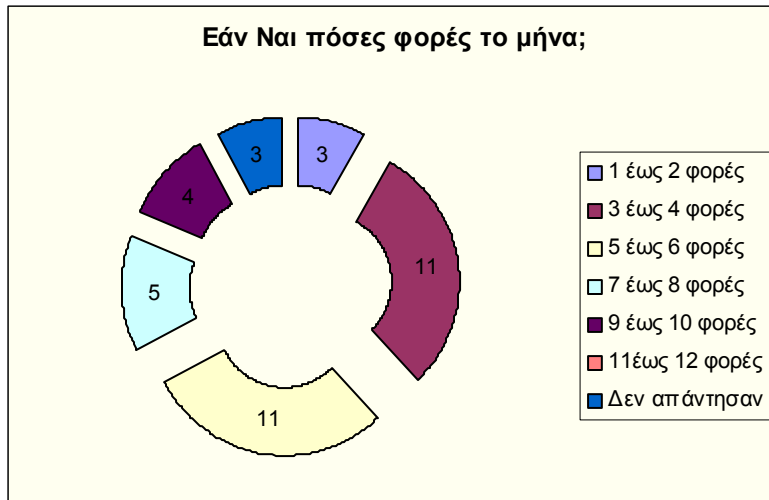


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

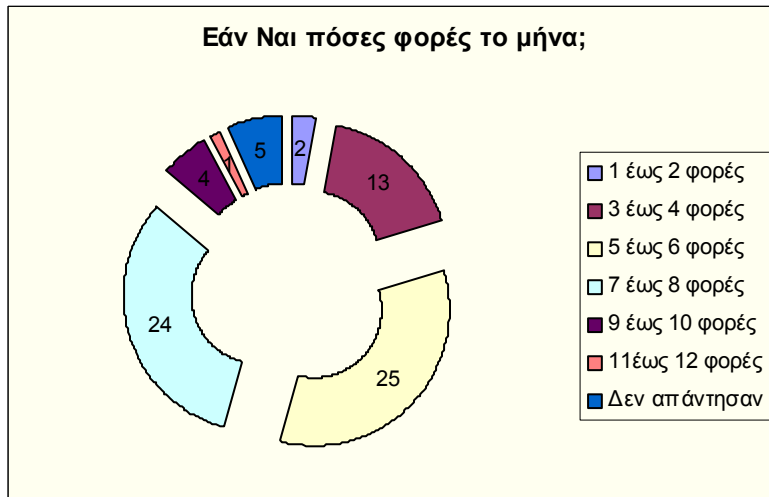


Ερώτηση 7: Αν ναι πόσες φορές το μήνα;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

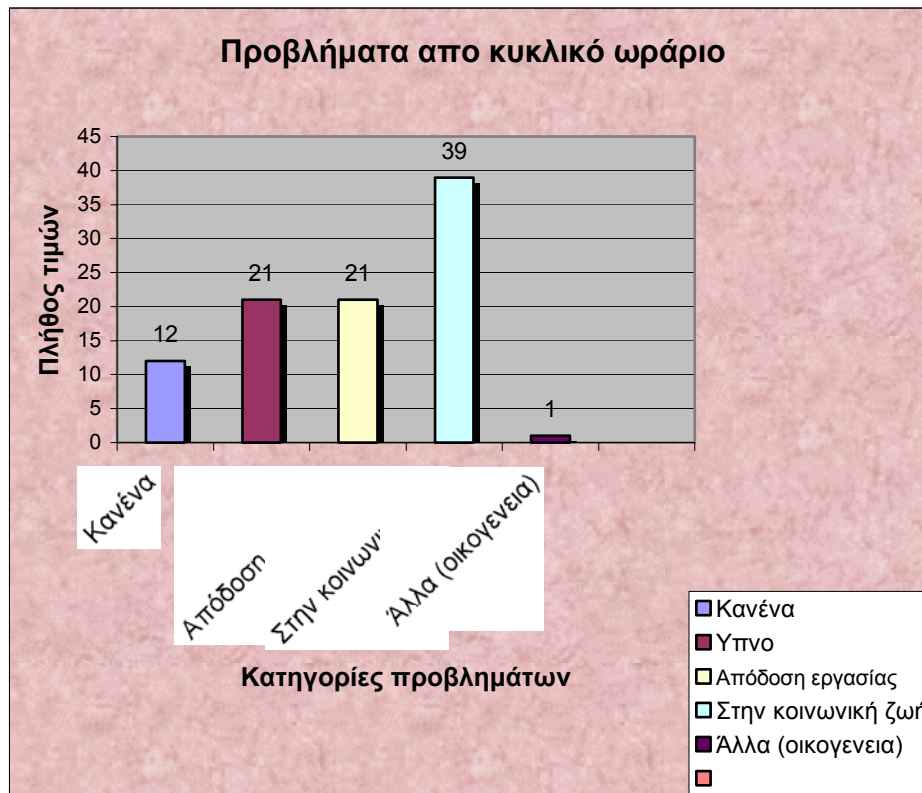


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

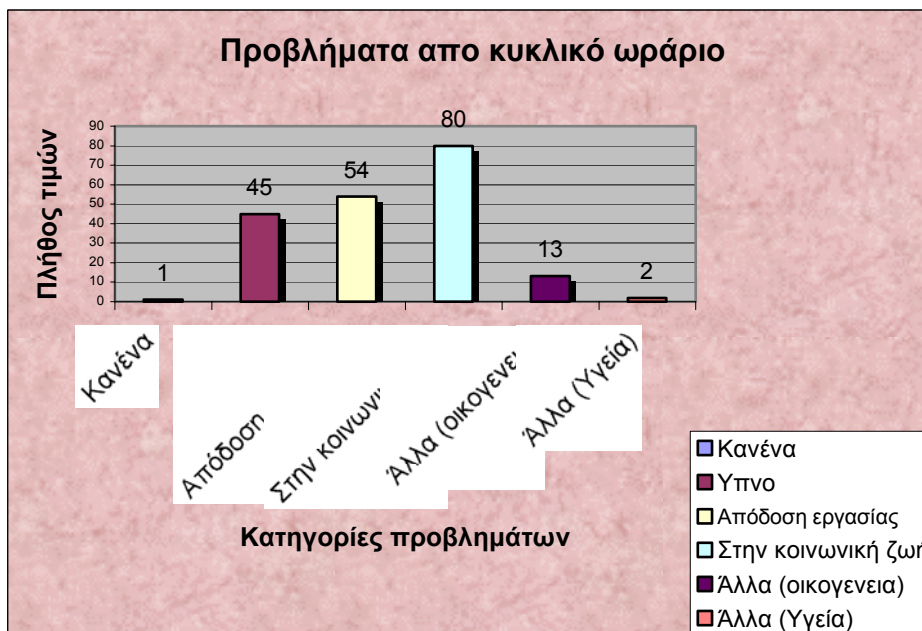


Ερώτηση 8: Ποια προβλήματα ακριβώς σας δημιουργεί το κυκλικό ωράριο;

BENIZELΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

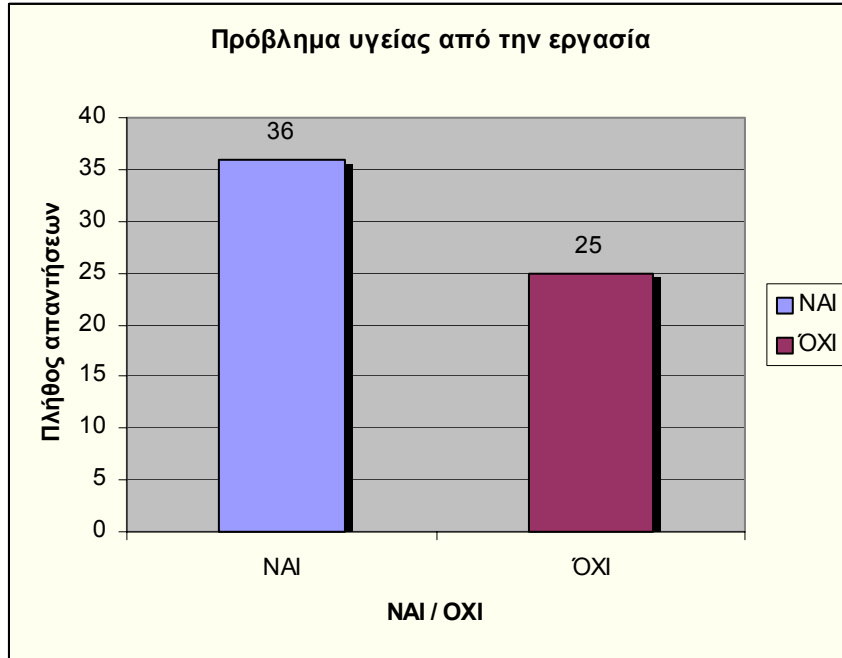


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

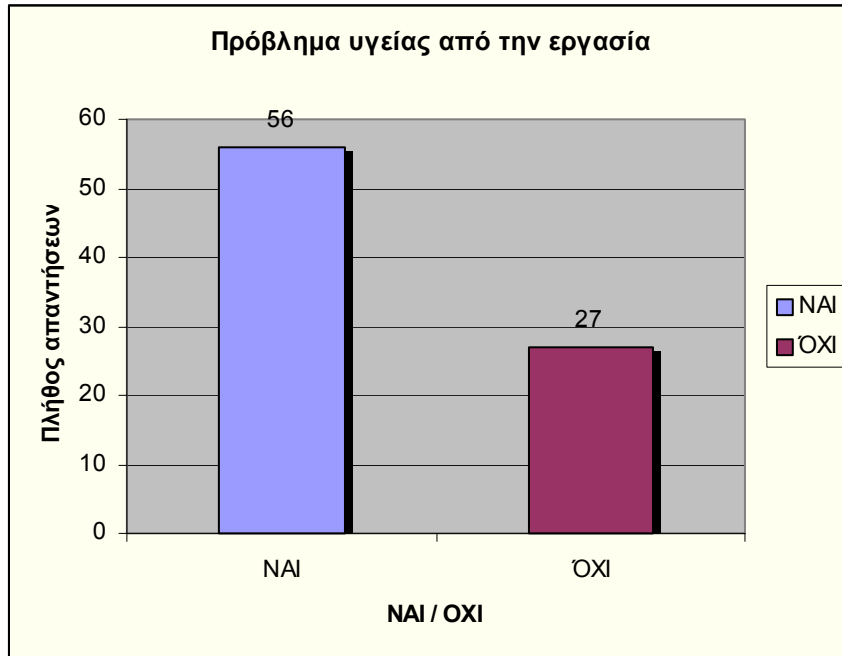


Ερώτηση 9: Αντιμετωπίζετε ή αντιμετωπίσατε κάποιο πρόβλημα υγείας που να οφείλεται στην εργασία σας;

BENIZEΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

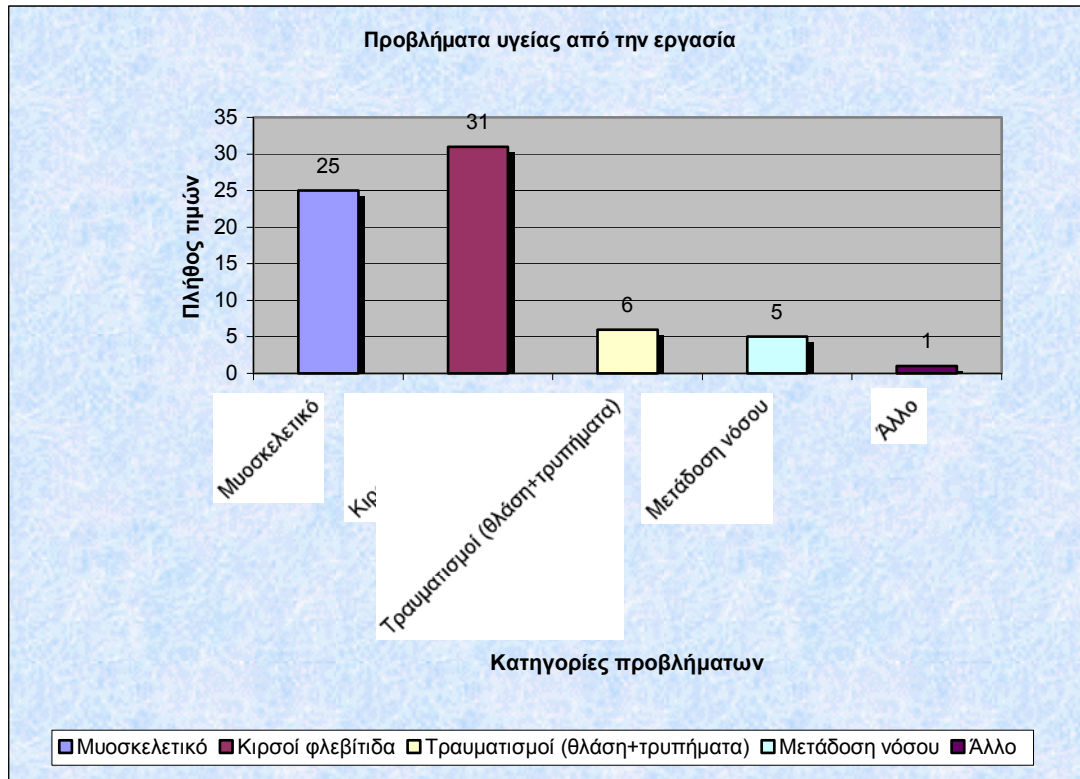


ΠΕ.ΠΑ.Γ. Ν.Η

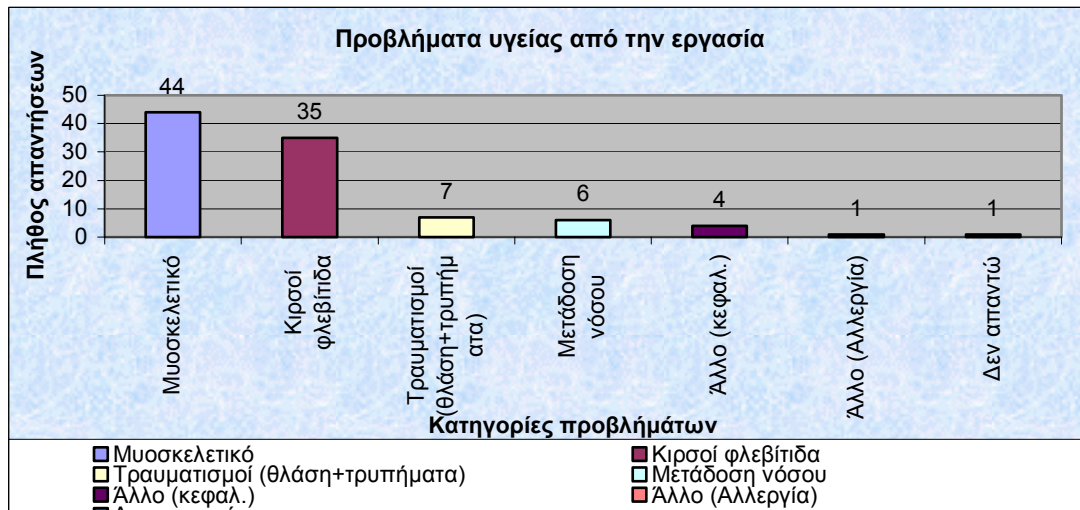


Ερώτηση 10: Εάν ναι ποιο πρόβλημα ακριβώς;

BENIZEΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

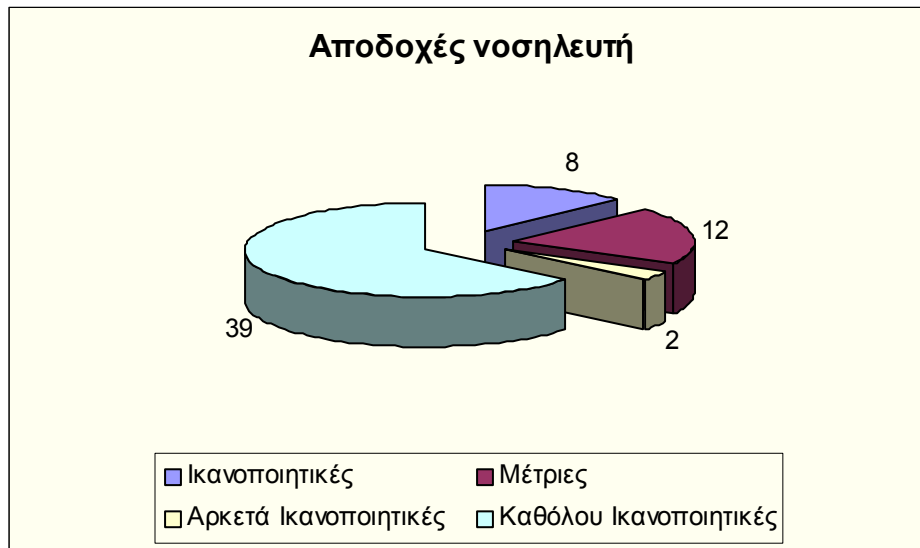


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η



Ερώτηση 11: Πιστεύετε ότι οι αποδοχές του νοσηλευτή σε σχέση με την εργασία που παρέχει είναι: ικανοποιητικές, μέτριες, αρκετά ικανοποιητικές, καθόλου ικανοποιητικές;

BENIZELΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

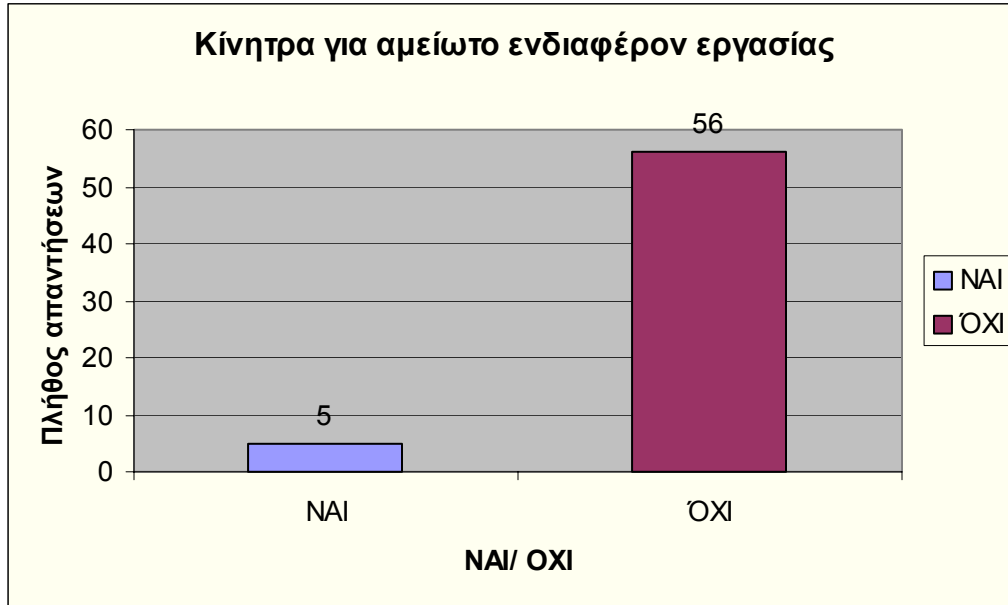


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

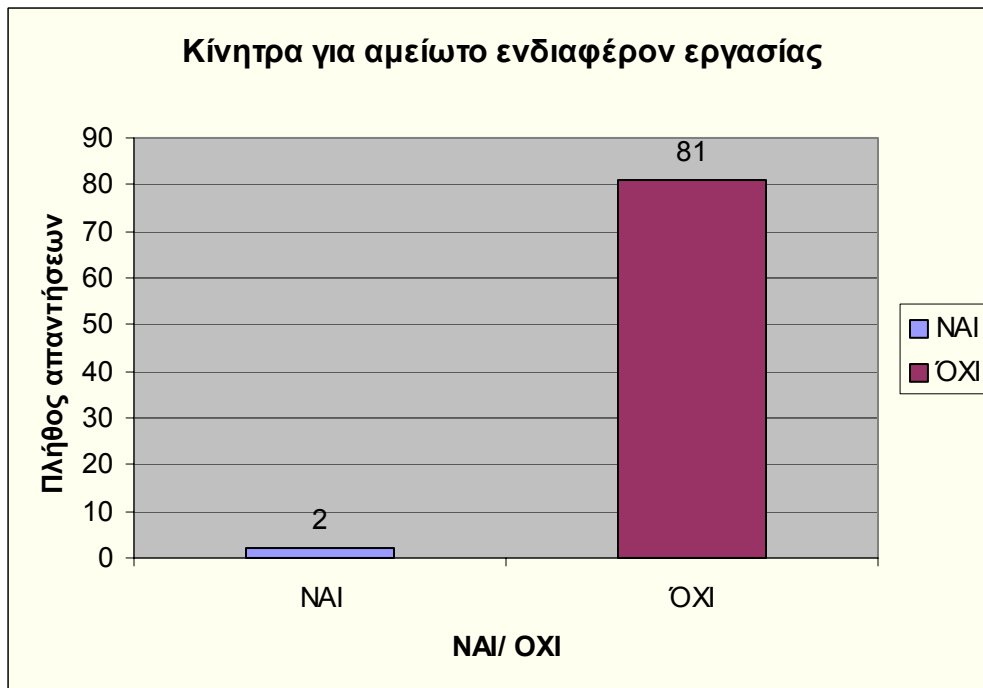


Ερώτηση 12: Πιστεύετε πως παρέχονται στους νοσηλευτές κίνητρα για αμείωτο το επαγγελματικό ενδιαφέρον;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

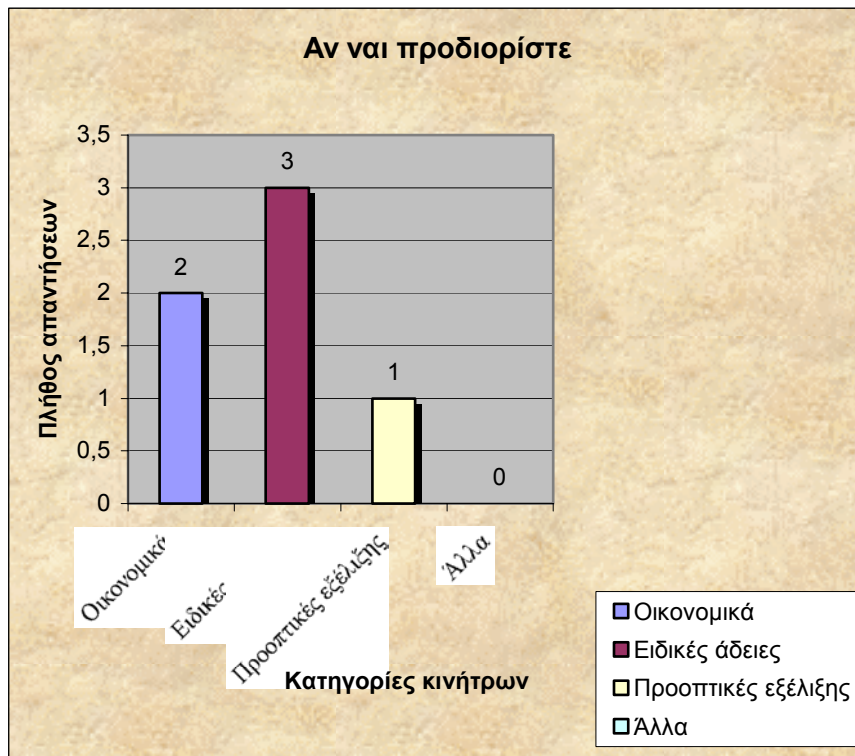


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

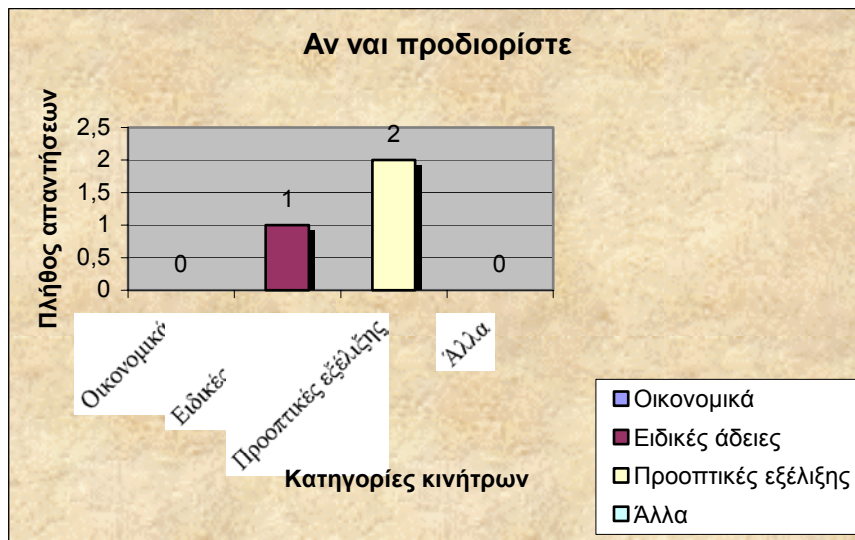


Ερώτηση 13: Εάν ναι προσδιορίστε

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

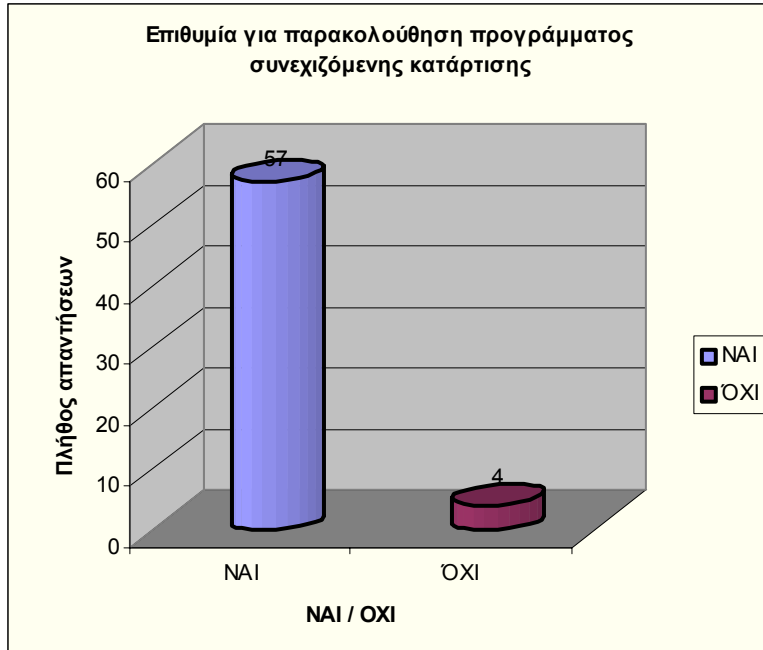


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

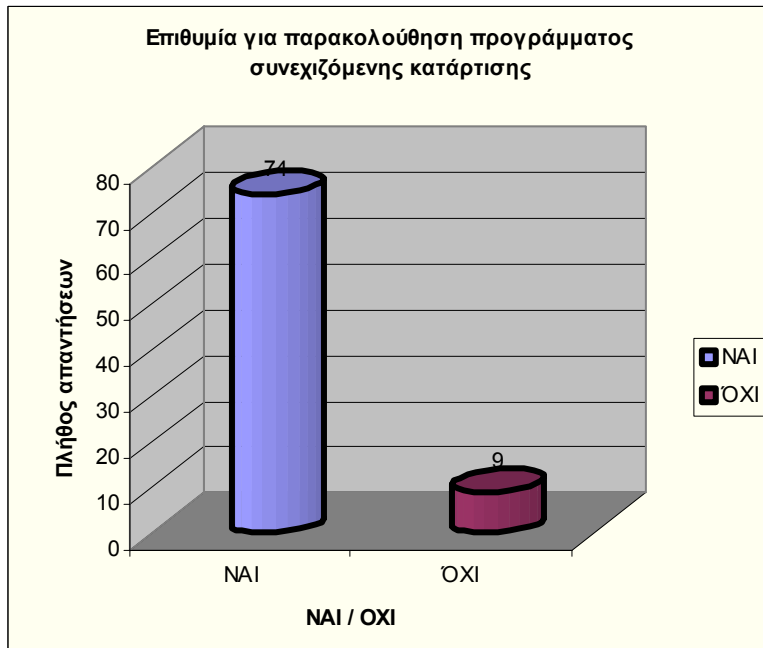


Ερώτηση 14: Θα σας ενδιέφερε η παρακολούθηση κάποιου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εφόσον υπήρχε η οικονομική στήριξη και διευκόλυνση στο ωράριο εργασίας;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

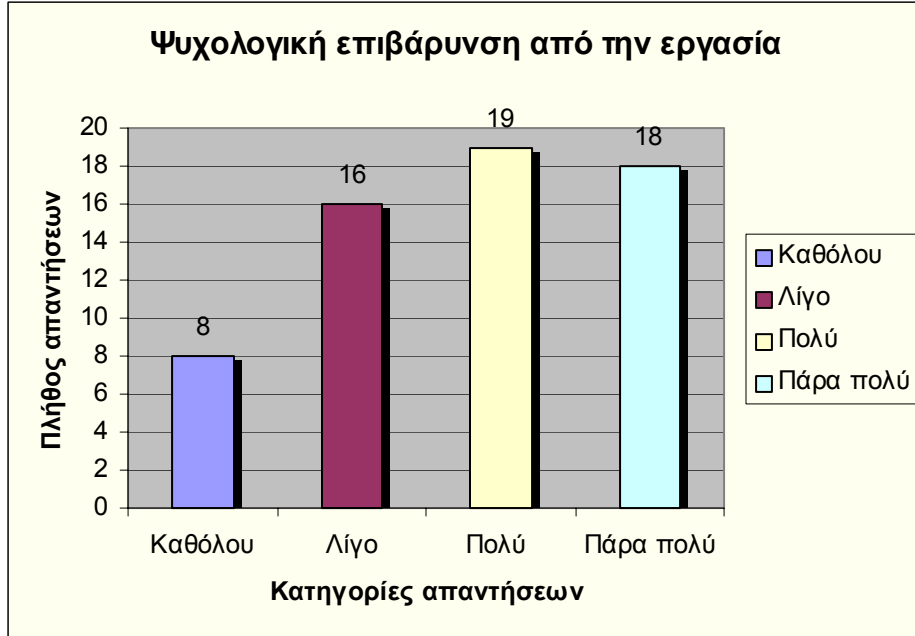


ΠΕ.Π.Α.Γ.Ν.Η

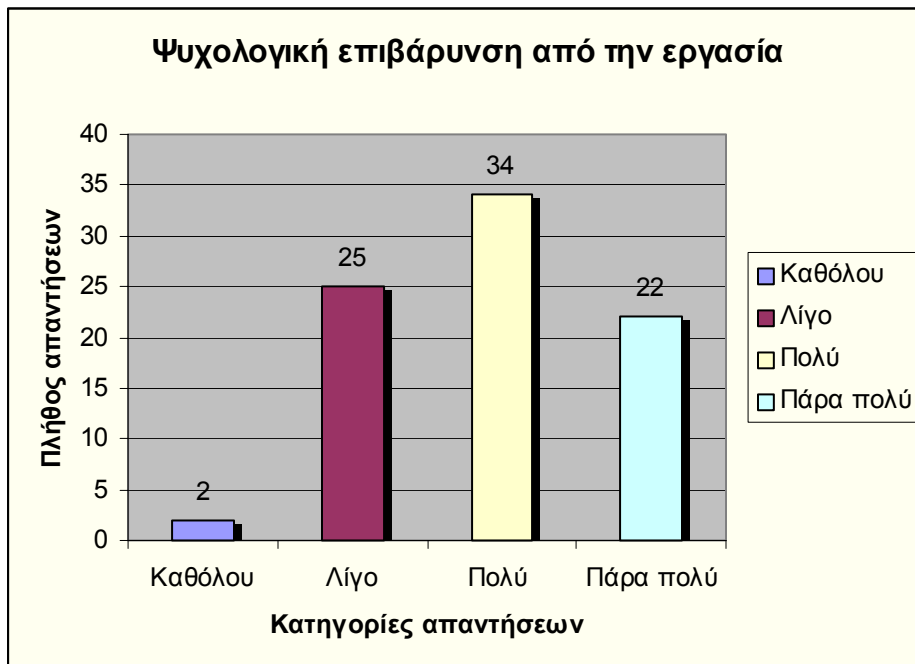


Ερώτηση 15: Πόσο σας έχει επιβαρύνει ψυχολογικά ο χώρος εργασίας σας;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

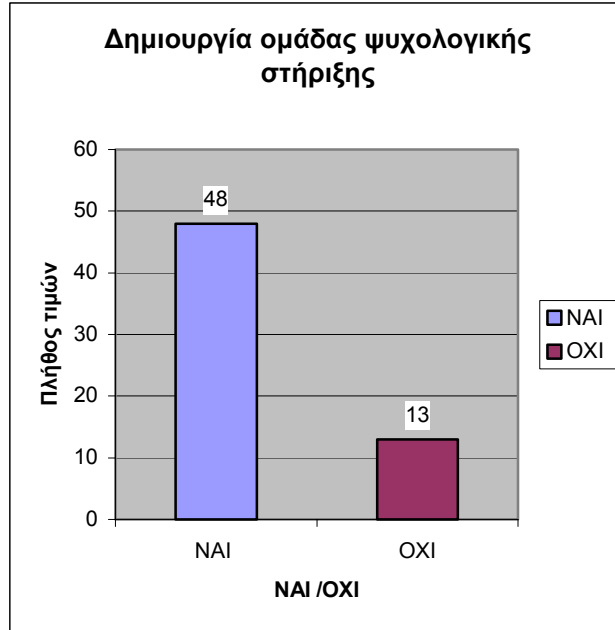


ΠΕ.Π.Α.Γ.Ν.Η

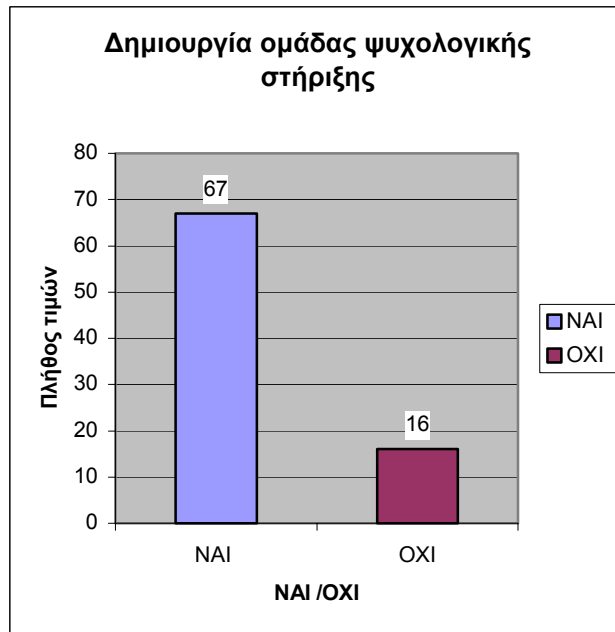


Ερώτηση 16: Θα σας ενδιέφερε η δημιουργία κάποιας ομάδας ψυχολογικής στήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού;

BENIZELAYIO NOSOKOMEIO HPAKLAYIOY

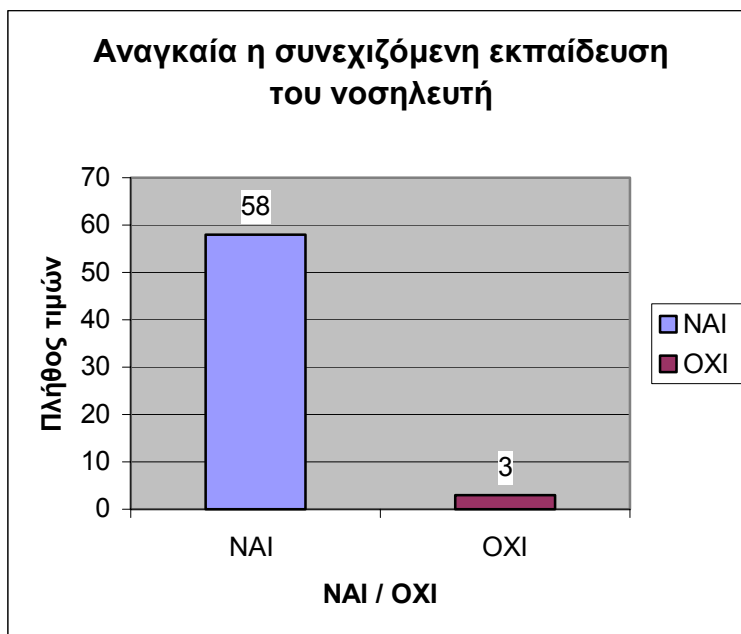


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

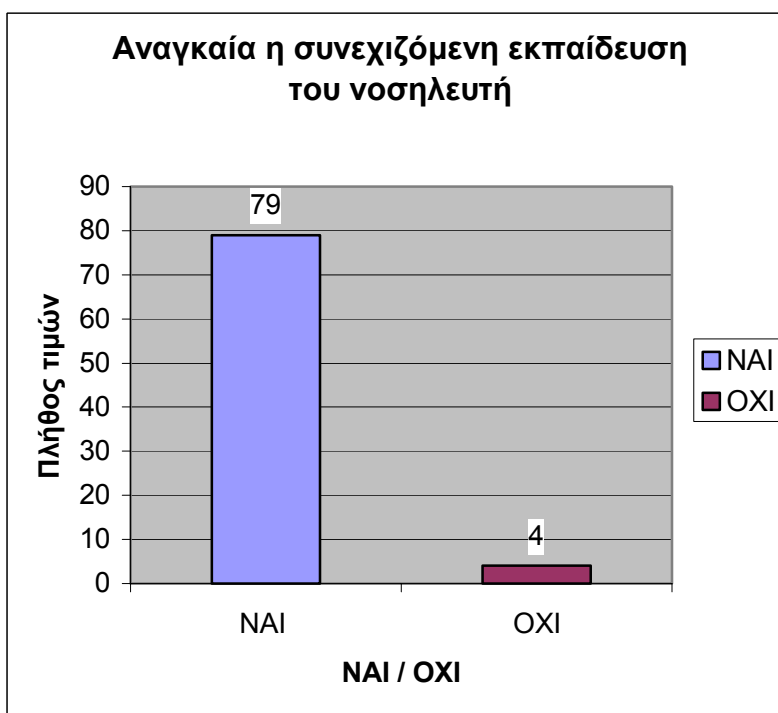


Ερώτηση 17: Πιστεύετε ότι είναι αναγκαία η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτή;

BENIZELAIIO ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

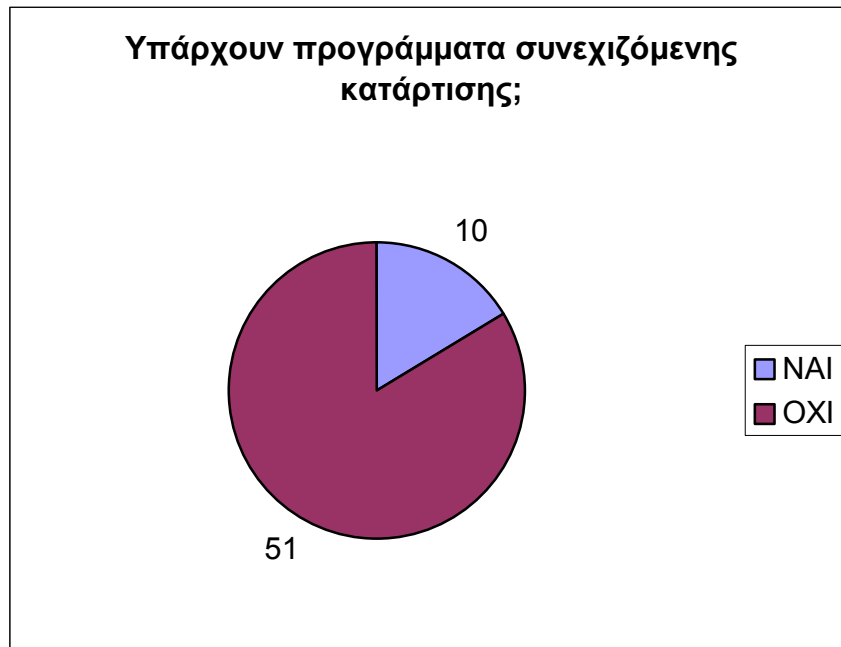


ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η

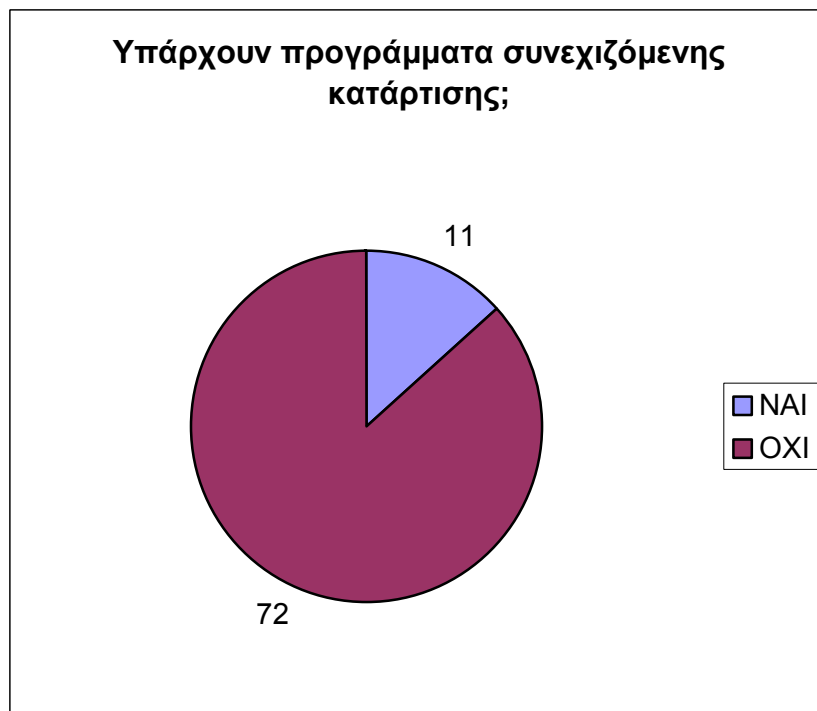


Ερώτηση 18: Υπάρχουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας σας;

ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ



ΠΕ.ΠΑ.Γ.Ν.Η



ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΠΑΓΝΗ

Στην ερώτηση σχετικά με τα κριτήρια επιλογής του επαγγέλματος παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές έχουν δηλώσει ότι ασχολήθηκαν τυχαία με το επάγγελμα (52.29%) και ακολουθεί σαν κριτήριο η σιγουριά εργασίας (22.9%) , οι οικονομικοί λόγοι με ποσοστό 13.76%, οι ανθρωπιστικοί λόγοι 10% και τέλος από αγάπη για το επάγγελμα μόλις το 0.9% .

Στην ερώτηση σχετικά με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στα Δημόσια νοσοκομεία παρατηρούμε ότι το κυκλικό ωράριο ήταν το πρόβλημα που συγκέντρωσε τις περισσότερες απαντήσεις (18%), ενώ σε παρόμοιο ποσοστό κυμαίνονται και τα υπόλοιπα προβλήματα : ψυχική κόπωση (18%), σωματική κόπωση (17%), δύσκολες συνθήκες εργασίας (16%), έλλειψη αναγνώρισης (15%), κίνδυνοι κατά τη νοσηλεία (14%), και στην επιλογή άλλο δόθηκε ως απάντηση το οικονομικό με ποσοστό 2% .

Όσον αφορά το πόσο έχει επηρεαστεί η ζωή τους από τα παραπάνω προβλήματα το 63% απάντησε πολύ, το 35% λίγο και το 2% καθόλου .

Από τους νοσηλευτές που απάντησαν το 95% δουλεύει τα Σαββατοκύριακα ενώ το 5% δεν δουλεύει .

Απ'όσους είπαν ότι εργάζονται το Σαββατοκύριακο το 44% απασχολείται 2 – 3 φορές το μήνα , το 28% 1 – 2 φορές το μήνα, το 11% 3 – 4 φορές, επίσης 11% δεν απάντησαν και το 5% 4 φορές .

Νυχτερινά ωράρια καλύπτει το 89% ενώ το 11% όχι .

Από τους νοσηλευτές που απάντησαν ναι το 34% δουλεύει 5 – 6 φορές το μήνα, το 32% 7 – 8 φορές, το 18% 3 – 4, το 7% δεν απάντησε, το 5% 9 – 10 φορές , το 3% 1 – 2 και τέλος το 1% 11 – 12 .

Στην ερώτηση για το ποια προβλήματα δημιουργεί το κυκλικό ωράριο το 41% δήλωσε πρόβλημα στην κοινωνική του ζωή, το 28% πρόβλημα στην απόδοση της εργασίας , το 23% πρόβλημα στον ύπνο και στην επιλογή άλλα το 8% αναφέρει προβλήματα στην οικογενειακή ζωή και την υγεία .

Σχετικά με αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας λόγω της εργασίας τους το 67% απάντησε ναι και το 33% απάντησε όχι .

Απ'αυτούς που απάντησαν ναι το 45% αναφέρει μυοσκελετικά προβλήματα, το 36% πρόβλημα κιρσών και φλεβίτιδας, το 7% τραυματισμούς (θλάσεις και τρυπήματα), το 6% μετάδοση νόσου και στην επιλογή άλλο το 5% αναφέρει κεφαλαλγίες και αλλεργίες, το 1% δεν απάντησε .

Στην ερώτηση σχετικά με τις αποδοχές σε σχέση με την εργασία τους το 59% αναφέρει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές , το 38% μέτριες , το 2% ικανοποιητικές και το 1% αρκετά ικανοποιητικές .

Όταν ρωτήθηκαν αν τους παρέχονται κίνητρα για αμείωτο επαγγελματικό ενδιαφέρον το 98% απάντησε όχι και μόλις το 2% ναι .

Απ'αυτούς που απάντησαν ναι το 67% δήλωσε σαν κίνητρο την προοπτική εξέλιξης και το 33% τις ειδικές άδειες .

Στην ερώτηση αν θα τους ενδιέφερε η παρακολούθηση κάποιου προγράμματος συνεχιζόμενης εκπαίδευσης το 89% είπαν ναι , το 11% όχι

Σχετικά με το αν τους έχει επιβαρύνει ψυχολογικά ο χώρος εργασίας τους το 41% απάντησε πολύ, το 30% λίγο, το 27% πάρα πολύ και το 2% καθόλου .

Υπέρ της δημιουργίας κάποιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι το 81% ενώ όχι δήλωσε το 19% .

Στο αν είναι αναγκαία η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του νοσηλευτή το 95% απάντησε ναι, ενώ το 5% όχι .

Τέλος στο αν υπάρχουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας τους το 87% απάντησε όχι και το 13% ναι .

2. BENIZEΛΕΙΟ

Στην ερώτηση ποια ήταν τα κριτήρια επιλογής τους επαγγέλματος τους το 38% απάντησε τυχαία, το 23% δήλωσε ανθρωπιστικούς λόγους, το 20% για σίγουρη δουλειά, το 18% για οικονομικούς λόγους και το 1% για οικογενειακούς .

Όσον αφορά τα προβλήματα των νοσηλευτών στα Δημόσια νοσοκομεία το 24% απάντησε δύσκολες συνθήκες εργασίας, το 16% σωματική κόπωση, το 16% ψυχική κόπωση, το 15% το κυκλικό ωράριο , το 15% κίνδυνοι κατά την νοσηλεία και το 14% έλλειψη αναγνώρισης .

Σχετικά με το αν έχουν επηρεάσει τα προβλήματα αυτά τη ζωή τους το 51% απάντησε πολύ, το 41% λίγο και το 8% καθόλου .

Στο αν απασχολούνται τα Σαββατοκύριακα το 74% απάντησε ναι ενώ το 26% απάντησε όχι .

Απ'αυτούς που δουλεύουν τα Σαββατοκύριακα το 31% απασχολείται 2 –3φορές το μήνα, το 22% δεν απάντησε, το 20% 1 –2, το 16% 4φορές και το 11% 3 – 4 .

Για το αν καλύπτουν νυχτερινά ωράρια το 60% απάντησε ναι ενώ το 30% όχι και 10% δεν απάντησαν .

Απ'αυτούς που απάντησαν ναι το 30% απασχολείται 5 – 6φορές το μήνα, το 29% 3 – 4, το 14% 7 – 8 , το 11% 9 – 10, το 8% 1 – 2 και τέλος ένα ποσοστό 8% δεν απάντησε .

Στην ερώτηση ποια προβλήματα τους δημιουργεί το κυκλικό ωράριο σε ποσοστό 42% αναφέρεται πρώτο το πρόβλημα κοινωνικής ζωής , ακολουθούν με 22% προβλήματα στην απόδοση εργασίας, 22% προβλήματα στον ύπνο, 13% κανένα πρόβλημα και 1% συγκεντρώνει η επιλογή άλλα όπου αναφέρεται η οικογενειακή ζωή σαν πρόβλημα .

Στο αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας που να οφείλεται στην εργασία το 59% απάντησε ναι ενώ το 41% όχι

Απ'αυτούς που απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας το 46% αναφέρει τους κισσούς – φλεβίτιδα, το 37% μυοσκελετικά προβλήματα, το 9% τραυματισμούς, το 7% μετάδοση νόσου και στην επιλογή άλλο το 1% αναφέρει ψυχολογική ασθένεια .

Στην ερώτηση για τις αποδοχές του νοσηλευτή το 64% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές, το 20% τις θεωρεί μέτριες, το 13% ικανοποιητικές και το 1% αρκετά ικανοποιητικές .

Στο αν παρέχονται στους νοσηλευτές κίνητρα για αμείωτο επαγγελματικό ενδιαφέρον το 92% απάντησε όχι και το 8% ναι .

Απ' αυτούς που απάντησαν ναι σαν πρώτο κριτήριο με ποσοστό 50% επιλέγουν τις ειδικές άδειες, 33% τα οικονομικά κριτήρια και 17% οι προοπτικές εξέλιξης .

Ενδιαφέρον για προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης δείχνει το 93% ενώ το 7% δηλώνει ότι δεν ενδιαφέρεται .

Στο πόσο πιστεύουν ότι τους έχει επιβαρύνει ο χώρος εργασίας τους το 31% πολύ, το 30% πάρα πολύ, το 26% λίγο και το 13% καθόλου

Επίσης ενδιαφέρον για τη δημιουργία κάποιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού δείχνει το 79% ενώ το 21% είναι αδιάφορο .

Το 95% θεωρεί αναγκαία τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε αντίθεση με το 5% .

Τέλος το 84% δηλώνει ότι δεν υπάρχουν προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας ενώ το 16% ότι υπάρχουν .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν προκύπτουν κάποια πολύ ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Βλέπουμε λοιπόν , ότι παρόλο που πρέπει να αγαπάς το επάγγελμα αυτό για να ανταπεξέλθεις στις απαιτήσεις του , οι περισσότεροι νοσηλευτές του ΠΑΓΝΗ και του ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟΥ δηλώνουν ότι από τύχη βρέθηκαν στο χώρο αυτό ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που το επέλεξαν συνειδητά. Εξάλλου δεν ήταν και λίγοι οι νοσηλευτές που το επέλεξαν για οικονομικούς λόγους και μια επαγγελματική εξασφάλιση .

Δεδομένου ότι είναι ένα απαιτητικό επάγγελμα είναι επόμενο να δημιουργεί προβλήματα στον επαγγελματία νοσηλευτή με κυριότερα αυτά του κυκλικού ωραρίου, της ψυχικής – σωματικής κόπωσης και των δύσκολων συνθηκών εργασίας .

Επόμενο ήταν όλα αυτά τα προβλήματα να έχουν επηρεάσει πολύ τη ζωή των νοσηλευτών , όπως απάντησαν και οι περισσότεροι .

Μια από τις ιδιαιτερότητες του επαγγέλματος είναι ότι ο νοσηλευτής καλείται να εργάζεται Σαββατοκύριακα αλλά και να καλύπτει νυχτερινά ωράρια . Το γεγονός αυτό , σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού που παρατηρείται στα νοσοκομεία της πόλης μας (ΠΑΓΝΗ: 21 , ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ: 208) καθώς και με τις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες που παρουσιάζονται (παραγωγικοί δείκτες), επιβαρύνει το πρόγραμμα του. Δηλαδή τον αναγκάζει να εργάζεται 2 – 3 Σαββατοκύριακα το μήνα και να καλύπτει 5 – 6 νυχτερινές βάρδιες το μήνα .

Όλη αυτή η κατάσταση που είναι γνωστή και ως κυκλικό ωράριο , είναι φυσικό να δημιουργεί κάποια προβλήματα στον νοσηλευτή .Το κυριότερο πρόβλημα είναι ότι διαταράσσεται η κοινωνική τους ζωή αφού δεν μπορεί να έχει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα στη ζωή του .

Επίσης ο χώρος αλλά και το είδος της εργασίας του νοσηλευτή είναι τέτοιος που επιβαρύνει την υγεία του σε μεγάλο βαθμό . Ειδικότερα, η πολύωρη ορθοστασία προκαλεί σε όλους σχεδόν τους νοσηλευτές κίρσους και φλεβίτιδα .Το μυοσκελετικό σύστημα επιβαρύνεται από τις διάφορες χειρονακτικές εργασίες, όπως ανύψωση βάρους, πολύωρη ορθοστασία , σήκωμα ασθενών κ.α. Ορατός είναι επίσης ο κίνδυνος τραυματισμού από τρύπημα βελόνων και άλλων αιχμηρών αντικειμένων καθώς και η μετάδοση κάποιας μολυσματικής νόσου (ηπατίτιδα) .

Μια άλλη παράμετρος των προβλημάτων των νοσηλευτών είναι η ψυχολογική επιβάρυνση τους από το χώρο εργασίας τους η οποία είναι πάρα πολύ έντονη .Εξάλλου αυτό φαίνεται και από τη θετική στάση των νοσηλευτών στο ενδεχόμενο δημιουργίας κάποιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης .

Δεδομένου των παραπάνω δύσκολων συνθηκών εργασίας οι αποδοχές του νοσηλευτή κρίνονται από τους περισσότερους ως μη ικανοποιητικές .

Ένα άλλο στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι οι περισσότεροι θεωρούν πως δεν παρέχονται κίνητρα για επαγγελματικό ενδιαφέρον .Ελάχιστοι είναι όμως οι νοσηλευτές των νοσοκομείων μας που πιστεύουν ότι υπάρχουν κίνητρα (όπως οικονομικά , άδειες) , πράγμα που ενδεχομένως σημαίνει ότι δεν υπάρχει αρκετή ενημέρωση πάνω σε ότι τους προσφέρεται και έχουν δικαίωμα να διεκδικήσουν .

Τέλος, όσον αφορά την ιδέα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτή, αυτή βρίσκει σύμφωνη σχεδόν όλους τους νοσηλευτές , οι οποίοι δηλώνουν ότι θα ήθελαν να παρακολουθήσουν κάποιο πρόγραμμα εφόσον ύπηρχε η ανάλογη οικονομική στήριξη και η διευκόλυνση στο ωράριο εργασίας .Ωστόσο όταν ρωτήθηκαν για την ύπαρξη προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης οι περισσότεροι απ'αυτούς απάντησαν αρνητικά και ελάχιστοι θετικά .Από εδώ θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι ίσως το ποσοστό των νοσηλευτών που απάντησαν αρνητικά να μην είναι αρκετά ενημερωμένο πάνω στο θέμα αυτό . Το ενδεχόμενο να μην πληροφορούνται έγκαιρα και επαρκώς για διάφορα προγράμματα καθώς και για τα δικαιώματά τους είναι υπαρκτό .

Εξάλλου στο χώρο του νοσοκομείου υπάρχει βιβλιοθήκη με περιοδικά ξενόγλωσσα καθώς και υπολογιστές όπου θα μπορούσε ο νοσηλευτής να ενημερώνεται συνεχώς για τα συνεχή βήματα της επιστήμης .Όμως παρόλο που το νοσοκομείο εξασφαλίζει την ύπαρξη πηγών πληροφόρησης , ο φόρτος εργασίας και κατά συνέπεια η έλλειψη χρόνου δεν επιτρέπει στον νοσηλευτή να τις αξιοποιήσει .

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κλείνοντας την εργασία αυτή και με βάση τα στοιχεία που προέκυψαν θεωρούμε σκόπιμο να προτείνουμε κάποιες πιθανές λύσεις, που θα βελτιώσουν το έργο του νοσηλευτή.

Όσον αφορά την συνεχιζόμενη εκπαίδευση πιστεύουμε ότι θα ήταν καλό η ίδρυση γραφείου εκπαίδευσης σε κάθε νοσοκομείο με σκοπό την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων με βάση τις ανάγκες των νοσηλευτών. Ακόμα να ενθαρρύνονται οι νοσηλευτές με ουσιαστικά κίνητρα (οικονομικά, άδειες) για τη συμμετοχή τους σε συνέδρια και για ανακοινώσεις εργασιών. Επίσης να υπάρχει σφαιρική πληροφόρηση, υπεύθυνη και έγκαιρη, για τα υπάρχοντα περιοδικά και βιβλία που κυκλοφορούν και για τα εκπαιδευτικά προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης (συνέδρια, ημερίδες), έτσι ώστε να υπάρχει η ανάλογη συμμετοχή. Επιπλέον να οργανωθούν οι βιβλιοθήκες των νοσοκομείων ώστε να υπάρχει σύγχρονη ξένη και Ελληνική βιβλιογραφία. Τέλος, καλό θα ήταν να συμπληρωθούν οι κενές θέσεις εργασίας των νοσηλευτών για να μην γίνεται συνεχώς εμπόδιο στις διαδικασίες μάθησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Για ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα, το κυκλικό ωράριο, λύση θα μπορούσε να αποτελέσει, εκτός βέβαια από την πρόσληψη προσωπικού, η μηχανογραφημένη οργάνωση των κλινικών. Δηλαδή το πρόγραμμα κάθε κλινικής θα βγαίνει από τα στοιχεία που θα περνάει στον ηλεκτρονικό υπολογιστή η προισταμένη και που θα σχετίζονται με τις ανάγκες του προσωπικού, την προσωπικότητα («πρωινός τύπος», «απογευματινός τύπος») του κάθε νοσηλευτή και με κάποια δεδομένα στοιχεία, που θα πρέπει να πληρεί το πρόγραμμα. Τέτοια είναι :

- Να υπάρχουν εναλλάξ Σαββατοκύριακα εργασίας
- Να διασφαλίζεται μετά από νυχτερινή βάρδια η περίοδος 2 ημερών με νυχτερινό ύπνο.
- Το πρόγραμμα του κάθε νοσηλευτή να βασίζεται στην ακολουθία πρωί, απόγευμα, νύχτα, ρεπό

Όσον αφορά τους κινδύνους υγείας που διατρέχουν οι νοσηλευτές κατά την εργασία τους , θα ήταν καλό να επικεντρωθούν στην πρόληψη ακόμα περισσότερο. Για τα μυοσκελετικά προβλήματα χρειάζεται απλές αλλαγές στην οργάνωση της εργασίας όπως :

- Η δυνατότητα διαλειμμάτων
- Η εργονομική διάταξη του εργασιακού χώρου
- Η κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών στη σωστή χρήση του σώματος τους δηλαδή στο σωστό χειρισμό ασθενών , τη μεταφορά βαρών και την κατάλληλη στάση του σώματος . Αυτή θα μπορούσε να γίνει από ένα σχολείο αυχένα – μέσης (neck – back school) , που έχει ως σκοπό την συστηματική εκπαίδευση των νοσηλευτών .

Για την αποφυγή μετάδοσης νοσημάτων όπως ηπατίτιδα , AIDS , φυματίωση κ.α , το νοσοκομείο θα πρέπει να μεριμνήσει για τον δωρεάν εμβολιασμό του προσωπικού ενώ οι ίδιοι οι νοσηλευτές θα πρέπει να προσέξουν ιδιαίτερα τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας .

Τέλος, όχι λιγότερο σημαντικό είναι το θέμα της ψυχολογικής επιβάρυνσης των νοσηλευτών. Για το πρόβλημα αυτό έχουμε να προτείνουμε την δημιουργία μιας ομάδας ψυχολογικής υποστήριξης σε κάθε νοσοκομείο, όπου θα μπορούν να καταφεύγουν οι νοσηλευτές όποτε νιώθουν την ανάγκη. Ακόμα καλό θα ήταν να δημιουργηθούν στα νοσοκομεία τα λεγόμενα humor rooms, τα οποία θα συμβάλλουν στο να ξεφύγει λίγο ο νοσηλευτής από την πίεση και την ένταση της δουλειάς .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αδάλη Ε. Επαγγελματική Εξουθένωση Νοσηλευτών : Έννοια , Συνιστώσες , Συνέπειες .Νοσηλευτική 2000 , 39 (3) σελ. 292 – 297 .
2. Αδάλη Ε. Λεμονίδου Χ. «Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών» . Νοσηλευτική 2001 , 40 (2) σελ . 15 – 22 .
3. Αθανασόπουλος Σ. Κινησιοθεραπεία , Εκδ. Παραμανίδη .ΑΘΗΝΑ , 1989 , σελ. 66 – 80 .
4. Αναγνωστόπουλος Φ. και Παπαδάτου Α.(1992) .Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου .Καταγραφή Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών .Ψυχολογικά θέματα , 5 (3) .
5. Αναγνωστόπουλος Φ. Παπαδάτου Δ. «Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας» .
6. Γέραλη Μ. Παικοπούλου Δ. «Βιολογικοί ρυθμοί στο νοσηλευτικό επάγγελμα : Η ενδογενής επίδραση της μελατονίνης» .Νοσηλευτική 2001 40 (4) σελ . 38 – 42 .
7. Γιαννούλης Ν. Γεράκης Θ. Δέδε Β. Κωνσταντινίδης Θ. : «Τάσεις και αξιοποίηση της επιμόρφωσης των εργαζομένων νοσηλευτών σήμερα»Πρακτικά 21^{ου} Συνεδρίου , σελ . 467 – 476 , (1994) .
8. Δρίβας Σπύρος : «Το σύνδρομο του Άρρωστου Κτιρίου» .Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας .Τεύχος 3 , ένθετο Νο 3 .
9. Δρίβας Σπύρος : «Επαγγελματικές μυοσκελετικές παθήσεις» . Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας .Τεύχος (4) .

10. Θεοδοσοπούλου Ε. , Δρόσου Β. , Κοτρώτσιου Ε. , Τζαβέλας Γ. , Αργυρούδης Ε. , Παπαθανασίου Ι. : «Διερεύνηση των αιτιών και επιπτώσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσηλευτές» . Πρακτικά 26^{ου} Συνεδρίου (1999) σελ . 497 – 505 .
11. Κακαβελάκης Κ. , Βαρδάκη Χ. , Ανυφαντή Κ. : «Μυοσκελετικές διαταραχές στο νοσηλευτικό προσωπικό» Νοσηλευτική 40 (4) σελ . 97 – 105 (2001) .
12. Λύμης Κώστας : «Μυοσκελετικές παθήσεις που οφείλονται στην εργασία» . Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας , Τεύχος (4) .
13. Μειδάνη Μαρία : «Μελέτη των απόψεων των νοσηλευτών για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην Ελλάδα» . Πρακτικά 21^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου , σελ . 477 – 486 (1994) .
14. Μειδάνη Μαρία : «Η συμβολή της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για την παροχή ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών . Αντικειμενικά προβλήματα και προτάσεις ανάπτυξης» . Νοσηλευτική Γραμμή 12 : σελ . 8 – 11 , 1994 .
15. Ντουντόλη Ε. «Προστασία του προσωπικού από την φυματίωση» Πρακτικά 22^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου (1995) .
16. Παπαδοπούλου Δ. Βούκαλη Ε. «Απόψεις και στάσεις των νοσηλευτών για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση» Πρακτικά 26^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου (1999) , σελ . 29 – 32 .
17. Παπαδοπούλου Δ. «Χιούμορ και ογκολογικός ασθενής», Περιοδικό «Ογκολογική Ενημέρωση» 4(1) : (2002) .
18. Παπαθανασίου Ι. , Μότσιου Α., Τσινίδου Ε. «Στρεσογόνοι παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον του Νοσηλευτικού προσωπικού της Θεσσαλίας» Πρακτικά 25^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου (1998) , σελ. 127 – 129 .
19. Σαχίνη – Καρδάση Α. , Πάνου Μ. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες» 1^{ος} τόμος , β΄ έκδοση .

- 20.Σαχίνη – Καρδάση Α. , Πάνου Μ. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική – Νοσηλευτικές Διαδικασίες» 3^{ος} τόμος , β' έκδοση , σελ. 372 – 373 .
- 21.Σταματάκη Π. «Έξεις – Συνήθειες του κυκλικού ωραρίου εργασίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον» Πρακτικά 25^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου (1998) , σελ. 33 – 43 .
- 22.Σταυράκη «Σημειώσεις στη Νοσηλευτική Νομοθεσία», Κεφ. 2. «Υγειονομικά επαγγέλματα Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης» .
- 23.Συμεωνίδης Παναγιώτης , Ορθοπαιδική – Τραυματολογία : «Παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος» UNIVERSITY STUDIO PRESS Θεσσαλονίκη 1984 .
- 24.Φυσαράκης Κωνσταντίνος «Εισαγωγή στην Οικονομία της Υγείας» , Ηράκλειο 2001 .
- 25.Χαραλαμπίδου Ε. «Επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου» Διδακτορική διατριβή , Αθήνα 1986 .

A. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Andy. A . (1995) : “Goffman , the individual , institutions and stigmatisation” , Nursing standard , Vol . 91 , No 37 , p.p. 38 – 39 .
2. Barribal L . , While A . , Norman I . : Continuing professional education for qualified nurse : a review of the literature . Journal of Advanced Nursing 17 : 1129 – 1140 , (1992) .
3. Ceslowitz S . B .(1989) : Burnout and coping strategies among hospital staff nurses .Journal of Advanced Nursing 14 (7) .
4. Cherniss C . (1980) : Staff burnout . Job stress in Human Services . Beverly Hills Sayl Publications .
5. Christopher . H . et . al (1996) : “The relationship between night duty tolerance and personality” , Nursing standard , Vol . 10 , No 51, p.p. 34 – 39 .
6. Christopher . H . (1996) : “A shift in time” . Nursing standard , Vol . 10 , No 38 , p. p . 23 – 24 .
7. Efinger – J. et . al (1995) : Understanding circadian rhythms : “A holistic approach to nurses and shift wwork” J – Holistic – Nuro , 3 (4) : 306 – 322 .
8. Graham N . (1997) : «In defence of non – smokers rights» , Nursing standard . Vol . 12 , No 4 , p . 110 .
9. James N. et , al : «Hospitality ? What can be done to make hospitals more attractive ?» . Nursing standard .
10. John C . , Andrew M. (1994) : “Circadian rhythms 2 : Shift work and health” , BJN , Vol . 3 , No 14 , p.p. 712 – 717 .

11. Kersaitis C. : Attitudes and participation of registered nurses in continuing professional education in New South Wales , Australia . Journal of Continuing Education in Nursing 28 , 3 : p.p. 135 – 139 , 1997.
12. Kobuss , S . C (1986) : How much stress can you survive ? M . G . Walraven H . E. Fitzgerald (CE.d.s.) Annual Editions : Human Development 86/87 , Guilfrord C T : Dushkin .
13. Linda S. (1996) : “Stress busters” , Nursing standard . Vol . 11 , No 8 , p.p. 15 .
14. Lindsay B. : Assessing the demand for continuing education . Nursing Timmer , 86 (2) (1990) .
15. Maslach C. Pines A. The Burnout Syndrome in the day Care Setting . Child Care Quarterly , 1977 , 6 : 100 – 113 .
16. Moira L. et . al (1992) : “Stress , alcohol , tobacco and illicit drug , use amongst nurses : a scottich study” , Journal of Advanced Nursing , Vol . 17 , No 9 , p.p. 1057 – 1067 .
17. National Institute for Occupation Safety and Health .Cumulative trauma disorders in the workplace : Bibliography , DHHS (NIOSH) Publication No. 95 – 119 , 1995 .
18. O’Neill R. Europe under strain . A report on trade union initiatives to compact workplace musculoskeletal disorders .European Trade Union .Techical Bureau for Health and Safety , 1999 .
19. Pines AM . Kanner AD . Nurse’s Burnout : Lack of positive Conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress .J . Psychiatric Nursing , 1982 , 20 (8) , p.p. 30 – 35 .
- 20 .Work – related musculoskeletal disorders : a review of thhe evidence . National Academy of Science .

