Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
Σχολή Σ.Ε.Υ.
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της παρουσίας των συνοδών ασθενών στο νοσοκομείο και η αλληλεπίδρασή τους με το νοσηλευτικό προσωπικό

ΟΝΟΜΑΤΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ :

- Γραβαρία Ευαγγελία, Α.Μ. ΥΝ6335
- Δημοπούλου Θεοδώρα, Α.Μ. ΥΝ6563
- Σίσκινα Άννα, Α.Μ. ΥΝ6451

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Ροβίθης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής τμήματος Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2019

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη…… 3

Εισαγωγή…… 5

Γενικό Μέρος

1. Κεφάλαιο 1 - Νοσηλευτική φροντίδα

1.1. Έννοια της φροντίδας …… 7

1.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή …… 14

1.3. Καθήκοντα νοσηλευτή …… ..…….. 26

1.4. Χαρακτηριστικά νοσηλευτή …… 40

1.5. Σχέση ασθενή - νοσηλευτή ……..…….. 42

1.6. Σχέση οικογένεια - νοσηλευτή ……..…… 49

2. Κεφάλαιο 2 - Άτυπη φροντίδα

2.1. Ορισμός και έννοιες …… 54

2.2. Μορφές άτυπης φροντίδας ……...…… 59

2.3. Καθήκοντά άτυπης φροντίδας ……..… 62

2.4. Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα …….. 64

3. Κεφάλαιο 3 - Ο Ρόλος της οικογένειας κατά την Νοσηλεία

3.1. Ο ασθενής και η οικογένειά του …….. 78

3.2. Παράγοντες που οδηγούν συνοδούς στο νοσοκομείο …….. 80

3.3. Ανάγκες συγγενών - συνοδούς ……..…..…….. 82

3.4. Επιβάρυνση συγγενών - συνοδούς …….. 83

3.5. Δραστηριότητες συνοδών μέσα στο νοσοκομείο …… 87

4. Κεφάλαιο 4 - Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για παρουσία οικογένειας στο νοσοκομείο

4.1. Παρουσία οικογένειας σε παιδιατρική κλινική …….. 90

4.2. Παρουσία οικογένειας στις ΜΕΘ …….... 91

4.3. Παρουσία οικογένειας στα ΤΕΠ ……...……. 94

4.4. Οικογενειακή παρουσία κατά τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα …… 96

4.5. Παρουσία οικογένειας σε ογκολογική κλινική ……...…… 97

Ειδικό Μέρος

5. Κεφάλαιο 5 - Μεθοδολογία Έρευνας

5.1. Είδος μελέτης ……..…… 99

5.2. Σκοπός έρευνας …….. 99

5.3. Δειγματοληπτική μέθοδος …….. 99

5.4. Ερευνητικό εργαλείο ……..…… 100

5.5. Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-πιλοτική μελέτη ……

100

6. Κεφάλαιο 6 - Αποτελέσματα της έρευνας

6.1. Περιγραφή του δείγματος ……. 101

6.2. Αποτελέσματα ……...…… 102

6.3. Συζήτηση …….. 109

6.4. Συμπεράσματα - Προτάσεις …….. 112

Βιβλιογραφία ……. 114

Παράρτημα 1 ……. 126

Παράρτημα 2 …….. 127

Περίληψη

Η συνεχής εξέλιξη λόγω των απαιτήσεων της σύγχρονης εποχής, σε συνδυασμό με τις αδυναμίες που προκύπτουν από την δυσχερή οικονομική κατάσταση της χώρας, έχει δημιουργήσει σοβαρή μεταβολή των εργασιακών συνθηκών. Είναι γεγονός ότι έχει προκληθεί τεράστιο πλήγμα στον κλάδο της Νοσηλευτικής Επιστήμης και στις προσφερόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας προς τον εξυπηρετούμενο ασθενή. Χαρακτηριστικά της σημερινή ελληνικής πραγματικότητας, αποτελούν η προβληματική οργάνωση των νοσοκομείων, η απουσία συνεργασίας, η ελλειμματική κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών, η υποστελέχωση, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η χαμηλή ικανοποίηση από το απαιτητικό επάγγελμα του νοσηλευτή.

Η ανάγκη της οικογένειας να συμπαρασταθεί στο μέλος της που νοσεί, αλλά και η ανάγκη για βοήθεια στο νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο δεν είναι επαρκές αριθμητικά στο νοσοκομειακό περιβάλλον οδηγεί στην διεξαγωγή ερευνών για την εύρυθμη συνύπαρξη φροντιστών και νοσηλευτών.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, πραγματεύεται τον πραγματικό και ουσιαστικό ρόλο των νοσηλευτών, όπως και το ρόλο των μελών της οικογένειας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Σκοπός, είναι η διερεύνηση των αρμοδιοτήτων που αναλαμβάνουν και τη δυνατότητα συνεργασίας τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τις παρεμβάσεις που εκτελούνται και απο τις δύο πλευρές .

Ειδικότερα, δίνεται έμφαση στον ευρύτερο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή φροντίδας υγείας, στην ανάπτυξη συνεργασίας τους με τους φροντιστές του ασθενούς, στις απόψεις των ίδιων των νοσηλευτών αναφορικά με την παρουσία των οικίων προσώπων στο περιβάλλον του νοσοκομείου και στην κατάσταση που επικρατεί τη σύγχρονη εποχή στα νοσοκομεία της Ελλάδας.

Λέξεις κλειδιά: φροντίδα, φροντιστής, οικογένεια, νοσηλευτής, παροχή φροντίδας υγείας

Abstract

In an environment of health care, there are increased needs of patients. Human and material resources have decreased, nursing professionals worry for quality, cost and efficiency of health services. This leads to the need for better development of human and material resources and the grade of documentation to which those resources contribute in patient's health care. It is not possible to endorse that this is a well-organized, structured and effective subsystem, although the development of the primary health care system in Greece has followed diachronically the development line of the general health care system.

Nurses have the responsibility to inform the public, to apply preventative measures to practice, to provide education about new methods of treatment and rehabilitation and to support not only ill, but also health people.

The presence of caregivers in hospitals has been a matter of concern in medical community. Family members assume more and more responsibilities of nursing and mental well-being of patient, having a caregiver role.

In particular, there is a dipole for the presence of caregivers and their responsibilities. At one pole, there is a nurse stuffing shortage, while at the other pole, there is the Greek culture and the strong institution of family. The current situation in Greek hospitals is dysfunctional by many causes, such as the numerical proficiency of staff.

The presence of caregivers has advantages and disadvantages as well. One the one hand, their providing care is very useful and necessary. On the other hand, caregivers have become an obstacle for nursing and very demanding. There is an urgent need of addressing this phenomenon effectively.

The purpose of this paper is to explore nurses' views about caregivers in hospitals, about training or learning of their auxiliary competences and cooperation skills.

Key words: nurse, caregivers, care, family, providing health care

Εισαγωγή

Στην Ελλάδα, στον τομέα παροχής φροντίδας υγείας, παρατηρούνται ολοένα αυξανόμενες ανάγκες ασθενών, περιορισμοί σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια κατάσταση ανησυχίας για τα στελέχη της Νοσηλευτικής Επιστήμης αναφορικά με την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Το παραπάνω οδηγεί στην ανάγκη για αξιολόγηση τόσο των ανθρώπινων και των υλικών πόρων, για την τεκμηρίωση του βαθμού στον οποίο αυτοί οι πόροι συνεισφέρουν με αποτελεσματικό τρόπο στην φροντίδα ασθενών.

Η νοσηλεία, είναι μια δύσκολη και επίπονη διαδικασία για τον ασθενή, αλλά και τα οικεία του πρόσωπα, που τον συνοδεύουν, τα οποία αναλαμβάνουν φροντιστικό ρόλο. Ο ρόλος αυτός που αναλαμβάνουν τα μέλη της οικογένειας στο νοσοκομειακό περιβάλλον, έχει προκαλέσει σύγχυση στην ιατρονοσηλευτική κοινότητα, σχετικά με τις αρμοδιότητες που πρέπει να αναλαμβάνουν έτσι ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες του οικείου τους προσώπου. Η κάλυψη των αναγκών αυτών προκύπτει ως ανάγκη λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και λόγω της ελληνικής κουλτούρας του θεσμού της οικογένειας. Πρόκειται δηλαδή για μια μορφή άτυπης φροντίδας.

Λόγω των δυνατών συναισθηματικών δεσμών, υπάρχει έντονο το αίσθημα της προστασίας προς το μέλος που νοσεί, με αποτέλεσμα οι φροντιστές να αναλαμβάνουν σταδιακά, ολοένα και περισσότερες ευθύνες, οι οποίες αφορούν τη συναισθηματική ευημερία του ασθενούς, αλλά σχετίζονται και με νοσηλευτικές πράξεις.

Στον ελλαδικό χώρο, η κατάσταση στο νοσοκομειακό περιβάλλον κρίνεται πολύ δύσκολη έως και απογοητευτική, λόγω της αριθμητικής ανεπάρκειας του νοσηλευτικού προσωπικού. Πολλοί επαγγελματίες νοσηλευτές λόγω της υπάρχουσας κατάστασης αναγκάζονται να εργάζονται σε διπλές βάρδιες με αποτέλεσμα την σωματική και ψυχολογική τους εξουθένωση. Από την άλλη πλευρά, ο ρόλος των φροντιστών πέρα από τα πλεονεκτήματα που προσφέρει, παρουσιάζει ορισμένα σοβαρά μειονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα, η σημαντική παρακώλυση του ρόλου των νοσηλευτών λόγω παρεμβατικότητάς τους και των μεγάλων απαιτήσεων των φροντιστών στην παροχή φροντίδας υγείας.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της φροντίδας, αυτή της νοσηλευτικής φροντίδας, ο ρόλος, τα χαρακτηριστικά και τα καθήκοντα που αναλαμβάνει ο επαγγελματίας νοσηλευτής στο χώρο του νοσοκομείου. Γίνεται εκτεταμένη αναφορά στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή, οικογένειας και ασθενή, αλλά και νοσηλευτικού προσωπικού-ασθενή.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην άτυπη φροντίδα, στον ορισμό, στην έννοια, στις μορφές και τα καθήκοντά της, όπως και τη σημερινή κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα, η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση του ρόλου της οικογένειας του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, των παραγόντων που οδηγούν τους συνοδούς-φροντιστές στο νοσοκομείο αλλά και τις ανάγκες που προκύπτουν μέσα από την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή. Επίσης την επιβάρυνση που δημιουργείται στους συγγενείς-φροντιστές, τις δραστηριότητές τους μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που προκύπτουν στο διάστημα της παραμονής τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, καταγράφονται οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την παρουσία της οικογένειας του ασθενούς και ειδικότερα στα ιδιαίτερα περιβάλλοντα της ΜΕΘ, της παιδιατρικής κλινικής, στα ΤΕΠ, στην ογκολογική κλινική και στη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - Νοσηλευτική φροντίδα

1.1 Η έννοια της φροντίδας

Η έννοια της φροντίδας αποτελεί ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό που συναντάται σε όλους σχεδόν τους ανθρώπους, σε όλους τους πολιτισμούς παγκοσμίως. Κάθε άτομο, σε κάποια στιγμή της ζωής του έχει νιώσει την ανάγκη να τον φροντίσουν και είναι πολύ πιθανό κάποια στιγμή της ζωής μας να προσφέραμε οι ίδιοι φροντίδα σε κάποιο άτομο ή άτομα του οικογενειακού, συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος. Πρόκειται λοιπόν για ένα υποκειμενικό ποιοτικό χαρακτηριστικό, το οποίο προσδιορίζει κατά κάποιο τρόπο την ανθρώπινη ύπαρξη, υφίσταται πολιτιστικές επιρροές και αποτελεί αναγκαίο συστατικό στοιχείο για την ανθρώπινη ύπαρξη αλλά και συνύπαρξη (Dyer, & Reeves, 1995).

Η φροντίδα ήταν και θα συνεχίσει να είναι απαραίτητη για την επιβίωση όλων των ειδών, αφού πρόκειται για μια διαδραστική ενέργεια η οποία συνοδεύει τον άνθρωπο από τη γέννησή του μέχρι και τον θάνατό του. Για να μπορεί κάποιος να παρέχει σε κάποιον άλλο φροντίδα, πρέπει να έχει προηγηθεί η αναγνώριση της ανάγκης αυτής (Da Silva, 2010). Τότε μπορούμε να μιλήσουμε για μια διάσταση σχεσιακή, πρακτική αλλά και ηθική (Martinsen, 2011). Ο όρος φροντίδα υπήρχε και υπάρχει σε όλους τους πολιτισμούς του κόσμου, ενώ έχει αναγνωριστεί η πολυπλοκότητα της έννοιας. Η φροντίδα διακρίνεται στον επιστημονικό χώρο, ως επαγγελματική φροντίδα, σύμφωνα με την οποία οι επαγγελματίες εφαρμόζουν τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες στον πάσχοντα (Σαπουντζή- Κρέπια, κ.ά, 2006).

Η παροχή φροντίδας δεν χαρακτηρίζει κάποιο επάγγελμα συγκεκριμένα, αλλά αναφέρεται σε οποιοδήποτε πρόσωπο, το οποίο προσφέρει βοήθεια σε κάποιο άλλο άτομο, έτσι ώστε να μπορέσει να εξασφαλίσει ό,τι του είναι απαραίτητο για να συνεχίσει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Όλοι οι άνθρωποι για να μπορέσουν να επιβιώσουν, οφείλουν να φροντίσουν για την αυτοσυντήρησή τους, δηλαδή την υγεία του σώματος, των συναισθημάτων και των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσουν κατά την αλληλεπίδρασή τους με άλλα άτομα (Καγάλιαρη & Σταματάκη Π, 1996). Το άτομο σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής του, έχει ή πρόκειται να βιώσει έλλειμμα αυτοφροντίδας με συνέπεια να επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό η

ποιότητα ζωής του ή ακόμη σε ορισμένες περιπτώσεις και η ίδια του η ύπαρξη. Για να μπορέσει λοιπόν, να βελτιώσει και να προάγει τη ζωή του, να καταφέρει να ανταπεξέλθει και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, επιβάλλεται μέσα από την αλληλεπίδραση και την προσωπική ενασχόληση να μάθει να φροντίζει τον εαυτό του και να μάθει να δέχεται τη φροντίδα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Πλάτωνα, οτιδήποτε είναι "καλό", είναι και "ωραίο". Για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα στην ιστορία της ζωής του ανθρώπου, η φροντίδα και πιο συγκεκριμένα η ευθύνη αυτής, εμπεριέχονταν σε μεγάλες αξίες όπως είναι η θρησκευτικότητα και η μητρότητα. Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα της νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας. Πρόκειται για ένα «ανθρώπινο γνώρισμα», μια «ηθική υποχρέωση», μια «διαπροσωπική σχέση», μια «θεραπευτική παρέμβαση». Ένα είδος διαπροσωπικής διαδικασίας και αίσθησης της προσωπικής δέσμευσης αλλά και ευθύνης προς τους άλλους" (Σαπουντζή - Κρέπια και Κρέπια, 2005, DalPezzo, 2009).

Σε μια από τις πιο πρόσφατες προσπάθειες προσέγγισης της έννοιας της φροντίδας, δόθηκαν τα χαρακτηριστικά της φυσικής προσφοράς, της διανόησης, της ψυχολογίας, της πνευματικότητας για την κάλυψη των αναγκών του πάσχοντα ατόμου. Οι κύριες διαστάσεις της, διακρίνονται στην *ανθρωπολογική*, δηλαδή με τον τρόπο με τον οποίο αυτή εκφράζεται και αντανακλάται, η *ανθρωπιστική*, που αφορά τη στάση ευεργεσίας και τέλος την *ψυχοκοινωνική*, η οποία εμπεριέχει τις έννοιες νοιάζομαι, προσέχω, περιποιούμαι (Κάρλου &Πατηράκη, 2011).

Σύμφωνα με τον Gilligan η "φροντίδα" μπορεί να ενταχθεί μέσα σε ένα ηθικό πλαίσιο. Η παροχή φροντίδας σχετίζεται με την αίσθηση της ηθικής και του καθήκοντος την οποία έχουν έμφυτη από τη φύση τους οι γυναίκες, ενώ σύμφωνα με τη Ray, η φροντίδα συνδέεται με άμεσο τρόπο με την ωριμότητα, τις τεχνικές, διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και την αίσθηση της ηθικής, που διακατέχεται το άτομο το οποίο παρέχει τη φροντίδα, δηλαδή ο φροντιστής (Σαπουντζή- Κρέπια, κ.ά, 2005).

Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα της Νοσηλευτικής επιστήμης (Σαπουντζή & Κρέπια, Κρέπια, 2005). Η έννοια της φροντίδας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί την ταυτότητα της Νοσηλευτικής Επιστήμης, κατέχοντας την κεντρική θέση στην ευρύτερη νοσηλευτική γνώση. Μιλώντας για "Νοσηλευτική" εννοούμε την τέχνη και την επιστήμη υγείας που ασχολείται με την λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας (Keir, Wise, Krebs, 2002). Η έννοια του κινήτρου της φροντίδας, έχει απασχολήσει πολλούς μελετητές στην ιστορία της επιστήμης της Νοσηλευτικής.

Τα αισθητικά πρότυπα επηρέασαν σημαντικά την οργάνωση της προ-επαγγελματικής και

επαγγελματικής στάσης στην πορεία της Νοσηλευτικής. Υποστηρίζεται ότι η αισθητική φροντίδα υπερβαίνει την καθαρά τεχνική, καθώς αποτελεί κομμάτι του κόσμου των συναισθημάτων, των αξιών, της ηθικής και της πολιτισμικότητας, που αποτελούν αισθητικές εμπειρίες. Στην εφαρμογή της Νοσηλευτικής επιστήμης, καθοριστικό ρόλο έχουν τα συναισθήματα, στην παροχή της φροντίδας υγείας στην ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης και επαφής με τον ασθενή (Watson, 2008).

Τα άτομα τα οποία υστερούν στη έννοια της αυτόφροντίδας, χρήζουν βοήθειας και υποστήριξης ώστε να μπορέσουν να κατακτήσουν γνωστικές και πολιτιστικές συμπεριφορές και πρακτικές οι οποίες θα ενδυναμώσουν, θα προάγουν και θα διατηρήσουν την υγεία τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999). Στόχος της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η παροχή βοήθειας σε κάθε ασθενή ξεχωριστά ώστε να μπορέσει να ανακτήσει και να διατηρήσει το μέγιστο δυνατό της λειτουργικότητας του. Συμπερασματικά, ο όρος φροντίδα αφορά ένα ανθρώπινο χαρακτηριστικό προσδιοριστικό της ανθρώπινης ύπαρξης.

Επομένως, η έννοια της "φροντίδας" θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η βάση της Νοσηλευτικής, όχι όμως αποκλειστικά. Πρόκειται για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα που νοσούν με σκοπό την προστασία, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους, μέσω της εφαρμογής θεραπευτικών μέσων κατά τη διάρκεια της ασθένειας, αλλά και εκφράζοντας την υποστήριξη τους σε έναν επικείμενο θάνατο. Με δυο λόγια, η νοσηλευτική φροντίδα αφορά τις ενέργειες και τις πράξεις του νοσηλευτή, με σημείο αναφοράς την ανθρώπινη επαφή (Κελέση-Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015). Η γνωριμία του νοσηλευτή με τον ασθενή και η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, έχει αναγνωριστεί ως βασική παράμετρος της Νοσηλευτικής και η φροντίδα εκδηλώνεται μέσω της επικοινωνίας νοσηλευτή και ασθενή. Η ανάπτυξη της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτικού προσωπικού χαρακτηρίζεται πολυεπίπεδη (Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η φροντίδα αποτελεί κεντρική έννοια στην επιστήμη της Νοσηλευτικής και αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη θεωριών για τη φροντίδα. Η πιο αντιπροσωπευτική θεωρία είναι εκείνη της Watson (2002), σύμφωνα με την οποία η φροντίδα βρίσκεται στις σχέσεις μεταξύ των ατόμων και στις εμπειρίες της ζωής. Η θεωρία της Leininger (1988), η οποία υποστήριξε ότι η φροντίδα αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο μπορεί να γίνει αντιληπτό με διαφορετικό τρόπο από τους ασθενείς και τους νοσηλευτές, όταν έχουν διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο (Suliman, et al, 2009). Η Mayeroff σημείωσε ότι η φροντίδα αφορά μία διαδικασία, το "σχετίζεται" δηλαδή με κάποιον άλλον άνθρωπο, η οποία πρόκειται να αναπτυχθεί στην πορεία του χρόνου. Σημαντικό ρόλο σε αυτό έχει η ύπαρξη αμοιβαίας εμπιστοσύνης, εμβάθυνσης και ποιοτικής ανάπτυξης της σχέσης των ατόμων τα οποία δέχονται και παρέχουν φροντίδα" (Σαπουντζή- Κρέπια και Κρέπια,

2005).

Ο ορισμός της Νοσηλευτικής θα λέγαμε ότι κινείται στα πλαίσια θεωριών. Ορισμένοι θεωρητικοί υποστηρίζουν οτι υπάρχει ταύτιση μεταξύ της επιστήμης της νοσηλευτικής και της φροντίδας. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στην έννοια της φροντίδας ανάμεσα στους νοσηλευτές, με εξαίρεση το διαχωρισμό της σε τεχνική και σε συναισθηματική διάσταση (American Nurses Association, 2003).

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, παρέχεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς οι οποίοι εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται στο παρόντα νόμο.

Η διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και της σχέσης φροντίδας και Νοσηλευτικής βρίσκονται σε συνεχή εξέλιξη, με πολλούς θεωρητικούς να καταλήγουν ότι η φροντίδα εξαρτάται τόσο από την προσωπικότητα του νοσηλευτή, όσο και από το περιβάλλον, τις συνθήκες κάτω από τις οποίες παρέχεται και φυσικά στη σχέση που αναπτύσσεται από τις δύο πλευρές, αυτή του νοσηλευτή και του ασθενούς (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Η φροντίδα εκδηλώνεται μέσω της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Η εμπειρία που προκύπτει από το βίωμα της φροντίδας αντανακλά την ανθρωπιστική φυσιογνωμία της Νοσηλευτικής. Για να μπορέσουν οι νοσηλευτές να παρέχουν μια ολοκληρωμένη φροντίδα, πρωτίστως οφείλουν να ενεργούν με ευαισθησία και δέσμευση για φροντίδα (ΕΝΕ, 2016). Η ίδια η φιλοσοφία της νοσηλευτικής εμπεριέχει την έννοια της συνεργασίας μεταξύ επιστημόνων και υπηρεσιών με σκοπό την παροχή εξατομικευμένης και ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα υγιών ατόμων αλλά και ασθενών (Ραγιά, 1994).

Οι νοσηλευτές απαρτίζονται από τη μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας και είναι υποχρεωμένοι να είναι δίπλα στον άρρωστο όλες τις ώρες. Η Νοσηλευτική στην πράξη, απαιτεί συνεχόμενη φροντίδα και επικοινωνία με τους ασθενείς, γεγονός που δημιουργεί αρκετά συχνά συναισθηματικές εντάσεις ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους ασθενείς (Κελέση- Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015). Η καθημερινή και συχνή επαφή στην πορεία της νοσηλείας του αρρώστου, είναι ο λόγος που οι νοσηλευτές και οι ασθενείς αναπτύσσουν συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ τους (Μελισσά-Χαλικιοπούλου,2009).

Η δημιουργία μιας υγιούς σχέσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που χρήζουν φροντίδας είναι καθοριστική στην πορεία της θεραπείας. Η γνωριμία με τον ασθενή και η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης έχει αναγνωριστεί ως βασική παράμετρος της Νοσηλευτικής επιστήμης. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ορισμένες στάσεις και συμπεριφορές φαίνεται να αποτελούν θεμέλιο στη δημιουργία αυτής της σχέσης, όπως για παράδειγμα, η άνευ όρων καλή θέληση, η

γενναιόδωρη υποδοχή, η συνειδητή ευθύνη, η σωστή ακρόαση, ο ειλικρινής διάλογος, η ειλικρινής διαπραγμάτευση (Δημητριάδου-Παντέκα, 2009).

Η θεραπευτική ιδιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, οδηγεί στη βελτίωση της ανθρώπινης ευεξίας. Η Νοσηλευτική δεν αφορά μόνο την επαφή με άτομα που νοσηλεύονται, αλλά αφορά την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη σε όλες τις εκφάνσεις της, με απώτερο σκοπό να διατηρήσει το άτομο υγιή. Έχει ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα, με σκοπό τη διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Συμπερασματικά, ο συνδυασμός τεσσάρων εννοιών, της «υγείας», του «ατόμου» του «περιβάλλοντος», της «φροντίδας», της «νοσηλευτικής φροντίδας» προσδιορίζεται ως η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε μια διαρκή διάδραση με το περιβάλλον του (Montgomery, 1993). Η έννοια της «φροντίδας» περικλείει όλες τις ανάγκες ενός ατόμου, την ικανοποίηση των οποίων αναλαμβάνουν ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης οι επαγγελματίες νοσηλευτές (Mok & Chin,2004).

Οι νοσηλευτές, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και παροχής φροντίδας του ασθενούς, βρίσκονται σε αλληλεπίδραση με τα μέλη της οικογένειάς του, οι οποίοι έχουν αναλάβει το ρόλο φροντιστή/συνοδού, κατά τη διάρκεια της περίθαλψης (Rotman-Pikielny, et al., 2017).

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από το θέμα της προσφοράς φροντίδας, βασίζονται στη θεωρητική εργασία για την πορεία του στρες και στη θεωρία ανάληψης ρόλων. Και οι δύο αυτές θεωρητικές προσεγγίσεις, λειτουργούν βασιζόμενες στο γεγονός ότι η τόσο η προσφορά όσο και η λήψη φροντίδας είναι δυο διαφορετικές δομές (Lingler, et al., 2008).

Η κουλτούρα που έχει δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της φροντίδας, είναι αποτέλεσμα όλων των εμπλεκόμενων και είναι αυτή η οποία καθορίζει τις αξίες και τις πεποιθήσεις γύρω από το θέμα της φροντίδας υγείας (Tolu & Bowers, 2017).

Η σύγχρονη ανθρώπινη προσέγγιση σε θέματα ηθικής και αξιών στον τομέα παροχής φροντίδας υγείας, έχει διαφοροποιηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, με την απόρριψη των αξιών αυτών, ενώ τη θέση τους έρχεται να κατακτήσει σταδιακά ο ατομικισμός. Το παραπάνω έχει ως αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η μελέτη θεμάτων ηθικής ή διλλημάτων (Σαπουντζή- Κρέπια και Κρέπια, 2005).

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας, είναι βασικός στόχος του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και πρωταρχική υποχρέωση, ενώ παράλληλα αποτελεί δικαίωμα των νοσηλευόμενων (Ραγιά, 1994). Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, χαρακτηρίζεται από τρεις θεμελιώδεις αρχές, την αμεροληψία/ δικαιοσύνη, που αφορά την προσέγγιση του ασθενούς ως μια ξεχωριστή βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη, ανεξάρτητα από τη φυλή, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή το επίπεδο υγείας, το σεβασμό της προσωπικότητας κάθε

ασθενούς και την εφαρμογή της νοσηλευτικής επιδεικνύοντας ενδιαφέρον και αγάπη (Θεοφανίδης & Φουντούκη, 2006). Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το γνήσιο ενδιαφέρον του νοσηλευτή για τον ασθενή μαζί με την επαγγελματική επάρκεια και ικανότητά του (Δημητριάδου, 2008, Κελέση- Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015).

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές μέσα από την νοσηλευτική πράξη, επιδιώκουν να αποτρέψουν την ασθένεια και τα προβλήματα που δημιουργεί. Μέσα από την επαφή τους με τον πάσχοντα έχουν τη δυνατότητα να παρατηρούν και να αξιολογούν τα συμπτώματα και τις καταστάσεις (Δρακουλόγκωνα, 2004). Έχουν παράλληλα βοηθητικό ρόλο στις ιατρικές θεραπευτικές και διαγνωστικές παρεμβάσεις, στην παροχή φαρμακευτικής αγωγής και καθοδηγητικό ρόλο όσον αφορά την παρεχόμενη φροντίδα από τα οικεία πρόσωπα μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Ο ρόλος τους συμβάλλει στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των ασθενών (Δημητριάδου, 2008).

Επιπρόσθετα, υπάρχουν συγκεκριμένες αξιολογικές αρχές, οι οποίες σχετίζονται με την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας. Αυτές, είναι:

- ✔ το δικαίωμα κάθε ατόμου στην επιλογή
- ✔ η μοναδικότητα που χαρακτηρίζει κάθε άτομο
- ✔ το δικαίωμα κάθε ατόμου για ενεργή συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας του
- ✔ η υποχρέωση για την ικανότητα αναγνώρισης προσωπικών ορίων και ικανοτήτων
- ✔ η ανάληψη προσωπικής ευθύνης από την πλευρά του νοσηλευτή
- ✔ η προσπάθεια για επίτευξη άριστης νοσηλευτικής φροντίδας, μέσα από την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την αξιολόγηση
- ✔ ο σεβασμός ως βασικός παράγοντας προσέγγισης του ασθενούς και της οικογένειάς του (Ραγιά, 1994).

Οι σύγχρονες συνθήκες λειτουργίας των νοσηλευτικών τμημάτων, δεν είναι δυνατό να εξασφαλίσουν ποιοτικότερη παροχή φροντίδας, αφού καθοριστικό ρόλο έχει η νοσηλευτική πρακτική. Στην περίπτωση που οι επαγγελματίες νοσηλευτές δεν έχουν κατανοήσει πλήρως τη θεραπευτική λειτουργία και δεν επιδεικνύουν τη απαιτούμενη πίστη και ζήλο στο έργο τους, απλώς ασκούν κακή νοσηλευτική σε επαρκώς εξοπλισμένα τμήματα (Δημητριάδου, 2008).Τη σημερινή εποχή λόγω της δυσχερούς κατάστασης που επικρατεί, δημιουργούνται διάφορα προγράμματα ελέγχου ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, με σκοπό τη διερεύνηση και διαπίστωση του επιπέδου φροντίδας υγείας, την αξιολόγηση και άμεση αντιμετώπιση των ελλειμάτων, την προτροπή του νοσηλευτικού προσωπικού για βελτίωση της παροχής φροντίδας και την επαλήθευση

της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων (Δρακουλόγκωνα, 2004).

Ακόμη, έχουν ως σκοπό την εκπόνηση νοσηλευτικών ερευνών σχετικά με την οργάνωση, την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας που παρέχεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπως και την ανεύρεση περισσότερο αποτελεσματικών μεθόδων νοσηλευτικής φροντίδας (Ομπέση, 2010).

Αναφορικά με την επιδίωξη υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας, οι κατηγορίες οι οποίες θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη, στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι ακόλουθες:

- ✔ η ικανοποίηση βιολογικών και συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς
- ✔ το ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο υγείας
- ✔ η κατανόηση κατάστασης του ασθενούς και ιδιαιτεροτήτων της ασθένειας
- ✔ η λειτουργική και κλινική κατάσταση υγείας
- ✔ οι πεποιθήσεις/αντιλήψεις του ασθενούς, της οικογένειάς του και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- ✔ η διάθεση του αρρώστου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας
- ✔ το επίπεδο συμμόρφωσης του αρρώστου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας/θεραπείας
- ✔ η εμφάνιση τυχόν αρνητικών αποτελεσμάτων ή επιπλοκών
- ✔ το επίπεδο ετοιμότητας του πάσχοντα για έξοδο από το νοσοκομείο (Ραγιά, 2000,2001).
- ✔ Παράγοντες οι οποίοι αποτελούν κωλύματα στην επιδίωξη παροχής ποιοτικής φροντίδας, είναι συχνά οι εξής:

- συγκρούσεις μεταξύ μελών ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- επιστροφές στο χειρουργείο χωρίς να έχουν προγραμματιστεί πριν
- μεταφορές στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας χωρίς προγραμματισμό
- παράπονα από ασθενείς και μέλη της οικογένειάς τους
- επείγοντα ενδονοσοκομειακά περιστατικά
- επαναλήψεις διαφόρων εργαστηριακών εξετάσεων
- έξοδοι νοσηλευόμενων χωρίς ιατρική ένδειξη (Λαναρά 1989, Οικονομοπούλου και συν. 1995).

Ανακεφαλαιώνοντας, η επιστήμη της Νοσηλευτικής, στην πράξη, απαιτεί συνεχόμενη παροχή φροντίδας και λειτουργικής επικοινωνίας με τους νοσηλευόμενους αλλά και με τα μέλη της οικογένειάς τους. Τα μέλη της οικογένειας ως φροντιστές, παρέχουν ένα είδος άτυπης νοσηλευτικής φροντίδας (Ομπέση, 2010).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω στο κεφάλαιο, για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας, επιβάλλεται να εξασφαλιστεί πρώτα η ποιότητά της. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ακολουθεί πιστά τους κανόνες δεοντολογίας και να σέβεται πανανθρώπινες αξίες, έτσι ώστε τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι φροντιστές να επιτυγχάνουν το σκοπό τους, δηλαδή την ευημερία του ασθενούς (Πουσουκίδου, και συν. 2007) .

Η νοσηλευτική φροντίδα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί ένα ευρύ δίκτυο παροχών του συστήματος υγείας, το οποίο δεν είναι δυνατό να μείνει ανεπηρέαστο από τις εξελίξεις στη διαμόρφωση της σχέσης μεταξύ νοσηλευόμενου και νοσηλευτή (Ραγιά, 2001).

Η ύπαρξη ποιότητας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδας, είναι πρωταρχική υποχρέωση των επαγγελματιών νοσηλευτών, ενώ παράλληλα αποτελεί δικαίωμα των νοσηλευόμενων και σημαντικό παράγοντα προόδου της νοσηλευτικής πρακτικής. (Παπαδαντωνάκη, 2012).

Η καλλιέργεια και ανάπτυξη σωστών και ηθικών τρόπων σκέψης και λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων, οι οποίες προάγουν και συντηρούν την υγεία, την ευεξία του ατόμου, αποτελεί προσωπική ευθύνη για τον κάθε νοηλευτή στον πολυδιάστατο ρόλο του (Ραγιά, 2005).

1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Επαγγελματίας νοσηλευτής, θεωρείται σήμερα στην Ελλάδα ο απόφοιτος των Τμημάτων Νοσηλευτικής των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ) και των Ανώτατων Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΤΕΙ), ο οποίος έχει λάβει άδεια άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος από την αρμόδια κρατική αρχή. Το νοσηλευτικό επάγγελμα, πρόκειται για ένα επάγγελμα παροχής φροντίδας υγείας, το οποίο απαιτεί μια πολύ καλή διανοητική, συναισθηματική φυσική κατάσταση, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, δηλαδή την παροχή φροντίδας υγείας και ψυχολογικής υποστήριξης (Θεοφανίδης & Φουντούκη, 2006).

Από την αρχή της εδραίωσης της νοσηλευτικής επιστήμης, το κύριο μέλημά της ήταν η βοήθεια στην υλοποίηση των ιατρικών στόχων και φροντίδας των ασθενών. Ο νοσηλευτής σε μια πτυχή του ρόλου του αναλαμβάνει ρόλο μεσολαβητή μεταξύ ασθενούς και ιατρού, είναι εκείνος που πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή ή και στους φροντιστές τη σκοπιμότητα των ιατρικών παρεμβάσεων προάγοντας τη συμμόρφωσή τους, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας του ((Di Censo, et al., 2005, ΕΝΕ, 2016).

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, η επιστήμη της Νοσηλευτικής, ενσωματώνει την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και την παροχή νοσηλευτικής

φροντίδας σε άτομα που τη χρειάζονται. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται σε όλες τις δομές και υπηρεσίες υγείας όπως είναι η Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια φροντίδα, τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, το σπίτι, το σχολείο και η κοινότητα (Ραγιά, 2000). Ως κυριότεροι στόχοι της εφαρμογής της νοσηλευτικής επιστήμης από τους επαγγελματίες λειτουργούς, κρίνονται οι ακόλουθοι:

- η πρόληψη της ασθένειας
- η πρόληψη
- η αποκατάσταση της υγείας
- η διευκόλυνση για επιτυχή αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας
- η προαγωγή υγείας και ευεξίας (Λέφα-Τσιρώνη, 2008).

Για να μπορέσει ο επαγγελματίας νοσηλευτής να εφαρμόσει τις υπηρεσίες του με επιτυχία, οφείλει να κατέχει ορισμένες δεξιότητες, γνωστικού, τεχνικού και διαπροσωπικού περιεχομένου, στην καθημερινή επαφή του με τον ασθενή. Από το παραπάνω προκύπτει η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου, η οποία επηρεάζεται καθοριστικά από το επίπεδο της στελέχωσης και των συνθηκών εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν τις συνθήκες εργασίας είναι η στελέχωση, η ποιοτική κατάσταση των κτιρίων, ο εξοπλισμός και η υλικοτεχνική υποδομή των χώρων (Κελέση-Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015).

Πιο συγκεκριμένα, η επαρκής στελέχωση, αποτελεί αναγκαία συνθήκη προκειμένου οι επαγγελματίες νοσηλευτές να εκπληρώσουν σωστά το ρόλο τους, να παρέχουν ποιοτική φροντίδα και να αναπτύξουν όλες τις πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου, με επαρκή διάθεση χρόνου για το νοσηλευόμενο αλλά και την ασφαλή εφαρμογή νοσηλευτικών πράξεων (Λαναρά, 1989).

Η ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας σχετίζεται με την ποσοτική και την ποιοτική σύνθεση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ποσοτική σύνθεση προσδιορίζεται από τον δείκτη αντιστοιχίας των νοσηλευτών προς τους νοσηλευόμενους και η ποιοτική από το επίπεδο εκπαίδευσής τους (Οικονομοπούλου, και συν., 1995).

Ο νοσηλευτικός ρόλος είναι πολυδιάστατος και εκδηλώνεται ανάλογα τον τομέα και τη θέση εργασίας του νοσηλευτή. Επομένως, στην περίπτωση που ο νοσηλευτής βρίσκεται σε διευθυντική θέση νοσηλευτικής υπηρεσίας, ασχολείται αποκλειστικά με καθήκοντα διοίκησης και με την ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού στο νοσοκομειακό χώρο (Κελέση- Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015).

Με τον ίδιο τρόπο, εάν ο νοσηλευτής εργάζεται σε συγκεκριμένο νοσηλευτικό τμήμα,

αποκτά διαφορετικό ρόλο. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι ο νοσηλευτής μπορεί να αναλάβει κλινικό ρόλο, εκπαιδευτικό, κοινοτικό, συμβουλευτικό, αγωγής υγείας και αυτόν του παρέχοντα φροντίδα, ανάλογα τον τομέα παροχής φροντίδας υγείας (Δημητριάδου 2008). Παρακάτω παραθέτουμε ορισμένους από αυτούς:

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή, αφορά την εκπαίδευση των νοσηλευόμενων αλλά και των συνοδών του, καθώς και την εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών νοσηλευτικής (Δημητριάδου 2008). Ο νοσηλευτής διδάσκει τον τρόπο παροχής φροντίδας υγείας, με απώτερο σκοπό την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας. Με τον τρόπο αυτό, τα άτομα να είναι ενημερωμένα ως προς την αυτοπροστασία τους, λαμβάνοντας κατάλληλα μέτρα για την υγεία τους και τη διεκδίκηση στη λήψη μέτρων από άλλους αρμόδιους (Δημητριάδου 2008).

Αναφορικά με τον εκπαιδευτικό ρόλο του, ο νοσηλευτής αξιολογεί το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς σχετικά την ασθένειά του, τα συμπτώματα και την ανάγκη για περαιτέρω εκπαίδευση. Η εκπαίδευση των νοσούντων αφορά την κατανόηση των αιτιών δημιουργίας της ασθένειας, τον τρόπο θεραπείας, την πρόληψη και την αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών, με στόχο τον έλεγχο στη υγεία στην μετέπειτα πορεία της ζωής του ατόμου (Κακαβούλης, 1997). Το παραπάνω αφορά και την εκπαίδευση του πάσχοντα στη διαχείριση των φαρμάκων του, για παράδειγμα την εκπαίδευση του σακχαροδιαβητικού ασθενούς στη λήψη ενέσεων ινσουλίνης και στην πρόληψη των επιπλοκών από την νόσο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση του ασθενή στο νοσοκομειακό περιβάλλον, έχει καθοριστικό ρόλο. Απαιτείται η δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας, εμπιστοσύνης, άνεσης και ειλικρινούς επαφής, ώστε ο ασθενής να μπορέσει να αποκτήσει δυνάμεις, να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει τις αδυναμίες του, για να δώσει την μάχη του με την ασθένειά του και να αναπτύξει την ικανότητα αυτοφροντίδας. Η τελευταία αποτελεί ουσιαστικό συστατικό στοιχείο στη νοσηλευτική φροντίδα και ειδικότερα στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης (Μελισσά 1998, Δημητριάδου, 2008).

Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή, δεν περιορίζεται στην σχέση του με τον ασθενή. Ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή υπάρχει σε κάθε νοσοκομείο, λόγω της ανάγκης για συνεχή εκπαίδευση των νοσηλευτικών λειτουργών αλλά και των νεοπροσληφθέντων. Κλινικός εκπαιδευτής ονομάζεται ο νοσηλευτής ο οποίος διαθέτει ειδική εκπαίδευση στην «εκπαίδευση εκπαιδευτών». Παράλληλα, διατηρεί και ανανεώνει κλινικές τεχνικές και δεξιότητες αλλά και όλοι

μαζί εκπαιδεύονται στην ομοιογένεια των πρακτικών της νοσηλευτικής επιστήμης. Τόσο οι κλινικοί εκπαιδευτές, όσο και οι προϊστάμενοι των τμημάτων, αξιολογούν την εφαρμογή των νέων τεχνικών νοσηλευτικής φροντίδας (Γεωργούση, 1995).

Η νοσηλευτική επιστήμη, όπως όλες οι κοινωνικές επιστήμες, εστιάζει την προσοχή της στην κλινική εφαρμογή της θεωρίας αλλά και της πράξης. Με τον τρόπο αυτό, εντείνεται η προσπάθεια για την καλύτερη εμπέδωση του θεωρητικού μέρους της νοσηλευτικής επιστήμης , ενώ παράλληλα εισαγάγει σταδιακά τον εκπαιδευόμενο στη φιλοσοφία του επαγγέλματος, στις ιδιαιτερότητες των αναγκών, που σχετίζονται με την υγεία και ενίοτε απειλούν τη ζωή του ατόμου (Γεωργούση, 1995,Δημητριάδου, 2008).

Ο νοσηλευτής, για να θεωρηθεί επαγγελματίας κλινικός εκπαιδευτής, οφείλει να διακατέχεται από ανάλογα προσόντα, τα οποία είναι:

- η θεωρητική κατάρτιση στη νοσηλευτική επιστήμη
- η κλινική εμπειρία, στην οποία στοχεύει η εκπαιδευτική διαδικασία,
- η ικανότητα έκφρασης και μετάδοσης της γνώσης στους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές
- η ικανότητα να παρακινεί το ενδιαφέρον των εκπαιδευόμενων,
- το αμείωτο ερευνητικό πνεύμα (Λέφα-Τσιρώνη, 2008).

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η φύση του επαγγέλματος της νοσηλευτικής, δεν επιτρέπει τη μάθηση μέσω της δοκιμής και του λάθους. Κάθε νοσηλευτής στο ξεκίνημα της επαγγελματικής του πορείας, πρέπει να αισθάνεται ασφαλής και αυτάρκης, έννοιες τις οποίες θα κατακτήσει στο περιβάλλον του χώρου εργασίας, πλάι σε κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές με θεωρητική κατάρτιση και κλινική εμπειρία, οι οποίοι είναι πρόθυμοι να προσφέρουν γνώση και να συνεργαστούν με το νέο συνάδελφο, τον ασθενή και την οικογένεια του ασθενούς (Γεωργούση 1995, Λαναρά, 2000).

Η διά βίου εκπαίδευση κρίνεται ουσιαστική για τον απαιτητικό ρόλο του νοσηλευτή, καθώς διευρύνονται οι επαγγελματικοί ορίζοντες, αναπτύσσονται νέες δεξιότητες και σύγχρονες γνώσεις, με αποτέλεσμα ο επαγγελματίας νοσηλευτής να κατακτά επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση. Η βασική του εκπαίδευση, αποτελεί αυτονόητο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειάς, ωστόσο η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μαρτυρά το γνώρισμα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης (Γεωργούση 1995).

Παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εκδήλωση του εκπαιδευτικού ρόλου του νοσηλευτή, είναι δυστυχώς η ανεπαρκής στελέχωση νοσηλευτικού δυναμικού. Ακόμη, παρατηρούνται

ανεπαρκείς εκπαιδευτικές δεξιότητες των νοσηλευτών καθώς και έλλειψη αυτοπεποίθησης, γεγονός που μαρτυρά τα προβλήματα εκπαίδευσης των ίδιων των νοσηλευτών (Δημητριάδου 2008).

Ο ρόλος του νοσηλευτή ως πάροχος φροντίδας

Ο ρόλος του νοσηλευτή ως επαγγελματία πάροχος φροντίδας, είναι ο πιο γνωστός, κρίνεται ως ο σπουδαιότερος και πιο ο σημαντικός. Σκοπός για κάθε νοσηλευτή είναι η σωστή και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας για κάθε νοσηλευόμενο. Η διαδικασία της παροχής φροντίδας, αφορά ότι γίνεται στον ασθενή, μαζί με τον ασθενή και για τον ασθενή.

Πρόκειται για όλες εκείνες τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται για την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς, ανάλογα με την περίπτωσή του, από τους επαγγελματίες νοσηλευτές, με σκοπό την προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων κατά τη ασθένεια, την αποκατάσταση της υγείας καθώς και την στήριξη του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του για έναν ειρηνικό θάνατο (Σαπουντζή &Κρέπια 2008).

Στη νοσηλευτική εργασία, απαιτείται η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία του ασθενούς, λεκτική ή μη, η γνώση των αναγκών του, είτε σωματικών είτε ψυχολογικών, όπως και των δυνατοτήτων και των περιορισμών του. Όπως προαναφέρθηκε, η φροντίδα του νοσηλευόμενου διακρίνεται στη φυσική και τη συναισθηματική φροντίδα.

Η φυσική, περιλαμβάνει όλες τις σωματικές ανάγκες του πάσχοντα και περιλαμβάνει τις ενέργειες του νοσηλευτή για τη βελτίωση που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Μελισσά 1998). Για το λόγο αυτό, απαιτείται η σωστή διαχείριση και καταγραφή των προβλημάτων από τον νοσηλευτή.

Βασικό στοιχείο στο ρόλο και συγκεκριμένα στην επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι η ενεργητική ακρόαση, δηλαδή η ικανότητα να ακούει προσεκτικά τον ασθενή, ώστε να καταγράψει και να κατατάξει στην πορεία τα προβλήματα του ασθενούς, ξεκινώντας από το πιο σοβαρό, το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί πρώτο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, μπορεί να χαρακτηριστεί πολυδιάστατη, αφού πρόκειται για πράξεις που απαιτούν ειδικές γνώσεις από τον ίδιο το νοσηλευτή, αγάπη για το επάγγελμα που εξασκεί και αγάπη προς τον συνάνθρωπό του (Σαπουντζή & Κρέπια 2008).

Αυτό που δεν μπορεί να προσδιοριστεί, ακριβώς, είναι το πότε πρέπει να αρχίσει και να σταματήσει να παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα, αφού γίνεται ανελλιπώς και αφορά τον νοσηλευτή, τον ασθενή και την οικογένεια του ασθενούς (Μελισσά, 1998).

Ο νοσηλευτής αποτελεί ένα αναπόσπαστο κομμάτι της επιστημονικής ομάδας υγείας καθώς και σημαντικό φορέα λήψης κλινικών αποφάσεων, όπως συμβαίνει σε όλες τις χώρες με

ανεπτυγμένο σύστημα υγείας (American Nurses Association, 2003, Ραγιά, 2001). Η καθημερινή λήψη αποφάσεων, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό στοιχείο ποιοτικής παροχής φροντίδας στους εξυπηρετούμενους ασθενείς. Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας με σκοπό την ευημερία τους (Redfern & Norman, 1990, Keir et al. 2002).

Για τη λήψη αυτών των αποφάσεων, οι νοσηλευτές αντλούν πληροφορίες από πηγές όπως είναι η εκπαίδευση και η εμπειρία. Η επιστήμη της νοσηλευτικής αφορά τη διαμόρφωση πολυεπίπεδων διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ατόμων που χρήζουν φροντίδας. Η διαμόρφωση αυτών των σχέσεων εξαρτάται τόσο από το είδος των περιστάσεων όσο και από τη μοναδικότητα της προσωπικότητας κάθε ατόμου, τόσο του επαγγελματία όσο και του νοσηλευόμενου (Πουσουκίδου, και συν., 2007). Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας προϋποθέτει την κατανόηση του ρόλου των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας και τη συνεργασία μαζί τους (Mok &Chin,2004).

Στην καθημερινή πρακτική, ο νοσηλευτής πρέπει να ερευνά και να υιοθετεί αξίες, οι οποίες αποτελούν την ουσία της νοσηλευτικής ως τέχνη (Williams, 2006). Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η αναγκαιότητα της κατάλληλης εκπαίδευσης του νοσηλευτή και των δεξιοτήτων του στη διαχείριση του πληθυσμού στην κοινότητα και ως διαχειριστής της φροντίδας και κάθε περίπτωσης ξεχωριστά. Μια απειλητική για την υγεία κατάσταση, μπορεί να απαιτεί μια πιο σύνθετη θεραπεία και μπορεί επίσης να αφυπνίσει σύνθετα συναισθηματικά και ψυχολογικά ζητήματα, τόσο στον ασθενή όσο και στο νοσηλευτή (Κοτσαμπασάκη, 2004) .

Η εκπαίδευση είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που αφορά το επίπεδο γνώσεων. Επηρεάζει την επαγγελματική κρίση του νοσηλευτή, που είναι κοντά στον ασθενή ολόκληρο το εικοσιτετράωρο (Κοτσαμπασάκη, 2004, Θεοφανίδης & Φουντούκη, 2006). Με την επαρκή γνώση που διαθέτουν και τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, έχουν την δυνατότητα να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανές αρνητικές συνέπειες στη ζωή του ασθενούς, παρέχοντας με αυτόν τον τρόπο υψηλό επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας. Μια καλά οργανωμένη νοσηλευτική υπηρεσία συμβάλλει στη διατήρηση του υψηλού επιπέδου νοσηλευτικής φροντίδας προς τους ασθενείς (Keir et. al., 2002, American Nurses Association, 2003).

Ο Rogers, δίνοντας έναν ορισμό στην επιστήμη της Νοσηλευτικής, υποστήριξε ότι σκοπός της είναι να υπηρετεί τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη για φροντίδα. Πρόκειται δηλαδή για ένα ακαδημαϊκό επάγγελμα, επιστήμη αλλά και τέχνη. Η ευθύνη ούσα άμεση, τη φέρνει αντιμέτωπη με την κοινωνία και η ποιότητά της εξαρτάται στο μεγαλύτερο βαθμό από τη θεμελιωμένη επιστημονική γνώση και κρίση του νοσηλευτικού δυναμικού το οποίο τις εφαρμόζει (Θεοφανίδης

& Φουντούκη, 2006). Η δυνατότητα των νοσηλευόμενων για αυτοφροντίδα, αποτελεί βασική μέριμνα του επαγγελματία νοσηλευτή και η συνεργασία του με άλλους κλάδους υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες θεωρείται βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του έργου που αναλαμβάνει (Ραγιά, 2001).

Ο τομέας της φροντίδας υγείας σήμερα, αποτελεί ένα ιδιαίτερο και περίπλοκο σύστημα, πάνω στο οποίο αντανακλώνται οι συνεχείς κοινωνικοοικονομικές μεταβολές (Rana & Upton, 2009, Redfern & Norman, 1990). Η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή αποτελεί αποτέλεσμα των μεταβολών αυτών. Οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται μέσα στο πλαίσιο ομάδας για να μπορούν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή και επαρκή φροντίδα υγείας σε μεγαλύτερο μέγεθος του πληθυσμού (Δρακουλόγκωνα, 2004).

Η συνηγορία, η προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, η διαχείριση συστημάτων υγείας και ασθενών και η εκπαίδευση αποτελούν καίριους ρόλους των νοσηλευτών (Ραγιά, 2000, Σκρουμπέλος κ.ά, 2012).

Ο ρόλος των νοσηλευτών στο περιβάλλον του νοσοκομείου είναι όπως είπαμε να παρέχουν φροντίδα, πληροφορία, διευκρινήσεις προς αποφυγή δυσνόησης ή παρεξηγήσεων, να προετοιμάζουν και να συμβουλεύουν τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους, σχετικά με γεγονότα και συναισθήματα που πιθανόν να προκληθούν στην πορεία, γνωστοποιώντας σε αυτούς παράλληλα, εναλλακτικές πηγές διαθέσιμης βοήθειας (Αδάμου και συν., 2001, DeWit, 2013).

Τα συναισθήματα των ασθενών αποτελούν πολύ βασικό παράγοντα στην πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας. Για παράδειγμα το άγχος, επηρεάζει την εξέλιξη της υγείας του ασθενούς και για αυτό κρίνεται απαραίτητο οι νοσηλευτές να δείχνουν πραγματικό ενδιαφέρον στους νοσηλευόμενους. Έρευνες έχουν δείξει ότι το άγχος αποτελεί φυσιολογικό κομμάτι στη διαδικασία αντιμετώπισης μιας ασθένειας, ωστόσο μπορεί να υπάρξουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του νοσηλευόμενου, όταν αυτό παραταθεί. Ο ρόλος του άγχους είναι καταλυτικός τόσο στη σωματική, όσο και την πνευματική υγεία του ασθενούς (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Σύμφωνα με τους Van Hout και συνεργάτες (2004) οι οποίοι διεξήγαγαν μια έρευνα σε ηλικιωμένους άντρες στην Ολλανδία, συμπέραναν ότι όσοι ασθενείς έπασχαν με κατάθλιψη και άγχος είχαν αυξημένη πιθανότητα θανάτου. Η αρνητική επίπτωση του άγχους στην υγεία έχει υπογραμμιστεί για όλες τις ηλικίες, ενώ οι Weitfort και Rosen (2005) υποστηρίζουν πως το παρατεταμένο άγχος σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα σχετίζεται με τη χειρότερη έκβαση.

Συνήθως, η προσαρμογή των ασθενών δεν πραγματοποιείται με ομαλό τρόπο αλλά είναι δύσκολη, καθώς ο ασθενής βρίσκεται σε αμυντική θέση, υιοθετώντας συμπεριφορές κοινωνικά μη αποδεκτές. Ένας νοσηλευόμενος ο οποίος δεν αισθάνεται καλά στο νοσοκομειακό περιβάλλον

μπορεί να αντιμετωπίσει πολλαπλούς παράγοντες που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν αισθήματα απογοήτευσης, άγχους ή θυμού, με επακόλουθο αποτέλεσμα την επιθετικότητα (Μελισσά-Χαλικιοπούλου, 2009, Rana & Upton, 2009).

Ο νοσηλευόμενος όταν εισέρχεται στο περιβάλλον του νοσοκομείου, διαταράσσει τη φυσιολογική πορεία της ζωής του με αποτέλεσμα να του προκαλείται άγχος (Hughes, 2002, Πολυκανδριώτη, και συν., 2012). Πιο σπάνια, συμβαίνει η προσαρμογή του ασθενούς να πραγματοποιείται αυτόματα σχεδόν. Αυτό συμβαίνει όταν οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος είναι τόσο ψυχολογικά όσο και βιολογικά αποδεκτές (Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, 2012).

Οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στον τομέα της ΜΕΘ, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν επιθετική συμπεριφορά από το νοσηλευόμενο, ο οποίος βρίσκεται σε κατάσταση σύγχυσης, υποξίας ή σε παραλήρημα (Χατζηνικολάου, 1999), αλλά και από τα μέλη της οικογένειάς του, τα οποία νιώθουν έντονο στρες, άγχος και πίεση (Γιούρντα & Τούλια 2015).

Μία μελέτη του Dyer (1995) ανέδειξε ότι συμπεριφορές των ασθενών εντός της ΜΕΘ, χαρακτηρίζονταν από έλλειψη ελέγχου, συναισθηματική φόρτιση και αποκτήνωση. Όλα τα παραπάνω, προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος της ΜΕΘ, όπως είναι τα έντονα τεχνητά φώτα, η έλλειψη ύπνου, τα βιώματα επώδυνων ιατρικών παρεμβάσεων, οι φαρμακευτικοί και φυσικοί περιορισμοί.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σχετικά με τη διαχείριση μιας τέτοιας περίπτωσης μπορεί να βασίζεται στην επικοινωνία του με τον ασθενή, αντιμετωπίζοντας παράλληλα τους παράγοντες εκείνους που προκαλούν σύγχυση και κατ' επέκταση επιθετική συμπεριφορά.

Οι παράγοντες που βοηθούν στη διαχείριση μιας τέτοιας περίπτωσης, είναι οι ακόλουθοι:

- Προσανατολισμός του ασθενή στο χώρο και στο χρόνο. -
- Δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος όπως η στάση του σώματος του νοσηλευόμενου, ο φωτισμός, η θέρμανση του δωματίου.
- Επικοινωνία και συζήτηση με τους άλλους νοσηλευόμενους, παροχή περισσότερων οδηγιών και πληροφοριών από ότι δίνονται συνήθως. Ενθάρρυνση για αμφίδρομη επικοινωνία
- Καλή και λειτουργική επικοινωνία, με τη χρήση ενεργητικής ακρόασης, οπτικής επαφής, κατάλληλη χρήση κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων, ήρεμος και χαλαρός τόνος φωνής, παροχή ενημέρωσης και ενθάρρυνση.
- Αποφυγή αποπροσωποποίησης του νοσηλευόμενου.
- Διασφάλιση αποτελεσματικής αξιολόγησης και διαχείρισης του πιθανού πόνου και του ύπνου του ασθενούς.

- Χρήση μοντέλου προσωποκεντρικής προσέγγισης (Dyer & Reeves,1995, Χατζηνικολάου, 1999).

Οι κλινικές δεξιότητες του νοσηλευτή οι οποίες οι οποίες κρίνονται ως πρωταρχικής σημασίας για την εκπλήρωση του ρόλου του, περιλαμβάνουν:

- τη μέτρηση και παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, της κεντρικής φλεβικής πίεσης, πιέσεων στην πνευμονική, θερμοαραίωση, αιμοδυναμικό monitoring με καθετήρα πνευμονικής αρτηρίας
- την πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών έπειτα από μακροχρόνια κατάκλιση
- τις εξετάσεις αίματος, ούρων και την καταγραφή αυτών
- την καθαριότητα του ασθενή (γενική και τοπική)
- τη χορήγηση των φαρμάκων από όλες τις οδούς
- τη χορήγηση του οξυγόνου με κάθε τρόπο
- την τεχνητή διατροφή και την αξιολόγηση της θρέψης
- τη φροντίδα σωστής λειτουργίας του εντέρου
- τη φροντίδα παροχετεύσεων και στομιών
- την πρόληψη λοιμώξεων, τη φροντίδα των κεντρικών και περιφερικών καθετήρων
- τη μέτρηση και ρύθμιση του ισοζυγίου κ.α. (Ομπέση, 2010).

Οι νοσηλευτές μαζί με το ιατρικό προσωπικό, έχουν ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους. Η επιστήμη της Νοσηλευτικής σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας. Οι κυριότεροι στόχοι της Νοσηλευτικής επιστήμης, που επιτυγχάνονται μέσω της εκπλήρωσης του ρόλου του νοσηλευτή, είναι η πρόληψη της ασθένειας, η αποκατάσταση της υγείας, η διευκόλυνση της επιτυχούς αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας και η προαγωγή της ευεξίας (Λέφα-Τσιρώνη Βαρβάρα, 2008).

Ο ρόλος του νοσηλευτή θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως παρατηρητικός, περιγραφικός, ερευνητικός και επεξηγηματικός ως προς κάποιο φαινόμενο. Ο κύριος όμως ρόλος του είναι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, με την οποία προσδιορίζεται η κατάσταση του ασθενούς και συλλέγονται δεδομένα από το ιστορικό του, από τον ίδιο τον ασθενή και από τα οικεία του (συγγενικά ή φιλικά) πρόσωπα. Στη συνέχεια, διατυπώνεται η υπόθεση και οργανώνεται το σχέδιο δράσης (Ζυγά, 2010).

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής οφείλει να λειτουργεί και κατά κάποιο τρόπο να εναρμονίζεται σύμφωνα με τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των νοσηλευτών. Η δεοντολογία της Νοσηλευτικής επιστήμης, συμβαδίζει με τα δικαιώματα του ασθενή ενώ παράλληλα προφυλάσσει τα δικαιώματα του νοσηλευτή (Λαναρά,1989, Ραγιά, 2000).

Επιπρόσθετα, παραθέτει οδηγίες για την αρμόζουσα συμπεριφορά των νοσηλευτών ως επαγγελματίες υγείας απέναντι στους ασθενείς, στο κοινωνικό σύνολο αλλά και μεταξύ τους. Οι κανόνες δεοντολογίας της Νοσηλευτικής αφορούν ένα γενικότερο σύνολο κανόνων συμπεριφοράς και αντιμετώπισης των νοσηλευτών, απέναντι σε συναδέλφους νοσηλευτές καθώς και τους ιατρούς.

Τέλος, ο κώδικας δεοντολογίας της Νοσηλευτικής στηρίζεται στην κριτική και φιλοσοφική αντίληψη του σωστού, του «ορθού», όπως αυτό έχει οριστεί και έχει γίνει αποδεκτό από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (Ραγιά, 2000, 2001).

Ο νοσηλευτής οφείλει σε κάθε περίπτωση να λειτουργεί, προασπίζοντας τα δικαιώματα των ασθενών, τα οποία έχουν καθοριστικό ρόλο στη ανάπτυξη και διαμόρφωση της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή αλλά και των υπόλοιπων λειτουργών υγείας. Όλα τα παραπάνω αφορούν την εκπλήρωση του ρόλου του (Redfern & Norman, 1990, Keir et al., 2002).

Τα δικαιώματα του ασθενή, συνιστούν σημαντικό πεδίο ανάπτυξης νομοθετικών πρωτοβουλιών. Η εφαρμογή τους συνδέεται με την διασφάλιση της καλύτερης δυνατής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων, οι οποίοι απευθύνονται στις υπηρεσίες αυτές. Τα δικαιώματα του ασθενή βασίζονται σε πανανθρώπινες αξίες και ιδανικά και συμπορεύονται με τις σύγχρονες απαιτήσεις του ασθενή. Τα τελευταία χρόνια, ο ασθενής εμφανίζεται περισσότερο ενημερωμένος αλλά και κατηγορηματικός, σχετικά με τη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγειονομική του φροντίδα (Πουσουκίδου, κ.ά, 2007).

Ο ασθενής, ανεξάρτητα από το πόσο αδαής μπορεί να είναι, έχει το δικαίωμα να εκφράσει την άποψη του, να ενημερωθεί από τους αρμόδιους για όλες τις σχετικές παραμέτρους αναφορικά με την υγεία του ώστε να επιλέξει, να νιώθει ασφάλεια σε ζητήματα που αφορούν την υγειονομική του φροντίδα και να λάβει διαβεβαιώσεις σχετικά με τη θεραπεία που ακολουθεί, δηλαδή να είναι η κατάλληλη για εκείνον και η αποτελεσματικότερη.

Σε αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή θεωρήσει πως η φροντίδα που λαμβάνει δεν είναι η καλύτερη, έχει το δικαίωμα να αλλάξει γιατρό ή ακόμα στην περίπτωση που υπάρξουν ιατρικά λάθη, να προσφύγει στην δικαιοσύνη. Ο γιατρός από την πλευρά του οφείλει, να συμβάλλει στη λήψη σωστής απόφασης του ασθενούς, με σωστή και έγκυρη ενημέρωση για τη φύση, τους κινδύνους που ελοχεύουν, αλλά και την ωφέλεια της συγκεκριμένης ιατρικής πράξης (Τσάτσος,

1988). Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς σύμφωνα με το νόμο Ν.2071/1992, είναι τα ακόλουθα:

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσέγγισης των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των πλέον κατάλληλων για τη φύση και τις τυχόν ιδιαιτερότητες της ασθένειας του
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ΄ αυτόν με απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, τη διαμονή του στο νοσοκομειακό χώρο, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Στην περίπτωση που ο ασθενής χαρακτηρίζεται με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
- Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει πληροφόρηση σε ό,τι αφορά την κατάστασή της υγείας του.
- Η υγεία του ασθενούς, που είναι και ο σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης, συνδέεται με την πληρότητα και την ακρίβεια της πληροφορίας και ενημέρωσης που δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς είναι εκείνη που του επιτρέπει να σχηματίσει μια πλήρη εικόνα σχετικά με ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ώστε να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μμετέχει στη λήψη αποφάσεων, οι οποίες μπορούν να προδικάσουν τη μμετέπειτα ζωή του.
- Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί πλήρως και εκ των προτέρων, για ενδεχόμενους κινδύνους που προκύπτουν από την εφαρμογή ασυνηθών ή πειραματικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή πραγματοποιείται μόνο έπειτα από τη συγκατάθεση του ίδιου, η οποία είναι δυνατό να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
- Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται εντελώς ελεύθερος στη λήψη της απόφασής του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με το αρμόδιο προσωπικό με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευσή του γύρω από το θέμα της υγείας του. Η συγκατάθεσή του για τη συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί όπως προείπαμε μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή
- έχει το δικαίωμα στη λήψη κατάλληλων μέτρων και τη δημιουργία συνθηκών που μπορούν να προστατεύσουν την ιδιωτικότητά του. Επιβάλλεται η πολιτική του απορρήτου των πληροφοριών και του περιεχόμενου των εγγράφων του ιατρικού φακέλου

- έχει το δικαίωμα αμέριστου σεβασμού αναφορικά με τις θρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις
- επίσης, έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει τυχόν διαμαρτυρίες ή ενστάσεις σχετικές με την παροχή φροντίδας υγείας που δέχεται και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων (Αλεξιάδης, 1999, Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1993, ΕΝΕ, 2016).

Η ανακούφιση, αποτελεί μια θεμελιώδη έννοια στο ρόλο της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ευθύνη για την ανακούφιση των ασθενών που υποφέρουν, υποστηρίζεται από την ηθική αρχή της πιστότητας, η οποία προάγει την υποχρέωση για την τήρηση των δεσμεύσεων από την πλευρά του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τήρησης των δεσμεύσεων, είναι η εμπιστευτικότητα πληροφοριών, το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων (Αλεξιάδης,1999).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της αποκατάστασης, υποστηρίζεται από έννοιες της ηθικής, όπως είναι η συνηγορία, η φροντίδα και η συνεργασία. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές οφείλουν να είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο οι αξίες, τα έθιμα και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις του νοσηλευόμενου αξιοποιούνται πλήρως για την αποκατάσταση της υγείας του.

Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι συχνά, οι θρησκευτικές και πολιτισμικές αξίες των ασθενών, έρχονται σε σύγκρουση με αξίες των νοσηλευτών και πιο συγκεκριμένα στην παροχή ισότιμης φροντίδας (Αδάμου, 2001).

Σχετικά με τη διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου (role expansion), εννοούμε την προσθήκη δεξιοτήτων, για την αναβάθμιση των ήδη υπαρχόντων δεξιοτήτων. Αφορά μια ολιστική προσέγγιση, τόσο στα καθήκοντα του επαγγελματία νοσηλευτή όσο και στη φροντίδα του νοσηλευόμενου (Büscher, 2009). Πολύ σημαντικός παράγοντας στη διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου, είναι η αυτονομία. Με τον όρο αυτό εννοούμε την ανάληψη πρωτοβουλιών των νοσηλευτών, ανάλογα την εκπαίδευση και την εμπειρία τους, χωρίς να βασίζονται σε υποδείξεις των ιατρών. Η διεύρυνση του ρόλου αφορά την ανάπτυξη ικανοτήτων, δεξιοτήτων, κλινικής εμπειρίας, ευθύνης αλλά και λογοδοσίας για ανάληψη νέων ρόλων, που θα συμβάλλει στην αποτελεσματικότερα στην παροχή φροντίδας υγείας (O' Malley, 2011).

1.3 Καθήκοντα νοσηλευτή

Ο όρος καθήκον στη Νοσηλευτική επιστήμη αφορά αυτό το οποίο επιβάλλεται από τον ηθικό νόμο, πρόκειται δηλαδή για μια ηθική υποχρέωση που υπαγορεύεται από τον νόμο του κράτους, οι ενέργειες που επιβάλλονται από ένα επάγγελμα ή αξίωμα.

Καθήκον του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι η φροντίδα του νοσηλευόμενου διαμέσου της δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών για την εδραίωση της θεραπευτικής σχέσης, από την οποία ο νοσηλευόμενος θα λάβει σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία. Η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς προϋποθέτει την αμεροληψία και ουδετερότητα του επαγγελματία νοσηλευτή, ανεξάρτητα από τις ιδεολογικές, θρησκευτικές ή άλλες τοποθετήσεις, την οικονομική κατάσταση, κοινωνική θέση, ή οικονομική κατάσταση του ασθενούς. Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να παρέχει ισότιμη φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση σε όλους τους ασθενείς (Λαναρά, 2006).

Επίσης, ο νοσηλευτής έχει το δικαίωμα της άρνησης παροχής των υπηρεσιών του, σε περιπτώσεις που οι προσωπικές ηθικές αξίες προσκρούονται με την ενδεδειγμένη επιστημονική διαγνωστική και θεραπευτική πρακτική. Σε τέτοιες περιπτώσεις οφείλει να ενημερώνει τον προϊστάμενό του. Στα καθήκοντά του εντάσσεται η αρμονική συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι γιατροί, ακολουθώντας με ακρίβεια οδηγίες, ενώ παράλληλα να διατηρεί την επιστημονική του ιδιότητα σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. Κάθε επαγγελματίας νοσηλευτής απαγορεύεται να προβαίνει σε επικριτικά σχόλια ή αποδοκιμασίες προς άλλους συναδέλφους ή το υπόλοιπο προσωπικό (Ntshingila et al, 2016).

Οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν παρά τις αντιξοότητες να ανταπεξέλθουν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα στα καθήκοντά τους ώστε να ικανοποιηθούν όλες οι ανάγκες του αρρώστου και να είναι ευχαριστημένος από το περιβάλλον στο οποίο νοσηλεύεται (Δημητριάδου και συν. 2009). Τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών Νοσηλευτών σύμφωνα με το ΦΕΚ 106/1988), είναι τα εξής:

- Ο προγραμματισμός, η εφαρμογή, η αξιολόγηση, η διδασκαλία και η επίβλεψη της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών και των οικογενειών τους
- Η επαρκής γνώση μεθόδων ψυχιατρικής θεραπείας και την ικανότητα να αντιλαμβάνονται την κατάλληλη θεραπεία, ανάλογα με την ηλικία του νοσηλευόμενου και τις ιδιαίτερες συνθήκες του περιβάλλοντος.
- Η ανάπτυξη και διατήρηση θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς, με συναδέλφους, συνεργάτες και κοινωνικούς παράγοντες, με σκοπό την ιδανικότερη

θεραπευτική προσέγγιση.

- Η διοίκηση του εκάστοτε τμήματος, καθώς και η ικανότητα δημιουργίας ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος για ψυχικά ασθενείς
- Η ανάπτυξη συνεργασίας με την ψυχιατρική θεραπευτική ομάδα συμπεριλαμβανομένων και των κοινωνικών λειτουργών ώστε να συμβάλλουν στη λύση και αντιμετώπιση κοινωνικό-ψυχιατρικών προβλημάτων των ασθενών και των οικογενειών τους, με γνώμονα την ισχύουσα νομοθεσία για την ψυχική υγεία. Όσον αφορά την πρόληψη, την ανίχνευση, την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής ασθένειας.
- Η διδασκαλία των αρχών ψυχικής υγιεινής σε υγιείς ασθενείς και οικογένειες, επίσης σχολεία και άλλες επαγγελματικές ομάδες, γνωρίζοντας αρχές και μεθόδους διδασκαλίας και μάθησης
- Ο προγραμματισμός, η λειτουργία και η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχιατρικής περίθαλψης εντός αλλά και εκτός των νοσοκομείων.
- Η άσκηση πρωτοβάθμιας ψυχιατρικής νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα.
- Διενέργεια ή και υποστήριξη της έρευνας στον τομέα της ψυχιατρικής νοσηλευτικής
- Διατήρηση ενδιαφέροντος και αισθήματος προσωπικής ευθύνης σχετικά με την συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση νέων μεθόδων, ή προόδου της Ψυχιατρικής (ΕΝΕ,2016).

Τα καθήκοντα προς τους ασθενείς, ορίζονται βάση νόμου ως εξής:

- Ο Νοσηλευτής οφείλει να δείχνει απόλυτο σεβασμό στην μοναδικότητα της προσωπικότητας του ατόμου και στην τιμή του
- Οφείλει να λάβει τα κατάλληλα μέτρα, τα οποία θα προάγουν την ευεξία του πάσχοντα αλλά και να αποφύγει ενέργειες οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την προσωπική ελευθερία και βούληση του νοσηλευόμενου (Λαναρά, 2006).
- οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενούς, επιδεικνύοντας ιδιαίτερη προσοχή σε πράξεις ή παραλήψεις που είναι δυνατό να θίξουν τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την
- άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του (Επιβατιανός, 1984).
- επιβάλλεται να επιδεικνύει ουδετερότητα και αμεροληψία προς όλους τους ασθενείς παρέχοντας την ίδια φροντίδα, και αφοσίωση, ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις, την κοινωνική θέση ή την οικονομική τους κατάσταση της νόσου (Αγραφιώτης, 2000, Μπελλάλη, 2005, Λαναρά, 2006).

- οφείλει τον απόλυτο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της ζωής.
- Στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενούς οφείλει να παρέχει στον ασθενή επαρκή ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης (Μπελλάλη, 2005, Αγραφιώτης, 2000).
- η παροχή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να πραγματοποιούνται με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη τα όρια των καθηκόντων σύμφωνα με τις υπαγορεύσεις της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις της άσκησης του επαγγέλματος.
- οφείλει να αποφύγει οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη πειραματική, διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, πρέπει να υπάρχει συνεχής ενημέρωση και να βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων του.
- Οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό τρόπο ή μέσο, προστατεύοντάς τον από οποιαδήποτε βλάβη ή επικείμενο κίνδυνο στο περιβάλλον παροχής φροντίδας υγείας και τέλος,
- οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του νοσηλευόμενου, αποτρέποντας την παραβίασής τους (Μπελλάλη, 2005, Λαναρά,2006).

Καθήκοντα τα οποία αφορούν τους συναδέλφους, ιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου:

- Ο νοσηλευτής οφείλει να αναπτύσσει και να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους νοσηλευτές, τους ιατρούς και το υπόλοιπο προσωπικό, παραμερίζοντας κάθε διαφορά, έχοντας γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών (Επιβατιανός,1984, Λαναρά, 2006).
- οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές ανεξάρτητα τη βαθμίδα που βρίσκονται, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία (Μπελλάλη,2005, Λαναρά 2006)
- οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται με τους ιατρούς ακολουθώντας τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας την επιστημονική αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας (Μπελλάλη, 2006, Επιβατιανός,1984).
-

Κάθε τομέας παροχής φροντίδας υγείας, διακρίνεται από ιδιαιτερότητες, τις οποίες ο

επαγγελματίας νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει και να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει, ώστε να επιτευχθεί μια περισσότερο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα:

1. Αρμοδιότητες και καθήκοντα νοσηλευτικού προσωπικού ειδικότητας παιδιατρικής νοσηλευτικής

Κύριος στόχος της παιδιατρικής νοσηλευτικής είναι η προαγωγή της υγείας του παιδιού στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο . Αυτό, προϋποθέτει:

- την εκτίμηση της κατάστασης, εάν δηλαδή είναι φυσιολογική η πορεία ανάπτυξης του παιδιού και η συμπεριφορά του. Σε κάθε περίπτωση, κάθε παιδί πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ολοκληρωμένη, ξεχωριστή προσωπικότητα και ο νοσηλευτής πρέπει να επικοινωνεί με τα παιδιά όλων των ηλικιών, δίνοντας έμφαση στην προσαρμογή τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον.
- την απαραίτητη γνώση νοσηλευτικών δεξιοτήτων, κατάλληλων για τη φροντίδα των παιδιών, ανάλογα με την ηλικία τους και εφαρμογή συγκεκριμένων θεραπευτικών μεθόδων και την εφαρμογή αυτών, αλλά και τη σκοπιμότητα των ενεργειών αυτών.
- τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και την επίβλεψη της νοσηλευτικής φροντίδας. Να καθοδηγούν το υπόλοιπο προσωπικό με δική τους ευθύνη ώστε να δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για μια ομαλή και ταχύτερη δυνατή ανάρρωση των παιδιατρικών ασθενών (Λαναρά, 2006).
- την ανάπτυξη και διατήρηση μιας εποικοδομητικής σχέσης τόσο με το παιδί που νοσεί, όσο και με την οικογένειά του, εκδηλώνοντας μια γνήσια ανθρώπινη και ειλικρινή συμπεριφορά, με σκοπό τη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης.
- την εποικοδομητική συνεργασία με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας, ειδικότερα την ενεργή συμμετοχή τους καθώς και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, στην πρωτοβάθμια παιδιατρική κοινοτική φροντίδα, στη διδασκαλία, στην πρόληψη και στην έρευνα σε θέματα παιδιατρικής νοσηλευτικής.
- τη σημαντική συμβολή τους στην επίλυση κοινωνικο-ιατρικών προβλημάτων που παρουσιάζονται σε όλους τους τομείς της παιδιατρικής νοσηλευτικής.
- την επίγνωση της υπάρχουσας νομοθεσίας αναφορικά με το επάγγελμά τους και κατάκτηση των βασικών γνώσεων των κοινωνικών θεσμών στον προνοιακό και οικογενειακό χώρο .

Η εισαγωγή ενός παιδιού στο περιβάλλον του νοσοκομείου είναι μια στρεσογόνος εμπειρία,

δυσάρεστη για το ίδιο το παιδί αλλά και για την οικογένειά του, γεγονός που συχνά εκφράζεται με την εμφάνιση ψυχολογικών αντιδράσεων (Boyer & Piazza, 2012).

Οι αντιδράσεις αυτές είναι συχνότερες στα παιδιά και εκδηλώνεται με κλάμα, άγχος, φόβο, επιθετική συμπεριφορά, άρνηση, απομόνωση ή κατάθλιψη. Η προσέγγιση του παιδιού από το νοσηλευτή πρέπει να είναι ολιστική και να μην περιορίζεται μόνο στην αντιμετώπιση οργανικών προβλημάτων αλλά και στη διερεύνηση των συνθηκών που συνέβαλαν στην εκδήλωσή τους (Stratton, 2008, ΕΝΕ, 2013).

2. Καθήκοντα νοσηλευτών ειδικότητας παθολογικής νοσηλευτικής

Τα καθήκοντα των νοσηλευτών για την ειδικότητα της παθολογικής νοσηλευτικής, ορίζονται τα ακόλουθά:

- η αξιολόγηση συμπτωμάτων, προβλημάτων και αναγκών των παθολογικών ασθενών, οξέως ή χρονίως πασχόντων.
- ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας βάσει των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης.
- Η επίβλεψη της εφαρμογής, η διδασκαλία και η παρακολούθηση της εφαρμογής του προγράμματος της νοσηλείας και η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει επιστημονικών κριτηρίων (Σαχίνη, 2006).
- Η ανάπτυξη ετοιμότητας και ικανότητας πρόβλεψης, εκτίμησης και αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών λόγω της απότομης αλλαγής της κατάστασης τους, τυχόν επιπλοκών ή ακόμη και ατυχήματος, έχοντας τις απαιτούμενες επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες, σε συνεργασία με τη νοσηλευτική ομάδα και εκπροσώπους συναφών επιστημών υγείας.
- Η ανάπτυξη διαπροσωπικών και διδακτικών δεξιοτήτων,
- η ικανότητα για συμμετοχή σε έρευνα στον τομέα της παθολογικής νοσηλευτικής,
- η αναγνώριση επικείμενων νοσηλευτικών αναγκών της κοινωνίας σε συνάρτηση με τις νέες προνομιακές θεωρήσεις και ανακατατάξεις των βασικών ανθρωπίνων αναγκών
- η ανάληψη προσωπικής και συλλογικής ευθύνης για την αγωγή υγείας, την πρόληψη της νόσου και την αποκατάσταση, τη διατήρηση και προαγωγή υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας (DeWit,2009, ΕΝΕ, 2016).

3. *Καθήκοντα των Νοσηλευτών στην <u>ογκολογική νοσηλευτική</u>*

Η παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας στην ογκολογική νοσηλευτική, προϋποθέτει για τους επαγγελματίες νοσηλευτές να κατέχουν εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες στην ογκολογική νοσηλευτική, αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας, έρευνας και συνεργατικότητας με άλλους επαγγελματίες υγείας, αλλά και την ικανότητα προσαρμογής στο ιδιαίτερα στρεσογόνο αυτό περιβάλλον (Youngmee et al., 2015). Οι νοσηλευτές οφείλουν να αξιολογούν τον ασθενή και τα οικεία του πρόσωπα βάσει αρχών ολιστικής προσέγγισης, να τους ενημερώνουν, να τους εκπαιδεύουν όπου χρειάζεται και να τους υποστηρίζουν ψυχολογικά, να παρέχουν σωματική φροντίδα και διαχειρίζονται ικανοποιητικά τα συμπτώματα τους. Σημαντική παράμετρος της ολιστικής προσέγγισης, αποτελεί η ανακουφιστική φροντίδα σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου, η επίλυση των βιοηθικών προβλημάτων που προκύπτουν αλλά και η φροντίδα των φροντιστών του ασθενούς (Λαναρά, 2006, Φιλαλήθης & Κωνταντινίδης, 2013).

Στον συγκεκριμένο τομέα παροχής φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές λειτουργούν ως συνήγοροι των ασθενών, σύμβουλοι, συντονιστές φροντίδας, μάνατζερ και μέντορες νέων νοσηλευτών. Τα καθήκοντα που αναλαμβάνονται στην ογκολογική νοσηλευτική, είναι τα ακόλουθα:

- αναγνώριση των προειδοποιητικών συμπτωμάτων του καρκίνου σε ομάδες υψηλού κινδύνου και πληθυσμού στόχου.
- παροχή πληροφοριών/ συστάσεων σε ενδιαφερόμενους, με στόχο τη μείωση πιθανότητας προσβολής από καρκίνο.
- ενθάρρυνση και καθοδήγηση ατόμων, στην υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου διαβίωσης
- υποστήριξη ατόμων που επιδιώκουν την αλλαγή του τρόπου ζωής τους
- ενθάρρυνση οικογενειών υψηλού κινδύνου, ώστε να υποβάλλονται σε κατάλληλες διαγνωστικές εξετάσεις.
- υποστήριξη ατόμων με καρκίνο σε όλη τη φάση της διάγνωσης
- αναγνώριση και ανίχνευση των βιοψυχοκοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων και της θεραπείας. Πιο συγκεκριμένα το χειρουργείο, τις χημειοθεραπείες τις ακτινοθεραπείες κ.α στον πάσχοντα και στην οικογένειά του.
- συμμετοχή στην παρεχόμενη θεραπευτική αγωγή σαν ισότιμα και ενεργά μέλη της θεραπευτικής ομάδας.
- συνεργασία με τον πάσχοντα, την οικογένειά του και τους συναδέλφους για το σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός εξατομικευμένου προγράμματος φροντίδας και αποκατάστασης για

κάθε ασθενή.

- παροχή βοήθειας τον νοσηλευόμενο, ώστε να μάθει να ζει σταδιακά με τους περιορισμούς που υπέβαλε η νόσος και η θεραπευτική αγωγή και να μάθει να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες.
- Εκτενής πληροφόρηση σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική αγωγή, μέσα στα όρια του εξατομικευμένου προγράμματος του ασθενή.
- καλλιέργεια και προώθηση αυτοφροντίδας, ανεξαρτησίας και αυτονομίας του ασθενή, ώστε να διατηρεί τη μέγιστη δυνατή σωματική και ψυχική λειτουργικότητα.
- αντιμετώπιση ποικίλων συμπτωμάτων και συναισθημάτων των ασθενών, οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νόσου
- παροχή βοήθειας στην εξασφάλιση ειρηνικού και αξιοπρεπούς θανάτου
- αντιμετώπιση ψυχικής έντασης που προκαλεί η συνεχής επαφή με ασθενείς με χρόνιο νόσημα.
- Ανάπτυξη αυτοκριτικής σχετικά με την ύπαρξη ή εμφάνιση ηθικών διλημμάτων κατά την κλινική πράξη.
- συνεχής επιμόρφωση και καλλιέργεια νοσηλευτικής έρευνας στον τομέα της εργασίας τους. (ΦΕΚ 500/1996, ΕΝΕ, 2016).

4. ***Καθήκοντα Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)***

Το ΤΕΠ, αφορά την κατηγορία επείγουσας ιατρικής, μια αρκετά νέα ειδικότητα, η οποία έχει δημιουργηθεί για την αντιμετώπιση και την κάλυψη των αναγκών της κοινότητας όσον αφορά την επείγουσα ιατρική περίθαλψη, βάσει των συνθηκών της σύγχρονης εποχής. Η ειδικότητα αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί σφαιρική και η λειτουργία της θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί θεμελιώδη λίθο για τη μείωση ή αποτροπή των συνεπειών μιας ασθένειας ή ενός τραύματος. Το παραπάνω αφορά τη δευτεροβάθμια πρόληψη. Αρκετές από τις παρεμβάσεις οι οποίες πραγματοποιούνται στον τομέα της επείγουσας ιατρικής, μπορεί να είναι απλές και ταυτόχρονα αποτελεσματικές, ενώ τα δεδομένα που συλλέγονται στην προσπάθεια αντιμετώπισης των περιστατικών, χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν την πρωτοβάθμια πρόληψη.

Τα ΤΕΠ, αποτελούν σημεία αναφοράς για κάθε επείγουσα περίπτωση, όπου συγκεντρώνονται πληθώρα περιστατικών που αφορούν όλο το φάσμα της ιατρικής. Ο ρόλος του κρίνεται καθοριστικός, σε πολλά επίπεδα της αντιμετώπισης προσερχόμενων ασθενών. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, έχει χαρακτηριστεί "δίκτυ ασφαλείας" για τα Εθνικά Συστήματα Υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου (Makrakis et al., 2006).

Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που στελεχώνει το Τ.Ε.Π. καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα των κλινών, τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των ασθενών. Για τη στελέχωση του Τ.Ε.Π. με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται υπόψη η κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην επείγουσα ιατρική και νοσηλευτική, η πιστοποίηση στη Βασική, Άμεση & Εξειδικευμένη Αναζωογόνηση, η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας καθώς επίσης και η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης (Αποστολάκης, 2001).

Οι κύριοι στόχοι των ΤΕΠ είναι :

- ✔ η αντιμετώπιση των βαριά ασθενών
- ✔ η αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών
- ✔ η αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών,
- ✔ η αντιμετώπιση ή παραπομπή μη έκτακτων περιστατικών
- ✔ η εκπαίδευση υγειονομικών και κοινού
- ✔ η έρευνα και η συνδρομική επιτήρηση, όσον αφορά επιδημίες ή τραύματα (Markakis et al, 2006).

Στο χώρο διαλογής, υποδέχονται τον ασθενή ειδικευμένοι ιατροί και νοσηλευτές και ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του, τον κατευθύνουν στους χώρους του Τ.Ε.Π.. Οι απειλητικές και εξαιρετικά επείγουσες καταστάσεις, αντιμετωπίζονται άμεσα στην αίθουσα αναζωογόνησης. Οι ασθενείς με σοβαρά προβλήματα αλλά που βρίσκονται σε μια σταθερή κατάσταση, αντιμετωπίζονται στους θαλάμους εξέτασης του Τ.Ε.Π.. Ο ασθενής δεν μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του Τ.Ε.Π. όπου εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες νοσηλευτικές υπηρεσίες και στη συνέχεια (Μπαλτόπουλος, 2004).

Ειδικότερα:

α. του δίνονται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή, ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω η παρακολούθησή του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία,

β. οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του Τ.Ε.Π. για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στο κατάλληλο για την περίπτωσή του τμήμα

γ. εισάγεται στο οικείο με την πάθησή του τμήμα

δ. διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο έπειτα από συνεννόηση με τον προϊστάμενο του Τ.Ε.Π.

ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου (ΕΝΕ, 2016).

Τα καθήκοντα Νοσηλευτή του ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), είναι:

- η νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενή.
- Η καταγραφή κλινικών στοιχείων στην καρτέλα του ασθενή.
- Η τοποθέτηση ασθενούς στην κλίνη, μαζί με την καρτέλα που τον συνοδεύει.
- Η ενημέρωση αρμοδίου γιατρού για την πορεία των ασθενών τους οποίους παρακολουθεί.
- Η παροχή ενδεδειγμένης νοσηλευτικής φροντίδας, εφαρμόζοντας τη νοσηλευτική διεργασία.
- Η εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης βάσει των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών, έπειτα από ειδική πιστοποιημένη εκπαίδευση
- η ενημέρωση ασθενών και οικείων προσώπων για τις νοσηλευτικές ενέργειες, εξηγώντας παράλληλα, όπου χρειάζεται τις εκτελούμενες πράξεις
- Η συνεργασία με τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος για την αποτελεσματική διαχείριση των καταστάσεων που έρχονται αντιμέτωποι όπως η λήψη συναίνεσης, η επικοινωνία κ.α. (Μπαλτόπουλος, 2004, ΦΕΚ 219/Β/2007,ΕΝΕ, 2016).

5. Καθήκοντα νοσηλευτή στη <u>Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)</u>

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ένα αυτόνομο τμήμα, όπου απαιτείται συνεργασία μεταξύ εξειδικευμένων λειτουργών υγείας και χρήση εξελιγμένης τεχνολογίας για την παροχή εντατικής φροντίδας στο βαριά πάσχοντα ασθενή. Το τμήμα αυτό διαφέρει από τους υπόλοιπους χώρους του νοσοκομείου επειδή αποτελεί ένα ξεχωριστό και αυτόνομο τμήμα που χαρακτηρίζεται από εξειδικευμένη τεχνολογία (Ψαθάς, κ.ά, 2012).

Η εισαγωγή ενός ασθενούς στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αποτελεί ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός που μπορεί να βιώσει ένα άτομο, καθώς προκαλούνται συναισθήματα φόβου, ανασφάλειας και άγχους λόγω περιορισμένης σωματικής κίνησης, περιορισμού των επισκέψεων, αλλά και στέρησης ύπνου. Οι ασθενείς αποζητούν την παρουσία μελών της οικογένειάς τους γιατί κοντά τους αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς ή προστατευμένοι (Boyer & Piazza, 2012). Ένας τρόπος να είναι οι συγγενείς κοντά στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΘ είναι το επισκεπτήριο (Χατζηνικολάου,1999).

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, τα μέλη της οικογένειας αναλαμβάνουν ξεχωριστά τις διάφορες θεραπείες που πρέπει να κάνει ο ασθενής. Κάθε διαδικασία, είναι μια ιδιαίτερα αγχωτική

εμπειρία για τον ασθενή (Boyer Hanley & Piazza, 2012). Ο νοσηλευτής ΜΕΘ, οφείλει να διακατέχεται από εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία ώστε μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις με αποτελεσματικότητα. Τα καθήκοντα των Νοσηλευτών στη ΜΕΘ, είναι τα ακόλουθα:

- Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση της Νοσηλευτικής διεργασίας στο άτομο το οποίο νοσηλεύεται στη ΜΕΘ.
- Η προετοιμασία και ο χειρισμός του εξοπλισμού της ΜΕΘ.
- Η παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας του κατακεκλιμμένου ασθενή.
- Η λήψη και η αξιολόγηση των ζωτικών σημείων.
- Αιμοδυναμικό monitoring ασθενή
- Η υγιεινή στοματοφαρυγγικής κοιλότητας.
- Η μέτρηση και αξιολόγηση κεντρικής φλεβικής πίεσης.
- Η λήψη ΗΚΓ/τος (ηλεκτροκαρδιογραφήματος) και η αναγνώριση του φυσιολογικού καρδιακού παλμού και βασικών αρρυθμιών.
- Η εκτίμηση σύμφωνα με την κλίμακα Γλασκώβης.
- Η πρόληψη, η καταγραφή και η φροντίδα των κατακλίσεων.
- Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση ενός βαγοτονικού επεισοδίου.
- Η προετοιμασία και η χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- Η χορήγηση εντερικής και παρεντερικής σίτισης.
- Η μετάγγιση αίματος και παραγώγων.
- Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση επιπλοκών
- Η αξιολόγηση ισοζυγίου των υγρών.
- Η φλεβοκέντηση των περιφερικών αγγείων για λήψη φλεβικού αίματος καθώς και ητοποθέτηση περιφερικού καθετήρα.
- Η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών.
- Η συμμετοχή κατά την εισαγωγή κεντρικού φλεβικού και αρτηριακού καθετήρα, η αναγνώριση και η αντιμετώπιση αυτών των επιπλοκών.
- Η λήψη αίματος απο αρτηριακό καθετήρα και η αξιολόγηση των παραμέτρων των αερίων του αίματος.
- Η λήψη τριχοειδικού αίματος για μέτρηση σακχάρου και η αναγνώριση συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας και υπεργλυκαιμίας με την ανάλογη παρέμβαση.
- Ο αερισμός ασθενή μέσω συσκευής Ambu. Η συμμετοχή σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση και ενδοτράχεια αποσωλήνωση.
- Η συμμετοχή στη διαδικασία του απογαλακτισμού απο μηχανικό αερισμό.

- Η εκτέλεση τραχειο-βρογχικών αναρροφήσεων.
- Η συμμετοχή σε επείγουσα τραχειοτομή.
- Η διαχείριση ασθενούς με εσωτερική ή εξωτερική παροχέτευση εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ). Μέτρηση / αξιολόγηση ενδοκράνιας πίεσης.
- Η συμμετοχή σε ενδοκράνια έγχυση φαρμάκων.
- Η εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.
- Ο καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως, με αναγνώριση και αντιμετώπιση επιπλοκών.
- Η λήψη δείγματος ούρων για μέτρηση διαφόρων παραμέτρων.
- Η λήψη καλλιεργειών από ρινικό/φαρυγγικό επίχρισμα, βρογχικές εκκρίσεις όπως αίμα, ούρα, κόπρανα, κ.α.
- Η αφαίρεση του περιφερικού και κεντρικού φλεβοκαθετήρα
- Η αφαίρεση αρτηριακού καθετήρα.

- Πλύσεις: Οφθαλμώ-ώτων, Τραύματος στομάχου, συριγγίων, ουροδόχου κύστεως παραρρινικών κοιλοτήτων
- Η περιποίηση στομίας, κολοστομίας, νηστιδοστομίας, ειλεοστομίας, γαστροστομίας ουρητηροστομίας, τραχειοστομίας
- Η περιποίηση του τραύματος και των χειρουργικών τομών.
- Η διαχείριση του έλκους της πίεσης και της τριβής ασθενούς στη ΜΕΘ (πρόληψη και αντιμετώπιση).
- Η διαχείριση εγκαυματικής νόσου σε ενήλικες.
- Η συμμετοχή σε παρακέντηση πλευριτικού, ασκητικού, περικαρδικού υγρού.
- Η συμμετοχή σε Οσφυονωτιαία και υπερηβική παρακέντηση.
- Η εφαρμογή πρωτοκόλλων Βασικής και Εξειδικευμένης καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Ηλεκτρική ανάταξη.
- Η αναγνώριση μεταβολών ΗΚΓτος στον ασθενή με έμφραγμα μυοκαρδίου.
- Η συμμετοχή στην έναρξη θρομβόλυσης. Αναγνώριση τυχόν επιπλοκών.
- Η συμμετοχή ή βοήθεια σε συγχρονισμένη καρδιομετατροπή.
- Η συμμετοχή σε τοποθέτηση προσωρινού βηματοδότη.
- Η συμμετοχή σε εξωτερική διαδερμική βηματοδότηση.
- Η εκπαίδευση ασθενούς με μόνιμο βηματοδότη.
- Ο χειρισμός και monitoring ασθενούς που είναι συνδεδεμένος σε ενδοαορτική αντλία (IABP).

- Ο έλεγχος σωστής λειτουργίας μηχανικής καρδιάς.
- Η συμμετοχή σε επείγουσα στερνοτομή.
- Η διαχείριση και η χορήγηση των φαρμάκων με άσηπτη τεχνική από καθετήρα hickman.
- Η προετοιμασία ασθενούς για μεταμόσχευση μυελού οστών (Μ.Μ.Ο), που περιλαμβάνει:

I. την προετοιμασία /χορήγηση των εισαγωγικών φαρμάκων μεταμόσχευσης.

II. τη σύνδεση του καθετήρα hickman με ειδική συσκευή έγχυσης υγρών χωρίς φίλτρο.

III. Την προετοιμασία αυτόλογης μεταμόσχευσης (υδατόλουτρο)με τη τη χορήγηση αιμοποιητικών κυττάρων όπως είναι ο μυελός, τα περιφερικά κύτταρα, τοομφάλιο αίμα).

V. Η αξιολόγηση/αντιμετώπιση των παρενεργειών κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης.

VI. Τη συμμετοχή σε Ο.Ν.Π, λήψη Ε.Ν.Υ.

VII. Τη συμμετοχή στη λήψη μυελού για διαγνωστικούς λόγους.

VIII. αξιολόγηση δυνητικών επιπλοκών μεταμόσχευσης.

Η συμμετοχή σε ενδοτραχειακή διασωλήνωση και αποσωλήνωση σε νεογνά και παιδιά.

Η συμμετοχή στην εισαγωγή ομφαλικού καθετήρα σε νεογνά.

Η αφαιμαξομετάγγιση σε νεογνά για θεραπευτικούς λόγους.

Ο πρόσθιος ρινικός επιπωματισμός σε παιδιά.

Η διαχείριση εγκαυματικής νόσου σε παιδιά.

Η μέτρηση σωματικού βάρους σε νεογνά και βρέφη.

Η διαχείριση ανοσοκατασταλμένων βρεφών και παιδιών, η άμεση εφαρμογή νεογνικής ανάνηψης και παιδιατρικής αναζωογόνησης βάσει των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών έπειτα από ειδική πιστοποιημένη εκπαίδευση.

Η ενημέρωση των συγγενών για τους κανονισμούς λειτουργίας της ΜΕΘ / ΜΑΦ.

Η ενημέρωση των συγγενών για την εξέλιξη της νοσηλευτικής πορείας του ασθενούς.

Η εκπαίδευση και η διδασκαλία του ασθενούς για αυτοφροντίδα και αποκατάσταση.

Η εκπαίδευση των συγκενικών προσπώπων για αποτελεσματική συμμετοχή στην αποκατάσταση του ασθενούς.

Η διαχείριση μολυσματικού υλικού.

Η εφαρμογή αρχών πρόληψης και ελέγχου ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Αδάμου κ.ά, 2011, ΕΝΕ 2016, Χατζηνικολάου 1999).

Στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας), οι νοσηλευτές καλούνται να αναλάβουν τη γενική φροντίδα αλλά και τη συνεχή παρακολούθηση του βαριά ασθενή. Η εντατική

παρακολούθηση του ασθενούς, εξασφαλίζεται μέσω της αυξημένης αναλογίας νοσηλευτών-ασθενών και με τη χρήση υψηλής τεχνολογίας, αποτελεί μία από τις βασικές διαφορές μεταξύ ΜΕΘ και των νοσηλευτικών τμημάτων.

Βασικό χαρακτηριστικό είναι η περιπλοκότητα, ακριβώς επειδή περιλαμβάνει την ερμηνεία και την αξιολόγηση εξειδικευμένων πληροφοριών στην κρίσιμη κατάσταση της υγείας του ασθενούς, την άμεση αντιμετώπιση των επειγόντων καταστάσεων, που μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή του ατόμου. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, ο επαγγελματίας νοσηλευτής επιβάλλεται να δρα άμεσα και αυτόνομα (Χατζηνικολάου, 1999).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας, ο εξειδικευμένος νοσηλευτής εντατικής θεραπείας παρέχει ολιστική φροντίδα σε βαριά πάσχοντες ασθενείς, συνδυάζοντας την εξειδικευμένη γνώση, τις τεχνικές δεξιότητες και τις ανθρωπιστικές αξίες (DeWit, 2013).

Το εύρος της απαιτούμενης κλινικής γνώσης και των δεξιοτήτων, κρίνεται απαραίτητο, ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής ΜΕΘ να ανταπεξέλθει πλήρως στο ρόλο του. Ο ρόλος αυτός όπως προαναφέρθηκε απαιτεί εξειδικευμένη γνώση, εμπειρία, κλινική ετοιμότητα και εγρήγορση, δεξιότητες οι οποίες στην καθημερινότητα δυσκολεύουν ολοένα και περισσότερο το έργο του νοσηλευτή, στις υπάρχουσες συνθήκες.

Σε χώρες της Ευρώπης το σύστημα εκπαίδευσης στις ΜΕΘ ποικίλλει, όπως και το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών ανά χώρα. Στην εξάσκηση της νοσηλευτικής μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρούνται σημαντικές διαφορές (Αναπλιώτου &Βαζαίου,1993).

Σύμφωνα με την WFCCN (Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας), ο νοσηλευτής ΜΕΘ παρέχει ολιστική φροντίδα στον βαρέως πάσχοντα, χρησιμοποιώντας ένα προηγμένο επιπέδο γνώσεων και δεξιοτήτων. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την γενική φροντίδα του ασθενούς καθώς και την επίβλεψη των μηχανημάτων (monitors).

Ο νοσηλευτικός ρόλος του είναι εξαιρετικά απαιτητικός και καθοριστικός την πορεία υγείας του πάσχοντα, για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής ΜΕΘ θα πρέπει να διακρίνεται από την κατάλληλη επιστημονική και εξειδικευμένη κατάρτιση, κλινικά προσόντα, εξοικείωση με τον τεχνολογικό εξοπλισμό, παρατηρητικότητα, συνεχή εγρήγορση, συνεργατικότητα και αυτοκυριαρχία (Williams et al, 2006).

6. *Καθήκοντα των Νοσηλευτών ειδικότητας χειρουργικής νοσηλευτικής*

Οι ειδικευμένοι στην χειρουργική νοσηλευτική επαγγελματίες υγείας, πρέπει να είναι σε θέση

να:

- αξιολογούν από τη σκοπιά της νοσηλευτικής επιστήμης, τα συμπτώματα, τα προβλήματα και ανάγκες του χειρουργικού ασθενή.
- προγραμματίζουν τη νοσηλευτική τους φροντίδα βάσει των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης.
- επιβλέπουν την υπεύθυνη εφαρμογή ή διδασκαλία και την παρακολούθηση της εφαρμογής του προγράμματος της νοσηλείας.
- Εκτιμούν τα αποτελέσματα της νοσηλείας βάσει επιστημονικών αντικειμενικών κριτηρίων.
- Αναπτύσσουν ετοιμότητα και ικανότητα για πρόβλεψη, εκτίμηση και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ασθενών λόγω της απότομης αλλαγής της κατάστασης τους, ή τυχόν επιπλοκών ή ακόμη και ατυχήματος, με τις απαιτούμενες επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες σε συνεργασία με τη νοσηλευτική ομάδα και υπόλοιπου προσωπικού επιστημών υγείας.
- αναπτύξουν διαπροσωπικές και διδακτικές δεξιότητες για συμμετοχή σε έρευνα στον τομέα της χειρουργικής νοσηλευτικής.
- αναγνωρίζουν τις τρέχουσες και επικείμενες νοσηλευτικές ανάγκες της (Σαχίνη, 2006).

Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στο συγκεκριμένο τομέα αφορούν και τη μετεγχειρητική φροντίδα του ασθενούς και συγκεκριμένα συντελούν:

1. στην προστασία του ασθενούς στις φάσεις της ανανήψεως
2. στην παρακολούθηση της μετεγχειρητικής φάσης και εξέλιξης της υγείας του νοσηλευόμενου
3. στην πρόληψη τυχόν επιπλοκών
4. στη βοήθεια να επανέλθει ο ασθενής στη φυσιολογική του κατάσταση όσο το δυνατόν πιο γρήγορα
5. στην ανακούφιση του νοσηλευόμενου από τυχόν ενοχλήματα (ΕΝΕ,2016).

Οι νοσηλευτές οι οποίοι αναλαμβάνουν διευρυμένα καθήκοντα, παρέχουν στους νοσηλευόμενους υπηρεσίες φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας. Τα καθήκοντα αυτά, αφορούν ένα εύρος αναγκών των ασθενών, την επείγουσα ή εντατική φροντίδα, τα οξέα επεισόδια, τη μακροχρόνια μη επείγουσα φροντίδα, τις χρόνιες παθήσεις, την προαγωγή της υγείας.

Τα διευρυμένα καθήκοντα μπορεί να κυμαίνονται από την ατομική απασχόληση έως τις συμβάσεις νοσηλευτικών ομάδων και τη σύναψη εταιρικών σχέσεων όσον αφορά την πρακτική

της νοσηλευτικής στην κοινότητα ή στα νοσοκομεία ή κατ' οίκον. (Lafortune, 2010).

Αυτό που θα πρέπει να τονιστεί είναι ότι πρέπει να υπάρχει πλήρη οργάνωση όσον αφορά τα καθήκοντα του κάθε εργαζόμενου, για να είναι άρτια η λειτουργία κάθε τμήματος. Τον ρόλο αυτό τον αναλαμβάνει ο προϊστάμενος νοσηλευτής σε συνεργασία με το διευθυντή του τμήματος.

Ορίζει τα καθήκοντα του κάθε νοσηλευτή και αναλαμβάνοντας τόσο την οργάνωση και διοίκηση του προσωπικού όσο και του υλικοτεχνικού εξοπλισμού και των φαρμάκων (Κελέση-Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015).

Με τον τρόπο αυτό, εξασφαλίζεται η εύρυθμη λειτουργία της μονάδας και ελαττώνεται ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, ο οποίος έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των ασθενών (Χατζηνικολάου, 1999, Σαχίνη, 2006).

Αξίζει να σημειώσουμε ότι κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ο νοσηλευτής οφείλει να απέχει από κάθε πράξη ή παράληψη η οποία μπορεί να δημιουργήσει την υπόνοια οτι καταφεύγει σε εξαπάτηση των νοσηλευόμενων, συνεταιρισμό με άτομα που δεν ασκούν αυτό το επάγγελμα, συγκάλυψη ατόμων που εξασκούν νόμιμα ή μη το επάγγελμα, αθέμιτο ανταγωνισμό μεταξύ συναδέλφων, ή προσέλκυση πελατείας. Σε κάθε περίπτωση, ο επαγγελματίας νοσηλευτής οφείλει να δημιουργεί ναι να αναπτύσσει ειλικρινείς αγαθές σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με το υπόλοιπο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους λειτουργούς υγείας όπως τραυματιοφορείς, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διοικητικό προσωπικό κ.λ.π. ((Ntshingila et al, 2016).

1.4 Χαρακτηριστικά νοσηλευτή

Η άσκηση και η εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης στον τομέα προαγωγής της υγείας, απαιτεί από τον επαγγελματία νοσηλευτή να διαθέτει γενικές γνώσεις, ειδικές δεξιότητες προσωπική προσπάθεια και θέληση για τις ιδιαιτερότητες και απαιτήσεις του αντικειμένου αυτού. Βασικά χαρακτηριστικά του αποτελούν η ενεργητικότητα, η διάθεση, η υπομονή, η κριτική ικανότητα και η παιδαγωγική κατάρτιση (Ραγιά, 2000,2001). Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η μη λεκτική επικοινωνία, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη προσέγγιση του ασθενή. Μιλώντας για μη λεκτική επικοινωνία, εννοούμε τα ενθαρρυντικά σήματα και νεύματα, που συμβάλλουν στην αίσθηση ασφάλειας, έκφρασης φόβων, ή ανησυχιών (Montgomery, 1993). Ο ασθενής δεν θα πρέπει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του να νιώσει αποδοκιμασία ή κριτική από το νοσηλευτή (Αδάμου κ.ά, 2001, Αρσενοπούλου, 2006) .

Ο νοσηλευτής βρίσκεται συνεχώς στο πλευρό του ασθενούς καθημερινά φροντίζοντας για την ατομική του υγιεινή, τη σίτισή του, την χορήγηση των φαρμάκων του και άλλες νοσηλευτικές πράξεις. Οι νοσηλευτές, πρέπει να χαρακτηρίζονται από ευφυΐα, αξιοπιστία και ευχάριστη προσωπικότητα σαν κύρια χαρακτηριστικά (Κελέση- Σταυροπούλου, Σταυροπούλου, 2015**).** Σύμφωνα με τον Keir και συνεργάτες (2002), χαρακτηριστικά τα οποία συντελούν στην αποπεράτωση των καθηκόντων τους, είναι τα ακόλουθα:

- ✔ η προσαρμοστικότητα στις καταστάσεις
- ✔ η ενσυναίσθηση
- ✔ η φιλική στάση
- ✔ το πραγματικό ενδιαφέρον για τους ανθρώπους
- ✔ η δυνατότητα για ανάληψη πρωτοβουλιών
- ✔ η λεπτότητα
- ✔ η επιθυμία για μάθηση
- ✔ η διακριτικότητα
- ✔ η καλή υγεία
- ✔ η προσεγμένη εμφάνιση
- ✔ η ευχάριστη φωνή και χαμόγελο (Keir et al.2002).

Οι ιδιότητες που κρίνονται αναγκαίες για την άσκηση του νοσηλευτικού έργου και συμβάινει να τις διαθέτουν περισσότερο οι γυναίκες νοσηλεύτριες σε σχέση με τους άνδρες, είναι οι παρακάτω:

- ✔ συμπόνια
- ✔ ευγένεια
- ✔ σεμνότητα
- ✔ διαίσθηση
- ✔ ανιδιοτέλεια

Από το 1952 περίπου, οι νοσηλευτικές σχολές στην Ευρώπη και τις Η.Π.Α. Άρχισαν να δέχονται άνδρες, ενώ στην Ελλάδα, αργότερα και συγκεκριμένα από το 1984. Η νοσηλευτική επιστήμη, στο μεγαλύτερο βαθμό της, εξακολουθεί να είναι μέχρι και σήμερα γυναικοκρατούμενο επάγγελμα σε όλες τις χώρες (Δημητριάδου 2008). Ο επαγγελματισμός που διακατέχει έναν επαγγελματία νοσηλευτή, είναι η μέθοδος στην οποία ασκείται και ειδικεύεται ένας νοσηλευτής.Ο επαγγελματίας οφείλει να έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, μερικά από τα οποία είναι ο

αυτοσεβασμός, η αυτοπεποίθηση, ο σεβασμός στα συναισθήματα των άλλων και οι συγκεκριμένες γνώσεις και ικανότητες (Keir L., et al.,2002).

Η εργασία τους περιλαμβάνει τον προγραμματισμό και την καταγραφή των στοιχείων των ασθενών, τη διατήρηση ιατρικών δεδομένων, εκτύπωση, χειρισμό τηλεφωνικών κλήσεων, αλληλογραφία, αναφορές, χειρόγραφα, καθώς και ευθύνη για τη φροντίδα του γραφείου, για θέματα ασφάλειας, διατήρηση λογαριασμών κ.ά. (Γιαννοπούλου 1990).

Τα καθημερινά τους καθήκοντα μπορεί να περιλαμβάνουν την προετοιμασία του ασθενούς για εξέταση, τη λήψη ιατρικού ιστορικού, τη μέτρηση ζωτικών σημείων, τη βοήθεια στις εξετάσεις φυσικοθεραπείας, την εκτέλεση εργαστηριακών διαδικασιών ρουτίνας και ηλεκτροκαρδιογραφήματος, την αποστείρωση οργάνων και εφοδίων για τις διαδικασίες του γραφείου, την καθοδήγηση των ασθενών στην προετοιμασία ακτινολογικών και εργαστηριακών εξετάσεων (Γιαννοπούλου 1990, DeWit, 2013).

Η σύγχρονη νοσηλευτική άσκηση, συμβάλλει σημαντικά στην αποπεράτωση μιας πολύ σημαντικής λειτουργίας, στην επέκταση των δυνατοτήτων στη φροντίδα της υγείας από ένα γιατρό. Πιο συγκεκριμένα, γνωρίζουν την ιατρική ορολογία, την ανατομία και τη φυσιολογία. Επίσης, όπως προαναφέρθηκε, οι ικανότητες της επικοινωνίας και της κλινικής βοήθειας είναι εξίσου πολύ σημαντικές και συμβάλλουν στην κατανόηση της ασθένειας από τον ασθενή, καθώς και τις μεθόδους πρόληψης της ασθένειας αυτής (Keir et al.2002).

Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- προσωπικά χαρακτηριστικά. Να υποστηρίζει πανανθρώπινες αξίες όπως ο ανθρωπισμός, η δικαιοσύνη, η αλληλεγγύη, χωρίς να έχει ως απώτερο σκοπό το προσωπικό του συμφέρον.
- επαγγελματικές ιδιότητες. Να επιδεικνύει επαγγελματισμό σε κάθε περίπτωση, κατέχοντας δεξιότητες και γνώσεις.
- ηγετικότητα. Να επιδεικνύει δυναμικότητα, αναλαμβάνοντας τις ευθύνες που του αναλογούν, να έχει αναπτυγμένη κριτική ικανότητα
- συλλογικότητα. Να έχει αναπτυγμένη ικανότητα για συλλογική δράση και συνδικαλιστική συνείδηση (Δημητριάδου, 2008).

1.5 Σχέση ασθενή-νοσηλευτή

Η δημιουργία και ανάπτυξη μιας υγιούς επαγγελματικής σχέσης μεταξύ νοσηλευόμενου και νοσηλευτή, θα μπορούσαμε να πούμε ότι έχει πρωτεύοντα ρόλο στον τομέα της παροχής φροντίδας

υγείας. Η φύση της σχέσης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή μπορεί να χαρακτηριστεί δυναμική καθώς επηρεάζει άμεσα την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας αλλά και την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του ασθενούς (Mok & Chin,2004). Η διαπροσωπική αυτή σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή αποτελεί μια μοναδική και ταυτόχρονα ιδιαίτερης μορφής σχέση, η οποία περιλαμβάνει συναισθηματικούς παράγοντες, έναν ξεχωριστό τρόπο επικοινωνίας, ανταλλαγή πληροφοριών σε κλινικό πλαίσιο και προσπάθεια για την επίτευξη μιας λειτουργικής επικοινωνιακής ανταλλαγής (Montgomery, 1993).

Η σχέση αυτή χαρακτηρίζεται από πολυπλοκότητα και αυτό οφείλεται στο συνδυσμό μεταξύ της επαγγελματικής διάστασης, της θεραπευτικής λειτουργίας καθώς και στην υποκειμενική διάσταση. Επιπρόσθετα, πολύ βασικοί παράμετροι οι οποίες αναπτύσσονται στα πλαίσια της σχέσης αυτής και παράλληλα την επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό, είναι:

- η επικοινωνία με τον ασθενή, σαν καθοριστικός παράγοντας ο οποίος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί "μοχλός" της επαγγελματικής σχέσης
- η δημιουργία και ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας, η οποία καθορίζει το πλαίσιο συνεργασίας
- η ενσυναίσθηση, η ικανότητα δηλαδή του ατόμου να μπορεί "να μπαίνει στη θέση του άλλου" (Θεοφίλου, 2010).

Σύμφωνα με την DeWit (2009), για να θεωρηθεί επιτυχημένη η επικοινωνία πρέπει να δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς επικεντρώνεται στον ασθενή και έχει συγκεκριμένους στόχους. Η επικοινωνία αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή, ενώ παράλληλα οφείλει να αποπνέει εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη αφορά και την διατήρηση του απορρήτου των προσωπικών πληροφοριών του ασθενούς, οι οποίες δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αποκαλύπτονται σε άτομα που δεν έχουν άμεση σχέση με τη φροντίδα του ασθενούς.

Η αλήθεια και η αποκάλυψη αυτής στον νοσηλευόμενο, είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την μεταξύ τους σχέση. Αυτό εξαρτάται από το είδος της νόσου και την κατάσταση της υγείας του νοσηλευόμενου. Στην περίπτωση δηλαδή που η πορεία της ασθένειας εξελίσσεται με αργό ρυθμό, ο νοσηλευόμενος έχει τον απαιτούμενο χρόνο να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας οι οποίοι θα τον βοηθήσουν στην ψυχοσυναισθηματική του προσαρμογή. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή η εμφάνιση της νόσου είναι αιφνίδια, ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση και αδυνατεί να προσαρμοστεί στις υπάρχουσες συνθήκες (Δρακουλόγκωνα, 2004).Επιπρόσθετα, άλλος παράγοντας ο οποίος συμβάλει στη διαμόρφωση της επαγγελματικής αυτής σχέσης, είναι ο βαθμός και η ποιότητα της μεταξ'υ τους επικοινωνίας. Η ποιότητα

ενημέρωσης του ασθενούς, αποτελεί βασικό κριτήριο στην ικανοποίησή του από την παροχή φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με την ασθενοκεντρική προσέγγιση, μια ιδεολογική προσέγγιση κατά την παροχή φροντίδας, έχει επηρεαστεί σημαντικά η επαγγελματική κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας, με αποτέλεσμα να πραγματοποιούνται σε μεγάλο βαθμό αλλαγές και στην κουλτούρα των οργανισμών φροντίδας υγείας (Haes, 2006). Με αυτήν την προσέγγιση, διαφοροποιήθηκε το πλαίσιο επικοινωνίας ανάμεσα στους νοσηλευόμενους και τους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα, συνέβαλε στη δημιουργία μιας ισότιμης σχέσης, η οποία στηρίζεται στην προάσπιση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του ασθενή, δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην ηθική και τη δεοντολογική διάσταση της οργάνωσης των συστημάτων υγείας (Duggan et al. 2006).

Σύμφωνα με τον Balint (1996), η ανθρωποκεντρική προσέγγιση αφορά την κατανόηση και αποδοχή του ατόμου ως μια ξεχωριστή και μοναδική οντότητα. Οι Mead and Bower (2000), αναφέρουν πέντε διαστάσεις του ασθενοκεντρικού πλαισίου φροντίδας, ως εξής:

- την υιοθέτηση βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης κατά την παροχή φροντίδας,
- την προσέγγιση του ασθενούς ως μοναδικού ατόμου, το όποίο έχει δικαιώματα και αξίες και δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνο ως ένα άτομο που νοσεί,
- το μοίρασμα της εξουσίας και της υπευθυνότητας ανάμεσα σε ασθενή και επαγγελματία υγείας
- τη δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας
- την προσέγγιση του επαγγελματία υγείας ως ένα ξεχωριστό άτομο και όχι ενός φορέα τεχνογνωσίας (Haes 2006).

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή, επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης για την υγεία, βιοϊατρικό ή βιοψυχοκοινωνικό, αντίστοιχα. Στόχος της κάθε παρέμβασης, είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου.

Στην περίπτωση της βιοϊατρικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που φέρει ευθύνη για την πορεία και την έκβαση της υγείας του ασθενούς, ο οποίος έχει μια παθητική στάση και παραμένει εξαρτημένος καθ΄όλη τη διαδικασία της νοσηλείας. Κατά τη διαδικασία αυτή, καλείται να συμμορφωθεί σύμφωνα με τις υποδείξεις των επαγγελματιών, να τους εμπιστευθεί και να δεχτεί την προτεινόμενη θεραπεία. Η σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς είναι άνιση, μονόδρομη. Αυτό το είδος της σχέσης διατηρείται από τη στάση του προσωπικού υγείας και συγκεκριμένα μέσα από το ρόλο ελέγχου και ισχύος επαγγελματικού

προστατευτισμού, και από την πλευρά του ασθενή η προσπάθεια για αποφυγή συγκρούσεων, ο φόβος της ασθένειας. Το παραπάνω μας παραπέμπει στο πατερναλιστικό μοντέλο θεραπευτικής προσέγγισης, σύμφωνα με το οποίο το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που αποφασίζει για την πορεία του ασθενούς, χωρίς να λαμβάνεται καθόλου υπόψη η συμβολή του ίδιου του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία, ούτε η ανάγκη για την πληροφόρησή του σχετικά με την ασθένεια (Αρσενοπούλου 2006).

Αντίθετα, σύμφωνα με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση η σχέση ασθενούς και επαγγελματιών υγείας χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό με αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ουσιαστικής συνεργασίας. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει πολυεπίπεδη θεραπευτική παρέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, η συγκεκριμένη προσέγγιση αφορά το οργανικό κομμάτι, το ψυχολογικό και το κοινωνικό, αφού δεν απευθύνεται μόνο στο άτομο που νοσεί, αλλά και την οικογένειά του, ενθαρρύνοντάς τους να συμμετέχουν ενεργά στην φροντίδα υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Το πληροφοριακό πρότυπο θεραπευτικής σχέσης, ο νοσηλευόμενος αποτελέι το κεντρικό πρόσωπο, ως κύριο καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι η δημιουργία μιας υγιούς σχέσης συνεργασίας μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας, με τον πρώτο να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με το είδος θεραπείας που θα ακολουθήσει, αφού προηγηθεί επαρκής ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του. Το πληροφοριακό πρότυπο επικρατεί περισσότερο στις αγγλοσαξονικές και βόρειο ευρωπαϊκές χώρες. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην αυτονομία και την υπευθυνότητα του νοσηλευόμενου.

Στις περισσότερο αναπτυγμένες χώρες παρατηρείται ένα είδος μετάβασης από το πατερναλιστικό στο πληροφοριακό μοντέλο. Η μετάβαση αυτή εξαρτάται από την πολιτισμική, οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη κάθε χώρας (Αρσενοπούλου 2006, Haes, 2006).

Η αυτονομία του νοσηλευόμενου είναι βασικός στόχος, η επίτευξη του οποίου εξαρτάται από τη σχέση μεταξύ θεραπευόμενου και επαγγελματία υγείας. Η όποια αλλαγή στη σχέση αυτή επηρεάζει το ρόλο που αναλαμβάνει ο καθένας τους στη θεραπευτική πορεία, στην συνεργασία και στη λήψη αποφάσεων.

Ο νοσηλευόμενος, σαν αυτόνομο κινητοποιημένο πρόσωπο, είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και να σταθμίζει τη θέση του σε συνάρτηση προς τον τρόπο ζωής του, συμμετέχοντας ολοένα και περισσότερο στη θεραπευτική διαδικασία (American Nurses Association, 2003).

Ο νοσηλευόμενος και ο νοσηλευτής, είναι δυο άτομα τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η σχέση των δύο αυτών πλευρών, πρέπει να

στηρίζεται σε συγκεκριμένες αρχές, όπως είναι ο αμοιβαίος σεβασμός, η εμπιστοσύνη, η κατανόηση και η άνευ όρων αποδοχή, ώστε και οι δύο να συνεισφέρουν ισότιμα στη θέσπιση προτεραιοτήτων, στόχων και στην ανάπτυξη σχεδίων δράσης (Keir et al., 2002).

Οι προαναφερθείσες αρχές δεν αφορούν μόνο το κομμάτι της θεραπείας, δηλαδή με την επιλογή θεραπευτικής μεθόδου και εκτέλεση ιατρικών πράξεων, αλλά αφορούν τη σχέση, τη συναλλαγή που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευόμενου με κάθε επαγγελματία λειτουργό υγείας, σε όλο το φάσμα της παροχής φροντίδας υγείας, κάθε φορά που εκείνος έρχεται σε επαφή με το σύστημα υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας, προσανατολίζεται ανάλογα τις υπάρχουσες ανάγκες και προσδοκίες των ασθενών, ενώ θεμελιώνεται από τις αρχές της εξατομικευμένης και ολιστικής προσέγγισης της παροχής φροντίδας (Ραγιά ,1994).

Η σχέση μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή θα μπορούσε να χαρακτηριστεί θεμελιώδης, αποτελώντας κεντρικό άξονα δράσης της νοσηλευτικής πρακτικής. Πρόκειται για μια διαπροσωπική διαδικασία που αναπτύσσεται μεταξύ τους με σαφή όρια, χωρίς να περιορίζεται μόνο στην σωματική φροντίδα (Watson, 2008). Σύμφωνα με τη Morse (1991) αναφέρεται ότι η σχέση ασθενή και νοσηλευτή είναι ένα αποτέλεσμα της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης, με σκοπό την επίτευξη ανάπτυξης μιας αμοιβαίας ικανοποιητικής σχέσης. Το είδος της αμοιβαίας αυτής σχέσης επηρεάζεται και παράλληλα εξαρτάται από τρεις παράγοντες:

1. τη διάρκεια της επαφής μεταξύ νοσηλευόμενου και νοσηλευτή,
2. τις ανάγκες του νοσηλευόμενου,
3. τη δέσμευση του νοσηλευτή απέναντι στο νοσηλευόμενο,
4. την πρόθεση του νοσηλευόμενου να εμπιστευτεί το νοσηλευτή.

Ο νοσηλευτής από την πλευρά του καλείται να αναπτύξει την επαγγελματική σχέση με τον ασθενή στο νοσοκομειακό περιβάλλον, μέσα στο οποίο η σχέση επηρεάζεται και διαμορφώνεται από κοινωνικές, οικονομικές, πολιτισμικές, ηθικές, νομικές και τεχνολογικές παραμέτρους. Για να επιτευχθεί μια υγιής επαγγελματική σχέση και να υπάρξει αρμονία ανάμεσα στις δυο πλευρές, καθοριστικό ρόλο έχουν οι αρχές και οι στάσεις, διότι είναι εκείνες που παρέχουν τη δυνατότητα για αλληλοσεβασμό και προσωπική ολοκλήρωση (Ραγιά, 2000).

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να εκδηλώνουν μέσα από τις νοσηλευτικές πράξεις "ανθρωπιά' και σεβασμό στο νοσηλευόμενο και στα άτομα τα οποία τον συνοδεύουν, ανεξάρτητα τον κλάδο στον οποίο ανήκουν. Η ανάπτυξη μιας υγιούς και ειλικρινούς σχέσης, έχει κοινό σκοπό, δηλαδή τη θεραπεία του ασθενή (Ραγιά, 2001, Θεοφανίδης &

Φουντούκη, 2006).

Η ανάπτυξη της σχέσης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή, επηρεάζεται και από τη φύση της ασθένειας. Ο ρόλος που αναλαμβάνει τόσο ο επαγγελματίας όσο και ο νοσηλευόμενο δεν μπορούν να είναι καθορισμένοι, όπως υπαγορεύει ο λειτουργισμός. Στην περίπτωση που το είδος της μεταξύ τους σχέσης δεν είναι αυτό που αντιστοιχεί στη φύση της κάθε αρρώστιας δημιουργούνται προβλήματα με σοβαρές επιπτώσεις στην πορεία και αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995).

Σύμφωνα με τον Parsons, οι ρόλοι επαγγελματία υγείας και ασθενούς εφαρμόζονται σε επείγουσες καταστάσεις, όπως είναι μια χειρουργική επέμβαση ή ένα ατύχημα, όταν ο ασθενής υιοθετεί παθητική στάση, όπως επίσης σε καταστάσεις στις οποίες πρέπει να αντιμετωπιστεί μια οξεία νόσος.

Το παραπάνω δεν ισχύει στην περίπτωση ασθενούς ο οποίος αντιμετωπίζει χρόνιο νόσημα. Πιο συγκεκριμένα, όταν για παράδειγμα, μια ασθένεια έχει αργή εξέλιξη, ο ασθενής έχει στη διάθεσή του τον απαιτούμενο χρόνο να δημιουργήσει μηχανισμούς ψυχο-συναισθηματικής προσαρμογής στην ασθένεια (Θεοφανίδης & Φουντούκη, 2006).

Στην αντίθετη περίπτωση, όταν η εμφάνιση της ασθένειας είναι αιφνίδια και τα συμπτώματα αυτής εκφράζονται με οξύτητα και ιδιαίτερη ένταση, ο ασθενής πανικοβάλλεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση στον ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο, ο οποίος συνήθως είναι ανύπαρκτος, όπως συμβαίνει με τα τροχαία ατυχήματα, ή είναι ελάχιστος

όπως οι περιπτώσεις του επιθετικού καρκίνου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1995).

Επίσης, όταν η ασθένεια είναι χρόνια αλλά σταθερή, τότε ο ασθενής είναι σε θέση να ενημερώνεται και να αποκτά νέες γνώσεις για τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να "υπερβαίνει" την επάρκεια του νοσηλευτή, όπως συμβαίνει στους χρόνιους νεφροπαθείς ή στις μεταμοσχεύσεις και να γίνεται ο ίδιος ειδικός του εαυτού του, έχοντας τη δυνατότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματα, της νόσου (Πλάτη 2008). Αυτό, είναι που δίνει στον ασθενή τη δυνατότητα ανάληψης ενός ηγετικού ρόλου στη συνδιαλλαγή του με το νοσηλευτή.

Σε αυτήν την περίπτωση ο ρόλος του επαγγελματία υγείας μπορεί να είναι ουσιαστικός στον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός προγράμματος θεραπείας, η θεραπεία όμως δεν θα είναι αποτελεσματική, εάν δεν συμβάλει σε αυτή την προσπάθεια και ο ίδιος ο νοσηλευόμενος. Συμπερασματικά, ο ασθενής πρέπει να έχει ενεργητική στάση στην αντιμετώπιση της ασθένειάς του. Το περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η αντιμετώπισης της ασθένειας κρίνεται πολύ σημαντικό για την πορεία και αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Αγραφιώτης, 2000). Επηρεάζει σε ουσιαστικά τη διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου που

αναπτύσσονται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα όταν οι άρρωστοι δέχονται νοσηλευτική φροντίδα σε οικείο περιβάλλον όπως αυτό του σπιτιού τους, έχουν τη δυνατότητα για αυτοδιαχείριση του χώρου και του χρόνου και ασκούν περισσότερο έλεγχο στον νοσηλευτή, ενώ αντίθετα στο νοσοκομειακό περιβάλλον, ασκούν πολύ λιγότερο έλεγχο, όταν νοσηλεύονται ως εσωτερικοί ασθενείς (Βοσνιάδου 1999).

Η φύση της νόσου και ο χώρος που πραγματοποιείται η θεραπεία αποτελούν ισχυρούς παράγοντες που επηρεάζουν με δραστικό τρόπο τη σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή, όπως και με κάθε επαγγελματία υγείας. Δημιουργούν διαφοροποιήσεις στις μεταξύ τους σχέσεις και ειδικότερα ότι αφορά στην ενεργητικότητα, παθητικότητα, καθοδήγηση-συνεργασία ή την αμοιβαία συμμετοχή. Οι νοσηλευτές σαν ειδικοί στο χώρο της υγείας έχουν εξουσία και έλεγχο στο

χώρο του νοσοκομείου, στο οποίο ο νοσηλευόμενος εκδηλώνει τα συμπτώματα του και η υγεία του

εξαρτάται από τις ενέργειες και τις πράξεις του νοσηλευτή (Πλάτη 2008).

Ακόμη, οι αντιλήψεις των νοσηλευτών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας, σχετικά με την ασθένεια και το νοσηλευόμενο, τα ιδιαίτερα στοιχεία της προσωπικότητας του πάσχοντα καθώς και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες, μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ σε θεωρητικό επίπεδο δεν πρέπει να την επηρεάσουν (Τούντας, 2001).

Σύμφωνα με μαρτυρίες ασθενών αλλά και μέσω της εμπειρίας από τον τρόπο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε καθημερινή βάση, διαπιστώνεται ότι η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση των επαγγελματιών υγείας επηρεάζεται και από κοινωνικούς παράγοντες.

Αυτοί, φαίνεται να είναι οι εξής:

- η ηλικία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς συχνά παραμελούνται σε σχέση με τους νεότερους.
- η κοινωνική θέση, δηλαδή άτομα από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, συνήθως λαμβάνουν λιγότερη προσοχή, ή εξυπηρέτηση σε σχέση με ασθενείς που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνική τάξη.
- το φύλο. Παρατηρείται ότι ενήλικες άνδρες, ενημερώνονται εκτενέστερα φροντίδα έναντι των γυναικών.
- η φυλετική καταγωγή. Οι νοσηλευόμενοι με διαφορετική φυλετική καταγωγή, υφίστανται συχνά φυλετικές διακρίσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, έναντι των άλλων της πλειοψηφούσας ή "υπερέχουσας" φυλετικής σύνθεσης του πληθυσμού. (Τριχιοπούλου 1986, Πλάτη 2008).

Άλλος ένας παράγοντας με μεγάλη επίδραση στη διαμόρφωση των σχέσεων μεταξύ νοσηλευτή και

ασθενή, αποτελεί η ποιότητα και η συχνότητα ενημέρωσης και της επικοινωνίας (Τούντας 2001). Έχει ιδιαίτερη σημασία για τον νοσηλευόμενο, η ενημέρωσή του σχετικά με την ασθένειά του και τα συμπτώματα που εκδηλώνει. Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ο ασθενής αποτελεί, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησής του από τον τομέα παροχής φροντίδας υγείας. (Τριχιοπούλου 1996). Η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν, με συνακόλουθη τη μη λειτουργική επικοινωνία (Παπαδάτου &Αναγνωστόπουλος 1995). Για την οργάνωση και παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, κρίνεται απαραίτητη η εκτίμηση των αναγκών υγείας.

Σύμφωνα με τον Bradshaw (1972) οι ανάγκες υγείας χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες:

1. τις κανονιστικές ανάγκες υγείας (normative needs), όπως αυτές καθορίζονται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

2. τις αντιληπτές ανάγκες υγείας (felt needs), ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής την κατάσταση της υγείας του,

3. τις εκφρασμένες ανάγκες υγείας (expressed needs), όταν οι ανάγκες γίνονται αντιληπτές και μεταφράζονται με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας,

4. τις συγκριτικές ανάγκες υγείας (comparative needs), δηλαδή όταν σε ένα άτομο ή μία ομάδα ατόμων αναγνωρίζονται οι ανάγκες λόγω της δυσχερούς κατάστασης της υγείας τους, για την οποία άλλα άτομα που βιώνουν το ίδιο πρόβλημα υγείας είναι ήδη αποδεκτές συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπισή του.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, μπορεί να μην είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και κατ΄επέκταση στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, όταν πρόκειται για την άσχημη έκβαση της κατάστασης υγείας του νοσηλευόμενου, είτε συμβαίνει για να μπορέσουν να διατηρήσουν μια μορφή ελέγχου πάνω στο νοσηλευόμενο, ή σκόπιμα δεν ενημερώνουν επαρκώς ή ακόμη αποκρύπτουν στοιχεία που αφορούν την κρισιμότητα της υγείας ή της ζωή του ασθενούς. Η περιορισμένη ενημέρωση, η απουσία επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία έντασης και ενός κλίματος ανασφάλειας, που επηρεάζουν με τη σειρά τους αρνητικά την πορεία της νοσηλευτικής φροντίδας (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995).

1.6 Σχέση οικογένειας- νοσηλευτή

Στις μονάδες φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές αλληλεπιδρούν με τα μέλη της οικογένειας

του ασθενή, τα οποία τον συνοδεύουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας και παρέχουν υποστήριξη. Για την παροχή φροντίδας, οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί βασίζονται στη σπουδαιότητα της θεωρητικής εργασίας για την εξέλιξη του στρες όπως και τη θεωρία των ρόλων . Αυτές οι θεωρητικές προσεγγίσεις χαρακτηρίζονται κυρίαρχες στον τομέα της παροχής φροντίδας και λειτουργούν με την προϋπόθεση, ότι η προσφορά και η λήψη φροντίδας αποτελούν διαφορετικές δομές (Lingler, et al, 2008).

Η φροντίδα του ασθενούς περιλαμβάνει την ανάπτυξη σχέσης και συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών με τους ασθενείς αλλά και με τις οικογένειές τους, με σκοπό την αποτελεσματικότερη υγειονομική περίθαλψη.

Προκειμένου να βελτιωθεί η εξυπηρέτηση των ασθενών σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να συνεργαστεί με τις οικογένειες των ασθενών με έναν εποικοδομητικό τρόπο (Konerding et al., 2016). Οφείλει να εξηγήσουν την ιατρική κατάσταση του ασθενούς σε μια απλή και κατανοητή γλώσσα, να ενθαρρύνουν τους ασθενείς και τις οικογένειες και να τους παρακινούν να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς (Rotman-Pikielny et all., 2006).

Η παρουσία της οικογένειας στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, επηρεάζει όλους τους ασθενείς ανεξάρτητα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κατάστασής τους μέσα στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Σύμφωνα με την οικογενειακή θεωρία, η συμπεριφορά του ασθενούς μπορεί να επηρεαστεί και να αλλάξει με την παρουσία της οικογένειας (Kerr & Bowen 1988). Το οικογενειακό σύστημα, είναι δυνατό να επηρεάσει την ανταπόκριση τόσο των παιδιών όσο και των ενηλίκων ασθενών. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα των εξετάσεων ή της γενικότερης νοσηλείας μπορεί να επηρεάσουν τη δυναμική του οικογενειακού συστήματος (Hoehn, 2000, Chapman and al., 2017). Τα ευεργετικά αποτελέσματα της οικογενειακής παρουσίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι δύσκολο να προσδιοριστούν (Fisher et al., 2008).

Σε ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες το μέλος ή μέλη της οικογένειας ως φροντιστές, έχοντας υπόψη την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, σε συνενόηση με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό , δεν επιτρέπουν την επίσκεψη τρίτων ατόμων, επειδή κρίνουν ότι η επιρροή τους θα είναι αρνητική για τη σωματική και συναισθηματική ασφάλεια του νοσηλευόμενου (Tolu O. & Bowers 2017).

Η οικογένεια του ασθενούς μπορεί να αποτελέσει έναν επιπρόσθετο αγχωτικό και στρεσσογόνο παράγοντα και μπορεί να συμβάλει αρνητικά στην γενικότερη ευημερία του νοσηλευόμενου (Segaric & Hall 2005). Ανεξάρτητα από τη φύση και τη διάρκεια της νόσου, οι ανάγκες των ασθενών οι οποίες καλύπτονται είτε από το θεραπευτικό τους περιβάλλον δηλαδή από

ιατρούς και νοσηλευτές, είτε από το οικογενειακό-συγγενικό-φιλικό τους περιβάλλον. Στις ανάγκες αυτές συγκαταλέγεται η εμπιστοσύνη, η ενημέρωση, η επικοινωνία, η εκπαίδευση, η στήριξη και η αυτοφροντίδα (Ψαθάς, κ,α. 2012, Jaarsma et al., 2017).

Αναφορικά με μια μελέτη για τη διεργασία του στρες, οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται από το νοσηλευόμενο, ο οποίος δέχεται τη φροντίδα, συγκροτούνται από τις περιβαλλοντικές συνθήκες και απαιτήσεις, που αναφέρονται ως στρεσσογόνοι παράγοντες, και απειλούν ή ξεπερνούν τα όρια της προσαρμοστικής ικανότητας των φροντιστών. Με τον ίδιο τρόπο, οι φροντιστές είναι το επίκεντρο στην προσέγγιση των ρόλων για τη μελέτη της δυναμικής της άτυπης φροντίδας. Σχετικά με την εφαρμογή της θεωρίας των ρόλων στο πλαίσιο της φροντίδας, είναι κοινή μεταξύ των ερευνητών νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα, ορισμένοι νοσηλευτές γεφυρώνουν τις κυρίαρχες θεωρίες, για να χρησιμοποιήσουν στις έρευνές τους στοιχεία τόσο από την επεξεργασία του άγχους, όσο και από την θεωρία των ρόλων (Lingler, et al, 2008).

Στον τομέα της φροντίδας, η κουλτούρα είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης όλων των εμπλεκόμενων και καθορίζει τις επικρατούσες αξίες, τις πεποιθήσεις και ό,τι θέμα γενικότερα αφορά την έννοια της φροντίδας. Η κουλτούρα ορίζεται και καθορίζει κοινούς στόχους στους επαγγελματίες, που περιλαμβάνουν τις θεμελιώδεις αξίες, σημαντικές παραμέτρους για την αποτελεσματική και επιτυχή θεραπεία (Kitson et al, 1998, Rycroff- Malone et al, 2002).

Η οικογένεια του νοσηλευόμενου, παρά τη δυσκολία που οφείλεται στην ύπαρξη συναισθηματικών δεσμών, θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι οφείλει να αναδιοργανώσει τη δομή της και να προσαρμοστεί στην απουσία του μέλους της που νοσεί. Η προσαρμογή της κρίνεται δυσκολότερη, στην περίπτωση που το αγαπημένο τους πρόσωπο χρειαστεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο περιβάλλον του νοσοκομείου (Hoehn, 2000). Τέτοια προβλήματα, συνήθως συναντώνται με τα οικεία πρόσωπα των γηριατρικών ασθενών (Καραχάλιος 1999). Η φροντίδα του νοσηλευόμενου, ανάλογα τις ιδιαιτερότητες της περίπτωσης, δημιουργεί μια πληθώρα αναγκών στους φροντιστές, προξενώντας ψυχοκοινωνικές ή αλλού τύπου ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα:

- Ψυχολογικές-ψυχιατρικές
- Οικονομικές
- Πρακτικές,
- Κοινωνικές (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996).

Επιπρόσθετα προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν στα οικεία πρόσωπα του ασθνούς στο νοσοκομειακό περιβάλλον, είναι:

- Έντονο άγχος
- ψυχολογική πίεση
- Κατάθλιψη
- Σωματικά προβλήματα
- Οικονομική επιβάρυνση, που μεταφράζεται με τη μείωση των εσόδων και ταυτόχρονη αύξηση των εξόδων)
- Κοινωνική απομόνωση
- μείωση της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996).

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής και γενικότερα οι λειτουργοί του τομέα υγείας, έχουν χρέος να παρέχουν την κατάλληλη στήριξη στα άτομα αυτά (Aoum et al., 2017). Η προσπάθεια επίλυσης τέτοιου είδους προβλημάτων, δεν πρέπει να περιορίζεται, εστιάζοντας μόνο στην θεραπεία του ασθενούς, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβάλει συμβουλευτικά, εποπτικά και συντονιστικά

στην αντιμετώπιση των αναγκών αυτών (Chapman and al., 2017).

Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να παρέχεται όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειές τους. Είναι γεγονός ότι στις οικογένειες που παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη, παρατηρείται βελτίωση στην διάθεση τους, στην ποιότητα της ζωής τους και στην πορεία γίνονται περισσότερο αισιόδοξοι (Konerding et al., 2016, Jaarsmaet al., 2017).

Ως βασική εκπαιδευτική υποχρέωση, τόσο το πανεπιστημιακό περιβάλλον όσο και η κοινωνία, οφείλουν να αναδείξουν αυτές τις δυνατότητες που έχει ο θεράπων ιατρός και γενικότερα το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Γεωργούση 1995). Η δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης σε οικογένειες, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, αλλά και των συγγενών του, αφού μειώνεται το άγχος και η πίεση της παροχής φροντίδας (Κακαβούλης 1997 & Γεωργούση 1995).

Η παραμονή των φροντιστών στο νοσοκομειακό περιβάλλον, δίπλα στο πλευρό του ασθενούς που χρήζει βοήθειας και φροντίδας , αποτελεί φαινόμενο παγκοσμίως, αλλά τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα έχει αυξηθεί πάρα πολύ. Η παρουσία τους είναι χρήσιμη αλλά και πολύτιμη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους νοσηλευτές, οι οποίοι δεν επαρκούν για την κάλυψη των αναγκών όλων των ασθενών, αφού οι αντιστοιχία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι κατά πολύ άνιση στα νοσοκομεία (Konerding et al., 2016).

Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες συγγενείς νοσηλευόμενων έχουν δηλώσει πως οι ίδιοι οι γιατροί ή νοσηλευτές τούς παροτρύνουν να μένουν κοντά στο οικείο τους πρόσωπο για να του

παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα, η οποία αφορά τα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού. Συχνά καλούνται να υποκαταστήσουν τους νοσηλευτές σε καθημερινές υπηρεσίες (Σαπουντζή-Κρέπια 2006). Οι συγγενείς μένουν κοντά στο νοσηλευόμενο πολύ περισσότερο από τις ώρες επισκεπτηρίου και κατά τη διάρκεια της παραμονής τους, παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού (Konerding et al., 2016)

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η κατάσταση αυτή εδραιώνεται κατά κάποιο τρόπο αναγκαστικά. Πέρα από τη φροντίδα που παρέχουν οι φροντιστές στο αγαπημένο τους πρόσωπο, συμβαίνει συχνά να βοηθούν και το διπλανό, όσον αφορά την προσωπική του καθαριότητα και υγιεινή, την αλλαγή σεντονιών ή και την παρακολούθηση του.

Οι ελλείψεις του προσωπικού όπως προαναφέρθηκε είναι πολύ μεγάλες, με αποτέλεσμα οι οικογένειες των ασθενών να μην αισθάνονται ασφάλεια για τον άνθρωπό τους που νοσηλεύεται (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996). Οι ανάγκες των φροντιστών κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομειακό περιβάλλον, αναγνωρίζονται ελάχιστα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες συμβαίνει το ίδιο και από τους νοσηλευόμενους. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες νοιώθουν υποτιμημένοι και τείνουν να βασίζονται στην οικογένεια και τους φίλους για υποστήριξη. Επιπρόσθετα, οι φροντιστές, συχνά συνειδητοποιούν ότι οι πληροφορίες ενώ είναι διαθέσιμες, δεν παρέχονται σ' αυτούς. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη, οι επαγγελματίες υγείας να επικεντρωθούν περισσότερο στις ανάγκες υγείας των φροντιστών, ώστε να διασφαλιστεί, ότι είναι σε θέση να διατηρήσουν την ψυχική και σωματική τους υγεία και να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά στο σκοπό τους, την παροχή φροντίδας (Cornac, Tihanyi, 2006).

Η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των φροντιστών. Αυτό που είναι εξαιρετικά δύσκολο με τις υπάρχουσες συνθήκες, είναι ο χρόνος επικοινωνίας που πρέπει να συνδέεται με το αποτέλεσμα της επικοινωνίας (Rothberg et al, 2012).

Οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό, δεν πρέπει να απαιτούν από τους φροντιστές να είναι αποκλειστικά υπεύθυνοι για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων. Το περιβάλλον παροχής φροντίδας είναι διαχειριζόμενο, παρέχει συγκεκριμένες πληροφορίες παράλληλα με συναισθηματική υποστήριξη και μπορούν να βοηθήσουν τους φροντιστές να διαχειριστούν καλύτερα τους ασθενείς, με υψηλής ποιότητας επικοινωνία και αλληλοσεβασμό (Reinhard et al, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Η άτυπη φροντίδα

2.1 Ορισμός και έννοιες

Η άτυπη φροντίδα, εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1980, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά στις περισσότερες χώρες. Αφορμή στάθηκε η ελεύθερη είσοδος ωρών επισκεπτηρίου, ενώ αργότερα ήρθε να προστεθεί και η έλλειψη του νοσηλευτικής φροντίδας. Με το πέρασμα των χρόνων, το φαινόμενο αυτό φάνηκε να περιορίζεται στο εξωτερικό, αλλά στην Ελλάδα συναντάται σε πολύ μεγάλο βαθμό μέχρι σήμερα. Η άτυπη φροντίδα στο χώρο του νοικοκυριού αποτελεί ένα συνηθισμένο φαινόμενο σε πολλές χώρες, ενώ στον ελλαδικό χώρο εμφανίζεται και στα περισσότερα νοσοκομεία (Καγάλιαρη & Σταματάκη 1996).

Άτυπη φροντίδα υγείας ονομάζεται η φροντίδα που δεν αποτελείται από ειδικούς στο χώρο της υγείας όπως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά έχει πολύ σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειας του νοσηλευόμενου. Τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, προηγούνται των ιατρικών συμβουλών, τις αξιολογούν, ενώ συχνά τις επηρεάζουν και τις υποκαθιστούν. Επίσης συμβάλλουν στη συμμόρφωση ή μη, του ασθενή.

Μιλώντας για άτυπη φροντίδα, κάνουμε λόγο για την παροχή υγειονομικής φροντίδας προς άτομα τα οποία νοσούν και βρίσκονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον ή στο περιβάλλον του σπιτιού και εξαρτώνται από τα μέλη της οικογένειάς τους, από φίλους, γείτονες ή άλλα οικεία άτομα από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, τα οποία δεν έχουν κάποιο οικονομικό όφελος για τις υπηρεσίες τους, για τη βοήθεια που προσφέρουν σε αυτόν που τη χρειάζεται (Sapountzi- Krepia et. al., 2008).

Αυτό το είδος φροντίδας, είναι κοινό σε όλες τις χώρες και αφορά την πιο κοινή μορφή μακροχρόνιας φροντίδας, η οποία παρέχεται στις Η.Π.Α. (Masanet & La Parra, 2011). Πολλά προγράμματα άτυπης φροντίδας έχουν μελετηθεί και αξιολογηθεί, αποτελώντας μέρος ερευνητικών προγραμμάτων (Van Houtven, et. al., 2011) . Στον Καναδά για παράδειγμα, εκτιμάται ότι πάνω από ένα εκατομμύριο άτομα έχουν άμεση σχέση με τη φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου μέλους της οικογένειας ή του φιλικού περιβάλλοντος, οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Η εμπειρία παροχής φροντίδας για τους άτυπους φροντιστές αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως θέμα δημόσιας υγείας, από την κυβέρνηση, τους ερευνητές καθώς και οργανισμούς υγείας (Williams, et. al., 2011).

Στη Βόρεια Αμερική, και τη Δυτική Ευρώπη, παρατηρείται ότι η ανάπτυξη και ο σχεδιασμός μακροχρόνιας φροντίδας αποκτούν ολοένα και περισσότερη προσοχή στο κομμάτι της

πολιτικής υγείας, ενώ στην περίπτωση της Γερμανίας το σύστημα ασφάλισης της μακροχρόνιας φροντίδας έγινε με σκοπό την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών από επαγγελματίες υγείας ή άτυπους φροντιστές (Buscher et. al., 2011).

Επομένως η άτυπη φροντίδα παρέχεται από άτομα του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος προς άτομα τα οποία έχουν ανάγκη, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, καρκινοπαθείς, άτομα με χρόνια αναπηρία ή νόσο. Οι φροντιστές δεν είναι επαγγελματίες υγείας και δεν αμείβονται (Bevans & Stenberg, 2012).

Στο περιβάλλον του σπιτιού, η άτυπη φροντίδα αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο τόσο στον ελλαδικό χώρο, όσο και σε πολλές χώρες παγκοσμίως. Οι συγγενείς των νοσηλευόμενων μένουν δίπλα τους για πολλές ώρες για να παρέχουν τη βοήθειά τους. Οι φροντιστές παρέχουν άτυπη φροντίδα, η οποία αντανακλά συγκεκριμένα καθήκοντα της νοσηλευτικής παρέμβασης. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την έλλειψη Νοσηλευτικού προσωπικού. Το φαινόμενο αυτό, έχει αναγνωριστεί από διεπιστημονική συμβουλευτική ομάδα του Π.Ο.Υ.

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι επαγγελματίες νοσηλευτές συχνά προτείνουν στους συγγενείς-φροντιστές να μείνουν κοντά στον ασθενή, ακόμα και μετά τις ώρες επίσκεψης ή ακόμα να προσλάβουν μισθωμένο βοηθό για συμπληρωματική παροχή φροντίδας (Sapountzi- Krepia et al, 2008).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σχετικά με το παραπάνω πρόβλημα έδειξε ότι το φαινόμενο αυτό φαίνεται να σχετίζεται με τους χαμηλούς μισθούς του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, την έλλειψη ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους, τον ανεπαρκή αριθμό ειδικευμένων νοσηλευτών, τη γήρανση μεγάλου μέρους εργατικού δυναμικού νοσηλευτών, την επικινδυνότητα της εργασίας και τη γενικότερη κακή εικόνα της Νοσηλευτικής (Sapountzi- Krepia et al, 2008).

Η άτυπη φροντίδα προέκυψε ως ανάγκη λόγω της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ήταν επαρκές ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν όλες οι ανάγκες των νοσηλευόμενων. Βασικό χαρακτηριστικό της ελληνικής οικογένειας, είναι οι ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας, επομένως ο φροντιστικός ρόλος απέναντι στον πάσχοντα, θεωρείται "καθήκον" (Δημητριάδου, 2008).

Η άτυπη φροντίδα προέκυψε ως ανάγκη λόγω της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν όλες οι ανάγκες των νοσηλευόμενων (Δημητριάδου, 2008). Βασικό χαρακτηριστικό της ελληνικής οικογένειας, είναι οι ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί μεταξύ των μελών της οικογένειας, επομένως ο φροντιστικός ρόλος απέναντι στον πάσχοντα, θεωρείται "καθήκον".

Οι δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας, η μη ικανοποίηση του ασθενούς από την

ποιότητα της παροχής φροντίδας υγείας, η εμφάνιση νέων ασθενειών τις οποίες η ιατρική επιστήμη δεν κατόρθωσε ακόμη να θεραπεύσει, είναι ορισμένες από τις αιτίες που οδηγούν και σήμερα στην επιλογή των άτυπων δικτύων φροντίδας υγείας (Αποστολοπούλου, 2009).

Οι δυσλειτουργίες, η μη ποιοτική και ποσοτική φροντίδα που παρουσιάζονται στον τομέα παροχής φροντίδας υγείας, οδηγούν αναγκαστικά τους ασθενείς να αναζητούν εναλλακτικές πηγές παροχής φροντίδας. Όπως κατέδειξε μια έρευνα της Δημητριάδου (2008), σε ένα δείγμα 600 νοσηλευόμενων, το 60,5% έκρινε απαραίτητη την ύπαρξη συνοδού όλες τις ώρες της ημέρας, το 49,5% λάμβανε ήδη φροντίδα από κάποιον συνοδό ή αποκλειστική νοσοκόμα. Συμπερασματικά, οι συνοδοί αναλαμβάνουν νοσηλευτικά καθήκοντα.

Η δυσκολία της υπάρχουσας κατάστασης εντοπίζεται στην κρατική δυσλειτουργία και ανεπάρκεια, για λήψη κατάλληλων μέτρων αντιμετώπισης. Η παροχή άτυπης φροντίδας από τα οικεία πρόσωπα, μειώνει το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης, με αποτέλεσμα ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού να παραμένει μικρότερος σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες (Δημητριάδου 2008).

Σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανών Νοσοκόμων, ως άτυπος φροντιστής, ορίζεται εκείνος ο οποίος παρέχει βοήθεια αμισθί, σε ένα μέλος του οικογενειακού ή συγγενικού περιβάλλοντος ή σε άλλα μέλη τα οποία πάσχουν από κάποια ασθένεια ή αναπηρία και αδυνατούν να φροντίσουν τον εαυτό τους μόνοι τους. Οι φροντιστές παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη, αλλά δεν έχει καθιερωθεί στην κλινική πρακτική η προετοιμασία και η παροχή στήριξης στον ρόλο της παρεχόμενης φροντίδας. Η άτυπη φροντίδα δεν προσφέρεται από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά από οικεία πρόσωπα τα οποία δεν ανταμείβονται με κάποιο χρηματικό ποσό (Καγάλιαρη & Σταματάκη 1996).

Στην περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από κάποια χρόνια νόσο, τα μέλη της οικογένειας είναι συνήθως εκείνα τα οποία αναλαμβάνουν υποστηρικτικό-φροντιστικό ρόλο, αποτελώντας σημαντικό παράγοντα στη βελτίωση, αποκατάσταση αλλά και συναισθηματική ενδυνάμωση των νοσηλευόμενων.

Η άτυπη φροντίδα ατόμων με αναπηρία, αποτελεί μια πολύ σοβαρή επιβάρυνση για τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, συχνά όμως ευθύνεται για την πρόκληση σωματικών και ψυχικών νοσημάτων. Στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των φροντιστών εντάσσεται και το φύλο, αφού οι συνοδοί κατά κύριο λόγο είναι γυναίκες. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην παροχή της άτυπης φροντίδας, οι οποίες οφείλονται σε διάφορους κοινωνικούς, θρησκευτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες.

Την άτυπη φροντίδα την αναλαμβάνουν συνήθως γυναίκες, σύζυγοι ή κόρες των ασθενών

συνήθως μεσήλικες, που πολύ συχνά αντιμετωπίζουν σημαντικές αλλαγές στο χώρο εργασίας τους, καθώς επίσης γονείς ή αδέλφια. Ο φροντιστής της οικογένειας, χαρακτηρίζεται και ως άτυπος φροντιστής, ακριβώς γιατί οι υπηρεσίες του προσφέρονται λόγω της σημαντικής σχέσης με τον ασθενή, όπως οι φίλοι, οι συνεργάτες ή ακόμη και οι γείτονες (Alpach,2009).

Η παροχή φροντίδας στα οικεία πρόσωπα τα οποία νοσούν, μπορεί να είναι ικανοποιητική, μπορεί όμως επίσης να εξελιχθεί σε μια απογοητευτική και μοναχική εμπειρία (Rotman-Pikielny, et. al., 2017). Αυτός είναι ένας λόγος επιπλέον, για τον οποίο οι φροντιστές είναι άτομα που χρήζουν προσοχής και βοήθειας. Η κάλυψη των αναγκών των φροντιστών, είναι αλληλένδετη με την ποιοτική παροχή φροντίδας του ασθενή.

Στην Ελλάδα, παρατηρείται πολύ υψηλός επιπολασμός της άτυπης φροντίδας. Ο κεντρικός ρόλος της οικογένειας του ασθενούς στη διατήρηση και βελτίωση της κατάστασης υγείας και την παροχή άτυπης υγειονομικής περίθαλψης είναι καθοριστικός Τα μέλη της οικογένειας ως φροντιστές, καλούνται να διαχειριστούν την κατάσταση της υγείας του ασθενή και να προσαρμοστούν σε αυτή, παρέχοντας βοήθεια, για την ανάκτηση και τη διαδικασία της αποκατάστασης (Lavdaniti, et al, 2011).

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την παρουσία και εμπλοκή των φροντιστών, είναι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, πόσο μάλλον όταν αυτή κρίνεται πολύ σοβαρή. Η παρουσία των φροντιστών, αποτελεί σημαντική πηγή υποστήριξης και ασφάλειας. Κατανοούμε ότι η παρουσία των συνοδών στα νοσοκομεία, δημιουργεί στους ασθενείς ένα αίσθημα ασφάλειας, νιώθουν ότι κάποιος τους νοιάζεται πραγματικά για να αναλαμβάνει ένα τόσο απαιτητικό υποστηρικτικό ρόλο (Sapountzi-Krepia et.al 2006).

Μελετώντας σχετικά με τη διεργασία του στρες στα άτομα, οι ασθενείς που είναι δέκτες φροντίδας, συνήθως εκδηλώνουν συμπεριφορές που δημιουργούνται από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, οι οποίες αποτελούν στρεσσογόνους παράγοντες. Οι τελευταίοι, ευθύνονται για τη δυσπροσαρμοστικότητα των φροντιστών. Για το λόγο αυτό, αναφορικά με τη μελέτη της δυναμικής της άτυπης φροντίδας, ο ρόλος των φροντιστών είναι το επίκεντρο (Δημητριάδου, 2008).

Οι άτυποι φροντιστές, εκφράζουν απόψεις και προτιμήσεις στον τρόπο παροχής φροντίδας, οι οποίες πρέπει να εξετάζονται παράλληλα με αυτές των ασθενών και κατ' επέκταση οι υπηρεσίες υγείας οφείλουν να υποστηρίζουν στους φροντιστές όπως τους ασθενείς.

Η παρουσία των φροντιστών/συνοδών στο νοσοκομειακό περιβάλλον επιφέρει συχνά αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των νοσηλευόμενων, καθώς δεν διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις ή δεξιότητες, δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και δεν είναι ενημερωμένοι σχετικά με το πώς πρέπει να συμπεριφερθούν μέσα σε ένα περιβάλλον με λοιμώξεις (Duran et al., 2007).

Μία μελέτη των Lee et al. (2009) κατέδειξε οτι η παρουσία των μελών της οικογένειας ή άλλων φροντιστών κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης είναι σημαντικό εύρημα, αφού τα μέλη της οικογένειας λειτουργούσαν ως συνήγοροι για τους επιζώντες και αυτό δείχνει ότι η οικογένεια αποτελεί βασική παράμετρο για τη φροντίδα και ανάκτηση από τη ΜΕΘ.

Λίγες είναι οι μελέτες που έχουν εξετάσει τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται για την ενίσχυση των φροντιστών-μελών της οικογένειας του ασθενή κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης από κάποια κρίσιμη ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα οι μελέτες αυτές ανέδειξαν ότι η οικογένεια συμβάλλει στη μείωση του στρες στα άτομα που φροντίζουν και αποτελούν πηγή επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων της υγειονομικής περίθαλψης και των μελών των οικογενειών (Lee, et al, 2009).

Συνοψίζοντας, μιλώντας για άτυπη φροντίδα, εννοούμε τη φροντίδα που δεν προσφέρεται από επαγγελματίες υγείας. Συνήθως άτυποι φροντιστές είναι μέλη της οικογένειας του ασθενούς, συγγενείς, σύντροφοι ή φίλοι. Παρατηρείται συχνότερα το γυναικείο φύλο να είναι εκείνο που επικρατεί σε ρόλο άτυπου φροντιστή. Τη σημερινή εποχή είναι σύνηθες φαινόμενο η επιλογή αποκλειστικών νοσοκόμων, που αναλαμβάνουν την εκτέλεση συγκεκριμένων καθηκόντων.

Το φαινόμενο της άτυπης φροντίδας στο νοσοκομείο στην Ελλάδα έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών Νοσηλευτών από τις αρχές του '90 (Sapountzi – Krepia, et al, 2008).

Στην περίπτωση της χρόνιας νόσου και φροντίδας, οι φροντιστές έχουν αναλάβει έναν υποστηρικτικό ρόλο στη διατήρηση και ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης των ασθενών.

Η δημιουργία μιας σύνθετης σχέσης, που ονομάζεται δυάδα φροντίδας και αναπτύσσεται μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς, στο πλαίσιο της άτυπης φροντίδας και παρατηρείται συνήθως σε ογκολογικούς ασθενείς (Whisenant, 2011).

Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από την άτυπη φροντίδα καταδεικνύουν οτι οι διαστάσεις της ποιότητάς της, είναι δυνατό να περιλαμβάνει δυνητικά επιβλαβή συμπεριφορά για τον ασθενή, για να δικαιολογεί κοινωνικές υπηρεσίες ή κάποια νομική παρέμβαση και μια μορφή "υποδειγματικής" φροντίδας. Ο βαθμός δηλαδή στον οποίο οι φροντιστές παρέχουν τις υπηρεσίες τους εκφράζοντας συνέπεια και ευαισθησία, σεβασμό και πραγματοποιώντας ευχάριστες δραστηριότητες τις ψυχολογικές ανάγκες των φροντιζωμένων. Η παρεχόμενη φροντίδα μπορεί να είναι επαρκής, χωρίς να είναι απαραίτητα "υποδειγματική" (Alpach,2009)..

Επομένως θα μπορούσαμε να πούμε ότι μια δυνητικά επιβλαβής συμπεριφορά, επαρκής και " υποδειγματική " μπορεί να είναι εννοιολογικά διακριτές. Η ποιότητα της άτυπης φροντίδας από την άλλη πλευρά, χαρακτηρίζεται πολυδιάστατη. Αναφορικά με την αξιολόγηση της άτυπης

φροντίδας, θα λέγαμε ότι πρόκειται για ένα περίπλοκο εγχείρημα. Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αφορά μια κρίσιμη υπόθεση για την ευημερία του ατόμου που νοσεί (Christie, et al, 2009).

Ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα από τα οικεία πρόσωπα, στην περίπτωση που δεν ικανοποιεί τις προσδοκίες του ασθενή, υπάρχει κίνδυνος να δημιουργηθεί μια κακή ποιότητα φροντίδας και δυνητικό κίνδυνο της κατάστασης υγείας του ασθενούς (Allen et al., 2012).

Τα τελευταία χρόνια, σε πολλές χώρες έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα για την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών με στόχο τη βελτίωση των αποτελεσμάτων παροχής φροντίδας υγείας. Ορισμένα από τα προγράμματα αυτά, έχουν μελετηθεί και αξιολογηθεί ως μέρος ερευνητικών πρωτοκόλλων. Συχνά παρατηρείται παρεμπόδιση στην διαδικασία αξιολόγησης των προγραμμάτων αυτών, λόγω της έλλειψης οργάνωσης του σχεδιασμού και αξιολόγησης των παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας (Alpach,2009).

Η ποσότητα της παρεχόμενης φροντίδας, η διάρκεια δηλαδή της παραμονής των φροντιστών δίπλα στον ασθενή, είναι ζωτικής σημασίας. Οι παρεμβάσεις των φροντιστών είναι δυνατό να συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας της άτυπης φροντίδας. Όμως, το πρόβλημα της έλλειψης ενός συστηματικού πλαισίου στο οποίο προσδιορίζονται οι στόχοι και τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων του φροντιστή παρεμποδίζουν την κατανόηση και τον σχεδιασμό μελλοντικών προγραμμάτων (Van Houtven, et al, 2011).

Η υποστήριξη του ρόλου των συνοδών ως φορέων άτυπης φροντίδας κρίνεται σημαντική για την παροχή επαρκούς και συνεχούς φροντίδας υγείας, μεταξύ ανεπίσημης και επίσημης περίθαλψης. Ενώ η παροχή φροντίδας μπορεί να είναι επωφελής για τους φροντιστές, αναφορικά με την αυτοεκτίμησή τους, μπορεί να είναι δύσκολο για εκείνους που εργάζονται να συνδυάζουν αμειβόμενη εργασία με τα καθήκοντα φροντίδας και πιθανόν τελικά να επιλέξουν είτε να εγκαταλείψουν την αμειβόμενη εργασία τους λόγω του χρόνου που απαιτείται στην παροχή φροντίδας στο αγαπημένο τους πρόσωπο, είτε να μειώσουν τις ώρες εργασίας, με αποτέλεσμα να θέσει σε κίνδυνο τη μελλοντική τους ικανότητα απασχόλησης και να οδηγήσει σε οριστική εγκατάλειψη της αγοράς εργασίας (Alpach,2009).

2.2 Μορφές άτυπης φροντίδας

Η άτυπη φροντίδα όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελεί ένα φαινόμενο, το οποίο εμφανίζεται σε όλες τις χώρες. Έτσι και στην Ελλάδα, το φαινόμενο της άτυπης φροντίδας

παρατηρείται σχεδόν σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Το φαινόμενο αυτό, εμφανίστηκε πρώτη φορά στις αρχές της δεκαετίας του 80, με την εισαγωγή μιας ανοικτής πολιτικής ωρών επίσκεψης (Sigerist., 1960). Πριν από την δεκαετία του 60΄, τα νοσοκομεία περιόρισαν την παρουσία των συγγενών δίπλα στον ασθενή. Έτσι, στις περισσότερες χώρες η άτυπη φροντίδα είναι ένα σχετικά καινούριο φαινόμενο. Τη δεκαετία του 90', σύμφωνα με τη Hopp (1999) διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς των ηλικιωμένων που ζούσαν σε οίκους ευγηρίας ήταν πολύ πιθανό να βοηθήσουν τους ασθενείς με τις δραστηριότητές τους.

Σύμφωνα με την ένωση των Αμερικανών νοσοκόμων, ένας άτυπος φροντιστής είναι ένα πρόσωπο που παρέχει βοήθεια σε ένα οικογενειακό μέλος ή άλλο σημαντικό πρόσωπο που έχει μια ασθένεια ή μια ανικανότητα και είναι ανίκανο να είναι απολύτως ανεξάρτητο, χωρίς να πληρώνεται.

Τη σημερινή εποχή, οι συγγενείς των νοσηλευόμενων, συνηθίζουν να παραμένουν πολλές ώρες στο περιβάλλον του νοσοκομείου και να παρέχουν βοήθεια όσο περισσότερο μπορούν στα αγαπημένα τους πρόσωπα, αφού όπως αναλύσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, το φαινόμενο αυτό σχετίζεται ιδιαίτερα με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και με τις πολιτιστικές επιρροές στον τομέα παροχής φροντίδας υγείας (Vrettos et al. 1996, Σαπουντζή- Κρέπια 2006).

Ως άτυπες μορφές φροντίδας, ορίζονται οι ακόλουθες:

- ✔ η αυτοφροντίδα, δηλαδή η φροντίδα υγείας που είναι σε θέση να προσφέρει ένα άτομο στον εαυτό του.
- ✔ η φροντίδα από το οικογενειακό περιβάλλον
- ✔ η φροντίδα από το κοινωνικό δίκτυο, όπως είναι οι συγγενείς, οι φίλοι, γνωστοί, κ.ά
- ✔ οι ομάδες αμοιβαίας φροντίδας, που πρόκειται για την παροχή φροντίδας από από εναλλακτικούς θεραπευτές.

Τα τελευταία χρόνια, δόθηκε περισσότερη βαρύτητα στο σημαντικό ρόλο των παραπάνω μορφών, επειδή παρ' όλη τη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, παρατηρείται αύξηση των μορφών αυτών αλλά και δημιουργία νέων, όπως οι ομάδες αμοιβαίας θεραπείας. Έχει διαπιστωθεί, ότι αυτές οι μορφές άτυπης φροντίδας, έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά το αποτέλεσμα της θεραπείας. Η πορεία του ασθενή προς τις υπηρεσίες υγείας είναι πολύ σύνθετη και η κατανόησή της, είναι βοηθητική στην πορεία της θεραπείας (Κουκούλη, 2000).

Στην περίπτωση της αυτοφροντίδας, πρόκειται για τους τρόπους με τους οποίους το άτομο αντιμετωπίζει μόνο του τα συμπτώματα της νόσου. Αφού γίνει αναγνώριση και αξιολόγηση, προχωρά στην απόφαση, δηλαδή τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής χωρίς ιατρική συνταγή, ή να ζητήσει τη βοήθεια ειδικού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το άτομο αποφασίζει να αγνοήσει το

πρόβλημα υγείας. Αυτό σχετίζεται με το κατά πόσο θεωρεί σοβαρά η όχι τα συμπτώματα. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, οξέα περιστατικά και χρόνιες καταστάσεις παραμένουν χωρίς θεραπεία, επειδή οι ασθενείς δεν αποφασίζουν να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα.

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής χωρίς ιατρική συνταγή, είναι ένας πολύ συνηθισμένος τρόπος αυτοφροντίδας. Τα φάρμακα που καταναλώνονται χωρίς ιατρική συνταγή χωρίζονται σε τρείς κατηγορίες:

1. ουσίες που θεωρείται ότι βοηθούν στη διατήρηση ή προαγωγή ή πρόληψη της υγείας,
2. ουσίες για τη θεραπεία αυτοπεριοριστικών καταστάσεων
3. ουσίες για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών και χρόνιων καταστάσεων σε συνδυασμό με φάρμακα που χορηγούνται με συνταγή γιατρού.

Σε αυτήν την κατηγορία, αυτοφροντίδα δεν θεωρείται μόνο η αγορά των φαρμάκων χωρίς συνταγή γιατρού, αλλά και άλλες μορφές λήψης φαρμάκων. Με τον τρόπο αυτό, ο ασθενής είναι δυνατό να παραπλανήσει το γιατρό για να του χορηγήσει φαρμακευτική αγωγή, την οποία θεωρεί ότι χρειάζεται, προσποιούμενος κάποια συμπτώματα. Αυτός ο τρόπος συναντάται συχνά στην κατανάλωση ψυχοφαρμάκων από τις γυναίκες. Συμβαίνει συχνά επίσης, ο ασθενής να αλλάζει τη δοσολογία σε φαρμακευτική αγωγή, τη διάρκεια λήψης του φαρμάκου ή ακόμη και να απορρίπτει το φάρμακο.

Κατά γενική ομολογία, οι ασθενείς δεν συμμορφώνονται πάντα σύμφωνα με τις υποδείξεις των γιατρών. Σε άλλες περιπτώσεις, είναι δυνατόν να χρησιμοποιεί την αγωγή καθυστερημένα. Ακόμη, φάρμακα χωρίς συνταγή χρησιμοποιούνται όχι μόνο σε μικρής σημασίας συμπτώματα, αλλά και σε σοβαρές περιπτώσεις. Μία μελέτη στη Νορβηγία, ανέδειξε ότι σε μία ομάδα καρκινοπαθών, 57 στα 100 άτομα έλαβαν ένα ή και περισσότερα φάρμακα φυτικής προέλευσης χωρίς συνταγή μετά τη διάγνωση για καρκίνο (Sigerist., 1960).

Στην περίπτωση της αυτοθεραπείας, η διατήρηση της υγείας και η θεραπεία της ασθένειας, είναι στόχοι που μπορούν να επιτευχθούν από το άτομο χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών. Στα μέτρα που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη είναι το σωστό διαιτολόγιο, η φυσική άσκηση, η επαρκής ανάπαυση, η μείωση της έντασης, η λήψη κατάλληλων μέτρων για την αποφυγή της επιδείνωσης, η παραμονή σε ασφαλές περιβάλλον. Επίσης ο πλήρης ή μερικός περιορισμός δραστηριοτήτων, αποτελεί μία μορφή αυτοθεραπείας χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Αναφορικά με νόσους οξείας μορφής όπως είναι για παράδειγμα η γρίπη, αυτή είναι η πιο συνήθης μορφή αυτοθεραπείας (Κουκούλη, 2000).

Οι φροντιστές κατά κοινή ομολογία παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη. Δεν μπορούμε να

καταλήξουμε όμως ότι η υποστήριξή τους είναι καθιερωμένη στην κλινική πρακτική, η προετοιμασία τους και η παροχή στήριξης στον ρόλο της παροχής φροντίδας υγείας, στην εκτέλεση απλών ή σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής διαβίωσης.

2.3 Καθήκοντα άτυπης φροντίδας

Τα καθήκοντα της άτυπης φροντίδας που αναλαμβάνουν τα οικεία πρόσωπα του ασθενούς, χωρίζονται σε δυο κατηγορίες τα έμμεσα και τα άμεσα. Τα έμμεσα, αφορούν καθήκοντα του νοικοκυριού, ψώνια, τη διαχείριση των οικονομικών και συναλλαγές με κοινωνικές υπηρεσίες όπως τράπεζες κ.ά. Στα άμεσα καθήκοντα εντάσσονται η φροντίδα του ασθενούς, όπως για παράδειγμα η υγιεινή του σώματος, η βοήθεια στην εκτέλεση φυσικών αναγκών, βοήθεια στο ντύσιμο και στο μπάνιο ή ακόμη βοήθεια σε ασκήσεις φυσικοθεραπείας για αποκατάσταση (Chapman et. al., 2017, Duran et. al., 2007).

Οι φροντιστές δεν είναι προετοιμασμένοι να αναλάβουν έναν τόσο απαιτητικό ρόλο. Βασική τους μέριμνα είναι να δράσουν υποστηρικτικά κάνοντας το αγαπημένο τους πρόσωπο να νιώσει ασφάλεια και ανακούφιση (Abbas et al, 2013). Αυτό όμως έχει αρνητική επίδραση στην υγεία των φροντιστών, οι οποίοι συχνά νιώθουν να εξαντλούνται, στρεσσάρονται με αποτέλεσμα να παραμερίζονται οι δικές τους ανάγκες τόσο φυσικές όσο και συναισθηματικές (Sapountzi-Krepia et.al 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η πλειοψηφία των μελών της οικογένειας θεωρούν βασική προτεραιότητα την άνεση των νοσηλευόμενων και την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας. Ιδιαίτερα σημαντικός κρίνεται ο ρόλος που αναλαμβάνουν οι φροντιστές στα άτομα με κάποια βαριά νόσο. Ο ρόλος τους ενώ αναγνωρίζεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δεν υπάρχει καμιά επίσημη πολιτική φροντίδας για αυτό. Το μεγαλύτερο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας παρέχεται από τους φροντιστές με πολύ μεγάλο οικονομικό αλλά και προσωπικό κόστος (Abbas et al, 2013).

Η φροντίδα για τα άτομα που υποφέρουν από μια χρόνια νόσο, πρέπει να περιλαμβάνει την υποστήριξη στις προσωπικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο φροντιστής προσφέρει ουσιαστική βοήθεια στον ασθενή σε δραστηριότητες όπως το ντύσιμο, το μπάνιο, την τουαλέτα, το φαγητό, στις δραστηριότητες της καθημερινή ζωής (Instrumental Activities of Daily Living-IADL) όπως τα ψώνια για το σπίτι, οι δουλειές του σπιτιού, οι μετακινήσεις με τα μέσα συγκοινωνίας, και τα οικονομικά και νομικά θέματα του σπιτιού, τα ραντεβού με τους θεράποντες ιατρούς. Ουσιαστική βοήθεια απαιτείται και στην χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής , στην τήρηση των συστάσεων για θεραπεία της ασθένειας ή άλλων παθολογικών καταστάσεων που συνυπάρχουν, στη

χρησιμοποίηση άλλων υποστηρικτικών δομών και υπηρεσιών, στον έλεγχο και την εποπτεία άλλων ατόμων που προσφέρουν συμπληρωματική φροντίδα (Kerasidou et al., 2009).

Ιδιαίτερα σημαντικός είναι επίσης ο ρόλος του φροντιστή στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς για τη διατήρηση της κοινωνικής ζωής του, επίσης στη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς του ασθενούς όπως η επιθετικότητα, η κατάθλιψη, η διέγερση, το άγχος, η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά και οι διαταραχές της κατά τη διάρκεια της νύχτας .

Αξίζει να σημειωθεί επίσης, ότι οι συνέπειες από την επιβάρυνση της παροχής φροντίδας για τους φροντιστές, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών, οι οποίοι έχουν δώσει τους χαρακτηρισμούς στους φροντιστές "κρυφοί ασθενείς" και "αόρατο υγειονομικό σύστημα περίθαλψης". Η παροχή φροντίδας στο αγαπημένο τους πρόσωπο μπορεί να είναι ικανοποιητική, μπορεί επίσης να είναι μια καθόλου ικανοποιητική, με δυσάρεστες συνέπειες εμπειρία. Αυτό αποτελεί επίσης έναν λόγο, σύμφωνα με τον οποίο οι φροντιστές είναι άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια, πέρα του ότι η κάλυψη των αναγκών του αντανακλά την καλύτερη φροντίδα στον ασθενή (Lee et al., 2009).

Το αίσθημα της "ευθύνης", ως καθήκον, λόγω των ισχυρών συναισθηματικών δεσμών μεταξύ φροντιστή και ασθενή, είναι εκείνο που λειτουργεί ως κυριότερο κίνητρο στην παροχή φροντίδας.

Ειδικότερα:

- η οικογενειακή ευθύνη,
- η εκπλήρωση της υπόσχεσης δια βίου δέσμευσης για τους συζύγους
- η ανάγκη των παιδιών να προσφέρουν στους γονείς ,
- το αίσθημα καλύτερης και αποτελεσματικότερης ανταπόκρισης στον απαιτητικό ρόλο
- η αίσθηση συναισθηματικής υποχρέωσης ,
- η έλλειψη άλλων οικείων προσώπων, συγγενών ή φίλων για την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή
- το αίσθημα αγάπης και αμοιβαιότητας
- οι ενοχές
- η πίεση από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον
- η πίστη στο Θεό
- η δυσκολία ανταπόκρισης στο υψηλό κόστος ή η απουσία των εναλλακτικών τρόπων φροντίδας

Για τα δεδομένα της Ελλάδας, σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2006, το αίσθημα καθήκοντος, η μη ύπαρξη εναλλακτικής λύσης, το υψηλό κόστος περίθαλψης, οι

συναισθηματικοί δεσμοί και η προσωπική επιλογή του υπεύθυνου ατόμου για φροντίδα από τον πάσχοντα, αποτελούν τα κυριότερα κίνητρα για την παροχή φροντίδα υγείας στον ασθενή (Kerasidou et al., 2009, Osborn, 2016).

2.4 Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα

Ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται και διοικείται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι καθοριστική για την γενικότερη οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος περίθαλψης και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με το Ελληνικό Σύνταγμα η κυβέρνηση έχει ως στόχο την επαρκή και υψηλή παροχή υπηρεσιών στους πολίτες (Αμανατίδου, & Καραμάνη, 2013). Σήμερα, οι υγειονομικές υπηρεσίες περίθαλψης που παρέχονται στην Ελλάδα προέρχονται από τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με χρηματοδότηση προς τους ασθενείς.

Για την ομαλή λειτουργία του τομέα της δημόσιας υγείας, είναι υπεύθυνο το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τη σημερινή εποχή, ο δημόσιος τομέας υγείας πλήττεται οικονομικά και αδυνατεί να προσφέρει σε μεγάλο βαθμό ποιοτική φροντίδα. Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρεις κατηγορίες δομών, τα δημόσια νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και τον ιδιωτικό τομέα. Αναφορικά με τα έξοδα του εξυπηρετούμενου ασθενούς, καλύπτονται εν μέρη από την κοινωνική ασφάλιση. Πολλές ασφαλίσεις δεν μπορούν να καλύψουν τα έξοδα εξετάσεων, νοσηλειών και χειρουργείων (Μπέλλου-Μυλωνά, 2010).

Οι πολίτες της Ελλάδας πληρώνουν φόρους, μέσα από τους οποίους εξοφλούν οικονομικά ορισμένες παροχές στον τομέα της υγείας. Αυτό αποτελεί και τον κυριότερο λόγο για τον οποίο η Ελλάδα έχει περισσότερες ιδιωτικοποιήσεις στον τομέα υγείας περισσότερο από όλες τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης. Ειδικότερα, μπορούμε να κάνουμε λόγο για τη δημιουργία δύο πόλων στο σύστημα υγείας. Ως αποτέλεσμα, ο ιδιωτικός τομέας διακρίνεται για την ποιότητα παροχών φροντίδας, στη θέση μιας υγιούς συνεργασίας δημοσίου και ιδιωτικού τομέα με κοινό σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας στους πολίτες.

Το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι υψηλό, με συνέπεια οι χρήστες να μην επιλέγουν την άμεση πληρωμή ως κύρια μέθοδο χρηματοδότησης της δαπάνης. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται "ιατροκεντρικό", με κυρίαρχο ρόλο αυτόν της Ιατρικής επιστήμης και δευτερεύον της Νοσηλευτικής, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ακόμη και απώλεια παροχής φροντίδας υγείας.

Ένα φαινόμενο που υπάρχει σε όλα τα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία είναι οι πολύωρες

επισκέψεις των συγγενών στα νοσοκομεία. Οι συνοδοί/φροντιστές, παραμένουν πολλές ώρες κοντά στο αγαπημένο τους πρόσωπο, με σκοπό να συμβάλλουν στη φροντίδα του (Duran et al.,2007). Είναι γεγονός ότι υπάρχουν φορές που και οι ίδιοι νοσηλευτές ζητούν από τους συνοδούς να μείνουν περισσότερες ώρες, λόγω της σημαντικής έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού (Ζήλη και συν, 2009).

Η συμμετοχή των συγγενών στην καθημερινή φροντίδα των ασθενών, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της άτυπης φροντίδας του συστήματος υγείας. Το παραπάνω, αναπτύχθηκε σταδιακά με την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, που επετράπη στους συνοδούς να παραμένουν στο πλευρό του ασθενή για πολλές ώρες.

Αν ανατρέξουμε χρονολογικά στο 2001, με το νόμο 2889/2001, έγινε μια προσπάθεια για την τελειοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), δημιουργώντας 17 περιφερειακούς οργανισμοί υγείας (ΠΕΣΥΠ). Ο κάθε ένας τους αποτελεί αυτόνομο περιφερειακό σύστημα υγείας και έχει ως σκοπό τη βελτίωση να της γενικής διοίκησης του ΕΣΥ. Όμως, πολλοί από τους στόχους που έθεσε το ΕΣΥ δεν έχουν επιτευχθεί, με αποτέλεσμα μια πληθώρα προβλημάτων που εμμένουν.

Λαμβάνοντας υπόψη το ελληνικό σύνταγμα, η κυβέρνηση του κράτους οφείλει να εξασφαλίσει επαρκείς και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες φροντίδας υγείας στους πολίτες.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλειας και θεωρείται ότι η κυβέρνηση με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, είναι αρμόδια όχι μόνο για τη χρηματοδότηση αλλά και για την παράδοση της φροντίδας υγείας (Μπέλλου-Μυλωνά, 2010).

Το 2011, συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με το νόμο 3918/2011, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν εθνικό φορέα. Το 2014, με το νόμο 4238/2014, δημιουργείται ο φορέας Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), ο οποίος αγοράζει υπηρεσίες υγείας από το ΕΣΥ ή από ιδιώτες και τις παρέχει σε ασφαλιζόμενους πολίτες.

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

- τον κρατικό προϋπολογισμό
- το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων
- τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης
- τον ιδιωτικό τομέα

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, βασίζεται κυρίως στα ασφαλιστικά ταμεία. Λόγω του μεγάλου αριθμού των δαπανών και της σοβαρής οικονομικής δυσχέρειας, δεν είναι δυνατό να καλυφθούν όλες οι δαπάνες σε όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας Διεθνής νοσηλευτική έρευνα

ανέδειξε τα τελευταία χρόνια τον τρόπο με τον οποίο εμπλέκονται οι νοσηλευτές στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών, στην Ελλάδα φαίνεται ότι δεν κατανοήθηκε πλήρως η δυναμική του ρόλου του επαγγέλματος. Το γεγονός αυτό διαμορφώνει τις συνθήκες εργασίας, το νομικό πλαίσιο της άσκησης του επαγγέλματος και τις κοινωνικές αντιλήψεις για την νοσηλευτική (Αποστολοπούλου & Παπαματθαιάκη 2009).

Η οικονομική κρίση, η πολιτική αστάθεια, οι δαπάνες και οι ελλειμματικοί προϋπολογισμοί, οδήγησαν αναμφισβήτητα στην αποδυνάμωση του δημόσιου υγειονομικού τομέα, ο οποίος εξαρτάται καθοριστικά από τη στελέχωση των δομών υγείας, από την εκπαίδευση, τις ικανότητες και δεξιότητες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Kerasidou et al., 2009).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται έλλειψη απόδοσης αλλά και αξιολόγησης με αποτέλεσμα την δημιουργία συμπεριφορών που δεν συμβάλλουν στη βελτίωση παροχής ποιότητας φροντίδας υγείας. Η έλλειψη ή απουσία κινήτρων στην νοσηλευτική ιεραρχία, έχει άμεσο αντίκτυπο στην προσπάθεια για βελτίωση ή τη δημιουργία υγιούς συναγωνισμού. Επιπροσθέτως, η απουσία οικονομικού κινήτρου, συντελεί στην απουσία κάθε προσπάθειας για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Η δημιουργία κινήτρων βελτίωσης ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας αλλά και εργασιακού περιβάλλοντος, η επίδειξη εμπιστοσύνης, η αναγνώριση της αξίας καινοτόμων ιδεών κρίνονται απαραίτητα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη για την εφαρμογή αξιολόγησης της απόδοσης των νοσηλευτών στη στελέχωση των νοσοκομείων (Μπέλλου-Μυλωνά, 2010).

Αναφορικά με την εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης, παρουσιάζονται προβλήματα που καθιστούν ποιοτικά ανεπαρκή την παροχή φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλευτική διοίκηση στην Ελλάδα ασκείται μέσω του προϊστάμενου κάθε κλινικής, του τομεάρχη ή του διευθυντή κάθε νοσηλευτικής υπηρεσίας. Υπάρχει ιεραρχική διοίκηση, η οποία χαρακτηρίζεται με κάθετη οργάνωση, δηλαδή οι αποφάσεις λαμβάνονται από πάνω προς τα κάτω, με συνηθέστερη την κατ' εργασία μέθοδο.

Αναλυτικότερα, ο προϊστάμενος αναθέτει μια συγκεκριμένη νοσηλευτική εργασία σε κάθε μέλος του προσωπικού ξεχωριστά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον κατακερματισμό της φροντίδας του εξυπηρετούμενου, αφού δεν αναλαμβάνεται εξ ολοκλήρου ως περίπτωση, γεγονός που δημιουργεί ως επι το πλείστον ένα αίσθημα ανασφάλειας στον εξυπηρετούμενο. Από την άλλη πλευρά, πρόκειται για μια οικονομική μέθοδο, με γρήγορη διεκπεραίωση εργασίας και με δυνατότητα αντιμετώπισης της έλλειψης προσωπικού (Αποστολοπούλου & Παπαματθαιάκη 2009).

Όπως συμβαίνει στο εξωτερικό έτσι και στην Ελλάδα, παρατηρείται έλλειψη νοσηλευτικού

προσωπικού με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται οι ανάγκες των ασθενών. Οι υπηρεσίες υγείας απαιτούν την ύπαρξη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και επαρκούς εξοπλισμού.

Η έλλειψη του ιατρικού εξοπλισμού, των υγειονομικών υλικών και κατάλληλης υποδομής ενός σύγχρονου νοσοκομείου, αποτελούν σοβαρά πλήγματα της δημόσιας υγείας (Σταύρου, 2013).

Αυτό ένα πρόβλημα που συναντάται και στο εξωτερικό, στην Ελλάδα όμως είναι μεγαλύτερο και χρήζει άμεσης αντιμετώπισης (Αμανατίδου & Καραμάνη, 2013).

Το μεγαλύτερο πρόβλημα στα ελληνικά νοσοκομεία σήμερα, αποτελεί η σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να δουλεύουν υπερωρίες, διπλές βάρδιες με αρνητικό αντίκτυπο στους ίδιους, που μεταφράζεται με σωματική και ψυχική εξουθένωση (Τριχιοπούλου 1986). Το παραπάνω έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία και αύξηση αλυσιδωτών προβλημάτων.

Τη σημερινή εποχή η νοσηλευτική διεργασία δυστυχώς δεν εφαρμόζεται επαρκώς, εξαιτίας της έλλειψης χρόνου αλλά και προσωπικού (Αθανάτου 2004, Κατίκα, 2012). Ένας νοσηλευτής σε νοσοκομείο αντιστοιχεί σε πολλούς νοσηλευόμενους ταυτόχρονα, επομένως δεν παρέχεται η δυνατότητα ενασχόλησης με τη νοσηλευτική διεργασία αφού προϋποθέτει συγκεκριμένο χρόνο για το σχεδιαμό του σχήματος της παροχής φροντίδας του εξυπηρετούμενου (Potter & Frisch, 2007). Το παραπάνω πρόβλημα έχει ως αποτέλεσμα την παρατεταμένη παραμονή των συνοδών στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Chapman et al., 2017).

Σήμερα, στα νοσοκομεία συμβαίνει να συναντάμε νοσηλευτές οι οποίοι κάνουν διαφορετική δουλειά από αυτή που ορίζει η θέση τους, λόγω της έλλειψης σε νοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό προσωπικό, όπως είναι οι βοηθοί των νοσηλευτών, διοικητικοί υπάλληλοι κά. Έτσι, τα καθήκοντα αυτά εκτελούνται "αναγκαστικά" από τους νοσηλευτές και μάλιστα από νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας με χρόνια προϋπηρεσίας στο ενεργητικό τους (Μπέλλου-Μυλωνά, 2010).

Επιπροσθέτως, οι νοσηλευτές δεν μπορούν να λειτουργούν σαν ελεύθεροι επαγγελματίες και να παρέχουν φροντίδα στο χώρο του σπιτιού, εξαιτίας της ασάφειας της παραγράφου 2 στο καθηκοντολόγιο, σχετικά με το δικαίωμα της αυτοαπασχόλησης. Ο ρόλος του νοσηλευτή, όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, παρατηρητικός, περιγραφικός, ερευνητικός και επεξηγηματικός (Ζυγά, 2010). Κύριος ρόλος του νοσηλευτή όμως, είναι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, σύμφωνα με την οποία προσδιορίζεται το πρόβλημα και συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς, που λαμβάνεται από είτε από τον ίδιο το νοσηλευόμενο ή και από τα οικεία πρόσωπα/συνοδούς. Στη συνέχεια διατυπώνεται η υπόθεση και οργανώνεται το σχέδιο δράσης. Έπειτα, γίνεται έλεγχος της υπόθεσης, ερμηνεία και εκτίμηση των

αποτελεσμάτων. πρέπει να τονίσουμε ότι η κατάσταση του νοσηλευόμενου, επαναξιολογείται. (Potter, 2007).

Το περιεχόμενο του νοσηλευτικού καθηκοντολόγιου είναι γενικό, χωρίς να αναφέρει τη δυνατότητα άσκησης της Νοσηλευτικής σαν ελεύθερο επάγγελμα. Τα καθήκοντα είναι συγκεκριμένα και οι νοσηλευτικές πράξεις δεν κοστολογούνται. Οι νοσηλευτές δεν γνωρίζουν ποιες από τις ενέργειές τους είναι θεσμοθετημένες, γεγονός που προκαλεί σύγχυση στους ίδιους αλλά και μεταξύ συναδέλφων και άλλων επαγγελματιών υγείας. Τόσο οι νοσηλευόμενοι όσο και οι νοσηλευτές, νιώθουν ανασφάλεια στο νοσοκομειακό χώρο (Konerding et al., 2016). Για την αντιμετώπιση των παραπάνω δυσλειτουργιών, ώστε η παροχή φροντίδας υγείας να είναι αποτελεσματικότερη και να ανταποκρίνεται πλήρως στις απαιτήσεις και ανάγκες των νοσηλευόμενων, πρέπει να γίνει αναθεώρηση και περαιτέρω διερεύνηση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των νοσηλευτών (Μπέλλου-Μυλωνά κ.α, 2003).

Η μη σαφής διατύπωση των νοσηλευτικών πράξεων σε τομείς της άμεσης φροντίδας υγείας με ιδιαιτερότητες, όπως είναι το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ή η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, δημιουργεί σύγχυση μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας, σε μη νομική κατοχύρωση και σε κακή συνεργασία μεταξύ μελών της υγειονομικής μονάδας. Δημιουργεί σύγκρουση ρόλων και καθηκόντων, γεγονός που προκαλεί την αναποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών πράξεων και επαγγελματική κόπωση επαγγελματιών (Ζυγά, 2010).

Στα πλαίσια συνεργασίας μεταξύ των διαφορετικών λειτουργών υγείας, παρουσιάζεται πολύ συχνά το τελευταίο χρονικό διάστημα, το φαινόμενο της επαγγελματικής σύγκρουσης, η οποία διακρίνεται σε διαπροσωπικό, ομαδικό, ιεραρχικό και λειτουργικό επίπεδο. Η Συνήθως το φαινόμενο αυτό παρουσιάζεται εξαιτίας των δομικών δυσλειτουργιών στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Η επαγγελματική σύγκρουση επηρεάζει αρνητικά την αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας υγείας ενώ σε ένα μικρό ποσοστό, μπορεί να επιδράσει με εποικοδομητικό τρόπο έχοντας θετική επίδραση στις ιδέες και στην πρόοδο (Γιαννουλέας, 1998).

Σύμφωνα με έρευνα των Δημητριάδου και συνεργατών (1991) με δείγμα 600 νοσηλευόμενους γενικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι το 60,50% θεώρησε τη διαρκή παρουσία των μελών της οικογένειας του ασθενούς αναγκαία και το 49,50% του πληθυσμού είχε δίπλα του κάποιον συγγενή ή χρησιμοποίησε αποκλειστική νοσοκόμα καθ' όλη την χρονική διάρκεια της νοσηλείας.

Σε μια ακόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Sapountzi-Krepia et al. (2006) με πληθυσμό τους συνοδούς των νοσηλευόμενων, οι οποίοι ήταν συνήθως σύζυγοι ή κόρες, σύμφωνα

με τα αποτελέσματα το 78,80% του πληθυσμού αναφέρει ως κίνητρο παραμονής του δίπλα στον ασθενή την ανάγκη για παροχή φροντίδας λόγω της έλλειψης του νοσηλευτικού προσωπικού και γι'αυτό το λόγο το 82% παρέμενε στο νοσοκομείο για 24 ώρες το 24ωρο. Το είδος της παρεχόμενης φροντίδας αξιολογήθηκε ότι αντιστοιχούσε σε νοσηλευτικές πράξεις και ώρες φροντίδας, τις οποίες θα παρείχαν αν είχαν τον χρόνο 17 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού σε πλήρες ωράριο (Δημητριάδου, 1991, Sapountzi-Krepia et al. 2006).

Έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική, σχετικά με τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ανέδειξαν ότι στα νοσοκομεία με επαρκή στελέχωση από διπλωματούχους νοσηλευτές, εμπειρία και δεξιοτεχνία, παρουσιάζονται λιγότεροι θάνατοι και επιπλοκές στους νοσηλευόμενους. Επομένως, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα νοσοκομεία, σχετίζεται άμεσα την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος και με την επαρκή στελέχωση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009, παρατηρήθηκε έντονη δυσαναλογία καθώς και έλλειψη των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε σχέση με τις υπάρχουσες ανάγκες των ατόμων. Πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ της κατάστασης που επικρατεί στον ελλαδικό χώρο και σε στις άλλες χώρες παγκοσμίως.

Πολλά είναι τα νοσηλευτικά ιδρύματα με σοβαρά προβλήματα στελέχωσης νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Σύμφωνα με τον ΟΟΑΣΑ, 2,3 νοσηλευτές αντιστοιχούν ανά κλίνη, κατατάσσοντας την Ελλάδα στις τελευταίες θέσεις με δείκτη 0,67 νοσηλευτές ανά κλίνη (Kerasidou et al., 2009).

Το εθνικό μας σύστημα υγείας τείνει να εξασθενεί λόγω της έλλειψης σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, με αποτέλεσμα να δημιουργεί σύγχυση στο εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου. Οι συγκρούσεις εξαιτίας της έλλειψης λειτουργικής επικοινωνίας είναι αναπόφευκτη, παράλληλα με τη μη αποσαφήνιση των αρμοδιοτήτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Η διερεύνηση των παραπάνω παραγόντων που συμβάλλουν στη ρήξη της διεπαγγελματικής συνεργασίας αποτελούν επιτακτική ανάγκη.

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί η ανάπτυξη μιας "βιομηχανίας μετατάξεων", στην οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν ρόλο κλητήρα, με αποτέλεσμα την "απογύμνωση των ιδρυμάτων υγείας. Επίσης, λόγω της αυξημένης έλλειψης προσωπικού, οι νοσηλευτές συχνά καλούνται να δουλέψουν παραπάνω ώρες για να καλύψουν την εργασία την οποία έκανε ένας νοσηλευτής, ο οποίος έχει μεταταχθεί σε κάποιο γραφείο (Αποστολοπούλου & Παπαματθαιάκη, 2009, Αμανατίδου & Καραμάνη, 2013).

Μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας, οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα όπως η επαγγελματική ικανοποίηση του επαγγελματικού στρες, καταστάσεις που μεταβάλλουν την ζωή,

αλλά και τις καθημερινές συνήθειες, όπως είναι η διατροφή, ο ύπνος, αλλά και οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις (Καγαλιάρη, Σταματάκη 1996, Monroe et al., 2017). Τα προβλήματα που προκύπτουν από το κυκλικό ωράριο εργασίας για τους νοσηλευτές είναι:

- επαγγελματικής φύσεως, όπως άγχος και στρες, προσωπικοί ρυθμοί του εργαζόμενου, λάθη που μπορούν να προκύψουν από την κούραση, ατυχήματα λόγω της παρατεταμένης αϋπνίας, απαιτήσεις του προγράμματος με σκοπό την αυξημένη παραγωγικότητα ενός τμήματος , διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων αναφορικά με το πρόγραμμα,
- οικογενειακής-κοινωνικής φύσεως, η σχέση του εργαζόμενου με τα μέλη της οικογένειάς του, ιδιαίτερα τη φροντίδα των παιδιών, ή φίλους λόγω του απαιτητικού ωραρίου,
- προσωπικής- παθολογικής φύσεως, όπως η σωματική και η ψυχική εξουθένωση

Συχνά, το άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας, οφείλεται στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή βάρδια ή την νυχτερινή εργασία. Ενώ αντίθετα στην πρωινή εργασία, μέσα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία με τη νοσηλευτική διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό, υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες ανέλιξης στον εργασιακό χώρο. (Χαραλαμπίδου 1996, Κατίκα, 2012).

Η παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους, είναι μια ιδιαίτερα αγχωτική διαδικασία όταν δεν επαρκεί το νοσηλευτικό προσωπικό, δημιουργείται μεγάλη ένταση λόγω των πολλών ωρών εργασίας. Κάθε τομέας της νοσηλευτικής έχει τη δική του ευχαρίστηση και διαφέρει από άτομο σε άτομο. Συχνά λοιπόν, οι νοσηλευτές εμφανίζουν σημάδια κούρασης και εξάντλησης λόγω αυτών των συνθηκών εργασίας, στις οποίες προστίθενται επιπλέον οι χαμηλοί μισθοί και οι διπλές βάρδιες. Ιδιαίτερα η φροντίδα των νοσηλευόμενων με βαριές ασθένειες, μπορεί να εξαντλήσει το νοσηλευτή τόσο σωματικά αλλά και ψυχικά (Cuche et al., 2001).

Επιπρόσθετα, η ασφάλεια του ασθενούς βρίσκεται σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές εργάζονται πολλές ώρες με αποτέλεσμα να κουράζονται και να μην είναι πλήρως λειτουργικοί και σε εγρήγορση (Berger & Hobbs, 2006). Η νυχτερινή εργασία, μπορούμε να πούμε ότι παρεμβαίνει στη φυσιολογική διαδικασία του νυχτερινού ύπνου, επιδρώντας αρνητικά στον ανθρώπινο οργανισμό, απορρυθμίζοντας τους ρυθμούς (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996).

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει έλλειψη κατανόησης από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όσον αφορά τη φύση του επαγγέλματος των νοσηλευτών, εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας, αν σκεφτεί κανείς ότι η κοινωνία μας ζει και εργάζεται σε διαφορετικούς ρυθμούς από αυτούς των νοσηλευτών (Αμανατίδου & Καραμάνη, 2013).

Στα παραπάνω προβλήματα, έρχονται να προστεθούν και πολιτισμικοί λόγοι. Η οικογένεια του ασθενούς επιθυμεί να συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα του αγαπημένου προσώπου

παρέχοντας ασφάλεια και συναισθηματική υποστήριξη (Μπέλλου-Μυλωνά, Γερογιάννη, 2010). Το φαινόμενο αυτό τείνει να αυξάνεται ιδιαίτερα, τα τελευταία χρόνια. Ακόμη, η έλλειψη εμπιστοσύνης στο πρόσωπο των νοσηλευτών δημιουργεί μεγαλύτερη ανησυχία ως προς την ποιότητα φροντίδα του ασθενούς (Sapountzi-Krepia et al. 2006).

Στα περισσότερα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, παρατηρείται μεγάλη έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων τα οποία χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση των εξετάσεων των ασθενών και θεραπευτικούς σκοπούς. Το τελευταίο χρονικό διάστημα, παρατηρείται μεγάλη έλλειψη και στο υγειονομικό υλικό όπως για παράδειγμα αποστειρωμένα γάντια, ενέσεις, γάζες κ.ά. Πολλά από τα νοσοκομεία στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα με απαρχαιωμένο εξοπλισμό (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996).. Η ελλιπής χρηματοδότηση και το σοβαρό πρόβλημα της γραφειοκρατίας, συμβάλλουν στην διατήρηση και αύξηση των προβλημάτων στον τομέα της υγείας. Ο ήδη υπάρχον εξοπλισμός δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί με πιο σύγχρονο εξοπλισμό και η επισκευή του ήδη υπάρχοντος είναι δύσκολη και απαιτεί πολύ χρόνο και χρήματα (Μπέλλου-Μυλωνά, Γερογιάννη, 2010).

Τόσο οι νοσηλευτές, όσο και οι ίδιοι οι γιατροί αναγκάζονται να προσαρμοστούν στα δεδομένα της δυσχερούς κατάστασης που επικρατεί. Δυστυχώς, όλα δείχνουν ότι η κατάσταση γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, πόσο μάλλον συνδυάζεται η έλλειψη του ιατρικού εξοπλισμού με το υγειονομικό υλικό (Αμανατίδου & Καραμάνη, 2013). Το γεγονός αυτό εγκυμονεί κινδύνους για τους ίδιους τους ασθενείς, καθώς γίνεται μετάδοση των μικροβίων από ασθενή σε ασθενή και υπάρχει ο κίνδυνος αύξησης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων από τις οποίες μπορούν να προσβληθούν οι ασθενείς αλλά και το ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου.

Το πρόβλημα δεν περιορίζεται εδώ, αλλά εξαπλώνεται και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, όπου δημιουργούνται μεγάλες ουρές με ασθενείς που περιμένουν να εξυπηρετηθούν και αναγκάζονται να περιμένουν πολύ καιρό για μια διαγνωστική εξέταση (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996).

Πολλές φορές, εκδηλώνονται προβλήματα από τον ήδη υπάρχων εξοπλισμό, αφού μηχανήματα διάγνωσης μπορεί να δώσουν λάθος αποτελέσματα και ακολούθως επαναλαμβάνονται οι εξετάσεις για να αποκλεισθεί κάθε πιθανό λάθος αποτέλεσμα. Η παροχή των κατάλληλων υποδομών, αυξάνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών (Αθανάτου 2004). Παράλληλα, βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ των ίδιων και άλλων επαγγελματιών και επηρεάζει την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους. Επιπλέον, η καταλληλόλητα του χώρου συνεισφέρει στις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, τις ιατρονοσηλευτικές διεπαγγελματικές σχέσεις και στην θετική εμπειρία των ασθενών αναφορικά με

τη νοσοκομειακή τους φροντίδα (Duran et al., 2007).

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα, ανέδειξαν μια μορφή απαρχαιωμένης και μη ρεαλιστικής δημόσιας εικόνας του επαγγέλματος του νοσηλευτή, τις κακές συνθήκες στις οποίες πραγματοποιείται η άσκησή του, αλλά και την απογοήτευση των ίδιων των επαγγελματιών νοσηλευτών, από τις υπάρχουσες συνθήκες εργασίας (Monroe et al., 2017).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο ρόλος της Νοσηλευτικής επιστήμης στην Ελλάδα δεν είναι τόσο ξεκάθαρος, η εξέλιξη της επιστημονικότητας δεν προωθείται και δεν παρέχονται προοπτικές ανάπτυξης, αν αναλογιστούμε ότι τα επαγγελματικά δικαιώματα συντάχθηκαν το έτος 1989, μια εποχή με διαφορετικές απαιτήσεις από το επάγγελμα του νοσηλευτή, το οποίο δεν κατείχε τη θέση που έχει σήμερα (Αθανάτου 2004).

Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές ενεργοποιούνται περισσότερο από την αγάπη προς το αντικείμενο εργασίας τους και τη σχέση που δημιουργούν με συναδέλφους και το υπόλοιπο διεπιστημονικό προσωπικό στο χώρο του νοσοκομείου. Με τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και οικονομικών απολαβών, η εργασιακή εμπειρία βιώνεται με πιο θετική ματιά και η αποτελεσματικότητα της παροχής υγείας αυξάνεται.

Όπως προκύπτει από το παραπάνω, η δυσαρέσκεια των νοσηλευτών αποδίδεται:

- στις συνθήκες εργασίας
- στη μη αναγνώριση της προσφοράς
- στον αυξημένο φόρτο εργασίας
- στο μη ικανοποιητικό ύψος των αποδοχών

Οι συνεχείς εξελίξεις και η χρήση υψηλής τεχνολογίας που πραγματοποιούνται στο τομέα της παροχής φροντίδας υγείας, αποτελούν προκλήσεις για τους επαγγελματίες νοσηλευτές, οι οποίοι επιβάλλεται να προετοιμάζονται και να προσαρμόζονται ανάλογα στις συνεχείς αλλαγές στο χώρο της υγείας. Από την πλευρά των νοσηλευόμενων και των οικογενειών τους, θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχει η προσδοκία για καλύτερη και αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας η οποία θα ανταποκρίνεται στα σημερινά δεδομένα και απαιτήσεις, ενώ θα υπάρχει μεγαλύτερη εμπλοκή από την πλευρά τους, σχετικά με την ενημέρωση για τη φροντίδα υγείας (Duran et al., 2017, Monroe et al., 2017).

Λόγω της σημερινής κατάστασης, οι συγγενείς των ασθενών, μένουν στο πλευρό τους για λόγους όπως η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, η οικογενειακή παράδοση, για να μην νιώσει ανασφάλεια ο ασθενής στο νοσοκομειακό περιβάλλον, χωρίς την επίβλεψη του συγγενή και η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η παρουσία των συγγενών δίπλα στο νοσηλευόμενο κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του,

συμβάλλει στην ανάπτυξη συναισθημάτων ασφάλειας και αίσθησης υποστήριξης για τους ασθενείς.

Η συχνότητα των επισκέψεων επηρεάζεται από την οικογενειακή προθυμία, από την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, από τις πολιτιστικές επιρροές στα σχέδια του τομέα φροντίδας, αλλά και την κατάσταση της υγείας του ασθενούς (Vrettos et al. 1996).

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας στον οποίο συμβάλει παρουσία των συγγενών-φροντιστών, είναι η μείωση των δαπανών του νοσοκομείου.

Οι δαπάνες αποτελούν το μεγαλύτερο συστατικό του προϋπολογισμού της υγειονομικής περίθαλψης από την αρχή της δεκαετίας του 70'. Βασικός στόχος στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης είναι οι δαπάνες εργασίας και συγκεκριμένα η μείωσή τους . Η πιο κοινή πρακτική που χρησιμοποιείται στη μείωση δαπανών στοχεύει να καλύψει τις ίδιες δραστηριότητες με λιγότερο προσωπικό, ή με λιγότερο ειδικευμένο προσωπικό.

Με τη μείωση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού, η μείωση των δαπανών έχει ως αποτέλεσμα την μη ποιοτική φροντίδα που παρέχεται από τα ελληνικά νοσοκομεία. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί μόνιμο πρόβλημα στα σημερινά δεδομένα (Tountas et al., 2001). Σε μια προσπάθεια μείωσης των δαπανών στα νοσοκομεία, οι φορείς χάραξης πολιτικής εισήγαγαν μια λύση με δραστικό χαρακτήρα, η οποία αφορά τη χρήση της ελεύθερης εργασίας που προσφέρεται από το οικογενειακό-συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των νοσηλευόμενων (Μπέλλου-Μυλωνά κ.α, 2003).

Η "χρησιμοποίηση" των μελών της οικογένειας του ασθενούς σαν βασικό προμηθευτή προσοχής και φροντίδας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, μειώνει τον αριθμό των νοσηλευτών που απαιτούνται για παροχή φροντίδας υγείας στα ελληνικά νοσοκομεία (Μπέλλου-Μυλωνά κ.ά, 2003, Konerding et al., 2016).

Ένα άλλο παράδειγμα υπολειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων, αποτελεί η υποστελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, η οποία καθιστά τους νοσηλευτές ανήμπορους στην εκπλήρωση του ρόλου τους, στην κάλυψη αναγκών των νοσηλευόμενων. Το παραπάνω, δυστυχώς αποτελεί κοινή πεποίθηση του πληθυσμού της χώρας, ενώ διαπιστώνεται με την εδραίωση του φαινομένου του συνοδού του ασθενούς στο νοσοκομείο και την χρήση αποκλειστικού νοσοκόμου (Δημητριάδου 2008).

Ο τομέας της υγείας παρουσιάζει πολύ σοβαρές ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και το πρόβλημα αυτό φαίνεται να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, δημιουργώντας περαιτέρω λειτουργικά προβλήματα. Οι νοσηλευτές κατανέμονται δυσανάλογα στο νοσοκομειακό περιβάλλον με βάση την πληθυσμιακή κατάταξη της Ελλάδας, κάνοντας εντονότερη την έλλειψη σχεδιασμού

στη στελέχωση και στα κριτήρια της κατανομής τους. Σύμφωνα με την έρευνα, οι νοσηλευτές φαίνεται να συγκεντρώνονται σε μικρότερες περιοχές παρά σε αστικά κέντρα, σε σχέση με τους γιατρούς, όπως είναι τα Ιωάννινα, Άρτα, ενώ Κυκλάδες και Εύβοια συγκεντρώνουν μικρότερο ποσοστό. Πέρα από την άνιση κατανομή και έλλειψη στελέχωσης διαφαίνεται το πρόβλημα επιλογής χωρίς ορθολογικά κριτήρια. Συμπερασματικά, υπάρχει επιτακτική ανάγκη για σχεδιασμό στρατηγικής ανθρώπινου δυναμικού (Kerasidou et al., 2009).

Για να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες λόγω της δυσχερούς κατάστασης του τομέα υγείας, θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην προαγωγή της ψυχικής και κοινωνικής τους ευημερίας. Ειδικότερα:

- στα στοιχεία εκείνα που ταιριάζουν στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις δυνατότητες κάθε εργαζόμενου
- στην κοινωνική υποστήριξη τόσο από συναδέλφους όσο και από τη διοίκηση
- στην πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις ίσες ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης.
- στην αυτονομία και τον έλεγχο στον προγραμματισμό
- στην ισορροπία μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών και αμοιβής. (Χατζηπαντελής & Σιγάλας, 2008).

Για την επίτευξη μιας ολοκληρωμένης παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία κρίνεται μια εξαιρετικά σύνθετη διαδικασία όπου απαιτείται τόσο οριζόντια (horizontal) όσο και κάθετη (vertical) ολοκλήρωση ώστε να μπορεί να αποφευχθεί ο κατακερματισμός και η ασυνέχεια στις εκβάσεις της υγείας.

Σχετικά με την οριζόντια ολοκλήρωση, αναφερόμαστε στην πλήρη ολοκλήρωση της ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα στη διασύνδεση όμοιων επιπέδων φροντίδας, όπως είναι για παράδειγμα οι διεπιστημονικές ομάδες, ενώ η κάθετη ολοκλήρωση αφορά την στοχευμένη ολοκλήρωση της ΠΦΥ, σε περιπτώσεις υψηλής προτεραιότητας δηλαδή τη διασύνδεση διαφορετικών επιπέδων φροντίδας, όπως τη διασύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (WHO, 2008). Σύμφωνα με τον WHO, η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας, πρέπει να πραγματοποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατό τα άτομα να απολαμβάνουν μια συνέχεια προληπτικών αλλά και θεραπευτικών υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες των αναγκών τους μέσα στο χρόνο, ανεξάρτητα από το επίπεδο του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται (WHO, 2008).

Στην Ελλάδα σήμερα, μια γενικότερη διαπίστωση από την πλευρά του νομικού καθεστώτος που διέπει το επάγγελμα το νοσηλευτή, είναι οι υπάρχουσες διατάξεις, η απουσία εκσυγχρονισμού που αφορά τη δημιουργία ασφάλειας σε όσους ασκούν τη νοσηλευτική στους διάφορους τομείς

της περίθαλψης. Εντοπίζεται η αναγκαιότητα στην κοστολόγηση των νοσηλευτικών πράξεων, λόγω της αύξησης ιδιωτικού έργου από τους νοσηλευτές στην κοινότητα, καθώς και η θέσπιση της ειδικότητας της Κοινοτικής Νοσηλευτικής για την κατάλληλη εκπαίδευση και ανταπόκριση των ενδιαφερόμενων στις υπάρχουσες και αυξανόμενες ανάγκες ή απαιτήσεις της κοινότητας και για τη δημιουργία ασφάλειας δικαίου στην άσκηση της νοσηλευτικής επιστήμης (Ραγιά, 1995).

Όσον αφορά τη διεύρυνση του νοσηλευτικού ρόλου στα νοσοκομεία, η προσπάθεια αυτή δεν απέδωσε καρπούς, λόγω της σοβαρής έλλειψης βασικών προϋποθέσεων, όπως η επαγγελματική υποστήριξη από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ο επαρκής αριθμός νοσηλευτών και τα προγράμματα εκπαίδευσης. Αν αναλογιστούμε το παραδοσιακό μοντέλο παροχής φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές ενεργούν βάσει υποδείξεων των ιατρών και κατ' επέκταση είναι εκείνοι που λαμβάνουν τις αποφάσεις για την πορεία υγείας του ασθενούς.

Η διεύρυνση του ρόλου των νοσηλευτών εφαρμόζεται σήμερα, υπό προϋποθέσεις όπου οι επαγγελματίες νοσηλευτές μπορούν να λειτουργούν αυτόνομα. Οι δραστηριότητες αυτές αφορούν:

- την εκτίμηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς
- τη διαχείριση της χρόνιας νόσου
- την πρόληψη και προαγωγή της υγείας του ασθενούς
- τη διαλογή των νοσηλευόμενων
- την παραπομπή του νοσηλευόμενου σε διάφορους τομείς υγειονομικής περίθαλψης
- τη συνταγογράφηση διαγνωστικών εξετάσεων ή φαρμάκων
- το σχεδιασμό της θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής
- τη χορήγηση εξιτηρίου
- την παροχή διοικητικής υποστήριξης
- την αξιολόγηση παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας
- την εκπαίδευση των ασθενών αναφορικά με την ανάπτυξη στρατηγικών για τη διαχείριση/αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου (Motii -Stefanidi, 2015) .

Οι επαγγελματίες νοσηλευτές με διευρυμένο ρόλο παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας τόσο το νοσοκομειακό περιβάλλον όσο και κατ΄οίκον ή στην κοινότητα. Λόγω των συνεχών και ταχύρρυθμων μεταβολών της σύγχρονης εποχής, ο ρόλος των νοσηλευτών μεταβάλλεται αφού επηρεάζεται από τις εξελίξεις στον κοινωνικοοικονομικό τομέα, στον τομέα της τεχνολογίας και στο θεσμικό/ρυθμιστικό πλαίσιο (Kerasidou, 2009, Λουραντάκη, 2017).

Η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ), είχε καταθέσει προς νομοθέτηση «το σχέδιο νοσηλευτικών πράξεων», το 2008, το οποίο περιείχε τη διεύρυνση των καθηκόντων των νοσηλευτών και ήταν αποτέλεσμα μιας πολύμηνης εργασίας μιας ομάδας νοσηλευτών. Έπειτα από

πολλές αναβολές έφθασε να λάβει μορφή υπουργικής απόφασης (Γ. Φασόη-Μπαρκά, 2015).

Στην Ελλάδα, έχει ξεκινήσει η διεκδίκηση της διεύρυνσης του καθηκοντολόγιου από επαγγελματίες νοσηλευτές. Αιτία της διεκδίκησης, είναι επιδίωξη για βελτίωση του κύρους του επαγγέλματος του νοσηλευτή, που θεωρείται αυτεπάγγελτα κίνητρο παραγωγικότητας και παράγοντας υποκίνησης. Μια πρόσφατη προσπάθεια στην Ελλάδα, ανάλογη με εκείνη των άλλων χωρών πραγματοποιήθηκε το 2015, με υπουργική απόφαση που καθορίζονταν τα διευρυμένα καθήκοντά τους.

Η ολοένα αυξανόμενη ανεργία στην Ελλάδα, έχει δημιουργήσει πολλά προβλήματα σε όλους τους κλάδους επαγγελμάτων. Σε αυτόν της υγείας, πολλοί γιατροί επιλέγουν να μεταβούν στο εξωτερικό, καθώς το ποσοστό των αμοιβών είναι πολύ υψηλότερο σε σχέση με τα ελληνικά δεδομένα. Παρατηρείται ότι μετά τους γιατρούς ολοένα και περισσότεροι νοσηλευτές επιλέγουν να φύγουν και να εργαστούν στο εξωτερικό και πιο συγκεκριμένα στη Γερμανία, η οποία αποτελεί το δημοφιλέστερο προορισμό για τους νοσηλευτές (Γεωργογιάννης, 2004).

Στον κλάδο της Νοσηλευτικής, υπάρχουν χιλιάδες κενές θέσεις εργασίας και το μεγαλύτερο μέρος αφορά τη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων. Η πρόοδος της επιστήμης της ιατρικής και η γήρανση του πληθυσμού, είναι δυο παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην εξέλιξη αυτή. Στο εξωτερικό, οι συνθήκες είναι καλές αφού υπάρχει αναγνώριση των τίτλων σπουδών από ΑΕΙ/ΤΕΙ της νοσηλευτικής. Το σύστημα αμοιβών είναι κατοχυρωμένο συνδικαλιστικά, το συμβόλαιο εργασίας είναι αορίστου χρόνου, οι πρόσθετες παροχές είναι αυτονόητες, ενώ οι συνθήκες εργασίες κρίνονται ως καλές.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη, οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν μια πολύ σημαντική εξέλιξη, τη γλωσσική, πολιτισμική και θρησκευτική ανισότητα του πληθυσμού. Η σημερινή κοινωνία κατά κύριο λόγο αποτελείται από άτομα με διαφορετική φυλετική, θρησκευτική, πολιτική, οικονομική, πολιτισμική κουλτούρα με αποτέλεσμα να δημιουργείται η ανάγκη να γνωρίζουν οι επαγγελματίες νοσηλευτές τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ατόμων που δέχονται φροντίδα υγείας, να τις καταγράφουν ώστε να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας. Συμπερασματικά, η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας, συνδέεται με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την κατανόηση των πολιτισμικών χαρακτηριστικών του νοσηλευόμενου (Motii-Stefanidi, 2015).

Η αναβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτή στην Ελλάδα κρίνεται αναγκαία, με σκοπό τη διαμόρφωση ενός υγιούς, λειτουργικού συστήματος υγείας. Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, καταδεικνύοντας ότι:

- υπάρχει ελαχιστοποίηση των λιστών αναμονής, επιτρέποντας την καλύτερη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας λόγω της παροχής ποιότητας φροντίδας
- υπάρχει ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών επειδή οι νοσηλευτές μπορούν να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε κάθε νοσηλευόμενο,
- υπάρχει σημαντική μείωση κόστους, αφού η προσφορά των υπηρεσιών μοιράζεται μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών λόγω των αυξημένων αναγκών
- παρατηρείται βελτίωση της επαγγελματικής προοπτικής κάνοντας με αυτόν τον τρό τον κλάδο της Νοσηλευτικής ισχυρότερο (Ntshingila et al, 2016).

Απαραίτητη κρίνεται και η δημιουργία ενός στρατηγικού σχεδιασμού ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο θα εξισορροπήσει την άνιση κατανομή επαγγελματιών στα νοσοκομεία. Υπάρχουν δυο κατηγορίες στην αγορά εργασίας των επαγγελμάτων υγείας, η σχεδιασμένη και η ελεύθερη αγορά.

Στην πρώτη περίπτωση, το είδος και το μέγεθος του προσωπικού που πρόκειται να εισαχθεί στο σύστημα υγείας, γίνεται βάσει των αναγκών που προκύπτουν. Η σχεδιασμένη αγορά καθορίζει την ίση κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού ανάλογα τις ανάγκες, τη γεωγραφική θέση και οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να διαφοροποιούνται ανάλογα το βιοτικό επίπεδο της εκάστοτε περιοχής.

Στην περίπτωση της ελεύθερης αγοράς, το είδος και το μέγεθος του προσωπικού, σχετίζεται με τη ζήτηση και την προσφορά. Τα διοικητικά στελέχη του Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) δεν βάζουν φραγμούς στον αριθμό των εισακτέων ατόμων σε σχολές της Νοσηλευτικής και επίσης δεν σχετίζεται με τις ανάγκες που έχουν τα νοσοκομεία. Ορισμένα νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν αυτονομία. Αναλαμβάνουν εξ ολοκλήρου την διαχείριση του προϋπολογισμού και τη συνολική ευθύνη που απαιτείται για την ικανοποίηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

Με τις υπάρχουσες συνθήκες στην Ελλάδα αλλά και την υπόλοιπη Ευρώπη, η διαπολιτισμική νοσηλευτική κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Κάθε νοσηλευτής οφείλει να αποκτήσει και να αναπτύξει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες των ατόμων και τις πολιτισμικές τους διαφορές (Γεωργογιάννης, 2004). Όπως συμβαίνει στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, έτσι και στον τομέα της υγείας, υπάρχουν άτομα που περιθωριοποιούνται, ανήκουν σε μειονότητες και αντιμετωπίζονται με ρατσισμό, προκαταλήψεις, διακρίσεις καταπατώντας τα δικαιώματά τους. Η απόκτηση αρνητικών εμπειριών από τον τομέα της υγείας, προκαλεί αρνητικές συνέπειες στην υγεία του ατόμου, αφού το οδηγεί να διακόψει την επαφή του με το θεράποντα και αποκλείεται από το σύστημα υγείας.

Η οικονομική κρίση, δεν είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζεται σαν μια απειλή αποκλειστικά, αλλά θα έπρεπε να τη δούμε όλοι σαν μια ευκαιρία ανασυγκρότησης (Osbourn et

al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Ο Ρόλος της οικογένειας κατά την Νοσηλεία

3.1. Ο ασθενής και η οικογένειά του

Η οικογένεια ορίζεται ως μια ομάδα ανθρώπων που ζουν κάτω από την ίδια στέγη. Οι οικογένειες διαφέρουν σε μέγεθος και σύνθεση και είναι απαραίτητες για την υγεία και επιβίωση των μελών τους, αλλά και της κοινωνίας ως σύνολο. Η οικογένεια λειτουργεί ως φραγμός προστασίας μεταξύ των αναγκών του ατόμου μέλους της και των απαιτήσεων και προσδοκιών της κοινωνίας μέσα στην οποία υπάρχει. Ο ρόλος της είναι η κάλυψη τόσο των αναγκών των μελών της, όσο και των αναγκών της κοινωνίας γενικότερα (Friedman, 1992)

Ο Friedman (1992) επέκτεινε τον ορισμό περιγράφοντας την οικογένεια ως αποτελούμενη από δύο ή περισσότερα άτομα τα οποία είναι συναισθηματικά συνδεδεμένα μεταξύ τους και ζουν μαζί. 0 ορισμός αυτός περιλαμβάνει διαφορετικούς τύπους της σύγχρονης οικογενειακής δομής στους οποίους τα μέλη μπορεί να μην έχουν βιολογική ή νομική συγγένεια.

Οι πέντε βασικές λειτουργίες της οικογένειας είναι οι ακόλουθες:

- Φυσική: η οικογένεια παρέχει ένα ασφαλές και άνετο περιβάλλον κατάλληλο για ανάπτυξη, ξεκούραση ή ανάρρωση
- Οικονομική: Η οικογένεια παρέχει οικονομική βοήθεια στα μέλη της και καλύπτει τις οικονομικές ανάγκες της κοινωνίας
- Αναπαραγωγική: Η οικογένεια δημιουργεί παιδιά
- Συναισθηματική: Η οικογένεια παρέχει συναισθηματική κάλυψη στα μέλη της και τα βοηθά να αναπτύξουν και να διατηρήσουν την ταυτότητά τους σε περιόδους άγχους
- Κοινωνικοποίηση: Η οικογένεια διδάσκει, μεταδίδει πιστεύω, αξίες, στάσεις και μηχανισμούς αντιμετώπισης. Ακόμη παρέχει ανατροφοδότηση και βοηθά στην επίλυση προβλημάτων (Friedman 1992).

Η οικογενειακή παρουσία, που ορίζεται ως η παρουσία των μελών της οικογένειας των ασθενών κατά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, έχει θέση στο πλαίσιο της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας (Duran et. al. 2007) .

Η οικογενειοκεντρική φροντίδα είναι μια προσέγγιση στην οποία παρέχεται φροντίδα όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τις οικογένειες των ασθενών (Henneman 2002). Η υποκείμενη προϋπόθεση είναι ότι κάθε ασθενής είναι ένας μέλος μιας μεγαλύτερης μονάδας: την οικογένειά

του / της. Ο στόχος της οικογενειοκεντρικής φροντίδας είναι να καλύψουν τις ανάγκες των οικογενειών των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών τους για ενημέρωση και υποστήριξη και την ευκαιρία να είναι κοντά στους αγαπημένους τους (Henneman 2002, Leske 1992). Σύμφωνα με σχετικές μελέτες (Leske 1992, Berns 1998, Molter 1979) τα μέλη της οικογένειας έχουν ορισμένες ανάγκες κατά τη διάρκεια μιας κρίσης που σχετίζεται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της ειλικρινούς, συνεπής και εμπεριστατωμένη επικοινωνία με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά κοντά στον ασθενή, αισθάνεται ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ενδιαφέρονται για τον ασθενή, βλέποντας τον ασθενή συχνά και γνωρίζοντας ακριβώς τι έχει γίνει στον ασθενή. Οικογενειακή παρουσία μπορεί να ικανοποιήσει αυτές τις ανάγκες και είναι ένας τρόπος, και η οικογενειακή φροντίδα μπορεί να λειτουργήσει. Επιπλέον, η παρουσία της οικογένειας εκπληρώνει τον ασθενή ανάγκη υποστήριξης από έναν αγαπημένο.

Ο Friedman (1992) αναγνώρισε τη σημασία της οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας με βάση την ακόλουθη λογική:

- Η οικογένεια αποτελείται από αλληλεξαρτώμενα μέλη τα οποία αλληλοεπηρεάζονται. Όταν εκδηλωθεί μια ασθένεια σε ένα μέλος της, όλα τα υπόλοιπα μέλη συμπάσχουν. Η ολιστική προσέγγιση λαμβάνει υπόψη όλη την οικογένεια.
- Υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στην οικογένεια και στην κατάσταση της υγείας των μελών της. Επομένως, ο ρόλος της οικογένειας είναι σημαντικός σε κάθε στάδιο της νοσηλευτικής φροντίδας
- Το επίπεδο της ευημερίας της οικογένειας και, κατ' επέκταση κάθε μέλους της, μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά μέσω δραστηριοτήτων προαγωγής της υγείας
- Η ασθένεια που εκδηλώνεται σε κάποιο μέλος της οικογένειας μπορεί να σημαίνει την ύπαρξη του ίδιου προβλήματος και στα άλλα μέλη. Με την αξιολόγηση και τη νοσηλευτική παρέμβαση, ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας όλων των μελών της οικογένειας.

Η οικογένεια έχει ήδη περιγραφεί ως ένα αναπόσπαστο σύστημα και η αρρώστια ενός μέλους μπορεί να απειλήσει το σύστημα. Το αποτέλεσμα της απειλής του συστήματος μπορεί να επιφέρει φόβο, αγωνία, αίσθημα αδυναμίας και έλλειψη ελπίδας. Επίσης, μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσει σε σωματική και συναισθηματική εξάντληση. Γι' αυτό, κάθε παρέμβαση που μειώνει την επίδραση αυτών των πιέσεων, επιφέρει άμεσο όφελος στην οικογένεια (Dyer 1991).

Η αμοιβαία επίδραση συντελείται, γιατί η οικογένεια λειτουργεί ως κοινωνικό σύστημα που αποτελείται από αλληλοεπιδρώντα άτομα και οποιαδήποτε αλλαγή μέσα στο σύστημα επηρεάζει τη

σταθερότητα του (Σαββοπούλου 1997). Εφόσον η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα, η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα και ο τρόπος που το σύστημα αντιδρά έχει άμεση επίδραση στο μέλος που πάσχει (Κυριακίδου 1993). Συνεπώς, όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα τόσο πιο καλά προσαρμόζονται τα μέλη. Για το λόγο αυτό, τα μέλη της οικογένειας χρειάζεται να προσαρμόζονται στα διάφορα προβλήματα των ασθενών, προκειμένου να μπορούν να τους παρέχουν αποτελεσματική ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη (Ormandy 1997). Ο βαθμός επίδρασης της οικογένειας από την αρρώστια ενός μέλους της εξαρτάται από (Μπέλλου-Μυλωνά 2015):

- Την ανάθεση ρόλων μέσα στην οικογένεια.
- Το μέγεθος της συναισθηματικής συμπαράστασης που υπάρχει στα μέλη της οικογένειας.
- Τη σταθερότητα της οικονομικής κατάστασης της οικογένειας.

Η παρουσία της οικογένειας στο νοσοκομείο, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου, ενισχύεται από την αντίληψη της ολιστικής φροντίδας του αρρώστου. Η Νοσηλευτική ως επιστήμη, και τέχνη υποστηρίζει μία ανθρωποκεντρική και ολιστική θεώρηση της φροντίδας. Συνεπώς, για την επίτευξη μίας ολιστικής φροντίδας του αρρώστου απαιτείται η συνεχής επικοινωνία του νοσηλευτή με την οικογένειά του (Ραγιά Α. 1995)

Σύμφωνα με Oyesanya, & Bowers, (2017), οι φροντιστές της οικογένειας ανησυχούσαν για δύο τύπους ασφάλειας για τον ασθενή: φυσικό και συναισθηματικό. Η προστασία της σωματικής ασφάλειας του ασθενούς εστιάζεται στην πρόληψη της επανεμφάνισης, της κόπωσης ή της υπερδιέγερσης. Η προστασία της συναισθηματικής ασφάλειας του ασθενούς επικεντρώθηκε στη σταθεροποίηση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς. Οι φροντιστές οικογένειας προσπάθησαν να διατηρήσουν την ενέργεια για να έχουν αρκετή ενέργεια για να επικεντρωθούν στον ασθενή.

3.2. Παράγοντες που οδηγούν συνοδούς στο νοσοκομείο

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

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

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

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

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

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

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

Δυστυχώς, στην Ελλάδα στις μέρες μας η κατάσταση που επικρατεί στα νοσοκομεία ικανοποιεί στο ελάχιστο τις ανάγκες των ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αναγκαία ύπαρξη των συνοδών στα νοσοκομεία. Οι συγγενείς είναι χρήσιμοι αλλά και πολύτιμοι τόσο για τους ασθενείς όσο και για την κλινική (Μινάκη και συν. 2013).

3.3. Ανάγκες συγγενών - συνοδούς

Η νοσηλεία του αρρώστου στο νοσοκομείο δεν είναι ευχάριστο γεγονός για το άτομο και την οικογένεια και θα μπορούσε να προκαλέσει δυσλειτουργία και αστάθεια, τα οποία είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε οικογενειακή κρίση. Παράλληλα, οι άρρωστοι, των οποίων οι οικογένειες παρουσιάζουν μειωμένη αντίσταση, δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στην εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής (Σαπουντζή Δ 1995). Για την αποφυγή μίας τέτοιας οικογενειακής κρίσης είναι σημαντική η εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας, οι οποίες έχουν ταξινομηθεί ως εξής:

- ✔ ανάγκες γνώσεων,
- ✔ συναισθηματικές ανάγκες,
- ✔ και προσωπικές ανάγκες (Μπέλλου-Μυλωνά 2015).

α. Ανάγκες γνώσεων συγγενών

Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές οικογένειες έχουν ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στον άρρωστο (Smitka 1988). Οι ανάγκες γνώσεων των συγγενών σχετίζονται με πληροφορίες που αφορούν στην πρόοδο της κατάστασης του αρρώστου, τη θεραπεία, το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας και τη γενικότερη φροντίδα που παρέχεται στο νοσοκομείο. Γι' αυτό, οι πληροφορίες που παρέχονται θα πρέπει να είναι συνεπείς και ειλικρινείς, ενώ απαιτείται η συχνή επανάληψή τους προκειμένου να διασφαλίζεται η κατανόηση τους.

β. Συναισθηματικές ανάγκες οικογένειας.

Οι συναισθηματικές ανάγκες της οικογένειας αποσκοπούν στη στενή επαφή της με τον άρρωστο με σκοπό τη βελτίωση του θεραπευτικού προγράμματος, την επικοινωνία με το προσωπικό και τη συμμετοχή της στη φροντίδα του αρρώστου (Dyer 1991).

γ. Προσωπικές ανάγκες οικογένειας

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι προσωπικές ανάγκες της οικογένειας έχουν το μικρότερο ενδιαφέρον. Οι προσωπικές ανάγκες επικεντρώνονται στις ευκολίες που πρέπει να διαθέτει το νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, θεωρήθηκαν απαραίτητοι οι χώροι αναμονής και διαμονής για τα μέλη των οικογενειών που παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο, χώροι φαγητού, καθώς και άλλοι βασικοί κοινόχρηστοι χώροι. Επιπλέον, θα τους διευκόλυνε πολύ ένα άτομο από το χώρο του νοσοκομείου που να φροντίζει τις δικές τους ανάγκες (Dyer 1991)

Σύμφωνα με Καγάλιαρη και Σταματάκη (1996) Οι ανάγκες που κυρίως προκύπτουν για τα άτομα που φροντίζουν και στηρίζουν ασθενείς είναι:

- ✔ Ψυχολογικές-ψυχιατρικές
- ✔ Οικονομικές
- ✔ Πρακτικές που αφορούν στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων
- ✔ Κοινωνικές

Η μελέτη σχετικά με ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ που πραγματοποιήθηκε από Γιούρντα & Τουλιά (2015) δείχνει ότι οι συγγενείς νοσηλευόμενων ασθενών σε ΜΕΘ βιώνουν πλήθος αναγκών, εκ των οποίων οι κυριότερες είναι η ανάγκη του επισκεπτηρίου, της πληροφόρησης, της ενεργού συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά τη θεραπεία και τα ηθικά διλλήματα όπως επίσης η ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα.

Στην μελέτη συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης του Al - Mutair, (2013), συμπεριλήφθηκαν τριάντα μελέτες που αφορούσαν οικογενειακές ανάγκες συμμετοχή της οικογένειας στη συνήθη φροντίδα και συμμετοχή της οικογένειας κατά τη διάρκεια της ανάνηψης και άλλων επεμβατικών διαδικασιών. Οι μελέτες αποκάλυψαν ότι τα μέλη της οικογένειας κατέταξαν τόσο την ανάγκη για διασφάλιση όσο και την ανάγκη για πληροφόρηση ως το πιο σημαντικό. Επίσης οι μελέτες δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχουν θετική στάση απέναντι στη συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα ρουτίνας. Ωστόσο, τα μέλη της οικογένειας και το προσωπικό ΜΕΘ είχαν σημαντικά διαφορετικές απόψεις της εμπλοκής της οικογένειας κατά τη διάρκεια της ανάνηψης και άλλες επεμβατικές διαδικασίες (Al - Mutair, A 2103).

3.4 Επιβάρυνση συγγενών - συνοδούς

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

Πρόσφατη έρευνα έχει διερευνήσει τον ρόλο και τις εμπειρίες του οικογένεια ως μονάδα που επισημαίνει ένα υψηλό επίπεδο ανεκπλήρωτων αναγκών και (Coyne et al., 2012; Senden et al., 2015). Η οικογένεια έχει αναγνωριστεί ως "σιωπηλό φροντιστές" των ασθενών και συχνά είναι αόρατοι στο σχέδιο θεραπείας του ασθενή (Blum and Sherman, 2010 · Coyne et al., 2012 · Williams et al., 2013).

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

- Η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιοδήποτε παράγοντα διαταράσσει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επιδρούν στην οικογένεια, στους ρόλους, τα οικονομικά, τις σχέσεις, την υγεία των μελών, τις δραστηριότητες και την καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας.
- Η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία, τα συναισθήματα του φροντιστή όσον αφορά την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούνται στο άτομο.

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

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

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

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

- η χρόνια κόπωση
- η αϋπνία
- τα στομαχικά προβλήματα

●οι αλλαγές στο βάρος και στην όρεξη

●η εξουθένωση

●η γενική επιδείνωση της υγείας

●ο πονοκέφαλος

●η ταχυκαρδία και

●οι πόνοι στην οσφύ

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

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αναγκών συνοδών που φροντίζουν νοσηλευόμενους με καρκίνο:

Οι περισσότεροι φροντιστές εκτός του γεγονότος ότι είναι γυναίκες και έγγαμοι, παραμένουν στο νοσοκομείο περισσότερο από 8 ώρες ενώ εργάζονται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το αρνητικό αντίκτυπο στη φροντίδα του σπιτιού, των παιδιών αλλά και σε θέματα που αφορούν την προσωπική/ατομική τους φροντίδα.

Πολλοί φροντιστές επιβαρύνονται και με παραπάνω έξοδα όπως τα μεταφορικά και πληρώνουν για επιπλέον ή διαφορετικό φαγητό από του νοσοκομείου για τον ασθενή τους.

Οι φροντιστές εκφράζουν πολλά προβλήματα, σωματικά με κυρίαρχο την έντονη κούραση και την έλλειψη επαρκούς ύπνου και ψυχολογικά με κυρίαρχο το φόβο για το μέλλον του ασθενή τους και για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στον ασθενή.

Σύμφωνα με Yongmee Kim et. al (2014), το υποκειμενικό άγχος που προκαλεί η φροντίδα σχετίζεται με την παρουσία των σωματικών βλαβών μετά από 2 χρόνια καρκίνου και στην περαιτέρω εμφάνιση αυτών των προβλημάτων κατά τα επόμενα έτη. Οι φροντιστές ασθενών με καρκίνο ήταν περισσότερο πιθανόν να έχουν αρθρίτιδα και χρόνιο πόνο στην πλάτη και οι έμπειροι φροντιστές ήταν πιο πιθανό να έχουν καρδιακές παθήσεις χρόνια μετά την αρχική εμπειρία φροντίδας. Φροντιστές ήταν επίσης πιο πιθανό να αναπτύξει αρθρίτιδα και καρδιακές παθήσεις.

Η παροχή άτυπης φροντίδας στους συγγενείς με χρόνιες ασθένειες έχει συνδεθεί με την κακή σωματική υγεία. Σε σύγκριση με μη-φροντιστές που ταιριάζουν με το φύλο, οι φροντιστές αναφέρουν περισσότερα επεισόδια σωματικής δυσχέρειας και λοιμώδους νόσου, επιδεικνύουν βραδύτερη επούλωση για μικρές τυποποιημένες πληγές και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για στεφανιαία νόσο (Yongmee Kim et. al 2014).

Οι συγγενείς και κυρίως η οικογένεια βιώνουν συχνά προβλήματα από τη ψυχική σφαίρα, όπως άγχος και κατάθλιψη (Needham, 2012). Οι Pochard και συν.(2001) που μελέτησαν

τριακόσιους πενήντα επτά ασθενείς και 544 μέλη της οικογένειας από 78 ΜΕΘ (1184 κλίνες) στη Γαλλία έδειξαν ότι, το 73,4% και 35,3% των μελών της οικογένειας, βίωνε συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, αντίστοιχα. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν περισσότερο συχνά σε μέλη της οικογένειας ασθενών που απεβίωσαν (48,2%) συγκριτικά με των επιζώντων (32,7%).

Οι Choi και συν., (2012), υποστήριξαν ότι, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο, οι συγγενείς δίνουν λιγότερη προσοχή στις δικές τους ανάγκες για την υγεία, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται σημαντικά η υγεία τους όπως επίσης και η ικανότητά τους να παρέχουν στήριξη.

Διερεύνηση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών στο Αγγλία, Φινλανδία και Ελλάδα που πραγματοποιήθηκε από Uwe Konerding et.al. (2018), έδειξε πολιτιστικές ειδικότητες στην αποδοχή ρόλου φροντιστή.

Οι Άγγλοι αντιλαμβάνονται τη φροντίδα ως κάτι που είναι αρκετά σύμφωνο με τα οικογενειακά καθήκοντά τους, αλλά είναι σοβαρό μειονεκτήματα για την προσωπική τους ευημερία ως συνέπεια της εκτέλεσης όσων θεωρούν ως καθήκοντά τους. Οι παράμετροι που λήφθηκαν για τους συμμετέχοντες της Φινλανδικής μελέτης δείχνουν σχεδόν το αντίστροφο του αγγλικού σχεδίου. Αυτό υποδηλώνει ότι οι Φινλανδοί συμμετέχοντες αντιμετωπίζουν μια σύγκρουση μεταξύ των καθηκόντων τους προς τον λήπτη της περίθαλψης και των καθηκόντων τους έναντι άλλων προσώπων. Λαμβάνοντας υπόψη ότι οι Φινλανδοί λήπτες φροντίδας είναι κατά μέσο όρο λιγότερο συγκεχυμένοι από το αγγλικό και το ελληνικό δείγμα, οι Φινλανδοί φροντιστές αντιμετωπίζουν ήδη αυτή τη σύγκρουση σε πρώιμο στάδιο άνοιας του λήπτη της περίθαλψης. Ίσως ως αποτέλεσμα αυτού, ασχολούνται λιγότερο με τη φροντίδα από τους συμμετέχοντες στην Αγγλία και αυτό, με τη σειρά του, μπορεί να αποτρέψει ένα πολύ μεγάλο μειονέκτημα στην προσωπική τους ευημερία. Αυτό το φινλανδικό πρότυπο υποστήριξης είναι στενά ευθυγραμμισμένο με μια κουλτούρα μετακίνησης ατόμων με άνοια σε νοσηλευτικό ίδρυμα (nursing home) σε συγκριτικά πρώιμο στάδιο άνοιας. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι το αποτέλεσμα που διαπιστώνεται εδώ παράγεται από τις πραγματικές πολιτιστικές ειδικότητες (Konerding, et.al., 2018).

Οι παράμετροι που έχουν ληφθεί για τους Έλληνες συμμετέχοντες υποδηλώνουν ένα τελείως διαφορετικό είδος επιβάρυνσης. Σύμφωνα με αυτές τις παραμέτρους οι Έλληνες συμμετέχοντες έχουν μια συγκριτικά ισχυρή τάση να αναφέρουν δυσλειτουργίες της σωματικής τους υγείας λόγω της περίθαλψης. Σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στη μελέτη από τις άλλες δύο χώρες μελέτης, διστάζουν να δεχτούν μειονεκτήματα για άλλες πτυχές της προσωπικής τους ευεξίας. Αυτό το σχέδιο απόκρισης ευθυγραμμίζεται με μια κουλτούρα στην οποία η φροντίδα ηλικιωμένων και

μελών της οικογένειας που χρειάζονται καθημερινή βοήθεια είναι φυσική που δεν αμφισβητείται περαιτέρω (Konerding, et.al., 2018).

3.5 Δραστηριότητες συνοδών μέσα στο νοσοκομείο

Άρρωστοι, επισκέπτες, νοσηλευτές και γιατροί έχουν εκφράσει κοινές πεποιθήσεις για τη θετική συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο. Οι ίδιοι οι επισκέπτες επιθυμούν να έχουν το ρόλο του εμψυχωτή, επιβλέποντα, φροντιστή, συντρόφου, ηθοποιού. Εξάλλου, όπως προαναφέρθηκε, η οικογένεια αποτελεί σημαντική πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης για τους νοσηλευόμενους. Οι σημαντικότερες δραστηριότητες που μπορεί να επιτελέσει η οικογένεια κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός μέλους της το νοσοκομείο είναι:

• Η διατήρηση του προσανατολισμού και της επικοινωνίας του αρρώστου με την υπόλοιπη οικογένεια και το κοντινό περιβάλλον.

• Η ενημέρωσή τους σχετικά με την πρόγνωση της ασθένειας.

• Η ενημέρωσή τους σχετικά με το πρόγραμμα τη νοσηλευτικής φροντίδας.

• Η εξοικείωσή τους με το προσωπικό που φροντίζει τον άρρωστο.

• Η ενημέρωσή τους για τυχόν αλλαγές όταν απουσιάζουν από το νοσοκομείο.

• Η επικοινωνία με το νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος για τον άρρωστο.

• Η ενημέρωσή τους για το περιβάλλον όπου νοσηλεύεται ο άρρωστος.

• Η διαβεβαίωση ότι παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα.

• Οι ειλικρινείς απαντήσεις και οι κατανοητές εξηγήσεις για την κατάσταση του αρρώστου

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

Οι σημαντικότερες δραστηριότητες των συνοδών είναι η φροντίδα του στόματος, του προσώπου και γενικά του σώματος. Το στρώσιμο κρεβατιών και η τακτοποίηση του θαλάμου πολλές φορές γίνονται από τους συγγενείς. Επίσης, βοηθούν στη σίτιση και στη λήψη φαρμάκων του ασθενή. Ακόμη βοηθούν στην μετάταξη του ασθενή από το ένα τμήμα στο άλλο ή από

νοσοκομείο σε νοσοκομείο καθώς έχουν ευθύνη να συμπληρώσουν και να προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα στο γραφείο κίνησης.

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

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

Πίνακας 1. Η συχνότητα κατά την οποία οι συνοδοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς Sapountzi-Krepia et.al (2006)

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

φαρμάκων										
Βοήθεια στη χορήγηση φαρμάκων (υπόθετα)	6	7,5	-	5	2	2,5	7	8,75	65	81,25
Παροχή ουροδοχείου	9	11,5	4	6,25	15	18,75	5	6,25	47	58,75
Βοήθεια στο λούσιμο	7	8,75	5	8,75	9	11,25	22	27,5	37	46,25
Βοήθεια στο μπάνιο	15	18,75	7	10	14	17,5	14	17,5	30	37,5
Βοήθεια στη μεταφορά από το κρεβάτι και σε αυτό πάλι	8	10	8	5	35	43,75	10	12,5	19	23,75
Βοήθεια στη μεταφορά σε άλλο τμήμα	45	56,25	4	1	2	2,5	10	12,5	19	23,75
Βοήθεια στις σωματικές ασκήσεις θεραπείας	7	2,6	1	1,3	61	78,2	6	8,1	10	11,5
Κοινωνικές δουλειές ασθενούς (ψώνια, τράπεζα κτλ)	17	23,3	4	5,5	16	21,9	31	42,5	12	6,8

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού για παρουσία οικογένειας στο νοσοκομείο

4.1 Παρουσία οικογένειας σε παιδιατρικές κλινικές

Η φιλοσοφία οικογενειοκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας ενθαρρύνει τους γονείς να είναι παρόντες κατά την διάρκεια ιατρικών πράξεων στα παιδιά τους. Παρά τους γονείς που δείχνουν προθυμία να συνοδεύουν τα παιδιά τους κατά τη διάρκεια αυτών των διαδικασιών, η στάση του προσωπικού και θεσμική πολιτική δυσκολεύουν την παρουσία τους (Fisher et. al. 2008).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά εκφράζουν την ανησυχία τους για την παρουσία των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια ιατρικών πράξεων, επειδή τα μέλη της οικογένειας ενδέχεται να παρατηρούν κακή απόδοση της παροχής φροντίδας. Τα μέλη του προσωπικού μπορεί να χάσουν τη συγκέντρωσή τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας. Επιπρόσθετα, το προσωπικό μπορεί να βιώσει μια απώλεια εξουσίας με γονική παρουσία (Doyle et al 1987, Brown & Ritchie 1990, Bassler 1999). Bauchner et al., (1996) σε μια ευρέως τυποποιημένη μελέτη αποδεικνύει ότι η γονική παρουσία δεν επηρέασε αρνητικά τις επιδόσεις των κλινικών ιατρών ούτε αυξάνει το άγχος του κλινικού ιατρού.

Σε μία μελέτη που διερευνούσε τις απόψεις των Νοσηλευτών σχετικά με τη σπουδαιότητα της συμμετοχής των γονέων στη σωματική και ψυχολογική φροντίδα του παιδιού τους που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, παραπάνω από το 80% των Νοσηλευτών θεώρησαν ως πολύ σημαντική τη συμμετοχή των γονιών στην κάλυψη των σωματικών αναγκών του παιδιού. Παράλληλα, παραπάνω από το 70% των Νοσηλευτών θεώρησαν ως εξίσου σημαντική την ικανότητα των γονιών να συμμετέχουν στην ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών τους που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο (Evagelou et al., 2003). Σε μία παρόμοια μελέτη σχετικά με το εάν οι γονείς επιθυμούν να παρευρίσκονται δίπλα στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια κάποιων επίπονων παιδιατρικών διαδικασιών, το 74.6% των γονιών επιθυμούσαν να παρευρίσκονται δίπλα στα παιδιά τους, υποστηρίζοντας ότι το παιδί θα είναι πιο συνεργάσιμο αφού θα αισθάνεται την ασφάλεια των γονιών του (Kyritsi et. al 2004).

Λίγες άλλες μελέτες έχουν χαρακτηρίσει τους λόγους υγείας οι επαγγελματίες φροντίδας προτιμούν ή αντιτίθενται στην ΑΚΜ κατά τη διάρκεια των διαδικασιών (Fein et. al., 2004). Οι Merritt et al., (1990), διαπίστωσαν ότι οι γιατροί αναφέρουν την έλλειψη αυτοπεποίθησης, την πιθανότητα απόσπασης της προσοχής από τη διαδικασία και την ανησυχία ότι το παιδί θα

κατηγορούσε τον γονέα για τη διαδικασία. Οι Bauchner et. al., (1996), αναφέρουν την ανησυχία των νοσηλευτών ότι η παρουσία της οικογένειας μπορεί να κάνει το παιδί διαταραγμένο, να κάνει τον γιατρό νευρικό και να οδηγήσει σε παρεμπόδιση της περίθαλψης.

Η μελέτη των. Fein et. al., (2004) διερεύνησε τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της παρουσίας των μελών της οικογένειας από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για ένα ευρύ φάσμα διαδικασιών στο παιδιατρικό τμήμα έκτακτης ανάγκης. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις διαδικασίες: τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα, τοποθέτηση καθετήρα κύστεως, συρραφή, οσφυονωτιαία παρακέντηση, ανάταξη κατάγματος, τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα, ενδοτραχειακή διασωλήνωση, καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές παρείχαν παρόμοια υψηλή βαθμολογία έγκρισης για λιγότερο επεμβατικές διαδικασίες, με μείωση της έγκρισης για περισσότερο επεμβατικές ή απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις. Τα κοινά εκφρασμένα δυνητικά πλεονεκτήματα ήταν η ικανότητα να ηρεμήσει τον ασθενή, η μειωμένη γονική «αδυναμία», και η αυξημένη γονική γνώση ότι όλα έγιναν. Τα μειονεκτήματα περιλαμβάνουν υψηλότερο άγχος στο δωμάτιο, ενοχλητικές γονικές μνήμες και βλάβη στην επιτυχία της διαδικασίας. Οι ιατροδικαστικές ανησυχίες, η έλλειψη εμπιστοσύνης των παρόχων και το δυσκολότερο περιβάλλον διδασκαλίας αναφέρθηκαν ασυνήθιστα ως μειονεκτήματα. Το προσωπικό του τμήματος έκτακτης ανάγκης υποστηρίζουν την παρουσία των μελών της οικογένειας κατα της μικρές διαδικασίες, αλλά εκφράζουν ανησυχία σχετικά με τις επιπτώσεις αυτής της πρακτικής στην οικογένεια και την επιτυχία της διαδικασίας. Οι περισσότεροι παθολόγοι και νοσηλευτές υποστηρίζουν την παρουσία των μελών της οικογένειας κατά τη διάρκεια της αγωγής επεμβατικές διαδικασίες και αναζωογόνησης.

4.2 Παρουσία οικογένειας στις ΜΕΘ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ένα τμήμα του νοσοκομείου στο οποίο ιατροί και νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις και όπου οι παρεμβάσεις του είναι σύνθετες, άμεσες και απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις λόγω του προηγμένου τεχνικού εξοπλισμού, των αυξημένων απαιτήσεων, καθώς και των υψηλών προδιαγραφών (Ψαθάς, και συν., 2012) .

Οι ασθενείς αποζητούν την παρουσία της οικογένειάς τους, κυρίως επειδή απλά χρειάζονται κάποιον δίπλα τους. Αισθάνονται ότι η οικογένεια τους προσέχει και τους κάνει να αισθάνονται

ασφαλείς και προστατευμένοι. Επίσης, οι οικογένειες βοηθούν τους ασθενείς να έχουν βελτιωμένη διάθεση και να διατηρούν την ελπίδα τους, αλλά έχουν και τη δυνατότητα να λάβουν αποφάσεις για λογαριασμό τους (Hupcey 1999).

Ένας τρόπος να είναι οι συγγενείς κοντά στον ασθενή κατά τη διάρκεια νοσηλείας του στη ΜΕΘ είναι το επισκεπτήριο. Η εφαρμογή ενός ανοικτού επισκεπτηρίου φαίνεται ότι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις απόψεις και τις πεποιθήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Simpson, et.al., 1996).

Σε μελέτη του Ψαθά, και συν., (2012), όπου συμμετείχαν 179 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) που εργάζονταν σε 4 ΜΕΘ νοσοκομείων του λεκανοπεδίου της Αττικής, εκτιμήθηκαν οι απόψεων και τις πεποιθήσεως του προσωπικού που εργάζονται στις ΜΕΘ σε σχέση με το επισκεπτήριο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ιατροί υπερισχύουν στις απόψεις τους έναντι των νοσηλευτών για την ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στον ασθενή και ότι η πολιτική του ανοικτού επισκεπτηρίου είναι σημαντική για την ανάρρωση του ασθενούς. Αντίθετα, οι νοσηλευτές συμφωνούν σημαντικά περισσότερο σε σχέση με τους ιατρούς ότι το επισκεπτήριο προκαλεί σωματικό stress στους ασθενείς και ίσως θα ήταν καλύτερο να εφαρμόζεται η πολιτική του κλειστού επισκεπτηρίου. Οι απόψεις των νοσηλευτών για το επισκεπτήριο στις ΜΕΘ έχουν εκτιμηθεί επανειλημμένα και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δε διαφέρουν από εκείνα που αναφέρονται σε μελέτες άλλων χωρών, όπου προτιμάται η πολιτική του κλειστού επισκεπτηρίου. Η πεποίθηση αυτή πιθανόν να προκύπτει από το γεγονός ότι η ακριβώς αντίθετη πολιτική ενδεχομένως να έχει αρνητικές επιπτώσεις στον ασθενή περιορίζοντας τη διαδικασία της φροντίδας του.

Σε ανάλογη μελέτη των Biancofiore et al., (2007), όπου συμμετείχαν 377 νοσηλευτές και 230 ιατροί, εκτιμήθηκαν οι απόψεις των δύο ομάδων και ο βαθμός αποδοχής μιας πολιτικής ανοικτού επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ. Οι περισσότεροι νοσηλευτές, σε αντίθεση με τους ιατρούς, υποστήριξαν ότι το ανοικτό επισκεπτήριο καταπατά την ιδιωτική ζωή του ασθενούς, προκαλεί διενέξεις μεταξύ ασθενών και λειτουργών υγείας και επιτρέπει στους συγγενείς να επεμβαίνουν στα καθήκοντά τους. Επίσης, προκαλεί αιμοδυναμική αστάθεια και άγχος στον ασθενή.

Ανάλογη μελέτη των Berti et al., (2006), επιβεβαιώνει τη στάση των νοσηλευτών όσον αφορά στην εφαρμογή του ανοικτού επισκεπτηρίου. Δεν ήταν λίγοι οι νοσηλευτές (75,2%) που υποστήριξαν ότι η εφαρμογή μιας τέτοιας πολιτικής θα σταθεί εμπόδιο στην παροχή επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας και θα χρειαστεί οι νοσηλευτές να διαθέτουν περισσότερο χρόνο παρέχοντας πληροφορίες στους συγγενείς όσον αφορά στην κατάσταση του ασθενούς.

Η μελέτη των Fumagalli et al., (2006), υποστηρίζει την απελευθέρωση του ωραρίου του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ δεν αυξάνει τις επιπλοκές, αλλά, αντίθετα, μειώνει τις καρδιαγγειακές επιπλοκές μέσω ορμονικών μηχανισμών και μέσω της μείωσης του άγχους που προκαλείται στον ασθενή από την έλλειψη των συγγενών του.

Γενικά, η ευεργετική επίδραση του επισκεπτηρίου στη ΜΕΘ επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Όμως, σύμφωνα με τον Giannini, (2016) δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως, αν η παρουσία των συγγενών στο πλευρό των ασθενών επιδρά θετικά ή όχι. Σε αυτά που πρέπει να σταθεί κάποιος είναι κυρίως η εκπαίδευση των ιατρών και των νοσηλευτών, καθώς και η ευαισθητοποίησή τους σε θέματα που αφορούν στη ΜΕΘ (επισκεπτήριο, ανάγκες ασθενών και συγγενών).

Ανάλογη μελέτη των Diane K. Chapman, et al., (2017), που πραγματοποιήθηκε στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας των 24 κλινών σε ένα ακαδημαϊκό νοσοκομείο τριτοβάθμιας φροντίδας στις δυτικές Ηνωμένες Πολιτείες. Η μελέτη ανακάλυψε ότι ανοιχτό επισκεπτήριο βελτίωσαν σημαντικά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για ικανοποίηση της οικογένειας με την πολιτική επίσκεψης. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική αλλαγή στην αναφερόμενη από τις νοσηλευτές οικογενειακή παρέμβαση στην κλινική φροντίδα τους. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές με 15 έως 20 χρόνια εμπειρίας είχαν περισσότερες πιθανότητες να αντιλαμβάνονται τις οικογένειες ως παρεμβαίνοντες στην κλινική φροντίδα από τις νοσηλευτές όλων των άλλων επιπέδων εμπειρίας. Οι νοσηλευτές που είχαν προηγουμένως νοσηλευτεί θεώρησαν ότι οι οικογένειες των ασθενών ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την πολιτική επίσκεψης από τις νοσηλευτές που δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ. Οι λόγοι για αυτή τη διαφορά είναι άγνωστοι, αλλά θα μπορούσαν να σχετίζονται με αυξημένη ενσυναίσθηση μεταξύ νοσηλευτές με ιστορικό προηγούμενης νοσηλείας ή θα μπορούσαν να αντανακλούν την προέκταση των νοσοκόμων από την προσωπική τους εμπειρία.

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση Monroe, & Wofford, (2017), ερευνούν τα υπάρχοντα δεδομένα σχετικά με τις επιπτώσεις της ανοικτής επίσκεψης στην ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών ΜΕΘ. Η έρευνα της βιβλιογραφίας περιλάμβανε 32 άρθρα. Τα αποτελέσματα ανασκόπησης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τα οφέλη που έχει η ανοικτή επίσκεψη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες.

Ωστόσο, παρουσία οικογένειας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το φόρτο εργασίας για προσωπικό. Στα προβλήματα που δημιουργούνται από ανοιχτό επισκεπτήριο αναφέρονται (Monroe, & Wofford, 2017):

- η αυξημένη παρουσία της οικογένειας παρεμβαίνει στην παροχή φροντίδας και προκαλεί αποδιοργάνωση
- διακοπές στην περίθαλψη μπορεί να συμβούν όταν υπάρχει μια συνεχής ροή επισκεπτών και όταν η φροντίδα καθυστερεί για να επιτρέψει χρόνο για επίσκεψη
- οι νοσηλευτές δυσκολεύονταν να ασκούν πολύπλοκη φροντίδα και μερικές φορές δεν μπορούν να διαχειριστούν τα προβλήματα κρίσιμης φροντίδας με τους παρόντες επισκέπτες
- οι νοσηλευτές θεώρησαν επίσης ότι δεν μπορούσαν να προστατεύσουν πλήρως την ιδιωτική ζωή των ασθενών σε ανοικτή επίσκεψη
- οι νοσηλευτές περιγράφουν ότι είναι συγκλονισμένοι από τις συνεχείς απαιτήσεις πληροφοριών
- οι νοσηλευτές πιστεύουν επίσης ότι ορισμένοι επισκέπτες θέτουν τις δικές τους ανάγκες πριν από τις ανάγκες του ασθενούς και δημιουργούν σύγκρουση μεταξύ νοσοκόμων και οικογενειών
- Οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι η οικογενειακή επιθετικότητα τους κάνει να αισθάνονται ανασφαλείς κατά περιόδους

Τα νοσοκομεία πρέπει να εφαρμόσουν στρατηγικές για να διευκολύνουν την ανοικτή επίσκεψη ενώ ελαχιστοποιούν το αρνητικό αντίκτυπο στους νοσηλευτές. Είναι πολύ σημαντικό τα νοσοκομεία να αναπτύξουν στρατηγικές για την υποστήριξη των νοσηλευτών στη διαχείριση της εργασίας και του άγχους για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών. Οι πιθανές στρατηγικές περιλαμβάνουν τη βελτίωση του προσωπικού, την παροχή κατάλληλης εκπαίδευσης και κατάρτισης, τη βελτίωση των επιπέδων εμπιστοσύνης, τη δημιουργία ρόλων αφιερωμένων στην παροχή βοήθειας στις οικογένειες και την παροχή πόρων σε νοσηλευτές (Monroe, & Wofford, 2017).

4.3 Παρουσία οικογένειας στα ΤΕΠ

Τα μέλη της οικογένειας συχνά φέρνουν ασθενείς στο τμήμα έκτακτης ανάγκης και συχνά αποτελούν μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Επομένως, οι νοσηλευτές του τμήματος έκτακτης ανάγκης μπορεί να είναι πιο συνηθισμένοι να συμπεριλαμβάνουν τις οικογένειες στο περιβάλλον φροντίδας (Duran, et al., 2007).

Εκφράζονται ανησυχίες από τους νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης ότι η οικογενειακή παρουσία κατά τη διάρκεια των διαδικασιών και της αναζωογόνησης είναι πολύ τραυματική για τις οικογένειες μάρτυρες, η παρουσία τους μπορεί να εμποδίσει τη φροντίδα από την ομάδα έκτακτης ανάγκης ή να προκαλέσει συναισθηματικές εκρήξεις από τα μέλη της οικογένειας. Η πρόκληση είναι ότι οι νοσηλευτές αναμένεται να εκτελούν φροντίδα ασθενών και να στηρίζουν οικογένειες κατά τη διάρκεια αυτών των τραυματικών συμβάντων (Emergency Nurses Association 1994). Ωστόσο, οι πάροχοι που έχουν εμπειρία στην οικογένεια τείνουν να υποστηρίζουν αυτήν την πρακτική.

Οι φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης ανέφεραν ότι είχαν πολλές ανησυχίες για την παρουσία της οικογένειας Οι ανησυχίες για την ασφάλεια των ασθενών και των οικογενειών τους αναφέρθηκαν ως δυνητικό εμπόδιο στην παρουσία της οικογένειας (Duran, et al., 2007). Ωστόσο, υπάρχουν δεδομένα που δεν υποστηρίζουν αυτές τις ανησυχίες και ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θεωρούν ότι η οικογενειακή παρουσία βοηθάει και στον ασθενή και στα μέλη της οικογένειας, και ότι τα μέλη της οικογένειας ενήργησαν κατάλληλα κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης. Επιπλέον, τα μέλη της οικογένειας και οι ασθενείς κατανοούσαν ότι η παρουσία της οικογένειας ήταν μόνο στην περίπτωση αν το μέλος της οικογένειας δεν παρενέβει στη φροντίδα και κάποια μέλη της οικογένειας απομακρύνθηκαν από τον ασθενούς εάν απογοητευθούν πολύ συναισθηματικά. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι ασθενείς και οι οικογένειες όχι μόνο κατανοούν τους περιορισμούς τους αλλά είναι σε θέση να καθορίσουν πότε η παρουσία της οικογένειας μπορεί να είναι ακατάλληλη (Meyers et. al., 2000) .

Η ανησυχία για τη συναισθηματική ευημερία των μελών της οικογένειας των ασθενών είναι ένα άλλο εμπόδιο στην παρουσία της οικογένειας. Παρόλο που οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ανησυχούν για τις συναισθηματικές επιπτώσεις στις οικογένειες των ασθενών, οι οικογένειες δεν ανέφεραν δυσμενείς επιδράσεις. (Meyers et. al., 2000) .Σε μια μελέτη των ψυχολογικών επιδράσεων της παρουσίας στην ανάνηψη ενός μέλους οικογένειας, οι Robinson et al., (1998), δεν βρήκαν ψυχολογικό τραύμα στα μέλη της οικογένειας.

Μια μελέτη πού πραγματοποιήθηκε από Duran, et al., (2007), περιγράφει τις πεποιθήσεις και τις στάσεις απέναντι στην παρουσία οικογένειας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών και οι μονάδες εντατικής θεραπείας ενηλίκων και νεογνών ενός αστικού ακαδημαϊκού νοσοκομείου με 300 κρεβάτια εξετάστηκαν.

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναφέρθηκαν το άγχος ως δυνητικό εμπόδιο στην παρουσία της οικογένειας. Στη μελέτη οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης τόνισαν ότι η παρουσία της οικογένειας πρέπει να είναι μια επιλογή επειδή οι καταστάσεις είναι μεταβλητές. Οι

περισσότεροι πάροχοι πίστευαν ότι πρέπει να υπάρχει πολιτική και οι οδηγίες που ακολουθούνται με συνέπεια κατά τη διάρκεια επεισοδίου παρουσίας της οικογένειας. Σύμφωνα με άλλα ευρήματα, νοσηλευτές στη μελέτη ευνόησαν περισσότερο την ανάπτυξη πολιτικής από γιατρούς.

Σύμφωνα με τον Ellison (2003), οι νοσηλευτές που είχαν εμπειρία στην οικογενειακή παρουσία κατά τις διαδικασίες έκτακτης ανάγκης εξέφρασαν την αίσθηση της προσωπικότητας για τον ασθενή και την ικανότητα να βλέπουν αυτούς τους ασθενείς ως μέλη της οικογένειας. Αυτές οι συμπεριφορές προωθούν το κλείσιμο και βοηθούν τα μέλη της οικογένειας στις θλίψεις τους. Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι η παρουσία της οικογένειας ενθάρρυνε την πιο επαγγελματική συμπεριφορά και πρόσφερε ευκαιρίες για την προώθηση της ανοικτής επικοινωνίας μεταξύ οικογένειας και προσωπικού. Πρόσθετα οφέλη που επιτεύχθηκαν επιτρέποντας την παρουσία της οικογένειας στο κρεβάτι ήταν η βοήθεια για τη διασφάλιση σωστών διαδικασιών, η προώθηση των αποφάσεων λήξης της ζωής και η αυξημένη άνεση και καθοδήγηση για την αύξηση της κατανόησης της κατάστασης του ασθενούς από την οικογένεια. Η παροχή οικογενειακής παρουσίας δίνει στην οικογένεια την ευκαιρία να παρακολουθήσει και να γνωρίζει τις προσπάθειες που έγιναν για να σώσει τον αγαπημένο τους. Η οικογενειακή παρουσία προήγαγε μειωμένη αβεβαιότητα και αυξημένη ειρήνη στο μυαλό. Είναι σημαντικό να επαναλάβουμε ότι η εκπαιδευτική προετοιμασία των νοσοκόμων, για παράδειγμα, για να αποκτήσουν πιστοποίηση ειδικότητας και συνεχή εκπαίδευση, και οι εμπειρίες τους με την παρουσία της οικογένειας στο κρεβάτι ήταν βασικοί καθοριστικοί παράγοντες για την αποδοχή στην πράξη.

4.4 Οικογενειακή παρουσία κατά τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα

Η έρευνα που έχει αναφερθεί στην παρουσία της οικογένειας κατά τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στις ώρες επισκέψεων του νοσοκομείου. Στην έρευνα για 125 τυχαία επιλεγμένα νοσοκομεία, ο Whitis (1994) διαπίστωσε ότι το 54% των νοσηλευτών δήλωσε ότι ήταν συνήθως υπεύθυνοι για την παρακολούθηση και τον περιορισμό των ωρών επίσκεψης. Στο 60% των ερωτηθέντων, τα νοσοκομεία περιορίζουν τον αριθμό των επισκεπτών ανά πάσα στιγμή. Οι ασθενείς με ιδιωτικά δωμάτια είχαν περισσότερες φιλελεύθερες ώρες επισκέψεων. Ο Astedt-Kurki et al. (1997), μελέτησε τις εμπειρίες των μελών της οικογένειας ως επισκέπτες σε μια μικρή πιλοτική μελέτη. Το 76% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι αισθάνονταν ευπρόσδεκτοι στη μονάδα φροντίδας ασθενών. Ωστόσο, μόνο το 33% πιστεύει ότι οι νοσηλευτές έδειξαν ενδιαφέρον για την ευεξία της οικογένειας. Αυτοί οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένας σημαντικός ρόλος για το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν να διευκολύνει την ένταξη των μελών της οικογένειας

σε διαδικασίες νοσηλευτικής φροντίδας. Στη μελέτη για 863 ασθενείς, επισκέπτες και νοσηλευτές σχετικά με τις προτιμήσεις επίσκεψης, ο Tanner (2005) διαπίστωσε ότι καμία ομάδα προτίμησε εντελώς ανοικτή επισκεπτήριο. Επίσης, διαπίστωσε ότι 35% των ασθενών αισθάνθηκαν ντροπιασμένοι να λάβουν νοσηλευτική φροντίδα όταν οι επισκέπτες ήταν παρόντες. Επιπλέον, οι ασθενείς (45%) προτιμούσαν να έχουν «ήσυχο χρόνο».

Περιπτωσιολογικές μελέτες σχετικά με τις ώρες επισκεπτηρίου υπογραμμίζουν θέματα όπως η ασφάλεια, η επικοινωνία με μέλους οικογένειας και η διαχείριση συγκρούσεων μεταξύ προσωπικού, ασθενών και οικογένειας. Η στενή συνεργασία με την υπηρεσία ασφάλειας είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη διασφάλισης του προσωπικού και της ασφάλειας των ασθενών όταν οι επισκέπτες είναι παρόντες (Coughlin, 2002). Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί επίσης να επωφεληθεί από την περιοδική εκπαίδευση και κατάρτιση δεξιοτήτων που σχετίζονται με την επικοινωνία με τους επισκέπτες και τη διαχείριση των συγκρούσεων (Messner, 1996).

Συνοπτικά, οι νοοτροπίες των νοσηλευτών, η εκπαίδευση του προσωπικού, ο τύπος μονάδας, η θεσμική πολιτική και ο χώρος και ο σχεδιασμός των μονάδων φαίνεται να είναι παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την παρουσία της οικογένειας. Οι νοσηλευτές βλέπουν ότι η παρουσία της οικογένειας μπορεί να μειώσει το άγχος του ασθενούς και να είναι παρήγορο. Ωστόσο, συχνά διαφωνούν σχετικά με αυτό το θέμα αναφέροντας ανησυχίες σχετικά με την αναγκαιότητα ανάπαυσης του ασθενούς, τη διακοπή της περίθαλψης και της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς και άλλων ασθενών και την ασφάλεια του προσωπικού όταν τα μέλη της οικογένειας είναι αναστατωμένα και συναισθηματικά. Επιπρόσθετα, ο έλεγχος των μελών της οικογένειας κατά τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα και τις διαδικασίες είναι μερικές φορές δυσάρεστη για το νοσηλευτικό προσωπικό. Απαιτείται εκπαίδευση για το νοσηλευτικό προσωπικό σε αυτό το θέμα και άμεση πρόσβαση στην εποπτική υποστήριξη, όπως απαιτείται (Fisher, 2008).

4.5 Παρουσία οικογένειας σε ογκολογική κλινική

Το φαινόμενο της άτυπης φροντίδας εμφανίζεται στα νοσοκομεία των Αθηνών, καθώς και σε νοσοκομεία που βρίσκονται σε άλλες ελληνικές πόλεις. Παρόμοια κατάσταση ανεπίσημης φροντίδας παρατηρείται στον Καναδά, όπως φαίνεται από τα πορίσματα μιας ποιοτικής μελέτης σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους των προχωρημένων ασθενών με καρκίνο του μαστού

Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού δήλωσε ότι τα μέλη της οικογένειας μένουν πολύ περισσότερο στους ασθενείς από ό, τι επιτρέπουν οι ώρες επισκεπτηρίου, προκειμένου να τους βοηθήσουν με τη φροντίδα τους (Sapountzi - Krepia et al 2008).

Στην μελέτη της Sapountzi - Krepia et al., (2008), διερεύνησαν τις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις δραστηριότητες φροντίδας που παρέχονται συνήθως από τα μέλη της οικογένειας στους νοσηλευόμενους συγγενείς τους. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε ογκολογικό νοσοκομείο 350 κλινών. Η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (n = 80, 58%) διαφώνησε εντελώς με τους άτυπους νοσηλευτές που «αλλάζουν το κρεβάτι του ασθενούς», 81 (58,3%) διαφώνησαν εντελώς με την αλλαγή σεντονιών », 76 (55,1) με το να τους προσφέρουν «βοήθεια με το πλύσιμο σώματος στο κρεβάτι» και 80 (58%) διαφώνησαν εντελώς με τους φροντιστές να είναι εκείνοι που «μεταφέρουν τον ασθενή στα νοσοκομειακά τμήματα». Από την άλλη πλευρά, 73 νοσηλευτές (52,9%) συμφώνησαν με τους φροντιστές που προσφέρουν τη βοήθεια στο ντύσιμο, 87 (62,1%) συμφώνησαν με συγγενείς που προσέφεραν «βοήθεια με τη σίτιση» και 82 (58,6%) συμφώνησαν με την παρακολούθηση των φροντιστών ροή του IV υγρό'.

Μία ερώτηση ζήτησε από τους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απόψεις τους σχετικά με τους λόγους που οδήγησαν τους συγγενείς των ασθενών να παραμείνουν δίπλα τους. Δεδομένου ότι θα μπορούσαν να δώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις, 68 (37,4%) των ατόμων απάντησαν ότι οι συγγενείς παραμένουν δίπλα λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, 45 (24,7%), λόγω της σοβαρότητας της κατάστασης του ασθενούς, 27 %) για να παρέχεται στους ασθενείς ψυχολογική στήριξη, 16 (8,8%) από φόβο για την ασφάλεια των ασθενών και 3,8% (n = 7) λόγω πολιτιστικών λόγων αλληλεγγύης μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου προτείνουν στην οικογένεια να αναθέσει σε κάποιον να παραμείνει την νύχτα δίπλα στον ασθενή περισσότερο από τις επίσημες ώρες επισκέψεων για να τον βοηθήσει. Επιπλέον, ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων νοσηλευτών δήλωσε ότι συνήθως το προσωπικό προτείνει στην οικογένεια να μισθώσει βοηθός ασθενούς με ιδιωτική αμοιβή, αν λείπουν μέλη της οικογένειας. Αυτά τα ευρήματα τονίζουν και πάλι το πρόβλημα του ανεπαρκούς αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού που αναγκάζει τους συγγενείς να παραμείνουν δίπλα στον ασθενή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Μεθοδολογία Έρευνας

5.2 Είδος Μελέτης

Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε σε περιγραφική μελέτη με μερικές συσχετίσεις για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Σύμφωνα με τον Μερκούρη (2008) ο περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για τη λήψη πληροφοριών, ενώ δεν γίνεται καμία παρέμβαση.

5.2 Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την παρουσία συνοδών ασθενών στο Νοσοκομείο και να αξιολογηθούν τα μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα της παρουσίας των συνοδών ασθενών για το νοσηλευτικό προσωπικό.

5.3 Δείγμα – Δειγματοληπτική μέθοδος

Η μελέτη έγινε σε δύο Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία της Αττικής.

Στην παρούσα μελέτη, εφαρμόστηκε η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), η οποία πρόκειται για δειγματοληψία που γίνεται για λόγους ευκολίας (π.χ. χρησιμοποιούνται άτομα που είναι εύκολα συμπεριληφθούν, που βρίσκονται κοντά ή είναι πιθανό να αποκριθούν). Η μέθοδος αυτή συνήθως χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση πολύπλοκων ζητημάτων (Bowling 2014, p. 248). Πληθυσμό πρόσβασης αποτέλεσαν οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και οι βοηθοί νοσηλευτών.

5.4 Ερευνητικό εργαλείο

Το ερευνητικό εργαλείο που επιλέχτηκε και χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των δεδομένων είναι ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το όποιο δημιουργήθηκε από τους ερευνητές με βάση τη βιβλιογραφία και συγκεκριμένα βασίστηκε σε προηγούμενες σχετικές μελέτες. (Ψαθάς, Αργυρίου 2012, Αμανατίδου Καραμάνη 2013). Η πρώτη ενότητα αποτελείται από ερωτήσεις συμφωνίας και ασυμφωνίας σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για την παρουσία συνοδών ασθενών στο κλινικό περιβάλλον. Η δεύτερη ενότητα ερωτήσεων ασυμφωνίας-συμφωνίας διερευνά τις απόψεις των νοσηλευτών για την ανάληψη μέρους νοσηλευτικών καθηκόντων από τους συνοδούς των ασθενών. Τέλος η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου για τη συγκέντρωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος.

5.5 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης-πιλοτική μελέτη

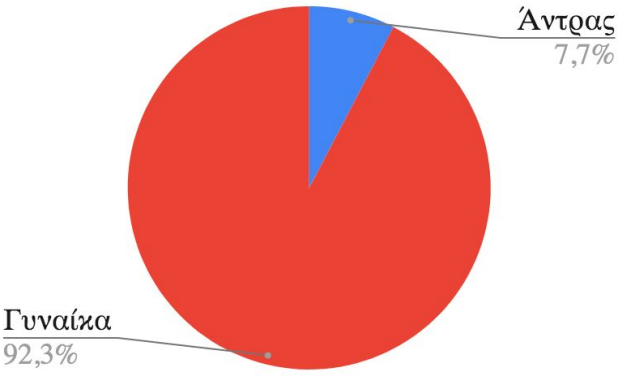
Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων παρουσιάζονται σε εκατοστιαίες αναλογίες σύμφωνα με τη συχνότητα των απαντήσεων ανά ερώτηση. (ποσοστό επι τοις εκατό).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - Αποτελέσματα της έρευνας

6.1 Περιγραφή του δείγματος

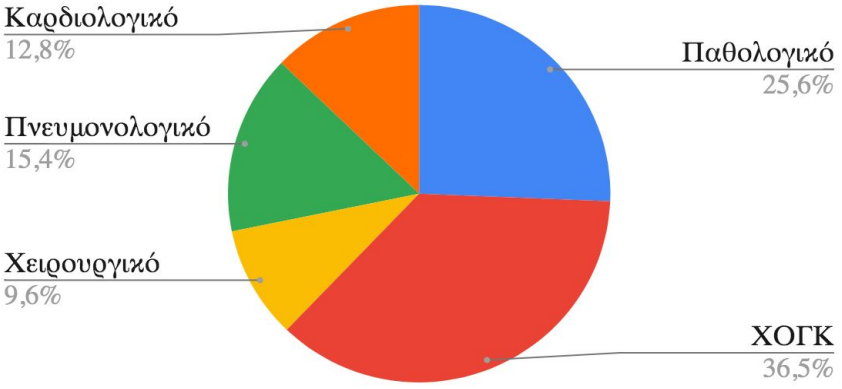
Το μέγεθος του δείγματος αποτελείται από 156 νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα σε Γενικά Δημόσια Νοσοκομεία της Αττικής.

Στο σύνολο του δείγματος 92,3% είναι γυναίκες και 7,7 % άνδρες, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 1. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 35,5 έτη.



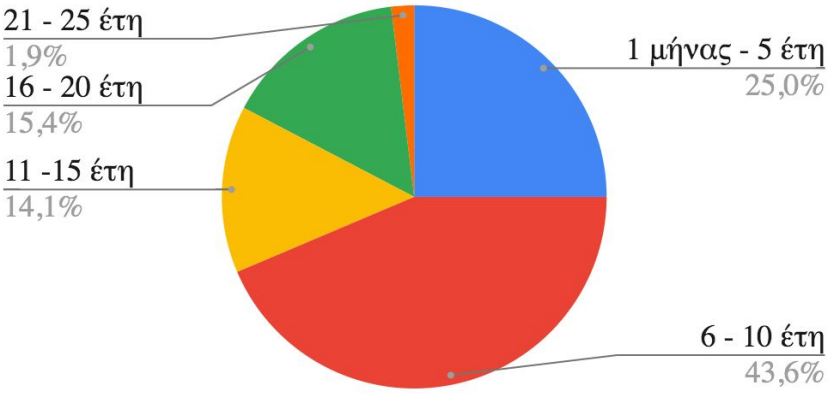
Διάγραμμα 1. Κατανομή συμμετεχόντων ανά φύλο

Το 36,5% το δείγματος εργάζονται σε χειρουργικό ογκολογικό τμήμα, το 25,6% στο παθολογικό, 15,4% στο πνευμονολογικό, 12,8% στο καρδιολογικό και 9,6% στο χειρουργικό τμήμα (Διαγραμμα 2).



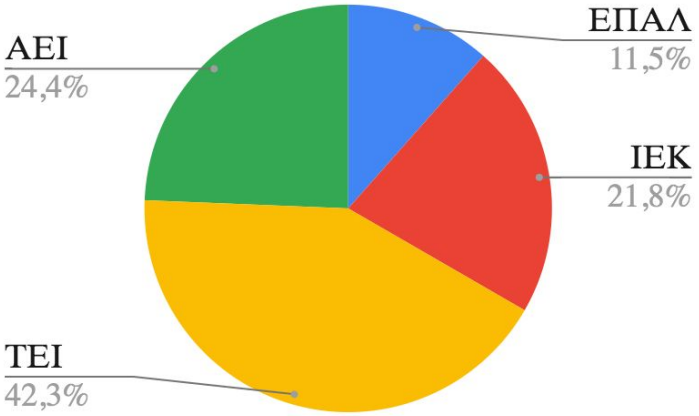
Διάγραμμα 2. Κατανομή συμμετεχόντων ανά τμήμα εργασίας

Το 25% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι έχουν προϋπηρεσία από 1 μήνα ως 5 έτη, το 43,6% από 6 ως 10 έτη, 14,1% από 11 ως 15 έτη, 15,4% από 16 ως 20 έτη και 1,9% από 21 ως 25 έτη (Διάγραμμα 3)



Διάγραμμα 3. Προϋπηρεσία συμμετεχόντων

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι απόφοιτες ΤΕΙ - 42,3%, το 24,4% είναι κάτοχοι πτυχίου ΑΙΕ, 21,8% πτυχίο ΙΕΚ και 11,5 πτυχίο ΕΠΑΛ (Διάγραμμα 4)



Διάγραμμα 4. Το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος

6.2 Αποτελέσματα

Σε πρώτη ενότητα διερευνά συμφωνία και ασυμφωνία σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για την παρουσία συνοδών ασθενών στο κλινικό περιβάλλον.

Οι οκτώ πρώτες ερωτήσεις ζητάνε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας / ασυμφωνίας τους σχετικά με την επίδραση της παρουσίας συνοδού στον ασθενή. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Η πρώτη ερώτηση αναφέρεται στο κατα πόσον οι νοσηλευτές συμφωνούν ότι οι συνοδοί έχουν ευεργετική επίδραση στον ασθενή. Στο σύνολο του δείγματος το 1,9% διαφωνούν απόλυτα με συγκεκριμένη δήλωση, 7,7% διαφωνούν, 24,4% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 39,6% συμφωνούν και 26,3% συμφωνούν απόλυτα.

Με τη δήλωση *"πιστεύω ότι συνοδός παρεμποδίζει την ανάπαυση του ασθενή"* συμφωνεί απόλυτα το 25,6% των ερωτηθέντων, 13,5% συμφωνεί, το 30,8 ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 23,7% διαφωνούν και 6,4% διαφωνούν απόλυτα.

Στις δύο επόμενες ερωτήσεις αξιολογείτε η άποψη των συμμετεχόντων σχετικά με το stress του ασθενή. Το 20,5% διαφωνούν απόλυτα ότι ο συνοδός προκαλεί σωματικό stress στον ασθενή, 37,2% διαφωνούν, 14,7% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 21,8% συμφωνούν και 5,8% συμφωνούν απόλυτα. Το 19,2% διαφωνούν απόλυτα ότι ο συνοδός προκαλεί ψυχολογικό stress στον ασθενή, 30,1% διαφωνούν, 12,8% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 18,6% συμφωνούν και 19,2% συμφωνούν απόλυτα.

Πίνακας 1. Απόψεις για την επίδραση στους συνοδούς του ασθενή

Ερωτήσεις	**Διαφωνώ απόλυτα %**	**Διαφωνώ %**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ %**	**Συμφωνώ %**	**Συμφωνώ απόλυτα %**
Πιστεύω ότι ο συνοδός έχει ευεργετική επίδραση στον ασθενή	1,9	7,7	24,4	**39,7**	26,3
Πιστεύω ότι ο συνοδός παρεμποδίζει την ανάπαυση του ασθενούς	6,4	23,7	**30,8**	13,5	25,6
Πιστεύω ότι ο συνοδός προκαλεί σωματικό stress στον ασθενή	20,5	**37,2**	14,7	21,8	5,8
Πιστεύω ότι ο συνοδός προκαλεί ψυχολογικό stress στον ασθενή	19,2	**30,1**	12,8	18,6	19,2
Πιστεύω ότι οι συνοδοί μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες για την υγεία του	10,9	18,6	21,8	**30,8**	17,9
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή	5,1	7,7	14,7	**52,6**	19,9
Πιστεύω ότι η παρουσία του συνοδού μειώνει την αγωνία της οικογένειας του ασθενούς	5,1	7,7	17,3	**50,0**	19,9
Πιστεύω ότι η συνεχής παρουσία και διανυκτέρευση του συνοδού εξαντλεί την οικογένεια, λόγω του γεγονότος ότι νιώθει αναγκασμένη να βρίσκεται κοντά στον ασθενή	10,9	19,9	26,9	**37,8**	4,5

Η επόμενη ερώτηση ζητά από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας / διαφωνίας τους στη δήλωση ότι "*οι συνοδοί μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες για την υγεία του*" Το 10,9% διαφωνούν απόλυτα με την συγκεκριμένη δήλωση, 18,6% διαφωνούν, 21,8% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 30,8% συμφωνούν και 17,9% συμφωνούν απόλυτα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων (52,6%) συμφωνούν ότι η παρουσία συνοδού προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή, το 5,1 % διαφωνούν απόλυτα, 7,7% διαφωνούν, 14,7% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 19,9% συμφωνούν απόλυτα.

Το 50% ερωτηθέντων νοσηλευτών συμφωνούν ότι παρουσία του συνοδού μειώνει την αγωνία της οικογένειας του ασθενούς, το 5,1 % διαφωνούν απόλυτα, 7,7% διαφωνούν, 17,3% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 19,9% συμφωνούν απόλυτα.

Με την δήλωση ότι η συνεχής παρουσία και διανυκτέρευση του συνοδού εξαντλεί την οικογένεια το 10,9 % διαφωνούν απόλυτα, 19,9% διαφωνούν, 26,9% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 37,8% συμφωνούν και 4,5% συμφωνούν απόλυτα.

Αλλες ερωτήσεις της ενότητας ζητά από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν το βαθμό συμφωνίας / διαφωνίας τους σχετικά με την επίδραση της παρουσίας συνοδούς στο ιατρονοσηλευτοκό προσωπικό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 2.

Το 7,7% διαφωνούν απόλυτα ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει την άμεση παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, 22,7% διαφωνούν, 26,9% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 30,8% συμφωνούν και 12,2% συμφωνούν απόλυτα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (42,3%) συμφωνούν απόλυτα ότι η παρουσία συνοδού προκαλεί ανησυχία στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, επειδή φοβούνται μήπως υποπέσουν σε σφάλμα, το 9% διαφωνούν απόλυτα με αυτή την δήλωση, 19,9% διαφωνούν, 18,6% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 10,3% συμφωνούν.

Περισσότεροι νοσηλευτές (42,9%) συμφωνούν απόλυτα ότι η παρουσία συνοδού κάνει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό έλεγχο, το 7,7 % δυαφονούν απόλυτα με αυτή την δήλωση, 17,3% διαφωνούν, 19,9% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 12,2% συμφωνούν.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται στην επόμενη δηλωση *"πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τον κατάλληλο σχεδιασμό των διαδικασιών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας"*. Οπως σε προηγούμενες δύο ερωτήσεις το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (44,2%) συμφωνούν απόλυτα, το το 7,1 % διαφωνούν απόλυτα με αυτή την δήλωση, 18,6% διαφωνούν, 15,4% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 14,7% συμφωνούν.

Στην δήλωση *"η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τη φιλική σχέση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού"* διαφωνούν απόλυτα, 22,4%, το 23,7 % διαφωνούν, 24,4 % ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 12,2% συμφωνούν και 17,3% συμφωνούν απόλυτα.

Πίνακας 2. Απόψεις για την επίδραση των συνοδών στον ασθενή

Ερωτήσεις	**Διαφωνώ απόλυτα %**	**Διαφωνώ %**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ %**	**Συμφωνώ %**	**Συμφωνώ απόλυτα %**
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει την άμεση παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	7,7	22,4	26,9	**30,8**	12,2
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού προκαλεί ανησυχία στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, επειδή φοβούνται μήπως υποπέσουν σε σφάλμα	9,0	19,9	18,6	10,3	**42,3**
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού κάνει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό έλεγχο	7,7	17,3	19,9	12,2	**42,9**
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τον κατάλληλο σχεδιασμό των διαδικασιών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	7,1	18,6	15,4	14,7	**44,2**
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τη φιλική σχέση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	22,4	23,7	**24,4**	12,2	17,3
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού αναγκάζει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να σπαταλούν περισσότερο χρόνο, δίνοντας πληροφορίες στην οικογένεια του ασθενούς	21,2	26,3	**29,5**	12,8	10,3
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού αυξάνει τον κίνδυνο λαθών	17,3	23,7	**26,3**	14,1	18,6
Πιστεύω ότι ο συνοδός γενικά παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους παρόχους φροντίδας	19,2	22,4	**30,8**	13,5	14,1
Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού συμβάλλει στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή	11,5	18,6	15,4	**30,8**	23,7
Πιστεύω ότι ο συνοδός προκαλεί μεγαλύτερο σωματικό και ψυχολογικό φόρτο για τον ιατρό και τον νοσηλευτή	22,4	**30,1**	24,4	12,2	10,9

Το 21,2% ερωτηθέντων διαφωνούν απόλυτα ότι η παρουσία συνοδού αναγκάζει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να σπαταλούν περισσότερο χρόνο, δίνοντας πληροφορίες στην οικογένεια του ασθενούς, το 26,3 % διαφωνούν, 29,5 % ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 12,8% συμφωνούν και 10,3% συμφωνούν απόλυτα.

Με την δήλωση ότι η παρουσία συνοδού αυξάνει τον κίνδυνο λαθών διαφωνούν απόλυτα 17,3% συμμετεχόντων, το 23,7 % διαφωνούν, 26,3 % ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 14,1% συμφωνούν και 18,6% συμφωνούν απόλυτα.

Το 19,2% διαφωνούν απόλυτα ότι ο συνοδός γενικά παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους παρόχους φροντίδας το 22,4 % διαφωνούν, 30,8 % ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 13,5% συμφωνούν και 14,1% συμφωνούν απόλυτα.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες νοσηλευτές (30,8%) συμφωνούν με την δήλωση "η παρουσία συνοδού συμβάλλει στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή" το 11,5% διαφωνούν απόλυτα, 18,6% διαφωνούν, 15,4% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 23,7% συμφωνούν απόλυτα.

Στην επόμενη δήλωση "*ο συνοδός προκαλεί μεγαλύτερο σωματικό και ψυχολογικό φόρτο για τον γιατρό και τον νοσηλευτή"* το μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (30,1%) διαφωνούν, το 22,4% διαφωνούν απόλυτα, 24,4% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 12,2% συμφωνούν και 10,9% συμφωνούν απόλυτα.

Η δεύτερη ενότητα ερωτήσεων ασυμφωνίας- συμφωνίας διερευνά τις απόψεις των νοσηλευτών για την ανάληψη μέρους νοσηλευτικών καθηκόντων από τους συνοδούς των ασθενών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 3.

Η πρώτη ερώτηση ζητάει από τους ερωτηθέντες νοσηλευτές αν θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός περιποίηση στόματος και προσώπου. Οι περισσότεροι (43,6%) συμφωνούν απόλυτα, το 32,7% συμφωνούν, 12,2% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 7,1% διαφωνούν και 4,5 διαφωνούν απόλυτα.

Στην ερώτηση *"θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός με το ντύσιμο;"* το 4,5% διαφωνούν απόλυτα, 7,7% διαφωνούν, 12,2% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 39,7% συμφωνούν και 35,9% συμφωνούν απόλυτα.

Πίνακας 3. Απόψεις των νοσηλευτών για την ανάληψη μέρους νοσηλευτικών καθηκόντων από τους συνοδούς των ασθενών

Ερωτήσεις	**Διαφωνώ απόλυτα %**	**Διαφωνώ %**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ %**	**Συμφωνώ %**	**Συμφωνώ απόλυτα %**
Θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός περιποίηση στόματος και προσώπου;	4,5	7,1	12,2	32,7	**43,6**
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός με το ντύσιμο;	4,5	7,7	12,2	**39,7**	35,9
Θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός τακτοποίηση κρεβατιού, χωρίς αλλαγή σεντονιών;	3,2	9,0	7,1	39,1	**41,7**
Θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός αλλαγή σεντονιών;	4,5	5,8	17,3	**41,0**	31,4
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη σίτιση από το στόμα;	4,5	7,1	25,0	**35,9**	27,6
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη σίτιση από levin;	24,4	**41,0**	23,1	7,7	3,8
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη λήψη φαρμάκων από το στόμα;	23,7	**34,6**	20,5	12,2	9,0
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη χορήγηση φαρμάκων (υπόθετα);	30,8	**32,7**	12,2	13,5	12,2
Θα προτιμούσατε να φέρνει ο συνοδός το ουροδοχείο στον ασθενή του;	3,8	7,7	12,2	37,8	**38,5**
Θα προτιμούσατε να φέρνει ο συνοδός την σκωραμίδα στον ασθενή του;	2,6	5,1	12,2	**44,2**	35,9
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στο λούσιμο μαλλιών του ασθενή του;	4,5	7,1	26,3	**34,6**	27,6
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στο μπάνιο (σωμα) του ασθενή του;	2,6	5,1	14,7	34,0	**43,6**
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη μεταφορά από το κρεβάτι και πίσω σε αυτό του ασθενή του;	10,9	8,3	7,7	35,9	**37,2**
Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη μεταφορά σε άλλο τμήμα με καρότσι μεταφοράς του ασθενή του;	5,8	8,3	7,1	34,6	**44,2**

Στις δύο επόμενες ερωτήσεις αναφέρεται στο κατά πόσον οι συμμετέχοντες θα προτιμούσανε να εκτελέσει ο συνοδός τακτοποίηση κρεβατιού, χωρίς αλλαγή σεντονιών και με αλλαγή σεντονιών. Το 3,2% διαφωνούν απόλυτα να εκτελέσει ο συνοδός τακτοποίηση κρεβατιού, χωρίς αλλαγή σεντονιών, 9% διαφωνούν, 7,1% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 39,1% συμφωνούν και 41,7% συμφωνούν απόλυτα. Η αντίστοιχη κατανομή στην ερώτηση θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός αλλαγή σεντονιών είναι 4,5%, 5,8%, 17,3%, 41% και 31,4%.

Σχετικά με την σίτιση αναφέρονται δύο ερωτήσεις. Το μεγαλύτερο ποσοστό (35,9%) από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές συμφωνούν να βοηθάει ο συνοδός στη σίτιση από το στόμα, το 4,5 διαφωνούν απόλυτα, 7,1% διαφωνούν, 25% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν και 27,6% συμφωνούν απόλυτα. Αλλη κατανομή παρατηρείται στην ερώτηση ¨Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη σίτιση από levin;" Το μεγαλύτερο ποσοστό (41%) διαφωνούν, το 24,4% διαφωνούν απόλυτα, 23,1% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 7,7% συμφωνούν και 3,8% συμφωνούν απόλυτα.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές (34,6%) διαφωνούν να βοηθάει ο συνοδός στη λήψη φαρμάκων από το στόμα, το 23,7% διαφωνούν απόλυτα, 20,5% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 12,3% συμφωνούν και 9% συμφωνούν απόλυτα. Στην ερώτηση *¨θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη χορήγηση φαρμάκων (υπόθετα);"* το μεγαλύτερο ποσοστό (32,7%) διαφωνούν, το 30,8% διαφωνούν απόλυτα, 12,2% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 13,5% συμφωνούν και 12,2% συμφωνούν απόλυτα.

Στις δύο επόμενες ερωτήσεις αναφέρεται στο κατά πόσον οι συμμετέχοντες θα προτιμούσαν να φέρνει ο συνοδός το ουροδοχείο και τη σκωραμίδα στον ασθενή του. Το 3,8% διαφωνούν απόλυτα να φέρνει ο συνοδός το ουροδοχείο, 7,7% διαφωνούν, 12,2% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 37,8% συμφωνούν και 38,5% συμφωνούν απόλυτα. Η αντίστοιχη κατανομή στην ερώτηση θα προτιμούσατε να φέρνει ο συνοδός την σκωραμίδα στον ασθενή του είναι 2,6%, 5,1%, 12,2%, 44,2% και 35,9%.

Στις ερωτήσεις που αφορούν εκτέλεση διαδικασιών σχετικές με την υγιεινή του ασθενή έχουν τα εξής: το 4,5% διαφωνούν απόλυτα να βοηθάει ο συνοδός στο λούσιμο μαλλιών του ασθενή του, 7,1% διαφωνούν, 26,3% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 34,6% συμφωνούν και 27,6% συμφωνούν απόλυτα. Η αντίστοιχη κατανομή στην ερώτηση *¨θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στο μπάνιο (σωμα) του ασθενή του;"* είναι 2,6%, 5,1%, 14,7%, 34% και 43,6%.

Το μεγαλύτερο ποσοστό (37,2%) συμφωνούν απόλυτα να βοηθάει ο συνοδός στη μεταφορά από το κρεβάτι και πίσω σε αυτό του ασθενή του, το 35,9% συμφωνούν, το 7,7% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 8,3% διαφωνούν και 10,9% διαφωνούν απόλυτα. Παρόμοια κατανομή

απαντήσεων παρατηρείται στην ερώτηση *¨θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη μεταφορά σε άλλο τμήμα με καρότσι μεταφοράς του ασθενή του;"* Το μεγαλύτερο ποσοστο (44,2%) συμφωνούν απόλυτα, το 34,6% συμφωνούν, το 7,1% ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, 8,3% διαφωνούν και 5,8% διαφωνούν απόλυτα.

6.3 Συζήτηση

Οι απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την παρουσία της οικογένειας με νοσηλευόμενους ασθενείς τείνουν να επικεντρώνονται σε ορισμένους πληθυσμούς: τα παιδιά και τους ασθενείς σε μονάδες εντατικής θεραπείας, τα τμήματα έκτακτης ανάγκης και κατά τη διάρκεια της χορήγησης αναισθησίας. Λιγότερο όμως διαπιστώνεται θετική στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, σχετικά με την παρουσία των συνοδών κατά τη συνήθη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία επηρεάζει όλες τις κατηγορίες ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Οι Friedman et al. (2003) υποστηρίζουν, ότι η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει πρόσθετο στρεσσογόνο παράγοντα για το προσωπικό αν και είναι σημαντική για την ευημερία του νοσηλευόμενου μέλους της οικογένειας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών που συμμετείχαν στη μελέτη θεωρεί ότι οι συνοδοί ασθενών έχουν ευεργετική επίδραση για τον ασθενή. Τα ευεργετικά αποτελέσματα της οικογενειακής περιουσίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας είναι πολύπλοκα. Σε μελέτη του Ψαθά et.al (2012), πού πραγματοποιήθηκε σε 4 ΜΕΘ νοσοκομείων της Αττικής και διερεύνησε απόψεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το επισκεπτήριο, υποστηρίζεται ότι η παρουσία μέλους οικογένειας έχει ευεργετική επίδραση για τον ασθενή. Η μελέτη του Fisher et. al. (2008), στην οποία συμμετείχαν 89 νοσηλευτές επιβεβαιώνει ότι οι λειτουργοί υγείας θεωρούν την παρουσία της οικογένειας ως συνήθως παρηγορητική για τους ασθενείς.

Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες της παρούσας πτυχιακής εργασίας, πιστεύουν ότι η παρουσία συνοδού δεν προκαλει ψυχολογικό και σωματικό stress στο νοσηλευόμενο μέλους της οικογένειας. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν διαφορετικά ευρήματα σχετικά με αυτή την ερώτηση. Σε μελέτη των Biancofiore et. al. (2010), όπου συμμετείχαν 377 νοσηλευτές και 230 ιατροί που εργάζονταν σε ΜΕΘ, οι περισσότεροι νοσηλευτές υποστήριξαν ότι το ανοιχτό επισκεπτήριο προκαλεί αιμοδυναμική αστάθεια και άγχος στον ασθενή. Σε ορισμένες μελέτες αναφέρονται αντίστοιχα, απόψεις λειτουργών υγείας όπως ότι η σταθερή οικογενειακή παρουσία είχε αρνητική φυσιολογική επίδραση στους ασθενείς. Σε μελέτη των Athanasiou et.al (2014) όπου συμμετείχαν 143 νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ αναφέρονται φυσιολογικές επιπλοκές και

σημεία σωματικού stress όπως, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, δυσκολία ανάπαυσης, αυξημένο άγχος, και ψυχική εξάντληση. Παράλληλα, στην ίδια μελέτη, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων συμφωνούν ότι η οικογενειακή παρουσία μειώνει την πλήξη του ασθενούς, αυξάνει την επιθυμία να ζήσει και παρέχει την απαραίτητη υποστήριξη. Οι Munro & D 'Errico (2000), et al. (2004), αναφέρουν ότι η γονική παρουσία μειώνει την ένταση και άγχος που βιώνει το παιδί κατα την διάρκεια των ιατρικών διαδικασιών.

Ειδικότερα όσο αφορά τα οφέλη από την παρουσία συνοδών για τον ασθενή οι νοσηλευτές, στην παρούσα πτυχιακή εργασία, θεωρούν ότι οι συνοδοί μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες για την υγεία του, προσφέρουν περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή και μειώνουν την αγωνία της οικογένειας του ασθενούς. Βέβαια όσον αφορά την ανάπαυση του ασθενή θεωρούν ότι οι συνοδοί δεν συμβάλλουν θετικά προς αυτή την κατεύθυνση.

Παρόμοια, στη μελέτη του Fisher et.al. (2008) τονίζεται ότι η οικογενειακή παρουσία μπορεί να βοηθήσει στην ακριβή πληροφόρηση, να μειώσει το άγχος και έτσι να βοηθήσει τον ασθενή να ξεκουραστεί. Αντίθετα αποτελέσματα έδειξε η μελέτη των Athanasiou et.al (2014), όπου τα δύο τρίτα από τους 143 νοσηλευτές εργαζόμενους σε ΜΕΘ, δήλωσαν ότι η επίσκεψη δεν παρέχει περισσότερες πληροφορίες στην οικογένεια του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση του. Την άποψη αυτή την υποστηρίζουν και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ στη μελέτη των Ψαθά et. al. (2012) όπου εκφράζουν τη διαφωνίας τους θεωρώντας ότι οι επισκέπτες δεν είναι σε θέση να βοηθήσουν τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες για την υγεία του και δεν συμβάλλουν θετικά στην ανακούφιση. Στην μελέτη των Tanner (2005), όπου έγινε συλλογή δεδομένων από 432 νοσηλευτές 35 κλινικών ενηλίκων, ορισμένοι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι ασθενείς χρειάζονται ένα ήσυχο περιβάλλον για να μπορούν να ξεκουραστούν σωστά και παρουσία μέλους της οικογένειας δεν βοηθάει στην ανάπαυση.

Σε σχέση με την παρουσία των συνοδών και τα αποτελέσματα που αυτή επιφέρει στο έργο των ιατρών και νοσηλευτών οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη κυρίως εκφράστηκαν αρνητικά. Ειδικότερα, θεωρούν ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει την άμεση παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, προκαλεί ανησυχία στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, επειδή φοβούνται μήπως υποπέσουν σε σφάλμα και αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό συνεχή έλεγχο. Επιπρόσθετα, πιστεύουν ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τον κατάλληλο σχεδιασμό των διαδικασιών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Βέβαια, δεν θεωρούν ότι επιβαρύνεται το έργο τους από την παρουσία των συνοδών σε ψυχικό και σωματικό επίπεδο ενώ αν και θεωρούν ότι επηρεάζεται το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο δεν αρνούνται τη σημασία που έχει η παρουσία του συνοδού η οποία συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον

ασθενή.

Στην μελέτη των Tanner (2005), ανάλογα, το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών αντιμετώπισε δυσκολίες στη νοσηλευτική φροντίδα όταν οι συνοδοί ήταν παρόντες. Επίσης οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι κατά την διάρκεια νοσηλείας δεν θέλουν τους συνοδούς να είναι παρόντες επειδή συνήθως ζητούν πληροφορίες που εμποδίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό να πραγματοποιούν άμεσες δραστηριότητες φροντίδας των ασθενών.

Παρόμοια, οι Athanasioy et.al. (2014), ανέφεραν ότι η ανοιχτή επίσκεψη δημιούργησε αυξημένη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση για το προσωπικό και παρεμποδίστηκε η νοσηλευτική φροντίδα. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρεται σε μελέτες των Hart κ.ά., (2013), Kean & Mitchell, (2013), η παρουσία των οικογενειών, εμποδίζει την πρόσβαση στον ασθενή. Ανάλογη μελέτη των Berti et al. (2007), όπου συμμετείχαν 531 νοσηλευτές, επιβεβαιώνει ότι η παρουσία συνοδού γίνεται εμπόδιο στην παροχή επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας και αναγκάζει τους νοσηλευτές να διαθέτουν περισσότερο χρόνο παρέχοντας πληροφορίες στους συγγενείς όσον αφορά στην κατάσταση του ασθενούς, χρόνος που εμποδίζει την άσκηση των νοσηλευτικών καθηκόντων τους.

Αντίστοιχά σε παιδιατρικές κλινικές, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό εκφράζει την ανησυχία του για την απώλεια συγκέντρωσης και εξουσίας τους κατά τη διάρκεια της διαδικασίας με γονική παρουσία (Doyle et al 1987, Brown & Ritchie 1990, Bassler 1999). Οι Bauchner et al. (1996) σε μια ευρέως παλαιότερη μελέτη στο ιατρικό προσωπικό υποστήριξαν ότι η γονική παρουσία δεν επηρέασε αρνητικά την απόδοση των κλινικών ιατρών ούτε αύξησε το άγχος του κλινικού ιατρού.

Οι νοσηλευτές, στην παρούσα πτυχιακή, υποστηρίζουν επίσης ότι θα μπορούσαν οι συνοδοί να συνεισφέρουν σε διαδικασίες που αφορούν τον ασθενή την υγιεινή του τη μεταφορά κλπ. Διαφωνούν όμως σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά τη χορήγηση φαρμάκων και τη σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα τύπου Levin, ως επικίνδυνη πρακτική.

Σε ανάλογη μελέτη των Sapountzi-Krepia et. al, (2008) οπού συμμετείχαν 140 νοσηλευτές ογκολογικού νοσοκομείου, επιβεβαιώνεται η στάση των νοσηλευτών όσον αφορά στη συμφωνία τους, να βοηθάει ο σύνοδος στην περιποίηση στόματος και προσώπου, στο ντύσιμο, στη σίτιση από το στόμα, αλλα διαφωνήσανε να συμμετέχει ο σύνοδος στην τακτοποίηση του κρεβατιού και στη μεταφορά του ασθενή σε άλλο τμήμα με καρότσι μεταφοράς. Στην ίδια μελέτη δεν επιβεβαιώνεται η διαφωνία των νοσηλευτών να βοηθάει ο συνοδός στη λήψη φαρμάκων από το στόμα.

Στην μελέτη Tanner (2005), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα τρίτο των ερωτηθέντων από κάθε ομάδα (προσωπικού, συνοδών, ασθενών), δεν επιθυμούσε να έχει επισκεπτήριο κατά τη διάρκεια των γευμάτων.

Στην μελέτη του Fisher (2008) που συμμετείχαν 89 νοσηλευτές και εκτιμήθηκαν οι στάσεις και οι συμπεριφορές τους σχετικά με την παρουσία της οικογένειας κατά τη διάρκεια της συνήθους νοσοκομειακής περίθαλψης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες επιθυμούσαν να επιτρέπεται η παροχή απλής φροντίδας από τα μέλη της οικογένειας, και να είναι παρόντα κατά την καθημερινή φροντίδα των ασθενών.

Σε πιλοτική μελέτη της Kean (2013) στη ΜΕΘ τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όταν οι νοσηλευτές συνεργάζονται με οικογένειες για να παρέχουν φροντίδα, υπήρξε ελάχιστη επίδραση στο φόρτο εργασίας τους. Οι νοσηλευτές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρόσκληση των μελών της οικογένειας να αποτελούν μέρος της φροντίδας του ασθενούς θα πρέπει να είναι συνήθης πρακτική στις ΜΕΘ.

6.4 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Συμπερασματικά, από τη μελέτη προκύπτει ότι παρούσια των συνοδών στο νοσοκομείο έχει περιπλοκή επίδραση στους ασθενούς και στο έργο του νοσηλευτικού προσωπικού.

Στα πλεονεκτήματα της οικογενειακής παρουσίασης αναφέρεται η ευεργετική επίδραση στον ασθενή, η βοήθεια στην ερμηνεία της πληροφορίας για την κατάσταση υγείας του ασθενή, παράλληλα η παρουσία του συνοδού, προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή και μειώνει την αγωνία της οικογένειας. Οι περισσότεροι νοσηλευτές πιστεύουν ότι ο συνοδός δεν δημιουργεί σωματικό και ψυχολογικό stress στον ασθενή. Αντίθετα όμως, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η συνεχής παρουσία και η διανυκτέρευση του συνοδού, εξαντλεί την οικογένεια και δεν επιδρά θετικά στην ανάπαυση του ασθενή.

Σε σχέση με την παρουσία των συνοδών και τα αποτελέσματα που αυτή επιφέρει στο έργο των ιατρών και νοσηλευτών, οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη κυρίως εκφράστηκαν αρνητικά. Τα μειονεκτήματα είναι η παρεμπόδιση της άμεσης παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας και του κατάλληλου σχεδιασμού των διαδικασιών, η ανησυχία να υποπέσουν σε σφάλμα παρουσία των μελών της οικογένειας, η αίσθηση ότι βρίσκονται υπό έλεγχο, επισημαίνοντας όμως ότι οι συνοδοί δεν προκαλούν σωματικό και ψυχολογικό φόρτο και συμβάλλουν στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή.

Οι νοσηλευτές υποστηρίζουν επίσης ότι θα μπορούσαν οι συνοδοί να συνεισφέρουν σε πολλες απλές διαδικασίες και να συμμετέχουν στην φροντίδα. Οι διαδικασίες που μπορούν να εκτελεστούν από συνοδούς, σύμφωνα με τους νοσηλευτές, είναι η υγιεινή του ασθενή, η μεταφορά, η σίτιση και το ντύσιμο. Διαφωνούν όμως σε μεγάλο βαθμό να συμμετέχουν οι συνοδοί στη χορήγηση φαρμάκων και τη σίτιση μέσω ρινογαστρικού σωλήνα τύπου Levin, ως επικίνδυνη πρακτική.

Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης, θα πρέπει και αποτελεί μέρος των νοσηλευτικών καθηκόντων του προσωπικού η ενημέρωση και η εκπαίδευση των συνοδών, ώστε να βοηθούν χωρίς να προκαλούν προβλήματα στον ασθενή και στην εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων. Η εκπαίδευση αυτή θα πρέπει να αφορά στην κατανόηση των εξατομικευμένων αναγκών του ασθενή και την κατανόηση της σημασίας της συνεργασίας νοσηλευτών, ιατρών και συνοδών με επίκεντρο την αποτελεσματική και ποιοτική προσφορά φροντίδας στον ασθενή. Η παρούσα μελέτη, θα πρέπει να διεξαχθεί σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματά και να μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευθούν στον πληθυσμό. Επίσης σημαντικό είναι να μελετηθεί η επίδραση της οικονομικής κρίσης με την επακόλουθη μείωση του προσωπικού στη διαμόρφωση των στάσεων και απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη θετική ή αρνητική συμβολή των συνοδών κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ελληνική βιβλιογραφία

Αθανάτου Κ. Ελευθερία (2004) Κλινική Νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Στ'.

Αδάμου, Ε., Γιακουμιδάκης, Κ., Καδδά, Ο., Αργυρίου Γ., Καπάδοχος Θ., (2001) Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το βήμα του Ασκληπιού.

Αδαμακίδου, Θ., & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα. Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινοτικής Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ . Ανασκόπηση.

Αλεξιάδης Α.Δ., (1999) «Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας». Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου.

Αμανατίδου, Ε., & Καραμάνη, Γ. (2013) Ο Ρόλος των Συνοδών στο Ελληνικό Νοσοκομείο. Πτυχιακή Εργασία, Αλεξανδρειο Τεχνολογικό Έκπαιδευτικό Ιδρυμα Θεσσαλονίκης, σχολή επιστήμων υγείας και πρόνοιας, Τμημα Νοσηλευτικής.

Αναπλιώτου-Βαζαίου Ε., (1993): «Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου». Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.

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

Αρσενοπούλου, Ι., (2006) Ηθικές και νομικές παράμετροι της υγείας: η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Στο: Σουλιώτης Κ. (συγ.) Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Αποστολάκης, Ι., (2011) Η εκτίμηση του ασθενούς στο ΤΕΠ. Ιατρικά ανάφλεκτα: αφιέρωμα στην επείγουσα ιατρική 9:385-388

Αποστολοπούλου Δ., Παπαματθαιάκη Π., (2009) «Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών-συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.» Πτυχιακή εργασία, Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ, Σχολη επαγγελματων υγείας και πρόνοιας, τμήμα νοσηλευτικης.

Βοσνιάδου Σ. (1999) Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Αθήνα.

Γεωργογιάννης, Π., (2004) "Διαπολιτισμική εκπαίδευση (Πρακτικά 1ου Πανελληνίου Συνεδρίου, Άρτα, 10-11 Δεκεμβρίου, 2004. Πάτρα.

Γεωργούση Π. (1995) Ψυχολογία των Μεθόδων Διδασκαλίας.Αθήνα.

Γιαννουλέας, Μ. (1998) Συμπεριφορά και διαπροσωπική επικοινωνία στον εργασιακό χώρο. Β' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γιούρντα Ά.Μ., Τουλιά, Γ., (2015) Ανάγκες συγγενών νοσηλευόμενων ασθενών σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Το Βήμα του Ασκληπιού. Τρίμηνη, ηλεκτρονική έκδοση του Τμήματος Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας σσ.5-14

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

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

Δρακουλόγκωνα, Σ., (2004) Ο ρόλος του νοσηλευτική στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο.Το Βήμα του Ασκληπιού. Αθήνα

ΕΝΕ (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος), (2016) «Υπομνημα της ένωσης νοσηλευτών Ελλάδος για το καθηκοντολογίο νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων και των λοιπων νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΕΣΥ». Αθήνα

Ζήλη, Σ., Θωμά, Ε., Παπαδοπούλου, Κ., (2009) "Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας". Πτυχιακή εργασία. Θεσσαλονίκη.

Ζυγά, Σ., (2010) Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Θεοφανίδης, Δ., Φουντούκη, Α., (2006) Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη. Νοσηλευτική, 45 (4), 476-481

Θεοφίλου, Π., (2010) Ποιότητα ζωής των αιμοκαθαιρόμανων ασθενών. Διδακτορική διατριβή, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Κατίκα Κ., Καδδά Ό., Κοτανίδου Α., Βασιλόπουλος Γ., Καπάδοχος Θ., Νέστωρ Α., Μαρβάκη Α. (2012) Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την εφαρμογή ευέλικτου ή ανοιχτού επισκεπτηρίου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2012) Τόμος 4,Τεύχος 4, 166-180

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

Κάρλου Χ, Πατηράκη Ε. (2011). Η έννοια της φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας. Νοσηλευτική, 50(1):35-48.

Κοτσαμπασάκη, Σ., (2004) Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα: Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές. Νοσηλευτική, 43(1)15-22.

Κούμη Α., & Μιχαήλ Ν., (2006), Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη των κατακλίσεων στην μονάδα εντατικής θεραπείας, Αθήνα: Νοσηλευτική Σχολή Υπουργείου Υγείας.

Κουκούλη Σ., (2000), Κοινωνιολογία. Σημειώσεις Διδασκαλίας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηρακλείου.

Κυριακίδου Ε. Η οικογένεια και το χρόνιο άτομο: Ρόλος Νοσηλεύτριας. Νοσηλευτική 1993, 32:30

Κωνσταντινίδης, Θ., Φιλαλήθης, Α., (2013) Ο Ρόλος των Νοσηλευτών Ογκολογίας στη Νοσηλευτική Φροντίδα Ογκολογικών Ασθενών με Προχωρημένη Νόσο. Hellenic Journal of Nursing.

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

Λουραντάκη Ι, Κ. Κ. (2017, Μάρτιος-Απρίλιος). Η διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών στην Ελλάδα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , σσ. 191-203.

Μελισσά-Χαλικιοπούλου Χ. (1998) Ψυχολογία της Υγείας. Αθήνα

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

Μιχόπουλος ΙΜ, Ζέρβας ΓΜ., (2009)Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις της κατάθλιψης. Ψυχιατρική. Αθήνα.

Μπαλτόπουλος Γ., (2004), Ο ρόλος της μονάδας βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ στα οξέα νευρολογικά προβλήματα, στα Επείγοντα Παθολογικά Προβλήματα, Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μπελλάλη Θ. (2005) Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.Αθήνα.

Μπέλλου-Μυλωνά Π., Γερογιάννη, Γ., (2010) Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του αρρώστου στο νοσοκομείο. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ. Τόμος 9ος, Τεύχος 1ο.

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

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

Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α., 2012. Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη: Σύγχρονες Τάσεις. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Παπαδαντωνάκη, Α. (2012). Το Έργο της Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική , σσ. 51(1): 7– 9.

Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα. Β΄ έκδοση.

Πλάτη Δ. (2008) Γεροντολογική. Αθήνα.

Πολυκανδριώτη Μ., Γουδέβενος Ι., Πατσιλινάκος Σ., Νικολάου Β., Ολύμπιος Χ. και συν.(2012) Επίπτωση του άγχους και της κατάθλιψης στις ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. Αρχ Ελλην Ιατρ. 29:33–45

Πουσουκίδου, Α., Θεοδώρου, Μ., Κουτελίδου, Δ., (2007) Επαγγελματική Ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραιατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο νοσοκομείο. Νοσηλευτική: 46(4):537-545

Ραγιά, Α., (2000) Βασική Νοσηλευτική: Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές. Αθήνα: Παρισίαινου

Ραγιά, Α., (2001) Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 3: 7-13

Ραγιά Α. Βασική Νοσηλευτική. Θεωρία και Δεοντολογικές αρχές. Εκδόσεις Αθήνα 1995: 63 - 67.

Σαββοπούλου Γ. Εισαγωγή στην έννοια της υγείας, Στο: Βασική Νοσηλευτική. Μία Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. 2η Έκδοση, Η ΤΑΒΙΘΑ, 1997: 29 .

Σαπουντζή Δ. Νοσηλευτική φροντίδα στην οικογένεια. Στο: Υγεία, κοινωνική προστασία και οικογένεια. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1995: 221 - 227.

Σαπουντζή -Κρέπια Δ. Κρέπια Β. (2005). Η φιλοσοφική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας.
Νοσηλευτική, 44 (2) :178-185

Σαχίνη, Α., (2006) Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Σταύρου Χ. Β., (2013) Απόψεις φροντιστών ασθενών για τις παρεχόμενες από αυτούς φροντίδες υγείας στους νοσηλευόμενους συγγενείς τους και διερεύνηση των αναγκών τους για

αγωγή υγείας και υποστήριξη: η μελέτη μιας κλινικής Αποκατάστασης στη Δυτική Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας σχολή επιστημων υγείας τμήμα ιατρικής πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών.

Τούντας Γ., (2007), «Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1997-2006», Αθήνα.

Τριχιοπούλου Α. (1986) Προληπτική Ιατρική. Αθήνα

Τσάτσος Δ. (1988) "Συνταγματικό Δίκαιο", Τόμος Γ, Θεμελιώδη Δικαιώματα. Εκδόσεις Αντώνη Ν.Σάκκουλα, Αθήνα -Κομοτηνή.

Χατζηνικολάου Κ., (1999) Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της μονάδας εντατικής θεραπείας, Ιπποκράτεια (4), σσ. 146-159.

Ψαθάς, Χ., Αργυρίου, Γ., Καδδά, Ο., Νέστωρ, Α., Ρούτση, Χ., Βασιλόπουλος, Γ., Μαρβάκη, Χ. (2012) Διερεύνηση Απόψεων Ιατρών και Νοσηλευτών σχετικά με το Επισκεπτήριο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Ερευνητική Εργασία- Original Paper.

ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Allen SM, Lima IC, Goldscheider FK, Roy J. (2012). Primary caregiver characteristics and Fransitions in community-based care. J Gerontol B. Psychol SCI Soc Sci , 67 (3):362-71.

Al - Mutair, A. S., Plummer, V., O'brien, A., & Clerehan, R. (2013). Family needs and involvement in the intensive care unit: a literature review. Journal of clinical nursing, 22(13-14), 1805-1817.

Alspach G. (2009). Handing off critically ill patients to family caregivers. What Are Your Best Practices? Crit Care Nurse, vol 29 no3: 12-22

Astedt-Kurki P., Paunonen M. & Lehti K. (1997) Family members' experiences of their role in a hospital: a pilot study. Journal of Advanced Nursing 25(5), 908–914.

Aoun, J., Susan Slatyer, Kathleen Deas, and Cheryl Nekolaichuk,(2017) Family Caregiver Participation in Palliative Care Research: Challenging the Myth. Journal of pain and symptom management. pp. 852-859.

Bauchner H, Vinci R, Bak S, et al. Parents and procedures: a randomized controlled trial. Pediatrics. 1996;98:861–867.

Berns R, Colvin ER. The final story: events at the bedside of dying patients as told by survivors. ANNA J. 1998;25:583-587.

Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. Intensive Care Med 2007, 33:1060−1065

Bevans MF. and Sternberg EM. (2012). Caregiving Burden stress and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. JAMA, 307 (4):398-403

Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: A regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. Minerva Anestesiol 2010, 76:93−99

Boyer Hanley-Julie, Julie Piazza, (2012) A Visit to the Intensive Care Unit A Family-Centered culture Change to Facilitate Pediatric Visitation in an Adult Intensive Care Unit. Crit Care Nurs Q
Vol. 35, No. 1, pp. 113–122.

Büscher A, Wingenfeld K, Schaeffer D.(2011). Determining eligibility for long – term care-lessons.from Germany. Int J Integr Care, 11:O19.

Chan N, Anstey KJ, Windsor TD, Luszcz MA. (2011). Disability and depressive symptoms in later life: The stress-buffering role of informal and formal support. Gerontology, 57(2):180-189

Chapman, Diane K., Dave S. Collingridge, Lorie A. Mitchell, Elizabeth S. Wright, Ramona O. Hopkins, Jorie M. Butler, PhD, and Samuel M. Brown, (2017) Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intesive care unit. Families in Critical Care. Pp 47-50

Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., & Brown, S. M. (2016). Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. American Journal of Critical Care, 25(1), 46-50.

Choi, S. P., & Pang, S. M. (2012). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. Nursing Management, 21(3), 429–439. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01415.x.

Christie J, Smith GR, Williamson GM, Lance CE, Shovali TE, Silva LC. (2009). Quality of informal care is multidimensional. Rehab Psychol, 54(2):173-81.

Cormac I, Tihanyi P . (2006). Meeting the mental and physical health care needs of carers. APT, 12:162-172.

Coughlin C. (2002) Open visiting vs. safety. JONA 32(12), 609–610.

Cuche D., (2001)Η έννοια της κουλτούρας στις κοινωνικές επιστήμες'. Αθήνα: Γεννηθήτω.

Da Silva AL, de Freitas MG. (2010). Teaching care in nursing graduation accotding to the perspective of complexity. Rev. Esc. Enferm USP, 44(3):687-93

DalPezzo, K.N., (2009) Nursing Care: A Concept Analusis. Nurs. Forum, 44(4):252-63.

Dyer, L. & Reeves, T. (1995) Human resources strategies and firm performance: what do we know and where do we need to go? International Journal of Human Resource Management6 (3), pp 656-670.

Dewit, S., (2009) Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και πρακτική. Αθήνα: Πασχαλίδης

DiCenso, A., Guyatt, G., Ciliska D., (2005) Evidence-based nursing. A guide to clinical practice. Philadelphia Mosby 23:(11)744

Duglas SL, Daly BJ. (2003). Caregivers of long – term Ventilator Patients. Physical and Psychological outcomes. Chest, 123(4):1073-81

Duran, Christine R.,Kathleen S. Oman, PhD, CNS, Jenni Jordan Abel, RN, Virginia M. Koziel, RN, BSN, and Deborah Szymanski, (2007) Attitudes toward and beliefs about family presence: a survey of healthcare providers, patients' families, and patients. Families in Critical Care pp. 271-281.

Ellison S. (2003) Nurses' attitudes toward family presence during resuscitative efforts and invasive procedures. Journal of Emergency Nursing 29(6), 515–521, 587–594.

Emergency Nurses Association (1994) Position Statement. Family Presence at the Bedside During Invasive Procedures and Resuscitation. Retrieved from http://www.ena.org/about/position on 19 September 2005.

Evagelou E, Iordanou P, Lemonidou Ch, Patiraki E, Kyritsi E, Bellou P. Parental participation in their hospitalized child's physical and psychological care: Nurses' perceptions. ICUs and Nursing Web Journal 2003, 13: 1 - 13.

Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, D. J., Paulin, D., & Scott, D. (2008). Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. Journal of Advanced nursing, 64(6), 615-624.

Fisher, C., Lindhorst, H., Matthews, T., Munroe, J.D., Paulin, D. & Scott D., (2008) Nursing staff attitudes and behaviours regarding family presence in the hospital setting. Jan Original Research, p.p 615-618

Friedman, M (1992). Family nursing: Theory and assessment (3rd ed.) Norwalk, CT: Appleton & Large

Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: Results from a pilot, randomized trial. Circulation 2006, 113:946−952

Fyffe T. (2009) Nursing shaping and influencing health and social care policy. J Nursing Management.

Giannini A. The "open" ICU: Not just a question of time. Minerva Anesthesiol 2010, 76:89−90

Jaarsma, J. C., Keers, C. van der Schans and M. Louise Luttik (2017) Aspects of family caregiving as addressed in planned discussions between nurses, patients with chronic diseases and family caregivers: a qualitative content analysis. BMC Nursing pp.3-7.

Joel A. Fein, MD,* Jaya Ganesh, MD,y and Elizabeth R. Alpern, MD* Medical Staff Attitudes Toward Family Presence During Pediatric Procedures, Pediatric Emergency Care Volume 20, Number 4, April 2004

Hoehn Kathryn Anderson, (2000) The Family Health System Approach to Family Systems Nursing University of Washington; University of Wisconsin–Eau Claire. pp.103-113.

Haes, H., (2006) Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. Patient Education and Counseling pp 291-298.

Henneman EA, Cardin S. Family-centered care: a practical approach to making it happen. Crit Care Nurse. December 2002; 22:12-16, 18-19.

Hupcey JE. Looking out for the patient and ourselves − The process of family integration into the ICU. J Clin Nurs 1999, 8:253−262

Iliopoulou, K. & While A., (2010) Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. Journal of Advanced Nursin

Keir L., Wise B., Krebs C. (2002), Δεοντολογία Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας, 4η έκδοση, Αθήνα: Έλλην.

Kerasidou, A., Kingori, P., Legido-QuigleyH., (2009) "You have to keep fighting:Maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. International Journal for Equity in Health. 15 (11) 119.

Kerr M.E. & Bowen M. (1988) Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory. Norton, New York.

Konerding, Uwe Tom Bowen, Paul Forte, Eleftheria Karampli, Tomi Malmström, Elpida Pavi, Paulus Torkki & Elmar Graesse (2016) Investigating burden of informal caregivers in England, Finland and Greece: an analysis with the short form of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s). Aging & Mental Health. pp.281-286

.

Konerding, U., Bowen, T., Forte, P., Karampli, E., Malmström,T., Pavi, E., Torkki P.& Graessel E., (2016) Investigating burden of informal caregivers in England, Finland and Greece: an analysis with the short form of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) P.P 280-285

Kyritsi H, Matziou V, Perdicaris P, Zyga S, Kletsou H, Evagelou H. Painful pediatric procedures: Do parents want to be present? ICUs and Nursing Web Journal 2004, 18: - 9.

Lafortune, M.-L. D. (2010). Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. oecd health working paper no. 54.

Lavdaniti M, Raftopoulos V, Sgantsos M, Psychogiou N, Tsaloglidou A, Georgiadou C, Serpanou I, and Sapountzi- Krepia D. (2011). In-hospital informal caregivers' needs as perceived by themselves and by the nursing staff in Northen Greece: A descriptive study. BMC Nursing 10:19

Lee CM, Herridhe MS, Matte A, Cameron JI .(2009). Education and support needs during recovery in acute respiratory distress syndrome survivors. Crit Care, 13(5): R153.

Leske JS. Needs of adult family members after critical illness: prescriptions for interventions. Crit Care Nurs Clin North Am. 1992; 4:587-596.

Makrakis, C., Dalezos M., Chatzicostas, C., Chalkiadaki A., Politi, K., Agouridakis K., (2006) evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patiens.

Masanet E, La Parra D. (2011). Relationship between the Number of Hours of informal care and the Mental Health Statuw of caregivers. Rev Esp Salud Publica, 85(3);257-66

McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA. Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. Crit Care Med 2010;38(4):1078-85.

Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, et al. Family presence during invasive procedures and resuscitation. Am J Nurs. February 2000;100:32-43.

Merritt KA, Sargent JR, Osborn LM. Attitudes regarding parental presence during medical procedures [letter]. AJDC. 1990;144:270–271.

Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. Heart Lung. 1979;8:332-339.

Monroe Marissa, Linda Wofford (2017) Open visitation and nurse job satisfaction: An integrative
review. Journal of Clinical Nursing. Pp 4870-4873.

Montgomery, C., (1993). Headling through communication: The practice of caring. Sage Publications.

Motti-Stefanidi (2015)"European Risks and resilience in immigrant youth adaptation: Who succeds in greek school context and why? Journal of Developmential Psychology. 12 (3) pp. 260-273.

Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. Crit Care Med 2012;40(2):502-9.

Ntshingila, N., Poggenpoel M., Myburgh, C.P.H., Temane, A.,(2016) " Experiences of women living in bordenline personality disorder Health SA Gesondheid 21, pp. 110-118

Osbourn, L.A., Stein, C.H., (2016) "Mental Healh Care Providers. Views of their work with consumers and their reports of recovery -orientation, job satisfaction and personal growth community Mental Health Journal, 52 (7), pp. 757-765 "

O'Malley, S. (2011). Strategic framework for role expansion of nurses and midwives: promoting quality patient care

Ormandy P. Dialysis (part 2): haemodialysis. Nursing Standard 1997, 11 (23): 48 - 56.

Oyesanya, T. O., & Bowers, B. (2017). Managing Visitors During the Hospital Stay: The Experience of Family Caregivers of Patients With Traumatic Brain Injury. Journal of family nursing, 23(2), 273-298

Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients:ethical hypothesis regarding decision making capacity. Crit Care Med 2001;29(10):1893-7.

Potter PJ, F. N. (2007, June). Nurs Clin North Am. Ανάκτηση Φεβρουάριος 15, 2018, από Holistic assessment and care

Potter, P. Frisch, N. (2007) Holistic assessment and care: Presence in the process. Nursing clinics of north America. 42:213-226

Robinson SM, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson GL, Egleston CV, Prevost AT. Psychological effects of witnessed resuscitation on bereaved relatives. Lancet. 1998;352:614-617.

Rotman-Pikielny, P., et all., (2017) Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. Patient education and counseling, pp 166-170.

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

Sapountzi - Krepia, D., Lavdaniti, M., Psychogiou, M., Arsenos, P., Paralikas,T.Triantafylidou, P., & Georgiadou, C. (2008). Nursing staff shortage and in - hospital informal care in an oncology hospital in Greece: The nursing staff's perceptions. International Journal of Nursing Practice, 14(3), 256-263.

Simpson T, Wilson D, Mucken N, Martin S, West E, Guinn N. Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy. Am J Crit Care 1996, 5:420−426

Smitka JJ. Using nursing research to assess families managing complex home care. Kansas Nurse 1998, 73 (4): 1 - 2.

Tanner J. (2005) Visiting time preferences of patients, visitors and staff. Nursing Times 101(27), 38–42.

Taylor, Carol. Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής : Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας / Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla LeMone · επιμέλεια Χρυσούλα Λεμονίδου,Ελισάβετ Πατηράκη - Κουρμπάνη. - 1η έκδ. - Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2006. 53-55

Tolu O. & Bowers B., (2017) Managing Visitors During the Hospital Stay: The Experience of Family Caregivers of Patients With Traumatic Brain Injury. p.p 275-282

Tountas Y., Aga E., Houliara L., Povie., (2001), “Quality of the personal of the Hellenic Network of Health Promoting Hospitals”, Poster Presentation of the 9th International Conference of Health Promoting Hospitals, Copenhagen.

Rana, D. & Upton, D., 2009. Psychology for Nurses. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Γιαννούλη, Δ. Ζήκος, Π. Κοπανιτσάκου, Χ. Φεβράνογλου, Δ. Χατζηστεφανίδης. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.

Rothman- Pikienly, P., et all. (2006) Participation of family members in ward rounds: Attitude of medical staff, patients and relatives. p.p.167-169.

Reinhard SC, Given B, Huhtula N, Bemis A. Chapter 14. Supporting Family Caregivers in Providing care. Patient Safety ant quality: An Evidence- Based Handbook for Nurses 2008.

Rothberg MB, Steele JR, Wheeler J, Arora A, Priya A, Lindenauer PK. (2012). The relationship between time spent communicating and communication outcomes on a hospital medicine service. J Gen Intern Med, 27(2):185-9

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

Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Psychogiou M, Sakellari E, Toris A, Vrettos A and Arsenos P. (2008). Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in a oncology hospital. Journal of clinical Nursing 17, 1287-1294(b).

Segaric C.A. & Hall W.A. (2005) The family theory-practice gap: a matter of clarity? Nursing Inquiry 12(3), 210–218.

Stratton KM. (2008)Pediatric nurse staffing and quality of care in the hospital setting. J Nurs Care Qual .23:105–114

Van Hooutven DH, Voils CI, Weinberger M. (2011). An organizing framework for informal caregiver interventions: detailing caregiving activities and caregiver and care recipient outcomes to optimize evaluation efforts. BMC Geriatr, 11:77

Whitis G. (1994) Visiting hospitalized patients. Journal of Advanced Nursing 19(1), 85–88.

Whisenant M. (2011). Informal caregiving in patients with brain tumors. Oncol Nurs Forum, 38(5): E373-81

Williams G., Schmollgruber S., & Alberto L., (2006), Consensus forum: worldwide guidelines on the critical care nursing workforce and education standards, critical care clinics(22), pp. 393-406.

Williams M, Eby JA, Crooks VA, Stajduhar K, Giesbrecht N, Vuksan M, Cohen SR, Brazl K, Allan D. (2011). Canada's compassionate care Benefit: is it an adequate public Realth response to addressing the issue of caregiver burden in end-of-life care. BMC Public Health, 11:335

Youngmee Kim, Charles S. Carver, Kelly M. Shaffer, Ted Gansler, and Rachel S. Cannady,(2015) Cancer Caregiving Predicts Physical Impairments: Roles of Earlier Caregiving Stress and Being a Spousal Caregiver. Pp 302-308.

Παράρτημα 1

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Ηράκλειο, 29/11/2017

Αρ. Πρωτ.: 2535

ΠΡΟΣ:
Γραβαρία Ευαγγελία
Δημοπούλου Θεοδώρα
Shishkina (Σίσκινα) Anna (Άννα)

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ροβίθης Μιχαήλ

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του **Προέδρου** του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6335 Γραβαρία Ευαγγελία
ΥΝ6563 Δημοπούλου Θεοδώρα
ΥΝ6451 Shishkina (Σίσκινα) Anna (Άννα)

με θέμα: **«Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της παρουσίας των συνοδών ασθενών στο νοσοκομείο και η αλληλεπίδραση τους με το νοσηλευτικό προσωπικό»**.

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Ροβίθης Μιχαήλ**.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Χρήστος Μελάς
Επίκ. Καθηγητής

Παράρτημα 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΌΓΙΟ ΔΙΕΡΈΥΝΗΣΗΣ ΟΙ ΑΠΌΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΆ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΊΑ ΣΥΝΟΔΏΝ ΑΣΘΕΝΏΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΊΟ

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Η έρευνα πραγματοποιείται στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας των φοιτητριών Γραβαρία Ευαγγελία, Δημοπούλου Θεοδώρα, Σίσκινα Άννα με επιβλέποντα καθηγητή Ροβίθη Μιχαήλ.

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με ☒ την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο και σας έρχεται πρώτα στο μυαλό.

Απόψεις των νοσηλευτών για την παρουσία συνοδών ασθενών στο κλινικό περιβάλλον.

	Ερωτήσεις	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ
1	Πιστεύω ότι ο συνοδός έχει ευεργετική επίδραση στον ασθενή	☐	☐	☐
2	Πιστεύω ότι ο συνοδός παρεμποδίζει την ανάπαυση του ασθενούς	☐	☐	☐
3	Πιστεύω ότι ο συνοδός προκαλεί σωματικό stress στον ασθενή	☐	☐	☐
4	Πιστεύω ότι ο συνοδός προκαλεί ψυχολογικό stress στον ασθενή	☐	☐	☐
5	Πιστεύω ότι οι συνοδοί μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να ερμηνεύσει τις πληροφορίες για την υγεία του	☐	☐	☐
6	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού προσφέρει περισσότερη ανακούφιση στον ασθενή	☐	☐	☐
7	Πιστεύω ότι η παρουσία του συνοδού μειώνει την αγωνία της οικογένειας του ασθενούς	☐	☐	☐
8	Πιστεύω ότι η συνεχής παρουσία και διανυκτέρευση του συνοδού εξαντλεί την οικογένεια, λόγω του γεγονότος ότι νιώθει αναγκασμένη να βρίσκεται κοντά στον ασθενή	☐	☐	☐
9	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει την άμεση παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	☐	☐	☐
10	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού προκαλεί ανησυχία στους ιατρούς και στους νοσηλευτές, επειδή φοβούνται μήπως υποπέσουν σε σφάλμα	☐	☐	☐
11	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού κάνει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να αισθάνονται ότι βρίσκονται υπό έλεγχο	☐	☐	☐
12	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τον κατάλληλο σχεδιασμό των διαδικασιών ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας	☐	☐	☐
13	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού παρεμποδίζει τη φιλική σχέση μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού	☐	☐	☐
14	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού αναγκάζει τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να σπαταλούν περισσότερο χρόνο, δίνοντας πληροφορίες στην οικογένεια του ασθενούς	☐	☐	☐

15	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού αυξάνει τον κίνδυνο λαθών	☐	☐	☐
16	Πιστεύω ότι ο συνοδός γενικά παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους παρόχους φροντίδας	☐	☐	☐
17	Πιστεύω ότι η παρουσία συνοδού συμβάλλει στη βελτίωση της παροχής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή	☐	☐	☐
18	Πιστεύω ότι ο συνοδός προκαλεί μεγαλύτερο σωματικό και ψυχολογικό φόρτο για τον ιατρό και το νοσηλευτή	☐	☐	☐

Απόψεις των νοσηλευτών για την ανάληψη μέρους νοσηλευτικών καθηκόντων από τους συνοδούς των ασθενών.

	Ερωτήσεις	**Διαφωνώ**	**Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ**	**Συμφωνώ**
1	Θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός περιποίηση στόματος και προσώπου	☐	☐	☐
2	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός με το ντύσιμο	☐	☐	☐
3	Θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός τακτοποίηση κρεβατιού, χωρίς αλλαγή σεντονιών	☐	☐	☐
4	Θα προτιμούσατε να εκτελέσει ο συνοδός αλλαγή σεντονιών	☐	☐	☐
5	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη σίτιση από το στόμα	☐	☐	☐
6	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη σίτιση από levin	☐	☐	☐
7	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη λήψη φαρμάκων από το στόμα	☐	☐	☐
8	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη χορήγηση φαρμάκων (υπόθετα)	☐	☐	☐
9	Θα προτιμούσατε να φέρνει ο συνοδός το ουροδοχείου στον ασθενή του	☐	☐	☐

10	Θα προτιμούσατε να φέρνει ο συνοδός την σκωραμίδα στον ασθενή του	☐	☐	☐
11	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στο λούσιμο μαλλιών	☐	☐	☐
12	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στο μπάνιο (σωμα)	☐	☐	☐
13	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη μεταφορά από το κρεβάτι και πίσω σε αυτό	☐	☐	☐
14	Θα προτιμούσατε να βοηθάει ο συνοδός στη μεταφορά σε άλλο τμήμα με καρότσι μεταφοράς	☐	☐	☐

Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο: Άντρας ☐ Ηλικία:_____

Γυναίκα ☐

Σε ποιο τμήμα εργάζεστε; _____

Προϋπηρεσία :

1 μήνας-5 έτη ☐ 6-10 έτη ☐ 11-15 έτη ☐

16-20 έτη ☐ 21-25 έτη ☐ 26-30 έτη ☐

31 και άνω ☐

Είστε απόφοιτος/η:

Σχολής Νοσοκομείου ☐ ΤΕΕ ☐ ΙΕΚ (Δημόσιο ή Ιδιωτικό) ☐

ΤΕΙ ☐ ΑΕΙ ☐

Είστε κάτοχος: ☐ Μεταπτυχιακού τίτλου ☐ Διδακτορικού τίτλου