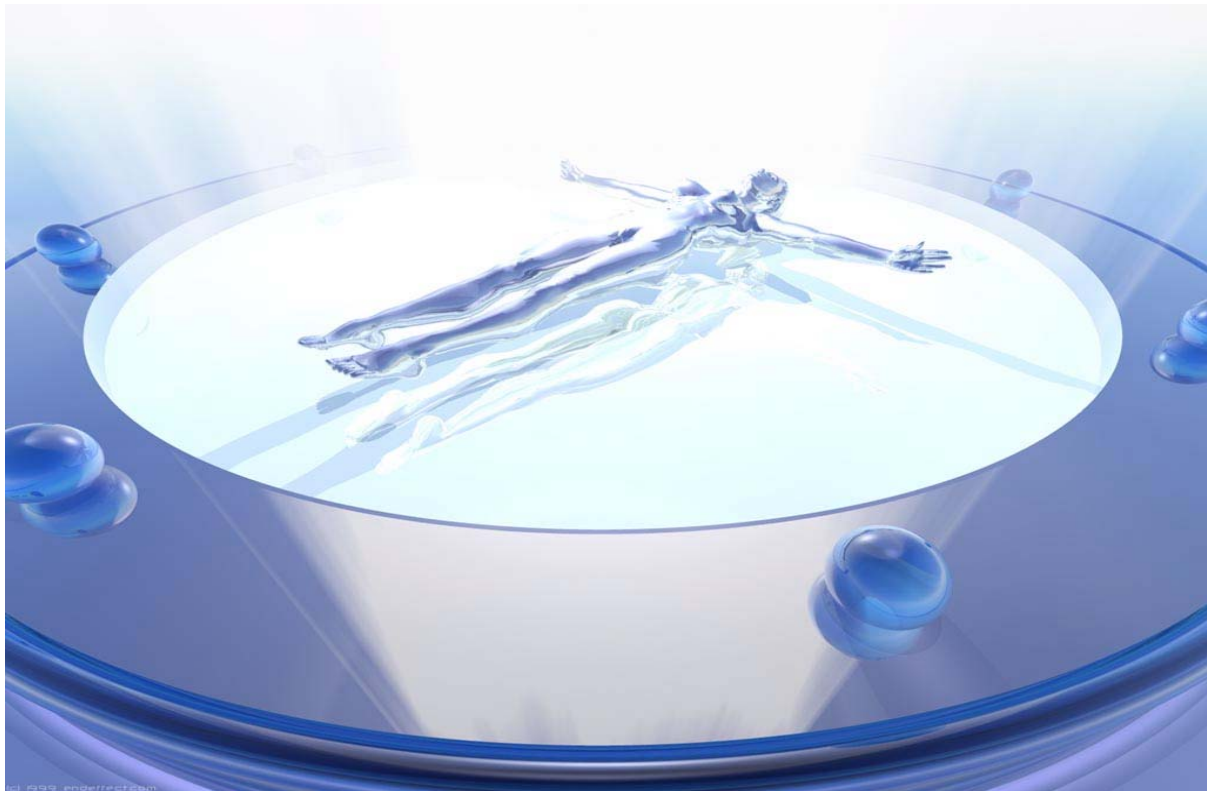




ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΓΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ, ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ. »



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΒΕΡΥΚΟΚΙΑΟΥ ΣΕΒΑΣΤΗ

ΓΙΑΝΝΑΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΜΑΡΤΕΤΟΥΣΑΚΗ ΖΑΧΑΡΟΥΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΤΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κος ΚΑΚΑΒΕΛΑΚΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: «Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ».

Εισαγωγή.....σελ.1.
1.1 Η Νοσηλευτική και οι στόχοι της.....σελ.1 – 2.
1.2 Η Νοσηλευτική τέχνη και πράξη.....σελ.2 – 4.
1.3 Το πνεύμα της Νοσηλευτικής.....σελ.4 – 5.
1.4 Θεμελιώδης Νοσηλευτικές αρχές.....σελ.5 – 9.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: «Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΩΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΟ. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ».

Εισαγωγή.....σελ. 10.
2.1 Η Νοσηλευτική, διαπροσωπικό έργο.....σελ. 10 – 11.
2.2 Η επικοινωνία στην ολική Νοσηλευτική φροντίδα.....σελ. 11 – 14.
2.2.1. Η ομιλία ως βάση της επικοινωνίας.....σελ. 12.
2.2.2. Η ενεργητική ακρόαση: η χαμένη τέχνη.....σελ. 12.
2.2.3. Η συμβολική επικοινωνία.....σελ. 13.
2.3 Η ευθύνη της Νοσηλευτικής.....σελ. 14 – 16.
2.3.1. Η ηθική ευθύνη.....σελ. 14 – 15.
2.3.2. Ποινική ευθύνη – διοικητική ευθύνη – αστική ευθύνη.....σελ. 15 – 16.
2.3.3. Κοινωνική ευθύνη.....σελ. 16.
2.4 Η τέχνη της καλής συνεργασίας. Η σύγχρονη Νοσηλευτική, έργο συνεργασίας.....σελ. 17 – 18.
2.5. Εθνικό σύστημα υγείας και η θέση της Νοσηλευτικής.....σελ. 18 – 19.
2.6. Η ιδεολογική κρίση της Νοσηλευτικής στην εποχή μας λειτούργημα ή επάγγελμα....σελ. 19 – 22.
2.7. Προβλήματα και ανησυχίες της σύγχρονης Νοσηλεύτριας.....σελ.22 – 26.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : «ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ».

Εισαγωγή.....	σελ. 27.
3.1. Η εκπαίδευση των Νοσηλευτών.....	σελ. 27 – 44.
3.1.1. Η αξία της πρακτικής άσκησης στην ολοκλήρωση της εκπαίδευσης των Νοσηλευτών.....	σελ. 32 – 33.
3.1.2. Βασικοί λόγοι που καθιστούν τη συνεχή επιμόρφωση αναγκαία.....	σελ. 33 – 39.
3.1.3. Απαραίτητες αλλαγές που είναι αναγκαίο να δρομολογηθούν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.....	σελ. 39 – 40.
3.1.4. Ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού.....	σελ. 41.
3.1.5. Ανάπτυξη προσωπικού.....	σελ. 41 – 44.
3.2. Τι είναι το σύνδρομο burnout;	σελ. 45 – 62.
3.2.1. Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 47.
3.2.2. Αιτιολογία.....	σελ. 48.
3.2.3. Για ποιους είναι αρνητική κατάσταση το burnout;.....	σελ. 48.
3.2.4. Η επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια της συναισθηματικής «υπερεμπλοκής».....	σελ. 49 – 50.
3.2.5. Η επαγγελματική εξουθένωση ως αποτέλεσμα της έλλειψης ανταπόδοσης.....	σελ. 51 – 52.
3.2.6. Το κοινωνικό – ψυχολογικό μοντέλο της Pines για την επαγγελματική εξουθένωση.....	σελ. 53.
3.2.7. Παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	σελ. 54 – 57.
3.2.8. Burn out Νοσηλευτών.....	σελ. 57.
3.2.9. Το μοντέλο Επαγγελματικού Άγχους του Cooper.....	σελ. 57 – 62.
3.3 Γενικά και ειδικά προβλήματα των εργαζομένων.....	σελ. 63 – 67.
3.3.1. Γενικά προβλήματα υγείας.....	σελ. 63 – 64.
3.3.2. Ειδικά προβλήματα σχετιζόμενα με την εργασία.....	σελ. 64 – 67.
3.4. Η ποιότητα της Νοσηλευτικής φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας.....	σελ. 67 – 70.
3.4.1. Θεωρητικά πλαίσια και αρχές της διασφάλισης της ποιότητας.....	σελ. 69 – 70.
3.5. Ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού.....	σελ. 70 – 72.

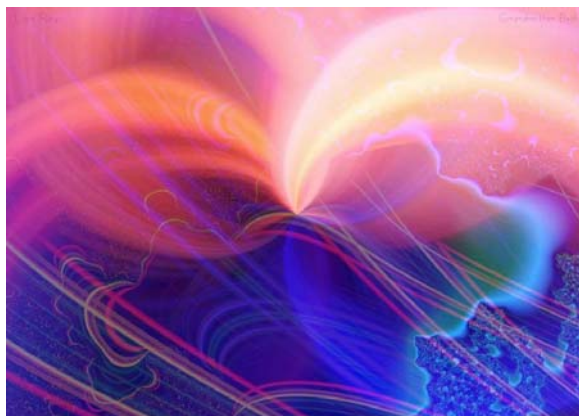
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : «ΔΥΣΤΥΧΩΣ ΕΛΑΘΕΥΣΑΜΕΝ...» ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.


Εισαγωγή.....σελ. 73 – 74.
4.1. Γνωστική ταξινόμηση των λαθών.....σελ. 74 – 80.
 4.1.1. Αντιδράσεις γνωστικών τάσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε λάθη.....σελ. 76 – 80.
4.2. Ταξινόμηση νοσηλευτικών λαθών.....σελ. 80 – 85.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Περίληψη.....σελ. 86.
2. Εισαγωγή.....σελ. 87 – 89.
 2.1. Σκοπός μελέτης.....σελ. 89.
3. Παρουσίαση περιστατικών.....σελ. 89 – 93.
 3.1. Περιστατικό 1^ο.....σελ. 90.
 3.2. Περιστατικό 2^ο.....σελ. 91.
 3.3. Περιστατικό 3^ο.....σελ. 91 – 92.
 3.4. Περιστατικό 4^ο.....σελ. 92 – 93.
4. Μέθοδος – Υλικό.....σελ. 93.
5. Αποτελέσματα.....σελ. 94 – 104.
6. Συζήτηση.....σελ. 105 – 106.
7. Συμπεράσματα.....σελ. 106 – 107.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ. 108 – 112.



A decorative border of arrows, each with a black and white striped tail and a dotted trail, surrounds the text. The arrows point towards the center of the page.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«Ο Άνθρωπος, το τελειότερο δημιούργημα του Θεού, από τη φύση του υποκύπτει στο λάθος με αρχή το «Προπατορικό Αμάρτημα». Με το πέρασμα των χρόνων και την εξέλιξη της ανθρωπότητας και της τεχνολογίας, ο άνθρωπος περιστοιχίζεται ολοένα και περισσότερο από προβλήματα και ανησυχίες που ποικίλουν και έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του λάθους σε όλους τους τομείς και τις πτυχές της ζωής του. Καθημερινά έρχεται αντιμέτωπος με αυτά τα λάθη και κάνει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να τα αντιμετωπίσει προσπαθώντας να καλυτερεύσει τη ζωή του και τον κόσμο στον οποίο ζει και αναπτύσσεται.»

... Ευχαριστούμε όλους όσους μας βοήθησαν και μας στήριξαν να εκπληρώσουμε το στόχο μας και ιδιαίτερα τους γονείς μας και τον Κο Κακαβελάκη Κυριάκο...

"ΤΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ"

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

«Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ, ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ, ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ.»

Εισαγωγή.

Η Νοσηλευτική από αρχαιοτάτων χρόνων χαρακτηρίστηκε ως έργο αγάπης και προσφοράς προς τον άνθρωπο. Με την πάροδο των χρόνων εξελίχθηκε σε Επιστήμη με τις δικές της αρχές και κανόνες. Έτσι η Νοσηλευτική δεν αποτελεί πλέον εκτελεστικό όργανο αλλά βασικό και υπεύθυνο έργο πάνω στο οποίο στηρίζονται οι δραστηριότητες άλλων επαγγελματιών υγείας.

Αποτελεί την επιστήμη του ανθρώπου ως ενιαίου και αδιαίρετου βιοψυχοκοινωνικού συνόλου. Με την ανθρωπιστική της δράση κατορθώνει να υλοποιήσει την βαθιά επιστημονική της γνώση μέσω της καλλιτεχνικής της τεχνικής εφαρμογής. Η επιστημονική πρόοδος, οι τεχνολογικές δυνατότητες, η γνώση που είναι όλο και περισσότερο πηγή άντλησης ποιοτικής ισχύος καθώς και η κοινωνία που αναγνωρίζει την αξία της Νοσηλευτικής δίνουν την δυνατότητα στους Νοσηλευτές να διαδραματίσουν αρμονικό ρόλο στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ τέχνης και επιστήμης για να εκπληρώσουν το ρόλο τους ως αρχιτέκτονες του σήμερα και φύλακες του αύριο.

Τέλος, εφόσον η Νοσηλευτική διέπεται από δικές της αρχές και κανόνες ο κάθε Νοσηλευτής ξεχωριστά θα πρέπει να τους τηρεί στην καθημερινή πράξη για την σωστή εκτέλεση του Νοσηλευτικού έργου.

1.1 Η Νοσηλευτική και οι στόχοι της.

Η Νοσηλευτική είναι έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη νοσηλεία των ασθενών, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Η Νοσηλευτική είναι *προσφορά υπηρεσίας* προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας. Διδάσκει και καθοδηγεί το άτομο για να επιτύχει και διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Βοηθάει εκείνον που βρίσκεται σ' ένα στάδιο υψηλού κινδύνου, ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη ενός προβλήματος υγείας. Νοσηλεύει τους αρρώστους και προσπαθεί να τους φέρει στο καλύτερο επίπεδο για να αμυνθούν έναντι της ασθένειας. Και τέλος, φροντίζει για την αποκατάσταση του αρρώστου, κατά τρόπο ώστε να αποφεύγει την αναπηρία σαν κατάληξη της αρρώστιας ή να

αναπτύξει το μέγιστο δυναμικό του μέσα στα όρια της αναπηρίας του ή να έχει ειρηνικά τα τέλη της ζωής του.

Η Νοσηλευτική είναι υπεύθυνο *κοινωνικό έργο*. Αποβλέπει στην περιφρούρηση και τη φροντίδα της ανθρώπινης υγείας, που αποτελεί μέγιστο συντελεστή στην πολυμερή ανάπτυξη της κοινωνίας και τη δημιουργία ανώτερου πολιτισμού. Η Νοσηλευτική είναι δύναμη που προάγει την ωρίμανση και την κίνηση της προσωπικότητας του ανθρώπου προς τη δημιουργική, οικοδομητική, παραγωγική, προσωπική και κοινωνική ζωή.

Η Νοσηλευτική είναι *έργο αγάπης, πίστωσης και υπομονής*. Βασίζεται σε πνευματικά θεμέλια και εμπνέεται από χριστιανικά ιδεώδη. Είναι η επιστήμη της αγάπης. Συγγενεύει με το έργο της μητέρας και την πράξη του «Καλού Σαμαρείτου». Είναι παρουσία εφαρμοσμένης αγάπης. Προσφέρει διακονία, άνεση, συμπαράσταση, άμεση βοήθεια, ανακούφιση, παρηγοριά, προστασία, αναστήλωση ψυχική και διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας.

Η Νοσηλευτική είναι *επιστήμη και τέχνη ,θεωρία και πράξη*. Γι' αυτό η επιτυχημένη άσκησή της απαιτεί από τους Νοσηλευτές τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Παντού και πάντοτε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στην εξυπηρέτηση της υγείας του ανθρώπου με ζήλο και ηρωισμό. Ωστε να ανανεώνονται τα γηρατιά να υπερνικάτε η αρρώστια, οι κατάκοιτοι να σηκώνονται και οι άρρωστοι να αισθάνονται δυνατοί.

Η Νοσηλευτική *είναι έργο που καλλιεργεί τη ψυχή , μορφώνει τη διάνοια και προάγει την ολοκλήρωση και αρτίωση της προσωπικότητας των Νοσηλευτών*. Οι Νοσηλευτές ενώ νοσηλεύουν και βοηθούν τον ασθενή να αναρρώσει από την ασθένεια του ή συνεργάζεται με άτομα για την επίλυση προβλημάτων της υγείας του, ωφελούνται και οι ίδιοι. Ευρύνουν τις γνώσεις και την πείρα τους σχετικά με το μεγαλείο της αρχιτεκτονικής του ανθρώπινου οργανισμού. Επίσης σπουδάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και τις άυλες δυνάμεις της προσωπικότητας του ανθρώπου, πως υπερβαίνει κρίσιμες καταστάσεις και πως ανασυγκροτείται ψυχοσωματικά. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες αυτές οδηγούν τους Νοσηλευτές σε βαθύτερη αυτοκατανόηση, μεγαλύτερη ωριμότητα και θαυμασμό. Σαν συμπέρασμα, τονίζεται ότι η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη της υγείας με πνευματικές διαστάσεις.

1.2 Η Νοσηλευτική τέχνη και πράξη.

Οι επιστημονικές αρχές και γνώσεις μόνο, δεν έχουν τη δύναμη να επιτελούν νοσηλευτικό έργο. Απαιτείται και η νοσηλευτική τέχνη, δηλαδή η νοσηλευτική πράξη. Η Νοσηλευτική υπάγεται στις καλές τέχνες σαν τη ζωγραφική, τη μουσική και την ποίηση. Είναι αφιερωμένη στη φροντίδα του ανθρώπου υπηρετεί την υγεία και αυτή τη ζωή του. Είναι ακόμα καλλιτεχνική δημιουργία, που

στηρίζεται σε κανόνες και αρχές για την πραγματοποίηση συγκεκριμένων σκοπών ανακούφισεως και εξυπηρετήσεως του πονεμένου ανθρώπου.

Η Νοσηλευτική είναι εκτέλεση έργου, κατά την άσκηση του οποίου βρίσκονται σε πλήρη ενέργεια και δράση η νοσηλευτική μόρφωση σε συνδυασμό με τα μάτια, τα χέρια, τη σκέψη, το συναίσθημα, τη θέληση, τη πίστη, τα χαρίσματα, τα ταλέντα, τα ιδεώδη, δηλαδή ολόκληρη την προσωπικότητα των Νοσηλευτών.

Η Νοσηλευτική σαν πράξη καθιστά τους Νοσηλευτές δραστήριους, τους κάνει να ζουν το παρόν, να ασχολούνται με τη ζωή. Ότι ενισχύει τη ζωή και την ψυχοσωματική ανάπτυξη του ανθρώπου είναι μέσο και σκοπός τους. Δεν μπορούν να ζήσουν μόνο με την επιστήμη. Πρέπει να φέρνουν τη «ζωή» κάθε μέρα μέσα στο θάλαμο, όχι μόνο τις γνώσεις τους.

Η ουσία της Νοσηλευτικής τέχνης είναι η φροντίδα του αρρώστου.

Τη φροντίδα αυτή απαρτίζουν τα εξής στοιχεία:

- Ανακούφιση σωματική και ψυχική.
- Αγάπη, θαλπωρή.
- Παρουσία, ενδιαφέρον, μέριμνα.
- Σεβασμός, άγρυπνη παρακολούθηση, ηρωισμός, θυσία.
- Διάλογος, συμμετοχή, υποστήριξη ψυχοσωματική.
- Συμβουλευτική υγιεινή.
- Διδασκαλία και διατήρηση της υγείας.

Η Νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί τη τεχνική, εκτελεστική, πρακτική, βιωματική διάσταση του κλάδου. Γι' αυτό σε σύγκριση με την επιστημονική κατάρτιση γίνεται πιο αισθητή από τους αρρώστους και την κοινωνία. Η παρουσία ή απουσία φροντίδας, αλλά και η ποιότητα της γίνεται αμέσως αντιληπτή. Και η αλήθεια αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται. Άλλωστε η αξία των επιστημονικά εκπαιδευμένων Νοσηλευτών διαπιστώνεται και αποδεικνύεται κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών νοσηλειών, οι οποίες πρέπει να εκτελούνται με δεξιοτεχνία και σύστημα, με λεπτούς και σταθερούς χειρισμούς, με πειθαρχία στους συγκεκριμένους κανόνες εκτελέσεως, όπως είναι οι κανόνες άσηπτης τεχνικής, και με επιστημονικές γνώσεις.

Επιπλέον η νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει τον χειρισμό ορισμένων οργάνων και συσκευών. Ο χειρισμός αυτών απαιτεί γνώση της λειτουργίας τους, παρακολούθηση και ερμηνεία των πληροφοριών, τις οποίες μεταδίδουν για τη κατάσταση του αρρώστου, αλλά και την αντίληψη της μη καλής λειτουργίας τους, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχής νοσηλεία και παρακολούθηση του

αρρώστου. Διότι κανένα μηχάνημα δεν μπορεί να σώσει τη ζωή του ανθρώπου, αν δεν χρησιμοποιηθεί κατάλληλα και επιδέξια.

Εκτός όμως αυτών, η νοσηλευτική τέχνη παρουσιάζει μια πολυμέρεια και πολυμορφία.

Αναφέρονται ορισμένες από τις συνηθέστερες μορφές της, οι οποίες ανάλογα με τη νοσηλευτική περίσταση ασκούνται μεμονωμένα ή σε ποικίλους συνδυασμούς:

- Η διδακτική τέχνη.
- Η τέχνη του νοσηλευτικού διαλόγου.
- Η τέχνη της παρατηρήσεως.
- Η τέχνη της συνεργασίας.
- Η τέχνη του αρχηγού –ηγετική τέχνη.
- Η τέχνη εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.
- Η τέχνη της νοσηλευτικής έρευνας.

Οι μορφές αυτές της νοσηλευτικής τέχνης στηρίζονται μεν σε επιστημονικές αρχές, αλλά απαιτούν και καλλιεργημένες δεξιότητες. Η αξία τους εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να τις επιλέγει και να τις εφαρμόζει ανάλογα με τις νοσηλευτικές περιστάσεις. Βέβαια θα έχει σαν τελικό σκοπό την ολοκληρωμένη προσωπική νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, την πρόληψη της ασθένειας, την αποκατάσταση, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και ζωής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Επομένως η επιστήμη και η τέχνη έχουν σημαντική θέση και αποστολή στο νοσηλευτικό έργο. Δηλαδή λύνουν προβλήματα της Νοσηλευτικής, γνωσιολογικά και τεχνικά. Ανακουφίζουν και θεραπεύουν τον άρρωστο άνθρωπο χωρίς να μπορούν να εισδύσουν στην προσωπική του μοναδικότητα και να βοηθήσουν στην κατανόηση του ψυχικού του κόσμου.

Αυτήν την αποστολή εκπληρώνει το πνεύμα της Νοσηλευτικής.

1.3 Το πνεύμα της Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλευτική αν και χαρακτηρίζεται συνήθως σαν επιστήμη και τέχνη, εν τούτοις είναι σύνθεση τριών στοιχείων: επιστήμης, τέχνης και πνευματικής αντιμετώπισης του ανθρώπου.

Οι πνευματικές αρχές και βάσεις της Νοσηλευτικής στη πατρίδα μας έχουν διαμορφωθεί από το ιατρικό και φιλοσοφικό αρχαίο ελληνικό πνεύμα, ολοκληρώθηκαν από τη χριστιανική πίστη και διατυπώθηκαν θεωρητικά κατά τη βυζαντινή εποχή.

Οι αρχές αυτές είναι:

- Ολική θεώρηση του ανθρώπου ,
- Πίστη στην εσωτερική αξία του και
- Χριστιανική αγάπη στη νοσηλεία του αρρώστου.

Το πνευματικό αυτό τρίπτυχο αποτελεί το ιδεώδες της Ελληνικής Νοσηλευτικής. Εμπνέει όλους τους σύγχρονους οραματισμούς και προγραμματισμούς στους τομείς της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και κλινικής άσκησης.

Στο Νοσηλευτικό έργο συναντούμε την εξαιρετη και θαυμαστή αυτή ενότητα που καλείται άνθρωπος, που δεν μπορεί να κατανοηθεί μόνο με τις επιστήμες της ανατομίας, της φυσιολογίας, της φυσικής, της χημείας και των άλλων επιστημών. Ο άνθρωπος υπάρχει σαν πρόσωπο με υψηλό προορισμό, με πίστη, φιλοσοφία ζωής, κοινωνικούς δεσμούς, με προβλήματα και συγκρούσεις. Έχει πνευματικές αναζητήσεις που υπερβαίνουν τις διαστάσεις, τις οποίες διδάσκουν οι βιολογικές επιστήμες. Επομένως το δημιουργήμα άνθρωπος απαιτεί ολική θεώρηση και ολοκληρωμένη νοσηλεία.

Η Νοσηλευτική δεν προσαρμόζει τις υπηρεσίες της ανάλογα με τα κοινωνικά προνόμια και τα επίκτητα χαρακτηριστικά του ανθρώπου, ανάλογα δηλαδή με τη καταγωγή, τη μόρφωση, το επάγγελμα, την οικονομική κατάσταση, το χρώμα κ.ο.κ. Η Νοσηλευτική είναι ενιαία και αμέριστη προς όλους τους ανθρώπους.

Συμπερασματικά τονίζονται τα παρακάτω:

- Σαν επιστήμη η Νοσηλευτική αντλεί, εκλεκτικά αρχές και θεωρίες από βασικές και εφαρμοσμένες επιστήμες.
- Σαν τέχνη η Νοσηλευτική στηρίζεται μεν σε επιστημονικές αρχές, αλλά απαιτεί και καλλιεργημένες δεξιότητες.
- Η Νοσηλευτική κυρίως διέπεται και εμπνέεται από πνευματικές αρχές, χωρίς τις οποίες δεν χρησιμεύει ούτε η επιστήμη ούτε η τέχνη.

1.4 Θεμελιώδεις Νοσηλευτικές αρχές.

Θα περιγραφούν τέσσερις αρχές που θεωρούνται θεμελιώδεις διότι:

A) καθεμία αντιπροσωπεύει σύνολο αρχών από διάφορες επιστήμες,

B) από αυτές απορρέουν ειδικότερες νοσηλευτικές αρχές και,

Γ) αποτελούν τη βάση και το θεμέλιο της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλες τις περιπτώσεις.

Σε κάθε νοσηλευτική περίπτωση μπορούν να χρησιμοποιηθούν μία, δύο ή και όλες οι αρχές για να καθοδηγούν τους Νοσηλευτές στο έργο τους. Και όσο αυξάνουν οι γνώσεις τόσο πληθύνονται οι πράξεις που στηρίζονται στις αρχές αυτές. Συσχετιζόμενες μεταξύ τους αποτελούν και τη «λυδία λίθο» με την οποία είναι δυνατόν να ελέγχεται και να αξιολογείται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που δίδεται στον άρρωστο, κατά πόσο είναι άριστη, καλή, μέτρια ή ανεπαρκής.

Οι αρχές αυτές είναι:

❖ **1η Αρχή: Ο άνθρωπος σαν πρόσωπο**

«Κάθε άνθρωπος είναι ένα άτομο, μέλος της κοινωνίας, με δικαιώματα και προνόμια, που οφείλουμε να σεβόμαστε ανεξάρτητα της φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, της οικονομικής ή κοινωνικής καταστάσεώς του. Οι προσωπικοί φόβοι και οι ατομικές ανάγκες του ανθρώπου συνήθως εντείνονται όταν απειλείται η υγεία του».

Οι Νοσηλευτές εφαρμόζουν την αρχή αυτή όταν εξατομικεύουν τη νοσηλεία του αρρώστου, του δίνουν εξηγήσεις για τη νοσηλεία, ζητούν τη συνεργασία κατά τη φροντίδα του, αποδέχονται τη συμπεριφορά του σαν έκφραση της προσωπικότητάς του, των ατομικών αναγκών και των συμπτωμάτων της ασθένειάς του, τον εξυπηρετούν πάντα με ευγένεια, θερμό ενδιαφέρον, σύνεση και σταθερότητα. Βασικό στοιχείο της νοσηλείας του αρρώστου ως πρόσωπο είναι ο σεβασμός προς τον ίδιο, την οικογένειά του και το περιβάλλον του. Μια εκδήλωση σεβασμού π.χ. είναι να αποκαλείται με το επίθετο και το τίτλο του και να περιλαμβάνεται σε κάθε συζήτηση που γίνεται μπροστά του. Ζητούν οι Νοσηλευτές άδεια όταν διακόπτουν την απασχόληση του για μια νοσηλεία, και δεν διακόπτουν τη νοσηλεία του παρά μόνο αν υπάρχει απόλυτη ανάγκη. Εκδηλώνουν ευαισθησία και κατανόηση έναντι της συναισθηματικής κατάστασης του αρρώστου με ανάλογη προσαρμογή της συμπεριφοράς τους. Δηλαδή αποφεύγουν να εκφράζουν υπέρμετρη χαρά όταν ο άρρωστος είναι μελαγχολικός, αλλά και δεν παρουσιάζονται λυπημένοι.

Ακούνε με προσωπικό ενδιαφέρον και προσοχή τον ασθενή. Η ακρόαση με κατανόηση εμπνέει στον ασθενή την πεποίθηση ότι αναγνωρίζεται σαν προσωπικότητα και ότι είναι αγαπητός και σεβαστός.

Τον βοηθάνε να αισθάνεται άνεση και ασφάλεια μολονότι βρίσκεται σε ξένο περιβάλλον. Ο σεβασμός προς τον ασθενή μεταβιβάζεται και όταν οι προτάσεις του, οι γνώμες του και οι μέριμνές του, ακόμη και οι ατομικές διαφορές που παρουσιάζει συγκριτικά με άλλους ασθενείς, λαμβάνονται υπ' όψη και αντιμετωπίζονται με ευγένεια και ειλικρινή φροντίδα. Επίσης τον προφυλάσσουν όσο είναι δυνατόν από το αίσθημα της αμηχανίας προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του προκειμένου να

ετοιμαστεί για μια ιατρική εξέταση ή να δεχτεί επίσκεψη μελών της οικογένειας του ή σε άλλες περιστάσεις.

Πρέπει να τονισθεί ότι για την εφαρμογή αυτών δεν χρειάζεται περισσότερος χρόνος , από εκείνου που χρειάζεται για τη νοσηλεία του αρρώστου.

❖ 2 η Αρχή: Ο άνθρωπος σαν οργανισμός

« Για να επιζήσει ο ανθρώπινος οργανισμός πρέπει να διατηρούνται, ορισμένες βασικές λειτουργίες του όπως είναι η αναπνοή, η κυκλοφορία του αίματος κ.α.»

Οι Νοσηλευτές παρακολουθούν άγρυπνα και αναγνωρίζουν τις οργανικές ανάγκες του αρρώστου όπως είναι η αναπνοή, η κυκλοφορία, η διατροφή, η μυοσκελετική δραστηριότητα, η ανάπαυση, ο ύπνος, η αποβολή των αχρήστων προϊόντων του μεταβολισμού κ.α. καθώς και τους κινδύνους όταν οι ανάγκες αυτές δεν αντιμετωπίζονται έγκαιρα και κατάλληλα.

Κατά τη νοσηλεία του αρρώστου φροντίζουν συστηματικά για τη διατήρηση των ζωτικών οργανικών λειτουργιών του. Δεν λησμονούν όμως ότι ο άνθρωπος είναι αδιάσπαστη ολότητα και παρουσιάζει βιολογικές, ψυχολογικές, διαπροσωπικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες οι οποίες είναι αλληλένδετες μεταξύ τους. Επομένως διαταραχή στην εκπλήρωση ορισμένων αναγκών, λόγω επιδράσεως νοσηρού παράγοντος, είναι δυνατό να προκαλέσει διαταραχές και σε άλλα είδη αναγκών του αρρώστου και να τον επηρεάσει σαν σύνολο.

Απαραίτητη είναι και η εξακρίβωση της ικανότητας του αρρώστου να φροντίσει μερικώς ή στο σύνολο τη διατήρηση των βασικών λειτουργιών του. Οπότε προστατεύουν τους αρρώστους που αδυνατούν να βοηθήσουν τον εαυτό τους, διδάσκουν εκείνους που κινδυνεύουν να χειροτερεύσουν την κατάσταση της υγείας τους λόγω κακών συνηθειών ή άγνοιας, και προσφέρουν σχετική βοήθεια σε όσους τη χρειάζονται.

❖ 3 η Αρχή: Ο άνθρωπος και το περιβάλλον του

«Κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα συντελούν στην ελάττωση ή εξουδετέρωση των φυσικών, χημικών ή μικροβιακών παραγόντων του περιβάλλοντος, οι οποίοι προκαλούν αρρώστια ή βλάβη στον άνθρωπο.»

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η πρόληψη της αρρώστιας αποτελεί στόχο και ευθύνη της Νοσηλευτικής καθώς και όλων των επαγγελματιών υγείας. Η πρόληψη σημαίνει γνώση των πιθανών κινδύνων, που απειλούν την υγεία και των μεθόδων προστασίας των ανθρώπων από τους κινδύνους αυτούς.

Η αρχή όμως αυτή δεν μπορεί να απομονωθεί από τις δυο προηγούμενες. Πρώτα, διότι τα μέτρα ασφαλείας αποβλέπουν στη διατήρηση του ατόμου στο καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και ευεξίας. Και έπειτα, η προσωπική γνωριμία του αρρώστου σαν άτομο μπορεί να οδηγήσει στην εφαρμογή μέτρων προστασίας που δεν χρειάζονται ίσως τα άλλα άτομα.

Η αρχή της ασφάλειας του αρρώστου χρησιμεύει σε όλες τις απόψεις της νοσηλευτικής φροντίδας. Συνθήκες επικίνδυνες για τον ασθενή μπορεί να έχουν την αρχή τους στο εσωτερικό ή εξωτερικό του περιβάλλον. Η ζωή του π.χ. απειλείται από κάθε κατάσταση που τον στερεί μιας ορισμένης ουσίας απαραίτητης για τα κύτταρά του ή από την αδυναμία να αποβάλει τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. Η ζωή του αρρώστου κινδυνεύει και από δυσμενείς συνθήκες στο εξωτερικό περιβάλλον, όπως είναι υψηλή θερμοκρασία, ραδιενεργές ουσίες ή ακτινοβολία.

Αν και όλοι οι άρρωστοι, πρέπει να προστατεύονται από κινδύνους, η ανάγκη είναι μεγαλύτερη σ' εκείνους που είναι ανίκανοι να αναγνωρίσουν ή να ελέγξουν κινδύνους στον εαυτό τους. Ορισμένοι ασθενείς λόγω της ηλικίας ή της κατάστασης τους είναι ευάλωτοι.

Παράδειγμα αποτελεί ο ασθενής με απώλεια συνειδήσεως, που αδυνατεί τελείως να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ή να προστατεύσει τον εαυτό του. Πρέπει επομένως να προστατευθεί από τη νοσηρή επίδραση της υπερβολικής θερμότητας, του ψύχους και άλλων παραγόντων, ακόμη και από τις εκκρίσεις του σώματος. Οι κίνδυνοι, στους οποίους ο άρρωστος μπορεί να εκτεθεί, περιλαμβάνουν τη μόλυνση, την πτώση στο πάτωμα, λάθη στα φάρμακα που χορηγούνται και αδυναμία αναγνώρισεως και αναφοράς σημαντικών σημείων και συμπτωμάτων απ' ίδιο ή και το προσωπικό.

Κίνδυνο βλάβης για τον ασθενή αποτελεί και η λανθασμένη πράξη των Νοσηλευτών, των γιατρών ή άλλων, που ασχολούνται με την περίθαλψή του. Σπάνιες είναι οι πράξεις που οδηγούν σε βλάβη και ακόμη σπανιότερες εκείνες που οδηγούν στο θάνατο. Πολλές φορές όμως η σχέση μεταξύ της ανασφαλούς ενέργειας και του ατυχήματος δεν είναι ευθέως ανάλογη και ευδιάκριτη. Ένα ατύχημα μπορεί να προέλθει από ολόκληρη σειρά ανασφαλών ενεργειών μέχρι του σημείου να είναι αδύνατη η επισήμανση της αιτίας. Κατά την χορήγηση των διαφόρων φαρμάκων παρακολουθείται ο ασθενής για τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις του οργανισμού του, που αναφέρονται έγκαιρα στον γιατρό, ώστε να εφαρμοσθούν ανάλογα μέτρα προστασίας της υγείας και της ζωής του. Εξάλλου, όταν νοσηλεύεται άρρωστος με μεταδοτικό νόσημα, εφαρμόζονται με ακρίβεια οι μέθοδοι προφυλάξεως, απολυμάνσεως και αποστειρώσεως για την πρόληψη μεταδόσεως του νοσήματος σε άλλα άτομα. Τέλος, πρέπει να τονισθεί ότι η προστασία και ασφάλεια του αρρώστου έναντι ατυχημάτων, βλαβών, ενδοноσοκομειακών μολύνσεων και άλλων κινδύνων, απαιτεί κατάλληλη διδασκαλία, ειδικό προγραμματισμό και συνεργασία όλων που παίρνουν μέρος στην περίθαλψη του αρρώστου. Όλοι έχουν την ηθική και νομική ευθύνη της αναγνώρισεως των κινδύνων που απειλούν την υγεία, την ευεξία και τη ζωή του αρρώστου και όλοι ευθύνονται για την εφαρμογή κατάλληλων μέτρων πρόληψης και ελέγχου βλαπτικών παραγόντων ή συνθηκών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό όμως επειδή βρίσκεται περισσότερες ώρες κοντά στον άρρωστο, έχει μεγαλύτερη ευθύνη και πρέπει να διαθέτει άγρυπνη προσοχή, αμείωτο ενδιαφέρον και απόλυτη ευσυνειδησία.

❖ *4 η Αρχή: Ο άνθρωπος και η αποκατάσταση της υγείας του*

«Ο ασθενής έχει ανάγκη αποκατάστασης, που περιλαμβάνει όχι μόνο τη σχετική ή τέλεια απαλλαγή από την αρρώστια του, αλλά και την επιστροφή του στην κοινωνία σαν ενεργού μέλους της.»

Η αποκατάσταση του αρρώστου αποτελεί διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας από τη στιγμή της εισαγωγής του στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδο του και την επιστροφή στην οικογένεια του. Επομένως, οι Νοσηλευτές δεν φροντίζουν μόνο για την ανακούφιση του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων του αρρώστου αλλά και για την ατομική του υγιεινή.

Τον βοηθούν να κατανοήσει την ασθένειά του, να κάνει τις απαιτούμενες ψυχοσωματικές προσαρμογές, να αναλάβει προοδευτικά τη φροντίδα του εαυτού του, να διατηρήσει υψηλό ηθικό και τον ζήλο για τη συνέχιση της ζωής και εργασίας του. Ακόμη διδάσκουν στον ασθενή τους κανόνες της υγιεινής ζωής, την αξία της υγείας, τη σημασία της συνέχισης της θεραπείας και έξω από το νοσοκομείο αν χρειάζεται.

Όταν η ασθένεια εγκαταλείπει στον άρρωστο μια προσωρινή ή μόνιμη μείωση των ικανοτήτων του ή αναπηρία, δεν αρκεί να επουλωθεί μόνο το τραύμα ή να περάσουν τα έντονα και κρίσιμα συμπτώματα. Ο άρρωστος έχει ανάγκη βοήθειας, ώστε να συμφιλιωθεί με την αναπηρία του ή να λύσει τα ποικίλα προβλήματα που δημιουργούνται και να προετοιμασθεί για τις αλλαγές, που πρέπει να κάνει στην εργασία του και στη καθημερινή ζωή. Χρειάζεται επίσης να μάθει πώς να χρησιμοποιεί στο μέγιστο βαθμό τις ικανότητες που του απέμειναν, πώς να γίνει αυτόρκης και να αυτοεξυπηρετείται, πώς να διατηρήσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή και το πόθο για δημιουργία και πρόοδο.

Η συμβολή στην αποκατάσταση του αρρώστου δεν σταματά ούτε και κατά τις τελευταίες στιγμές πριν από το θάνατο. Συνεχίζεται με την συμπαράσταση, την ανακούφιση, και την διατήρηση της αξιοπρέπειας του.

Με την εφαρμογή των τεσσάρων θεμελιωδών αρχών που αναφέρθηκαν φαίνεται η συμβολή της Νοσηλευτικής στη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη νοσηλεία του αρρώστου, την αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του ατόμου και της οικογένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

«Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΩΣ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΡΓΟ. Η ΑΞΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ.»

Εισαγωγή.

Η Νοσηλευτική έχει χαρακτηριστεί ως Διαπροσωπικό έργο. Η επικοινωνία με την ομιλία, τις πράξεις ακόμα και με τη σιωπή είναι ένα από τα μεγαλύτερα προσόντα της, για τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Η μάθηση που αποκτούν οι Νοσηλευτές είναι ανεκτίμητη.

Αυτό συμβάλλει και στην καλή συνεργασία με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό. Χωρίς τη συνεργασία η Νοσηλευτική δεν μπορεί να κατακτά τους υψηλούς στόχους της. Η καλή συνεργασία προάγει την υγεία του αρρώστου και αποτελεί τη συνένωση των γνώσεων, των ικανοτήτων και της πείρας πολλών προσώπων.

Όλα τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση των λαθών και παραλήψεων τα οποία, μπορεί να αποβούν μοιραία για τον ασθενή, αλληλοσυμπληρώνοντας ο ένας τις πράξεις του άλλου.

2.1 Η Νοσηλευτική, διαπροσωπικό έργο.

Ο άνθρωπος σαν μοναδική προσωπικότητα αναπτύσσεται αρμονικά και εμπλουτίζεται με τον γόνιμο διάλογο, που δημιουργούν οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις. Η επικοινωνία αποτελεί ουσιώδη ψυχολογική ανάγκη του ανθρώπου. Η έλλειψη της μπορεί να διαταράξει ή ακόμη να κλονίσει την ψυχική υγεία.

Όταν ο άνθρωπος ασθενήσει και εισαχθεί στο νοσοκομείο, παρουσιάζει αυξημένες ψυχολογικές ανάγκες και συνεπώς έντονη την ανάγκη της επικοινωνίας. Ποιός όμως θα αναπτύξει την διαπροσωπική σχέση με τον άρρωστο; Ποιος άλλος από το Νοσηλευτή που παραμένει των περισσότερο καιρό κοντά στον άρρωστο.

Οι Νοσηλευτές έχουν το προνόμιο να ασκούν τη Νοσηλευτική αποστολή τους σε μια διαπροσωπική ατμόσφαιρα, σε ένα αληθινό εργαστήριο διαπροσωπικών σχέσεων.

Η Νοσηλευτική όταν θεωρείται και ασκείται σαν διαπροσωπικό έργο, προάγει την αξιολόγηση, την επαλήθευση και αντιμετώπιση των προβλημάτων και αναγκών του συγκεκριμένου αρρώστου. Αποκτά δε ευρύτερες διαστάσεις και επιτυγχάνει σκοπούς ανωτέρου επιπέδου.

Οι Νοσηλευτές πλέον δημιουργούν διαπροσωπικές συνθήκες. Σ' αυτές ο ασθενής ενσωματώνεται και συμμετέχει προσωπικά στην αναγνώριση των προβλημάτων του, τον

προγραμματισμό της νοσηλείας του και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας του. Σκοπός της συμμετοχής αυτής του αρρώστου είναι να αποκτήσει χρήσιμες γνώσεις και βαθύτερη κατανόηση της πείρας της ασθένειάς του.

Η Νοσηλευτική σαν διαπροσωπική διεργασία επηρεάζει ευνοϊκά την ψυχική κατάσταση του αρρώστου. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες, επιθυμίες, ανησυχίες, αγωνίες και φόβους του. Η εξωτερίκευση του μεταβιβάζει στους Νοσηλευτές το περιεχόμενο του ψυχισμού του, π.χ. τί σκέπτεται και τι αισθάνεται, πόσο υποφέρει λόγω της ασθένειάς του, πώς ερμηνεύει την κατάσταση του. Αυτό αποτελεί τον ακριβέστερο δείκτη του επιπέδου υγείας του σε σύγκριση με άλλους δείκτες, όπως είναι ο αριθμός των σφύξεων του, τα συστατικά του αίματος, τα ακτινολογικά ευρήματα κ.α. διότι η αναγνώριση της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου προσφέρει ευρύτερη βάση για τη νοσηλευτική αξιολόγηση και το προγραμματισμό της φροντίδας του. Πέρα από όσα αναφέρθηκαν, η εξωτερίκευση οδηγεί στην προσωπική ανακάλυψη και αυτογνωσία, στην ψυχολογική ανάπτυξη και μάθηση. Επομένως η Νοσηλευτική αποδεικνύεται «θεραπευτική, εκπαιδευτική σχέση» και «δύναμη που προωθεί την ωρίμανση της προσωπικότητας προς δημιουργική, οικοδομητική και παραγωγική προσωπική και κοινωνική ζωή».

Ο διαπροσωπικός χαρακτήρας της Νοσηλευτικής ασκεί πολυδιάστατη επίδραση όχι μόνο στον άρρωστο αλλά και στους Νοσηλευτές. Η μάθηση που αποκτούν οι Νοσηλευτές από την επικοινωνία με τους άρρωστους είναι ανεκτίμητη. Πραγματικά έχουν τη μοναδική ευκαιρία να μαθαίνουν από τα ζωντανά ανθρώπινα βιβλία ασυγκρίτως περισσότερα από οποιοδήποτε σύγγραμμα Νοσηλευτικής ή Ιατρικής. Και αυτό διότι ο άρρωστος υποφέρει και εκφράζει την αρρώστια του με μοναδικούς προσωπικούς τρόπους.

Εξάλλου οι Νοσηλευτές κατανοούν καλύτερα τον εαυτό τους. Αναγνωρίζουν βαθύτερα τις αντιδράσεις τους απέναντι στη συμπεριφορά του αρρώστου και την ανάγκη να καλλιεργήσουν ορισμένες διαπροσωπικές δεξιότητες, ώστε να μπορούν να δημιουργήσουν οικοδομητικές σχέσεις και να βοηθήσουν στη λύση διαπροσωπικών προβλημάτων.

Ο αληθινός διάλογος Νοσηλευτών και αρρώστου αποτελεί το υψηλότερο σπουδαστήριο, όπου εμβαθύνει κανείς το μυστήριο και την αξία της ζωής του νοσηλευομένου. Με την επιστήμη του νοσηλευτικού διαλόγου ασκεί τελειότερα το νοσηλευτικό έργο και συνειδητοποιεί το μεγαλείο και το ύψος της αποστολής. Ιδιαίτερα με το νοσηλευτικό διάλογο επιτυγχάνεται η εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.

2.2 Η επικοινωνία στην ολική Νοσηλευτική φροντίδα.

Η Νοσηλευτική είναι κοινωνικό λειτούργημα, σχέση προσφοράς βοήθειας, διάλογος προσώπου με πρόσωπο, ασκείται πάντα μέσα σε διαπροσωπικό κλίμα και περιβάλλον, μέσα σε αληθινό εργαστήριο ανθρώπινων σχέσεων. Η επικοινωνία στη Νοσηλευτική θεωρείται νοσηλευτική πράξη και δραστηριότητα, εφόσον αποβλέπει στη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της

ψυχοσωματικής υγείας του ασθενούς, της οικογένειας και γενικά της κοινωνίας. Η επικοινωνία με τον ασθενή ή άλλο εξυπηρετούμενο άτομο μπορεί να είναι η νοσηλευτική παρέμβαση επιλογής για μια δεδομένη στιγμή ή να συνδυάζεται με άλλες νοσηλευτικές εργασίες.

Πάντως όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν επικοινωνία με τον ασθενή είτε με λόγια είτε χωρίς λόγια, ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς και τη νοσηλεία της συγκεκριμένης ώρας. Χωρίς επικοινωνία δεν θα μπορούσε να υπάρχει η Νοσηλευτική. Κάθε νοσηλευτική πράξη, όταν πραγματοποιείται ως διαπροσωπική διεργασία, προάγει την ψυχική υγεία του ασθενούς. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύει τις ανάγκες και ανησυχίες του και με αυτό τον τρόπο να εκτονώνεται, να ισορροπεί εσωτερικά και να συνειδητοποιεί την πραγματικότητα και τις αντιδράσεις του.

2.2.1 Η ομιλία ως βάση της επικοινωνίας.

Δεν πρόκειται βέβαια να αποδεχτούν ορισμένοι τύποι και τρόποι ομιλίας για κάθε περίπτωση προσέγγισης και βοήθειας άλλων ανθρώπων, διότι η ομιλία είναι χάρη όταν πηγάζει από «μορφωμένη» καρδιά και καλλιεργημένη προσωπικότητα. Είναι γνωστός ο λόγος του Χριστού «εκ του περισσεύματος της καρδιάς το στόμα λαλεί». Το ποικίλο και απρόβλεπτο περιεχόμενο της συνομιλίας μας με ένα άλλο πρόσωπο κάνει τον καθένα μας υπεύθυνο για την εκλογή και απόφαση: τί, πώς, γιατί, σε ποιόν, πότε και πόσο θα πει. Χρειάζεται η αρετή της διάκρισης να μας κατευθύνει, ώστε να λέμε «όσα εστί αληθή, όσα σεμνά, όσα δίκαια, όσα αγνά, όσα προσφιλή, όσα εύφημα».

Ο αβάς Ησαΐας ο αναγνώστης γράφει «δεν είναι σοφία να ξέρει κανείς να συζητά αριστοτεχνικά. Σοφία είναι να ξέρεις πότε πρέπει να μιλήσεις και τι πρέπει να πεις». Ο Νοσηλευτής μιλά και με τα λόγια του μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στους απελπισμένους, ενθαρρύνει τους φοβισμένους, καταπραΰνει τους ταραγμένους, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά, εξουδετερώνει τον πόνο με τις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις του.

2.2.2 Η ενεργητική ακρόαση: η χαμένη τέχνη.

Η ευαίσθητη ακρόαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκλεκτικά ως πράξη αγάπης και συμπαράστασης στους διάλογους μας με άλλα πρόσωπα. Γενικά, αναγνωρίζεται ότι ο καλός ακροατής είναι ο καλύτερος ευεργέτης για τον προβληματισμένο άνθρωπο, όταν αισθάνεται έντονη την ανάγκη να μιλήσει.

Κάπου στο ημερολόγιο «Άγγελμα της ημέρας» έχει γραφτεί: «Το να μάθει κανείς να εκφράζεται σε πολλές γλώσσες είναι κατόρθωμα. Το να μάθει όμως να ακούει σε μία γλώσσα είναι θρίαμβος».

Όλοι μας, μικροί και μεγάλοι πρέπει να διδαχτούμε ότι «οι καλοί συζητητές εκτός από τις γνώσεις και την ευφράδεια, που πρέπει να έχουν, οφείλουν να είναι και καλοί ακροατές».

2.2.3 Η συμβολική επικοινωνία.

Η ομιλία και η σιωπή, με την αρμονική τους σύνθεση δημιουργούν ευνοϊκές προϋποθέσεις μίας διαπροσωπικής ατμόσφαιρας, όπου εφαρμόζεται με επιτυχία η Νοσηλευτική Διεργασία ως εκλεκτική μέθοδος νοσηλείας. Η διαπροσωπική όμως σχέση με τον ασθενή δεν αναπτύσσεται μόνο με τη σοφή εναλλαγή ομιλίας και σιωπής. Ο αληθινός διάλογος χρησιμοποιεί και άλλα σήματα και μηνύματα μιας μυστικής συμβολικής γλώσσας, που είναι η γλώσσα της συμπεριφοράς. Η έκφραση του προσώπου των Νοσηλευτών, το γαλήνιο βλέμμα, οι λεπτές χειρονομίες, η στάση του σώματος, ο τρόπος του βαδίσματος, το σύνολο της στολής, ο τόνος της φωνής, τα πάντα αποτελούν τη συμβολική γλώσσα επικοινωνίας με τον ασθενή.

Μεταξύ των τρόπων επικοινωνίας χωρίς λόγια, ιδιαίτερα σημαντική για την εκφραστική της αξία είναι η περιποίηση του σώματος του ασθενούς. Αυτή η προσέγγιση του σώματος που πάσχει και η περιποίηση του από τα νοσηλευτικά χέρια αποτελεί το ζωτικότερο μέσο δημιουργίας ψυχικής επικοινωνίας και μεταβίβασης συναισθημάτων και ιδεών.

Η φροντίδα του σώματος που πάσχει, εκφράζει το νοσηλευτικό ενδιαφέρον και τις ευγενικές διαθέσεις των Νοσηλευτών. Επίσης, εκδηλώνει και τη φιλοσοφική τοποθέτηση τους απέναντι στον άνθρωπο, τον πόνο και την ανθρώπινη ζωή.

Τέλος, τονίζεται ότι η κατανόηση της συμβολικής επικοινωνίας παροτρύνει τους Νοσηλευτές σε συνεχή προσπάθεια για να εκλεπτύνουν και να εξευγενίσουν τα συναισθήματα και τις διαθέσεις τους προς το θεραπευτικό πάντα όφελος του ασθενούς. Αλλά και αυξάνει το θετικό αποτέλεσμα του νοσηλευτικού διαλόγου στην αξιολόγηση των προβλημάτων του ασθενούς, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της προσωπικής νοσηλευτικής του φροντίδας.

Η διαπροσωπική διάσταση της Ολικής Νοσηλευτικής περιλαμβάνει απεριόριστες θεραπευτικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές δυνάμεις. Οι Νοσηλευτές που επιλέγουν να την ασκήσουν, δεν κινδυνεύουν να παρασυρθούν από τη συνήθεια και την τεχνική ή από τον απρόσωπο αυτοματισμό της εποχής μας. Αντίθετα θα βρίσκουν πάντα τη Νοσηλευτική ως πολύτιμη και συγκινητική εμπειρία ως στίβο για προσωπική αρτίωση και κοινωνική χρησιμότητα.

Πέρα από τις εντυπωσιακές προόδους στην εκπαιδευτική τεχνολογία και τη διδακτική μεθοδολογία σήμερα, έντονοι παραμένουν οι προβληματισμοί στη σπουδή της διαπροσωπικής διάστασης της Νοσηλευτικής.

- Πώς θα εκπαιδευτούν οι Νοσηλευτές για να νοσηλεύουν και με την ακρόαση, και με την ομιλία, και με την σιωπή; Και πώς θα μετρηθεί η μάθηση, και πώς θα αξιολογηθεί η ποιότητα της νοσηλείας αυτής;
- Πώς θα μορφώνονται οι Νοσηλευτές ως ανθρώπινες προσωπικότητες και όχι ως απλοί εγκέφαλοι, ως διανοητικές μηχανές, όπως τροφοδοτούνται με προγράμματα οι computers;

- Πώς το εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής σχολής ή το επιμορφωτικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου θα ασκεί ανθρωποπλαστική δύναμη για να διαπλάθει τους Νοσηλευτές με προσωπική καλλιέργεια και ακεραιότητα και δεν θα σερβίρει στεγνή και κατεψυγμένη γνώση.

Η διαπροσωπική διάσταση της Νοσηλευτικής δεν πραγματοποιείται με την απομνημόνευση και απρόσωπη εφαρμογή κανόνων και τεχνικών μεθόδων. Επιτυγχάνεται βασικά με τη θεραπευτική δύναμη της άρτιας προσωπικότητας, της «μορφωμένης καρδιάς» των Νοσηλευτών. Και αυτή η ολοκλήρωση της προσωπικότητας, δεν μαθαίνεται από βιβλία και διαλέξεις, δεν αποκτάται εφάπαξ για να φυλαχτεί ισόβια ως δίπλωμα Σχολής, δεν αγοράζεται με χρήματα, ούτε εξασφαλίζεται με πληρεξούσιο. Μπορεί κανείς να φοιτήσει στην καλύτερη Σχολή και να μην την αποκτήσει.

Όλοι πρέπει να καλλιεργούμαστε και να ανεβαίνουμε πνευματικά κάθε μέρα. Κανείς από μας δεν πρέπει να μένει στους πρόποδες της μαλθακότητας, στην πεδιάδα της ακινησίας, στις κερκίδες των θεατών. Η ψυχική ωρίμανση είναι προσωπική υπόθεση. Κατακτάται με προσωπικό καθημερινό πνευματικό αγώνα. Κάθε άνθρωπος είναι πρωτοπόρος στην ψυχική του τελειοποίηση και κάθε Νοσηλεύτρια και Νοσηλευτής ομοίως. Θα αναλάβουμε την ανοδική αυτή πορεία;

Είναι ευθύνη και χρέος μας.

2.3 Η ευθύνη της Νοσηλευτικής.

Είναι σφάλμα να θεωρείται ανεύθυνος, εκείνος που νοσηλεύει, «εφ' όσον όλη την ευθύνη την φέρει ο γιατρός!!».

Στις περιπτώσεις που έχουμε εμπειρική νοσηλευτική άσκηση υπό την ευθύνη γιατρού τότε θα μπορούσε να πει κανείς ότι αν συμβεί κάτι δυσάρεστο υπεύθυνος είναι ο γιατρός που ανέθεσε νοσηλευτικό έργο σε πρακτικό.

Τα λάθη, οι παραλήψεις, οι αμέλειες, οι πλάνες στοιχίζουν ανθρώπινες ζωές και θα πρέπει να πούμε ότι και ο γιατροί δεν το θέλουν να είναι υπεύθυνοι για τα πάντα και για όλους τους συνεργάτες τους. Άλλωστε η σύγχρονη θεραπευτική έχει τέτοιες εφαρμογές σήμερα που είναι τελείως αδύνατο να μπορέσει η Ιατρική από μόνη της να αντεπεξέλθει.

Στις περιπτώσεις που δεν έχουμε πλήρη ανάπτυξη του Νοσηλευτικού ρόλου οι ευθύνες επιρρίπτονται σύμφωνα με την υφιστάμενη σε κάθε χώρα νομοθεσία, άλλοτε στο γιατρό, άλλοτε στη Νοσηλεύτρια ή και σε κανένα ή και σε όλους.

2.3.1 Ηθική ευθύνη.

Ευθύνη που συνειδητοποιείται διαφορετικά από τον κάθε επαγγελματία.

Δεοντολογία και ηθικός κώδικας η εφαρμογή των οποίων αφήνεται στη συνείδηση εκείνων που παίζουν καθημερινά με τη ζωή και το θάνατο για λογαριασμό κάποιου τρίτου υπάρχουν στη Νοσηλευτική και καλύπτουν τις ευθύνες που αναλαμβάνει όποιος παρέχει νοσηλευτική φροντίδα.

Προϋποθέτει:

- Σεβασμό στη ζωή του ανθρώπου που αφήνεται στα χέρια μας γιατί δεν μπορεί να κάνει διαφορετικά, γιατί μας εμπιστεύεται, γιατί έχει ανάγκη τη βοήθεια μας όποιος κι αν είναι, ότι και αν έχει κάνει, όπου κι αν ανήκει, σε όποια ηλικία και αν είναι και σε όποιο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και αν βρίσκεται.
- Σεβασμό στο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να απαιτεί την καλύτερη ποιοτικά φροντίδα για να βελτιώσει, να προάγει, να αποκαταστήσει την κλονισμένη υγεία του.
- Σεβασμό σε αυτή την ίδια τη φροντίδα που δίνεται στον άνθρωπο για να βελτιώσει την κατάσταση της Υγείας του και για κανένα άλλο λόγο.
- Σεβασμό για το ίδιο το επάγγελμα που πρέπει να στέκεται ψηλά και να είναι αξιοσέβαστο.
- Σεβασμό σε όλες τις αξίες της ανθρώπινης ζωής, στην αξιοπρέπεια, στην υγεία κ.λ.π. Ηθική ευθύνη έχει ο επαγγελματίας που δεν φροντίζει για την σωστή κατάρτιση του, και την εφαρμογή των όσων διδάχθηκε για το καλό του ανθρώπου και της κοινωνίας.
- Ευσυνειδησία, αλτρουισμό, αυταπάρνηση.
- Γνώση των ορίων της Νοσηλευτικής δραστηριότητας.
- Γνώση της δεοντολογίας.

2.3.2 Ποινική ευθύνη - διοικητική ευθύνη – αστική ευθύνη.

Στην καθημερινή κοινωνία την ηθική του επαγγέλματος έρχεται να συμπληρώσει μία Νομοθεσία. Η Νομοθεσία θεσπίζεται από το Κράτος για να προστατευθούν οι πολίτες του από υπερβάσεις και κακή άσκηση των επαγγελματιών Υγείας.

Σήμερα μέσα στις Υπηρεσίες Υγείας οι Νοσηλευτές επωμίζονται ποικίλες ευθύνες.

- Ευθύνες εφαρμογής θεραπειών που αποφασίστηκαν από τους γιατρούς.

■ Ευθύνες καθαρά νοσηλευτικών φροντίδων κατ' εφαρμογή των γνώσεων της Νοσηλευτικής Επιστήμης και τεχνικής.

■ Ευθύνες κατ' ανάθεση ή κατά παραχώρηση για δραστηριότητες που δεν έχουν σχέση με τη Νοσηλευτική κατά τις ανάγκες και τη νοοτροπία του κάθε ιδρύματος.

Η Νοσηλευτική εμφανιζόμενη σαν δραστηριότητα υποδομής και υποστήριξη της θεραπευτικής αποφασιστικής δραστηριότητας αλλά και διοικητικής – διαχειριστικής χάνει σε πολλές περιπτώσεις τη δική της ευθύνη, τα δε αποτελέσματα των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων αν μεν είναι θετικά τα οικειοποιούνται άλλοι κλάδοι αν όμως είναι αρνητικά αποδίδονται στους Νοσηλευτές. Δυστυχώς η οργάνωση των Υγειονομικών μας Υπηρεσιών είναι τέτοια που εκθέτει το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο σημείο αυτό φταίει και ο νοσηλευτικός κλάδος που αν και έχει πολλή δύναμη δεν κατάφερε ως τώρα την αξιοποιήσει προς αυτή την κατεύθυνση. Αποτέλεσμα είναι να μην ακούγεται ποτέ η Νοσηλευτική σαν προϋπόθεση ποιότητας παροχών Υγείας, να απουσιάζει από κάθε απολογισμό καλών υπηρεσιών αλλά να διασύρεται ποικιλοτρόπως το νοσηλευτικό επάγγελμα όταν τα πράγματα δεν πάνε καλά.

2.3.3 Κοινωνική ευθύνη.

Η Νοσηλευτική είναι επάγγελμα καθαρά ανθρωπιστικό – κοινωνικό.

Η ομαλή ανάπτυξη των σύγχρονων κοινωνιών βασίζεται οπωσδήποτε στην σωστή οργάνωση και λειτουργία των επαγγελματικών κλάδων που προσφέρουν το έργο τους με συναίσθηση ευθύνης και όχι μόνο για να εξασφαλίζουν τα μέσα καλύτερης ζωής.

Εφ' όσον η υγεία θεωρείται το ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο και για την κοινωνία των ανθρώπων, οι κλάδοι εκείνοι που εξασφαλίζουν αυτό το αγαθό έχουν και το μεγαλύτερο μερίδιο στην κοινωνική ευθύνη.

Η Υγεία στην πλήρη της διάσταση (οργανική – ψυχική – κοινωνική) επιβάλλει το σεβασμό σ' ένα πλήθος άλλων αξιών που σχετίζονται άμεσα με την άσκηση των ανθρωπιστικών – κοινωνικών επαγγελμάτων.

Κοινωνική ευθύνη της Νοσηλευτικής επομένως είναι ο σεβασμός στις κοινωνικές – ανθρωπιστικές αξίες που η κάθε κοινωνία έχει δημιουργήσει. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη κοινωνική ευθύνη από το σεβασμό στη ζωή και στην αξιοπρέπεια του ανθρώπου που αφήνεται με όλη την εμπιστοσύνη στα χέρια μας.

Ευθύνη κοινωνική έχουμε να προσπαθούμε να ανεβάσουμε το επίπεδο των Υπηρεσιών Υγείας και το επάγγελμά μας και να συμμετέχουμε σε κοινωνικές προσπάθειες για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Όσο πιο υπεύθυνα παίρνουμε τον επαγγελματικό μας ρόλο τόσο και μεγαλύτερη κοινωνική προέκταση του δίνουμε.

2.4. Η τέχνη της καλής συνεργασίας. Η σύγχρονη Νοσηλευτική, έργο συνεργασίας.

Δεν υπάρχει άνθρωπος που δεν πιστεύει στην αξία της συνεργασίας. Η κοινωνία σαν πνευματικό σώμα, χωρίς την συνεργασία των μελών της δεν αναπτύσσεται, δεν προάγεται, δεν εκπολιτίζεται δεν μεγαλουργεί. Η οικογένεια με τη συνεργασία παρουσιάζει εικόνα άρτιας, συγκροτημένης και ζωτικής κοινωνικής μονάδας. Ο στρατός στον πόλεμο χωρίς την πλήρη συνεργασία αξιωματικών και οπλιτών δεν κερδίζει τη μάχη. Η ιατρική επιστήμη αδυνατεί να καταπολεμήσει την αρρώστια και να βελτιώσει την υγεία του κοινωνικού συνόλου, αν δεν παρουσιάσει την εικόνα της στενής συνεργασίας όλων των συγχρόνων κλάδων και ειδικοτήτων της και με όλα τα επαγγέλματα υγείας.

Στην αρμονική συνεργασία των πολλών στηρίζεται και η Νοσηλευτική επιστήμη. Το έργο της νοσηλείας, με την σημερινή του έκφραση και μορφή, είναι έργο συνεργασίας. Χωρίς την συνεργασία η Νοσηλευτική δεν μπορεί να κατακτά τους υψηλούς στόχους της, να επιτυγχάνει, δηλαδή, την πρόληψη της αρρώστιας, την ανακούφιση και θεραπεία του αρρώστου, την πρόληψη και βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινωνίας.

Αλλά τι σημαίνει συνεργασία; Η συνεργασία αποτελεί τη συνένωση των γνώσεων, των ικανοτήτων και της πείρας πολλών προσώπων για την εκπλήρωση προγραμματισμένου σκοπού, χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των συνεργαζόμενων ατόμων. Η αρμονική συνεργασία δημιουργεί το ευνοϊκό κλίμα, όπου εκφράζονται και αναπτύσσονται ακόμη και οι λανθάνουσες προσωπικές δυνατότητες και επιτυγχάνεται η καλλιέργεια και η ολοκλήρωση της προσωπικότητας των συνεργαζομένων.

Ποιές όμως προϋποθέσεις χρειάζονται για την ύπαρξη αρμονικής και αποδοτικής συνεργασίας;

Η συνεργασία προϋποθέτει:

- Αυτογνωσία.
- Σεβασμό της προσωπικότητας του άλλου.
- Διαπροσωπική δεξιότητα.
- Ευγένεια διάκριση και ανωτερότητα.

Η συνεργασία συντελεί στο να γίνονται λιγότερες παραλείψεις ή παραβιάσεις και να αποφεύγονται σοβαρά λάθη. Ακόμη εξασφαλίζει σε όλους τους εργαζομένους τη συναίσθηση ότι η συμβολή τους αναγνωρίζεται σαν σημαντική και αξιόλογη. Και η συναίσθηση αυτή δημιουργεί και σφυρηλατεί πολλά ευγενικά συναισθήματα φιλίας, αδερφοσύνης κ.τ.λ. που έχουν εξαιρετική σημασία όχι μόνο για το Νοσηλευτικό έργο αλλά και για τη ζωή και το έργο της κοινωνίας γενικότερα. Είναι φανερό ότι ο τρόπος με τον οποίο οι Νοσηλευτές συνεργάζονται, καθορίζει το μέγεθος της συμβολής τους στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου σαν ολοκληρωμένου προσώπου.

Η Νοσηλευτική, όπως αναφέρθηκε είναι διαπροσωπική διεργασία και σχέση ειδικής συνεργασίας μεταξύ Νοσηλευτών και αρρώστου. Πώς συνεργάζεται ο Νοσηλευτής με τον άρρωστο; Πάντοτε συμπεριφέρεται προς τον άρρωστο σαν πολύτιμο συνεργάτη και όχι σαν παθητικό δέκτη των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Του δίνει ευκαιρίες να παίρνει αποφάσεις, να εκφράζει γνώμες και προτιμήσεις σε ορισμένες περιπτώσεις της νοσηλείας του. Σέβεται τις απόψεις του αρρώστου, τις ανησυχίες, τις αντιδράσεις του και τη δυσκολία προσαρμογής σε ειδικές καταστάσεις που του επιβάλλει η ασθένεια, η θεραπεία ή και η απλή παραμονή του στο νοσοκομείο.

Η ολοκληρωμένη προσέγγιση και αντιμετώπιση του αρρώστου δεν επιτυγχάνεται μόνο με τη γόνιμη συνεργασία των Νοσηλευτών μαζί του.

Απαιτεί επίσης στενή και αποδοτική συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών. Οι Νοσηλευτές δεν περιορίζονται στην πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών, αλλά φροντίζουν να ενημερώνουν πάντα το γιατρό για την κατάσταση του αρρώστου και τη νοσηλευτική του φροντίδα, να συζητούν με τον γιατρό για τη συνέχιση ή τροποποίηση της θεραπείας και να συντονίζουν μαζί τις προσπάθειές τους για την αποκατάσταση του αρρώστου. Η επιτυχημένη συνεργασία Νοσηλευτών και Γιατρών προϋποθέτει αμοιβαία εμπιστοσύνη. Ο γιατρός υπολογίζει στην ευσυνείδητη συνεργασία των Νοσηλευτών. Αλλά και αυτοί πρέπει να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των γιατρών με την επιστημονική κατάρτιση, την υψηλή ποιότητα του έργου και την καλλιεργημένη προσωπικότητά τους.

Είναι ευνόητο ότι συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών δεν σημαίνει κοινωνική εξοικείωση και φιλία. Έχει υπηρεσιακή μορφή και δεν βγαίνει ποτέ από τα όρια της ευγένειας, της αξιοπρέπειας και της σοβαρότητας που απαιτεί η νοσηλεία και η θεραπεία του αρρώστου.

Η αρμονική συνεργασία στη Νοσηλευτική υπενθυμίζει την αρμονία της ορχήστρας. Χωρίς συστηματική ατομική προετοιμασία κάθε μουσικού και χωρίς ομαδικές δοκιμές είναι αδύνατο να επιτευχθεί εκτέλεση και παραγωγή συμφωνίας με την ορχήστρα. Τηρώντας τις αναλογίες, δεν μπορούμε να έχουμε συμφωνία, αρμονική και δημιουργική συνεργασία στη Νοσηλευτική, στη θεραπευτική και την ευρύτερη διεπαγγελματική ομάδα, αν δεν προηγηθεί η ειδική εκπαίδευση και άσκηση των μελών των συνεργαζομένων ομάδων. Η συμφωνία, η συγχορδία και η ενορχήστρωση στις νοσηλευτικές, τις νοσοκομειακές γενικά και υγειονομικές υπηρεσίες, εξασφαλίζει την ολοκληρωμένη νοσηλεία και θεραπεία του αρρώστου.

Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου που αναδεικνύει τη Νοσηλευτική αληθινό διαπροσωπικό έργο.

2.5 Εθνικό σύστημα υγείας και η θέση της Νοσηλευτικής.

Ο νόμος 1397/83 έχει σαν στόχο την ενημέρωση των Νοσηλευτών γύρω από το νέο θεσμικό πλαίσιο και τις δομικές αλλαγές που γίνονται στον τομέα της υγείας και που οι εξελίξεις αυτές θα επηρεάσουν τη Νοσηλευτική προς το καλύτερο.

Οι θεμελιακές αρχές αυτού του νόμου είναι:

- Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.
- Κάθε πολίτης ανεξάρτητα από τη κοινωνική και οικονομική θέση και τον τόπο που μένει έχει τα ίδια δικαιώματα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα.
- Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και οφείλει να την παρέχει ισότιμα στους πολίτες και να διασφαλίζει την δυνατότητα για τη διαρκή βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στη βάση της οικονομικής και κοινωνική ανάπτυξης, πρέπει επίσης να αξιοποιεί τα επιτεύγματα και τις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας στον τομέα υγείας προς όφελος του συνόλου του λαού.

Η κατάσταση που έχει διαμορφωθεί στον τομέα υγείας χαρακτηρίζεται από:

- ◆ Έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος.
- ◆ Εμπορευματοποίηση της υγείας.
- ◆ Αδιαφορία προς το κοινωνικό κόστος της ανάπτυξης.
- ◆ Άναρχη και απρογραμματίστη ανάπτυξη υπηρεσιών περίθαλψης.
- ◆ Έντονες ανισότητες σε όλους τους τομείς.
- ◆ Υγειονομικό αδιέξοδο.

Όλα τα παραπάνω μαρτυρούν την αθλιότητα της περίθαλψης στη χώρα μας γι' αυτό η σοσιαλιστική κυβέρνηση προχώρησε θαρραλέα στη ψήφιση του νόμου για το εθνικό σύστημα υγείας, ένα σύστημα που πρεσβεύει σε ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα, για να σταματήσει η εκμετάλλευση ανθρώπου από άνθρωπο.

2.6 Η ιδεολογική κρίση της Νοσηλευτικής στην εποχή μας λειτούργημα ή επάγγελμα.

Επιχειρώντας μια ιστορική αναδρομή στο παρελθόν και εξετάζοντας κατά σειρά τα διάφορα χρονικά στάδια της Νοσηλευτικής, βλέπουμε καθαρά το φαινόμενο της κρίσης στη βάση της ιδεολογίας.

Στους κλασικούς χρόνους στην Ελλάδα, το κέντρο βάσης της Νοσηλευτικής, ήταν η θεώρηση της ψυχοσωματικής οντότητας του ανθρώπου, με επακόλουθο η φροντίδα, η νοσηλεία, του τότε αρρώστου να έγκειται στην πλήρη θεραπεία του σώματος και της ψυχής.

Συνεχίζοντας η ιστορία της Νοσηλευτικής κατά την Τουρκοκρατία έχει να δείξει πολλές δυναμικές προσωπικότητες σκλαβωμένων Ελληνίδων που πρόσφεραν τεράστια νοσηλευτική

φροντίδα στους Ήρωες αγωνιστές αρρώστους, με απaráμιλλο ηρωισμό και θυσία παρ' όλη την ανοργάνωτη Νοσηλευτική, λόγω σκλαβιάς.

Και μετά την απελευθέρωση η Νοσηλευτική στηρίχτηκε για πολλά χρόνια, - ίσως μέχρι την τελευταία δεκαπενταετία που μας πέρασε – στο «Ησθένησα και επεσκέψασθέ με. Αμήν λέγω υμίν, εφ' όσον εποiήσατε ενί τούτων των αδελφών μου των ελάχιστων, εμοί εποiήσατε» (Ματθ. 25,36, 40)

Στην τελευταία λοιπόν αυτή δεκαπενταετία, μια σειρά από οικονομικές, εκπαιδευτικές, πολιτιστικές και διεθνείς συγκυρίες, αναγκάζουν τους Νοσηλευτές να δουν με άλλο μάτι τη Νοσηλευτική. Έτσι μπορούμε να μιλήσουμε για μια ιδεολογική κρίση της Νοσηλευτικής που εντάσσεται μέσα στα γενικότερα πλαίσια της πνευματικής και πολιτιστικής κρίσης της εποχής μας.

Ιδεολογική κρίση της Νοσηλευτικής είναι ο μετασχηματισμός του λειτουργήματος σε επάγγελμα. Ο κάθε Νοσηλευτής που ασκεί το λειτούργημα της νοσηλείας έδωσε μια υπόσχεση τόσο στον εαυτό του όσο και στην κοινωνία ότι θα εξυπηρετήσει μια υφιστάμενη κοινωνική ανάγκη, που είναι η αποκατάσταση, διατήρηση και προαγωγή της υγείας.

Η απασχόληση δε αυτή που πληρεί την υφιστάμενη κοινωνική ανάγκη, παρέχεται έναντι μιας καθορισμένης αμοιβής, του μισθού. Η αμοιβή είναι ίσως το μοναδικό ερέθισμα των σύγχρονων Νοσηλευτών, οι οποίοι πολλές φορές ξεχνούν τη δεοντολογία. Ασφαλώς η δεοντολογία δεν αναφέρεται μόνο στις τεχνολογικές λεπτομέρειες, τις μεθόδους εκτέλεσης των νοσηλείων, αλλά και στη συμπεριφορά και τη στάση των Νοσηλευτών κατά τη εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων τους γενικός σαν μέλη της ομάδος.

Τεκμήρια που αποδεικνύουν το φαινόμενο της ιδεολογικής κρίσης:

◆ Έλλειψη προσδιορισμού αρμοδιότητας και γενικότερα έλλειψη ευθύνης των Νοσηλευτών απέναντι στον άρρωστο.

◆ Μετατροπή του αρχικού κώδικα (του Ηθικού) δηλ. της δεοντολογίας των Νοσηλευτών βάση των συγχρόνων συνθηκών εργασίας.

◆ Ανικανότητα κρίσης και επίκρισης σε ότι αφορά τον χρόνο και τον τρόπο εκτέλεσης των καθηκόντων τους.

◆ Έλλειψη εσωτερικής δύναμης για το σκοπό που τάχθηκαν.

◆ Μη αναγνώριση των όλων υποχρεώσεών τους έναντι του αρρώστου και κατά συνέπεια έναντι της κοινωνίας.

◆ Έλλειψη δημιουργίας μιας ηθικής πνευματικής και επιστημονικής τέχνης, αποτέλεσμα μιας ελλιπούς ακαδημαϊκής μόρφωσης, πρακτικής άσκησης, καλλιέργειας ψυχικής και πνευματικής και μιας δοκιμασμένης πείρας.

◆ Έλλειψη πνεύματος συνεργασίας.

◆ Έλλειψη προσαρμογής και συμβιβασμού.

◆ Έλλειψη ενθουσιασμού και ανύψωση χλιαρότητας.

◆ Ζωηρό ενδιαφέρον σχεδόν μόνο για μισθολογική βελτίωση.

Ζούμε σε ένα ταραγμένο αιώνα, χωρίς φυσιογνωμία, χωρίς φωνή, σπαραγμένο από διαδοχικές επαναστάσεις. Η ανάπτυξη του πολιτισμού (δηλ. το σύνολο των πνευματικών και οικονομικών αξιών που πραγματοποίησε και αναγνώρισε παγκόσμια η ανθρώπινη κοινωνία μέσα στην ιστορία) άρχισε να γίνεται ουδέτερη για τον άνθρωπο της εποχής μας. Γιατί ζούμε σε τέτοια αβεβαιότητα που δεν ξέρουμε ποιες πολιτιστικές αξίες ισχύουν και ποιες έχουν πεθάνει.

Η ζωή σαν αξία συγκεφαλαιώνει όλα τα προβλήματα, όλες της αναζητήσεις, αλλά και αυτή την ίδια την προσωπική αξία του ανθρώπου.

Όταν προσβληθεί η υγεία της ζωής του ανθρώπου, τότε το άτομο γίνεται αδύναμο, σκεπτόμενο πάντα την τρίδυμη αλήθεια: γέννηση – ζωή – θάνατος. Πάνω σε αυτό τον προβληματισμό του έρχεται να απαντήσει η επιστήμη της ιατρικής, με χίλιες δυο ειδικότητες, που η κάθε μια μας δίνει τη δική της υ π ε ρ ε ι δ ι κ ε υ μ ε ν η θεραπεία, νοσηλεία, τεχνική προσέγγιση. Πολλοί ενδιαφέρονται για τον ασθενή, κανένας όμως δεν διαθέτει λίγο χρόνο να γνωρίσει την προσωπικότητα του αρρώστου. Από πολλές ανθρωπιστικές φυσιογνωμίες χαρακτηρίστηκαν σαν ψυχρός επιστημονισμός. Και ειδικά στον ιατρικό και νοσηλευτικό τομέα. Και αυτό γιατί οι Νοσηλευτές ταυτίζουν τη Νοσηλευτική με την επιστημονική Ανθρωποκρατία και απομακρύνθηκαν οι ίδιοι από τον ανθρωπισμό. Με αποτέλεσμα να ‘χουν νου γεμάτο επιστήμη, αλλά καρδιά κενή από ιδανικά. Ανταποκρίνονται στις νοσηλευτικές ανάγκες του αρρώστου χωρίς όμως να πληρούν τις ψυχικές του ανάγκες. Αν επομένως οι Νοσηλευτές δεν θέσουν ως χρέος, ως καθήκον τους την αγάπη προς τον πλησίον, η προσφορά τους στον άρρωστο μειονεκτεί. Γιατί όσο ανθρωπιά και αν κρύβουν μέσα τους – χωρίς Θεό – θα ‘ρθει μια στιγμή που θα πέσουν στην απανθρωπιά.

Βέβαια εύκολα καταλαβαίνει κανείς ότι είναι πολύ δύσκολο οι σημερινοί Νοσηλευτές να κρατηθούν στην πράξη, στο ιδεολογικό ύψος, κάτω από την αβάστακτη πίεση της σημερινής οικονομικής κρίσης. Έτσι βλέπουμε τους Νοσηλευτές να παλεύουν στις συμπληγάδες πέτρες, δηλ. από τη μια μεριά να προσπαθούν να ασκήσουν τη Νοσηλευτική σαν λειτούργημα και από την άλλη οι ίδιες οικονομικές ανάγκες της ζωής να τους αναγκάζουν να το βλέπουν σαν επάγγελμα.

Μπροστά στη πάλη η πλειοψηφία των Νοσηλευτών έχει χάσει τον αγώνα. Γι’ αυτό μπορούμε να μιλάμε για ιδεολογική κρίση.

Η βάση του προβλήματος της ιδεολογικής κρίσης, εντοπίζεται στον προβληματισμό των υποψήφιων Νοσηλευτών, οι οποίοι έχουν να αντιμετωπίσουν την ανεργία που πλήττει σήμερα τον κόσμο και τις μοιραίες ατέλειες του συστήματος εισαγωγής τους στις Σχολές.

Έτσι δεν είναι δυνατόν να έχει κανείς μεγάλες απαιτήσεις από τους Νοσηλευτές που ασκούν το λειτούργημα, τη στιγμή που για την εισαγωγή τους στις Σχολές, δεν ελήφθησαν υπόψη ιδεολογικά κριτήρια, παρά μόνο η επίδοσή της στα γενικά μαθήματα του λυκείου. Επομένως με τα σημερινά δεδομένα, είναι πολύ πιθανόν από τη μια μεριά να αποκλείονται από της νοσηλευτικές σχολές, υποψήφιοι που έχουν όλα τα ιδεολογικά φόντα για να ασκήσουν το λειτούργημα και από την άλλη

μεριά να εισάγονται υποψήφιοι που βλέπουν τη Νοσηλευτική καθαρά σαν επάγγελμα, ίσως σαν μια τελευταία λύση στο πρόβλημα της ανεργίας.

2.7 Προβλήματα και ανησυχίες της σύγχρονης Νοσηλεύτριας.

Ο ρόλος των Νοσηλευτών έχει διαφοροποιηθεί σήμερα. Έχει εδραιωθεί επιστημονικά και τα καθήκοντα και οι απαιτήσεις του έχουν αλλάξει.

Σκοπός τους λοιπόν, δεν είναι μόνο η συμπαράσταση και η αγάπη προς τον ασθενή συνάνθρωπο, αλλά και η βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης. Μπροστά στο σκοπό αυτό ορθώνονται ατομικά και επαγγελματικά προβλήματα, που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι Νοσηλευτές.

Θα αναφερθούμε πρώτα στα ατομικά προβλήματα και τις ανησυχίες που μπορεί να έχουν οι φοιτητές της Νοσηλευτικής, η υπεύθυνος τμήματος και η προϊσταμένη τμήματος σαν διοικητικό στέλεχος.

Το πρόβλημα ξεκινά από τους υποψήφιους φοιτητές των οποίων τα κριτήρια επιλογής δεν είναι μόνο η αγάπη για το επάγγελμα. Ο μη σωστός επαγγελματικός προσανατολισμός έχει σαν αποτέλεσμα να ακολουθούν το επάγγελμα του Νοσηλευτή καθαρά για βιοποριστικούς λόγους. Εξαιτίας αυτού, οι Νοσηλευτές που επέλεξαν το επάγγελμά με αυτά τα κριτήρια, αντιμετωπίζουν τον ασθενή μονομερώς και τον νοσηλεύουν σαν περιστατικό. Ο ρόλος των Νοσηλευτών είναι διπλός. Ασκούν επάγγελμα αλλά και λειτούργημα. Προκειμένου να επιτύχουν το διπλό σκοπό τους απαραίτητο είναι να αντιμετωπίζουν τον ασθενή ολιστικά, δηλαδή σαν άνθρωπο που έχει σωματικές και ψυχικές ανάγκες και να του συμπαραστέκονται συναισθηματικά.

Γενικότερα, πρέπει να ακολουθούνται οι κανόνες ηθικής δεοντολογίας απέναντι στον ασθενή, ώστε η βελτίωση της νοσηλευτικής πράξης να είναι καθολική και ουσιαστική.

Επειδή η σωστή προσέγγιση του ασθενούς είναι άμεση και οι Νοσηλευτές του συμπαραστέκονται στον πόνο και στη λύπη, είναι βέβαιο ότι επηρεάζονται και οι ίδιοι από τα προβλήματα του.

Καθίσταται λοιπόν απαραίτητη η ψυχική αποσυμφόρηση του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να εργάζεται ανώδυνα και αμερόληπτα. Αυτό δε, επιτυγχάνεται με τη δημιουργία ομάδων όπου θα συζητούνται τα βιώματα των μελών και θα μοιράζονται οι εμπειρίες τους από την καθημερινή ζωή στα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Επίσης, η αδιαφορία για την εξέλιξη και βελτίωση του επαγγέλματος, είναι ένα από τα προβλήματα που κουράζει τους Νοσηλευτές. Το γεγονός αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην προωθείται και να μην βελτιώνεται η νοσηλευτική πράξη. Η διαρκής έρευνα, η οποία επιτυγχάνεται με τη συμμετοχή σε σεμινάρια, συνέδρια, μελέτες και στατιστική, συντελεί στην καταπολέμηση της αδιαφορίας και της στατικότητας.

Η ανικανότητα οργανώσεως και διοικήσεως από την Προϊστάμενη που εκτελεί χρέη διοικητικού στελέχους, δημιουργεί προβλήματα στο προσωπικό και στις μεταξύ τους σχέσεις και έτσι επιβαρύνεται η ποιότητα νοσηλείας του ασθενούς.

Εάν ικανοποιούνται οι άνθρωποι, είναι ευτυχείς, συνεργατικοί και παραγωγικοί.

Εάν δεν ικανοποιούνται, οι άνθρωποι γίνονται πικροί και δύστροποι.

Η καθημερινή πείρα επιβεβαιώνει ότι όταν ο εργαζόμενος στο νοσοκομείο δεν είναι ευχαριστημένος και ικανοποιημένος από τη Διοίκηση του Ιδρύματος, γενικότερα, υπάρχουν κακές ανθρώπινες σχέσεις μεταξύ αυτού και της Διοίκησης, έχουμε μειωμένη απόδοση, χειροτέρευση της πειθαρχίας, απουσίες, ασθένειες, λάθη, ατυχήματα, μόνιμες ανησυχίες, κλίμα εχθρότητας, οι συνέπειες των οποίων βέβαια επηρεάζουν και τις σχέσεις αρρώστων και εργαζομένων.

Για να αποφευχθούν λοιπόν αυτές οι δυσάρεστες καταστάσεις μεταξύ εργαζομένων και στελεχών σε ένα Νοσοκομείο, οι οποίες όπως είπαμε έχουν δυσμενείς επιπτώσεις και στους αρρώστους πρέπει και οι διοικούντες να ακολουθούν ενδεικτικά τις παρακάτω δώδεκα πρακτικές υποδείξεις οι οποίες κατά κάποιο τρόπο αποτελούν την κλειδα των καλών ανθρώπινων σχέσεων, μεταξύ προσωπικού και διοίκησης ενός νοσοκομείου.

▶ *Η εκλογή του κατάλληλου προσώπου για μια δεδομένη θέση. Είναι σπουδαίο πράγμα να επιτύχουμε να ταιριάζει η εργασία με το άτομο.*

▶ Φροντίδα, ώστε ο εργαζόμενος να κάνει μια καλή αρχή στην εργασία του, δηλαδή ο νέος υπάλληλος που θα έρθει σε επαφή με το νοσοκομειακό περιβάλλον, θα πρέπει η διοίκηση να του εμπνεύσει το αίσθημα της ασφάλειας και της αναγνώρισης.

▶ Μέριμνα, ώστε οι διάφορες αρμοδιότητες του υπαλλήλου να περιγράφονται κατά το δυνατόν με ακρίβεια.

▶ Ενημέρωση με πειστικότητα σε όλους για τη σπουδαιότητα της εργασίας.

▶ Ο εργαζόμενος επιθυμεί να εκτιμάται από τους άλλους και να κερδίζει την αναγνώριση τους.

▶ Καθιέρωση υψηλών κριτηρίων απόδοσης. Έχει παρατηρηθεί ότι οι περισσότεροι των εργαζομένων στο νοσοκομείο αισθάνονται υπερήφανοι για την εργασία την οποία εκτελούν. Επομένως και οι προϊστάμενοι πρέπει να τους προτρέπουν και να τους καθοδηγούν στην συνεχή βελτίωση της εργασίας τους.

▶ Αποφυγή αποθάρρυνσης των υφιστάμενων. Η χρησιμοποίηση από τον διοικούντα σκληρής κριτικής αποθαρρύνει τον εργαζόμενο, τον πληγώνει σαν άτομο, προκαλεί μνησικακία και συντελεί στην χαλάρωση της εργασίας του. Ιδιαίτερα καταπιεστική είναι η κριτική όταν γίνεται ενώπιον τρίτων.

▶ Ενημέρωση του εργαζομένου για την απόδοση του τρόπου εργασίας του. Όταν ο εργαζόμενος αγνοεί παντελώς εάν η εργασία του είναι καλή ή κακή είναι δυνατόν να αισθανθεί ανασφάλεια και έτσι να γίνει λιγότερο αποδοτικός σ' αυτήν.

▶ Αναγνώριση και αμοιβή για την καλή εκτέλεση και απόδοση.

▶ Διαπίστωση και αποθάρρυνση κακής εκτέλεσης εργασίας ή συμπεριφοράς.

▶ Να ζητείται η γνώμη των εργαζομένων για λύση λειτουργικών προβλημάτων του νοσοκομείου.

▶ Χειρισμός με κατανόηση και συμπάθεια των παραπόνων των εργαζομένων. Ο διοικων οφείλει να ακούει με προσοχή ένα παράπονο του εργαζομένου όσο ασήμαντο και αν είναι γι αυτόν έχει μεγάλη σημασία.

▶ Αντιμετώπιση των εργαζομένων σαν άτομα και υποβοήθηση στις κοινωνικές εκδηλώσεις του που προάγουν το ομαδικό πνεύμα. Επιπλέον εάν ένας από τους εργαζομένους στενοχωρείται για ένα προσωπικό του πρόβλημα αδιάφορο αν αυτό συνδέεται ή όχι με την εργασία του είναι πολύ πιθανό το πρόβλημα αυτό να επηρεάσει την εργασία του όπως και την αποδοτικότητα του σ' αυτή.

Η οργάνωση και διοίκηση, λοιπόν, πρέπει να χαρακτηρίζει τους σύγχρονους Νοσηλευτές που στο μέλλον θα κατέχουν υψηλόβαθμες θέσεις και η ικανότητα τους αυτή ρυθμίζει την ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα προβλήματα, επομένως, των Νοσηλευτών που αναφέρονται σε ατομικό επίπεδο βρίσκουν τη λύση τους και αντιμετωπίζονται εφόσον οι ίδιοι αγαπούν το επάγγελμα, ακολουθούν την ηθική δεοντολογία, συνειδητοποιούν τη βαρύτητα της έρευνας και συμμετέχουν σε συνέδρια και σεμινάρια αποβλέποντας στην ενημέρωση και επιμόρφωση για τις εξελίξεις στη σύγχρονη Νοσηλευτική.

Όσον αφορά τα επαγγελματικά προβλήματα, αυτά δεν διαφέρουν σε πολύ από αυτό που είχαν να αντιμετωπίσουν παλαιότερα. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι παρ' όλες τις προσπάθειες από πλευράς Νοσηλευτών, αλλά και εκείνων που εμπλέκονται στην επίλυση τους, λύσεις οριστικές δεν έχουν δοθεί. Η Νοσηλευτική, σαν επάγγελμα, αναπτύσσεται αντιστρόφως ανάλογα προς τις ανάγκες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό δυναμικό να μην επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών και κατά συνέπεια να μην παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται. Στο τελευταίο συμβάλλει το γεγονός, ότι η Νοσηλευτική ασκείται από άτομα που έχουν διαφορετική παιδεία και εκπαίδευση, ξεκινώντας από πτυχιούχους Νοσηλευτές και καταλήγοντας σε πρακτικές Νοσηλεύτριες και αποκλειστικές.

Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να ιδρυθεί από την πολιτεία φορέας του νοσηλευτικού επαγγέλματος επίσημα εξουσιοδοτημένος που θα ελέγχει την άσκηση του επαγγέλματος καθώς και την εφαρμογή της δεοντολογίας.

Σε ένα χώρο εργασίας είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του. Στην άσκηση ενός επαγγέλματος όπως η Νοσηλευτική, η ύπαρξη επαγγελματικής νομοθεσίας είναι απόλυτα αναγκαία. Με την πάροδο του χρόνου διαπιστώνεται κατά πόσο η υπάρχουσα νοσηλευτική νομοθεσία κατοχυρώνει την άσκηση της νοσηλευτικής πράξης και εξαντλεί τις δυνατότητες των Νοσηλευτών.

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και σαν επιστήμη εξελίσσεται με τη βοήθεια της έρευνας, η οποία μας παρέχει διαμέσου της επιστημονικής αναζήτησης νέες χρήσιμες γνώσεις. Η έρευνα περιλαμβάνει μελέτες για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, διοίκηση και τη νοσηλευτική άσκηση με σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας. Είναι φανερό η δυναμική της συμβολή στη βελτίωση της υγείας και φροντίδας του αρρώστου και η ανάγκη προαγωγής της σε όλους τους τομείς.

Όλοι εκείνοι που ασχολούνται με τη Νοσηλευτική επιστήμη πρέπει να ενημερώνονται για τα καινούργια δεδομένα, τις τεχνικές εφαρμογής που προκύπτουν από την έρευνα με σκοπό να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους και να χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή τους νοσηλευτική πράξη νέες σύγχρονες μεθόδους.

Οι Νοσηλευτές καλούνται να επωμιστούν καθημερινά ρόλους όπως: υφιστάμενων προς τους ιεραρχικά ανώτερους τους, προϊστάμενων στο προσωπικό που διευθύνουν και κυρίως το ρόλο του εκπροσώπου της υγειονομικής ομάδας που έρχεται σε συνεχή επαφή με τον άρρωστο και το οικογενειακό περιβάλλον του.

Ως υφιστάμενοι είναι υπεύθυνοι για τη σωστή λειτουργία των μονάδων που προϊστανται και που έχουν ως κύριο σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στον άρρωστο. Οι ίδιοι όμως δεν είναι υπεύθυνοι για την εξασφάλιση κατάλληλης οργάνωσης, κατανομής και επάρκειας του προσωπικού και του καθορισμού καθηκόντων και αρμοδιοτήτων αυτού. Τα προαναφερόμενα αποτελούν κύρια ευθύνη της νοσηλευτικής υπηρεσίας του κάθε νοσοκομείου, που έχει ως κύριο σκοπό τη εξασφάλιση κατάλληλης φροντίδας ατόμων με προβλήματα υγείας.

Ως προϊστάμενοι πρέπει να συντονίσουν το προσωπικό τους, να καταθέτουν το έργο ανάλογα με τα καθήκοντα τους, καθώς επίσης να συντονίσουν άλλες υπηρεσίες εκτός τμήματος με γενικότερο σκοπό όλοι να συμβάλουν στην περίθαλψη του αρρώστου. Παρατηρείται λοιπόν ότι οι Νοσηλευτές καλούνται να έχουν διοικητική εκπαίδευση και κατάρτιση ανάλογη προς τη σύγχρονη τάση για μεγαλύτερη προσωπική ευθύνη προς τον άρρωστο, αλλά και σε κάθε άλλο τομέα εργασίας.

Οι Νοσηλευτές αποτελούν μέλος της υγειονομικής ομάδας που έχει ως στόχο της τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας. Έχουν ενεργό συμμετοχή τόσο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια όσο και στην τριτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη.

Η επαγγελματική κόπωση είναι ένα καθημερινό πρόβλημα των Νοσηλευτών που σίγουρα αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην παροχή της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες τους στερούνται την οικονομική ανταμοιβή δεδομένου των δύσκολων επαγγελματικών συνθηκών, οι Νοσηλευτές αισθάνονται αμηχανία, ματαίωση και απογοήτευση, στοιχεία τα οποία συχνά οδηγούν σε βιολογική και συναισθηματική υπερκόπωση.

Η Νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που προσφέρει πολλά στο κοινωνικό σύνολο. Η οικονομική της όμως αμοιβή δεν είναι ανάλογη προς την προσφορά της. Χαμηλές οικονομικές απολαβές και φτωχή δημόσια εικόνα φαίνεται να αποτελούν φαύλο κύκλο. Η ανεπαρκής οικονομική αποζημίωση για τις υπηρεσίες τους συμβάλλει στη διατήρηση του αρνητικού προφίλ εφόσον η σύγχρονη κοινωνία προσανατολίζεται σαφώς προς το οικονομικό κέρδος ενώ, ταυτόχρονα, η κοινωνική θέση και το γόητρο ενός ατόμου εξαρτώνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα χρήματα που κερδίζει.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

«ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΟΜΑΛΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ»

Εισαγωγή.

Οι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επιδράσουν στην ομαλή διεξαγωγή της Νοσηλευτικής πράξης είναι πολλοί σε αριθμό αλλά μπορεί να ποικίλλουν από εργαζόμενο σε εργαζόμενο.

Θεωρούμε ότι οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι η εκπαίδευση η οποία διακρίνεται σε βαθμίδες και το επίπεδο της διαφέρει από άτομο σε άτομο, η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων όπως ο φόρτος εργασίας, το άγχος κ.τ.λ. Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι οι ελλείψεις προσωπικού, που είναι το συχνότερο φαινόμενο στα Ελληνικά νοσοκομεία, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας και οι σχέσεις καλές ή όχι μεταξύ των εργαζομένων.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να συνυπάρχουν ή να παρουσιάζεται ο καθένας ξεχωριστά δημιουργώντας διαφορετικές επιδράσεις και διαφορετικό τρόπο αντίδρασης από κάθε Νοσηλευτή οδηγώντας στο «Λάθος».

3.1 Η εκπαίδευση των Νοσηλευτών.

Στον εικοστό αιώνα, με τις αλματώδεις κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης και την τελειότερη τεχνική οργάνωση των νοσοκομείων, η Νοσηλευτική έπαυε να αποτελεί πρακτική μέθοδο μιας απλής εμπειρίας.

Σήμερα, η Νοσηλευτική σε όλες τις επιστημονικά ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζεται ως «Επιστήμη» που προϋποθέτει κόπο, μόχθο και χρόνο για να γίνει κτήμα των νεαρών σπουδαστριών και σπουδαστών.

Η εκπαίδευση είναι μια μακροχρόνια διεργασία την οποία διέπουν αρχές που εξασφαλίζουν την επιτυχία της. Πρέπει να είναι έτσι οργανωμένη ώστε, να εξασφαλίζεται όχι μόνο η παροχή έτοιμων γνώσεων στους εκπαιδευόμενους αλλά και η ανάπτυξη ερευνητικού πνεύματος, προκειμένου αυτός που αποφοιτά από οποιοδήποτε εκπαιδευτικό επίπεδο να συνεχίσει να εκπαιδεύεται αν ο ίδιος το θέλει. Πρέπει να προσαρμόζεται στις τρέχουσες αλλά και στις μελλοντικές ανάγκες του κοινωνικού συνόλου. Να ικανοποιεί τα ενδιαφέροντα των εκπαιδευόμενων και να τους δημιουργεί νέα ενδιαφέροντα για να συνεχίσουν την μάθηση τους.

Το πρόγραμμα της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης αποτελείται από το Θεωρητικό μέρος και το πρακτικό, την Κλινική άσκηση.

A. Νοσηλευτική Θεωρία.

Η Νοσηλευτική Θεωρία εφοδιάζει τους σπουδαστές με Νοσηλευτικές επιστημονικές και εφαρμοσμένες γνώσεις μωώντας τους στις ανθρωπιστικές επιστήμες και δίνοντας τους πολύπλευρες γνώσεις. Οι σπουδαστές διδάσκονται πώς να παρατηρούν με αντικειμενικότητα τον άνθρωπο και το περιβάλλον του και να επεμβαίνουν την κατάλληλη στιγμή είτε μόνοι τους είτε σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της Υγειονομικής Ομάδας. Προσπαθεί να κάνει τους σπουδαστές να συνειδητοποιήσουν τη Νοσηλευτική ευθύνη και να την θεωρούν σαν βάση πάνω στην οποία θα κτίσουν τη νοσηλευτική τους συγκρότηση λόγω της ειδικής φύσεως της Νοσηλευτικής εργασίας. Διδάσκονται να χρησιμοποιούν τις πνευματικές τους δυνάμεις και τους μηχανισμούς του επιστημονικού πνεύματος για την εργασία τους καθώς και να αναλύουν με επιστημονικό τρόπο κάθε νοσηλευτική πράξη και να την προσαρμόζουν σε κάθε άτομο χωριστά.

Ως εκ τούτου θεωρείται απαραίτητη η διδασκαλία των πιο κάτω επιστημών:

- Βιολογικές και Φυσικές επιστήμες.
- Κοινωνικές επιστήμες.
- Νοσηλευτική και Κλινικές ειδικότητες.
- Δημόσια Υγιεινή και Κοινωνική.
- Μαθήματα γενικής μορφώσεως.

Στην Ελλάδα υπάρχουν διάφορες βαθμίδες νοσηλευτικής εκπαίδευσης:

- *Μέσες Τεχνικές Επαγγελματικές Νοσηλευτικές Σχολές διετούς φοιτήσεως.*

Αποφοιτούν οι λεγόμενοι Πτυχιούχοι βοηθοί νοσοκόμοι για παροχή νοσηλείας με την κατεύθυνση και επίβλεψη των Διπλωματούχων Νοσοκόμων.

- *Τμήματα Νοσηλευτικής των Σχολών Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι) τετραετούς φοιτήσεως.*

Αποφοιτούν οι διπλωματούχοι νοσοκόμοι που υπεύθυνα *προγραμματίζουν, εφαρμόζουν ή επιβλέπουν* την εφαρμογή και αξιολογούν τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών σε συσχετισμό με την εφαρμοζόμενη θεραπεία και συνεργασία με τον γιατρό.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση σαν ιδιαίτερο πλεονέκτημα έχει στη διάθεση της έτοιμες περιστάσεις από την πραγματική ζωή για την παροχή ποικίλων κλινικών μορφωτικών εμπειριών και την άσκηση της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Το νοσηλευτικό εργαστήριο, δηλαδή η κλινική διδασκαλία και άσκηση, περιλαμβάνει προγραμματισμό, οργάνωση, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση άμεσων εμπειριών των σπουδαστών και σπουδαστριών στη νοσηλεία του αρρώστου.

Οι σημαντικές εμπειρίες, που παρέχονται στην κλινική άσκηση στα διάφορα νοσηλευτικά τμήματα και ιδρύματα είναι:

- Ευκαιρίες για προσωπική επαφή με τον ασθενή.
- Προγραμματισμένες δραστηριότητες.
- Κατάλληλη καθοδήγηση.
- Εξατομίκευση δραστηριοτήτων.
- Άσκηση για την καλλιέργεια δεξιοτήτων στην εκτέλεση τεχνικών νοσηλειών.
- Ανάπτυξη της ικανότητας αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, προγραμματισμού, εφαρμογής και εκτίμησης των αποτελεσμάτων εξατομικευμένης και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
- Κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς κατά την ασθένεια.
- Καλλιέργεια της ικανότητας επικοινωνίας και αναπτύξεως οικοδομητικών διαπροσωπικών σχέσεων στα πλαίσια ασκήσεως της Νοσηλευτικής.
- Ενθάρρυνση αναλυτικής και κριτικής σκέψεως.
- Περιπτώσεις για παρατήρηση.
- Ευκαιρίες για μεθοδική λύση κλινικών νοσηλευτικών προβλημάτων.

- Περιστάσεις για δοκιμή καλύτερων τρόπων φροντίδας του αρρώστου.
- Ανάπτυξη επαγγελματικής κρίσεως σε λήψη αποφάσεων.
- Ενθάρρυνση δημιουργικών ικανοτήτων.
- Πεδίο για εφαρμογή θεωρητικών γνώσεων.
- Συμμετοχή σε ομαδικές εργασίες και καλλιέργεια της ικανότητας συνεργασίας.
- Άσκηση στη διδασκαλία υγιεινής σε άτομα, οικογένειες και άλλες ομάδες.
- Ανάλυση ηγετικών νοσηλευτικών ευθυνών.
- Ανάπτυξη ικανότητας αυτοκριτικής και αυτοαξιολογήσεως.

Η Νοσηλευτική που περιλαμβάνει επιστήμη και τέχνη, θεωρία και κλινική άσκηση, βοηθάει τον σπουδαστή ή τη σπουδάστρια να συνθέτει, να συσχετίζει και να χρησιμοποιεί τις επιστημονικές γνώσεις στην πρόληψη της ασθένειας, τη νοσηλεία και αποκατάσταση των ασθενών, την αγωγή του κοινού σε θέματα υγείας και νοσηλείας καθώς και στην προαγωγή της υγείας της κοινωνίας.

Το εκπαιδευτικό νοσηλευτικό πρόγραμμα των Σχολών Νοσηλευτικής ασκεί πάντοτε αποφασιστική επίδραση στο θέμα *ποιότητας* της νοσηλείας, που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία ή σε άλλα υγειονομικά ιδρύματα και στην κοινότητα κάθε χώρας. Σωστά τονίζεται, ότι η *«ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και του νοσηλευτικού έργου γενικότερα επηρεάζεται κατ' ευθείαν από τις γνώσεις, την κρίση, τις δεξιότητες και τις ηθικές αξίες των Νοσηλευτών όπως και αυτές επηρεάζονται από την εκπαίδευση που λαμβάνουν»*.

Το πολυδιάστατο και υψηλό έργο της Νοσηλευτικής έχει ανάγκη Νοσηλευτών υψηλής νοσηλευτικής και ευρύτερης μορφώσεως. Η εκπαίδευση, επομένως, των Νοσηλευτών δεν αποβλέπει μονομερώς στην παροχή νοσηλευτικών γνώσεων, αλλά στη μόρφωση ολόκληρης της προσωπικότητάς τους. Ιδανική νοσηλευτική μόρφωση προσφέρεται στις σχολές, όταν καλλιεργείται συστηματικά και ασκείται η σοβαρή σκέψη των σπουδαστών, όταν εξευγενίζεται το συναίσθημα τους, όταν προβάλλεται ο υπεύθυνος πνευματικός προσανατολισμός στη ζωή, όταν βοηθούνται οι σπουδαστές να διαμορφώσουν αξιοπρεπή χαρακτήρα και να εμφανίζουν ανώτερο ήθος κατά την άσκηση του επαγγέλματος.

Ιδανική νοσηλευτική μόρφωση παρέχεται, όταν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα εξασφαλίζει μια ολοκληρωμένη γενική και ειδική εκπαίδευση. Η σύνθεση, ο συντονισμός και η εναρμόνιση της

γενικής και ειδικής εκπαίδευσης καλλιεργούν στους σπουδαστές τη δημιουργική σκέψη, την ώριμη κρίση, την αυτοκατεύθυνση και αυτοπειθαρχία. Επίσης αναπτύσσουν την προσαρμοστικότητα, την ικανότητα λήψης αποφάσεων και κατάλληλης δράσεως, το ενδιαφέρον της συνεχούς μαθήσεως, και τέλος την ικανότητα συνεργασίας με άτομα και ομάδες στην επιδίωξη κοινών σκοπών. Το δίπλωμα ή το πτυχίο που διδάσκεται από τις Σχολές Νοσηλευτών δεν αποτελεί το τέλος της νοσηλευτικής μορφώσεως, αλλά την αρχή μιας πορείας συνεχούς σπουδής και επιμορφώσεως. Η σπουδή της Νοσηλευτικής συνεχίζεται και στο Πανεπιστήμιο.

- *Τμήμα Νοσηλευτικής Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών πενταετούς φοιτήσεως.*

Σκοπός του Πανεπιστημιακού αυτού Νοσηλευτικού Προγράμματος είναι « η κατάρτιση ηγετικών στελεχών νοσηλευτικής, για την παισίωση των νοσηλευτικών και υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και των Σχολών Εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού της Χώρας»

Η σπουδή της Νοσηλευτικής δεν σταματά με το πανεπιστημιακό πτυχίο. Η Ελλάδα δεν είναι μόνο η γενέτειρα της ποιήσεως, της φιλοσοφίας και της επιστήμης, αλλά και η μόνη χώρα στον κόσμο, που έχει διακηρύξει την ανάγκη της συνεχούς επιμορφώσεως. «Γηράσκω άει Διδασκόμενος».

Η συνεχής και συστηματική νοσηλευτική επιμόρφωση τονίζεται και από τον Διεθνή Κώδικα (1973) ηθικών καθηκόντων των Διπλωματούχων Νοσοκόμων:

«Η Νοσηλεύτρια φέρει προσωπική ευθύνη για την εκτέλεση του έργου της και η διατήρηση της δεξιοτεχνίας και των γνώσεων της σε σταθερό υψηλό επίπεδο με τη συνεχή επιμόρφωση».

B. Κλινική άσκηση

Η κλινική άσκηση, αναμφίβολα είναι η πιο κρίσιμη φάση όλης της Νοσηλευτικής Παιδείας. Είναι το Εργαστήριο της Νοσηλευτικής όπου οι σπουδαστές θα εφαρμόσουν και θα εμπεδώσουν τις αποκτηθείσες γνώσεις και θα αναπτύξουν δεξιότητες απαραίτητες για την παροχή σωστής Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Ο νοσοκομειακός θάλαμος, παρέχει πολύτιμη ευκαιρία μόρφωσης και Επιστημονικής κατάρτισης των σπουδαστών. Το νοσοκομείο σαν χώρος μάθησης φέρνει τους σπουδαστές πρόσωπο με πρόσωπο με την επαγγελματική τους πραγματικότητα. Σε μικρή ηλικία, έρχονται σε επαφή με την αρρώστια, τον πόνο σε κάθε του διάσταση και το θάνατο. Εμπειρίες οδυνηρές και δυσάρεστες που καλούνται να τις αξιολογήσουν και να τις χρησιμοποιήσουν δημιουργικά.

Οι συνθήκες όμως που επικρατούν στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας μας δεν βοηθούν τους σπουδαστές ανεξάρτητα από τη θέληση τους, στο φίλιωμα τους με την καινούρια πραγματικότητα.

Η ανάγκη να καλυφθούν οι βασικές ανάγκες των αρρώστων που κατακλύζουν τα Νοσοκομεία μας από το μικρό σε αριθμό νοσηλευτικό μας δυναμικό πραγματοποιεί την αναγκαστική φθορά στην ποιότητα της άσκησης της Νοσηλευτικής στα Νοσοκομεία μας. Τα αποτελέσματα είναι οι σπουδαστές να καλλιεργούν τη Νοσηλευτική τους οντότητα μέσα σ' αυτό το χώρο συνηθίζοντας στην προχειρότητα και κάνοντας έτσι εύκολα παραχωρήσεις και αναγκαστικές πρόχειρες αναπροσαρμογές στην εφαρμογή Νοσηλευτικών Τεχνικών.

Σ' αυτό βοηθάει συχνά και η έλλειψη του υλικού νοσηλείας και το γεγονός του ότι σ' ένα θάλαμο με ένα Α αριθμό κλινών υπάρχουν 2 Α προχειροστημένα ράντζα. Φταίει λοιπόν οι συνθήκες που οδηγούν τους σπουδαστές στη φάση της πρώτης κλινικής εμπειρίας, σε μια κρίση επαγγελματικού αποπροσανατολισμού. Συνήθως την ξεπερνούν, συμβιβάζονται, ενδιαφέρονται, αγαπούν. Αν όχι, όμως, η αντίδραση ποικίλει από την παθητική συμμετοχή ως τη διακοπή της φοιτήσεως τους.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, λοιπόν, οι εκπαιδευτριες θα πρέπει να παροτρύνουν τους σπουδαστές να συσχετίζουν την θεωρία με την πράξη, να συντονίζουν τις γνώσεις τους και να τις χρησιμοποιούν στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.

Η κλινική διδασκαλία μπορεί να είναι ατομική ή ομαδική. Μπορεί να είναι αυθόρμητη ή προγραμματισμένη. Η πιο αποτελεσματική είναι η αυθόρμητη που γίνεται όταν παρουσιασθεί ευκαιρία για μάθηση. Θα πρέπει να περιλαμβάνει προγραμματισμό, οργάνωση, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση άμεσων εμπειριών των σπουδαστών στη νοσηλεία του αρρώστου.

Είναι λοιπόν γνωστό ότι η κλινική άσκηση και κλινική διδασκαλία υπολείπονται κατά πολύ στη χώρα μας και τα προβλήματα είναι πολλά.

- Προβλήματα που έχουν σχέση με το Νοσοκομείο.
- Προβλήματα που έχουν σχέση με το Νοσηλευτικό Προσωπικό.

3.1.1. Η αξία της πρακτικής άσκησης στην ολοκλήρωση της εκπαίδευσης των Νοσηλευτών.

Η πρακτική άσκηση μαζί με τη θεωρητική, κλινική και εργαστηριακή εκπαίδευση αποτελούν τις τρεις εκπαιδευτικές διαδικασίες της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στα Ανώτατα Τεχνολογικά Ιδρύματα.

Ο φοιτητής κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησης αναθεωρεί, αναπροσαρμόζει, διορθώνει, συμπληρώνει και ολοκληρώνει θεωρητικά και πρακτικά αντικείμενα, αποκτώντας ταυτόχρονα δεξιότητες σε εξειδικευμένα αντικείμενα ενώ παράλληλα προσαρμόζεται στις εργασιακές συνθήκες και παρέχει στον ασθενή νοσηλεία με άμεση ανατροφοδότηση της θεωρητικής, κλινικής και εργαστηριακής εκπαίδευσης.

Η εξάμηνη πρακτική άσκηση αποτελεί αναμφισβήτητα μια ιδιαίτερα επιτυχή εκπαιδευτική διαδικασία.

Μετατρέπει τον φοιτητή λίγο πριν από το πτυχίο σε επαγγελματία νοσηλευτή, ώστε μετά την λήψη του πτυχίου να μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του άμεσα.

3.1.2. Βασικοί λόγοι που καθιστούν τη συνεχή επιμόρφωση αναγκαία.

Η εποχή μας χαρακτηρίζεται από τον έντονο προβληματισμό του ανθρώπου και μάλιστα του πνευματικού ανθρώπου. Είναι εποχή των απαιτήσεων και αναζητήσεων.

Όμως ο σύγχρονος άνθρωπος, σαν δημιουργός και κατ' ανάγκη δέκτης των εναλλαγών, πείθεται ότι τίποτε πλέον δεν κατέχει τη θέση του απολύτου.

Στον τομέα των επιστημονικών γνώσεων και συγκεκριμένα των ιατρικών γνώσεων, η απολυτοποίηση τους θα σήμαινε αποτελμάτωση και καταστροφή. Αλίμονο αν ο γιατρός αρνιόταν τα καινούρια επιτεύγματα της επιστήμης του και έμενε προσκολλημένος στα παλιά. Δεν θα υπήρχε βελτίωση στον τομέα της υγείας και τα αποτελέσματα αυτής της πραγματικότητας είναι γνωστά.

Η ζωή και μάλιστα όπως εξελίσσεται, μας πείθει ότι είναι απαραίτητη η διαρκής ενημέρωση του επιστήμονα στα θέματα της επιστήμης του, του κοινωνικού εργάτη στα κοινωνικά προβλήματα, της αδερφής στα νοσηλευτικά και αυτό ανταποκρίνεται και στη φυσική έφεση του ανθρώπου για την αναζήτηση νέων και τελειότερων μορφών ζωής.

Στον τομέα μας, το νοσηλευτικό, η ραγδαία ανάπτυξη των φυσικών επιστημών και της τεχνολογίας, αλλά και τα προβλήματα που συναντά η Νοσηλεύτρια σήμερα στην άσκηση του επαγγέλματος της, καθιστούν επιτακτικότερη την ανάγκη της συνεχούς επιμορφώσεως.

Ορισμός

Τι εννοούμε λέγοντας επιμόρφωση στη Νοσηλευτική;

Επιμόρφωση είναι η προγραμματισμένη μάθηση θεωρητικών γνώσεων και εμπειριών που εντάσσονται μέσα σε ένα μεταβασικό νοσηλευτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Είναι διοχέτευση βιωμάτων, όχι διάσπαρτες γνώσεις.

Αυτές οι θεωρητικές γνώσεις και εμπειρίες έχουν σχεδιαστεί για να αναπτύξουν τις δυνατότητες και τις ικανότητες για την προαγωγή της Νοσηλευτικής, που σε τελευταία ανάλυση σημαίνει προαγωγή της υγείας του λαού.

Σκοπός και στόχος.

Πρωταρχικός της σκοπός είναι να εξασφαλίσει τη σταθερή υψηλή απόδοση του Νοσηλευτικού προσωπικού, που θα μπορεί να συμβαδίζει με τη συνεχή αλλαγή, εξέλιξη και βελτίωση σ' όλους τους σχετικούς τομείς για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας της κοινότητας.

Στόχος της συνεχούς επιμόρφωσης στη Νοσηλευτική είναι η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρονται για την αντιμετώπιση των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.

Η βελτίωση επιτυγχάνεται με διάφορα μέσα, κυρίως όμως με τη διατήρηση και συνεχή προσαρμογή των γνώσεων στις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας, των ικανοτήτων, και ακόμη της συμπεριφοράς του ατόμου, που ανήκει στα επαγγέλματα υγείας.

Περιεχόμενο

Το περιεχόμενο της συνεχούς επιμορφώσεως είναι πολύ ευρύ και καλύπτει ατομικές και κλαδικές ανάγκες και ενδιαφέροντα των Νοσηλευτών.

Η δομή και το περιεχόμενο της συνεχούς επιμορφώσεως στον τομέα μας πρέπει να είναι τέτοια που να εξυπηρετούνται οι ανάγκες της Νοσηλευτικής όπως επίσης και οι στόχοι, που έχει το Νοσηλευτικό επάγγελμα.

Η συνεχιζόμενη επιμόρφωση αποτελεί μια μακρά πορεία μαθητείας η οποία «κτίζει» πάνω σε παλαιές γνώσεις και εμπειρίες ή τροποποιεί, βελτιώνει και επαυξάνει γνώσεις ή ικανότητες ή δεξιότητες νοσηλευτικές, που είχε αποκτήσει παλαιότερα η Νοσηλεύτρια.

Γίνεται έτσι αντιληπτό ότι συνεχής επιμόρφωση δεν είναι κάτι που μπορεί να νοηθεί σαν πάρεργο στην αποστολή της Νοσηλεύτριας ή απλή απόλαυση και ικανοποίηση κάποιας τυχόν έμφυτης έφεσης για μάθηση ευκαιρία επιδείξεως και προβολής.

Δεν είναι κάτι που επιβάλλεται από τους άλλους. Η ίδια η Νοσηλεύτρια την αναζητά, γιατί θέλει να προαχθεί, να σταθεί ψηλά, για να αποδώσει ότι καλύτερο μπορεί, σ' ένα τέτοιο νευραλγικό τομέα της ζωής του ανθρώπου.

A. Γενικοί λόγοι.

Όλοι μας αντιλαμβανόμαστε την σπουδαιότητα της μορφώσεως μόνο όταν περάσουν τα χρόνια της βασικής εκπαίδευσής και αποσυνδέσουμε τη μόρφωση από την έννοια Σχολή-Σπουδές-Εξετάσεις.

Άλλωστε πολλά θέματα δεν τα καταλαβαίνουμε κατά τον χρόνο της εκπαίδευσης. Η ηλικία και η απειρία δεν μας επιτρέπουν να εισχωρήσουμε στο βάθος και να συλλάβουμε το μέγεθος και τη σημασία τους.

Αλλά και μετά την αποφοίτηση μόνη η πείρα της ζωής δεν είναι αρκετή για να μας δώσει την ικανότητα να καταλάβουμε τελείως τα σύγχρονα προβλήματα και να παρακολουθήσουμε άνετα τον ταχύ ρυθμό της ζωής. Είναι αναγκαία η επιστημονική ενημέρωση και κατάρτιση στον όλο και περισσότερο εξελισσόμενο κόσμο.

Ένας ακόμη λόγος που κάνει τη συνεχή επιμόρφωση αναγκαία είναι ότι συνήθως τα συστήματα εκπαίδευσης και τα προγράμματα δεν παρακολουθούν αναλογικά τις πραγματικές εξελίξεις.

Ακόμη η τεχνολογική εξέλιξη μπορεί να αφήνει περισσότερο ελεύθερο χρόνο. Ο χρόνος όμως αυτός για να είναι ωφέλιμος πρέπει να αξιοποιηθεί δημιουργικά με την επιμόρφωση.

B. Ειδικοί λόγοι

Πέρα από τους γενικούς λόγους υπάρχουν και οι ειδικοί λόγοι, οι οποίοι διακρίνονται σε:

- Ατομικούς.
- Επαγγελματικούς.
- Κοινωνικούς.

B.1. Ατομικοί λόγοι.

➤ *Αναζήτηση επιτυχίας.*

Όπως κάθε άνθρωπος, έτσι και η Νοσηλεύτρια επιδιώκει την επιτυχία στην ατομική της ζωή και επιτυχία σημαίνει ψυχική ισορροπία, σωματική, οικονομική και κοινωνική ασφάλεια.

Η μονότονη καθημερινή ρουτίνα που δεν ικανοποιεί, αφυπνίζει την τάση της για αναζήτηση νέων ενδιαφερόντων και επιτυχιών. Αναζητά πάντα επικοινωνία με τους συναδέλφους της και στο πλαίσιο αυτό, αναγνώριση και διάκριση. Με την συνεχή επιμόρφωση βελτιώνει τις επαγγελματικές της ικανότητες και έχει έτσι στην εργασία της περισσότερη απόδοση και επιτυχία. Αυτό της δημιουργεί κλίμα ισορροπίας, ικανοποίησης και βαθιάς επιθυμίας για καινούριες επιδιώξεις και κατακτήσεις. Αισθάνεται έφεση για καινούριες γνώσεις, νέες γνωριμίες, νέα ενδιαφέροντα, καινούριες δημιουργίες και νέα ιδανικά.

➤ *Αύξηση κύρους.*

Η «έξωθεν» καλή μαρτυρία όπως λέμε, είναι μια απόδειξη της επιτυχημένης ζωής και βαθιά ικανοποίηση κάθε ανθρώπου. Η Νοσηλεύτρια που διαθέτει κύρος κερδίζει αμέριστη την εμπιστοσύνη του περιβάλλοντος.

Τι συνθέτει το μεγαλείο της Νοσηλεύτριας που μπορεί να της δώσει το κύρος και την άνεση μέσα στο έργο της, στον τομέα της;

Χρειάζεται αφοσίωση στο έργο μας, κόπος, προσπάθεια επιμονή, αγάπη, θέληση, αντοχή. Είναι όμως αυτά αρκετά; Όχι. Χρειάζεται πέρα από τον ψυχικό πλούτο, να διαθέτει η Νοσηλεύτρια και πλούσιο ταμείο γνώσεων, που θα της επιτρέπουν να κινείται μέσα στο χώρο της Νοσηλευτικής Επιστήμης με άνεση και ασφάλεια. Αυτό όμως το ταμείο γνώσεων δεν αποκτάται μόνο με την βασική

εκπαίδευση. Κρίνεται αναγκαία η συνεχής επιμόρφωση και ενημέρωση σε ότι αφορά τα θέματα υγείας.

➤ *Διερεύνηση του ρόλου της Νοσηλεύτριας.*

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας αλλάζει και επεκτείνεται σε μεγαλύτερα θέματα και δημιουργεί σοβαρές ευθύνες. Πολλά από τα παραδοσιακά καθήκοντα των ιατρών που αφορούν την προαγωγή της υγείας του λαού ή την φροντίδα του αρρώστου, διεκπεριώνονται σήμερα από τις Νοσηλεύτριες. Με την διεύρυνση αυτή του ρόλου της απαιτείται περισσότερη ευθύνη, προγραμματισμός και κατάρτιση.

Δεν εργάζεται κάτω από την αυστηρή επιτήρηση του θεράποντα ιατρού.

Δεν εργάζεται «υπό» αλλά «παρά» τον γιατρό. Η επιτυχία της σ' αυτό το σοβαρό ρόλο εξαρτάται από την ίδια.

Ο παραδοσιακός τρόπος εργασίας της Νοσηλεύτριας, δεν είναι παραδεκτός πια. Η Νοσηλεύτρια δεν εργάζεται πια απρόσωπα με μόνο σκοπό να γίνει η εργασία και να τακτοποιηθούν οι άρρωστοι αλλά εξατομικεύει τη φροντίδα της και την κάνει πιο επιστημονική. Βασίζει τη φροντίδα στις ατομικές, ιδιαίτερες ανάγκες του αρρώστου, τις οποίες με διάφορες επιστημονικές μεθόδους και γνώσεις προσπαθεί να ανακαλύψει και σε συνεργασία με τον ίδιο, την οικογένεια, τον γιατρό και τα άλλα μέλη της ομάδος, οργανώνει την Νοσηλευτική φροντίδα.

Με την υπευθυνότητα που αποκτά η Νοσηλεύτρια με το νέο τρόπο εργασίας αισθάνεται μόνη της, φυσικά και αυθόρμητα, την ανάγκη να μελετήσει, να ενημερωθεί και να μάθει κάθε τι που έχει σχέση με το άτομο που νοσηλεύει.

B.2. Επαγγελματικοί λόγοι.

➤ *Η εξέλιξη της επιστήμης και οι απαιτήσεις της κοινωνίας..*

Ανάμεσα στις αξίες του πολιτισμού την πιο σημαντική θέση κατέχει σήμερα ασφαλώς η επιστήμη.

Η έρευνα του χτες έγινε σήμερα τεχνολογική επανάσταση, η οποία έχει επηρεάσει σημαντικά την φροντίδα υγείας.

Η Νοσηλεύτρια είναι απαραίτητο να γνωρίζει την εξήγηση των ευρημάτων, που δίνουν τα διάφορα test και τις παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό των διαφόρων λειτουργιών του οργανισμού προκειμένου να συμβουλευσει τον άρρωστο για την ατομική φροντίδα.

Πώς όμως θα ανταποκριθεί στις απαιτήσεις αυτές αν δεν παρακολουθεί την εξέλιξη της επιστήμης; Αν δεν μελετά; Αν δεν επιμορφώνεται;

➤ *Η ανάγκη υψηλής ποιότητας Νοσηλευτικής.*

Η Νοσηλεύτρια έρχεται σε άμεση επαφή με τον άρρωστο. Έχει καθήκον και υποχρέωση να ανακουφίζει τον πόνο, να οργανώνει την Νοσηλευτική φροντίδα, να προλαμβάνει επιπλοκές, να αξιολογεί την προτεραιότητα των αναγκών και των κινδύνων, για μια καλύτερη υγεία και ασφάλεια του αρρώστου.

Για όλα αυτά χρειάζεται γνώση, πείρα, επιμόρφωση.

Η αγάπη της και η φροντίδα της για μάθηση και καθημερινή ενημέρωση θα συντελέσουν να γίνει ο άρρωστος ξανά υγιές και ενεργό μέλος της κοινωνίας. Η αδράνεια και η αδιαφορία της για τις επιτεύξεις του σήμερα θα τον σκοτώσουν.

Η συνεχής επιμόρφωση στην Νοσηλευτική είναι αναγκαία και θα έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της παρεχόμενης Νοσηλευτικής φροντίδας, θα πρέπει δε να είναι ανάλογη με τις ανάγκες του εκπαιδευομένου και τις ανάγκες της υγείας του ατόμου.

➤ *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.*

Καθώς η Π.Φ.Υ. διευρύνεται και ο ρόλος της Νοσηλεύτριας γίνεται πιο υπεύθυνος, φάρμακα, θεραπεία, συμβουλή, διδασκαλία και επίβλεψη των αναγκών των ατόμων της κοινότητας, είναι μέσα στις αρμοδιότητες της.

Όλα όμως αυτά θα έχουν μικρή επίδραση, εάν η Νοσηλεύτρια δεν έχει γνώσεις, ευθύνη και ενδιαφέρον, εάν δεν γίνει αποδεκτή και αν δεν την εμπιστεύονται σαν ένα άτομο που τους καταλαβαίνει και σκύβει στις ανάγκες τους. Και για να βρει τις ανάγκες τους, πρέπει να χρησιμοποιεί διάλογο καρδιάς.

Οι Νοσηλεύτριες του σήμερα και αύριο έχουν ανάγκη άριστης προετοιμασίας στη βασική τους εκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση, αν θέλουν να ετοιμαστούν στελέχη για τους πλατύς ορίζοντες ενός επαγγέλματος που συνέχεια προωθείται και εξελίσσεται.

B.3. Κοινωνικοί λόγοι.

➤ *Αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας.*

Η υγεία θεωρείται και είναι βασικό και αναφαίρετο δικαίωμα όλων, και τα άτομα περισσότερο από κάθε άλλη φορά σήμερα ενδιαφέρονται για τη διατήρηση του αγαθού της υγείας. Σήμερα τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τις ανάγκες όλου σχεδόν του πληθυσμού και οι εργοδότες συμμετέχουν στην κάλυψη αυτή.

Η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής, η μείωση των θανάτων έχει μεν σαν αποτέλεσμα την μακροζωία, αλλά συγχρόνως αυξάνει τον αριθμό των ατόμων που ζουν με χρόνια νοσήματα ή διάφορα άλλα προβλήματα υγείας.

Σήμερα τα άτομα που δέχονται τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες είναι περισσότερο έξυπνα, πιο ενημερωμένα, ασκούν κριτική, ζητούν να παίρνουν μέρος ενεργό στην φροντίδα τους και γι' αυτό είναι περισσότερο απαιτητικά σε ότι αφορά τη θεραπευτική αγωγή που τους παρέχεται.

Γι' αυτό οι Νοσηλευτές θα πρέπει να μπορούν να ανταποκριθούν σ' αυτές τις απαιτήσεις, με την οργάνωση κατάλληλης και αποτελεσματικής Νοσηλευτικής φροντίδας σ' όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης.

Θα πρέπει λοιπόν οι Νοσηλευτές να συμβαδίζουν με τον ταχύ ρυθμό των εξελίξεων με συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση για να ανταποκριθούν σ' αυτές τις αυξημένες ανάγκες και απαιτήσεις των καιρών και των ανθρώπων.

➤ *Αυξημένο κόστος νοσηλείας.*

Η μεγάλη αύξηση του κόστους νοσηλείας της ενδονοσοκομειακής φροντίδας αναγκάζει τις κυβερνήσεις να παρέχουν βοήθεια στα διάφορα Ε.Ι. των Νοσοκομείων ή τα Κέντρα Υγείας, Αγροτικά Ιατρεία, Υγειονομικούς Σταθμούς και ακόμη αναπτύσσουν προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι.

Οι Νοσηλεύτριες είναι αυτές που θα συνεχίσουν την επίβλεψη και την φροντίδα της υγείας των αρρώστων στην κοινότητα.

➤ *Αλλαγή οικογενειακών συνθηκών.*

Η αλλαγή στο κοινωνικό περιβάλλον επιδρά και στην οικογένεια.

Η Νοσηλεύτρια θα βοηθήσει με τις γνώσεις της και το κύρος της, θα τονώσει και εξυψώσει την οικογένεια στη θέση που της ανήκει, έχοντας πάντα στο νου της, ότι όταν διαλύσει μια οικογένεια σε ένα κράτος, η διάλυση έχει άμεσο αντίκτυπο στο ίδιο το κράτος.

Όσο και αν φαίνεται ξένη η αρμοδιότητα της Νοσηλεύτριας με το οξύ αυτό σύγχρονο πρόβλημα, όμως μια πλατειά επιμόρφωση θα της δώσει το κύρος να συμβάλλει στη διατήρηση του ιερού θεσμού της οικογένειας.

➤ *Αλλαγή στην κοινωνία και το περιβάλλον.*






Οι ποικίλες μεταβολές που σημειώνονται καθημερινά στην κοινωνία και στο περιβάλλον προβληματίζουν κάθε εργάτη της υγείας και τον καλούν να τις αντιμετωπίσει.

Είναι ανάγκη να ενημερώνεται συνεχώς. Σ' αυτή πέφτει ο κλήρος να διαφωτίσει προκειμένου να προλάβει και καταπολεμήσει τα κοινωνικά προβλήματα.


Το μέσο που ουσιαστικά και θετικά θα την βοηθήσει να ανταποκριθεί στις ευθύνες, που της εμπιστεύεται η κοινωνία, είναι η συνεχής επιμόρφωση. Να γνωρίζει τα καινούρια και ολοένα αυξανόμενα προβλήματα, να ενημερωθεί στους τρόπους αντιμετώπισέως τους, να ενδιαφερθεί υπεύθυνα και έμπρακτα, για την υγεία και τη βελτίωση της ζωής του ατόμου και του συνόλου.

3.1.3. Απαραίτητες αλλαγές που είναι αναγκαίο να δρομολογηθούν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Συγγραφείς του χώρου της εκπαίδευσης, οριοθετούν τις αλλαγές στην εκπαίδευση και στο ρόλο των εκπαιδευτικών. Σύμφωνα με τις απόψεις τους οι εκπαιδευτικοί πρέπει να σκοπεύουν στα εξής:

-  Σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες και μελλοντικές απαιτήσεις των καιρών, αλλά και στις ατομικές ανάγκες των φοιτητών και θα είναι ανταγωνιστικά.
-  Απομάκρυνση από τις παραδοσιακού τύπου εκπαιδευτικές στρατηγικές και την αντικατάσταση τους με αυτές που διευκολύνουν την ενεργό συμμετοχή των φοιτητών.
-  Συμπλήρωση ή αντικατάσταση των διαλέξεων ή εργαστηριακών μαθημάτων με πολυμέσα όπως CD-ROM ή με σελίδες του διαδικτύου.
-  Καθοδήγηση και βοήθεια, ώστε οι φοιτητές να μάθουν πώς να κάνουν ανάλυση και σύνθεση.
-  Συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας.

Παράλληλα προτείνονται οι παρακάτω αλλαγές στο πρόγραμμα σπουδών:

-  Έμφαση στη διαδικασία της μάθησης κυρίως και όχι της διδασκαλίας. Μάθηση διαμέσου της αντανάκλασης και της αυτογνωσίας. Παράλληλα η μάθηση θα πρέπει να θεωρείται ως μια δια βίου διαδικασία και όχι ως κάτι που τερματίζεται με την αποφοίτηση.

- ✚ Έμφαση στη διαδικασία μάλλον, παρά στο περιεχόμενο. Το περιεχόμενο πρέπει να αναφέρεται ως παράδειγμα μόνο και όχι ως δεδομένο.
- ✚ Έμφαση στην τεχνολογική και την ανθρωπιστική διάσταση της Νοσηλευτικής και στον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού.
- ✚ Μεγαλύτερη έμφαση στην ομαδική εργασία, την επικοινωνία και τις κοινωνικές δεξιότητες.
- ✚ Περισσότερη έμφαση στις εργασίες που απαιτούν μεγάλο χρόνο για την εκπόνηση τους και που προάγουν την εικόνα ενός πολύπλοκου, και όχι ενός απλού γραμμικού τύπου, κόσμου.
- ✚ Ενσωμάτωση διάφορων μεταβλητών όπως του χρόνου, του φύλου, της ηλικίας κ.ά. έτσι ώστε να παρέχεται μια πληρέστερη εικόνα της ανομοιομορφίας της σύγχρονης κοινωνίας.
- ✚ Άμεση πρόσβαση στην πληροφόρηση. Ενθάρρυνση μάθησης με χρήση βάσεων δεδομένων ή από πακέτα πολυμέσων.
- ✚ Οι εκπαιδευτικοί πρέπει να θεωρούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα ως μεταβατικά και να τονίζουν το γεγονός ότι η εκπαιδευτική διαδικασία αποτελεί μέσο προετοιμασίας για το μέλλον.
- ✚ Ανάπτυξη κοινών προγραμμάτων ανάμεσα σε πανεπιστήμια τόσο σε βασικό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο.
- ✚ Περισσότερη έμφαση σε μια εκπαιδευτική φιλοσοφία που θα πηγάζει από την κλινική πρακτική και θα την ενσωματώνει.

Το ερώτημα είναι αν οι παρούσες συνθήκες επιτρέπουν τις αλλαγές που προαναφέρθηκαν.

3.1.4. Ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού.

A. Υπαγωγή τμήματος εκπαίδευσης.

Στο χώρο της Νοσηλευτικής, η ανάγκη για επιμόρφωση και συνεχή εκπαίδευση γίνεται καθημερινά αναγκαία, γιατί η εξέλιξη της ιατρικής και παράλληλα της Νοσηλευτικής είναι ταχύτατη.

Η απόκτηση γνώσεων και η ενημέρωση σε σύγχρονα θέματα βοηθά το Νοσηλευτικό προσωπικό στην άσκηση του δύσκολου έργου του και διατηρεί την παρεχόμενη στους ασθενείς Νοσηλευτική φροντίδα σε υψηλά επίπεδα. Υπεύθυνος φορέας στο Νοσοκομείο για τη σχεδίαση, εφαρμογή και αξιολόγηση των προγραμμάτων επιμόρφωσης και ενδονοσοκομειακής εκπαίδευσης του Νοσηλευτικού προσωπικού, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα, είναι το τμήμα εκπαίδευσης το οποίο υπάγεται στη Δ/ση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

B. Οργάνωση τμήματος εκπαίδευσης..

Το τμήμα εκπαίδευσης είναι ένας σημαντικός παράγοντας του Νοσοκομείου και, ως εκ τούτου, για να λειτουργήσει σωστά και να επιτύχει τους στόχους που έχει, πρέπει να είναι στελεχωμένο με ικανό προσωπικό, κατάλληλα εκπαιδευμένο.

Γ. Στόχοι τμήματος εκπαίδευσης.

Δύο είναι οι κύριοι στόχοι του Τμήματος Εκπαίδευσης.

- *Η συνεχής επιμόρφωση του Νοσηλευτικού Προσωπικού, η οποία επιτυγχάνεται με:*
 - Ενδονοσοκομειακή επιμόρφωση.
 - Εξωνοσοκομειακή επιμόρφωση.
- *Η έρευνα.*

3.1.5. Ανάπτυξη προσωπικού.

Για να μπορέσει το Νοσηλευτικό Προσωπικό να ανταποκριθεί στις συνεχώς αυξημένες απαιτήσεις της Νοσηλευτικής και να προσφέρει στους ανθρώπους υγείας και ασθενείς υψηλής ποιότητας Νοσηλευτική Φροντίδα πρέπει να έχει επαρκή κατάρτιση και ανάλογη βοήθεια για να αποκτήσει νέες και συμπληρωματικές γνώσεις και δεξιότητες.

Ανεξάρτητα από το οργανωμένο πρόγραμμα συνεχούς επιμορφώσεως που μπορεί να διαθέτει ένα νοσοκομείο, την μεγαλύτερη ευθύνη για την ανάπτυξη του προσωπικού έχει η Προϊστάμενη της νοσοκομειακής μονάδας. Αυτή συμβάλλει ώστε κάθε Νοσηλευτής να αναπτύσσει τις ικανότητες του και να εμπλουτίζει συνεχώς τις γνώσεις του στον κλινικό τομέα. Ο τελικός σκοπός αυτού του εμπλουτισμού σε γνώσεις είναι η καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς.

Η ποιότητα της εργασίας της Προϊσταμένης και των Διπλωματούχων Νοσηλευτών επηρεάζει προς το καλύτερο ή το χειρότερο την απόδοση του υπόλοιπου προσωπικού.

Η χρησιμοποίηση από την Προϊσταμένη των ευκαιριών για μάθηση οι οποίες παρουσιάζονται κάθε μέρα βοηθούν πολύ στην ανάπτυξη του προσωπικού. Αλλά και η ανάθεση της πρωτοβουλίας

δίδει στους Νοσηλευτές διάθεση να αποκτήσουν περισσότερες γνώσεις και καλύτερη δεξιότητα ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν σε αυτό που τους έχουν αναθέσει.

Η συνεργασία επίσης της Προϊστάμενης με τους Νοσηλευτές για την αξιολόγηση, προγραμματισμό και εφαρμογή της Νοσηλευτικής φροντίδας είναι παράγοντας θετικός για συνεχή αναθεώρηση των γνώσεων και δεξιοτεχνιών.

Υπάρχουν όμως και ειδικότερα μέσα τα οποία πρέπει να χρησιμοποιεί το νοσοκομείο με την υπηρεσία συνεχούς επιμορφώσεως ή την Προϊστάμενη της Νοσηλευτικής μονάδος.

Αυτά είναι:

A. Ο προσανατολισμός.

Εάν ένας προσανατολισμός και μια ενημέρωση στο χώρο εργασίας είναι απαραίτητα στοιχεία για κάθε εργαζόμενο για τους Νοσηλευτές είναι ακόμη πιο αναγκαίος μια που εργάζονται στον πλέον ευαίσθητο χώρο και η ενημέρωση τους έχει άμεσο αντίκτυπο στην υγεία.

Με την έγκαιρη, συστηματική και προγραμματισμένη κατατόπιση προλαμβάνεται ενδεχόμενη ψυχική και ηθική καταπόνηση των Νοσηλευτών και ειδικότερα αποφεύγονται αμφιβολίες, αβεβαιότητες, παρανοήσεις, πρόχειρη και ατελή ενημέρωση που μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς τη σχέση των Νοσηλευτών με το ίδρυμα, αλλά και την απόδοση της.

Πρωταρχικός της σκοπός είναι να εξασφαλίσει τη σταθερή υψηλή απόδοση του Νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να μπορεί να συμβαδίζει με τη συνεχή αλλαγή, εξέλιξη και βελτίωση σ' όλους τους σχετικούς τομείς για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας της κοινότητας.

Για να αποδώσει ένα τέτοιο πρόγραμμα πρέπει οι ίδιοι οι Νοσηλευτές χωρίς να τους το επιβάλλει κανείς να θέλουν να αναζητούν νέες γνώσεις και εμπειρίες γιατί θέλουν να προαχθούν, να σταθούν ψηλά, να νιώθουν τέλος, ότι είναι ικανοί και απαραίτητοι.

Η επιμόρφωση πρέπει να δίνει ευκαιρίες που θα αυξάνουν σε βάθος γνώσεις και δεξιότητες σε συγκεκριμένους τομείς της πρακτικής άσκησης και θεωρητικής εκπαίδευσης.

Μέσα στα πλαίσια της ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης εντάσσεται η καθημερινή συγκέντρωση των Νοσηλευτών με την Προϊστάμενη. Στις συγκεντρώσεις αυτές συζητούνται θέματα και προβλήματα των ασθενών. Αναλύονται περιπτώσεις ασθενών από Νοσηλευτή που έχει αναλάβει το θέμα και έτσι δημιουργούνται κίνητρα αναπτύξεως.

Το πρόγραμμα επιμορφώσεως είτε γίνει από την Συντονίστρια εκπαιδεύσεως είτε από την προϊστάμενη του τμήματος θα αποδώσει περισσότερο εάν γίνει με κλινική διδασκαλία και πρακτική άσκηση για απόκτηση δεξιοτεχνιών.

B. Κλινική Διδασκαλία της Νοσηλευτικής.

Η κλινική διδασκαλία περιλαμβάνει προγραμματισμό, οργάνωση, διδασκαλία, επίβλεψη και αξιολόγηση άμεσων εμπειριών των Νοσηλευτών και σπουδαστών στη νοσηλεία του ασθενούς.

Η εκπαίδευση των Νοσηλευτών περνάει μεγάλες αλλαγές στην εποχή μας. Αλλά οτιδήποτε επιτευχθεί είναι ο ιδανικός τρόπος για μάθηση και θα διατηρήσει μια σπουδαία θέση στην εκπαίδευση. Οι Νοσηλευτές μπορούν να μάθουν πολλά όταν νοσηλεύουν τον άρρωστο και μάλιστα με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Μελετούν τον άρρωστο και αποκτούν μια πλήρη εικόνα των ψυχοσωματικών και κοινωνικών αναγκών του.

Το τμήμα προσφέρει ευκαιρίες κατανόησης του αρρώστου, της αρρώστιας και της θεραπείας, προσφέρει και ευκαιρίες για μάθηση της τεχνικής διαφόρων νοσηλειών.

Μια κλινική διδασκαλία αποδίδει όταν γίνει από τα κατάλληλα άτομα με ειδική κλινική πείρα στο θέμα που αναπτύσσουν.

Είναι άτομα που παρακολουθούν την εξέλιξη και αλλαγή διαφόρων διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων.

Τα εξειδικευμένα αυτά άτομα πρέπει να δείξουν ιδιαίτερη προσοχή και να αφιερώσουν περισσότερο χρόνο για την όσο το δυνατόν πληρέστερη ενημέρωση των Νοσηλευτών εκείνων που προέρχονται από Νοσοκομεία ή Σχολές, όπου δεν είχαν προσαρμόσει την εκπαίδευση στις σύγχρονες εξελίξεις και οι Νοσηλευτές αυτοί μειονεκτούν έναντι των άλλων.

Η διδασκαλία και η μάθηση της Νοσηλευτικής στο τμήμα συναντά δυσκολίες και προβλήματα. Το τμήμα είναι οργανωμένο για την παροχή καλής νοσηλείας στον άρρωστο και όχι για την εκπαίδευση σπουδαστριών και Νοσηλευτών. Στην σχολή η διδασκαλία γίνεται σε ειδικά διαμορφωμένες αίθουσες όπου το υλικό είναι άφθονο και επαρκές. Η πραγματικότητα στα Νοσηλευτικά τμήματα είναι δυσάρεστη. Παρά την καλή διοίκηση του τμήματος πάντοτε υπάρχουν περιπτώσεις που κάποιο είδος υλικού λείπει. Η έλλειψη χρόνου είναι συνεχές πρόβλημα.

Ευθύνη και αρμοδιότητα της Προϊσταμένης είναι να εκμηδενιστούν ή να ελαχιστοποιηθούν οι δυσκολίες χώρου, χρόνου και υλικού. Η Προϊσταμένη πρέπει να εκμεταλλεύεται τις περιόδους που δεν είναι πολύ γεμάτη η μονάδα για διδασκαλία και για εποικοδομητικές συζητήσεις. Είναι επίσης καλή περίοδος για να διαβάσουν και να μάθουν για μια περίπτωση που δεν έχουν ξανανοσηλεύσει ή για να ενημερωθούν για φάρμακα τα οποία πρόσφατα άρχισαν να χρησιμοποιούνται. Μπορούν να καλέσουν ιατρούς να τους μιλήσουν για ένα θέμα που δεν κατέχουν καλά.

Εκείνο που θα βοηθήσει ιδιαίτερα την εφαρμογή ενός προγράμματος κλινικής διδασκαλίας είναι:

- *Η παροχή από την Προϊσταμένη υποδειγματικής, ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς υπό τύπο επιδείξεως.*

● *Η συνεργασία με τις νοσηλεύτριες κατά την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.*

● *Η διδασκαλία, ο συντονισμός και η επίβλεψη στην οργάνωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ένα θάλαμο ή σε ολοκληρωμένο τμήμα.*

Παράλληλα με τις θεωρητικές γνώσεις θα πρέπει να γίνει προσπάθεια πρακτικής άσκησης της Νοσηλευτικής Τεχνικής.

Να δίνεται η ευκαιρία να εφαρμόσουν οι νέοι νοσηλευτές υπό την επίβλεψη της Προϊσταμένης τις δεξιότητες που έμαθε και η δυνατότητα χειρισμού ενός μηχανήματος.

Γ. Αξιολόγηση.

Η αξιολόγηση είναι ένα αναπόσπαστο μέρος της διδασκαλία και της μάθησης.

Σημαίνει ποσοτική και ποιοτική εκτίμηση των γνώσεων με την συλλογή πληροφοριών και την αντικειμενική ανάλυση αυτών.

Μετά από την εφαρμογή κάθε προγράμματος ακολουθεί η αξιολόγηση η οποία θα βοηθήσει να δούμε κατά πόσο το πρόγραμμα έχει πετύχει τους αντικειμενικούς σκοπούς του.

Ο καλύτερος τρόπος να εκτιμήσουμε το πρόγραμμα επιμορφώσεως είναι να δούμε την εφαρμογή όσων έχουμε διδάξει σε αυτό και να κάνουμε την διαπίστωση στην άσκηση των καθηκόντων.

Με την αξιολόγηση αποσκοπούμε:

- *Στον προσδιορισμό του επιπέδου μαθήσεως.*
- *Στον καθορισμό κλινικής αποδόσεως.*
- *Στη βοήθεια των νοσηλευτών να αποκτήσουν την διάθεση και την δεξιότητα για αυτοαξιολόγηση.*

3.2. Τι είναι το σύνδρομο burnout;

Ο όρος **burnout**, αποδίδεται συνήθως στα Ελληνικά με τις λέξεις «εξαντλημένος/η» ή «εξουθενωμένος/η*» και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα. Το συγκεκριμένο σύνδρομο αφορά κυρίως στα «επαγγέλματα φροντίδας», ακόμη εμφανίζεται σε δημοσιογράφους λόγω των πιεσμένων ωραρίων, εκπαιδευτικούς και γενικότερα δημόσιους υπάλληλους, και εκδηλώνεται μέσω τριών επιμέρους χαρακτηριστικών γνωρισμάτων:

Σύμφωνα με τη Maslach, η εργασιακή εξάντληση χαρακτηρίζεται από τις εξής τρεις διαστάσεις:



συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης που πηγάζει από τον εργασιακό χώρο καθιστώντας τον επαγγελματία “ανίκανο” να συγκεντρωθεί στα εργασιακά του καθήκοντα



αποπροσωποποίηση (depersonalization), που αναφέρεται στην ανάπτυξη ουδέτερων ή ακόμα και αρνητικών αισθημάτων του επαγγελματία προς τον πελάτη, άρα και στην απομάκρυνση του πρώτου από τον δεύτερο, και

το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment) που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του. Στην προκειμένη περίπτωση το άτομο εγκαταλείπει κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των ασθενών (Jimmieson, 2000).

Ο πίνακας 1 που ακολουθεί παρουσιάζει χαρακτηριστικά τα αποτελέσματα 43 ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες κατά το χρονικό διάστημα 1979-1998 για τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους διάφορους επαγγελματικούς τομείς.

Επαγγέλματα	Αριθ. Δείγματος		Συναισθηματική εξάντληση		Αποπροσωποποίηση		Αίσθημα μειωμένης επίτευξης	
	Αριθ.	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Εκπαιδευτικοί	6	5,481	28.15	11.99	8.68	6.46	11.65	7.41
Επαγγελματίες που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες	7	1,631	24.29	12.79	9.47	7.16	13.45	8.55
Γιατροί	14	2,021	23.86	11.57	7.95	6.47	12.38	7.96
Νοσηλεύτριες/τες	11	1,542	23.80	11.80	7.13	6.25	13.53	8.15
Φυσιοθεραπεύτριες/τες	3	479	24.03	10.77	10.59	6.46	8.64	5.93
Επαγγελματίες ψυχικής υγείας	12	2,137	20.27	9.81	6.22	4.54	8.81	6.46
Ψυχολόγοι	6	1,804	19.93	9.59	6.26	4.41	8.36	6.23
Διοικητικό Προσωπικό	6	333	22.09	10.96	6.03	5.22	11.24	7.58
Σύνολο	39	11,270	25.33	11.65	8.19	6.26	11.50	7.52

3.2.1. Συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Τα συμπτώματα του burn out είναι *σωματικά* αλλά κυρίως *ψυχολογικά* :

Στην κατηγορία των σωματικών συμπτωμάτων περιλαμβάνονται όλες οι δυσλειτουργίες που αφορούν στις τυπικές προσβολές στρες και άγχους όπως:

- Κεφαλαλγίες, ημικρανίες,
- Γαστρεντερικές διαταραχές,
- Διαταραχές διατροφής,
- Στομαχικά προβλήματα, ξηροστομίες,
- Εφιδρώσεις,
- Αϋπνίες,
- Δύσπνοιες και
- Μυοσκελετικοί πόνοι.

Η κακή, όμως, σωματική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει :

- τη συμπεριφορά,
- την ψυχική ισορροπία και
- τη διανοητική γαλήνη του επαγγελματία,

με κυρίαρχα συμπτώματα:

- τη νευρικότητα,
- την ευεξασπτότητα,
- την επιθετικότητα,
- το διαρκές αίσθημα ματαίωσης,
- τη χαμηλή αυτοεκτίμηση,
- την αποποίηση ευθυνών και υπευθυνότητας,
- τη δυσκολία του εργαζομένου να συγκεντρωθεί στη δουλειά του και τις απρόσωπες επαφές με τους ασθενείς.
- Επιπλέον, πλήττεται και η προσωπική και κοινωνική ζωή του επαγγελματία αφού μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο, αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα και ελαττώνεται η σεξουαλική διάθεσή του (Griffith et al, 1999).

3.2.2. Αιτιολογία.

- Έλλειψη ανταμοιβής
- Αίσθηση αδυναμίας
- Η ανταμοιβή κάθε εργαζόμενου εκτός από το υλικό επίπεδο, γι' αυτό που προσφέρει, θα πρέπει και σε ηθικό επίπεδο κυρίως να επικροτείται. Εάν δεν επικροτείται και εάν δεν του επιτρέπεται να ελπίζει σε κάτι, αν δεν υπάρχουν προαγωγές, συρρικνώνεται η αυτοεκτίμηση του και παθαίνει burn out.
- Η αίσθηση αδυναμίας αναπτύσσεται όταν ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται με τα χρόνια ότι δεν μπορεί να παρέμβει στη δουλειά του και να τροποποιήσει τους παράγοντες αυτούς που τον δυσαρεστούν. Ως αποτέλεσμα έχουμε την παράδοση του εργαζομένου στο σύστημα στο οποίο εργάζεται.

3.2.3. Για ποιους είναι αρνητική κατάσταση το burnout;

Το burnout είναι αρνητική κατάσταση για:

- 1) Τον εργαζόμενο, εξαιτίας των ποικίλων ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων.
- 2) Τους οικείους του, εξαιτίας της μεταφοράς των συμπτωμάτων του στην οικογένεια.
- 3) Τους χρήστες των υπηρεσιών, εξαιτίας της χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών που απολαμβάνουν.
- 4) Τους φορείς παροχής υπηρεσιών, οι οποίοι καθίστανται μάρτυρες της ποιοτικής έκπτωσης των υπηρεσιών αυτών.

Επιπλέον, η συνειδητοποίηση των συνεπειών αυτών προκαλεί έντονο αίσθημα ενοχής στο εσωτερικό της οργάνωσης, το οποίο ενεργοποιεί ψυχικούς αμυντικούς μηχανισμούς που συντηρούν τον φαύλο κύκλο του burnout.

3.2.4. Η επαγγελματική εξουθένωση ως απόρροια της συναισθηματικής “υπέρεμπλοκής”.

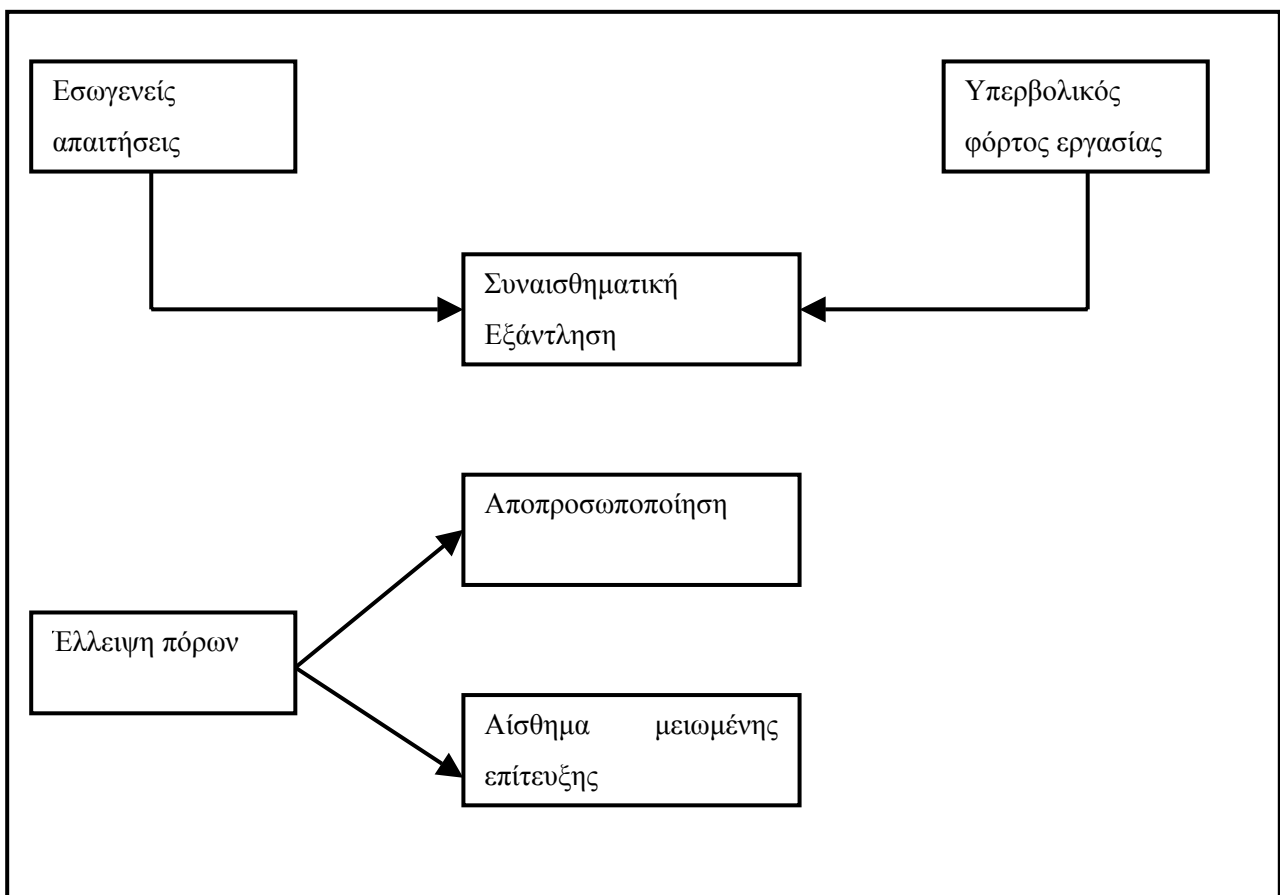
Σύμφωνα με τη Maslach (1993), οι εσωγενείς απαιτήσεις που πηγάζουν από τη σχέση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου θεωρούνται κατά κύριο λόγο υπεύθυνες για την εξουθένωση του επαγγελματία (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Πιο συγκεκριμένα, τόνισε, πως οι εργαζόμενοι σε χώρους ψυχικής υγείας, εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματός τους, έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Έτσι, λοιπόν, στην προσπάθειά τους να “συνεργαστούν” σε ιδιαίτερα απαιτητικές συναισθηματικές καταστάσεις και ταυτόχρονα να φανούν αποτελεσματικοί στο έργο τους, υιοθετούν τεχνικές αποστασιοποίησης. Ο επαγγελματίας, αντιμετωπίζοντας τις ανάγκες των ασθενών “από απόσταση”, κατ’ επέκταση και με ποιο αντικειμενικό τρόπο, διευκολύνει το έργο του ενώ παράλληλα αποφεύγει την έντονη ψυχική φόρτιση. Η συναισθηματική αποστασιοποίηση αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο “διαχείρισης” των προβλημάτων των ασθενών, ενώ η αποπροσωποποίηση όχι. Θα είναι παράλειψη να μην αναφέρουμε στο σημείο αυτό, ότι η ίδια η φύση των επαγγελμάτων υγείας και πρόνοιας, κατά κάποιο τρόπο προάγει τη στρατηγική της αποπροσωποποίησης αφού το ενδιαφέρον του επαγγελματία εστιάζεται περισσότερο στα προβλήματα των ασθενών, παρά στις θετικές πτυχές της ζωής τους. Οι ασθενείς με τη σειρά τους συντηρούν την αποστασιοποιητική στάση, αφού επισκέπτονται τον επαγγελματία μόνο σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν πρόβλημα.

Συνεχίζοντας, σημειώνουμε ότι η αποστασιοποίηση συνεπάγεται την αδιαφορία του επαγγελματία για τις ανάγκες των ασθενών, τη μειωμένη προσπάθειά του να ανταποκριθεί στα εργασιακά του καθήκοντα και τέλος το αίσθημα αμφισβήτησης των προσωπικών του ικανοτήτων.

Βασισμένος στη θεωρητική προσέγγιση της Maslach, ο Leiter (1993) πραγματοποίησε μια σειρά από έρευνες σε επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, όπου ξεχώρισε και μελέτησε τις εξής τρεις κατηγορίες παραγόντων: α) εργασιακές απαιτήσεις ποσοτικού χαρακτήρα (π.χ. υπερβολικός φόρτος εργασίας) β) εργασιακές απαιτήσεις ποιοτικού χαρακτήρα (π.χ. εσωγενείς συγκρούσεις) και γ) έλλειψη πόρων (π.χ. έλλειψη υποστήριξης, έλλειψη αυτονομίας) (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Τα αποτελέσματα των ερευνών του Leiter, σε γενικές γραμμές επιβεβαίωσαν τις θεωρητικές υποθέσεις του μοντέλου επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach. Πιο συγκεκριμένα, οι εσωγενείς απαιτήσεις καθώς και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οδηγούσαν στην συναισθηματική εξάντληση η οποία με τη σειρά της οδηγούσε στην αποπροσωποποίηση. Η τρίτη όμως διάσταση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης, φάνηκε να αναπτύσσεται ανεξάρτητα από τις δύο πρώτες παραμέτρους: προσωπική εξάντληση και αποπροσωποποίηση. Παρ’ όλα αυτά, ο ερευνητής περιέγραψε στο μοντέλο του, ότι το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης αναπτύσσεται παράλληλα με τις άλλες δύο παραμέτρους της εξάντλησης, δεδομένης της έλλειψης πόρων.

Πρόσφατα, οι Lee και Ashforth (1996) επιβεβαίωσαν με τα αποτελέσματα των μετα-αναλυτικών ερευνών τους, την κατά σειρά αλλά και παράλληλη ανάπτυξη των τριών παραμέτρων της επαγγελματικής εξουθένωσης (Firth-Cozens, & Payne, 1999).

Το μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης του Leiter (1993) είναι δανεισμένο από Firth-Cozens J., & Payne, R. (1999).



3.2.5. Η επαγγελματική εξουθένωση ως αποτέλεσμα της έλλειψης ανταπόδοσης

Η επαγγελματική σχέση μεταξύ θεραπευτή-θεραπευμένου είναι εξ' ορισμού μια σχέση "δότη" (θεραπευτής)- "παραλήπτη" (θεραπευμένος). Ο πρώτος δίνει-παρέχει βοήθεια, συμβουλές, στήριξη, ενώ ο δεύτερος απολαμβάνει τις υπηρεσίες του πρώτου. Παρ' όλα αυτά, και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναζητούν "ανταμοιβή" για την προσφορά τους. Για παράδειγμα, αναμένουν στη θεραπεία ή βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς. Ανταμείβονται ακόμα και όταν βλέπουν τους ασθενείς "τους" να καταβάλλουν προσπάθειες για να τα πάνε καλά. Επειδή, όμως, στην πραγματικότητα η προσφορά τους δεν ακολουθείται κάθε φορά από ανταμοιβή, είναι πιθανό με το πέρασμα του χρόνου να αναπτυχθεί το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης. Τότε, ο επαγγελματίας αισθάνεται ότι διαρκώς δίνει περισσότερα στη σχέση του με τον ασθενή, από όσα λαμβάνει.

Οι Buunk και Schaufeli (1993) τόνισαν ότι το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης μειώνει τα ψυχικά αποθέματα του επαγγελματία και τελικά τον οδηγεί στη συναισθηματική εξάντληση (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Για να αντιμετωπίσει το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης, ο επαγγελματίας παύει να επενδύει τόσα πολλά στη σχέση με τον ασθενή "του" με αποτέλεσμα να υιοθετεί μια απόμακρη στάση και να αναπτύσσει απρόσωπες σχέσεις μαζί του. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η αποπροσωποποίηση και η συναισθηματική αποξένωση λειτουργούν ως αντίδοτα στο αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης που βιώνει ο επαγγελματίας. Οι ερευνητές, όμως, σημειώνουν ότι ο συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης δεν είναι ο κατάλληλος εφόσον η σχέση θεραπευτή - θεραπευμένου στηρίζεται σε μια μη ισορροπημένη εσωγενή βάση καθώς εμποδίζει το έργο του επαγγελματία, αυξάνει τις πιθανότητες αποτυχίας του και τελικά τον οδηγεί στην αμφισβήτηση των προσωπικών του ικανοτήτων.

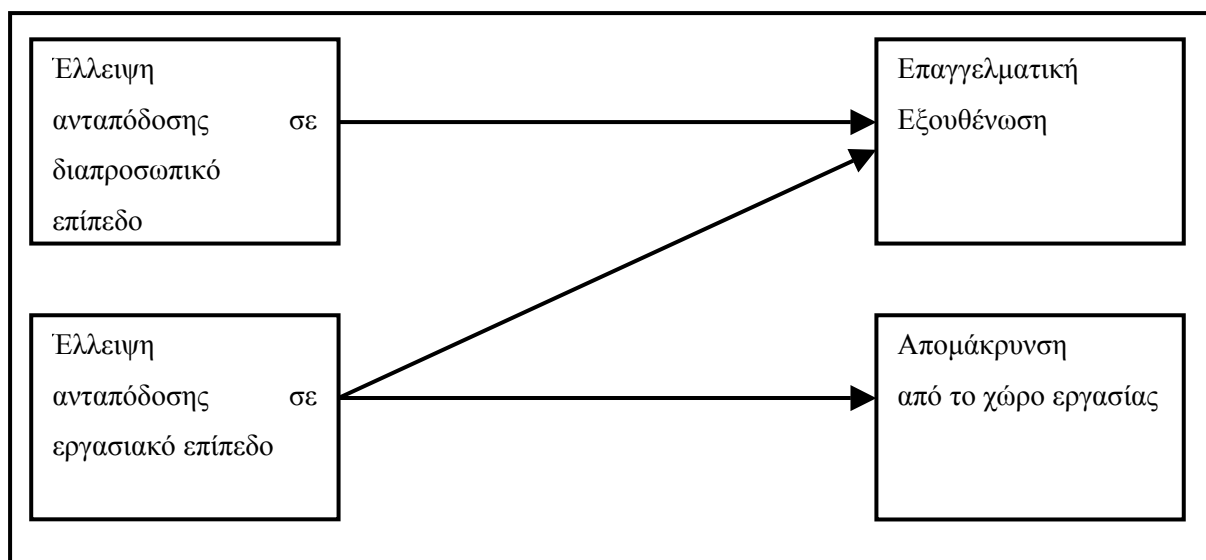
Οι παραπάνω διαδικασίες κοινωνικής συναλλαγής που παρατηρήθηκε να αφορούν στη σχέση που αναπτύσσει ο επαγγελματίας με τον ασθενή του μπορεί να αφορούν και στη σχέση του επαγγελματία με το χώρο εργασίας του. Επομένως, οι Schaufeli et al. (1996) προτείνουν το μοντέλο των δύο επιπέδων κοινωνικής συναλλαγής (βλ. σελ. 21) (Firth-Cozens J, & Payne, R. (1999).

Πιο συγκεκριμένα, ο επαγγελματίας έχει αυξημένες πιθανότητες να νιώσει το αίσθημα έλλειψης ανταπόδοσης, όταν οι προσδοκίες του (π.χ. υπερβολικός φόρτος εργασίας, υποστήριξη από τους υπεύθυνους, συναδέλφους, αυτοεκτίμηση, αξιοπρέπεια, κ.α.) για τη φύση της συναλλαγής με την εργασία του δεν αντιστοιχούν με τα υποκειμενικά standards που ο ίδιος έχει θέσει. Η παραπάνω ανισορροπία μεταξύ του επαγγελματία με την εργασία του μπορεί να ισχύει και στη σχέση του επαγγελματία με τον "πελάτη".

Οι Van Dierendonck και συνεργάτες (1996) αναφέρουν ότι, μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε θεραπευτές /τριες ψυχιατρικών κλινικών, σε επαγγελματίες που προσφέρουν τις

υπηρεσίες τους σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες καθώς και σε μαθητευόμενες Νοσηλεύτριες, βρήκαν πως η εξουθένωση των επαγγελματιών ήταν άμεσα συνδεδεμένη με το αίσθημα μειωμένης ανταπόδοσης (Firth-Cozens, & Payne, 1999).

Τα δύο επίπεδα κοινωνικής συναλλαγής του μοντέλου της επαγγελματικής εξουθένωσης(Schaufeli, 1996).



3.2.6. Το κοινωνικό-ψυχολογικό μοντέλο της Pines για την επαγγελματική εξουθένωση.

Το κοινωνικό-ψυχολογικό θεωρητικό μοντέλο της Pines (1986), υποστηρίζει ότι οι περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας (π.χ. το απαιτητικό συνεχές ωράριο, η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης, η αυταρχική διοίκηση, κ.α.) αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την εμφάνιση ή όχι του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και για την αποδοτικότητα του επαγγελματία στην εργασία του (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1992). Πιο αναλυτικά, η Pines αναφέρει ότι, εάν οι εργαζόμενοι που ξεκινούν της καριέρα τους με υψηλούς στόχους, βρεθούν σε ένα “θετικό” εργασιακό περιβάλλον, έχουν μεγάλες πιθανότητες να φανούν αποδοτικοί και να προσπαθήσουν να αξιοποιήσουν το δυναμικό τους στο μέγιστο βαθμό. Αντιθέτως, εάν συναντήσουν ένα πιεστικό για τον ψυχισμό τους εργασιακό χώρο, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν επαγγελματική εξουθένωση. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, τα ατομικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία, επηρεάζουν μόνο τη χρονική στιγμή της εμφάνισης και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει τα συμπτώματα της εξάντλησης.



3.2.7. Παρεμβάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι ερευνητές έχουν προτείνει παρεμβάσεις τόσο στο ατομικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο οργάνωσης του εργασιακού χώρου. Οι λύσεις για το πραγματικά ευρύτερο κοινωνικό πρόβλημα που συνιστά η εργασιακή εξάντληση, έχουν προταθεί με βάση τα ίδια του τα χαρακτηριστικά. Έτσι, αφού το σύνδρομο έχει δικαίως ιδωθεί ως μια δυσλειτουργική μορφή των εκάστοτε πιέσεων, οι πιο συχνά προτεινόμενες ως δόκιμες και αποτελεσματικές μεθοδεύσεις για τη διαχείριση του προβλήματος αφορούν την καλύτερη οργάνωση και σχεδιασμό των χώρων υγείας, τη δημοκρατική διοίκηση, την πολυμορφία στην εργασία, την αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του επαγγελματία, τη συμβουλευτική εποπτεία, τη δυνατότητα συνεχιζόμενης επιμόρφωσης και εκπαίδευσης, την εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και διαχείρισης τους στρες καθώς και τεχνικές εδραίωσης κοινωνικών επαφών και στήριξης του εργαζόμενου.

Σχετικά με τον οργανωτικό σχεδιασμό και τη διοίκηση της οργάνωσης περιγράφονται μια σειρά διαφορετικών τύπων πετυχημένης παρέμβασης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία αυτών των παρεμβάσεων δίνει ιδιαίτερη σημασία στη συμμετοχή των εργαζομένων στη λήψη αποφάσεων. Παρακάτω αναλύονται οι εξής πέντε παρεμβατικές προτάσεις:

α) Μια πολύ-μορφική παρέμβαση. Οι Jones και συνεργάτες (1988) αφού διαπίστωσαν μετά από ένα σημαντικό αριθμό ερευνών που διεξήγαγαν σε επαγγελματίες υγείας, τη σημαντική σχέση που υπήρχε ανάμεσα στα επίπεδα στρες και στις προσδοκίες των εργαζομένων, σχεδίασαν ένα πρόγραμμα παρέμβασης το οποίο περιελάμβανε τις εξής ενέργειες: τη γνωστοποίηση στους μάντζερ καθώς και σε όλο το προσωπικό του νοσοκομείου των αποτελεσμάτων έρευνας, που φανέρωνε τα υψηλά επίπεδα στρες των εργαζομένων, τη δημιουργία κλειστών γκρουπ, όπου ο μάντζερ κατέγραφε τις απόψεις όλων των εργαζομένων σχετικά με τις πηγές στρες και τους τρόπους αντιμετώπισής του, την ενημέρωση και εκπαίδευση των εργαζομένων για τη φύση του επαγγέλματός τους καθώς και για τις πηγές στρες στο χώρο εργασίας τους, την εφαρμογή προγράμματος υποστήριξης για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους, και τέλος στρατηγικές αλλαγής με σκοπό τη βελτίωση της επικοινωνίας ανάμεσα στα μέλη του προσωπικού υγείας (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή του προγράμματος σε 700 νοσοκομεία, έδειξαν ότι τα “λάθη” των επαγγελματιών της υγείας μειώθηκαν κατά 50%. Παρ’ όλα αυτά, για να λειτουργήσει το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης απαιτείται εξαιρετική δέσμευση από τη διοίκηση του νοσοκομείου, ενώ η εφαρμογή του δεν είναι εφικτή σε χώρες όπου η υποστηρικτικές δομές –σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων δεν αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της κουλτούρας τους.

β) Δημιουργία και εφαρμογή προγραμμάτων μείωσης των πιεστικών εργασιακών παραγόντων από τους ίδιους τους εργαζομένους. Με άλλα λόγια, η συγκεκριμένη μέθοδος παρέμβασης, έδινε στον ίδιο τον επαγγελματία τη δυνατότητα ελέγχου στη δουλειά του και ταυτόχρονα τη δυνατότητα αντιμετώπισης της πραγματικότητας που ίσχυε στο εργασιακό περιβάλλον. Οι West (1989), Bunce και West (1994, 1996) πραγματοποίησαν μια σειρά από έρευνες και βρήκαν ότι οι επαγγελματίες της υγείας κινητοποιούνταν να αναπτύξουν καινούριους μηχανισμούς αντιμετώπισης τους στρες, όταν το εργασιακό φορτίο ήταν μεγάλο και η εποπτεία αυστηρή (και οι δύο παράγοντες αποτελούν πρωταρχικές πηγές στρες) (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Οι περισσότερες από τις νέες μεθόδους αντιμετώπισης τους στρες που υιοθετούσαν, στόχευαν στην αλλαγή των στόχων τους, των εργασιακών μεθόδων παροχής των υπηρεσιών τους, στη βελτίωση των σχέσεων με τους συναδέλφους και τους ασθενείς και στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων διαχείρισης των προβλημάτων των ασθενών. Ο τρόπος παρέμβασης για τη μείωση του στρες που μόλις αναφέρθηκε αποτελεί εφαρμογή των μοντέλων αντιστοιχίας ατόμου-περιβάλλοντος του French και του μοντέλου απαίτησης ελέγχου-υποστήριξης του Karasek. Ωστόσο, τα αποτελέσματα των ερευνών φανερώνουν την ύπαρξη προβλημάτων στον τρόπο μέτρησης των δύο παραμέτρων: της αλληλεπίδρασης των απαιτήσεων της δουλειάς και του ελέγχου στον εργασιακό χώρο.

γ) Επανασχεδιασμός του εργασιακού περιβάλλοντος. Πρόκειται για ένα πιλοτικό ερευνητικό πρόγραμμα του Murphy και συνεργατών (1994) με σκοπό τον από μηδενικής βάσης σχεδιασμό ενός νοσοκομείου σε προαστιακή περιοχή (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Κίνητρο για αλλαγή και επανασχεδιασμό ενός νοσοκομείου αποτέλεσαν ο συγκεκριμένος ρόλος και τα καθήκοντα των εργαζομένων καθώς και οι προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες για αλλαγή στους χώρους υγείας και πρόνοιας, που παρατηρήθηκαν από τους ερευνητές. Η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στη δημιουργία ενός νέου μοντέλου φροντίδας των ασθενών αποτελούσε καθοριστικό παράγοντα επιτυχίας του μοντέλου. Συστάθηκε, λοιπόν, μία ομάδα από επαγγελματίες, οι οποίοι εκπροσωπούσαν όλες τις ειδικότητες. Η ομάδα μέσα από καθορισμένες εβδομαδιαίες συναντήσεις, προσπαθούσε να μελετήσει το ισχύων σύστημα φροντίδας των ασθενών, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες του και να προτείνει τρόπους βελτίωσής του. Αξίζει να αναφέρουμε ότι, αφού διαπίστωσαν ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας αποτελούσε τον βασικότερο στρεσογόνο παράγοντα των εργαζομένων, η ομάδα δημιούργησε ένα πρόγραμμα με στόχο την αντιμετώπισή του. Παράλληλα, ορίστηκε ένας εξωτερικός σύμβουλος για να διευκολύνει την ομαλή διεξαγωγή του προγράμματος. Το καινούριο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στηρίχτηκε στη δημιουργία ομάδων από επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων με στόχο τη μεταξύ τους συλλογική διεπιστημονική εργασία και τον περιορισμένο αριθμό -άρα και τη μείωση του φόρτου εργασίας- ασθενών (10-12 ασθενείς) που θα αναλάμβανε το κάθε γκρουπ επιστημόνων. Τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή του προγράμματος έδειξαν, ότι αυξήθηκε σημαντικά το αίσθημα ικανοποίησης στους επαγγελματίες, μειώθηκε το στρες, βελτιώθηκε η συνεργασία μεταξύ των συναδέλφων και τέλος, μειώθηκε η σπατάλη του εργασιακού χρόνου. Και σε αυτή την προσπάθεια σχεδιασμού προγράμματος για τη μείωση του στρες, η συμμετοχή του

επαγγελματία στη λήψη αποφάσεων κρίθηκε ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες μιας επιτυχημένης παρέμβασης.

δ) Λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης. Οι Haney και συνεργάτες (1995) πρότειναν τη λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης για τους επαγγελματίες της υγείας (Firth-Cozens, & Payne, 1999). Οι στόχοι του συγκεκριμένου τύπου παρέμβασης ήταν: να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους για την αρρώστια, την αναπηρία, το θάνατο και τη ζωή, να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης δύσκολων περιπτώσεων, να συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους, να κατανοούν τις αντιδράσεις τους και να επεξεργάζονται οδυνηρές εμπειρίες που βιώνουν στο χώρο εργασίας. Οι ερευνητές τόνισαν, ότι τα αποτελέσματα μετά την εφαρμογή του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος αφορούσαν στην καλύτερη ψυχική υγεία των επαγγελματιών, στην αύξηση του αισθήματος ικανοποίησης για τη δουλειά τους και στην ανάπτυξη συνεργατικών μεθόδων επίλυσης των προβλημάτων τους.

ε) Τέλος, ένα ακόμα σχέδιο παρέμβασης στηρίχτηκε στην βελτίωση της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών και στην συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων του τμήματος που εργάζονται. Μία φορά το μήνα ομάδα αντιπροσώπων από την κάθε επαγγελματική ειδικότητα συναντιόταν και συζητούσε με τη διοίκηση τα προβλήματα που αντιμετώπιζε στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.

Πολλές είναι και οι παρεμβάσεις ερευνητών (Steinberg, 1989) που προτείνουν την ύπαρξη συμβουλευτικής εποπτείας στους χώρους υγείας και πρόνοιας. Στη συμβουλευτική εποπτεία, ο ειδικός σύμβουλος βοηθάει τους εργαζομένους να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητές τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο της εργασίας (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Επιπλέον, το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (NIMH) συστήνει τη συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε εκπαιδευτικές, ατομικές ή ομαδικές, συναντήσεις αυτογνωσίας και ενδοσκοπήσης. Μέσα στα πλαίσια των συναντήσεων οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να διερευνήσουν τα κίνητρα της προσφοράς τους στο χώρο της ψυχικής υγείας, να εκφράσουν τις προσδοκίες τους όσον αφορά το ρόλο και τα καθήκοντά τους, σε αντιδιαστολή με συζήτηση για τον πραγματικό ρόλο και τα καθήκοντα, όπως ορίζονται από το πρόγραμμα. Επίσης, μέσα στα πλαίσια ενός διαλόγου για τη σχέση επαγγελματία-εξυπηρετούμενου, τα άτομα έχουν την ευκαιρία να συζητήσουν τι κερδίζουν από το ρόλο τους στην οργάνωση και να ανακαλύψουν με ποιους τρόπους θα αποφύγουν τις δύο κοινές παγίδες των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων: το σύνδρομο “Jenovah” και το σύνδρομο “Magna Mater”. Το μεν πρώτο (σύνδρομο “Jenovah”) αναφέρεται σε εκείνες τις συμπεριφορές επαγγελματιών, που χαρακτηρίζονται από ένα στοιχείο παντοδυναμίας και ικανότητας να προσφέρουν λύσεις για όλα τα προβλήματα, ενισχύοντας με τη στάση αυτή τα συναισθήματα παθητικότητας και αδυναμίας των πελατών. Το δεύτερο (σύνδρομο “Magna Mater”), αφορά στην τάση του επαγγελματία να υιοθετεί τα προβλήματα του κόσμου σαν δικά του “καταναλώνοντας” μεγάλη συναισθηματική ενέργεια. Αυτή η στάση έχει ως αποτέλεσμα να αποθαρρύνεται ο

εργαζόμενος γρήγορα φθάνοντας στο σημείο να χαρακτηρίζει τον πελάτη ως μη “συνεργάσιμο” και “αχάριστο”. Με λίγα λόγια, οι εκπαιδευτικές συναντήσεις έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τον επαγγελματία να κατανοήσει καλύτερα τον εαυτό του, για να γίνει ο ίδιος καλύτερος στη δουλειά του. Αυτό επιτυγχάνεται εφόσον το άτομο μάθει να αξιολογεί τις ανάγκες και τα συναισθήματα του, να διερευνά τα κίνητρά του για προσφορά βοήθειας, να ψάχνει τι το απογοητεύει, τι το θυμώνει, πως εκφράζει τη λύπη του και τέλος, πως να χειρίζεται τα συναισθήματα ενοχής (Stearns, 1997).

Σε ατομικό επίπεδο, οι μελετητές προτείνουν την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Είναι αξιοσημείωτο ότι η περίπτωση της εργασιακής εξάντλησης είναι δύσκολο να αναγνωριστεί από τα ίδια της τα θύματα και, ακόμη και κατόπιν διαγνωσμένης “υπερκόπωσης”, τα άτομα που έχουν πληγεί επιτείνουν την καταβολή ενέργειας και προσπαθειών μάλλον, παρά χαλαρώνουν ως προς τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες (Παλαιολόγου, 2000). Άλλες παρεμβατικές ενέργειες στοχεύουν στην επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών που έχει ο επαγγελματίας, στην αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί το άτομο, και στην αξιολόγηση αυτών που έχουν θετικό αποτέλεσμα. Σημαντική είναι η αναζήτηση στήριξης από το περιβάλλον, η ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός του επαγγελματικού περιβάλλοντος, η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και η επάρκεια ανάπαυσης, η προσωπική επιλογή της συγκεκριμένης θέσης εργασίας ή αλλαγή χώρου εργασίας (Παπαδάτου, & Αναγνωστόπουλος, 1995).

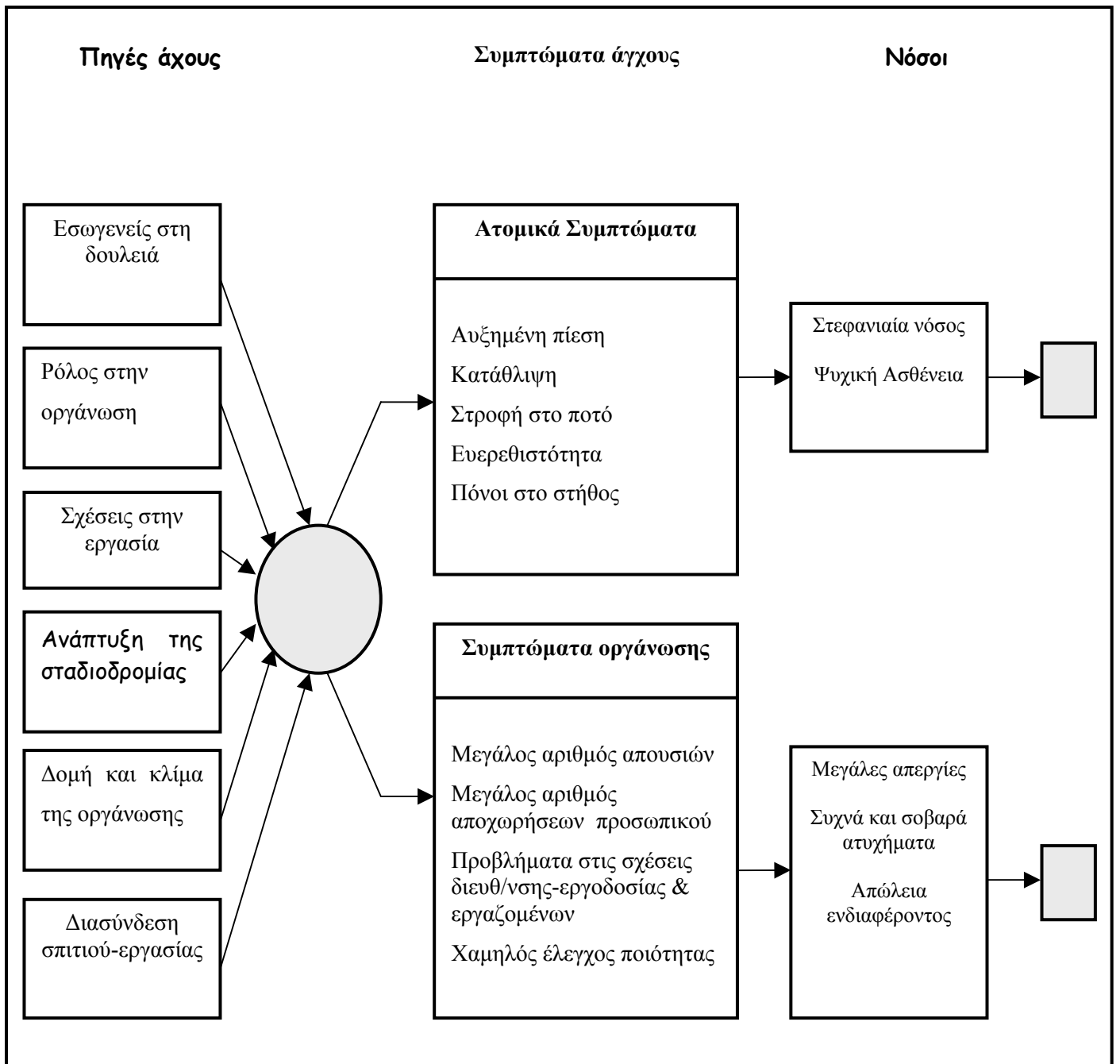
3.2.8. *Burn out Νοσηλευτών.*

Η Νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως στρεσογόνος επιστήμη, καθώς οι Νοσηλευτές καθημερινά αντιμετωπίζουν τον πόνο, την λύπη, το θάνατο όσο λίγοι άλλοι επιστήμονες. Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους ασθενείς, τις οικογένειες τους καθώς και με το λοιπό υγειονομικό προσωπικό, αποτελούν άλλη πηγή stress που πιθανόν να οδηγήσει τους Νοσηλευτές στην επαγγελματική κόπωση το γνωστό Burn out.

3.2.9. *Το Μοντέλο Επαγγελματικού Άγχους του Cooper.*

Η σχηματική αναπαράσταση που ακολουθεί, αφορά στο μοντέλο άγχους της εργασίας-στην προκειμένη περίπτωση των νοσοκομείων καθώς και όλων εκείνων των χώρων όπου παρέχονται υπηρεσίες για την ψυχική υγεία- που προτείνει ο Cooper (Cooper, Cooper & Eaker, 1988), (Cooper, C., et al., 2001).

Το μοντέλο επαγγελματικού άγχους των Cooper et al. (1988)



Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, εντοπίζονται έξι κατηγορίες πηγών άγχους:

- 1) εσωγενείς παράγοντες στη δουλειά,
- 2) παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον ρόλο του επαγγελματία της ψυχικής υγείας στην οργάνωση του εργασιακού χώρου,
- 3) οι εργασιακές σχέσεις,
- 4) παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του επαγγελματία,
- 5) παράγοντες που αφορούν στη δομή και στο κλίμα της οργάνωσης του εργασιακού χώρου και
- 6) παράγοντες που αναφέρονται στη σχέση της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή του ατόμου.

Όλες οι παραπάνω πηγές άγχους ευνοούν, από τη μια μεριά, την εμφάνιση ψυχικών-σωματικών συμπτωμάτων (για παράδειγμα, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα, αυξημένη πίεση, πόνους στο στήθος) καθώς και συμπεριφορικών αλλαγών, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, που με τη σειρά τους οδηγούν σε σωματική ή ψυχική ασθένεια. Από την άλλη μεριά, η κακή οργάνωση του εργασιακού χώρου (για παράδειγμα, οι απουσίες, οι αποχωρήσεις, τα προβλήματα στις εργασιακές σχέσεις, προβλήματα με τον ποιοτικό έλεγχο των παραγόμενων υπηρεσιών) καταλήγουν στη “νοσηρή” οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος, όπου οι συχνές απεργίες, τα ατυχήματα και τελικά η αδιαφορία του εργαζόμενου επιδρούν αρνητικά και στους εργαζόμενους και στην ίδια τους την εργασία.

1) Εσωγενείς παράγοντες στην εργασία

Αναλυτικότερα, στην κατηγορία που αφορά στους *εσωγενείς παράγοντες της εργασίας*, ανήκουν όλες εκείνες οι παράμετροι που έχουν σχέση με την ίδια τη φύση της εργασίας, όπως για παράδειγμα: οι κακές συνθήκες εργασίας, οι βάρδιες και ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας.

Οι *κακές συνθήκες εργασίας* (π.χ. υψηλά επίπεδα θορύβου ή θερμοκρασίας, απομόνωση του εργαζομένου κατά την εκτέλεση του έργου, οι οσμές, ο μη επαρκής αερισμός του χώρου, ακόμα και η αρχιτεκτονική διαρρύθμιση του χώρου) έχει παρατηρηθεί, πως είναι ικανές να διαταράξουν την ψυχική υγεία του επαγγελματία. Έρευνα που έγινε σε δείγμα Νοσηλευτών αποκάλυψε ότι, ο μονότονος τεχνητός φωτισμός και η απουσία επαρκούς οξυγόνωσης του χώρου προκαλούσαν αισθήματα κλειστοφοβίας (Κάντας, 1995).

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι οι *βάρδιες*, η εναλλαγή, δηλαδή, των διαστημάτων ημέρας και νύχτας κατά τη διάρκεια των οποίων διεξάγεται η εργασία, επιδρούν αρνητικά στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Είναι γνωστό ότι ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει έμφυτο σύστημα καθορισμού των κύκλων ύπνου-εγρήγορσης. Οι κύκλοι αυτοί, που ονομάζονται κιρκάδιοι κύκλοι, σχετίζονται με την έκκριση της ορμόνης μελατονίνης, η λειτουργία της οποίας διαταράσσεται από τον τεχνητό φωτισμό. Η αλλαγή των βιορυθμών επηρεάζει την αποδοτικότητα του εργαζομένου καθιστώντας τον

πιο επιρρεπή στα ατυχήματα. Γι' αυτό το λόγο, οι άνθρωποι που εργάζονται τη νύχτα, χρησιμοποιούν δυνατό φωτισμό (Κάντας, 1995). Ωστόσο, οι ερευνητές τονίζουν ότι οι αλλαγές στη βάρδια επιδρούν και στη θερμοκρασία του αίματος, στο ρυθμό μεταβολισμού, στα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, στη νοητική απόδοση, αλλά και στα κίνητρα των εργαζομένων. Πέρα από τις επιπτώσεις στις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού, οι αλλαγές βάρδιας έχουν και κοινωνικές συνέπειες, γιατί διαταράσσουν την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή του εργαζομένου (φροντίδα των παιδιών, κοινωνικές συναλλαγές, συνέντευξη με την/τον σύντροφο, ψυχαγωγία, ψώνια) (Κάντας, 1995). Μία ακόμη μελέτη που διενεργήθηκε σε Νοσηλεύτριες, οι οποίες εργάζονταν σε διαφορετικές βάρδιες έδειξε ότι, τα άτομα του δείγματος σε σχέση με τις συναδέλφους τους που είχαν σταθερή βάρδια, παρουσίαζαν μεγαλύτερη τάση στην κατανάλωση αλκοόλ, περισσότερα προβλήματα με τη σεξουαλική τους ζωή και χαμηλότερο δείκτη ικανοποίησης από την προσωπική τους ζωή (Cooper, C., et al., 2001).

Επίσης, ο *εβδομαδιαίος χρόνος* που το άτομο αφιερώνει για την εργασία του, φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή όχι της στεφανιαίας νόσου. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα μελέτης που δημοσιεύτηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου, από τα 100 άτομα διαφόρων εργασιακών ειδικοτήτων που είχαν υποστεί έμφραγμα σε σχετικά μικρή ηλικία, βρέθηκε ότι το 25% του συνόλου τους είχαν διπλές εργασίες, ενώ το 40% εργάζονταν πάνω από 60 ώρες εβδομαδιαία (Cooper, C., et al., 2001). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε ότι τα παραπάνω στοιχεία δεν αποτελούν παρά έμμεσες μόνο ενδείξεις για τη σχέση και το βαθμό επίδρασης του υπερβολικού φόρτου εργασίας στην πίεση των εργαζομένων. Οι Arnold και άλλοι συνεργάτες (1991), προσθέτουν ότι παρόμοιες επιπτώσεις παρατηρούνται στον εργαζόμενο όταν του ανατίθεται, μέσα στο προβλεπόμενο ωράριο εργασίας, ποιότητα ή ποσότητα εργασίας που αδυνατεί να φέρει εις πέρας (Cooper, C., et al., 2001).

Συμπληρωματικά θα λέγαμε ότι, όχι μόνο ο φόρτος εργασίας, αλλά και το αντίθετο, η μειωμένη, δηλαδή, δραστηριότητα στον εργασιακό χώρο, ιδιαίτερα όταν ακολουθείται από ακανόνιστες περιόδους “έξαρσης” των επαγγελματικών δραστηριοτήτων μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ψυχική και σωματική υγεία του επαγγελματία.

2) Ο ρόλος του ατόμου στην οργάνωση.

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την εμφάνιση του στρες στον εργαζόμενο, είναι ο ρόλος του ίδιου του ατόμου μέσα στην εργασία του ή με άλλα λόγια, οι μορφές συμπεριφοράς που αναμένει η ίδια η οργάνωση να εκδηλώσει ο επαγγελματίας αναφορικά με τη θέση που κατέχει στο εργασιακό του περιβάλλον. Έχοντας υπόψη ότι οι μορφές συμπεριφοράς καθορίζονται από τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις του ατόμου, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, όταν οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες του ατόμου έρχονται σε σύγκρουση με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες της οργάνωσης, τότε το αποτέλεσμα είναι η εμφάνιση άγχους για τον εργαζόμενο.

Επιπλέον, η άσκηση του εργασιακού ρόλου είναι δυνατό να σχετίζεται και με άλλα προβλήματα, όπως είναι η *ασάφεια* και η *σύγκρουση ρόλων*. Την πρώτη περίπτωση, τη συναντά ο επαγγελματίας που είτε δεν είναι στον ίδιο ξεκάθαρο τι αναμένεται να κάνει αναφορικά με τα εργασιακά του καθήκοντα και τις αρμοδιότητές του, είτε δεν έχει σαφή εικόνα των στόχων της εργασίας του και των προσδοκιών που οι άλλοι (π.χ. προϊστάμενοι, συνάδελφοι, υφιστάμενοι) έχουν από τον ίδιο. Και στις δύο περιπτώσεις οι έρευνες έχουν δείξει ότι η ασάφεια συνδέεται με καταθλιπτική διάθεση, με χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσαρέσκεια για τη ζωή, χαμηλά κίνητρα και σκέψεις για εγκατάλειψη της εργασίας.

Από την άλλη μεριά, η περίπτωση της σύγκρουσης των ρόλων εμφανίζεται όταν: α) δύο διαφορετικά πρόσωπα έχουν διαφορετικές απαιτήσεις από τον εργαζόμενο, β) ο “άλλος” έχει αντιφατικές προσδοκίες και απαιτήσεις από τον επαγγελματία, γ) οι απαιτήσεις του ρόλου ενός ατόμου βρίσκονται σε σύγκρουση με τις προσωπικές του αξίες, δ) οι απαιτήσεις του εργασιακού χώρου έρχονται σε σύγκρουση με τις απαιτήσεις του έξω-εργασιακού περιβάλλοντος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η ματαίωση μιας εξόδου για ψυχαγωγία ή εκδρομή λόγω εργασιακών υποχρεώσεων. Ο Κάντας (1995) αναφέρει το πείραμα των Manning, Ismael & Sherwood (1981), οι οποίοι στην προσπάθειά τους να μελετήσουν το άγχος που απορρέει από τον εργασιακό ρόλο, σχεδίασαν πολύ προσεκτικά το παρακάτω πείραμα. Χρησιμοποιώντας την τεχνική της προσομοίωσης, διαμόρφωσαν ένα δωμάτιο με τέτοιο τρόπο, ώστε να μοιάζει με κλινική. Στο πείραμα έλαβαν μέρος 50 Νοσηλεύτριες, χωρισμένες σε δύο ομάδες των 25 ατόμων: την πειραματική ομάδα και την ομάδα ελέγχου. Από τις Νοσηλεύτριες ζητήθηκε, με διαφορετικό τρόπο για την καθεμία ομάδα, να εκτελέσουν πέντε καθήκοντα: α) να παρακολουθούν έναν ασθενή με καρδιακό νόσημα, β) να βάζουν σε αλφαβητική σειρά λογαριασμούς ασθενών, που είχαν βγει από τον υπολογιστή, γ) να μετρούν το σφυγμό ενός ασθενή, δ) να κάνουν σε κάποιον άλλο ασθενή ενδοφλέβια ένεση και ε) να βοηθήσουν τον ασθενή που είχε πέσει από το κρεβάτι του. Στην πειραματική ομάδα οι εντολές δίνονταν πριν προλάβουν οι Νοσηλεύτριες να ολοκληρώσουν την προηγούμενη εντολή που τους είχε ήδη δοθεί. Στις Νοσηλεύτριες της ομάδας ελέγχου δινόταν η εντολή αφού ολοκληρωνόταν η προηγούμενη. Η προσομοίωση διήρκεσε 40 λεπτά. Στο τέλος του πειράματος βρέθηκε ότι οι Νοσηλεύτριες της πειραματικής ομάδας διέφεραν σημαντικά από την ομάδα ελέγχου ως προς τα εξής: ταχύτεροι σφυγμοί, χαμηλότερη συστολική πίεση, χαμηλότερο ουρικό οξύ, χειρότερη διάθεση.

3) Οι σχέσεις στο χώρο εργασίας

Πρόκειται ίσως για τον κυρίως υπεύθυνο παράγοντα εμφάνισης άγχους στους επαγγελματίες. Αν εξαιρέσει κανείς την έλλειψη εμπιστοσύνης ή τις σχέσεις ανταγωνισμού μεταξύ των συναδέλφων, αξίζει να επικεντρωθεί στο ακριβώς αντίθετο: στο άγχος που προκύπτει στον επαγγελματία εξαιτίας της συναισθηματικής του εμπλοκής με τους πελάτες. Δεν είναι λίγα τα άτομα που υποστηρίζουν ότι

τα ανθρώπινα συναισθήματα συμπάθειας ή αντιπάθειας ή ακόμα και τα συναισθήματα αγάπης και μίσους, μπορούν να προκαλέσουν περισσότερο στρες από οτιδήποτε άλλο. Στην περίπτωση, όμως, των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας η συναισθηματική εμπλοκή –όπως για παράδειγμα Νοσηλεύτριες που βρίσκονται δίπλα σε ασθενείς με τους οποίους συνδέθηκαν συναισθηματικά, κοινωνικοί λειτουργοί που καλούνται να πάρουν δύσκολες αποφάσεις για τη διάλυση οικογενειών- μπορεί να προκαλέσει άγχος όχι μόνο στον επαγγελματία, αλλά και στον ασθενή.

4) Η ανάπτυξη της σταδιοδρομίας.

Σημαντικοί αγχογόνοι παράγοντες, που αφορούν στην ανάπτυξη της σταδιοδρομίας είναι η έλλειψη αισθήματος ασφάλειας (ή αλλιώς ο φόβος απόλυσης), η πεποίθηση ότι παλιές γνώσεις και δεξιότητες μπορεί να σταθούν τροχοπέδη για την περαιτέρω επαγγελματική πορεία, οι διαφορετικού για την κάθε εργασία τύπου αξιολογήσεις των εργαζομένων για την επίδοση ή το έργο τους, καθώς και η περίπτωση της πρόσκαιρης ή μακροχρόνιας ανεργίας.

5) Το κλίμα και η δομή της οργάνωσης.

Το κλίμα και η δομή της εργασιακής οργάνωσης έχει σημειωθεί, ότι σχετίζονται σημαντικά με τη δημιουργία άγχους στον εργαζόμενο, όταν ο επαγγελματίας δεν συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων ενώ ταυτόχρονα νιώθει ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο πάνω σε οτιδήποτε του συμβαίνει στο χώρο εργασίας (Κάντας, 1995). Αντίθετα, η οργανωτική δομή που δίνει στον εργαζόμενο τη δυνατότητα αυξημένου βαθμού συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, δεν συμβάλλει στη δημιουργία αγχογόνων καταστάσεων.

6) Η διασύνδεση σπιτιού και εργασίας.

Ο τελευταίος κατά σειρά στο μοντέλο εργασιακού στρες παράγοντας που ευνοεί-κάτω από προϋποθέσεις- την εμφάνιση άγχους είναι η διασύνδεση σπιτιού και εργασίας. Ειδικότερα, οι προϋποθέσεις είναι οι εξής: α) η μεταφορά των προβλημάτων που προκύπτουν από τον εργασιακό χώρο στο σπίτι και το αντίστροφο έχοντας ως αποτέλεσμα ο ένας χώρος να διαταράσσεται από τα προβλήματα του άλλου, β) η διπλή σταδιοδρομία των δύο συντρόφων και γ) τα συχνά ταξίδια που πραγματοποιεί ο εργαζόμενος μέσα στα πλαίσια των επαγγελματικών του υποχρεώσεων.

3.3. Γενικά και ειδικά προβλήματα των εργαζόμενων.

Στον χώρο εργασίας, είναι ιδιαίτερα απαραίτητο να ξεκινήσουν οι Νοσηλευτές από την αξιολόγηση της υγείας και τη διαπίστωση προβλημάτων ή αναγκών υγείας των εργαζομένων. Προκειμένου όμως να κάνουν την αξιολόγηση αυτή, οι Νοσηλευτές εργασίας πρέπει να γνωρίζουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται στους εργαζόμενους και τα οποία διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες:

- 1) Στα Γενικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε όλο τον πληθυσμό των ενηλίκων και,
- 2) Τα Ειδικά προβλήματα υγείας που σχετίζονται άμεσα και έμμεσα με την ίδια την εργασία.

3.3.1. Γενικά προβλήματα υγείας.

Τα προβλήματα αυτά έχουν μεγάλη σημασία για τον εργαζόμενο διότι από την μία πλευρά ταλαιπωρούν τον ίδιο και την οικογένειά του και από τη άλλη τον κρατούν μακριά από την εργασία του ή περιορίζουν την απόδοσή του.

Τα σπουδαιότερα από αυτά είναι:

- Τα προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος τα οποία αποτελούν και την σπουδαιότερη αιτία θανάτου των ενηλίκων και κυρίως των ανδρών. Είναι σημαντικό για τους Νοσηλευτές να γνωρίζουν επίσης τους κυριότερους προδιαθεσικούς παράγοντες για να διαφωτίζουν έγκαιρα τους εργαζόμενους να τους αποφεύγουν.

Τέτοιοι παράγοντες είναι: Το κάπνισμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, η έλλειψη άσκησης, το stress, ο διαβήτης κ.τ.λ.

- Καρκίνος που αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου. Κυρίως καρκίνος πνεύμονα, εντέρου, ήπατος και μαστού.

Παράγοντες οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προληπτικά είναι: Κάπνισμα, διατροφή, έκθεση στον ήλιο κ.τ.λ.

Τα τρία επόμενα προβλήματα που παρατηρούνται συχνά στον γενικό πληθυσμό των ενηλίκων και των εργαζομένων είναι:

Τα ατυχήματα, ο αλκοολισμός, και τα ψυχικά νοσήματα.

Τα πιο πάνω προβλήματα είναι δυνατόν να ενταθούν και να επεκταθούν εάν συνεργήσουν και δυσμενείς εργασιακοί παράγοντες.

Υπάρχουν όμως και προβλήματα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τη εργασία , γι' αυτό και λέγονται επαγγελματικά.

3.3.2. Ειδικά προβλήματα σχετιζόμενα με την εργασία.

Αναφέρονται πέντε περιβαλλοντικοί παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν την υγεία των εργαζομένων:

1. Φυσικοί παράγοντες.
2. Χημικοί.
3. Βιολογικοί.
4. Εργονομικοί ή Μηχανικοί.
5. Ψυχοκοινωνικοί.

1. Φυσικοί παράγοντες:

Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται: η καταλληλότητα του χώρου εργασίας, η θερμοκρασία, ο φωτισμός, ο εξερισμός, η υγρασία, ο θόρυβος, η ηχητική δυνατότητα του κτιρίου και όλα τα σχετικά με την κτιριακή εγκατάσταση. Όλα αυτά επηρεάζουν ανάλογα, θετικά ή αρνητικά, την απόδοση στην εργασία και την υγεία των εργαζομένων. Ο θόρυβος για παράδειγμα επηρεάζει την προσοχή και τη συγκέντρωση του ατόμου, εμποδίζει την επικοινωνία μεταξύ των εργαζομένων και είναι επικίνδυνος για την ασφάλειά τους. Η μακροχρόνια δε έκθεση του ατόμου στον θόρυβο προκαλεί μείωση της ακουστικής ικανότητας και κώφωση.

Η υψηλή θερμοκρασία σε συνδυασμό με έντονη σωματική εργασία . όπως αναφέρεται στη πιο πάνω μελέτη , συντελεί στην εκδήλωση καρδιακών επεισοδίων. Ακόμη η μακροχρόνια έκθεση των ατόμων σε ακτινοβολία, όπως οι εργαζόμενοι σε εργαστήρια νοσοκομείων, δημιουργεί αιματολογικά προβλήματα.

2. Χημικοί παράγοντες :

Οι παράγοντες αυτοί βρίσκονται κυρίως σε βιομηχανίες επεξεργασίας πρώτων υλών, σε στεγνοκαθαριστήρια, βαφεία, βιομηχανίες τροφίμων, πλαστικών φαρμακοβιομηχανίες, και νοσοκομεία.

Οι χημικοί αυτοί παράγοντες μπορεί να βρίσκονται σε στερεά, υγρή ή και αέρια μορφή ή και σε μορφή σκόνης. Ανάλογα με τη μορφή τους μπαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό από το αναπνευστικό και πεπτικό σύστημα ή και από το δέρμα.

Είναι απαραίτητο να γνωρίζει τόσο ο υγειονομικός επιστήμονας (γιατρός , νοσηλευτής κτλ), όσο και ο ίδιος ο εργαζόμενος, ότι η τοξικότητα του χημικού υλικού προσδιορίζεται: από το ποσό του χημικού παράγοντα στον οποίο εκτίθεται ο εργαζόμενος, την πύλη από την οποία μπαίνει στον οργανισμό και τα προληπτικά μέτρα που διατίθεται και πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Τα πιο απλά από αυτά είναι :

Το συστηματικό πλύσιμο των χεριών, η αποφυγή πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια της εργασίας, καθώς και διάφορα προστατευτικά μέτρα για τον περιορισμό εισπνοής του χημικού παράγοντα, όπως είναι οι μάσκες, οι ειδικές στολές των εργαζομένων, ειδικοί προστατευτικοί μηχανισμοί και κατάλληλο σύστημα εξαερισμού των χώρων εργασίας. Η απρόσεκτη και χωρίς προφύλαξη χρησιμοποίηση του τοξικού παράγοντα σε υγρή ή στερεά μορφή μπορεί να προκαλέσει αναφυλακτικά φαινόμενα, δερματίτιδες, εγκαύματα ή και καρκίνο του δέρματος.

3. Βιολογικοί παράγοντες:

Στους παράγοντες αυτούς ανήκουν:

Μικροοργανισμοί, μικρόβια, ιοί, ρικέτσιες, παράσιτα και διάφορα είδη εντόμων και ζώων ή ακόμα και τοξικά φυτά που βρίσκονται στο εργασιακό περιβάλλον. Διάφορες μολύνσεις, φλεγμονές και παρασιτικές αρρώστιες είναι δυνατόν να προκληθούν από την έκθεση των εργαζομένων στους παράγοντες αυτούς .

Οι σταφυλοκοκκικές λοιμώξεις απειλούν του εργαζόμενους σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

4. Εργονομικοί ή μηχανικοί παράγοντες:

Στην ομάδα αυτή ανήκουν:

Όλες οι φυσιολογικές και ψυχολογικές απαιτήσεις και πιέσεις τις οποίες από τη φύση του ασκεί το επάγγελμα στους εργαζομένους όπως:

Συγκεκριμένη στάση του σώματος, χειρισμός κάποιου μηχανήματος, η ανάγκη να σηκώνει ο εργαζόμενος βαριά αντικείμενα, η στενότητα του χώρου εργασίας, η πολύωρη ορθοστασία, η έντονη μονοτονία, τεταμένη προσοχή που απαιτείται σε ορισμένες τεχνικές εργασίες κτλ.

5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:

Στην ομάδα αυτή ανήκουν όλες οι:

Ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις των εργαζομένων προς την εργασία και το περιβάλλον. Μερικοί εργαζόμενοι εμφανίζονται εκνευρισμένοι, αντιδραστικοί, μελαγχολικοί, απογοητευμένοι, κουρασμένοι. Άλλοι μπορεί να εμφανίζονται ενθουσιασμένοι και ενεργητικοί.

Οι ίδιες συνθήκες εργασίας μπορεί να προκαλέσουν διαφορετικές αντιδράσεις στον κάθε εργαζόμενο. Σε μερικούς προκαλούν καταπίεση και αντίδραση, ενώ για άλλους αποτελούν ευκαιρία και ερέθισμα για δημιουργία. Μια άλλη πηγή stress είναι ο συναγωνισμός και ανταγωνισμός στο χώρο εργασίας. Οι υπερβολικές απαιτήσεις που επιβάλλουν στον εργαζόμενο και η τοποθέτηση του σε εργασία που δεν ανταποκρίνεται στις ικανότητες και επιδιώξεις του, προκαλούν συχνά άγχος και πίεση που οδηγεί σε χρόνια ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Η σχέση εργοδότη – εργαζομένων και εργαζόμενων μεταξύ τους καθώς και το ψυχολογικό κλίμα που επικρατεί, επιδρά και επηρεάζει την ψυχολογία και την κοινωνική συμπεριφορά των εργαζομένων.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να εμφανιστούν σε ποικίλη ένταση και έκταση στον χώρο εργασίας και να επηρεάσουν την υγεία των εργαζομένων. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο στην αξιολόγηση της υγείας των εργαζομένων, όσο και την οργάνωση των μέτρων πρόληψης, στον εργασιακό χώρο.

Σχετικά με τα επαγγελματικά προβλήματα, πρέπει να σημειωθεί ότι η συλλογή στατιστικών στοιχείων σχετικά με την επίπτωση των παραγόντων αυτών στην υγεία του εργαζομένου έχει κάποιες πρακτικές δυσκολίες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μεσολαβούν αρκετά χρόνια από την έκθεση του ατόμου στον βλαπτικό παράγοντα μέχρι την εκδήλωση της αρρώστιας. Διάφοροι επιστημονικοί συνδυασμοί και συσχετισμοί στοιχείων και εκδηλώσεων βοηθούν στην εξαγωγή ορισμένων συμπερασμάτων που μπορούν να οδηγήσουν στην πρόληψη και το περιορισμό εξέλιξης της νόσου. Γενικά βοηθούν στη λήψη προστατευτικών και προληπτικών μέτρων.

Μια μεγάλη ομάδα επαγγελματικών νοσημάτων αποτελούν τα ψυχολογικά προβλήματα που προκαλούνται από το stress το οποίο μπορεί να προέρχεται από το εργασιακό κυρίως περιβάλλον άλλα και από το οικογενειακό και το κοινωνικό.

Μια μελέτη των Hanlon and Pickett που έγινε το 1984 στις Η.Π.Α. αναφέρει ότι το 30% των απουσιών των εργαζομένων από την εργασία, οφείλεται σε αυτά τα προβλήματα. Το stress στην εργασία που οφείλεται σε ένταση και πίεση με σκοπό την μεγαλύτερη παραγωγή, ο θόρυβος, η μονοτονία της εργασίας, η έλλειψη κλίματος συνεργασίας και κατανόησης, μπορούν να οδηγήσουν τον εργαζόμενο στο οινόπνευμα, ή ακόμη και σε ξεσπάσματα θυμού στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Παράλληλα, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα μπορούν να επηρεάσουν την επαγγελματική του απόδοση. Από οποιονδήποτε τομέα και αν προέρχονται τα προβλήματα αυτά, είναι δυνατό να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζομένου και να οδηγήσουν σε διάφορα ατυχήματα και αρρώστιες.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Ασφάλειας και Υγείας των Η.Π.Α. σε έκδοση του 1983 κατατάσσει τα επαγγελματικά νοσήματα κατά σειράν προτεραιότητας ως εξής:

- Επαγγελματικά νοσήματα Αναπνευστικού Συστήματος.

- *Μυοσκελετικοί τραυματισμοί.*
- *Επαγγελματικός καρκίνος.*
- *Κατάγματα , ακρωτηριασμοί , θάνατοι από τραυματισμούς.*
- *Καρδιακά προβλήματα.*
- *Προβλήματα αναπαραγωγής.*
- *Νευροτοξικά νοσήματα.*
- *Κώφωση από θόρυβο.*
- *Δερματικά προβλήματα.*
- *Ψυχολογικά προβλήματα.*

3.4. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας.

Οι πρώτοι οι οποίοι μελέτησαν τον όρο «ποιότητα» ήταν, πιθανώς οι Ρωμαίοι. Η έννοια της ποιότητας δεν ήταν κάτι καινούριο στον χώρο της Οργάνωσης και της Διοίκησης των επιχειρήσεων, αλλά γενικότερα και στο χώρο των υπηρεσιών. Η διασφάλιση της ποιότητας, που εμπεριέχει και την έννοια της μέτρησης και την έννοια του ελέγχου της πρακτικής υπήρξε βασικό συνθετικό στοιχείο κάθε παραγωγικής διαδικασίας ανά τους αιώνες.

Η ποιότητα φροντίδας στα Νοσοκομεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως τα σύγχρονα κτίρια, τον άρτιο και σύγχρονο εξοπλισμό αλλά και σε ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, το ανθρώπινο δυναμικό.

Την πλειοψηφία του ανθρώπινου δυναμικού στα Νοσοκομεία αποτελεί το Νοσηλευτικό Προσωπικό. Ο σωστός υπολογισμός και καταμερισμός του Νοσηλευτικού Προσωπικού από την Νοσηλευτική Υπηρεσία συμβάλλει αποτελεσματικά στην καλή λειτουργία των Νοσοκομείων. Όπως σε κάθε οργανισμό, έτσι και στα Νοσοκομεία γίνονται προγραμματισμοί, θέτονται αντικειμενικοί σκοποί, επιλέγεται και τοποθετείται κατάλληλο και επαρκές προσωπικό και εξασφαλίζεται η ορθή λειτουργία στα πλαίσια της οργάνωσης για την επίτευξη των σκοπών τους.

Η λειτουργία του Νοσοκομείου παρακολουθείται συστηματικά, επιβλέπεται και αξιολογείται συνεχώς. Συνήθως ο προγραμματισμός και οι σκοποί αναθεωρούνται και τροποποιούνται με τις προκύπτουσες ανάγκες.

Οι Νοσηλευτικοί σκοποί αποβλέπουν στην εφαρμογή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τη φύση του προσωπικού, τα μέσα και τον πληθυσμό των αρρώστων που εξυπηρετεί η Νοσηλευτική Υπηρεσία. Η αρχή της ωφελιμότητας καθορίζεται σαν συνδυασμός αποδοτικότητας και οικονομίας, που επιτυγχάνονται οι σκοποί με τη μικρότερη δυνατή σπατάλη χρόνου, χρημάτων και προσωπικού.

Πρώτη και κύρια, όμως προτεραιότητα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι η εξασφάλιση φροντίδας των αρρώστων και ατόμων με υπαρκτά ή δυναμικά προβλήματα υγείας.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η διασφάλιση της ποιότητας είναι ουσιαστικό συστατικό των υπηρεσιών υγείας όντας ένα αναπόσπαστο μέρος της πρακτικής και όλο περισσότερο άξιο προσοχής όταν οι υπηρεσίες αυτές λαμβάνουν χώρα.

Συγκεκριμένα στη Νοσηλευτική, ο σκοπός της διασφάλισης της ποιότητας είναι η παροχή στον ασθενή μιας τέλει φροντίδας μέσω των διαδικασιών της συνεχούς μέτρησης και αξιολόγησης. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες δεν θα έπρεπε να ασχολούνται μόνο με το προσδιορισμό των προβλημάτων αλλά κυρίως με την επίτευξη των απαραίτητων αλλαγών.

Έχει γίνει φανερό ότι η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί μια μετρήσιμη έννοια. Ωστόσο η Νοσηλευτική δυσκολεύτηκε, μέχρι τη δεκαετία του '60, να συλλάβει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας. Έτσι ο όρος ποιότητα χαρακτηρίστηκε «ομιχλώδης» επειδή δεν υπήρχε ένας ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός στη διεθνή βιβλιογραφία.

Ο όρος «ποιότητα» είναι μια κοινωνική έννοια από τη στιγμή που αντικατοπτρίζει τις αντιλήψεις των επαγγελματιών σχετικά με την αξία της υγείας και τους ρόλους που διαδραματίζουν οι οργανισμοί παροχής υγείας.

Ένας θεωρητικός ορισμός που έχει δοθεί για την «ποιότητα» αλλά δεν αντιπροσωπεύει και πλήρως τον όρο είναι:

«Η ποιότητα φροντίδας ορίζεται ως η ισορροπία μεταξύ των αναμενόμενων ευεργετημάτων/ οφέλους και των βλαβών/ απωλειών από τη διαδικασία της παρεχόμενης φροντίδας.»

Η έννοια της φροντίδας περιγράφεται σαν η αντιμετώπιση εκ μέρους του Νοσηλευτή, της ασθένειας ενός δεδομένου ασθενή και είναι διπλής φύσεως: τεχνική και διαπροσωπική.

Η τεχνική φροντίδα συνίσταται στην εφαρμογή της θεωρίας και τεχνολογίας όλων των επιστημών υγείας με την πρόθεση να επιτευχθεί μια ισορροπία μεταξύ των κινδύνων και των κερδών. Από την άλλη διαπροσωπική φροντίδα συνίσταται στη δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του Νοσηλευτή και του ασθενή μέσω της ανταλλαγής των αξιών και προσμονών τους.

Τέλος, ο προσδιορισμός της ποιότητας δεν θα έπρεπε να εστιάζεται μόνο στο πώς εφαρμόζονται, και από τεχνικής και από διαπροσωπικής πλευράς, η επιστήμη και η τέχνη της υγείας.

Έτσι προγραμματίζονται τρεις παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη:

- **Ο πρώτος**, σχετίζεται με τα δεδομένα της φροντίδας δηλαδή, με τα επιθυμητά χαρακτηριστικά του χώρου στον οποίο η φροντίδα παρέχεται.(άνεση, ησυχία)
- **Ο δεύτερος**, έχει να κάνει με την υπευθυνότητα που φέρουν ο ασθενής και η οικογένεια του για την επιτυχία ή μη της φροντίδας.
- **Ο τρίτος**, επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο η ποιότητα είναι κοινωνικά επιμερισμένη στον πληθυσμό.

3.4.1. Θεωρητικά πλαίσια και αρχές της διασφάλισης της ποιότητας.

Η διαδικασία της διασφάλισης της ποιότητας περιγράφεται ως μια τριάδα δεδομένων αποτελούμενη από τη δομή, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα.

Με τον όρο δομή, εννοούμε τις απαραίτητες προϋποθέσεις για τη φροντίδα του ασθενή που διακρίνονται σε οργανωτικές, φυσικές και κοινωνικές παροχές. Η μέτρηση αυτών των μεταβλητών μπορεί να αποκαλύψει πόσο καλά παρέχεται η φροντίδα από τη στιγμή που πρόκειται για σχετικά σταθερές μεταβλητές, και αποσκοπεί στην παραγωγή και ενίσχυση της ποιοτικής φροντίδας. Από την άλλη διέκρινε ότι η χρησιμότητα της δομής είναι περιορισμένη επειδή υποδεικνύει γενικές στάσεις και δεν παρέχει συνεχή έλεγχο. Γι' αυτό και επικεντρώθηκε περισσότερο στην εκτίμηση της διαδικασίας και του αποτελέσματος της διασφάλισης της ποιότητας.

Η διαδικασία, αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους συμπεριφέρονται οι λειτουργοί της υγείας ενώ φροντίζουν για τον ασθενή με σκοπό να αλληλεπιδράσουν μαζί του. Τέτοιου είδους συμπεριφορά χαρακτηρίστηκε κανονιστική μιας και η ποιότητα της καθορίζεται από κανόνες που τίθενται είτε από την επιστήμη της φροντίδας είτε από την ηθική και τους κανόνες της κοινωνίας.

Το αποτέλεσμα, καλύπτει οποιεσδήποτε αλλαγές γίνονται, αφού έχει ολοκληρωθεί η φροντίδα, σε προκαθορισμένους παράγοντες όπως η συμπεριφορά, το επίπεδο υγείας ή η αυτογνωσία του ασθενή.

Τα συστατικά της τριπλής αυτής προσέγγισης της διασφάλισης της ποιότητας είναι φανερά αλληλένδετα από τη στιγμή που το περιβάλλον όπου παρέχεται η φροντίδα επηρεάζει τις ενέργειες των Νοσηλευτών, οι οποίες εν συνεχεία θα επηρεάσουν τη συνέπεια που θα έχει η φροντίδα στο επίπεδο της υγείας του ασθενή.

Τέλος, παρά την ύπαρξη αρκετών διαφορών που παρουσιάζουν οι προσεγγίσεις στη διασφάλιση της ποιότητας, η βιβλιογραφία ανέδειξε κάποιες γενικές αρχές που θα μπορούσαν να

χρησιμοποιήσουν ως το μέσο για την επίτευξη της ποιότητας στο χώρο της Υγείας και, επακόλουθα και στη Νοσηλευτική.

Κατά την άποψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας τέσσερις αρχές που θα έπρεπε να προσεχθούν στα προγράμματα διασφάλισης της ποιότητας εμπεριέχουν: τον τρόπο λειτουργίας, τη χρήση ή αποδοτικότητα των μέσων, τη διευθέτηση του κινδύνου έτσι ώστε καμιά ασθένεια να μην προκύπτει από την παρεχόμενη φροντίδα και, την ικανοποίηση του ασθενούς με τη φροντίδα.

Αρα οι Νοσηλευτές θα έπρεπε να προσπαθήσουν ο καθένας με το δικό του τρόπο και από τη δική του θέση για τη διασφάλιση της ποιότητας όσο το δυνατόν πιο αποδοτικά και αποτελεσματικά.

Οι αρχές διασφάλισης ποιότητας της φροντίδας δεν αποτελούν αυτοσκοπό. Αντιθέτως, πρέπει να ενσωματωθούν στην παροχή της υγείας μέσω της απόκτησης νέων ικανοτήτων, όπως η ομαδική δουλειά και συνεργασία και μέσω της χρήσης εκείνων των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας που θα συμβάλουν στο να επηρεάσει η φροντίδα θετικά την κατάσταση των ασθενών.

Η Νοσηλευτική έχει συμβάλει πάρα πολύ στον αγώνα για την ποιότητα στην παροχή της υγείας και με το ρόλο που έπαιξε σ' αυτή και με τις μεθόδους που παρείχε. Η φροντίδα να μην επηρεάζεται από γιατρούς και διευθυντές αλλά τελικά καθορίζεται από αυτούς που την παρέχουν, δηλαδή τους Νοσηλευτές, τους ειδικούς στην παροχή υγείας.

Η Νοσηλευτική και η Ιατρική – τα κύρια επαγγέλματα που αναμειγνύονται στην παροχή υγείας – ακόμη και αν έχουν ακολουθήσει διαφορετικά μονοπάτια για την απόκτηση της ποιότητας, πρέπει και οι δύο να συνεργαστούν στενά για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας στους ασθενείς και για την επίτευξη της βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας.

Έτσι, όλοι οι επαγγελματίες υγείας δεν θα έπρεπε να δείχνουν ότι είναι μόνο στυγνοί επιστήμονες που βασίζονται στις προθέσεις και ενέργειες τους σ' ότι έχουν μάθει να κάνουν. Αντιθέτως, θα έπρεπε αδιάκοπα να προσπαθούν για την αλλαγή της ίδιας τους της πρακτικής έτσι ώστε τελικά να βελτιωθεί η φροντίδα του ασθενούς.

Η χρησιμότητα της Νοσηλευτικής επιστήμης στη διασφάλιση της ποιότητας να μην είναι αδιαμφισβήτητη για να μπορέσει όμως να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του μέλλοντος πρέπει ο κάθε Νοσηλευτής ξεχωριστά να συνειδητοποιεί τη σπουδαιότητα του ρόλου του στην παροχή φροντίδας στον ασθενή.

3.5. Ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι απουσίες του νοσηλευτικού προσωπικού και μάλιστα οι μη προγραμματισμένες προκαλούν ανωμαλία και διαταραχή της λειτουργίας σε κάθε οργανωμένη υπηρεσία, ιδιαίτερα δε σε νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείων.

Οι απουσίες σε συνδυασμό με την παρατηρούμενη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε διεθνή κλίμακα, απασχόλησε τους ερευνητές οι οποίοι συνέδεσαν τις απουσίες με προβλήματα στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών και με οικονομικές επιπτώσεις.

Ο μεγάλος φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με έλλειψη προσωπικού αυξάνει την κόπωση, μειώνει το ηθικό, προκαλεί απογοήτευση με αποτέλεσμα την αύξηση απουσιών, πράγμα που συμβαίνει στη χώρα μας σε μεγάλο βαθμό.

Επίσης οι κοινωνικές παροχές οι οποίες αυξάνονται π.χ. σχολικές και γονικές άδειες, αδικαιολόγητες απουσίες που μπορούν να δικαιολογηθούν με δήλωση του Νόμου 105, στάσεις εργασίας, απεργίες κ.τ.λ. έχουν ως αποτέλεσμα να μην καλύπτονται τα βασικά και ασφαλή επίπεδα νοσηλείας των αρρώστων.

Οι απουσίες οι οποίες συνδέονται με προβλήματα στελέχωσης νοσηλευτικών υπηρεσιών οφείλονται σε πολύ σοβαρούς λόγους οι οποίοι είναι:

Η χαμηλή κοινωνική αποτίμηση του Νοσηλευτικού Έργου, εν αντιθέσει με ότι γίνεται στις άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Είναι η κακή συμπεριφορά των ασθενών και των συνοδών προς τους Νοσηλευτές και κάποτε και των συνεργατών, που απορρέει από την χαμηλή εκτίμηση που έχει ο λαός μας προς τους Νοσηλευτές και η οποία έχει ως αποτέλεσμα και την πολλές φορές κακή συμπεριφορά των Νοσηλευτών προς τους ασθενείς, τους συνοδούς και τους συνεργάτες.

Άλλος σοβαρός λόγος είναι η φύση της εργασίας αυτή καθ' εαυτή. Η νοσηλεία είναι μια εργασία υπεύθυνη, επίπονη, δυσάρεστη πολλές φορές, που διεξάγεται σε περιβάλλον ανθυγιεινό μέχρι και εξαθλιωμένο, όταν νοσηλεύει ασθενείς στο διάδρομο και σε ράντζα, ψυχολογικά φορτισμένο, σε ατμόσφαιρα εντάσεως, πόνο και αγωνίας. Το κυκλικό ωράριο εργασίας δεν αφήνει στους Νοσηλευτές πολλά περιθώρια για ομαλή οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Ο Νοσηλευτής δεν μπορεί να προγραμματίσει με βεβαιότητα μια οικογενειακή ή κοινωνική εκδήλωση, γιατί υπάρχει πάντα το ενδεχόμενο να κληθεί να αντικαταστήσει ένα συνάδελφο της απογευματινής ή της νυχτερινής βάρδιας που ασθένησε ξαφνικά ή του έτυχε κάποιο άλλο έκτακτο εμπόδιο.

Είναι ακόμη το πρόβλημα της εργασίας κατά τις Κυριακές και τις μεγάλες ημέρες του Πάσχα, Χριστούγεννα, Πρωτοχρονιά που αναγκάζεται να λείπει από το σπίτι του και τα παιδιά του γιατί η υπηρεσία του τον κρατά κοντά στους αρρώστους ακόμα και αυτές τις μεγάλες ημέρες.

Τέλος αλλά όχι τελευταίο υπάρχει και το μεγάλο πρόβλημα της νυχτερινής υπηρεσίας το οποίο φαίνεται ότι κουράζει πολύ τους Νοσηλευτές γιατί αλλάζουν όλο το ρυθμό της ζωής τους. Και δεν μπορεί να παραβλέψει κανείς το γεγονός ότι η νυχτερινή υπηρεσία είναι δύσκολη και γεμάτη απρόοπτα τα οποία συχνά αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν μόνοι τους οι Νοσηλευτές. Πόσα έκτακτα περιστατικά και πόσοι θάνατοι συμβαίνουν στους νοσοκομειακούς θαλάμους την νύχτα και πόση ετοιμότητα, πόση αντοχή, πόση γενναιότητα πρέπει να διαθέτουν οι Νοσηλευτές για να τα αντιμετωπίσουν όλα, να τα διευθετήσουν όλα, να καθησυχάσουν, να ανακουφίσουν, να παρηγορήσουν, να ενισχύσουν όλους, ενώ χρειάζονται και οι ίδιοι τόση ενίσχυση.

Οι λόγοι ελλείψεως του Νοσηλευτικού προσωπικού που αφορούν την οικονομία είναι επίσης σοβαροί και είναι οι παρακάτω:

Το μεγαλύτερο πρόβλημα αποτελούν οι περιορισμοί στους προϋπολογισμούς για την Υγεία, καθιστώντας δύσκολη την αύξηση της ελκυστικότητας του επαγγέλματος.

Οι οικονομικές περικοπές επηρεάζουν τον αριθμό των εργαζόμενων Νοσηλευτών και μπορούν να οδηγήσουν σε « ελλείψεις στους αριθμούς των απασχολούμενων Νοσηλευτών». Λόγω των ελλείψεων στους οικονομικούς προϋπολογισμούς δεν προσλαμβάνουν Νοσηλευτές ή υποστηρικτικό προσωπικό με αποτέλεσμα ο φόρτος εργασίας των Νοσηλευτών να είναι υψηλός.

Μέσα στα πλαίσια της «έλλειψης» Νοσηλευτών, της εξασφάλισης της ελκυστικότητας του επαγγέλματος, τους περιορισμούς στον οικονομικό προϋπολογισμό, του φόρτου εργασίας και των δυσμενών συνθηκών εργασίας, ιδιαίτερη έμφαση δίνουμε στην καλύτερη συγκρότηση των καθηκόντων, στην οποία θα συμβάλλουν Νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες.

Οι Νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδεύονται ως υψηλά καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας και με εφόδια την κατάλληλη εκπαίδευση και πρακτική εμπειρία ώστε να είναι σε θέση να λειτουργούν επαρκώς τόσο στο νοσοκομείο όσο και στην κοινότητα. Η υψηλής ποιότητας εκπαίδευση έρχεται να αυξήσει την κοινωνική θέση του επαγγέλματος. Οι νοσηλευτικές δεξιότητες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά και να ανταμείβονται δίκαια. Έμφαση πρέπει να δίνεται στο ωράριο εργασίας, στις ποιοτικές συνθήκες εργασίας και στο εργασιακό περιβάλλον. Η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος Νοσηλευτών είναι σημαντική για την παραμονή και ένταξη νέων Νοσηλευτών στη Νοσηλευτική.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

« ΔΥΣΤΥΧΩΣ ΕΛΑΘΕΥΣΑΜΕΝ...» ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ.

Εισαγωγή.

Το λάθος είναι ενέργεια η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με την ύπαρξη του ανθρώπου. Λάθος, ωστόσο, δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα του λανθάνειν, αλλά και η αποτυχία στην εκτίμηση κάποιου πράγματος, η αστοχία, η απροσεξία, το σφάλμα, η πλάνη, η έλλειψη, η παράλειψη.

Ο τρόπος που θα προσεγγίσουμε το λάθος πρέπει να είναι επιστημονικός, συστηματικός και μεθοδικός, αν θέλουμε να το μειώσουμε και να διακρίνουμε τις πληροφορίες που μπορεί αυτό να μας προσφέρει.

Στην πρώτη προσπάθεια μας να προσεγγίσουμε το λάθος στο χώρο της υγείας και ειδικότερα στο νοσηλευτικό χώρο, διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες:

- Λάθη υψηλής σημασίας.
- Λάθη μέσης σημασίας.
- Λάθη χαμηλής σημασίας.

Υψηλής σημασίας, θεωρούνται τα λάθη που απειλούν τη ζωή και ως εκ τούτου χρειάζονται άμεση νοσηλευτική αντιμετώπιση, π.χ. λάθη που έχουν σχέση με απόφραξη αεροφόρου οδού, σοβαρή αιμορραγία, shock, απόπειρα ή κίνδυνος αυτοκτονίας και καρδιακή ανακοπή.

Μέσης σημασίας, χαρακτηρίζονται εκείνα τα λάθη τα οποία, αν και δεν απειλούν τη ζωή του ασθενούς, ωστόσο μπορούν να προκαλέσουν ανθυγιεινές και καταστρεπτικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, π.χ. η λαθεμένη αντιμετώπιση της ακινησίας μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές επιπλοκές όπως κατακλίσεις, παραμορφώσεις μελών, νεφρολιθίαση, μελαγχολία, κ. α.

Χαμηλής σημασίας λάθη, κρίνονται όσα μπορούν να διορθωθούν χωρίς να έχουν προκαλέσει σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και δεν έχουν επηρεάσει την πλήρη αποκατάσταση του ασθενούς.

Το πρόγραμμα μείωσης λαθών θα πρέπει να είναι δυναμικό, ελαστικό και δεκτικό τροποποιήσεων στις περιπτώσεις που το ίδιο το πρόγραμμα αποδεικνύεται ανεπαρκές να πετύχει τους αντικειμενικούς σκοπούς που έχουμε θέσει.

Θεωρούνται αναγκαίες νέες επιστημονικές γνώσεις να ενσωματωθούν σε αυτό.

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες το εφαρμόζουμε παρουσιάζουν αλλαγές. Δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά μέσο βελτίωσης της παροχής ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Το καλύτερο πρόγραμμα βελτίωσης της νοσηλευτικής πράξης αποδεικνύεται άχρηστο όταν δεν επισφραγίζεται με την εφαρμογή.

Κατά τον Αριστοτέλη «των πράξεων μας απ' αρχή μέχρι τέλους κύριοι εσμέν».

Αναλαμβάνοντας, λοιπόν, τις ευθύνες των πράξεών μας και οδηγούμενοι από την αγάπη μας για τον άρρωστο και για το έργο το οποίο επιτελούμε, ας αποδεκτούμε τα λάθη μας. Αν επέμβουμε στο λάθος με επιμέλεια, ευαισθησία, σοβαρότητα, αγάπη, κριτικό πνεύμα, αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης και συναίσθηση του κοινωνικού μας χρέους, ίσως παράλληλά να του δώσουμε τη δυνατότητα να γίνει αυτό αρχή δημιουργικού διαλόγου, ερέθισμα μάθησης, πολύτιμος οδηγός στην επιστημονική εξέλιξη της Νοσηλευτικής.

4.1 Γνωστική ταξινόμηση των λαθών.

Ένας μεγάλος αριθμός λαθών λαμβάνουν χώρα στην κλινική πράξη, η πλειονότητα όμως από αυτά αναγνωρίζονται και διορθώνονται πριν προκαλέσουν κάποια βλάβη. Τα λάθη μπορεί να εκδηλωθούν με μια ποικιλία μορφών, από ένα πρόβλημα που σχετίζεται με απώλεια ή κακό υπολογισμό μιας δόσης φαρμάκου μέχρι την αποτυχία διάγνωσης ενός εμφράγματος μυοκαρδίου.

Τα λάθη μπορεί να συμβούν σε τρία πεδία:

- 1) σε πράγματα που κάνουμε με τα χέρια μας,
- 2) στους τρόπους που αισθανόμαστε, με την καρδιά μας,
- 3) στους τρόπους που σκεφτόμαστε, με το μυαλό μας.

Τα συχνότερα ιατρικά λάθη που γίνονται στην κλινική πράξη σχετίζονται με τον τρόπο που σκεφτόμαστε. Τα λάθη που οφείλονται στην κλινική σκέψη αναφέρονται σαν **γνωστικά λάθη**.

Η παρούσα εργασία έχει δύο βασικούς σκοπούς :

Πρώτον, χρησιμοποιώντας επιλεγμένα, πραγματικά, κλινικά περιστατικά από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, επιχειρεί να αναδείξει σφάλματα που λαμβάνουν χώρα στον τρόπο σκέψης, τα γνωστικά λάθη. Αυτός ο αφηγηματικός τρόπος παράθεσης πραγματικών περιστατικών, έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα πολύ καλό εργαλείο μάθησης. Τα λάθη που αναδεικνύονται από τα συγκεκριμένα περιστατικά είναι κλασικά, και κατά πάσα βεβαιότητα θα βρεθεί αντιμέτωπος με αυτά ένας ιατρός ή ένας Νοσηλευτής κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής του καριέρας. Διότι δεν είναι μη τυπικά ή μεμονωμένα, αλλά αντίθετα συμβαίνουν σε κάθε χώρο που ασκείται η ιατρική ή η Νοσηλευτική, σε όλο τον κόσμο, κάθε μέρα. Σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει εμφανής τεκμηρίωση

συγκεκριμένων λαθών ή σφαλμάτων στον τρόπο σκέψης, όμως σε άλλες περιπτώσεις το λάθος θα είναι λιγότερο εμφανές και θα συμπεραίνεται ότι η λάθος σκέψη έχει συμβεί μέσω των περιστάσεων όσο επίσης και από την μελέτη των ιατρικών και νοσηλευτικών καταγραφών στο φάκελο του ασθενή. Αυτό είναι σημαντικό διότι αυτή η μορφή ποτέ δεν μας επιτρέπει να γνωρίζουμε τι πραγματικά συμβαίνει στο μυαλό ενός κλινικού. Κάποιοι έχουν πει ότι οι ιατροί, και ιδιαίτερα εκείνοι που ασχολούνται με την Επείγουσα Ιατρική, δεν έχουν πλήρη ενημέρωση γι' αυτά που σκέφτονται ή του τρόπου με τον οποίο θα φτάσουν στην απόφασή τους. Έτσι, κάθε προσπάθεια που επιχειρεί να μάθει τους τρόπους που εμείς σκεφτόμαστε, έρχεται αντιμέτωπη με αυτό το πρόβλημα. Η σκέψη είναι μια συγκεκριμένη διαδικασία, αλλά δεν πρέπει να μας αποθαρρύνει από το να προσπαθούμε να κοιτάζουμε προσεχτικά σε αυτή και να κατανοούμε κάποιες από τις παγίδες.

Δεύτερον, η παρούσα εργασία επιχειρεί να διευθετήσει ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα που υπάρχει στο πεδίο των ιατρικών και νοσηλευτικών λαθών, όπως είναι η γλώσσα (ορολογία) που χρησιμοποιείται για την περιγραφή ενός γνωστικού λάθους. Ο Croskerry έχει δημιουργήσει μια ταξινόμηση, η οποία θεωρείται εύχρηστη και καλύπτει όλη τη γκάμα των γνωστικών ιατρικών λαθών που γίνονται στην κλινική πράξη. Είναι σημαντικό ο κάθε ιατρός να γίνει οικείος με τη χρήση αυτών των όρων, πολλοί από τους οποίους έχουν ήδη ενσωματωθεί στην ιατρική αγγλόφωνη ορολογία. Κάποιοι όροι χρησιμοποιούνται από τους ψυχολόγους, οι οποίοι πρωτοπορούν σε αυτό τον τομέα, και θα πρέπει να εξασφαλίζεται η σωστή χρήση τους.

Τελικά αυτή η διαδικασία είναι μια ύστερη γνώση και μπορεί αυτή καθαυτή να αποτελέσει αντικείμενο σημαντικών σφαλμάτων προκατάληψης. Είναι πάντα ευκολότερο να είσαι καλύτερα πληροφορημένος μετά από το συμβάν. Όταν ανακαλούμε στη μνήμη μας γεγονότα, είμαστε επιρρεπείς σε ανακρίβειες και επιλεκτικές αναμνήσεις, που μπορεί να προκαλέσουν μια κατάσταση ικανοποίησης ή μια αντίστοιχη βαρυθυμία. Η κατάσταση ικανοποίησης είναι μια προσπάθεια να κάνουμε τον εαυτό μας να φαίνεται καλύτερα απ' ότι είμαστε τη συγκεκριμένη στιγμή. Αυτό βοηθά μεν το «εγώ» μας, αλλά η αποτυχία πλήρους κατανόησης των σφαλμάτων που συμβαίνουν στην πράξη μπορεί να συμβαίνει όταν είμαστε καταδικασμένοι να τα επαναλάβουμε. Από την άλλη πλευρά, όταν είμαστε σε κατάσταση βαρυθυμίας, όταν αισθανόμαστε άσχημα εξαιτίας αυτών που φαίνεται ότι έχουμε πράξει, μπορεί να μην είμαστε ευχαριστημένοι με τους εαυτούς μας. Είναι δύσκολο να αναδημιουργήσουμε τις συνθήκες του περιβάλλοντος κάτω από τις οποίες συνέβη το πραγματικό συμβάν, ενώ και οι ευαίσθητοι ρόλοι ή άλλες δυνάμεις που επηρέασαν σημαντικά τη συμπεριφορά στιγμιαία, μπορεί να μην είναι παρόντες στην εκ των υστέρων ανασκόπηση. Έτσι, υπάρχει ο κίνδυνος να τιμωρήσουμε σε μεγάλο βαθμό τους εαυτούς μας για κάτι που ενδεχομένως δεν είμαστε ολοκληρωτικά υπεύθυνοι, και πιθανώς να υποβάλλουμε τους εαυτούς μας σε υπέρμετρη «αυτό-αντέγκληση».

Μέσω της προσέγγισης και της ανάλυσης που θα πραγματοποιηθεί, δίνεται μια καλή ευκαιρία να υπάρξει κατανόηση του πόσο συχνό και «φυσιολογικό» είναι ένα λάθος, καθώς και των περιστάσεων κάτω από τις οποίες λαμβάνει χώρα. Η οξυδέρκεια που δημιουργείται με αυτή τη

διαδικασία, θα παράσχει σημαντικές ευκαιρίες ανάπτυξης ρεαλιστικών στρατηγικών για αποφυγή η μετρίασμού των λαθών όταν πράγματι συμβούν. Ούτως ή άλλως είναι γεγονότα της ζωής μας.

Κατ' αρχάς, δεν γνωρίζουμε με βεβαιότητα τι σκέφτεται ο κάθε εμπλεκόμενος κατά τη διάρκεια ενός λάθους. Μερικές φορές λαμβάνουμε καλή πληροφόρηση, όταν κάποιος εξωτερικεύει τις σκέψεις του, συνήθως όμως καλούμαστε να ερμηνεύσουμε τη συμπεριφορά, η οποία αποτελεί ένα βήμα που απομονώνεται από τη γνωστική διαδικασία. Αυτή η διαδικασία είναι επαγωγική και ενδέχεται να περιέχει ερμηνευτικά σφάλματα αυτού που προβαίνει στην ανάλυση. Ωστόσο, αποτελεί αφητηρία προκειμένου να αρχίσουμε από κάπου.

Στο πεδίο της ασφάλειας των ασθενών, η προσοχή έχει πρόσφατα επικεντρωθεί πάνω στα διαγνωστικά λάθη. Η μείωση των διαγνωστικών λαθών είναι ιδιαίτερα σημαντική εξαιτίας της σχετιζόμενης νοσηρότητας αλλά και της δυνατότητας πρόβλεψής τους. Ένα σημαντικό μέρος των διαγνωστικών λαθών προέρχεται από τα γνωστικά λάθη, ιδιαίτερα εκείνα που σχετίζονται με αποτυχίες στην αντίληψη, με ικανότητα να δοθούν λύσεις χωρίς όμως κρίση και με συστηματικά σφάλματα (προκαταλήψεις). Συνολικά αυτά έχουν αναφερθεί ως *Αντιδράσεις Γνωστικών Τάσεων* (ΑΓΤ).

Ιστορικά, τα πρότυπα των διαδικασιών λήψης αποφάσεων έχουν δώσει μικρή προσοχή στη συμβολή τέτοιου είδους σφαλμάτων, ενώ υπάρχει μια επικρατούσα απαισιοδοξία απέναντι στη βελτίωση της γνωστικής προσαρμογής μέσω τεχνικών διόρθωσης αυτών των σφαλμάτων.

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια έντονη συζήτηση σχετική με τη βελτίωση της ποιότητας υγειονομικής φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών. Πρόσφατες μελέτες έχουν καταγράψει τα κύρια γνωστικά λάθη που λαμβάνουν χώρα στο χώρο της ιατρικής και της Νοσηλευτικής και έχουν παρουσιάσει μια σειρά από στρατηγικές που επιχειρούν να τα μειώσουν. Βασική αρχή μεταξύ αυτών είναι η *μεταγνώση*, μια αντανάκλαστική προσέγγιση στη λύση του προβλήματος, που περιλαμβάνει υποχώρηση από το άμεσο πρόβλημα, προκειμένου να εξεταστεί και να απεικονιστεί η διαδικασία σκέψης.

4.1.1 Αντιδράσεις γνωστικών τάσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε λάθη.

➤ Αγκίστρωση (anchoring):

Κλασικό γνωστικό λάθος. Η τάση να ακολουθούνται αντιληπτικά αξιοπρόσεκτα χαρακτηριστικά της αρχικής εικόνας του ασθενή, αρκετά νωρίς στη διαγνωστική διαδικασία, και η αποτυχία να προσαρμοστεί αυτή η αρχική εντύπωση με το φως της μετέπειτα ενημέρωσης. Αυτή η ΓΔΑ μπορεί να επαυξηθεί (συνδυαστεί) με σφάλμα επιβεβαίωσης (confirmation bias).

➤ **Πρώιμη ολοκλήρωση της διάγνωσης (premature diagnostic closure):**

Ισχυρό λάθος το οποίο ευθύνεται για υψηλό ποσοστό χαμένων διαγνώσεων. Είναι η τάση να πραγματοποιείται πρώιμη ολοκλήρωση στη διαδικασία λήψης απόφασης, αποδεχόμενοι μια διάγνωση πριν την επαρκή επιβεβαίωσή της. Οι συνέπειες αυτού του σφάλματος εκδηλώνονται σε υπερθετικό βαθμό, αφού «όταν γίνει η διάγνωση, η σκέψη σταματά».

➤ **Σφάλμα παράλειψης (Omission bias):**

Λαμβάνει χώρα όταν αποτύχει η διαδικασία της διάγνωσης. Γενικά εκφράζει την τάση για απραξία και η παραμονή στην αρχή του να μην πράξει κάποιος κακόβουλα, να μην κάνει κάποια κακή πράξη. Στην εκ των υστέρων γνώση, τα γεγονότα που έχουν συμβεί λόγω της φυσικής ιστορίας της νόσου, είναι περισσότερο αποδεκτά από εκείνα που μπορεί να προκαλούνται λόγω της άμεσης παρέμβασης του ιατρού. Τα σφάλματα μπορεί να στηρίζονται από την ενίσχυση που συχνά επιφέρει η αδράνεια (δεν κάνω τίποτα), αλλά μπορεί να αποδειχθούν καταστροφικά. Τα σφάλματα παράλειψης τυπικά υπερτερούν των σφαλμάτων επιφόρτισης (commission biases).

➤ **Σφάλματα επιφόρτισης (commission biases):**

Συμβαίνουν στην περίπτωση που γίνει μια λάθος διάγνωση λόγω σφάλματος «πρώιμης ολοκλήρωσης της διάγνωσης». Προκαλούνται από το καθήκον ώστε να πραγματοποιηθεί ωφέλεια στον άρρωστο, όπου το βλάβιμο προλαμβάνεται μόνο μέσω της ενεργού παρέμβασης. Είναι μάλλον η τάση προς δράση παρά προς αδράνεια. Είναι πιο πιθανά σε ιατρούς με υπερβολική αυτοπεποίθηση. Τα λάθη επιφόρτισης είναι, όπως προαναφέρθηκε, λιγότερο συχνά από τα λάθη παράλειψης.

➤ **Σφάλματα επιβεβαίωσης (confirmation bias):**

Εκφράζουν περισσότερο την τάση αναζήτησης για αποδείξεις επιβεβαίωσης που να υποστηρίζουν τη διάγνωση, παρά για αποδείξεις διάψευσης που να την αντικρούουν και να την αμφισβητούν, παραβλέποντας το γεγονός ότι η δεύτερη περίπτωση είναι συχνά πιο πειστική και καθοριστική.

➤ **Σφάλματα πεποίθησης (Belief bias):**

«Ξέρω ό,τι ξέρω, μη με μπερδεύεις με τα γεγονότα». Γενικά αναφέρονται στον τρόπο που επιπλέον στοιχεία παρεμβάλλονται από τη στιγμή που έχει πραγματοποιηθεί μια συγκεκριμένη υπόθεση σχετικά με τη διάγνωση. Ουδέτερα ή μη καθοριστικά στοιχεία μπορεί να ερμηνευτούν σαν υποστηρικτικά για την υπόθεση ή κάποια άλλα δεδομένα ενδέχεται να τροποποιηθούν έτσι ούτως ώστε να φαίνεται ότι επίσης την υποστηρίζουν. Δεδομένα που βρίσκονται σε αντίθεση ενδέχεται να μη γίνουν αποδεκτά για διάφορους λόγους, συχνά λόγω υποτίμησης / εξασθένησης της πηγής προέλευσής τους.

➤ **Σφάλμα ικανοποίησης (Satisficing bias):**

Ο ιατρός θέτει αρχικά μια σειρά από συγκεκριμένους στόχους, κατάλληλους με τις διαστάσεις του προβλήματος.

Συμβαίνουν όταν η σκέψη του ιατρού διαμορφώνεται από προηγούμενη πρόβλεψη. Τα σφάλματα φύλου και τα στερεοτυπικά σφάλματα αποτελούν και τα δύο καλά παραδείγματα.

➤ **Αθροιστικά λάθη:**

Συμβαίνουν όταν οι ιατροί πιστεύουν ότι τα αθροισμένα δεδομένα, όπως αυτά που χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία οδηγιών της κλινικής πράξης, δεν εφαρμόζονται σε μεμονωμένους ασθενείς, τότε επικαλούνται σφάλματα άθροισης. Η αντίληψη ότι οι ασθενείς τους είναι μη τυπικοί ή κατά κάποιο τρόπο η εξαίρεση, μπορεί να οδηγήσει σε λάθη εντολής (commission), πχ η παραγγελία ακτινογραφιών ή άλλων εξετάσεων όταν οι οδηγίες υποδεικνύουν ότι δεν απαιτούνται.

➤ **Διαθεσιμότητα:**

Η διάθεση να κριθούν πράγματα σαν τα πιο πιθανά ή συμβαίνοντα πιο συχνά, αν έρχονται εύκολα στο μυαλό. Έτσι κάποια πρόσφατη εμπειρία από μια πάθηση μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα να τεθεί σαν η διάγνωση. Αντίστροφα, αν μια πάθηση δεν έχει συναντηθεί στην κλινική πράξη για μεγάλο χρονικό διάστημα (λιγότερο διαθέσιμη), μπορεί να υποδιαγνωσθεί.

➤ **Αμέλεια βασισμένη στην τιμή:**

Η τάση να αγνοείται ο πραγματικός επιπολασμός μια πάθησης – είτε διογκώνοντας είτε μειώνοντας την πραγματική της τιμή και διαστρέφοντας την Bayesian λογική. Παρόλα αυτά, σε μερικά περιστατικά, ενδέχεται οι κλινικοί (εκούσια ή όχι) να αυξήσουν σκόπιμα την πιθανότητα κάποιας νόσου, όπως στη στρατηγική του «αποκλεισμού του χειρότερου σεναρίου» για να αποφύγουν να χάσουν μια σπάνια αλλά σημαντική διάγνωση.

➤ **Λάθη επιβεβαίωσης:**

Η τάση να αναζητείται περισσότερο απόδειξη επιβεβαίωσης προκειμένου να υποστηριχτεί μια διάγνωση, από το να ψάχνεται απόδειξη διάψευσης για να ανασκευαστεί αυτή, παρά το γεγονός ότι η τελευταία συχνά είναι πιο πειστική και καθοριστική.

➤ **Διάγνωση από κεκτημένη ταχύτητα:**

Αν επικολληθούν διαγνωστικές ταμπέλες στους ασθενείς, αυτοί τείνουν να γίνουν αρκετά προβληματικοί. Μέσω ενδιάμεσων εμπλεκόμενων (ασθενείς, νοσηλευτές, ιατροί), αυτό που θα έπρεπε να ξεκινήσει σαν πιθανότητα αποκτά αυξανόμενη ορμή μέχρι που γίνεται οριστικό, ενώ όλες οι άλλες πιθανότητες εξαιρούνται.

➤ **Επικύρωση ανάδρασης:**

Αποτελεί μια μορφή παγίδας λόγω άγνοιας ή λόγω χρονικής καθυστέρησης. Κάνοντας ένα διαγνωστικό λάθος ενδέχεται να δημιουργηθούν όχι άμεσες συνέπειες, καθώς μπορεί να παρέλθει σημαντικό χρονικό διάστημα μέχρι να αποκαλυφθεί το λάθος, αν ποτέ γίνει αυτό, ή φτωχό σύστημα διαδικασιών ανάδρασης να αποτρέψει σημαντικού βαθμού πληροφόρηση στις αποφάσεις που λαμβάνονται. Παραλείπει τις συνέχειες των ασθενών εξαιτίας των χρονικών και συστηματικών εγκρίσεων.

➤ **Αποτέλεσμα μορφοποίησης:**

Ο τρόπος με τον οποίο ο ιατρός αντιμετωπίζει κάποια πράγματα εξαρτάται από το πώς αυτά εξελίσσονται και μορφοποιούνται, πχ η αντίληψη του ιατρού για τον ενδεχόμενο κίνδυνο που αντιμετωπίζει ένας ασθενής μπορεί να επηρεαστεί ισχυρά από το αν το αποτέλεσμα εκφράζεται με όρους πιθανοτήτων για το αν ο ασθενής θα πεθάνει ή αν θα ζήσει. Με όρους διάγνωσης, θα πρέπει ο

ιατρός να είναι ενήμερος για το πως οι ασθενείς, οι νοσηλευτές ή οι άλλοι ιατροί μορφοποιούν τα πιθανά αποτελέσματα και τα ενδεχόμενα του κλινικού προβλήματος.

4.2 Ταξινόμηση νοσηλευτικών λαθών.

Οι Νοσηλευτές έχουν γενική εκπαίδευση, συναναστρέφονται συνεχώς με ασθενείς και διατηρούν στενή επαφή μαζί τους, παίζοντας ένα ρόλο κλειδί στον υποβιβασμό της νοσηλευτικής φροντίδας μέσω των λαθών. Σε καθημερινή βάση οι Νοσηλευτές κατευθύνουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία, κέντρα υγείας κ.α.

Ο νοσηλευτικός ρόλος περιλαμβάνει άμεσες εξακριβώσεις και παρεμβολές σε πρακτικές αποτυχίες, μειώνοντας τα δυσμενή γεγονότα για τους ασθενείς. Στην πραγματικότητα, οι Νοσηλευτές παρακολουθούν την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, εμποδίζοντας και παρεμβαίνοντας σε λάθη τα οποία βρέθηκαν κυρίως στο νοσηλευτικό ρόλο.

Σε έρευνα που έγινε, αναλύθηκαν είκοσι μια περιπτώσεις νοσηλευτικών λαθών. Τα νοσηλευτικά λάθη ταξινομήθηκαν σε οκτώ κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία νοσηλευτικών λαθών καθώς και συντελεστικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που τα προκαλούν. Εξακριβώθηκαν στην πράξη σε κάθε περίπτωση νοσηλευτικών λαθών ξεχωριστά.

Οι κατηγορίες αυτές είναι:

- 1) Έλλειψη προσοχής.
- 2) Έλλειψη αμεσότητας.
- 3) Ακατάλληλη κρίση.
- 4) Χορήγηση λάθους φαρμάκου.
- 5) Έλλειψη μεσολάβησης για το συμφέρον του ασθενή.
- 6) Έλλειψη πρόληψης.
- 7) Άστοχες ή λανθασμένες εντολές γιατρού.
- 8) Τεκμηρίωση λαθών.

1. Έλλειψη προσοχής.

Η έλλειψη προσοχής είναι ένα παράδειγμα μιας κατηγορίας λάθους ιδιαίτερα σχετική στην νοσοκομειακή πρακτική. Η ασφάλεια του ασθενούς εξαρτάται από την προσοχή των Νοσηλευτών, την κλινική κατάσταση των ασθενών, την ανταπόκριση της θεραπείας, καθώς επίσης και από τους πιθανούς κινδύνους ή τα λάθη της θεραπείας. Η έλλειψη προσοχής, μπορεί να προκληθεί από προβλήματα του συστήματος, π.χ. ανεπαρκή προσωπικό, μεγάλη αναδιοργάνωση προσωπικού ή ξαφνικές αλλαγές στα επίπεδα ικανότητας αντίληψης των ασθενών, χωρίς καμία αύξηση στο νοσοκομειακό προσωπικό.

Έγινε μια διάκριση ανάμεσα σε απρόβλεπτες και προβλέψιμες καταστάσεις, γιατί κάθε μία έχει διαφορετικές συνέπειες για τις στρατηγικές μείωσης των λαθών. Για παράδειγμα, η μετεγχειρητική αιμορραγία, η οποία είναι προβλέψιμη επιπλοκή δηλώνει έλλειψη παρακολούθησης και σωστής εκτίμησης του μετεγχειρητικού ασθενή. Ίσως επίσης να δηλώνει λανθασμένη μετάδοση των εκτιμήσεων του ασθενή. Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη στο να ανιχνεύονται μετεγχειρητικές ή άλλες επιπλοκές και για να διατηρούνται τα κατάλληλα επίπεδα ετοιμότητας και κλινικής κρίσης. Έγκαιρη ανίχνευση απρόβλεπτων καταστάσεων, π.χ. μια οξεία μυοκαρδιακή νέκρωση ή ενός εγκεφαλοαγγειακού επεισοδίου για μακροχρόνιους ασθενείς απαιτεί διαφορετικές εκπαιδευτικές στρατηγικές και μεθοδικές εξειδικευμένες εκτιμήσεις όλων των ασθενών.

2. Έλλειψη αμεσότητας.

Κάθε Νοσηλευτής έχει μια έμπιστη σχέση με τους ασθενείς του λόγω της καθημερινής επικοινωνίας μαζί τους καθώς και με την οικογένεια τους.

Η αμεσότητα αναφέρεται στην ηθική αμεσότητα των Νοσηλευτών. Βασικό σε αυτή την ηθική αμεσότητα είναι η αξιοπιστία των Νοσηλευτών να έχει σαν αποτέλεσμα το συμφέρον του ασθενή και της οικογένειάς του. Μια από τις κοινώς επικρατούμενες αντιλήψεις της καλής νοσοκομειακής πρακτικής είναι ότι οι Νοσηλευτές ενεργούν όπως προτιμούν οι ασθενείς. Συνεπώς, η ηθική αμεσότητα μπορεί να θεωρηθεί ελλιπείς όταν οι Νοσηλευτές δεν ενδιαφέρονται για το καλύτερο δυνατόν συμφέρον του ασθενή ή της οικογένειάς του. Όταν οι Νοσηλευτές αποφεύγουν να ρωτήσουν ένα γιατρό για μια ιατρική συνταγή, όταν δεν τηλεφωνούν στο γιατρό για ένα ασθενή του οποίου τα ζωτικά σημεία ή οι εργαστηριακές αναφορές είναι κρίσιμα, όταν αποτυγχάνουν να παρακολουθήσουν ένα ασθενή ή να ενδιαφερθούν για τις οικογενειακές παρακλήσεις για βοήθεια τότε μιλάμε για έλλειψη ηθικής αμεσότητας η οποία μπορεί να θεωρηθεί μια πηγή κατώτερης ή λανθασμένης νοσοκομειακής πρακτικής.

Η παραβίαση απορρήτου είναι επίσης αθέτηση έμπιστου ενδιαφέροντος για τον ασθενή, την ιδιωτικότητα του και την αξιοπρέπεια του. Η χωρίς πρόθεση παραβίαση απορρήτου επέρχεται όταν οι Νοσηλευτές συζητούν στο χώρο τους για τον ασθενή και ο ίδιος ο ασθενής ή οικογένεια ή ο επισκέπτης κρυφακούει τη συζήτηση.

Η σκόπιμη παραβίαση του απορρήτου είναι πιθανότερο να αναφερθεί σε ένα κρατικό συμβούλιο Νοσηλευτών και επέρχεται όταν οι Νοσηλευτές σκόπιμα παραβιάζουν το απόρρητο του ασθενούς. Για παράδειγμα, όταν οι Νοσηλευτές σκόπιμα μοιράζονται πληροφορίες ασθενών με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή σκόπιμα ελέγχουν τα αρχεία ασθενών για προσωπικές του πληροφορίες.

3. Ακατάλληλη κρίση.

Η σωστή κρίση είναι ξεχωριστή από την επιστημονική λογική παρόλο που οι Νοσηλευτές χρησιμοποιούν την επιστήμη και την τεχνολογία για την λήψη των αποφάσεων τους.

Ο νοσοκομειακός γιατρός θα πρέπει να αιτιολογεί τις αποφάσεις του λαμβάνοντας υπόψη τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που θα έχουν ανάλογα με το χρόνο και τις αλλαγές στην κλινική κατάσταση του ασθενούς. Η πορεία της κατάστασης των σθενών είναι βασική για τη σωστή κρίση γιατρών και Νοσηλευτών. Οι Νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη φύση των κλινικών καταστάσεων και τυπικά επιδιώκουν την επίλυση του προβλήματος μέσω της κατανόησης της.

Μερικές φορές τα λάθη επέρχονται επειδή ο νοσοκομειακός γιατρός αναγνωρίζει λανθασμένα μια κατάσταση. Για παράδειγμα, ένας Νοσηλευτής μπορεί να νομίζει ότι ένας ασθενής υπόκειται σε ανεπαρκή έλεγχο καρδιάς. (heart pump action) όταν η κατάσταση μπορεί να είναι ελάττωση όγκου (volume depletion).

Μέχρι ο γιατρός να πάρει το σωστό έλεγχο της κατάστασης η κατανόηση των κλινικών δεδομένων θα είναι λάθος. Επειδή η σωστή κρίση είναι βασική στο ρόλο των Νοσηλευτών, η λανθασμένη κρίση αντιπροσωπεύει μια πιθανώς μεγάλη κατηγορία νοσοκομειακού λάθους.

Διάφορα είδη λανθασμένης κρίσης αναγνωρίστηκαν περιλαμβάνοντας:

- Ανεπαρκή εκτίμηση.
- Λανθασμένη λογική, λόγω της χρήσης συνηθισμένης ενέργειας ή κανόνων.
- Μια αδικαιολόγητη ή λανθασμένη μεσολάβηση όπως το να δοθεί πάρα πολύ παυσίπονη φαρμακευτική αγωγή.
- Αδικαιολόγητες προσδοκίες για λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό όπως όταν ένας Νοσηλευτής κάνει μια πράξη πέρα από τις δικές του αρμοδιότητες.

Επιπλέον μια υποκατηγορία ανεπαρκούς εκτίμησης αναγνωρίστηκε καθώς κάποιοι Νοσηλευτές δεν ξέρουν ή δεν αναγνωρίζουν τη σημασία των ενδείξεων και τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε ένα ασθενή.

4. Φαρμακευτικά λάθη.

Το Εθνικό Συντονιστικό Συμβούλιο στη αναφορά για την παρεμπόδιση φαρμακευτικού λάθους περιγράφει ένα φαρμακευτικό λάθος ως εξής:

«Φαρμακευτικό λάθος είναι κάθε γεγονός που μπορεί να προληφθεί, το οποίο μπορεί να προκαλέσει ή να οδηγήσει σε ακατάλληλη χρήση φαρμάκων ή σε κίνδυνο του ασθενούς καθώς η φαρμακευτική αγωγή είναι υπό τον έλεγχο του επαγγελματία υγείας. Τέτοια γεγονότα μπορεί να σχετίζονται με επαγγελματική πρακτική, με προϊόντα υγείας, διαδικασίες και συστήματα

συμπεριλαμβανομένων του γραψίματος της ιατρικής συνταγής της εντολής επικοινωνίας, της περιγραφής σε ετικέτα των προϊόντων, το πακετάρισμα, την ονοματολογία, τη σύνθεση, την απαλλαγή, τη διανομή, τη διαχείριση, την εκπαίδευση, την παρακολούθηση και την χρήση».

Τα ακόλουθα έξι είδη φαρμακευτικών λαθών αναγνωρίστηκαν στις 21 υποθέσεις:

- Χαμένες δόσεις φαρμακευτικής αγωγής.
- Λάθος ώρα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, είτε πιο συχνά ή λιγότερο συχνά.
- i.v. χορήγηση φαρμάκου πάρα πολύ γρήγορα.
- Λανθασμένη συγκέντρωση ή δόση φαρμακευτικής αγωγής που χορηγήθηκε i.v
- Λάθος οδό χορήγησης φαρμάκων
- Χορήγηση φαρμάκων σε λάθος ασθενή.

Ο Ενωμένος Οργανισμός Υγείας Επικύρωσης Εντολών αναγνωρίζει τις ακόλουθες πηγές φαρμακευτικών λαθών:

- Φαρμακευτικές αγωγές με παρόμοια ονόματα.
- Φάρμακα με παρόμοιο πακετάρισμα.
- Φάρμακα που δεν χρησιμοποιούνται συχνά.
- Φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά (όπως αντιβιοτικά, ναρκωτικά και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα) στα οποία πολλοί ασθενείς είναι αλλεργικοί και,
- Φάρμακα που απαιτούν δοκιμή (όπως λίθιο, αιμοδιαλυτικά, digoxin και θεοφυλλίνη) για να εξασφαλίσουμε ότι διατηρούνται τα κατάλληλα (όχι τοξικά) θεραπευτικά επίπεδα.

Εννέα από τις 21 υποθέσεις που μελετήθηκαν περιλάμβαναν φαρμακευτικά λάθη. Ως αποτέλεσμα των οχτώ από τις εννέα υποθέσεις οι ασθενείς πέθαναν λόγω φαρμακευτικού λάθους. Τα φαρμακευτικά λάθη είναι διαφόρων ειδών και προκαλούνται από διάφορες αιτίες, ταξινομώντας ένα λάθος ή φαρμακευτικό λάθος, παρέχει ανεπαρκή οδηγία για τη μείωση λαθών επειδή η αρχική αιτία και η πρακτική ευθύνη για το λάθος μπορεί να διαφέρει πολύ.

Έχει προταθεί να χρησιμοποιηθεί διοικητικό προσωπικό για τη χορήγηση φαρμάκων αντί του νοσοκομειακού προσωπικού. Παρόλο που ο φόρτος εργασίας των Νοσηλευτών χωρίς αμφιβολία μπορεί να οδηγήσει σε φαρμακευτικό λάθος, ο διαχωρισμός της χορήγησης των φαρμάκων από την παρακολούθηση των αντιδράσεων του ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προκαλέσει καινούρια λάθη. Οι περισσότερες φαρμακευτικές αγωγές έχουν δυσάρεστα αποτελέσματα, επιπλοκές,

αλληλεπιδράσεις, αντιδράσεις και το να εκτιμήσεις αυτές τις πιθανότητες ίσως απαιτεί σωστή κριτική σκέψη.

Οι απλούστευση πολλαπλών καθηκόντων μπορεί να μειώσει τα λάθη. Μετά από μια ανασκόπηση φαρμακευτικών λαθών αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί το « Εθνικό Συντονιστικό Συμβούλιο» για την επιστημονική ταξινόμηση των φαρμακευτικών λαθών όπου ήταν δυνατό. Όλα τα φαρμακευτικά λάθη που ανακαλύφθηκαν, μπορούν να προκαλέσουν διάφορες κατηγορίες κινδύνων στους ασθενείς.

5. Έλλειψη μεσολάβησης για το συμφέρον του ασθενή.

Στη μελέτη των 21 υποθέσεων εμφανίστηκαν πέντε παραδείγματα αποτυχίας των Νοσηλευτών να παρέμβουν για το συμφέρον του ασθενή:

- Μετεγχειρητική αιμορραγία, έμεινε απαρατήρητη επειδή ο Νοσηλευτής δεν έλεγξε τον ασθενή ή δεν παρακολούθησε τις ενδείξεις.
- Σε εγκυμοσύνη προκλήθηκε υπέρταση (τοξιναιμία) η οποία δεν παρατηρήθηκε και συνεπώς δεν θεραπεύτηκε μετά τη γέννα.
- Σε ένα ασθενή τα σημάδια και τα συμπτώματα ενός οξέος CVA έμειναν απαρατήρητα κατά τη διάρκεια μίας περιόδου έξι ωρών κατά την οποία δεν έγινε καμία εκτίμηση.
- Σε ασθενή δεν παρατηρήθηκε το υψηλό επίπεδο γλυκόζης στο αίμα και οι εργαστηριακές ενδείξεις, οδηγώντας έτσι τον ασθενή στο θάνατο.
- Νοσηλευτής απέτυχε να βοηθήσει ασθενή μετά από απόπειρα αυτοκτονίας με κρέμασμα, με οίδημα λάρυγγα, γιατί δεν κάλεσε γιατρό για την έναρξη ενδοφλέβιας αγωγής.

Σε τέσσερις από αυτές τις περιπτώσεις από τις οποίες όλες οδήγησαν σε θάνατο του ασθενούς, το αρχικό λάθος προκλήθηκε από έλλειψη προσοχής.

6. Έλλειψη πρόληψης.

Η πρόληψη επιπλοκών του ασθενούς των λαθών και των απειλών για την ασφάλεια τους είναι σημαντική στόχοι της νοσοκομειακής φροντίδας. Είναι πιο δύσκολο να αναγνωρίσουν επιτυχή αποτελέσματα πρόληψης από ότι έλλειψη προσοχής επειδή δεν μπορεί να είναι όμως γνωστό με σιγουριά ότι οι προληπτικές προσπάθειες ήταν η αιτία της έλλειψης επιπλοκών. Είναι, συνεπώς, σημαντικό να λάβουμε υπόψη ότι μπορεί να αποτύχει η πρόληψη για να βελτιώσουμε την πρόληψη επιπλοκών του ασθενούς και να μειώσουμε τους κινδύνους. Η έλλειψη της προφύλαξης από τις μολύνσεις καθώς επίσης και τα κτίρια μακροχρόνιας φροντίδας είναι από τις σημαντικότερες απειλές για την ασφάλεια του ασθενούς στα νοσοκομεία. Η έλλειψη επίσης της πρόληψης των κινδύνων, της μειωμένης κινητικότητας των ασθενών καλύπτει μια γενική κατηγορία επιπλοκών, όπως pressure

ulcers (έλκος πίεσης), stasis pneumonia και πτώσεις ασθενών. Η έλλειψη, τέλος, προετοιμασίας ενός ασφαλούς περιβάλλοντος συμπεριλαμβάνει τη μεγάλη κατηγορία επιπλοκών από περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως ηλεκτρικό σοκ, εγκαύματα, έλλειψη κάγκελων κραββατιού, ροή υγρών στο πάτωμα και ανεπαρκής επίβλεψη ασθενούς κατά το περπάτημα.

7. Άστοχες ή λανθασμένες οδηγίες γιατρού.

Οι άστοχες ή λανθασμένες οδηγίες γιατρού περιλαμβάνουν όλα τα παραδείγματα εκτέλεσης λανθασμένων ιατρικών εντολών που καταλήγουν σε λανθασμένη κλινική πράξη.

8. Τεκμηρίωση λαθών.

Η τεκμηρίωση λαθών συμπεριλαμβάνει τον σχεδιασμό των διαδικασιών ή της φαρμακευτικής αγωγής πριν αυτά ολοκληρωθούν. Μια τέτοια τεκμηρίωση λάθους μπορεί να προκαλέσει την πρόληψη του λάθους και ένας ασθενής να μη χάσει μια δόση φαρμακευτικής αγωγής, να μη μπερδευτούν στοιχεία μεταξύ ασθενών ή να καλυφθεί η πραγματική κατάσταση ενός ασθενούς. Η έλλειψη του σχεδιασμού παρακολούθησης του ασθενούς προκαλεί σοβαρό κίνδυνο όταν οι Νοσηλευτές αποτυγχάνουν να παρατηρήσουν τις ενδείξεις χειροτέρευσης του ασθενούς, του πόνου, της ταραχής, ή των ειδικών ενδείξεων των επιπλοκών που σχετίζονται με την ασθένεια ή τη θεραπεία.



"ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ"

1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.

Το λάθος τα τελευταία χρόνια έχει πάρει σημαντικές διαστάσεις στην κλινική πράξη. Οι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην δημιουργία του λάθους είναι πολλοί σε αριθμό και ποικίλοι. Οι κυριότεροι απ' αυτούς όμως είναι η ελλιπής εκπαίδευση, η επαγγελματική εξουθένωση (Burn out) , η ποιότητα της παρεχόμενης Νοσηλευτικής φροντίδας, τα γενικά και ειδικά προβλήματα των εργαζομένων και οι ελλείψεις προσωπικού.

Σύμφωνα με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία τα λάθη ταξινομούνται σε 8 κατηγορίες: έλλειψη προσοχής, έλλειψη αμεσότητας, ακατάλληλη κρίση, φαρμακευτικά λάθη, έλλειψη επέμβασης για το συμφέρον του ασθενή, έλλειψη πρόληψης, άστοχές ή λανθασμένες εντολές γιατρού και τέλος τεκμηρίωση λαθών.

Η μελέτη της βιβλιογραφίας υποδεικνύει ότι η περισσότερη έρευνα για τα Νοσηλευτικά λάθη στην κλινική πράξη είναι απαραίτητη. Με στόχο να εμπλουτιστούν περισσότερο τα ερευνητικά δεδομένα έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητό πως συνδέονται τα Νοσηλευτικά λάθη με διάφορους παράγοντες όπως φόρτος εργασίας ,εκπαίδευση κ.α , αλλά και να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήματα τα οποία σχετίζονται με τα λάθη στην κλινική πράξη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, σχεδιαστικέ και υλοποιήθηκε η παρούσα εργασία.

Βασικός στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να καταγραφούν, να μελετηθούν και να αναλυθούν τα Νοσηλευτικά λάθη που εμφανίζονται στην κλινική πράξη. Δηλαδή, η παρουσίαση χαρακτηριστικών λαθών που γίνονται κατά την κλινική πράξη, μέσα από σύντομες περιγραφές περιστατικών και εκτίμηση της στάσης και των αντιλήψεων των Νοσηλευτών απέναντι στα λάθη αυτά.

Μετά την ανάλυση των δεδομένων και παρά το σχετικό μικρό δείγμα, ως προς τους στόχους της παρούσας έρευνας, προέκυψε η διάσταση του λάθους στην κλινική πράξη και οι σημαντικότεροι παράγοντες που κατά τους Νοσηλευτές τα προκαλούν. Συμπεράναμε λοιπόν, ότι το ποσοστό ασθενών που αφορούν Ιατρικά και Νοσηλευτικά λάθη είναι < 10% και οι συχνότερες αιτίες που τα προκαλούν είναι η παράληψη και η αμέλεια. Παρ' όλο που οι Νοσηλευτές υποστήριζαν ότι η καταγραφή και η αναφορά των λαθών είναι χρήσιμη, το ποσοστό που εκτιμάται ότι καταγράφονται είναι μόλις < 10% και η κυριότερη αιτία μη καταγραφής τους είναι ο φόβος κυρώσεων. Τα συχνότερα Νοσηλευτικά λάθη αφορούν τη χορήγηση φαρμάκων και κυρίως την ώρα χορήγησης. Για τη μείωση των Νοσηλευτικών λαθών και την αναβάθμιση του Νοσηλευτικού επαγγέλματος οι Νοσηλευτές προτείνουν την καλύτερη προπτυχιακή εκπαίδευση τους, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, τη βελτίωση της συνεργασίας με γιατρούς και Νοσηλευτές και την εκτέλεση των ιατρικών εντολών κατόπιν κριτικής σκέψης εφόσον η Νοσηλευτική αποτελεί Επιστήμη.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι έρευνες αυτής της μορφής έχουν να προσφέρουν πολλά στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας και θα ήταν ενδιαφέρον να γίνει συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων με παρόμοιες έρευνες στο μέλλον.

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η Νοσηλευτική από αρχαιοτάτων χρόνων είχε σαν επίκεντρο τον Άνθρωπο ως ολότητα, με κύριο κίνητρο της την «Αγάπη». Παρά την πρόοδο της τεχνολογίας και την ανάπτυξη του βιοτικού και κοινωνικού επιπέδου, διάφοροι παράγοντες - προβλέψιμοι και μη –έχουν συμβάλει στην αύξηση της συχνότητας των νοσηλευτικών και των ιατρικών λαθών στη κλινική πράξη.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για τα λάθη στην κλινική πράξη και για τις επιπτώσεις τους στην ασφάλεια των ασθενών.

Το λάθος είναι ενέργεια η οποία είναι άμεσα συνυφασμένη με την ύπαρξη του ανθρώπου. Το πρώτο ανθρώπινο λάθος το προπατορικό αμάρτημα, θεωρείται αίτιο της πτώσης του ανθρώπου βάση της θρησκευτικής μας ιστορίας. Ως λάθος ορίζεται το ανεπιθύμητο συμβάν το οποίο μπορεί να προκαλέσει παράταση της νοσηλείας και ανικανότητα –μέχρι και θάνατο-και προήλθε από αμέλεια στη θεραπευτική αντιμετώπιση και όχι από την πορεία της νόσου αυτή καθαυτή.

Στην εργασία αυτή επιχειρείται μια ταξινόμηση των Νοσηλευτικών λαθών στον κλινικό τομέα σύμφωνα με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία , τα οποία οφείλονται σε διάφορους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να εμφανίζονται μόνοι τους ή να συνυπάρχουν. Σύμφωνα με τη δική μας κρίση και από τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επιδράσουν και να έχουν σαν αποτέλεσμα το λάθος στην κλινική πράξη είναι : Το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική εξουθένωση (Burn out), τα γενικά και ειδικά προβλήματα των εργαζομένων, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στις υπηρεσίες υγείας, οι ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, και άλλοι δευτερεύοντες παράγοντες όπως π.χ. ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η εναλλαγή στις βάρδιες κ.τ.λ.

Σε έρευνα που έγινε αναλύθηκαν 21 περιπτώσεις νοσηλευτικών λαθών. Τα νοσηλευτικά λάθη ταξινομήθηκαν σε 8 κατηγορίες οι οποίες περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία νοσηλευτικών λαθών καθώς και συντελεστικούς ή αιτιολογικούς παράγοντες που τα προκαλούν. Οι οχτώ κατηγορίες νοσηλευτικών λαθών ταξινομούνται ως εξής:

- **Έλλειψη προσοχής** η οποία μπορεί να προκληθεί από προβλήματα του ίδιου του συστήματος, όπως για παράδειγμα ανεπαρκή προσωπικό, μεγάλη αναδιοργάνωση προσωπικού ή ξαφνικές αλλαγές στα επίπεδα ικανότητας αντίληψης των ασθενών χωρίς καμία αύξηση στο νοσοκομειακό προσωπικό.
- **Έλλειψη αμεσότητας** η οποία αναφέρεται στην ηθική αμεσότητα των Νοσηλευτών. Βασικό σε αυτή την ηθική αμεσότητα είναι η αξιοπιστία των Νοσηλευτών να έχει σαν αποτέλεσμα το συμφέρον του ασθενή και της οικογένειάς του και συνεπώς θεωρείται ελλιπής όταν απουσιάζει.

- **Ακατάλληλη κρίση.** Αναγνωρίστηκαν διάφορα είδη περιλαμβάνοντας:
 - Ανεπαρκή εκτίμηση.
 - Λανθασμένη λογική, λόγω της χρήσης συνηθισμένης ενέργειας ή κανόνων.
 - Μια αδικαιολόγητη ή λανθασμένη μεσολάβηση όπως το να δώσει πάρα πολύ παυσίπονη φαρμακευτική αγωγή.
 - Αδικαιολόγητες προσδοκίες για λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό όπως όταν ένας Νοσηλευτής κάνει μια πράξη πέρα από τις δικές του αρμοδιότητες.

Μια υποκατηγορία ανεπαρκούς εκτίμησης αναγνωρίστηκε καθώς κάποιοι Νοσηλευτές δεν ξέρουν ή δεν αναγνωρίζουν τη σημασία των ενδείξεων και τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε ένα ασθενή.

- **Φαρμακευτικά λάθη** τα οποία μπορούν να προκαλέσουν ή να οδηγήσουν σε ακατάλληλη χρήση φαρμάκων ή σε κίνδυνο του ασθενούς καθώς η φαρμακευτική αγωγή είναι υπό τον έλεγχο του επαγγελματία υγείας. Αναγνωρίστηκαν έξι είδη φαρμακευτικών λαθών:
 - Χαμένες δόσεις φαρμακευτικής αγωγής.
 - Λάθος ώρα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής.
 - Ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων πάρα πολύ γρήγορα.
 - Λανθασμένη συγκέντρωση ή δόση φαρμακευτικής αγωγής που χορηγήθηκε.
 - Λάθος οδό χορήγησης φαρμάκων.
 - Χορήγηση φαρμάκων σε λάθος ασθενή.
- **Έλλειψη μεσολάβησης για το συμφέρον του ασθενή.** Αποδείχτηκε ότι το αρχικό λάθος προκλήθηκε από έλλειψη προσοχής. Για παράδειγμα στη μελέτη που έγινε, μετεγχειρητική αιμορραγία έμεινε απαρατήρητη επειδή ο Νοσηλευτής δεν έλεγξε τον ασθενή μετά το χειρουργείο ή δεν παρακολούθησε τις ενδείξεις των ζωτικών του σημείων και της κλινικής του εικόνας.
- **Έλλειψη πρόληψης.** Η πρόληψη των επιπλοκών του ασθενούς, των λαθών και των απειλών για την ασφάλεια τους είναι σημαντικοί στόχοι της νοσοκομειακής φροντίδας. Παρόλα αυτά είναι δύσκολο να αναγνωρίσουμε τα επιτυχή αποτελέσματα της πρόληψης από την έλλειψη πρόληψης διότι δεν είναι σίγουρο ότι οι προληπτικές προσπάθειες ήταν η αιτία της έλλειψης επιπλοκών.

- **Χαμένες ή λανθασμένες οδηγίες για την προαγωγή/ φροντίδα της υγείας** οι οποίες περιλαμβάνουν όλα τα παραδείγματα εκτέλεσης λανθασμένων ιατρικών εντολών που καταλήγουν σε λανθασμένη κλινική πράξη.
- **Τεκμηρίωση λαθών** η οποία συμπεριλαμβάνει το σχεδιασμό των διαδικασιών ή της φαρμακευτικής αγωγής πριν αυτά ολοκληρωθούν. Μια τέτοια τεκμηρίωση μπορεί να προκαλέσει την πρόληψη του λάθους.

Κατά τον Αριστοτέλη: «Των πράξεων μας από την αρχή μέχρι τέλους Κύριοι εσμέν». Αναλαμβάνοντας λοιπόν, τις ευθύνες των πράξεων μας και οδηγούμενοι από την ανάγκη μας για τον άρρωστο και για το έργο το οποίο επιτελούμε, ας αποδεχτούμε τα λάθη μας. Αν επέμβουμε στο λάθος, με επιμέλεια, ευαισθησία, σοβαρότητα, αγάπη, κριτικό πνεύμα, αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης και συναίσθηση του κοινωνικού μας χρέους, ίσως παράλληλα να του δώσουμε τη δυνατότητα να γίνει αυτό αρχή δημιουργικού διαλόγου, ερέθισμα μάθησης, πολύτιμος οδηγός στην επιστημονική εξέλιξη της Νοσηλευτικής.

2.1 Σκοπός μελέτης.

Ο σκοπός της παρακάτω μελέτης είναι:

1. Η παρουσίαση χαρακτηριστικών λαθών που γίνονται στην κλινική πράξη, μέσα από σύντομες περιγραφές περιστατικών.
2. Η εκτίμηση της στάσης και των αντιλήψεων των Νοσηλευτών απέναντι στα λάθη στην κλινική πράξη.

3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας μας πραγματοποιήθηκε σημαντική μελέτη σε ένα δείγμα ασθενών στην Ορθοπαιδική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και είχε διάρκεια ένα μήνα. Την περίοδο αυτή παρατηρήθηκε ένα μεγάλο ποσοστό λαθών, μερικά από τα οποία επηρέασαν κατά ένα μεγάλο μέρος την ομαλή διεξαγωγή της κλινικής πράξης. Η μελέτη αυτή έγινε με σκοπό να διαπιστωθεί το ποσοστό των λαθών που γίνονται στην κλινική πράξη και κατά πόσο μπορούν να επηρεάσουν τη σωστή εφαρμογή της.

Παρακάτω αναλύονται κάποια από τα σημαντικότερα λάθη που παρατηρήθηκαν και τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα να εμποδίσουν την ομαλή πορεία της κατάστασης των ασθενών.

3.1. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1^ο

Ασθενής P.M., ετών 21, εισήχθη στις 31-06-2005 στην Ορθοπεδική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου μετά από εικοσαήμερη παραμονή στη Μ.Ε.Θ. (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας). Στη Μ.Ε.Θ. εισήχθη στις 10-06-2005 μετά από τροχαίο ατύχημα με διάγνωση πολυτραυματία. Παρέμεινε είκοσι ημέρες για παροχή υψηλής φροντίδας. Την 21^η ημέρα μεταφέρθηκε στην Ορθοπεδική κλινική λόγω της βελτίωσης της κατάστασης του, φέροντας μηριαίο κεντρικό φλεβοκαθετήρα. Στην κλινική παρέμεινε 28 ημέρες. Ο μηριαίος κεντρικός φλεβοκαθετήρας είχε τοποθετηθεί στις 31-06-2005, δηλαδή την ημέρα εξόδου του ασθενή από τη Μ.Ε.Θ. Παρέμεινε καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του στην Ορθοπεδική κλινική και δεν αφαιρέθηκε καθότι μεταφέρθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ρεθύμνου. Είναι γνωστό ότι ο μέγιστος χρόνος παραμονής ενός κεντρικού φλεβοκαθετήρα έχει διάρκεια δεκαπέντε ημέρες.

Στο συγκεκριμένο περιστατικό όχι μόνο δεν τηρήθηκε ο μέγιστος χρόνος παραμονής του κεντρικού φλεβοκαθετήρα αλλά, παρατηρήθηκε ότι έμεινε απεριποίητος για τουλάχιστον τρεις ημέρες. Ο ασθενής, επίσης έφερε ουροκαθετήρα ο οποίος ερχόταν σε επαφή με τον ανοιχτό (χωρίς κάλυψη με γάζες) κεντρικό μηριαίο φλεβοκαθετήρα. Παρατηρήθηκαν πυρετικά δέκατα τα οποία διαπιστώθηκε μετά από ανάλογες εξετάσεις ότι οφειλόταν σε ουρολοίμωξη η οποία προκλήθηκε προφανώς από την άμεση επαφή κεντρικού φλεβοκαθετήρα και ουροκαθετήρα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μη ομαλή πορεία της κατάστασης του ασθενούς.

Όλα τα παραπάνω μας οδηγούν στη διαπίστωση και την έκταση του λάθους. Σύμφωνα λοιπόν, με την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία το προαναφερόμενο λάθος μπορούμε να το κατατάξουμε στην κατηγορία της έλλειψης προσοχής. Η έλλειψη προσοχής μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα φόρτος εργασίας, ανεπαρκές προσωπικό, αμέλεια, αδιαφορία, παράλειψη κ.α. Στη συγκεκριμένη περίπτωση στη δημιουργία του λάθους συνέβαλε και το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Από τη μια πλευρά το ιατρικό προσωπικό αμέλησε – αδιαφόρησε αν θέλετε- την αλλαγή του κεντρικού φλεβοκαθετήρα η οποία κατατάσσεται στην αρμοδιότητα του και από την άλλη το νοσηλευτικό προσωπικό αμέλησε την τοπική περιποίηση του.

Όσον αφορά την πρόληψη του λάθους το ιατρικό προσωπικό θα έπρεπε να φροντίσει έτσι ώστε να γίνει έγκαιρα η αλλαγή του φλεβοκαθετήρα. Τέλος, το νοσηλευτικό προσωπικό εφόσον έρχεται σε καθημερινή επαφή με τον ασθενή ήταν καθήκον του να ελέγχει και να περιποιείται την κεντρική φλεβική γραμμή, καθώς επίσης να ενημερώνει το ιατρικό προσωπικό για τις ανάγκες του ασθενούς, διότι δεν αποτελεί πλέον εκτελεστικό όργανο αλλά μπορεί να έχει κριτική άποψη και να μεσολαβεί για το συμφέρον του ασθενή.

3.2. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2^ο

Ασθενής Κ.Ε., ετών 26, εισήχθη για δεύτερη φορά στην Ορθοπεδική κλινική στις 02-07-2005 με φλεγμονή στην περιοχή του σκαφοειδούς μετά από επέμβαση λόγω κατάγματος η οποία είχε πραγματοποιηθεί είκοσι ημέρες πριν.

Η φλεγμονή δεν έγινε γνωστό εάν προκλήθηκε στο νοσοκομειακό περιβάλλον, δηλαδή εάν συνετέλεσαν παράγοντες όπως κακοί χειρισμοί του γιατρού κατά τις αλλαγές του τραύματος, μη τήρηση των κανόνων ασηψίας κατά την επέμβαση ή κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο σπίτι.

Εν' ώρα περιποίησης της περιοχής του τραύματος από τον γιατρό χρησιμοποιήθηκε οινόπνευμα αντί για οξυζενέ. Στην ετικέτα του δοχείου αναγραφόταν η λέξη «ΟΕΥΖΕΝΕ» ενώ το περιεχόμενό του ήταν «ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ». Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο ασθενής να βιώσει μια επώδυνη εμπειρία και ταυτόχρονα την έκπληξη του γιατρού. Την προηγούμενη ημέρα είχε επισημανθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό από τον ίδιο γιατρό να αντικατασταθεί το περιεχόμενο του δοχείου με οξυζενέ όταν είχε συμβεί το ίδιο περιστατικό σε άλλο ασθενή, πράγμα το οποίο όπως διαπιστώσαμε δεν έγινε.

Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι μέσα σε λίγο χρονικό διάστημα παρατηρήθηκε νέο λάθος το οποίο κατατάσσεται και αυτό σύμφωνα με την βιβλιογραφία στην κατηγορία της έλλειψης προσοχής. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ του είχε επισημανθεί να αλλάξει το περιεχόμενο του δοχείου, το αμέλησε και αυτό μπορεί να οφείλεται σε πολλούς παράγοντες όπως για παράδειγμα το μεγάλο φόρτο εργασίας, η έλλειψη προσωπικού κ.τ.λ.

Παρ' όλα αυτά οι Νοσηλευτές θα έπρεπε να είχαν φροντίσει για την αλλαγή του περιεχομένου του δοχείου διότι μια μικρή παράληψη μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστα αποτελέσματα για τον ασθενή και την πορεία της κατάστασης του.

3.3. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3^ο

Ασθενής Χ.Ε., ετών 85 εισήχθη στις 12-07-2005 στην Ορθοπεδική κλινική, με Δ/Τ κάταγμα ισχίου. Στο ατομικό ιστορικό της ασθενούς είχε καταγραφεί ότι έπασχε από καρδιακή ανεπάρκεια, την οποία αντιμετώπιζε λαμβάνοντας καθημερινά και σε ειδικές δόσεις ταμπλέτα Sintrom. Για τις ανάγκες τις θεραπειάς της στην Ορθοπεδική κλινική έπρεπε να καθοριστεί η κατάλληλη δόση του Sintrom. Μετά από τις κατάλληλες εξετάσεις που έγιναν αποφασίστηκε από το γιατρό με γραπτή εντολή του να χορηγηθεί ταμπλέτα Sintrom 1 επί 1 εφάπαξ στις 15-07-2005.

Την επόμενη ημέρα στις 16-07-2005 χορηγήθηκε ξανά ταμπλέτα Sintrom 1 επί 1 παρόλο που ο νοσηλευτικός φάκελος είχε ενημερωθεί. Την ίδια ημέρα, είχε προγραμματιστεί η εισαγωγή της ασθενούς στο χειρουργείο. Όταν όμως έγιναν οι κατάλληλες εξετάσεις για τον προεγχειρητικό έλεγχο και παρακολουθώντας την κλινική εικόνα της ασθενούς, διαπιστώθηκε ότι παρουσίαζε επιπλοκές

λόγω υπερβολικής δόσης Sintrom. Το χειρουργείο αναβλήθηκε και έγιναν οι κατάλληλες ενέργειες έτσι ώστε η ασθενής να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα.

Το ίδιο λάθος είχε παρατηρηθεί σε ασθενή Μ.Κ., ετών 55 που εισήχθη στην ορθοπεδική κλινική με # ισχίου, όταν του χορηγήθηκε Timentin 500ml ενδοφλεβίως πάρα πολύ γρήγορα, χωρίς να έχει γίνει προηγουμένως test πενικιλίνης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αλλεργική αντίδραση του ασθενούς στο συγκεκριμένο φάρμακο, η οποία ευτυχώς αντιμετωπίστηκε εγκαίρως.

Όπως διαπιστώθηκε από τα παραπάνω και σύμφωνα πάντα με την βιβλιογραφία, οι δύο παραπάνω περιπτώσεις κατατάσσονται στην κατηγορία των φαρμακευτικών λαθών. Φαρμακευτικό λάθος είναι κάθε γεγονός που μπορεί να προληφθεί, το οποίο μπορεί να προκαλέσει ή να οδηγήσει σε ακατάλληλη χρήση φαρμάκων ή σε κίνδυνο του ασθενούς, καθώς η φαρμακευτική αγωγή είναι υπό τον έλεγχο του επαγγελματία υγείας.

Επομένως, για να αποφευχθεί το λάθος ο Νοσηλευτής σαν επαγγελματίας υγείας είχε το χρέος να ελέγχει τους νοσηλευτικούς φακέλους έτσι ώστε να είναι ενήμερος για την κατάσταση του κάθε ασθενή και ειδικότερα για τη δεύτερη περίπτωση, θα έπρεπε να έχει την κατάλληλη κρίση, αλλά και γνώσεις έτσι ώστε να γνωρίζει ότι δεν χορηγούμε ποτέ φάρμακα που περιέχουν πενικιλίνη, εάν δεν είμαστε πρώτα σίγουροι ότι έχει γίνει το test πενικιλίνης. Μια τέτοια παράληψη μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο του ασθενή.

3.4. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 4^ο

Ασθενής Κ.Κ., εισήχθη στις 20-07-2005, ετών 35, στην Ορθοπεδική κλινική, με Δ/Τ # ισχίου. Ο ασθενής αρνούταν την λήψη των φαρμάκων του στα οποία συμπεριλαμβανόταν και κάποια λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, τα οποία αντιμετώπιζε από την ηλικία των είκοσι ετών. Δεν δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να ληφθούν, καθώς επίσης δεν ενημερώθηκε και ο γιατρός ο οποίος των παρακολουθούσε. Έτσι ενώ ο ασθενής έχριζε ψυχιατρικής εκτίμησης από την πρώτη ημέρα της εισαγωγής του, την στερήθηκε για οκτώ ημέρες. Όταν δηλαδή ενημερώθηκε με μεγάλη καθυστέρηση ο γιατρός που τον παρακολουθούσε. Ο ασθενής τελικά εξετάστηκε και εκτιμήθηκε από ψυχίατρο την όγδοη ημέρα, οπότε άρχισε να λαμβάνει και τα φάρμακα του.

Στην συγκεκριμένη περίπτωση και με οδηγό την βιβλιογραφία το λάθος κατατάσσεται στην κατηγορία της έλλειψης μεσολάβησης για το συμφέρον του ασθενή. Οι Νοσηλευτές, εφόσον γνώριζαν ότι ο ασθενής έπασχε από ψυχολογικά προβλήματα έπρεπε να γνωρίζουν και τις συνέπειες που μπορεί να έχει η μη λήψη των φαρμάκων.

Ένα τέτοιο λάθος είναι κατά το συμφέρον του ασθενούς ο οποίος μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα της ασθένειας του τα οποία να έχουν επιπτώσεις πρώτα απ' όλα στον ίδιο και έπειτα στα άτομα που βρίσκονται γύρω του είτε αυτά είναι νοσηλευτικό προσωπικό είτε άλλοι ασθενείς

Οι Νοσηλευτές για να αποφύγουν το λάθος έπρεπε να είχαν ενημερώσει το γιατρό έτσι ώστε να εξεταστεί και να εκτιμηθεί ο ασθενής από ψυχίατρο. Έτσι θα γινόταν η σωστή χορήγηση των φαρμάκων και οι μέρες παραμονής του στην κλινική θα ήταν σίγουρα πολύ λιγότερες.

4. ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης (ΠΑ.Γ.Ν.Η.). συνολικά μοιράστηκαν 141 ερωτηματολόγια, σε τυχαία επιλεγμένα μέλη νοσηλευτικού προσωπικού διαφορετικών βαθμίδων εκπαίδευσης και διαφορετικών ειδικοτήτων που εργάζονται σε παθολογικά, χειρουργικά, παιδιατρικά τμήματα, καθώς σε Μ.Ε.Θ και Τ.Ε.Π. Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων έγινε ανώνυμα και κατά τη διάρκεια της εργασίας εφόσον βέβαια είχε προηγηθεί κατάθεση για άδεια διεξαγωγής της μελέτης στη Νοσηλευτική διεύθυνση του νοσοκομείου.

Το ερωτηματολόγιο περιείχε δεκαεπτά ερωτήσεις χωρισμένες σε τέσσερις ενότητες. Οι ερωτήσεις της πρώτης ενότητας εξέταζαν το ποσοστό που πιστεύουν οι Νοσηλευτές ότι αφορούν τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη καθώς επίσης το ποσοστό και τη σπουδαιότητα καταγραφής και γνωστοποίησης τους. Στην δεύτερη ενότητα αναφέρονται ερωτήσεις σχετικές με τις συχνότερες αιτίες ιατρικών και νοσηλευτικών λαθών, τους κυριότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη πρόκληση τους και ποια είναι τα κυριότερα λάθη που γίνονται στην κλινική πράξη. Στην τρίτη ενότητα υπήρχαν ερωτήσεις απόψεων για τη μείωση των νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Στην τέταρτη και τελευταία ενότητα περιλαμβάνονταν ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν προσωπικά στοιχεία των Νοσηλευτών όπως φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης.

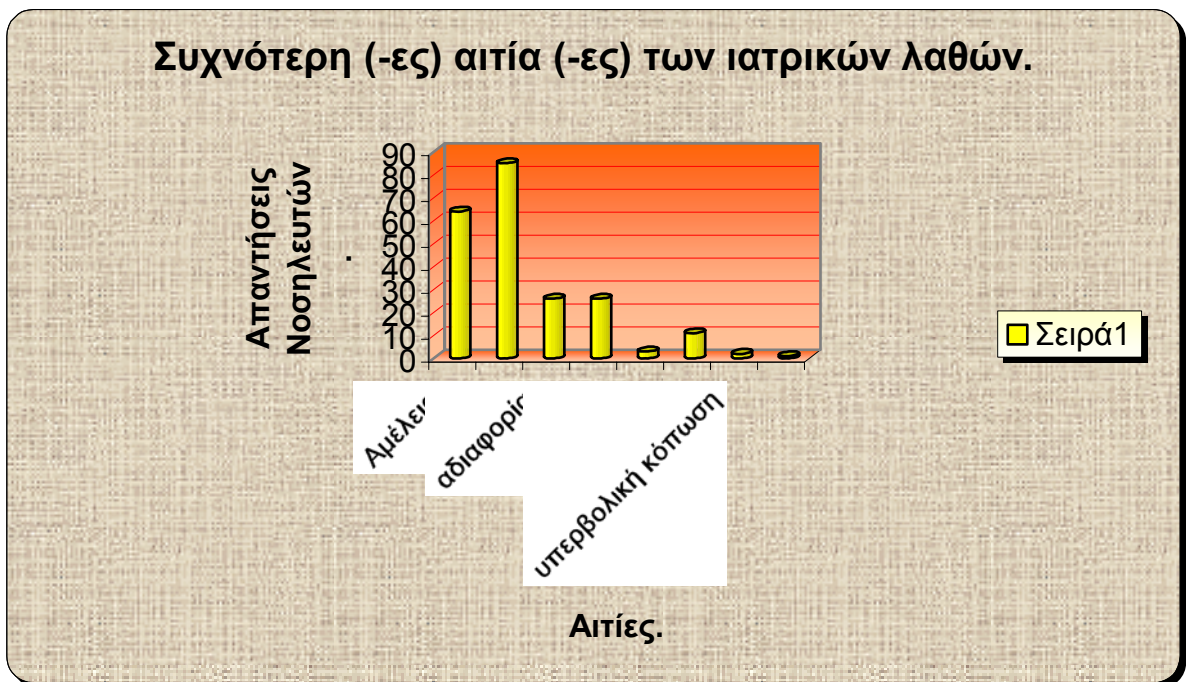
Μετά τη συλλογή των στοιχείων οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, έγινε η εισαγωγή των στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και μετά από κατάλληλη στατιστική επεξεργασία των ποιοτικών και ποσοτικών μεταβλητών προσδιορίστηκαν τα αποτελέσματα για κάθε μια από τις παραπάνω ενότητες.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.

Πίνακας 1.



Πίνακας 2.



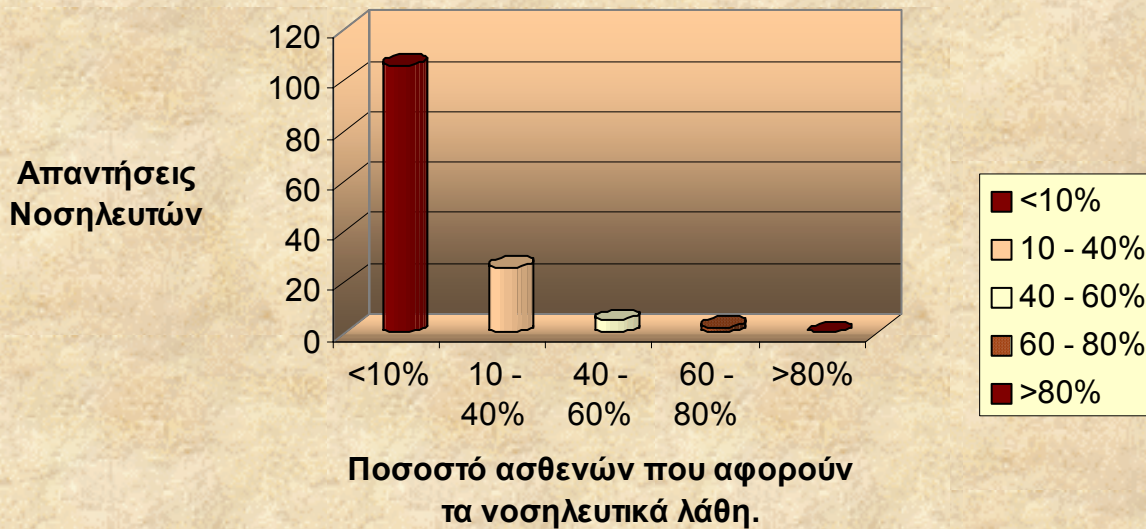
Πίνακας 3.

Σε τι ποσοστό εκτιμάται ότι καταγράφονται - γνωστοποιούνται τα ιατρικά λάθη;

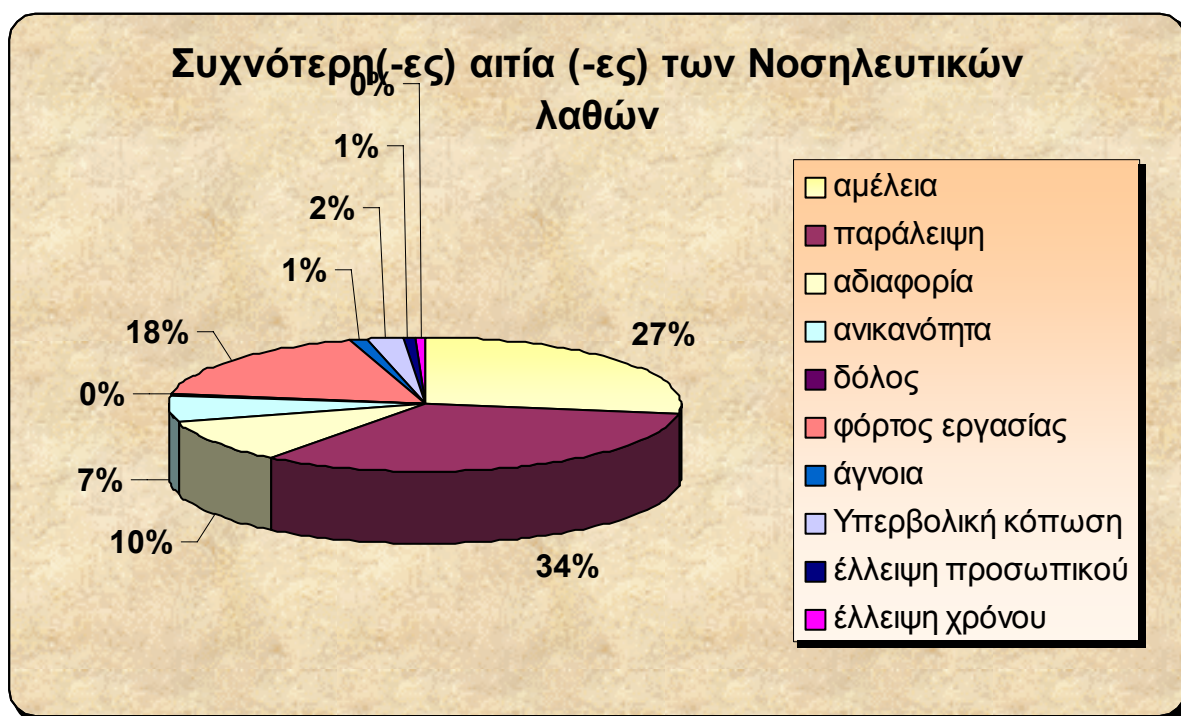


Πίνακας 4.

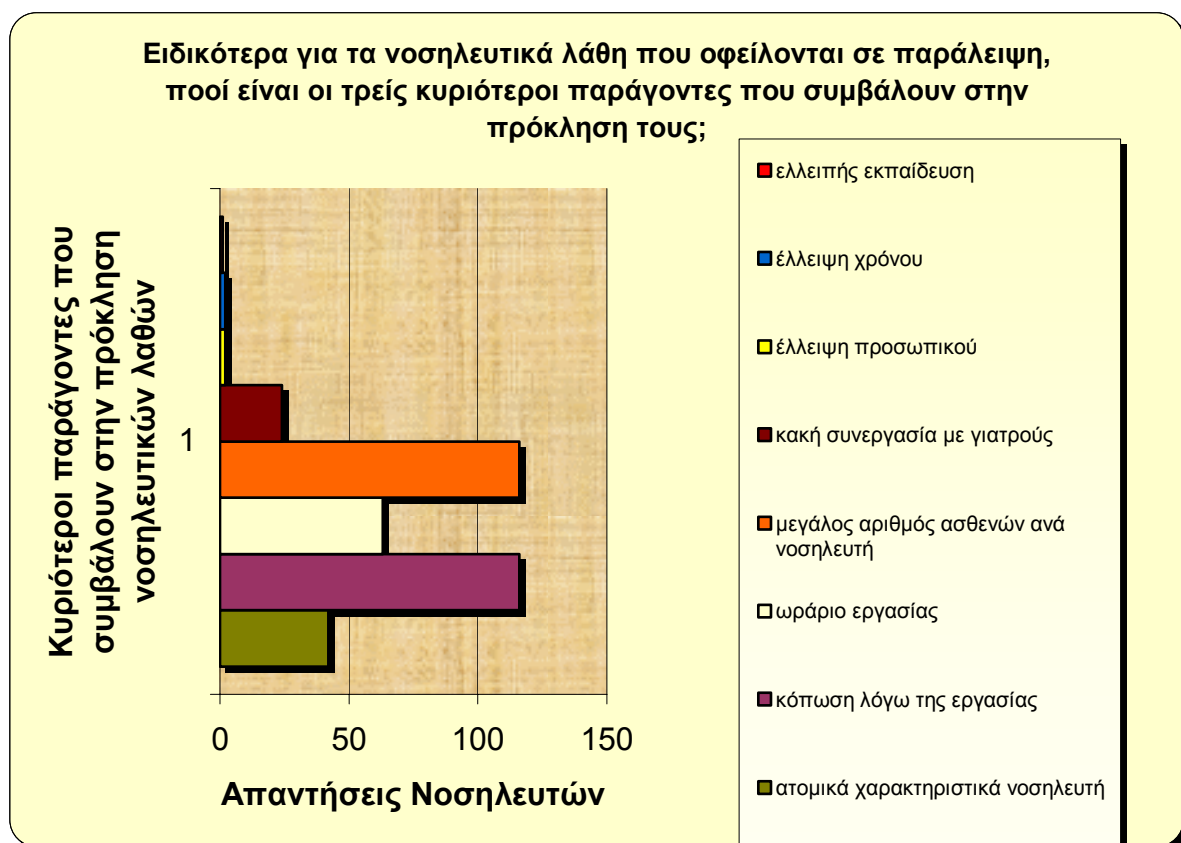
Τι ποσοστό ασθενών πιστεύετε ότι αφορούν τα νοσηλευτικά λάθη;



Πίνακας 5.

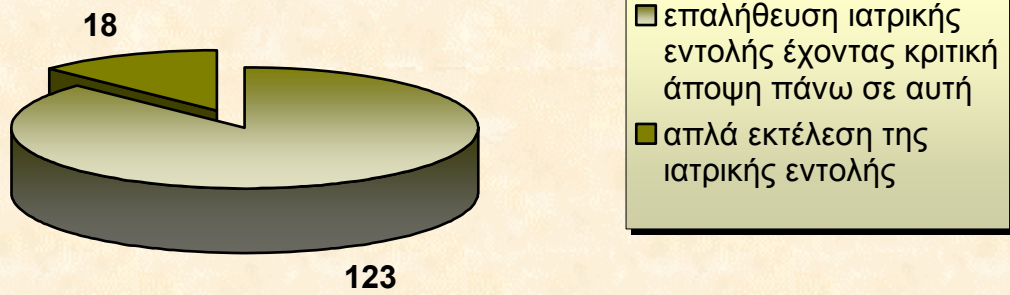


Πίνακας 6.



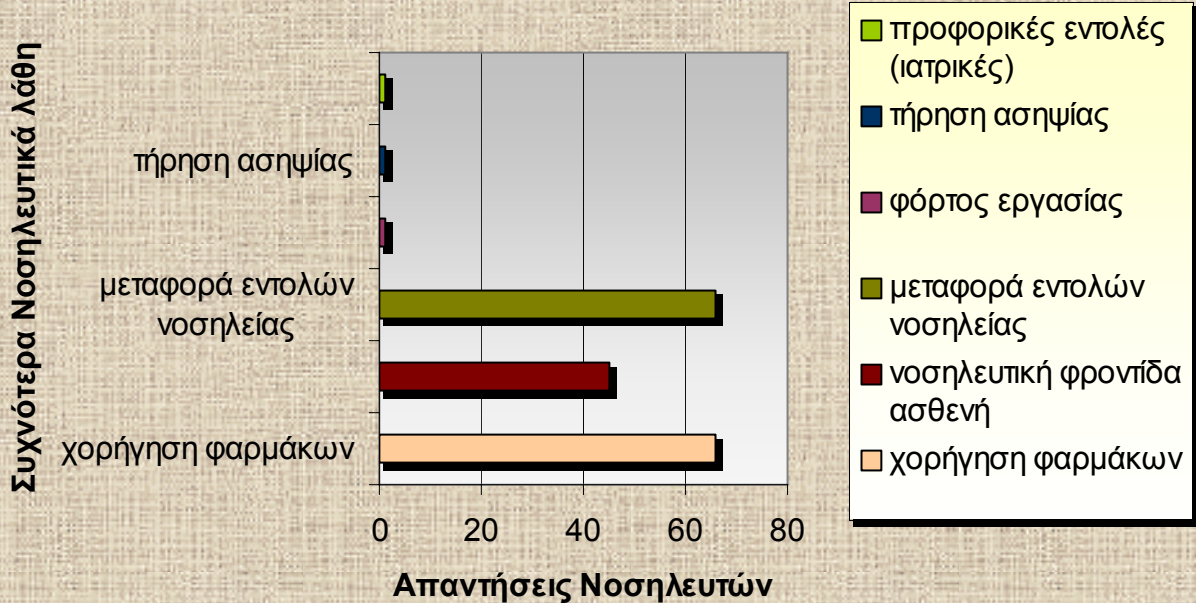
Πίνακας 7.

Πριν την εφαρμογή μιας ιατρικής εντολής:

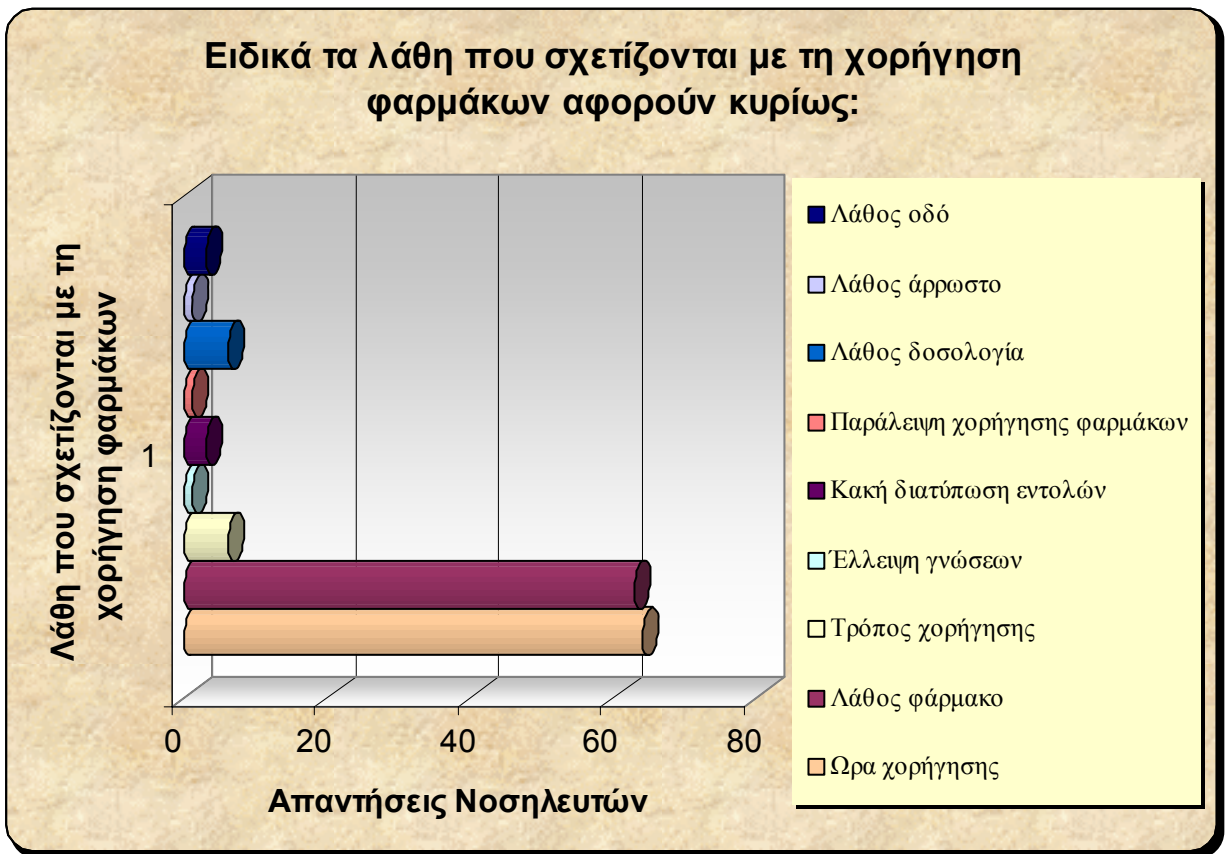


Πίνακας 8.

Τα συχνότερα Νοσηλευτικά λάθη αφορούν:



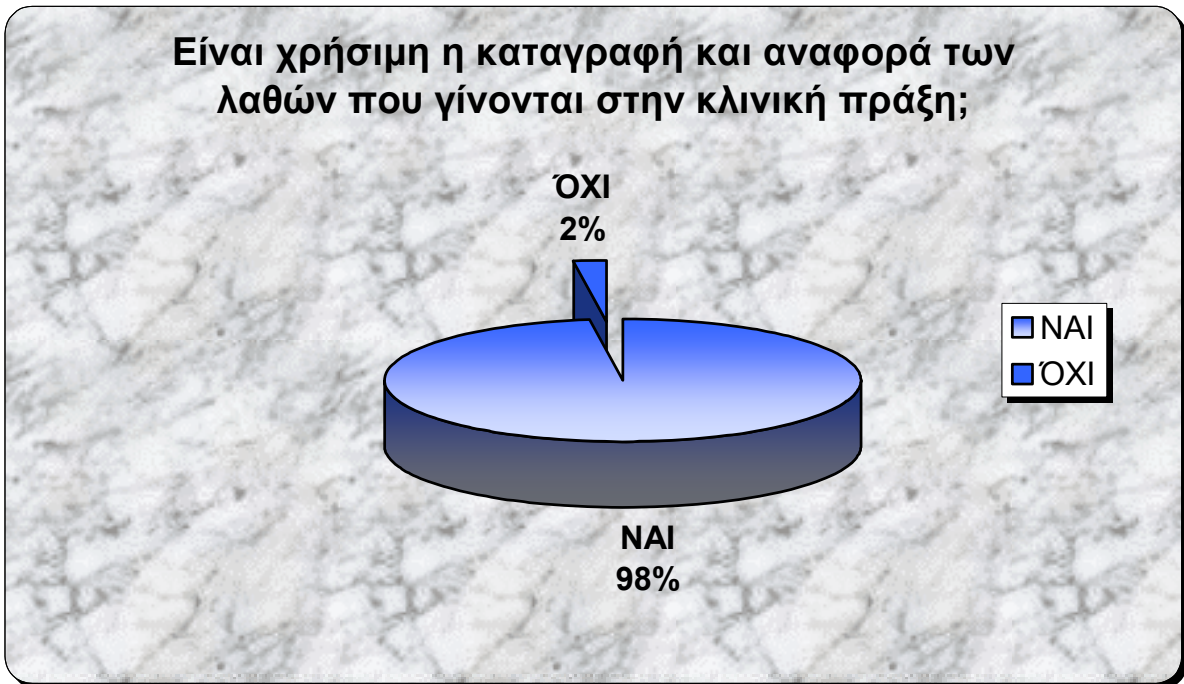
Πίνακας 9.



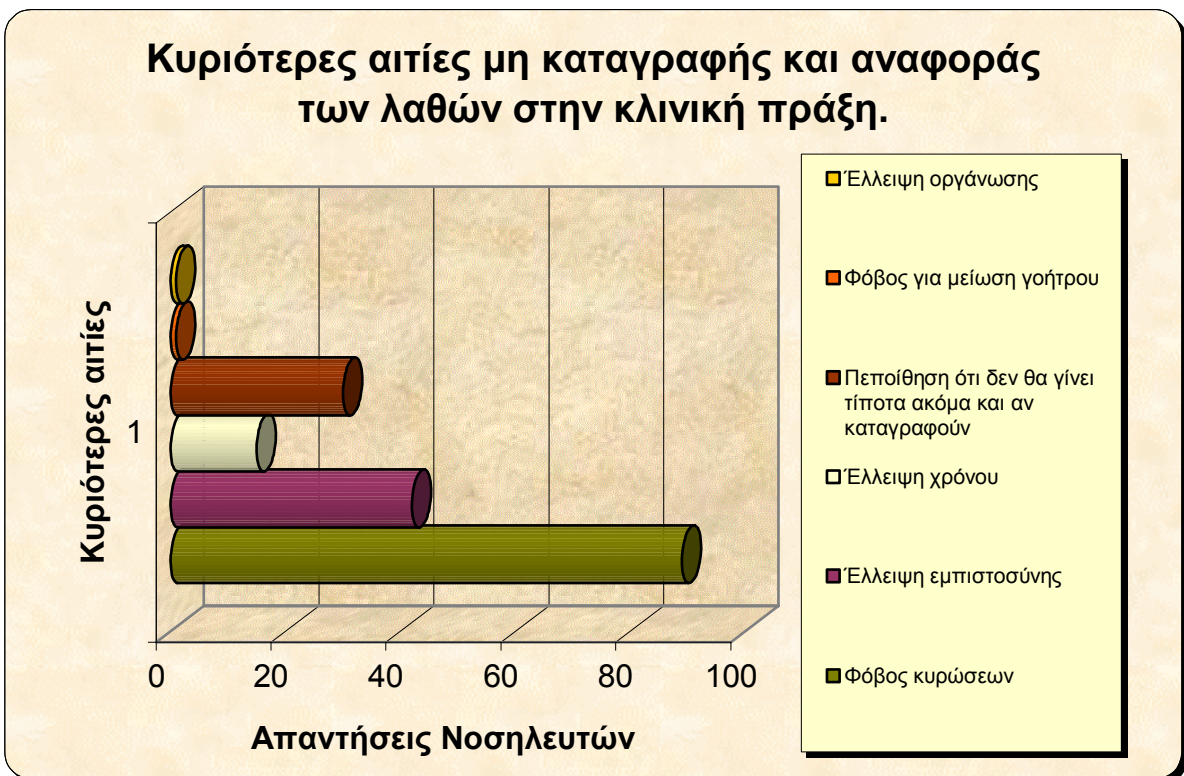
Πίνακας 10.



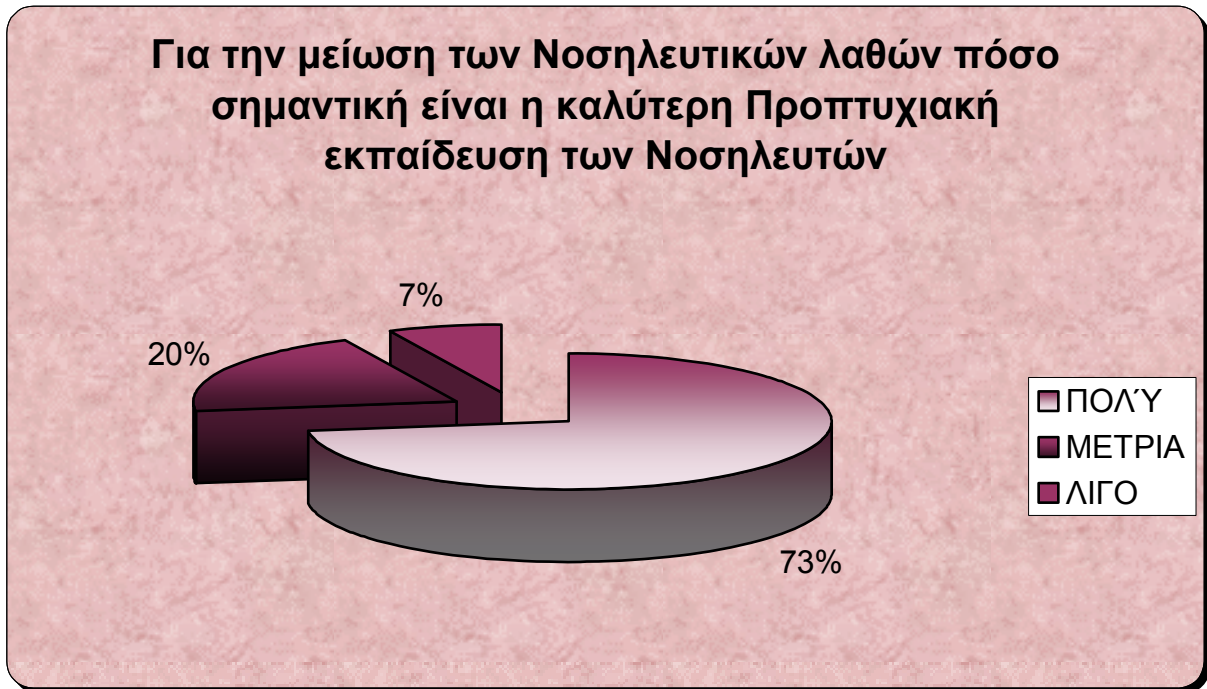
Πίνακας 11.



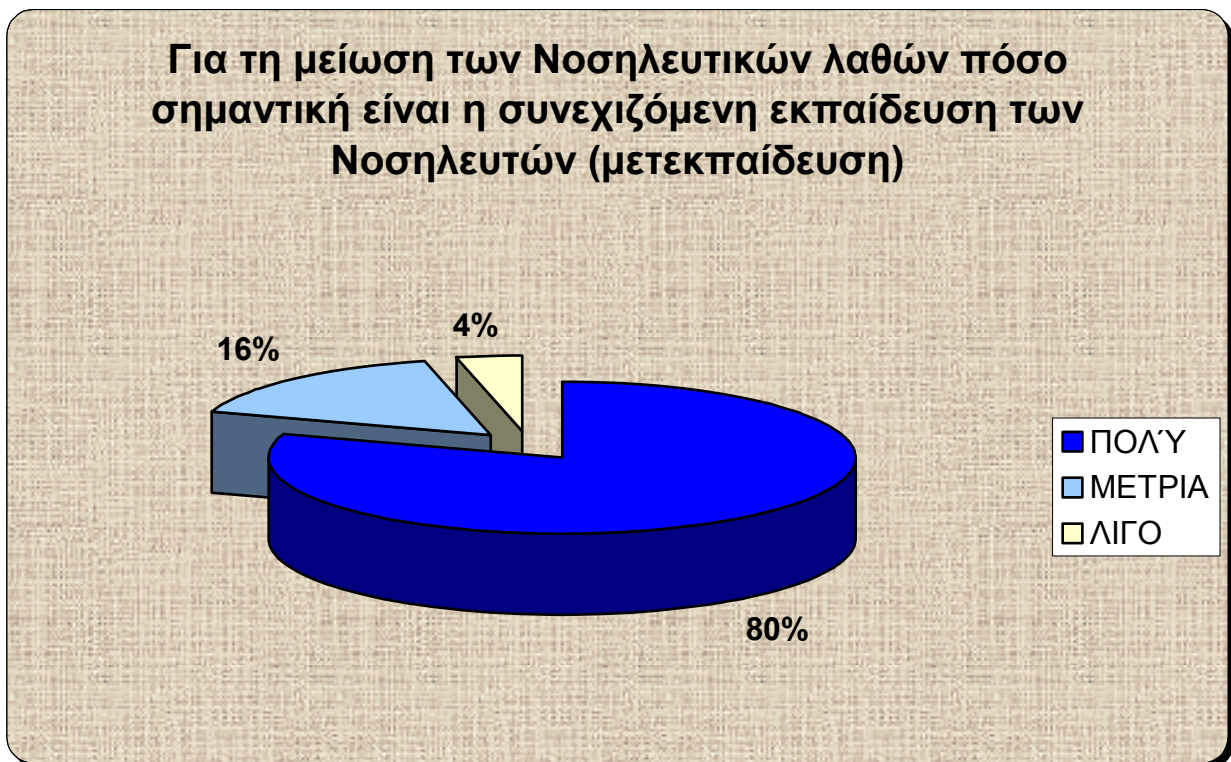
Πίνακας 12.



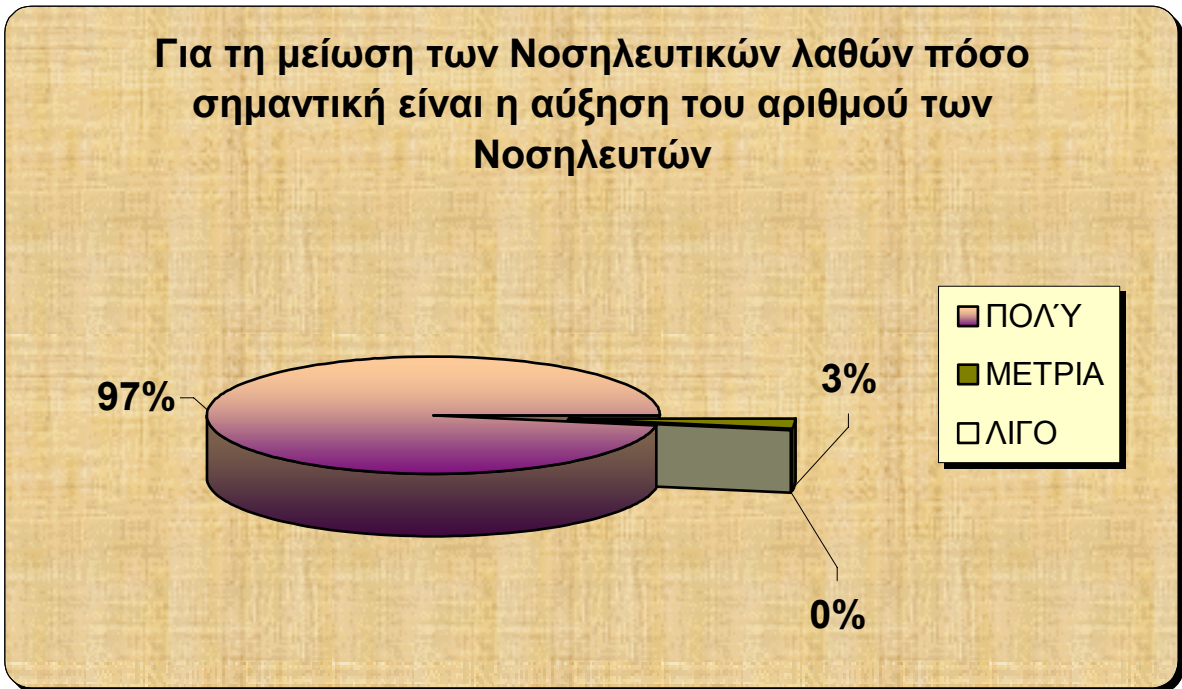
Πίνακας 13. α.



Πίνακας 13. β.



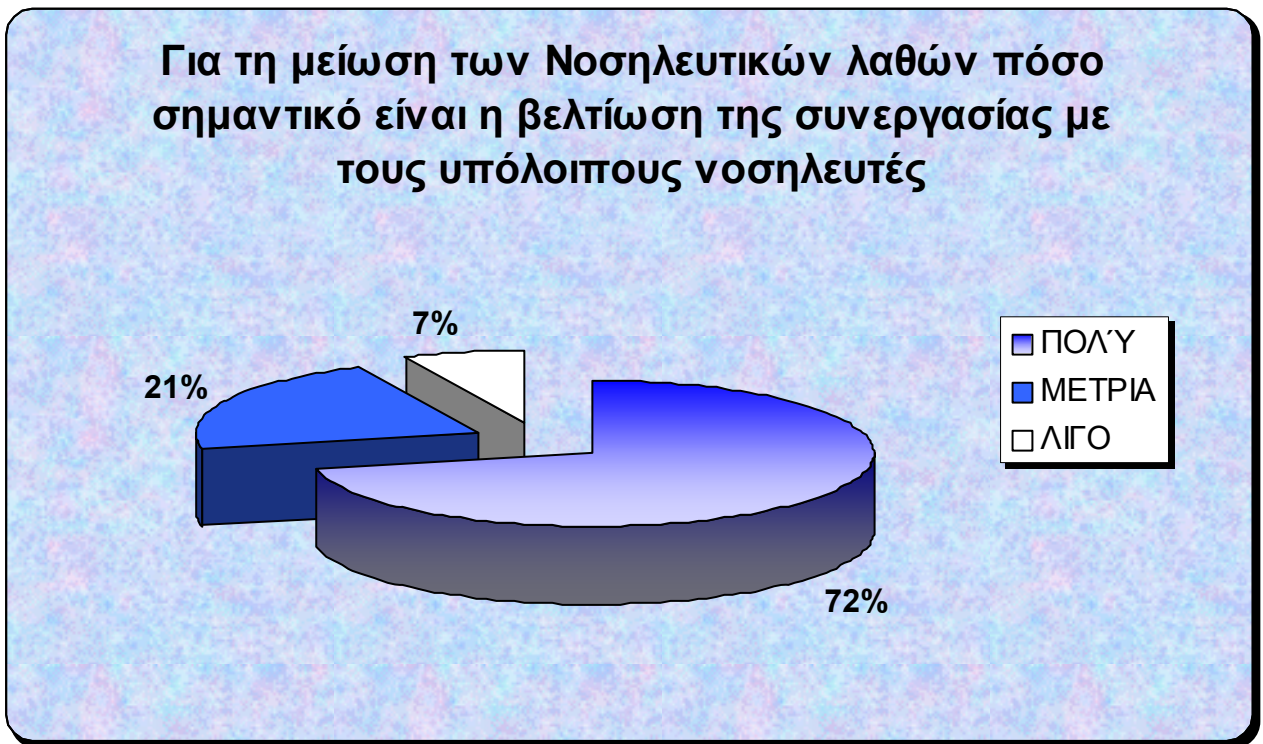
Πίνακας 13. γ.



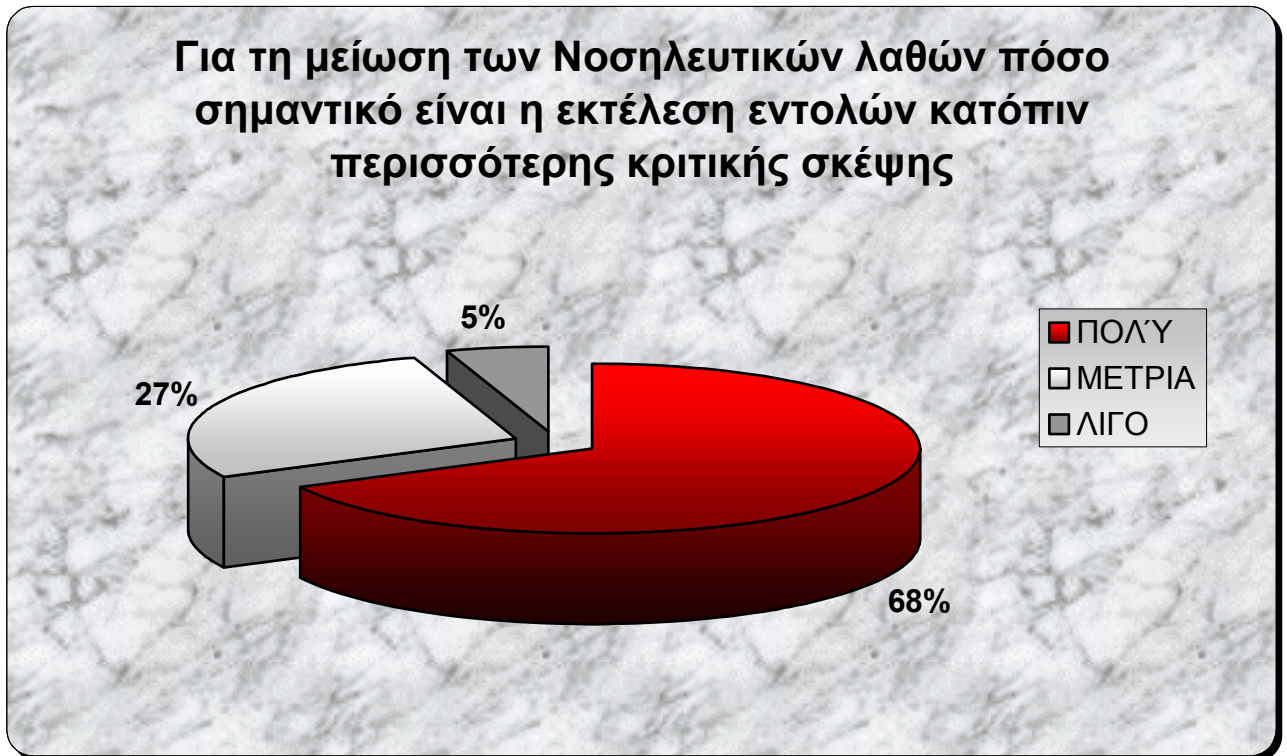
Πίνακας 13. δ.



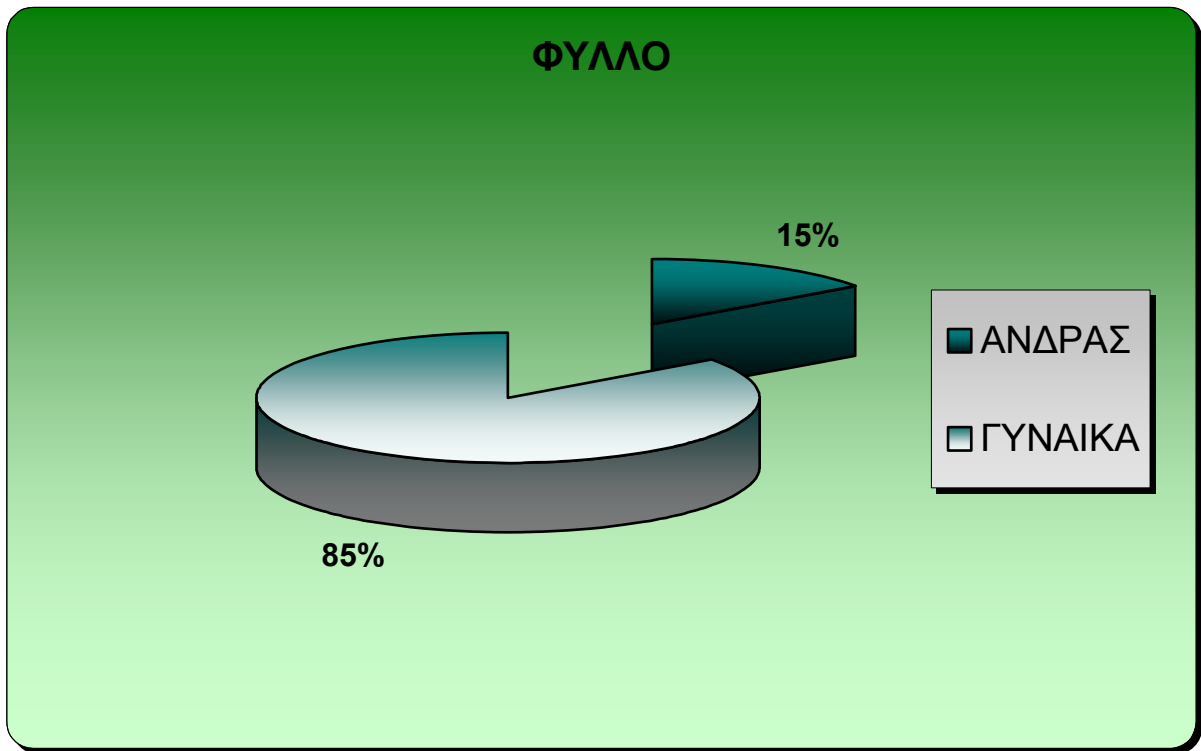
Πίνακας 13. ε.



Πίνακας 13. στ.



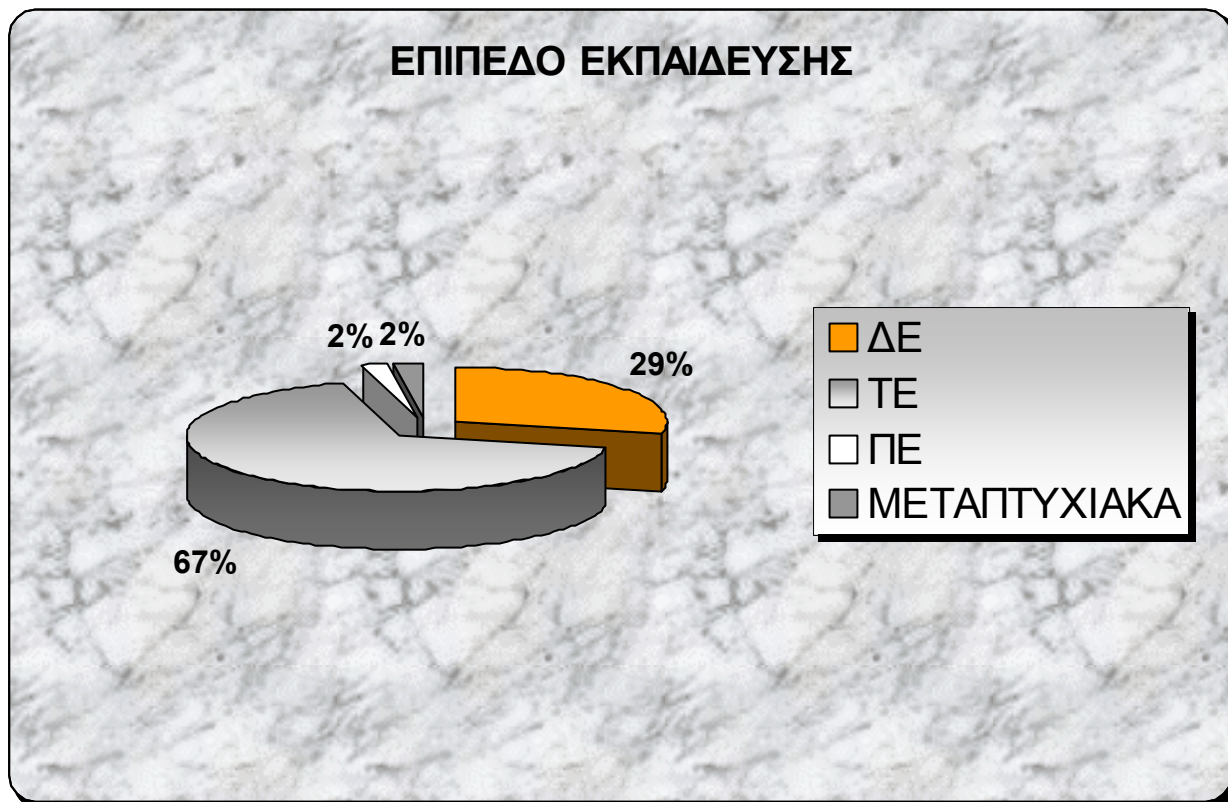
Πίνακας 14.



Πίνακας 15.



Πίνακας 16.



6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα νοσοκομεία ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες φέρουν τα χαρακτηριστικά μεγάλων οργανισμών και διέπονται από ένα πολύπλοκο οργανόγραμμα δομής και λειτουργίας με ποικιλία στόχων, καλά διαμορφωμένο σύστημα ρόλων και διαδικασίες που εξισορροπούν τις διαφορετικές αρμοδιότητες του προσωπικού που είναι μεγάλο αριθμητικά, ανήκει σε διαφορετικές επαγγελματικές κατηγορίες και διαφέρει ως προς την εκπαίδευση του. (Hicks et al, 1991)

Η σπουδαιότητα του έργου του νοσηλευτικού δυναμικού είναι γνωστή και αναμφισβήτητη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ήδη από το 1975 προσδιόρισε το ρόλο των Νοσηλευτών, ο οποίος διαχρονικά έγινε όλο και πιο σύνθετος και πολύπλοκος με αποτέλεσμα να απαιτούνται περισσότερες γνώσεις και δεξιότητες ενώ παράλληλα διευρύνθηκε το πεδίο δραστηριότητας τους και έχουν αυτοδύναμο ρόλο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, στη διδασκαλία και έρευνα.

Στη χώρα μας η Νοσηλευτική – αντίθετα από την ιατρική – δεν χαιρεί κοινωνικής καταξίωσης, με αποτέλεσμα η Νοσηλευτική να μην αποτελεί την πρώτη επιλογή των υποψηφίων για την τριτοβάθμια εκπαίδευση, στη μη άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος μετά τη λήψη του πτυχίου, στα μεγάλα ποσοστά απουσιών κατά την άσκηση του επαγγέλματος (Μπέλλου και συν 1984, Ceria 1992) και στη μετακίνηση του νοσηλευτικού δυναμικού σε άλλες υπηρεσίες και κυρίως τη διοικητική.

Η ελλιπής εκπαίδευση, η επαγγελματική εξουθένωση (Burn out), η κακή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, οι ελλείψεις προσωπικού, καθώς επίσης και το κυκλικό ωράριο και οι δύσκολες συνθήκες εργασίας είναι μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σήμερα οι Νοσηλευτές και αποτελούν τους σπουδαιότερους παράγοντες δημιουργίας νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη.

Το Λάθος έχει πάρει στη χώρα μας δραματικές διαστάσεις και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με κατάλληλα μέτρα από την πολιτεία και τους επιστημονικούς φορείς, προκειμένου να οικοδομηθεί η πολιτική της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας,

Όπως ήταν αναμενόμενο, τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας συμπίπτουν με τη κατηγοριοποίηση των νοσηλευτικών λαθών στην κλινική πράξη από έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. σε 21 διαφορετικές υποθέσεις λαθών. Έτσι, η πρώτη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών που αφορά την έλλειψη προσοχής και μπορεί να προκληθεί από προβλήματα του συστήματος όντως αποδείχτηκε με την έρευνα ότι αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό. Μια άλλη κατηγορία νοσηλευτικών λαθών είναι τα φαρμακευτικά λάθη τα οποία σύμφωνα με την έρευνα υπερτερούν, καθώς επίσης και τα λάθη τα οποία σχετίζονται με τη χορήγηση φαρμάκων και αφορούν κυρίως την ώρα χορήγησης.

Τέλος, προκειμένου να αναβαθμιστεί το νοσηλευτικό επάγγελμα και να μειωθούν στο ελάχιστο τα νοσηλευτικά λάθη σύμφωνα με την έρευνα τα νοσηλευτικά στελέχη προτείνουν: καλύτερη προπτυχιακή εκπαίδευση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση (μετεκπαίδευση), την αύξηση του

αριθμού των Νοσηλευτών, τη βελτίωση της συνεργασίας με γιατρούς και Νοσηλευτές, καθώς επίσης και το σεβασμό απέναντι στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ


Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων και παρά το σχετικά μικρό δείγμα, ως προς τους στόχους της παρούσας έρευνας συμπεραίνουμε τα ακόλουθα:

- 1) Η πλειοψηφία των Νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες, ηλικίας 31-40 ετών, με επίπεδο εκπαίδευσης Τ.Ε.Ι. χωρίς κανένα άλλο τίτλο σπουδών (μεταπτυχιακά).
- 2) Το ποσοστό ασθενών που πιστεύουν οι Νοσηλευτές ότι αφορούν τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη είναι <10 %.
- 3) Οι συχνότερες αιτίες ιατρικών και νοσηλευτικών λαθών είναι η παράλειψη και η αμέλεια. Ειδικότερα για τα νοσηλευτικά λάθη που οφείλονται στην παράλειψη, οι Νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι τρεις κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση τους είναι η κόπωση λόγω της εργασίας, το ωράριο εργασίας και ο μεγάλος αριθμός ασθενών που αναλογεί ανά Νοσηλευτή.
- 4) Το ποσοστό που εκτιμάται ότι καταγράφονται – γνωστοποιούνται τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη είναι < 10 %, παρόλο που οι Νοσηλευτές υποστήριζαν ότι η καταγραφή και η αναφορά των λαθών στην κλινική πράξη είναι χρήσιμη. Οι κυριότερες αιτίες μη καταγραφής και αναφοράς των λαθών στην κλινική πράξη είναι ο φόβος κυρώσεων και έπειτα η έλλειψη εμπιστοσύνης.
- 5) Ως προς την εφαρμογή μιας ιατρικής εντολής, οι περισσότεροι Νοσηλευτές υποστηρίζουν ότι την επαληθεύουν έχοντας κριτική άποψη πάνω σε αυτήν. Αυτό αποδεικνύει ότι οι Νοσηλευτές δεν αποτελούν πλέον εκτελεστικά όργανα χωρίς τη δυνατότητα προσωπικής κρίσης, αφού ο ρόλος τους έχει αλλάξει κατά πολύ τα τελευταία χρόνια και η Νοσηλευτική αναγνωρίστηκε ως επιστήμη.
- 6) Θεωρούν ότι τα συχνότερα νοσηλευτικά λάθη αφορούν τη χορήγηση φαρμάκων και τη μεταφορά εντολών νοσηλείας. Τα λάθη που σχετίζονται με την χορήγηση φαρμάκων αφορούν κυρίως την ώρα χορήγησης, διότι όπως προκύπτει από τα παραπάνω ένας από τους κυριότερους παράγοντες που συμβάλλει στην πρόκληση του λάθους είναι ο μεγάλος αριθμός ασθενών που αναλογεί ανά Νοσηλευτή.
- 7) Αναφορικά με την αναβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος και τη μείωση των νοσηλευτικών λαθών προτείνουν την καλύτερη προπτυχιακή εκπαίδευση των Νοσηλευτών, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους (μετεκπαίδευση), τη βελτίωση της συνεργασίας με τους

γιατρούς και νοσηλευτές (επικοινωνία), και την εκτέλεση των ιατρικών εντολών κατόπιν κριτικής σκέψης.

- 8) Θα ήταν εξαιρετικά ενδιαφέρον να γίνει συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων παράλληλων ερευνών που θα αφορούν τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη, επειδή έρευνες αυτής της μορφής έχουν να προσφέρουν πολλά στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.



A decorative border of arrows, each with a black and white striped tail and a black arrowhead, pointing towards the center of the page. The arrows are arranged in a circular pattern around the text.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

*Κατά τον Αριστοτέλη: «Των πράξεων μας από την αρχή μέχρι τέλους Κύριοι
εσμέν».*

*Αναλαμβάνοντας λοιπόν, τις ευθύνες των πράξεων μας και οδηγούμενοι από
την ανάγκη μας για τον άρρωστο και για το έργο το οποίο επιτελούμε, ας
αποδεχτούμε τα λάθη μας.*

*Αν επέμβουμε στο λάθος, με επιμέλεια, ευαισθησία, σοβαρότητα, αγάπη,
κριτικό πνεύμα, αίσθημα επαγγελματικής ευθύνης και συναίσθηση του κοινωνικού
μας χρέους,*

*ίσως παράλληλα να του δώσουμε τη δυνατότητα να γίνει αυτό αρχή
δημιουργικού διαλόγου, ερέθισμα μάθησης,
πολύτιμος οδηγός στην επιστημονική εξέλιξη της Νοσηλευτικής.*

Σας ευχαριστούμε....

"ΒΙΒΛΙΟΤΡΑΦΙΑ"



1. ΜΩΡΟΥ,Ζ. «Δυστυχώς ελαθεύσαμεν...»Αντληση πληροφοριών από το λάθος:παράγοντας βελτίωσης ποιότητας νοσηλευτικής πράξης. Πρακτικά 21^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1994 (Σελ. 237-241).
2. ΓΑΛΑΝΗ, Σ. ΑΣΗΜΙΝΑ, Ε. ΡΕΒΕΝΙΩΤΗ, Α. «Προβλήματα και ανησυχίες της σύγχρονης Νοσηλεύτριας». Πρακτικά 21ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1994 (Σελ. 149-153).
3. ΤΖΑΛΑ – ΒΕΚΡΗ, Α. «Η Νοσηλευτική σαν πράξη προσφοράς στον άνθρωπο, την κοινωνία και την οικονομία της χώρας.» Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, Μάιος 1984 (Σελ. 159-163).
4. ΠΑΠΑΜΙΚΡΟΥΛΗ, ΣΤ. «Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα – Προοπτικές». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, Μάιος 1984 (Σελ. 19-36).
5. ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ, Λ. «Εθνικό Σύστημα Υγείας και η Θέση της Νοσηλευτικής». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, Μάιος 1984 (Σελ. 47-51).
6. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ε. «Η Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Θεωρία και Κλινική Άσκηση». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, Μάιος 1984 (Σελ. 135-141).
7. ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ – ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Α. «Ο Εξανθρωπισμός του Νοσοκομειακού Περιβάλλοντος». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, Μάιος 1984 (Σελ. 171-178).
8. ΚΑΤΣΟΥΛΗ, Φ. «Η ιδεολογική κρίση της Νοσηλευτικής στην εποχή μας – Λειτουργήμα ή Επάγγελμα». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, Μάιος 1984 (Σελ. 229-236).
9. ΜΑΛΛΙΔΟΥ, Α.Α. GIOVANNETI Ph.B. «Κλινικά αποτελέσματα ασθενών εξαρτώμενα από οργανωτικά χαρακτηριστικά και στελέχωση Νοσηλευτών». Νοσηλευτική Ιούλιος- Σεπτέμβριος 2004, 433: 346-359.
10. ΡΑΓΙΑ, ΔΡ.Α. «Διαπροσωπική Διάσταση της Ολικής Νοσηλευτικής». Νοσηλευτική Απρίλιος- Ιούνιος 2004, 432: 153-160.

11. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΓΛΟΥ, Ε. «Η συμβολή της ανακλαστικής γνωσιακής διεργασίας στη βελτίωση της Νοσηλευτικής Πρακτικής». Νοσηλευτική Απρίλιος – Ιούνιος 2004, 432: 166-172.
12. ΚΟΤΖΑΜΠΙΑΣΑΚΗ, Σ. «Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα: Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές». Νοσηλευτική Ιανουάριος – Μάρτιος 2004, 431: 14-22.
13. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ, Α. ΧΑΤΖΗΜΙΧΑΗΛ, Ε. ΚΑΥΚΙΑ, Θ. ΣΕΡΑΦΙΜΙΔΟΥ, Ο. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΛΑΖΑΡΙΔΗΣ, Π. ΣΑΜΑΡΑ, Α. ΦΥΡΑΡΙΔΗΣ, Σ. ΑΣΛΑΝΙΔΟΥ, Β. ΣΙΣΚΟΥ, Ε. ΚΩΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ, Α. «Απόψεις των Νοσηλευόμενων που αξιολογούν την Νοσηλευτική Υπηρεσία». Πρακτικά 18^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1991 (Σελ. 71-87).
14. ΡΑΓΙΑ, Α. «Επιστημονικές Αρχές και Μέθοδοι στην Κλινική Νοσηλευτική». Πρακτικά 18^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1991 (Σελ. 95-101).
15. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ, Α. ΣΤΕΦΑ, Μ. «Χαρακτηριστικά Εκπαιδευτικού Προγράμματος για τη βελτίωση Νοσηλευτικής Φροντίδας». Πρακτικά 18^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1991 (Σελ. 294-305).
16. ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ, Γ. ΜΠΟΣΜΟΥ, Φ. ΚΟΥΒΑ, Μ. «Σας αρέσει το επάγγελμα σας;». Πρακτικά 18^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1991 (Σελ. 306-317).
17. ΠΛΑΤΗ, ΧΡ. ΚΑΤΟΣΤΑΡΑΣ, Φ. ΛΑΝΑΡΑ, Β. «Απουσίες Νοσηλευτικού Προσωπικού και Ενδονοσοκομειακά Ατυχήματα». Πρακτικά 18^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, Μάιος 1991 (Σελ. 343-352).
18. ΓΚΟΥΒΑ, Μ. ΜΠΟΣΜΟΥ, Φ. ΝΑΝΗ, Α. «Προπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση και Προληπτική Νοσηλευτική. Έρευνα: Τι θα θέλατε να σας είχε μάθει το Τ.Ε.Ι. ;». Πρακτικά 20^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Χαλκιδική, Μάιος 1993 (Σελ. 419-426).
19. ΠΛΑΤΗ, Χ. ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, Χ. ΜΠΡΟΚΑΛΑΚΗ, Η. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ, Α. ΠΑΤΗΡΑΚΗ, Ε. ΑΚΥΡΟΥ, Α. ΜΑΝΤΑΣ, Ι. ΛΑΝΑΡΑ, Β. «Κατανομή χρόνου Νοσηλευτών και Βοηθών Νοσηλευτών». Πρακτικά 20^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Χαλκιδική, Μάιος 1993 (Σελ. 503-511).

20. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΜΑΡΑΚΗ, Μ. «Ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση Νοσηλευτικού προσωπικού». Πρακτικά ΙΒ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1985 (Σελ. 29-37).
21. ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ, Λ. «Εθνικό σύστημα Υγείας και η θέση της Νοσηλευτικής». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 1984 (Σελ. 47-51).
22. ΓΙΑΝΝΑΚΑ, Χ. «Εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή περίθαλψη στην Ελλάδα». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 1984 (Σελ. 69-75).
23. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Ε. «Η Νοσηλευτική εκπαίδευση: Θεωρία και Κλινική άσκηση». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 1984 (Σελ. 135-141).
24. ΤΖΑΛΑ-ΒΕΚΡΗ, Α. «Η Νοσηλευτική σαν πράξη προσφοράς στον άνθρωπο, την κοινωνία και την οικονομία της χώρας». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 1984 (Σελ. 159-163).
25. ΚΟΥΚΟΥΡΑΔΑΣ, Ν. «Ο εξανθρωπισμός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 1984 (Σελ. 171-178).
26. ΣΕΛΚΟΥ- ΜΠΑΓΚΕΡΗ, Δ. «Ανάπτυξη προσωπικού». Πρακτικά ΙΑ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αλεξανδρούπολη, 1984 (Σελ. 205-208).
27. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. «Βασικοί λόγοι που καθιστούν τη συνεχή επιμόρφωση αναγκαία». Πρακτικά Θ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 47-61).
28. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ, Μ. «Περιεχόμενο συνεχούς επιμόρφωσης, συνεχής επιμόρφωση στην Ευρώπη και Αμερική». Πρακτικά Θ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 64-83).
29. ΑΘΑΝΑΤΟΥ, Ε. «Επιμόρφωση και Νοσηλευτική». Πρακτικά Θ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 85-97).
30. ΡΕΝΤΖΟΥ-ΚΗΠΟΥΡΟΥ, Α. «Οργανωτικά πλαίσια ενδονοσοκομειακής επιμόρφωσης». Πρακτικά Θ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 104-107).
31. ΠΗΠΕΡΙΔΟΥ, Α. «Κρατικοί φορείς επιμορφώσεως». Πρακτικά Θ΄ Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 108-112).

32. ΜΑΡΚΟΥ, Α. «Αντικειμενικοί σκοποί προγραμμάτων ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης». Πρακτικά Θ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 113-116).
33. ΜΑΓΚΛΑΡΑ, Β. «Θεσμός συντονίστριας εκπαίδευσεως Αδερφής». Πρακτικά Θ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 113-147).
34. ΡΟΥΣΟΥ, Χ. «Η εξέλιξη της Νοσηλευτικής και η ευθύνη των Νοσηλευτικών λειτουργιών». Πρακτικά Θ' Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα, 1983 (Σελ. 147-160).
35. ΡΑΓΙΑ, Α. «Βασική Νοσηλευτική». Αθήνα, 1987.
36. World health organization. Expert Committee on Nursing. Fifth Report, Geneva, WHO, 1996.
37. Peplau H. Interpersonal relations in Nursing. New York, Putnam's Sons, 1952, 16:186.
38. Θεοδώρου Στουδίτου Ιαμβος ΙΖ' εις ΤΟΝ Νοσοκόμον, Ρ.Γ.99:1985D.
39. S. Duncan. "Nonverbal Communication" Psychological bulletin, 72,2, August 1969, p118.
40. E. Lambertsen. Education for nursing Leadersgip. Philadelphia: J. B . Lippincott, 1958, p. 80.
41. ΝΤΟΖΗ-ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ, Ι. «Φαρμακολογία». Θεσσαλονίκη, Αφών Κυριακίδη, 1985.
42. Barrow D.: Nursing – A new tomorrow. Int. Nurs. Rev. 36: 141-144, 1989.
43. Chaska L.: The Nursing profession – A time to speak. Mc Graw – Hill Book, New York 1983.
44. Kitson A.: Raising standards of Clinical Practise – the fundamental issue of effective nursing practise. Journal of Adv. Nurs. 12: 322-329, 1987.
45. Koch T.: A review of nursing quality assurance. Journal of Adv. Nurs. 17: 78-94, 1992.
46. Less G.: Salauro M., Warden S.: Quality assurance: Is it professional insurance? Journal of Adv. Nurs. 12: 719-727, 1987.
47. Ραγιά Α.: Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα, 1987.

48. Ραγιά Α.: Η Αδερφή. Το μεγαλείον του έργου της. Εκδόσεις Αδελφότητας «ΕΥΝΙΚΗ», Αθήνα 1972.
49. Styles M.: Common sense approach to nursing research. Int. Nur. Rev. 37: 203-206, 218, 1990.
50. Δημόπουλος Κ. Χρ. : Κανονισμός Ιατρικής Δεοντολογίας, Αθήνα, 1971.
51. Κανελλόπουλος Παν.: Ιστορία του Ευρωπαϊκού Πνεύματος. 1976.
52. Ρούσου Χ.Ν.: Η Επισκέπτρια Αδερφή σύμβουλος Υγιεινής της οικογένειας. ΕΛΛΗΝΙΣ ΑΔΕΡΦΗ τ. 62 ΕΣΔΕΝ ΑΘΗΝΑ, 1977.
53. Γκίκας, Σ. Φιλοσοφικό Λεξικό. Αθήνα, Φελέκη, 1987.
54. Χάρης Ν. Ρούσου: «Νομοθεσία υγειονομική – νοσηλευτική επαγγελματική» 1990.

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ:

55. www.in.gr
56. www.mednet.com
57. www.iatronet.com