

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το profile της Νοσηλευτικής υπηρεσίας στις ορθοπαιδικές κλινικές των
Νοσοκομείων Θεσσαλονίκης: Η αντίληψη του Νοσηλευτικού προσωπικού των
ορθοπαιδικών κλινικών

Πτυχιακή Εργασία

Ονοματεπώνυμα φοιτητών

Νικολάου Χρυσούλα

Στρατής Ευάγγελος

Δερμεντζόγλου Αγάπιος

Τσουλφαΐδου Βίκυ- Αννέτα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Αλεξάνδρα Δημητριάδου - Παντέκα,

Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ

Θεσσαλονίκη 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	4
Πρόλογος	5
Εισαγωγή	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
Κεφάλαιο 1 ^ο Η ιστορία και η εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης	12
1.1 Η πρώτη ιστορία της νοσηλευτικής	12
1.2 Παράγοντες που επηρέασαν την εξέλιξη της Νοσηλευτικής	15
Κεφάλαιο 2ο	27
2.1 Η Νοσηλευτική και το αντικείμενο της	27
2.2. Οι Νοσηλευτικοί Ρόλοι στο σύγχρονο Σύστημα Υγείας	29
2.2.1.Οι Νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας	29
2.2.2.. Οι Νοσηλευτές ως συνήγοροι των ασθενών.....	30
2.2.3. Οι Νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδος υγείας	31
2.2.4. Οι Νοσηλευτές στη Διοίκηση (managers)	32
2.2.5. Οι Νοσηλευτές ως ερευνητές.....	37
Κεφάλαιο 3 ^ο Οι Σχέσεις των Νοσηλευτών	38
3.1.Σχέσεις των νοσηλευτών με ιατρούς	38
3.2.Οι σχέσεις νοσηλευτών με νοσηλευτές	39
3.3.Οι σχέσεις νοσηλευτών με ασθενείς	40
Κεφάλαιο 4 ^ο Η Ορθοπαιδική Νοσηλευτική.....	41
4.1.1. Η επιστήμη της Ορθοπαιδικής.....	41
4.1.2. Το αντικείμενο της ορθοπαιδικής επιστήμης.....	42
4.1.3. Ορθοπαιδική Χειρουργική.....	42
4.2. Ορθοπαιδική Νοσηλευτική	43
Κεφάλαιο 5 ^ο Προβλήματα ορθοπαιδικού ασθενούς.....	58
Κεφάλαιο 6 ^ο Στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών	81
6.1 Στελέχωση δημόσιου νοσοκομείου με νοσηλευτικό προσωπικό	81
6.2.Παράγοντες προσδιορισμού της κατάλληλης στελέχωσης.....	84
6.3. Η λειτουργία της υπηρεσίας προσωπικού.....	86
6.4.Η στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	87
7.1.Εισαγωγή στην θεωρία της νοσηλευτικής διοίκησης	91
7.2.Θεωρία, έννοιες και αρχές της Διοίκησης:	92
7.3. Γενική θεωρία των συστημάτων.....	94

7.4. Εννοιολογικά μοντέλα της νοσηλευτικής διοίκησης στηριζόμενα στη νοσηλευτική θεωρία.....	94
7.5.Βασικές αρχές και προϋποθέσεις αποτελεσματικής ηγεσίας.....	96
7.6. Νοσηλευτική διοίκηση.....	97
7.8. Γενικές αρχές της νοσηλευτικής διοίκησης.....	99
7.9. Επίπεδα διοίκησης	101
7.10. Διαδικασία προγραμματισμού	107
7.11.Η διαδικασία του ελέγχου.....	109
7.12. Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα.....	110
7.13. Η αρχή της οικονομίας.....	111
7.14. Η αρχή της ωφελιμότητας.....	111
7.15. Σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας	113
Ειδικό μέρος	125
Σκοπός της έρευνας	125
Ηθική της έρευνας:	126
Περιορισμοί της έρευνας:	126
Πληθυσμός και μέθοδος	127
Αποτελέσματα.....	131
<i>1.Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού</i>	<i>132</i>
Σύμφωνα με την κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος, σχετικά με τα χρόνια προϋπηρεσίας, η μεγαλύτερη συχνότητα του δείγματος ανέρχεται στα 20 χρόνια προϋπηρεσίας (14,3%), με μέση τιμή των 11,6 ετών. (πίνακας 1.2).	132
Η έρευνα όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών του δείγματος έδειξε ότι το 77.9% προέρχεται από τμήματα ανώτερης τεχνολογικής εκπαίδευσης(Τ.Ε.Ι) και το 22.1% από σχολές διετούς φοίτησης (ΕΠΑΛ-ΤΕΛ) (πίνακας 1.4).	132
Η μέση τιμή των ανεπτυγμένων κλινών στις ορθοπαιδικές κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης είναι 35.5 με μέσο αριθμό ασθενών 25.5 κατά την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.(γράφημα 2).	134
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	152
Επίλογος:.....	153
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:	154
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	162
<i>1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού</i>	<i>162</i>
Πίνακας 1	162

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΝΠ: Νοσηλευτικό προσωπικό.

Ε.Κ.Ε.Π.Υ. : Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας.

Νοσηλευτές ΔΕ: Νοσηλευτές Διετούς Εκπαίδευσης.

Νοσηλευτές ΤΕ: Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

Νοσηλευτές ΠΕ: Νοσηλευτές Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

ΕΠΑΛ: Επαγγελματικά Λύκεια.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με τίτλο: «Το profile της Νοσηλευτικής υπηρεσίας στις ορθοπαιδικές κλινικές των Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης: Η αντίληψη του Νοσηλευτικού προσωπικού των ορθοπαιδικών κλινικών» μας ανατέθηκε από την κ. καθηγήτρια και υπεύθυνη της έρευνας Αλεξάνδρα Δημητριάδου-Παντέκα τον Απρίλιο του 2009 στα πλαίσια πραγματοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας. Το θέμα της παρούσας εργασίας, είναι ερευνητικό και αναφέρεται στον προσδιορισμό της αντίληψης των νοσηλευτών που εργάζονται στις ορθοπαιδικές κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης.

Αρχικά καθορίσαμε ένα χρονοδιάγραμμα για την υλοποίηση των εργασιών της πτυχιακής εργασίας. Το χρονοδιάγραμμα αυτό περιλάμβανε εβδομαδιαίες συναντήσεις κατά τις οποίες θέσαμε τους πρωταρχικούς στόχους μας. Κύριο μέλημα μας υπήρξε, εκτός από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, την σχετική με το θέμα, η οργάνωση, η διερεύνηση και διεξαγωγή της έρευνας. Για αυτόν τον λόγο ήρθαμε σε τηλεφωνική επαφή με τους προϊστάμενους των ορθοπαιδικών κλινικών ώστε να μας βοηθήσουνε στην ενημέρωση του προσωπικού και στην διανομή των ερωτηματολογίων.

Παράλληλα, επικοινωνήσαμε με τους εκάστοτε υπαλλήλους της διοίκησης κάθε νοσοκομείου όπου καταθέσαμε γραπτές αιτήσεις για την έγκριση διεξαγωγής της έρευνας από το Ε.Κ.Ε.Π.Υ (Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας).

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε στις αρχές Ιουνίου 2009, με χρονικό περιθώριο συγκέντρωσης τους, το τέλος του ίδιου μήνα. Ταυτόχρονα βρισκόταν σε εξέλιξη, η συγγραφή του γενικού μέρους της εργασίας. Μετά την

ολοκλήρωση του γενικού μέρους και την επεξεργασία των αποτελεσμάτων του ειδικού, η συγγραφή της εργασίας υλοποιήθηκε το Σεπτέμβριο του 2009.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ορθοπεδική νοσηλευτική αποτελεί μια από τις πιο απαιτητικές κλινικές ειδικότητες της νοσηλευτικής. Στην Ελλάδα ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές των ορθοπεδικών κλινικών το εργασιακό τους περιβάλλον. Στην παρούσα εργασία διαπραγματευόμαστε και αναζητούμε απαντήσεις που σχετίζονται με αυτό ακριβώς το θέμα. Οι σχέσεις των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, με υφιστάμενους και προϊστάμενους, με τους ιατρούς αλλά και με τους ίδιους τους ασθενείς καθώς και η υλικοτεχνική υποδομή του χώρου εργασίας διερευνούνται εδώ. Όλα τα παραπάνω διαμορφώνουν το πώς λειτουργεί η νοσηλευτική υπηρεσία στις ορθοπαιδικές κλινικές (profile).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα τον Μάιο του 2008 από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών με τίτλο « Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006» παρατηρήθηκαν και διαπιστώθηκαν σοβαρές ελλείψεις στο δημόσιο νοσοκομειακό τομέα με ανεπαρκή στελέχωση και κατακόρυφη μείωση νοσηλευτικού προσωπικού. Με βάση στοιχεία της ΕΣΥΕ φαίνεται ότι στο σύνολο του Ελληνικού νοσοκομειακού τομέα απασχολούνταν το 2004 24.728 ιατροί και 41.760 νοσηλευτές. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει επιλέξει ένα ιδιότυπο και δαπανηρό μίγμα παραγωγικών συντελεστών όσο αναφορά την εργασία, αφού κατέχει σταθερά τα τελευταία χρόνια μία από τις πρώτες θέσεις στον αριθμό των ιατρών που στελεχώνουν τις νοσηλευτικές μονάδες σε αντίθεση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, και κυρίως το νοσηλευτικό προσωπικό, όπου διαπιστώνονται σημαντικά κενά στην στελέχωση. Επίσης με βάση στοιχεία από την

ίδια πηγή, η Ελλάδα εμφανίζεται να έχει μια μέση θέση (10^η από τις 20 χώρες) ως προς την σχέση νοσηλευτικού προσωπικού και κρεβατιών. (Σουλιώτης και συν.2006)

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καθοριστεί μέσω της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, η εικόνα της νοσηλευτικής υπηρεσίας των ορθοπεδικών κλινικών των Δημόσιων Νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης και η αντίληψη των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτές. Πρωταρχικός στόχος υπήρξε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η μελέτη των αποτελεσμάτων καθώς και ο σχολιασμός τους. Επιμέρους στόχους αποτέλεσαν η μελέτη της πορείας και η εξέλιξη της νοσηλευτικής ως επιστήμης. Επίσης η διάρθρωση της διοίκησης και πώς αυτή ασκείται εκ μέρους των νοσηλευτών. Επιπλέον, ο καθορισμός του συστήματος στελέχωσης των ελληνικών Δημόσιων Νοσοκομείων σε σχέση με τα νοσοκομεία του εξωτερικού. Και τέλος η εξέλιξη της ορθοπεδικής ως επιστήμης σε συνδυασμό με τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του ορθοπεδικού ασθενή.

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας προσεγγίστηκε με δύο κύριους τρόπους. Σε πρώτο επίπεδο διερευνήσαμε την βιβλιογραφία σε βιβλιοθήκες του Α.Τ.Ε.Ι.Θ , στις βιβλιοθήκες των νοσοκομείων Αχέπα, Γεννηματάς και Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης, και στην Δημοτική βιβλιοθήκη του δήμου Θεσσαλονίκης. Η διερεύνηση αυτή αφορούσε στην ανεύρεση ιατρικών και νοσηλευτικών συγγραμμάτων και περιοδικών σχετικών με το θέμα. Επίσης πραγματοποιήσαμε έρευνα σε ιστοσελίδες του διαδικτύου για την ανεύρεση άρθρων ελληνικών και ξένων, που να σχετίζονται με την στελέχωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με νοσηλευτικό προσωπικό. Αφού συγκεντρώσαμε το βιβλιογραφικό μας υλικό και μελετήσαμε την σχετική βιβλιογραφία διαχωρίσαμε τα υπό συζήτηση θέματα σε κεφάλαια και ξεκινήσαμε την συγγραφή του γενικού μέρους.

Σε δεύτερο επίπεδο ακολούθησε η πιο σημαντική φάση της εργασίας μας, που σχετίζεται με το ειδικό μέρος και την διεξαγωγή της έρευνας. Καθώς η διατύπωση και η οριοθέτηση του ερευνητικού προβλήματος, αλλά και η φάση σχεδιασμού και προγραμματισμού της έρευνας, πραγματοποιήθηκαν από την καθηγήτρια μας κυρία Δημητριάδου, ακολούθησε από εμάς η εμπειρική φάση με την συλλογή των στοιχείων και την προετοιμασία τους για ανάλυση. Η έρευνα διεξάχθηκε με διανομή ερωτηματολογίων στις σχετικές με το θέμα κλινικές των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, μετά την κωδικοποίησή τους, επεξεργάστηκαν στατιστικά. Ακολούθησε η αναλυτική φάση με την ανάλυση των στοιχείων και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Τέλος πραγματοποιήθηκε η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Ευελπιστούμε τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας να ανέδειξαν χρήσιμα στοιχεία που αφορούν στην στελέχωση των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό και τα αποτελέσματα αυτά να χρησιμοποιηθούν στην πράξη. (Σαπουντζή-Κρέπια. Δ,2005).

Στο πρώτο κεφάλαιο με τίτλο «Η ιστορία και η εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης» αναφέρονται πληροφορίες για την έναρξη και την ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Πως η νοσηλευτική από λειτούργημα και φιλανθρωπική πράξη εξελίχθηκε σε ξεχωριστό επαγγελματικό αλλά και επιστημονικό κλάδο αναλύεται εδώ. Οι επιρροές που δέχτηκε η νοσηλευτική ως επάγγελμα τόσο από ιστορικά γεγονότα, όσο και από διάφορα κινήματα επίσης αναλύονται.

Στο δεύτερο κεφάλαιο η σύγχρονη νοσηλευτική, οι ρόλοι των νοσηλευτών στα σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας και οι σχέσεις τους περιγράφονται με σκοπό να αναδείξουν ότι η νοσηλευτική είναι πια ένα μοντέρνο επάγγελμα τόσο με πρακτικό όσο και με επιστημονικό περιεχόμενο. Επίσης παρατίθενται σύγχρονες θεωρήσεις και απόψεις για την νοσηλευτική επιστήμη και διοίκηση καθώς και για την

φιλοσοφία που θα μπορούσε να έχει η νοσηλευτική υπηρεσία στους διάφορους οργανισμούς υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι σχέσεις των νοσηλευτών με τους συναδέλφους τους, με τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας αλλά και με τους ασθενείς τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο « Η ορθοπαιδική νοσηλευτική », διαπραγματευόμαστε θέματα που σχετίζονται τόσο με την επιστήμη της ορθοπαιδικής ξεχωριστά, όσο και με την ορθοπαιδική νοσηλευτική ως κλινική ειδικότητα. Περιγράφεται η ανάπτυξη της ορθοπαιδικής επιστήμης ως ιατρικής ειδικότητας και η εξέλιξη της ορθοπαιδικής χειρουργικής. Επίσης δίνεται ο ορισμός της ορθοπαιδικής νοσηλευτικής και αναφέρονται ιστορικά στοιχεία που σχετίζονται με αυτήν. Ακολουθεί μια συνοπτική περιγραφή των κυριότερων μερών του μυοσκελετικού συστήματος, των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων, και των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται εκτεταμένη αναφορά στα προβλήματα και στις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τον ορθοπαιδικό ασθενή με σκοπό να αναδειχθούν οι ανάγκες νοσηλείας του.

Στο έκτο κεφάλαιο με τίτλο «Στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών» δίνονται οι ορισμοί της στελέχωσης και αναφέρονται υποδείγματα στελέχωσης δημοσίων νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό. Αναλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας προσωπικού και πως αυτή είναι ανάγκη να βρίσκεται σε άμεση συνεργασία και επικοινωνία με την διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Επίσης περιγράφονται οι στόχοι που χρειάζεται να περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα στελέχωσης ώστε να είναι λειτουργικό και να καλύπτει εγκαίρως τις όποιες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Στο έβδομο κεφάλαιο με τίτλο « Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών » γίνεται εισαγωγή στις βασικές αρχές και θεωρίες της επιστήμης της διοίκησης και συσχέτιση

τους με την νοσηλευτική διοίκηση. Διακρίνονται τα διάφορα επίπεδα της διοίκησης και αναλύονται οι βασικές αρχές της που είναι οι έννοιες του προγραμματισμού, του ελέγχου, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Στην συνέχεια αναλύονται οι βασικοί αλλά και οι επιμέρους σκοποί της νοσηλευτικής διοίκησης και πως αυτοί μπορούν να πραγματοποιηθούν στα πλαίσια άσκησης της νοσηλευτικής εξουσίας. Ακόμη δίνεται ο ορισμός της ποιότητας στην υγεία και επεξηγείται ο όρος της πιστοποίησης. Σε όλο το κεφάλαιο καταβάλλεται προσπάθεια να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές για την άσκηση αποτελεσματικής νοσηλευτικής διοίκησης που θα επιλύει τα όποια προβλήματα, δίνοντας ρεαλιστικές λύσεις. Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι για να είναι αποτελεσματικό το έργο της νοσηλευτικής διοίκησης, κρίνεται επιβεβλημένο η διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας να έχει όραμα και στόχους καθώς και φιλοσοφία.

Κεφάλαιο 1^ο Η ιστορία και η εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης

1.1 Η πρώτη ιστορία της νοσηλευτικής

Μια σύντομη ανασκόπηση της ιστορίας της Νοσηλευτικής θα βοηθήσει τον αναγνώστη να κατανοήσει τον ρόλο που διαδραματίζει το νοσηλευτικό επάγγελμα στο σύγχρονο σύστημα υγείας. Η γνώση των ιστορικών επιδράσεων θα μας βοηθήσει επίσης να αποκτήσουμε μία πιο ρεαλιστική προοπτική σχετικά με την κατάσταση και την εικόνα της νοσηλευτικής, τα επιτεύγματα της και τα σημερινά σημαντικά ζητήματα που σχετίζονται με το επάγγελμα.

Η Νοσηλευτική από τα σπάργανα της έχει εξιδανικεύσει το ένστικτο της ανατροφής που από τους περισσότερους πολιτισμούς έχει αποδοθεί στην μητρική φιγούρα. Λίγες πληροφορίες πάντως είναι γνωστές για το νοσηλευτικό επάγγελμα στην προχριστιανική περίοδο. Γνωρίζουμε ότι , πάντα σε συσχέτιση με την επικρατούσα κουλτούρα και το σύστημα αξιών οι πρώτοι που εξάσκησαν νοσηλευτικά καθήκοντα ήταν οι θεραπευτές, οι ιέρειες, οι σκλάβοι και οι οικιακοί βοηθοί. Επίσης ,οι μαίες και οι τροφοί που φρόντιζαν τα μικρά παιδιά.

Η πρώτη Χριστιανική περίοδος σηματοδότησε την έναρξη της οργανωμένης νοσηλευτικής. Μεμονωμένα άτομα, συνήθως μοναχοί και ιερείς, αφιερώθηκαν στην φυσική φροντίδα των αδύνατων και των φτωχών και συγκεντρώθηκαν σε εκκλησιαστικές μονές. Οι μονές αυτές κάποιες φορές λειτουργούσαν ως νοσοκομεία

και καταφύγια για αυτούς που δεν είχαν που να πάνε. Περίπου στο 300μ.Χ οι γυναίκες αρχίζουν να μετέχουν στην νοσηλευτική. Η αποδοχή της αυστηρής πειθαρχίας ,στοιχείο έμφυτο του μοναχισμού ως τρόπος ζωής , εκπαίδευσε όσους εμπλέκονταν με την νοσηλευτική ώστε να είναι δουλοπρεπείς και να δείχνουν άνευ όρων υποταγή στις αποφάσεις των υψηλά ιστάμενων , συνήθως ιερέων ή ιατρών. Η νοσηλευτική θεωρούνταν ως ένα κάλεσμα τιμής και όσοι την εκτελούσαν συμμετείχαν στην πραγμάτωση του Θεϊού έργου. Μονόπλευρη αφοσίωση απαιτούνταν καθώς η νοσηλευτική απαιτούσε απρόσκοπτη προσπάθεια με ελάχιστη ως μηδαμινή προσδοκία για παχυλές αμοιβές.

Οι κοινωνικές αλλαγές στα τέλη του Μεσαίωνα (1000-1500 μ.Χ) δημιούργησαν έναν μετακινούμενο πληθυσμό και βοήθησαν στην ανάπτυξη της μεσαιάς εργατικής τάξης και των εμπόρων. Η μεγάλη αύξηση του πληθυσμού στις πόλεις της εποχής οδήγησε σε συνωστισμό, κακές συνθήκες υγιεινής , μόλυνση του πόσιμου νερού και των τροφίμων καθώς και σε έξαρση της βίας και της ασθένειας. Αυτές οι συνθήκες οδήγησαν τους νοσηλευτές έξω από τα μοναστήρια και τα νοσοκομεία πίσω στην κοινότητα. Οι Σταυροφορίες έδωσαν την αφορμή για την δημιουργία νοσηλευτικών ταγμάτων, στρατιωτικών, θρησκευτικών και κοσμικών. Κάποια τάγματα ίδρυσαν νοσοκομεία ,ενώ ομάδες επαιτών τα μέλη των οποίων έδιναν όρκους φτώχειας και εξαρτώνταν από την ελεημοσύνη για επιβίωση , οργανώθηκαν ώστε να βγει η νοσηλευτική στην κοινότητα. Την ίδια εποχή, τον 14^ο αιώνα ,η βουβωνική πανώλη κατέκλυσε την Ευρώπη ,προκαλώντας τον θάνατο στο ένα τέταρτο του πληθυσμού της γης. Ο τεράστιος αριθμός των προσβεβλημένων από την ασθένεια και η αδυναμία αναστολής της μετάδοσης της επιδημίας κατέκλυσε την ιατρική και την νοσηλευτική.

Το νέο ενδιαφέρον για τις τέχνες και τις επιστήμες κατά την διάρκεια της Αναγέννησης στις αρχές του 1500 ,πυροδότησε την επιστημονική έρευνα. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι κατά την διάρκεια της Αναγέννησης δινόταν λιγότερη έμφαση στην θρησκεία ,γεγονός που βοήθησε τις επιστημονικές εξελίξεις. Η δράση των θρησκευτικών ταγμάτων είχε περιοριστεί και η περιουσία τους είχε κατασχεθεί, αποτρέποντας τα μέλη τους από την φροντίδα των φτωχών και αδυνάτων. Καμία επίσημη οργάνωση ή ομάδα δεν είχε δραστηριοποιηθεί ώστε να καλύψει το κενό δράσης των ταγμάτων αυτών.

Στα μέσα του 1500 η κοσμικοποίηση της νοσηλευτικής, η αποκοπή της δηλαδή από τα θρησκευτικά τάγματα, την μετέτρεψε σε μια μη αποδεκτή απασχόληση για τις γυναίκες. Ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός γυναικών των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων , φυλακισμένοι, τζογαδόροι, αλκοολικοί και πόρνες, εκπαιδεύονταν προκειμένου να εκτελέσουν στοιχειώδη νοσηλευτικά καθήκοντα ,που πολλές φορές αντικαθιστούσαν ποινές φυλάκισης.

Στα 1700 ο επιστημονικός πια τρόπος έρευνας σε συνδυασμό με τις τεχνολογικές εξελίξεις ,ενθάρρυνε κάποιους ιατρούς να προχωρήσουν μέσα στη δίνη της κοινωνικής αλλαγής και να χρησιμοποιήσουν νέες ανακαλύψεις στην εξερεύνηση των σωματικών αντιδράσεων στην ασθένεια και στην θεραπεία. Χρειάστηκε βέβαια πολύς χρόνος ώστε οι εξελίξεις στην ιατρική να εφαρμοστούν πρακτικά και ακόμα περισσότερος για αυτές τις εξελίξεις να επηρεάσουν την νοσηλευτική. Περίπου ενάμισι αιώνες πέρασε μέχρι να κατορθώσει η νοσηλευτική να ενσωματώσει τις επιστημονικές αρχές στην άσκηση της, και το γεγονός αυτό φαίνεται να οφείλεται στην επικρατούσα αντίληψη ότι η νοσηλευτική δεν αποτελούσε μια διανοητική δραστηριότητα αλλά και στην συνεχιζόμενη πεποίθηση ότι η φροντίδα των ασθενών δεν ήταν κοινωνικά αποδεκτή απασχόληση για τις γυναίκες (Chaska.N.L,1990).

1.2 Παράγοντες που επηρέασαν την εξέλιξη της Νοσηλευτικής

1.2.1. Σεξισμός και πατερναλισμός.

Ο σεξισμός και ο πατερναλισμός αναχαίτισαν την ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα. Η νοσηλευτική υπήρξε ένα επάγγελμα που περιλάμβανε κυρίως γυναίκες, οι οποίες είχαν δώσει ιστορικά έμφαση στην χρήση της παραδοσιακής γυναικείας φροντίδας και στις συμπεριφορές φροντίδας. Η παραδοσιακή υποτέλεια των πρώτων φροντιστών υγείας (γυναίκες-υπηρέτριες και μέλη θρησκευτικών ταγμάτων) έθεσαν τις βάσεις για την κυριαρχία των ανδρών στον κλάδο της νοσηλευτικής. Όταν η νοσηλευτική μετακινήθηκε από το σπίτι και την κοινότητα στα νοσοκομεία, κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα και αργότερα κατά τον 19^ο και 20^ο αιώνα, ο βαθμός εξάρτησης που χαρακτήριζε τους γυναικείους ρόλους μεταβλήθηκε επίσης. Κατά πολλές έννοιες το νοσοκομείο μετατράπηκε σε μια εστία μακριά από την σπιτική εστία, επεκτείνοντας την πατρική προστασία από το οικογενειακό περιβάλλον στο εργασιακό. Το εργασιακό περιβάλλον λοιπόν, ασκούσε έλεγχο στις ζωές των πρώτων νοσηλευτριών, παρέχοντας τους στέγη και παρακολουθώντας την ηθική τους στις αρχές του 1960. Επιπλέον οι αρχές των νοσοκομείων, κυρίως άνδρες ιατροί και διοικητές επιβεβαίωναν τον υποτακτικό ρόλο που αναμένονταν από τις νοσηλεύτριες. Για πολλά χρόνια οι δραστηριότητες που εκτελούσαν οι νοσηλεύτριες ήταν εξαρτώμενες καθώς ακολουθούσαν τις επιταγές των ιατρών και είχαν καθαρά βοηθητικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα.

Η επαναλαμβανόμενη θεώρηση της νοσηλευτικής ως ένα αλτροϊστικό κάλεσμα τιμής υποστήριξε την διαίωνιση του σεξισμού και του πατερναλισμού. Θεωρούνταν δικαιολογημένο ότι κάποιος πιο δυνατός, μία πατρική φιγούρα, χρειαζόταν να

αναλάβει την ευθύνη για τις περισσότερο πραγματικές και αξιόλογες πράξεις του οργανισμού και να καθορίσει την κατευθυντήριες γραμμές καθώς και να ασκήσει τον απαραίτητο έλεγχο για την εύρυθμη λειτουργία των ιδρυμάτων υγείας και των υπαλλήλων τους. Η αντίληψη ότι η νοσηλευτική είναι από μόνη της η ανταμοιβή, συνεχίζει να διαδραματίζει ένα ρόλο στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές όταν προσπαθούν να αποκτήσουν την κατάλληλη ανατροφοδότηση σε σχέση με την εκπαίδευσή τους, το πεδίο δράσης της νοσηλευτικής άσκησης και τις ευθύνες τους(Chaska.N.L,1990).

1.2.2.Οι πόλεμοι.

Οι συνθήκες του πολέμου δημιούργησαν ένα περιβάλλον με ώθηση για αλλαγή. Όταν ο εμφύλιος πόλεμος ξέσπασε στην Αμερική δεν υπήρχαν οργανωμένες νοσηλευτικές υπηρεσίες για τους στρατιώτες. Οι ανάγκες φροντίδας και των δύο πλευρών καλύπτονταν μόνο από εθελοντικές θρησκευτικές οργανώσεις και μη ειδικούς. Η ανεπάρκεια της νοσηλευτικής κατά την διάρκεια του πολέμου υπογράμμισε την ανάγκη για επίσημη νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι συνεχείς πόλεμοι δημιούργησαν το απαραίτητο κλίμα για την νοσηλευτική ,ώστε να αναπτυχθεί ως επάγγελμα. Κατά την διάρκεια του 1^{ου} παγκοσμίου πολέμου , οι νοσηλευτές έκαναν πραγματική διαφορά με τη δράση τους στην μείωση της θνησιμότητας μεταξύ των τραυματιών και βελτίωσαν κατά πολύ τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα. Ο 2^{ος} παγκόσμιος πόλεμος καθώς και ο πόλεμος της Κορέας οδήγησαν στην μετακίνηση τεράστιου αριθμού νοσηλευτών με συνέπεια τα εγχώρια νοσηλευτικά ιδρύματα να παρουσιάζουν ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό. Προκειμένου να ανταποκριθούν στις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες ,πολλά νοσηλευτικά προγράμματα έγιναν

ταχύρυθμα και συνέπτυξαν την απαιτούμενη εκπαιδευτική ύλη. Το γεγονός αυτό προώθησε την ανάπτυξη διετών προγραμμάτων νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Ο υπερσύγχρονος οπλισμός στον πόλεμο του Βιετνάμ προκάλεσε σοβαρότατους τραυματισμούς και αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας. Έτσι η νοσηλευτική έλαβε τεράστια αναγνώριση ως μία αξιόπαινη υπηρεσία που θεωρούνταν αναντικατάστατη τόσο από το λαό όσο και από τους στρατιώτες(Chaska.N.L,1990).

1.2.3.Επαγγελματικοί οργανισμοί Νοσηλευτών.

Οι επαγγελματικές οργανώσεις των Νοσηλευτών άσκησαν μία εντονότατη επίδραση στην ανάπτυξη και εξέλιξη της νοσηλευτικής. Η Εθνική Ένωση Νοσηλευτών (NLN) ιδρύθηκε το 1893 ως η ομάδα διευθυντών των επαγγελματικών νοσηλευτικών σχολών της Αμερικής. Η οργάνωση αυτή αγωνίστηκε για να πετύχει υψηλά εκπαιδευτικά στάνταρντς για τις νοσηλευτικές σχολές βασισμένα σε παγκόσμια πρότυπα τόσο για την εισαγωγή όσο και για την διάρκεια της εκπαίδευσης σε αυτές με προγράμματα θεωρίας και πράξης και με απώτερο στόχο να βελτιώσει τις συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών. Έτσι αναπτύχθηκε σε μία διαπιστευμένη αντιπροσωπεία των νοσηλευτικών σχολών στην Αμερική αλλά και στον Καναδά. Το 1897 , ο σύνδεσμος νοσηλευτών Αμερικής και Καναδά δημιουργήθηκε ως ένας οργανισμός μελών του νοσηλευτικού κλάδου. Ο οργανισμός αυτός είχε ως πρωταρχικό του στόχο την επίσημη και νόμιμη διαφοροποίηση μεταξύ των νοσηλευτών που αποφοιτούσαν από προγράμματα που πρόσφεραν την κατάλληλη εκπαίδευση για την άσκηση της νοσηλευτικής και αυτών που διεκδικούσαν τον τίτλο του νοσηλευτή χωρίς την κατάλληλη μόρφωση ή εκπαίδευση. Μεταγενέστερα ο οργανισμός αυτός έμελλε να εξελιχθεί σε δύο ξεχωριστές οργανώσεις που υπάρχουν

εώς και σήμερα. Έτσι έχουμε την αντιπροσωπεία νοσηλευτών του Καναδά(CNA) που ιδρύθηκε το 1908 και την αντιπροσωπεία νοσηλευτών Αμερικής (ANA) που ιδρύθηκε το 1911. Το Εθνικό Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) ιδρύθηκε το 1899 με σκοπό να προάγει την επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι ιδρυτές του ήταν από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής την Μεγάλη Βρετανία και τον Καναδά. Ο οργανισμός Σιγμα-Θήτα-Ταφ (ΣΘΤ) ιδρύθηκε το 1922 ως η εθνική κοινότητα τιμής της νοσηλευτικής με επίκεντρο δράσης την έρευνα και την ηγεσία στην νοσηλευτική. Τέλος ο Εθνικός Σύνδεσμος Φοιτητών Νοσηλευτικής που δημιουργήθηκε μετά τον ANA ,ιδρύθηκε το 1953.

Στην χώρα μας ,την Ελλάδα, έχουν επίσης δημιουργηθεί αρκετοί επίσημοι οργανισμοί που αντιπροσωπεύουν τον νοσηλευτικό κλάδο. Αξίζει να αναφέρουμε τον ΕΣΝΕ (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος) που ιδρύθηκε το1923 με σκοπό την προαγωγή και την ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως Επιστήμης και Τέχνης για την ανύψωση του θεσμού και την εξασφάλιση παροχής υψηλής στάθμης νοσηλευτικής φροντίδας στο κοινωνικό σύνολο. Καινοτομία μάλιστα για τον ελλαδικό χώρο υπήρξε η δημιουργία της ΕΝΕ (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος) το 2003?. Η ΕΝΕ είναι Ν.Π.Δ.Δ και έχει ως σκοπό την επαγγελματική οργάνωση των νοσηλευτών. Η εγγραφή των πτυχιούχων νοσηλευτών τεχνολογικής (ΤΕ) και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ) στα μητρώα της ΕΝΕ είναι υποχρεωτική προκειμένου να εξασκήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Με αυτόν τον τρόπο επιχειρείται για πρώτη φορά η επίσημη καταγραφή και καταχώρηση των επαγγελματιών νοσηλευτών στην Ελλάδα ,γεγονός που πυροδοτεί νέες εξελίξεις για την νοσηλευτική.

Πολλοί οργανισμοί νοσηλευτών αναπτύσσονται συνεχώς, οργανισμοί που σχετίζονται με την φυλή, το γένος, την κλινική κατεύθυνση ή τοπικά ενδιαφέροντα των νοσηλευτών. Έτσι υπάρχει οργανισμός Αφροαμερικανών νοσηλευτών, Ισπανών

,ιθαγενών καθώς και αποκλειστικά ανδρών νοσηλευτών. Υπάρχουν πάνω από τριάντα οργανισμοί κλινικών κατευθύνσεων για παράδειγμα παιδιατρικής νοσηλευτικής, αναισθησιολογικής νοσηλευτικής κλπ. Αυτές οι μικρές ομάδες εξυπηρετούν τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα των μελών τους αλλά μπορούν συνάμα να αδρανοποιήσουν την καθολική δύναμη του νοσηλευτικού επαγγέλματος αν δεν εργαστούν μαζί πάνω σε κοινά συμφέροντα. Η ανάπτυξη της εθνικής ομοσπονδίας των ειδικών νοσηλευτικών οργανισμών (NFSNO) που δημιουργήθηκε σε συνεργασία με τον ANA το 1972 στην Αμερική ,έχει συμβάλλει στην δημιουργία μεγαλύτερης αλληλεγγύης μεταξύ των διαφόρων νοσηλευτικών οργανισμών.

Η ικανότητα ενός επαγγέλματος να αποκτά τον έλεγχο της άσκησης του και να υποστηρίζει τα συμφέροντα του , καθώς και να αναπτύσσει μία βάση δύναμης ώστε να επηρεάζει την κατεύθυνση της αλλαγής στα συστήματα παροχής υγείας , εξαρτάται και σχετίζεται με την ισχύ μιας οργανωμένης ομοσπονδίας με αρχές και στόχους. Μία ομάδα είναι ισχυρότερη από ένα άτομο, μία ομάδα είναι κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μελών της και μπορεί να κατορθώσει πράγματα που το άτομο μόνο του θα αδυνατούσε να καταφέρει. Συνεπώς οι οργανισμοί αυτοί των νοσηλευτών μπορούν να διαδραματίσουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο για την νοσηλευτική(Chaska.N. L, 1990).

1.2.4.Το φεμινιστικό κίνημα.

Παρά το γεγονός ότι η νοσηλευτική έχει επηρεαστεί από όλους τους τύπους κοινωνικών αλλά και επαγγελματικών διακρίσεων που ήταν άλλωστε και το πεδίο δράσης του φεμινισμού, διαφαίνεται τελικά ότι σπάνια επηρεάστηκε θετικά από τις δράσεις του κινήματος τουλάχιστον αρχικά. Το φεμινιστικό κίνημα στα πρωταρχικά

στάδια της δραστηριοποίησης του στην κοινωνία, αρνήθηκε ή υποβάθμισε αυτό που παραδοσιακά θεωρούνταν «γυναικείο» και κατέβαλλε προσπάθειες ώστε να επιτύχει την ισότιμη είσοδο γυναικών σε τομείς δράσεις που θεωρούνταν ανδρικοί. Στα τέλη του 1960 και στις αρχές του 1970 , νέες και έξυπνες γυναίκες ενθαρρύνονταν από τις φεμινίστριες να αποφεύγουν επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική και η διδασκαλία σε νηπιαγωγεία και να αναζητήσουν πρόσβαση σε τομείς που δραστηριοποιούνταν κυρίως άνδρες. Στις μέρες μας ,ο φεμινισμός θεωρείται το να αποκτά κανείς αποδοχή και εκτίμηση για αυτές τις δραστηριότητες , τα χαρακτηριστικά και την συμπεριφορά που παραδοσιακά θεωρούνται ως γυναικεία προσόντα και επίσης να αποκτά την κοινωνική αναγνώριση ότι τα προσόντα αυτά δεν αποτελούν από μόνα τους χαρακτηριστικά του γυναικείου φύλου. Αυτό σημαίνει ότι τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες μπορούν να είναι τρυφεροί και να δείχνουν φροντίδα. Οι γυναίκες επίσης, όπως και οι άνδρες μπορούν να είναι αποφασιστικοί ηγέτες .Η αυξημένη αναγνώριση αυτών των γεγονότων σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνία έχει μία θετική επίδραση στην εξέλιξη της νοσηλευτικής ως επαγγέλματος(Chaska.L.N, 1990).

1.2.5.Εξελίξεις στην τεχνολογία.

Οι εξελίξεις στην τεχνολογία άλλαξαν την άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής επιστήμης. Μωρά που γεννιούνται πρόωρα ή με σοβαρά προβλήματα ανάπτυξης στο παρελθόν θα πέθαιναν, ενώ στις μέρες μας είναι ζωντανά. Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων αποτελούν πια κάτι το κοινό. Διαδικασίες όπως η αξονική τομογραφία και η χρήση υπερήχων αποτελούν σημαντικά και μη επεμβατικά διαγνωστικά εργαλεία. Οι υπολογιστές μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διάγνωση, στην θεραπεία, στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του ασθενή καθώς και στην

οργάνωση και διαχείριση της παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην εκτίμηση της έκβασης της παρεχόμενης φροντίδας. Οι νοσηλευτές της εντατικής ,με προηγμένη εκπαίδευση ώστε να παρέχουν φροντίδα σε σοβαρά ασθενείς στις νοσοκομειακές μονάδες εντατικής θεραπείας ,είναι απαραίτητοι στην επιτυχή ενσωμάτωση της τεχνολογίας στην φροντίδα του ασθενή. Τέτοιου επιπέδου ειδική γνώση και ικανότητες παρέχουν μία δυνατή βάση για την εξέλιξη της νοσηλευτικής. Επίσης οι τελευταίες εξελίξεις στην τεχνολογία των τηλεπικοινωνιών οδήγησαν στην τηλε-υγεία που χρησιμοποιεί οπτικές ίνες ώστε να μεταδώσει πραγματικές φυσιολογικές, φωνή και δεδομένα ώστε να επιτρέψει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς, χωρίς οι ίδιοι να χρειάζεται να μετακινηθούν από το σπίτι τους. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να συμμετέχουν στις υπηρεσίες τηλειατρικής.

Όλες οι παραπάνω ταχύτατες τεχνολογικές εξελίξεις δημιουργούν ένα σύγχρονο δίλημμα για τους επαγγελματίες υγείας. Η ικανότητα να παρατείνουμε την ζωή, ή να βελτιώνουμε τον ρυθμό επιβίωσης για ανθρώπους που θα είχαν πεθάνει χωρίς την εφαρμογή εξειδικευμένων μέτρων ,συνοδεύεται και από μία φοβερή ευθύνη. Η ανάγκη να αποφασίζουμε σχετικά με την χρήση και εφαρμογή ακριβών διαδικασιών και τεχνολογίας στο βωμό της διατήρησης της ζωής , γεννά ηθικά ερωτήματα που δύσκολά απαντώνται(Chaska.N.L,1990)

1.3.Η εξέλιξη της σύγχρονης νοσηλευτικής

Το 1860 η Florence Nightingale(1820-1910) ίδρυσε την πρώτη νοσηλευτική σχολή στο νοσοκομείο St.Thomas στο Λονδίνο. ΗNightingale θεωρείται ως το άτομο που θεμελίωσε το νοσηλευτικό επάγγελμα καθώς ήταν αυτή που έφερε στο προσκήνιο τις ανθυγιεινές συνθήκες στην προσπάθεια της να αλλάξει το Βρετανικό στρατιωτικό

σύστημα υγείας. Για την εποχή της θεωρούνταν μορφωμένη καθώς στην οικογένεια της πίστευαν ότι όλα τα παιδιά ,ακόμα και τα κορίτσια θα πρέπει να έχουν μελετήσει ιστορία, μαθηματικά ,ακόμη και ξένες γλώσσες.Έτσι και η ίδια ,χρησιμοποιώντας τις γνώσεις της στα μαθηματικά επεξεργάστηκε δεδομένα που συγκέντρωσε κατά την διάρκεια της θητείας της στον πόλεμο της Κριμαίας. Μέσω στατιστικής ανάλυσης απέδειξε ότι η συχνότητα των θανάτων που θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί ,οφειλόταν στις ανθυγιεινές συνθήκες, και ότι με την βελτίωση των μεθόδων υγιεινής η θνησιμότητα θα μειωνόταν. Ως μία καινοτόμος στην συλλογή δεδομένων ,στην στατιστική ανάλυση και στην βελτίωση της υγιεινής η Florence Nightingale ίδρυσε το νοσηλευτικό επάγγελμα και ξεκίνησε αυτό που σήμερα ονομάζεται Σύγχρονη Νοσηλευτική. (Audain, C. 2004).

Όπως προαναφέραμε η ιστορία της Νοσηλευτικής αρχίζει στο Λονδίνο ,στα τέλη του 1800 με την αλλαγή στις ανθυγιεινές συνθήκες που επικρατούσαν εκείνη τη εποχή από την Florence Nightingale. Κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διαδραματίζεται ο εμφύλιος πόλεμος. Η Νοσηλευτική δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη ως επάγγελμα και τα περισσότερα καθήκοντα που σχετίζονται με την φροντίδα των ασθενών τα πραγματοποιούν άνδρες. Οι απώλειες του πολέμου απαιτούν αποκατάσταση και φροντίδα. Ανάπηρα παιδιά αφήνονται να πεθάνουν καθώς θεωρούνται ως βάρος στην κοινωνία. Κατά την διάρκεια του Εμφυλίου πολέμου στην Αμερική (1861-1865) οι θάνατοι ξεπερνούσαν τις 600.000 και ο αριθμός των τραυματιών ήταν ανυπολόγιστος. Όπως προαναφέραμε τα νοσηλευτικά καθήκοντα τα εκτελούσαν άνδρες καθώς τόσο τα κοινωνικά ήθη ,όσο και τα στρατιωτικά πρωτόκολλα θεωρούσαν τις γυναίκες πολύ ευαίσθητες ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις φροντίδας των ασθενών και των τραυματισμένων. Ως

επάγγελμα η Νοσηλευτική βρίσκεται ακόμα στα σπάργανα καθώς δεν υπάρχουν επίσημοι φορείς-σχολές που να παρέχουν νοσηλευτική εκπαίδευση. Καθώς όμως οι απώλειες του πολέμου αυξάνονται συνεχώς ,γεννάται η ανάγκη για αλλαγή. Δράττοντας της ευκαιρίας οι γυναίκες μπαίνουν στην ενεργό δράση. Οι πρώτες νοσηλεύτριες , αν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος, αμοιβόταν με 40 cents την ημέρα , μισθός αρκετά χαμηλός σε σχέση με τις απολαβές των ανδρών συναδέλφων τους που απολάμβαναν και άλλα πλεονεκτήματα. Η προσφορά των νοσηλευτριών κατά την διάρκεια του πολέμου αναγνωρίστηκε περίπου τριάντα χρόνια αργότερα, και παρά την αναγνώριση αυτή η νοσηλευτική συνέχιζε να θεωρείται ένα αξιοπρεπές επάγγελμα που βασιζόταν περισσότερο στις ηθικές αξίες και στην υπακοή παρά στην εκπαίδευση και στις ικανότητες. Βέβαια η νοσηλευτική ,ως επάγγελμα, γινόταν σταδιακά πιο αποδεκτή κοινωνικά παρά τον εργασιακό φόρτο και τις χαμηλές απολαβές. Οι γυναίκες της αριστοκρατίας δεν την προτιμούσαν ως επαγγελματική επιλογή και ο ρόλος της νοσηλεύτριας παρέμεινε καταθλιπτικός και δουλοπρεπής(Archer, S., & Goehner, P. 1982). Η νοσηλευτική σχολή του νοσοκομείου Bellevue ,η πρώτη νοσηλευτική σχολή που επηρεάστηκε από την Nightingale άνοιξε τις πύλες της το 1873. Τα νοσηλευτικά καθήκοντα ως τότε συμπεριλάμβαναν το σκούπισμα, το σφουγγάρισμα , τον καθαρισμό των παραθύρων , το ξεσκόνισμα των κλινικών , το γέμισμα των λαμπών με κηροζίνη και το γράψιμο νοσηλευτικών σημειώσεων ώστε να βοηθηθεί το ιατρικό προσωπικό με πληροφορίες για την εξέλιξη των ασθενών. Οι νοσηλεύτριες της εποχής αναμένονταν να εργάζονται επτά ημέρες την εβδομάδα. Στις πτυχιούχες δίνονταν ένα βράδυ ανάπαυσης την εβδομάδα, και δύο αν πήγαιναν συχνά στην εκκλησία. Όποια νοσηλεύτρια κάπνιζε, έπινε η σύχναζε σε καταστήματα ομορφιάς ή σε χορούς έπρεπε να υποστεί προσεκτική εξέταση των επαγγελματικών τις προθέσεων(Nursing history, 2004).

Όπως διαφαίνεται από τα παραπάνω η νοσηλευτική πέρασε από αρκετά στάδια προκειμένου να καταχωρηθεί επίσημα ως αυτοτελές επάγγελμα με επιστημονικό περιεχόμενο. Στο παρελθόν ποικίλα αλλότρια καθήκοντα επιβάρυναν το ήδη σκληρό έργο των νοσηλευτών με συνέπεια να κλονίζεται το κοινωνικό προφίλ του επαγγέλματος. Οι πρώτες νοσηλευτικές σχολές με αμιγώς επιστημονική και τεχνολογική μόρφωση έρχονται να αλλάξουν το σκηνικό και να δώσουν νέα ώθηση στην νοσηλευτική ώστε να διαχωριστεί από την παροχή βοηθητικών υπηρεσιών και να ανεξαρτητοποιηθεί ως επάγγελμα.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση πέρασε από διάφορα στάδια μέχρι να εξελιχθεί σε αυτό που γνωρίζουμε σήμερα. Στόχος των πρώτων νοσηλευτικών σχολών υπήρξε η εκπαίδευση πρακτικών νοσηλευτών με γνώσεις και ικανότητες ,απαραίτητες για την φροντίδα των ασθενών κάτω από την επίβλεψη της διπλωματούχου νοσηλεύτριας και του ιατρού. Σταδιακά και λόγω της αλματώδους επιστημονικής και τεχνολογικής εξέλιξης, η ανάγκη για διπλωματούχες νοσηλεύτριες ολοένα και μεγάλωνε με συνέπεια την αύξηση του αριθμού τους και την δυνατότητα των πρακτικών νοσηλευτών να συνεχίσουν την εκπαίδευση τους ,εάν το επιθυμούσαν προκειμένου να γίνουν διπλωματούχες. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και στην χώρα μας με την επιμόρφωση βοηθών νοσηλευτών και την μετάταξη τους σε νοσηλευτές μέσω των σχολών ΤΕΙ ή ΑΕΙ.

Το 1985 ,ο σύνδεσμος νοσηλευτών Αμερικής(ANA) πρότεινε στις τοπικές οργανώσεις νοσηλευτών να εγκαθιδρύσουν το πτυχίο των επιστημών στην Νοσηλευτική(BSN) ως το κατώτερο εκπαιδευτικό προσόν για τις διπλωματούχες Νοσηλεύτριες(RN) και το πτυχίο του βοηθού νοσηλευτή ως το κατώτερο επαγγελματικό προσόν για την άσκηση της πρακτικής νοσηλευτικής. Το γεγονός αυτό αποτελεί καινοτομία για το χώρο της νοσηλευτικής ,καθώς για πρώτη φορά

καθορίζονται επακριβώς και επίσημα τα επαγγελματικά προσόντα των νοσηλευτών και ο βαθμός της επιστημονικής τους κατάρτισης.

Από τότε και ως σήμερα ,πολλά έχουν αλλάξει στο χώρο της νοσηλευτικής. Ο ορισμός της πια ως «επιστήμης και τέχνης» έδωσε μία νέα ώθηση στο επάγγελμα καθώς νοσηλευτές κατέχουν μεταπτυχιακούς και διδακτορικούς τίτλους και εισέρχονται στον τομέα της έρευνας, της εκπαίδευσης, της διοίκησης και της πληροφορίας. Πρόκληση για το μέλλον αποτελεί αναμφισβήτητα η υιοθέτηση κριτικού τρόπου σκέψης, η τεχνολογική ανάπτυξη, ο σχεδιασμός και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Οι σύγχρονοι νοσηλευτές χρειάζεται να υιοθετήσουν ρόλους διαμέσου της κριτικής σκέψης και του σχεδιασμού παρά να εκτελούν απλά την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή. Η προηγμένη τεχνολογία αναμένεται να διαδραματίσει έναν σημαντικά υποστηρικτικό ρόλο τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους ιατρούς. Και όσο ο ρόλος των νοσηλευτών αλλάζει τόσο επιτακτική γίνεται η ανάγκη για την εκπαίδευση βοηθητικού προσωπικού που θα παρέχει φροντίδα. Έτσι ώστε η νοσηλευτική να ισχυροποιηθεί μέσα στο σύστημα υγείας και να αποκτήσει το κοινωνικό κύρος που της αρμόζει.

Ο σύγχρονος επαγγελματίας νοσηλευτής είναι ένας πολυμήχανος και μοναδικός φροντιστής υγείας. Η πρακτική εφαρμογή της νοσηλευτικής όπως προαναφέραμε , ακόμα και η αντίληψη σχετικά με το τι είναι η νοσηλευτική, έχει διέλθει μέσα από σημαντική εξέλιξη χρονικά. Οι τακτικές μέσα από τις οποίες οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται , οι ρόλοι που καλούνται να υιοθετήσουν άλλα και οι σχέσεις τους με τους άλλους επαγγελματίες υγείας επίσης αλλάζουν συνεχώς και επεκτείνονται. Αυτές οι αλλαγές πυροδοτούν νέες προσεγγίσεις στην βασική νοσηλευτική εκπαίδευση και στην ανάπτυξη πολλών και ποικίλων προγραμμάτων για την παροχή προηγμένης και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Η κατανόηση των

πολλαπλών ρόλων, των λειτουργιών και των ευθυνών των επαγγελματιών νοσηλευτών στο σύγχρονο σύστημα υγείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κομμάτι πια του προσανατολισμού των φοιτητών της νοσηλευτικής ,όσον αφορά στην μελλοντική τους καριέρα. Θέματα όπως η επαγγελματική αυτονομία στην πρακτική, η ισοτιμία και η αλληλεξάρτηση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας φέρνουν αντιμέτωπο το νοσηλευτικό επάγγελμα με νέες προκλήσεις και απαιτούν δημιουργικές και υπεύθυνες λύσεις (Chaska. L.N,1990).

Κεφάλαιο 2ο

2.1 Η Νοσηλευτική και το αντικείμενο της

Στην νοσηλευτική λογοτεχνία αναφέρονται πολλοί ορισμοί σχετικά με το τι είναι νοσηλευτική. Οι περισσότεροι σχετικοί με την σύγχρονη άσκηση της νοσηλευτικής ,δίνουν έμφαση στον κοινωνικό χαρακτήρα της. Οι ορισμοί αυτοί αποσαφηνίζουν τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών και αυτών που παρέχουν φροντίδα και των λοιπών επαγγελματιών υγείας.

Ο πρώτος ορισμός της Νοσηλευτικής δόθηκε από την Florence Nightingale ,η οποία αντιλαμβανόταν την νοσηλευτική ως’’ την διαδικασία μέσα από την οποία ο ασθενής τοποθετείται στις καλύτερες δυνατές συνθήκες ώστε η φύση να επιδράσει σε αυτόν’’. Η ιδέα αυτή , αν και παλιά , υπογραμμίζει πολλές σύγχρονες αντιλήψεις της νοσηλευτικής (Delaune.S, Ladner. P,Thomson, 2002).

Σύμφωνα με την Henderson(1966) η νοσηλευτική έχει’’ ως στόχο να βοηθήσει το άτομο ,άρρωστο ή υγιές ,στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων εκείνων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του (ή στον ειρηνικό θάνατο), που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Και να το κάνει αυτό με τέτοιο τρόπο ,ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ανεξαρτησία του όσο το δυνατόν γρηγορότερα’’. Ο ορισμός αυτός περικλείει κυρίως την εφαρμοσμένη-τεχνική πλευρά της νοσηλευτικής και δεν αναφέρει την επιστημονική γνώση που είναι απαραίτητη για τις παραπάνω διαδικασίες (Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου 2006). Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) θεωρείται ο πιο αντιπροσωπευτικός επαγγελματικός σύνδεσμος των νοσηλευτών των Η.Π.Α. Σύμφωνα με έγγραφο του ,που αφορά στην δήλωση της κοινωνικής πολιτικής των Νοσηλευτών δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε τέσσερα ουσιαστικά χαρακτηριστικά της

σύγχρονης νοσηλευτικής άσκησης. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: (1) προσοχή σε όλο το φάσμα των ανθρώπινων εμπειριών και ανταποκρίσεων απέναντι στην υγεία και την ασθένεια χωρίς περιορισμό σε τακτικές προσανατολισμού σε ειδικά προβλήματα υγείας μόνο-ολιστική προσέγγιση, (2) η σύζευξη των αντικειμενικών στοιχείων με τις γνώσεις που αποκτήθηκαν από την κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών του ασθενή ή της ομάδας ασθενών, (3) η εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης στην διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας, και (4) η προαγωγή της σχέσης φροντίδας που προάγει την υγεία και διευκολύνει την θεραπεία. Ο ορισμός αυτός του ANA έχει καταχωρηθεί στην ιστορία και αντανακλά την επίδραση της ανάπτυξης των διαφόρων νοσηλευτικών θεωριών καθώς επίσης ,καθορίζει τις μελλοντικές κατευθύνσεις της νοσηλευτικής (ANA,1995).

Ο Καναδικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών(CNA) αντιπροσωπεύει τους νοσηλευτές και την νοσηλευτική στον Καναδά. Σύμφωνα με τον CNA ,Νοσηλευτική σημαίνει την ταυτοποίηση και την διαχείριση των ανθρώπινων αντιδράσεων σε πραγματικά και σε πιθανά προβλήματα υγείας και περιλαμβάνει την άσκηση λειτουργιών και υπηρεσιών με σκοπό την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την εξουδετέρωση του πόνου, την αποκατάσταση της υγείας και τελικά την βέλτιστη ανάπτυξη της εν δυνάμει υγείας(Delaune.S, Ladner. P,Thomson, 2002).

Οι παραπάνω ορισμοί καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι στο να αναγνωρίζουν την φύση των προσωπικών-υποκειμενικών αντιδράσεων των ανθρώπων στην υγεία και στην ασθένεια και να εφαρμόζουν τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι νοσηλευτές μπορούν να αναγνωρίσουν και να ταυτοποιήσουν ένα μεγάλο εύρος ανθρώπινων αντιδράσεων που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια όπως για παράδειγμα την ανησυχία που σχετίζεται με την

μείωση του κινδύνου για την εμφάνιση καρδιακής νόσου, τον μετεγχειρητικό πόνο, την αλλαγή του σωματικού ειδώλου και την σεξουαλική δυσλειτουργία που προκύπτει μετά από μια μαστεκτομή. Αυτά δεν είναι παρά ελάχιστα παραδείγματα του εύρους δράσης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η νοσηλευτική διάγνωση επηρεάζει την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων με απώτερο σκοπό την φροντίδα του ασθενή με τον πλέον κατάλληλο τρόπο και εξατομικευμένα, σε συνάρτηση με τις ατομικές ανάγκες του. Ο σχεδιασμός, η παροχή υπηρεσιών και η εκτίμηση της φροντίδας του ασθενή αντιπροσωπεύει την εφαρμογή της νοσηλευτικής γνώσης, τέχνης και θεωρίας.

Η έμφαση των παραπάνω ορισμών στον καθορισμό των ανθρώπινων αντιδράσεων απέναντι στην υγεία και στα προβλήματα υγείας και όχι στα ίδια τα προβλήματα υγείας είναι από μόνη της πάρα πολύ σημαντική καθώς αποτελεί το σημείο διαχωρισμού της νοσηλευτικής από την ιατρική επιστήμη. Τα προβλήματα υγείας και οι ασθένειες είναι το αντικείμενο της Ιατρικής. Αντίθετα, και όπως ήδη αναφέραμε πολλές φορές, η Νοσηλευτική διαπραγματεύεται και προσπαθεί να διαχειριστεί τις ανθρώπινες αντιδράσεις σε αυτά με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Έτσι η Ιατρική και η Νοσηλευτική συμπληρώνουν η μία την άλλη και υποστηρίζουν την σπουδαιότητα της συνεργασίας τους με σκοπό την επίτευξη της βέλτιστης υγείας για όλους. (Delaune.S, Ladner. P,Thomson, 2002).

2.2. Οι Νοσηλευτικοί Ρόλοι στο σύγχρονο Σύστημα Υγείας

2.2.1.Οι Νοσηλευτές στην παροχή φροντίδας

Η παροχή φροντίδας στους άλλους αποτελεί την ουσία της Νοσηλευτικής. Ο ρόλος του νοσηλευτή-φροντιστή υπονομεύει τους υπόλοιπους νοσηλευτικούς ρόλους και

λειτουργίες. Στην σύγχρονη άσκηση της Νοσηλευτικής η παροχή φροντίδας σημαίνει σκόπιμη δράση που φέρνει αλλαγή προς το καλύτερο. Οι νοσηλευτές κάνουν επαγγελματικές εκτιμήσεις και μετά σχεδιάζουν ,σε συνεργασία με τους ασθενείς ,νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν το βέλτιστο της υγείας. Βοηθούν τους ασθενείς τους σε δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής και προάγουν υγιείς συμπεριφορές μέσω της διδασκαλίας. Προλαμβάνουν και διαχειρίζονται κρίσεις και συνεργάζονται με τους συναδέλφους τους για την ευημερία των ασθενών. Οι νοσηλευτές επίσης διευκολύνουν την εργασία των λοιπών επαγγελματιών υγείας , για παράδειγμα, παρέχουν υποστήριξη στο ιατρικό προσωπικό κατά την διεξαγωγή διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών. Διαμέσου της συνεργασίας στην εκτίμηση, στην διάγνωση και στην φροντίδα των ασθενών ,οι νοσηλευτές λειτουργούν ως κρίσιμος σύνδεσμος μεταξύ των ασθενών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας

2.2.2.. Οι Νοσηλευτές ως συνήγοροι των ασθενών

Η συνηγορία διαφέρει από την ηθική αρχή της φιλανθρωπίας που υπαγορεύει ως καθήκον των νοσηλευτών την προστασία των ασθενών από κάθε κίνδυνο. Συνηγορία ή Υπεράσπιση σημαίνει ότι τα δικαιώματα και οι αξίες των ασθενών και των οικογενειών τους, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη ,όταν συγκρούονται με τα αντίστοιχα των επαγγελματιών υγείας ή του συστήματος υγείας. Το να λειτουργεί κάποιος ως συνήγορος του ασθενή σημαίνει να είναι κατηγορηματικός και ορισμένες φορές μπορεί να χρειάζεται να έρχεται σε αντιπαράθεση με το εν λόγω σύστημα υγείας ή άλλους επαγγελματίες. Επίσης σημαίνει το να διασφαλίζεται το γεγονός ότι τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και οι οικογένειες τους είναι επαρκώς ενημερωμένοι

,έτσι ώστε να μπορούν να διαδραματίσουν έναν ουσιαστικό ρόλο στην λήψη αποφάσεων πάνω σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία τους και την φροντίδα που λαμβάνουν. Γίνεται λοιπόν σαφές ότι οι ασθενείς και το συγγενικό τους περιβάλλον, δεν αντιμετωπίζονται πια ως παθητικοί δέκτες οποιασδήποτε φροντίδας και θεραπείας παρά καλούνται να αναλάβουν πιο ενεργή δράση στις αποφάσεις που τους αφορούν και τούτο επιτυγχάνεται με την βοήθεια των νοσηλευτών.

2.2.3. Οι Νοσηλευτές ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδος υγείας

Περισσότερο από ποτέ η σύγχρονη φροντίδα υγείας απαιτεί ομαδική δουλειά. Η συνεχώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα των προβλημάτων των ασθενών και των συστημάτων υγείας απαιτούν συνεργασία μεταξύ των πολλών και διαφορετικών επαγγελματιών υγείας με απώτερο στόχο τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα με τον λιγότερο δαπανηρό τρόπο. Το οικονομικό κόστος και η διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο είναι παράμετροι που αξιολογούνται σε συνάρτηση για να κρίνουν τη επιτυχή ή όχι λειτουργία κάθε φορέα παροχής φροντίδας. Η δημιουργία επιτυχημένων σχέσεων συνεργασίας δεν είναι κάτι εύκολο, απαιτεί συμμετοχή από όλα τα μέλη της ομάδος καθώς και αναγνώριση των αξιοσημείωτων προσόντων και της εξειδίκευσης του κάθε μέλους ξεχωριστά. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές προσφέρουν μία μοναδική προοπτική στην διεπιστημονική ομάδα υγείας καθώς εξανθρωπίζουν και προσωποποιούν την διαδικασία της φροντίδας και δίνουν έμφαση στην ολιστική φροντίδα του ατόμου. Η προσέγγιση αυτή συμβάλλει στην πιθανότητα ηγεσίας από τους νοσηλευτές μεταξύ των μελών της ομάδας, καθώς οι υπόλοιποι επαγγελματίες διαθέτουν λιγότερο περιεκτικούς αντικειμενικούς σκοπούς όσον αφορά στην φροντίδα των ασθενών. Τούτο συνδέεται άμεσα με την σύγχρονη

νοσηλευτική εκπαίδευση που έχει ως επίκεντρο το ίδιο το άτομο ως ολότητα και όχι μόνο τα προβλήματα υγείας που ενδέχεται να έχει. Η ολιστική προσέγγιση υγείας που χαρακτηρίζει τους σύγχρονους νοσηλευτές τους δίνει νέες δυνατότητες δράσης στα πλαίσια της διεπιστημονικής ομάδας υγείας.

2.2..4. Οι Νοσηλευτές στη Διοίκηση (managers)

Οι νοσηλευτές λειτουργούν ως διαχειριστές σε όλα τα επίπεδα της άσκησης της νοσηλευτικής. Το νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργεί διαχειριστικά για την φροντίδα των ασθενών. Οι προϊστάμενες νοσηλεύτριες και οι επικεφαλείς νοσηλευτικών τομέων λειτουργούν ως διαχειριστές κλινικών και τομέων σε όλους τους τύπους της υγειονομικής φροντίδας. Ανεξάρτητα από τον ρόλο ή την θέση οι νοσηλευτές υιοθετούν κάποιες από τις παρακάτω βασικές ικανότητες διαχειρισμού:

Σχεδιασμός: Σχεδιασμός είναι η λήψη αποφάσεων σχετικά με το τι χρειάζεται να γίνει και τι θα γίνει τελικά, είναι η σχεδίαση ενός πλάνου δράσης.

Ηγεσία: Η ικανότητα της ηγεσίας συμπυκνώνεται στο να επηρεάζεται η συμπεριφορά των εργαζομένων θετικά ,έτσι ώστε να αναλαμβάνουν δράση σχετικά με αυτά που πρέπει να γίνουν.

Οργάνωση: Η έννοια της οργάνωσης σχετίζεται με την υιοθέτηση δομής προς την πραγμάτωση στόχων. Έχει να κάνει με τον συντονισμό της δράσης των ατομικών προσπαθειών ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα της ομάδας.

Έλεγχος: Έλεγχος είναι η άσκηση εξουσίας προκειμένου να διασφαλιστεί ότι αυτά που συμβαίνουν είναι αυτά που έχουν σχεδιαστεί. Ο έλεγχος πραγματοποιείται μέσω της εκτίμησης και της λήψης διορθωτικών μέτρων ώστε να επιτευχθούν οι αρχικοί στόχοι.

(i): οι νοσηλευτές ως διαχειριστές της φροντίδας των ασθενών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό διαχειρίζεται την απευθείας φροντίδα ενός συγκεκριμένου αριθμού ασθενών που του έχει ανατεθεί. Το μοντέλο παροχής φροντίδας επηρεάζει τον τρόπο και το επίπεδο των διαχειριστικών ικανοτήτων που απαιτούνται. Συχνά μοντέλα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας είναι τα ακόλουθα:

-Νοσηλευτική κατά περίπτωση: Στην Νοσηλευτική κατά περίπτωση , μία νοσηλεύτρια παρέχει ολιστική φροντίδα σε έναν ή περισσότερους ασθενείς που της έχουν ανατεθεί, κατά την διάρκεια μίας βάρδιας. Η οργάνωση και ο σχεδιασμός είναι απαραίτητες διαχειριστικές ικανότητες σε αυτό το μοντέλο ,το οποίο σπάνια εφαρμόζεται στα σύγχρονα συστήματα παροχής φροντίδας με εξαίρεση τις μονάδες εντατικής θεραπείας.

-Ομαδική Νοσηλευτική: Στην Ομαδική Νοσηλευτική ο αρχηγός της ομάδας (διπλωματούχος νοσηλεύτρια) και τα μέλη της συνεργάζονται για να σχεδιάσουν την φροντίδα και τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Ο διαχειριστικός προσανατολισμός του ηγέτη , εμπεριέχει ανάθεση συγκεκριμένων καθηκόντων στα μέλη της ομάδας, επίβλεψη, συντονισμό και εκτίμηση του επιπέδου της φροντίδας που παρέχεται. Όταν η ομαδική νοσηλευτική ήταν το σύνηθες μοντέλο παροχής φροντίδας ,τα μέλη της ομάδας αποτελούσαν διπλωματούχες νοσηλεύτριες και βοηθοί νοσηλευτών. Η ομαδική νοσηλευτική επίσης εφαρμόζεται σπάνια στις μέρες μας.

-Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική: Στην Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική μία διπλωματούχος νοσηλεύτρια αναλαμβάνει την ευθύνη για τον σχεδιασμό της φροντίδας και για τον εικοσιτετράωρο συντονισμό της ,για έναν ή περισσότερους ασθενείς κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και παρέχει σε αυτούς απευθείας φροντίδα όταν βρίσκεται σε υπηρεσία. Άλλες νοσηλεύτριες, που καλούνται συνεργάτες ,βοηθούν στον σχεδιασμό και προσφέρουν φροντίδα όταν η βασική

νοσηλεύτρια απουσιάζει. Το συγκεκριμένο μοντέλο φροντίδας θεωρείται δαπανηρό στην εφαρμογή του.

-Διαχείριση περίπτωσης: Στο μοντέλο αυτό ένας νοσηλευτής αναλαμβάνει την ευθύνη για ευρύτερη φροντίδα ασθενών μέσω του σχεδιασμού, της εκπαίδευσης τους και της παραπομπής τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας όποτε αυτό απαιτείται. Ο ίδιος παρακολουθεί την πορεία των ασθενών του από την στιγμή της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο μέχρι και την έξοδο και συντονίζει την πρόσβαση τους κοινωνικές υπηρεσίες υγείας(κοινωνική νοσηλευτική). Η διαχείριση περίπτωσης απαιτεί όλες τις διαχειριστικές ικανότητες που προαναφέρθηκαν και μάλιστα προάγει την συμμετοχή των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους σε αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία τους.

-Επέκταση Νοσηλευτικής/Επανασχεδιασμός εργασίας: Αυτό το μοντέλο ,που ονομάζεται και «φροντίδα επικεντρωμένη στον ασθενή» αναπτύχθηκε στις αρχές του 1990 στα πλαίσια της γενικότερης σμίκρυνσης και αποκέντρωσης των μονάδων υγείας. Αυτοί που ασκούν την φροντίδα του ασθενή είναι εκπαιδευμένο προσωπικό που οι επαγγελματικοί τους τίτλοι και η περιγραφή της επίσημης θέσης τους ποικίλλουν. Από το προσωπικό αυτό αναμένεται να διαθέτει πολλαπλές δεξιότητες και να αναλαμβάνει καθήκοντα που προηγουμένως πραγματοποιούνταν από διπλωματούχους νοσηλευτές ,όπως επίσης να ασκεί βοηθητικές υπηρεσίες. Η πλειοψηφία του προσωπικού αυτού που ούτε αμιγώς βοηθητικό είναι, ούτε ως νοσηλευτικό μπορεί να θεωρηθεί , δεν διαθέτει κάποιον επαγγελματικό τίτλο που να σχετίζεται με την νοσηλευτική επιστήμη. Απλά οι υπάλληλοι αυτοί εκπαιδεύονται πρόσκαιρα για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της μονάδος υγείας όπου εργάζονται. Οι υπάλληλοι αυτοί χρησιμοποιούνται με σκοπό την μείωση των οικονομικών δαπανών και το φαινόμενο αυτό αποτελεί μία νέα πρόκληση για την

νοσηλευτική κοινότητα καθώς δεν είναι σαφές ποιες δραστηριότητες φροντίδας μπορούν να ανατεθούν με ασφάλεια στο προσωπικό αυτό και ποιες όχι. Ειδικά στην εποχή μας που τόσο η ιατρική κα η νοσηλευτική επιστήμη εξειδικεύονται και οι παρεμβάσεις τους εμπεριέχουν πάντα τον κίνδυνο του απροσδόκητου. Η επέκταση της Νοσηλευτικής ως μοντέλο παροχής φροντίδας αφορά προς το παρόν τις Η.Π.Α και όχι την ελληνική πραγματικότητα.

(ii): οι Νοσηλευτές ως διαχειριστές της Νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Οι Νοσηλευτές λειτουργούν σε επίσημες θέσεις διαχείρισης στις μονάδες υγείας, ανάλογα με την θέση που καταλαμβάνουν στην ιεραρχία του οργανισμού. Ως manager πρώτου επιπέδου θεωρούνται οι προϊστάμενες κλινικών, που ευθύνονται για την ανάθεση καθηκόντων στο νοσηλευτικό προσωπικό και ρυθμίζουν την καθημερινή εύρυθμη λειτουργία των τμημάτων στα οποία προϊστανται, σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Ως manager δευτέρου επιπέδου θεωρούνται οι τομεάρχες νοσηλευτικών τομέων που αναλαμβάνουν την ευθύνη για τον συντονισμό και την παρακολούθηση της λειτουργίας ενός τομέα κλινικών (π.χ: παθολογικός τομέας). Τέλος ως manager τρίτου επιπέδου θεωρούνται οι διευθυντές της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι διευθυντές νοσηλευτικής υπηρεσίας διαθέτουν αρκετή ισχύ και γόητρο στις σύγχρονες μονάδες υγείας. Ο λειτουργικός τους ρόλος έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν και στις μέρες μας ασκούν εξουσία και παρεμβαίνουν με πιο ουσιαστικό τρόπο στα δρώμενα του οργανισμού.

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη της διοίκησης έχει σημειώσει μεγάλη πρόοδο. Μεγάλος αριθμός μάνατζερ κάθε χρόνο παρακολουθούν εκπαιδευτικά προγράμματα

και σεμινάρια μικρής διάρκειας στην διοίκηση τα οποία πραγματοποιούνται σε ειδικά κέντρα.

Ο χώρος της φροντίδας υγείας αναβαθμίζεται, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αναβαθμίζονται και εκείνοι οι φορείς που παρέχουν νοσηλεία, κατ'οίκον φροντίδα και γενικά φροντίδα υγείας. Αυτοί οι φορείς όμως για να ευημερήσουν χρειάζονται ελέγχους κόστους και παραγωγικότητας, όπως συμβαίνει και στα νοσοκομεία. Οι νέοι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να μπορέσουν να διοικήσουν αυτά τα νέα αναβαθμισμένα περιβάλλοντα φροντίδας υγείας. Για να το πετύχουν αυτό χρειάζεται πολύ καλή προετοιμασία η οποία θα περιλαμβάνει σύνθεση γνώσεων της νοσηλευτικής διοίκησης και προετοιμασία του μάνατζερ νοσηλευτή ώστε να μπορεί να διοικεί άλλους νοσηλευτές οι οποίοι θα παρέχουν την κλινική φροντίδα.

Πρότυπα συστήματα για την εκπαίδευση των διευθυντών νοσηλευτών έχουν δημοσιευθεί από τους Fralick και O'gnorr, οι οποίοι αναφέρονται στο έργο του Katz. Ο Katz ταξινομεί τις απαραίτητες, για την αποτελεσματική διοίκηση, δεξιότητες στις εξής τρεις κατηγορίες:

1. Νοητικές δεξιότητες, τις οποίες θεωρεί έμφυτες ικανότητες ή δεξιότητες σκέψης.
2. Τεχνικές δεξιότητες, που σχετίζονται με μεθόδους, διαδικασίες και διεργασίες.
3. Ανθρώπινες δεξιότητες, που έχουν σχέση με την ικανότητα της ηγεσίας και τις σχέσεις μεταξύ των ομάδων.

Στην νοσηλευτική οι τεχνικές δεξιότητες παίζουν σημαντικό ρόλο και διαιρούνται στις δεξιότητες της νοσηλευτικής διοίκησης και τις δεξιότητες άσκησης της νοσηλευτικής. Αυτό που χρειάζεται να επισημανθεί εδώ είναι ότι

ο διευθυντής νοσηλευτής πρέπει να έχει πολύ υψηλό επίπεδο νοητικών ικανοτήτων και ο νοσηλευτής προσωπικού το υψηλότερο επίπεδο δεξιοτήτων άσκησης της νοσηλευτικής. Ο διευθυντής νοσηλευτής καταμερίζει τους ρόλους ανάλογα με τις ανάγκες μιας κλινικής και οι νοσηλευτές παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Αυτό που κάνει έξυπνο και ικανό έναν διοικητή νοσηλευτή είναι οι γνώσεις της επιστημονικής διοίκησης και η ικανότητα του να φέρει εις πέρας αυτόν τον ρόλο. Αυτό θα το πετύχει με την επιρροή εξουσίας στο προσωπικό. Τέλος ένας μανατζερ νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να διαχειρίζεται τα έσοδα και τα έξοδα της κλινικής όπως και την παραγωγικότητα του προσωπικού μέσω της αξιολόγησης της απόδοσης τους.

2.2.5. Οι Νοσηλευτές ως ερευνητές

Η νοσηλευτική έρευνα αποτελεί την βάση πάνω στην οποία εξελίσσεται η θεωρία και η γνώση για το νοσηλευτικό επάγγελμα. Η αξία της νοσηλευτικής έρευνας τονίστηκε όταν το Εθνικό Ινστιτούτο Νοσηλευτικής Έρευνας ανεξαρτητοποιήθηκε από Εθνικό Ινστιτούτο το 1993, μέλος του οποίου υπήρξε από το 1986(Η.Π.Α). Πανεπιστήμια, οργανισμοί υγείας και ερευνητικά ιδρύματα προσλαμβάνουν νοσηλευτές ως ερευνητές. Επίσης γενικοί νοσηλευτές συχνά συμμετέχουν ως μέλη ερευνητικών ομάδων και υποδεικνύουν κλινικά προβλήματα που απαιτούν διερεύνηση.

Κεφάλαιο 3^ο Οι Σχέσεις των Νοσηλευτών

3.1.Σχέσεις των νοσηλευτών με ιατρούς

Από το παρελθόν, οι ιατροί και οι νοσηλευτές συνδυάζονται μαζί στην κοινή συνείδηση όλων. Όσοι επισκέπτονται χώρους φροντίδας υγείας, αναμένουν να βρουν ιατρούς και νοσηλευτές να εργάζονται μαζί. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων πιστεύει ότι ο νοσηλευτής, είναι απλά εκτελεστικά όργανα των οδηγιών των ιατρών. Επίσης, είναι πολλοί και οι ιατροί που θεωρούν τους νοσηλευτές ως υφιστάμενους και όχι ως συνεργάτες. Στις μέρες μας, είναι αναγκαίο να αντιστραφούν αυτές οι απόψεις και να αντιληφθούν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι ιατροί, ότι οι νοσηλευτές δεν είναι απλά εκτελεστικά όργανα, αλλά υπηρετούν άλλους στόχους, αυτούς της νοσηλευτικής επιστήμης, που σαφώς είναι διαφορετικοί από αυτούς της ιατρικής, αλλά συμπορεύονται με αυτούς. Η νοσηλευτική επιστήμη είναι ένας επαγγελματικός κλάδος διαφορετικός από αυτόν της ιατρικής που θέτει διαφορετικούς στόχους και προσεγγίζει τον ασθενή ως πλήρη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Είναι αλήθεια ότι τα τελευταία χρόνια οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, έχουν βελτιωθεί κατά πολύ, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Οι περισσότεροι ιατροί πια, αποδέχονται ότι η νοσηλευτική είναι μια ξεχωριστή επιστήμη και ειδικότητα που συνδράμει στο ιατρικό έργο. Δεν μπορούμε να πούμε βέβαια ότι στις σχέσεις αυτές δεν υπάρχουν συγκρούσεις, οι οποίες σχετίζονται περισσότερο με την διαφορετική προσέγγιση που ακολουθούν οι δύο επιστήμες στα θέματα υγείας και ασθένειας, αλλά και με την τραγική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία της Ελλάδος. Αυτό που θέλουμε να τονίσουμε είναι ότι η μόνη αποδεκτή σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, είναι αυτή της συνεργασίας, της εμπιστοσύνης και του αλληλοσεβασμού. Επίσης, ο μόνος ανταγωνισμός που χρειάζεται να υπάρχει,

είναι ο θεμιτός. Συμπερασματικά, στις σχέσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών κρίνεται επιβεβλημένο να προσανατολίζονται στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας.

3.2.Οι σχέσεις νοσηλευτών με νοσηλευτές

Προκειμένου να λειτουργήσει σωστά ένας οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι αναγκαία η εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών που τον αποτελούν. Με το ίδιο σκεπτικό, για να λειτουργήσει σωστά μια νοσηλευτική μονάδα και να παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα, κρίνεται επιβεβλημένο να υπάρχουν αρμονικές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Την ευθύνη για την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών, την έχει ο προϊστάμενος της κλινικής, αλλά και ο κάθε ένας νοσηλευτής ξεχωριστά. Συνετό θα ήταν, οι νοσηλευτές να έχουν μεταξύ τους καλές διαπροσωπικές σχέσεις, που χαρακτηρίζονται από τον σεβασμό και την εμπιστοσύνη. Η αλήθεια είναι βέβαια ότι ο κάθε νοσηλευτής έχει μια διαφορετική προσωπικότητα και καλείται να λειτουργήσει στα πλαίσια μιας ομάδος. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο, καθώς η διαφορετικότητα του ενός, μπορεί να συγκρούεται με την διαφορετικότητα του άλλου. Ο προϊστάμενος οφείλει να προτείνει ορθούς τρόπους εργασίας, να προάγει την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας και να επιλύει συγκρούσεις. Από την άλλη πλευρά και οι ίδιοι οι νοσηλευτές, είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα των σχέσεων που έχουν με τους συνεργάτες τους και χρειάζεται να καταβάλουν προσπάθειες ώστε αυτές να χαρακτηρίζονται από αρμονία και σωστή επικοινωνία. Αξίζει να αναφέρουμε βέβαια ότι στην χώρα μας και λόγω των ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό, οι νοσηλευτές έρχονται συχνά σε αντιπαράθεση με τους προϊστάμενους

και τους συναδέλφους τους, όσον αφορά σε θέματα βαρδιών και κυκλικού ωραρίου, φόρτου εργασίας και κακής υλικοτεχνικής υποδομής.

3.3.Οι σχέσεις νοσηλευτών με ασθενείς

Η σχέση του νοσηλευτή με τους ασθενείς είναι μια ιδιαίτερη σχέση. Ο ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, συναντά τους νοσηλευτές του τμήματος στο οποίο πρόκειται να νοσηλευτεί και επαφίει σε αυτούς ένα μεγάλο μέρος από τις ανάγκες του και την φροντίδα του. Οι ασθενείς πολλές φορές, είναι δύστροποι, ιδιότροποι και με πολλές απαιτήσεις, γεγονός που οι νοσηλευτές οφείλουν να διαχειριστούν με σεβασμό αλλά και με παρεμβάσεις ώστε να καταστείλουν τέτοιο είδους συμπεριφορές και να επιτύχουν την συνεργασία τους. Άλλες φορές οι ασθενείς αδυνατώντας να διαχειριστούν την σοβαρότητα της νόσου τους και μεταφέρουν τον συγκινησιακό τους φόρτο στους νοσηλευτές. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές οφείλουν να γνωρίζουν αποτελεσματικούς τρόπους επικοινωνίας και τεχνικές διαπραγμάτευσης. Η σχέση του ασθενή με τους νοσηλευτές επηρεάζει σημαντικά τις ψυχολογικές τους αντιδράσεις στην νόσο. Αν δεν καλλιεργηθούν, η εμπιστοσύνη, η καλή επικοινωνία και η συνεργασία, η δυναμική της σχέσης αυτής επηρεάζεται αρνητικά. (Μελισσά. Χ, 1998)

Κεφάλαιο 4^ο Η Ορθοπαιδική Νοσηλευτική

4.1.1. Η επιστήμη της Ορθοπαιδικής

Η ορθοπαιδική επιστήμη φαίνεται να αναπτύσσεται από την αρχαιότητα , στην εποχή του Ιπποκράτη. Ένα υπέροχο ιατρικό κείμενο που αναφέρεται στις θεραπευτικές τεχνικές της εποχής είναι το «Περί Αγμών και Άρθρων» του ίδιου του Ιπποκράτη. Φαίνεται ότι στην Αρχαία Ελλάδα η διδασκαλία της Ορθοπαιδικής ήταν πολύ προοδευμένη, σε σχέση με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, αν και η χρήση του όρου ‘ειδικότητα’ μοιάζει αδόκιμη για την εποχή. Οι αρχαίοι Έλληνες και δη οι Ιπποκρατικοί φαίνεται να γνώριζαν καλά τον μηχανισμό δημιουργίας των καταγμάτων και των εξάρθρημάτων. Επίσης εφαρμόζαν θεραπευτικές μεθόδους για την ανάταξη εξarthρώσεων, για την βελτίωση συγγενών διαμαρτιών , για την σκολίωση, την κύφωση αλλά και τις λοιμώδεις νόσους του μυοσκελετικού συστήματος ,όπως η φυματιώδης σπονδυλίτιδα. Διέθεταν και διάφορα ορθοπαιδικά μηχανήματα όπως ορθοπαιδική τράπεζα και συσκευή για την ανάταξη της πτέρνας αλλά και η επιδεσμολογία τους ήταν πολύ προηγμένη. Ο Ιπποκράτης στο έργο του δίνει οδηγίες για το πώς ανατάσσονται και πως συντάσσονται όλα σχεδόν τα οστά, όχι μόνο των άκρων αλλά και της κλείδας, των γναθών, του κρανίου, είτε τα κατάγματα αυτά είναι απλά, είτε είναι επιπλεγμένα. Από την μελέτη των Ιπποκρατικών απόψεων διαφαίνεται ότι πολλές από αυτές ισχύουν και στις μέρες μας. (Φραγκιουδάκης Γ και συν.2007).

4.1.2. Το αντικείμενο της ορθοπαιδικής επιστήμης

Οι κυριότερες ορθοπεδικές παθήσεις που είχαν ανάγκη θεραπείας πριν από 50 χρόνια ήταν κυρίως η φυματίωση των οστών και οι παραμορφώσεις που είχαν σχέση με την πολιομυελίτιδα και την οστεομυελίτιδα. Στην σημερινή εποχή όμως, αυτές οι παθήσεις δεν αποτελούν πια σημαντικό πρόβλημα και αυτό οφείλεται κυρίως στην πρόοδο της χημειοθεραπείας, τη βελτίωση των ορών διαβίωσης και την παροχή υπηρεσιών υγείας, που διαθέτει ο άνθρωπος από την παιδική ηλικία έως και την γεροντική.

Στις μέρες μας η ορθοπεδική ασχολείται κυρίως με την θεραπεία εκφυλιστικών καταστάσεων των οστών και των αρθρώσεων των ηλικιωμένων αρρώστων, καθώς και με κακώσεις οι οποίες λόγω των τροχαίων ατυχημάτων αλλά και της συμμετοχής του πληθυσμού στον αθλητισμό έχουν αυξηθεί δραματικά. Αυτό που θέλουμε να επισημανθεί άλλωστε είναι το γεγονός ότι οι κληρονομικές ανωμαλίες, οι συγγενείς διαμαρτίες, τα νεοπλάσματα των οστών και οι ρευματοπάθειες ήταν και παραμένουν αντικείμενο της ορθοπεδικής επιστήμης. (Σαχινη-Καρδάση Α, Πάνου Μ, 1997).

Το σημερινό εύρος εφαρμογής της Ορθοπαιδικής επιστήμης είναι τεράστιο. Από τις λοιμώξεις των οστών και των αρθρώσεων (π.χ: οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα) ,μέχρι τις μεταβολικές παθήσεις των οστών (π.χ: οστεοπόρωση) και τις νευρομυϊκές παθήσεις (π.χ: εγκεφαλική παράλυση). Επίσης από της εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης και του υπόλοιπου σκελετού μέχρι τους όγκους του μυοσκελετικού συστήματος. Και τέλος από τα κάθε τύπου κατάγματα μέχρι τις συνδεσμικές κακώσεις.

4.1.3. Ορθοπαιδική Χειρουργική

Η Ορθοπαιδική Χειρουργική είναι μία βαριά χειρουργική ειδικότητα που γνωρίζει αλματώδη ανάπτυξη την τελευταία τριαντακονταετία. Στην ανάπτυξη αυτή οδήγησε η ανάγκη για την αντιμετώπιση και την θεραπεία ενός συνεχούς αυξανόμενου αριθμού παθήσεων και κακώσεων του μυοσκελετικού συστήματος. Τόσο οι παθήσεις ,όσο και οι κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος αυξάνονται συνεχώς τα τελευταία χρόνια καθώς παρατείνεται συνεχώς ο μέσος όρος ζωής, το προσδόκιμο επιβίωσης δηλαδή, με συνέπεια την συχνότερη εμφάνιση εκφυλιστικών παθήσεων. Παράλληλα παρατηρείται αύξηση στην συχνότητα των τροχαίων ατυχημάτων ,καθώς και μαζική συμμετοχή του πληθυσμού σε αθλητικές δραστηριότητες με αποτέλεσμα τραυματισμούς και κακώσεις.

Στο διάστημα λοιπόν των τελευταίων τριάντα ετών η Ορθοπαιδική ανέπτυξε ένα ευρύ φάσμα χειρουργικών δραστηριοτήτων που εκτείνεται από τις επεμβάσεις για την οστεοσύνθεση της σπονδυλικής στήλης και την αντικατάσταση κατεστραμμένων αρθρώσεων έως τη μικροχειρουργική και την επανασύνδεση ακρωτηριασμένων δακτύλων. Το γεγονός αυτό ,έφερε ως αποτέλεσμα την δημιουργία υποειδικοτήτων στην Ορθοπαιδική που εστιάζουν σε συγκεκριμένα τμήματα του σκελετού ή σε ομάδες παθήσεων και κακώσεων του. Έτσι λοιπόν η Ορθοπαιδική από υποειδικότητα της Γενικής Χειρουργικής έμελλε να εξελιχθεί σε μεγάλη ειδικότητα με δικές της υποειδικότητες. (Πουρνάρας 2009).

4.2. Ορθοπαιδική Νοσηλευτική

4.2.1. Ιστορική αναδρομή

Η ιστορία τόσο της νοσηλευτικής ,όσο και της Ορθοπαιδικής χειρουργικής χρονολογείται στα τέλη του 1800. Και οι δύο αναπτύχθηκαν εξαιτίας των κοινωνικών αναγκών , της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και την επιθυμία να προσφέρουν

βοήθεια σε αυτούς που την είχαν ανάγκη. Οι παθήσεις που συνοδεύονται από αναπηρία υπήρχαν από πάντα. Οι δυστυχείς αυτοί πάσχοντες έδιναν τη δική τους μάχη για επιβίωση ,συχνά συνοδευόμενη από χαμηλή ποιότητα ζωής. Η νοσηλευτική έχει διαδραματίσει έναν σημαντικό ρόλο στην φροντίδα αυτών των ασθενών παρέχοντας στους ιατρούς και τα νοσοκομεία την ικανότητα να λειτουργούν απρόσκοπτα και δυναμικά. Τα κρούσματα από φυματίωση και πολιομυελίτιδα αυξάνονταν συνεχώς καθώς η βιομηχανική επανάσταση οδήγησε στην συγκέντρωση μεγάλου πληθυσμού στις πόλεις και σε ελλιπή υγιεινή . Παρά το γεγονός ότι η φυματίωση είχε περιγραφεί για πρώτη φορά από τον Ιπποκράτη το 300 π.Χ ,την εποχή εκείνη έγινε γνωστή ως η "λευκή πανούκλα" και αυτοί που προσβάλλονταν σπάνια επιβίωναν. Ως συνέπεια των δύο αυτών μεταδοτικών ασθενειών παρατηρήθηκε μία αύξηση στις παθήσεις των οστών και των αρθρώσεων, γεγονός που βοήθησε την ανάπτυξη της ορθοπαιδικής πρακτικής.Rang, M(2000).The story of orthopedics. Philadelphia: WB Saunders

Μία κυρίαρχη μορφή της Ορθοπαιδικής Νοσηλευτικής υπήρξε η Agnes Hunt που γεννήθηκε στην Αγγλία το 1867. Η Hunt αφιέρωσε την ζωή της στην φροντίδα των ανάπηρων παιδιών ιδρύοντας το πρώτο ορθοπαιδικό νοσοκομείο στην ύπαιθρο. Γνώριζε πολύ καλά την μοίρα αυτών με χρόνια αναπηρία καθώς είχε νοσήσει από οστεομυελίτιδα του ισχίου στην ηλικία των εννιά ετών, μετά από σηψαιμία. Η φυματίωση των οστών και η οστεομυελίτιδα ήταν συχνές, μη θεραπεύσιμες καταστάσεις εκείνη την εποχή. Η Hunt πίστευε ότι η συνεχής έκθεση στον ατμοσφαιρικό αέρα θα μπορούσε να μειώσει την μετάδοση αυτών των ασθενειών. Το νοσοκομείο Florence House , ένα παλιό φυλάκιο στην περιοχή Shrewsbury, άρχισε να λειτουργεί το 1900 με υπαίθριες πτέρυγες ως πτέρυγες ασθενών. Το νοσοκομείο αυτό

έμελλε να είναι το πρώτο ορθοπαιδικό νοσοκομείο των Η.Π.Α το οποίο υπάρχει ως σήμερα. (Carter, M. 2001).

Στην εξέλιξη της ιστορίας αρκετά ήταν τα ιστορικά γεγονότα που βοήθησαν την ανάπτυξη της ορθοπαιδικής νοσηλευτικής αλλά και της ορθοπαιδικής χειρουργικής. Αρχικά και καθώς δεν υπήρχε γνώση για την παθοφυσιολογία των ορθοπαιδικών παθήσεων, αυτές αντιμετωπιζόνταν κυρίως με υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και ανάπαυση. Καθώς όμως η ιατρική επιστήμη εξελίσσεται νέες ανακαλύψεις αλλάζουν το σκηνικό. Μία επιδημία πολιομυελίτιδας το 1907 αποτελεί μεγάλη πρόκληση καθώς υπήρχε ανάγκη για φροντίδα και θεραπεία μεγάλου αριθμού πασχόντων. Την ίδια περίοδο οι μισθοί των νοσηλευτών αυξάνονται και οι χειρουργική αποκατάσταση στην ορθοπαιδική επιχειρείται όλο και συχνότερα. Η περίοδος πριν τον 2^ο παγκόσμιο πόλεμο αναδεικνύει την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και αλλάζει τα standards της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Καθώς δεν υπάρχει δυνατότητα οικονομικής κάλυψης των μισθών ,οι σπουδαστές νοσηλευτικής χρησιμοποιούνται στα νοσοκομεία ως προσωπικό έτσι ώστε να μπορέσουν να αποφοιτήσουν(Oemmann,1997). Η ιατρική θεραπευτική προσέγγιση αλλάζει άρδην με την ανακάλυψη της σουλφοναμίδης το 1935, της πενικιλίνης το 1940 και της χλωραμφαινικόλης το 1947. Το 60% των τραυματιών πολέμου έχουν μυοσκελετικές κακώσεις ,γεγονός που πυροδότησε την εξέλιξη της ορθοπαιδικής επιστήμης. Στα χρόνια που έρχονται η ολική αρθοπλαστική και οι αρθροσκοπήσεις θα αποτελέσουν καθημερινή πρακτική (Kahn. B, 2005).

4.2.2. Ορθοπαιδική Νοσηλευτική-ορισμοί

Η Ορθοπαιδική Νοσηλευτική είναι μία ειδικότητα της νοσηλευτικής που επικεντρώνεται στην πρόληψη και στην θεραπεία των μυοσκελετικών διαταραχών. Το πεδίο δράσης της ορθοπαιδικής επιστήμης κυμαίνεται από οξεία προβλήματα όπως τα κατάγματα και η νοσηλεία σε νοσοκομείο για επέμβαση αρθροπλαστικής μέχρι χρόνιες πολυσυστηματικές διαταραχές όπως η οστεοπόρωση και ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος. Οι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές διαθέτουν εξειδικευμένες ικανότητες που αφορούν επιγραμματικά , στην παρακολούθηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας, την εφαρμογή έλξης στα οστά , την θεραπεία μέσω συνεχούς παθητικής κινητοποίησης , την εφαρμογή γύψινου επιδέσμου και την φροντίδα ασθενών που φέρουν εξωτερική έλξη(www.wikipedia.org, 2009).

Ένα μεγάλο μέρος ορθής άσκησης της ορθοπαιδικής νοσηλευτικής συνιστάται στην πολύ καλή γνώση της ανατομίας του μυοσκελετικού συστήματος και στον τρόπο που αυτό λειτουργεί. Επίσης στην γρήγορη εκτίμηση και αναγνώριση ανώμαλων εκδηλώσεων αλλά και στην ικανότητα παρακολούθησης και αναφοράς. Αυτές είναι μερικές βασικές δεξιότητες που πρέπει να έχει ένας νοσηλευτής ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις μιας ορθοπαιδικής νοσηλευτικής μονάδας. Οι ορθοπαιδικές παθήσεις δημιουργούν πολλά και μεγάλα προβλήματα στους ασθενείς, μερικά από τα οποία είναι, ο πόνος, η ακινησία, η απώλεια ανεξαρτησίας, η αδυναμία κάλυψης καθημερινών αναγκών ή διαφόρων δραστηριοτήτων σε άριστο επίπεδο. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι οι ορθοπαιδικοί ασθενείς αναπτύσσουν συχνά ποικίλλου βαθμού εξάρτηση από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς πολλές φορές είναι ακινητοποιημένοι και αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Από τα προβλήματα αυτά συμπεραίνουμε, ότι οι ορθοπαιδικοί ασθενείς έχουν ανάγκη από υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα και ιδιαίτερη προσοχή στην αποκατάστασή τους

καθώς η αποκατάσταση αποτελεί ίσως και κάτι παραπάνω από το ήμισυ της θεραπείας για τους ασθενείς αυτούς.(Σαχινη-Καρδάση Α, Πάνου Μ, 1997).

Στο πιο πρόσφατο παρελθόν, οι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές εργάζονταν είτε σε νοσοκομειακές ορθοπαιδικές κλινικές είτε στον χώρο του χειρουργείου. Κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών όμως, πολλές ορθοπαιδικές κλινικές εξελίχθηκαν σε μικτές μονάδες φροντίδας για έναν ποικίλο πληθυσμό ασθενών. Με αυτήν την αλλαγή, οι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές βρίσκονται πια σε πολλές δομές υγείας. Αυτές οι δομές καλύπτουν όλο το φάσμα της φροντίδας, από την γέννηση μέχρι τον θάνατο, και από την επείγουσα φροντίδα στις μονάδες εντατικής θεραπείας μέχρι την επανένταξη του ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, και την κατ'οίκον φροντίδα. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές που ασχολούνται με αυτούς τους ασθενείς, με μυοσκελετικά τραύματα και παθήσεις, να κατέχουν την κατάλληλη γνώση και τις ικανότητες που είναι ειδικές για την ειδικότητα της ορθοπαιδικής. Ο ρόλος του ορθοπαιδικού νοσηλευτή είναι να προάγει την φροντίδα της μυοσκελετικής υγείας μέσω της συμμετοχής του στην ορθοπαιδική έρευνα και εκπαίδευση και μέσω της άσκησης του νοσηλευτικού καθήκοντος. Οι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές, όπως προαναφέραμε βρίσκονται πια σε ποικίλους οργανισμούς και δραστηριοποιούνται σε πολλαπλούς ρόλους. Έτσι έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε πολλά και διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας. Ένας ορθοπαιδικός νοσηλευτής μπορεί να εργαστεί στο νοσοκομείο, σε φυσικοθεραπευτήριο, σε ένα νοσηλευτικό θεραπευτήριο, στην βιομηχανία, στην ακαδημαϊκή εκπαίδευση ή σε φορέα παροχής κοινοτικής νοσηλευτικής. Τα πεδία στα οποία οι νοσηλευτές μπορούν να ασκήσουν την νοσηλευτική είναι:

- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Χειρουργείο

- Ορθοπαιδική κλινική Ενηλίκων
- Ορθοπαιδική κλινική Παίδων
- Χειρουργική κλινική Ενηλίκων
- Χειρουργική κλινική Παίδων
- Μονάδες τραύματος
- Γηριατρικές μονάδες
- Μονάδες αποκατάστασης
- Ογκολογικές κλινικές
- Πρακτορεία παροχής υπηρεσιών υγείας
- Πανεπιστήμια-κολλέγια Νοσηλευτικής

Οι Ορθοπαιδικοί νοσηλευτές ,είναι επαγγελματίες νοσηλευτές που πέτυχαν στις εξετάσεις για τον αποδεκτό τίτλο νοσηλευτή σε κάθε χώρα. Κάποιοι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές επιλέγουν να συνεχίσουν την εκπαίδευση τους , παίρνοντας κάποιον μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Στις Η.Π.Α , το συμβούλιο πιστοποίησης Ορθοπαιδικής Νοσηλευτικής (ONCB) διοργανώνει εξετάσεις για την εξειδίκευση σε αυτήν την κλινική κατεύθυνση. Αυτή η εξειδίκευση , του Διαπιστευμένου Ορθοπαιδικού Νοσηλευτή (ONC) καταδεικνύει την κατοχή ειδικών προσόντων και γνώσεων στο αντικείμενο, και είναι το μοναδικό επίσημο έγγραφο που κατοχυρώνει την ειδικότητα της Ορθοπαιδικής Νοσηλευτικής (Naon 2006).

4.2.3. Ανατομία μυοσκελετικού συστήματος

Το μυοσκελετικό σύστημα είναι αυτό που περιλαμβάνει τα οστά, τις αρθρώσεις, τους συνδέσμους και τους μύες του σκελετού. Αφού κάνουμε έναν διαχωρισμό του

σώματος θα κάνουμε μια αναφορά στα κυριότερα οστά, μύες και αρθρώσεις που συμμετέχουν στην κίνηση του σώματος. (Τσακρακλίδης,Β, 1985)

Το σώμα του ανθρώπου χωρίζεται στον κορμό και τα άκρα (άνω και κάτω άκρα). Ο κορμός χωρίζεται στην κεφαλή, τον τράχηλο και τον ιδίως κορμό. Ο ιδίως κορμός αποτελείται από τον θώρακα, την κοιλιά και την πύελο.

Το άνω άκρο συνδέεται με τον κορμό με την ωμική ζώνη και το κάτω άκρο με την πυελική ζώνη. Η ωμική ζώνη αποτελείται από τις κλείδες και τις ωμοπλάτες και η πυελική ζώνη από τα δύο ανώνυμα οστά που αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του κορμού.

4.3.1. Κύριοι άξονες

1. Ο κάθετος (επιμήκης) άξονας
2. Ο εγκάρσιος (οριζόντιος) άξονας
3. Ο οβελιαίος (προσθιοπίσθιος) άξονας

4.3.2.Διευθύνσεις κινήσεων

Οι κινήσεις που πραγματοποιούν οι αρθρώσεις είναι:

- Κάμψη
- Έκταση
- Απαγωγή
- Προσαγωγή
- Στροφή
- Περιαγωγή

Υπάρχουν αρθρώσεις ,όπως η άρθρωση του ώμου, που μπορούν να πραγματοποιήσουν κινήσεις και στους 3 άξονες και άλλες αρθρώσεις ,που κινούνται

μόνο σε έναν άξονα και μπορούν να πραγματοποιήσουν μόνον κινήσεις κάμψης και έκτασης, όπως για παράδειγμα οι μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων. (Kahle.W, Leonhardt.H, Platzer.W,1984)

4.3.3. Τα οστά του σκελετού

Τα οστά του σκελετού διακρίνονται στα οστά του κορμού (σπονδυλικής στήλης, κρανίου και θώρακα) και στα οστά των άκρων, άνω και κάτω. Ο συνολικός αριθμός τους στον ενήλικα είναι 205. Στον αριθμό αυτόν δεν περιλαμβάνεται μια κατηγορία οστών που λέγονται σησαμοειδή (Τσακρακλίδης.Β,1985).Ένας ακόμα διαχωρισμός που κάνουμε στα οστά, είναι με βάση το σχήμα τους. Έτσι τα χωρίζουμε σε:

1. Μακρά οστά
2. Πλατέα οστά
3. Βραχέα οστά
4. Αεροφόρα οστά

Τα οστά , όπως προαναφέραμε χωρίζονται σε μακρά, σε βραχέα, σε πλατέα και σε αεροφόρα. Τα μακρά αποτελούνται από το μεσαίο τμήμα , τη διάφυση ή σώμα, που είναι συμπαγές , με αυλό στον οποίο υπάρχει άφθονος μυελός των οστών, και τα δυο άκρα, τις επιφύσεις, που είναι σπογγώδεις. Τα βραχέα οστά, όπως του καρπού και του ταρσού , αποτελούνται από σπογγώδη οστίτη ιστό, όπως οι επιφύσεις των μακρών οστών. Στα πλατέα οστά ανήκουν το κρανίο και η ωμοπλάτη. Αεροφόρα καλούνται τα οστά που φέρουν κοιλότητες με αέρα όπως τα οστά του προσωπικού κρανίου. Όλα τα οστά περιβάλλονται από το περίοστεο, έναν λεπτό υμένα συνδετικού ιστού με πολλά αγγεία. Στο περίοστεο επίσης, υπάρχουν και οι οστεοβλάστες.

Τα οστά συνδέονται μεταξύ τους με αρθρώσεις, που ανάλογα με την ανατομική τους δομή, διακρίνονται σε συναρθρώσεις και διαρθρώσεις. Οι διαρθρώσεις επιτρέπουν την κίνηση ενώ οι συναρθρώσεις όχι.

Στη συνάρθρωση, μεταξύ των οστών παρεμβάλλεται ιστός που αποτρέπει την κίνηση.

Οι συναρθρώσεις διακρίνονται σε.

- Συνδεσμώσεις
- Συγχονδρώσεις
- Συνοστεώσεις

Στις διαρθρώσεις, τα οστά δεν έρχονται σε άμεση επαφή μεταξύ τους, καθώς οι αρθρικές επιφάνειες καλύπτονται από αρθρικό χόνδρο. Εκεί επαφίεται ο αρθρικός θύλακας, ο οποίος επιτρέπει την κίνηση στις αρθρώσεις και εκκρίνει μέσα σε αυτήν ποσότητα αρθρικού υγρού.

Οι κινήσεις των αρθρώσεων περιορίζονται από:

1. Τους συνδέσμους
2. Την επαφή με άλλες δομές
3. Το σχήμα των οστών
4. Τις αντιστάσεις των μυών

Η καλύτερη θέση τοποθέτησης και ακινητοποίησης των αρθρώσεων ,θεωρείται εκείνη που θα είναι περισσότερο χρήσιμη για τον άρρωστο σε περίπτωση αγκύλωσης τους. Στη θέση αυτή, τοποθετούμε μια φλεγμαίνουσα ή τραυματισμένη άρθρωση, μέσα σε νάρθηκα ή γύψινο επίδεσμο.

σπονδυλική στήλη.

Η σπονδυλική στήλη αποτελεί τον βασικό σκελετό του κορμού. Αποτελείται από 33-34 σπονδύλους, στους οποίους παρεμβάλλεται ανάμεσα μεσοσπονδύλιος δίσκος.

Επίσης η σπονδυλική στήλη χωρίζεται σε 5 μοίρες:

Αυχενική μοίρα (7 σπόνδυλοι)

Θωρακική μοίρα (12 σπόνδυλοι)

Οσφυϊκή μοίρα (5 σπόνδυλοι)

Ιερή μοίρα (5 σπόνδυλοι συνοστεωμένοι)

Κόκκυγας(4-5 σπόνδυλοι)

Μεσοσπονδύλιοι δίσκοι.

Κάθε μεσοσπονδύλιος δίσκος αποτελείται περιφερικά από τον ινώδη δακτύλιο και κεντρικά από έναν μαλακό ζελατινώδη πυρήνα, τον πηκτοειδή πυρήνα. Η λειτουργία τους είναι πολύ σημαντική καθώς απορροφούν ένα μεγάλο ποσοστό των δονήσεων και τον κραδασμών που συμβαίνουν στο σώμα μας. Παρομοιάζονται μάλιστα με τους απορροφητήρες δονήσεων των αυτοκινήτων (Kahle.W, Leonhardt.H, Platzer.W,1984).

Θώρακας.

Ο σκελετός του θώρακα αποτελείται από τους 12 θωρακικούς σπονδύλους, τις 12 πλευρές και το στέρνο. Όλες οι πλευρές προς τα πίσω συνδέονται με τους σπονδύλους, ενώ προς τα εμπρός μερικές δεν έχουν άμεση σύνδεση.

Οι πρώτες 7 πλευρές συνδέονται με χόνδρο απευθείας στο στέρνο, η 8^η, 9^η και η 10^η πλευρά συνδέονται με το χόνδρινο τμήμα την αμέσως ανώτερης πλευράς σχηματίζοντας έτσι το πλευρικό τόξο ενώ η 11^η και 12^η πλευρά δεν συνδέονται με καμία άλλη πλευρά για αυτό και ονομάζονται νόθες ή ασύντακτες. Έτσι αντίστοιχα έχουμε ονομάσει τις πλευρές από πάνω προς τα κάτω ως:

- Γνήσιες (1^η μέχρι και 7^η)
- Νόθες (8^η μέχρι και 10^η)
- Νόθες ασύντακτες (11^η και 12^η)

Το στέρνο αντίστοιχα χωρίζεται στην λαβή, το σώμα και την ξιφοειδή απόφυση.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να γίνει μια αναφορά στα κυριότερα οστά του κρανίου και των άκρων καθώς είναι και τα πιο ευάλωτα σε διάφορες κακώσεις αφού είναι αυτά που έρχονται σε επαφή περισσότερο με το εξωτερικό περιβάλλον.

(Τσακρακλίδης, Β, 1985)

Οστά κρανίου.

- Μετωπιαίο οστό
- Δύο Βρεγματικά οστά
- Ινιακό οστό
- Δύο Κροταφικά οστά
- Δύο Σφηνοειδή οστά
- Ρινικά οστά
- Ζυγωματικά οστά

Άνω γνάθος

Κάτω γνάθος

Υοειδές οστό

άνω άκρο.

1. Βραχιόνιο οστό
2. Κερκίδα
3. Ωλένη
4. οστά του καρπού:

1^η σειρά:

- Σκαφοειδές
- Μηνοειδές
- Πυραμοειδές
- Πισοειδές

2^η σειρά:

- Μείζων πολύγωνο
 - Ελάσσον πολύγωνο
 - Κεφαλωτό
 - Αγκυστρωτό
5. 5 μετακάρπια
6. Φάλαγγες των δακτύλων

κάτω άκρο.

1. Μηριαίο οστό
2. Κνήμη
3. Περόνη
4. Οστά του ταρσού
 - Σκαφοειδές
 - 3 σφηνοειδή
 - Κυβοειδές
 - Αστράγαλος
 - Πτέρνα
5. 5 μετατάρσια
6. Φάλαγγες των δακτύλων

πυελική ζώνη.

Τέλος η πυελική ζώνη αποτελείται από τα δύο ανώνυμα οστά.

4.4. Διαγνωστικές εξετάσεις

4.4.1. Διαγνωστικές δοκιμασίες και εξετάσεις

Δοκιμασίες.

Δοκιμασία Queckenstedt: Γίνεται για τον έλεγχο του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, του οποίου η κυκλοφορία έχει σταματήσει από διάφορες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης.

Δοκιμασία Thomas: Αυτή η δοκιμασία πραγματοποιείται για να αποκαλυφθεί παραμόρφωση κατά την κάμψης του ισχίου, που αν υπάρχει είναι ενδεικτική βλάβης της κατ'ισχίον άρθρωσης.

Δοκιμασία Lasegue: Χρησιμοποιείτε σε περιπτώσεις οσφυαλγίας, για τον έλεγχο του ερεθισμού ισχιακού νεύρου.

Ακτινογραφίες.

- **Ακτινογραφίες των οστών:** για να ελέγξουμε μεταβολές στο σχήμα τους, την πυκνότητα τους και την δομή τους, επίσης για οστεοπλασίες και για περιοστικές αντιδράσεις.
- **Ακτινογραφίες των αρθρώσεων:** για έλεγχο των οστών που τις σχηματίζουν, το περίγραμμα και την ομαλότητα τους.
- **Ακτινογραφίες των μαλακών μορίων:** για την ανάπτυξη μέσα σε αυτά οστίτη ιστού.

ειδικές απεικονιστικές εξετάσεις.

- **Πεταλογραφία ή τομογραφία:** Αυτή η εξέταση απεικονίζει λεπτομερώς ένα ειδικό επίπεδο του οστού.
- **Μυελογραφία:** Σε αυτή την εξέταση χορηγείται σκιαγραφική ουσία μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο από την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην συνέχεια πραγματοποιείται ακτινογραφία για την ανίχνευση κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου ή όγκου του νωτιαίου μυελού.
- **Αρθρογραφία:** Είναι μια ακτινογραφία άρθρωσης μετά από χορήγηση ενδαρθρικά ακτινοσκιετικής ουσίας η αέρα.
- **Υπερηχογράφημα:** Στην ορθοπαιδική χρησιμοποιείται κυρίως στην διάγνωση όγκων και κυστικών αλλοιώσεων των μαλακών μορίων. Το υπερηχογράφημα αποτελεί την πιο ακίνδυνη απεικονιστική μέθοδο.
- **Σπινθηρογράφημα οστών:** Σε αυτήν την εξέταση χορηγείτε παρεντερικά ραδιοϊσότοπο, το οποίο καθλώνεται σε πρωτοπαθή νεοπλάσματα(οστεοσαρκώματα), σε μεταστατικά νεοπλάσματα και σε φλεγμονώδες σκελετικές παθήσεις(οστεομυελίτιδα).
- **Αρτηριογραφία:** Πολύ χρήσιμη εξέταση στην χειρουργική όγκων, καθώς απεικονίζει την αιμάτωση των νεοπλασιών.
- **Υπολογιστική τομογραφία(MRI):** Απεικονίζει παθολογικές καταστάσεις των οστών και των μαλακών μορίων που τα περιβάλλουν.
- **Μέτρηση οστικής πυκνότητας:** Είναι χρήσιμη στην διάγνωση και παρακολούθηση της οστεοπόρωσης.

Ηλεκτρομυογραφία. Χρησιμοποιείται στην διάγνωση δυσλειτουργίας των περιφερικών νεύρων και μυών.

εργαστηριακές εξετάσεις. Αυτές οι εξετάσεις προσφέρουν στον ιατρό πολύ χρήσιμες πληροφορίες για την εξέλιξη ενός ορθοπεδικού αρρώστου. Τέτοιες εξετάσεις είναι:

- Αιματολογικές: Γενική αίματος για ανέρευση αναιμίας, λευκοκυττάρωσης, ΤΚΕ, εξέταση μυελού των οστών σε μυέλωμα κλπ.
- Βιοχημικές: Γενική ούρων, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ασβέστιο και φωσφόρος αίματος, όξινη και αλκαλική φωσφατάση αίματος, λεύκωμα και ουρικό οξύ αίματος, CRP.
- Ορολογικές και βακτηριολογικές εξετάσεις.
- Δερμοαντίδραση Mantoux.

Εξέταση αρθρικού υγρού. Το υγρό από την παρακέντηση μίας άρθρωσης εξετάζεται μακροσκοπικά(χρoιά, διαύγεια) και μικροσκοπικά(για ερυθρά, λευκά αιμοσφαίρια, για κρυστάλλους ουρικού νατρίου κλπ).

Βιοψία-Ιστολογική εξέταση. Είναι η λήψη τμήματος ιστού για ιστολογική εξέταση. Η ιστολογική εξέταση είναι απαραίτητη στη διαφορική διάγνωση μίας οστικής βλάβης ή βλάβης των μαλακών μορίων. Το αποτέλεσμα της θα καθορίσει αν η βλάβη είναι όγκος ή λοίμωξη (Σαχινη-Καρδάση Α, Πάνου Μ, 1997), (Πουρνάρας, Ι. 2009), (Snider RK, 1997).

Κεφάλαιο 5^ο Προβλήματα ορθοπαιδικού ασθενούς

Οι ορθοπαιδικοί ασθενείς εμφανίζουν ποικίλα προβλήματα υγείας που αφορούν τόσο στο ίδιο το μυοσκελετικό σύστημα , όσο και στα υπόλοιπα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού που επηρεάζονται. Στους ασθενείς αυτούς κρίνεται επιβεβλημένο να αντιμετωπίζονται ως βιοψυχοκοινωνικές οντότητες από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Στην συνέχεια θα αναφέρουμε τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ορθοπαιδικοί ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στις διάφορες ορθοπαιδικές νοσηλευτικές μονάδες άλλα και μετά την έξοδο τους από αυτές , στην περίοδο της αποκατάστασης.

5.1 Πόνος

Ο πόνος στους ορθοπαιδικούς ασθενείς αποτελεί συχνό φαινόμενο και συναντάται σε μεγάλη συχνότητα και διάρκεια καθώς τα ορθοπεδικά χειρουργεία κατατάσσονται στα πιο επίπονα μετεγχειρητικά, και συνήθως χορηγούνται πολύ δυνατά αναλγητικά και παυσίπονα σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κατά την διάρκεια των ορθοπαιδικών επεμβάσεων χρησιμοποιούνται βαριά εργαλεία και γίνονται ισχυροί χειρισμοί στα οστά και τις αρθρώσεις με συνεπεία, όταν περάσει η επίρεια της αναισθησίας οι ασθενείς να νιώθουν συχνά ισχυρό άλγος εξαιτίας του χειρουργείου. Εντούτοις και τα κατάγματα αλλά και οι χρόνιες αρθροπάθειες χαρακτηρίζονται από έντονο πόνο.Ο πόνος αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα του ορθοπαιδικού ασθενή για αυτό και η έγκαιρη αναλγησία αποτελεί πρωτεύοντα στόχο για τον νοσηλευτή. Επίσης ο πόνος εκτός από την φυσική ενόχληση που προκαλεί στον ασθενή ,

περιορίζει και την καθημερινή του δραστηριότητα και επιδρά στην ψυχολογική του κατάσταση.

5.2. Ακινησία

Τις περισσότερες φορές για την θεραπεία της πλειοψηφίας των μυοσκελετικών κακώσεων, επιβάλλεται στους ορθοπαιδικούς ασθενείς η ακινητοποίηση. Η ακινητοποίηση όμως πέρα από το θεραπευτικό της αποτέλεσμα επιφέρει ακινησία στους ασθενείς η οποία συναντάται σε μεγάλη διάρκεια και κρίνεται αναγκαία στις περισσότερες περιπτώσεις και σε άλλες είναι αναγκαστική λόγω τοποθέτησης έλξεων. Σε άτομα τα οποία στην προγενέστερη κατάσταση υγείας τους εμφάνιζαν υψηλή δραστηριότητα (νεαρά άτομα και αθλητές) αποτελεί σοβαρό πρόβλημα καθώς με την νέα τους κατάσταση νιώθουν εγκλωβισμένοι γιατί ξαφνικά ζουν μία καθημερινότητα που καμία σχέση δεν έχει με τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής που είχαν στο παρελθόν. Σε αυτές τις κατηγορίες ασθενών η ακινησία προκαλεί ψυχολογική κατάπτωση και δυσκολεύει, καθυστερεί την ανάρρωσή τους. Σε αυτά τα άτομα κρίνεται χρήσιμο να απασχολούνται δημιουργικά κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, να ενθαρρύνεται η ενασχόληση τους με ευχάριστες δραστηριότητες (π.χ διάβασμα, μουσική, ζωγραφική) αλλά και να υποστηρίζονται ψυχολογικά από το νοσηλευτικό προσωπικό. Αξίζει να αναφέρουμε βέβαια ότι η ακινησία προκαλεί αρκετά σημαντικά προβλήματα και στους υπερήλικες ασθενείς καθώς όχι μόνο επιβαρύνει την παθολογική τους κατάσταση αλλά και δυσκολεύει ιδιαίτερα την ψυχολογική. Η ψυχολογική κατάπτωση στους ηλικιωμένους εκδηλώνεται κυρίως με την εμφάνιση κατάθλιψης και άρνησης. Συνετό θα ήταν οι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές να έχουν υπόψη τους αυτές τις ψυχολογικές διακυμάνσεις γιατί καθυστερούν την ανάρρωση και αποκατάσταση των ασθενών. Τέλος η

εκτεταμένη ακινητοποίηση έχει συχνά σαν αποτέλεσμα την ατροφία των μυών και την δημιουργία κατακλίσεων.

5.3. Πιθανές αναπηρίες.

Ορισμένες φορές οι ορθοπαιδικές παθήσεις δεν αποκαθίστανται πλήρως, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εμφανίζουν μετέπειτα μόνιμες αναπηρίες, γεγονός που μεταβάλλει πλήρως ολόκληρη την ζωή τους. Οι αναπηρίες αυτές συχνά απομακρύνουν μόνιμα τους ασθενείς από την εργασία τους με συνέπεια οικονομικά προβλήματα και προβλήματα σε όλους τους τομείς της ζωής(οικογένεια, φιλικό περιβάλλον, προσωπική κατάσταση). Η κακή ψυχολογική τους κατάσταση σε περιπτώσεις μόνιμων αναπηριών μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή αϋπνιών μέχρι και τα αρχικά στάδια της κατάθλιψης καθώς ο ασθενής νιώθει απογοητευμένος και συχνά ανήμπορος να συνεχίσει την ζωή του, υπό αυτές τις νέες συνθήκες που είναι αναγκασμένος να αποδεχθεί για το υπόλοιπο της ζωής του. Επίσης οι εφιάλτες αποτελούν ένα ακόμα σημάδι της κακής ψυχολογικής του κατάστασης καθώς και οι διαταραχές της όρεξης, όπως η ανορεξία και η βουλιμία. Όλα αυτά έχουν ως συνέπεια την όξυνση της κατάστασης της υγείας του καθώς έχουν αρνητική επίδραση και στις βιολογικές του λειτουργίες. Για αυτόν τον λόγο απαραίτητη προϋπόθεση ,κατά την νοσηλεία των ασθενών αυτών, αποτελεί η δημιουργία ενός περιβάλλοντος φροντίδας και ενδιαφέροντος καθώς και η αναγνώριση των αποθεμάτων δύναμης που τους έχει απομείνει με σκοπό να μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτήν την δύσκολη κατάσταση. Ακόμα η στήριξη ανάπτυξης ρεαλιστικών ελπίδων για την δυνατότητα επιτυχούς αποκατάστασης κρίνεται αναγκαία καθώς επίσης και η συναισθηματική υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ορθοπαιδικοί νοσηλευτές οφείλουν να δραστηριοποιηθούν υπέρ του ασθενή, υποστηρίζοντας τον ψυχολογικά, ενημερώνοντας την οικογένεια του για την νέα

κατάσταση υγείας και προτείνοντας του νέους τρόπους διαβίωσης. Σε αυτό το σημείο μπορούν να δραστηριοποιηθούν και οι υπηρεσίες της κοινοτικής νοσηλευτικής στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5.4. Άγχος

Το άγχος είναι ένα πρόβλημα που το αντιμετωπίζουν όλοι οι ασθενείς όταν εισέρχονται στο νοσοκομείο και σχετίζεται τόσο με την φύση της ασθένειας όσο και με την είσοδο τους σε ένα άγνωστο περιβάλλον. Είναι αναμενόμενο λοιπόν οι ορθοπαιδικοί ασθενείς να διακατέχονται και αυτοί από το αίσθημα του άγχους. Το άγχος στους ασθενείς αυτούς συνδέεται περισσότερο με την βαρύτητα της πάθησης η της κάκωσης, αλλά και με την αναμενόμενη αποκατάσταση, πλήρη ή μη. Καθώς το άγχος ορίζεται ως «ο φόβος προς το άγνωστο» κινητοποιεί όλο τον ανθρώπινο οργανισμό για την αντιμετώπιση μιας παρακείμενης απειλής. Έτσι συνοδεύεται τόσο από οργανικά όσο και από μη οργανικά συμπτώματα. Στα οργανικά κατατάσσονται η ταχυκαρδία, η δύσπνοια, και η έλλειψη συγκέντρωσης, ενώ στα μη οργανικά η ανησυχία και το αίσθημα πανικού. Η παρουσία άγχους στους ασθενείς επιβαρύνει την σωματική, την διανοητική και την ψυχική τους κατάσταση με συνέπεια να δυσχεραίνεται το θεραπευτικό έργο και η περαιτέρω αποκατάσταση τους. Οι νοσηλευτές κρίνεται αναγκαίο να γνωρίζουν τις επιδράσεις του άγχους και τις εκδηλώσεις του ώστε να παρεμβαίνουν έγκαιρα και προς όφελος του ασθενή, διότι διαφορετικά το άγχος επιδεινώνει την ήδη υπάρχουσα κατάσταση με συνέπεια να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος.

5.5. Αποκατάσταση

Η αποκατάσταση είναι μια πάρα πολύ σημαντική υπόθεση για την ορθοπαιδική. Και αυτό γιατί η πλειοψηφία των ορθοπαιδικών ασθενών νοσηλεύεται για μεγάλα χρονικά διαστήματα στο νοσοκομείο και χρήζει ιδιαίτερης αποκατάστασης. Ένα μεγάλο μέρος της αποκατάστασης συχνά πραγματοποιείται ενδονοσοκομειακά με

την συμβολή της φυσικοθεραπείας. Από την άλλη πλευρά όμως υπάρχει ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ασθενών που χρειάζεται αποκατάσταση και μετά την εξοδό του από το νοσοκομείο, ειδικά σε περιπτώσεις βαρύτατων κακώσεων και αναπηριών. Η συμβολή των ορθοπαιδικών νοσηλευτών στην αποκατάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί είναι αυτοί που ενημερώνουν τον ασθενή για τις δυνατότητες που έχει αλλά του παρέχουν και ψυχολογική υποστήριξη.

(Maher A. Salmond S. Pellino T,1998).

5.6 Παθολογικά προβλήματα

Συχνά παρατηρείται στους ορθοπαιδικούς ασθενείς , εκτός από το ορθοπαιδικό πρόβλημα για το οποίο νοσηλεύονται , να παρουσιάζουν και επιπρόσθετα παθολογικά προβλήματα υγείας. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ασθενείς που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Τα συνοδά παθολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν, σχετίζονται κυρίως με χρόνια νοσήματα όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης, η Στεφανιαία Νόσος και η Αρτηριακή Υπέρταση. Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφέρουμε ότι τα προβλήματα αυτά είναι απαραίτητο να εξομαλύνονται όσο το δυνατόν , προεγχειρητικά ,ώστε να μειώνονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές και να διασφαλίζεται η ομαλή πορεία του ασθενή. Επίσης συχνά οι ηλικιωμένοι ορθοπαιδικοί ασθενείς εμφανίζουν αναιμία , είτε σιδηροπενική, είτε άλλου τύπου, παράγοντας που επίσης επιβαρύνει την μετεγχειρητική πρόγνωση και θα πρέπει να διορθώνεται στο μέτρο του δυνατού, είτε με μεταγγίσεις αίματος και πλάσματος , είτε με επαρκή διατροφή. Επιπρόσθετα αξίζει να αναφέρουμε ότι κατά την διάρκεια της νοσηλείας στους στην ορθοπαιδική κλινική , οι ασθενείς μπορούν να παρουσιάσουν διαταραχές της θρέψης, του ύδατος και των ηλεκτρολυτών αλλά και υποθρεψία, για αυτό και είναι χρήσιμο να δίδεται ιδιαίτερη σημασία στην επαρκή

σίτιση και ενυδάτωση, που διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην θεραπεία και αποκατάσταση. Επίσης συχνά είναι και τα προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα ,στην εμφάνιση των οποίων συντελεί η ακινησία καθώς συμβάλλει στην μείωση των περισταλτικών κινήσεων του εντέρου και στην εμφάνιση δυσκοιλιότητας. Η δυσκοιλιότητα είναι ένα πρόβλημα που δυσκολεύει ιδιαίτερα τον ασθενή, του προκαλεί σοβαρή ενόχληση και επηρεάζει την διαδικασία της θρέψης, για αυτό κρίνεται επιβεβλημένη τόσο η λήψη μέτρων για την πρόληψη της εμφάνισης της , όσο και η άμεση αντιμετώπιση της όταν αυτή εμφανιστεί. Άλλα προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν είναι αυτά που αφορούν στο ουροποιητικό σύστημα και σχετίζονται κυρίως με την ανάπτυξη ουρολοιμώξεων ,εξαιτίας του καθετηριασμού της κύστεως αλλά και την εμφάνιση επίσχεσης ούρων. Και στις δύο περιπτώσεις οι νοσηλευτές χρειάζεται να λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα όπως άσηπτη τεχνική κατά την τοποθέτηση καθετήρα κύστεως, συχνή αλλαγή και περιποίηση καθώς και πλύσεις κύστεως. Τέλος άλλα προβλήματα που θα μπορούσαν δυνητικά να προκύψουν είναι οι λοιμώξεις των χειρουργικών τραυμάτων που επιβαρύνουν ιδιαίτερα την πρόγνωση των ορθοπαιδικών ασθενών και αποτελεί χρέος των νοσηλευτών η πρόληψη τους με όλα τα αναγκαία μέτρα.

5.7. Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα

Σύμφωνα με την Μελισσά « Τα προβλήματα υγείας δεν απειλούν μόνο τη ζωή και τη φυσική υπόσταση του ανθρώπου ,αλλά και την ίδια την εικόνα του εαυτού του ,τις αξίες της ζωής του, τις κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες και την ψυχική του ευεξία».Με τον όρο «κοινωνικοοικονομικά προβλήματα» εννοούμε όλες εκείνες τις δυσάρεστες καταστάσεις που προκύπτουν είτε λόγω της μακροπρόθεσμης παραμονής των ορθοπαιδικών ασθενών στο νοσοκομείο , είτε λόγω της

εγκατάστασης μόνιμων αναπηριών. Είναι αλήθεια ότι όταν η ασθένεια γίνει γεγονός για στην ζωή κάποιου ανθρώπου, διαταράσσεται ο φυσιολογικός κύκλος της ζωής. Ειδικά στους ορθοπαιδικούς ασθενείς, η ανάγκη παρατεινόμενης νοσηλείας σε συνάρτηση με τον επιπρόσθετο χρόνο που απαιτείται για την αποκατάσταση, πυροδοτούν την εμφάνιση τόσο κοινωνικών, όσο και οικονομικών προβλημάτων. Οι ορθοπαιδικοί ασθενείς αναγκάζονται να απουσιάσουν από την εργασία τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα και συχνά αυτό έχει ως συνέπεια την απώλεια της εργασίας τους, γεγονός με επιπτώσεις οικονομικές αλλά και ψυχολογικές. Το αίσθημα έλλειψης ελέγχου σε συνδυασμό με το πόσο ανήμπορος μπορεί να νιώσει κάποιος, όντας καθηλωμένος σε ένα κρεβάτι προκαλεί απογοήτευση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τόσο το ιατρικό, όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό σε συνεργασία με τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς του νοσοκομείου, οφείλουν να παρέχουν συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή και στην οικογένεια του και να προτείνουν λύσεις (Μελισσά Χ, 1998).

5.8. Ιδιαιτερότητες ορθοπαιδικού ασθενή

5.8.1. Ακινητοποίηση

Ο ασθενής που πάσχει από μία νόσο υποχρεώνεται σε κάποια στιγμή να αποδεχτεί το ρόλο του ασθενή και αποσύρεται από το συνήθη τρόπο της ζωής του ή από ορισμένες ασχολίες του. Ο ορθοπαιδικός ασθενής είναι ένας ιδιαίτερος ασθενής καθώς τις περισσότερες φορές νοσηλεύεται στην Ορθοπαιδική νοσηλευτική μονάδα με την οδηγία της ακινητοποίησης, γεγονός που δυσχεραίνει πολύ την καθημερινότητα του. Οι ορθοπαιδικές παθήσεις στην πλειοψηφία τους, απαιτούν ακινητοποίηση για την θεραπεία τους. Ενδεικτικά αναφέρουμε τον χρόνο ακινησίας που απαιτείται για την πόρωση των καταγμάτων αλλά και μετά από χειρουργικές

επεμβάσεις (π.χ: ολική αρθροπλαστική ισχίου) μέχρι να επέλθει η πλήρης αποκατάσταση. Ο ορθοπαιδικός ασθενής λόγω της βαρύτητας της κατάστασης του και των προβλημάτων που αντιμετωπίζει χρηρίζει λοιπόν ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας. Για τον λόγο αυτόν είναι λογικό οι ασθενείς αυτοί να είναι περισσότερο ευέξαπτοι και απαιτητικοί από τους υπόλοιπους ασθενείς και να καταλαμβάνουν περισσότερο από το χρόνο μας για τις καθημερινές τους ανάγκες και την νοσηλεία τους. Η ακινητοποίηση απαιτεί από τον νοσηλευτή να πραγματοποιεί το καθημερινό λουτρό σώματος του ασθενή, το λούσιμο καθώς και το στρώσιμο του κρεβατιού. Ακόμη το ξύρισμα, η περιποίηση του στόματος καθώς και η περιποίηση των νυχιών κρίνονται αναγκαίες για την διατήρηση της σωματικής του υγιεινής. Με λίγα λόγια ο νοσηλευτής καθίσταται υπεύθυνος για την ατομική υγιεινή του ασθενή καθώς ο ίδιος αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Πέραν λοιπόν από την χορήγηση φαρμάκων και την διεκπεραίωση των ιατρικών οδηγιών, ο ορθοπαιδικός νοσηλευτής είναι ανάγκη να έχει συνεχώς κατά νου ότι διαχειρίζεται ασθενείς με ελλιπή ή καθόλου κινητικότητα. Σαφέστατα βέβαια εκτός από την ατομική περιποίηση του ασθενή σημαντικό στόχο αποτελεί αναμφισβήτητα η ψυχολογική και συναισθηματική του υποστήριξη (Μελισσά.Χ,1998).

5.8.2.Εξάρτηση

Η άμεση εξάρτηση που αναπτύσσουν οι ορθοπαιδικοί ασθενείς από το οικείο περιβάλλον τους άλλα και από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι επίσης ένα σημαντικό ζήτημα που αξίζει να επισημανθεί. Η εξάρτηση αυτή σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ακινητοποίηση την οποία χρειάζεται να υποστούν οι ασθενείς αυτοί χάριν της θεραπείας τους, καθώς και με την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης τους λόγω του χρόνιου πόνου. Πολλές φορές βέβαια η εξάρτηση των ορθοπαιδικών ασθενών

συσχετίζεται θετικά με την ηλικία τους, καθώς συχνά είναι ηλικιωμένα άτομα και υπερήλικες που στερούνται οικογενειακού ή γενικά υποστηρικτικού περιβάλλοντος και αδυνατούν να διαχειριστούν την νέα τους πραγματικότητα. Οι ασθενείς που ανήκουν σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα παρουσιάζουν συχνά και επιπρόσθετα παθολογικά προβλήματα. Αυτό που θέλουμε να επισημάνουμε είναι ότι οι ορθοπαιδικοί ασθενείς και δει οι ηλικιωμένοι ,τείνουν να αναπτύξουν υψηλό βαθμό εξάρτησης από το νοσηλευτικό προσωπικό. Υπάρχουν βέβαια και ασθενείς που δεν προσαρμόζονται εύκολα στο νέο τους ρόλο και σε αυτήν την περίπτωση η εξάρτηση που βιώνουν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να τους προκαλέσει αισθήματα ενοχής, μειονεκτικότητας ή και έχθρας. Όταν λοιπόν οι ασθενείς υιοθετούν τέτοιους έντονους αντισταθμιστικούς μηχανισμούς, όπως για παράδειγμα την άρνηση, ενδέχεται να αγνοήσουν τους περιορισμούς που τους επιβάλλει η φύση της ασθένειάς τους , ακόμα και την θεραπευτική τους αγωγή και να απορρίψουν την υποστήριξη που δέχονται από ιατρούς και νοσηλευτές , έτσι ώστε να αποφύγουν την εξάρτηση από αυτούς (Μελισσά.Χ, 1998).

5.8.3.0 πόνος στις χρόνιες αρθροπάθειες

Ο πόνος στις χρόνιες αρθροπάθειες όπως στην ρευματοειδή αρθρίτιδα και στην οστεοαρθρίτιδα αποτελεί ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει τους ορθοπαιδικούς ασθενείς. Η αρθρίτιδα στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί μια συνήθη ,κοινή χρόνια ασθένεια που προσβάλλει κυρίως τα άτομα της τρίτης ηλικίας ,αν και συχνά εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας από 25-55 ετών καθώς και σε νεαρότερης ηλικίας άτομα (Σαρρής.Μ, 2001). Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία πολυσυστηματική νόσος που εξελίσσεται προοδευτικά και προσβάλλει μεγάλο αριθμό αρθρώσεων

αμφοτερόπλευρα. Οι ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφέρουν συχνά απώλεια ενέργειας και βάρους, αϋπνίες, έντονους πόνους, οίδημα στις αρθρώσεις και υψηλού βαθμού δυσκολία στις διάφορες κινήσεις. Λίγες ασθένειες προκαλούν τόση ψυχική εξουθένωση και σωματική αδυναμία ,με απρόβλεπτα επεισόδια έντονου πόνου και γενικευμένης αναπηρίας ,όσο η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Η οστεοαρθρίτιδα από την άλλη , προσβάλλει συνήθως μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα και μικρότερο αριθμό αρθρώσεων, προκαλώντας λιγότερο κινητικά προβλήματα. Σε ότι αφορά στο στρες που βιώνουν οι ασθενείς αυτοί από τη νόσο τους, ενδεικτικά αναφέρουμε ότι οι πάσχοντες από οστεοαρθρίτιδα παρουσιάζουν καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, ίσως επειδή η βιοκινητική τους αναπηρία είναι μικρότερη(Μελισσά.Χ, 1998).

Οι ασθενείς με αρθρίτιδα, αναφέρουν ποιοτικές διαφορές ανάμεσα στον πόνο που βιώνουν σε ώρες ανάπαυσης ή χαλάρωσης και σε αυτόν που νιώθουν όταν είναι σε κίνηση, καθώς επίσης και μεταξύ του πόνου των αρθρώσεων και της γενικής αίσθησης πόνου. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι περιγραφές τους καθώς τονίζουν περισσότερο το συναισθηματικό παρά το αισθησιοκινητικό μέρος του πόνου και το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει την σχέση του πόνου με τον ψυχολογικό παράγοντα. Ο πόνος που βιώνει ο ασθενής είναι συνήθως συνάρτηση της ψυχικής του κατάστασης και ειδικότερα του βαθμού άγχους και κατάθλιψης που παρουσιάζει. Τα υψηλότερα επίπεδα πόνου σχετίζονται συνήθως με αυξημένη άρνηση, υποχονδριακές τάσεις γύρω από τη νόσο και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, με απόγνωση του ασθενή για την κινητικότητα του αλλά και την ικανότητα του να ελέγχει τα συμπτώματα της νόσου. Ο οξύς και συνεχής πόνος καθώς και οι πολλές υποτροπές της νόσου δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο κακής βιοψυχοσωματικής υγείας με άμεση

συνέπεια την αναπόφευκτη μείωση των επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων του ασθενή (Μελισσά. Χ,1998).

Οι επιπτώσεις της αρθρίτιδας στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών εκδηλώνονται σχετικά με την σωματική και ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα. Στην σωματική λειτουργικότητα αναπτύσσονται περιορισμοί στο πεδίο της καθημερινής αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας των ασθενών (π.χ: σωματική υγιεινή, ντύσιμο, προετοιμασία φαγητού κ.α) καθώς ο έντονος πόνος καθιστά απαγορευτικές αυτές τις στοιχειώδεις λειτουργίες και με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε καταστάσεις ανικανότητας ή αναπηρίας. Στη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα αναπτύσσονται συναισθήματα αβεβαιότητας, άγχους και κατάθλιψης, έκπτωση ή απώλεια της αυτοεκτίμησης, διαταραχές στις οικογενειακές σχέσεις, σεξουαλικά προβλήματα, επαγγελματική αβεβαιότητα ή και ανεργία, απορρύθμιση των κοινωνικών σχέσεων και αδυναμία άσκησης κοινωνικών ρόλων. Η προσαρμογή σε μία καθημερινή πραγματικότητα που χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού περιορισμό των λειτουργικών δραστηριοτήτων ενός αρθρικού αρρώστου απαιτεί τον επαναπροσδιορισμό των προσδοκιών και των αναγκών του. Η εξάρτηση από άλλους και η απαιτούμενη βοήθεια και υποστήριξη για την ικανοποίηση στοιχειωδών αναγκών αυτοεξυπηρέτησης δημιουργούν συνθήκες και όρους αβεβαιότητας σχετικά με την κατάληξη της εκφυλιστικής αυτής νόσου. Ο επαναπροσδιορισμός των ψυχοκοινωνικών προσδοκιών και αναγκών οριοθετεί το πρώτο βήμα διαμόρφωσης και σχεδιασμού μίας στρατηγικής αντιμετώπισης των αρνητικών επιδράσεων της αρθρίτιδας στην καθημερινή ζωή του αρρώστου (Σαρρής. Μ,2001).

Η ανάπτυξη λοιπόν ειδικών προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της οστεοαρθρίτιδας είναι υψίστης σημασίας γιατί

αφενός οι ασθενείς αυτοί, παράλληλα με τα ιατρικά, αντιμετωπίζουν και κοινωνικά προβλήματα (απώλεια εργασίας λόγω αναπηρίας, κοινωνική απομόνωση) που κρίνεται επιβεβλημένο να αντιμετωπιστούν εγκαίρως και αφετέρου διότι επιβάλλεται η εκπαίδευση τους στην ψυχολογική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους (Μελισσά, Χ, 1998).

5.8.4.Μετεγχειρητικές λοιμώξεις

Οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις στους ορθοπαιδικούς ασθενείς αποτελούν ένα φαινόμενο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και αντιμετώπισης από ιατρούς και νοσηλευτές. Οι λοιμώξεις αυτές παρατηρούνται κατά το στάδιο της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή και οφείλονται σε επιμόλυνση του χειρουργικού του τραύματος από παθογόνους μικροοργανισμούς. Οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις των ορθοπαιδικών ασθενών έχουν δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για το σύστημα υγείας που τους παρέχει φροντίδα. Σε πρώτο επίπεδο καθυστερούν την ανάρρωση των ασθενών, αυξάνουν τον χρόνο νοσηλείας τους στις ορθοπαιδικές νοσηλευτικές μονάδες και παράλληλα το κόστος νοσηλείας καθώς απαιτείται πια η χρήση και χορήγηση αντιβιοτικών αλλά και ειδική εξατομικευμένη φροντίδα για την εξάλειψη της λοίμωξης. Σε δεύτερο επίπεδο οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις προκαλούν στους ασθενείς απογοήτευση και δυσπιστία απέναντι στους επαγγελματίες υγείας που πολλές φορές εκδηλώνεται με την μορφή μομφής, με θυμό και με έλλειψη συνεργασίας και συμμόρφωσης προς την θεραπεία (άρνηση). Τέλος σε τρίτο επίπεδο οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις γίνονται αιτία να εκλυθούν επιπρόσθετα προβλήματα υγείας όπως κατακλίσεις, σηψαιμία κ.λ.π. Είναι λοιπόν αναγκαίο τόσο οι νοσηλευτές,

όσο και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας να λαμβάνουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη των μετεγχειρητικών λοιμώξεων με την εφαρμογή της άσηπτης τεχνικής κατά την διάρκεια των χειρουργικών αλλαγών και της χορήγησης φαρμάκων, την σωστή αποστείρωση υλικών και εργαλείων καθώς και την σωστή καθαριότητα και απολύμανση των χώρων.

5.8.5. Αλλαγές σωματικού ειδώλου (*body image*)

Σε μερικές περιπτώσεις οι ορθοπαιδικοί ασθενείς μπορούν να υποστούν ακρωτηριασμούς στα πλαίσια της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Αυτό μπορεί να συμβεί μετά από οξύτατους τραυματισμούς ή μετά από εκτεταμένους χειρουργικούς καθαρισμούς σε επιμολυνθέντα χειρουργικά τραύματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις διαταράσσεται το βιοσωματικό είδωλο του ασθενή. Κάτι ανάλογο ισχύει και για τις παραμορφωτικές βλάβες της αρθρίτιδας.

Ο άνθρωπος διαμορφώνει σε κάθε ηλικία μία εικόνα για το σώμα του, στην οποία ενσωματώνει τις διάφορες αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό του. Στην ηλικία των τεσσάρων ετών μάλιστα συνειδητοποιούμε πλήρως την εικόνα μας. Όταν λοιπόν η εικόνα αυτή διαταραχθεί, οι ασθενείς αδυνατούν να ενσωματώσουν τα νέα τους στοιχεία στην παλιά εικόνα και εκφράζουν ποικίλες ψυχικές εντάσεις και αρνητικά συναισθήματα. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενή εξαρτώνται όχι μόνο από την σωματική βλάβη αλλά και από την συμβολική σημασία της. Για παράδειγμα, οι αλλαγές στο βιοσωματικό είδωλο μπορεί να είναι υπεύθυνες για το «επώδυνο μέλος φάντασμα (painful phantom limb), το οποίο εκφράζει τις αξεπέραστες ψυχικές συγκρούσεις που προκάλεσε ο ακρωτηριασμός κάποιου μέλους (άνω ή κάτω άκρων). Οι διάφορες παθήσεις που επιδρούν στο βιοσωματικό είδωλο συνοδεύονται συνήθως

με ποικίλα συναισθήματα, άμυνες του εγώ και σωματοψυχικά φαινόμενα. Οι ασθενείς συνήθως περνούν μία περίοδο «πένθους» για την απώλεια κάποιου μέλους του σώματος. Ο θρήνος τους εκφράζεται με κατάθλιψη, αμηχανία, ντροπή, ενοχές και άλλα αρνητικά συναισθήματα, μέχρι να αποδεχτούν την αλλαγή αυτή και τις συνέπειες της στην προσωπική τους ζωή. Σταδιακά βέβαια αναπτύσσουν πιο θετικούς τρόπους για να αντιμετωπίσουν αυτές τις αλλαγές και αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα τους, το οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και την στήριξη και ενημέρωση που δέχονται από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Μελισσά.Χ, 1998).

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι οι ορθοπαιδικοί ασθενείς εμφανίζουν αυξημένες νοσηλευτικές ανάγκες, απαιτούν αυξημένη και πολλές φορές εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και για αυτό κρίνεται επιβεβλημένη η επαρκής στελέχωση των ορθοπαιδικών κλινικών με νοσηλευτικό αλλά και με βοηθητικό προσωπικό καθώς και η δημιουργία, στην Ελλάδα, προγραμμάτων εξειδίκευσης στην Ορθοπαιδική Νοσηλευτική. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στις ορθοπαιδικές νοσηλευτικές μονάδες χρειάζεται να έχουν πλήρη γνώση του μυοσκελετικού συστήματος και των λειτουργιών του, καθώς επίσης να γνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν τους ορθοπαιδικούς πάσχοντες, ώστε να είναι σε θέση να καλύπτουν επαρκώς τις νοσηλευτικές ανάγκες αυτής της κατηγορίας ασθενών. Τέλος ,θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε την σημαντική συμβολή των φυσικοθεραπευτών στην κινητοποίηση και στην περαιτέρω αποκατάσταση των ορθοπαιδικών ασθενών, αλλά και την αναγκαιότητα για ύπαρξη ικανού αριθμού φυσικοθεραπευτών σε κάθε ορθοπαιδική κλινική ώστε οι ορθοπαιδικοί ασθενείς να

κινητοποιούνται και να ανεξαρτητοποιούνται το συντομότερο δυνατόν και να μην παρατείνεται ο χρόνος νοσηλείας τους πέραν του αναγκαίου.

5.8.6. Συχνότερες επιπλοκές των ορθοπαιδικών ασθενών

Οι πιο σοβαρές επιπλοκές που μπορούν να παρουσιαστούν στους ορθοπαιδικούς ασθενείς που νοσηλεύονται στις διάφορες ορθοπαιδικές μονάδες αναφέρονται εδώ

1. Σύνδρομο από καταχώρηση-Σύνδρομο διαμερίσματος
2. Θρόμβωση των εν τω βάθει φλεβών
3. Πνευμονική εμβολή
4. Λιπώδης εμβολή
5. Απώλεια αίματος και αιμορραγία
6. Ενδαγγειακή πήξη
7. Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας
8. Επιμόλυνση χειρουργικού τραύματος
9. Καρδιακά προβλήματα λόγω της παρατεταμένης κατάκλισης
10. Δημιουργία νεκρών πνευμονικών μονάδων και αδυναμία καθαρισμού του τραχειοβρογχικού δέντρου (Ατελεκτασία)
11. Μετεγχειρητικός πόνος
12. Δερματικές κατακλίσεις
13. Μετατραυματική αρθρίτιδα
14. Χρόνια οστεομυελίτιδα
15. Αεριογόνος γάγγραινα
16. Ισχαιμική νέκρωση του Volkmann

(Πουρνάρας. Ι, 2009) (Maher A. Salmond S. Pellino T, 1998)

Γενικές θεραπευτικές παρεμβάσεις

5.8.7.Συντηρητική θεραπεία

Η ακινησία. Η ακινησία ενδείκνυται συνήθως σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης(οσφυαλγία-ισχιαλγία), όπου απαραίτητη θεωρείτε η παραμονή στο κρεβάτι . Υπάρχουν όμως και οι περιπτώσεις ακινητοποίησης μόνο του πάσχοντος μέλους που επιτυγχάνεται με εφαρμογή έλξης, με τοποθέτηση ναρθηκών, και γύψινων επιδέσμων όπως για παράδειγμα στην περίπτωση καταγμάτων, όταν αυτά αντιμετωπίζονται συντηρητικά. Επίσης σε σοβαρά διαστρέμματα ,τενοντίτιδες ή ρήξεις ορισμένων συνδέσμων. Καθώς επίσης και μετεγχειρητικά σε κατάγματα μέχρι την πόρωση τους.

Η φαρμακευτική αγωγή. Το φάσμα της χρήσης φαρμάκων είναι σχετικά περιορισμένο στην Ορθοπαιδική. Σε ποιο κοινή χρήση φάρμακα είναι τα αντιβιοτικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα αναλγητικά, τα ηρεμιστικά, τα μυοχαλαρωτικά και οι βιταμίνες. Τα κορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται κυρίως στις τοπικές εγχύσεις στις οστεοαρθρίτιδες. Αξίζει να αναφερθεί η αναγκαιότητα χορήγησης ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους μετεγχειρητικά για την πρόληψη εμφάνισης φλεβοθρόμβωσης και πνευμονικής εμβολής.

Η φυσικοθεραπεία και οι χειρισμοί της. Είναι τρόποι θεραπείας με τα χέρια, οι οποίοι εφαρμόζονται για παθητική κινητοποίηση δύσκαμπτων αρθρώσεων, για διορθώσεις παραμορφώσεων και ανατάξεις καταγμάτων-εξάρθημάτων. Οι χειρισμοί πραγματοποιούνται κάτω από γενική αναισθησία και πρέπει να γίνονται με προσοχή ώστε να αποφεύγονται τα κατάγματα. Επίσης οι χειρισμοί έχουν πολύ

καλά αποτελέσματα σε παθήσεις χρόνιου πόνου, γιατί με αυτές λύνονται υπάρχουσες περιαρθρικές συμφύσεις.

Η φυσικοθεραπεία έχει ως σκοπό: α) την διατήρηση ή την αποκατάσταση της μυϊκής ισχύος αλλά και του μυϊκού όγκου, β) την διατήρηση ή την αποκατάσταση των κινήσεων των αρθρώσεων και γ) την ανακούφιση από τον πόνο. Η

φυσικοθεραπεία συνίσταται σε α) Κινησιοθεραπεία, β) Μαλάξεις, γ) Επανεκπαίδευση στην βάρδιση, δ) Υδροθεραπεία, ε) Διαθερμίες και Υπερήχους και στην στ) Ηλεκτροθεραπεία

α) Κινησιοθεραπεία: Περιλαμβάνει ασκήσεις οι οποίες μπορεί να είναι ενεργητικές, υποβοηθούμενες και παθητικές. Οι ενεργητικές ασκήσεις εκτελούνται από τον ίδιο τον ασθενή και αποτελούν το πιο σημαντικό τμήμα της φυσικοθεραπείας. Οι υποβοηθούμενες ασκήσεις εκτελούνται και αυτές από τον ίδιο τον ασθενή αλλά πραγματοποιούνται με την βοήθεια του φυσικοθεραπευτή. Οι παθητικές ασκήσεις εκτελούνται από τον φυσικοθεραπευτή χωρίς την ενεργητική συμμετοχή του ασθενή. Ενδείκνυνται σε σοβαρές δυσκαμψίες ή σε παράλυτα άκρα με σκοπό την διατήρηση της κινητικότητας των αρθρώσεων.

β) Μαλάξεις: Εφαρμόζονται με το χέρι ή με ειδικά μηχανήματα. Βελτιώνουν τοπικά την κυκλοφορία, προκαλούν μυϊκή χάλαση και ανακουφίζουν από τον πόνο.

γ) Επανεκπαίδευση στη βάρδιση: Αποτελεί και αυτή ένα βασικό τμήμα της αποθεραπείας και αποκατάστασης του ασθενή μετά από εγχειρήσεις στα κάτω άκρα ή στην σπονδυλική στήλη. Δεν είναι τόσο εύκολη όσο θεωρείται, ειδικά όταν ακολουθεί μακροχρόνια κατάκλιση και είναι κάτι το οποίο ο ασθενής περιμένει εναγωνίως. Η επανεκπαίδευση αρχίζει με την προσπάθεια του ασθενή να σταθεί όρθιος και συνεχίζεται με την βάρδιση μικρών αποστάσεων που αυξάνονται

προοδευτικά. Για την εκμάθηση αυτή απαιτούνται βοηθητικά μέσα όπως δύο παράλληλες μπάρες, κηδεμόνας με τέσσερα πόδια, βακτηρίες ή μπαστούνι. Η χρήση τους δεν είναι τόσο απλή και απαιτεί εκπαίδευση.

δ) Υδροθεραπεία: Η υδροθεραπεία βοηθάει σημαντικά στην αποκατάσταση. Στην ουσία πρόκειται για κινησιοθεραπεία μέσα στο νερό. Οι ασκήσεις γίνονται χωρίς ή με μικρή βαρύτητα και εκτός από την μυϊκή άσκηση ,επιτυγχάνεται και βελτίωση της κινητικότητας των δύσκαμπτων αρθρώσεων.

ε) Διαθερμίες και Υπέρηχοι: Είναι πολύ διαδεδομένα μηχανικά μέσα ,τα οποία συμπληρώνουν την κινησιοθεραπεία. Οι διαθερμίες δεν είναι παρά ηλεκτρομαγνητικά κύματα που ,όπως και οι υπέρηχοι ,προκαλούν αύξηση της θερμοκρασίας στους εν τω βάθει ιστούς. Η θερμότητα προκαλεί χαλάρωση του μυϊκού σπασμού και αγγειοδιαστολή. Η χάλαση που επιτυγχάνεται διευκολύνει τις ασκήσεις ,ενώ η αγγειοδιαστολή οδηγεί σε αιματική αποσυμφόρηση της περιοχής με αποτέλεσμα την ανακούφιση από τον πόνο. Οι υπέρηχοι προκαλούν και μηχανικές αλλαγές στην περιοχή ,βοηθώντας στην διάλυση αιματομάτων ,ουλών και συμφύσεων. Τόσο οι διαθερμίες όσο και οι υπέρηχοι δεν πρέπει να εφαρμόζονται σε περιοχές όπου έχουν τοποθετηθεί μεταλλικά υλικά όπως τεχνητές αρθρώσεις ή υλικά οστεοσύνθεσης.

στ) Ηλεκτροθεραπεία: Η θεραπεία αυτή προκαλεί φυσιολογικά νευρικά ερεθίσματα στους μυς, όταν αυτοί είναι τραυματισμένοι ή έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση και στερούνται μυϊκού τόνου και αποσκοπεί στην αύξηση της μυϊκής δραστηριότητας. Τα ηλεκτρικά ερεθίσματα εφαρμόζονται σε νεύρα που νευρώνουν αδύναμους και ατροφικούς μύες ή σε μύες που στερούνται νεύρωσης έτσι ώστε να αποκατασταθεί ο ίδιος ο μυς σε όγκο και σε ισχύ ή η νεύρωση του.

Η εργασιοθεραπεία. Με την εργασιοθεραπεία ο ασθενής ενθαρρύνεται να ασχοληθεί με διάφορες εργασίες όπως δακτυλογράφηση ή ξυλουργική ,με τις οποίες αναγκάζεται να ασκήσει τα άκρα του και ιδιαίτερα τα χέρια του. Οι εργασίες αυτές έχουν περισσότερο το χαρακτήρα απασχόλησης και όχι αναγκαστικής θεραπείας και για το λόγο αυτόν είναι και πιο ευχάριστες για τον ασθενή. Μέσω της εργασιοθεραπείας εκτιμάται η δυνατότητα του ασθενή να επιστρέψει στις καθημερινές του δραστηριότητες και κατά πόσο κάτι τέτοιο είναι εφικτό. Στο πλαίσιο της εργασιοθεραπείας εκτιμάται επίσης η δυνατότητα επανεκπαίδευσης του ασθενή στην εκτέλεση των βασικών καθημερινών του αναγκών.

Η ακτινοθεραπεία. Η ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται στην Ορθοπαιδική σε περιπτώσεις ακτινοευαίσθητων νεοπλασμάτων του μυοσκελετικού συστήματος, καθώς επίσης και για την πρόληψη ή την θεραπεία της ετερότοπης οστεοποίησης. Στα νεοπλάσματα είναι δυνατόν να αποτελεί την κύρια θεραπευτική προσέγγιση ή να συμπληρώνει θεραπευτικά την χειρουργική εξαίρεση της βλάβης.

Η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία. Προτείνεται τελευταίως ως συμπληρωματική θεραπεία για την αντιμετώπιση πολλών ορθοπαιδικών παθήσεων και κακώσεων όπως η οστεομυελίτιδα, τα τραύματα των άκρων που δεν επουλώνονται , το σύνδρομο διαμερίσματος, η επιβραδυνόμενη πάρωση και η ψευδάρθρωση καταγμάτων. Κατά την μέθοδο αυτή ο ασθενής τοποθετείται σε ειδικό θάλαμο όπου αναπνέει 100% οξυγόνο με πίεση πάνω από μία ατμόσφαιρα.

5.8.8 .Χειρουργική θεραπεία.

Η κατάλληλη για τον ασθενή χειρουργική θεραπεία επιλέγεται από τον χειρουργό ορθοπεδικό και όταν εφαρμόζεται με σωστό τρόπο φέρνει πολύ καλά αποτελέσματα. Δεν είναι μια εύκολη διαδικασία, απαιτεί πολύ υπομονή από τον ιατρό καθώς και από τον ασθενή ,ιδιαίτερα κατά το μετεγχειρητικό στάδιο όπου στόχος είναι η πλήρης αποκατάσταση χωρίς ελλείμματα. Σημαντική βέβαια είναι και η προεγχειρητική ετοιμασία του ασθενή που διασφαλίζει την καλή έκβαση της χειρουργικής επέμβασης εκλογής ,ειδικά όταν συνυπάρχουν και παθολογικά προβλήματα. Οι ορθοπεδικές χειρουργικές επεμβάσεις απαιτούν περισσότερο χρόνο ανάρρωσης και αποκατάστασης από ότι άλλες χειρουργικές επεμβάσεις και αυτό οφείλεται ως επί το πλείστον στην μακρά παραμονή στο κρεβάτι που πυροδοτεί επιπρόσθετα προβλήματα υγείας. Η χειρουργική αντιμετώπιση στην Ορθοπαιδική περιλαμβάνει ένα πολύ ευρύ φάσμα επεμβάσεων που αφορούν τα οστά, τις αρθρώσεις ,τους τένοντες, τους συνδέσμους, τους μύες και τα νεύρα. Οι βασικότερες κατηγορίες ορθοπεδικών επεμβάσεων είναι:

5.8.8.1.Επεμβάσεις οστών

Οστεοτομίες. Οστεοτομία είναι το χειρουργικό ,απολύτως ελεγχόμενο, κάταγμα ενός οστού. Σκοπός είναι η αλλαγή του άξονα του οστού με αποτέλεσμα τη διόρθωση μίας παραμόρφωσης. Η διόρθωση της παραμόρφωσης απαιτείται όχι μόνον για κοσμητικούς λόγους αλλά και για την αποφυγή των δυσμενών επιπτώσεων που θα έχει η παραμόρφωση στις γειτονικές αρθρώσεις από την ανομοιογενή φόρτισή τους. Η οστεοτομία συνοδεύεται συνήθως από οστεοσύνθεση των οστικών άκρων στην νέα τους θέση ,ώστε να διατηρηθεί η επιθυμητή αυτή θέση μέχρι την ολοκλήρωση της πόρωσης. Η οστεοτομία γίνεται

σε περιπτώσεις διόρθωσης παραμορφώσεων και αρθρίτιδας, καθώς και για την επίτευξη σταθερότητας στις αρθρώσεις.

Οστεοσυνθέσεις. Οστεοσύνθεση ονομάζεται η συγκράτηση των οστικών ακρών με τη βοήθεια μεταλλικών εμφυτευμάτων μετά από κάταγμα, οστεοτομία ή αρθρόδεση. Υπάρχουν δύο μορφές οστεοσύνθεσης: α) η εσωτερική και β) η εξωτερική.

Στην εσωτερική οστεοσύνθεση τα υλικά που κυρίως χρησιμοποιούνται είναι οι ελεύθερες βίδες, οι πλάκες που εφαρμόζονται στην εξωτερική επιφάνεια του οστού, σε συνδυασμό με βίδες και οι ενδομυελικοί ήλοι που τοποθετούνται μέσα στον αυλό του οστού. Στην εξωτερική οστεοσύνθεση τοποθετούνται συνήθως δύο με τρεις βελόνες σε κάθε καταγματικό άκρο. Οι βελόνες αυτές συγκρατούνται εξωτερικά με εξωτερικά συστήματα ράβδων που δεν εφάπτονται στο οστό και είναι έξω από το δέρμα.

5.8.8.2.Επεμβάσεις αρθρώσεων

Αρθροτομή. Είναι η διάνοιξη της άρθρωσης χειρουργικά. Η δυνατότητα επεμβάσεων στις αρθρώσεις με την βοήθεια του αρθροσκοπίου, χωρίς δηλαδή να απαιτείται η χειρουργική διάνοιξη της άρθρωσης(κυρίως στις αρθρώσεις του γόνατος, του ώμου και κατά δεύτερο λόγο στον καρπό, στον αγκώνα και στην ποδοκνημική), έχει περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τις ενδείξεις της αρθροτομής.

Υμενεκτομή. Υμενεκτομή ονομάζεται η αφαίρεση του αρθρικού υμένα μόνο και όχι του ινώδους θυλάκου μίας άρθρωσης.

Αρθροπλαστικές. Η αρθροπλαστική είναι η χειρουργική επέμβαση με την οποία αντικαθίστανται οι αρθρικές επιφάνειες μίας κατεστραμμένης άρθρωσης με τεχνητές προθέσεις. Στόχος της είναι η εξάλειψη του πόνου και η αποκατάσταση της λειτουργίας της άρθρωσης. Κύριες ενδείξεις της αρθροπλαστικής είναι η οστεοαρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η μετατραυματική αρθρίτιδα, άλλες λιγότερο συχνές αρθρίτιδες, τα ενδαρθρικά κατάγματα και τέλος οι όγκοι. Η αρθροπλαστική_ως χειρουργική τεχνική εφαρμόζεται σε όλες τις αρθρώσεις, κυρίως όμως στο ισχίο και στο γόνατο. Συνήθως αντικαθίστανται και οι δύο αρθρικές επιφάνειες (ολική αρθροπλαστική) ή μόνο η μία(ημιολική αρθροπλαστική). Η πρώτη επιτυχημένη ολική αρθροπλαστική πραγματοποιήθηκε το 1960 στην Αγγλία από τον χειρουργό ορθοπαιδικό Sir John Charnley.

Εκτομή άρθρωσης. Είναι η χειρουργική αφαίρεση ολόκληρης της άρθρωσης και συμβαίνει σε περιπτώσεις νεοπλασμάτων και αρθρίτιδων.

5.8.8.3.Επεμβάσεις μυών και τενόντων

Μυοπλαστικές. Είναι χειρουργικές επεμβάσεις κατά τις οποίες μετακινείται ο καταφυτικός τένοντας, ώστε ο μύς να ενεργεί προς την άλλη φορά και κατεύθυνση.

Αποκόλληση έκφυσης μών: Η επέμβαση αυτή γίνεται για να αυξηθεί το μήκος και παράλληλα η λειτουργικότητα των μυών.

Τενοντομή. Είναι η χειρουργική διατομή του τένοντα.

Τενοντομετάθεση. Είναι η μετάθεση της κατάφυσης του μυ η οποία οδηγεί σε αλλαγή φοράς του τένοντα. Γίνεται στους μακρούς μύες των άκρων.

Συρραφές τενόντων και νεύρων

Μικροχειρουργική-επανασυγκολλήσεις ακρωτηριασμένων άκρων.

Μικροχειρουργική ονομάζεται η χειρουργική τεχνική κατά την οποία επιτυγχάνεται η χειρουργική αποκατάσταση ανατομικών στοιχείων πολύ μικρού μεγέθους. Με την τεχνική αυτή είναι δυνατόν να συρραφούν αγγεία ή νεύρα διαμέτρου 1χιλ. Στην ορθοπαιδική η χειρουργική βρίσκει εφαρμογή στις επανασυγκολλήσεις ακρωτηριασμένων άκρων και στα αγγειούμενα οστικά αυτομοσχεύματα. (Σαχίνη-Καρδάση Α. 1997, Πουρνάρας Ι, 2009).

Κεφάλαιο 6^ο Στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών

6.1 Στελέχωση δημόσιου νοσοκομείου με νοσηλευτικό προσωπικό

Η στελέχωση αποτελεί μια από τις πιο βασικές και πλέον απαραίτητες λειτουργίες της Νοσηλευτικής Διοίκησης και αναφέρεται στο πλαίσιο – υπόδειγμα, δηλαδή στον αριθμό του προσωπικού και στις κατηγορίες που απαιτούνται για κάθε νοσηλευτική μονάδα σε κάθε ωράριο εργασίας.

Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή, την τοποθέτηση και την διατήρηση του προσωπικού στις προβλεπόμενες θέσεις που έχουν προγραμματιστεί εκ των προτέρων από την διαδικασία του προγραμματισμού. Βασική προϋπόθεση είναι η περιγραφή έκαστης θέσης εργασίας η οποία εκφράζεται σε καθήκοντα και ειδικά προσόντα όπως είναι η εκπαίδευση, η επαγγελματική εμπειρία και τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζόμενων.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες η στελέχωση των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών αποτελεί αντικείμενο έρευνας, δεδομένης της απαίτησης για παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι παρόλο που στο εξωτερικό έχουν γίνει έρευνες που αφορούν την στελέχωση, βασιζόμενες κυρίως στην παρατήρηση του φόρτου εργασίας (workload) ή σε συστήματα ταξινόμησης βαρύτητας ασθενών (patient classification systems), στην χώρα μας δεν έχει πραγματοποιηθεί ακόμη καμία έρευνα.

Συνεπώς, στις μέχρι σήμερα υπηρεσίες υγείας, δεν έχει διερευνηθεί αλλά ούτε και έχει εφαρμοστεί κάποιο συγκεκριμένο σύστημα στελέχωσης. Μια πρώτη προσπάθεια

στηρίχτηκε στο **Προεδρικό Διάταγμα 87 / 1986** του Υπουργείου Υγείας με το Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης στο οποίο χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένοι δείκτες, προκειμένου να προσδιοριστεί ο συνολικός αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού, με γνώμονα την μορφή του νοσοκομείου και τον αριθμό των κλινών, καθώς και την ποσοστιαία αναλογία του προσωπικού κάθε κλάδου. Συνεπώς η μέχρι σήμερα κατανομή του νοσηλευτικού προσωπικού στα διάφορα νοσηλευτικά τμήματα πραγματοποιείται εμπειρικά από τα στελέχη της Νοσηλευτικής Διεύθυνσης του εκάστοτε νοσοκομείου, κυρίως με βάση τον αριθμό των κλινών κάθε νοσηλευτικού τμήματος και όχι βάση των αναγκών των ασθενών, του επιπέδου γνώσεων και των δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού. (Μπελλάλη. Θ, 2007)

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, με το υπ' αριθμόν ΠΔ 325/2000 <Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών> που υπάγονται στις διατάξεις της παρ.2 του αρθ.8 του Ν.2345/95 <Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις> (ΦΕΚ 213/Α' /95), ορίστηκε η σύνθεση του προσωπικού των νοσηλευτικών τμημάτων στις ιδιωτικές κλινικές. Ενώ αντίστοιχη νομοθετική ρύθμιση για την στελέχωση των νοσοκομείων του Δημοσίου τομέα δεν ουδέποτε υπήρξε. Συγκεκριμένα με το Π.Δ.198/2007 δίνονται για πρώτη φορά σαφείς αναλογίες νοσηλευτικού προσωπικού για τις ιδιωτικές κλινικές. Ειδικά για τις γενικές νοσηλευτικές μονάδες ορίζεται ένας Νοσηλευτής , Α.Ε.Ι ή Τ.Ε.Ι, ως γενικός προϊστάμενος και ένας Νοσηλευτής , ΤΕ ή ΔΕ, ανά 10 κλίνες. Εφόσον οι κλίνες είναι περισσότερες από δέκα και λιγότερες από 20 ,απαιτείται πρόσληψη και δεύτερου νοσηλευτή. Επίσης ένας Βοηθός Νοσοκόμος ανά 5 κλίνες και ένας Μεταφορέας Ασθενών για κλινικές εως 60 κλίνες. Σχετικές αναλογίες αναφέρονται και για τα

ειδικά νοσηλευτικά τμήματα ,όπως η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και τις Παιδιατρικές Νοσηλευτικές Μονάδες (Τσόλας 2009).

Συνεπώς, το ενδιαφέρον και η ανησυχία για την νοσηλευτική στελέχωση των δημόσιων νοσοκομείων παραμένουν έντονα, καθώς η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού απειλεί σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα παροχής υπηρεσιών , την ψυχολογική και σωματική ακεραιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού που ήδη εργάζεται αλλά και την ασφάλεια των ασθενών. Οι δυσμενείς επιπτώσεις της ανεπαρκούς στελέχωσης αφορούν μεταξύ των άλλων, στην αύξηση του κόστους νοσηλείας, στην πτώση των δεικτών παραγωγικότητας, στην αύξηση της θνητότητας και στην εξουθένωση των εργαζομένων λόγω παραλείψεων, λαθών και αδιαφορίας.

Σκοπός, λοιπόν, είναι η διατύπωση ενός αδρού πλάνου νοσηλευτικής στελέχωσης για τα Δημόσια νοσοκομεία της χώρας, βασισμένο σε κριτήρια που εφαρμόζονται διεθνώς, προσαρμοσμένα όμως στις ανάγκες του Συστήματος Φροντίδας Υγείας της χώρας μας. Στόχος είναι να αποκτήσουν τα στελέχη των Νοσηλευτικών Διευθύνσεων ένα βασικό οδηγό προκειμένου να προσλάβουν τον επαρκή αριθμό προσωπικού που θα καλύψει τις ανάγκες της στελέχωσης, σύμφωνα πάντα με τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε νοσοκομείου.

Σύμφωνα με την Βασιλική Λανάρα (1996) , ερευνήτρια πάνω σε θέματα στελέχωσης, για να βρεθεί ο αριθμός του απαιτούμενου προσωπικού για την κάλυψη μιας θέσης πλήρους απασχόλησης, για ένα έτος, διαιρείται ο αριθμός των ημερών του έτους δια τον αριθμό των ημερών εργασίας. Παρακάτω αναφέρεται ένα υπόδειγμα στελέχωσης.

Από τις 365 μέρες του χρόνου:

- 104 ημέρες (2μ X 52 εβδομάδες)
- 10 ημέρες αργίας
- 5 ημέρες ασθένειας
- 20 ημέρες εκπαιδευτική άδεια
- 20 ημέρες κανονική άδεια

Σύνολο ημερών εργασίας: 201 ημέρες

$$365:201= 1.82$$

(Λανάρα Β. 2008)

6.2.Παράγοντες προσδιορισμού της κατάλληλης στελέχωσης

Οι παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν για τον προσδιορισμό της κατάλληλης στελέχωσης των νοσηλευτικών τμημάτων είναι οι εξής:

- αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται
- αριθμός των κλινών του νοσοκομείου
- ιατρικές ειδικότητες που καλύπτει το νοσοκομείο
- γεωγραφική θέση και χωροταξική υποδομή του νοσοκομείου (πτέρυγες, μέγεθος και διάταξη θαλάμων)
- τεχνολογικός εξοπλισμός
- βαρύτητα της κατάστασης των προσερχόμενων/ νοσηλευόμενων ασθενών
- απαιτούμενος χρόνος παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε άρρωστο

- κατηγορίες νοσηλευτικού προσωπικού (νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, βοηθοί θαλάμου, μεταφορείς ασθενών)
- γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρίες προσωπικού (Μπελλάλη Θ. 2007)

6.2.1. Πρόταση στελέχωσης σύμφωνα με το νόμο της Καλιφόρνιας

Παρακάτω αναφέρεται η πρόταση στελέχωσης που βρίσκεται σε εφαρμογή από το 2003 σε νοσοκομεία ορισμένων πολιτειών των Η.Π.Α., βάση της σχετικής νομοθεσίας όπως ψηφίστηκε στην Καλιφόρνια ,η οποία θα μπορούσε να εφαρμοστεί δυνητικά και στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας.

Σύμφωνα με την παραπάνω νομοθεσία και λαμβάνοντας υπ' όψιν το Σύστημα Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας θα πρέπει να ισχύουν τα εξής:

- 1 νοσηλευτής : 1 ασθενή για την στελέχωση των Μ.Ε.Θ.
- 1 νοσηλευτής : 2 ασθενείς για την στελέχωση των Μονάδων Εγκαυμάτων και τις Μονάδες Ανάνηψης
- 1 νοσηλευτής : 3 ασθενείς για την στελέχωση Παιδιατρικών Τμημάτων και Μονάδων Ενδιάμεσης Φροντίδας
- 1 νοσηλευτής : 4 ασθενείς για την στελέχωση ειδικών μονάδων
- 1 νοσηλευτής : 6 ασθενείς για την στελέχωση Γενικών Παθολογικών, Χειρουργικών και Μαιευτικών Μονάδων
- 1 νοσηλευτής : 1 χειρουργικό τραπέζι
- 1 νοσηλευτής κίνησης : 1 χειρουργική αίθουσα

Οι παραπάνω αναλογίες αντιστοιχούν στον ελάχιστο αριθμό προσωπικού που θα πρέπει να στελεχώνει τα τμήματα ώστε να λειτουργούν ικανοποιητικά.

6.3. Η λειτουργία της υπηρεσίας προσωπικού

Η στελέχωση είναι η τρίτη λειτουργία της διοίκησης. Οι άλλες δύο είναι ο προγραμματισμός και η οργάνωση. Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή του κατάλληλου προσωπικού και την τοποθέτηση του στις προβλεπόμενες θέσεις που ορίστηκαν από τον εκάστοτε οργανισμό υγείας. Κάθε θέση απαιτεί συγκεκριμένα προσόντα, ορισμένα από τα οποία μπορούν να είναι: επαγγελματικοί τίτλοι-εκπαίδευση, επαγγελματική εμπειρία, ατομικά χαρακτηριστικά. Αυτά τα προσόντα χρησιμοποιούνται σαν προαπαιτούμενες προϋποθέσεις για την προσέλκυση και την πρόσληψη των κατάλληλων στελεχών στους διάφορους οργανισμούς υγείας.

Βασικό κομμάτι για την εύρυθμη λειτουργία της στελέχωσης ενός οργανισμού με προσωπικό και για τα επιτυχή αποτελέσματά της, αποτελεί η σωστή λειτουργία της υπηρεσίας προσωπικού. Προκειμένου η στελέχωση να πραγματοποιηθεί ικανοποιητικά χρειάζεται η υπηρεσία προσωπικού να ασκεί έναν συμβουλευτικό ρόλο, όσον αφορά στην στελέχωση των οργανισμών με ανθρώπινο δυναμικό. Θα ήταν επίσης συνετό να εισηγείται στην διοίκηση τα θέματα που αφορούν στις ελλείψεις προσωπικού (ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά) αλλά και το πλάνο πολιτικής που θα μπορούσε να ακολουθηθεί για την όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική εργασία του προσωπικού. Με λίγα λόγια, η υπηρεσία προσωπικού ενός οργανισμού υγείας, αντιπροσωπεύει την κατάσταση του προσωπικού στον εν λόγω οργανισμό, και συνάμα αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στις διοικητικές υπηρεσίες και στους εργαζόμενους.

Όπως κάθε υπηρεσία έτσι και η υπηρεσία προσωπικού έχει λειτουργίες. Συνοπτικά αναφέρονται οι παρακάτω:

Αποτίμηση αναγκών και προγραμματισμός προσωπικού: Για να λειτουργήσει ομαλά ένα σύνολο μεγάλο ρόλο διαδραματίζει η ικανότητα της υπηρεσίας προσωπικού να προνοεί τις ανάγκες του οργανισμού και να τις καλύπτει γρήγορα και με τα κατάλληλα άτομα.

Προσέλκυση-επιλογή- πρόσληψη: Αυτές οι 3 λειτουργίες συνοψίζονται στην προσπάθεια εξεύρεσης και προσέλευσης ατόμων που ενδιαφέρονται για εργασία και είναι ικανά, δηλαδή πληρούν τις προϋποθέσεις, να τοποθετηθούν στην ανάλογη θέση. Η επιλογή των πιο κατάλληλων γίνεται με προσωπικές συνεντεύξεις, με δοκιμασίες γνώσεων και με ιατρικές εξετάσεις.

Πολιτική μισθών και ημερομισθίων: Αύτη η διαδικασία αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα και σημαντικά καθήκοντα της υπηρεσίας προσωπικού.

Επιμόρφωση προσωπικού: Η εκπαίδευση και η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού στην σύγχρονη εποχή θεωρείται επιβεβλημένη και αποτελεί ευθύνη των διοικούντων να την διασφαλίζουν σε όλα τα κλιμάκια της ιεραρχίας ,από το ανώτατο στέλεχος μέχρι και το κατώτατο.

Η έρευνα επανεμφανιζόμενων προβλημάτων: Η έρευνα επανεμφανιζόμενων προβλημάτων από την άλλη πλευρά , προβλημάτων δηλαδή που χρονίζουν και απαιτείται η αναζήτηση και εξάλειψη των αιτιών τους, αποτελεί επίσης ευθύνη της υπηρεσίας προσωπικού.

6.4.Η στελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Η διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας βρίσκεται σε στενή συνεργασία με την υπηρεσία προσωπικού καθώς είναι αυτή που απασχολεί το μεγαλύτερο αριθμό εργαζομένων στους οργανισμούς υγείας , ήτοι το νοσηλευτικό προσωπικό . Κύριος στόχος της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η πρόσληψη και παραμονή κατάλληλων και ικανών νοσηλευτών για την επάνδρωση και την στελέχωση των διάφορων νοσηλευτικών τομέων. Η νοσηλευτική διεύθυνση είναι επίσης υπεύθυνη για την ομαλή προσαρμογή του νέου προσωπικού και οφείλει να διαθέτει κατάλληλα προγράμματα και δράσεις για την επίτευξη αυτού του στόχου.

Η στελέχωση ενός οργανισμού υγείας-νοσοκομείου με νοσηλευτικό προσωπικό χαρακτηρίζεται από δύο κύριες παραμέτρους:

Το πλαίσιο –υπόδειγμα ,που καταδεικνύει πόσο προσωπικό, αριθμητικά, και τι κατηγορίας, απαιτείται στην υπηρεσία σε κάθε μονάδα, για κάθε ημέρα και για κάθε ωράριο εργασίας.

Το Πρόγραμμα στελέχωσης, το οποίο είναι ένα σχήμα ορισμένο με μαθηματικό τρόπο, και δηλώνει πόσα άτομα και ποιās κατηγορίας απαιτείται να υπάρχουν, ώστε να είναι δυνατή η εφαρμογή του πλαισίου-υποδείγματος.

Σύμφωνα με το πλαίσιο-υπόδειγμα ακολουθεί πίνακας που περιγράφει τον αριθμό που απαιτείται για μια νοσηλευτική μονάδα, ώστε να λειτουργεί με ασφάλεια όλο το 24ωρο.

Στελέχωση νοσηλευτικής μονάδας X					
Ωράριο: 7-3		3-11		11-7	
Προϊστάμενος	1				
Νοσηλευτές	5	Νοσηλευτές	3	Νοσηλευτής	1
Βοηθοί	3	Βοηθοί	2	Βοηθοί	2

Σύνολο	9	5	3
--------	---	---	---

Για να ισχύει το παραπάνω υπόδειγμα στελέχωσης κρίνεται απαραίτητο να πληρούνται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1. Μία νοσηλευτική μονάδα να νοσηλεύει τον ίδιο αριθμό και τύπο αρρώστων για την περίοδο που λειτουργεί.
2. Οι ανάγκες των αρρώστων να υπολογίζονται κατά μέσο όρο και κατά νοσηλευτική μονάδα σε ημερήσια βάση, και να μετατρέπονται στον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτών, σύμφωνα με τον υπάρχοντα αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Ο αριθμός ωρών που αφιερώνονται στην νοσηλεία των ασθενών να παραμένει κατά το δυνατόν σταθερός από ημέρα σε ημέρα.
4. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού να είναι σταθερός.

Αν αυτές οι προϋποθέσεις δεν πληρούνται, τότε δεν θα έχει ισχύ και το υπόδειγμα.

Έτσι ουσιαστικά το πρόγραμμα στελέχωσης είναι ένα πρόγραμμα που καθορίζει τον αριθμό των ατόμων που χρειάζεται να προσληφθούν ώστε να παρέχεται αποτελεσματικά η νοσηλευτική φροντίδα όπως περιγράφεται στο πλαίσιο-υπόδειγμα, δηλαδή ο απαιτούμενος αριθμός και κατηγορία προσωπικού για κάθε νοσηλευτική μονάδα σε κάθε ωράριο, ημερήσια.

Ο αριθμητικός υπολογισμός των νοσηλευτών που απαιτούνται για να καλύψουν τις ανάγκες μιας νοσηλευτικής μονάδας μπορεί να γίνει με τον εξής τρόπο: Κάθε νοσηλευτής εργάζεται έναν ορισμένο αριθμό ημερών τον χρόνο. Με την διαίρεση των ημερών του έτους διά των ημερών εργασίας του νοσηλευτή βρίσκεται ο αριθμός που αντιστοιχεί στο προσωπικό που πρέπει να προσληφθεί για να καλύψει μια θέση ,για το έτος ,με πλήρη απασχόληση.

Η στελέχωση των υπηρεσιών υγείας με νοσηλευτικό προσωπικό υπήρξε πάντα από τα πιο δύσκολα έργα της νοσηλευτικής διοίκησης. Ακόμα και στις μέρες μας το πρόβλημα αυτό παραμένει έντονο. Η δυσκολία συνίσταται στην πολυπλοκότητα προσωπικού που απαιτεί η κατάλληλη στελέχωση, στα ειδικά και συνεχώς αυξανόμενα προβλήματα υγείας του πληθυσμού αλλά και στην έλλειψη κάποιων ειδικοτήτων προσωπικού (βοηθοί θαλάμου, τραπεζοκόμοι) που αποφορτίζουν το νοσηλευτικό έργο. Η σχεδόν μόνιμη έλλειψη νοσηλευτών στους διάφορους οργανισμούς υγείας δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας. Το πρόβλημα φαίνεται να γίνεται ακόμα πιο έντονο και στην χώρα μας καθώς διαφαίνεται μία γενική τάση περιορισμού προσλήψεων νοσηλευτών.

6.5.Στόχοι του προγράμματος στελέχωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας

1. Πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας, των νοσηλευτικών τομέων και των νοσηλευτικών μονάδων, ειδικά εκείνων που αναφέρονται άμεσα στην νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.
2. Κάλυψη αναγκών των νοσηλευτικών μονάδων με επαρκή και ικανό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Χρησιμοποίηση του προσωπικού με ορθολογικό τρόπο.
4. Ίση μεταχείριση όλων των εργαζομένων.
5. Κατάλληλη χρήση της επαγγελματικής εμπειρίας και γνώσεων.
6. Ικανοποίηση του προσωπικού στο ωράριο εργασίας στο μέτρο του δυνατού.
7. Κατανόηση και αξιολόγηση των ειδικών αναγκών του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και των ασθενών.(Λανάρα Β,2008,)

Κεφάλαιο 7^ο : Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας

7.1.Εισαγωγή στην θεωρία της νοσηλευτικής διοίκησης

Η σύγχρονη θεωρία της διοίκησης βασίζεται ως αποτέλεσμα στις εργασίες του Henri Fayol(ποιος είναι ο Fayol??), ο οποίος αναφέρει ως δραστηριότητες του διοικητή τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τον συντονισμό και τον έλεγχο. Ο Fayol διατύπωσε και τον ορισμό της διοίκησης ο οποίος είναι:

«Διοικώ σημαίνει προβλέπω και σχεδιάζω, οργανώνω, διευθύνω, συντονίζω και ελέγχω. Προβλέπω και παρέχω σημαίνει εξετάζω το μέλλον και καταστρώνω το σχέδιο δράσης. Οργανώνω σημαίνει δημιουργώ μια διττή δομή της επιχείρησης, την υλική και την ανθρώπινη. Διευθύνω σημαίνει συνενώνω, ενοποιώ και εναρμονίζω όλες τις δραστηριότητες και τις προσπάθειες. Ελέγχω σημαίνει ότι βλέπω πως τα πάντα γίνονται σύμφωνα με τον καθιερωμένο κανόνα και την εκφρασθείσα ζήτηση (Calfee.D.L, 1993).

Ο Fayol περιέγραψε τις αρχές της διοίκησης με τον εξής τρόπο:

1. Καταμερισμός της εργασίας
2. Εξουσία
3. Πειθαρχία
4. Ενιαία διοίκηση
5. Ενιαία κατεύθυνση
- 6.Υπαγωγή των ατομικών συμφερόντων στα γενικά συμφέροντα
7. Αμοιβή

8. Συγκεντρωτισμός
9. Κλιμακωτή αλυσίδα (γραμμή εξουσίας)
10. Σειρά
11. Ισότητα
12. Σταθερότητα προσωπικού
13. Πρωτοβουλία
14. Επαγγελματική αλληλεγγύη

Άλλος θεωρητικός ο οποίος ανέπτυξε την επιστήμη και την τέχνη της διοίκησης ήταν ο L Urwick, που υποστήριξε ότι η διοικητική δεξιότητα είναι μια πρακτική τέχνη που βελτιώνεται με την εξάσκηση και απαιτεί σκληρή μελέτη και σκέψη. Από την εργασία του, ο Urwick συμπέρανε ότι οι αρχές της διοίκησης είναι τρεις. Η πρώτη αρχή είναι **η αρχή της έρευνας** και δήλωσε ότι όλη η επιστημονική διαδικασία βασίζεται στην διερεύνηση των γεγονότων. Η δεύτερη αρχή είναι **η καταλληλότητα**, που υπογραμμίζει την πρόβλεψη, εγκαινιάζει τη διαδικασία με την οργάνωση και υλοποιείται με το **συντονισμό**. Εφαρμόζοντας την τρίτη αρχή ο διοικητής οραματίζεται και οργανώνει τους διαθέσιμους πόρους για να ικανοποιήσει μελλοντικές ανάγκες. Ο σχεδιασμός κινητοποιεί την διαδικασία διοίκησης με την εντολή και επιτυγχάνεται με τον έλεγχο (Calfee.D.L, 1993).

7.2.Θεωρία, έννοιες και αρχές της Διοίκησης:

Η γνωστική βάση της επιστήμης της διοίκησης περιλαμβάνει την θεωρία στην οποία εμπεριέχονται έννοιες, μέθοδοι και αρχές. Οι αρχές σχετίζονται μεταξύ τους και

μπορούν να παρατηρηθούν και να πιστοποιηθούν μέχρι κάποιο βαθμό όταν ερμηνευθούν με τη μορφή της τέχνης ή την άσκηση της διοίκησης. Οι έννοιες είναι σκέψεις, ιδέες και γενικές απόψεις γύρω από αντικείμενα που αποτελούν βάση για ενέργεια ή συζήτηση. Οι αρχές είναι θεμελιώδεις αλήθειες, νόμοι ή δόγματα πάνω στα οποία βασίζονται άλλες έννοιες. Οι αρχές παρέχουν καθοδήγηση στις έννοιες και τη σκέψη ή την πράξη κάτω από κάποια κατάσταση. Στη νοσηλευτική διοίκηση η έρευνα-αυτό που ο Urwick ονομάζει "διερεύνηση γεγονότων" γίνεται μέρος του πεδίου της θεωρίας.

Αν η νοσηλευτική ως επιστήμη σκοπεύει να στηρίξει τη θεωρία της σε νόμους, οι νοσηλευτές θα χρειαστεί να επικυρώσουν τις αρχές αυτές μέσω της έρευνας. Αυτό είναι ένα δύσκολο καθήκον, όπως διαπίστωσαν οι θεωρητικοί των κοινωνικών επιστημών. Είναι δύσκολο να μετατρέψεις την ανθρώπινη συμπεριφορά σε νόμους. Οι νοσηλευτές ασχολούνται με την ανθρώπινη συμπεριφορά σε όλους τις εκφάνσεις της, αλλά και μέσα στο ειδικότερο πλαίσιο της νοσηλευτικής διοίκησης.

Η White διερευνά μια οπτική γωνία των θεωριών της νοσηλευτικής και ασχολείται με θεωρίες που δίνουν οδηγίες. Υπογραμμίζει ότι η χρησιμοποίησή τους ως πρακτική κατευθυντήριων γραμμών "πρέπει να είναι αρκετά ευρεία για να ενθαρρύνει ένα ευρύ φάσμα πρακτικών καταστάσεων, αλλά όχι τόσο ευρεία ώστε να μην έχει νόημα". Μια θεωρία για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορεί να είναι πιο χρήσιμη από μια θεωρία της νοσηλευτικής στον τομέα της πρακτικής εφαρμογής. Οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι για να είναι η νοσηλευτική ένα πραγματικό επάγγελμα, πρέπει να έχει επιστημονική και θεωρητική βάση. Έτσι η νοσηλευτική είναι ένα πρακτικό επάγγελμα που στηρίζεται στις φυσικές και τις κοινωνικές επιστήμες (WHITE,1984).

7.3. Γενική θεωρία των συστημάτων

Με τις ταχύτατες αλλαγές που διαδραματίζονται στα σύγχρονα συστήματα φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές-ηγέτες θα χρειαστεί να επιταχύνουν τις απαραίτητες αλλαγές στους νοσηλευτικούς οργανισμούς. Ο στόχος μπορεί να είναι νοσηλευτικά μέτρα που εστιάζονται σε στενά συνδεδεμένες λειτουργίες, όπως τα διαφοροποιημένα μέτρα της πρακτικής παροχής που συνδυάζονται με την ένταση της φροντίδας, τις εξειδικευμένες υπηρεσίες ή και τα δύο. Η τυποποίηση και η ευελιξία μπορούν να συγχωνευτούν με τα συστήματα που αναπτύχθηκαν, με βάση μια προϋπόθεση: την ύπαρξη μιας θεωρίας της νοσηλευτικής άσκησης ως βάση για όλα τα μέτρα, αλλά με διαφορετικές θεωρίες που θα χρησιμοποιούνται σε διαφορετικά μέτρα μετά από επιλογή των επαγγελματιών κλινικών νοσηλευτών.

Η πλήρης υλοποίηση της θεωρίας των συστημάτων απέχει κατά πολύ από την νοσηλευτική όπως και από την παραγωγή. Η νοσηλευτική διοίκηση και η άσκηση της νοσηλευτικής στο νοσοκομείο είναι οι κρίκοι που συνδέουν μεταξύ τους τα μέρη του συστήματος της φροντίδας υγείας. Οι νοσηλευτές-ηγέτες που θα πραγματοποιήσουν τον απαιτούμενο μετασχηματισμό χρειάζεται να γνωρίζουν καλά το έργο που γίνεται από τους συνεργάτες τους, αφού αυτοί θα τους καθοδηγούν και θα τους διευκολύνουν. Για να συνδυάσουν πρόσωπα, υλικά, μηχανήματα και χρόνο, οι πιστοί οπαδοί της φιλοσοφίας των συστημάτων χρειάζεται όχι μόνο να εκτελούν αλλά και να σκέπτονται (Loomis.C, 1994).

7.4. Εννοιολογικά μοντέλα της νοσηλευτικής διοίκησης στηριζόμενα στη νοσηλευτική θεωρία

Νοσηλευτική της αυτοφροντίδας. Η δρ Sarah E. Allison καθιέρωσε τη θεωρία της Orem ως τη βάση της νοσηλευτικής άσκησης στο Mississippi Methodist Rehabilitation Hospital and Center πριν από είκοσι χρόνια. Οι Allison, McLaughlin και Walker υποστηρίζουν ότι ένα σχέδιο νοσηλευτικών συστημάτων που στηρίζεται στην συγκεκριμένη θεωρία και αφορά έναν πληθυσμό ασθενών επιτυγχάνει τα εξής πράγματα:

- Περιγράφει τα νοσηλευτικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ασθενών που πρόκειται να εξυπηρετηθεί.
- Χρησιμοποιεί αυτά τα χαρακτηριστικά για να προβλέψει τις κατηγορίες των προβλημάτων των ασθενών για τα οποία απαιτείται νοσηλευτική φροντίδα.
- Εντοπίζει τις κατάλληλες νοσηλευτικές τεχνολογίες.
- Εντοπίζει τα είδη και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού που απαιτείται.

Το μοντέλο Iowa. Ένα εννοιολογικό μοντέλο για την άσκηση της νοσηλευτικής διοίκησης θα βοηθήσει στην λύση των προβλημάτων που δυσχεραίνουν την αλλαγή και την εξέλιξη. Θα εξυπηρετήσει ως οπτική εικόνα που θα καθοδηγήσει τη σκέψη στον σχεδιασμό, την διαδικασία λήψης απόφασης και την επικοινωνία. Το μοντέλο Iowa της νοσηλευτικής διοίκησης "καλύπτει το θέμα της κριτικής αλληλεξάρτησης των κλινικών δραστηριοτήτων και των δραστηριοτήτων ή των αποτελεσμάτων της διοίκησης" και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κατευθυντήρια γραμμή στην διαδικασία λήψης απόφασης και στην αξιολόγηση της αλλαγής(Loomis.C, 1994).

7.5.Βασικές αρχές και προϋποθέσεις αποτελεσματικής ηγεσίας

Ανεξάρτητα από τον τίτλο ή την θέση που κατέχει ο νοσηλευτής-ηγέτης στην ιεραρχία, χρήσιμο είναι να αποδέχεται την υπευθυνότητα και τις αρμοδιότητες του ηγετικού του ρόλου στο σύστημα παροχής φροντίδας των ασθενών. Βασική προϋπόθεση για αυτό, αποτελεί η γνώση σε βάθος των αρχών που διέπουν την ηγεσία, τα βήματα εφαρμογής τους και η υιοθέτηση του είδους ηγεσίας που του ταιριάζει.

Οι σημαντικότερες αρχές που είναι ανάγκη να γνωρίζει είναι οι εξής :

1. Αυτογνωσία και επιδίωξη αυτοβελτίωσης.
2. Γνώση του έργου και των στόχων του νοσοκομείου και της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
3. Γνώση του προσωπικού και φροντίδα για την ευημερία του καθώς και την ικανοποίηση των αναγκών στα πλαίσια των δυνατοτήτων του.
4. Συνεχής ενημέρωση του προσωπικού για τα θέματα του οργανισμού και της υπηρεσίας.
5. Ο ηγέτης είναι αναγκαίο να αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση.
6. Ανάπτυξη του πνεύματος της ομάδας.
7. Έγκαιρη λήψη σωστών αποφάσεων.
8. Εξακρίβωση κατανόησης της ανάθεσης του έργου από το προσωπικό.
9. Ανάλυση πρωτοβουλιών για την ανάπτυξη του αισθήματος ευθύνης στους υφιστάμενους.
10. Χρησιμοποίηση ανθρώπινου δυναμικού ανάλογα με τις δυνατότητες και τις ικανότητές του.
11. Ανάλυση της ευθύνης των πράξεων του.

Ακόμα, σύμφωνα με δύο μεγάλες μελέτες που πραγματοποίησε ο Gardner σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ηγεσίας, εντόπισε εννέα αρχές – χαρακτηριστικά που πρέπει να διακρίνουν τον ηγέτη. Οι εννέα αυτές αρχές είναι :

1. Οραματισμός στόχων.
2. Επιβεβαίωση αξιών.
3. Παροχή κινήτρων.
4. Σωστή διοίκηση.
5. Επίτευξη λειτουργικής ενότητας.
6. Επεξήγηση στόχων μέσω της επικοινωνίας.
7. Οι ηγέτες χρειάζεται να λειτουργούν σαν σύμβολα.
8. Εκπροσώπηση της ομάδας.
9. Ανανέωση και στήριξη της ποικιλομορφίας

(Μπελλάλη Θ, 2007)

7.6. Νοσηλευτική διοίκηση

Ενώ τις περισσότερες φορές η διοίκηση στο σύνολο της εμφανίζεται σαν απρόσωπη υπηρεσία , η νοσηλευτική διοίκηση τουναντίον είναι κατά βάση προσωπική, και αυτό είναι και το σημείο που διακρίνεται η μοναδικότητα της. Γιατί το κύριο αντικείμενο της είναι αφενός ο ασθενής, ο άνθρωπος με προβλήματα υγείας δηλαδή, αλλά και αφετέρου ,η στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων με το κατάλληλο νοσηλευτικό προσωπικό που θα παρέχει τις διάφορες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς αυτούς.

Στην νοσηλευτική ο όρος "διοίκηση" έχει σχέση με την εκτέλεση των λειτουργιών του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της στελέχωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου (αξιολόγησης) των δραστηριοτήτων μιας νοσηλευτικής υπηρεσίας και των τομέων

της. Ένας διοικητικός νοσηλευτής επιτελεί αυτές τις διοικητικές λειτουργίες προκειμένου να προσφέρει έμμεσα φροντίδα υγείας στους ασθενείς. Οι μάνατζερ νοσηλευτές ή οι διευθυντές εργάζονται σε όλα τα επίπεδα για την υλοποίηση των εννοιών, των αρχών και των θεωριών της νοσηλευτικής διοίκησης. Ασκούν διοίκηση στο περιβάλλον του οργανισμού για να εξασφαλίσουν καλό κλίμα για την παροχή της φροντίδας υγείας από μέρους των κλινικών νοσηλευτών.

Οι γνώσεις που αφορούν τη διοίκηση έχουν γενική εφαρμογή, όπως συμβαίνει και με τις γνώσεις της νοσηλευτικής διοίκησης. Η νοσηλευτική διοίκηση χρησιμοποιεί μια συστηματική δέσμη γνώσεων που περιλαμβάνει έννοιες, αρχές, και θεωρίες που εφαρμόζονται σε όλες τις καταστάσεις της νοσηλευτικής διοίκησης. Ένας μάνατζερ νοσηλευτής ο οποίος έχει εφαρμόσει με επιτυχία αυτές τις γνώσεις σε κάποια κατάσταση μπορεί να περιμένει κάποιος ότι θα το κάνει και σε άλλες καταστάσεις. Η νοσηλευτική διοίκηση εφαρμόζεται σε μια μονάδα και σε εκτελεστικά επίπεδα. Στο εκτελεστικό επίπεδο συχνά αναφέρεται με τον όρο administration. Οι θεωρίες, οι αρχές και οι έννοιες παραμένουν οι ίδιες. Μπορούν όλες να ταξινομηθούν με βάση τις κυριότερες λειτουργίες της νοσηλευτικής διοίκησης ή της νοσηλευτικής οργάνωσης.

Με την αποκέντρωση και τη συμμετοχική διοίκηση, η εποπτεία ή το μεσαίο επίπεδο διοίκησης καταργείται με γρήγορο ρυθμό. Οι μάνατζερ νοσηλευτές των κλινικών μονάδων εκπαιδεύονται στη θεωρία και τις δεξιότητες της διοίκησης σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Οι κλινικοί νοσηλευτές εκπαιδεύονται στις δεξιότητες της διοίκησης, που τους δίνουν τη δυνατότητα να ασκήσουν τη διοίκηση σε ομάδες εργαζομένων καθώς και σε ασθενείς και οικογένειες. Οι μάνατζερ κλινικοί νοσηλευτές δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στο συντονισμό των καθηκόντων μεταξύ των μονάδων, των τομέων και των υπηρεσιών.

7.7. Ποιος χρειάζεται τη νοσηλευτική διοίκηση

Όλα τα είδη των οργανισμών φροντίδας υγείας, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται τα κέντρα υγείας, τα νοσοκομεία, οι φορείς παροχής φροντίδας στο σπίτι, τα κέντρα που παρέχουν πρώτες βοήθειες και τα εκπαιδευτήρια για φοιτητές, χρειάζονται την νοσηλευτική διοίκηση. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με έναν ασθενή και την οικογένεια του, χρειάζεται γνώσεις και δεξιότητες διοίκησης για να βοηθήσει τους ανθρώπους να συνεργαστούν προς την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Οι πρωτοβάθμιοι νοσηλευτές που συνεργάζονται με πολλούς ασθενείς ιεραρχούν τη φροντίδα που παρέχουν έτσι ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να πετύχουν τη βελτίωση της υγείας ή σε ορισμένες περιπτώσεις να αποδεχθούν τον ειρηνικό θάνατο(Henderson.V, 1996).

7.8. Γενικές αρχές της νοσηλευτικής διοίκησης

Στην συνέχεια θα αναφερθούμε σε μερικές από τις πιο σημαντικές αρχές της νοσηλευτικής διοίκησης.

1. Ο σχεδιασμός είναι μια σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης που προηγείται από κάθε άλλης δραστηριότητας.
2. Η αποτελεσματική χρησιμοποίηση του χρόνου είναι χρήσιμη για την αποτελεσματική νοσηλευτική διοίκηση η οποία λειτουργεί στο παρόν, ενώ καταστρώνει σχέδια για τη μελλοντική απόδοση, ανάπτυξη και αλλαγή.
3. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων αποτελεί πρωταρχικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης σε κάθε επίπεδο.

4. Οι μάνατζερ νοσηλευτές διοικούν τον επιστημονικό κλάδο της κλινικής άσκησης, όπου οι επαγγελματίες κλινικοί νοσηλευτές είναι γνώστες του αντικειμένου τους και εφαρμόζουν τις γνώσεις που διαθέτουν στην συγκέντρωση των δεδομένων, στην διατύπωση της νοσηλευτικής διάγνωσης και των νοσηλευτικών οδηγιών, στην εποπτεία της υλοποίησης του σχεδίου της νοσηλευτικής φροντίδας.
5. Οι κοινωνικοί στόχοι διαμορφώνονται από τους μάνατζερ νοσηλευτές και επιτυγχάνονται από τους κλινικούς νοσηλευτές.
6. Η οργάνωση είναι μια δεύτερη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης.
7. Η αλλαγή είναι σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης, με την ταχέως εξελισσόμενη αλλαγή να είναι η μόνη σταθερά στον σύγχρονο κόσμο.
8. Η κουλτούρα του οργανισμού πρέπει να τύχει τέτοιας διαχείρισης από την διοίκηση ώστε αντανακλά τις αξίες και τις πεποιθήσεις του συνόλου. Ταυτόχρονα οι ηγέτες της νοσηλευτικής είναι επιβεβλημένο να μοιράζονται έναν κοινό σκοπό: να μετατρέπουν σε παραγωγικές τις αξίες, τις φιλοδοξίες και τις παραδόσεις των εργαζομένων, που είναι άτομα και μέλη των κοινοτήτων και της κοινωνίας γενικότερα.
9. Η κατεύθυνση ή η διεύθυνση είναι μια τρίτη σημαντική λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης, που σημαίνει παραχώρηση εξουσίας στους εργαζομένους, βελτίωση της ποιότητας και στόχους προς την βελτίωση της παραγωγής. Η παροχή κινήτρων είναι βασικό στοιχείο της λειτουργίας της νοσηλευτικής διοίκησης, το οποίο προκύπτει από την ικανοποίηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, μια κατάσταση δηλαδή που

προϋποθέτει ότι οι νοσηλευτές-ηγέτες θα παρέχουν κίνητρα στους νοσηλευτές.

10. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης καθώς οδηγεί σε λιγότερες παρανοήσεις και παρέχει στους εργαζομένους ένα κοινό όραμα, αμοιβαία κατανόηση και ενιαία κατεύθυνση και προσπάθεια.

11. Η ανάπτυξη του προσωπικού είναι πρωταρχικό στοιχείο της λειτουργίας της διεύθυνσης της νοσηλευτικής διοίκησης και είναι ένα στοιχείο που διατηρεί υψηλό το επίπεδο ικανοτήτων όλων των νοσηλευτών.

12. Ο έλεγχος ή η αξιολόγηση είναι η τέταρτη σημαντικότερη λειτουργία της νοσηλευτικής διοίκησης και περιλαμβάνει την αξιολόγηση της υλοποίησης του σχεδίου, των εντολών που δόθηκαν και των αρχών που καθιερώθηκαν με την καθιέρωση των προτύπων, τη σύγκριση της απόδοσης με τα πρότυπα και με τη διόρθωση των ελλειμμάτων.

Όλες οι παραπάνω σημαντικές λειτουργίες της νοσηλευτικής διοίκησης λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά και σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους προκειμένου ο οργανισμός υγείας να εξελίσσεται και να βελτιώνεται συνεχώς.

7.9. Επίπεδα διοίκησης

Οι μάνατζερ νοσηλευτές παράγουν έργο σε πολλά επίπεδα ενός οργανισμού φροντίδας υγείας, όπως η πρώτη γραμμή διοίκησης της φροντίδας του ασθενούς σε επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας, η μεσαία βαθμίδα διοίκησης σε επίπεδο νοσηλευτικού τομέα, και η κορυφαία βαθμίδα διοίκησης σε εκτελεστικό επίπεδο, αυτό ολόκληρου του οργανισμού. Σε μερικούς οργανισμούς η αποκέντρωση

μετατοπίζει τη μεσαία βαθμίδα διοίκησης και ανακατανέμει τις λειτουργίες της βαθμίδας του εκάστοτε νοσηλευτικού τομέα . Οι ρόλοι των μάνατζερ έχουν αναπτυξιακό χαρακτήρα, βασίζονται σε γνώσεις και δεξιότητες, καθώς το πεδίο του ρόλου του ηγέτη νοσηλευτή αυξάνει σε εύρος και σε βάθος. Οι ρόλοι των μάνατζερ νοσηλευτών της μεσαίας βαθμίδας καταργούνται με γρήγορο ρυθμό καθώς οι κλινικοί νοσηλευτές αποκτούν εξουσίες και γνώσεις διοίκησης.

Σε όλα τα παραπάνω θα μπορούσαν να προστεθούν ως λειτουργίες της διοίκησης, η στελέχωση και ο προγραμματισμός, οι διοικητικές εκθέσεις, η πρόσληψη προσωπικού, η αξιολόγηση της απόδοσης, η ικανοποίηση από την εργασία, η παραγωγικότητα της εργασίας, η επικοινωνιακή πειθαρχία για την αντιμετώπιση του στρες και των διαφωνιών, η διοίκηση προσωπικού, η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών, οι αξίες, τα πρότυπα και οι μέθοδοι εκτέλεσης των ενεργειών (κουλτούρα του οργανισμού). Ενώ όλα αυτά μπορούν να πραγματοποιηθούν στο πλαίσιο της ανάπτυξης του προσωπικού, θεωρείται απαραίτητη η προετοιμασία για τη διοίκηση σε μεταπτυχιακό επίπεδο(Mathews.J.J,1988).

Κλείνοντας το παραπάνω κεφάλαιο θα θέλαμε να τονίσουμε ότι πολύ σημαντική ώθηση στην νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί το γεγονός ότι το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Οι μάνατζερ νοσηλευτές που έχουν εκπαιδευτεί στις γνώσεις και τις δεξιότητες της ανθρώπινης συμπεριφοράς ασκούν διοίκηση όχι μόνο σε επαγγελματίες νοσηλευτές, αλλά και σε μη επαγγελματίες

εργαζόμενους των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για να επιτύχουν το υψηλότερο επίπεδο της παραγωγικότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Για να πραγματοποιηθεί αυτός ο στόχος χρειάζεται να αποκτήσουν διοικητικές ικανότητες στην ηγεσία προκειμένου να ενισχύσουν τη δημιουργία των κινήτρων μέσω της επικοινωνίας με τους εργαζομένους.

Ανάμεσα στις γενικές αρχές της αποτελεσματικής νοσηλευτικής διοίκησης είναι εκείνες που σχετίζονται με τον σχεδιασμό, την ορθή αξιοποίηση του χρόνου, την λήψη των αποφάσεων, την επιβολή της πειθαρχίας στην κλινική άσκηση, την διαμόρφωση των κοινωνικών στόχων, την αλλαγή, την οργάνωση, τη φιλοσοφία του οργανισμού, τα θέματα της καθοδήγησης ή της ηγεσίας, την παρακίνηση, την επικοινωνία, την ανάπτυξη του προσωπικού και τον έλεγχο ή την αξιολόγηση.

Όλες οι κυριότερες λειτουργίες της διοίκησης, δηλαδή αυτές του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης και του ελέγχου ή της αξιολόγησης λειτουργούν ως εξαρτώμενες.

Ο πρωταρχικός ρόλος του μάνατζερ νοσηλευτή είναι να διοικεί τον επιστημονικό κλάδο της κλινικής άσκησης και για να το επιτύχει αυτό χρειάζεται να διαθέτει πολλές ικανότητες που να υποστηρίζονται από μια συγκεκριμένη θεωρία της νοσηλευτικής διοίκησης.

Οι απόψεις και τα πιστεύω μας για την Νοσηλευτική και τον αποδέκτη των υπηρεσιών της (υγιά ή άρρωστο) διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην δημιουργία αυτής της εργασίας. Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη ξεχωριστή από την Ιατρική, με δική της ταυτότητα, δικό της αντικείμενο και δική της μεθοδολογία, που βοηθά τον άρρωστο από διαφορετικές πηγές γνώσης από εκείνες της Ιατρικής. Το άτομο, υγιές ή άρρωστο, που έχει ανάγκη από τις υπηρεσίες της Νοσηλευτικής, είναι μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα με βασικές ανάγκες και από τις τρεις αυτές σφαίρες. Η

απειλή της υγείας του, η ασθένεια και η εισαγωγή του στο νοσοκομείο του δημιουργούν προβληματικές καταστάσεις, γιατί προκαλούν ανισοζύγια στις ανάγκες του(βιολογικές-ψυχικές-κοινωνικές). Το κύριο πεδίο της νοσηλευτικής άσκησης αναπτύσσεται εξαιτίας των δευτερογενών προβλημάτων που προκαλούνται από την αδυναμία του αρρώστου να εκτελέσει την συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα του. Προβλήματα, που μπορούν να επηρεάσουν ουσιαστικά το ρυθμό και το είδος των προσαρμογών που θα υιοθετήσει το άτομο και η οικογένεια του στη διεργασία της νόσου, στην θεραπεία και στην αποκατάσταση του.

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει με λίγα λόγια να βοηθήσει τον άρρωστο να υιοθετήσει τις απαραίτητες προσαρμογές για την υποστήριξη των φυσιολογικών του διεργασιών και για τους συμβιβασμούς που πρόκειται να κάνει. Μόνο ο νοσηλευτής είναι σε θέση να βοηθήσει τον άρρωστο να διαπραγματευτεί με τα προβλήματα της υγείας του και την αρρώστια, ως ένα σύνολο και ως μέλος μιας οικογένειας και μιας κοινότητας (ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α, ΠΑΝΟΥ Μ.,1997)

Τα επίπεδα της νοσηλευτικής διοίκησης είναι εφτά:

- Η Ιεραρχική διάρθρωση της διοίκησης.
- Η Κατάρτιση των νοσηλευτών στην διοίκηση.
- Οι Υπηρεσίες υγείας και τα ανοικτά συστήματα.
- Η Διοίκηση του νοσοκομείου.
- Τα Πρότυπα της νοσηλευτικής διοίκησης.
- Η διοίκηση του νοσηλευτικού τμήματος.

Η ιεραρχική διάρθρωση διακρίνεται σε τρία επίπεδα: Το Α' επίπεδο αντιστοιχεί στον προϊστάμενο νοσηλευτικής μονάδας, το Β' επίπεδο στον τομεάρχη

νοσηλευτικού τομέα και το Γ' επίπεδο αντιστοιχεί στον διευθυντή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτά τα επίπεδα αποτελούνται από στελέχη τα οποία ασκούν έργο ανεξάρτητα από το επίπεδο ευθύνης τους στον οργανισμό. Κυρίως ασκούν τις τέσσερις λειτουργίες της διοίκησης, οι οποίες είναι: ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός, η οργάνωση ,και η διεύθυνση μέσω του συντονισμού και του ελέγχου.

Η κατάρτιση νοσηλευτών στην διοίκηση είναι πολύ σημαντική, γιατί η νοσηλευτική επιστήμη συμβάλλει τα μέγιστα στην εύρυθμη λειτουργία του κάθε ιδρύματος υγείας. Αυτό γίνεται αντιληπτό ακόμα και από το παρελθόν, συγκεκριμένα η Florence Nightingale είχε εκφράσει στην Αγγλία το 1860 μια άποψη με την μορφή ερώτησης, η οποία είναι: <Άραγε η καθημερινή διοίκηση μεγάλου τμήματος, αν όχι ολόκληρου νοσοκομείου, που απαιτεί τη γνώση των νόμων της ζωής και του θανάτου των ανθρώπων, δεν αποτελούν σημαντικά και δύσκολα προβλήματα, τα οποία χρειάζονται αντιμετώπιση με εμπειρία, προσεκτική έρευνα και αναζήτηση καλύτερων λύσεων?> . Στην Ελλάδα η πρώτη νοσηλευτική σχολή της χώρας ο << Ευαγγελισμός>> λειτούργησε με κύριο σκοπό την εκπαίδευση νοσηλευτών αλλά και την κατάρτιση τους στην νοσηλευτική διοίκηση. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε καινοτομία για την εποχή, καθώς για πρώτη φορά πέραν από την στοιχειώδη νοσηλευτική εκπαίδευση δόθηκε βάρος και στην υιοθέτηση διοικητικών δεξιοτήτων από τους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές.

Οι υπηρεσίες υγείας σαν ανοικτά συστήματα έχουν αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν κλειστούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών, αλλά αλληλεπιδρούν συνεχώς με το εξωτερικό τους περιβάλλον τουτέστιν την κοινωνία, τους κρατικούς θεσμούς αλλά και τις

εξελίξεις σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με αυτή την προοπτική οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας ενοποιούνται, και με την σωστή οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε αυτές και καλύτερη εξυπηρέτηση.

Η διοίκηση του νοσοκομείου στηρίζεται σε τρεις αρχές, αυτές είναι:

- στην οργάνωση του νοσοκομείου.
- στην συμπεριφορά των ανθρώπων που αποτελούν το ανθρώπινο δυναμικό του συγκεκριμένου οργανισμού υγείας.
- στον βαθμό επίτευξης των σκοπών του οργανισμού.

Πρότυπα και σκοποί, η νοσηλευτική διοίκηση είναι επιβεβλημένο να διασφαλίζει την ασφαλή φροντίδα των αρρώστων με προβλήματα υγείας αλλά και την υπευθυνότητα των νοσηλευτών προς τους ασθενείς και τις οικογένειες τους.

Η διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι άμεσα υπεύθυνη για την ορθά παρεχόμενη και με συνέπεια φροντίδα των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο φροντίζει να είναι επαρκές. Ακόμη είναι υπεύθυνη για την εικόνα του νοσοκομείου στην κοινωνία, τον καταμερισμό των καθηκόντων και των διαφόρων αρμοδιοτήτων στους νοσηλευτές καθώς και για την ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Κύριος σκοπός της είναι να διασφαλίζει την πλέον αποτελεσματική οργάνωση για τον οργανισμό αλλά και να εποπτεύει την τήρηση των κανονισμών και της αρμόζουσας συμπεριφοράς των νοσηλευτών . Η διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι ανάγκη να παρουσιάζει γενικά, πρόοδο και εξέλιξη καθώς είναι απαραίτητο να αξιοποιεί τις δυνατότητες του προσωπικού στο έπακρον.

Η διοίκηση νοσηλευτικού τμήματος είναι ένα από τα πιο δύσκολα έργα και αποτελείται από δύο πλευρές κύρια μέρη που αφορούν στον συντονισμό.

1. Συντονισμός του νοσηλευτικού και μη προσωπικού και της εργασίας του
2. Συντονισμός των λοιπών υπηρεσιών υγείας, εκτός τμήματος για την μετέπειτα θεραπεία και περίθαλψη του αρρώστου αλλά και την αποκατάσταση του.

Στις μέρες μας, οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό μίας νοσηλευτικής μονάδας δεν είναι ομοιογενές καθώς υπάρχουν πλέον νοσηλευτές με διάφορες βαθμίδες πτυχίων. Στην χώρα μας ειδικά, στα νοσοκομεία απασχολείται νοσηλευτικό προσωπικό δευτεροβάθμιας (ΔΕ-Βοηθοί Νοσηλευτών), τριτοβάθμιας (ΤΕ- Νοσηλευτές) και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ- Νοσηλευτές). Το γεγονός αυτό προκαλεί ποικιλομορφία και συχνά ανομοιογένεια που οδηγεί στην δημιουργία πολλών προβλημάτων σε θέματα επικοινωνίας, συνεργασίας και κατ' επέκτασιν στην ίδια την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Αυτό είναι ένα από τα κύρια ζητήματα που κρίνεται επιβεβλημένο να επιλύσει η νοσηλευτική διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου, καθώς ο νοσηλευτικός κλάδος μόνο ενωμένος μπορεί να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τις καθημερινές προκλήσεις. Ένας γενικός κανόνας ώστε να αποφευχθούν οι όποιες συγκρούσεις είναι να ανατίθενται οι απλές εργασίες στα λιγότερα καταρτισμένα άτομα, ενώ οι πιο εξειδικευμένες στο ειδικευμένο προσωπικό, πάντα βέβαια με διάθεση σεβασμού και καλής συνεργασίας προς όλους.

7.10. Διαδικασία προγραμματισμού

Η διαδικασία του προγραμματισμού αποτελεί σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής διοίκησης και είναι απαραίτητη η εκμάθησή της από τα νοσηλευτικά διοικητικά

στελέχη. Ο προγραμματισμός είναι κυρίως θέμα σύλληψης και διανοητικής εργασίας αλλά τα αποτελέσματα του διαφαίνονται στην πράξη.

Την πορεία του προγραμματισμού δείχνουν η έκθεση του σκοπού ή της αποστολής, η φιλοσοφία, οι στόχοι, οι αντικειμενικοί σκοποί, οι πολιτικές, ο προϋπολογισμός και οι διάφορες διαδικασίες-νοσηλείες.

Οι οργανισμοί και οι υπηρεσίες υφίστανται και δραστηριοποιούνται στον χώρο της υγείας για κάποιο συγκεκριμένο λόγο, για αυτό η διερεύνηση του σκοπού τους κατέχει πρωταρχικό ρόλο στον προγραμματισμό. Η πλειοψηφία των νοσηλευτικών υπηρεσιών υπάρχει για να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα στους αρρώστους-άτομα. Κάθε ειδικός τομέας της νοσηλευτικής συμβάλλει, με τους ιδιαίτερους σκοπούς του, στο γενικό σκοπό του ιδρύματος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο σκοπός του τομέα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ο οποίος προσανατολίζει το νεοπροσλαμβανόμενο προσωπικό προς την εργασία και παρέχει προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας της.

Ακόμα, ο σκοπός επηρεάζει την φιλοσοφία του οργανισμού, τους στόχους, τους αντικειμενικούς σκοπούς, τις πολιτικές και τις νοσηλείες αφού οι κλινικές και οι μονάδες θα πρέπει να στελεχώνονται από νοσηλευτές με γνώσεις και δεξιότητες στην διδασκαλία και στην συμβουλευτική.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η νοσηλευτική διοίκηση είναι σύνθεση δύο επιστημών : της νοσηλευτικής και της διοίκησης, και οι δύο αυτές επιστήμες αλληλεπιδρούν λόγω της σύμπτυξης τους. Η φύση αυτής της συνεργασίας είναι εξαιρετικά σημαντική στο ζήτημα του καθορισμού των σκοπών αφού οι σκοποί της νοσηλευτικής είναι πρωταρχικοί, δηλαδή παραμένουν αυτοσκοποί, και αντίστοιχα της διοίκησης είναι υποστηρικτικοί, δηλαδή έχουν έννοια εφ' όσον συντελούν στην επίτευξη των πρωταρχικών σκοπών και είναι αλληλένδετοι στην επίτευξή τους.

Επιπρόσθετα, οι σκοποί της διοίκησης γίνονται εργαλεία και μέσα, δια των οποίων επιτυγχάνονται ευκολότερα οι αντικειμενικοί σκοποί. Επομένως, για να επιτευχθεί η κατάλληλη σύνθεση της νοσηλευτικής και της διοίκησης καθώς και των σκοπών τους, η διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας θα πρέπει να κατέχει και τις δύο επιστήμες.

Ωστόσο, οι νοσηλευτικοί σκοποί αποβλέπουν στην εφαρμογή της καλύτερης δυνατής νοσηλευτικής φροντίδας ανάλογα με την σύσταση του νοσηλευτικού προσωπικού(ποιοτική και ποσοτική), τα υπάρχοντα μέσα (υλικοτεχνική υποδομή) και τον πληθυσμό των αρρώστων που εξυπηρετεί η νοσηλευτική υπηρεσία. Επομένως, θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει σαφής αντίληψη του ασφαλούς επιπέδου της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται και των παραγόντων που την υποβαθμίζουν. Αυτό είναι ακριβώς το σημείο στο οποίο ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας καθορίζει την βασική γραμμή ασφάλειας της νοσηλευτικής πράξης προς το επιθυμητό επίπεδο βελτίωσής της, παροτρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό να βελτιώσει την πρακτική του και να εμπλουτίσει τους οραματισμούς, την φιλοδοξία και τον ενθουσιασμό του.

Διοικητικές αρχές

7.11.Η διαδικασία του ελέγχου

Ο έλεγχος από την άλλη, αποτελεί σημαντική διοικητική αρχή η οποία προσδιορίζει την ικανότητα της διοίκησης να παρακολουθεί και να προσαρμόζει την μέθοδο εργασίας ,καθώς εξ'ορισμού η ύπαρξη ελέγχου των μεθόδων παραγωγής είναι απαραίτητη για την επιτυχία των σκοπών του οργανισμού. Ειδικότερα ο έλεγχος είναι απαραίτητος για την νοσηλευτική σαν επιστήμη, κλάδο και επάγγελμα, αφού

καμιά επιστήμη δεν μπορεί να διερευνήσει και να προάγει την εφαρμογή της αν δεν ελέγχει τις μεθόδους και τις διεργασίες της άσκησης της.

Παρόλα αυτά, η διεξαγωγή του ελέγχου καθίσταται συχνά προβληματική καθώς η νοσηλευτική εργασία είναι πολυσύνθετη και ασκείται πίεση κατά την άσκηση της από ποικίλες ομάδες, όπως για παράδειγμα αυτής των ιατρών, οι οποίοι ελέγχουν και κατευθύνουν την άσκηση της νοσηλευτικής με τον καθορισμό συγκεκριμένων εργασιών που σχετίζονται με την νοσηλεία του αρρώστου. Το γεγονός αυτό περιορίζει κατά πολύ το φάσμα έκφρασης της νοσηλευτικής επιστήμης.

7.12. Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα

Η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα ως διοικητικοί σκοποί ορίζονται ως η ικανοποιητική επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών του οργανισμού. Στην νοσηλευτική υπάρχουν πολλοί τρόποι μέτρησης της αποδοτικότητας. Ενδεικτικά αναφέρονται :

1. Ποιοτικός έλεγχος, τρόποι και συστήματα μέτρησης στατιστικής απόδοσης της νοσηλευτικής φροντίδας που αφορά προκαθορισμένους σκοπούς ή συγκεκριμένους αρρώστους κατ' επιλογήν.
2. Μέθοδοι και συστήματα μέτρησης της απόδοσης του κάθε μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού.
3. Αξιολόγηση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας που προσδιορίζει και την επιτυχία της εφαρμογής σε κάθε άρρωστο ξεχωριστά.
4. Καθιέρωση κριτηρίων λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Τα κριτήρια προσδιορίζονται από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, το Υπουργείο Υγείας ή από

την ίδια την νοσηλευτική υπηρεσία του ιδρύματος βάσει των οποίων γίνεται και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας.

7.13. Η αρχή της οικονομίας

Η διοικητική αρχή της οικονομίας συντελεί στην μέγιστη δυνατή αξιοποίηση από την νοσηλευτική υπηρεσία πόρων και πηγών , οικονομικών, ανθρώπινου δυναμικού και υλικών μέσων. Η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί αφετηρία για την προσεκτική επιλογή αξιοποίησης πηγών και πόρων αφού ο διοικητής οφείλει να χρησιμοποιεί συστήματα παρακολούθησης της οικονομίας και να εμπνέει την φιλοσοφία της οικονομικότητας στο προσωπικό. Αποτελεί, επίσης, διοικητική αρχή η οποία μετράται με οικονομικά κριτήρια και στην νοσηλευτική συνδέεται συνήθως με το υλικό το οποίο υπολογίζεται οικονομικά, τι αγοράζεται και τι χρησιμοποιείται. Σπανιότερα η αρχή της οικονομίας συνδέεται με το νοσηλευτικό προσωπικό παρόλο που τα περισσότερα χρήματα της νοσηλευτικής υπηρεσίας διατίθενται στους μισθούς του προσωπικού. Συνεπώς, η προσεκτική χρησιμοποίηση του χρόνου των εργαζομένων αποτελεί μέγιστη πηγή οικονομίας.

7.14. Η αρχή της ωφελιμότητας

Η αρχή της ωφελιμότητας διοικητικά ορίζεται ως ο συνδυασμός της αποδοτικότητας και της οικονομίας καθώς και η επίτευξη των σκοπών με την μικρότερη δυνατή σπατάλη χρόνου, χρημάτων και προσωπικού. Συχνά αντανακλάται στις διοικητικές ιδέες σαν δείκτης παραγόμενων μονάδων σε τακτά διαστήματα χρόνου. Στον κλάδο της νοσηλευτικής η ιδέα αυτή έχει πολλές εφαρμογές όπως στον αριθμό αρρώστων που νοσηλεύονται καθώς και τον αριθμό των νοσηλευτών που εργάζονται (εορτές, αργίες, Κυριακές).

Ωστόσο, αυτή η αρχή είναι δύσκολο να καθοριστεί με μετρήσεις αφού τίθεται το θέμα της ποιοτικής νοσηλείας, καθώς και το ερώτημα του κατά πόσο μπορεί να μετρηθεί η ικανότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας σύμφωνα με τις αρχές της οικονομίας και της παραγωγικότητας σε μια τόσο πολυσύνθετη υπηρεσία. Επίσης, τα απρόβλεπτα περιστατικά νοσηλείας καθώς και τα πολλά προβλήματα του προσωπικού σε συνδυασμό με τις σύγχρονες, πολλές φορές υπερβολικές απαιτήσεις του ιδρύματος από την νοσηλευτική υπηρεσία, καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη την συγκεκριμένη εφαρμογή. Παρόλα αυτά η αρχή της ωφελιμότητας, είναι εξαιρετικά χρήσιμη για την παρακολούθηση της επίτευξης των επί μέρους αντικειμενικών σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Σημαντικό επίσης αποτελεί και το γεγονός, ότι με αυτόν τον τρόπο, την αξιολόγηση της ωφελιμότητας δηλαδή, μπορεί να αναθεωρούνται ορισμένοι μέθοδοι που βρίσκονται σε εξέλιξη και τα συστήματα που χρησιμοποιούνται.

Επί πλέον, η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας καλείται να αντιπαραθέσει τους νοσηλευτικούς σκοπούς προς άλλους κοινωνικούς σκοπούς και αξίες. Κάθε κοινωνικός πόρος για την υγεία αφαιρείται από άλλους πόρους που διατίθενται για την εκπαίδευση και τις πολιτιστικές εκφράσεις. Καθήκον του διευθυντή αποτελεί, επίσης, η αναγνώριση της υγείας και της νοσηλευτικής φροντίδας ως κοινωνική αξία οι οποίες θα πρέπει να προωθούνται αναλογικά και σε σχέση με άλλες κοινωνικές αξίες και ανάγκες.

Ο κύριος σκοπός της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας καθορίζεται από τις ακόλουθες έννοιες :

- Παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους
- Πρόβλεψη και υποστήριξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων
- Πρόβλεψη και υποστήριξη ερευνητικών προσπαθειών

7.15. Σκοποί της νοσηλευτικής υπηρεσίας

Κύριοι αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Βελτίωση της κλινικής νοσηλευτικής και της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.
2. Εφαρμογή θετικών αποτελεσμάτων έρευνας στην κλινική νοσηλευτική πράξη.
3. Εξασφάλιση ικανών μέσων για παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στο μέγιστο δυνατό βαθμό.
4. Εξασφάλιση ικανοποιητικού αριθμού και ικανού νοσηλευτικού προσωπικού για χορήγηση ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας σε άριστο επιθυμητό επίπεδο.
5. Δημιουργία περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την έρευνα, τη δημιουργικότητα, την αναζήτηση καλύτερων τρόπων εργασίας και την προσωπική ανάπτυξη του προσωπικού.
6. Διατήρηση προσωπικού στην υπηρεσία, που είναι ενημερωμένο για τις σύγχρονες εξελίξεις, εφαρμογές και διαστάσεις της νοσηλευτικής.
7. Διατήρηση παραγωγικών σχέσεων με άλλες υπηρεσίες και τμήματα του ιδρύματος.
8. Συμβολή παραγωγική στη διακλαδική έρευνα και εκπαίδευση καθώς και στη νοσηλευτική φροντίδα.

Επιμέρους αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Οι επιμέρους αντικειμενικοί σκοποί διακρίνονται σε μόνιμους, οι οποίοι επιδιώκονται διαρκώς και σε προσωρινούς οι οποίοι επικεντρώνονται σε κάτι πιο συγκεκριμένο που πρέπει να επιτευχθεί σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα.

Σαν προσωρινοί αντικειμενικοί σκοποί μπορεί να επιλεγούν συγκεκριμένα θέματα τα οποία χρειάζεται να διορθωθούν ή να επιτευχθούν σε ορισμένο χρονικό διάστημα για παράδειγμα μέσα στον επόμενο χρόνο, όπως :

1. Βελτίωση ποιοτικής φροντίδας κατά 10%
2. Ελάττωση απουσίας προσωπικού κατά 20%
3. Αναδιοργάνωση του γραφείου διευθυντή για μεγαλύτερη διοικητική απόδοση.

Κριτήρια αξιολόγησης.

Η νοσηλευτική υπηρεσία χρησιμοποιεί λογικά κριτήρια για την αξιολόγηση των σκοπών, τα οποία επιβεβαιώνονται και στην πράξη.

Ένα τέτοιο κριτήριο είναι η εμπειρία. Από την εμπειρία νοσηλείας αρρώστων ο νοσηλευτής εξάγει κανόνες, οι οποίοι επεξηγούν και αξιολογούν τα αποτελέσματα της φροντίδας και των ενεργειών του.

Ο ποιοτικός έλεγχος αποτελεί ένα ακόμα κριτήριο για τους σκοπούς της νοσηλευτικής υπηρεσίας και επιδιώκει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα μετά το πέρας των ενεργειών του, όπως για παράδειγμα η αποφυγή εμφάνισης κατάκλισης

στους κατακεκλιμένους ασθενείς των μονάδων και των κλινικών. Αυτό το κριτήριο αποτελεί μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τρίτο κριτήριο αξιολόγησης των σκοπών της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η ατομική πρόοδος των ασθενών. Το κριτήριο αυτό χρησιμοποιείται καθημερινά. Παράδειγμα αποτελεί ο άρρωστος σε ανάρρωση, σε αποκατάσταση ,ύστερα από ατύχημα ή από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Σκοποί νοσηλευτικής υπηρεσίας.

1. Η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας στα άτομα που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, σε αυτά που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και τα κέντρα υγείας του θεραπευτηρίου, καθώς και σε εκείνα που δέχονται φροντίδα υγείας στο σπίτι, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της νοσηλευτικής επιστήμης.
2. Η εξασφάλιση ετοιμότητας σε όλους τους νοσηλευτικούς τομείς του νοσοκομείου για κάλυψη επειγόντων περιστατικών και αντιμετώπιση ενδεχομένων μαζικών καταστροφών.
3. Η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τομέων με ανάλογο σε αριθμό και παραδεκτή σύνθεση επιπέδων νοσηλευτικού προσωπικού (2 νοσηλευτές προς 1 βοηθό) για κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών αρρώστων σε 24ωρη βάση.
4. Η άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης νοσηλευτικών τομέων, καθώς και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τα τιθέντα κριτήρια ποιότητας και ασφάλειας.
5. Η λειτουργία προγραμμάτων νοσηλευτικών ειδικοτήτων.

6. Η υποστήριξη εκπαιδευτικών νοσηλευτικών προγραμμάτων για απόκτηση εμπειριών μάθησης φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών της νοσηλευτικής, καθώς και η κατάρτιση και η εφαρμογή προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για το νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, εκτός του ιατρικού.
7. Η ανάπτυξη και υποστήριξη ερευνητικών νοσηλευτικών προγραμμάτων και εφαρμογή των ευρημάτων τους.
8. Η συμμετοχή νοσηλευτών στα διάφορα ερευνητικά προγράμματα του νοσοκομείου.
9. Η από κοινού συνεργασία της νοσηλευτικής υπηρεσίας με τις άλλες υπηρεσίες για την αποτελεσματικότερη οργάνωση και λειτουργία του νοσοκομείου.

Περιεχόμενο φιλοσοφίας Δ. Ν. Υ.

- Μια ειδική νοσηλευτική θεωρία, στην οποία η φιλοσοφία αναφέρεται ή ενσωματώνεται ολόκληρη.
- Θέματα, κατευθύνσεις και αξίες για την νοσηλευτική πράξη, ανεξάρτητα αν αναφέρονται στα ειδικά συστήματα που ακολουθούνται.
- Αξίες για την νοσηλευτική εκπαίδευση, την ανάπτυξη του προσωπικού και την εκπαίδευση των φοιτητών, σπουδαστών και μαθητών νοσηλευτικής.
- Αξίες για την νοσηλευτική έρευνα που αφορούν είτε τα ενεργά ερευνητικά προγράμματα ή την εφαρμογή ερευνητικών αποτελεσμάτων.
- Συσχέτιση της νοσηλευτικής άσκησης με την νοσηλευτική και την γενική διοίκηση του ιδρύματος.

- Συσχέτιση της νοσηλευτικής φροντίδας και της νοσηλευτικής διοίκησης με τον άρρωστο.
- Συσχέτιση της νοσηλευτικής με την κοινότητα και την ευρύτερη κοινωνία.
- Συσχέτιση της νοσηλευτικής με τον υπόλοιπο οργανισμό του νοσοκομείου, που μπορεί να περιλαμβάνει και τρόπους λειτουργίας του.
- Συσχέτιση του νοσηλευτικού προσωπικού με το υπόλοιπο προσωπικό υγείας ή με άλλους νοσηλευτές που δεν ανήκουν στο ίδρυμα.
- Συσχέτιση με τους σκοπούς άλλων υπηρεσιών, π.χ. τους ερευνητικούς σκοπούς της ιατρικής ή τους σκοπούς της κοινωνικής υπηρεσίας.
- Συσχέτιση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και με άλλες κοινωνικές ομάδες, εκκλησιαστικές, κοινωνικές και εθελοντικές.
- Πεποιθήσεις νοσηλευτικής διοίκησης ως προς ειδικά συστήματα που ακολουθούνται.
- Συσχέτιση της νοσηλευτικής υπηρεσίας και των μελών της με τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών, επαγγελματικές οργανώσεις κ.τ.λ.
- Συσχέτιση της νοσηλευτικής με άλλα ιδρύματα υγείας.
- Αξιώσεις ως προς τα δικαιώματα του αρρώστου και πεποιθήσεις για τους συγγενείς και επισκέπτες.
- Αξίες αναφερόμενες στα δικαιώματα του προσωπικού ή ιδέες για την επιστημονική και επαγγελματική ανάπτυξη του.
- Θέσεις αναφερόμενες στις προαγωγές, μονιμοποιήσεις και μετακινήσεις του προσωπικού εντός της υπηρεσίας του ιδρύματος.

Φιλοσοφία διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Φιλοσοφία είναι μία δήλωση πεποιθήσεων και αξιών που καθοδηγούν τις πράξεις του νοσηλευτικού προσωπικού. Η φιλοσοφία διοίκησης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας πρέπει να είναι γραπτή, ενσωματωμένη, τοποθετημένη σε κατάλληλα έντυπα και να αναθεωρείται περιοδικά.

Με αυτόν τον τρόπο παρουσιάζει σε γραπτό κείμενο το πνεύμα, τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις θέσεις της νοσηλευτικής υπηρεσίας που κατευθύνουν και επηρεάζουν την άσκηση της νοσηλευτικής σε ένα ίδρυμα. Η κατάλληλα και ορθά διατυπωμένη φιλοσοφία αντικατοπτρίζει την παρούσα κατάσταση και δείχνει τις κατευθύνσεις για το άμεσο μέλλον. Ακόμα, συμβάλει στον προσανατολισμό των νέων μελών του Δ. Σ. καθώς και άλλων οργανισμών και παραγόντων εντός και εκτός του ιδρύματος.

Το περιεχόμενο της φιλοσοφίας διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών περιλαμβάνει θέματα τα οποία σχετίζονται με τις συνθήκες και τις ανάγκες του κάθε ιδρύματος.

Επίσης, η φιλοσοφία νοσηλευτικής υπηρεσίας νοσοκομείων και υγειονομικών ιδρυμάτων ποικίλει σύμφωνα με το είδος του οργανισμού, των νοσηλευόμενων ασθενών καθώς και των εξυπηρετούμενων ατόμων της κοινότητας. Όλες οι απόψεις αντανακλούν τον σεβασμό στην αξία και την αξιοπρέπεια των εξυπηρετούμενων ατόμων και τονίζουν την υποχρέωση για παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την δημιουργία θεραπευτικού και ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο οι φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες κάθε αρρώστου αναγνωρίζονται και διαχειρίζονται. Η σύνταξη και η διατύπωση της φιλοσοφίας, χρησιμεύει σαν οδηγός για την άσκηση της

νοσηλευτικής φροντίδας και την κατανόηση αρρώστου καθώς και για την δημιουργία κατάλληλου κλίματος για την επίτευξη των νοσηλευτικών σκοπών.

Αποστολή της νοσηλευτικής διοίκησης είναι να προσφέρει οργανωτική δομή που προωθεί την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, την πιο κατάλληλη χρησιμοποίηση των πόρων, ανθρώπινων και υλικών, την υποστήριξη και την συμμετοχή στην εκπαίδευση και σε ερευνητικά προγράμματα. Όλα τα παραπάνω αποσκοπούν στη επίτευξη της επιστημονικής και επαγγελματικής ανάπτυξης του προσωπικού. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι κύριος σκοπός είναι η εξέλιξη του οργανισμού και των ανθρώπων του και όχι απλά η διεκπεραίωση νοσηλευτικών πράξεων.

Επιπρόσθετα, η διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ενθαρρύνει την χρησιμοποίηση της πιο σύγχρονης γνώσης στην πράξη και έτσι συμβάλει στην συνεχιζόμενη ανάπτυξη ειδικών γνώσεων για την βελτίωση της φροντίδας υγείας και του συστήματος παροχής της. Δημιουργεί δε θετικό περιβάλλον μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα αυτές οι δραστηριότητες ώστε να το καταστήσουν και πιο ευχάριστο για το προσωπικό.

Ενθαρρύνει, επίσης, τις ευκαιρίες απόκτησης γνώσεων με εργαστήρια, μαθήματα, διαλέξεις, σεμινάρια και κλινικές εμπειρίες για το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και την ατομική συμμετοχή και την μετέπειτα ενασχόληση.

Η έρευνα και οι εκπαιδευτικές επιδιώξεις απώτερο σκοπό έχουν την βελτίωση παροχής φροντίδας υγείας σε όλα τα άτομα και ομάδες της κοινωνίας, την βελτίωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών και την αποτελεσματική αξιοποίηση του νοσηλευτικού δυναμικού συμπεριλαμβανομένης της επέκτασης αρμοδιοτήτων και δραστηριοτήτων καθώς και καινοτόμας χρησιμοποίησής του.

Σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών:

Για την επίτευξη επιθυμητού επιπέδου νοσηλευτικής φροντίδας οι νοσηλευτές αναπτύσσουν σχέσεις σεβασμού και κατανόησης μεταξύ τους και χρησιμοποιούν συστηματικές διαδικασίες λύσεις προβλημάτων και λήψης αποφάσεων βασιζόμενοι σε ακριβείς αξιολογήσεις, γνώση και σε σοβαρή κρίση. Είναι ανάγκη να έχουν ορθές διαπροσωπικές σχέσεις και υγιείς αλληλεπιδράσεις με άτομα και ομάδες υπο stress.

Στόχοι και αντικειμενικοί σκοποί (περιγραφή και συσχέτιση).

Οι στόχοι και οι αντικειμενικοί σκοποί προσδιορίζουν τις ενέργειες για την επίτευξη του σκοπού και την υλοποίηση της φιλοσοφίας. Όσο πιο ποσοτικός είναι ο στόχος τόσο πιο μεγάλη προσοχή δίνεται στην επίτευξή του και λιγότερο διαστρέφεται. Αντίθετα οι ποιοτικοί στόχοι είναι πιο δύσκολα προσεγγίσιμοι. Οι στόχοι αποτελούν κεντρικό σημείο στην όλη διαδικασία της διοίκησης: προγραμματισμό, οργάνωση, στελέχωση, διεύθυνση και έλεγχο. Ο προγραμματισμός προσδιορίζει του στόχους ενώ η υπηρεσία οργανώνεται και στελεχώνεται για την επίτευξη των στόχων. Η διεύθυνση κινητοποιεί το προσωπικό για κάλυψη των αντικειμενικών σκοπών και ο έλεγχος συγκρίνει τα αποτελέσματα με τους αντικειμενικούς σκοπούς για να εκτιμήσει τα επιτεύγματα.

Οι αντικειμενικοί σκοποί είναι περισσότερο εκλεκτικοί, πολλαπλοί και καλύπτουν ευρείες δραστηριότητες. Οι άμεσοι, βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι στόχοι καλό θα είναι να είναι ισορροπημένοι, αλληλοεξαρτώμενοι και τοποθετημένοι σε σειρά σπουδαιότητας και προτεραιότητας.

Η κλασική θεωρία της διοίκησης υποστηρίζει ότι το διοικητικό συμβούλιο και τα ανώτερα στελέχη σημαντικό είναι να προσδιορίζουν τους στόχους της υπηρεσίας. Ενώ η νέο-κλασική, ανθρωπιστική προσέγγιση, ενδιαφέρεται για την συμμετοχή των εργαζόμενων στον καθορισμό στόχων και την ανίχνευση της πραγματικότητας σε

αντίθεση με προκαθορισθέντες στόχους. Οι πραγματικοί στόχοι προσδιορίζονται με την παρατήρηση καθημερινών αποφάσεων και ενεργειών.

Ενδείκνυται το διοικητικό συμβούλιο και τα ανώτερα διοικητικά στελέχη να καθορίζουν τους στόχους και τους αντικειμενικούς σκοπούς του ιδρύματος.

Η νοσηλευτική διοίκηση, διευθυντές, υποδιευθυντές, τομεάρχες και προϊστάμενοι καθορίζουν τους στόχους και τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι προϊστάμενοι, οι υπεύθυνοι ομάδων, οι πρωτοβάθμιοι και οι γενικοί νοσηλευτές είναι αρμόδιοι στο να αποφασίζουν τους αντικειμενικούς σκοπούς κάθε νοσηλευτικής μονάδας. Και, ακόμα, κάθε νοσηλευτής να προσδιορίζει τους στόχους και αντικειμενικούς σκοπούς του με τον άμεσο προϊστάμενο του. Η επικάλυψη που δημιουργείται μεταξύ του διευθυντή που καθορίζει τους σκοπούς του ιδρύματος, και της νοσηλευτικής υπηρεσίας, καθώς και του προϊσταμένου που συμβάλει στους ίδιους σκοπούς της νοσηλευτικής υπηρεσίας και της μονάδας του διευκολύνει την συνέχεια και την αρμονία για την ολοκλήρωση των στόχων. Η συμμετοχή των ίδιων των εργαζομένων στον προσδιορισμό των στόχων και των αντικειμενικών σκοπών αυξάνει την αφοσίωση σε αυτούς και στην μετατροπή τους από θεωρητικούς σε πραγματοποιήσιμους στόχους. (Λανάρα. Β. 2008.Κεφ.8.σελ 176-216)

Η προτεραιότητα του σύγχρονου μάνατζμεντ είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον ανώνυμο-πελάτη ασθενή πέρα από την προσδοκία που έχει ο ίδιος. Αυτή η φιλοσοφία έχει σαν σκοπό να προωθεί και να βελτιώνει την ποιότητα εκτέλεσης όλων των διεργασιών στις υπηρεσίες υγείας.

Ο ορισμός στην ποιότητα της υγείας.

Δύο ορισμοί υπάρχουν που αναφέρουν με ακρίβεια τον ορισμό της ποιότητας στην υγεία. Ο πρώτος ορισμός σύμφωνα με το UK Department of health(1999) αναφέρει

<<Κάνοντας τα σωστά πράγματα, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο>> και ο δεύτερος ορισμός σύμφωνα με το Institute of medicine των ΗΠΑ είναι <<Ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ομάδες πληθυσμού αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών εκβάσεων και είναι συνεπείς με την τρέχουσα υγειονομική γνώση>>.

Οι δύο ορισμοί που προαναφέρθηκαν είναι ο καθρέφτης στις αναζητήσεις που έγιναν, και σχετίζονται με το πώς η ποιότητα ενσωματώνεται στην οργάνωση και στην διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Οι δύο αυτοί ορισμοί αποδεικνύουν ότι η αναζήτηση και η ενσωμάτωση της ποιότητας στην υγεία αποτελεί έναν από τους πιο αντικειμενικούς στόχους των υπηρεσιών υγείας. Ας αναλύσουμε όμως τι σημαίνει ποιότητα στην υγεία. Η ποιότητα στην υγεία είναι ανάγκη να καλύπτει όλο το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών και όλο το πλαίσιο των διαδικασιών του υγειονομικού συστήματος. Δηλαδή η ποιότητα χρειάζεται να υπάρχει από την σχέση ιατρού-ασθενή και νοσηλευτή-ασθενή ως τις αποφάσεις των υγειονομικών αρχών και των υπηρεσιών που επηρεάζουν τις ομάδες των ασθενών ,οι οποίοι είναι χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Τι απαιτεί ένα σύστημα για την ποιότητα.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες που αναφέρονται στο περιοδικό <<Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ τόμος 18-τεύχος 106 ΜΑΙΟΣ>>, στο άρθρο <<Ποιότητα: Η ,Άγνωστη Δύναμη των υπηρεσιών υγείας>>, το κόστος της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης σε ποσοστό ύψους 20-30% των τυπικών λειτουργικών εξόδων ενός νοσοκομείου, αποδίδεται σε λάθη που έγιναν λόγω αναποτελεσματικότητας μη ειδικευμένου προσωπικού, αλλά και εξαιτίας της κακής λειτουργίας των γραφειοκρατικών συστημάτων τα οποία και αποτελούν πρότυπα κακής ποιότητας. Από πλευράς εισπράξεων οι έρευνες έδειξαν ότι σε ποσοστό 10% υπήρχαν καθυστερημένες

εισπράξεις. Ένας οργανισμός υγείας για να διασφαλίσει την ποιότητα απαιτεί ,σε πρώτο επίπεδο, από την διοίκηση του νοσοκομείου να ανταπεξέρχεται και να εφαρμόζει με ρεαλιστικό και αποτελεσματικό τρόπο ένα σύστημα για την ποιότητα, που να καταρρίπτει τα διάφορα πρότυπα κακής ποιότητας. Σε δεύτερο επίπεδο το υγειονομικό προσωπικό είναι ανάγκη να αισθάνεται συνδεδεμένο με την εργασία του αλλά και υπερήφανο για το συγκεκριμένο νοσοκομείο που εργάζεται. Αυτό θα προωθήσει την παρεχόμενη ποιότητα σε ένα σύστημα υγείας. Ακόμα η διοίκηση χρειάζεται να απαιτεί από το νοσοκομείο την συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας των ασθενών και την ικανοποίηση των προσδοκιών που έχουν οι ίδιοι. Οτιδήποτε λιγότερο από ένα υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας έχει επιπτώσεις στους ασθενείς και χαμηλώνει το επίπεδο της ποιότητας, οπότε δεν θα πρέπει γίνεται αποδεκτό.

Πιστοποίηση.

Η πιστοποίηση, μια ιδιαίτερη μορφή παρέμβασης σε συστήματα υγείας, θα μπορούσε να επηρεάσει θετικά την ποιότητα στην υγεία ώστε αυτή να βελτιώνεται και να αναβαθμίζεται, καθώς και να ακολουθεί συγκεκριμένες προδιαγραφές . Πιστοποίηση σημαίνει αξιολόγηση από έναν ειδικό εξωτερικό φορέα πιστοποίησης ότι ένα άτομο ή ένας οργανισμός ικανοποιεί-πληροί ορισμένα κριτήρια ή πρότυπα που έχει θέσει ο ίδιος ο φορέας. Παγκοσμίως τα πρότυπα οργάνωσης και τεκμηρίωσης που έχουν την μεγαλύτερη απήχηση είναι τα πιστοποιητικά iso-9000. Είναι ευρέως τα πιο γνωστά και έχει καθιερωθεί η χρήση τους σε περισσότερες από 250.000 επιχειρήσεις ανά τον κόσμο. Την ευθύνη για την εφαρμογή αυτού του θεσμού στην χώρα μας, την έχει ο Ελληνικός οργανισμός τυποποίησης (ΕΛΟΤ), με περιορισμένες εφαρμογές στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Στην Αμερική η πιστοποίηση ως θεσμός για την διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία, καθιερώθηκε

στα νοσηλευτικά ιδρύματα εδώ και έναν αιώνα, και επεκτάθηκε σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας (π.χ: Κοινωνική Νοσηλευτική). Στην Ελλάδα δεν λειτουργεί φορέας πιστοποίησης παρόλο που υπάρχει νομικό πλαίσιο από το 1997. Ορισμένα από τα ελάχιστα παραδείγματα κατοχύρωσης πιστοποίησης νοσηλευτικών μονάδων στην χώρα μας είναι η μονάδα τεχνητού νεφρού του Γενικού νοσοκομείου Τρικάλων και η μονάδα εντατικής θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Συμπεράσματα.

Με βάση τα παραπάνω είναι φανερό τι απαιτεί ένα σύστημα υγείας προκειμένου να διασφαλίσει την ποιότητα στις υπηρεσίες που παρέχει. Σχολιάστηκαν οι ορισμοί της ποιότητας στην υγεία και αναφερθήκαμε στην πιστοποίηση, για την οποία στην Ελλάδα δεν λειτουργεί κανένας επίσημος φορέας με άμεση συνέπεια να παραμένουν χαμηλά τα ποσοστά ποιότητας στην υγεία. Όλα αυτά αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν συνδέονται με το γεγονός ότι σε πρόσφατη έρευνα στα Ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, το 91,7% των νοσοκομείων αναφέρει ότι δεν έχει θέσει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει, ως συγκεκριμένο στόχο. (Ανδρούτσου Α. και συν.2007)

Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία με τίτλο «Το profile της νοσηλευτικής υπηρεσίας στις ορθοπαιδικές κλινικές των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκη- Η αντίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού των ορθοπαιδικών κλινικών» έχει ως πρωταρχικό σκοπό την διερεύνηση της αντίληψης του ΝΠ που εργάζεται στις προαναφερθείσες κλινικές και τον καθορισμό της ταυτότητας της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Οι παραπάνω παράμετροι μελετώνται μέσα από τις συνθήκες στελέχωσης και την ύπαρξη ή μη της κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής (κτιριακή υποδομή-μέσα). Έμμεσα λοιπόν διαμορφώνουν την αντίληψη των νοσηλευτών για τον εργασιακό τους χώρο ,περιγράφοντας τις εργασιακές τους συνθήκες, τις σχέσεις τους με συναδέλφους και ασθενείς καθώς και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας. Επιμέρους στόχους της έρευνας αποτέλεσαν η διερεύνηση για τον τρόπο που επιδρούν οι συνθήκες εργασίας στο νοσηλευτικό προσωπικό και στην παρεχόμενη από αυτούς φροντίδα καθώς και ο προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν. Συνοπτικά οι σκοποί της παρούσας έρευνας είναι:

- Η διερεύνηση και ο προσδιορισμός των αντιλήψεων που έχουν για την ταυτότητα και τον ρόλο του νοσηλευτή οι ίδιοι οι νοσηλευτές.
- Ο προσδιορισμός του πλαισίου άσκησης της σύγχρονης νοσηλευτικής που συντελεί στην διαμόρφωση της ταυτότητας του ΝΠ και ο καθορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις για την ταυτότητα και τον ρόλο του νοσηλευτή.

- Η αποτύπωση του επιπέδου ικανοποίησης του ΝΠ από την απόδοση του στον νοσηλευτικό ρόλο και ο προσδιορισμός των παραγόντων που το επηρεάζουν.
- Η αξιολόγηση του νοσηλευτικού έργου από τους νοσηλευτές

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα συμβάλλουν:

- Στην ανάδειξη της ταυτότητας του Νοσηλευτή και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην αποτύπωση του πλαισίου άσκησης της σύγχρονης νοσηλευτικής (Στελέχωση- Συνθήκες εργασίας-Υλικοτεχνική υποδομή) και στον προσδιορισμό των προβλημάτων - παραγόντων που επηρεάζουν την έκφραση του νοσηλευτικού ρόλου
- Στην λήψη μέτρων (στο επίπεδο της άσκησης της νοσηλευτικής) που θα βελτιώνουν την έκφραση του Νοσηλευτικού ρόλου

Ηθική της έρευνας:

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας έγινε μετά την ειδική έγκριση του αρμόδιου οργάνου του υπουργείου Υγείας αφού καταθέσαμε το πρωτόκολλο της έρευνας μαζί με το εργαλείο συλλογής των δεδομένων μας

Περιορισμοί της έρευνας:

Συνετό είναι να αναφερθούν οι παράγοντες οι οποίοι στάθηκαν εμπόδιο και περιόρισαν την πραγματοποίηση της έρευνας, έτσι ώστε να ληφθούν υπ' όψιν μελλοντικά για να διευκολυνθούν με αυτόν τον τρόπο οι μετέπειτα ερευνητικές εργασίες. Συγκεκριμένα, σημαντικός περιορισμός για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, αποτέλεσε η καθυστέρηση έγκρισης από το ΕΚΕΠΥ, για την διανομή των ερωτηματολογίων στις μελετώμενες ορθοπαιδικές κλινικές, καθώς ακολουθείται χρονοβόρα γραφειοκρατική διαδικασία για την παροχή αυτής και χρησιμοποίησης

του υλικού (ανάλυση στατιστικών στοιχείων). Με αυτόν τον τρόπο παρεμποδίζεται η ομαλή διεξαγωγή της έρευνας και αυξάνει ο χρόνος πραγματοποίησης της. Ακόμα, περιοριστικός παράγοντας, που παρατηρήθηκε και σε παλαιότερες έρευνες, αποτέλεσε το ποσοστό συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων σχετικά με το δείγμα του πληθυσμού, καθώς φαίνεται ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν μειωμένο ενδιαφέρον συμμετοχής σε έρευνες διότι δεν το επιθυμούν. Συνεπώς, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η πραγματοποίηση μιας σχετικής έρευνας για τον καθορισμό αυτών των αιτιολογικών παραγόντων καθώς τα αποτελέσματα δεν αναδεικνύουν πλήρως την παρούσα πραγματικότητα.

Πληθυσμός και μέθοδος

Χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού

Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι σκοποί της έρευνας και να πραγματοποιηθεί η διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή ο βασικός πληθυσμός – πληθυσμός αναφοράς αποτελείται από το Νοσηλευτικό Προσωπικό. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 105 νοσηλευτές (ΠΕ και ΤΕ) και βοηθοί νοσηλευτών (ΕΠΑΛ-Μ.Τ.ΕΝ.Σ) έξι νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης (πέντε νοσοκομεία του ΕΣΥ και ένα του ΙΚΑ). Η επιλογή των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: α) Ηλικία άνω των 18 ετών β) να έχουν δυνατότητα επικοινωνίας και να μιλούν την ελληνική γλώσσα και γ) να εργάζονται σε ορθοπαιδική κλινική. Η ομάδα έρευνας ενημέρωσε τον πληθυσμό της μελέτης για τον σκοπό της έρευνας, ζητήθηκε η συγκατάθεση του και να απαντήσει ανώνυμα στο ερωτηματολόγιο. Διανεμήθηκαν 105 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν απαντημένα τα 82 (ποσοστό ανταπόκρισης 78%).

Ερευνητικό εργαλείο

Προκειμένου να ικανοποιηθούν οι σκοποί της έρευνας κατασκευάστηκε από την κ. Δημητριάδου-Παντέκα Αλεξάνδρα ειδικό ερωτηματολόγιο, η σύνθεση του οποίου στηρίχθηκε στην Νοσηλευτική βιβλιογραφία.

Στην πρώτη σελίδα κάθε ερωτηματολογίου αναφερόταν γενικές πληροφορίες και οδηγίες συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Αναλυτικά, αναφερόταν:

- Ο σκοπός της έρευνας
- Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα δεδομένα εμπιστευτικά και ότι δεν γίνεται ταυτοποίηση των απαντήσεων
- Η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 μέρη και κάθε μέρος περιλαμβάνει τις εξής ενότητες:

A) Δημογραφικά και Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

- Δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο)
- Επαγγελματικά χαρακτηριστικά (έτη προϋπηρεσίας, έτη στην παρούσα θέση, επαγγελματικός τίτλος)
- Χαρακτηριστικά εκπαίδευσης στην εκπαίδευση μετά την λήψη του πτυχίου και τον αριθμό των συνεδρίων που παρακολούθησαν κατά το προηγούμενο έτος και ημέρες αναρρωτικής άδειας(ερωτήσεις 1-7).

B) Οι συνθήκες εργασίας του ΝΠ και η στελέχωση των κλινικών με ΝΠ, ειδικότερα διερευνούνται:

- Οι συνθήκες που δημιουργεί η φύση της νοσηλευτικής εργασίας (εργασία σε Σαββατοκύριακα, κυκλικό ωράριο και την συχνότητα νυχτερινών και απογευματινών ωραρίων ανά μήνα, ερωτήσεις 8-10)
- Ο αριθμός των νοσηλευτών ανά βάρδια, ο αριθμός των ΔΕ και ΤΕ νοσηλευτών, ο αριθμός ανεπτυγμένων κλινών και των νοσηλευόμενων ασθενών (ερωτήσεις 11-18).

Γ) Η υλικοτεχνική υποδομή και η αντίληψη του ΝΠ για αυτήν

- Η κτιριακή και η υλικοτεχνική υποδομή (δυνατότητα αλλαγής σεντονιών, ύπαρξη απινιδωτή, WC και βρύση σε κάθε θάλαμο, ερωτήσεις 19-25).
- Η αντίληψη του ΝΠ για την υλικοτεχνική υποδομή (η ποιότητα του χώρου του ΝΠ για ολιγόλεπτη ανάπαυση, ερωτήσεις 26-28)

Δ) Αντίληψη του ΝΠ

- Αντίληψη για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (βαθμός ικανοποίησης νοσηλευτικών αναγκών, αλλότρια καθήκοντα, έκβαση νοσηλευομένων, ερωτήσεις 29-37).
- Αντίληψη για τον ρόλο του νοσηλευτή και τις συνθήκες εργασίας (κοινωνική εικόνα νοσηλευτή, συναδελφικές σχέσεις, ωράριο, ύψος αποδοχών κι συνθήκες εργασίας ερωτήσεις 38-65).
- Μετά-επαγγελματικά χαρακτηριστικά και η αντίληψη των νοσηλευτών για τις εργασιακές απαιτήσεις της ορθοπαιδικής κλινικής (ερωτήσεις 66-80).
- Η αντίληψη των νοσηλευτών για το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. (διδασκαλία αυτοφροντίδας και εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό,

αφοσίωση για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών, ενημέρωση, τήρηση απορρήτου, ανθρωπιά-ευγένεια, ερωτήσεις 81-90).

Συλλογή δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε η διανομή των ερωτηματολογίων στα άτομα που πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα.. Μετά την ενημέρωσή τους για τον σκοπό της έρευνας και για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής στην έρευνα, τους ζητήθηκε να απαντήσουν ανώνυμα. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο 2009 και η συγκέντρωσή τους, τον Αύγουστο του ίδιου έτους. Συνολικά διανεμήθηκαν 105 ερωτηματολόγια στο ΝΠ (κατηγορίας ΤΕ και ΔΕ) των ορθοπαιδικών κλινικών ,έξι δημόσιων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης και παραλήφθηκαν απαντημένα 82, δηλαδή ποσοστό απάντησης που αντιστοιχεί σε 78 %.

Ποιοτικός έλεγχος ερωτηματολογίων

Μετά την συλλογή των ερωτηματολογίων δημιουργήθηκαν ειδικά φύλα ηλεκτρονικής καταχώρησης. Έγινε ποιοτικός έλεγχος των ερωτηματολογίων που πληρούσαν τα κριτήρια του ποιοτικού ελέγχου. Τελικώς από τα 82 ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν ως απαντημένα αφαιρέθηκαν τα 5 επειδή δεν είχαν απαντηθεί πλήρως (ποσοστό 4,7%). Έτσι επεξεργάστηκαν στατιστικά 77 ερωτηματολόγια , τελικό ποσοστό 73.3%.

Στατιστική ανάλυση

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

Αποτελέσματα

Παρακάτω παρατίθενται τα πιο σημαντικά από τα αποτελέσματα της έρευνας με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων. Η καταχώρηση των αποτελεσμάτων έγινε με βάση τον αρχικό διαχωρισμό του ερωτηματολογίου και των επιμέρους ενοτήτων του, για λόγους συνάφειας. Οι πίνακες παρατίθενται στο παράρτημα, στο τέλος της εργασίας.

Η έρευνά μας έγινε σε έξι νοσοκομεία της Θεσ/νίκης.

Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την προέλευση πληθυσμού

Νοσοκομεία	N	%	
Γ.Ν.Θ.ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ	7	9,1	
Β' ΙΚΑ ΠΑΝΑΓΙΑ	10	13,0	
Γ.Ν.Θ.Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	9	11,7	
Γ.Ν.Θ.ΠΑΡΑΝΙΚΟΛΑΟΥ	13	16,9	
Γ.Ν.Θ.ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	18	23,4	
Γ.Ν.Θ.ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ	20	26,0	
ΣΥΝΟΛΟ	77	100,0	

1. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού

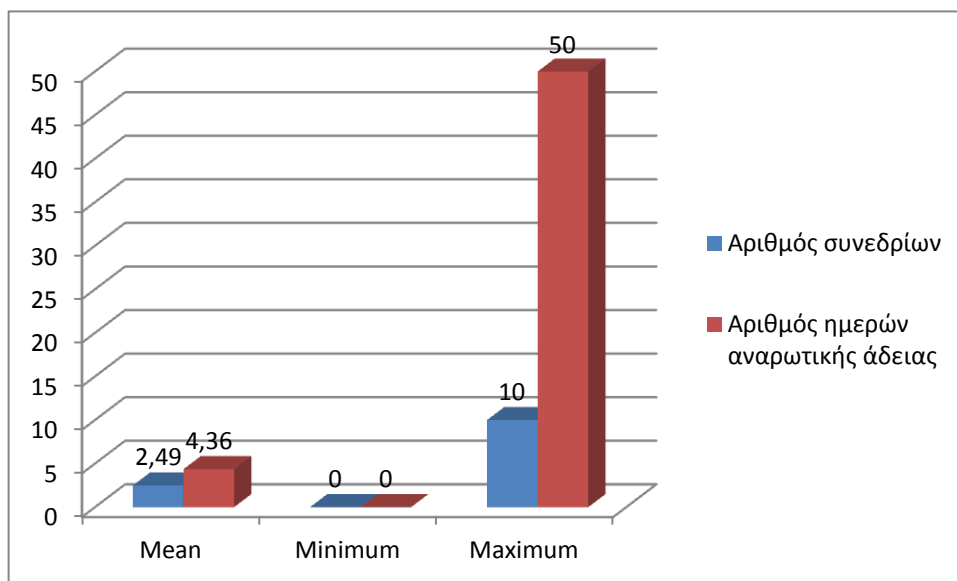
Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης περιγράφονται στον πίνακα 1. Το 83,1% του δείγματος αποτελούσαν οι γυναίκες και το 16,9% είναι άνδρες(πιν1.1).

Σύμφωνα με την κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος, σχετικά με τα χρόνια προϋπηρεσίας, η μεγαλύτερη συχνότητα του δείγματος ανέρχεται στα 20 χρόνια προϋπηρεσίας (14,3%), με μέση τιμή των 11,6 ετών. (πίνακας 1.2).

Η μέση τιμή των ετών εργασίας στην παρούσα θέση του δείγματος των νοσηλευτών είναι 5.51 χρόνια, έχοντας μέγιστο αριθμό τα 25 χρόνια(πίνακας 1.3).

Η έρευνα όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών του δείγματος έδειξε ότι το 77.9% προέρχεται από τμήματα ανώτερης τεχνολογικής εκπαίδευσης(Τ.Ε.Ι) και το 22.1% από σχολές διετούς φοίτησης (ΕΠΑΛ-ΤΕΛ) (πίνακας 1.4). Από τους απόφοιτους ΤΕΙ (Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα) (77,9%), το 23,4% είχαν λάβει πρόσθετη εκπαίδευση μετά από το πτυχίο το 7,8% προγράμματα κατάρτισης (ΣΕΛΕΤΕ), ενώ η πλειοψηφία(68,8%) δεν κατείχαν κανένα επιπλέον τίτλο πέραν της βασικής τους εκπαίδευσης. Επιπλέον, ο μέσος αριθμός συνεδρίων που παρακολουθεί κάθε χρόνο ένας νοσηλευτής είναι 2.49 συνέδρια(πίνακας1.7) Άξιο αναφοράς είναι, ότι το 40.3% των νοσηλευτών του δείγματος έχουν μηδενικό αριθμό ημερών αναρρωτικής άδειας, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό παρουσιάζει μέση τιμή τις 4.36 μέρες τον χρόνο. (πίνακας 1.8)

Γράφημα 1



2. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΝΠ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

Επειδή οι συνθήκες θεωρούνται βασικός παράγοντας που προσδιορίζει το σύστημα νοσηλευτικής εργασίας καθώς και την ποιότητα του παρεχόμενου νοσηλευτικού έργου διερευνήσαμε αυτόν τον παράγοντα ως προς την αντίληψη για την επάρκεια σε ΝΠ-Στελέχωση.

Ο μέσος όρος των σαββατοκύριακων εργασίας του ΝΠ ανά μήνα είναι 2.35, με μέγιστη τιμή τα 4 σαββατοκύριακα και ελάχιστη 0. Επίσης το 39% των νοσηλευτών ανέφερε ότι εργάζεται 4-7 νυχτερινά ωράρια τον μήνα και το 58.5% περισσότερες από 8 απογευματινές βάρδιες το μήνα. Επιπρόσθετα το 85.7% του ΝΠ ανέφερε ότι δεν υπάρχει αναγκαίος αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να ικανοποιηθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες του ασθενών. (πίνακας 2.1, 2.2, 2.3,2.4)

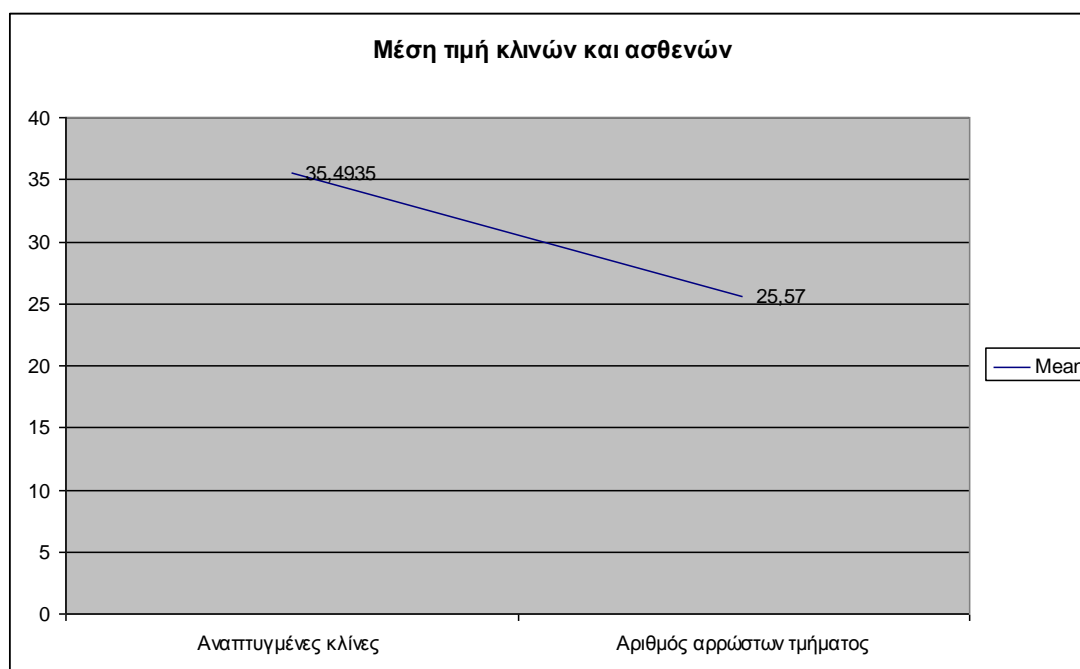
Ακόμα από τα αποτελέσματα της έρευνας, προέκυψε ότι το 48.1% του δείγματος των νοσηλευτών εργάζεται συχνά χωρίς μέρες ανάπαυσης(πίνακας 2.5).

Η μέση τιμή των ανεπτυγμένων κλινών στις ορθοπαιδικές κλινικές των δημοσίων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης είναι 35.5 με μέσο αριθμό ασθενών 25.5 κατά την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.(γράφημα 2).

Σύμφωνα με το γράφημα 2.1 ο μέσος όρος των ασθενών που καλείται να νοσηλεύσει το σύνολο των νοσηλευτών στην πρωινή βάρδια είναι 11,5, στην απογευματινή 17,7 και στην νυχτερινή 20.2.

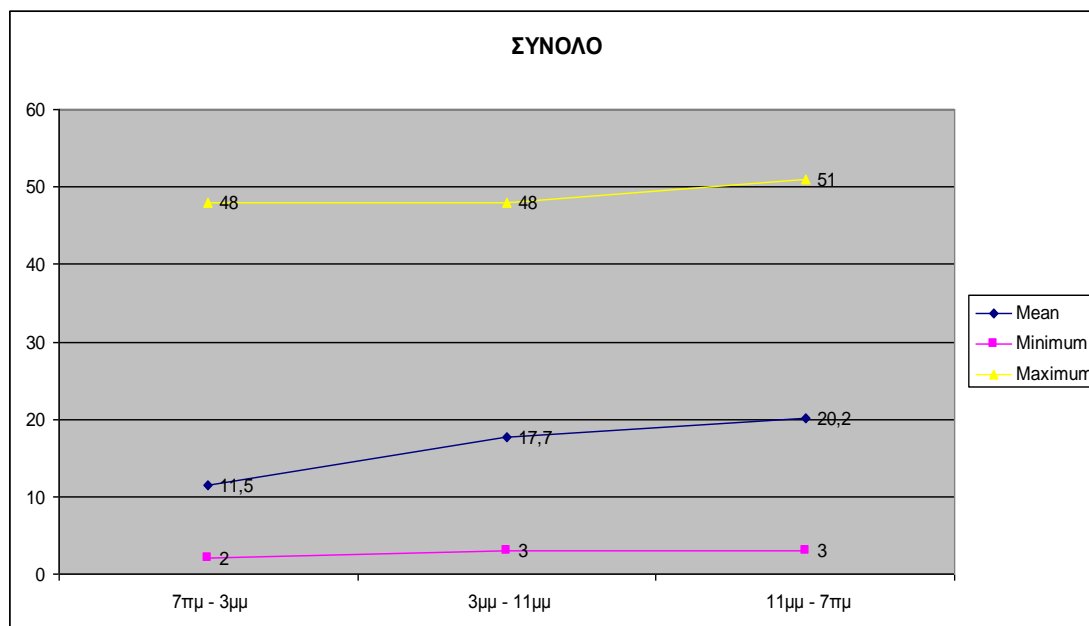
Σύμφωνα με το γράφημα 2.2 κατά μέσο όρο ένας νοσηλευτής TE στην πρωινή βάρδια καλείται να νοσηλεύσει 18,7 ασθενείς, στην απογευματινή βάρδια 28.3 και στην βραδινή βάρδια 27.6.

Γράφημα 2



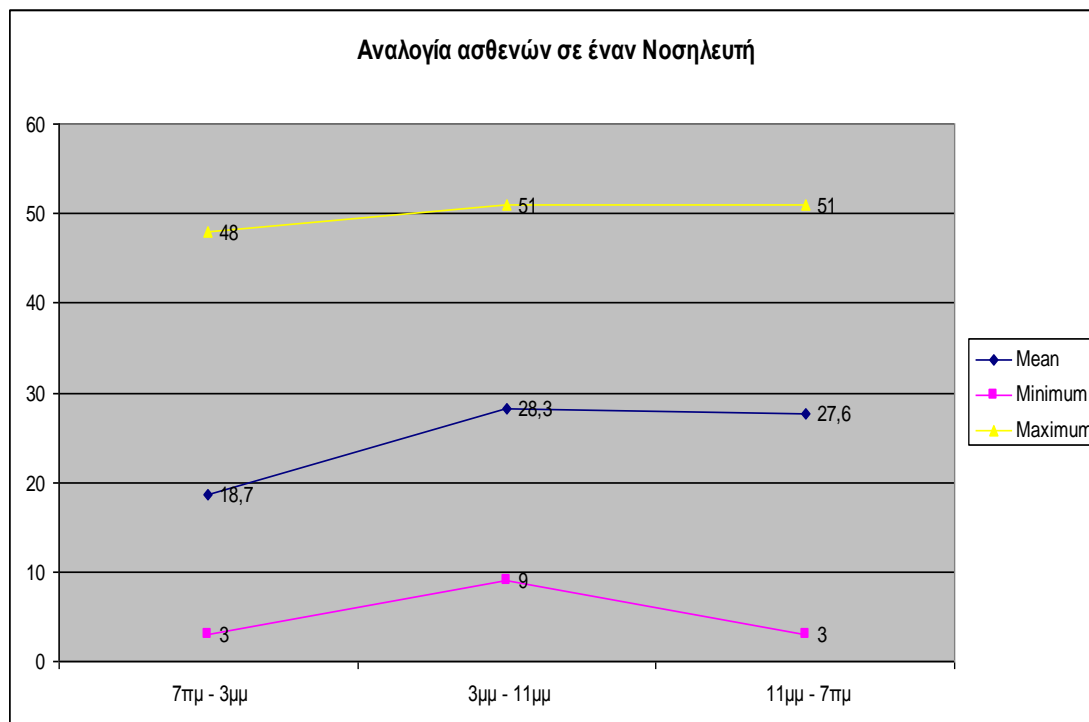
Η μέση τιμή των ανεπτυγμένων κλινών στις ορθοπαιδικές κλινικές των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης είναι 35.49 με μέσο όρο ασθενών 25.47.

Γράφημα 2.1



Ο μέσος όρος των ασθενών που καλείται να νοσηλεύσει το σύνολο των νοσηλευτών στην πρωινή βάρδια είναι 11,5, στην απογευματινή 17,7 και στην βραδινή 20.2.

Γράφημα 2.2



Κατά μέσο όρο ένας νοσηλευτής στην πρωινή βάρδια καλείται να νοσηλεύσει 18,7 ασθενείς, στην απογευματινή βάρδια 28.3 και στην βραδινή βάρδια 27.6.

3. Η αντίληψη των νοσηλευτών για τις συνθήκες εργασίας, όπως διαμορφώνονται από την κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή

Στον πίνακα 3 περιγράφονται οι διάφορες κατανομές συχνότητας της αντίληψης του νοσηλευτικού προσωπικού για την κτιριακή και την υλικοτεχνική υποδομή.

Το 9,1% του ΝΠ δηλώνει ότι νοσηλεύει ασθενείς σε ράντζο ενώ αντίθετα η πλειοψηφία του δείγματος (90.9%) δηλώνει το αντίθετο(πιν3.1).

Όσον αφορά στην δυνατότητα αλλαγής σεντονιών σε ασθενείς που το έχουν ανάγκη, το μεγαλύτερο ποσοστό (85,7%) του ΝΠ του δείγματος απάντησε ότι το γεγονός αυτό συμβαίνει συχνά λόγω έλλειψης καθαρού ιματισμού, το 10,4% ότι συμβαίνει σπάνια, ενώ το 3.9% ποτέ(πιν3.2).

Στην ερώτηση με τίτλο «Συμβαίνει να χρειάζεστε επειγόντως κάποιο αναλώσιμο υλικό ή φάρμακα και να τα αναζητήσετε σε κάποιο άλλο τμήμα;» το 89,6% του δείγματος απάντησε ενίοτε ,ενώ το 10,4% ποτέ(πιν3.3).

Από τον πίνακα 3.4 προκύπτει ότι οι ορθοπαιδικές κλινικές των δημόσιων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης δεν διαθέτουν μηχανήματα μετακίνησης-μεταφοράς ασθενών (70.1%).

Από τον πίνακα 3.5 , σχετικά με την ύπαρξη ή όχι μηχανήματος απινιδωτή , το 39% απάντησε αρνητικά ενώ το 61% έδωσε θετική απάντηση.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος σε ποσοστό 63.6% δήλωσε ότι οι θάλαμοι των ασθενών διαθέτουν WC και βρύση . Αντιθέτως το 36.4% ανέφερε έλλειψη αυτών των υποδομών(πίνακας 3.6).

Πολύ σημαντικές είναι επίσης οι αναφορές των νοσηλευτών για τον χώρο ανάπαυσης τους. Συγκεκριμένα μόνο το 1.3% ανέφερε ότι πραγματοποιεί ολιγόλεπτο διάλειμμα σε ειδική αίθουσα προσωπικού, το 24% σε γραφείο, ενώ το 28.6% χρησιμοποιεί σαν χώρο ξεκούρασης την κουζίνα του τμήματος. Επίσης το 23.4% στην αποθήκη του τμήματος και τέλος το 22.1% ανέφερε κάποιον άλλον χώρο ή και πλήρη έλλειψη χώρου ξεκούρασης(πίνακας 3.8).

Σχετικά με την αντίληψη του ΝΠ ως προς την κτιριακή υποδομή των νοσοκομείων που εργάζονται, το 62.3% χαρακτηρίζει την υποδομή των νοσοκομείων από κακή έως πολύ κακή ενώ το 37.7% από καλή έως πολύ καλή.(πίνακας 3.9).

Επιπλέον ως προς την διάθεση των απαραίτητων μέσων και υλικών ώστε το ΝΠ να προστατεύει τον εαυτό του και τους ασθενείς, το 80% δήλωσε ότι υπάρχει στοιχειωδώς έως μέτρια διάθεση υλικών και μόνο ένα 20% του δείγματος ανέφερε ότι τα υλικά είναι επαρκή(πίνακας 3.10).

4.Αντίληψη του ΝΠ για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας-εργασιακές απαιτήσεις-παραγόμενο έργο

Στην ακόλουθη ενότητα εξετάζεται η αντίληψη του ΝΠ του δείγματος ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, τις εργασιακές απαιτήσεις και το παραγόμενο έργο.

Οι κατανομές συχνότητας που σχετίζονται με το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών από το ΝΠ, αντιστοιχούν σε: Ποσοστό 41.5% του δείγματος χαρακτηρίζει την κάλυψη από στοιχειώδη έως μέτρια, ενώ ποσοστό 58.5% από καλή έως πολύ καλή (πίνακας 4.1).

Η ενασχόληση του ΝΠ με αλλότρια καθήκοντα ανέρχεται σε ποσοστό της τάξης του 8.9% για τις απαντήσεις ποτέ και σπάνια, ενώ σε 91,1% για τις απαντήσεις συχνά και πάντα(πίνακας 4.2).

Επιπρόσθετα η πλειοψηφία του ΝΠ του δείγματος σε ποσοστό 73,9% συμφωνεί ότι το τμήμα στο οποίο εργάζονται ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στους στόχους νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, ενώ αντίθετα, ένα ποσοστό της τάξης του 26.1% διαφωνεί με αυτή την δήλωση(πίνακας 4.3).

Επίσης, σχετικά με τον τρόπο που εργάζεται το ΝΠ και αν αυτός ο τρόπος του παρέχει την δυνατότητα άριστης φροντίδας των ασθενών, η πλειοψηφία (38.8%) διαφωνεί , ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 61.2% συμφωνεί(πίνακας 4.4)

Το ΝΠ του δείγματος όπως φαίνεται στον πίνακα 4.5 σχετικά με το ερώτημα αν τους είναι εύκολο να μένουν πιστοί τα ιδανικά τους και να πραγματοποιούν τους στόχους τους, παρατηρείται ίδιο ποσοστό, αφού συμφωνεί το 49.4% και διαφωνεί το 50.6%.

Σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης του ΝΠ στις διάφορες πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου διερευνήθηκαν τα παρακάτω.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος(66.3%) δεν δηλώνει ικανοποιημένη από την κοινωνική εικόνα του επαγγέλματος, ενώ το(33.7%) δηλώνει αρκετά έως πολύ ικανοποιημένο. (πίνακας 4.6).

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος (76.6%) δεν είναι ικανοποιημένο από το ύψος των αποδοχών τους, σε αντίθεση με το (23.4%) που είναι ικανοποιημένο. (Πίνακας 4.7).

Ακόμα το (57.1%) των νοσηλευτών του δείγματος δεν είναι ευχαριστημένοι από το ωράριο εργασίας τους, ενώ το 42.9% δηλώνει ευχαριστημένο. (Πίνακας4.8).

Όλοι σχεδόν οι νοσηλευτές του δείγματος σε ποσοστό(79.2%) δεν είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο που αντιμετωπίζει η ελληνική πολιτεία το νοσηλευτικό επάγγελμα, και ένα ποσοστό (20.8%) δηλώνει αρκετά έως πολύ ικανοποιημένο.(πίνακας4.9).

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.11, ως προς την ικανοποίηση από τις συνθήκες εργασίας, φαίνεται από το δείγμα των νοσηλευτών το 85.7% είναι λίγο ως καθόλου ικανοποιημένο, ενώ το 14.3% είναι αρκετά ως πολύ.

Η ποιότητα αντιμετώπισης των νοσηλευτών του δείγματος από το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται χαμηλή(καθόλου- λίγο) σε ποσοστό 72.7% και μέτρια(αρκετά- πολύ) σε ποσοστό 27.3%. (πίνακας 4.12).

Στον τομέα απαιτήσεων εργασίας του ΝΠ του δείγματος, φαίνεται πως το ΝΠ των ορθοπαιδικών κλινικών χρειάζεται να καταβάλει μεγάλη διανοητική και αντιληπτική δραστηριότητα προκειμένου να εκτελέσει με επιτυχία το καθημερινό του έργο το (96.1%) ενώ το 3.9% δηλώνει το αντίθετο.(πίνακας 4.14).

Το 80.5% ποσοστό των ερωτηθέντων, δηλώνει εξαντλημένο στο τέλος της βάρδιας του.(πίνακας 4.15).

Επίσης, σχετικά με το επίπεδο εξουθένωσης του ΝΠ λόγω των διαφόρων ελλείψεων σε νοσηλευτικό προσωπικό και σε υλικά το 74% των νοσηλευτών του δείγματος δηλώνει εξουθενωμένο. (Πίνακας 4.16.).

Στην ερώτηση με τίτλο: «Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε για τον τρόπο που ασκείτε την εργασία σας (επάρκεια γνώσεων – ικανοτήτων)?», το 9,09% του ΝΠ απάντησε λίγο, το 66,2 αρκετά και το 24,6 πολύ.(Πίνακας 4,17).

Επίσης στην ερώτηση με τίτλο: «Στο τέλος της βάρδιάς σας αισθάνεστε ότι ικανοποιήσατε τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών σας?», το 14,2% του ΝΠ απάντησε λίγο, το 61% αρκετά και το 24,6% πολύ. (Πίνακας 4,18).

Συζήτηση:

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στον καθορισμό της ταυτότητας της νοσηλευτικής υπηρεσίας των ορθοπαιδικών κλινικών των δημόσιων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης , αλλά και στον καθορισμό της αντίληψης των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτές. Η αντίληψη του ΝΠ προκύπτει μέσα από την διερεύνηση της στελέχωσης και της υπάρχουσας υλικοτεχνικής υποδομής. Έχει διαπιστωθεί από πλήθος ερευνών, ότι τόσο η στελέχωση ,όσο και η υλικοτεχνική υποδομή διαμορφώνουν τις συνθήκες εργασίας του ΝΠ και ταυτόχρονα επιδρούν σημαντικά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Είναι γεγονός ότι οι συνθήκες εργασίας μπορούν να απειλήσουν σημαντικά της ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας και να επηρεάσουν την έκβαση της υγείας των ασθενών, αλλά και να απειλήσουν την ευημερία των νοσηλευτών (Δημητριάδου-Παντέκα. και συν 2009.).

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαφαίνεται η ανεπαρκής στελέχωση των ορθοπαιδικών κλινικών με ΝΠ, η κακή υλικοτεχνική υποδομή, η έλλειψη υλικών και μέσων και οι δυσάρεστες επιπτώσεις των παραπάνω στο ίδιο το ΝΠ και στους ασθενείς.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος είναι γυναίκες(83,1%), γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η νοσηλευτική στην Ελλάδα συνεχίζει να είναι ένα κατεξοχήν γυναικείο επάγγελμα. Πιθανότατα, οι άνδρες στην χώρα μας δεν φαίνεται να προτιμούν την νοσηλευτική ως επαγγελματική επιλογή , ίσως λόγω της κοινωνικής εικόνας του επαγγέλματος και των χαμηλών οικονομικών απολαβών.

Επίσης η πλειοψηφία(77,9%) των νοσηλευτών , στις ορθοπαιδικές κλινικές κατέχει πτυχίο Τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ) ενώ αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός ότι

ένα μικρό ποσοστό (23,4%) έχει λάβει κάποιου είδους πρόσθετη εκπαίδευση μετά την απόκτηση του βασικού τίτλου σπουδών. Σε αντίθεση, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 68,8% δεν κατέχει κάποιον περαιτέρω εκπαιδευτικό τίτλο. Τα παραπάνω στοιχεία είναι ενδεικτικά της προβληματικής μετεκπαίδευσης του ΝΠ στην χώρα μας, κάτι που καθιστά τον θεσμό της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης προβληματικό καθώς το επίπεδο εκπαίδευσης θεωρείται εξίσου σημαντικός παράγοντας με την στελέχωση. Το επίπεδο εκπαίδευσης του ΝΠ επηρεάζει την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, επιδρώντας θετικά στην ανάρρωση των ασθενών(Δημητριάδου-Παντέκα. Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ.2009). Επιπρόσθετα, η ανεπαρκής στελέχωση των ορθοπαιδικών κλινικών παρέχει λιγότερες ευκαιρίες στο ΝΠ για περαιτέρω εκπαίδευση (π.χ: παρακολούθηση ή συμμετοχή σε συνέδρια-ημερίδες) και τούτο διαφαίνεται από τον μικρό αριθμό συνεδριών που παρακολουθεί το ΝΠ κατά την διάρκεια του έτους(2.43 συνέδρια/έτος). Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές των ορθοπαιδικών κλινικών, λόγω της ανεπαρκούς στελέχωσης και του κυκλικού ωραρίου αδυνατούν να αναζητήσουν ευκαιρίες για μάθηση και περαιτέρω επαγγελματική κατάρτιση.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό του ΝΠ (40.3%), όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα, παρουσιάζει μηδενικό αριθμό αναρρωτικής άδειας ενώ το υπόλοιπο ποσοστό παρουσιάζει μέση τιμή τις 4.36 μέρες τον χρόνο. Τα ποσοστά αυτά καταδεικνύουν την αυτοθυσία και την προσπάθεια που καταβάλλουν οι νοσηλευτές ώστε να ανταποκριθούν στις εργασιακές τους υποχρεώσεις, στερώντας χρόνο από την προσωπική τους ζωή, την οικογένεια και τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις. Επίσης, σε συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των ημερών αναρρωτικής άδειας και του αριθμού παρακολούθησης συνεδρίων ανά έτος, βρέθηκε

ότι οι νοσηλευτές που παρακολούθησαν εκπαιδευτικά συνέδρια σε αριθμό περισσότερο από τον μέσο όρο (>4,36/έτος) ,εμφανίζουν ταυτόχρονα και περισσότερες ημέρες αναρρωτικής άδειας(~50ημέρες/έτος). Πιθανότατα λοιπόν, το ΝΠ χρησιμοποιεί αναρρωτική άδεια ώστε να κατορθώσει να παρακολουθήσει εκπαιδευτικά συνέδρια και αυτό συμβαίνει για αδιευκρίνιστους λόγους καθώς υπάρχει νομική διάταξη που προβλέπει βραχυχρόνιες εκπαιδευτικές άδειες για τέτοιους σκοπούς(άρθρο 58-Δημοσιουπαλληλικός κώδικας). Ίσως η ανεπαρκής στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων, παρεμποδίζει την διοίκηση στην χορήγηση τέτοιων αδειών, με συνέπεια το ΝΠ να στρέφεται στην λύση της αναρρωτικής άδειας.

Σύμφωνα με το Institute of medicine των ΗΠΑ, ποιότητα στην υγεία είναι «Ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ομάδες πληθυσμού αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών υγειονομικών εκβάσεων και είναι συνεπείς με την τρέχουσα υγειονομική γνώση». Η αναζήτηση και η ενσωμάτωση της ποιότητας στην υγεία αποτελεί έναν από τους πιο αντικειμενικούς στόχους των υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας εξαρτάται άμεσα από την επαρκή ή μη στελέχωση (Ανδρούτσου Λ. και συν,2007).

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, ένα πολύ υψηλό ποσοστό του ΝΠ (85.7%) αναφέρει ότι δεν υπάρχει αναγκαίος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού ώστε να ικανοποιηθούν οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών γεγονός το οποίο ενισχύει την αντίληψη της ανεπαρκούς στελέχωσης καθώς και της χαμηλής ποιότητας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών των ορθοπαιδικών κλινικών, οι οποίοι στην πλειονότητα τους στερούνται δυνατότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης. Ακόμα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, προκύπτει ότι ο μέσος όρος εργασίας του ΝΠ τα Σαββατοκύριακα είναι 2.35 , ποσοστό το οποίο δείχνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αναγκάζεται να εργαστεί τουλάχιστον 2 Σαββατοκύριακα

το μήνα λόγω έλλειψης προσωπικού. Σχετικά με τα ωράρια εργασίας, η πλειοψηφία του δείγματος (58.5%), αναφέρει ότι πραγματοποιεί περισσότερες από 8 απογευματινές βάρδιες το μήνα, ενώ το 39%, ότι εργάζεται 4-7 νυχτερινά ωράρια το μήνα. Παράλληλα, καταγράφεται ότι, ένας νοσηλευτής(TE) κατά μέσο όρο καλείται να νοσηλεύσει στην πρωινή βάρδια 18,7 ασθενείς, στην απογευματινή 28,3 και στην βραδινή 27.6. Το σύνολο του ΝΠ (TE+ΔΕ) καλείται να νοσηλεύσει στην πρωινή βάρδια 11.5 ασθενείς, στην απογευματινή 17.7 και στην βραδινή 20,2. Επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας, προέκυψε ότι το 48.1% του δείγματος των νοσηλευτών εργάζεται συχνά χωρίς μέρες ανάπαυσης. Τέλος αναφέρεται ότι η μέση τιμή των ανεπτυγμένων κλινών στις ορθοπαιδικές κλινικές των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης είναι 35.49 με μέσο όρο ασθενών τους 25.47. Αυτό σημαίνει ότι οι κλινικές αυτές, εμφανίζουν συνήθως πληρότητα για αυτό και κρίνεται αναγκαίο να υπάρχει ο απαιτούμενος αριθμός ΝΠ ώστε να καλύπτονται πλήρως οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών.

Από τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία, γίνεται αντιληπτό το πρόβλημα της ανεπαρκούς στελέχωσης των νοσοκομείων της χώρας μας με ΝΠ. Έτσι οι νοσηλευτές καλούνται καθημερινά να υπερβάλλουν εαυτόν και να βιώνουν stress στο εργασιακό τους περιβάλλον. Το γεγονός αυτό, έχει επιπτώσεις και στην φροντίδα των ασθενών καθώς επηρεάζει τόσο την ασφάλεια της, όσο και την ποιότητα της. Η ελλιπής στελέχωση οδηγεί στην καταστρατήγηση της πενθήμερης εργασίας και στο μεγάλο αριθμό απογευματινών και νυχτερινών ωραρίων. Αυτή φαίνεται να είναι η πραγματικότητα της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα. Και αυτή η πραγματικότητα, συχνά εξωθεί τους νοσηλευτές στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η υποστελέχωση αυξάνει τον φόρτο της εργασίας για κάθε νοσηλευτή, γεγονός που επηρεάζει την συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με συναδέλφους και ασθενείς

στο εργασιακό του περιβάλλον. Ο αυξημένος όγκος ευθυνών και υποχρεώσεων, οδηγούν συχνά σε λάθη και παραλείψεις με άμεσες συνέπειες στην υγεία των ασθενών. Ο τρόπος λειτουργίας των ελληνικών νοσοκομείων σε σύγκριση με αυτά του εξωτερικού, αναδεικνύει τις τραγικές ελλείψεις σε ΝΠ και αναγάγει τον νοσηλευτικό ρόλο σε απλή διεκπεραίωση οδηγιών καθώς δεν απομένει χρόνος για πιο ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Υπό τις παρούσες συνθήκες, παρεμποδίζεται η αναγνώριση του ασθενή ως ξεχωριστής βιοψυχοκοινωνικής οντότητας. Η μειωμένη και ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτές θεωρείται ως μια από τις μεγαλύτερες απειλές για την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία. Το περιβάλλον εργασίας στα ελληνικά νοσοκομεία και έτσι όπως αυτό διαμορφώνεται από τις υπάρχουσες συνθήκες μειώνει τους δείκτες που αφορούν στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι συνέπειες βέβαια της ανεπαρκούς στελέχωσης διαφαίνονται και στο ίδιο ΝΠ ,επηρεάζοντας όλους τους τομείς της ζωής του(Δημητριάδου-Παντέκα. Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ.2009).

Σχετικά με την υλικοτεχνική υποδομή στις υπό μελέτη ορθοπαιδικές κλινικές, διαφαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις κρίνεται από κακή έως πολύ κακή (62.3%) και επιπλέον, ως προς την διάθεση των απαραίτητων μέσων και υλικών, ώστε το ΝΠ να προστατεύει τον εαυτό του και τους ασθενείς η πλειοψηφία των ερωτηθέντων(80%) ανέφερε ότι υπάρχει στοιχειωδώς έως μέτρια διάθεση αυτών. Ακόμα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών, υποστηρίζει πώς η επείγουσα αναζήτηση κάποιου αναλώσιμου υλικού ή φαρμάκου από κάποιο άλλο τμήμα αποτελεί συχνό φαινόμενο. Το γεγονός αυτό, πέρα από την έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής, δυσκολεύει και το έργο των νοσηλευτών αφού αναγκάζονται να αναβάλουν απαραίτητες τρέχουσες εργασίες και να αναζητήσουν υλικά από άλλες κλινικές του

νοσοκομείου. Περίπου όλοι οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι δεν νοσηλεύουν ασθενείς σε ράντζο. Ακόμα, συχνό φαινόμενο, σύμφωνα με τους νοσηλευτές, αποτελεί η έλλειψη καθαρού ιματισμού με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η αλλαγή αυτών σε ασθενείς που το έχουν ανάγκη. Με αυτήν την πληροφορία καθίσταται σαφές ότι οι ελλείψεις σε υλικά έχουν άμεσο αντίκτυπο στον ασθενή, ο οποίος στερείται του πρέποντος επιπέδου παροχών υγειονομικής φροντίδας που κρίνεται επιβεβλημένο να έχει.

Η πλειοψηφία των ορθοπαιδικών κλινικών δεν διαθέτει μηχανήματα μετακίνησης-μεταφοράς ασθενών (70.1%). Το γεγονός αυτό επιβαρύνει το νοσηλευτικό έργο, καθώς οι ορθοπαιδικοί ασθενείς χρειάζονται συχνά βοήθεια, ώστε να μετακινηθούν αλλά και να δεχτούν παρεμβάσεις φροντίδας. Θετική πληροφορία αποτελεί η ύπαρξη απινιδωτή στο 61% των κλινικών, αν και το ποσοστό δεν κρίνεται ικανοποιητικό καθώς η έλλειψη αυτού, θέτει σε κίνδυνο τους νοσηλευόμενους ασθενείς. Επίσης, σημαντική πληροφορία αποτελεί ότι το 36,4% ανέφερε έλλειψη WC και βρύσης από τους θαλάμους των ασθενών, υποδομές που θεωρούνται απαραίτητες και βασικές σε ένα νοσοκομείο. Αυτά τα επιμέρους στοιχεία τονίζουν την αναγκαιότητα για αλλαγές και βελτιώσεις στα εν λόγω νοσηλευτικά τμήματα, αλλά και γενικότερα στα ελληνικά νοσοκομεία. Ενδεικτικό της κακής κατάστασης της κτιριακής υποδομής των ελληνικών νοσοκομείων αποτελεί η έλλειψη κατάλληλου χώρου ανάπαυσης για το ΝΠ, καθώς μόνον το 1,3% πραγματοποιεί ολιγόλεπτο διάλειμμα σε ειδική αίθουσα προσωπικού, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος σε άλλους χώρους (24% σε γραφείο, 28,6% στην κουζίνα του τμήματος, το 23.4% στην αποθήκη του τμήματος και τέλος το 22.1% ανέφερε κάποιον άλλον χώρο ή και πλήρη έλλειψη χώρου). Τα στοιχεία αυτά είναι προσβλητικά για το νοσηλευτικό επάγγελμα, καθώς δείχνουν πλήρη έλλειψη σεβασμού από την πολιτεία και την διοίκηση των

νοσοκομείων προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο κλάδος των νοσηλευτών, είναι ένας επαγγελματικός κλάδος που εργάζεται πολύ σκληρά και σε δύσκολες συνθήκες. Ο χώρος ανάπαυσης για το ΝΠ θα έπρεπε να αποτελεί κάτι το δεδομένο και όχι πολυτέλεια. Δεν είναι δυνατόν να υπάρχει προσδοκία για αύξηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας από το ΝΠ, όταν το ίδιο αντιμετωπίζεται κατά αυτόν τον τρόπο.

Παρά την προσπάθεια που καταβλήθηκε, κατά τις περασμένες δεκαετίες για αναδιάρθρωση του ΕΣΥ και της κτιριακής του υποδομής, η πραγματικότητα των ελληνικών νοσοκομείων είναι ζοφερή. Τα κτίρια στις περισσότερες περιπτώσεις παραμένουν παλιά και κακώς εξοπλισμένα, με ανεπαρκείς και μη σωστά δομημένους χώρους εργασίας, θαλάμους ασθενών χωρίς χώρους υγιεινής και με κακή αρχιτεκτονική δομή. Όλα τα παραπάνω συνθέτουν το καθημερινό περιβάλλον εργασίας του ΝΠ. Και είναι αναμφισβήτητο ότι ένα άσχημο και μη λειτουργικό περιβάλλον εργασίας συνδέεται άμεσα με την φτωχή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και προκαλεί απογοήτευση στους ανθρώπους που εργάζονται σε αυτό. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με μεγάλο αριθμό ερευνών που αναδεικνύουν τις κακές συνθήκες άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα, καθώς και την απογοήτευση των ίδιων των επαγγελματιών νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας (Δημητριάδου Α,2008 ,Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Κωνσταντινίδου-Στραύκου Α,Τριαρίδης Α,Σαπουντζή-Κρέπια Δ,2009).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας που σχετίζονται με το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών. Περίπου το μισό του δείγματος (41,5%) χαρακτηρίζει την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών των ασθενών από στοιχειώδη ως μέτρια, ενώ το 58,5% από καλή ως πολύ καλή. Το αποτέλεσμα αυτό είναι από μόνο του αντιφατικό, καθώς δεν μπορεί να οδηγήσει σε

κάποιο σαφές συμπέρασμα. Το ήμισυ των νοσηλευτών δηλώνει επαρκή κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών, ενώ οι υπόλοιποι ανεπαρκή. Η μονή υπόθεση που μπορεί να πραγματοποιηθεί σε αυτήν την περίπτωση, είναι ότι η συγκεκριμένη πεποίθηση επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευτές την άσκηση του νοσηλευτικού έργου. Η οριακή πλειοψηφία του δείγματος(58,5%) δηλώνει καλή ως πολύ καλή κάλυψη, σημείο επίσης αμφιλεγόμενο καθώς με τις συνθήκες υποστελέχωσης που επικρατούν στα ελληνικά νοσηλευτικά ιδρύματα, μία τέτοια διαπίστωση μοιάζει ουτοπική. Ίσως το υψηλό αυτό ποσοστό, να εκφράζει την υπέρμετρη προσπάθεια που καταβάλλουν οι έλληνες νοσηλευτές ώστε να ανταποκριθούν στις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών τους.

Η συντριπτική πλειοψηφία του ΝΠ (91,1%) δηλώνει ότι ασχολείται με αλλότρια καθήκοντα, πέραν των νοσηλευτικών του καθηκόντων, γεγονός που έρχεται να μας υπενθυμίσει για άλλη μια φορά την σοβαρή υποβάθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα. Δεν δύναται ανεξάρτητη νοσηλευτική επιστήμη και εκσυγχρονισμός του επαγγέλματος, όταν οι νοσηλευτές καλούνται καθημερινά να εκτελέσουν στο εργασιακό τους περιβάλλον καθήκοντα καθαριστή, γραμματέα, τραπεζοκόμου, βοηθού θαλάμου κ.λ.π. Όταν συμβαίνουν τέτοια φαινόμενα, πλήττεται σοβαρά η εικόνα του επαγγέλματος καθώς τόσο οι ασθενείς, όσο και οι συνεργάτες επαγγελματίες υγείας, θεωρούν ότι η νοσηλευτική δεν έχει κάποιο αμιγώς επιστημονικό αντικείμενο αλλά κάποιον ασαφή διεκπεραιωτικό ρόλο. Επίσης, θα ήταν παράλειψη να μην αναφέρουμε τα αισθήματα δυσαρέσκειας και απογοήτευσης που βιώνουν οι νοσηλευτές, όταν καλούνται να εκτελέσουν καθήκοντα άσχετα με την επαγγελματική τους ειδικότητα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας που σχετίζονται με την αντίληψη των νοσηλευτών ως προς την ικανοποιητική κάλυψη των στόχων της νοσηλευτικής

φροντίδας και της άριστης φροντίδας των ασθενών συνεχίζουν να κρίνονται ως αμφιλεγόμενα καθώς τα σχετικά ποσοστά παρουσιάζουν διακυμάνσεις που δεν οδηγούν σε ασφαλή συμπεράσματα. Επί παραδείγματι το 73.9% του ΝΠ δηλώνει ικανοποίηση από την κάλυψη των στόχων της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ το 26,1% διαφωνεί. Επιπρόσθετα το αν τελικά οι νοσηλευτές κατορθώνουν να μείνουν πιστοί στα ιδανικά τους αλλά και να πραγματοποιούν τους στόχους τους ασκώντας το νοσηλευτικό επάγγελμα, το ήμισυ του δείγματος συμφωνεί , ενώ το υπόλοιπο διαφωνεί.

Το ΝΠ στην πλειοψηφία του, εκφράζει δυσαρέσκεια από την κοινωνική εικόνα του επαγγέλματος, από το ύψος των αποδοχών του καθώς και από το ωράριο εργασίας. Ως προς το επίπεδο της ικανοποίησης από την αμοιβή του επαγγέλματος, σχεδόν στην πλειονότητά του, το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε αρνητικά. Αν και οι αμοιβές των νοσηλευτών αναφέρεται ότι

συμβάλλουν σε μικρό ποσοστό στην ικανοποίηση από το επάγγελμά τους, στην Ελλάδα είναι τόσο χαμηλές, ώστε να αποτελεί κοινή πεποίθηση στον πληθυσμό ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι κακοπληρωμένο (Collins J, Mcdonnell R, Cameron ,2000).

Φαίνεται ότι το σύνολο των νοσηλευτών δεν είναι ικανοποιημένο από τον τρόπο που αντιμετωπίζει η ελληνική πολιτεία το νοσηλευτικό επάγγελμα και αυτό σαφώς σχετίζεται με τις χαμηλές οικονομικές απολαβές, την έλλειψη ανεξαρτησίας αλλά και την ελλιπή νομική κατοχύρωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα. Στην χώρα μας είναι γεγονός ότι δεν υπάρχει σαφές καθηκοντολόγιο νοσηλευτικών καθηκόντων και η όποια υπαρκτή νομική διάταξη περί νοσηλευτικής άσκησης καταστρατηγείται καθημερινά καθώς βοηθοί νοσηλευτών χρησιμοποιούνται ως νοσηλευτές και αμείβονται το ίδιο. Επίσης δεν υπάρχει συνοχή μεταξύ των διαφόρων

νοσηλευτών λειτουργιών (ΠΕ-ΤΕ-ΔΕ) καθώς υπάρχει ανεπίλυτο θέμα καθηκόντων και ρόλων. Επιπρόσθετα αξίζει να σημειωθεί ότι στην χώρα μας το ΝΠ δεν λαμβάνει το επίδομα των βαρέων και ανθυγιεινών, πράγμα που απαξιώνει τον νοσηλευτικό ρόλο. Από έρευνα της κ. Δημητριάδου προέκυψε ότι στην Ελλάδα, αφενός μεν η πολιτεία δεν προσδιόρισε νομικά τα σύγχρονα καθήκοντα που έτσι κι αλλιώς εκτελεί καθημερινά ο νοσηλευτής στο χώρο της εργασίας του, αφετέρου καθημερινά ο νοσηλευτής, λόγω οργανωτικών ανεπαρειών, αφιερώνει χρόνο στην εκτέλεση αλλότριων καθηκόντων, καθηκόντων δηλαδή που αφορούν σε ευθύνη άλλων επαγγελματικών κλάδων(Δημητριάδου Α, 2008). Παράλληλα το ΝΠ δηλώνει ανικανοποίητο(72,7%) και από τον τρόπο που αντιμετωπίζεται από τον ίδιο τον οργανισμό υγείας στον οποίο εργάζεται, στοιχείο που αποδεικνύεται λυπηρό καθώς τουλάχιστον στα ενδονοσοκομειακά πλαίσια το ΝΠ θα ήταν εύλογο να έχει καλύτερη αντιμετώπιση. Το γεγονός αυτό διαψεύδει τις προσδοκίες που έχουν οι νοσηλευτές από το επάγγελμα τους (Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Κωνσταντινίδου-Στραύκου Α,Τριαρίδης Α,Σαπουντζή-Κρέπια Δ, 2009).

Ειδικά για τις ορθοπαιδικές νοσηλευτικές μονάδες διαπιστώνεται ότι το ΝΠ χρειάζεται να καταβάλει μεγάλη διανοητική και αντιληπτική δραστηριότητα προκειμένου να εκτελέσει με επιτυχία το καθημερινό του έργο το (96.1%) και ταυτόχρονα το 80,5% δηλώνει εξαντλημένο στο τέλος της βάρδιας του. Τα παραπάνω στοιχεία καταδεικνύουν πόσο απαιτητική είναι η ορθοπαιδική νοσηλευτική ως κλινική ειδικότητα της νοσηλευτικής και πόσο απαραίτητη είναι η επαρκής στελέχωση και η ύπαρξη κατάλληλων υλικών και μέσων σε αυτά τα τμήματα, ώστε να διασφαλιστεί υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Επιπρόσθετα η εξουθένωση που βιώνει το ΝΠ αυτών των κλινικών, λόγω των ελλείψεων σε προσωπικό και υλικά, σε ποσοστό 74% καταδεικνύει τον άμεσο κίνδυνο που

διατρέχει η ασφάλεια των νοσηλευόμενων ασθενών από παραλείψεις και λάθη καθώς και την αναγκαιότητα για την λήψη μέτρων από την πολιτεία. Είναι πια καιρός , μετά από την πραγματοποίηση τόσων ερευνών στην χώρα μας στα θέματα της νοσοκομειακής στελέχωσης και της υλικοτεχνικής υποδομής, να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα καθώς η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συνεχώς υποβαθμίζεται και οι επαγγελματίες υγείας εξωθούνται στην επαγγελματική εξουθένωση και στην απογοήτευση.(Ανδρούτσου Λ. και συν,2007, Δημητριάδου-Παντέκα. Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ, 2009).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα αποτελέσματα της έρευνας τονίζεται η ανεπαρκής στελέχωση καθώς φαίνεται ξεκάθαρα η απουσία κατάλληλου νοσηλευτικού προσωπικού στις μελετώμενες ορθοπαιδικές κλινικές και αυτό έχει άμεσο αντίκτυπο στους ασθενείς, καθώς μειώνεται το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Ακόμα, καταγράφεται κακή υλικοτεχνική υποδομή, γεγονός το οποίο μειώνει, επίσης, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ποιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος των νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, η δυσκολία διεκπεραίωσης του έργου των νοσηλευτών ενισχύεται και από την απουσία των απαραίτητων υλικών και μέσων, παρεμποδίζοντας την εφαρμογή της κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας. Εν συνεχεία, συμπεραίνεται ότι οι νοσηλευτές αναγκάζονται να ασχολούνται με αλλότρια καθήκοντα λόγω των θεσμικών προβλημάτων του επαγγελματικού τους κλάδου, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση ή αναβολή των εργασιών τους. Τέλος, κρίνεται επιβεβλημένο να τονιστεί το γεγονός ότι υπό τις παρούσες συνθήκες εργασίας, όπως αυτές διαμορφώνονται από τα παραπάνω δεδομένα, το ΝΠ συχνά οδηγείται στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επίδραση των παραπάνω παραγόντων είναι άμεση τόσο στους νοσηλευτές όσο και στους ασθενείς και για αυτόν τον λόγο κρίνεται αναγκαία η άμεση καταγραφή και επίλυση τους.

Επίλογος:

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και από την κριτική θεώρηση τους , προκύπτουν στοιχεία, σχετικά με τις αναζητήσεις και τα ερωτήματα της έρευνας και παρατίθενται τα ανάλογα συμπεράσματα. Αναφέρονται οι περιορισμοί στην διεξαγωγή και στην εφαρμογή της έρευνας και τίθενται ερωτήματα για μελλοντική διερεύνηση στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Adali E. Priami M. Burnout among Nurses in Intensive Care Units, Internal Medicine Wards and Emergency Departments in Greek Hospitals. ICUs and Nursing Web Journal, ISSUE 11th (July- September 2002), p1-19

Aiken L. More Nurses, Better Patient Outcomes: Why Isn't It Obvious? (Online) American College of Physicians 2001, Διαθέσιμο από <http://www.acponline.org/journals/ecp/sep0ct01/aiken.htm>

Archer, S., & Goehner, P. (1982). *Nurses a political force*.
Monterey: Wadsworth Health Sciences Division.

Audain, C. (2004). Florence Nightingale. Retrieved August 22, 2004, from <http://www.agnesscott.edu/riddle/women/nitegale.htm>.

American Nurses Association. Nursing's Social Policy Statement. Washington, DC: ANA:1995

Ανδρούτσου Λ. και συν,2007,Ποιότητα:Η <Άγνωστη>> Δύναμη των υπηρεσιών υγείας, Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ, τόμος 18,τεύχος 106, σελ:26 -30.)

Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *W Engl J Med* 2002,347:1933-1940.

Carter, M. (2001). From open air to high tech care: Orthopaedic nursing at Oswego 1921–2000. *Orthopaedic Nursing*, 20(5), 13–16.

Calfee.D.L, "Get your Mission statement Working", Management Review ,January 1993 22.WHITE,"NURSING THEORY.A VIEWPOINT,"JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION,JULY-AUGUST 1984

Chaska.L.N. The nursing profession-turning points, USA, 1990 by the C.V Mosby Company

Collins J, Mcdonnell R, Cameron J. Do new roles contribute to job satisfaction and retention of staff in nursing and professions allied to medicine? *J Nurs Manag* 2000, 8:3–12

Δελτσίδου. Α, Εγχειρίδιο οδηγιών για την συγγραφή επιστημονικής εργασίας, ΤΕΙ ΛΑΜΙΑΣ, Λαμία 2006

Δημητριάδου-Παντέκα. Α, Λαβδανίτη Μ, Μηνασίδου Ε, Τσαλογλίδου Α, Καυκιά Θ, Σαπουντζή-Κρέπια Δ. «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό» in:

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8ος, Τεύχος 3ο, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2009,
σελ:222-239.

Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Κωνσταντινίδου-Στραύκου Α, Τριαρίδης
Α, Σαπουντζή-Κρέπια Δ. «Παράγοντες που Διαμορφώνουν την Επαλήθευση των
Προσδοκιών της Επιλογής του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος», περιοδικό
Νοσηλευτική 2009, 48(2), σελ:228-237

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

Dimitriadou A., Sapountzi-Krepia D., Psychogiou M., Konstantinidou-Straykou A.,
Peterson D., Benos A. «The identity of the nursing staff in northern Greece» HSJ –
Health science journal, volume 2, issue 4, 2008. P:206-218

Delaune.S, Ladner. P, Thomson, Fundamentals of nursing-Standards of practice,
volume 1, third edition 2002.

Henderson.V, 'The nature of nursing', New York-Macmillian, 1996

Καλογιάννη Α, Χήρα Σ, Βαρζελιώτη Κ, Δημητριάδου Σ, Ηλιάδου Ε, Μόνιου Α,

«Επίδραση της εργασίας στη ζωή των επαγγελματιών υγείας» in: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής ,2007,24(1), σελ:262-267

Καυκιά Θ. Κουράκος Μ. Λαγκαζάλη Β, Ελευθερούδη Μ. Τσούγια Π. Διερεύνηση του συνδρόμου κόπωσης των νοσηλευτών νεφρολογίας. Διοικητικό συμβούλιο ENEN, 2003

Kavga-Patoglou, The shortage of nurses in Greece in: International journal of nursing practice, 6(1), p58, 2000

Κοπανιτσάνου Π. Σουρτζή Π. Επαγγελματικοί κίνδυνοι στο νοσοκομείο- Ανασκόπηση των ελληνικών ερευνών. Νοσηλευτική 2007, 46(1), σελ.65-76

Λανάρα Β,2008,Στελέχωση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Λανάρα Βασιλική, Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών, Αθήνα, II έκδοση, σελ290-314, σελ301

Λεμονίδου Χ, Η ανάπτυξη της νοσηλευτικής στην σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, περιοδικό Νοσηλεία, τεύχος 11, σελ:27-34, 2005

Loomis.C, "The real action in health Care", Fortune, 11 July 1994

Mackay G. Risk M. Building Quality Practice Settings: An Attributes Model. 1

CJNL 2001,4:325-329

Mathews.J.J, "Designing a first line manager Development Program using organization-Appropriate Strategies" Journal of Continuing Education in the health professions, vol 8,no 3,1988

Maher A, Salmond S, Pellino T, Complications of Orthopaedic disorders and Orthopaedic surgery in Orthopaedic Nursing, p212-261,second edition,1998.

Maher A, Salmond S, Pellino T, Orthopaedic Nursing, second edition,1998.

Μελισσά Χ. Η σημασία του ψυχολογικού παράγοντα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και την οστεοαρθρίτιδα in: Ψυχολογία της υγείας, Θεσσαλονίκη 1998, τυπογραφείον Μελισσά

Μπελλάλη. Θ, Διδακτικές σημειώσεις στο μάθημα Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης , 2006-7.

Μελισσά Χ. Ψυχολογία της υγείας, Θεσσαλονίκη 1998, τυπογραφείον Μελισσά

Nursing history: Nurses duties and job description in 19th

century. Retrieved October 21, 2004, from [http://www.](http://www.care-nurse.com/memories/1887.html)

[care-nurse.com/memories/1887.html](http://www.care-nurse.com/memories/1887.html).

NAON National Office · 401 N. Michigan Avenue, Suite 2200 · Chicago, IL 60611 ·

Phone: 800-289-NAON (6266) · Fax: 312-527-6658

naon@smithbucklin.com © Copyright NAON 2006. All Rights Reserved.

OECD Health data, www.oecd.org/health data/Greece, 2006

Oermann, M. (1997). *Professional nursing practice*. Stamford:
Appleton & Lang.

Orthopaedic Nursing September/October 2005 Volume 24 Number 5 343

The Evolution of Orthopaedic Nursing

at the Hospital for Special Surgery

The First Orthopaedic Institution in the

United States Barbara A. Kahn, BS, RN, ONC, Nurse Clinician, The Hospital for
Special Surgery, New York, NY

Plati, C, Lemonidou, C, Katostaras, T, Mantas, and Lanara, V, Nursing manpower
development and strategic planning in Greece in: *Image-The journal of nursing
scholarship*, 30, p:329-333, 1998

Πουρνάρας, Ι. (2009). Ορθοπαιδική Χειρουργική 2^η έκδοση. Αθήνα: ΕΚΔΟΣΕΙΣ
ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ-διαγνωστικές εξετάσεις

Πουρνάρας Ι. 2009. κεφάλαιο 3. Θεραπεία. In: Πουρνάρας Ι. Ορθοπαιδική
Χειρουργική. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ. 35-49.

Πουρνάρας Ι, Επιπλοκές των καταγμάτων in Ορθοπαιδική χειρουργική, σελ: 364-
372), Αθήνα 2009, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη ΕΠΕ

Rang, M. (2000). *The story of orthopedics*. Philadelphia: WB

Saunders.

Stein, A. (2004). The north's unsung sisters of mercy.

America's Civil War Magazine. Retrieved, November 6,

2004, from <http://www.womenshistory.about.com/library/>

[prm/blunglungsisters1.htm](http://www.womenshistory.about.com/library/prm/blunglungsisters1.htm).

Snider RK: *Essentials of Musculoskeletal Care*. American Academy of Orthopaedic

Surgeons: Illinois, 1997

Σαχίνη-Καρδάση, Πάνου(2006),Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, κεφ

1:Εισαγωγή στη Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστων με παθολογικά και χειρουργικά προβλήματα , σελ 1, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα

Τούντας Ι. και συν.2006, « Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα 1996-2006»

Νοσηλευτική επιθεώρηση, αριθμός τεύχους 6, σελ13-14.

Σαχίνη-Καρδάση Α,Πάνου Μ,1997,Φροντίδα αρρώστου με μυοσκελετικές παθήσεις,

Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική,Αθήνα, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις σελ:332-347)

Σαχίνη Κ, Φροντίδα αρρώστου με μυοσκελετικές παθήσεις, in,ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ,ΑΝ., Αθήνα 1997,ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις μονοπρόσωπη ΕΠΕ,332-347.

Σαρρής Μ. Ποιότητα ζωής ασθενών με αρθρίτιδα in: Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής,σελ:342-346, Αθήνα 2001, εκδόσεις Παπαζήση

Σαπουντζή-Κρέπια. Δ, Σημειώσεις μεθοδολογίας έρευνας, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη 2005

Τσόλας Γ. 2009, Προεδρικό διάταγμα 198/14.09.2007. Δύο μέτρα και δύο σταθμά. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ, αριθμός τεύχους 5, σελ5-6.

Τσακρακλίδη Β, 1985, βασική ανατομική, δεύτερη έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις πελεκάνος

Φραγκιουδάκης Γ και συν.2007. Οι περι ορθοπαιδικής απόψεις των Ιπποκρατικών In: 34^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Φροντίδα: Η καρδιά της Νοσηλευτικής .7-10/05/2007. Χανιά .Βιβλίο περιλήψεων. ΕΑ 022, Σελ:23-24

www.wikipedia.org, the free encyclopedia, article: Orthopaedic Nyrning ,This page was last modified on 24 April 2009, at 17:49 (UTC).

W. Kahle – H. Leonhardt – W. Platzer,1984, μυοσκελετικό σύστημα, In: Εγχειρίδιο ανατομικής του ανθρώπου με έγχρωμο άτλαντα, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ:1-426.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος του πληθυσμού

Πίνακας 1

1.1. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς το γένος	N	%	
Άρρεν	13	16,9	
Θήλυ	64	83,1	
Σύνολο	77	100,0	

Η μέση προϋπηρεσία του δείγματος είναι **11,6**

1.2. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τα χρόνια προϋπηρεσίας	N	%
0	2	2,6
1	3	3,9
2	4	5,2
3	1	1,3
5	6	7,8

6	9	11,7
7	2	2,6
8	7	9,1
9	4	5,2
10	4	5,2
11	2	2,6
12	4	5,2
14	1	1,3
15	1	1,3
16	2	2,6
18	4	5,2
19	1	1,3
20	11	14,3
21	4	5,2
22	2	2,6
25	2	2,6
32	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

Η μέση τιμή των ετών εργασίας στην παρούσα θέση είναι 5.51 χρόνια, έχοντας μέγιστο αριθμό τα 25 χρόνια και ελάχιστο τα 0.

1.3. Κατανομή της συχνότητας	N	%
------------------------------	---	---

των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τα χρόνια στην παρούσα θέση		
0	2	2,6
1	16	20,8
2	11	14,3
3	6	7,8
4	10	13,0
5	7	9,1
6	4	5,2
7	5	6,5
8	3	3,9
10	4	5,2
13	1	1,3
16	2	2,6
19	1	1,3
20	3	3,9
21	1	1,3
25	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

1.4. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης	N	%
ΤΕΙ	60	77,9
ΤΕΛ-ΤΕΕ	16	22,1
Σύνολο	77	100,0

1.5.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος κατά επαγγελματικό τίτλο	N	%
Νοσηλεύτες	57	74,0
Βοηθοί Νοσηλευτών	20	26,0
Σύνολο	77	100,0

1.6. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τον τίτλο σπουδών μετά τις βασικές σπουδές	N	%
Κανένα-όχι	53	68,8
Ειδικότητα	18	23,4
Άλλο	6	7,8
ΣΥΝΟΛΟ	77	100,0

Άλλο : προγράμματα κατάρτισης, ΣΕΛΕΤΕ κλπ

1.7. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τον αριθμό συνεδρίων που παρακολούθησαν τον τελευταίο χρόνο	N	%
0	16	20,8
1	15	19,5
2	17	22,1
3	9	11,7
4	9	11,7
5	4	5,2
6	1	1,3
7	2	2,6
10	4	5,2
Σύνολο	77	100,0

1.8. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τον αριθμό των ημερών απουσίας με	N	%

αναρρωτική άδεια		
0	31	40,3
1	3	3,9
2	8	10,4
3	9	11,7
4	1	1,3
5	6	7,8
6	2	2,6
7	3	3,9
8	1	1,3
10	8	10,4
15	1	1,3
20	2	2,6
30	1	1,3
50	1	1,3
Σύνολο	77	100,0

2. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΝΠ ΓΙΑ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ

πίνακας 2

Ο μέσος όρος των σαββατοκύριακων εργασίας ανά μήνα είναι 2.35 με μέγιστη τιμή τα 4 σαββατοκύριακα και ελάχιστη 0.

2.1. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τα σαββατοκύριακα εργασίας κατά την διάρκεια ενός μηνός	N	%
0	7	9,1
1	9	11,7
2	22	28,6
3	29	37,7
4	10	13,0
Σύνολο	77	100,0
2.2. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τον αριθμό των νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα	N	%
0	13	16,8

1-3	17	22,1
4-7	30	39,0
Περισσότερα από 8	17	22,1
Σύνολο	77	100,0

2.3. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς τον αριθμό των απογευματινών ωραρίων ανά μήνα	N	%
0	6	7,8
1-3	7	9,0
4-7	19	24,7
Περισσότερα από 8	45	58,5
Σύνολο	77	100,0

Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την άποψη τους για την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού για να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών

2.4. Υπάρχει αναγκαίος αριθμός N/Π για να καλύψει τις ανάγκες των αρρώστων;	N	%
Διαφωνώ απόλυτα	40	51,9
Διαφωνώ	26	33,8
Συμφωνώ	8	10,4

Συμφωνώ απόλυτα	3	3,9
Σύνολο	77	100,0

2.5. Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την συνεχή εργασία του νοσηλευτικού προσωπικού χωρίς ημέρες ανάπαυσης(repos)	N	%
Πολύ συχνά	13	16,9
Συχνά	24	31,2
Σπάνια	37	48,1
Ποτέ	3	3,9
Σύνολο	77	100,0

2.6.Κατανομή της συχνότητας των ανεπτυγμένων κλινών	N	%
10	1	1,298701
18	9	11,68831
32	12	15,58442
33	10	12,98701
34	16	20,77922
40	16	20,77922
51	13	16,88312
Σύνολο	77	100

4.6. Κατανομή της συχνότητας του αριθμού των αρρώστων ανά τμήμα	N	%
3	1	1,298701
8	3	3,896104
9	2	2,597403
10	4	5,194805
11	1	1,298701
12	2	2,597403
13	4	5,194805
14	3	3,896104

15	4	5,194805
19	1	1,298701
20	3	3,896104
21	1	1,298701
22	2	2,597403
25	2	2,597403
28	4	5,194805
29	4	5,194805
30	13	16,88312
31	1	1,298701
32	1	1,298701
33	1	1,298701
34	7	9,090909
35	2	2,597403
36	2	2,597403
40	2	2,597403
42	1	1,298701
46	3	3,896104
48	2	2,597403
51	1	1,298701
Σύνολο	77	100

Επεξεργασία στοιχείων για αναλογία ασθενών προς το σύνολο του Νοσηλευτικού Προσωπικού(ΤΕ+ΔΕ) και προς Νοσηλευτές(ΤΕ)

2.8.Αναλογία ασθενών προς ένα νοσηλευτή ΤΕ και ΔΕ στην βάρδια 7-3	N	%
2	1	1,298701
3	12	15,58442
4	3	3,896104
5	7	9,090909
6	3	3,896104
7	10	12,98701
8	9	11,68831
9	2	2,597403
10	5	6,493506
11	4	5,194805
12	1	1,298701
13	2	2,597403
15	2	2,597403
16	1	1,298701
17	3	3,896104
18	2	2,597403
20	1	1,298701
23	1	1,298701

29	1	1,298701
30	1	1,298701
34	1	1,298701
35	1	1,298701
46	2	2,597403
48	2	2,597403
Σύνολο	77	100

2.9.Αναλογία ασθενών προς ένα νοσηλευτή TE και ΔΕ στην βάρδια 3-11	N	%
3	2	2,597403
4	3	3,896104
5	5	6,493506
6	3	3,896104
7	6	7,792208
8	3	3,896104
9	2	2,597403
10	2	2,597403
11	2	2,597403
13	3	3,896104
14	3	3,896104
15	12	15,58442
16	2	2,597403

17	3	3,896104
19	1	1,298701
20	3	3,896104
21	1	1,298701
24	1	1,298701
28	1	1,298701
29	3	3,896104
30	3	3,896104
33	1	1,298701
34	3	3,896104
35	2	2,597403
36	2	2,597403
42	1	1,298701
46	3	3,896104
48	1	1,298701
Σύνολο	77	100

2.10.Αναλογία ασθενών προς ένα νοσηλευτή ΤΕ και ΔΕ στην βάρδια 11-7	N	%
---	---	---

3	1	1,298701
5	3	3,896104
7	2	2,597403
8	3	3,896104
9	1	1,298701
10	3	3,896104
11	4	5,194805
12	2	2,597403
13	4	5,194805
14	5	6,493506
15	14	18,18182
16	2	2,597403
17	6	7,792208
18	1	1,298701
19	1	1,298701
20	2	2,597403
25	1	1,298701
28	1	1,298701
29	2	2,597403
30	5	6,493506
34	2	2,597403
35	1	1,298701
36	2	2,597403
40	2	2,597403
42	1	1,298701

46	3	3,896104
48	2	2,597403
51	1	1,298701
Σύνολο	77	100

Επεξεργασία στοιχείων για αναλογία ασθενείς προς Νοσηλευτές ΤΕ.

2.11.Αναλογία ασθενών σε ένα νοσηλευτή ΤΕ στην βάρδια 7-3	N	%
0	4	5,194805
3	3	3,896104
4	5	6,493506
5	6	7,792208
6	1	1,298701
7	1	1,298701
8	2	2,597403
9	2	2,597403
10	7	9,090909
11	1	1,298701
13	4	5,194805
14	2	2,597403
15	5	6,493506
17	2	2,597403

18	1	1,298701
20	3	3,896104
21	2	2,597403
23	1	1,298701
25	1	1,298701
28	2	2,597403
29	2	2,597403
30	7	9,090909
32	1	1,298701
34	5	6,493506
35	1	1,298701
36	2	2,597403
46	2	2,597403
48	2	2,597403
Σύνολο	77	100

2.12.Αναλογία ασθενών σε ένα νοσηλευτή TE στην βάρδια 3-11	N	%
0	18	23,37662
9	2	2,597403
10	3	3,896104
11	1	1,298701
14	2	2,597403

15	3	3,896104
20	2	2,597403
21	1	1,298701
22	2	2,597403
24	1	1,298701
25	2	2,597403
28	4	5,194805
29	3	3,896104
30	12	15,58442
31	1	1,298701
32	1	1,298701
33	1	1,298701
34	6	7,792208
35	2	2,597403
36	2	2,597403
40	2	2,597403
42	1	1,298701
46	3	3,896104
48	1	1,298701
51	1	1,298701
Σύνολο	77	100

2.13.Αναλογία ασθενών σε ένα νοσηλευτή ΤΕ στην βάρδια 11-7	N	%
0	14	18,18182
3	1	1,298701
8	1	1,298701
9	2	2,597403
10	3	3,896104
11	1	1,298701
12	2	2,597403
13	1	1,298701
14	1	1,298701
15	3	3,896104
20	3	3,896104
22	2	2,597403
25	1	1,298701
28	2	2,597403
29	4	5,194805
30	13	16,88312
31	1	1,298701
32	1	1,298701
33	1	1,298701
34	7	9,090909
35	2	2,597403
36	2	2,597403

40	2	2,597403
42	1	1,298701
46	3	3,896104
48	2	2,597403
51	1	1,298701
Σύνολο	77	100

3.Οι συνθήκες εργασίας του ΝΠ όπως διαμορφώνονται από την κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή-Η αντίληψη των νοσηλευτών

Πίνακας 3

3.1 Νοσηλεύετε ασθενείς σε ράντζο;	N	%
ΝΑΙ	7	9,1
ΟΧΙ	70	90,9
Σύνολο	77	100,0

3.2. Συμβαίνει να μην μπορείτε να αλλάξετε σεντόνια σε ασθενείς ενώ θα έπρεπε, γιατί δεν υπάρχουν στο τμήμα σας ;	N	%
Ποτέ	3	3,9
Σπάνια	8	10,4
Συχνά	66	85,7
Σύνολο	77	100,0

3.3. Συμβαίνει να χρειάζεστε επείγοντως κάποιο αναλώσιμο υλικό ή φάρμακα και να τα αναζητήσετε σε κάποιο άλλο τμήμα	N	%
Σπάνια	8	10,4
Ενίοτε	69	89,6
Σύνολο	77	100,0

3.4. Διαθέτει το τμήμα σας μηχανήματα μετακίνησης – μεταφοράς ασθενών	N	%
ΝΑΙ	23	29,9
ΟΧΙ	54	70,1
Σύνολο	77	100,0

3.5. Διαθέτει το τμήμα σας απινιδωτή	N	%
ΝΑΙ	47	61,0
ΟΧΙ	30	39,0
Σύνολο	77	100,0

3.6. Συμβαίνει να χρειάζεστε επειγόντως κάποιο μηχάνημα ή άλλο υλικό και να το αναζητάτε από άλλο τμήμα	N	%
Ποτέ	4	5,2
Σπάνια	23	29,9
Ενίοτε	50	64,9
Σύνολο	77	100,0

3.7.Όλοι οι θάλαμοι των ασθενών στο τμήμα σας διαθέτουν WC και βρύση	N	%
ΝΑΙ	49	63,6
ΟΧΙ	28	36,4
Σύνολο	77	100,0

3.8.Κατανομή της συχνότητας του χώρου ανάπαυσης του προσωπικού	N	%
Ειδική αίθουσα προσωπικού	1	1,3
Γραφείο	19	24,7
Κουζίνα	22	28,6
Αποθήκη	18	23,4
Άλλο	17	22,1
Σύνολο	77	100,0

3.9.Κατανομή της συχνότητας της αντίληψης του ΝΠ ως προς την κτιριακή υποδομή	N	%
Πολύ κακή	14	18,18182
Κακή	34	44,15584
Καλή	20	25,97403

Πολύ καλή	9	11,68831
Σύνολο	77	100

3.10.Κατανομή της συχνότητας ως προς την διάθεση μέσων και υλικών ώστε το ΝΠ να προστατεύει τον εαυτό του και τους ασθενείς	N	%
Στοιχειωδώς	24	31,16883
Μέτρια	38	49,35065
Πολύ	14	18,18182
Πάρα πολύ	1	1,298701
Σύνολο	77	100

4.Αντίληψη του ΝΠ για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας-εργασιακές απαιτήσεις-παραγόμενο έργο

Πίνακας 4

4.1.Κατανομή της συχνότητας ως προς την ικανοποίηση των αναγκών των αρρώστων στα Νοσηλευτικά τμήματα	N	%
Στοιχειωδώς	4	5,194805
Μέτρια	28	36,36364

Πολύ	24	31,16883
Πάρα Πολύ	21	27,27273
Σύνολο	77	100

4.2.Κατανομή της συχνότητας του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ενασχόληση με αλλότρια καθήκοντα	N	%
Ποτέ	2	2,597403
Σπάνια	5	6,493506
Συχνά	44	57,14286
Πάντα	26	33,76623
Σύνολο	77	100

4.3.Κατανομή της συχνότητας του νοσηλευτικού προσωπικού ως προς την ικανοποιητική ανταπόκριση του τμήματος στους στόχους της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών	N	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	2,597403
Διαφωνώ	18	23,37662
Συμφωνώ	52	67,53247
Συμφωνώ απόλυτα	5	6,493506
Σύνολο	77	100

4.4.Ο τρόπος που εργάζεστε σας δίνει τη δυνατότητα να παρέχετε άριστη φροντίδα σε όλους τους ασθενείς	N	%
Διαφωνώ απόλυτα	9	11,68831
Διαφωνώ	38	49,35065
Συμφωνώ	27	35,06494
Συμφωνώ απόλυτα	3	3,896104
Σύνολο	77	100

4.5.Σας είναι εύκολο, όντας νοσηλεύτης σε αυτό το τμήμα, να μένετε πιστοί στα ιδανικά σας και να πραγματοποιείτε τους στόχους σας	N	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	7,792208
Διαφωνώ	33	42,85714
Συμφωνώ	33	42,85714
Συμφωνώ απόλυτα	5	6,493506
Σύνολο	77	100

Βαθμός ικανοποίησης ως προς την απόδοση του ΝΠ στις διάφορες πτυχές του νοσηλευτικού ρόλου

4.6.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ικανοποίηση για την κοινωνική τους	N	%
---	---	---

εικόνα		
Καθόλου	16	20,77922
Λίγο	35	45,45455
Αρκετά	21	27,27273
Πολύ	5	6,493506
Σύνολο	77	100
4.7.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ικανοποίηση για το ύψος των αποδοχών τους	N	%
Καθόλου	32	41,55844
Λίγο	27	35,06494
Αρκετά	17	22,07792
Πολύ	1	1,298701
Σύνολο	77	100

4.8.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ικανοποίηση από το ωράριο εργασίας	N	%
Καθόλου	23	29,87013

Λίγο	21	27,27273
Αρκετά	25	32,46753
Πολύ	8	10,38961
Σύνολο	77	100

4.9.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ικανοποίηση από τον τρόπο που αντιμετωπίζει η Ελληνική πολιτεία το Νοσηλευτικό επάγγελμα	N	%
Καθόλου	39	50,64935
Λίγο	22	28,57143
Αρκετά	13	16,88312
Πολύ	3	3,896104
Σύνολο	77	100

4.10.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ικανοποίηση από το ενδιαφέρον της κοινωνίας για τις υπηρεσίες υγείας	N	%
Καθόλου	28	36,36364
Λίγο	35	45,45455

Αρκετά	14	18,18182
Σύνολο	77	100

4.11.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την ικανοποίηση για τις συνθήκες εργασίας	N	%
Καθόλου	26	33,76623
Λίγο	40	51,94805
Αρκετά	10	12,98701
Πολύ	1	1,298701
Σύνολο	77	100

4.12.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα αντιμετώπισης από το νοσοκομείο	N	%
Καθόλου	19	24,67532
Λίγο	37	48,05195
Αρκετά	20	25,97403
Πολύ	1	1,298701
Σύνολο	77	100

4.13.Πόση αναγνώριση νιώθετε εσείς	N	%
------------------------------------	---	---

ότι παίρνετε από το Νοσοκομείο σας ως αντάλλαγμα;		
Ελάχιστα	25	32,46753
Λίγο	37	48,05195
Αρκετά	12	15,58442
Πολλά	3	3,896104
Σύνολο	77	100

Απαιτήσεις εργασίας των Νοσηλευτών Ορθοπαιδικής κλινικής

4.14.Προσδιορίστε την διανοητική και αντιληπτική δραστηριότητα που απαιτείται να καταβάλλει ένας νοσηλευτής της Ορθοπαιδικής κλινικής προκειμένου να εκτελέσει με επιτυχία το καθημερινό του έργο	N	%
Ελάχιστη	1	1,298701
Μέτρια	2	2,597403
Αρκετή	46	59,74026
Μέγιστη	28	36,36364
Σύνολο	77	100

4.15.Κατανομή της συχνότητας των νοσηλευτών του δείγματος ως προς την εξάντληση τους στο τέλος της βάρδιας	N	%
Καθόλου	1	1,298701
Λίγο	14	18,18182
Αρκετά	23	29,87013
Πολύ	39	50,64935
Σύνολο	77	100

4.16.Συμφωνείτε με αυτό που λέγεται ότι οι Νοσηλευτές λόγω των διαφόρων ελλείψεων σε προσωπικό και εξοπλισμό συχνά ξεπερνάνε τις αντοχές τους;	N	%
Λίγο	3	3,896104
Αρκετά	17	22,07792
Πολύ	57	74,02597
Σύνολο	77	100

4.17.Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεσθε για τον τρόπο που ασκείτε την εργασία σας (επάρκεια γνώσεων - ικανοτήτων)	N	%

Λίγο	7	9,090909
Αρκετά	51	66,23377
Πολύ	19	24,67532
Σύνολο	77	100

4.18 Στο τέλος της βάρδιάς σας αισθάνεσθε ότι ικανοποιήσατε τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών σας	N	%
Λίγο	11	14,28571
Αρκετά	47	61,03896
Πολύ	19	24,67532
Σύνολο	77	100