

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

*Υπάρχει ρόλος για τους συγγενείς των ασθενών στο  
νοσοκομείο; Η περίπτωση της Ελλάδας*

## *Πτυχιακή Εργασία*

*Ζήλλη Σταυρούλα*

*Θωμά Ελισσάβητ*

*Παπαδοπούλου Κυριακή*

*Επιβλέπουσα: Δρ. Αλεξάνδρα Δημητριάδου - Παντέκα,  
Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ*

*Θεσσαλονίκη  
Απρίλιος 2009*

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	4-5
Πρόλογος .....	6
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup>	
1.1 Αποσαφήνιση όρων και ορισμών.....	7-8
1.2 Ο Νοσηλευτικός ρόλος (αρμοδιότητες-καθήκοντα).....	9-12
1.3 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του παρέχοντα φροντίδα.....	13-14
1.4 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή.....	15
1.4.1 Ο νοσηλευτής στην εκπαίδευση υγείων και ασθενών.....	15-16
1.4.2 Ο νοσηλευτής στην εκπαίδευση νοσηλευτών.....	16-17
• Κλινική εκπαίδευση νεοπροσληφθέντων νοσηλευτών.....	17
• Κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών.....	17
• Πλεονεκτήματα δια βίου εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές.....	18
• Κλινική εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής.....	18-19
<u>Κεφάλαιο 2</u> Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στο Νοσοκομείο	
2.1. :Η διάρθρωση-στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.....	20
2.2.1 Οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.....	20-21
2.2.2 Αναλογία ασθενών προς νοσηλευτές.....	22-24
2.2.3 Κακή διαχείριση υπάρχοντος προσωπικού- Αλλότρια καθήκοντα.....	25
2.2. 4 Ελλιπής εξοπλισμός.....	26
2.2. .5 Εργασία σε βάρδιες.....	27-31
2.2. 6 Γυναικείο επάγγελμα.....	32
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup>	
3.1 Ο ασθενής και οι ανάγκες του.....	33-34
3.2 Ψυχολογικές ανάγκες ασθενούς.....	35-38
3. 3 Ταξινόμηση των αναγκών κατά Maslow.....	39-42
3.4 Η σχέση του ασθενούς με τον νοσηλευτή.....	43-46
3.5 Ο ασθενής και η οικογένειά του.....	47

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

4.1 Οι ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενή.....	48-49
4.2 Η λειτουργικότητα του συγγενή στην κλινική και κατά πόσο επηρεάζει το ρόλο του νοσηλευτή.....	50-51
4.3 Πλεονεκτήματα- Μειονεκτήματα της παρουσίας του συγγενή στην κλινική.....	52-53
4.4 Πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητα του συγγενή από την παραμονή του στο νοσοκομείο.....	54-55
4.5 Η αποχή του συγγενή από την εργασία του. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για τον ίδιο και την κοινωνία.....	56
4.6 Ποιος πρέπει να φροντίσει για αυτούς που φροντίζουν τους ασθενείς τους;.....	57-59

## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

5.1 Η περίπτωση της Ελλάδας.....	60
5. 1.1 Ιστορική αναδρομή.....	60-61
5..1.2 Σημερινή πραγματικότητα.....	62-70
5. 1.3 Αποτελέσματα.....	71
5. 2 Ο τύπος το ΕΣΥ και οι νοσηλευτές.....	72-76

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Παράρτημα.....	77-78
----------------	-------

Βιβλιογραφία.....	79-81
-------------------	-------

## Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια γίνεται εμφανής όλο και περισσότερο η απογοητευτική κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία Ανατρέχοντας λίγο πιο βαθιά στο πρόβλημα διαπιστώνει κανείς τις ελλείψεις που υπάρχουν στο προσωπικό καθώς επίσης και τις ελλείψεις υγειονομικού υλικού. Οι εργαζόμενοι των νοσοκομείων (κυρίως οι νοσηλευτές) καλούνται σε κάθε τους βάρδια, να υπερβούν τον εαυτό τους προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους, ώστε να παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα και επιμέλεια στους ασθενείς. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1995)

Οι ασθενείς από την άλλη μεριά, συνεχώς δείχνουν απογοητευμένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς δεν μπορούν λόγω του φόρτου εργασίας τους να ασχοληθούν προσωπικά με τον κάθε ασθενή ιδιαιτέρως. Έτσι λοιπόν, καλούνται οι συγγενείς να συνοδεύσουν τον κάθε άρρωστο συγγενή τους ώστε να του παρέχει την παραπάνω φροντίδα. (Bellou-Milona 2002)

Από την παραπάνω περιγραφή, γίνεται αντιληπτό ότι η συνοδεία των αρρώστων από τους συγγενείς είναι πολύ σύνηθες και μάλλον αναγκαίο φαινόμενο. (Δημητριάδου και συν 1991, Sapountzi-Krepia et al 2006, Bellou-Milona 2002)

Κατά πόσο όμως διευκολύνει ή δυσκολεύει το έργο των νοσηλευτών, είναι ένα ερώτημα που υπάρχει και καλείται το νοσηλευτικό προσωπικό να απαντήσει μέσα από την καθημερινότητά του.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να καταδείξει το αν υπάρχει ρόλος για τους ~~την~~ συγγενείς -συνοδούς στα νοσοκομεία και κυρίως στα πλαίσια της ελληνικής πραγματικότητας . Για να καλυφθεί σφαιρικά το θέμα η ύλη της εργασίας κατανεμήθηκε σε ενότητες που αναφέρονται στο νοσηλευτικό προσωπικό – ασθενή- συγγενείς.

Στην αρχή μέσα από ορισμούς και αναλύσεις επιχειρείται να ορισθεί η οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας ενώ ακολούθως αναλύεται ο νοσηλευτικός ρόλος , τα καθήκοντα του νοσηλευτή και τα δικαιώματά του. Παρατίθεται ειδικό κεφάλαιο που αφορά τον ασθενή και τις ανάγκες του, όπου αναλύεται όλο το φάσμα των αναγκών (σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες) του ασθενούς. Γίνεται επίσης ειδική αναφορά στην οικογένεια του ασθενούς και στο ρόλο που καλείται να διαδραματίσει. Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζεται η άποψη του Τύπου για την σημερινή κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία.

## Πρόλογος

Ο σύγχρονος άνθρωπος καθημερινά διαπιστώνει πως οι πρόοδοι στις επιστήμες και στην τεχνολογία παίζουν σημαντικό ρόλο στη βελτίωση του επιπέδου ζωής. Κατά πόσο όμως μπορεί να επωφεληθεί από το σύστημα της υγείας στη Ελλάδα ο σύγχρονος ασθενής και σε τι διαδικασίες μπαίνουν οι συγγενείς του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του σε κάποιο από τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας;

Οι ελλείψεις προσωπικού στο χώρο της δημόσιας υγείας συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των συνοδών μέσα στα νοσοκομεία καθώς οι ασθενείς δεν καλύπτονται από τους νοσηλευτές εξαιτίας του φόρτου εργασίας τους. Bellou-Milona 2002) Οι συγγενείς πολλές φορές αναγκάζονται να αναλαμβάνουν έργα νοσηλευτή καθώς οι νοσηλευτές είναι τόσο λίγοι που δεν προλαβαίνουν. Με όλο το παραπάνω πρόβλημα οι συνοδοί των ασθενών είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα (οικογενειακά κοινωνικά και οικονομικά) εξαιτίας της αναγκαστικής τους παραμονής στο νοσοκομείο.

Στην παρούσα εργασία προσαρμόστηκε το θεωρητικό πλαίσιο της νοσηλευτικής επιστήμης στις ποικίλες ανάγκες του πληθυσμού. Για την καλύτερη, εξάλλου, κατανόηση των νοσηλευτικών ρόλων απαιτείται πλήρης γνώση της οργάνωσης της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσοκομείο.

Το θεματικό περιεχόμενο της εργασίας αυτής εκτείνεται σε τέσσερα κεφάλαια. Αφορούν τον νοσηλευτή, τον ασθενή και την οικογένειά του. Ενώ οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση βιβλιογραφίας ήταν νοσηλευτής, οικογένεια, άτυπη φροντίδα, ασθενής, συνοδός.

# Κεφάλαιο 1 Νοσηλευτικός ρόλος: Αρμοδιότητες-καθήκοντα

## 1.1 Αποσαφήνιση όρων και ορισμών

### Ορισμός της Νοσηλευτικής

Ο διεθνώς αποδεκτός ορισμός της Νοσηλευτικής την προβάλλει ως: "εντεταλμένη.....να βοηθήσει το άτομο, άρρωστο ή υγιές, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ανάρρωση του (ή και στον ειρηνικό θάνατο), που θα τις εκτελούσε χωρίς βοήθεια αν είχε την απαραίτητη δύναμη, τη βούληση ή γνώση. Και να το κάνει αυτό με τέτοιο τρόπο, ώστε να βοηθήσει το άτομο να αποκτήσει την ικανότητα αυτοφροντίδας και την ανεξαρτησία του όσο το δυνατό γρηγορότερα" (Henderson.1965)

Η νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, και την φροντίδα ασθενών, αναπήρων και ανθρώπων που πεθαίνουν. (Δημητριάδου 2008)

Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα φροντίδας και κατά τους Baines et al (1991) απαιτείται διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αρρώστου, την φυσική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη.

Χαρακτηρίζεται ως συναισθηματική εργασία (Δημητριάδου 2008) με την έννοια ότι δημιουργεί την αίσθηση στον αποδέκτη της φροντίδας, ότι φροντίζεται με προθυμία σε ασφαλές περιβάλλον, το οποίο διευκολύνει την έκφραση της συγκίνησης και των προβληματισμών του.

Η νοσηλευτική εργασία προϋποθέτει την αλληλεπίδραση και την συνεχή πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία με τον ασθενή γεγονός που δημιουργεί εντάσεις και συγκινήσεις. (Δημητριάδου 2008) Και γι' αυτό οι νοσηλευτές ως επαγγελματική ομάδα είναι ευαίσθητη στο σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης. (Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ 1999)

Οι νοσηλευτές, η μεγαλύτερη ομάδα των επαγγελματιών μέσα στο σύστημα υγείας, αποτελούν έναν κρίσιμο παράγοντα στον προσδιορισμό της ποιότητας της φροντίδας στα νοσοκομεία και της εξέλιξης της πορείας της υγείας των ασθενών (Δημητριάδου 2008)

Οι νοσηλευτές από τα χαρακτηριστικά του ρόλου τους όντας 24 ώρες το 24ωρο κοντά στον ασθενή, διαμορφώνουν τον διάμεσο μεταξύ του ασθενούς και του νοσοκομείου και είναι οι πρώτοι που αναζητούνται για να ικανοποιήσουν τις αυξημένες προσδοκίες των ασθενών, του περιβάλλοντός τους, αλλά και των άλλων παραγόντων του συστήματος υγείας και εισπράττουν τις απογοητεύσεις όταν δεν ικανοποιούνται αυτές οι προσδοκίες (Wunderlich, Sloan and Davis 1996, Δημητριάδου 2008)

Η νοσηλευτική υπηρεσία, όπως και κάθε άλλη υπηρεσία, για την σωστή και εύρυθμη λειτουργία της έχει αρμοδιότητες, καθήκοντα .

Αρχικά καλό θα είναι να διευκρινιστεί η διαφορά των αρμοδιοτήτων και των καθηκόντων. Οπότε :

Αρμοδιότητα: πλέγμα δικαιωμάτων και αντιστοίχων υποχρεώσεων ενός οργάνου ή φορέως (προσώπου ή ομάδας προσώπων) τα οποία διαμορφώνονται αφενός μεν λόγω της θέσεως και αφετέρου αναλόγως προς την θέση που κατέχει μέσα σε έναν οργανισμό.

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις (αρμοδιότητες) συνιστούν για τον φορέα λειτουργήματα στα πλαίσια της εκπλήρωσης της λειτουργίας του οργανισμού. Οι έννοιες αρμοδιότητα και καθήκον παρά την συγγενειά τους δεν συμπίπτουν. Το καθήκον αφορά μόνο στις υποχρεώσεις ενώ η αρμοδιότητα αφορά στα δικαιώματα αλλά και τις υποχρεώσεις.

Ειδικότερα δε η αρμοδιότητα αναφέρεται: Το να είναι κάποιος κατάλληλος για κάτι το να έχει δικαιοδοσία πάνω σε κάτι η ειδικότητα σε κάποιο ζήτημα.(Υδρία 1991)

Ενώ το Καθήκον αντιμετωπίζεται ως : Αυτό που επιβάλλεται από τον ηθικό νόμο, η ηθική υποχρέωση\ ότι επιβάλλεται από τον νόμο του κράτους\ οι ενέργειες που επιβάλλονται από ένα επάγγελμα ή αξίωμα.(Υδρία 1991)

## 1.2 Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής υπηρεσίας

Έτσι, οι αρμοδιότητες της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι η παροχή νοσηλείας στους ασθενείς σύμφωνα με τα διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση ιατρών, η προώθηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών. (Αθανάτου 2004 )

Ωστόσο όμως υπάρχουν θεσπισμένες αρμοδιότητες και για το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό. ([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr)) Αυτές καθορίζουν:

1. Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου. .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr), Καραχάλιος Γ. 1999)
2. Βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη του αρρώστου που πάσχει από χρόνια ανίατο νόσημα ή έχει υποστεί ατύχημα ή έχει κακοποιηθεί. (Καραχάλιος Γ. 1999)
3. Φροντίδα επιπλοκών από κατάκλιση με σκοπό την πρόληψη. .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr), Λαναρά Β. 2006)
4. Πρόκληση ούρησης μόνο με φυσικά μέσα. .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))
5. Παρακολούθηση λειτουργίας παρεχόμενων. .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))
6. Λήψη μέτρων περιοριστικών για την ασφάλεια του αρρώστου. (Λαναρά Β. 2006)
7. Μέτρηση ζωτικών σημείων (σφίξεις, πίεση, θερμοκρασία). .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr) Λαναρά Β. 2006)
8. Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων. .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))
9. Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας - υπερθερμίας. (Καραχάλιος Γ. 1999)
10. Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. (Λαναρά Β. 2006 Καραχάλιος Γ. 1999)
11. Τοπική προεγχειρητική προετοιμασία. . (Λαναρά Β. 2006 Καραχάλιος Γ. 1999)
12. Απλές επιδέσεις. .([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))
13. Βοήθεια στην αφαίρεση παρεχόμενων. . (Λαναρά Β. 2006 Καραχάλιος Γ. 1999)
14. Βοήθεια στην τοποθέτηση νάρθηκα. (Καραχάλιος Γ. 1999)
15. Εκκενωτικό υποκλυσμό. (Λαναρά Β. 2006 Καραχάλιος Γ. 1999)
16. Φροντίδα της καθαριότητας του χώρου και των εργαλείων. (Λαναρά Β. 2006)
17. Προετοιμασία των χρησιμοποιούμενων εργαλείων, του επιδεσμικού υλικού και ιματισμού



για την αποστείρωση. ([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))

18. Ταξινόμηση εργαλείων, οργάνων, συσκευών, ιματισμού, ορρών, φαρμακευτικού υλικού, αναλωσίμων, κ.λ.π. (Λαναρά Β. 2006 Καραχάλιος Γ. 1999)

19. Έλεγχος της λειτουργίας των εργαλείων και σχετική αναφορά στους αρμοδίους.

(Καραχάλιος Γ.1999)

20. Παρακολούθηση της λειτουργίας απλών συσκευών και οργάνων, των οποίων γνωρίζει τη λειτουργία, καθώς και πιθανές βλάβες τους και σχετική αναφορά στους αρμοδίους

(Καραχάλιος Γ.1999).

21. Διευθέτηση κλίνης (στρώσιμο κλίνης ασθενούς), απλή ή με κατακεκλιμένο άτομο.

([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))

Τα καθήκοντα των νοσηλευτών χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο απευθύνονται. Οι τρεις αυτές κατηγορίες είναι: τα γενικά καθήκοντα του νοσηλευτή, τα καθήκοντα προς τους ασθενείς και τα καθήκοντα προς τους συναδέλφους, προς τους ιατρούς και προς το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.(Σαπουντζή-Κρέπια 2001)

Γενικά καθήκοντα νοσηλευτή:

- Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και ανεπίληπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του προστατεύοντας την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος. (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006)
- . Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει τον καθήκον του σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. (Επιβατιανός Π. 1984, Μπελλάλη Θ 2005)
- Πρωταρχική μέριμνα του νοσηλευτή κατά την παροχή των υπηρεσιών του είναι η κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική και πνευματική οντότητα. (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006)
- Ο νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων, δεξιοτήτων και την εμπειρία του, διατηρώντας σε κάθε περίπτωση την επιστημονική και επαγγελματική του αυτοτέλεια με σκοπό την προαγωγή της υγείας του ασθενούς. (Λαναρά Β. 2006, Αγραφιώτης Δ 2000)
- Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενούς διαμέσου της δημιουργίας του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο

απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία και ικανοποιεί τις ανάγκες του ανάλογα με τις ιδεολογικές, θρησκευτικές και άλλες τοποθετήσεις. (Λαναρά Β. 2006, Αγραφιώτης Δ 2000)

- Οφείλει σε κάθε περίπτωση να διατηρεί αγαθές σχέσεις με το λοιπό νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό και να συνεργάζεται αρμονικά με άλλους επαγγελματίες υγείας όπως, ιατρούς, οδοντίατρους, φαρμακοποιούς, κοινωνικής εργασίας, φυσιοθεραπευτές, διοικητικούς κ.ά.(Μπελλάλη Θ. 2005)

Καθήκοντα προς τους ασθενείς:

- Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την τιμή του ασθενούς. (Λαναρά Β. 2006, Αγραφιώτης Δ 2000)
- Οφείλει να λάβει κάθε μέτρο που θα προάγει αλλά και ν' απόσχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενούς. (Επιβατιανός Π. 1984, Μπελλάλη Θ. 2005)
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να επιδεικνύει προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις τους, την κοινωνική και την οικονομική τους κατάσταση ή τη βαρύτητα της νόσου (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006)
- Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνοντας κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρησή της και απόσχοντας από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να οδηγήσει στη διακύβευσή της. (Επιβατιανός Π. 1984, Μπελλάλη Θ 2005)
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει της υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις κείμενες διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο. Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής, οφείλει να ενημερώνεται αδιάλειπτα και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006)

- Ο Νοσηλευτής οφείλει να συνδράμει τον ασθενή με κάθε δυνατό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Ακόμη ο νοσηλευτής οφείλει να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενούς και να τον προστατεύει με κάθε δυνατό μέσο από οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους. (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006) (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006)
- Ο Νοσηλευτής στα πλαίσια σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενούς θα πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωσή του αναφορικά με τη διάγνωση, την πρόγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους, τα οφέλη και τη λήψη της ενημερωμένης συναίνεσής του πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης. (Μπελλάλη Θ. 2005, Αγραφιώτης Δ.2000)
- Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην ιδιωτική σφαίρα του ασθενούς, απόσχοντας από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατό να βλάψει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών των οποίων λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση ή επ' ευκαιρία της άσκησης των καθηκόντων του. (Επιβατιανός Π. 1984)

Καθήκοντα προς τους συναδέλφους, προς τους ιατρούς και προς το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου:

- Ο Νοσηλευτής οφείλει να διατηρεί άριστες σχέσεις με τους συναδέλφους Νοσηλευτές, τους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό παραμερίζοντας κάθε διαφορά με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. (Επιβατιανός Π. 1984, Λαναρά Β. 2006)
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να τιμά τους συναδέλφους νοσηλευτές κάθε βαθμίδας, εκπαίδευσης ή ειδίκευσης, τηρώντας την ιεραρχία. (Μπελλάλη Θ. 2005, Λαναρά Β. 2006)
- Ο Νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συνεργάζεται αρμονικά με τους ιατρούς, ακολουθώντας με ακρίβεια τις ιατρικές οδηγίες, διατηρώντας συγχρόνως την επιστημονική του αυτοτέλεια και την ιδιότητά του σαν ισότιμο μέλος της θεραπευτικής ομάδας. (Μπελλάλη Θ. 2006, Επιβατιανός Π 1984)

### 1.3 Ο νοσηλευτής στο ρόλο του παρέχοντα φροντίδα

Είναι ο σπουδαιότερος και πιο σημαντικός ρόλος για έναν νοσηλευτή. Σκοπός κάθε νοσηλευτή είναι η σωστή και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας για κάθε ασθενή ξεχωριστά. (Σαπουντζή-Κρέπια 2001)

Σύμφωνα με τη Δημητριάδου (2008), η διαδικασία της φροντίδας καλύπτει ότι γίνεται στον ασθενή, με τον ασθενή και για τον ασθενή ή τον καταναλωτή υγειονομικής περίθαλψης.

Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά όλες τις δραστηριότητες και τις ανάγκες του ατόμου, την ικανοποίηση των οποίων αναλαμβάνουν ανάλογα με την περίπτωση οι επαγγελματίες νοσηλευτές.

Η νοσηλευτική φροντίδα έχει στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων κατά την ασθένεια και την αποκατάσταση καθώς και την υποστήριξη για έναν ειρηνικό θάνατο. (Σαπουντζή-Κρέπια 2008)

Ο νοσηλευτής, το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του το περνά στο πλάι του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει διότι η νοσηλευτική εργασία απαιτεί την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία του ασθενούς, τη γνώση των αναγκών του (ψυχολογικών και σωματικών), των δυνατοτήτων και των περιορισμών του. (Δημητριάδου 2008)



Η φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται στη φυσική και τη συναισθηματική φροντίδα. (Δημητριάδου 2008) Η φυσική φροντίδα περιλαμβάνει όλες τις σωματικές ανάγκες του ασθενούς, καθώς επίσης και τις ενέργειες που κάνει ο νοσηλευτής για να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα: φροντίδα του νοσηλευτή για επαρκή και άνετο ύπνο κατά τις βραδινές ώρες, χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς για ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο ή από τα συμπτώματα μιας νόσου.

Η συναισθηματική φροντίδα αφορά την κάλυψη όλων εκείνων των αναγκών οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς. (Μελισσά 1998) Απαιτείται σωστή καταγραφή των προβλημάτων από τον νοσηλευτή. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει την ικανότητα να ακούσει τον ασθενή, να καταγράψει τα προβλήματα που

αντιμετωπίζει και να κάνει κατάταξη αυτών ξεκινώντας από το σοβαρότερο-το οποίο είναι και αυτό που πρέπει να αντιμετωπισθεί πρώτο. (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1995)

Από ότι μπορεί κανείς να συμπεράνει πολύ εύκολα η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Είναι μια πράξη που απαιτεί αρχικά γνώσεις από τον ίδιο τον νοσηλευτή, αγάπη για το επάγγελμα που εξασκεί αλλά και αγάπη προς τον συνάνθρωπό του. .(Σαπουντζή-Κρέπια 2008)

Δεν μπορεί να δοθεί ένας σαφής ορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας γιατί συνδυάζει πολλά πράγματα μαζί και δεν μπορούν να ορισθούν τα όριά της. .(Σαπουντζή-Κρέπια 2008) Δεν μπορεί να προσδιοριστεί από κανέναν πότε πρέπει να αρχίσει να παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα και πότε πρέπει να σταματήσει να παρέχεται. Είναι κάτι που γίνεται ανελλιπώς και αφορά τον νοσηλευτή, τον ασθενή αλλά και την ίδια την οικογένεια του ασθενούς. .(Μελισσά 1998)



## 1.4 Ο Νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή

Ο νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή αναφέρεται:

- ✓ Στην εκπαίδευση των ασθενών και συνοδών και
- ✓ Στην εκπαίδευση σπουδαστών και φοιτητών νοσηλευτικής. (Δημητριάδου 2008)

### 1.4.1 Ο Νοσηλευτής στην εκπαίδευση υγιών και ασθενών

Σύμφωνα με την Δημητριάδου (2008) ο νοσηλευτής ως επαγγελματίας υγείας είναι δάσκαλος της κοινωνίας σε θέματα υγείας. Διδάσκει φροντίδα υγείας στον γενικό πληθυσμό με στόχο την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας, έτσι ώστε το άτομο να είναι ενημερωμένο:

- να αυτοπροστατευθεί παίρνοντας ατομικά μέτρα για την υγεία του
- να διεκδικήσει την λήψη μέτρων από άλλους υπευθύνους

Στα πλαίσια του εκπαιδευτικού του ρόλου ο νοσηλευτής αξιολογεί το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς για την ασθένειά του και τις ανάγκες περαιτέρω εκπαίδευσης του. Ο σκοπός της εκπαίδευσης των ασθενών είναι να κατανοήσουν τις αιτίες που δημιούργησαν τα παρόντα προβλήματα υγείας, να μάθουν τους τρόπους θεραπείας, πρόληψης και ελέγχου των επικείμενων επιπλοκών και γενικώς να αποκτήσουν τον έλεγχο της υγείας και της ζωής τους. (Κακαβούλης Α. 1997)

Η εκπαίδευση του ασθενούς στο νοσοκομείο είναι από τα σημεία που οι νοσηλευτές έχουν καθοριστικό ρόλο. Από αυτούς απαιτείται δημιουργία κατάλληλης ατμόσφαιρας, ζεστασιάς, άνεσης και ειλικρινούς επαφής. (Μελισσά 1998) Ανεξάρτητα με αυτό, σκοπός του νοσηλευτή είναι η δημιουργία κλίματος τέτοιου ώστε ο ασθενής να αντλήσει ψυχικές δυνάμεις για να δώσει την μάχη του με την ασθένειά του. (Μελισσά 1998)

Η πληροφόρηση του ασθενούς για την πορεία της υγείας του γίνεται από τον γιατρό. (Παπαδάτου Α., Αναγνωστόπουλος Φ. 1995) ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τα προβλήματα του ασθενούς που προκύπτουν από την ασθένεια πχ. Εκπαίδευση του ασθενούς στην διαχείριση των φαρμάκων του, ή εκπαίδευση σακχαροδιαβητικού ασθενούς στην τεχνική των ενέσεων ινσουλίνης και στην πρόληψη των επιπλοκών από την νόσο

Απώτερο δε στόχο της διδασκαλίας - εκπαίδευσης του ασθενούς αποτελεί η ανάπτυξη της ικανότητας αυτοφροντίδας του ασθενούς, η οποία θεωρείται ουσιαστικό συστατικό της νοσηλευτικής φροντίδας και συμβάλλει σημαντικά στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. (Δημητριάδου 2008)

### **1.4.2 Ο Νοσηλευτής στην εκπαίδευση Νοσηλευτών ( Ο Νοσηλευτής στον ρόλο του κλινικού εκπαιδευτή )**

Οι κλινικοί εκπαιδευτές υπάρχουν σε κάθε νοσοκομείο γιατί επιβάλλεται η συνεχής εκπαίδευση τόσο του υπάρχοντος νοσηλευτικού προσωπικού όσο και των νεοπροσληφθέντων.

Οι κλινικοί εκπαιδευτές είναι νοσηλευτές με τυπικά και ουσιαστικά προσόντα και ειδική εκπαίδευση στην «εκπαίδευση εκπαιδευτών» οι οποίοι διατηρούν και παράλληλα ανανεώνουν τις κλινικές τεχνικές και δεξιότητες αλλά και όλοι μαζί εκπαιδεύονται συχνά στην ομοιογένεια των πρακτικών της νοσηλευτικής τέχνης και επιστήμης (δηλαδή να διδάσκονται όλα με τις ίδιες αρχές σε όλους του εκπαιδευόμενους).(Γεωργούση 1995) Οι κλινικοί εκπαιδευτές και οι προϊστάμενες των τμημάτων αξιολογούν και την εφαρμογή των νέων τεχνικών καθώς και την Διαδικασιών της Νοσηλευτικής φροντίδας.

Καμιά επιστήμη και μάλιστα κοινωνική, δεν περιορίζεται μόνο στη θεωρία. Γι' αυτό και η νοσηλευτική επιστήμη εστιάζει κατά πολύ την προσοχή της στην κλινική εφαρμογή της θεωρίας και της πράξης, όχι μόνο γιατί με αυτό τον τρόπο προσπαθεί για την καλύτερη εμπέδωση αυτών που λέγονται από έδρας ή μέσα στο εργαστήριο, αλλά και για να εισαγάγει τον εκπαιδευόμενο στη φιλοσοφία του επαγγέλματος, στην πολυμορφία των αναγκών και την πολυπλοκότητα των περιπτώσεων, που σχετίζονται με την υγεία και απειλούν τη ζωή του ατόμου.

Για να γίνει ένας νοσηλευτής κλινικός εκπαιδευτής θα πρέπει να έχει και τα κατάλληλα προσόντα το οποία είναι:( [www.esne.gr](http://www.esne.gr))

- Θεωρητική κατάρτιση πάνω στη νοσηλευτική επιστήμη
- Κλινική εμπειρία στο αντικείμενο που στοχεύει η εκπαιδευτική διαδικασία
- Ικανότητα έκφρασης και μετάδοσης στους εκπαιδευόμενους της νοσηλευτικής γνώσης
- Δύναμη να παρακινεί το ενδιαφέρον του εκπαιδευόμενου
- Ερευνητικό πνεύμα

Η φύση του επαγγέλματος δεν μας επιτρέπει τη μάθηση μέσω δοκιμής και λάθους. Ο νοσηλευτής στο ξεκίνημα της επαγγελματικής του καριέρας, πρέπει να αισθάνεται αυτάρκης και κατά συνέπεια ασφαλής, για οποιαδήποτε νοσηλευτική διαδικασία που γίνεται στον άρρωστο. (Γεωργούση 1995) Την αίσθηση την ασφάλειας θα την αντλήσει μέσα στο φυσικό χώρο εργασίας, δίπλα σε κατάλληλα εκπαιδευμένους κλινικούς νοσηλευτές, οι οποίοι εκτός τη θεωρητική τους κατάρτιση και την κλινική τους εμπειρία, θα διακατέχονται από αίσθημα προσφοράς προς το φοιτητή, τον νεοδιοριζόμενο συνάδελφο, τον άρρωστο και την οικογένεια του.

### **Κλινική εκπαίδευση νεοπροσληφθέντων νοσηλευτών:**

Η εκπαίδευση του νέου προσωπικού γίνεται από τον νοσηλευτή κλινικό εκπαιδευτή ο οποίος ελέγχει την εμπέδωση των μεταδιδόμενων γνώσεων και δεξιοτήτων σύμφωνα με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Στην περίπτωση που δεν έχει πιστοποιηθεί κλινικός εκπαιδευτής, η εκπαίδευση διενεργείται από τον εμπειρότερο νοσηλευτή ο οποίος σε αυτό το διάστημα απαλλάσσεται από το νοσηλευτικό έργο (Γεωργούση 1995) Οι εκπαιδευόμενοι νοσηλευτές δεν αντικαθιστούν το μόνιμο προσωπικό.

Ο Κλινικός εκπαιδευτής του τμήματος αναλαμβάνει το νέο προσωπικό και ανάλογα με το τμήμα και σε συνεργασία με το γραφείο κλινικής εκπαίδευσης σχεδιάζει το πλάνο κλινικής εκπαίδευσης του εργαζόμενου. (Κακαβούλης 1995) Ο κλινικός εκπαιδευτής αναλαμβάνει καθορισμένα καθήκοντα μαζί με την ομάδα (δύο ή τρία άτομα) και οι εκπαιδευόμενοι ακολουθούν το κυκλικό ωράριο του κλινικού εκπαιδευτή. (Γεωργούση 1995) Υπάρχει μέριμνα στο πρόγραμμα του τμήματος να υπάρχει διάθεση προσωπικού για την διευκόλυνση του κλινικού εκπαιδευτή.

### **Κλινική εκπαίδευση όλων των νοσηλευτών (Δια βίου εκπαίδευση):**

Εκπαίδευση του προσωπικού στο τμήμα εργασίας του κατά την εκτέλεση των νοσηλευτικών καθηκόντων τους από την ομάδα των κλινικών εκπαιδευτών σε καθημερινή βάση και καθ' όλη τη διάρκεια του έτους. Όλοι οι νοσηλευτές ακόμα και οι βοηθοί νοσηλευτών πρέπει να εκπαιδεύονται σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας γιατί είναι ένα επάγγελμα που εξελίσσεται συνεχώς. (Κακαβούλης 1995) Η εκπαίδευση αυτή



μπορεί να γίνει με τη βοήθεια κλινικών σεμιναρίων και με την παρακολούθηση διαφόρων συνεδρίων.

### **Πλεονεκτήματα δια βίου εκπαίδευσης για τους ίδιους τους νοσηλευτές:**

Οι νοσηλευτές, μέσω της διά βίου εκπαίδευσης και της ενεργητικής μάθησης, διευρύνουν τους επαγγελματικούς τους ορίζοντες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες, αποκτούν σύγχρονες γνώσεις και εξασφαλίζουν επαγγελματική αυτονομία και αυτοπεποίθηση. Ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική του εκπαίδευση είναι αυτονόητο προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειάς του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης. (Γεωργούση 1995) Τα πλεονεκτήματα που προσφέρει η διά βίου εκπαίδευση στους επαγγελματίες νοσηλευτές είναι, εκτός από πρόσβαση σε νέα γνώση, η δυνατότητα για διερεύνηση των προσόντων, ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους, για να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα των αλλαγών, των νέων τεχνολογιών και των επάλληλων εξελίξεων στο χώρο της υγείας. ([www.hygeia.gr](http://www.hygeia.gr)) Τα γραφεία εκπαίδευσης των νοσοκομείων μπορούν να οργανώνουν μετεκπαιδευτικά προγράμματα εστιασμένου ενδιαφέροντος στο πλαίσιο μιας γενικότερης στρατηγικής ενδοϋπηρεσιακής επιμόρφωσης. Τέλος, απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή συμμετοχή σε δραστηριότητες συνεχιζόμενης κατάρτισης είναι, εκτός από τη διάθεση του νοσηλευτή για επιμόρφωση, η πρακτική διευκόλυνση και ηθική ενθάρρυνση από όλα τα επίπεδα της νοσηλευτικής ιεραρχίας. (Βοσνιάδου Σ. 1999)

### **Κλινική εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής:**

Τα νοσοκομεία της χώρας μας δέχονται τους φοιτητές της νοσηλευτικής για την κλινική τους άσκηση κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους. Κατά τη διάρκεια της φοίτησής τους, οι φοιτητές έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους και έτσι μπορούν να έχουν μια πρώτη σφαιρική άποψη για την κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία. Καθώς επίσης δέχεται φοιτητές για την πραγματοποίηση της εξάμηνης πρακτικής τους άσκησης.



*Εργ. Νοσηλευτικής*



*Εργ. Νοσηλευτικής*

Οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την εκδήλωση του εκπαιδευτικού νοσηλευτικού ρόλου είναι κυρίως η ανεπαρκής στελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό, που δημιουργεί συνθήκες έλλειψης χρόνου, Επιπλέον οι ανεπαρκείς εκπαιδευτικές δεξιότητες των νοσηλευτών και η έλλειψη αυτοπεποίθησης για το επίπεδο των γνώσεων εκτιμάται ότι προβάλλουν προβλήματα της εκπαίδευσης των ίδιων των νοσηλευτών (Δημητριάδου 2008)

## Κεφάλαιο 2

# Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στο Νοσοκομείο

## 2.1 Η διάρθρωση-στελέχωση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

### Η οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Η οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Δηλαδή, η νοσηλευτική υπηρεσία οργανώνεται σύμφωνα με το χώρο (γεωγραφική και κτιριακή οργάνωση) και σύμφωνα με το χρόνο (ωράριο-άδειες του νοσηλευτικού προσωπικού).(Λαναρά 2006)

Η διοίκηση της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι αυτή που πρέπει να μεριμνήσει και να εξασφαλίσει την κατάλληλη οργάνωση, τους σχετικούς κανονισμούς, τη σωστή πολιτική, το κατάλληλο προσωπικό και το ανάλογο σε αριθμό προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών του νοσοκομείου.( Λαναρά 2006)

Η νοσηλευτική υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς και Νοσηλευτικά τμήματα, στελεχώνεται δε από το εξής προσωπικό: Νοσηλευτικό προσωπικό (νοσηλευτές ΑΕΙ-ΤΕΙ, βοηθοί νοσηλευτών ΙΕΚ-ΤΕΕ, βοηθοί θαλάμων, τραυματιοφορείς), άλλο προσωπικό (γραφείας, διαιτολόγος, τραπεζοκόμος, προσωπικό καθαριότητας).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το προσωπικό όπως: γραφείας, διαιτολόγος, τραπεζοκόμος, προσωπικό καθαριότητας ανήκουν οργανικά σε άλλες υπηρεσίες, αλλά υπάγονται λειτουργικά στον χώρο του νοσηλευτικού τμήματος ..

Την ηγεσία της νοσηλευτικής υπηρεσίας αποτελούν ο Διευθυντής , οι προϊστάμενοι των τομέων (τομεάρχες) και οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών τμημάτων

Η οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου πρέπει να γίνεται με πολύ προσοχή! Κάθε λάθος στην οργάνωση θα έχει αντίκτυπο στη γενική εικόνα του νοσοκομείου. Γιατί οι νοσηλευτές είναι το περισσότερο σε αριθμό προσωπικό και έρχονται καθημερινά σε επαφή με εσωτερικούς, εξωτερικούς ασθενείς αλλά και με τους συγγενείς αυτών. Επομένως οι νοσηλευτές είναι αυτοί που κατά βάση είναι υπεύθυνοι για την γενική εικόνα του νοσοκομείου.(www.papageorgiou.-hospital.gr)

Τις περισσότερες φορές οι συνθήκες που επικρατούν μέσα στα ελληνικά νοσοκομεία δεν επιτρέπουν σε έναν νοσηλευτή να αναπτύξει με ασφάλεια όλες τις πτυχές του ρόλου του. Το πρόβλημα αυτό δυστυχώς έχει άμεσο αντίκτυπο στον ασθενή που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

Οι συνθήκες αυτές παρουσιάζονται σχεδόν σε όλα τα ελληνικά νοσοκομεία και είναι οι παρακάτω (Αθανάτου 2004):

- Η μεγάλη αναλογία των ασθενών προς έναν νοσηλευτή. (Δημητριάδου 2008)
- Γεωγραφική θέση των νοσοκομείων
- Παράγοντες που επιβαρύνουν τη στελέχωση
  - Η κακή διαχείριση του υπάρχοντος προσωπικού
  - Ο ελλιπής εξοπλισμός των τμημάτων
  - Η εργασία σε βάρδιες- κυκλικό ωράριο
  - Αλλότρια καθήκοντα
  - Γυναικείο επάγγελμα

## 2.2 Αναλογία ασθενών προς έναν νοσηλευτή

Ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας είναι αυτός που θα κρίνει την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού μέσα στο νοσοκομείο. Θα πρέπει να αναλογισθεί το μέγεθος του νοσοκομείου (πόσους περίπου ασθενείς εξυπηρετεί, εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς), τις ανάγκες των ασθενών, και το μέγεθος των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Καθώς επίσης θα πρέπει να υπολογισθεί και το ήδη υπάρχων νοσηλευτικό προσωπικό. Πρέπει να γίνει αξιολόγηση αυτού και να κρίνει αν το υπάρχων προσωπικό είναι ικανό να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του νοσοκομείου.

Μια άλλη προϋπόθεση για να υπολογισθεί το απαιτούμενο νοσηλευτικό προσωπικό είναι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. (Λαναρά 2006) Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας είναι οι παρακάτω:

- Δημογραφικοί, που περιλαμβάνουν τον πληθυσμό, την κατανομή, την πυκνότητα, τον ρυθμό ανάπτυξης, μετακίνησης κ.α.
- Οικονομικοί, με συσχέτιση εισοδήματος και ζήτησης υπηρεσιών.
- Κοινωνικοί και πολιτιστικοί, που αφορούν το μορφωτικό και το βαθμό ενημέρωσης του κοινού για τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας.
- Κατάσταση υγείας, που συνήθως είναι αντίστροφα ανάλογη με τη ζήτηση.
- Προσιτότητα και προσβατότητα ανάλογα με τη διευκόλυνση ή περιορισμό χρήσης των υπηρεσιών (μεγάλες αποστάσεις, μακροχρόνια σειρά αναμονής).
- Διαθεσιμότητα πηγών/πόρων ανθρώπινων και υλικών, η περίσσεια ή ο περιορισμός των οποίων αυξάνει ή ελαττώνει τη ζήτηση υπηρεσιών.
- Τεχνολογία στο χώρο της υγείας, το επίπεδο της οποίας έχει άμεση επίπτωση στις προσφερόμενες υπηρεσίες και στο προσωπικό που την παρέχει.

Άλλοι παράγοντες είναι:

- Κατάσταση υγείας ασθενών.
- Ημέρες νοσηλείας των ασθενών.
- Νοσηλευτική και ιατρική τεχνολογία (όταν αυτή επηρεάζει τον απαιτούμενο χρόνο νοσηλευτικής φροντίδας).
- Μέθοδοι οργάνωσης εργασίας.
- Νοσηλευτικοί σκοποί.
- Συνεργασία με άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου.
- Φυσική διαρρύθμιση του χώρου, εξοπλισμός-μηχανήματα, τεχνολογία.

Τρόπος στελέχωσης ενός νοσοκομείου:

Αν υποθέσουμε πως ένα νοσοκομείο έχει 603 κρεβάτια στις κλινικές του, τότε η δύναμη των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι (σύμφωνα με τη ΠΑΣΟΝΟΠ για αναλογία νοσηλευτών προς νοσηλευόμενους 1:5 ανά βάρδια) η εξής και με τον εξής τρόπο:

Αν πολλαπλασιάσουμε τα 603 κρεβάτια των κλινικών, με τον αριθμό των 3 ωραρίων που καλούνται για την κάλυψη όλου του 24ώρου τότε:

$$603 \times 3 = 1809$$

Απαιτούνται λοιπόν 1809 ωράρια το 24ώρο. Ενώ, το χρόνο απαιτούνται  $365 \times 1809 = 660285$  βάρδιες. Ο κάθε νοσηλευτής δικαιούται το χρόνο 104 ρεπό, 25 μέρες άδεια και 10 αργίες περίπου. Δηλαδή εργάζεται συνολικά 225 μέρες το χρόνο. Δεχόμενοι ως παραδεκτή αναλογία νοσηλευτή προς ασθενή 1:5 τότε στις 225 μέρες το χρόνο ο κάθε νοσηλευτής θα μπορεί να βλέπει 1125 ασθενείς ( $225 \times 5 = 1125$ ).

Αν διαιρέσουμε τα 660285 ωράρια με τους 1125 ασθενείς που μπορεί να παρακολουθεί ο κάθε νοσηλευτής, τότε μας χρειάζονται 587 νοσηλευτές για τα 603 κρεβάτια των κλινικών του νοσοκομείου ( $660285 : 1125 = 587$ )

Δύναμη νοσηλευτών στις ΜΕΘ: Η αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς στις ΜΕΘ πρέπει να είναι 5:1. Για τα 65 κρεβάτια εντατικής που διαθέτει το νοσοκομείο χρειάζονται 325 νοσηλευτές ( $65 \times 5 = 325$ ).

Δύναμη νοσηλευτών στα χειρουργεία: Στα χειρουργεία οι νοσηλευτές εργάζονται 10 μέρες λιγότερο λόγω της ειδικής άδειας που δικαιούνται. Συνολικά δουλεύουν 215 μέρες το χρόνο. Αν το νοσοκομείο διαθέτει 10 χειρουργικά τραπέζια, τότε σε κάθε τραπέζι χρειάζονται 2 νοσηλευτές και 3 στη γενική κίνηση. Προβλέποντας ότι τα χειρουργεία θα δουλεύουν και απόγευμα, απαιτούνται 23 νοσηλευτές πρωί, 23 απόγευμα, και 10 νοσηλευτές κατά τη νυχτερινή βάρδια ( $23 + 23 + 10 = 56$ ). Σύνολο απαιτούμενων νοσηλευτών στο χειρουργείο 95 άτομα ( $56 \times 365 = 20440$ ,  $20440 : 215 = 95$ )

Δύναμη νοσηλευτών στο αναισθησιολογικό: Για τις 10 αίθουσες χειρουργείου απαιτούνται 10 νοσηλευτές πρωί, 5 απόγευμα και 2 νύχτα. Σύνολο 17.  $17 \times 365 = 6205$ ,  $6205 : 215 = 29$  Σύνολο 29 νοσηλευτές.

Διοικητικό έργο: Αν το νοσοκομείο διαθέτει 37 τμήματα χρειάζονται 74 προϊσταμένες και υπεύθυνες. Σύνολο 74 νοσηλευτές.

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία: Αν λειτουργούν στο νοσοκομείο 31 Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία η στελέχωσή τους πρέπει να είναι 1 νοσηλευτής ανά ιατρείο. Δεδομένου ότι τα ΤΕΙ λειτουργούν μόνο το πρωί, και μόνο 5 ημέρες την εβδομάδα, συνολικά εργάζονται 260 ημέρες

τον χρόνο. Επομένως,  $260 \times 31 = 8060$ ,  $8060 : 225 = 35,8$ . Αν λειτουργούν ΤΕΙ μόνο το πρωί χρειάζονται 36 νοσηλευτές, αν λειτουργούν και απόγευμα χρειάζονται 72 νοσηλευτές.

Σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα 198\14.9.2007 κάθε τμήμα πρέπει να στελεχώνεται από το εξής προσωπικό:

#### **Μονάδα Τεχνητού Νεφρού**

Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Τ.Ε.Ι. ή Ισοτίμων Σχολών της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής, ως Προϊστάμενος της Μονάδας. Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Τριετούς ή Διετούς Φοιτήσεως, για κάθε τρία (3) λειτουργούντα μηχανήματα. Ένας (1) Βοηθός Νοσοκόμος - Τραυματιοφορέας για δύο (2) βάρδιες λειτουργίας της Μονάδας και Δύο (2) Βοηθοί Τραυματιοφορείς για τρεις (3) βάρδιες λειτουργίας της Μονάδας.

#### **Μονάδα Εντατικής Θεραπείας**

Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Τ.Ε.Ι. ή Ισοτίμων Σχολών της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής, ανά έξι (6) κλίνες, ως Προϊστάμενος. Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Τριετούς ή Διετούς Φοιτήσεως, ανά ωράριο εργασίας επί 24ώρου βάσεως, ανά δυόμιση (2,5) κλίνες.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ**

#### **ΜΟΝΑΔΕΣ**

##### **Νοσηλευτικό Προσωπικό**

Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ή Ισοτίμων Σχολών της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής, ως Γενικός Προϊστάμενος. Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Τριετούς ή Διετούς Φοιτήσεως ανά δέκα (10) κλίνες. Εφόσον οι κλίνες είναι περισσότερες από δέκα (10) και λιγότερες από είκοσι, απαιτείται πρόσληψη και δεύτερου νοσηλευτή (-τριας). Ένας (1) Βοηθός Νοσοκόμος ανά πέντε (5) κλίνες. Ένας (1) Μεταφορέας ασθενών για κλινικές μέχρι εξήντα (60) κλίνες. Για Κλινικές πάνω από εξήντα (60) κλίνες, δύο (2) Μεταφορείς ασθενών.

**Υποχρεώσεις** Το Νοσηλευτικό Προσωπικό, υπολογίζεται συνολικά με δεδομένο την θωρη απασχόληση επί πενήνήμερο. Στο εν λόγω προσωπικό δεν συμπεριλαμβάνεται το νοσηλευτικό προσωπικό των Εργαστηρίων, των Ειδικών Μονάδων και των Εξωτερικών Ιατρείων. Για το νυχτερινό ωράριο εργασίας, θα απασχολείται το 15% του νοσηλευτικού προσωπικού υποχρεωτικά, από το οποίο ένας (1) νοσηλεύτης (-τρια), θα πρέπει να είναι απόφοιτος Τ.Ε.Ι. ή Ισοτίμων Σχολών της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής.

## Παιδιατρική Νοσηλευτική Μονάδα

### **Νοσηλευτικό Προσωπικό**

Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ή Ισοτίμων Σχολών της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής, ως Γενικός Προϊστάμενος. Δύο (2) Νοσηλευτές (-τριες) Τριετούς ή Διετούς Φοιτήσεως ανά είκοσι (20) κλίνες. Ένας (1) Βοηθός Νοσοκόμος ή Πρακτικός ανά πέντε (5) κλίνες. Ένας (1) Μεταφορέας ασθενών για κλινικές μέχρι εξήντα (60) κλίνες. Για Κλινικές πάνω από εξήντα (60) κλίνες, δύο (2) Μεταφορείς ασθενών.

## Ψυχιατρική Νοσηλευτική Μονάδα

(αφορά τις Ψυχιατρικές Κλινικές)

### **Νοσηλευτικό Προσωπικό**

Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Α.Ε.Ι. ή Τ.Ε.Ι. ή Ισοτίμης Σχολής της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής ως Γενικός Προϊστάμενος (-η). Ένας (1) Νοσηλεύτης (-τρια) Τριετούς ή Διετούς Φοιτήσεως, για κάθε είκοσι (20) κλίνες, εκ των οποίων ορίζονται οι Προϊστάμενοι (-ες) Τμημάτων από τον Διοικητικό Δ/ντή της Κλινικής. Ένας (1) Βοηθός Νοσοκόμος ή Πρακτικός, ανά πέντε (5) κλίνες.

Ελλάδα έχει 18.691 πτυχιούχους νοσηλευτές, ενώ θα έπρεπε, με βάση τις σύγχρονες προδιαγραφές νοσηλείας που προβλέπει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), για τα μέτρα και τα δεδομένα της χώρας μας, να ήταν 110.000! Ακόμη όμως και με βάση τους «οργανισμούς» των νοσοκομείων, που είναι ήδη ξεπερασμένοι και χρειάζονται αναμόρφωση, τα κενά ξεπερνούν τις 15.000 θέσεις νοσηλευτών. Τα δεκάδες νέα νοσοκομεία που έχουν ανεγερθεί τα τελευταία χρόνια εξακολουθούν σήμερα να λειτουργούν με τρομακτικές ελλείψεις, αφού ανεστάλησαν τα προγράμματα προσλήψεων, ενώ οι όποιες αποσπασματικές τοποθετήσεις δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται από τις αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης, παραιτήσεων κ.λπ.

Σε μια νοσηλεύτρια ελληνικού νοσοκομείου, που εργάζεται σε χειρουργείο ή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), ή Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), ανατίθενται καθήκοντα που αναλογούν στη δουλειά 4 συναδέλφων της! Στις παθολογικές και άλλες κλινικές, όπου τα περιστατικά είναι ηπιότερα ως προς την επικινδυνότητά τους, μια νοσηλεύτρια κάνει τη δουλειά 8 συναδέλφων της! ([www.greekmeds.gr](http://www.greekmeds.gr))





Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθούν και οι ουρές που σχηματίζονται από τους ασθενείς ειδικά κατά την εφημερία των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Δημιουργούν πολύ σοβαρό πρόβλημα στους ίδιους τους νοσηλευτές, στους γιατρούς αλλά και στους υπόλοιπους ασθενείς. Το έργο των νοσηλευτών επηρεάζεται πολύ αρνητικά. (Τριχιοπούλου 1986) Προκειμένου να εξυπηρετηθούν όλοι όσοι βρίσκονται στις ουρές ο νοσηλευτής δεν προλαβαίνει να εφαρμόσει με τον σωστό τρόπο τις νοσηλευτικές πράξεις που απαιτεί το κάθε περιστατικό ξεχωριστά.

Ωστόσο λύση για το συγκεκριμένο θέμα υπάρχει αν και δεν την εφαρμόζει κανένας διοικητής νοσοκομείου. Οι ουρές τις ημέρες των εφημεριών στα δημόσια νοσοκομεία είναι δυνατόν να εκλείψουν κυρίως με το προσεκτικό φιλτράρισμα των περιστατικών, μέσω των υποδομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πέραν της συρρίκνωσης των λιστών αναμονής, που ήδη έχει επιτευχθεί μέσω της αναβάθμισης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού-προσωπικού ιατρού, ο οποίος θα έχει τη δυνατότητα να παραπέμπει στην περίπτωση και μόνο που το θεωρεί απαραίτητο και θα ελέγχεται για τον αριθμό παραπομπών του κάθε ασθενή, θ' αποσυμφορήσουν την κατάσταση.

Η συμβολή του οικογενειακού γιατρού θα είναι καθοριστική, γιατί θ' αποτρέπει έναν μεγάλο όγκο περιστατικών, τα οποία δεν είναι αναγκαίο να οδηγηθούν στα δημόσια νοσοκομεία για την αντιμετώπισή τους. (Κουκλάκη 2009) Στο ίδιο κλίμα, μια πολύ σημαντική παράμετρος είναι επίσης η Αγωγή Υγείας προς τον πολίτη, έτσι ώστε αυτός να είναι σε θέση ν' αποτιμήσει τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασής του και κατά πόσο αυτή χρήζει επείγουσας ιατρικής αντιμετώπισης.

Ένα άλλο μέτρο το οποίο μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά στη δημιουργία των μεγάλων ουρών, κατά τη διάρκεια της εφημερίας ενός νοσοκομείου, είναι η δημιουργία και διαφήμιση μιας τηλεφωνικής γραμμής υγείας, η οποία θα στελεχώνεται από ιατρούς επί 24ώρου βάσεως και θα μπορεί να υποστηρίξει και να κατευθύνει, αν χρειάζεται, τους ασθενείς, θα παρέχει δε πληροφορίες και για πρώτες βοήθειες. (Κουκλάκη 2009)

### 1.5.3 Η κακή διαχείριση του υπάρχοντος προσωπικού-Αλλότρια καθήκοντα

Πολλές φορές στα νοσοκομεία μας συναντάμε νοσηλευτές να κάνουν άλλη δουλειά πέρα από αυτήν που ορίζει η οργανική τους θέση. Αυτό συμβαίνει γιατί παρατηρείται έλλειψη όχι μόνο σε νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και σε άλλο προσωπικό (βοηθοί νοσηλευτών, διοικητικοί υπάλληλοι, υπάλληλοι της τεχνικής υπηρεσίας).

Έτσι αυτά τα καθήκοντα καλούνται να τα εκτελέσουν οι νοσηλευτές (ειδικά νοσηλευτές που είναι μεγαλύτερης ηλικίας και έχουν πολλά χρόνια προϋπηρεσίας). Μεγάλος χαμένος και αδικημένος είναι οι ίδιοι οι νοσηλευτές. Μάλιστα, ότι τα τελευταία δύο χρόνια η κατάσταση έχει χειροτερέψει, καθώς έχει στηθεί μία βιομηχανία... μετατάξεων, που μετατρέπει τους νοσηλευτές σε... γραφιάδες και τους τραυματιοφορείς σε... κλητήρες, αφήνοντας απογυμνωμένα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα οποία ήδη πάσχουν από έλλειψη προσωπικού.

Οι νοσηλευτές οι οποίοι παραμένουν στα τμήματα καλούνται να δουλέψουν παραπάνω για να καλύψουν την εργασία την οποία έκανε ένας νοσηλευτής ο οποίος έχει μεταταχθεί σε κάποιο γραφείο. (Τριχιοπούλου 1986) Η κατάσταση όμως γίνεται χειρότερη λόγω της ήδη μεγάλης έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού που υπάρχει στα ελληνικά νοσοκομεία.

Οι αρνητικές επιπτώσεις αυτού του φαινομένου έχουν αντίκτυπο πάνω στους νοσηλευτές. Συναντάτε όλο και περισσότερο η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Ακόμα αναγκάζονται να δουλέψουν διπλή βάρδια ή να κάνουν περισσότερα νυχτέρια από ότι έκαναν παλαιότερα.

Έτσι δημιουργείται μια σειρά αλυσιδωτών προβλημάτων. Λόγω της επαγγελματικής εξουθένωσης οι νοσηλευτές αναγκάζονται να παίρνουν αναρρωτικές άδειες. Όπως μπορεί να καταλάβει κανείς πολύ εύκολα το πρόβλημα αντί να αντιμετωπίζεται γίνεται όλο και μεγαλύτερο. (Αθανάτου 2004)

## 1.5.4 Ο ελλιπής εξοπλισμός.

Σε όλα τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία παρατηρείται μεγάλη έλλειψη ιατρικών μηχανημάτων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση εξετάσεων και για θεραπευτικούς σκοπούς. Ακόμα τον τελευταίο καιρό παρατηρείται μεγάλη έλλειψη και στο υγειονομικό υλικό (αποστειρωμένα και απλά γάντια, ενέσεις, γάζες κλπ).

Δυστυχώς όμως, τα δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν σήμερα με απαρχαιωμένο εξοπλισμό, καθώς η ελλιπής χρηματοδότηση και η απέραντη γραφειοκρατία που επικρατεί καθυστερούν για χρόνια την ανανέωσή του. Ο ήδη υπάρχον εξοπλισμός δύσκολα μπορεί να αντικατασταθεί με καινούριο και πιο σύγχρονο εξοπλισμό. Ακόμα και η επισκευή αυτού του εξοπλισμού είναι δύσκολη και απαιτεί πολύ χρόνο και χρήμα καθώς είναι δύσκολο να βρεθούν ανταλλακτικά στο εμπόριο.

Έτσι, οι νοσηλευτές αλλά και οι ίδιοι οι γιατροί αναγκάζονται να προσαρμοστούν με την υπάρχουσα κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία. Η κατάσταση γίνεται πιο δύσκολη όταν συνδυάζεται η έλλειψη του ιατρικού εξοπλισμού με το υγειονομικό υλικό. Με μια απλή επίσκεψη στα νοσοκομεία της χώρας μας, θα διαπιστώσει κανείς πολύ εύκολα ότι οι νοσηλευτές δυσκολεύονται να εκτελέσουν τα καθήκοντά τους. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

Βλέπουμε τους νοσηλευτές να μην έχουν γάντια να χρησιμοποιήσουν. Αναγκάζονται να πάνε από ασθενή σε ασθενή φορώντας τα ίδια γάντια. Αυτό βέβαια γεννά κινδύνους και για τους ίδιους τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα γίνεται μετάδοση των μικροβίων από ασθενή σε ασθενή. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος αύξησης των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων από τις οποίες μπορούν να προσβληθούν οι ασθενείς αλλά και το ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου. ([http://archive.enet.gr/online/online\\_text](http://archive.enet.gr/online/online_text))

Επιπροσθέτως, δημιουργείται πρόβλημα και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Δημιουργούνται μεγάλες ουρές και έτσι οι ασθενείς αναγκάζονται να περιμένουν πολύ καιρό για μια διαγνωστική εξέταση. Για παράδειγμα, σε μια περιοχή με δύο νοσοκομεία μόνο το ένα από αυτά διαθέτει αξονικό τομογράφο. Οπότε τα δυο αυτά νοσοκομεία αναγκάζονται να εξυπηρετηθούν από έναν μόνο αξονικό τομογράφο.

Επιπλέον, ας μην ξεχνάμε τα προβλήματα από τον ήδη υπάρχον εξοπλισμό. Πολλές φορές ένα μηχάνημα μπορεί να μας δώσει λάθος αποτελέσματα. Έτσι, μπαίνουμε στον κόπο να επαναλάβουμε την εξέταση για να αποκλεισθεί κάθε πιθανό λάθος αποτέλεσμα.

## 1.5.5 Εργασία σε βάρδιες

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που καλεί τους νοσηλευτές με το σύστημα της εναλλαγής της βάρδιας. Το γνωστό σε όλους μας κυκλικό ωράριο. Τι είναι όμως βάρδια;

ΟΡΙΣΜΟΣ: Βάρδια είναι καθεμιά από τις ομάδες εργατών ή υπαλλήλων που εναλλάσσεται με άλλες για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου. (Υδρία 1991)

Κατά τη διάρκεια του 24ώρου εναλλάσσονται τρεις βάρδιες. Η πρωινή ( 7:00-15:00), η απογευματινή (15:00-23:00) και η βραδινή βάρδια (23:00-7:00).

Μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας οι νοσηλευτές βιώνουν έντονα συναισθήματα όπως της επαγγελματικής ικανοποίησης του επαγγελματικού στρες, καταστάσεις που μεταβάλλουν την ζωή μας ,αλλά και τις καθημερινές συνήθειες ,όπως διατροφή τον ύπνο ακόμα και τις οικογενειακές σχέσεις και τις κοινωνικές. (Καγαλιάρη, Σταματάκη 1996)

Τα προβλήματα του κυκλικού ωραρίου εργασίας για τους νοσηλευτές είναι: (Berger et Hobbs 2006)

- Επαγγελματικής φύσεως (πχ επαγγελματική εξουθένωση)
- Οικογενειακής-κοινωνικής φύσεως
- Προσωπικής- παθολογικής φύσεως.

### Προβλήματα επαγγελματικής φύσεως:

- Άγχος και στρες
- Αλληλουχία του ωραρίου
- Προσωπικοί ρυθμοί του ατόμου
- Λάθη που μπορούν να προκύψουν και ατυχήματα λόγω της παρατεταμένης αϋπνίας του προσωπικού
- Οι απαιτήσεις του προγράμματος έτσι που να επιτυγχάνεται καλύτερα η παραγωγικότητα ενός τμήματος
- Διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ συναδέλφων σε συνάρτηση πάντα με το πρόγραμμα (αλλαγές-απαιτήσεις)

Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι το άγχος εξαιτίας του κυκλικού ωραρίου εργασίας, οφείλετε πολλές φορές στο γεγονός ότι οι ευκαιρίες ανέλιξης περιορίζονται κατά την απογευματινή βάρδια ή την νυχτερινή εργασία. Ενώ, στην πρωινή μέσα από την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία με τη νοσηλευτική διοίκηση και το ιατρικό προσωπικό, αυξάνονται οι ευκαιρίες ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο. (Χαραλαμπίδου 1996 και Andy 1995)

Η ασφάλεια του ασθενούς τίθεται σε κίνδυνο όταν οι νοσηλευτές εργάζονται πολλές και απρόβλεπτες ώρες. Ειδικά, όταν το τελευταίο ζύπνημά τους ξεπερνά τις 17 ώρες. (Berger et Hobbs 2006)

Μετά από μια 12ωρη βάρδια το ρίσκο να τρυπηθεί κάποιος νοσηλευτής από βελόνα ή να δώσει λάθος φάρμακα, σε σύγκριση πάντα με κάποιον νοσηλευτή που δούλεψε 8ωρη βάρδια μειώνεται στο 50% στον δεύτερο. (Institute of medicine 2004)

Σε έρευνα που δημοσιεύθηκε στο Public Heart Briefs αναφέρεται ότι παρατηρήθηκε σε άτομα που υπόκειντο σε κυκλικό ωράριο εργασίας ότι ήταν 53,6% πιο ευάλωτα σε λάθη, χορηγήσεις, φαρμάκων, τρυπήματα από λερωμένες βελόνες αλλά και σε οδικά ατυχήματα καθώς οδηγούσαν από και προς την εργασία τους.

Η νυχτερινή εργασία παρεμβαίνει στη φυσιολογική διαδικασία του νυχτερινού ύπνου. Επηρεάζει αρνητικά το φυσιολογικό ρολόι του ανθρώπινου οργανισμού που ακολουθεί ένα εικοσιτετράωρο ρυθμό. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

Η απορρύθμιση των ρυθμών προάγει στους νοσηλευτές μοτίβα ύπνου και επαγρύπνησης καθώς και εγρήγορσης και νύστας. Αυτό, όμως, με τη σειρά του έχει επίπτωση στο να εκτελούνται σημαντικές διεργασίες με αναποτελεσματικό τρόπο. (Moir 1992)

## **Προβλήματα οικογενειακής-κοινωνικής φύσεως::**

Το κυκλικό ωράριο εργασίας των νοσηλευτών, δεν επιδρά μόνο στον επαγγελματικό τομέα (Επιβατιανός 1984).. Αλλά δυστυχώς, παρεμβαίνει και δυσχεραίνει την κοινωνική και οικογενειακή ζωή των νοσηλευτών.

Η φροντίδα των παιδιών ενός νοσηλευτή, επηρεάζεται αρνητικά από τις επαγγελματικές του ανάγκες (Επιβατιανός 1984). Δηλαδή, τα παιδιά πολλές φορές νιώθουν παραμελημένα από τους γονείς-νοσηλευτές, επειδή δεν έχουν όσο χρόνο θα ήθελαν για να αφιερώσουν στα παιδιά τους.

Επίσης το σημερινό εκπαιδευτικό σύστημα, έρχεται σε αντίθεση με το κυκλικό ωράριο ενός νοσηλευτή και αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Ο γονιός, την ώρα που το παιδί του είναι στο σχολείο πρέπει να ξεκουραστεί για να μπορέσει να ανταπεξέλθει με επιτυχία στα καθήκοντά του κατά τη διάρκεια της απογευματινής ή βραδινής βάρδιας. .(Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996) Ενώ, κατά τη διάρκεια του απογεύματος, που τα παιδιά βρίσκονται συνήθως στο σπίτι, οι γονείς εργάζονται ή έχουν να ασχοληθούν με άλλα πράγματα (πχ δουλειές του σπιτιού).



Οι οικογενειακοί ρυθμοί πρέπει να προσαρμόζονται στις απαιτήσεις του νοσηλευτή της οικογένειας. Αν, όμως αυτό δεν γίνει, τότε παρατηρούνται δυσλειτουργίες στην οικογένεια καθώς αυξάνεται το άγχος του νοσηλευτή.(Κρέπια 2006)

Η κοινωνία μας ζει και εργάζεται σε ρυθμούς διαφορετικούς από τους νοσηλευτές.( Γί αυτό υπάρχει έλλειψη κατανόησης από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όσον αφορά στη φύση του επαγγέλματος των νοσηλευτών , λόγω του κυκλικού ωραρίου εργασίας.(Institute of medicine 2004)

Η κοινωνία (φίλοι και συγγενείς) αδυνατούν να καταλάβουν τον διαφορετικό τρόπο ζωής ενός νοσηλευτή. Δημιουργούνται ψυχοκοινωνικά προβλήματα (ποιοτικά αλλά και ποσοτικά). Οι φίλοι απομακρύνονται και οι κοινωνικές σχέσεις διακόπτονται ή αραιώνουν με το πέρασμα του χρόνου.(Berger et Hobbs 2006) Κάτι παρόμοιο μπορεί να συμβεί και με τους συγγενείς των νοσηλευτών.



## Προβλήματα προσωπικής- παθολογικής φύσεως:

Το κυκλικό ωράριο εργασίας αναστατώνει τους βιολογικούς ρυθμούς του ατόμου που συνάδουν με τον κύκλο ημέρας – νύχτας. Οι κυριότερες αλλαγές που παρουσιάζονται σε έναν νοσηλευτή είναι οι παρακάτω:

Μειώνεται η παραγωγή μελατονίνης (που αποκαλείται επίσης ορμόνη του σκότους). Η μελατονίνη μεταξύ άλλων έχει ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες και μπορεί να καταστέλλει την ανάπτυξη καρκινικών κυττάρων. Το φυσικό ή τεχνητό φως, καταστέλλει την παραγωγή μελατονίνης από τον οργανισμό. (Institute of medicine 2004)

Αποδυναμώνεται το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού. (Berger et Hobbs 2006)  
Το σύστημα αυτό ευθύνεται για την άμυνα του οργανισμού εναντίον των μολύνσεων και των καρκινικών κυττάρων. Ένας από τους μηχανισμούς που ευθύνονται για την πρόκληση καρκίνου, είναι οι αδυναμίες του ανοσολογικού συστήματος που όταν υπάρχουν δεν του επιτρέπουν να εξουδετερώνει τα καρκινικά κύτταρα που εμφανίζονται στον οργανισμό. (Κρέπτια 2001)

Ο πολλαπλασιασμός των φυσιολογικών κυττάρων επηρεάζεται αρνητικά διότι αυξάνεται ο κίνδυνος πρόκλησης βλαβών στα γονίδια. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996) Οι βλάβες αυτές των γονιδίων, μπορεί να είναι αιτία γένεσης καρκίνων.

Η θερμοκρασία κατά τη διάρκεια της μέρας αυξάνεται σημειώνοντας τη μεγαλύτερη της τιμή αργά το πρωί ή νωρίς το απόγευμα. Μειώνεται τις απογευματινές ώρες και συνεχίζει την κάθοδό της την περίοδο της νύχτας, εμφανίζοντας την κατώτερη τιμή της, τις πρωινές ώρες. Σε αυτές τις ώρες αυξάνονται οι πιθανότητες σφάλματος από τους νοσηλευτές. ( Cabbor D. VanBreec 1994) Γι' αυτό το πρωί που οι θερμοκρασίες είναι πιο υψηλές οι ανθρώπινες δραστηριότητες είναι πιο αποδοτικές.

Στο νυχτερινό ύπνο η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή λειτουργία μειώνονται, ενώ στη φάση εργασίας αυξάνονται. Ελαττώνονται γιατί ο νυχτερινός ύπνος είναι πιο ξεκούραστος και βαθύτερος από τον πρωινό ύπνο όπου έχει προηγηθεί νυχτερινή εργασία. ( Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας 1984)

Έχει διαπιστωθεί αύξηση στην κατανάλωση πρόχειρων φαγητών, καφεΐνης, καπνού τα οποία μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση γαστρεντερικών προβλημάτων όπως ανορεξία και δυσκοιλιότητα. ( Moira L. 1992)

Οι διαταραχές του ύπνου στους νοσηλευτές με κυλιόμενο ωράριο περιλαμβάνουν την δυσκολία να κοιμηθούν και την μείωση της ποιότητας του ύπνου τους. Έτσι, έχουν περισσότερα διαστήματα αϋπνίας και μικρότερα διαστήματα ύπνου. Μερικοί, δυσκολεύονται να κοιμηθούν και αν ξυπνήσουν είναι δύσκολο να ξανακοιμηθούν. (Berger et Hobbs 2006). Επομένως απουσιάζει εντελώς ο ήρεμος και γαλήνιος ύπνος όπου είναι αναγκαίος για την αποθήκευση ενέργειας. Η χρήση ή κατάχρηση ουσιών όπως οιοπνεύματος, καπνού υπνωτικά φάρμακα, παυσίπονα και ηρεμιστικά είναι συνεπακόλουθο από την έλλειψη ποιοτικού ύπνου. ( Moira L. 1992)



## 1.5.6 Γυναικείο επάγγελμα

Η νοσηλευτική επιστήμη είναι ένα επάγγελμα που ακολουθείται στο μεγαλύτερο μέρος της από γυναίκες. Γιατί άραγε να συμβαίνει αυτό; Σε τι οφείλεται η ανισοκατανομή των φύλων στα επαγγέλματα που έχουν σχέση με την υγεία γενικότερα; Γιατί οι άντρες δε δείχνουν προτίμηση σε αυτά τα επαγγέλματα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τις γυναίκες;

Η παράδοση αλλά και οι χαμηλές αμοιβές, οι συνθήκες εξάσκησης του συγκεκριμένου επαγγέλματος, αλλά και ο τρόπος που αντιμετωπίζονται από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, είναι ουσιώδεις λόγοι που οδηγούν στη φυλετική προτίμηση από τις γυναίκες. ( Ξένου-Βενάρδου 2000 )

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ελληνικό Ινστιτούτο Ισότητας (2000) οι λόγοι που οι άνδρες δεν προτιμούν το επάγγελμα της νοσηλευτικής είναι οι εξής:

- Η παράδοση
- Οι χαμηλές αμοιβές
- Η έλλειψη κοινωνικής αποδοχής
- Η έλλειψη επαφής με τους ανθρώπους – οι γυναίκες έχουν καλύτερη επαφή

Ωστόσο, υπάρχουν κάποια πράγματα που μπορούν να εφαρμοσθούν για να σταματήσει η ανισοκατανομή των δύο φύλων στη νοσηλευτική επιστήμη :(Επιβατιανός 1984)

- Χρειάζεται ευαισθητοποίηση για θέματα που αφορούν τα δυο φύλα. Καλύτερη πληροφόρηση που θα αρχίσει από τα σχολεία, ώστε τα συναφή επαγγέλματα να μην θεωρούνται γυναικεία.
- Αλλαγή παραδοσιακών τρόπων
- Να δοθεί έμφαση στον ανθρωπιστικό ρόλο του τομέα της υγείας, ώστε να μην αντιμετωπίζεται μόνο σαν επάγγελμα.
- Βελτίωση της εικόνας του τομέα της υγείας και διασφάλιση των επαγγελματικών δικαιωμάτων των επαγγελματιών της υγείας
- Να βελτιωθούν οι όροι και οι συνθήκες εργασίας. Να μη ζητάνε από τους εργαζόμενους να ασχολούνται και με άλλες εργασίες, κάτι που γίνεται σήμερα επειδή υπάρχουν ελλείψεις. Χρειάζονται υψηλότεροι μισθοί για όλους.



## Κεφάλαιο 3 Ο ασθενής

### 3.1 Ο ασθενής και οι ανάγκες του

Η μεγάλη προσέλευση ασθενών οδηγεί το νοσοκομείο σε οριακές καταστάσεις. οι ασθενείς και οι οικείοι τους, καταγγέλλουν πως οι συνθήκες στα ελληνικά νοσοκομεία είναι αφόρητες, αφού βρίσκονται στοιβαγμένοι στον διάδρομο, χωρίς παροχές, νοσηλευτές και αξιοπρέπεια, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου υποχρεώνεται σε εξαντλητικά ωράρια. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996) Αφόρητες είναι οι συνθήκες για τους ασθενείς, καθώς εμφραγματίες και διασωληνωμένοι παραμένουν σε φορεία, στοιβαγμένοι στον διάδρομο. (Κακαβούλης Α. 1997)

Εικόνες που δεν συναντάμε στα νοσοκομεία του εξωτερικού. Συνήθως τις περισσότερες φορές που οδηγείται κάποιος ασθενείς στο εξωτερικό είναι γιατί τον οδηγεί η ανάγκη. Τα κινήματα οικογενειών και ασθενών στην Ευρώπη είναι πολύ ισχυρά, υπάρχουν πολλοί σύλλογοι, πολλές ομάδες αυτοβοήθειας με πολλές δραστηριότητες. (www.esne.gr). Λόγω μαζικότητας του κινήματος είναι σε θέση να επηρεάσουν πολιτικές αποφάσεις περισσότερο ίσως από εμάς. .(Τούντας Ι 2001)

Οι αντιλήψεις εκεί έχουν αλλάξει. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Το νοσοκομειακό κρεβάτι δεν αποτελεί την κύρια λύση, γιατί υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα κατ' οίκον παρέμβασης και για την αντιμετώπιση της κρίσης. .(Κακαβούλης Α. 1997)

Επιπλέον, οι οικογένειες και οι ασθενείς υποστηρίζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό Ένα δραματικό στοιχείο είναι ότι περίπου 1500 Έλληνες πηγαίνουν με έξοδα του κράτους ή ιδιωτικά για αποκατάσταση στο εξωτερικό. Το κράτος στέλνει ασθενείς στο εξωτερικό για αποκατάσταση με ημερήσια νοσήλια που συνήθως ξεπερνάνε τα 1.000 ευρώ την ημέρα. Στη χειρότερη στιγμή της ζωής ενός ανθρώπου που από υγιής γίνεται ανάπηρος αναγκάζεται

επιπλέον να μεταναστεύσει στο εξωτερικό διότι ξέρει ότι εκεί θα καλυφθεί όλο το κόστος. Αλλά και οι διαδικασίες έγκρισης για νοσηλεία στο εξωτερικό είναι διάτρητες. Για την ίδια πάθηση σε άλλους εγκρίνεται η νοσηλεία στο εξωτερικό και άλλοι ασθενείς ψάχνουν για ένα κρεβάτι στα 180 του δημόσιου χώρου. Μάλιστα γι' αυτή τη διαδικασία της έγκρισης και μεταφοράς στο εξωτερικό έχουν ιδρυθεί και ειδικά γραφεία, για όσους βέβαια έχουν να πληρώσουν.

Ακόμα περισσότερα από 200 Ελληνόπουλα με συγγενείς καρδιοπάθειες παραπέμπονται ετησίως σε κέντρα του εξωτερικού, προκειμένου να υποβληθούν σε .(Τριχιοπούλου Α. 1986)χειρουργική επέμβαση. Στη χώρα μας λειτουργούν ένα καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών στο Ωνάσειο και δύο καρδιοχειρουργικές κλινικές στο νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία, που διενεργούν συνολικά 400-450 εγχειρήσεις καθ' έτος.(Τζιάντζη 2009) Η καλύτερη αξιοποίηση και η επέκταση των σχετικών υποδομών θα μπορούσε να μειώσει στο ελάχιστο τη ροή των μικρών ασθενών στο εξωτερικό και το τεράστιο οικονομικό-κοινωνικό κόστος που αυτή συνεπάγεται. .(Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1995)

## 3.2 Ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και οι ψυχολογικές αντιδράσεις ψυχοσυναισθηματικές διεργασίες:

### **ΑΡΝΗΣΗ**

Ο ασθενής απορρίπτει τη διάγνωση που του έγινε και αρνείται να δεχθεί ότι πάσχει από τη νόσο. (Μελισσά 1998)

### **ΑΠΩΘΗΣΗ**

Ο ασθενής γνωρίζει τα συμπτώματα της νόσου, τα αναγνωρίζει επάνω του, αδιαφορεί όμως γι' αυτά και δεν ασχολείται μαζί τους ωθώντας τα στο περιθώριο της συνείδησής του. .(Μελισσά 1998)

### **ΥΠΕΡΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗ**

Στο βαθμό που μπορεί, ο ασθενής προσπαθεί να εμφανίζει αυξημένη δραστηριότητα, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια, και γενικά προσπαθεί να αναπληρώσει αυτά τα οποία χάνει εξαιτίας της νόσου. .(Μελισσά 1998)

### **ΠΡΟΒΟΛΗ**

Ο ασθενής προβάλλει σε άλλους τις δικές του ιδέες μομφής και ενοχής. Γίνεται ερειστικός και επιθετικός προς τα έξω, προκειμένου να μην στρέψει την επιθετικότητά του εναντίον του ίδιου του εαυτού. .(Μελισσά 1998)

Βέβαια, στο σοκ της διάγνωσης μιας νόσου υποβάλλονται και οι ίδιοι οι συγγενείς του ασθενούς, ενώ συχνά διέρχονται και αυτοί από τις ίδιες ψυχολογικές φάσεις που βιώνει ο ίδιος ο ασθενής. (Κρέπια 2006)

Έχει διαπιστωθεί, πως οι ασθενείς εμφανίζουν πολλές ιδιαίτερες ανάγκες, ενώ η φροντίδα τους συχνά είναι πιο δύσκολη από όσο μπορεί κανείς να φανταστεί (Αθανάτου 2004). Συνοπτικά, οι κυριότερες ανάγκες που παρουσιάζουν οι ασθενείς είναι:

A) Φυσικές ανάγκες (σωματική υποστήριξη, βοήθεια σε σωματικές δραστηριότητες κλπ ) (Αθανάτου 2004).

B) Ανάγκη για μεταφορά του ασθενούς στους χώρους διεξαγωγής δοκιμασιών και χορήγησης θεραπευτικών σχημάτων. (Αθανάτου 2004 και Καραχάλιος 1999).

Γ) Ανάγκη για μέριμνα σχετικά με τη λήψη διαφόρων σκευασμάτων. (Αθανάτου 2004 και Καραχάλιος 1999).

Δ) Ανάγκη παρατήρησης των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς. (Αθανάτου 2004 και Καραχάλιος 1999).

Ε) Συναισθηματικές και διαπροσωπικές σχέσεις. (Αθανάτου 2004 και Καραχάλιος 1999).

ΣΤ) Πνευματικές ανάγκες. (Αθανάτου 2004 και Καραχάλιος 1999).

Z) Ανάγκη για ενημέρωση σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της. (Αθανάτου 2004 και Καραχάλιος 1999).

Η διάγνωση μιας ασθένειας έρχεται σαν κεραυνός να αποδιοργανώσει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών γιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς. .(Σαπουντζή-Κρέπια 2006)

Το είδος των προβλημάτων που δημιουργούνται δεν είναι γνωστά στο βαθμό που θα έπρεπε να είναι. Ενώ, η στήριξη που δίνεται από τους νοσηλευτές, δεν είναι πάντα ικανοποιητική.

Οι περισσότεροι άνθρωποι στο άκουσμα και μόνο μιας ασθένειας, αρχίζουν να φοβούνται. Όταν μάθουν ότι πάσχουν από μια ασθένεια, αρχίζουν να χάνουν την αυτοπεποίθησή τους, γίνονται απαισιόδοξοι, αποκτούν αδικαιολόγητη αγχωτική συμπεριφορά, αρκετοί καταλήγουν να πάσχουν από κατάθλιψη, και πολλοί αποκτούν

φοβίες σχετικές με την ασθένεια και το πώς θα εξελιχθεί.(Γεωργούση 1995) Όλες αυτές οι ψυχολογικές επιπτώσεις επιβαρύνουν το άτομο ακόμα περισσότερο όταν το περιβάλλον στο οποίο ζει είναι <<ακατάλληλο>>. Όταν δηλαδή, οι άνθρωποι με τους οποίους ζει ο ασθενής είναι ανενημέρωτοι σχετικά με την ασθένεια και πως πρέπει να αντιμετωπίσουν την κακή ψυχολογία του, έτσι ώστε να μην οδηγηθεί στο περιθώριο.(Μελισσά 2003)



Ένας ασθενής χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση για την ψυχολογική του υποστήριξη ιδιαίτερα αν η ασθένειά του είναι χρόνια ή αθεράπευτη.(Πλάτη 2008) Η απουσία ή η μη αποτελεσματικότητα της υποστήριξης ενοχοποιείται για υψηλότερες ευπάθειες σε νόσους ανοσοκαταστολής, αύξηση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και καθυστερημένη ανάρρωση μετά από έναν τραυματισμό ή την εκδήλωση μιας νόσου. Επιπλέον αυξάνονται ολοένα οι ενδείξεις ότι η υποστηρικτική επίδραση του κοινωνικού δικτύου συνδέεται με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες.( Καραχάλιος 1999)

Οι επιδημιολόγοι Lila Berkman και Leonard Syme μελέτησαν την σχέση ανάμεσα σε ποσοστά θνησιμότητας και σε τέσσερα (4) είδη κοινωνικής υποστήριξης:

- A) Συζυγικές σχέσεις
- B) Επαφή με συγγενείς ή φίλους
- Γ) Συμμετοχή στην δράση μιας εκκλησίας
- Δ) Άλλοι σύνδεσμοι με κοινωνικές ομάδες

Σε ένα διάστημα δέκα (10) ετών τα άτομα που είχαν τις λιγότερες κοινωνικές επαφές σε όλα τα παραπάνω επίπεδα σχέσεων, παρουσίαζαν διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας, από τους ανθρώπους που είχαν ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς ακόμα και αν οι τελευταίοι δεν ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Οι νεότερες έρευνες μελετούν την θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης σε κάποιες σοβαρές και απειλητικές για την ζωή παθήσεις όπως ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες αλλά και άλλα νοσήματα που είτε εξουθενώνουν τον ασθενή όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα είτε μειώνουν την διάρκεια της ζωής όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση.(Berger et Hobbs 2006)

Όσο για τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο νοσηλευτής στη σχέση νοσηλευτή – αρρώστου ο Parsons ανέπτυξε τη θεωρία για το ρόλο του αρρώστου, επιχειρώντας την κατανόηση των σχέσεων ιατρού-αρρώστου. Η ανάλυσή του αυτή, έχει επίσης πεδίο εφαρμογής στην κατανόηση των σχέσεων και των ρόλων μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου. Οι νοσηλευτές διαθέτουν βέβαια, λιγότερη ισχύ και εξουσία από τους ιατρούς. Εντούτοις η εργασία τους με τους ανθρώπους που έχουν ήδη εισέλθει στο ρόλο του αρρώστου χαρακτηρίζεται από τον προσανατολισμό και την επικέντρωση γύρω από τον άρρωστο (patient- oriented). Η εκπαίδευση και η κατάρτισή τους όπως και οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματός τους, έχουν κύριο στόχο τη φροντίδα και τη προστασία του αρρώστου.(Αγραφιώτης 2000) Παράλληλα, οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι ενημερωμένοι σχετικά με την υποκειμενική και συναισθηματική εμπειρία της νόσου και των επιπλοκών της από τους ίδιους τους αρρώστους που φροντίζουν.

Έχοντας ως κύριο ρόλο τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, οι νοσηλευτές αισθάνονται ως ασκούντες το ρόλο του διαμεσολαβητή, του ενδιάμεσου μεταξύ του ιατρού και του αρρώστου ή το ρόλο του μεταφραστή-μεταβιβαστή. (Βοσνιάδου 1999) Χρησιμοποιώντας αφ' ενός τη γλώσσα της νόσου ( ιατρική ορολογία και έκφραση) και αφ' ετέρου τη γλώσσα της αρρώστιας (υποκειμενική και προσωπική έκφραση και εμπειρία του αρρώστου), μεταβιβάζουν εικόνες, νοήματα και αναπαραστάσεις στους μεν και στους δε. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν επίσης, λόγω της θέσης τους στη θεραπευτική διαδικασία, το ρόλο του διαπραγματευτή μεταξύ του ιατρού και του αρρώστου για την επίτευξη παράλληλα των στόχων ενός έκαστου, καθώς οι στόχοι ιατρού και αρρώστου διαφοροποιούνται μεταξύ τους.( Αγραφιώτης 2000)

Για παράδειγμα, απαιτείται από τους νοσηλευτές κατά τη θεραπευτική- νοσηλευτική διαδικασία να προσδιορίσουν τα προβλήματα του αρρώστου παρά να προσδιορίσουν τη νόσο, αποσκοπώντας με αυτόν τον τρόπο στην επίτευξη της οριζόμενης από τον ιατρό θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου. .( Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. 1995)

### 3.3 Ταξινόμηση των αναγκών σύμφωνα με τον Maslow

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η θεωρία του Maslow για τις ανάγκες των ανθρώπων στην οποία επιχειρήσε να ταξινομήσει τις ανάγκες του ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι ανθρώπινες ανάγκες κατατάσσονται σε ομάδες και υπόκεινται σε ιεράρχηση κατά την ικανοποίησή τους. (Μελισσά Χ. 1998) Η ταξινόμηση των αναγκών είναι η ακόλουθη:

- Φυσιολογικές ανάγκες

Είναι οι ανάγκες που συνδέονται αμέσως με την επιβίωση του ατόμου. Αν αναβληθεί η ικανοποίησή τους γίνεται προβληματική η επιβίωση του ατόμου. Αυτές είναι η τροφή, η ένδυση, η στέγη, το νερό, ο αέρας κλπ. Όσο χρόνο μένουν οι φυσικές ανάγκες ανικανοποίητες, το άτομο δεν αισθάνεται την ύπαρξη αναγκών υψηλότερου επιπέδου. Μόνο όταν ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες, παύουν να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου (ανάγκη που ικανοποιείται παύει να είναι ανάγκη) και παραμένουν στον οργανισμό σε «στάση αναμονής» για να εμφανισθούν, όταν σταματήσουν να υπάρχουν οι συνθήκες που τις ικανοποίησαν. .( Μελισσά Χ. 1998)

- Ανάγκες ασφάλειας

Συνδέονται με συναισθήματα φόβου για τους φυσικούς κινδύνους και την αδυναμία ικανοποίησης των φυσικών αναγκών, πρόκειται δηλαδή για συναισθήματα αυτοσυντηρήσεως. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η προστασία εναντίον του κινδύνου, του φόβου, των στερήσεων και η επιθυμία για σιγουριά εργασίας.

Η επιθυμία αυτή μπορεί να είναι πολύ σπουδαίο κίνητρο συμπεριφοράς, επειδή κάθε εργαζόμενος εξαρτάται τουλάχιστον εν μέρει, από την εργασία του. Η ανάγκη για σιγουριά παίρνει τη μορφή της απαιτήσεως για οικονομική σιγουριά (μονιμότητα εργασίας, αποταμίευση), προτίμηση γνωστού περιβάλλοντος εργασίας, η επιθυμία για τάξη στους συνεργάτες και στα υλικά. Η ανάγκη αυτή επηρεάζει τους ανθρώπους και στην επιλογή του επαγγέλματός τους. .( Μελισσά Χ. 1998)

Σχετική με τις ανάγκες ασφαλείας και εξασφαλίσεων είναι η θέσπιση από την πλευρά των Κρατών και των Κοινωνικών Ασφαλίσεων και από την πλευρά των επιχειρήσεων η ίδρυση



Ασφαλιστικών Εταιρειών, που σκοπεύουν στην κάλυψη διαφόρων κινδύνων, ώστε τα άτομα να αισθάνονται όσο είναι δυνατό εξασφαλισμένα. .( Μελισσά Χ. 1998)

- Κοινωνικές ανάγκες

Ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον έχει ανάγκη να συναναστρέφεται με άλλους ανθρώπους, να ανήκει σε κοινωνικές ομάδες, να προσφέρει την εκτίμησή του και να απολαμβάνει την εκτίμηση των άλλων, την κατανόησή τους, την αγάπη τους, και να συμπεριφέρεται ανάλογα στους άλλους. Ίσως ποτέ προηγουμένως δεν έγινε τόσο έντονα αισθητή η απελπισία. Παρά το γεγονός ότι είναι γνωστή η κατηγορία των αναγκών αυτών, μερικά ηγετικά στελέχη υποθέτουν, καθώς οι ανάγκες αυτές και οι άτυπες σχέσεις και ομάδες που προκύπτουν από τις ανάγκες αυτές αποτελούν κίνδυνο για τους στόχους της τυπικής οργανώσεως. Τότε προσπαθούν να περιορίσουν και να θέσουν υπό έλεγχο τις σχέσεις αυτές, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να αντιδρούν, να μην συνεργάζονται μαζί τους και να συγκρούονται ανοιχτά ή καλυμμένα. Τότε αυτή η συμπεριφορά των εργαζόμενων είναι αποτέλεσμα και όχι αιτία των ενεργειών του ηγετικού στελέχους. .( Μελισσά Χ. 1998)

- Ανάγκες αυτοεκτιμήσεως

Όταν το άτομο ικανοποιήσει την ανάγκη εντάξεως σε μια κοινωνική ομάδα, αισθάνεται την ανάγκη εκτιμήσεως, τόσο εκ μέρους του ίδιου του εαυτού του, όσο και εκ μέρους των άλλων. Αυτό σημαίνει ανάγκη για αυτοπεποίθηση, γόητρο, φήμη, αναγνώριση, δύναμη, ανάγκες τις οποίες έχει επισημάνει ο Alfred Alder και οι οπαδοί του, οι οποίες παραμελήθηκαν από τον Freud και τους ψυχαναλυτές. Αν ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές, τότε αποκτά το άτομο το αίσθημα ότι αξίζει, ότι είναι ικανό, χρήσιμο και απαραίτητο στον κόσμο. Διαφορετικά είναι πιθανό να καταληφθεί από σύνδρομο κατωτερότητας και αδυναμίας. .( Μελισσά Χ. 1998)

Υποστηρίζεται ότι οι ανάγκες αυτές σπάνια ικανοποιούνται τελείως αντίθετα από τις ανάγκες κατώτερου επιπέδου. Όταν όμως, αποκτήσουν σπουδαιότητα το άτομο προσπαθεί συνεχώς να τις ικανοποιήσει. Παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι κατώτερων κλιμακίων αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτής της κατηγορίας. .( Μελισσά Χ. 1998)

- Ανάγκες αυτοεκπληρώσεως και αυτοπραγματούσεως

Ο Maslow υποστηρίζει ότι και αν ικανοποιηθούν όλες οι προηγούμενες ανάγκες, το άτομο πιθανών να είναι ανικανοποίητο ή δυσάρεστο, εκτός αν επιτύχει τους στόχους τους οποίους έθεσε, αν επιτύχει δηλαδή, να ικανοποιήσει τα ιδεώδη του. «Ένα άτομο πρέπει να είναι ότι μπορεί να είναι» τονίζει χαρακτηριστικά ο Maslow. Αυτοπραγμάτωση είναι η επιθυμία να είναι κάποιος αυτό που ένα ικανό άτομο μπορεί να γίνει. Τα άτομα ικανοποιούν την ανάγκη αυτή με διαφορετικούς τρόπους. Ένα άτομο είναι πιθανό να ικανοποιήσει την ανάγκη αυτή με την επιθυμία να γίνει ιδεώδης γονέας, άλλο με την επιθυμία να διευθύνει σωστά μια επιχείρηση, άλλο με την επιθυμία να γίνει επιτυχημένος αθλητής κλπ. .( Μελισσά Χ. 1998)

Υποστηρίζεται επίσης ότι ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται η αυτοπραγμάτωση είναι δυνατό να αλλάξει, και το άτομο να αναζητήσει άλλους τομείς στους οποίους να μεγιστοποιήσει το δυναμικό, καθώς οι φυσικές του δυνάμεις αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου ή διευρύνονται οι ορίζοντές του. .( Μελισσά Χ. 1998)

Η διαβάθμιση και η ιεράρχηση των αναγκών δεν είναι πάντα όπως εμφανίζεται στο σχήμα και αναπτύσσεται κατωτέρω. Αυτή αποτελεί μια λογική σειρά ικανοποιήσεως, πλην όμως είναι πιθανό να λάβει διαφορετική μορφή ανάλογα με την προσωπική αξιολόγηση και εκτίμηση. Είναι ακόμη πιθανό να υπάρχουν άτομα, με διαφορετικές συνθήκες ζωής, τα οποία να μην αισθάνονται όλες τις κατηγορίες αναγκών, αλλά μόνο κάποιες από αυτές ή μόνο μία κατηγορία, όπως πχ στις υποανάπτυκτες χώρες επικρατούν κυρίως οι φυσιολογικές ανάγκες σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ή οι χριστιανοί μάρτυρες ή οι πατριώτες κλπ. (Τούντας Ι. 2001) Έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι ο άνθρωπος βαδίζει από τις κατώτερες ανάγκες (φυσιολογικές, ασφάλειας) προς τις ανώτερες (κοινωνικές, αυτοεκτιμήσεως, αυτοπραγματούσεως) ικανοποιώντας τη μια μετά την άλλη. .( Μελισσά Χ. 1998)

Οι ανάγκες επίσης αλληλοεξαρτώνται και αλληλοκαλύπτονται. Επειδή η μια ανάγκη δεν εξαφανίζεται όταν παρουσιασθεί μια άλλη, όλες οι ανάγκες τείνουν να είναι κάθε φορά μόνο κατά ένα μέρος τους ικανοποιημένες. ( Κακαβούλης Α 1997)

## Ιεραρχία αναγκών του Maslow



### 3.4 Η σχέση του ασθενούς με τον νοσηλευτή

Διερευνώντας την έκταση και το βαθμό του ελέγχου που ασκείται κατά τη θεραπευτική διαδικασία, διαπιστώνονται διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στις σχέσεις νοσηλευτή-αρρώστου. Ανάλογα με τον τύπο της νοσηλευτικής φροντίδας και το χώρο όπου αυτή εκτυλίσσεται, αναπτύσσονται διαφορετικές σχέσεις και ασκούνται διαφορετικοί ρόλοι μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου. (Πλάτη 2008)

Σχέσεις και ρόλοι που χαρακτηρίζονται από:

Α) Ενεργητικότητα και παθητικότητα του νοσηλευτή ή του αρρώστου (νοσηλευτική φροντίδα πχ σε μονάδες στεφανιαίας νόσου ή αντίστοιχα ιδιωτική νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι). (Πλάτη 2008, Βοσνιάδου 1999)

Β) Καθοδήγηση και συνεργασία (Νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπιση οξέων μολυσματικών νόσων ή χρόνιων παθήσεων στο σπίτι) και (Βοσνιάδου 1999)

Γ) Αμοιβαία συμμετοχή νοσηλευτή –αρρώστου (πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων). (Πλάτη 2008, Βοσνιάδου 1999)

Η καθιέρωση της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα, επηρεάζει όπως φαίνεται, την εξέλιξη των σχέσεων νοσηλευτή αρρώστου σε μια περισσότερο ισότιμη και συνεργάσιμη βάση μεταξύ τους.

Το είδος της αρρώστιας και η κατάσταση της υγείας του αρρώστου επιδρά σημαντικά στην διαμόρφωση ενός ορισμένου τύπου σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και του αρρώστου. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995) Όταν για παράδειγμα, η αρρώστια εξελίσσεται αργά και αναπτύσσεται σε μεγάλα χρονικά διαστήματα, τότε ο άρρωστος έχει τον απαιτούμενο χρόνο να δημιουργήσει μηχανισμούς ψυχο-συναισθηματικής προσαρμογής στην αρρώστια.

Όταν αντίθετα, η αρρώστια εμφανίζεται αιφνίδια και η εκδήλωση των συμπτωμάτων ή των επιπλοκών της εκφράζεται με οξύτητα και ένταση, τότε ο άρρωστος προκαταλαμβάνεται και αδυνατεί να προσαρμοστεί σε αυτήν στον ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο. Ο χρόνος αυτός, συνήθως είναι ανύπαρκτος ( τροχαία ατυχήματα) ή είναι σχεδόν μηδαμινός (επιθετικός καρκίνος). (.Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)

Όταν επίσης, η πάθηση είναι χρόνια αλλά σταθερή, τότε ο άρρωστος είναι σε θέση να ενημερώνεται και να δημιουργεί νέες γνώσεις για τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να

“υπερβαίνει” συχνά την επάρκεια του νοσηλευτή (πχ χρόνιοι νεφροπαθείς ή μεταμοσχευμένοι), να γίνεται ο ίδιος ειδικός του εαυτού του και να έχει την δυνατότητα να αναγνωρίζει συμπτώματα, ενδείξεις ή άλλα σημεία της αρρώστιας του. (Πλάτη 2008) Η ιδιαιτερότητα αυτή είναι εκείνη που του επιτρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στη διαχείριση της σχέσης του με το νοσηλευτή.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη διαμόρφωση της σχέσης νοσηλευτή και αρρώστου είναι, σε συνδυασμό με τα παραπάνω, ο χώρος στον οποίο επιχειρείται η αντιμετώπιση της ασθένειας και η παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας (Αγραφιώτης 2000). Ο παράγοντας αυτός, είναι εκείνος που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου που αναπτύσσονται μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου. Για παράδειγμα όταν οι άρρωστοι δέχονται νοσηλευτική φροντίδα στο οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους (αυτοδιαχείριση χώρου και χρόνου), τότε ασκούν περισσότερο έλεγχο έναντι του επισκέπτη- νοσηλευτή στη σχέση τους με αυτόν, ενώ αντίθετα ασκούν πολύ λιγότερο έλεγχο, διαθέτοντας ελάχιστη ισχύ και εξουσία, όταν νοσηλεύονται ως εσωτερικοί ασθενείς σε ένα νοσοκομείο. (Βοσνιάδου 1999)

Η φύση της αρρώστιας και ο χώρος θεραπείας και φροντίδας αποτελούν, τους ισχυρότερους παράγοντες που επηρεάζουν κριτικά και με δραστικό τρόπο τη σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή, όπως και του κάθε λειτουργού υγείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι που δημιουργούν τις διαφοροποιήσεις των σχέσεων της ενεργητικότητας\παθητικότητας της καθοδήγησης\συνεργασίας ή της αμοιβαίας συμμετοχής. (Καραχάλιος 1999) Οι νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη εξουσία και έλεγχο στο νοσοκομείο, όπου ο άρρωστος εκδηλώνει την νόσο του σε έντονο βαθμό και η υγεία του εξαρτάται από τις ενέργειες και τις πράξεις του νοσηλευτή.

Αντίθετα, οι άρρωστοι έχουν μεγαλύτερη εξουσία και έλεγχο όταν η κατάσταση της αρρώστιας τους εκτυλίσσεται σε σταθερή και χρόνια βάση και δεν εξαρτάται άμεσα από τις πράξεις του νοσηλευτή ή των άλλων λειτουργών υγείας. Ο άρρωστος λαμβάνει τη φροντίδα υγείας και τη συμβουλευτική υποστήριξη στο χώρο που ορίζει ο ίδιος ως χώρο ζωής του (πχ εξατομικευμένα προγράμματα πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας και βοήθειας στο σπίτι). (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)

Όμως, δεν είναι μόνο αυτοί οι παράγοντες που ασκούν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση μεταξύ των σχέσεων νοσηλευτών και αρρώστων. Οι αντιλήψεις που έχουν οι νοσηλευτές και γενικότερα οι λειτουργοί υγείας, για την αρρώστια και τον άρρωστο, τα στοιχεία προσωπικότητας του αρρώστου καθώς και άλλοι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου από τους νοσηλευτές, όπως και

από τους ιατρούς, παρόλο που υποτίθεται ότι δεν πρέπει να την επηρεάζουν. (Τούντας 2001)

Μαρτυρίες ασθενών αλλά και η εμπειρία από την καθημερινότητα του τρόπου παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας υπογραμμίζουν τη διαπίστωση ότι η συμπεριφορά και η στάση των λειτουργών υγείας επηρεάζεται και από κοινωνικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- 1) Η ηλικία: Οι γηραιότεροι άρρωστοι συχνά “αγνοούνται” ή παραμελούνται έναντι των νεότερων. (Τριχιοπούλου 1986, Πλάτη 2008)
- 2) Η κοινωνική θέση: Οι άρρωστοι από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις συνήθως λαμβάνουν λιγότερη προσοχή, συμπάθεια ή εξυπηρέτηση σε σχέση με αρρώστους που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνική τάξη. (Τριχιοπούλου 1986, Πλάτη 2008)
- 3) Το φύλο: Οι ενήλικες άνδρες, ιδίως της παραγωγικής ηλικίας, ενημερώνονται καλύτερα και δέχονται με διαφορετικό τρόπο τη νοσηλευτική φροντίδα έναντι των γυναικών. (Τριχιοπούλου 1986, Πλάτη 2008)
- 4) Η φυλετική καταγωγή: Οι άρρωστοι με διαφορετική φυλετική καταγωγή υφίστανται συχνά “λεπτές” φυλετικές διακρίσεις στη φροντίδα υγείας, έναντι των άλλων της πλειοψηφούσας ή υπερέχουσας φυλετικής σύνθεσης του πληθυσμού. (Τριχιοπούλου 1986, Πλάτη 2008)

Ένας άλλος παράγοντας που επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων νοσηλευτή-αρρώστου και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους, αποτελεί ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας. (Τούντας 2001) Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον άρρωστο και την υποκειμενική του ευεξία, η ενημέρωσή του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει. (Βοσνιάδου 1999)

Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας άρρωστος αποτελεί, εξάλλου, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησής του. (Τριχιοπούλου 1996) Συνήθως, η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθιστάτε στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)

Νοσηλευτές και ιατροί, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στη παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου. Ιδίως όταν πρόκειται για τα “κακά και άσχημα νέα”, είτε γιατί, πιθανών επιθυμούν να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή την ζωή του. Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εντάσεων και αντιθέσεων, οι οποίες επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη νοσηλευτική φροντίδα της υγείας. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)



### 3.5 Ο ασθενής και η οικογένειά του

Στη συνέχεια αξίζει να γίνει μια αναφορά στις σχέσεις του ασθενούς με το οικογενειακό περιβάλλον που συνήθως είναι καθοριστική για την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου και στην αντιμετώπιση της πάθησής του. ( National family Caregivers Association)

Αν ο ασθενής έχει καλή σχέση με την οικογένειά του και αυτή διατηρεί μια ψύχραιμη στάση και του συμπαραστέκεται σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής ξεπερνά πιο εύκολα τις δυσκολίες του. (Κακαβούλης 1997) Συμβαίνει, όμως συχνά η οικογένεια να μην αποδέχεται για τον συγγενή της το ρόλο του αρρώστου, οπότε παρεμβαίνει αρνητικά και αντιστέκεται στις υποδείξεις ή τις αποφάσεις των ιατρών και δυσκολεύει το έργο των νοσηλευτών. ( Τούντας 2001)

Άλλες πάλι φορές όταν η απόφαση για την εισαγωγή του στο νοσοκομείο λαμβάνεται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς υπάρχει ο φόβος για τον ασθενή να αισθανθεί ότι των διώχνουν (αίσθημα απόρριψης). Για να αποφύγει κάτι τέτοιο η οικογένεια υπάρχει ο κίνδυνος να επιβαρυνθεί με επιπλέον έξοδα για την νοσηλεία του σε μια ιδιωτική κλινική ή να υποβληθούν όλοι οι συγγενείς σε διάφορες θυσίες για να βρίσκονται συνεχώς κοντά στον συγγενή- ασθενή της. ( Family Caregiver Alliance)

Η οικογένεια όμως, θα πρέπει να συνειδητοποιήσει, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής θα χρειαστεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο τοι οφείλει να αναδιοργανώσει τη δομή της και να προσαρμοστεί θετικά στην απουσία του αρρώστου μέλους της. Τέτοια προβλήματα υπάρχουν συνήθως με τους συγγενείς των γηριατρικών ασθενών. (Καραχάλιος 1999) Είναι δύσκολο μερικές φορές για τους ενήλικες να συνειδητοποιήσουν ότι οι ηλικιωμένοι σύζυγοι ή γονείς τους δεν μπορούν να είναι πια οι σύμβουλοι και συμπαραστάτες τους γιατί δεν τους το επιτρέπει πλέον η βιολογική και η ψυχική κατάσταση της υγείας τους. (Πλάτη 2008)



## Κεφάλαιο 4 Η οικογένεια

### 4.1 Οι ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενή

Η εισαγωγή κάποιου ατόμου στο νοσοκομείο δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον. Υπάρχει μια πληθώρα ατόμων που επηρεάζεται με ποικίλο τρόπο από την παραμονή αυτή, με κυριότερο εκπρόσωπο τους τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, που στη Ελλάδα αποτελούν συνήθως και τα μόνα άτομα που ουσιαστικά φροντίζουν τον ασθενή. .( Family Caregiver Alliance)

Είναι λογικό η φροντίδα ενός ασθενή, να δημιουργεί πολυάριθμες ανάγκες στα άτομα αυτά, προξενώντας διάφορα ψυχοκοινωνικού ή και αλλού τύπου προβλήματα. Οι ανάγκες που κυρίως προκύπτουν για τα άτομα που φροντίζουν και στηρίζουν ασθενείς είναι: ( Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

- 1) Ψυχολογικές-ψυχιατρικές
- 2) Οικονομικές
- 3) Πρακτικές που αφορούν στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων
- 4) Κοινωνικές

Άλλα προβλήματα που εμφανίζονται στα άτομα που φροντίζουν ασθενείς είναι: ( Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

- Έντονο άγχος και ψυχολογική πίεση
- Κατάθλιψη
- Σωματικά προβλήματα στα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή
- Οικονομική επιβάρυνση (σταδιακή μείωση των εσόδων με ταυτόχρονη αύξηση των εξόδων)
- Κοινωνική απομόνωση
- Επιπτώσεις που περιλαμβάνουν τη μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής τους.

Οι επιστήμονες ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί έχουν χρέος να στηρίζουν τα άτομα αυτά, ενισχύοντας έτσι την έκβαση της θεραπείας. Η συμβολή του ιατρονοσηλευτικού

προσωπικού στην επίλυση τους δεν πρέπει να περιορίζεται, εστιάζοντας μόνο στην θεραπεία. Μπορεί και πρέπει να συμβάλει συμβουλευτικά, εποπτικά, συντονιστικά αλλά και ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των αναγκών αυτών.

Επίσης ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να παρέχεται όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειες αυτών. Οι οικογένειες που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεση τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι ( National family Caregivers Association) Το πανεπιστημιακό περιβάλλον ως εκπαιδευτική υποχρέωση, αλλά και η ίδια η κοινωνία ως αίτημα, οφείλουν να αναδείξουν αυτές τις δυνατότητες που έχει ο θεράπων ιατρός.(Γεωργούση 1995)

Η δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και βοήθειας τέτοιων οικογενειών συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των συγγενών του, καθώς μειώνει το άγχος και την πίεση της φροντίδας, ενισχύοντας τις θετικές επιδράσεις της κατάστασης αυτής στην ψυχολογία τους. Αν και στην Ελλάδα υπάρχουν ακόμα πολλές δυσχέρειες όσον αφορά την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων (όπως είναι η έλλειψη ευαισθητοποίησης του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού αλλά και οι προκαταλήψεις των ασθενών και των οικογενειών τους), είναι απόλυτα σαφής η ανάγκη ύπαρξής τους. (Κακαβούλης 1997 και Γεωργούση 1995)

## **4.2 Η λειτουργικότητα του συγγενή στην κλινική και κατά πόσο επηρεάζει τον ρόλο του νοσηλευτή.**

Η παραμονή των συγγενών στο πλευρό του ασθενούς είναι ένα κοινό φαινόμενο σε όλο τον κόσμο. Εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ εξοικονομεί το ΕΣΥ από τη; δωρεάν εργασία που προσφέρουν οι συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών ; συχνά με την παρότρυνση γιατρών ή νοσηλευτών. Ειδικοί εκτιμούν πως αν έλλειπαν οι συγγενείς, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες του ΕΣΥ θα κατέρρεαν αυτομάτως.(Καρλατήρα 2008)

Οι συγγενείς είναι χρήσιμοι αλλά και πολύτιμοι τόσο για τους ασθενείς όσο και για την κλινική. Αυτό βεβαίως ισχύει για κλινικές οι οποίες είναι κατάλληλα διαμορφωμένες ώστε να μπορούν να φιλοξενήσουν τους συγγενείς. Οι συγγενείς μένουν κοντά στον άρρωστο πολύ πέρα από τις ώρες επισκεπτηρίου. Στη διάρκεια της παραμονής τους παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα καθήκοντα του νοσηλευτικού ή άλλου προσωπικού. ( National family Caregivers Association)

Συγγενείς ασθενών δηλώνουν πως οι ίδιοι οι γιατροί ή νοσηλευτές τους παροτρύνουν να μένουν κοντά στο συγγενή τους για να του παρέχουν φροντίδες που είναι μέσα στα καθήκοντα του νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης καλούνται να υποκαταστήσουν τους νοσηλευτές σε μια σειρά από καθημερινές υπηρεσίες.(Σαπουντζή- Κρέπια 2006) Οι νοσηλεύτριες είναι τόσο λίγες που δεν προλαβαίνουν να κάνουν όλα όσα χρειάζονται οι ασθενείς. Ειδικά στις γενικές εφημερίες, είναι να τις λυπάσαι, δεν ξέρουν σε ποιον να πρωτοπάνε. .(Καρλατήρα 2008) Αναγκαστικά, πολλά πράγματα τα κάνουν οι συγγενείς, όχι μόνο για το δικό τους άνθρωπο, αλλά και για το διπλανό, αν χρειάζεται. Βοηθούν στην προσωπική καθαριότητα και υγιεινή, αλλαγή σεντονιών ακόμη και παρακολούθηση του; ενδοφλέβιου ορού είναι μερικά μόνο από τα καθημερινά «καθήκοντα» των συγγενών κάθε ασθενούς. Περισσότεροι από τους μισούς αναλαμβάνουν να παρακολουθούν αν ο άρρωστος παίρνει κανονικά τα φάρμακά του ενώ όταν χρειαστεί να γίνουν εξετάσεις τον μεταφέρουν οι ίδιοι από το ένα τμήμα στο άλλο.([www.medlook.gr/](http://www.medlook.gr/) 14.03.2009)

Όλα τα παραπάνω αποτελούν υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνονται στα καθήκοντα βοηθών θαλάμου, νοσηλευτών, τραυματιοφορέων και λοιπών εργαζομένων που αποτελούν; σπάνιο είδος στις δομές του ΕΣΥ. Μπροστά στις μεγάλες ελλείψεις προσωπικού οι οικογένειες αισθάνονται ανασφάλεια για τον άνθρωπό τους που νοσηλεύεται. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996) Είναι ενδεικτικό ότι ένας στους τέσσερις δηλώνει πως χωρίς την παρουσία του ο συγγενής δεν είναι ασφαλής στο χώρο του νοσοκομείου. Επιπλέον, κατά πλειονότητα, οι συνοδοί επιβεβαιώνουν πως οι κενές θέσεις προσωπικού τους αναγκάζουν να μένουν τόσες πολλές ώρες δίπλα στον άρρωστο. Σχεδόν έξι στους δέκα αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές στην πτέρυγα νοσηλείας του συγγενούς τους δεν είναι αρκετοί για να καλύψουν όλες τις ανάγκες. ( Τζιάντζη 2009)

### 4.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της παρουσίας του συγγενή στην κλινική.

Η εμπλοκή της οικογένειας σε όλη την πορεία της ασθένειας είναι σημαντικότερη. Τα αισθήματα και οι αντιδράσεις είναι σχεδόν οι ίδιες. Οι ρόλοι ωστόσο είναι διαφορετικοί. Ο τρόπος χειρισμού της όλης κατάστασης σε μεγάλο βαθμό θα οριστεί από αυτούς που έχει γύρω του ο ασθενής. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996) Η οικογένεια, αφού αποδεχτεί πως ένα της μέλος νοσεί, καλείται να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα. Ακόμη και ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στον ασθενή αλλάζει. Συνήθως, η οικογένεια δημιουργεί γύρω από τον ασθενή ένα κλίμα υπερπροστασίας και ψεύτικης αισιοδοξίας αποφεύγοντας έτσι οποιαδήποτε δυσάρεστη επικοινωνία. Με αυτό τον τρόπο υψώνεται ένα τείχος όπου πράγματα αφήνονται να εννοηθούν χωρίς όμως να λεχθούν. Αποφεύγονται να χρησιμοποιηθούν λέξεις όπως π.χ καρκίνος και χημειοθεραπεία (Πλάτη 2008)

Ο ασθενής βλέποντας τους άλλους να αλλάζουν στάση και συμπεριφορά απομονώνεται σιγά σιγά μέσα από την προσπάθειά τους να τον προστατέψουν. Και ενώ στην φάση αυτή έχει την ανάγκη να εκφράσει φόβους και αγωνίες εισπράττει οίκτο και σιωπή. Η οικογένεια απαιτείται να έχει ανοικτή επικοινωνία με τον ασθενή προκειμένου να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες καθώς επίσης και ο ασθενής να λειτουργήσει μέσα από έναν ρόλο όχι παθητικού δέκτη αλλά υπεύθυνου και ενεργητικού.

Μειονεκτήματα παρουσίας συγγενή στην κλινική: .(Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

- Συνήθεις λανθασμένες προσεγγίσεις των συγγενών
- Η τάση να μιλά ο συγγενής, παρά να ακούει τον ασθενή.
- Προσπάθεια καθησυχασμού του ασθενούς με διάφορες υποσχέσεις.
- Προσπάθεια αποπροσανατολισμού του ασθενούς από το πρόβλημα του.
- Επιθετικότητα προς τον ασθενή και επίρριψη ευθυνών για την κατάσταση του.
- Επίρριψη ευθύνης προς τον ασθενή για την μη συνεργασία του.
- Πολλές φορές δεν συνεργάζονται οι ίδιοι οι συγγενείς με το νοσηλευτικό προσωπικό με συνέπεια να δημιουργούνται διάφορα προβλήματα

Πλεονεκτήματα παρουσίας συγγενή στην κλινική: .(Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

- Τοποθέτηση του αρρώστου σε λειτουργική θέση για την πρόληψη δυσμορφιών και ατροφίας
- Ενθάρρυνση του ατόμου να ακούει
- Παροχή οπτικοαουστικών ερεθισμάτων (τηλεόραση, ραδιόφωνο).
- Ενθάρρυνση και παρότρυνση για κοινωνικότητα
- Χορήγηση τροφής σε άτομα που δεν τα καταφέρνουν να σιτιστούν μόνο τους.
- Έλεγχος κατάποσης και αποφυγής τροφής αν υπάρχει πάσχουσα πλευρά.
- Εξασφάλιση στοματικής υγιεινής (όπου χρειάζεται).
- Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου για απαλλαγή από την απογοήτευση και την κατάθλιψη.
- Πρόληψη κατακλίσεων και πληροφόρηση για μέτρα πρόληψης.
- Πρόληψη πτώσεων με απαιτούμενα μέσα
- Εξασφάλιση και χρησιμοποίηση βοηθητικών μέσων για διατήρηση αρθρώσεων σε θέση λειτουργική και την σταδιακή έγερση από το κρεβάτι στο κάθισμα κι αντίθετα.
- Βοήθεια στην επανεκπαίδευση της αυτοφροντίδας όπως ατομική υγιεινή, φροντίδα σώματος, ντύσιμο, γδύσιμο, μετακίνηση, κινητικότητα, κοινωνικότητα και επικοινωνία.
- Τροποποίηση του περιβάλλοντος του σπιτιού για καλύτερη κινητικότητα και καλύτερη ασφάλεια με την χρήση μέσων όπως τα βοηθητικά στηρίγματα.

Κάνοντας αυτά οι συγγενείς παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες αντιστοιχούν σε καθήκοντα του νοσηλευτικού ή άλλου προσωπικού.

#### **4.4 Πόσο επηρεάζεται η καθημερινότητα του συγγενή από την παραμονή του στο νοσοκομείο.**

Η καθημερινότητα των συγγενών αλλάζει ριζικά αφού περνούν ως και 23 ώρες την ημέρα στο πλευρό του συγγενούς τους, για όσο διάστημα διαρκεί η νοσηλεία. Συνήθως είναι οι γυναίκες της οικογένειας; σύζυγοι, μητέρες, κόρες; οι οποίες ανάλογα με τη βαρύτητα της ασθένειας μπορεί να πάρουν μακροχρόνιες άδειες άνευ αποδοχών ή ακόμη και να εγκαταλείψουν τις δουλειές τους για αυτό το σκοπό. (Μπούκα 2008) Συνολικά, «χάνουν» μέχρι και 75 εργάσιμες ημέρες για να φροντίσουν τον άρρωστο συγγενή τους, με αποτέλεσμα οι ίδιες οι οικογένειες να κινδυνεύουν με χρεοκοπία, αφού χάνουν εκατοντάδες εργατώρες προκειμένου να βρισκονται κοντά στον άρρωστό τους.

Η διάσταση της καθημερινής ζωής αναφέρεται στις αλλαγές της ρουτίνας της ζωής, στο οικογενειακό περιβάλλον, την εργασία και αλλαγές στις ανάγκες του φροντιστή, όσον αφορά την διασκέδαση και την ψυχαγωγία του. Η κοινωνική διάσταση των φροντιστών επηρεάζονται από το νέο ρόλο. Τα μελλοντικά σχέδια, οι ελπίδες του, οι προσδοκίες του ματαιώνονται, ακυρώνονται ή μεταβάλλονται. Η οικονομική επιβάρυνση με την απώλεια εισοδήματος από το μέλος που πάσχει ή αυξημένους λογαριασμούς είναι ζητήματα που απασχολούν όλη την οικογένεια. Τα οικονομικά προβλήματα διογκώνονται όταν αντιμετωπίζουν επιπρόσθετα έξοδα φροντίδας (πχ πρόσληψη αποκλειστικής νοσοκόμας) γι'; αυτό χρειάζεται να έχουν στη διάθεσή τους υπηρεσίες και πηγές ώστε να αντιμετωπίσουν το βάρος της φροντίδας. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)

Η κοινωνική και ψυχολογική κατάσταση των φροντιστών επηρεάζεται από την αλλαγή στην λειτουργική ικανότητα του ατόμου με την απότομη έναρξη της νόσου. Αυτό έχει συνέπειες στην οικογένεια με επιβάρυνση λόγω των νέων ευθυνών, αλλαγή στο τρόπο ζωής, στις σκέψεις και τα συναισθήματα, αβεβαιότητα, ανησυχία και κατάθλιψη. (Βοσνιάδου 1999) Οι μεταβολές στο πρόγραμμα του ύπνου, η κούραση, συναισθήματα μείωσης ελευθερίας, η προσαρμογή στις νέες ευθύνες. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να είναι κάτω από συνεχόμενο στρες ή σε κρίση από μια κατάσταση όπως είναι η ανεργία ή άλλα προβλήματα της οικογένειας ή υγείας. Το Stress αυξάνεται με την προσθήκη και δραστηριοτήτων και την ανάληψη νέων ευθυνών στις ήδη προϋπάρχουσες ή νέες απαιτήσεις για οικονομικά ζητήματα

και η μετατόπιση του φορτίου της οικογένειας χωρίς να υπάρχει χρόνος για τον εαυτό τους.  
(Κρέπια 2001)

Η απώλεια του ελέγχου, η έλλειψη προβλεψιμότητας, οι νέες ρυθμίσεις σε σχέδια και προγράμματα καθημερινών δραστηριοτήτων και εργασίας δημιουργούν επιπλέον άγχος. Οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες αυξάνουν το άγχος. Τα επίπεδα άγχους αυξάνονται από την ανάγκη φροντίδας του ατόμου. (Τούντας 2001) Το stress εντοπίζεται στην προσαρμογή της οικογένειας στην νέα κατάσταση, στις αλλαγές και στον τρόπο ζωής, τις αλλαγές στην οικογενειακή κρίση που αντιμετωπίζει από την προσπάθεια να αναδιαρθρώσει τη ζωή του, τις αλλαγές στα σχέδια και την οργάνωση της ζωής (αλλαγή στην καθημερινότητα του ατόμου και της οικογένειας). (Αγραφιώτης 2000)



## **4.5 Η αποχή του συγγενή από την εργασία του. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για τον ίδιο και την κοινωνία**

Η διάσταση της καθημερινής ζωής αναφέρεται στις αλλαγές της ρουτίνας της ζωής, στο οικογενειακό περιβάλλον, την εργασία και αλλαγές στις ανάγκες του φροντιστή, όσον αφορά την διασκέδαση και την ψυχαγωγία του. Έτσι οι εργασιακές επιδόσεις μπορεί να επηρεαστούν δυσμενώς, καθώς κατά τη διάρκεια της εργασίας π.χ. για κάποιο τηλεφώνημα, δίδονται άδειες, χάνεται χρόνος και υπάρχει η αντίληψη ότι ο φροντιστής δεν συγκεντρώνεται στην εργασία του επειδή κατακλύζεται από ανησυχίες σχετικές με τη φροντίδα του συγγενή του. Οι ανάγκες της νυχτερινής προσοχής και φροντίδας του αρρώστου επιφέρουν αλλαγές στο πρόγραμμα ύπνου με επιπτώσεις στην ποσότητα και ποιότητα του ύπνου με αποτέλεσμα να υπάρχει ασυνέπεια στο ωράριο. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

Το μόνο πλεονέκτημα που προκύπτει από την απουσία του συγγενή από την εργασία του, είναι ότι βρίσκεται κοντά στον άνθρωπο του πρόθυμος να τον εξυπηρετήσει και να του προσφέρει όλα εκείνα που είναι δύσκολο ή και μερικές φορές αδύνατον να κάνει ο ίδιος μόνος του. (Αθανάτου 2004) Αυτό και μόνο του παρέχει ψυχολογική ηρεμία και γαλήνη.

Τα μειονεκτήματα εν αντιθέσει με τα πλεονεκτήματα είναι περισσότερα. Το να βρίσκεται κάποιος δίπλα στον ασθενή του συνέχεια, σημαίνει ότι πρέπει να πάρει άδεια πολλών ημερών από την δουλειά του που τις περισσότερες φορές είναι άνευ αποδοχών. (Επιβατιανός 1984) Αυτό πρώτα επηρεάζει τον ίδιο γιατί δεν θα έχει έσοδα την ίδια ώρα που τα έξοδα διπλασιάζονται. Θα ζοριστεί να καλύψει ανάγκες του. Προσωπικές, της οικογένειας, του άρρωστου συγγενή. Η οικονομική επιβάρυνση με την απώλεια εισοδήματος από το μέλος που πάσχει ή αυξημένους λογαριασμούς είναι ζητήματα που απασχολούν τον συγγενή. Τα οικονομικά προβλήματα διογκώνονται όταν αντιμετωπίζουν επιπρόσθετα απώλεια εισοδήματος, περιορισμοί στην ασφαλιστική κάλυψη, αυξημένο ιατροφαρμακευτικό κόστος, αγορά επιπλέον ιατρικού εξοπλισμού για το σπίτι. Τέλος και για την κοινωνία είναι πρόβλημα όταν κάποιος δεν είναι σε θέση να παράγει έργο. Είναι βάρος όταν πληρώνει κάποιον, ο οποίος δεν εργάζεται σωστά είτε σε κανονικό ωράριο είτε βρίσκεται συνεχώς σε άδειες. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

## 4.6 Ποιος πρέπει να φροντίσει αυτούς που φροντίζουν τους ασθενείς τους;

Οι άνθρωποι που φροντίζουν ένα άρρωστο συγγενή τους που μπορεί να είναι το παιδί, ο γονιός ή ένα άλλο συγγενικό τους πρόσωπο, μπορεί να αντιμετωπίζουν σημαντικά συναισθηματικά, σωματικά προβλήματα. Η κάθε περίπτωση είναι ξεχωριστή, με τα δικά της χαρακτηριστικά. (Καραχάλιος 1999) Εκτός από τους ανθρώπους για τους οποίους η φροντίδα για ένα ασθενή συγγενή τους είναι μια εξαντλητική δοκιμασία από πολλές απόψεις, υπάρχουν και άλλοι για τους οποίους η εμπειρία αυτή τους επιτρέπει να νιώθουν ότι η ζωή τους έχει μεγαλύτερο νόημα, να λειτουργούν και να αισθάνονται καλύτερα. (Γλάτη 2008)



Οποιαδήποτε όμως και εάν είναι η επιμέρους περίπτωση όσον αφορά στο πως βιώνει ο καθένας και η κάθε οικογένεια μια τέτοια κατάσταση, ο αριθμός των ατόμων που φροντίζουν άρρωστους συγγενείς τους αυξάνεται σημαντικά.

Στην εποχή μας οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και η πρόοδος της ιατρικής επιτρέπει την επιβίωση ανθρώπων που παλαιότερα πέθαιναν λόγω σοβαρών ασθενειών. Οι άνθρωποι αυτοί στις πλείστες περιπτώσεις, παρουσιάζουν χρόνια προβλήματα της υγείας τους που απαιτούν μεγάλη φροντίδα. (Τούντας 2001)

Πολλά άτομα που φροντίζουν τους συγγενείς τους, έχουν επιπρόσθετα οι ίδιοι μια απαιτητική επαγγελματική απασχόληση, πολλές υποχρεώσεις και ευθύνες. Επίσης τα άτομα αυτά, συνήθως δεν είναι νεαρής ηλικίας, ως επί το πλείστον γυναίκες και το στρες που βιώνουν λόγω του ότι πρέπει να φροντίζουν άλλους, τα οδηγεί στο να παραμελούν τη δική τους υγεία και τις ψυχολογικές τους ανάγκες.

Πρέπει να αντιμετωπίζουν τις αβεβαιότητες για το μέλλον του αγαπημένου τους προσώπου που φροντίζουν και παράλληλα βιώνουν τη λύπη και συναισθηματική καταπόνηση για αυτά που του συμβαίνουν.

Βλέπουμε λοιπόν ότι τα άτομα που φροντίζουν άρρωστους συγγενείς τους χρειάζονται προσοχή, φροντίδα και καθοδήγηση. Πρέπει βέβαια να τονίσουμε ότι μόνο πρόσφατα η ιατρική και επιστημονική κοινότητα, έχει στρέψει την προσοχή της προς αυτό το θέμα. Έτσι οι γνώσεις, τα δεδομένα, η ενημερότητα για το αυξανόμενο αυτό κοινωνικό πρόβλημα και οι τρόποι αντιμετώπισης του, χρειάζονται ανάπτυξη. (Καγάλιαρη και Σταματάκη 1996)

Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι πολλοί άνθρωποι που φροντίζουν συγγενείς τους, παρουσιάζουν σωματική και ψυχολογική εξουθένωση, οικονομικές δυσκολίες και το 66% είχαν πρόβλημα αϋπνίας. (Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ. 1995,)

Η παροχή φροντίδας σε άτομα με χρόνια προβλήματα υγείας που ζουν περισσότερα χρόνια και που κάποτε αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο του τέλους της ζωής τους, κάτω από αυτές τις συνθήκες, είναι μια δύσκολη υπόθεση με πολλές επιμέρους πτυχές σε διάφορους τομείς. (Κακαβούλης Α. 1995)

Για αυτό τα κοινωνικά συστήματα υγείας και μέριμνας, έχουν να λύσουν ένα δύσκολο αλλά όχι επαρκώς γνωστό πρόβλημα που είναι η στήριξη και φροντίδα αυτών που φροντίζουν άρρωστους συγγενείς τους. (Βοσνιάδου 1999) Για να στηριχθούν τα άτομα αυτά, χρειάζονται μακροχρόνια προγράμματα σε διάφορους τομείς που να αντιμετωπίζουν την ποικιλία των αναγκών και των προβλημάτων που συναντούν στο δύσκολο έργο τους.

Είναι βέβαιο, ότι οι στρατηγικές των προγραμμάτων στήριξης αυτών που φροντίζουν, πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους, την ηλικία τους, το φύλο τους, την προσωπική και οικογενειακή τους κατάσταση όπως επίσης και τα προβλήματα των άρρωστων συγγενών τους για τα οποία έχουν αναλάβει το δύσκολο έργο της μακροχρόνιας φροντίδας τους.

Στην προσπάθεια καλύτερης διαφώτισης και στήριξης των ανθρώπων που φροντίζουν άλλους με χρόνια νοσήματα, η δημιουργία ομάδων αλληλοβοήθειας με άλλα άτομα που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη. Σε τέτοιες ομάδες συζητούνται οι προσωπικές εμπειρίες και βιώματα, προβλήματα όπως η συμπεριφορά των ασθενών με χρόνια πρόβλημα υγείας, η εξέλιξη των σχέσεων με το αγαπημένο πρόσωπο που

λαμβάνει τη φροντίδα, τα αισθήματα κατάθλιψης που νιώθουν, ο φόβος απώλειας του αγαπημένου προσώπου και άλλα ζητήματα πρακτικής φύσης. (Αγραφιώτης 2000)

Στις ομάδες αυτές με την καθοδήγηση ειδικά εκπαιδευμένου ψυχολόγου, μπορεί να γίνεται και θεραπεία ή εκμάθηση τρόπων χαλάρωσης για την καθημερινή ζωή.

Τα προγράμματα στήριξης και οι ομάδες αλληλοβοήθειας για τα άτομα που φροντίζουν άρρωστους συγγενείς τους, αποβαίνουν εξαιρετικά χρήσιμα για την καταπολέμηση του στρες που βιώνουν, για το ανοσολογικό τους σύστημα, για την υγεία τους γενικότερα όπως επίσης και για τους ασθενείς με χρόνια νόσημα που φροντίζουν.

Για τα άτομα που φροντίζουν παιδιά με χρόνια πάθηση, υπάρχουν προβλήματα ανάλογα με αυτά που αντιμετωπίζουν όσοι φροντίζουν ενήλικες με χρόνια ασθένεια. (Καραχάλιος 1999) Σε αρκετές περιπτώσεις, αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο ότι η περίοδος παροχής φροντίδας θα είναι ιδιαίτερα μακροχρόνια.

Είναι σημαντικό, αυτοί που φροντίζουν άρρωστους συγγενείς τους, να ζητούν βοήθεια για να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Πρέπει να χρησιμοποιούν οποιαδήποτε ευκαιρία ή υπηρεσία που τους προσφέρεται από το σύστημα κοινωνικής μέριμνας.

Δεν πρέπει να αμελούν τους εαυτούς τους, να παίρνουν ελεύθερο χρόνο για ξεκούραση, να εστιάζονται στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που έχει το αγαπημένο τους πρόσωπο, ιδιαίτερα όταν έρχονται δύσκολες στιγμές και να αισθάνονται περήφανοι για τις λύσεις και ευτυχία που προσφέρουν. (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1995)

Τελειώνοντας θέλουμε να τονίσουμε το πόσο σημαντικό είναι να στηρίζουμε, να βοηθούμε με κάθε τρόπο αυτούς που φροντίζουν άρρωστους συγγενείς τους, παιδιά ή ενήλικες.

Ο αριθμός αυτών που φροντίζουν άλλους στο σπίτι, στην οικογένεια, στην κοινότητα θα αυξάνεται και απαιτείται καλύτερη μελέτη των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όπως επίσης και βελτιωμένα προγράμματα στήριξης τους από την κοινωνία.

## Κεφάλαιο 5 Οι συνοδοί των ασθενών στην Ελλάδα

### 5.1 Η περίπτωση της Ελλάδας

#### Άτυποι φροντιστές

Σύμφωνα με την ένωση των Αμερικανών νοσοκόμων, ένας άτυπος φροντιστής είναι ένα πρόσωπο που παρέχει την απλήρωτη βοήθεια σε ένα οικογενειακό μέλος ή άλλο σημαντικό πρόσωπο που έχει μια ασθένεια ή μια ανικανότητα και είναι ανίκανο να είναι απολύτως ανεξάρτητο. (1)

Η άτυπη φροντίδα είναι ένα κοινό φαινόμενο που εμφανίζεται σε πολλές χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα, οι άτυπες δραστηριότητες φροντίδας, εμφανίζονται στα περισσότερα νοσοκομεία. Οι συγγενείς των ασθενών από την πλευρά τους, μένουν για πολλές ώρες στο νοσοκομείο και βοηθούν όσο περισσότερο μπορούν τους νοσηλευτές. Αυτό το φαινόμενο συσχετίζεται ιδιαίτερα με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Σαπουντζή- Κρέττια 2006).

#### 5.1.1 Ιστορική αναδρομή:

Η άτυπη φροντίδα εμφανίζεται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει επίσης, το ασυνήθιστο αυτό φαινόμενο της άτυπης φροντίδας σε όλα σχεδόν τα νοσοκομεία. Το φαινόμενο αυτό, πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 80, με την εισαγωγή μιας ανοικτής πολιτικής ωρών επίσκεψης. Το φαινόμενο αυτό σχετίζεται ιδιαίτερα με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και τις πολιτιστικές επιρροές στα σχέδια παροχής νοσηλευτικής φροντίδας (Vrettos et al 1996).

Πριν από την δεκαετία του 60 τα νοσοκομεία περιόρισαν την παρουσία των συγγενών δίπλα στον ασθενή. Έτσι, στις περισσότερες χώρες η άτυπη φροντίδα είναι ένα σχετικά καινούριο φαινόμενο. Ενώ, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 90, η Hopp (1999) διαπίστωσε

ότι οι επισκέπτες των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκους ευγηρίας ήταν πλέον πιθανοί να βοηθήσουν τους ασθενείς με τις δραστηριότητές τους.

Η ελληνική μεταρρύθμιση υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών του 20<sup>ου</sup> αιώνα, αρχίζοντας με την εισαγωγή του νόμου 1397\1983, θεωρείται ακόμα μια σημαντική πολιτική απόφαση στην ημερήσια διάταξη κοινωνικής πολιτικής. Ο κύριος στόχος αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η καθιέρωση ενός εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ( το Εθνικό Σύστημα Υγείας), δυνάμει του οποίου το κράτος θα αναλάμβανε την πλήρη υπευθυνότητα για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Οι τρεις βασικές αρχές του ΕΣΥ ήταν:

A) Η υγειονομική περίθαλψη υπόκειται σε ένα θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα και όχι στις δυνάμεις αγοράς

B) Όλοι οι πολίτες έχουν δικαίωμα να είναι ίσοι απέναντι στις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας

Γ) Η προστασία της υγείας του έθνους είναι μια περιοχή που κυβερνάται αποκλειστικά από το ελληνικό κράτος.

Πιο πρόσφατα με το νόμο 2889\2001, έγινε μια προσπάθεια για την τελειοποίηση του ΕΣΥ. Δημιουργήθηκαν 17 περιφερειακοί οργανισμοί υγείας (ΠΕΣΥΠ), κάθε ένας από αυτούς αποτελεί αυτόνομο περιφερειακό σύστημα υγείας στοχεύοντας να βελτιώσει την γενική ατελέσφορη διοίκηση του ΕΣΥ. Παρ' όλα αυτά όμως, πολλοί από τους στόχους του ΕΣΥ δεν έχουν επιτευχθεί ακόμα, και ένας σημαντικός αριθμός προβλημάτων συνεχίζει να εμμένει.

Σύμφωνα με το ελληνικό σύνταγμα, η κυβέρνηση πρέπει να εξασφαλίσει την παροχή επαρκών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στον πληθυσμό. Εν τούτοις, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται στην Ελλάδα χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των κεφαλαίων κοινωνικής ασφάλειας και θεωρείται ότι η κυβέρνηση άμεσα ή έμμεσα, είναι αρμόδια όχι μόνο για τη χρηματοδότηση αλλά και για την παράδοση της φροντίδας

Από την καθιέρωση του ΕΣΥ το 1983, θεσπίστηκε μια πολιτική ανοιχτών ωρών επίσκεψης στα Ελληνικά νοσοκομεία. Έτσι, ένα χρόνο αργότερα, ένα ιδιαίτερο φαινόμενο αναπτύχθηκε σχεδόν σε όλα τα ελληνικά νοσοκομεία. Τα συγγενικά μέλη των ασθενών επρόκειτο να μείνουν στο πλευρό του ασθενή τους για πολλές ώρες, μερικές φορές μάλιστα 24 ώρες την ημέρα, για να βοηθήσουν με τη φροντίδα τους. Οπότε, σιγά σιγά με το πέρασμα των

χρόνων η άτυπη φροντίδα έγινε ένα αναπόσπαστο τμήμα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψής μας.

### 5.1.2 Σημερινή πραγματικότητα:

Οι συγγενείς μένουν στο πλευρό των ασθενών τους για διάφορους λόγους:

- Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης
- Οικογενειακή παράδοση
- Για να μην θεωρήσει ο ασθενής ότι δεν είναι ασφαλής στο νοσοκομείο χωρίς την επίβλεψη του συγγενή
- Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού ( Παπαδάτου Δ. Αναγνωστόπουλος Φ. 1995)

Η παρουσία των συγγενών δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του σε ένα νοσοκομείο μπορεί να είναι μια σημαντική πηγή συναισθημάτων ασφάλειας και υποστήριξης για τους ασθενείς.

Η συχνότητα των επισκέψεων στους νοσηλευόμενους ασθενείς επηρεάζεται από την οικογενειακή προθυμία που περιλαμβάνεται στην φροντίδα του ασθενούς, από την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και από τις πολιτιστικές επιρροές στα σχέδια της φροντίδας. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την επίσκεψη της οικογένειας είναι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς. (Vrettos et al 1996)

Μια εξίσου σημαντική πτυχή της παρουσίας συγγενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών είναι η μείωση των δαπανών των νοσοκομείων. Οι δαπάνες για τα νοσοκομεία είναι το μεγαλύτερο συστατικό του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης από την αρχή της δεκαετίας του 70, και επομένως οι πολιτικοί στρέφονται κυρίως στη μείωση των δαπανών για τα νοσοκομεία. Οι δαπάνες εργασίας στην υγειονομική περίθαλψη είναι αρχικοί στόχοι για την κοπή δαπανών και η πιο κοινή πρακτική στη μείωση δαπανών στοχεύει να καλύψει τις ίδιες δραστηριότητες με λιγότερο προσωπικό, ή με λιγότερο ειδικευμένο προσωπικό.

Η μείωση των δαπανών, με τη μείωση του αριθμού του νοσηλευτικού προσωπικού εξασθενεί την φροντίδα που παρέχεται από τα ελληνικά νοσοκομεία. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένα μόνιμο πρόβλημα στην Ελλάδα και προκειμένου να λυθεί το πρόβλημα και να μειωθούν οι δαπάνες των νοσοκομείων, οι φορείς χάραξης πολιτικής εισήγαγαν μια δραστική λύση, που αποτελείται από τη <<χρησιμοποίηση>> της ελεύθερης εργασίας που προσφέρθηκε από τους συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών .(Μπέλλου-Μυλωνά και λοιποί 2003)

Σύμφωνα με τη Μπέλλου-Μυλωνά και λοιποί <<η χρησιμοποίηση ενός μέλους της οικογένειας ως προμηθευτή προσοχής κατά τη διάρκεια της εισαγωγής σε ένα νοσοκομείο εξασφαλίζει τουλάχιστον την παρατήρηση του ασθενή, ακόμα και όταν δεν είναι οι νοσηλευτές εκεί, και στην πράξη χαμηλώνει τον αριθμό των νοσηλευτών που απαιτούνται στα ελληνικά νοσοκομεία>>. (Μπέλλου-Μυλωνά και λοιποί 2003).

Η υποστελέχωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου καθιστά τους νοσηλευτές αδύναμους στα πλαίσια του ρόλου τους, να καλύψουν τις νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών. Αυτό αποτελεί κοινή πεποίθηση στον πληθυσμό της χώρας και αποτυπώνεται με σαφήνεια στο μοναδικό για την Ευρώπη φαινόμενο του συνοδού του ασθενούς στο ελληνικό νοσοκομείο και την χρήση της αποκλειστικής νοσοκόμου.( Δημητριάδου 2008)

Από έρευνα των Δημητριάδου και συνεργατών (1991) με δείγμα 600 νοσηλευόμενους ασθενείς γενικών νοσοκομείων προέκυψε ότι το 60,50% πίστευε ότι είναι αναγκαία η διαρκής παρουσία ενός συγγενή στο νοσοκομείο και το 49,50% του πληθυσμού είχε κάποιον συγγενή του ή χρησιμοποίησε αποκλειστική νοσοκόμα καθ' όλη την χρονική διάρκεια της νοσηλείας του.

Σε έρευνα των Sapountzi-Krepia et al (2006) με πληθυσμό συνοδούς ασθενών (συνήθως σύζυγοι ή κόρες) το 78,80% του πληθυσμού αναφέρει ως κίνητρο παραμονής του στο νοσοκομείο την παροχή φροντίδας λόγω έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, και γι' αυτόν τον λόγο το 82% έμνε στο νοσοκομείο 24 ώρες το 24ωρο. Το είδος της φροντίδας που παρείχαν αξιολογήθηκε από τους ερευνητές ότι αντιστοιχούσε σε νοσηλευτικές πράξεις και ώρες φροντίδας, που θα παρείχαν αν είχαν τον χρόνο 17 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού σε πλήρες ωράριο.



**Πίνακας 1. Κατ' εκτίμηση χρόνος που αφιερώνεται σε κάθε μεμονωμένη φροντίδα εάν εκτελείται από μια βοηθητική νοσηλεύτρια.**

<b>Τύπος φροντίδας</b>	<b>Χρόνος (σε λεπτά)</b>
Πρωινό πλύσιμο και στοματική περιποίηση	5
Βοήθεια στο ντύσιμο	8
Τακτοποίηση κρεβατιού	3
Αλλαγή σεντονιών	5
Βοήθεια με τη σίτιση	20
Βοήθεια με τη λήψη φαρμάκων	1
Παροχή ουροδοχείου στο κρεβάτι	8
Βοήθεια με το λούσιμο	8
Βοήθεια με τη σωματική καθαριότητα	20
Βοήθεια με τη μεταφορά από και προς το κρεβάτι	10
Μεταφορά του ασθενή στα τμήματα νοσοκομείων	20
Βοήθεια με τις σωματικές ασκήσεις θεραπείας	15

Πίνακας 1. Κατ' εκτίμηση χρόνος που αφιερώνεται σε κάθε μεμονωμένη φροντίδα εάν εκτελείται από μια βοηθητική νοσηλεύτρια (Sapountzi-Krepia et al 2006)

Το δείγμα αυτής της έρευνας αποτέλεσαν 80 συνοδοί-φροντιστές από τους οποίους οι 66 (83%) είναι γυναίκες και οι 14 (17%) είναι άνδρες, με μια μέση ηλικία 31,35 έτη (ελάχιστη ηλικία 19 και μέγιστη ηλικία 73 ετών). Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν παντρεμένη (81%) κυρίως απόφοιτοι σχολείων πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης (55%) και όλοι ήταν στενοί συγγενείς των ασθενών. Τα στοιχεία φαίνονται αναλυτικά και στον πίνακα που ακολουθεί παρακάτω (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.**

<b>Μεταβλητές</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Γένος</b>		
Άνδρας	14	17
Γυναίκα	66	83
<b>Ηλικιακές Ομάδες</b>		
19 – 30	13	16
31 – 40	16	19
41 – 50	18	22
51 – 60	24	31
61 – 70	8	10
71 και πάνω	1	2
<b>Εκπαίδευση</b>		
Πρωτοβάθμια	44	55
Δευτεροβάθμια	26	34
Πανεπιστήμιο\Πολυτεχνείο	10	11
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Παντρεμένος	65	82

**Πίνακας 2. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.**

<b>Μεταβλητές</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ελεύθερος	11	14
Χωρισμένος	2	2.5
Χήρος\α	1	1.5
<b>Απασχόληση</b>		
Οικιακά	44	55
Δημόσιοι υπάλληλοι	5	6.25
Ιδιωτικοί υπάλληλοι	10	12.5
Ιδιοκτήτες των μικρών επιχειρήσεων	4	5
Συνταξιούχοι	15	18.75
Άνεργοι	2	2.5
<b>Σχέση με τον ασθενή</b>		
Σύζυγος	35	44
Μητέρα\Πατέρας	17	22
Αδερφός\ή	6	7
Γιός\Κόρη	13	16
Νύφη/γαμπρός	9	11

Πίνακας 2. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. (Sapountzi-Krepia et al 2006)

Δώδεκα από αυτούς (15%) δήλωσαν ότι έπαψαν να εργάζονται στην πρωινή τους εργασία επειδή έπρεπε να παρέχουν άτυπη φροντίδα στους συγγενείς τους. Τέσσερις από αυτούς (5%) επέλεξαν την πρόωρη συνταξιοδότηση, άλλοι 4 (5%) δήλωσαν ότι παραιτήθηκαν από τη δουλειά τους, ενώ άλλοι 4 (5%) δεν διευκρίνισαν τίποτα σχετικό με την εργασία τους. Τέλος το 12% του δείγματος δήλωσαν ότι κατάφεραν να αποσπάσουν από την εργασία τους

άδεια αορίστου χρόνου, χωρίς βέβαια να χάσουν την δουλειά τους αλλά ούτε και να πληρώνονται. (Sarountzi-Krepia et al 2006)

Ύστερα από έρευνα των Vrettos et al που πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 150 άτυπων φροντιστών διαπιστώθηκε ότι το 75% (περίπου 110 ερωτηθέντες)προσλαμβάνουν αποκλειστικές νοσοκόμες για να είναι συνεχώς στο πλευρό του συγγενή-ασθενή τους. Οι δημογραφικές πληροφορίες για τον υπό μελέτη πληθυσμό παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Η μεγάλη πλειοψηφία αυτών ήταν γυναίκες (87%) και παντρεμένος (84,1%) με μέση ηλικία τα 46,52 έτη.

### Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Μεταβλητές	<i>n</i>	%
<b>Γένος</b>		
Άνδρας	17	11.3
Γυναίκα	133	88.7
<b>Εκπαίδευση</b>		
Κάποιες τάξεις του Δημοτικού	4	2.8
Δημοτικό	28	19.3
Γυμνάσιο	19	13.1
Λύκειο	42	29.0
Επαγγελματική σχολή	11	7.6
Πανεπιστήμιο (φοιτητής)	36	24.8
Πανεπιστήμιο (Πτυχιούχος)	4	2.8
Μεταπτυχιακές/Διδακτορικές σπουδές	2	0.6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		

Παντρεμένος\η	116	84.1
Ελεύθερος\η	12	8.7
Διαζευγμένος	4	2.9
Χήρος\α	5	3.6
Χωρισμένος\η	1	0.7
<b>Σχέση με τον ασθενή</b>		
Σύζυγος	54	36
Μητέρα\Πατέρας	35	23.3
Κόρη\Γιος	14	9.3
Αδερφός\ή	28	18.7
Γαμπρός\Νύφη	10	6.7
Άλλο	9	6
<b>Επάγγελμα</b>		
Εργάτης	14	9.7
Ελεύθερος επαγγελματίας	68	46.9
Οικιακά	44	30.3
Μαθητής	8	5.5
Άνεργος	11	7.6

---

Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (Vrettos et al)

Για να προσδιοριστούν οι βασικές δραστηριότητες που πραγματοποιούνται από τους συγγενείς υποβλήθηκαν μια σειρά από ερωτήσεις που παρουσιάζουν τον τύπο της φροντίδας που παρέχεται και την συχνότητά της κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας. Η πλειοψηφία του δείγματος παρέχει βοήθεια για την καθημερινή καθαριότητα (85,1%), βοήθεια στην αλλαγή των ενδυμάτων (68,50%), για την σίτιση (82,40%), για την τακτοποίηση της κλίνης (53,2%), για την λήψη φαρμάκου από το στόμα (63,50%), για τον έλεγχο της ενδοφλέβιας ροής (86,4%) σε καθημερινή βάση ( Vrettos et al 1995). Οι δραστηριότητες αυτές, καθώς και η συχνότητά τους καταγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 4.

**Συχνότητα των δραστηριοτήτων προσοχής που εκτελούνται σύμφωνα με τις υπάρχουσες πληροφορίες από τους άτυπους φροντιστές την εβδομάδα**

Δραστηριότητες	Κάθε μέρα		5-6 φορές την εβδομάδα		3-4 φορές την εβδομάδα		1-2 φορές την εβδομάδα		Ποτέ	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Πρωινό πλύσιμο και στοματική περιποίηση	126	85.1	4	2.7	2	1.4	5	3.4	11	7.4
Βοήθεια στο ντύσιμο	102	68.5	11	7.4	11	7.4	14	9.4	11	7.4
Τακτοποίηση κρεβατιού	60	41.7	2	1.4	10	6.9	15	10.4	57	39.6
Αλλαγή σεντονιών	28	19.4	2	1.4	7	4.9	29	20.1	78	54.2
Βοήθεια με τη σίτιση	122	82.4	3	2	2	1.4	8	5.4	13	8.8
Βοήθεια με τη λήψη φαρμάκων	94	63.5	8	5.4	6	4.1	8	5.4	32	21.6
Βοήθεια με τη λήψη υγρών	20	14.2	1	0.7	5	3.5	8	5.7	107	75.9
Έλεγχος ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών	127	86.4	5	3.4	–	–	5	3.4	10	6.8
Παροχή ουροδοχείου στο κρεβάτι	75	53.2	1	0.7	15	10.6	14	9.9	36	25.5
Βοήθεια με το	49	34.8	4	2.8	14	9.9	48	34	26	18.4

λούσιμο στη τουαλέτα											
Βοήθεια με το λούσιμο στο κρεβάτι	18	12.9	–	–	6	4.3	23	16.4	93	66.4	
Βοήθεια με τη σωματική καθαριότητα στη τουαλέτα	31	22.2	2	1.4	8	5.7	65	46.4	34	24.3	
Βοήθεια με τη σωματική καθαριότητα στο κρεβάτι	12	9	1	0.7	7	5.2	22	16.4	92	68.7	
Βοήθεια με τη μεταφορά από και προς το κρεβάτι	19	13.4	–	–	3	2.1	16	11.3	104	73.2	
Μεταφορά του ασθενή στα τμήματα νοσοκομείων	14	10.2	–	–	4	2.9	23	16.8	96	70.1	
Βοήθεια με τις σωματικές ασκήσεις θεραπείας	29	22.7	60	46.9	28	21.9	4	3.1	7	5.5	

Πίνακας 4 Συχνότητα των δραστηριοτήτων προσοχής που εκτελούνται σύμφωνα με τις υπάρχουσες πληροφορίες από τους άτυπους φροντιστές την εβδομάδα (Vrettos et al 1995)

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι μένει δίπλα στον ασθενή πολύ περισσότερες ώρες πέρα από την ώρα του επισκεπτηρίου (περίπου 20-23 ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας). Ενώ 87 άτομα (59,2%) από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι κάποιος από το νοσηλευτικό ή ιατρικό προσωπικό πρότεινε στους συγγενείς ότι πρέπει να μείνει ένας από αυτούς με τον ασθενή ή ακόμα και να μισθώσει μια αποκλειστική νοσοκόμα. Άξιο αναφοράς είναι ότι το 72,7% (104 ερωτηθέντες) προσέλαβαν τελικά αποκλειστική νοσοκόμα,

επειδή δεν μπορούσε κάποιος από το οικογενειακό περιβάλλον να είναι στο πλάι του ασθενούς (Vrettos et al 1995)

Για να διερευνηθούν οι λόγοι της παραμονής των συγγενών στο νοσοκομείο, τέθηκαν μια σειρά από ερωτήσεις. Επομένως, το 66,7% απάντησε ότι μένει με τον ασθενή λόγω της δριμύτητας του όρου, το 34% για να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή τους, το 10,8% λόγω μιας οικογενειακής παράδοσης για υποστήριξη στον ασθενή, το 25,2% επειδή θεωρούν ότι ο ασθενής τους δεν είναι ασφαλής στο νοσοκομείο χωρίς την επίβλεψή τους, το 38,8 % λόγω της σημαντικής έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το 4,8% για άλλους λόγους. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 19,6% των ερωτηθέντων είχε την άποψη ότι ο αριθμός των νοσηλευτών είναι ικανοποιητικός, το 22,3% απάντησε ουδέτερα ενώ το 58,1% θεωρεί ότι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι ικανοποιητικός. ((Vrettos et al 1995).)

### 5.1.3 Αποτελέσματα

Οι συγγενείς παρέχουν ουσιαστική φροντίδα και βοήθεια στους ασθενείς τους καθημερινά. Αφού, κατά μέσο όρο μένουν δίπλα στους ασθενείς τους 20-23 ώρες το 24ωρο ((Vrettos et al 1995). Επίσης, οι συγγενείς προσφέρουν την άτυπη προσοχή που απεικονίζει συγκεκριμένα καθήκοντα φροντίδας. Τα ελληνικά νοσοκομεία χρησιμοποιούν τους συγγενείς, ως απλήρωτη εργασία για να αντισταθμίσουν την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Το ανησυχητικό είναι, ότι συνήθως κάποιος από το προσωπικό του νοσοκομείου προτείνει στους συγγενείς να μείνουν στο πλευρό του (Sapountzi-Krepia et al 2006). Αυτό υποδηλώνει ότι το ίδιο το προσωπικό θεωρεί απαραίτητη μια τέτοια συμβολή.

Μετά από όλα τα παραπάνω διαπιστώθηκε, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των άτυπων φροντιστών είναι μέσης ηλικίας γυναίκες, νοικοκυρές, κυρίως σύζυγοι ή κόρες των ασθενών, πολλές από τις οποίες έρχονται αντιμέτωπες με σημαντικές αλλαγές στην κατάσταση απασχόλησής τους προκειμένου να είναι σε θέση να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή τους. Η



διαφορά φύλου στην παροχή άτυπης φροντίδας οφείλεται πιθανότατα στους διάφορους κοινωνικούς, θρησκευτικούς και πολιτιστικούς παράγοντες.

## 5.2 Ο τύπος το ΕΣΥ και οι νοσηλευτές

Στις μέρες μας τα ΜΜΕ κατέχουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο. Έχουν επιρροή πάνω στους ανθρώπους καθώς έχουν τη δύναμη και τους επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ασκούν έντονη κριτική για όλα τα θέματα που απασχολούν την κοινωνία. Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι και αυτό της υγείας. Τα ΜΜΕ έχουν ασχοληθεί εκτενέστατα παρουσιάζοντας όλα τα προβλήματα που παρουσιάζει το ΕΣΥ.

Η εφημερίδα Ελευθεροτυπία αναφέρει χαρακτηριστικά στο άρθρο της με τίτλο <<ΑΤΤΙΚΟΝ Ή ΘΑΝΑΤΙΚΟΝ>> :13.02.2009 <<Τα επείγοντα αποτελούν την δυναμική εμπροσθοφυλακή σε κάθε νοσοκομείο, όμως οι τραγικές ελλείψεις σε προσωπικό αφήνουν την ώρα της μάχης στρατιώτες χωρίς πολεμοφόδια, με απρόβλεπτες συνέπειες στην υγεία και τη ζωή των πολιτών>>.

Ακόμα οι ίδιοι οι γιατροί των νοσοκομείων καταγγέλλουν με έγγραφό τους προς την εφημερίδα ότι:

- Μετά τις 2:30 το μεσημέρι οι νοσηλευτές στα επείγοντα περιστατικά είναι 2-3 και οι ασθενείς 150. Ενώ μετά τις 11 το βράδυ μένουν 2 νοσηλευτές με 1 τραυματιοφορέα για να εξυπηρετήσουν 40-50 ασθενείς. Στο έγγραφό τους αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι: <<Η μη απώλεια ζωών ασθενών οφείλεται και μόνο στην παραμονή, εθελοντικά και πέραν του ωραρίου του νοσηλευτικού προσωπικού>>. Για να αντιμετωπισθούν οι ελλείψεις του προσωπικού στις εφημερίες, καλείται το επικουρικό προσωπικό να εφημερεύσει. Αυτό όμως, κρύβει πολλούς κινδύνους διότι το προσωπικό αυτό δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο στην επείγουσα νοσηλευτική.
- Δεν υπάρχει γιατρός για την διαλογή των αρρώστων.
- Δεν υπάρχουν γιατροί, νοσηλευτές, χειρουργεία παρόλα αυτά όμως τα νοσοκομεία διαθέτουν σύστημα υποδοχής ασθενών. Διοικητικοί υπάλληλοι καταγράφουν τα δημογραφικά στοιχεία, ασθένειες, εξετάσεις, χρεώσεις εξετάσεων. Αποτέλεσμα αυτού, πολύωρη αναμονή μπροστά από τα γκισέ για τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.
- Οι περισσότεροι χώροι των νοσοκομείων κρίνονται ακατάλληλοι.

Ο Ελεύθερος Τύπος με το άρθρο του <<Καλά που υπάρχουν κι...ΕΣΥ>> 11.08.2008 κάνει μια εκτενέστατη αναφορά στη σημαντική βοήθεια που παρέχουν οι συγγενείς των ασθενών στο σύστημα υγείας. Το άρθρο αναφέρει ότι εκατοντάδες εκατομμύρια ευρώ εξοικονομεί το ΕΣΥ από τη δωρεάν εργασία που προσφέρουν οι συγγενείς των νοσηλευόμενων ασθενών, συχνά με την παρότρυνση γιατρών ή νοσηλευτών. Οι ειδικοί εκτιμούν πως αν έλλειπαν οι συγγενείς, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες θα κατέρρεαν αυτομάτως.

Μια άλλη εφημερίδα, ο Ριζοσπάστης, 13.03.2009 κάνει μια μικρή περιγραφή της τραγικής κατάστασης στα νοσοκομεία. Το άρθρο με τίτλο <<Έκθεση κόλαφος για το ΕΣΥ>> αναφέρεται στους θανάτους ασθενών από πλημμελή φροντίδα. Παρουσιάζεται η άθλια κτιριακή κατάσταση των νοσοκομείων. Μαγειρεία σε άθλια κατάσταση. Κέντρα Υγείας που έχουν μετατραπεί σε αποθήκες. Ληγμένα αντιδραστήρια και εργαστηριακές εξετάσεις εκτός πραγματικότητας. Πανάκριβα ογκολογικά φάρμακα χρεωμένα σε ασθενείς που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν. Αυτά είναι μόνο κάποια από τα πραγματικά στοιχεία που κυριαρχούν μέσα στα ελληνικά νοσοκομεία.

Ο ελληνικός τύπος κάνει συχνά αναφορές στην τρομερή έλλειψη προσωπικού (νοσηλευτικού και άλλου προσωπικού) που υπάρχει στα ελληνικά νοσοκομεία.

Έτσι, σύμφωνα με τον Κρητικό (2008) παρόλο που έχουν διαπιστωθεί εδώ και αρκετά χρόνια τα κενά που υπάρχουν σε νοσηλευτικό και άλλο προσωπικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ, όχι μόνο δεν αυξήθηκαν οι προσλήψεις αλλά αντίθετα το προσωπικό έχει μειωθεί.

Τα δεκάδες νέα νοσοκομεία που έχουν ανεγερθεί τα τελευταία χρόνια εξακολουθούν σήμερα να λειτουργούν με τρομακτικές ελλείψεις, αφού αναστέλησαν τα προγράμματα προσλήψεων. Ενώ, οι όποιες αποσπασματικές τοποθετήσεις έγιναν, δεν επαρκούν για να καλύψουν τα κενά που δημιουργούνται από τις αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης, παραιτήσεων κλπ.

Σε μια νοσηλεύτρια ελληνικού νοσοκομείου που εργάζεται σε Χειρουργεία ή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ή σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) ανατίθενται καθήκοντα που αναλογούν στη δουλειά 4 συναδέλφων της. Ενώ, στις παθολογικές και άλλες κλινικές, όπου τα περιστατικά είναι ηπιότερα ως προς την επικινδυνότητά τους, μια νοσηλεύτρια κάνει τη δουλειά 8 συναδέλφων της.

<<Στη καθημερινή ζωή, μέσα στα νοσοκομεία η έλλειψη νοσηλευτών σημαίνει δυσλειτουργίες, κούραση του προσωπικού που εργάζεται περισσότερο, έλλειψη αποτελεσματικής εξυπηρέτησης των ασθενών, εντάσεις μεταξύ προσωπικού και αύξηση –

δυστυχώς- της θνησιμότητας των ασθενών>>, επισημαίνει στο <<Έθνος της Κυριακής>> ο νοσηλευτής Χρήστος Παναγούλης.. (09.01.2009)

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου σε κοινούς θαλάμους νοσοκομείων υπάρχουν διασωληνωμένοι ασθενείς. Δηλαδή λειτουργούν σαν ...ΜΕΘ, όπου όμως λόγω έλλειψης προσωπικού, τους ασθενείς φροντίζουν οι συγγενείς τους. Ενώ, άγνωστη έννοια για τη χώρα μας, εξακολουθεί να παραμένει << η ελάχιστη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενή>>, κάτι που ήδη εφαρμόζεται διεθνώς.



Σύμφωνα με την Καρλατήρα (2008) ανεργία πλήττει στις μέρες μας και το επάγγελμα της νοσηλευτικής. Ενώ οι οκτώ σχολές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και οι δύο σχολές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης της χώρας έχουν πετύχει τα τελευταία χρόνια να παράγουν σταθερά κάθε χρόνο αρκετές δεκάδες νοσηλευτών υψηλού μάλιστα επιπέδου, ελάχιστοι τελικώς φτάνουν ως τον επαγγελματικό προορισμό τους, δηλαδή στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

Ο λόγος; Οι θέσεις τους στις κλινικές καταλαμβάνονται συνήθως από βοηθούς νοσηλευτές, δηλαδή από όλους όσοι αποφοιτούν από σχολές νοσηλευτικής εκτός ΤΕΙ και ΑΕΙ, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να έρχονται επικουρικά να συμπληρώνουν τα κενά του... κλάδου τους στα νοσοκομεία.

Οι βοηθοί νοσηλευτών εκτός από τη φροντίδα και την υγιεινή των ασθενών, ανέλαβαν και τη νοσηλεία, δηλαδή το σύνολο των αναγκαίων ιατρικών πράξεων για την περίθαλψη και τη θεραπεία των ασθενών. Οι νοσηλευτές πάλι επιφορτίστηκαν με την ευθύνη των πράξεων των βοηθών νοσηλευτών.

Τα στοιχεία της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδας δείχνουν την παθογένεια του νοσηλευτικού κλάδου : από τους περίπου 22.500 πτυχιούχους νοσηλευτές που είναι

εγγεγραμμένοι στο μητρώο του, μόνον οι 1.550 εργάζονται σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Οι 13.000 εργάζονται σε νοσοκομεία του ΕΣΥ και λοιπούς φορείς του δημοσίου ενώ περίπου 8.000 είναι οι άνεργοι, μεγάλη μερίδα των οποίων προσφέρει «μαύρη» εργασία σε ιδιωτικά ιατρεία. Σε ότι αφορά τους περίπου 24.000 βοηθούς νοσηλευτές, τα 2/3 αυτών εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας. ([www.healthnews.gr](http://www.healthnews.gr) 03.2009)

Την ίδια στιγμή, σύμφωνα με τους μετριοπαθείς υπολογισμούς της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), τουλάχιστον 15.000 είναι οι κενές οργανικές θέσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία (σημειωτέων ότι οι υπολογισμοί έχουν γίνει με βάση τους παρωχημένους στις περισσότερες περιπτώσεις σήμερα Οργανισμούς Σύστασης των νοσοκομείων). ([www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr))

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου σε κοινούς θαλάμους νοσοκομείων υπάρχουν διασωληνωμένοι ασθενείς. Δηλαδή λειτουργούν σαν ...ΜΕΘ, όπου όμως λόγω έλλειψης προσωπικού, τους ασθενείς φροντίζουν οι συγγενείς τους. Ενώ, άγνωστη έννοια για τη χώρα μας, εξακολουθεί να παραμένει << η ελάχιστη αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενή>>, κάτι που ήδη εφαρμόζεται διεθνώς.

Σύμφωνα με την Μπούκα (2008) λόγω της δραματικής έλλειψης προσωπικού, το οποίο έτσι κι αλλιώς καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες, καθώς, ειδικά το βράδυ, υπάρχει μία νοσηλεύτρια για 30 ασθενείς, οι συγγενείς αναγκάζονται να καθαρίζουν το πάτωμα από το αίμα των δικών τους ανθρώπων, να αλλάζουν τα σεντόνια που ματώνουν εξαιτίας των φλεβών που σπάνε ή να τρέχουν ακόμη από το κτίριο της αιμοδοσίας στο κτίριο της Β' παθολογικής για την εξασφάλιση και τη μεταφορά της φιάλης με το αίμα που θα μεταγγιστεί στον άρρωστο τους.

Οι συγγενείς των ασθενών (Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης) δήλωσαν στην εφημερίδα <<Μακεδονία>> 11.11.2008 ότι εγκυμονεί πάντα ο κίνδυνος των λοιμώξεων, ειδικά κατά την απλασία του ασθενούς, οπότε μηδενίζονται οι δείκτες του, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν είχε αποτέλεσμα η χημειοθεραπεία του. Εξάλλου, όπως επισημαίνουν, "για τη μεταφορά του αίματος απαιτείται νοσηλεύτης. Όμως, λόγω έλλειψης προσωπικού, ο ασθενής πρέπει να περιμένει έως αργά το βράδυ να του φέρουν τη φιάλη με το αίμα και η μετάγγιση να ολοκληρωθεί το ξημέρωμα, καθώς διαρκεί τρεισήμισι ώρες. Έτσι, καμιά φορά οι συγγενείς αναλαμβάνουν το ρόλο του μεταφορέα από το ένα κτίριο στο άλλο".

Η Τζιάντζη (2009) δηλώνει μέσα από το άρθρο της ότι σήμερα μια στρατιά επισκεπτών κατακλύζει τα νοσοκομεία, όχι μόνο για λόγους κοινωνικότητας, αλλά γιατί οι συγγενείς παίζουν το ρόλο του νοσηλευτή , όπως οι γονείς παίζουν το ρόλο του δασκάλου, ενώ τα φροντιστήρια παίζουν το ρόλο του σχολείου.



## Συμπεράσματα-προτάσεις

Έπειτα από την εκτενή μελέτη του προβλήματος που έγινε και την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας μπορούν με ασφάλεια να διεξαχθούν κάποια συμπεράσματα.

Από ότι προκύπτει από όλα τα προηγούμενα κρίνεται απαραίτητη η άμεση πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι εμφανές ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα όλων των νοσοκομείων της χώρας μας είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Το πρόβλημα αυτό προκαλεί και μια σειρά άλλων προβλημάτων.

Το πρόβλημα που προκύπτει από την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι η κάλυψη των αναγκών του ασθενή. Οι συνοδοί-συγγενείς είναι αναγκασμένοι να παραμείνουν στο πλευρό του ασθενή τους προκειμένου να καλυφθούν όλες του οι ανάγκες.

Η οικογένεια του ασθενή, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του, αναγκάζεται να θυσιάσει κάποια στοιχεία από την καθημερινότητά του (εργασία, κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ).

Επομένως, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, πρώτο βήμα είναι η κάλυψη των κενών θέσεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν γίνει αυτό τότε θα καλύπτονται με επιτυχία όλες οι ανάγκες του ασθενή, και η οικογένειά του δεν θα έχει να αντιμετωπίσει τα διάφορα προβλήματα που της προκύπτουν (εργασιακά, οικονομικά, κοινωνικά).

## Παράρτημα

### Τα δικαιώματα του ασθενούς

Κάθε ασθενής έχει δικαιώματα αλλά και υποχρεώσεις. Τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών θεσπιστήκαν σε μια προσπάθεια προστασίας του πολίτη σε συνδυασμό με καλύτερη παροχή υγείας. Οπότε, σύμφωνα με το Νόμο 2071\1992 και άρθρο 47 του Ελληνικού κράτους είναι τα εξής: (Λαναρά 2006, Επιβατιανός 1984)

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.
2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σε αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.
3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.
4. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ζητήσει να πληροφορηθεί ότι αφορά στην κατάστασή του.
5. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.



6. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του, σε περίπτωση εφαρμογής της παραγράφου 3, έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνηθών ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή.
7. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.
8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.
9. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.
10. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

# Βιβλιογραφία

## Ελληνική Βιβλιογραφία:

- Αθανάτου Κ. Ελευθερία (2004) Κλινική Νοσηλευτική
- Αγραφιώτης Δημ. (2000) Κοινωνικές παράμετροι της Υγείας
- Βοσνιάδου Σ. (1999) Εισαγωγή στην Ψυχολογία
- Γεωργούση Π. (1995) Ψυχολογία των Μεθόδων Διδασκαλίας
- Δημητριάδου Α. (2008) Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και τον ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευσή του. Διδακτορική Διατριβή Ιατρική Σχολή ΑΠΘ
- Δημητριάδου Α., Λαζαρίδης Π., Παπαδοπούλου Α., Ασλανίδου Β., Κωνσταντινίδου Α., Σαμαρά Α., Χατζημιχαήλ Ε., (1991) Απόψεις και στάσεις των νοσηλευόμενων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία. 18<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Αθήνα
- Ελληνικό Ινστιτούτο Ισότητας μεταξύ των δυο φύλων (2000)
- Επιβατιανός Π. (1984) Ιατρικό Δίκαιο, Δεοντολογία και Προβληματική
- Καγάλιαρη Μ., Σταματάκη Π. (1996) Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν
- Κακαβούλης Α. (1997) Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης
- Καραχάλιος Γ. (1999) Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα
- Καρλατήρα Π. (2009) <<Πλεόνασμα νοσηλευτών αλλά...εκτός νοσοκομείων>> Πρώτο Θέμα
- Κουκλάκη Δ. (2009) <<Συναγερμός στον Ευαγγελισμό>> Ελεύθερος Τύπος
- Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (1984)
- Λαναρά Β. (2006) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών
- Μελισσά-Χαλικιοπούλου Χ. (1998) Ψυχολογία της Υγείας
- Μελισσά-Χαλικιοπούλου Χ. (2003) Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας
- Μπελλάλη Θ. (2005) Διοίκηση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
- Μπούκα Ν (2008) <<Χημειοθεραπείες και σε ... ράντζα>> Μακεδονία
- Ξένου-Βενάρδου Α. (2000) <<Γιατί οι άνδρες δεν προτιμούν τα Επαγγέλματα Υγείας>> Ριζοσπάστης
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1995) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας

- Πλάτη Δ. (2008) Γεροντολογική
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2001) Νοσηλευτική, μια καινοφανής προσέγγιση
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2006) Η διαχείριση του στρες
- Τζιάντζη Μ. (2009) <<Δελτίο Ραντζών>> Καθημερινή
- Τούντας Ι. (2001) Κοινωνία και Υγεία
- Τριχιοπούλου Α. (1986) Προληπτική Ιατρική
- Υδρία Cambridge Ήλιος (λεξικό) (1991)

### Ξενογλώσση Βιβλιογραφία:

- Bellou-Milona P, Iordanou P, Kyriakidou H, Andrea S, Evangelou H, Kostandou H. Family members' involvement in their hospitalised patients' care. ICUs and Nursing Web Journal 2002b;12:1 – 10.
- Berger M. Ann, Hobbs B. Barbara (2006) Clinical journal of Oncology Nursing
- Family caregivers Alliance Διαθέσιμο στο: [www.caregiver.org/caregiver](http://www.caregiver.org/caregiver)
- Institute of medicine (2004)
- Henderson V. 1965 The nature of nursing. *International Nursing Review* 12(1), 23 -30
- Hopp F.P (1999) Paterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care homes 167-176
- Lazarus R. S., Folkman S.(1984) Stress, appraisal and coping
- Moira L. (1992) <<Stress, alcohol, tobacco and drug use among nurses>> Journal of advance nursing
- National Institute of Nursing Research Διαθέσιμο στο: [www.ninr.nih.gov](http://www.ninr.nih.gov)
- National family Caregivers Association Διαθέσιμο στο: [www.nfcacares.org](http://www.nfcacares.org)
- SAPOUNTZI-KREPIA D., RAFTOPOULOS V., SGANTZOS M., DIMITRIADOU A., NTOUROU I., & SAPKAS G. Nursing shortage, informal carers, rehabilitation, informal in-hospital care, cost estimation Disability and Rehabilitation, January 2006; 28(1): 3 – 11
- SAPOUNTZI-KREPIA D., Roupá Z., Gourni M., Mastorakou F., Vojiatzi E., Kouvoumtzi A., Van Shell S. (2006) A Qualitative Study on the Experiences of Mothers Caring for Their Children With Thalassemia in Athens, Greece
- Wunderlich GS, Sloan FA, Davis CK. (1996) Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate? Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy Pr; 1996. <http://www.iom.edu>

### **Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις:**

- [www.papageorgiou-hospital.gr](http://www.papageorgiou-hospital.gr)
- [www.pasonop.gr](http://www.pasonop.gr)
- [www.esne.gr](http://www.esne.gr)
- [www.ygeia.gr](http://www.ygeia.gr)
- [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr)
- [www.healthnews.gr](http://www.healthnews.gr)

### **Μηχανές Αναζήτησης:**

- [www.google.gr](http://www.google.gr)
- [www.yahoo.gr](http://www.yahoo.gr)
- [www.vima-asklpeiou.gr](http://www.vima-asklpeiou.gr)
- [www.wikipedia.gr](http://www.wikipedia.gr)