

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ - ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΙ ΣΛΟΒΑΚΙΑΣ**

**NURSES' CLINICAL DECISION – MAKING
A COMPARISON STUDY BETWEEN GREECE
AND SLOVAKIA**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΛΑΓΟΓΙΑΝΝΗ ΙΩΑΝΝΑ-ΑΓΛΑΙΑ
ΠΑΙΛΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Δρ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

ΠΑΤΡΑ,2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εκπονήθηκε από τους φοιτητές Λαγογιάννη Ιωάννα-Αγλαΐα και Παίλα Κωνσταντίνο του τμήματος Νοσηλευτικής στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας. Η εργασία αυτή ξεκίνησε και τελείωσε μέσα ακαδημαϊκό έτος 2016-2017 κάτω από την επίβλεψη του καθηγητή του τμήματος Δρ. Νικόλαου Μπακάλη.

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στους ανθρώπους που μας στήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειας μας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε στους γονείς μας για την ανυπολόγιστη ηθική υποστήριξη, την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν και τα τέσσερα χρόνια των σπουδών μας καθώς και για την οικονομική υποστήριξη τους για την πραγματοποίηση της πρακτικής άσκησης στο εξωτερικό μέσω του προγράμματος Erasmus.

Τον υπεύθυνο καθηγητή μας Κ. Μπακάλη Νικόλαο, που χάρη στις γνώσεις και την πολύτιμη βοήθεια του, καταφέραμε να ολοκληρώσουμε με επιτυχία την παρούσα εργασία. Οι συμβουλές και οι καθοδηγήσεις του θα αποτελέσουν σημαντικά εφόδια για την μετέπειτα πορεία μας στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης.

Επίσης ευχαριστούμε τις προϊσταμένες των νοσοκομείων της Ελλάδας και της Σλοβακίας για την άμεση και θετική τους ανταπόκριση όσον αφορά την πραγματοποίηση των συνεντεύξεων.

Τέλος το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων αυτών που συμμετείχε στη διεξαγωγή της έρευνας, για την ανάδειξη των αποτελεσμάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι κλινικές αποφάσεις αποτελούν καθημερινή πρόκληση για τους νοσηλευτές, οι επιπτώσεις των οποίων επηρεάζουν άμεσα την υγεία των ασθενών, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο σύνολο της αλλά και την δημόσια εικόνα της νοσηλευτικής επιστήμης.

Σκοπός: Να προσδιοριστούν οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σε Ελλάδα και Σλοβακία

Υλικό – Μέθοδος: Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η Q-methodology (κάρτες) που είχαν χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν και είχαν ελεγχθεί για εγκυρότητα και αξιοπιστία. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Συμμετείχαν 100 νοσηλευτές από δημόσια νοσοκομεία σε Ελλάδα και Σλοβακία. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Η έρευνα αποκάλυψε ότι όσον αφορά στα σενάρια της οξείας φάσης του μυοκαρδίου στην πλειοψηφία τους οι Έλληνες νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερα σκορ στα σενάρια της ταχυκαρδίας (3,52 έναντι 2,28), της βραδυκαρδίας (3,32 έναντι 2,64) και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (4,56 έναντι 4,18) ενώ οι Σλοβάκοι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερα σκορ στο σενάριο του πόνου (6,28 έναντι 5,06). Αντίθετα στα υπόλοιπα τέσσερα (4) σενάρια που αφορούν στην φάση της αποκατάστασης του εμφράγματος, οι Σλοβάκοι νοσηλευτές σκόραραν υψηλότερα ατομικά σκορ και στα 4 σενάρια πιο συγκεκριμένα της ανησυχίας (9,74 έναντι 8,42), του ύπνου (10,28 έναντι 9,78), της δύσπνοιας (10,84 έναντι 9,66) αλλά και του εμετού (11,18 έναντι 10,10). Γενικά στην πλειοψηφία όλων των σεναρίων (5 στα 8) οι Σλοβάκοι νοσηλευτές σκόραραν υψηλότερα ατομικά σκορ έναντι της Ελλάδας (3 στα 8), ωστόσο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στα σενάρια της οξείας φάσης τα ατομικά σκορ και των δύο χωρών είναι χαμηλότερα (<6) από τα ατομικά σκορ στην φάση της αποκατάστασης (>9).

Συμπεράσματα: Οι Έλληνες νοσηλευτές είχαν συνολικά υψηλότερα ατομικά σκορ κυρίως στην οξεία φάση του εμφράγματος του μυοκαρδίου που οφείλεται πιθανώς λόγω της ιατροκεντρικής εκπαίδευσης των φοιτητών, της έλλειψης πρωτοκόλλων στις ΜΕ, της αυτονομίας που έχουν (από τους γιατρούς) να παρέχουν φροντίδα στις επείγουσες καταστάσεις, ενώ οι Σλοβάκοι νοσηλευτές σκόραραν καλύτερα στην αναρρωτική φάση αντιμετώπισης περιστατικού με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου πιθανώς λόγω της νοσηλευτικά προσανατολισμένης εκπαίδευσης των φοιτητών στην Σλοβακία (έμφαση στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα), και τις (κλινικής) αυτονομίας που έχουν οι νοσηλευτές.

ABSTRACT

Introduction: Clinical decision - making are a daily challenge for nurses, the impact of which directly affects the health of patients, the quality of the care provided, and the public image of nursing science.

Aim: To determine clinical decision – making made by nurses at Greece and Slovakia

Material – Method: As a data collection tool Q-methodology cards was used. The cards were previously used in a similar survey and testes as regard for validity and reliability. Convenience sampling was used due to lack of time and financial resources. A total of 100 semi-structured interviews were collected from public hospitals in Greece and Slovakia. The results of the survey were analyzed using the SPSS 22.0 statistical program.

Results: The research revealed that in the majority of the acute myocardial phase scenarios, Greece showed higher scores in the tachycardia scenarios (3.52 versus 2.28), bradycardia (3.32 vs. 2.64) and cardiopulmonary resuscitation (4.56 vs. 4.18) while Slovakia scored higher in the infarction scenario (6.28 versus 5.06). In contrast to the other four rehabilitation scenarios, Slovakia scored higher individual scores in four scenarios, of worry (9.74 vs. 8.42), sleep (10.28 versus 9.78), dyspnea (10.84 vs. 9.66) and vomiting (11.18 versus 10.10). In the majority of all scenarios (5 out of 8) Slovakia scored the highest individual scores against Greece (3 out of 8), but it is important to note that scenarios of the acute phase the individual scores of both teams are lower (6 <) than the individual scores in the rehabilitation phase(9>).

Conclusion: Greek nurses had overall higher individual scores mainly in the acute phase of myocardial infarction, possibly due to the medical-centered training of students, the lack of protocols in MS, the autonomy that (doctors) have to provide emergency care, and Slovak nurses were better off in the recurrent phase of acute myocardial infarction, probably due to nursing-oriented student education in Slovakia (emphasis on the nursing care) and the (clinical) autonomy of nurses.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	.....	7
1.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ		
1.2.1 Ορισμός κλινικής απόφασης	.....	8
1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική απόφαση	.....	10
1.2.3 Χρησιμότητα κλινικών αποφάσεων	.....	12
1.2.4 Προϋποθέσεις λήψης μιας ορθής απόφασης	.....	13
1.2.5 Νοσηλευτές και χρήση κλινικών αποφάσεων	.....	15
1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ		
1.3.1 Νοσηλευτική επιστήμη	.....	17
1.3.2 Νοσηλευτικά προβλήματα στον επαγγελματικό χώρο	.....	22
1.3.3 Νοσηλευτική εκπαίδευση		
1.3.3.1 Νοσηλευτική εκπαίδευση σε Ελλάδα	.....	24
1.3.3.2 Νοσηλευτική εκπαίδευση σε Σλοβακία	.....	27
1.3.4 Νοσηλευτική εξέλιξη	.....	28
1.3.4.1 Νοσηλευτική εξέλιξη σε Ελλάδα	.....	28
1.3.4.1 Νοσηλευτική εξέλιξη σε Σλοβακία	.....	30
1.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ		
1.4.1 Περιγραφή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ)	.....	31
1.4.2 Περιγραφή του Συστήματος Υγείας της Σλοβακίας	.....	33

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα	.....	36
2.2 Σχεδιασμός	.....	36
2.3 Διαδικασία	.....	40
2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	.....	40
2.5 Δείγμα	.....	41
2.6 Στατιστική ανάλυση	.....	42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	.....	44
3.2 Αποτελέσματα σεναρίων	.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ

4.1 Συζήτηση	.....	63
4.2 Περιορισμοί έρευνας	.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

5.1 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	72
------------------------------	-------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή

Η ύπαρξη του επαγγελματία νοσηλευτή ανταποκρίνεται σε μια ανάγκη της κοινωνίας και έχει ιδεώδη συνυφασμένα με την υγεία των ατόμων καθ' όλη την διάρκεια της ζωής. Οι νοσηλευτές κατευθύνουν τις ενέργειες τους προς την προαγωγή, τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, την ανακούφιση του πόνου και την εξασφάλιση ειρηνικού θανάτου όταν η ζωή δεν μπορεί πλέον να διατηρηθεί. Οι νοσηλευτές έχουν μια ολιστική άποψη για τον άνθρωπο και τον θεωρούν ως μια βιοψυχοκοινωνική οντότητα, που έχει την ικανότητα να θέτει στόχους και να παίρνει αποφάσεις και που έχει το δικαίωμα και την υπευθυνότητα να κάνει επιλογές μετά από πληροφόρηση, σύμφωνα με τα δικά του πιστεύω και αξίες. Η νοσηλευτική θεωρείται ένα δυναμικό και υποστηρικτικό επάγγελμα που καθοδηγείται από το δικό της κώδικα ηθικής και έχει τις ρίζες της στην φροντίδα μια έννοια έκδηλη στους 4 τομείς που δραστηριοποιείτε :

- Κλινική πρακτική
- Εκπαίδευση
- Διοίκησης
- Έρευνα

(CAN – Canadian Nurses Association, 2013)

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την έννοια του νοσηλευτή. Ο όρος νοσηλευτής (nurse) προέρχεται από την λατινική λέξη *nutrix* που σημαίνει θρέφω (*nourish*). Οι ορισμοί του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής βασίζονται σε αυτή τη λέξη για να περιγράψουν τον νοσηλευτή ως ένα άτομο που φροντίζει (Taylor, Lillis & Lemone, 2006).

Νοσηλευτής – Νοσηλεύτρια είναι το πρόσωπο που έχει ολοκληρώσει επιτυχώς ένα πρόγραμμα βασικής, γενικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και έχει άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από την αρμόδια κρατική υπηρεσία, για να ασκεί την νοσηλευτική στην χώρα του (Δημητριάδου, 2014).

Οι στόχοι της Νοσηλευτικής εντοπίζονται σε τέσσερις βασικούς τομείς :

- Προαγωγή της ευεξίας
- Πρόληψη της ασθένειας
- Αποκατάσταση υγείας
- Διευκόλυνση της επιτυχίας αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας

Για την επίτευξη των στόχων απαιτούνται γνώσεις, δεξιότητες και κριτική σκέψη και ανάμειξη των νοσηλευτικών ρόλων. Η επιστήμη της νοσηλευτικής αποτελεί συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων και τεχνικών δεξιοτήτων. Αποτελεί μια προσφορά υγείας προς τον άνθρωπο σε διάφορα στάδια υγείας και ασθένειας (WHO, 1986). Πρόκειται για μεθοδευμένη γνώση η οποία βασίζεται στην παρατήρηση, στην μελέτη, στον πειραματισμό και τέλος στην νοσηλευτική διεργασία, μια συστηματική λύση προβλημάτων μέσα από συγκεκριμένα στάδια αλλά και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλευτική είναι ζωτικής σπουδαιότητας για το άτομο το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες της καθώς ικανοποιεί της ανάγκες οι οποίες δεν μπορούν να καλυφθούν από το ίδιο το άτομο, την οικογένεια ή άλλα άτομα της κοινότητας. Βασικά στοιχεία του νοσηλευτικού επαγγέλματος είναι: η φροντίδα υγείας, η θεραπεία και ο συντονισμός τα οποία πρέπει να συνδυαστούν με τις ιδιότητες – χαρακτηριστικά του νοσηλευτή για να υπάρξει το επιθυμητό

αποτελεσμα. Η ακρόαση, η αξιολόγηση, η ανάληψη ευθυνών η κατάλληλη παρέμβαση και η κλινική νοσηλευτική κρίση αποτελούν τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά που πρέπει να έχει ένας επαγγελματίας νοσηλευτής(Taylor,Lillis&Lemone,2006).

Η νοσηλευτική αποτελεί ένα σύμπλεγμα χαρακτηριστικών, είναι η βάση των γνώσεων της παρεχόμενης φροντίδας. Πρόκειται για έναν επιστημονικό κλάδο που κατάφερε να εξελιχτεί πέρα από ένα αμιγώς πρακτικό επάγγελμα . Βιβλιογραφικά έχει χαρακτηριστεί ως ένα αλτρουιστικό επάγγελμα που σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την ισότητα. Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νοσηλευτικής είχε η βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η νοσηλευτική δεν σταματά με την απόκτηση του πτυχίου αλλά απαιτείται η συνεχής και συστηματική νοσηλευτική επιμόρφωση για την πλήρης επιστημονική καταξίωση.

Η λήψη κλινικών αποφάσεων ορίζεται ως μια διαδικασία που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές για συγκεντρώσουν πληροφορίες που αφορούν τους ασθενείς, να τις αξιολογήσουν και να προβούν σε αποφάσεις που έχουν ως αποτέλεσμα την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (Clark,1996).Οι νοσηλευτές καλούνται καθημερινά να ανταπεξέλθουν σε σημαντικά ερωτήματα άμεσα συνδεδεμένα με τη διατήρηση της ζωής του ασθενούς επομένως η κατανόηση των μεθόδων λήψης κλινικών αποφάσεων, η εύρεση τρόπων βελτίωσης των διαδικασιών και ανάπτυξη της κριτικής σκέψης άρα και κατ 'επέκταση του αισθήματος ασφάλειας των εργαζόμενων νοσηλευτών αποτελούν βασικούς πόλους διερεύνησης.

1.2 Κλινικές Αποφάσεις

1.2.1 Ορισμός κλινικής απόφασης

Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι μια διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ της γνώσης των προϋπάρχων παθολογικών καταστάσεων, των πληροφοριών για τους ασθενείς, της νοσηλευτικής φροντίδας και της βιωματικής μάθησης (Banning, 2008).Η λήψη των αποφάσεων είναι συνώνυμη με την επιλογή, την μετατροπή της πληροφορίας σε πράξη, καθώς και άμεσα συνδεδεμένη με την διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας (Taylor, Lillis&Lemone, 2006). Σύμφωνα με Παλάσκα και Αποστολοπούλου (2005) και Tompson&Dowding (2002) η λήψη κλινικής απόφασης ορίζεται ως μια συμπεριφορά που οδηγεί στο να κάνουμε μια επιλογή και να εφαρμόσουμε μια πορεία δράσης μεταξύ εναλλακτικών επιλογών.

Ιστορικά, δύο βασικά μοντέλα κλινικής λήψης αποφάσεων αναγνωρίζονται στη βιβλιογραφία. Το μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών και το διαισθητικό-ανθρωπιστικό μοντέλο. Η χρησιμότητα και η εφαρμογή και των δύο μοντέλων έχει εξεταστεί σε σχέση με τη φροντίδα. Πιο πρόσφατα, έχει προταθεί ένα τρίτο μοντέλο κλινικής λήψης αποφάσεων. Αυτό το νέο πολυδιάστατο μοντέλο περιέχει στοιχεία του μοντέλου επεξεργασίας πληροφοριών, αλλά εξετάζει επίσης τα δεδομένα που αφορούν συγκεκριμένα τον ασθενή για την αναγνώριση συμβόλων και προτύπων (Banning, 2008).

Το μοντέλο της επεξεργασίας πληροφοριών στην βάση του δομήθηκε από την ιατρική λήψη αποφάσεων (Joseph&Patel, 1990). Αυτό το μοντέλο χρησιμοποιεί μια επιστημονική ή υποθετική-επαγωγική προσέγγιση για να βοηθά στη μετασυμβατική λογική που είναι απαραίτητη για την ιατρική διάγνωση (Graber 2003,Gordon&Franklin 2003, Banning 2008). Οι νοσηλεύτριες υιοθέτησαν αυτή την υποθετική-επαγωγική προσέγγιση για να βοηθήσουν την κλινική λήψη αποφάσεων χρησιμοποιώντας δέντρα αποφάσεων για την αξιολόγηση των

πιθανών εκβάσεων αριθμητικά. Για κάθε δέντρο αποφάσεων, τα πιθανά αποτελέσματα αποδίδονται σε αριθμητική τιμή και αξιολογείται η πιθανότητα επίτευξης ενός αποτελέσματος (Banning, 2008). Τα αναλυτικά μοντέλα υποθέτουν ότι οι διεργασίες σκέψης της κλινικής λήψης αποφάσεων ακολουθούν ορθολογική λογική που μπορεί να μελετηθεί μέχρις ότου ληφθεί απόφαση.

Η υποθετική-επαγωγική προσέγγιση της κλινικής λήψης αποφάσεων περιλαμβάνει διάφορα στάδια: αναγνώριση ή συμπτωματική απόκτηση, παραγωγή υποθέσεων, ερμηνεία και αξιολόγηση υποθέσεων (Tanneretal. 1987, Banning 2008). Όπως κάθε μέθοδος έτσι και η υποθετική – επαγωγική έχει κάποια μειονεκτήματα όπως να υπάρξουν ελαττώματα στη χρήση των δέντρων αποφάσεων, με τα οποία το δέντρο μπορεί να έχει μια ανακριβή δομή ή τα σημεία αποφάσεων να έχουν συσχετισμένες πιθανότητες που ακυρώνουν τα αποτελέσματα. Οι υποθέσεις μπορεί να είναι λανθασμένες, πράγμα που οδηγεί στη δημιουργία προτάσεων που είναι ουσιαστικά ανακριβείς (Buckingham&Adams, 2000). Η γνώση για την σωστή λήψη αποφάσεων πρέπει να είναι διαθέσιμη, προσβάσιμη και ακριβής. Ωστόσο, σε γεγονότα της πραγματικής ζωής, οι αποφάσεις που γίνονται συχνά έχουν ένα στοιχείο αβεβαιότητας (Kuipersetal. 1988,Orme&Maggs 1993,Banning,2003).

Το επίκεντρο διαισθητικού-ανθρωπιστικού μοντέλου είναι η διαίσθηση και η σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής εμπειρίας, της γνώσης που αποκτάται από αυτήν και του τρόπου με τον οποίο εμπλουτίζεται η κλινική διαδικασία λήψης αποφάσεων καθώς η νοσηλεύτρια προχωράει κατά μήκος της επαγγελματικής τροχιάς (Benner, 1984,Young, 1987,Banning,2008). Σε αυτό το μοντέλο, ο έλεγχος της υπόθεσης δεν χρησιμοποιείται ως δείκτης ακριβών ή ανακριβών προτάσεων και συλλογισμών. Αυτό έχει οδηγήσει σε σκεπτικισμό εξαιτίας της έλλειψης επιστημονικών συλλογισμών (McCain, 1965,Smoyak, 1982,Banning, 2008). Η συγκεκριμένη μέθοδος έχει ταυτιστεί με την εμπειρία και χρησιμοποιείται περισσότερο από νοσηλεύτριες οι οποίες έχουν μεγαλύτερη εμπειρία. Η άπειρη νοσηλεύτρια ή η νέα νοσηλεύτρια θα χρησιμοποιήσει διαδικασίες και κατευθυντήριες γραμμές για να πάρει αποφάσεις, αλλά καθώς η νοσηλεύτρια κερδίζει πλούσια εμπειρία, η λήψη αποφάσεων γίνεται διαισθητική.

Τα βασικά ευρήματα προσδιόρισαν επτά παράγοντες που χαρακτήρισαν την έννοια της διαίσθησης. Οι παράγοντες περιελάμβαναν φυσικές αισθήσεις όπως ένστικτο, συναισθηματική συνειδητοποίηση που ενσωματώνει προθέσεις, συναισθήματα και καθησυχαστικά συναισθήματα, τα οποία υποστηρίζονταν από συναισθήματα ανησυχίας, άγχους ή φόβου. Η σύνδεση συσχετίστηκε με παράγοντες όπως οι πνευματικές συνδέσεις, η ανάγνωση των συνθηκών και η αίσθηση της ενέργειας (Leners 1992,Kelly 1994,Davis-Floyd&Davis 1996,Buckingham&Adams 2000,Ling&Luker 2000,Hansten&Washburn 2000,Khatri&Nog 2000,King&Macleod 2002,Banning 2008). Πολλές φορές συσχετίζουν την διαίσθηση με μοτίβα, σενάρια ασθενειών ή μορφές αυτοδιδασχίας. Έχουν γίνει προσπάθειες για τον διαχωρισμό των παραπάνω εννοιών και συγκεκριμένα της διαίσθησης και των μοτίβων(Buckingham&Adams,2000).

Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής καθώς για την παροχή επαγγελματικής νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται οι νοσηλευτές να αναλαμβάνουν αποτελεσματικές κλινικές αποφάσεις, να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται την κατάσταση υγείας του ασθενή και τις ανάγκες που ακολουθούν σε έγκαιρο χρονικό διάστημα. Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι μια διαδικασία που οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν καθημερινά όταν κάνουν κρίσεις σχετικά με την φροντίδα που παρέχουν σε ασθενείς και στα ζητήματα διαχείρισης (Wang, ChienandTwinn, 2011).

Οι κλινικές αποφάσεις είναι μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί από τους επαγγελματίες να γνωρίζουν τις σχετικές πτυχές της νοσηλευτικής, την πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές πληροφοριών, τα κατάλληλα δίκτυα φροντίδας ασθενών και να εργάζονται σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον (O'Neil et al., 2005). Η σωστή και πλήρης συλλογή πληροφοριών για το κάθε περιστατικό, η σωστή συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η εμπειρία είναι σημαντικά εφόδια για τους νοσηλευτές για την επιλογή της ορθότερης απόφαση η οποία βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την προαγωγή της υγείας. Η ενσωμάτωση της λήψης κλινικών αποφάσεων στην νοσηλευτική διεργασία εξασφαλίζει την ομαλή και ασφαλή διεξαγωγή των νοσηλευτικών πρακτικών.

Οι κλινικές δεξιότητες οι οποίες χρησιμοποιούνται από τις νοσηλεύτριες στη διαλογή των περιστατικών στο τμήμα των επειγόντων έχουν αντίκτυπο στο σύνολο της εμπειρίας του ασθενούς στο οποίο περιλαμβάνονται αποτελέσματα της υγείας του ασθενούς, το χρόνο της θεραπείας και τη συνολική διάρκεια παραμονής καθώς και την ικανοποίηση των ασθενών (Stanfield, 2015). Η εμπλοκή λήψης αποφάσεων μπορεί να οδηγήσει σε θετικά κλινικά αποτελέσματα σχετικά με την υγεία του ασθενούς, στην βελτίωση της ικανοποίησης της νοσηλευτικής εργασίας, στην αυξημένη πρόσληψη νοσηλευτών και την μείωση των κύκλων εργασιών (Al-Hamdan Zaid, 2015). Ο μεγάλος αντίκτυπος στην υγεία του ασθενούς αναγκάζουν τους νοσηλευτές να γνωρίζουν καλά τις σοβαρές συνέπειες σε περίπτωση λανθασμένης απόφασης (Bakalis, Bowman & Porock, 2003).

Εν κατακλείδι, η λήψη αποφάσεων πρόκειται για μια συνεχή και εξελισσόμενη διαδικασία η οποία βασίζεται στην συλλογή δεδομένων και στοιχείων τα οποία μετά από την κατάλληλη επεξεργασία και τεκμηρίωση οδηγούν στην ορθότερη επιλογή δράσης.

1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική απόφαση

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών επηρεάζεται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, τις πτυχές περίθαλψης που σχετίζονται με τον ασθενή και τον νοσηλευτή, καθώς και τις εργασιακές πρακτικές (Weinert et al. 2001, Egerod 2002, Aitken et al 2007).

Η ομαλή λειτουργία ενός τμήματος βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην έννοια της ομάδας και στις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών αυτής. Κατ' επέκταση η κατάσταση της υγείας ενός ασθενούς επηρεάζεται άμεσα από την σχέση νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού. Ανατρέχοντας στην βιβλιογραφία παρατηρούμε την σημασία της ομάδας των επαγγελματιών υγείας όπου η ομαδική εργασία απαιτεί τη λήψη αποφάσεων συχνά και οι αποφάσεις αυτές επηρεάζουν την απόδοση της ομάδας σε καθημερινή βάση (Havens & Vasey 2003, Kramer & Schmalenberg 2003, Adib-Hajbagheri et al. 2004, Bakalis & Watson 2005, Al-Hamdan Zaid 2015). Το πιο σημαντικό, η απόδοση της ομάδας επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Οι αποφάσεις ομαδικής εργασίας αφορούν την πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης, τις συνθήκες εργασίας και το ίδιο το εργασιακό περιβάλλον.

Καθώς η νοσηλεύτρια κερδίζει πλούσια εμπειρία, η λήψη αποφάσεων γίνεται διαισθητική. Η διαίσθηση έχει οριστεί με διάφορους τρόπους. Σύμφωνα με τους Benner και Tanner (1987), η διαίσθηση είναι κατανόηση χωρίς λογική. Ορίζεται επίσης ως «η σκόπιμη εφαρμογή της γνώσης ή της κατανόησης που αποκτάται αμέσως ως σύνολο και η οποία είναι ανεξάρτητα από τη συνηθισμένη, γραμμική και αναλυτική συλλογιστική» (Rew 2000, Banning 2008).

Ένας άλλος άξονας κυμαίνεται σε παράγοντες προσωπικότητας ή ψυχολογικούς παράγοντες (Frank, Bell & Skingley, 2003). Μπορεί να υπάρχουν διαφορές στην επαγγελματική κατάρτιση, αλλά μεγαλύτερη επιρροή στη λήψη αποφάσεων είναι η ψυχολογική ανάπτυξη γνωστικών λειτουργιών, όχι μόνο καθ' όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου αλλά και καθ' όλη την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους. Με άλλα λόγια, οι κοινότητες γνώσης είναι βασικές για την κατανόηση της κατασκευής των αποφάσεών μας (Buckingham & Adams, 2000).

Οι πληροφορίες που είναι διαθέσιμες στον νοσηλευτικό προσωπικό είναι συχνά ανεπαρκείς γεγονός που επηρεάζει την σωστή λήψη ενός ιστορικού άρα κατ' επέκταση και την σωστή υπόθεση – απόφαση. Η κριτική σκέψη και ο ορθολογισμός αποτελούν αίτια λανθασμένης απόφασης (Tomponsetal., 2003). Κάθε απόφαση την οποία λαμβάνουν οι νοσηλευτές θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές έρευνες και στην ικανότητα τους να εκτιμούν αυτές τις έρευνες (Bakalis, Bowman & Porock, 2003) επομένως η δυνατότητα κριτικής σκέψης και η ανεπαρκής εκπαίδευση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην διαδικασία λήψης της απόφασης (Akdemir & Özdemir, 2009).

Στους παράγοντες που επηρεάζουν την λήψη κλινικών αποφάσεων υπάρχει ένας επιμέρους διαχωρισμός. Αρχικά ως σημαντικοί παράγοντες για την αποτελεσματική κλινική λήψη αποφάσεων θεωρήθηκαν η «αίσθηση ικανότητας», η «αυτοπεποίθηση», η «οργανωτική δομή», η «νοσηλευτική εκπαίδευση» και η «υποστήριξη». Όμως πολλές έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην κλινική λειτουργία των νοσηλευτών, οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες έχουν συνδέσει το πρόβλημα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών. Εντούτοις οι απόψεις των νοσηλευτών και οι εμπειρίες τους σχετικά με παράγοντες που επηρεάζουν την κλινική τους λειτουργία και την κλινική λήψη αποφάσεων έχουν σπάνια μελετηθεί (Adib Hagbaghery, Salsali & Ahmadi, 2004).

Η αυτονομία, η πίστη το ιατροκεντρικό πρότυπο που έχει καθιερωθεί και η προώθηση ιεραρχικού μοντέλου στελέχωσης επηρεάζει την διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων (Wang, Chien & Twinn, 2011). Οι Έλληνες νοσηλευτές φαίνεται να ασχολούνται περισσότερο με την εκτέλεση τεχνικών καθηκόντων, η εφαρμογή των οποίων ίσως δεν είχε αποφασιστεί από τους ίδιους τους νοσοκόμους - και σπάνια με διαδικασίες επικοινωνίας και αξιολόγησης ασθενών (Parathanassoglouetal., 2005). Κατά αυτόν τον τρόπο μειώνεται η κριτική τους ικανότητα και η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας.

Εμβαθύνοντας σε πιο ειδικά τμήματα όπως τις μονάδες εντατικής θεραπείας βλέπουμε ότι οι οργανωτικοί παράγοντες, καθώς και τα θέματα φύλου, η εκπαιδευτική προετοιμασία και τα χρόνια εμπειρίας στη μονάδα επηρεάζουν την πραγματοποίηση της νοσηλευτικής αυτονομίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας στις μονάδες εντατικής θεραπείας υπάρχει μέτρια αυτονομία στα τεχνικά καθήκοντα και χαμηλή αυτονομία λήψης αποφάσεων στους νοσηλευτές. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εκπαιδευτική προετοιμασία των νοσηλευτών, τα θέματα φύλου και τα θεσμικά χαρακτηριστικά ενδέχεται να εμποδίσουν τους νοσηλευτές της μονάδας εντατικής θεραπείας (Parathanassoglouetal., 2005).

Στο πλαίσιο της πρακτικής που βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία, η φροντίδα βάσει πρωτοκόλλου είναι ένας μηχανισμός για τη διευκόλυνση της τυποποίησης της περίθαλψης και την απλούστευση της λήψης αποφάσεων μέσω του ορθολογισμού των πληροφοριών με τις οποίες θα γίνονται οι κρίσεις και τελικά οι αποφάσεις. Τα δομημένα πρωτόκολλα επέτρεψαν στους νοσοκόμους να ασκούν αυτόνομη πρακτική, διότι θα μπορούσαν να κάνουν κλινικές κρίσεις χωρίς να χρειάζεται να ακολουθήσουν πρώτα τους γιατρούς. Ωστόσο, αν η φροντίδα που βασίζεται στο πρωτόκολλο, στην πραγματοποίηση της πρακτικής, η

τυποποίηση της λήψης αποφάσεων είναι άγνωστη (Maniasetal., 2005, Rycroft-Maloneetal., 2009). Οι αποφάσεις που κάνουν οι νοσηλευτές σε αμφότερες τις τοποθεσίες ποικίλλουν ανάλογα με πολλούς διαφορετικούς και αλληλεπιδρώντες παράγοντες. Επιπλέον στη μελέτη σχετικά με τη χρήση κλινικών πληροφοριών από τους νοσηλευτές (και όχι τη χρήση πρωτοκόλλων κλπ.) διαπιστώθηκε ότι, ενώ οι νοσηλευτές έλαβαν πολλές αποφάσεις σχετικά με ποικίλα θέματα, σπάνια χρησιμοποίησαν επίσημες πηγές πληροφοριών, όπως οδηγίες ή πρωτόκολλα (McCaughanetal., 2002)

Θετική επίδραση στην κλινική λήψη αποφάσεων έχει η εμπειρία, η γνώση και οι κλινικές δεξιότητες. Η εκπαίδευση και η γνώση έχουν θετική συσχέτιση με την εμπειρία (Wolf, 2013). Οι γνώσεις τις οποίες κατέχει ο νοσηλευτής όσον αφορά την κλινική διάγνωση έχουν αποφασιστικό ρόλο στον καθορισμό του τρόπου ερμηνείας του προβλήματος και του είδους των κλινικών αποφάσεων που θα ζητήσει (Bakalis, Bowman&Porock, 2003). Οι πιο έμπειροι κλινικοί νοσηλευτές έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στην λήψη αποφάσεων και βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών.

Στις αρνητικές επιδράσεις περιλαμβάνονται η έλλειψη προσωπικού (Αδάμου και συν 2011), τα νοσηλευτικά ωράρια και η έλλειψη ενιαίου καθηκοντολογίου (Tiffenetal., 2014). Το αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός του χρόνου του νοσηλευτή, η αδυναμία ανάπτυξης ολιστικών κλινικών δεξιοτήτων και η αποφυγή οποιαδήποτε πρακτικής η οποία δεν καλύπτεται από το νομικό πλαίσιο.

1.2.3 Χρησιμότητα κλινικών αποφάσεων

Το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται καθημερινά αντιμέτωπο με κρίσιμες καταστάσεις τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσει επιτυχώς καθώς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Υπό αυτό το πρίσμα, μια κρίση είναι ένα δίλημμα που απαιτεί άμεση προσοχή στη διατήρηση των υπηρεσιών (Harrison&Ferguson, 2011) καθώς μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες όπως ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου, η καθυστέρηση της θεραπείας, οι ασθενείς που εγκαταλείπουν το νοσοκομείο ενάντια στις συμβουλές, αγνοούν τις ιατρικές συμβουλές και θέτουν τις νοσηλεύτριες υπό πίεση. Οι άποροι υγειονομικής περίθαλψης αναγνωρίζουν ότι τα ζητήματα που αποτελούν τη βάση των κρίσεων είναι βαθιά και ευρέως διαδεδομένα (Lyneham, Cloughessy&Martin, 2008; Dehghan-nayeri&Vasli, 2016).

Η «αποτυχία διάσωσης», που ορίζεται ως η θνησιμότητα των ασθενών που αντιμετωπίζουν επιπλοκές που έχουν αποκτηθεί από νοσοκομείο, συνδέεται άμεσα με την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης και των δεξιοτήτων λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών (Needlemanetal., 2001). Σύμφωνα με το Σύστημα Διαχείρισης Περιστατικών Υγείας της NSW (2008), οι τρεις κύριοι λόγοι για τα αρνητικά αποτελέσματα των ασθενών είναι: η μη σωστή διάγνωση, η απουσία κατάλληλης θεραπείας και η ακατάλληλη αντιμετώπιση επιπλοκών. Κάθε μία από αυτές σχετίζεται με κακές δεξιότητες λήψης αποφάσεων επομένως με την σωστή επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς θα αποφευχθούν οι επιπλοκές, οι αναπηρίες και όλες οι αρνητικές εκβάσεις (Suliman, 2006).

Δεκάδες χιλιάδες Αμερικανοί πεθαίνουν κάθε χρόνο από λάθη στη φροντίδα τους και εκατοντάδες χιλιάδες υποφέρουν ή μόλις διαφεύγουν από μη θανατηφόρα τραύματα τα οποία σε ένα πραγματικά υψηλής ποιότητας σύστημα φροντίδας θα αποτρέπονταν σε μεγάλο βαθμό. Κατά μέσο όρο σύμφωνα με εκτιμήσεις 44.000 έως 98.000 Αμερικανοί πεθαίνουν

κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα ιατρικών σφαλμάτων. Ακόμη και η συντηρητική εκτίμηση των 44.000 θανάτων υπερβαίνει τον αριθμό αυτών που πεθαίνουν ετησίως από ατυχήματα με αυτοκίνητα (43.458), καρκίνο του μαστού (42.297) και AIDS (16.516). Οι θάνατοι από ιατρικά λάθη αποτελούν την έβδομη κύρια αιτία θανάτου στη χώρα μας (Ινστιτούτο Ιατρικής, 2000).

Όταν μια ομάδα επαγγελματιών υγείας συντελείται από εξειδικευμένους και καταρτισμένους νοσηλευτές και ιατρούς οι οποίοι λειτουργούν δυναμικά και αλληλοϋποστηρίζονται τα επίπεδα ιατρικών λαθών μειώνονται αισθητά. Οι αποτελεσματικές δεξιότητες στην κλινική λήψη αποφάσεων είναι παράγοντας κλειδί για την πρόληψη ιατρογενών βλαβών (Levett-Jones, 2010). Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να προβαίνουν σε ορθές κλινικές αποφάσεις γιατί βελτιώνουν την ποιότητα φροντίδα υγείας του ασθενούς, καθώς προσφέρει τα μεγαλύτερα οφέλη για την υγεία με τον πιο αποτελεσματικό και αποδεκτό τρόπο. Η θεωρία λήψης αποφάσεων είναι απαραίτητη γιατί απαιτείται από τα συστήματα φροντίδας υγείας οι αποφάσεις που λαμβάνονται να είναι αποτελεσματικές ως προς το κόστος αλλά και την ποιότητα (Παλάσκα&Αποστολόπουλου, 2005). Απόρροια εκτός της ολιστικής φροντίδας του ασθενούς είναι και η μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης λόγω των μειωμένων ημερών νοσηλείας(Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά, 2015).

Με βάση τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης η προετοιμασία των νοσηλευτών - και ειδικότερα των νοσηλευτών στα τμήματα με συχνά περιστατικά έκτακτης ανάγκης - για μια κρίση με θεωρητική, πρακτική και ψυχολογική εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική και αυτή η προετοιμασία πρέπει να είναι από την πανεπιστημιακή εκπαίδευση έως τη συνεχή εκπαίδευση.

1.2.4 Προϋποθέσεις λήψης μιας ορθής απόφασης

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι μια συστηματική διαδικασία η οποία αποκτάται με την εκπαίδευση και την εμπειρία (Παλάσκα&Αποστολόπουλου, 2005).Είναι μια δεξιότητα που πρέπει να αναπτύξουν οι νοσηλευτές και αυτό μπορούν να το επιτύχουν μέσω της εκπαίδευσης (Καρρά, 2014) . Άλλοι ορισμοί την χαρακτηρίζουν ως μια μία συνειδητή διαδικασία που επηρεάζεται από ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, βασίζεται σε πραγματικά γεγονότα και αξίες και ολοκληρώνεται με την επιλογή μίας συμπεριφοράς ή δραστηριότητας μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών, με την πρόθεση να ικανοποιηθεί κάποια επιθυμητή κατάσταση (Shulletal. 1970, Καρρά 2014) ή ως δραστηριότητα που εκφράζει την επίδοση του ατόμου στην κάλυψη των στόχων ενός οργανισμού (Radford 1975, Καρρά 2014).Οι παραπάνω ορισμοί έχουν κοινό σημείο τη θεώρηση ότι η παραγωγή των αποφάσεων ξεκινά από ένα βασικό, ατομικό επίπεδο και βοηθά το άτομο να ενεργήσει, επιλέγοντας ανάμεσα από περισσότερες από μία λύσεις, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, είτε αυτές είναι ψυχολογικές, είτε επαγγελματικές (Καρρά, 2014).

Τα βήματα που ακολουθούνται για την επιλογή μίας εναλλακτικής λύσης και η μελέτη αυτών έχουν απασχολήσει βιβλιογραφικά πάρα πολλούς νοσηλευτές λόγω της μεγάλης ανάγκης κατανόησης αυτών. Εάν μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων από θεωρητική άποψη, αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που έχουν σχεδιαστεί για να ενισχύσουν τον αντίκτυπο των τυποποιημένων προσεγγίσεων περίθαλψης (Rycroft-Maloneetal., 2009).

Η μελέτη της λήψης αποφάσεων έχει παραδοσιακά τρεις βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις:

- ο την περιγραφική (descriptive), που εξετάζει το πώς συνήθως λαμβάνονται οι αποφάσεις
- ο τη δεοντολογική (prescriptive), η οποία ορίζει το πώς πρέπει να λαμβάνονται οι αποφάσεις
- ο την κανονιστική (normative), η οποία ορίζει τις αρχές με βάση τις οποίες οι αποφάσεις αξιολογούνται ως ορθές.

(Dillon, 1998)

Η διαδικασία λήψης απόφασης βασίζεται στην επιστημονική διαδικασία επίλυσης ενός προβλήματος η οποία ακολουθεί τα παρακάτω βήματα :

- ο Αναγνώριση του προβλήματος και ανάλυση περιπτώσεις
- ο Διεύρυνση των εναλλακτικών λύσεων
- ο Επιλογή της πιο επιθυμητής εναλλακτικής λύσης
- ο Εφαρμογή της απόφασης
- ο Εκτίμηση των αποτελεσμάτων

Η θεωρία επεξεργασίας πληροφοριών έχει περιγραφεί ως μια διαδικασία τεσσάρων σταδίων που περιλαμβάνει:

- ο τη συλλογή δεδομένων
- ο την παραγωγή υποθέσεων
- ο την ερμηνεία δεδομένων
- ο την υπόθεση

(Παλάσκα&Αποστολόπουλου 2005, Dewit 2009)

Κεντρικό θέμα στη θεωρία, είναι πώς η εμπειρία και η γνώση του υπεύθυνου λήψης αποφάσεων επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο διατυπώνεται μια απόφαση (Banning, 2008).

Η διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης υπάρχουν τέσσερα στάδια :

- ο Το στάδιο της προσέγγισης όπου ο νοσηλευτής παρατηρεί άτυπα συμπτώματα/αντιδράσεις, καταγράφει πλήρες ιστορικό, κανονίζει παρακλινικές εξετάσεις και αξιολογεί τα αποτελέσματα.
- ο Το στάδιο της κριτικής σκέψης όπου ο νοσηλευτής κάνει υποθέσεις για τα αίτια της κατάστασης τη υγείας και ποια δεδομένα αποδεικνύουν την κάθε υπόθεση. Αξιολογεί τις διαθέσιμες πηγές πληροφοριών και αριθμεί τις προτεραιότητες.
- ο Το στάδιο της απόφασης όπου ο νοσηλευτής επιλέγει μια από τις εναλλακτικές λύσεις, την εφαρμόζει στον ασθενή και ενημερώνει την λογοδοσία για την πράξη αυτή
- ο Το στάδιο της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων όπου ο νοσηλευτής ελέγχει και επανελέγχει τον ασθενή για πιθανές αντιδράσεις/ επιπλοκές και αξιολογεί το αποτέλεσμα των πράξεών του. Αν η απόφαση που πήρε δεν έχει τα επιθυμητά αποτελέσματα επιστρέφει στο δεύτερο στάδιο και επιλέγει μια διαφορετική εναλλακτική.

(Gillespie&Paterson, 2009)

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η λήψη μιας ορθής απόφασης δεν είναι μια εύκολη διαδικασία αντιθέτως πρόκειται για μια διαδικασία ή οποία επηρεάζεται σε κάθε βήμα της διαδικασίας από πάρα πολλούς παράγοντες. Οι αποτελεσματικές αποφάσεις εξαρτώνται από 3 παράγοντες: την ποιότητα, τον χρόνο και την αποδοχή. Όμως η λειτουργία

ενός νοσοκομειακού τμήματος βασίζεται στην γρήγορη και σωστή λήψη αποφάσεων (LaMonica&Finch, 1977). Πολλές φορές οι νοσηλευτές καλούνται να λάβουν αποφάσεις σε μικρό χρονικό διάστημα και έχοντας συχνά στην διάθεσή τους λίγες πληροφορίες και υψηλό βαθμό αβεβαιότητας. Επιπλέον από την ίδια έρευνα προκύπτει ότι κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων προκαλείται ψυχολογικό άγχος με δεδομένο ότι κάποιες αποφάσεις μπορεί να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ζωή του ασθενούς (Bakalis,Bowman&Porock, 2003).

Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία λήψης ορθών κλινικών αποφάσεων έχει η δυνατότητα κριτικής σκέψης από τους νοσηλευτές. Όσοι αναπτύσσουν κριτική πιστεύουν πως ένας σωστά αιτιολογημένος συλλογισμός θα τους οδηγήσει σε αξιόπιστα συμπεράσματα. Για το λόγο αυτό, καλλιεργούν μια στάση εμπιστοσύνης στη διαδικασία της εκτίμησης και εξετάζουν επιχειρήματα, χρησιμοποιώντας μέτρα αξιολόγησης και εφαρμόζοντας ερωτήματα (Παπαθανασίου, 2016). Οι νοσηλευτές που αναπτύσσουν κριτική σκέψη επιδεικνύουν επιμονή στην εξερεύνηση αποτελεσματικών λύσεων για τον ασθενή και τα προβλήματα νοσηλείας στο σύνολο τους. Η αποφασιστικότητα και αυτοπεποίθηση που κερδίζουν βοηθά στο να διασαφηνίσουν έννοιες και διαγνώσεις ώστε να ξεχωρίσουν με περισσότερη επιτυχία την πιο ακριβή εναλλακτική.

Η γνώση των κλινικών δεξιοτήτων και η εμπειρία επηρεάζουν τα στάδια της λήψης των κλινικών αποφάσεων. Οι έμπειροι νοσηλευτές μπορεί να μην περάσουν σκόπιμα σε κάθε βήμα της διαδικασίας. Αντ'αυτού, μπορεί να χρησιμοποιήσουν τη διαίσθηση για να φτάσουν γρήγορα σε μια απόφαση αντί να εξετάσουν διάφορες υποθέσεις. Επιπλέον, η γραμμική διαδικασία του μοντέλου μπορεί να μην αντικατοπτρίζει τη δυναμική διαδικασία που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές ή την πραγματική πολυπλοκότητα της λήψης κλινικών αποφάσεων (Narayan&Corcoran-Perry 1997,Rashotte&Carnevale 2004, Leeetal. 2006,Rycroft-Malone 2009).

Επομένως για την λήψη ορθών κλινικών αποφάσεων επηρεάζεται από πάρα πολλούς παράγοντες όπως η εμπειρία, η γνώση βασικών κλινικών δεξιοτήτων, ο χρόνος που έχει στην διάθεση του το νοσηλευτικό προσωπικό, η λήψη ενός σωστού και πλήρες ιστορικού, το άγχος, ο αυξημένος όγκος καθηκόντων αλλά και οι προσωπικές δυνατότητες κάθε νοσηλευτή.

1.2.5 Νοσηλευτές και χρήση κλινικών αποφάσεων

Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι βασικό στοιχείο του νοσηλευτικού ρόλου με σκοπό την προαγωγή της υγείας του ασθενή. Συνεπώς κάθε απόφαση την οποία λαμβάνουν οι νοσηλευτές θα πρέπει να βασίζεται στις κλινικές έρευνες και στην περαιτέρω ανάλυση και εκτίμηση των ερευνών αυτών (Μπακάλης, 2002). Για την λήψη της απόφασης οι νοσηλευτές εφαρμόζουν την κριτική σκέψη στην διαδικασία επίλυσης προβλημάτων των ασθενών και στη λήψη αποφάσεων που αφορούν σε μεθόδους νοσηλευτικής δράσης (Παπαθανασίου, 2016). Οι αποφάσεις που λαμβάνουν καθημερινά οι νοσηλευτές σχετικά με τη νοσηλεία και την αξιοποίηση των περιορισμένων πόρων τους αναγκάζει να σκέπτονται και να ενεργούν σε περιπτώσεις, όπου δεν υπάρχουν ούτε ξεκάθαρες απαντήσεις, ούτε συγκεκριμένες διαδικασίες και συχνά η λήψη μιας απόφασης μετατρέπεται σε ακόμα πιο περίπλοκη διαδικασία (Παπαθανασίου, 2016).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο αριθμός και ο τύπος των αποφάσεων των νοσηλευτών και στους δύο τύπους ήταν μεγάλος και ποικίλος ανάλογα με πολλούς διαφορετικούς και αλληλεπιδρώντες παράγοντες. Σε γενικές γραμμές, οι αποφάσεις ποικίλλουν από τις αποφάσεις φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας (π.χ. μεταβαλλόμενες δόσεις ινσουλίνης) στις αποφάσεις διαχείρισης χρόνου (π.χ., χρησιμοποιώντας εξομοιωτές εξοικονόμησης χρόνου όπως προσεγγίσεις δοκιμασμένων και δοκιμασμένων για την οργάνωση διαδικασιών ρουτίνας όπως φλεβοκέντηση) (Rycroft-Malone et al., 2008).

Οι νοσηλεύτριες λαμβάνουν πολλές αποφάσεις (Banning, 2005): οι νοσηλευτές της οξείας περίθαλψης αντιμετωπίζουν μια απόφαση ή κρίση «καθηκόντων» κάθε 10 λεπτά, οι νοσηλευτές κρίσιμης φροντίδας κάθε 30 δευτερόλεπτα (Bucknall, 2000) και οι νοσηλευτές της οικογένειας ή της δημόσιας υγείας που αντιστοιχούν σε 10 κρίσεις για κάθε επαφή που έχουν με τις νέες μητέρες (McCaughan et al., 2005). Αντίστοιχα οι νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας είναι πιθανό να κάνουν μια απόφαση περίθαλψης ασθενών κάθε 30 δευτερόλεπτα, συμπεριλαμβανομένου ενός ευρέος φάσματος αποφάσεων (Parathanassoglou et al., 2005). Ομοίως μια προηγούμενη έρευνα, Watson (1994) είχε αναφέρει ότι οι νοσηλευτές έκαναν περίπου εννέα σημαντικές αποφάσεις περίθαλψης ασθενών ανά ώρα.

Η νοσηλευτική πρακτική χαρακτηρίζεται ως ιατροκεντρικής φύσεως (Bakalis, Bowman & Porock 2003; Parathanassoglou et al., 2005). Παρόλο που οι Έλληνες νοσηλευτές παρεμβαίνουν έγκαιρα σε περιπτώσεις ταχυκαρδίας και πόνου στο στήθος η ολική εικόνα της αυτονομίας τους είναι περιορισμένη σε σχέση με την αυτονομία που διαθέτουν οι Άγγλοι νοσηλευτές (Bakalis, Bowman & Porock, 2003). Η έλλειψη καθηκοντολογίου και κατευθυντήριων γραμμών οδηγούν σε μια παθητική στάση το ελληνικό νοσηλευτικό προσωπικό. Όμως για τους ίδιους τους νοσηλευτές, το κλειδί είναι η ενίσχυση της θέσης τους στην πολυεπιστημονική ομάδα υγείας. Όπου η λήψη αποφάσεων είναι πιο διαφανής, οι κλάδοι έχουν καλύτερη εκτίμηση των ανησυχιών του άλλου, ενισχύοντας την επαγγελματική ισότητα και την «απρόσκοπτη» περίθαλψη. Η διαφάνεια διευκολύνει επίσης την πολυδιάταξη και την επέκταση ρόλου σε πειθαρχικά όρια (Buckingham & Adams, 2000).

Πολλοί νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ψευδώς ότι η αναζήτηση αυτονομίας στη νοσηλευτική μπορεί να προκαλέσει δυσαρμονία ανάμεσα στους κλάδους, ακατάλληλη αναβολή στις οδηγίες και διαταραχές του συστήματος υγείας (Henderson & Chien 2007, Wang, Chien & Twinn 2011). Οι νοσηλευτές και οι γιατροί περιέγραψαν ότι είχαν ανοιχτές συζητήσεις σχετικά με ασθενείς στους οποίους θα χρησιμοποιούσαν ο ένας τον άλλο για συμβουλές, περιγράφοντας τη λήψη αποφάσεων ως «αμοιβαίο πράγμα». Σε αμφότερους τους χώρους, ενώ οι νοσηλευτές έκαναν αποφάσεις ανεξάρτητα ή με ιατρικούς συναδέλφους, υπήρχαν ελάχιστα στοιχεία για τυποποιημένες προσεγγίσεις περίθαλψης που ενημερώνονταν με ειλικρίνεια σχετικά με τη λήψη αποφάσεων (Buckingham & Adams, 2000).

Στην Ελλάδα, καθώς και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι νοσηλευτές προσπαθούν να ενισχύσουν την επαγγελματική τους κατάσταση με την απόκτηση αυτονομίας, τόσο στην εκπαίδευση όσο και στον χώρο εργασίας τους. Πρόσφατα διατάγματα της Ελληνικής νομοθεσίας θέτουν τον ιατρικό διευθυντή κάθε μονάδας ως συντονιστή για όλες τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται στον ασθενή, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλευτικής. Το γεγονός αυτό εμποδίζει τους νοσηλευτές να είναι υπόλογοι των πράξεών τους και να αναγνωρίζουν τις ευθύνες τους, ενώ ταυτόχρονα τους στερεί την εξουσία να ασκούν έλεγχο στην πρακτική τους (Plioroulou & White, 2010)

Επομένως, η ενίσχυση της αυτονομίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος, η θεσμοθέτηση ενός καθηκοντολογίου, η νομική κατοχύρωση των επαγγελματικών δικαιωμάτων και η επένδυση στην ολική εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής θα αλλάξει ουσιαστικά την νοσηλευτική επιστήμη αλλά και το προφίλ που παρουσιάζουν στον επαγγελματικό χώρο.

1.3 Νοσηλευτική και Νοσηλευτές

1.3.1 Νοσηλευτική Επιστήμη

Ο όρος νοσηλευτική μπορεί να οριστεί μέσα από ένα σύμπλεγμα θεωριών και εννοιολογικών μοντέλων. Από τους πλέον επίσημους και διεθνείς νοσηλευτικούς οργανισμούς είναι το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής και ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών οι οποίοι έχουν καθιερώσει διεθνείς ορισμούς της νοσηλευτικής επιστήμης.

Η μοναδική λειτουργία του νοσηλευτή είναι να βοηθάει τον άνθρωπο, υγιή ή ασθενή, στην εκτέλεση εκείνων των δραστηριοτήτων που συνεισφέρουν στην υγεία ή την ανάρρωση (ή τον ειρηνικό θάνατο) τις οποίες θα εκτελούσε χωρίς βοήθεια εάν είχε την απαραίτητη δύναμη, θέληση ή γνώση. Πρέπει δε ο νοσηλευτής να λειτουργεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε να τον βοηθήσει να αποκτήσει την ανεξαρτησία του όσο πιο γρήγορα γίνεται (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής –International Council of Nurses/ICN, 2012).

Η νοσηλευτική είναι ένα υποστηρικτικό επάγγελμα και ως εκ τούτου παρέχει υπηρεσίες που συνεισφέρουν στην υγεία και την ευεξία των ανθρώπων. Η νοσηλευτική είναι ζωτικής σπουδαιότητας για το άτομο το οποίο δέχεται τις υπηρεσίες της καθώς ικανοποιεί τις ανάγκες, οι οποίες δεν μπορούν να καλυφθούν από το ίδιο το άτομο , την οικογένεια ή άλλα άτομα της κοινότητας (Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών –American Nurses Association/ANA, 2003)

Βασική ευθύνη του νοσηλευτή σύμφωνα με τον διεθνή κώδικα καθηκόντων του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών με τελευταία θεώρηση το 1973 και επανέγκριση το 2000 και είναι τετραπλή:

- Προαγωγή υγείας
- Πρόληψη της ασθένειας
- Αποκατάσταση της υγείας
- Ανακούφιση του πόνου

Η νοσηλευτική πρακτική ορίζεται ως η διάγνωση και θεραπεία των ανθρωπίνων αντιδράσεων σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Είναι η γνώση του τρόπου και του χρόνου για την χρησιμοποίηση των διαθέσιμων και εν δυνάμει πόρων για την αποκατάσταση και την ομαλή προσαρμογή τους με την κινητοποίηση των δικών τους δυνατοτήτων. Σε όλους του ορισμούς επίκεντρο το άτομο το οποίο δέχεται την φροντίδα που ενσωματώνει όλες τις διαστάσεις του ανθρώπου : βιολογική, συναισθηματική, κοινωνική και πνευματική. Έγκειται στη ικανότητα των νοσηλευτών και της επιστήμης που πρεσβεύουν να δημιουργήσουν και να προωθήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή, δίνοντας του όχι μόνο ολιστική αλλά και συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, 2014).

Ακόμη, έχουν διατυπωθεί πληθώρα άλλων ορισμών οι οποίοι χρησιμοποιούνται, είτε για να περιγράψουν τους ρόλους και τις δραστηριότητες των νοσηλευτών, είτε για να δηλώσουν την

επιστημονικότητα της νοσηλευτικής και να προσδιοριστούν σαφώς τα όρια του νοσηλευτικού επαγγέλματος ή/και η νομική κατοχύρωση (Ζυγά, 2010).

Η νοσηλευτική αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως επάγγελμα, με βάση τα κριτήρια που πρέπει να έχει ένα επάγγελμα :

- Ισχυρό προσανατολισμό προς την παροχή υπηρεσιών
- Καλά καθορισμένο σώμα γνώσεων
- Αναγνωρισμένο κύρος από κάποια επαγγελματική ομάδα
- Κώδικα ηθικής
- Επαγγελματική οργάνωση που θέτει πρότυπα
- Συνεχιζόμενη έρευνα
- Αυτονομία

Αλλά και ως επιστημονικός κλάδος, ως ένα συγκεκριμένο και μοναδικό σώμα γνώσεων το οποίο συνδυάζει την υπάρχουσα αλλά και την νέα γνώση για την επίλυση των προβλημάτων και την ικανοποίηση των ανθρώπινων αναγκών μέσα σε συνεχώς μεταβαλλόμενα όρια. Για να θεωρείτε ένας κλάδος θεμελιωμένος πρέπει να έχει:

- Διαρκές πεδίο εφαρμογής
- Κατάλληλες τεχνικές
- Σχετικές παραδόσεις που θα εμπνέουν την μελλοντική ανάπτυξη γνώσης
- Σημαντική ακαδημαϊκή αναγνώριση και επιτεύγματα

Η νοσηλευτική πρόκειται για ένα επάγγελμα το οποίο αλλάζει συνεχώς ανταποκρινόμενο στις ανάγκες της κοινωνίας ως σύνολο. Βίωσε την ανάπτυξη από τεχνικό επάγγελμα σε επιστημονικό κλάδο. Τροποποιείται προσαρμοσμένη σε παράγοντες όπως οι ορισμοί της νοσηλευτικής, οι στόχοι της, τα εκπαιδευτικά επίπεδα και οι συνεχώς επεκτεινόμενοι νοσηλευτικοί ρόλοι οι οποίοι ακολουθούνται από την αύξηση της νομικής ευθύνης των νοσηλευτών. Για το λόγο αυτό ιδρύθηκε νομικά η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος σύμφωνα με τον Ν.3252/2004 όπου θεσμοθετήθηκε ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), πλήρως αυτοδιοικούμενο, το οποίο υπάγεται στην Εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι σκοποί της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος έχουν συνοπτικά ως βασικό σκοπό :

- την προαγωγή και ανάπτυξη της Νοσηλευτικής ως ανεξάρτητης και αυτόνομης Επιστήμης και Τέχνης
- την έρευνα για τα διάφορα νοσηλευτικά προβλήματα της χώρας
- την διατύπωση εισηγήσεων για νοσηλευτικά θέματα με δική της πρωτοβουλία
- την εισήγηση για θέματα εκπαίδευσης (μετεκπαίδευση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση)
- την απόκτηση (ανανέωση) άδεια άσκησης επαγγέλματος
- την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
- την έκδοση περιοδικού
- τον έλεγχο τήρησης του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας

Παρόλα αυτά ο ρόλος της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα δεν είναι καθόλου ξεκάθαρος. Η θεσμοθέτηση των επαγγελματικών δικαιωμάτων συντάχθηκε με το προεδρικό διάταγμα Π.Δ 351/1989 περίοδο όπου η νοσηλευτική δεν αποτελούσε τεκμηριωμένο επιστημονικό κλάδο με αποτέλεσμα την σύνταξη ενός γενικού, ελλιπές και ασαφούς καθηκοντολογίου. Σύμφωνα με το υπάρχον καθηκοντολόγιο δεν εξαντλούνται οι δυνατότητες του νοσηλευτικού δυναμικού, δεν κατοχυρώνεται η νοσηλευτική διεργασία και πολλά από τα καθήκοντα εκτελούνται από άλλες ειδικότητες και άλλα στην ελεύθερη άσκηση δεν υπάρχουν. Επιπλέον η μη σαφής

διατύπωση των νοσηλευτικών πράξεων που εκτελούνται σε ιδιαίτερους τομείς του πλαισίου εργασίας όπως τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και οι μονάδες εντατικής θεραπείας οδηγεί σε σύγχυση μεταξύ των εμπλεκόμενων επαγγελματιών, σε μη νομική κατοχύρωση κακή συνεργασία μεταξύ των μελών την υγειονομικής μονάδας (Μανουσάκη, 2011).

Σύμφωνα με (Πατιστέα, 1998) ως δημόσια εικόνα ορίζεται ο επίμονος, γενικός προσανατολισμός της κοινωνίας απέναντι σε ορισμένα άτομα, ομάδες ατόμων ή οργανώσεις και ο οποίος μπορεί να βασίζεται ή όχι σε επίσημη, ακριβή και πληροφορημένη γνώση. Ιστορικά η δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν αρκετά υποβιβασμένη. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται στην διογκωμένη δύναμη του ιατρικού κλάδου και εκφράζεται με μεγαλύτερη ένταση στην νοσηλευτική εξαιτίας της φύσης του επαγγέλματος που απαιτεί στενή συνεργασία με τους γιατρούς. Παρά τις αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στον χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης, το νοσηλευτικό προφίλ στη χώρα μας δεν είναι καλό, ενώ πολλοί έχουν κακή άποψη για το επάγγελμα. Χαρακτηριστικό είναι ότι όλο και λιγότεροι νέοι επιλέγουν σήμερα καταρχήν το νοσηλευτικό επάγγελμα, κυρίως λόγω της απαρχαιωμένης και μη ρεαλιστικής εικόνας του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Κοτζαμπασάκη και συν. 2003). Όμως μέσω συγκεκριμένων δραστηριοτήτων μπορεί να υπάρξει βελτίωση του νοσηλευτικού προφίλ :

- Επένδυση στη νοσηλευτική εκπαίδευση (ενιαία πανεπιστημιακή)
- Επαγγελματική ανάπτυξη και ευκαιρίες καριέρας
- Προσωπική ανάπτυξη των νοσηλευτών και αύξηση των γνώσεων τους
- Συμμετοχή σε κλινικές αποφάσεις
- Προσλήψεις νοσηλευτών και αύξηση του μισθού
(Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά, 2015).

Παρά το γεγονός ότι η νοσηλευτική αποτελεί πλέον επιστημονικό κλάδο οι νοσηλευτές δεν μπορούν να εκτελέσουν ολιστικά τον ρόλο τους. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρατηρεί, να περιγράφει, να ερευνά και εξηγεί θεωρητικά κάποιο φαινόμενο (Ζυγά, 2010). Όμως από τους πιο βασικούς ρόλους – σκοπούς του νοσηλευτή είναι η ανάπτυξη της δεξιότητας της κριτικής σκέψης και η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας οι οποίες ακολουθούν τα εξής βήματα :

- Σωστή συλλογή δεδομένων – ιστορικού
- Διατύπωση υπόθεσης
- Οργάνωση σχεδίου δράσης
- Εφαρμογή σχεδίου δράσης
- Έλεγχος υπόθεσης μέσω παρακολούθησης τους ασθενούς και εκτίμησης των αποτελεσμάτων

Στο ελληνικό εργασιακό περιβάλλον η εφαρμογή της νοσηλευτικής διαδικασίας είναι πάρα πολύ δύσκολη έως αδύνατη για λόγους που θα αναλυθούν στο επόμενο κεφάλαιο.

Σύμφωνα με την Υπουργική απόφαση «Αρ. Φ10221/οικ.26816/929 - Βαριές και ανθυγιεινές εργασίες» έτους 2011, ΦΕΚ 2778/ Β, το νοσηλευτικό επάγγελμα συμπεριλαμβάνεται στην λίστα των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων. Πιο συγκεκριμένα αναγράφεται «Νοσηλευτικά Ιδρύματα, Κλινικές, Μικροβιολογικά και Βιοχημικά Εργαστήρια, Υγειονομικές Μονάδες Ασφαλιστικών Οργανισμών Νοσοκόμοι-νοσηλευτές, παρασκευαστές και βοηθοί αυτών, Θαλαμηπόλοι Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και Κλινικών, Συντηρητές Πειραματόζωων, Συσκευαστές ορρών-εμβολίων, παρασκευαστές τραπέζης αίματος, βιολόγοι

εργαστηρίων παροχής Υπηρεσιών Υγείας, καθώς και οι αντίστοιχες ειδικότητες των εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία, καθαρίστριες».

Για τον ορισμό μηνιαίων αποδοχών των εργαζομένων στον δημόσιο φορέα εφαρμόζεται ο νόμος Ν.4354/2015 (ΦΕΚ 176/Α΄) και αρ.13 «Ορισμός αποδοχών» όπου οι μηνιαίες αποδοχές κάθε υπαλλήλου αποτελούνται από το βασικό μισθό και τα επιδόματα και τις παροχές των άρθρων 15,16,17,18,και 19 σύμφωνα με τις προϋποθέσεις χορήγησής τους, καθώς και την προσωπική διαφορά του άρθρου 27του παρόντος νόμου, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις καταβολής τους. Αναφορικά το αρ. 15 αφορά «Επίδομα οικογενειακής παροχής», το αρ.16 αφορά «Επίδομα ευθύνης», το αρ.17 αφορά «Αμοιβή συνδεδεμένη με την περιγραφή και αξιολόγηση των θέσεων εργασίας», το αρ.18 αφορά «Επίδομα επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας», το αρ.19 αφορά «Επίδομα απομακρυσμένων παραμεθόριων περιοχών» και τέλος το αρ.27 αφορά «Διασφάλιση αποδοχών».

Όσον αφορά τον βασικό μισθό των νοσηλευτών σύμφωνα με τις νεότερες διατάξεις οι υπάλληλοι θα επανακαταταχθούν με βάση τα χρόνια προϋπηρεσίας τους στα μισθολογικά κλιμάκια του νέου μισθολογίου όσον αφορά τους βασικούς μισθούς που λαμβάνουν. Σύμφωνα με τον εισαγωγικό νόμο Ν.4024/2011(ΦΕΚ 226/Α΄) , το πιο πρόσφατο νόμο Ν. 4354/2015(ΦΕΚ 176/Α΄) αλλά και την μετέπειτα εγκύκλιο από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους με αριθμό πρωτοκόλλου 2/1015 /ΔΕΠ και θέμα {Παροχή οδηγιών για την εφαρμογή των διατάξεων του Κεφαλαίου Β΄ του ν. 4354/2015 (176 /Α΄) «Μισθολογικές ρυθμίσεις των υπαλλήλων του Δημοσίου, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) πρώτου και δεύτερου βαθμού, των Νομικών Προσώπων Δημοσίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), καθώς και των Δ.Ε.Κ.Ο. του κεφ. Α΄ του ν. 3429/2005 (Α΄ 314) και άλλες μισθολογικές διατάξεις} και επί του Άρθρου 9 που αφορά τα «Μισθολογικά κλιμάκια και κατάταξη των υπαλλήλων» Με τις διατάξεις της παρ. 1 καθορίζονται τα μισθολογικά κλιμάκια (Μ.Κ.) των υπαλλήλων των κατηγοριών :

- ο Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (Π.Ε.) με πτυχίο ή δίπλωμα Πανεπιστημίου ημεδαπής ή ισότιμο Σχολών αλλοδαπής, - Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (Τ.Ε.) με πτυχίο ή δίπλωμα Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Τ.Ε.Ι.) της ημεδαπής ή ισότιμο Σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής, - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (Δ.Ε.) και - Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (Υ.Ε.) σε δεκαενέα (19) για τους υπαλλήλους των κατηγοριών Τ.Ε. και Π.Ε. και σε δεκατρία (13) για τους υπαλλήλους των κατηγοριών Υ.Ε. και Δ.Ε.
- οι υπάλληλοι των κατηγοριών Τ.Ε. και Π.Ε. εξελίσσονται σε αυτά με εισαγωγικό το Μ.Κ. 1 και καταληκτικό το Μ.Κ. 19, ενώ των κατηγοριών Υ.Ε. και Δ.Ε. με εισαγωγικό το Μ.Κ. 1 και καταληκτικό το Μ.Κ. 13.

Με την παρ. 2 ορίζεται ότι οι βασικοί μισθοί των Μ.Κ. 1 των κατηγοριών Δ.Ε., Τ.Ε. και Π.Ε. προσδιορίζονται με βάση το βασικό μισθό του Μ.Κ. 1 της Υ.Ε. κατηγορίας (780 €), πολλαπλασιαζόμενο με τους παρακάτω συντελεστές, στρογγυλοποιούμενοι στην πλησιέστερη μονάδα ευρώ. Στον πίνακα 1. παρουσιάζονται οι συντελεστές ενώ στον πίνακα 2 οι βασικοί μισθοί υπαλλήλων.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ
Δ.Ε.	1,10
Τ.Ε.	1,33

Π.Ε.	1,40
------	------

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΕΤΗ	ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΟ ΚΛΙΜΑΚΙΟ	Π.Ε €	Τ.Ε €
0-2	ΜΚ1	1092	1037
2-4	ΜΚ2	1151	1092
4-6	ΜΚ3	1210	1147
6-8	ΜΚ4	1269	1202
8-10	ΜΚ5	1328	1257
10-12	ΜΚ6	1387	1312
12-14	ΜΚ7	1446	1367
14-16	ΜΚ8	1505	1422
16-18	ΜΚ9	1564	1477
18-20	ΜΚ10	1623	1532
20-22	ΜΚ11	1682	1587
22-24	ΜΚ12	1741	1642
24-26	ΜΚ13	1800	1697
26-28	ΜΚ14	1859	1752
28-30	ΜΚ15	1918	1807
30-32	ΜΚ16	1977	1862
32-34	ΜΚ17	2036	1917
34-36	ΜΚ18	2095	1972
36-38	ΜΚ19	2154	2027

ΠΙΝΑΚΑΣ 2

Όσον αφορά τα επιδόματα :

- Επί του άρθρου 15 «Οικογενειακή παροχή» και με τις διατάξεις της παρ. 1 ορίζεται ότι για την ενίσχυση της οικογένειας των υπαλλήλων, που εμπίπτουν στις διατάξεις του παρόντος νόμου, χορηγείται μηνιαία οικογενειακή παροχή, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των υπαλλήλων, ως εξής για υπάλληλο με τέκνα ανήλικα ή ανίκανα σωματικά ή πνευματικά για άσκηση βιοποριστικού επαγγέλματος με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) τουλάχιστον, η παροχή ορίζεται σε :

ένα τέκνο	πενήντα (50) ευρώ
δύο τέκνα	εβδομήντα (70) ευρώ συνολικά
τρία τέκνα	εκατόν είκοσι (120) ευρώ συνολικά
τέσσερα τέκνα	εκατόν εβδομήντα (170) ευρώ συνολικά
εβδομήντα (70) ευρώ για κάθε επιπλέον τέκνο	
πέντε τέκνα	εκατόν εβδομήντα (170) ευρώ και εβδομήντα (70) ευρώ για κάθε επιπλέον τέκνο συνολικά διακόσια σαράντα (240) ευρώ.
έξι τέκνα	Τριακόσια δέκα (310) ευρώ (2 επιπλέον τέκνα)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

- Επί του άρθρου 16 «Επίδομα θέσης ευθύνης» : Οι Προϊστάμενοι των Τμημάτων της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων λαμβάνουν το ποσό των διακόσια πενήντα (250) ευρώ.
- Επί του άρθρου 18 «Επίδομα επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας» : Εξακολουθεί να καταβάλλεται στο ίδιο ύψος στους δικαιούχους που έχουν οριστεί με τις υπουργικές αποφάσεις 17 που έχουν εκδοθεί κατ' εξουσιοδότηση των ανωτέρω διατάξεων, καθώς και αυτών του άρθρου 67 του ν. 4235/2014 (Α' 32) χωρίς να προβλέπεται νέα εξουσιοδότηση για την έκδοση νέων υπουργικών αποφάσεων
- Επί του άρθρου 19 «Επίδομα επικίνδυνης και ανθυγιεινής εργασίας» : Με τις διατάξεις του άρθρου αυτού ορίζεται ότι το επίδομα των απομακρυσμένων - παραμεθορίων περιοχών της παρ.2 του άρθρου 15 του ν.4024/2011 εξακολουθεί να καταβάλλεται στο ίδιο ύψος (100 € μηνιαίως) και με τις ίδιες προϋποθέσεις στους δικαιούχους που προέβλεπε η διάταξη της παρ.2 του άρθρου 30 του ίδιου ως άνω νόμου.

Πλέον σύμφωνα με τον νόμο Ν4387/2016 (ΦΕΚ 85/Α') και θέμα «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις.» θεσμοθετείτε η ύπαρξη ενός Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Στο φορέα (ΕΦΚΑ) έχουν ενοποιηθεί όλα τα παλιά ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ -ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ κ.α.) και σύμφωνα με το άρ.27 με τίτλο «Εφαρμογή κοινών κανόνων ασφαλισμένων στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα» του ίδιου νόμου αναφέρονται τα ίδια ασφαλιστικά δικαιώματα για εργαζόμενους σε ιδιωτικό και δημόσιο φορέα. Η διαφορά βρίσκεται στην μισθοδοσία καθώς εφαρμόζονται διαφορετικοί νόμοι για κάθε φορέα.

1.3.2 Νοσηλευτικά προβλήματα στον επαγγελματικό χώρο

Η νοσηλευτική επιστήμη στον ελληνικό χώρο περνάει κρίση. Οι νοσηλευτές δυσκολεύονται καθημερινά να τελειώσουν σωστά την δουλειά τους. Βασικές αρχές νοσηλευτικής όπως ψυχολογική υποστήριξη και επικοινωνία/σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών δεν υπάρχουν (Μπακάλης&Θεοδωρακοπούλου, 2009). Βασικά κομμάτια του νοσηλευτικού ρόλου όπως η νοσηλευτική διεργασία δεν πραγματώνονται στην καθημερινή πρακτική. Η έλλειψη προσωπικού συνεπάγεται την έλλειψη χρόνου που οδηγεί σε χαμηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Ένας νοσηλευτής αντιστοιχεί σε πολλούς ασθενείς ταυτόχρονα, οπότε δε παρέχεται η δυνατότητα ενασχόλησης με την διαδικασία της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας λόγω της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού, η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται μέσω του μοντέλου κατανομή έργου. Στην κατανομή έργου όλη η δουλειά που πρέπει να γίνει διαιρείται σε δραστηριότητες οι οποίες έπειτα κατανέμονται σε έναν ή περισσότερους νοσηλευτές(π.χ να στρώσουν όλα τα κρεβάτια, να κάνουν όλες τις αλλαγές, να δώσουν φαρμακευτική αγωγή κ.α) (Salvage&Wright, 1995; Μπακάλης&Θεοδωρακοπούλου,2009).Το συγκεκριμένο μοντέλο κατέρρευσε και αντικαταστάθηκε από τα μοντέλα κλινικής άσκησης που ο ασθενής ήταν το κέντρο βάρους της φροντίδας, όπως η ομαδική νοσηλευτική (team nursing), κατανομή ασθενών (patiental location) και πρωτοβάθμια νοσηλευτική (primary nursing) (Μπακάλης &Θεοδωρακοπούλου,2009).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση για το Προεδρικό Διάταγμα Π.Δ. 351/1989 έδειξε την επιτακτική ανάγκη για την συγκρότηση ενός σύγχρονου καθηκοντολογίου, το οποίο θα είναι

σαφές, πλήρες και θα καλύπτει όλο το φάσμα του νοσηλευτικού χώρου (κλινικές, μονάδες, κέντρα υγείας) έτσι ώστε οι νοσηλευτές να νοιώθουν ασφάλεια και να ξέρουν τα όρια της άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Πιο συγκεκριμένα στην παράγραφο 2. του διατάγματος ορίζεται ελλιπώς η ρύθμιση για το δικαίωμα της αυτοαπασχόλησης (τιμολόγιο αμοιβών – πράξεων) ενώ στην παράγραφο 2.3.2 αναφέρετε η χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς όμως δεν καλύπτετε νομικά η τοποθέτηση φλεβοκαθετήρα. Επιπλέον πρέπει να καθιερωθεί νομικά η άρνηση ενέργειας/πράξης/φροντίδας όταν ο νοσηλευτής το κρίνει απαραίτητο. Η έλλειψη καθηκοντολογίου έχει ως βασικές συνέπειες :

- Δημιουργία εννοιολογικής σύγχυσης μεταξύ του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου και των επαγγελματικών δικαιωμάτων.
- Διαμόρφωση συνθηκών σύγχυσης και σύγκρουσης στους χώρους νοσηλείας
- Συμβάλλει στην διοικητική αυθαιρεσία στους νοσοκομειακούς χώρους και στην διεύθυνση της νοσηλευτικής υπηρεσίας.

(Χεινωπόρου, 2014)

Ο κώδικας είναι πρόσφατος και έχει μορφή τυπικού κανόνα δικαίου. Πρόκειται για ένα κείμενο κατευθυντήριων αρχών χωρίς διατάξεις εξαναγκαστικού χαρακτήρα, όπως είναι οι διατάξεις του κανονισμού Ιατρικής δεοντολογίας ή του κώδικα δικηγόρων. Πρόκειται για προσπάθεια ατελή, αφού σε κανένα σημείο του κειμένου δεν υπάρχει πρόβλεψη κυρώσεων σε περίπτωση που ο νοσηλευτής παραβεί τις υποχρεώσεις που ο κώδικας προδιαγράφει. Είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που απαγορεύεται ρητά κάποια συμπεριφορά ή πρακτική.

Δεν αναφέρεται ότι

- η τήρηση του δεοντολογικού κανονισμού επαφίεται στην επιστημονική αξιοπρέπεια και την επαγγελματική συνείδηση των νοσηλευτών
- η κάθε παράβαση του τιμωρείται πειθαρχικά

Χρειάστηκε να περάσει μια τριετία, ώστε ο νόμος Ν. 3252/2004 (Ε.Ν.Ε) ανάγει την παράβαση των καθηκόντων σε πειθαρχικά παραπτώματα και να προβλέπει την επιβολή πειθαρχικών ποινών.

Καθημερινό πρόβλημα το οποίο αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα τους οι νοσηλευτές είναι η έλλειψη αυτονομίας ή οποία έχει μελετηθεί βιβλιογραφικά στο Κεφάλαιο 1.2.1.

Εκτός από τα προβλήματα νομικής φύσεως οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με πιο πρακτικά ζητήματα τα οποία επιφέρουν έντονη δυσαρέσκεια στο νοσηλευτικό προσωπικό όπως:

- Συνθήκες εργασίας – ανθυγιεινό περιβάλλον (έκθεση σε βιολογικούς και χημικούς παράγοντες επικινδυνότητας, συχνή επαφή με αιχμηρά αντικείμενα)
- Μη αναγνώριση προσφοράς
- Φόρτο εργασίας (burnout)
- Ύψος αποδοχών
- Κυκλικό ωράριο
- Ένταση, άγχος και συναισθηματική φόρτιση
- Μυοσκελετικά προβλήματα από λανθασμένες τεχνικές

(Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά, 2015)

Συνοψίζοντας η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αισθητά τον τομέα της υγείας τόσο από την πλευρά των ασθενών όσο και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Μια οικονομική

κρίση συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ανεργίας, περικοπές μισθών, αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρικών νοσηλίων, ενώ από την άλλη μεριά περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για την δημόσια υγεία. Αφενός λοιπόν ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειπεται, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας (Πατελάρου και συν, 2011)

1.3.3 Νοσηλευτική Εκπαίδευση

1.3.3.1 Νοσηλευτική Εκπαίδευση σε Ελλάδα

Στην Ελλάδα για την εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση οι ενδιαφερόμενοι μαθητές πρέπει να διαγωνισθούν στις Πανελλήνιες εξετάσεις. Εφόσον μετά από ώριμη σκέψη αποφασίσουν να ακολουθήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα έχουν να επιλέξουν ανάμεσα στα τμήματα νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι, των Πανεπιστημίων ή την Στρατιωτική σχολή Αξιωματούχων νοσηλευτών. Πτυχιούχοι φοιτητές θεωρούνται οι τελειόφοιτοι, οι οποίοι έχει συμπληρώσει όλες τις απαιτούμενες προϋποθέσεις, θα πρέπει δηλαδή, να έχουν επιτύχει στις εξετάσεις όλων των μαθημάτων, που υποχρεούνται να παρακολουθήσουν στην σχολή, να έχουν ολοκληρώσει την πρακτική άσκηση με επιτυχία και να έχουν παραδώσει την πτυχιακή τους εργασία, η οποία πρέπει να έχει θετική αξιολόγηση (Δημητριάδου, 2014)

Μετά τον τίτλο του πτυχιούχου ή διπλωματούχου νοσηλευτή οι απόφοιτοι έχουν την δυνατότητα απόκτησης Μεταπτυχιακού (MScinNursing) και Διδακτορικού τίτλου (PhDinNursing) σε Ελλάδα και εξωτερικό. Με την νομοθεσία του 2001 δόθηκε η δυνατότητα στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα να χορηγήσουν μεταπτυχιακό τίτλο στους σπουδαστές τους. Πρόσφατο παράδειγμα εκκίνησης μεταπτυχιακού με Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας και τα Τμήματα Λογοθεραπείας, Νοσηλευτικής και Φυσικοθεραπείας του συνδιοργανώνουν και λειτουργούν το Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (Π.Μ.Σ.) «Επιστήμες Αποκατάστασης – Rehabilitation Sciences», με κατευθύνσεις στη Λογοθεραπεία, Νοσηλευτική, Φυσιοθεραπεία το οποίο λειτουργεί από το εαρινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2015-16. Το Πρόγραμμα απευθύνεται σε πτυχιούχους επιστημών υγείας, και αποβλέπει στην παροχή διεπιστημονικής εκπαίδευσης για τη διασφάλιση επιστημονικά τεκμηριωμένης γνώσης, τη διαμόρφωση δεξιοτήτων και την ανάπτυξη μεθοδολογιών και κλινικών εφαρμογών στην Αποκατάσταση.

Εκτός από την επιλογή του μεταπτυχιακού και διδακτορικού τομέα υπάρχει η δυνατότητα επιλογής νοσηλευτικής ειδικότητας. Η θεσμοθέτηση της ειδικότητας έγινε με τον νόμο Ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217) αρ. 5 και παρ. 2B και ορίζει τέσσερις (4) νοσηλευτικές ειδικότητες :

- Ειδικότητα Νοσηλευτικής Παθολογικής
- Ειδικότητα Νοσηλευτικής Χειρουργικής
- Ειδικότητα Νοσηλευτικής Παιδιατρικής
- Ειδικότητα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας

Η διάρκεια άσκησης για κάθε ειδικότητα ορίζεται σε 12 μήνες και 1500 εκπαιδευτικές ώρες. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, οι δικαιούχοι και ο τρόπος επιλογής ορίστηκαν με την υπουργική απόφαση ΥΠ Α4/203/1988 (ΦΕΚ 106/Α'). Ο σκοπός των νοσηλευτικών ειδικοτήτων είναι η παροχή ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων οι οποίες έχουν θετικά και αρνητικά σημεία.

Τα θετικά σημεία είναι :

- Η αύξηση παραγωγικότητας και η καλύτερη αξιοποίηση των ικανοτήτων του εργαζόμενου νοσηλευτή.
- Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών
- Εμβάθυνση στον τομέα λόγω της εκτενής ενασχόλησης.

Στα αρνητικά είναι :

- Η μηχανοκίνητα της εργασίας
- Η μεμονωμένη επικέντρωση

Σκοπός του της νοσηλευτικής επιστήμης είναι η εισαγωγή των φοιτητών στη δυναμική φύση της Νοσηλευτικής, όπως αυτή εφαρμόζεται στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και η διαμόρφωση γνωστικού υποβάθρου, δεξιοτήτων και στάσεων χάρη στις οποίες ο απόφοιτος θα καταστεί ικανός να αξιολογεί τις ανάγκες υγείας των ασθενών, να παρεμβαίνει κατάλληλα για την κάλυψή τους μέσω τεκμηριωμένης φροντίδας, και τέλος να αξιολογεί τα αποτελέσματα της φροντίδας. Ο απόφοιτος του Τμήματος θα πρέπει να είναι σε θέση, μέσω της κατάλληλης διανοητικής και ηθικής καλλιέργειας, να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας με ασφάλεια και υπευθυνότητα σε διάφορους χώρους φροντίδας υγείας, να προάγει το νοσηλευτικό επάγγελμα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μέσω της εφαρμογής πρακτικής τεκμηριωμένης σε ενδείξεις, και τέλος να συμμετέχει στη νοσηλευτική εκπαίδευση, έρευνα και διοίκηση.

Με τον νόμο Ν.1404/1983 (ΦΕΚ 173/Α') συστάθηκαν τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Τ.Ε.Ι) τα οποία λειτουργούν ενταγμένα στη Σ.Ε.Υ.Π (Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας) των Τ.Ε.Ι και αποτέλεσαν συνέχεια των Κ.Α.Τ.Ε.Ε. Ο ιδρυτικός νόμος των Τ.Ε.Ι και πιο συγκεκριμένα με το αρ. 37 προέβλεψε ειδικές ρυθμίσεις και την έκδοση ειδικών Προεδρικών διαταγμάτων με τα οποία τα πτυχία των Κ.Α.Τ.Ε.Ε και τα ισότιμα προς αυτά αναγνωρίστηκαν ως ισότιμα με τα πτυχία των ΤΕΙ. Επιπλέον ο νόμος Ν.1865/1989 αρ. 5 (ΦΕΚ210/Α') καθόρισε την επακριβώς την ισοτιμία των πτυχίων και με αυτόν τον τρόπο έγινε το πέρασμα και η αναβάθμιση από τα Κ.Α.Τ.Ε.Ε σε Τ.Ε.Ι. Με το προεδρικό διάταγμα ΠΔ.227/1995 και αρ.1 (ΦΕΚ 130/Α') καθορίστηκε η διάρκεια σπουδών στα νοσηλευτικά τμήματα των Τ.Ε.Ι σε 8 εξάμηνα – 4 έτη (7 εξάμηνα μαθημάτων και 1 εξάμηνο πρακτικής άσκησης και εκπόνησης πτυχιακής εργασίας).

Τα μαθήματα του τμήματος Νοσηλευτικής διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Αρχικά με τον νόμο Ν.1404/1983 (ΦΕΚ 173/Α') σε γενικά, υποχρεωτικά και προαιρετικά και έπειτα σε θεωρητική διδασκαλία, εργαστηριακή άσκηση και κλινική διδασκαλία και άσκηση. Η πρακτική άσκηση των φοιτητών ορίζεται ξεχωριστά με το προεδρικό διάταγμα Π.Δ 174/1985 (ΦΕΚ 59) και αποτελεί απαραίτητο κομμάτι της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η πρακτική άσκηση αποσκοπεί :

- Στην ενημέρωση των ασκούμενων για την λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και την ενεργό συμμετοχή τους σε αυτήν.
- Στον συσχετισμό των θεωρητικών και κλινικό-εργαστηριακών γνώσεων που αποκτήθηκαν κατά την διάρκεια των σπουδών με τα προβλήματα των χώρων εφαρμογής τους.
- Στην επαφή των τμημάτων Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι με τις υπηρεσίες υγείας και την αμφίδρομη σχέση μεταξύ τους.

Με το προεδρικό διάταγμα ΠΔ 184/1979 συστάθηκε το Νοσηλευτικό τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών που αποτελεί και αυτό τετραετής σχολή φοίτησης. Το τμήμα λειτουργεί ως ισότιμο με τα άλλα Τμήματα του Πανεπιστημίου σύμφωνα με τον νόμο Ν.1268/1982, την απόφαση του συμβουλίου επικρατείας 2424/1983 και την ΒΙ υπουργική απόφαση 959/1983.

Η νοσηλευτική παιδεία είναι διαχωρισμένη σε τεχνολογικό και πανεπιστημιακό επίπεδο γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την εικόνα της νοσηλευτικής επιστήμης. Στην Ελλάδα υπάρχουν συνολικά οχτώ (8) τμήματα νοσηλευτικής σε Τεχνολογικά Ιδρύματα και δύο (2) τμήματα σε Πανεπιστημιακό Ίδρυμα. Οι διαφορές των τμημάτων βρίσκονται στα εξής σημεία:

- Η χρηματοδότηση των Πανεπιστημίων είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι των Τεχνολογικών ιδρυμάτων.
- Ο βαθμός πρόσβασης στο Πανεπιστημιακό τμήμα είναι μεγαλύτερος σε σχέση με τον βαθμό πρόσβασης στο Τεχνολογικό τμήμα με αποτέλεσμα ο αριθμός εισακτέων φοιτητών στο Τεχνολογικό τμήμα να είναι μεγαλύτερος.
- Στα Πανεπιστήμια, διδάσκονται περισσότερα μαθήματα διοικητικού και θεωρητικού χαρακτήρα, ενώ στα Τεχνολογικά ιδρύματα η έμφαση δίνεται στα κλινικά και πρακτικά μαθήματα
- Υπάρχει μισθολογική διαφορά στον δημόσιο εργασιακό φορέα μεταξύ αποφοίτων Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Π.Ε) και Τεχνολογικής εκπαίδευσης (Τ.Ε)
(Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά, 2015)

Μικρό αλλά σημαντικό βήμα προς την ενοποίηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι η ανωτατοποίηση των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων. Σύμφωνα με τον νόμο Ν.2916/2001 (ΦΕΚ 114/Α') με τίτλο «Διάρθρωση της ανώτατης εκπαίδευσης και ρύθμιση θεμάτων του τεχνολογικού τομέα» τα Τεχνολογικά Ιδρύματα της χώρας εντάσσονται στην Ανώτατη εκπαίδευση και ακολουθούν πλέον νέα αναθεωρημένα προγράμματα σπουδών. Με τον νόμο αυτό το πτυχίο των Τ.Ε.Ι αναγνωρίζεται ως ακαδημαϊκός τίτλος σπουδών, που δίνει την δυνατότητα στους αποφοίτους των Τ.Ε.Ι να συνεχίσουν τις σπουδές τους για την απόκτηση μεταπτυχιακών τίτλων σε μεταπτυχιακό και διδακτορικό επίπεδο. Παρόλα αυτά όμως ουσιαστική εξίσωση των δυο φορέων δεν υπάρχει ακόμα γιατί όπως έχει προαναφερθεί η μισθοδοσία είναι διαφορετική και στο τομέα της εκπαίδευσης οι νόμοι δεν έχουν σταθεροποιηθεί ακόμα. Όσον αφορά την καθυστέρηση της εξίσωσης στην μισθοδοσία του δημοσίου τομέα το πρόβλημα έγκειται στην ανάγκη της αλλαγής του Υπαλληλικού Κώδικα, του Προεδρικού Διατάγματος 50, που αφορά το προσοντολόγιο καθώς και μια σειρά από ρυθμίσεις ως προς τα επαγγελματικά δικαιώματα των πτυχιούχων των Τεχνολογικών Ιδρυμάτων για την πλήρη εφαρμογή της.

Σύμφωνα με την ερευνητική εργασία του Μπακάλη και συν (2012) με θέμα τις απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση οι φοιτητές εξέφρασαν προβλήματα με την υλικοτεχνική υποδομή (θεωρίας και εργαστηρίων), τις μεθόδους διδασκαλίας των θεωρητικών μαθητών, αλλά και την ανάγκη ενοποίησης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

1.3.3.2 Νοσηλευτική Εκπαίδευση σε Σλοβακία

Για τους πολίτες της Σλοβακικής Δημοκρατίας που δεν έχουν αποκτήσει προηγουμένως πτυχίο νοσηλευτή, σύμφωνα με τη νέα νομοθεσία για την ιδιότητα του νοσηλευτή απαιτείται :

- ανώτερη επαγγελματική εκπαίδευση ως εκπαιδευμένη γενική νοσηλεύτρια σε σχετική δευτεροβάθμια σχολή υγείας στη Σλοβακική Δημοκρατία
- πανεπιστημιακού επιπέδου I. σε πρόγραμμα σπουδών με πτυχίο στη νοσηλευτική (Bc.).

Και τα δύο αυτά προγράμματα πρέπει να συμμορφώνονται με την οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) , σύμφωνα με την οποία οι σπουδές νοσηλευτικής πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον τρία (3) χρόνια όταν σπουδάζουν με πλήρη απασχόληση και περιλαμβάνουν 4600 ώρες, οι οποίες κατανέμονται εξίσου σε θεωρητική και πρακτική κατάρτιση.

Δεδομένου ότι η κατάρτιση νοσηλευτή παρομοίως με την εκπαίδευση των οδοντιάτρων διέφερε σημαντικά από τις προσδοκίες της ΕΕ πριν από την ένταξη της Σλοβακικής Δημοκρατίας στην ΕΕ την 1η Μαΐου 2004, η Σλοβακική Δημοκρατία έπρεπε να υποχωρήσει σταδιακά την πλήρη δευτεροβάθμια επαγγελματική κατάρτιση στον τομέα της νοσηλευτικής και να άφησε μόνο υψηλότερη επαγγελματική εκπαίδευση.

Μόνο η ανώτερη επαγγελματική εκπαίδευση γενικά σε νοσηλευτικά ιδρύματα δευτεροβάθμιας υγείας αξιολογήθηκε από την αποστολή αξιολόγησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ΤΑΙΕΧ το 2002 ως πλήρως συμβατή με τις προσδοκίες της ΕΕ. Η αποστολή αξιολόγησης αποδοκίμασε την εκπαίδευση των νοσηλευτών στην πλήρη δευτεροβάθμια επαγγελματική εκπαίδευση των δευτεροβάθμιων ιατρικών σχολών της Σλοβακίας για το ξεκίνημα της κατάρτισης για ένα τέτοιο επίπονο επάγγελμα ήδη πριν από την ηλικία δεκαέξι (16) ετών των νοσηλευτών, το οποίο έκρινε απαράδεκτο.

Στη συνθήκη προσχώρησης της Σλοβακικής Δημοκρατίας στην κατάρτιση νοσηλευτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αποκτήθηκε ή στην κατάρτιση νοσηλευτή ξεκίνησε στο έδαφος της Σλοβακικής Δημοκρατίας πριν από την είσοδο της Σλοβακικής Δημοκρατίας στην ΕΕ σε μη συμμορφούμενο πρόγραμμα που ταξινομείται ως εκπαίδευση, βάσει της οποίας η νοσηλεύτρια συνεχίζει. Το ιατρικό επάγγελμα και όλα τα κράτη μέλη θα θεωρήσουν ισοδύναμη την εκπαίδευσή της εάν εργάστηκε στη Σλοβακία σε γενική νοσηλευτική θητεία για τουλάχιστον τρία έτη κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών.

Λαμβάνοντας υπόψη αυτό, προκύπτει ότι οι νοσηλευτές, οι οποίοι απέκτησαν την εκπαίδευσή τους σύμφωνα με τους ισχύοντες κανονισμούς, μπορούν να συνεχίσουν να εργάζονται στη Σλοβακία σε εξειδικευμένες νοσηλευτικές εργασίες στο σημερινό πεδίο εφαρμογής χωρίς να χρειάζεται να συμπληρώσουν την εκπαίδευσή τους με πτυχίο νοσηλευτικής πανεπιστημίου (για λεπτομέρειες, του Κανονισμού της κυβέρνησης αριθ. 156/2002 Coll., Μεταγενέστερου Κανονισμού της κυβέρνησης Αρ. 212/2004 Coll., Και στη συνέχεια του Κανονισμού της κυβέρνησης Αρ. 742/2004 Coll., Για τα προσόντα του ιατρικού επαγγέλματος).

Οι προσφάτως καθορισμένες προσδοκίες για τα προσόντα νοσηλευτών ισχύουν μόνο για τους πολίτες που δεν είχαν εργαστεί ως νοσηλευτές και μετά την ένταξη της Σλοβακικής Δημοκρατίας στην ΕΕ αποφάσισαν ή θα αποφασίσουν να εκπαιδευθούν για το

συγκεκριμένο ιατρικό επάγγελμα στην επικράτειά μας. Μετά την απόκτηση ενός πτυχίου πανεπιστημιακού τομέα στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, το νοσηλευτικό ίδρυμα μπορεί να ενισχύσει περαιτέρω το επίπεδο σπουδών με τη μελέτη ενός επιπέδου II, μεταπτυχιακό στη νοσηλευτική. Το αναφερόμενο επίπεδο II, στο πανεπιστημιακό πτυχίο δεν είναι υποχρεωτικό για το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Το Σλοβακικό Επιμελητήριο Νοσηλευτών και Μαιών (www.sksapa.sk) εκδίδει άδεια για να εργαστεί ως νοσηλεύτης σε πολίτη που απέκτησε ή είχε γίνει δεκτός πιστοποιητικό νοσηλευτικής και έχει υποβάλει αίτηση για τη χορήγηση αυτής της άδειας. Το Σλοβακικό Επιμελητήριο Νοσηλευτών και Μαιών εκδίδει επίσης άδεια για ανεξάρτητη νοσηλευτική πρακτική στο διαμέρισμα του ασθενούς ή στο ίδρυμα υγειονομικής περίθαλψης άλλου πάροχου (§ 10 και § 68, παρ. 1, εδάφιο α) του νόμου αριθ. 578/2004 Coll. Στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης, στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας, στους επαγγελματικούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και στην τροποποίηση και συμπλήρωση ορισμένων πράξεων).

Σε περίπτωση που η νοσηλεύτρια σκοπεύει να ασκήσει το δικό της όνομα και με δική της ευθύνη, να διαχειρίζεται το δικό της γραφείο για νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι ή νοσηλευτικό ίδρυμα, είναι ζωτικής σημασίας να υποβάλει την άδεια που εκδίδει το επιμελητήριο στην αρμόδια περιφερειακή αρχή (σύμφωνα με την τοπική πρακτική) με την αίτηση για τη λειτουργία μιας από τις προαναφερθείσες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

Η νοσοκόμα παρέχει βασική και εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Το πεδίο εφαρμογής της νοσηλευτικής πρακτικής καθορίζεται από τον κανονισμό του Υπουργείου Υγείας της Σλοβακικής Δημοκρατίας αριθ. 364/2005 Coll., ο οποίος καθορίζει το πεδίο εφαρμογής της νοσηλευτικής πρακτικής που παρέχεται από νοσηλεύτρια ανεξάρτητα ή συνεργάζεται με ιατρό και το πεδίο εφαρμογής της νοσηλευτικής πρακτικής που παρέχεται από μαιευτή ανεξάρτητα ή σε συνεργασία με γιατρό.

1.3.4 Νοσηλευτική Εξέλιξη

1.3.4.1 Νοσηλευτική Εξέλιξη σε Ελλάδα

Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές μπορούν να επιλέξουν μέσα από ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό τομέα. Συνοπτικά:

- Μπορούν να εργαστούν σε Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας καθώς και σε ιδιωτικά Νοσοκομεία
- Μπορούν να επιλέξουν διοικητές θέσεις και να ασκήσουν διοικητικά καθήκοντα σε διάφορες νοσοκομειακές βαθμίδες
- Μπορούν να εργαστούν ως ελεύθεροι επαγγελματίες και να ανοίξουν εταιρίες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας
- Να εργαστούν σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Ι.Ε.Κ) αλλά και στην ανώτατη εκπαίδευση (Α.Ε.Ι, Τ.Ε.Ι)
- Να απασχοληθούν ως ερευνητές σε Ελλάδα ή στο Εξωτερικό
- Να εργαστούν εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ο νοσηλευτής με πτυχίο Τ.Ε.Ι ή Α.Ε.Ι εξελίσσεται στα νοσοκομεία στις εξής βαθμίδες:

- Προϊστάμενο τμήματος
- Τομεάρχης 4-5 τμημάτων
- Διευθυντή όλης της νοσηλευτικής υπηρεσίας όπου είναι ανεξάρτητη, παράλληλη και ισότιμη με την ιατρική και διοικητική υπηρεσία .

Σύμφωνα με τον νόμο Ν.4009/2011 (ΦΕΚ 195/Α΄) στα εκπαιδευτικά ιδρύματα ισχύει η συνήθης εξέλιξη των μελών του εκπαιδευτικού προσωπικού. Οι βαθμίδες εξέλιξης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση των Α.Ε.Ι σύμφωνα με τον ίδιο νόμο είναι:

- Λέκτορας
- Επίκουρος Καθηγητής
- Αναπληρωτής Καθηγητής
- Καθηγητής

Σύμφωνα με το νόμο Ν.4485/2017 τα όργανα του ιδρύματος είναιτα ακόλουθα στα οποία μπορούν να διορισθούν μετά από την διαδικασία εκλογών:

- Πρόεδρος τμήματος
- Κοσμήτορας Σχολής
- Πρύτανης πανεπιστημίου

Όλες οι βαθμίδες καθηγητές , αναπληρωτές καθηγητές , επίκουροι , λέκτορες είναι μόνιμοι ενώ εκλέγονται (όταν διορίζονται) για 3ετή θητεία με δυνατότητα μονιμοποίησης. Η εξέλιξη των καθηγητών γίνεται με ανοιχτή διαδικασία (προκήρυξη θέσης από το κράτος). Η προκήρυξη θέσης είναι υποχρεωτική μετά από αίτημα του ενδιαφερόμενου, που κατατίθεται μετά από 3ετία για τους αναπληρωτές και μετά από 6ετία για τους επίκουρους καθηγητές και εφόσον πληρούν τα τυπικά προσόντα.

Οι βαθμίδες εξέλιξης των αποφοίτων της στρατιωτικής σχολής αξιωματούχων νοσηλευτών σύμφωνα με το Γενικό Επιτελείο Στρατού είναι στον:

Στρατός ξηράς:

- Ανθυπολοχαγός
- Υπολοχαγός
- Λοχαγός
- Ταγματάρχης
- Αντισυνταγματάρχης
- Συνταγματάρχης
- Ταξίαρχος

Ναυτικό :

- Σημαιοφόρος
- Ανθυπολοχαγός
- Υποπλοίαρχος
- Πλωτάρχης
- Αντιπλοίαρχος
- Πλοίαρχος
- Αρχιπλοίαρχος

Αεροπορία :

- Ανθυποσημηναγός
- Υποσημηναγός
- Σμηναγός
- Επισμηναγός
- Αντισμήναρχος
- Σμήναρχος
- Ταξίαρχος

Οι απόφοιτοι της στρατιωτικής σχολής αξιωματούχων νοσηλευτών έχουν ως βασικό κλινικό χώρο εργασίας τα στρατιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας.

1.3.4.2 Νοσηλευτική Εξέλιξη σε Σλοβακία

Η ίδια κοινή πορεία ακολουθείτε και για τους πτυχιούχους νοσηλευτές της Σλοβακίας, οι οποίοι μπορούν να επιλέξουν μέσα από ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό τομέα. Συνοπτικά:

- Μπορούν να εργαστούν σε Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας καθώς και σε ιδιωτικά Νοσοκομεία
- Μπορούν να επιλέξουν διοικητές θέσεις και να ασκήσουν διοικητικά καθήκοντα σε διάφορες νοσοκομειακές βαθμίδες
- Μπορούν να εργαστούν ως ελεύθεροι επαγγελματίες και να ανοίξουν εταιρίες παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας
- Να εργαστούν σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Ι.Ε.Κ) αλλά και στην ανώτατη εκπαίδευση (Α.Ε.Ι,Τ.Ε.Ι)
- Να απασχοληθούν ως ερευνητές σε Ελλάδα ή στο Εξωτερικό
- Να εργαστούν εντός και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης

Ο νοσηλευτής με πτυχίο Τ.Ε.Ι ή Α.Ε.Ι εξελίσσεται στα νοσοκομεία στις εξής βαθμίδες:

- Προϊστάμενο τμήματος
- Τομεάρχης 4-5 τμημάτων
- Διευθυντή όλης της νοσηλευτικής υπηρεσίας όπου είναι ανεξάρτητη, παράλληλη και ισότιμη με την ιατρική και διοικητική υπηρεσία .

Η διαφορά στην Σλοβακία βρίσκεται στην νομοθεσία για τις βαθμίδες εξέλιξης της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι βαθμίδες είναι οι ίδιες :

- Λέκτορας
- Επίκουρος Καθηγητής
- Αναπληρωτής Καθηγητής
- Καθηγητής

αλλά αλλάζουν τα νομοθετικά πλαίσια. Η βιβλιογραφία η οποία ήταν μόνο στα Σλοβάκικά δεν βοήθησε στην περαιτέρω ανάλυση για τις πανεπιστημιακές αλλά και στρατιωτικές βαθμίδες.

1.4 Συστήματα Υγείας

1.4.1 Περιγραφή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ)

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, ο οποίος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας κα Πρόνοιας.

Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος Ν. 6298/1934 (ΦΕΚ 346/Α') με τίτλο «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» όπου σύμφωνα με την εισαγωγική διάταξη του αρ.1 και παρ.1 είχε ως σκοπό την θέσπιση και οργάνωση της ασφάλισης των δικαιούχων προσώπων (όπως αναφέρονται παρακάτω) σε περίπτωση ασθένειας, αναπηρίας, ατυχήματος ή γήρατος, όπως και των μελών της οικογένειας αυτών σε περίπτωση ασθένειας ή θανάτου του προστάτη αυτών. Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (Τ.Α.Ε) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (Τ.Ε.Β.Ε), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/1951 (ΦΕΚ 179/Α'), ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα.

Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού. Όμως πλέον σύμφωνα με τον νόμο Ν.4837/2016 (ΦΕΚ 85/Α') και θέμα «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις.» θεσμοθετείτε η ύπαρξη ενός Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Στο φορέα (ΕΦΚΑ) έχουν ενοποιηθεί όλα τα παλιά ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ - ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ κ.α.).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσμοθετήθηκε μόλις στις αρχές της δεκαετίας του 1980, και σύμφωνα με τον νόμο Ν.1397/1983(ΦΕΚ 143/Α') αποβλέποντας στην ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Η λειτουργία του εξυπηρετεί όλα τα άτομα που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Ειδικά όμως για τους ασφαλισμένους σε φορείς δημόσιας ασφάλισης προβλέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας και από τους κλάδους υγείας των ταμείων τους. Σύμφωνα με το αρ.1 το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Αναλυτικότερα στην παρ.2 του αρ.1 αναφέρετε ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται με τις διατάξεις του νόμου αυτού. Επιπλέον με το αρ.2 και αρ.3 του ίδιου νόμου ορίστηκαν οι υγειονομικές περιφέρειες και τα περιφερειακά συμβούλια υγείας.

Οι εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας εγκαινιάστηκαν ουσιαστικά με την εφαρμογή του Ν.2519/1997(ΦΕΚ 165/Α΄) με θέμα την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» και συνεχίζονται με τη εφαρμογή Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α΄) «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» και του Ν. 2955/2001 (ΦΕΚ 256/Α΄) «Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Π.Ε.Σ.Υ και άλλες διατάξεις». Ο Ν.2889/01 (ΦΕΚ 37/Α΄) εισήγαγε σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας, καθώς προχώρησε στην ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ), τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ) που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. Τα Π.Ε.Σ.Υ διέπονται από ένα ιδιαίτερο θεσμικό πλαίσιο το οποίο αποτυπώνεται στις ρυθμίσεις του Π.Δ. 357/2001 (ΦΕΚ 240/Α΄) «Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ)».

Σημαντική νομοθετική ρύθμιση Ν.1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α΄) Κεφάλαιο Γ΄ αρ.7 ήταν η ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β) που λειτουργεί ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ) και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με σκοπό τον συντονισμό της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά των πολιτών αυτών στις κοντινότερες μονάδες παροχών υπηρεσιών υγείας.

Η εκσυγχρόνηση των μονάδων Ε.Κ.Α.Β είναι πάρα πολύ σημαντική και αναγκαία καθώς ο χρόνος διακομιδής των ασθενών στην πλησιέστερη μονάδα υγείας είναι σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη της νόσου. Το Ε.Κ.Α.Β επεκτείνεται με την αγορά νέων οχημάτων, μοτοσυκλετών και εξοπλισμού, καθώς και με τον εκσυγχρονισμό του υπάρχοντος εξοπλισμού. Ταυτόχρονα, προσλαμβάνονται νέοι γιατροί και ΕΜΤ. Ένας από τους κύριους στόχους είναι η επέκταση, η οικοδόμηση και η στελέχωση νέων σταθμών ΕΚΑΒ σε μικρότερες πόλεις, επειδή οι αγροτικές περιοχές αποτελούν προτεραιότητα για την παροχή βελτιωμένης ιατρικής περίθαλψης, ιδιαίτερα της περίθαλψης έκτακτης ανάγκης (Paraspyrouetal., 2004). Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα είναι ότι οι υπηρεσίες του είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες, επειδή χρηματοδοτούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ). Ένα άλλο πλεονέκτημα είναι ότι οι γιατροί εμπλέκονται σε όλα τα επίπεδα, δηλαδή σε επιχειρησιακά κέντρα, MICUs και αεροδιαστημικές υπηρεσίες. Η εκπαίδευση θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικό μέρος της βελτίωσης της ποιότητας της θεραπείας για τους ασθενείς (Paraspyrouetal., 2004).

Τα ιατρικά έξοδα του ασθενούς κατά την επίσκεψη στις υποδομές υγείας καλύπτονται εν μέρει από την κοινωνική ασφάλιση. Μέχρι το 2011 υπήρχαν συνολικά 17 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης γεγονός που άλλαξε με τον νόμο Ν.3918/2011 (ΦΕΚ 31/Α΄) όπου συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ). Όμως το 2014 εφαρμόζεται νέος νόμος Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38/ Α΄) όπου δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) που λειτουργεί έως σήμερα. Ο συγκεκριμένος φορέας αγοράζει υπηρεσίες υγείας από το Ε.Σ.Υ ή από τους ιδιώτες και τις παρέχει στους ασφαλισμένους.

Οι ασφαλισμένοι πολίτες μέσω της πληρωμής των κρατικών φόρων εξασφαλίζουν κάποιες παροχές στην Υγεία, δηλαδή οικονομικά καλύπτεται ένα μέρος της δαπάνης. Η ίδια λογική εφαρμόζεται και στην συνταγογράφηση των φαρμάκων όπου στην περίπτωση όπου ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος ή δεν έχει συνταγή γιατρού πληρώνει ολοκληρωτικά το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής.

Αναίρεση της προηγούμενης νομοθεσίας θα επιφέρει ο νόμος Ν.4368/2016 και η ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους.

Όμως οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης για την υγεία είναι ανησυχητικές, συμπεριλαμβανομένων των αυξημένων ποσοστών προβλημάτων ψυχικής υγείας, αυτοκτονιών και επιδημιών, που πλήττονται από την ταχεία αύξηση της απασχόλησης ή των οικονομικών συνθηκών. Οι συνέπειες στην υγειονομική περίθαλψη ήταν πιο διαδεδομένες, συμπεριλαμβανομένων κυρίως των περικοπών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία με τη μείωση του αριθμού των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των μισθών τους, περικοπές των συντάξεων, περικοπές στην προμήθεια ιατρικών προϊόντων, ταχείες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της φαρμακευτικής και της κοινωνικής ασφάλισης, Ζητήματα πρόσβασης και διαφθοράς, ανεπαρκείς υπηρεσίες, ενώ υπήρξε αυξημένη ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης - σε αντίθεση με ιδιωτικές – (Simou&Koutsogeorgou, 2014). Τουψηλό κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αποθαρρύνει τους χρήστες να επιλέξουν άμεση πληρωμή, ως κύρια μέθοδο χρηματοδότησης της δαπάνης για υπηρεσίες υγείας (Dewit, 2009).

1.4.2 Περιγραφή του Συστήματος Υγείας της Σλοβακίας

Η Σλοβακία με πρωτεύουσα την Μπρατισλάβα και έκταση 49.035 km² και πληθυσμό που κυμαίνεται στους 5.421.349 κατοίκους (με τον απολογισμό του 2015) είναι χώρα της ανατολικής κεντρικής Ευρώπης και συνορεύει με την Τσεχική Δημοκρατία και την Αυστρία στα δυτικά, την Πολωνία στα βόρεια, την Ουκρανία στα ανατολικά και την Ουγγαρία στα νότια. Κατά μήκος του βόρειου τμήματος της χώρας, εκτείνονται τα Καρπάθια Όρη τα οποία περιλαμβάνουν την οροσειρά των Ανω Τάτρα, που σχηματίζει μια φυσική λεκάνη απορροής μεταξύ Σλοβακίας και Πολωνίας. Στο νότιο τμήμα της χώρας βρίσκονται οι πεδινές περιοχές της κοιλάδας του Δούναβη.

Η Σλοβακία είναι κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε) την 1η Μαΐου 2004 ενώ στην Ευρωζώνη από την 1η Ιανουαρίου 2009 (νόμισμα ευρώ) με Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π) 80,958 δισεκατομμύρια ευρώ . Το πολίτευμα είναι η κοινοβουλευτική δημοκρατία και είναι μέλος του Χώρου Σένγκεν από της 21 Δεκεμβρίου 2007.

Το 2015 οι σημαντικότεροι τομείς της σλοβακικής οικονομίας ήταν η βιομηχανία (25,2%), το χονδρικό και λιανικό εμπόριο, οι μεταφορές, οι υπηρεσίες στέγασης και εστίασης (22,0%), καθώς και η δημόσια διοίκηση, η άμυνα, η εκπαίδευση, η υγεία και η κοινωνική πρόνοια (13,6%). Η Σλοβακία πραγματοποιεί εξαγωγές κυρίως προς τη Γερμανία, την Τσεχική Δημοκρατία και την Πολωνία, ενώ οι εισαγωγές της προέρχονται κυρίως από τη Γερμανία, την Τσεχική Δημοκρατία και την Αυστρία.

Η Σλοβακία έχει μέσο όρο πρόωρης υποχρέωσης για υποχρεωτική κρατική χρηματοδότηση και πολλά νοσοκομεία είναι χρεωμένα. Η κρατική υγειονομική περίθαλψη διατίθεται επί

ίσις όροις σε όλους τους πολίτες και στους εγγεγραμμένους κατοίκους μακράς διαρκείας. Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη είναι επίσης διαθέσιμη στη χώρα, αν και δεν χρησιμοποιείται. Το Υπουργείο Υγείας επιβλέπει την υγειονομική υπηρεσία. Το Γραφείο Εποπτείας Υγειονομικής περίθαλψης εποπτεύει τις πέντε ασφαλιστικές εταιρείες υγείας και τα κέντρα υγειονομικής περίθαλψης και ελέγχει τι προσφέρεται ως μέρος του βασικού πακέτου υγειονομικής περίθαλψης, γνωστού ως «πακέτο αλληλεγγύης».

Υπάρχουν πέντε ασφαλιστικές εταιρείες υγείας που είναι υπεύθυνες για την είσπραξη των ασφαλιστικών εισφορών και για τις επιστροφές.

- Η Γενική Ασφαλιστική Εταιρεία Υγείας καλύπτει την πλειοψηφία του πληθυσμού.
- Η Κοινή Ασφαλιστική Εταιρεία Υγείας είναι η δεύτερη μεγαλύτερη και οι δύο είναι εγγυημένες από το κράτος. Οι πολίτες είναι σε θέση να αλλάζουν ασφαλιστική εταιρεία ανά πάσα στιγμή, αλλά υπάρχει μικρός ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών, αν και πιο πρόσφατα οι ασφαλιστικές εταιρείες προσπάθησαν να προσελκύσουν τους ανθρώπους στα κεφάλαιά τους. Φαίνεται ότι δεν υπάρχουν ευδιάκριτα οφέλη για το κοινό όσον αφορά την επιλογή μιας τέτοιας εταιρείας. Τα χρήματα που εισπράττει κάθε ασφαλιστής καταβάλλονται στην κρατική Γενική Ασφαλιστική Εταιρεία Υγείας για εξορθολογισμό.

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όλους τους εισοδηματίες. Η κυβέρνηση καταβάλλει εισφορές για εκείνους τους πολίτες που απαλλάσσονται από τη συνεισφορά τους, όπως οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι γήρατος και τα άτομα με μακροχρόνια παροχή ασθένειας, άδεια μητρότητας, άτομα που αναζητούν εργασία, άτομα με αναπηρία και αποζημιώσεις. Οι εργοδότες πρέπει να εγγράψουν τους υπαλλήλους τους σε ένα από τα ταμεία ασφάλισης υγείας όταν αρχίσει να εργάζεται ένας νέος εργαζόμενος. Οι εργαζόμενοι πληρώνουν 4% του βασικού εισοδήματός τους στο ταμείο, ενώ οι εργοδότες πληρώνουν 10%. Οι απασχολούμενοι με αναπηρία πρέπει να συνεισφέρουν μόνο στο 2,6% του εκτιμώμενου εισοδήματος, επειδή το κράτος καταβάλλει το υπόλοιπο. Οι αυτοαπασχολούμενοι πολίτες πρέπει να πληρώσουν ολόκληρη την εισφορά 14 τοις εκατό, η οποία υπολογίζεται ως 50 τοις εκατό του εισοδήματος επί του οποίου κατέβαλαν φόρο κατά το προηγούμενο έτος. Ο ελάχιστος μισθός για τις συνεισφορές για την υγειονομική περίθαλψη είναι περίπου 91 ευρώ και υπάρχει ένα ανώτατο όριο που δεν χρειάζεται να συμβάλλετε πλέον στα ασφαλιστικά ταμεία, γεγονός που καθιστά αυτό ένα σύστημα προκατειλημμένο για τα άτομα με υψηλό εισόδημα.

Τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας δεν καλύπτονται από τις εισφορές που καταβάλλουν τα μέλη της οικογένειας που απασχολούνται ή αυτό - απασχολούνται. Οι αλλοδαποί που μεταναστεύουν στη Σλοβακία χωρίς θέσεις εργασίας πρέπει να προσκομίσουν αποδεικτικά στοιχεία για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας προκειμένου να αποκτήσουν την άδεια διαμονής τους. Το κρατικό ταμείο καλύπτει τις περισσότερες ιατρικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της θεραπείας από ειδικούς, της νοσηλείας, των συνταγών, της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της αποκατάστασης.

Υπάρχουν 44 νοσοκομεία στη Σλοβακία, τα οποία διαχειρίζονται οι περιφέρειες. Τα νοσοκομεία δεν έχουν χρηματοδοτηθεί τα τελευταία χρόνια και χρειάζονται νέο εξοπλισμό και τεχνολογία. Μερικές φορές τα νοσοκομεία δεν μπόρεσαν να αγοράσουν ορισμένα φάρμακα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα, αν και η κατάσταση βελτιώνεται. Νοσοκομεία και κλινικές υπάρχουν σε όλες τις μεγάλες πόλεις. Οι ασθενείς γίνονται δεκτοί στο νοσοκομείο είτε μέσω του τμήματος έκτακτης ανάγκης είτε μέσω παραπομπής από το γιατρό τους. Μόλις

ο ασθενής γίνει δεκτός, η θεραπεία ελέγχεται από έναν από τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Υπάρχει μια λίστα αναμονής για ορισμένες θεραπείες και υπηρεσίες που δεν είναι επείγουσες.

Η πολιτική για την υγεία απορρέει από την αλληλεπίδραση μεταξύ του Υπουργείου Υγείας (νομοθέτης), των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας (αγοραστής) και της HCSA (εποπτική αρχή). Η πολιτική για την υγεία επηρεάζεται από τους παρόχους, καθώς και από επαγγελματικές οργανώσεις. Οι οργανώσεις ασθενών ασκούν μικρή επιρροή στη διαμόρφωση της πολιτικής για την υγεία. Υπάρχουν διάφοροι τύποι κυριότητας μεταξύ παροχών και ασφαλιστικών εταιρειών υγείας. Ένας από τους κύριους ιδιοκτήτες είναι το κράτος, το οποίο κατέχει τα μεγαλύτερα νοσοκομεία και τη μεγαλύτερη ασφαλιστική εταιρεία υγείας. Όλοι οι βασικοί παράγοντες του σλοβακικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης περιγράφονται παρακάτω :

- Το Κοινοβούλιο διαθέτει νομοθετικές εξουσίες και εξουσίες
- Ο ρόλος των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας
- Ο ρόλος των αυτοδιοικούμενων περιφερειών
- Ο ρόλος των πολιτικών κομμάτων και των συνδικάτων
- Οργανισμοί παροχών υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματικών επιμελητηρίων
- Ιδιωτικός τομέας
- Ομάδες ασθενών / καταναλωτών
- Ερευνητικοί οργανισμοί
- Μέσα μαζικής ενημέρωσης
- Διεθνείς οργανισμοί

(European Observatory,2015)

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Υπό τον όρο έρευνα νοείται η συστηματική διαδικασία κατά την οποία επιτυγχάνεται η απαιτούμενη συλλογή δεδομένων και η ακριβής ανάλυση πληροφοριών προκειμένου να αυξηθεί ο βαθμός κατανόησης ενός ή περισσότερων θεμάτων ή φαινομένων. Μέσω της διαδικασίας της έρευνας ο ερευνητής έχει την δυνατότητα να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση ενός φαινομένου και να μεταδώσει αυτή τη νέα γνώση σε άλλους (Δαρβίρη, 2009).

Η έρευνα με αντικείμενο την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, περιλαμβάνει από περιγραφικές μελέτες της εμπειρίας της ασθένειας (γνωστές ως έρευνα στην υγεία ή έρευνα υγείας) μέχρι αξιολογήσεις των υπηρεσιών υγείας ως προς την καταλληλότητα, την αποτελεσματικότητα και τα κόστη τους (έρευνα υπηρεσιών υγείας) (Bowling, 2014).

Σκοπός της διεξαγωγής μιας έρευνας είναι:

- Η επισκόπηση της υπάρχουσας γνώσης
- Η περιγραφή ενός φαινομένου και η βαθύτερη κατανόηση αυτού
- Η καινοτομία και η δημιουργία νέας γνώσης, ώστε να χρησιμοποιηθεί για την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού
- Η ερμηνεία, η οποία βασίζεται στη δυνατότητα της γενίκευσης και στη διατύπωση επιστημονικών νόμων.

(Bowling 2014, Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά 2015)

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε Ελλάδα και Σλοβακία με σκοπό της σύγκριση των αποτελεσμάτων. Η αναζήτηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας έδειξε ότι οι έρευνες σχετιζόμενες με το θέμα παρουσίαζαν διαφορετικές οπτικές γωνίες με κοινό γνώμονα όμως τον σημαντικό ρόλο της αυτονομίας του νοσηλευτικού προσωπικού.

2.2 Σχεδιασμός

Για την συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για να ληφθούν τα δεδομένα για την σύνταξη και καταγραφή της ερευνητικής εργασίας. Η αναζήτηση της σχετικής ελληνικής και αγγλικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων όπως Heal-Link, Cinahl, Science direct, Scopus και Google scholar, το χρονικό διάστημα από τον Μάρτιο του 2017 μέχρι τον Μάιο του 2017. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν: clinical decision-making, Greece, nurses, Slovakia (λήψη κλινικών αποφάσεων, Ελλάδα, νοσηλευτές, Σλοβακία) σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης ήταν κυρίως ερευνητικά άρθρα που αφορούν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών και την νοσηλευτική στο σύνολό της.

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση τέθηκαν περιορισμοί όπως συγκεκριμένα χρονικά όρια για τα άρθρα (από το 2000 και μεταγενέστερα) αλλά και η πλειοψηφία αυτών να είναι δημοσιευμένα σε έγκυρες διαδικτυακές πλατφόρμες. Σε κάθε άρθρο μελετήθηκαν και οι βιβλιογραφικές παραπομπές για τον εντοπισμό επιμέρους δεδομένων.

Η έλλειψη ερευνητικών πηγών στην βιβλιογραφία ήταν το ερέθισμα για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας με σκοπό την καλύτερη κατανόηση του θέματος και την προσφορά νέας γνώσης. Αφορμή της επιλογής σύγκρισης ανάμεσα σε Ελλάδα και Σλοβακία υπήρξε η συμμετοχή διάρκειας 5 μηνών στο Πρόγραμμα Erasmus+ με σκοπό την πραγματοποίηση μέρους της πρακτικής μας άσκησης. Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας εντοπίσαμε μόνο τέσσερις δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες σχετιζόμενες με τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών που είχαν διεξαχθεί στην Ελλάδα.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν η Q-μεθοδολογία (γνωστή και ως Q-sort) που είναι η συστηματική μελέτη των απόψεων των συμμετεχόντων. Η Q-μεθοδολογία επινοήθηκε για να παράσχει ένα μέσο στο οποίο θα μπορούσε να αποκαλυφθεί η υποκειμενικότητα που εμπλέκεται σε οποιαδήποτε κατάσταση (Stephenson 1953, Gallagher&Porock 2010), χρησιμοποιείται για να διερευνήσει τις προοπτικές των συμμετεχόντων που εκπροσωπούν διαφορετικές θέσεις σε ένα ζήτημα, με την κατανομή των συμμετεχόντων και την ταξινόμηση μιας σειράς δηλώσεων. Πρόκειται για μια μεικτή μεθοδολογία η οποία χρησιμοποιεί τις ποιοτικές κρίσεις του ερευνητή για τον ορισμό του προβλήματος, την ανάπτυξη δηλώσεων για τη διερεύνηση των προοπτικών των συμμετεχόντων (μερικές από τις δηλώσεις μπορούν να αναπτυχθούν μετά από συνέντευξη βασικών πληροφοριοδοτών) και την επιλογή συμμετεχόντων (Shabila, Ahmed&Yasim, 2014).

Χρησιμοποιεί ποσοτικές επιλογές ανάλυσης και μπορεί να είναι πολύ χρήσιμο για την ανεύρεση προοπτικών χωρίς να απαιτείται από τους συμμετέχοντες να τα διατυπώνουν ξεκάθαρα. Η συγκεκριμένη μεθοδολογία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν οι ερευνητές επιθυμούν να κατανοήσουν και να περιγράψουν την ποικιλία των υποκειμενικών απόψεων σε ένα ζήτημα ενώ ταυτόχρονα αποτελεί χρήσιμο συμπλήρωμα σε μια σειρά άλλων αντικειμενικών μέτρων αξιολόγησης.

Η μεθοδολογία Q χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό διαφορετικών, μοναδικών προβολές, καθώς και κοινές απόψεις. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην έρευνα που διερευνά τις ανθρώπινες αντιλήψεις και διαπροσωπικές σχέσεις(Chinniset al. 2001, Shabila, Ahmed&Yasim 2014). Η μέθοδος επιτρέπει ο ερευνητής να προσδιορίσει τις ομάδες των συμμετεχόντων παρόμοιες και εναλλακτικές απόψεις, και με τη σειρά του να διαπιστώσει ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των ομάδων (Shabila, Ahmed&Yasim, 2014).

Τυπικά, η μεθοδολογία Q αρχίζει με ένα σύνολο Q ή ένα δείγμα δηλώσεων που αντιπροσωπεύει σε γενικές γραμμές το περιεχόμενο του διαγωνισμού ή που προσφέρει το πληρέστερο φάσμα απόψεων του θέματος της μελέτης (Karim,2001). Ένας συμμετέχων στην ομάδα (που αναφέρεται ως σύνολο P), που αντιπροσωπεύει διάφορες κοινωνικό δημογραφικές ομάδες που σχετίζονται με το θέμα της μελέτης για να ταξινομήσετε την τάξη (Q είδος) το σύνολο Q κατά μήκος ενός τυποποιημένου συνέχειας σύμφωνα με συγκεκριμένη προϋπόθεση διδασκαλίας (Shabila, Ahmed&Yasim, 2014).

Μια μελέτη Q ακολουθεί γενικά μια ακολουθία φάσεων (Ha, 2015). Ο ερευνητής συλλέγει πρώτα ένα λόγο από τους ανθρώπους που συμμετέχουν σε αυτό και στη συνέχεια επιλέγει ένα δείγμα δηλώσεων αντιπροσωπευτικών του φάσματος των ανακοινωθέντων ιδεών στον λόγο. Πρώτον, η ανάπτυξη της συνάθροισης με διάφορες πηγές, όπως βιβλιογραφική ανασκόπηση, συνέντευξη, επιστημονικές εφημερίδες, βιβλία και εφημερίδες (Akhtar-Danesh, Baumann&Cordingley 2008,Ha 2015). Στην συνέχεια από την συνάθροιση δημιουργείται το Q-sample (Q-set). Οι συμμε

τέχοντες επιλέγονται από τους ανθρώπους που συμμετέχουν στον διάλογο και καλούνται να ταξινομήσουν τις δηλώσεις στην προτιμώμενη σειρά σπουδαιότητάς τους σε ένα μεγάλο πίνακα, γνωστό ως διαδικασία διαλογής Q (Stricklin&Almeida, 1999). Τελευταίο βήμα είναι η ανάλυση και η διερμηνεία των αποτελεσμάτων στο κατάλληλο στατιστικό πρόγραμμα.

Αναλύοντας κάθε βήμα περισσότερο στην Q μεθοδολογία, η συνάθροιση (concourse) αναφέρεται στην "ροή της μεταδοτικότητας γύρω από οποιοδήποτε θέμα" στην "συνηθισμένη συνομιλία, σχόλιο και λόγο της καθημερινής ζωής" (Brown 1993, VanExel&DeGraaf 2005). Η συνάθροιση (concourse) είναι μια τεχνική έννοια (που δεν πρέπει να συγχέεται με την έννοια του λόγου) που χρησιμοποιείται πολύ στην Q μεθοδολογία για τη συλλογή όλων των πιθανών δηλώσεων που μπορούν να κάνουν οι ερωτώμενοι σχετικά με το υποκείμενο (VanExel&DeGraaf, 2005). Η εκδήλωση υποτίθεται ότι περιέχει όλες τις σχετικές πτυχές του συνόλου των συζητήσεων. Η εκδήλωση μπορεί να αποτελείται από αυτοαναφορές δηλώσεων (δηλ. απόψεων, όχι γεγονότων), αντικειμένων, εικόνων. Μια προφορική συνομιλία, μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους: συνέντευξη με τους ανθρώπους, παρατήρηση συμμετεχόντων. Το υλικό που συγκεντρώθηκε αντιπροσωπεύει τις υπάρχουσες απόψεις και επιχειρήματα, τα πράγματα που θέτουν οι άνθρωποι, οι πολιτικοί, οι αντιπροσωπευτικές οργανώσεις, οι επαγγελματίες, οι επιστήμονες πρέπει να πουν για το θέμα (VanExel&DeGraaf, 2005).

Ακολούθως, συντάσσεται ένα υποσύνολο δηλώσεων από το κοινό, το οποίο θα παρουσιαστεί στους συμμετέχοντες. Αυτό ονομάζεται σύνολο Q ή δείγμα Q στο οποίο ο ερευνητής χρησιμοποιεί μια δομή για την επιλογή ενός αντιπροσωπευτικού μικροσκοπίου του διαγωνισμού (Brown 1980, VanExel&DeGraaf 2005). Μια τέτοια δομή μπορεί να προκύψει από την περαιτέρω εξέταση των δηλώσεων στο πλαίσιο του διαγωνισμού ή μπορεί να επιβληθεί στο διαγωνισμό με βάση κάποια θεωρία. Οποιαδήποτε δομή χρησιμοποιείται, αναγκάζει τον ερευνητή να επιλέξει δηλώσεις που είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, προκειμένου να καταστήσει το Q σύνολο ευρέως αντιπροσωπευτικό (Brown, 1980). Διάφοροι ερευνητές ή δομές μπορούν έτσι να οδηγήσουν σε διαφορετικά σύνολα Q από την ίδια διαδρομή (VanExel&DeGraaf, 2005).

Αυτό δεν θεωρείται πρόβλημα καθώς η δομή που επιλέγεται είναι μόνο μια λογική κατασκευή που χρησιμοποιείται από τον ερευνητή. Ο κύριος στόχος είναι πάντα να φτάσουμε σε ένα σύνολο Q που είναι αντιπροσωπευτικό του ευρέος φάσματος των υφιστάμενων απόψεων σχετικά με το θέμα. Επιπλέον, ανεξάρτητα από τη δομή και τον ερευνητή που θεωρεί μια ισορροπημένη σειρά δηλώσεων, είναι τελικά το θέμα που δίνει νόημα στις δηλώσεις με τη διαλογή τους (Brown, 1993). Τέλος, οι δηλώσεις επεξεργάζονται όπου είναι απαραίτητο, εκχωρούνται τυχαία ένας αριθμός και οι δηλώσεις και ο αντίστοιχος αριθμός εκτυπώνονται σε ξεχωριστές κάρτες - το Q-κατάστρωμα - για την ταξινόμηση Q.

Ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό της μεθοδολογίας Q δεν είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων αλλά η αντιπροσώπευση διαφορετικών απόψεων σχετικά με το θέμα της μελέτης (Akhtar-Danesh, Baumann&Cordingley 2008, Ha 2015). Ο Brown (1980) συνέστησε να είναι επαρκείς 40-60 συμμετέχοντες. Στην παρούσα έρευνα συγκεντρώθηκε ένα συνολικό δείγμα (P-sample) 100 πτυχιούχων νοσηλευτών από Ελλάδα και Σλοβακία.

Η χρήση της μεθοδολογίας Q έχει αυξηθεί στην νοσηλευτική επιστήμη και βιβλιογραφία ιδιαίτερα σε ηθικά θέματα όπως αποφάσεις σχετιζόμενες με το τέλος της ζωής ενός ασθενή (Wongetal. 2004, Gallagher&Porock 2010) αλλά και στην διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων (Bakalis, Bowman&Porock, 2003). Σε αυτό έχουν συμβάλει και τα πλεονεκτήματα χρήσης της μεθοδολογίας Q. Πρόκειται για μια μοναδική μέθοδος έρευνας που διερευνά ενόσεις, συναισθήματα, απόψεις και ιδέες που μπορεί να έχει ένα άτομο για ένα

θέμα. Δηλώσεις συλλέγονται από τη γνώμη του συμμετέχοντα και οργανώνονται από τον ίδιο τον συμμετέχοντα. (Schlinger, 1969). Δεδομένου ότι η διαδικασία διαλογής Q γίνεται με την παρουσία του ερευνητή, γίνεται πιο εξοικειωμένος με τα συναισθήματα των συμμετεχόντων σχετικά με το θέμα (Dennis, 1986).

Ένα άλλο όφελος είναι η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας καθώς στη μεθοδολογία Q, απαιτούνται λιγότεροι συμμετέχοντες απ' ό,τι στις περισσότερες άλλες ερευνητικές μεθόδους, οι οποίες την καθιστούν λιγότερο δαπανηρή (Dennis, 1986). Σε αντίθεση με τις περισσότερες ποιοτικές μεθόδους, τα δεδομένα Q είναι ευκόλως δεκτά σε αριθμητικά αναλύσεις (Shabila,Ahmed&Yasim, 2014). Πρόκειται για μια διερευνητική, μεθοδολογία έντασης διερμηνείας κατάλληλη για μικρούς πληθυσμούς των ερωτηθέντων και ενισχύεται από τη στατιστική λειτουργία της ανάλυσης παράγοντα (Shabila,Ahmed&Yasim,2014). Επιπλέον η χρήση συνεντεύξεων στην μεθοδολογία Q βοήθησε καθώς οι συμμετέχοντες κατανοούν ρητά τις δηλώσεις, οι παράγοντες αναλύονται στο πλαίσιο της λογικής των συμμετεχόντων, η αυστηρότητα των ευρημάτων αυξήθηκε, οι στόχοι της μεθοδολογίας Q βελτιώθηκαν και υπάρχει η δυνατότητα δημιουργίας νέας θεωρίας (Gallagher&Porock, 2010).

Ως ερευνητική μεθοδολογία, η μεθοδολογία Q έχει επίσης διάφορους περιορισμούς. Ένας από τους κύριους περιορισμούς είναι ότι η διαδικασία διαλογής Q είναι εξαιρετικά χρονοβόρα (Gallagher&Porock, 2010). Τόσο η μέθοδος όσο και οι οδηγίες πρέπει επίσης να εξηγηθούν εκτενώς στους συμμετέχοντες, διότι δεν είναι εξοικειωμένοι με αυτό. Η χρονοβόρα διαδικασία διαλογής Q μπορεί να μετριαστεί με τη χρήση ομάδων εστίασης που επιτρέπουν σε διάφορους συμμετέχοντες να οργανώνουν δηλώσεις σε διάφορα διαγράμματα Q ταυτόχρονα. Ωστόσο, πολλά από τα ποιοτικά δεδομένα που θα ληφθούν δεν θα ληφθούν υπόψη όταν γίνεται μια ομάδα εστίασης η οποία θα καταστήσει τα αποτελέσματα της διαλογής Q λιγότερο αποτελεσματικά (Denzine, 1998). Η μεθοδολογία Q έχει επίσης επικριθεί πολύ επειδή χρησιμοποιεί ένα μικρό δείγμα. Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν στον υπόλοιπο πληθυσμό και περιορίζονται μόνο στις διαφορετικές αντιλήψεις (Schlinger, 1969).

Οι κάρτες σεναρίων που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή δεδομένων στην παρούσα έρευνα είχαν κατασκευαστεί και χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενη έρευνα από τους Bakalis, Bowman και Porock (2003) με πάρα πολύ καλό δείκτη απόκρισης. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν τακτικά στη λήψη αποφάσεων και στην ιεράρχηση των παραγόντων που περιβάλλουν την κατάσταση και την αγωγή ενός συγκεκριμένου ασθενή. Η μεθοδολογία Q επεκτείνει αυτή την πρακτική ζητώντας από τους νοσηλευτές να επεξηγήσουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων χρησιμοποιώντας κάρτες Q (Gallagher&Porock, 2010). Η ανάλυση παράγοντα τύπου Q-sort είναι μια χρήσιμη αναλυτική μέθοδος για τη μελέτη της κλινικής ηθικής λήψης αποφάσεων, διότι παρέχει τη βάση για διακριτές αυτοδιάκριτες σημαντικές επιδράσεις (Wongetal., 2004).

Ο στόχος της συνέντευξης στην μεθοδολογία Q είναι να ανακαλύψει το σκεπτικό πίσω από την τοποθέτηση των καρτών από τους συμμετέχοντες στο δίκτυο απάντησης τύπου Q(Gallagher&Porock, 2010).Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι ο στόχος της συνέντευξης δεν είναι να διερευνήσει τι σκέφτονται οι συμμετέχοντες στα φαινόμενα - αυτό θα αποκαλυφθεί μέσω του παράγοντα ανάλυση - αλλά να αποκαλύψει τις υποκείμενες πεποιθήσεις και αξίες που οδηγούν σε μια συγκεκριμένη στάση στο θέμα(Gallagher&Porock, 2010).

2.3 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε συνολικά σε δύο νοσοκομεία του νομού Αχαΐας και σε ένα νοσοκομείο της Σλοβακίας. Εφόσον έγινε η επιλογή των νοσοκομείων στάλθηκαν γράμματα στις προϊσταμένες του κάθε τμήματος στα Ελληνικά και στα Αγγλικά.

Στο γράμμα αναγράφονταν ο σκοπός της έρευνας, ο τρόπος συλλογής πληροφοριών και η αίτηση παραχώρησης άδειας, ώστε να γίνει σωστά η προσέγγιση του νοσηλευτικού προσωπικού, με σκοπό τη διερεύνηση των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν. Επιπλέον, είχε τονιστεί η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και η εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών. Οποιοσδήποτε από τους νοσηλευτές είχε το δικαίωμα να αρνηθεί από την αρχή στην συμμετοχή στην έρευνα ή να αποσυρθεί σε οποιαδήποτε στιγμή αυτής. Ο μέσος χρόνος συνέντευξης κάθε νοσηλευτή κυμαινόταν στο 30 με 40 λεπτά.

Τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου σε μια ερευνητική μελέτη είναι:

- Δικαίωμα απόφασης
- Δικαίωμα για ιδιωτικότητα
- Δικαίωμα για ανωνυμία και εμπιστευτικότητα
- Δικαίωμα να μην υποστούν βλάβη
- Δικαίωμα ίσης μεταχείρισης

(Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά, 2015)

Εφόσον οι κάρτες Q-methodology και η μέθοδος ημι-δομημένης συνέντευξης έγιναν δεκτές από τους προϊσταμένους ξεκινήσαμε την διαδικασία των συνεντεύξεων με εργαζόμενους νοσηλευτές, αποφοίτους Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Πριν από κάθε συνέντευξη τονίζαμε τα δικαιώματα των συμμετεχόντων και ιδιαίτερα την ανωνυμία και την ιδιωτικότητα των απαντήσεών τους. Όσον αφορά τους νοσηλευτές από την Σλοβακία οι ίδιες οδηγίες και διευκρινίσεις γίνονταν στα Αγγλικά.

Για την διεξαγωγή της συνέντευξης διαλέγαμε χώρους οι οποίοι πληρούσαν βασικά κριτήρια όπως να υπάρχει ησυχία και να μην υπάρχουν έντονα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Όμως λόγω της φύσης του νοσοκομείου ο χώρος δεν ήταν πάντα ο ιδανικός.

Πολλοί νοσηλευτές ήταν αρνητικοί με την έρευνα ενώ εξέφραζαν παράπονα για τα κάποια από τα σενάρια με περισσότερο ιατροκεντρική φύση ή την ανάγκη να διαθέσουν περισσότερο χρόνο για την ολοκλήρωση της συνέντευξης. Όμως, ως παράδοξο η πλειοψηφία αυτών ήταν θετική ως προς την χρήση των καρτών Q-methodology καθώς τον θεωρούσαν ως έναν πιο ενδιαφέρον και διαδραστικό τρόπο προσέγγισης.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η Q-sort μέθοδος είναι μια καινοτομία του Βρετανού φυσικού / ψυχολόγου William Stephenson (1902-1989), αλλά έχει εφαρμοστεί και συνεχίζει να εξελίσσεται κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην εξωτερική ακαδημαϊκή ψυχολογία, κυρίως στους τομείς της επικοινωνίας και της πολιτικής επιστήμης, και πιο πρόσφατα στις επιστήμες της υγείας (Brown, 2014). Η Q-μεθοδολογία, η οποία εισήχθη για πρώτη φορά από τον William Stephenson το 1935, είναι μια ολοκληρωμένη ερευνητική προσέγγιση που συνθέτει ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους που επιτρέπουν τη μετατροπή των υποκειμενικών

ανθρώπων προοπτικών σε αντικειμενικό αποτέλεσμα (Watts&Stenner 2005, Akhtar-Danesh, Baumann&Cordingley 2008, Ha 2015).

Βασικά, η μεθοδολογία Q-sort παρέχει τη βάση για τη συστηματική μελέτη της υποκειμενικότητας και αυτό το κεντρικό χαρακτηριστικό αυτό το συνιστά σε άτομα που ενδιαφέρονται για ποιοτικές πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Brown, 2008). Η μεθοδολογία Q-sort χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο σε ένα ευρύ φάσμα τομέων όπως η νοσηλευτική, η κτηνιατρική, η δημόσια υγεία, η μεταφορά, η παιδεία, η αγροτική κοινωνιολογία, η υδρολογία και η κινητή επικοινωνία.

Στην έρευνα που διεξήγαμε χρησιμοποιήθηκαν κάρτες πιθανών σεναρίων. Στο σύνολο τους τα σεναρία ήταν 8 και καθένα από αυτά είχε έναν συγκεκριμένο αριθμό ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα :

- Σενάριο 1 για έμφραγμα με 7 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 2 για βραδυκαρδία με 6 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 3 για ταχυκαρδία με 5 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 4 για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση με 7 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 5 για ανησυχία/άγχος με 7 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 6 για δυσκολία ύπνου με 7 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 7 για δύσπνοια με 7 σειρές/ερωτήσεις
- Σενάριο 8 για έμετο με 8 σειρές/ερωτήσεις

Οι κάρτες σεναρίων είχαν κατασκευαστεί σε μορφή ντοσιέ (A3) για λόγους ευκολίας κατά την διάρκεια των ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Σε κάθε συμμετέχοντα αρχικά δίνονταν εξηγήσεις για το σκοπό της εργασίας και τονίζονταν τα δικαιώματά τους. Στην συνέχεια ξεκινούσε η συνέντευξη. Κάθε συμμετέχων είχε μπροστά του το ντοσιέ κάθε σελίδα του οποίου είχε μια σειρά από τις συνολικές σειρές κάθε σεναρίου. Σε ξεχωριστή κάρτα δίνονταν το κάθε σενάριο. Οι απαντήσεις καταγράφονταν σε ένα έντυπο το οποίο αρχειοθετούσαμε για την μετέπειτα ανάλυση των αποτελεσμάτων. Για την ολοκλήρωση κάθε συνέντευξης ο συμμετέχων συμπλήρωνε κάποια δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, μεταπτυχιακό, κλινική εργασία και χρόνια προϋπηρεσίας) με σκοπό την ανάλυση τους και την συσχέτιση τους με τα αποτελέσματα των απαντήσεων.

2.5 Δείγμα

Η επιλογή δείγματος αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά βήματα της ερευνητικής διαδικασίας. Δείγμα ονομάζεται ένα τμήμα του πληθυσμού που απομονώνουμε για να μελετήσουμε με στόχο να βγάλουμε συμπέρασμα για τον γενικό πληθυσμό. Η έννοια του δείγματος μας εισάγει και στην έννοια της στατιστικής συμπερασματολογίας η οποία ορίζεται ως η διαδικασία κατά την οποία καταλήγουμε σε ένα συμπέρασμα για έναν πληθυσμό με βάση την πληροφορία που περιέχεται σε ένα δείγμα που έχει επιλεγεί από τον πληθυσμό (Βλαχόπουλος & Κουτσογιάννης, 2012). Η μέθοδος δειγματοληψίας κρίνει εάν το δείγμα θα αντιπροσωπεύσει το συνολικό πληθυσμό, και αν ο ερευνητής γνωρίζει ότι τα αποτελέσματα της έρευνας του μπορούν να γενικευθούν (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας και πιο συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή (accidental or conveniencesampling) λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων, καθώς στα πλεονεκτήματα της εντάσσονται το χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων (Bowling, 2014). Παρότι απαιτεί την χρήση βολικού δείγματος από τον πληθυσμό δημιουργεί το μειονέκτημα της χαμηλής αντιπροσωπευτικότητας του

δείγματος και η αδυναμία διεξαγωγής γενικεύσεων στον πληθυσμό. Οπότε για την αποφυγή λάθους το δείγμα που επιλέχθηκε για την παρούσα έρευνα ήταν ομοιογενές δηλαδή η ομάδα πληθυσμού που επιλέξαμε ήταν όλοι πτυχιούχοι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Όσο μεγαλύτερο είναι ένα δείγμα τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας και τόσο πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, υπάρχουν λιγότερα δειγματοληπτικά λάθη και καλύτερη στατιστική ανάλυση (Μίτλεττον, 2011). Στην παρούσα έρευνα το μέγεθος του συνολικού δείγματος ήταν 100 νοσηλευτές. Προσβάσιμος πληθυσμός του δείγματος για την Ελλάδα ήταν οι πτυχιούχοι νοσηλευτές Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης (ΑΕΙ ή ΤΕΙ) από 2 νοσοκομεία του νομού Αχαΐας, με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και εργασία στο δημόσιο τομέα. Αντίστοιχα ο προσβάσιμος πληθυσμός του δείγματος για την Σλοβακία ήταν πτυχιούχοι νοσηλευτές Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης από νοσοκομείο της Σλοβακίας, με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και εργασία στο δημόσιο τομέα.

2.6 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 22.0. Οι απαντήσεις του συμμετέχοντα στις κάρτες λήψης αποφάσεων που κωδικοποιούνται σύμφωνα με το σύστημα βαθμολόγησης (-2, -1, 1, 2). Η ανάλυση δεδομένων των καρτών λήψης αποφάσεων περιελάμβανε τρεις κύριους τύπους ανάλυσης. Πρώτον, το συνολικό αποτέλεσμα κάθε σεναρίου υπολογίζοντας το άθροισμα των θετικών και αρνητικών απαντήσεων κάθε συμμετέχοντα (Williamson, 1965). Το ελάχιστο σκορ ήταν -4 αφού δύο ακατάλληλες απαντήσεις τερμάτισαν το σενάριο και η μέγιστη βαθμολογία ήταν διαφορετική ανάλογα με το σενάριο. Αναλυτικά :

- τα σενάρια 1,4,5,6,7 είχαν ως ελάχιστο το -4 και ως μέγιστο το +14 (7 σειρές ερωτήσεων)
- το σενάριο 2 είχε ως ελάχιστο το -4 και ως μέγιστο το +12 (6 σειρές ερωτήσεων)
- το σενάριο 3 είχε ως ελάχιστο το -4 και ως μέγιστο το +10 (5 σειρές ερωτήσεων)
- το σενάριο 8 είχε ως ελάχιστο το -4 και ως μέγιστο το +16 (8 σειρές ερωτήσεων)

Δεύτερον, για να μετρηθεί η ποιότητα της κλινικής λήψης αποφάσεων, αναπτύχθηκαν τέσσερις κατηγορίες για την κατάταξη του (συνολικού) βαθμού κάθε ατόμου. Οι βαθμολογίες εντοπίστηκαν ως πολύ ελλιπής, ελλιπής, επαρκής, πολύ επαρκής για τις ελληνικές κάρτες και αντίστοιχα για τις αγγλικές ως very poor, poor, good, very good. Τέσσερις κατηγορίες κρίθηκαν κατάλληλες, καθώς λιγότεροι από τρεις θα μπορούσαν να συγκρουστούν με το σκορ και συνεπώς ενδέχεται να χάσουν σημαντικές πληροφορίες.

- τα σενάρια 1,4,5,6,7 είχαν ως διαβάθμιση :
 - (-4) μέχρι (-1) : Πολύ ελλιπής
 - (0) μέχρι (4) : Ελλιπής
 - (5) μέχρι (9) : Επαρκής
 - (9) μέχρι (14) : Πολύ επαρκής
- το σενάριο 2 είχε ως διαβάθμιση :
 - (-4) μέχρι (-1) : Πολύ ελλιπής
 - (0) μέχρι (4) : Ελλιπής
 - (5) μέχρι (8) : Επαρκής
 - (9) μέχρι (12) : Πολύ επαρκής
- το σενάριο 3 είχε ως διαβάθμιση:

- (-4) μέχρι (-1) : Πολύ ελλιπής
 - (0) μέχρι (3): Ελλιπής
 - (4) μέχρι (7) : Επαρκής
 - (8) μέχρι (10) : Πολύ επαρκής
- το σενάριο 8 είχε ως διαβάθμιση:
 - -4/0 : Πολύ ελλιπής
 - 1/6: Ελλιπής
 - 7/11 : Επαρκής
 - 12/16 : Πολύ επαρκής

Τέλος, το ποσοστό ολοκλήρωσης κάθε σεναρίου υπολογίστηκε επίσης για να προσδιοριστεί ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές προχώρησαν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Το ποσοστό ολοκλήρωσης υπολογίστηκε με την προσθήκη των «χρήσιμων» αποφάσεων σε κάθε σενάριο. Οι χρήσιμες απαντήσεις κωδικοποιούνται ως 0,2,4,6,8,10,12,14,16 διαιρώντας με το 2. Για παράδειγμα όταν οι στον πίνακα αναγράφεται 4 οι χρήσιμες απαντήσεις είναι 2.

Για την παρούσα μελέτη, το ποσοστό ολοκλήρωσης ισοδυναμεί με μια βαθμολογία αυτονομίας. Επομένως, δημιουργήθηκαν οι περιοχές στις οποίες οι νοσηλευτές είχαν αυτονομία λήψης αποφάσεων. Αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό επειδή δύο από τα σενάρια (άγχος και δυσκολίες στον ύπνο) βασίστηκαν στην ψυχοκοινωνική πλευρά της περίθαλψης, ενώ τρία σενάρια (πόνος στο στήθος, βραδυκαρδία και ταχυκαρδία) βασίστηκαν στη βιολογική πτυχή της περίθαλψης

3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

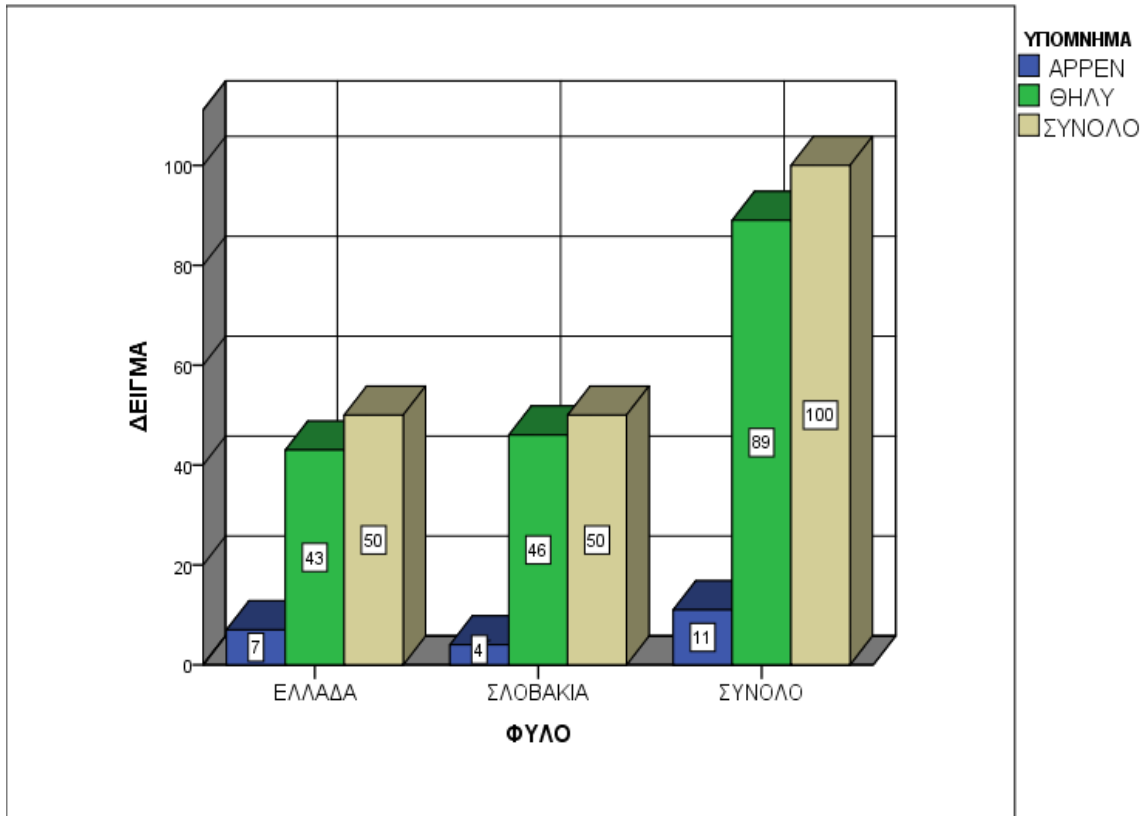
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος σε σχέση με την ηλικία

	ΗΛΙΚΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
27	0	1	1
28	0	3	3
29	0	2	2
30	1	2	3
31	1	3	4
32	3	1	4
33	1	2	3
34	0	1	1
35	3	2	5
36	1	0	1
37	2	3	5
38	2	2	4
39	1	4	5
40	0	1	1
41	2	3	5
42	4	1	5
43	5	2	7
44	1	2	3
45	6	1	7
46	2	3	5
47	1	1	2
48	5	1	6
49	4	0	4
50	0	2	2
51	1	3	4
52	2	0	2
53	2	3	5
54	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100

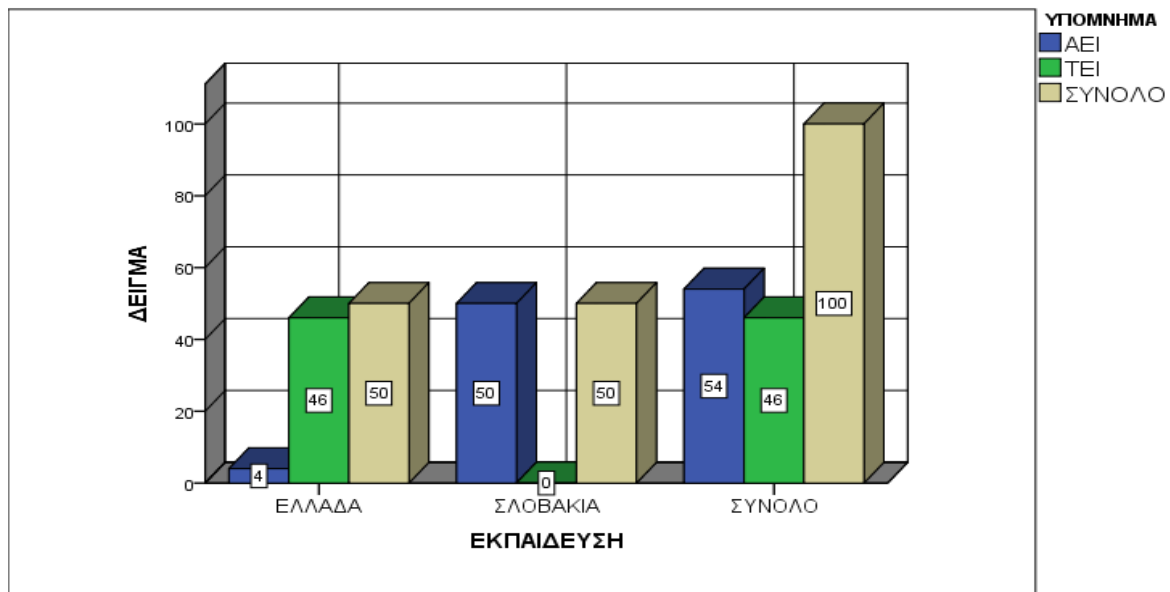
Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι για την Ελλάδα οι ηλικίες κυμαίνονται από 30-53 ετών με μέση τιμή $\chi=42,60$ ενώ για την Σλοβακία οι ηλικίες κυμαίνονται από 27-54 ετών με μέση τιμή $\chi=39,80$.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με το φύλο



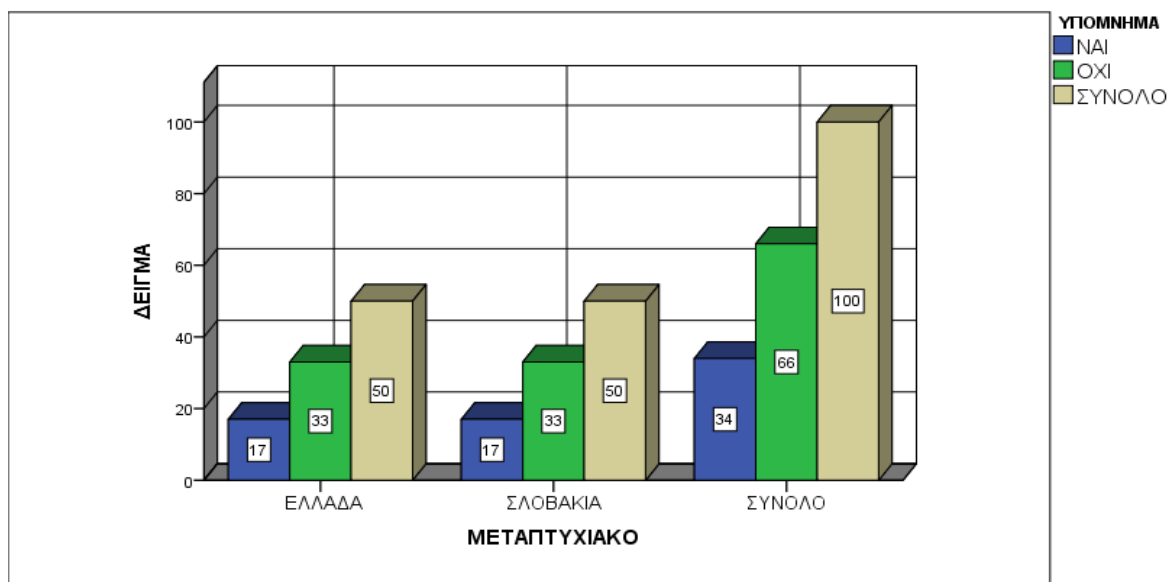
Και στις δυο χώρες η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι γυναίκες. Από τους 100 νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα οι 89 είναι γυναίκες, (43 νοσηλεύτριες από Ελλάδα και 46 νοσηλεύτριες από Σλοβακία).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την εκπαίδευση



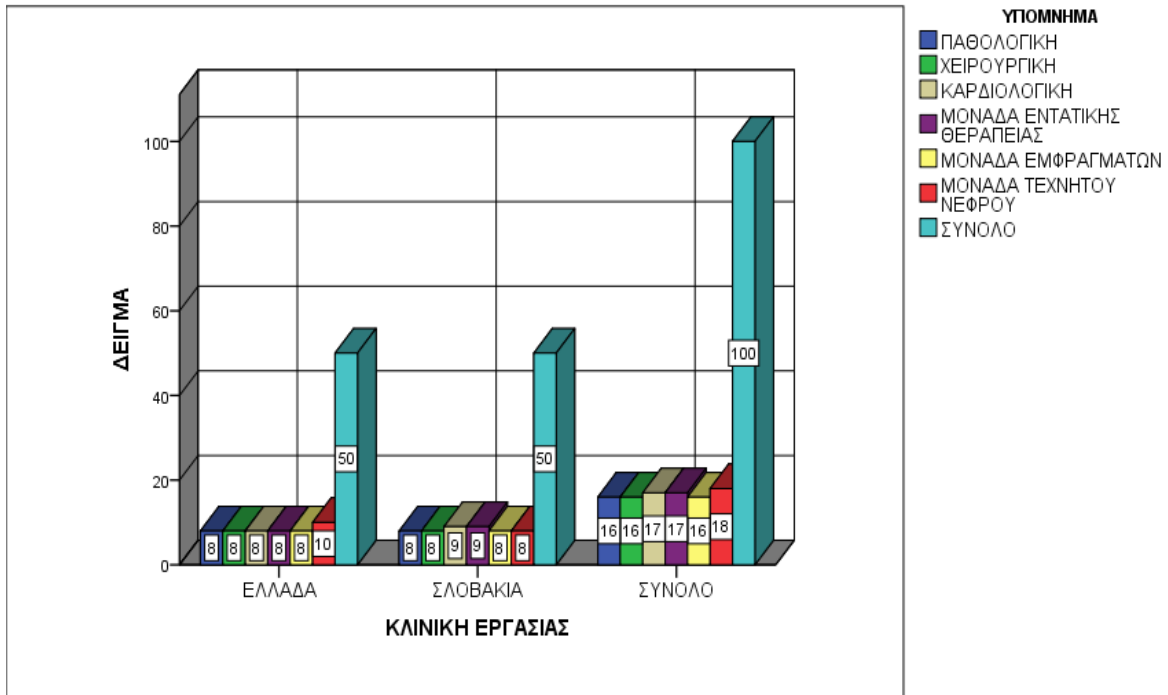
Όλοι οι συμμετέχοντες από την Σλοβακία ήταν Πτυχιούχοι νοσηλευτές Ανώτατης Εκπαίδευσης. Όσον αφορά τους συμμετέχοντες από την Ελλάδα η πλειοψηφία (46 από τους 50 συμμετέχοντες – 92%) ήταν Πτυχιούχοι νοσηλευτές Ανώτατης Τεχνολογικής εκπαίδευσης.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την μεταπτυχιακή εκπαίδευση



Και στις δύο χώρες η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είχε επιλέξει κάποιο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών (66% στην Ελλάδα και 66% στη Σλοβακία).

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με την κλινική εργασία



Στην Ελλάδα οι συμμετέχοντες εργάζονταν στις κλινικές παθολογική, χειρουργική, καρδιολογική, μονάδα εντατικής θεραπείας και μονάδα εμφραγμάτων σε ποσοστό 16% αντίστοιχα ενώ στην μονάδα τεχνητού νεφρού σε ποσοστό 20%. Στην Σλοβακία οι συμμετέχοντες εργάζονταν στις κλινικές παθολογική, χειρουργική, μονάδα εμφραγμάτων, μονάδα τεχνητού νεφρού σε ποσοστό 16% αντίστοιχα ενώ στην καρδιολογική κλινική και μονάδα εντατικής θεραπείας σε ποσοστό 18% αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Δημογραφικά στοιχεία δείγματος σε σχέση με τα χρόνια προϋπηρεσίας

	ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
2	0	1	1
3	0	3	3
4	0	2	2
5	0	3	3
6	1	1	2
7	4	2	6
8	2	4	6
9	2	5	7
10	2	3	5
11	1	2	3
12	1	6	7
13	1	0	1
14	5	4	9
15	5	1	6
16	1	1	2
17	3	3	6
18	5	0	5
19	1	1	2
20	8	1	9
21	1	1	2
22	1	4	5
23	5	0	5
25	1	2	3
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100

Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι για την Ελλάδα τα χρόνια προϋπηρεσίας κυμαίνονται από 6-25 χρόνια με μέση τιμή $\chi=15,76$ ενώ για την Σλοβακία τα χρόνια προϋπηρεσίας κυμαίνονται από 1-25 χρόνια με μέση τιμή $\chi=11,82$.

3.2 Αποτελέσματα σεναρίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Mean score οξείας φάσης

ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ ΣΕΝΑΡΙΩΝ			
ΣΕΝΑΡΙΑ		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ
1 ^ο	ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	5.06	6.28
2 ^ο	ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ	3.32	2.64
3 ^ο	ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	3.52	2.28
4 ^ο	ΚΑΡΠΑ	4.56	4.18

Στην πλειοψηφία των σεναρίων στην οξεία φάση (3 στα 4) οι Έλληνες νοσηλευτές σκοράρουν καλύτερα ατομικά σκορ από τους Σλοβάκους νοσηλευτές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Mean score αναρρωτικής φάσης

ΑΝΑΡΡΩΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΣΕΝΑΡΙΩΝ			
ΣΕΝΑΡΙΑ		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ
5 ^ο	ΑΝΗΣΥΧΙΑ/ΑΓΧΟΣ	8.42	9.74
6 ^ο	ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΥΠΝΟΥ	9.78	10.28
7 ^ο	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	9.66	13.04
8 ^ο	ΕΜΕΤΟΣ	10.10	11.18

Σε όλα Τα σενάρια της αναρρωτικής φάσης(4 στα4) η Σλοβάκοι νοσηλευτές σκοράρουν υψηλότερα ατομικά σκορ από τους Έλληνες νοσηλευτές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8:Σενάριο 1 – Ατομικά Σκορ

	ΣΕΝΑΡΙΟ 1 ΕΜΦΡΑΓΜΑ	ΣΕΝΑΡΙΟ 1		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	-4	2	0	2
1Α	-1	4	1	5
	1	0	2	2
	2	2	3	5
	3	4	3	7
	4	7	3	10
	5	6	4	10
	6	9	8	17
	7	3	6	9
	8	7	8	15
	9	2	9	11
	10	2	2	4
	11	2	1	3
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για το έμφραγμα του μυοκαρδίου για την Ελλάδα ήταν 5,06 ενώ για την Σλοβακία 6,28. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (32 στους 50) σκόραραν από 4 μέχρι 8 ενώ στην Σλοβακία (35 στους 50) σκόραραν από 5 μέχρι 9.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Σενάριο 1 – Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 1 ΕΜΦΡΑΓΜΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 1B	ΠΟΛΥ ΕΛΛΙΠΗΣ	6	1	7
	ΕΛΛΙΠΗΣ	13	11	24
	ΕΠΑΡΚΗΣ	27	35	62
	ΠΟΛΥ ΕΠΑΡΚΗΣ	4	3	7
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Και στις δύο χώρες, η πλειοψηφία στις αποφάσεις των νοσηλευτών, στο σενάριο του εμφράγματος του μυοκαρδίου, ήταν επαρκής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10: Σενάριο 1 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 1 ΕΜΦΡΑΓΜΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 1Γ	0	5	0	5
	2	4	0	4
	4	14	8	22
	6	14	21	35
	8	10	17	27
	10	3	4	7
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Οι Σλοβάκοι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν περισσότερες χρήσιμες απαντήσεις (από 6-8 φορές) από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές (από 4-6 φορές).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: Σενάριο 2 - Ατομικό σκορ

		ΣΕΝΑΡΙΟ 2 ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	-3	0	1	1
2A	-2	2	1	3
	-1	5	2	7
	0	5	2	7
	1	1	8	9
	2	2	9	11
	3	10	11	21
	4	8	8	16
	5	5	4	9
	6	5	2	7
	7	4	0	4
	8	2	2	4
	9	1	0	1
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για την βραδυκαρδία για την Ελλάδα ήταν 3,32 ενώ για την Σλοβακία 2,64. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (28 στους 50) σκόραραν από 3 μέχρι 6 ενώ στην Σλοβακία (36 στους 50) σκόραραν από 1 μέχρι 4.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Σενάριο 2 - Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 2 ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	ΠΟΛΥ			
2B	ΕΛΛΙΠΗΣ	6	4	10
	ΕΛΛΙΠΗΣ	27	38	65
	ΕΠΑΡΚΗΣ	16	8	24
	ΠΟΛΥ			
	ΕΠΑΡΚΗΣ	1	0	1
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Και στις δύο χώρες, η πλειοψηφία στις αποφάσεις των νοσηλευτών, στο σενάριο της βραδυκαρδίας, ήταν ελλιπής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: Σενάριο 2 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 2 ΒΡΑΔΥΚΑΡΔΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	0	4	0	4
2Γ	2	14	7	21
	4	14	30	44
	6	14	12	26
	8	2	1	3
	10	2	0	2
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Τόσο οι Σλοβάκοι όσο και οι Έλληνες νοσηλευτές χρησιμοποίησαν (2 έως 6) χρήσιμες απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 : Σενάριο 3 – Ατομικό σκορ

		ΣΕΝΑΡΙΟ 3 ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	-4	0	1	1
3Α	-3	1	0	1
	-2	3	2	5
	-1	2	4	6
	0	4	5	9
	1	5	5	10
	2	8	8	16
	3	5	8	13
	4	1	8	9
	5	0	6	6
	6	8	2	10
	7	7	1	8
	8	4	0	4
	9	2	0	2
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για την ταχυκαρδία για την Ελλάδα ήταν 3,52 ενώ για την Σλοβακία 2,28. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (29 στους 50) σκόραραν από 2 μέχρι 7 ενώ στην Σλοβακία(40 στους 50) σκόραραν από 0 μέχρι 5.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 :Σενάριο 3 – Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 3 ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 3Β	ΠΟΛΥ ΕΛΛΙΠΗΣ	6	7	13
	ΕΛΛΙΠΗΣ	22	26	48
	ΕΠΑΡΚΗΣ	19	17	36
	ΠΟΛΥ ΕΠΑΡΚΗΣ	3	0	3
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Και στις δύο χώρες, η πλειοψηφία στις αποφάσεις των νοσηλευτών, στο σενάριο της ταχυκαρδίας, ήταν ελλιπής .

ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Σενάριο 3 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 3 ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 3Γ	0	12	13	25
	2	10	15	25
	4	9	18	27
	6	14	4	18
	8	5	0	5
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Οι Έλληνες νοσηλευτές χρησιμοποίησαν περισσότερες χρήσιμες απαντήσεις (2 έως 6) από ότι οι Σλοβάκοι νοσηλευτές (0 έως 4)

ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Σενάριο 4 – Ατομικό σκορ

		ΣΕΝΑΡΙΟ 4 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	-4	5	4	9
4Α	-3	1	0	1
	-2	1	3	4
	-1	4	3	7
	0	2	1	3
	1	2	0	2
	2	2	1	3
	3	4	4	8
	4	1	3	4
	5	2	9	11
	6	4	3	7
	7	5	8	13
	8	5	10	15
	9	2	1	3
	10	4	0	4
	11	4	0	4
	12	2	0	2
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση για την Ελλάδα ήταν 4,56 ενώ για την Σλοβακία 4,18. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (27 στους 50) σκόραραν από 3 μέχρι 10 ενώ και στην Σλοβακία (38 στους 50) σκόραραν από 3 μέχρι 9 .

ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Σενάριο 4 – Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 4 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ				
4B	ΠΟΛΥ ΕΛΛΙΠΗΣ	11	10	21
	ΕΛΛΙΠΗΣ	11	9	20
	ΕΠΑΡΚΗΣ	17	31	48
	ΠΟΛΥ ΕΠΑΡΚΗΣ	11	0	11
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η πλειοψηφία στις αποφάσεις των Ελλήνων νοσηλευτών, στο σενάριο της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ήταν επαρκής – πολύ επαρκής ενώ των Σλοβάκων νοσηλευτών ήταν επαρκής

ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Σενάριο 4 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 4 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	0	10	4	14
4Γ	2	4	4	8
	3	0	1	1
	4	11	11	22
	6	9	17	26
	8	7	11	18
	10	6	2	8
	12	3	0	3
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Τόσο οι Σλοβάκοι όσο και οι Έλληνες νοσηλευτές χρησιμοποίησαν (4 έως 10) χρήσιμες απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Σενάριο 5 - Ατομικό σκορ

		ΣΕΝΑΡΙΟ 5 ΑΝΗΣΥΧΙΑ/ΑΓΧΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	0	1	0	1
5A	1	2	0	2
	3	3	0	3
	4	1	0	1
	5	3	4	7
	6	3	0	3
	7	0	1	1
	8	5	3	8
	9	9	10	19
	10	8	14	22
	11	8	10	18
	12	7	8	15
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για την ανησυχία άγχος για την Ελλάδα ήταν 8,42 ενώ για την Σλοβακία 9,74. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (32 στους 50) σκόραραν από 9 μέχρι 12 ενώ στην Σλοβακία (42 στους 50) σκόραραν από 9 μέχρι 12.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Σενάριο 5 – Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 5 ΑΝΗΣΥΧΙΑ/ΑΓΧΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	ΕΛΛΙΠΗΣ	7	0	7
5B	ΕΠΑΡΚΗΣ	20	18	38
	ΠΟΛΥ ΕΠΑΡΚΗΣ	23	32	55
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η πλειοψηφία στις αποφάσεις των Ελλήνων νοσηλευτών, στο σενάριο της ανησυχίας/άγχος ήταν επαρκής – πολύ επαρκής ενώ των Σλοβάκων νοσηλευτών ήταν πολύ επαρκής

ΠΙΝΑΚΑΣ 22: Σενάριο 5 – Χρήσιμες αποφάσεις

	ΣΕΝΑΡΙΟ 5 ΑΝΗΣΥΧΙΑ/ΑΓΧΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 2	3	0	3
5Γ 4	1	0	1
6	10	5	15
8	23	19	42
10	10	25	35
12	3	1	4
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100

Τόσο οι Σλοβάκοι όσο και οι Έλληνες νοσηλευτές χρησιμοποίησαν (6 έως 10) χρήσιμες απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Σενάριο 6 – Ατομικό Σκορ

	ΣΕΝΑΡΙΟ 6 ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΥΠΝΟΥ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ -4	1	0	1
6Α 2	1	0	1
3	1	1	2
4	1	2	3
5	3	0	3
6	3	1	4
7	2	2	4
8	1	5	6
9	3	4	7
10	6	6	12
11	3	7	10
12	16	16	32
13	9	6	15
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για την δυσκολία ύπνου για την Ελλάδα ήταν 9,78 ενώ για την Σλοβακία 10,28. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (34 στους 50) σκόραραν από 10 μέχρι 13 ενώ στην Σλοβακία (35 στους 50) σκόραραν από 10 μέχρι 13.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Σενάριο 6 – Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 6 ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΥΠΝΟΥ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 6B	ΠΟΛΥ ΕΛΛΙΠΗΣ	1	0	1
	ΕΛΛΙΠΗΣ	3	3	6
	ΕΠΑΡΚΗΣ	12	12	24
	ΠΟΛΥ ΕΠΑΡΚΗΣ	34	35	69
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Και στις δύο χώρες, η πλειοψηφία στις αποφάσεις των νοσηλευτών, στο σενάριο της δυσκολίας ύπνου, ήταν πολύ επαρκής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Σενάριο 6 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 6 ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΥΠΝΟΥ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ 6Γ	0	1	0	1
	2	1	0	1
	4	3	1	4
	6	7	3	10
	8	6	11	17
	10	21	25	46
	12	11	10	21
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Τόσο οι Σλοβάκοι όσο και οι Έλληνες νοσηλευτές χρησιμοποίησαν (8 έως 12) χρήσιμες απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Σενάριο 7 – Ατομικό σκορ

	ΣΕΝΑΡΙΟ 7 ΔΥΣΠΝΟΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ -4	1	0	1
7Α 2	1	0	1
3	3	2	5
4	1	0	1
5	0	2	2
6	2	1	3
7	2	1	3
8	2	0	2
9	4	3	7
10	6	7	13
11	9	10	19
12	12	9	20
13	7	12	19
14	0	3	3
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για την δύσπνοια για την Ελλάδα ήταν 9,66 ενώ για την Σλοβακία 10,84. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών στην Ελλάδα (34 στους 50) σκόραραν από 10 μέχρι 13 ενώ στην Σλοβακία (38 στους 50) σκόραραν από 10 μέχρι 13.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Σενάριο 7 – Χαρακτηρισμός

	ΣΕΝΑΡΙΟ 7 ΔΥΣΠΝΟΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ ΠΟΛΥ			
7Β ΕΛΛΙΠΗΣ	1	0	1
ΕΛΛΙΠΗΣ	5	2	7
ΕΠΑΡΚΗΣ	10	8	18
ΠΟΛΥ	34	40	74
ΕΠΑΡΚΗΣ			
ΣΥΝΟΛΟ	50	50	100

Και στις δύο χώρες, η πλειοψηφία στις αποφάσεις των νοσηλευτών, στο σενάριο της δύσπνοιας, ήταν πολύ επαρκής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Σενάριο 7 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 7 ΔΥΣΠΝΟΙΑ		ΣΥΝΟΛ Ο
		ΕΛΛΑΔ Α	ΣΛΟΒΑΚ ΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	0	1	0	1
7Γ	4	4	1	5
	6	3	4	7
	8	8	6	14
	10	21	20	41
	12	13	16	29
	14	0	3	3
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Τόσο οι Σλοβάκοι όσο και οι Έλληνες νοσηλευτές χρησιμοποίησαν (10 έως 12) χρήσιμες απαντήσεις.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29: Σενάριο 8 – Ατομικό σκορ

		ΣΕΝΑΡΙΟ 8 ΕΜΕΤΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	-4	1	0	1
8Α	2	1	0	1
	3	3	1	4
	4	1	1	2
	5	5	1	6
	6	0	1	1
	7	1	3	4
	8	2	2	4
	9	2	1	3
	10	3	5	8
	11	5	6	11
	12	7	11	18
	13	11	7	18
	14	4	9	13
	15	4	2	6
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Η μέση τιμή των σκορ του σεναρίου για τον εμετό για την Ελλάδα ήταν 10,10 ενώ για την Σλοβακία 11,18. Η πλειοψηφία των στην Ελλάδα (30 στους 50) σκόραραν από 8 μέχρι 13 ενώ στην Σλοβακία (39 στους 50) σκόραραν από 9 μέχρι 14.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30: Σενάριο 8 – Χαρακτηρισμός

		ΣΕΝΑΡΙΟ 8 ΕΜΕΤΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	ΠΟΛΥ			
8Β	ΕΛΛΙΠΗΣ	1	0	1
	ΕΛΛΙΠΗΣ	10	4	14
	ΕΠΑΡΚΗΣ	12	16	28
	ΠΟΛΥ	27	30	57
	ΕΠΑΡΚΗΣ			
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Και στις δύο χώρες, η πλειοψηφία στις αποφάσεις των νοσηλευτών, στο σενάριο του εμετού, ήταν πολύ επαρκής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31: Σενάριο 8 – Χρήσιμες αποφάσεις

		ΣΕΝΑΡΙΟ 8 ΕΜΕΤΟΣ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΕΛΛΑΔΑ	ΣΛΟΒΑΚΙΑ	
ΣΕΝΑΡΙΟ	0	1	0	1
8Γ	2	3	0	3
	4	1	0	1
	6	10	2	12
	8	5	6	11
	10	12	17	29
	12	9	13	22
	14	9	12	21
ΣΥΝΟΛΟ		50	50	100

Οι Σλοβάκοι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν περισσότερες χρήσιμες απαντήσεις (8 έως 14) από ότι οι Έλληνες νοσηλευτές (6 έως 12).

4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 Συζήτηση

Μέσω της παρούσας ερευνητικής εργασίας μελετήθηκε ο τρόπος λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία σε Ελλάδα και Σλοβακία. Η διεξαγωγή μέρους της πρακτικής μας άσκησης στο εξωτερικό μας έδωσε την ευκαιρία να συγκρίνουμε την ίδια διαδικασία σε δύο χώρες.

Στην αρχή της εργασίας ορίστηκαν βασικές έννοιες όπως η έννοια της κλινικής απόφασης, τα χαρακτηριστικά αυτής, οι παράγοντες που την επηρεάζουν, η διαδικασία λήψης ορθών κλινικών αποφάσεων καθώς και η χρησιμότητα αυτών. Στην συνέχεια παρουσιάστηκαν συνοπτικά η Νοσηλευτική επιστήμη και εκπαίδευση, το νοσηλευτικό προφίλ του επαγγέλματος, τα προβλήματα αυτού και η επαγγελματική εξέλιξη στον επαγγελματικό χώρο στην Ελλάδα και στην Σλοβακία. Η τελευταία βιβλιογραφική αναφορά, ή οποία ολοκληρώνει και την εικόνα της Νοσηλευτικής επιστήμης αλλά και του Νοσηλευτικού επαγγέλματος, αφορούσε το Σύστημα Υγείας της Ελλάδα (Ε.Σ.Υ) και του Συστήματος Υγείας της Σλοβακίας.

Τα σενάρια τα οποία δόθηκαν στο δείγμα των νοσηλευτών αφορούσαν τον τρόπο λήψης κλινικών αποφάσεων σε έμφραγμα μυοκαρδίου, βραδυκαρδία, ταχυκαρδία, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, ανησυχία/άγχος, δυσκολία ύπνου, δύσπνοια και έμετος. Πιο συγκεκριμένα ήταν χωρισμένα έτσι ώστε τα τέσσερα πρώτα να εφαρμόζονται κυρίως στην οξεία φάση του μυοκαρδίου, όπου κυρίως η αντιμετώπιση δύναται να περικλείει ιατρική γνώση ενώ τα τέσσερα τελευταία εφαρμόζονται κυρίως στη φάση της αποκατάστασης όπου η φροντίδα δύναται να είναι κυρίως νοσηλευτική. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαμε να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών στις δύο χώρες.

Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας εντοπίσαμε μόνο τέσσερις δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες σχετιζόμενες με τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών που είχαν διεξαχθεί στην Ελλάδα. Κάθε ερευνητική μελέτη παρουσίαζε διαφορετικό πρίσμα πληροφοριών γεγονός που μας ώθησε να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θέμα και να κατανοήσουμε καλύτερα την δομή αλλά και την σημασία της λήψης κλινικών αποφάσεων, όπως και τον βαθμό ανεξαρτησίας των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα μιας εκ των οποίων αποκάλυψαν μέτρια αυτονομία στα τεχνικά καθήκοντα και χαμηλή αυτονομία λήψης αποφάσεων μεταξύ των νοσηλευτών της ΜΕΘ. Οι οργανωτικοί παράγοντες, καθώς και τα θέματα φύλου, η εκπαιδευτική προετοιμασία και τα χρόνια εμπειρίας στη ΜΕΘ επηρεάζουν την πραγματοποίηση της νοσηλευτικής αυτονομίας (Parathanassoglou, 2005).

Σε συγκριτική έρευνα ανάμεσα σε Έλληνες και Άγγλους νοσηλευτές των Bakalis, Bowman & Porock (2003) οι Άγγλοι νοσηλευτές είχαν υψηλότερα ατομικά σκορ σε οξεία και αναρρωτική φάση αντιμετώπισης περιστατικού με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και είχαν καλύτερο χαρακτηρισμό γνώσεων σε αναρρωτικό επίπεδο. Οι Έλληνες νοσηλευτές είχαν καλύτερα σκορ αυτονομίας ρόλων σε βιολογικά σενάρια λόγω ιατροκεντρικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα. Επιπλέον σε έρευνα των Bakalis & Watson (2005) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές της κρίσιμης φροντίδας λαμβάνουν τακτικά αποφάσεις σχετικά με τους εκτεταμένους ρόλους τους, όπως η αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και η λήψη απόφασης για αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής ασθενών, ενώ οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων το έκαναν μόνο ενίοτε.

Η ανάλυση των οχτώ σεναρίων έγινε σε 3 επίπεδα : ατομικά σκορ, χαρακτηρισμός γνώσεων και επιλογή χρήσιμων απαντήσεων.

Όσον αφορά τα ατομικά σκορ η Ελλάδα παρουσίασε υψηλότερα σκορ στα σενάρια της ταχυκαρδίας (3,52 έναντι 2,28), της βραδυκαρδίας (3,32 έναντι 2,64) και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (4,56 έναντι 4,18) αντίθετα η Σλοβακία παρουσίασε υψηλότερα σκορ στα σενάρια του εμφράγματος (6,28 έναντι 5,06) , της ανησυχίας (9,74 έναντι 8,42), του ύπνου (10,28 έναντι 9,78), της δύσπνοιας (10,84 έναντι 9,66) αλλά και του εμετού (11,18 έναντι 10,10). Πιο εμπειριστατωμένα οι Έλληνες νοσηλευτές είχαν υψηλότερα ατομικά σκορ στα σενάρια της βραδυκαρδίας, της ταχυκαρδίας και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (δηλαδή στην οξεία φάση) ενώ οι Σλοβάκοι είχαν υψηλότερα ατομικά σκορ στην αναρρωτική φάση.

Στην συνέχεια όσον αφορά τον χαρακτηρισμό των ατομικών σκορ στα πρώτα τέσσερα σενάρια που σχετίζονται με την οξεία φάση του μυοκαρδίου στο σενάριο εμφράγματος του μυοκαρδίου η πλειοψηφία των νοσηλευτών τόσο στην Ελλάδα (27 στους 50) όσο και στην Σλοβακία (35 στους 50) χαρακτηρίστηκαν επαρκής. Στο σενάριο της βραδυκαρδίας οι νοσηλευτές στην πλειοψηφία των δύο χωρών Ελλάδα (27 στους 50), Σλοβακία(38 στους 50) χαρακτηρίστηκαν ως ελλιπής ενώ στο σενάριο της ταχυκαρδίας και στις δύο χώρες Ελλάδα (28 στους 50), Σλοβακία (33 στους 50) από ελλιπής έως πολύ ελλιπής. Μία σημαντική διαφορά μεταξύ των χωρών εντοπίζουμε στο τελευταίο από τα τέσσερα πρώτα, στο σενάριο που σχετίζεται με την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση στο οποίο ενώ η Ελλάδα (28 στους 50) χαρακτηρίζεται από επαρκής έως πολύ επαρκής η Σλοβακία (31 στους 50) ως μόνο επαρκής.

Στα επόμενα τέσσερα σενάρια που αφορούν την φάση της αποκατάστασης η πλειοψηφία των νοσηλευτών και στις δύο χώρες στα τρία από τα τέσσερα σενάρια χαρακτηρίζονται ως πολύ επαρκής. Πιο συγκεκριμένα στο σενάριο δυσκολία ύπνου Ελλάδα (34 στους 50), Σλοβακία (35 στους 50), στο σενάριο δύσπνοια Ελλάδα (34 στους 50) και Σλοβακία (40 στους 50) και στο σενάριο έμετο Ελλάδα (27 στους 50) και Σλοβακία (30 στους 50). Στο τελευταίο σενάριο που αφορά την ανησυχία στους άγχος υπάρχει μια αξιοσημείωτη διαφορά καθώς η Σλοβακία (32 στους 50) στην πλειοψηφία της χαρακτηρίζεται ως πολύ επαρκής ενώ η Ελλάδα (43 στους 50) από επαρκής έως πολύ επαρκής.

Επιπλέον όσον αφορά στην επιλογή των χρήσιμων αποφάσεων στα δύο από τέσσερα σενάρια της οξείας φάσης του μυοκαρδίου τόσο οι νοσηλευτές της Ελλάδας όσο και οι νοσηλευτές της Σλοβακίας επέλεξαν τον ίδιο αριθμό χρήσιμων αποφάσεων. Συγκεκριμένα στο σενάριο της βραδυκαρδίας και οι δύο χώρες επέλεξαν από 1 έως 3 χρήσιμες αποφάσεις Ελλάδα (42 στους 50) και Σλοβακία (49 στους 50) ενώ σενάριο της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης επέλεξαν από 2 μέχρι 5 χρήσιμες αποφάσεις Ελλάδα (33 στους 50) και Σλοβακία (41 στους 50). Στα υπόλοιπα δυο σενάρια εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ των δύο χωρών αναλυτικότερα στο σενάριο του εμφράγματος του μυοκαρδίου στην πλειοψηφία των ελλήνων νοσηλευτών (28 στους 50) επέλεξαν από 2 μέχρι 3 χρήσιμες αποφάσεις ενώ η πλειοψηφία των Σλοβάκων νοσηλευτών (38 στους 50) επέλεξαν περισσότερες χρήσιμες αποφάσεις από 3 μέχρι 4.

Τέλος στα τελευταία τέσσερα σενάρια της φάσης της αποκατάστασης υπάρχει μόνο μία διαφορά μεταξύ των δύο χωρών, αυτή η διαφορά εντοπίστηκε στο σενάριο του εμέτου συγκεκριμένα στην πλειοψηφία της η Σλοβακία (48 στους 50) επέλεξε περισσότερες

χρήσιμες αποφάσεις από 4 μέχρι 7 ενώ η Ελλάδα (36 στους 50) επέλεξε από 3 μέχρι 6. Στα υπόλοιπα 3 σενάρια και η Ελλάδα και η Σλοβακία επέλεξαν τις ίδιες χρήσιμες αποφάσεις. Αναλυτικότερα στο σενάριο της ανησυχίας στους άγχος η πλειοψηφία των νοσηλευτών Ελλάδα (46 στους 50) και Σλοβακία (49 στους 50) επέλεξαν από 3 μέχρι 5 χρήσιμες αποφάσεις. Στο σενάριο της δυσκολίας ύπνου η πλειοψηφία των νοσηλευτών Ελλάδα (38 στους 50) και Σλοβακία (46 στους 50) επέλεξαν από 4 μέχρι 6. Στο σενάριο της δύσπνοιας η πλειοψηφία των νοσηλευτών Ελλάδας (34 στους 50) και Σλοβακία (36 στους 50) επέλεξαν από 5 μέχρι 6.

Τα σενάρια της ταχυκαρδίας, της βραδυκαρδίας, του εμφράγματος και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι άμεσα συνδεδεμένα με επείγουσες καταστάσεις. Πολλοί νοσηλευτές τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Σλοβακία θεωρούν ότι η παρέμβαση σε επείγουσες καταστάσεις είναι μεμονωμένο ιατρικό καθήκον. Η απουσία πρωτοκόλλων στην Ελλάδα θέτει τους νοσηλευτές αντιμέτωπους με επείγουσες καταστάσεις και προσανατολίζει τις νοσηλευτικές δεξιότητες σε ιατροκεντρικά πλαίσια με αποτέλεσμα την καλύτερη αντιμετώπιση της οξείας κατάστασης. Αντιθέτως οι Σλοβάκοι νοσηλευτές ακολουθούν συγκεκριμένα πρωτόκολλα επικεντρωμένα στον νοσηλευτικό επάγγελμα τα οποία εντάσσονται στην γενικότερη στρατηγική αναθεώρησης του συστήματος υγείας και της λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων.

Η απουσία πρωτοκόλλων αποδυναμώνει το νοσηλευτικό επάγγελμα και αφήνει νομικά εκτεθειμένους τους νοσηλευτές. Η ύπαρξη δομημένων πρωτοκόλλων επιτρέπουν στους νοσηλευτές να ασκούν αυτόνομη πρακτική διότι θα μπορούν να κάνουν κλινικές κρίσεις χωρίς να χρειάζεται να ακολουθούν πρώτα τους γιατρούς (Rycroft-Malone, 2009). Τα πρωτόκολλα και οι κατευθυντήριες οδηγίες θα μπορούσαν να είναι βοηθήματα διδασκαλίας ή πόροι πληροφόρησης για νέο ή και άπειρο προσωπικό και για χειρισμό μη συνήθων διαδικασιών (Rycroft-Malone, 2009).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων όταν καλούνται οι νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν επείγουσες καταστάσεις πραγματοποιούν συγκεκριμένες ενέργειες όπως λήψη ζωτικών σημείων ή την ετοιμασία για συγκεκριμένο χειρισμό και σε πάρα πολύ σπάνιες περιπτώσεις χορήγηση κάποιου φαρμάκου όταν η ζωή του ασθενούς είναι σε άμεσο κίνδυνο μέχρι να προσέλθει το ιατρικό προσωπικό. Πάραυτα ο οποιοσδήποτε χειρισμός απαιτεί γνώση και κλινική εμπειρία, χαρακτηριστικά που δεν διαθέτουν όλοι οι νοσηλευτές γεγονός που τους εκθέτει διότι σε περίπτωση λάθους δεν καλύπτονται νομικά και θα υποστούν σοβαρές κυρώσεις.

Είναι ενδιαφέρον ότι η χρήση τυποποιημένων προσεγγίσεων περίθαλψης θεωρήθηκε επίσης ως ένας τρόπος προστασίας των νοσηλευτών σε περίπτωση αμφισβήτησης της κρίσης τους. έτσι ώστε να μπορούν «να αποδείξουν» ότι είχαν ακολουθήσει την τυπική διαδικασία. Οι νοσηλευτές ανέφεραν πρωτόκολλα διαβούλευσης και κατευθυντήριες γραμμές αφού είναι διαδικασίες για να ελέγξουν τις αποφάσεις τους (Rycroft-Malone, 2009).

Η συμμετοχής όμως των νοσηλευτών σε επείγουσες ή αλλιώς οξείες καταστάσεις είναι πολύ σημαντική καθώς τους εφοδιάζει με γνώσεις - όπως τα πιθανά ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη - και εμπειρία, με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι έτοιμο για την αντιμετώπιση παρόμοιων μελλοντικών περιστατικών. Η αίσθηση σιγουριάς που προέρχεται από την ουσιαστική γνώση επηρεάζει θετικά την αυτονομία των νοσηλευτών (Vasli&Dehghan-Nayeri, 2016).Είναι πολύ σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι σε θέση να αναλαμβάνει ευθύνες σε κρίσιμες καταστάσεις καθώς να ταξινομεί ανάλογα με την

αρχική εκτίμηση τα επείγοντα περιστατικά (Stanfield, 2015). Η μέθοδος triage είναι αναγκαία για την ταχεία αναγνώριση και αντιμετώπιση του ασθενούς που είναι σε κίνδυνο (Stanfield, 2015).

Στην ελληνική πραγματικότητα, διακρίνεται έλλειψη αξιολόγησης της απόδοσης του προσωπικού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καλλιεργούνται νοοτροπίες και συμπεριφορές που δεν βοηθάνε στην βελτίωση της παροχής φροντίδας, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που είναι ιδανικό για την καλλιέργεια και την συντήρηση φαινομένων διαφθοράς. Επιπλέον, η έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας και εξέλιξης στην ιεραρχία του νοσηλευτικού επαγγέλματος, δεν δημιουργούν κανένα ίχνος ανταγωνισμού και προσπάθειας για βελτίωση. Ο συνδυασμός του οικονομικού κινήτρου προκαλεί στους νοσηλευτές αδυναμία καταβολής προσπάθειας για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Μανώλη-Γεωργαντή&Μεταξά, 2015).

Για την δημιουργία πρωτοκόλλων για την σωστή λειτουργία της νοσηλευτικής ομάδας των ελληνικών νοσοκομειακών μονάδων πρέπει να υπάρχει αρμονική συνεργασία με τα διοικητικά στελέχη και τους Προϊσταμένους των τμημάτων αλλά και με τον κρατικό φορέα για την χορήγηση κονδυλίων. Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα βρίσκεται σε οικονομική κρίση γεγονός που επηρεάζει άμεσα τον τομέα της δημόσιας υγείας, ο οποίος αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού. Αποτέλεσμα της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών, η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία (Yang 2001, Πατελάρου και συν 2011) και η μείωση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Τα προβλήματα αυτά μπορούν αρχικά να αντιμετωπιστούν:

- αν δημιουργηθούν κίνητρα βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας και του εργασιακού περιβάλλοντος.
- αν ο προϊστάμενος διαθέτει τα χαρακτηριστικά ενός ηγέτη ο οποίος μπορεί:
 - να κινητοποιήσει τους νοσηλευτές να προσπαθήσουν να επιτύχουν τους στόχους του οργανισμού όπου εργάζονται, ενθαρρύνοντας τους στην ανάπτυξη νέων ιδεών και την ανάληψη ρίσκου.
 - να τους παρέχει ευκαιρίες για επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη
- αν υπάρξει η προσπάθεια επίδειξης εμπιστοσύνης και αναγνώρισης της αξίας καινοτόμων ιδεών καθώς είναι απαραίτητη για την συνέχιση της προσπάθειας των νοσηλευτών.
- αν υπάρξει εφαρμογή της αξιολόγησης της απόδοσης των νοσηλευτών – καινοτομία που θεωρείται επιτακτική για την υποβοήθηση της στελέχωσης των νοσοκομείων.
- με την εκπαίδευση η οποία να αποτελέσει παράγοντα αποτροπής στην αντίσταση της αλλαγής και να διευρύνει τις δεξιότητες των νοσηλευτών ώστε να αποτελέσουν παραδείγματα προς μίμηση

(Roussel&Swansburg, 2010).

Όσον αφορά την ενσωμάτωση νέων μοντέλων κλινικής νοσηλευτικής άσκησης σύμφωνα με την ανασκόπηση των Μπακάλης και Θεοδωρακοπούλου, για την Ελλάδα προτείνεται η εφαρμογή του μοντέλου ομαδικής νοσηλευτικής επειδή υπάρχει η πεποίθηση ότι θα έχει θετική επίδραση όχι μόνο στους νοσηλευτές και στη νοσηλευτική αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, το πλάνο της ομαδικής νοσηλευτικής επικεντρώνεται:

- Στην αναγνώριση και εφαρμογή της νοσηλευτικής σαν θεραπευτική ιδιότητα
- Στην ανάπτυξη του αυτόνομου ρόλου των νοσηλευτών
- Στην θεραπεία και πρόληψη των ασθενών σαν οντότητα

- Στην δημιουργία περιβάλλοντος ομαδικής συνεργασίας (η ομάδα έχει τους ίδιους σκοπούς, στόχους, αξίες και οράματα)
- Στην δημιουργία νέων ρόλων για τους νοσηλευτές
- Στην δημιουργία κλίματος συνεταιρισμού της νοσηλευτικής φροντίδας, τόσο με την νοσηλευτική ομάδα όσο και με τους ασθενείς.

Είναι γεγονός ότι ζούμε σε μια εποχή ταχέων αλλαγών. Η σύγχρονη κοινωνία είναι πολύπλοκη, ενώ τα προβλήματα και οι ανάγκες της προϋποθέτουν τρόπους αντιμετώπισης διαφορετικούς από εκείνους που μέχρι τώρα ήταν γνωστοί. Το θέμα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι ένα πάντα επίκαιρο, ανοικτό, πολυδιάστατο και πολυσυζητημένο θέμα στο χώρο της παιδείας. Αυτό φαίνεται και από τα γεγονότα που διαδραματίζονται την τελευταία περίοδο του έτους αλλά και από τα προηγούμενα χρόνια που έγιναν μεταβολές στην ανώτατη εκπαίδευση σε νομοθετικό και σε στρατηγικό πλαίσιο (Μπακάλης και συν 2012).

Η εκπαίδευση των νοσηλευτών επηρεάζει άμεσα τα αποτελέσματα της έρευνας και δικαιολογεί μεγάλο μέρος αυτών. Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Σλοβακία είναι 3 έτη και ακολουθεί η άμεση παρακολούθηση μεταπτυχιακών σπουδών. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει μεγάλο εύρος νοσηλευτικών μεταπτυχιακών ενώ οι νοσηλευτικές ειδικότητες είναι μόνο 4 (Παθολογική, Χειρουργική, Ψυχιατρική και Παιδιατρική). Επιπλέον η εισαγωγή στην τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι διαφορετική καθώς στην πλειοψηφία των φοιτητών νοσηλευτικής της Σλοβακίας η εισαγωγή τους στην σχολή αποτελεί προσωπική επιλογή και στόχο. Διαφορές βρίσκονται όμως και στα προγράμματα σπουδών καθώς το πρόγραμμα σπουδών των ελληνικών πανεπιστημίων προωθεί ιατροκεντρικά μοντέλα και την σειρά αποστήθιση συγγραμμάτων. Επιπλέον η ουσιαστική επαφή με τον επαγγελματία νοσηλευτή γίνεται με την δμηνη πρακτική στο τέλος των σπουδών.

Από την πρακτική μας στο Πανεπιστήμιο της Σλοβακίας παρατηρήσαμε τις ομάδες φοιτητών οι οποίες δούλευαν οργανωμένα, με καταμερισμό εργασιών από τον επιβλέπων διδάσκοντα και την αναγκαία συμπλήρωση βιβλίου πρακτικής για κάθε εξάμηνο. Με την αλλαγή κάθε κλινικής όλη η ομάδα εξεταζόταν προφορικά ή γραπτά για τις βασικές νοσηλευτικές δεξιότητες τις οποίες αποκτούσαν σε κάθε κλινική αλλά και για συγκεκριμένα περιστατικά που προέκυπταν μέσα από την κλινική πράξη. Οι συγκεκριμένες όμως κινήσεις προωθούν ένα ολιστικό μοντέλο νοσηλευτικής φροντίδας, προάγουν την κριτική σκέψη και την έρευνα δίνοντας την ίδια βαρύτητα τόσο σε θεωρία όσο και σε πράξη.

Η κριτική σκέψη η οποία αποκτάται τόσο δια μέσου της θεωρητικής αλλά και πρακτικής εκπαίδευσης συμβάλει σημαντικά στην επαγγελματική πορεία του νοσηλευτή. Στον χώρο του νοσοκομείου ο νοσηλευτής για να θέσει τις προτεραιότητες της ημέρας εφαρμόζει κριτική σκέψη, όπως επίσης και κατά την ανάλυση ενός κλινικού περιστατικού και το σχεδιασμό μιας στρατηγικής δράσης, που αφορά αντίθετες αποφάσεις ή αλλαγές. Οι νοσηλευτές επιδιώκουν την επίγνωση του συλλογισμού τους, καθώς εφαρμόζουν κριτήρια σκέψης και καθώς η σκέψη τους εξελίσσεται (Παπαθανασίου, 2016). Η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και η λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελεί βασικό παράδειγμα εφαρμογής της κριτικής σκέψης. Κατά την επίλυση προβλημάτων ο νοσηλευτής:

- Αποκτά πληροφορίες που διευκρινίζουν την φύση του προβλήματος και συνιστούν πιθανές λύσεις
- Αξιολογεί τις πιθανές λύσεις
- Επιλέγει την εφαρμογή της καλύτερης δυνατής λύσης
- Καταγράφει και παρακολουθεί καθ' όλη τη διάρκεια

- Δεν απορρίπτει τις άλλες λύσεις αλλά τις έχει πρόσφορες για την περίπτωση που η αρχική λύση δεν είναι αποτελεσματική

Η βελτίωση του Πανεπιστημιακού φορέα της Ελλάδας μέσα από τις παρακάτω προτάσεις θα δώσει το έναυσμα για τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του Νοσηλευτή και της δημιουργίας ουσιαστικών θεμελίων. Ο σύγχρονος νοσηλευτής δεν πρέπει να επαναπαύεται με την απόκτηση του τίτλου σπουδών καθώς είναι απαραίτητη η απόκτηση πλήθους δεξιοτήτων και ικανοτήτων για έναν υγιή επαγγελματικό συναγωνισμό. Για την εκπλήρωση των στόχων πρέπει να ενσωματωθούν οι εξής πρακτικές:

- Σεμινάρια με πρόκληση καταξιωμένων στελεχών
- Φροντιστηριακές ασκήσεις
- Πρακτικές ασκήσεις
- Ανάθεση ατομικών αλλά και ομαδικών εργασιών
- Διδακτική καθοδήγηση
- Συμβουλευτική διδασκαλία

(Zabalegui Yarnoz 2002, Μπακάλης και συν 2012)

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στις υγειονομικές επιστήμες και ειδικότερα στη νοσηλευτική αποτελεί μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για τη διασφάλιση υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας. Στον ελληνικό χώρο εργασίας είναι εμφανής η ανάγκη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικό καθώς ο σύγχρονος νοσηλευτής είναι αντιμέτωπος με συνεχείς τεχνολογικές και κοινωνικές μεταβολές. Ως αποτέλεσμα δημιουργούνται τεράστιες διαφορές μεταξύ του τι γνωρίζει, τι μαθαίνει και τι εφαρμόζει στη νοσηλευτική πρακτική.

Μία από τις βασικότερες προϋποθέσεις για συμμετοχή σε συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση αποτελεί η συναίσθηση της προσωπικής ευθύνης κάθε νοσηλευτή για τη σωστή άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως τόσο χαρακτηριστικά προσδιορίζεται από τον κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας. Έχει διαπιστωθεί ότι η συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και με τη μείωση του εργασιακού στρες. Επιπρόσθετα, οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες νοσηλευτές έχουν επιδείξει υψηλή παραγωγικότητα, λιγότερα επαγγελματικά ατυχήματα και λάθη, καλύτερο εργασιακό κλίμα, επαγγελματική ικανοποίηση και καλύτερες εκβάσεις ασθενών.

Η αυτό – εκπαίδευση διαμορφώνεται με την ελεύθερη βούληση του κάθε ατόμου, κατευθύνεται από εσωτερικές δυνάμεις, προέρχεται δηλαδή από εσωτερική ευαισθητοποίηση, συνειδητοποίηση των αναγκών και αναγνώριση των ελλείψεών του κατά την καθημερινή εξάσκηση του επαγγέλματός του. Η ευαισθητοποίηση του νοσηλευτή για αυτό εκπαίδευση, καθώς και για συμμετοχή σε τυποποιημένη προγραμματισμένη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, εξαρτάται και επηρεάζεται :

- από τις προσωπικές εμπειρίες του
- διαμορφώνεται από :
- την ελεύθερη βούλησή του
 - από υποσυνείδητες διεργασίες
 - από εσωτερική παρακίνηση
 - τροποποιείται από την επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων.

Υπάρχει άμεσος συσχετισμός ανάμεσα στην ικανότητα λήψης κλινικών αποφάσεων, στην εμπειρία, στην εκπαίδευση αλλά τις διοικητικές μονάδες και τον κρατικό φορέα. Τα ιατροκεντρικά μοντέλα υγείας μειώνουν αισθητά την αυτονομία του νοσηλευτικού δυναμικού και την ασφάλεια στον χώρο εργασίας καθώς σε συγκεκριμένα σενάρια όπως τα καρδιολογικά υπήρχε δισταγμός στις απαντήσεις σε αντίθεση με τα σενάρια που ήταν εντός των νοσηλευτικών καθηκόντων. Επιπλέον κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων οι συμμετέχοντες της Ελλάδας ανέφεραν προβλήματα που τους επηρεάζουν αρνητικά στην λήψη αποφάσεων όπως τις ελλείψεις σε υλικά, προσωπικό και σε μεγάλη συχνότητα την αδυναμία νομοθετικής κάλυψης.

Οι νοσηλευτές στα ελληνικά νοσοκομεία επιθυμούν να αντιμετωπίζονται ως ισότιμοι συνεργάτες και συνάδελφοι στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η επιθυμία για αυτονομία έχει ενισχυθεί, καθώς οι νοσηλευτές έχουν αναπτύξει εξειδικευμένες ικανότητες και γνώσεις, τις οποίες έχουν εφαρμόσει με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Roussel&Swansburg, 2010). Οι επαγγελματίες νοσηλευτές επιζητούν τον αυτόνομο έλεγχο των συνθηκών της εργασίας τους, συμπεριλαμβανομένου του ρυθμού και περιεχομένου της εργασίας αυτής. Τέτοιες αποφάσεις, πολλές φορές έρχονται, έρχονται σε σύγκρουση με το συντονιστικό ρόλο της διοίκησης, σύγκρουση, όμως η οποία μπορεί να αμβλυνθεί με την εμπλοκή των νοσηλευτών στην ανάθεση του συντονισμού των δραστηριοτήτων (Roussel&Swansburg, 2010).

Η αυτονομία των επαγγελματιών νοσηλευτών είναι αυτονόητη σε έναν οργανισμό ο οποίος εμπιστεύεται τους νοσηλευτές, δίνοντας τους ελευθερία στη λήψη αποφάσεων και στην ανάληψη δράσεων, εντός του πεδίου γνώσεων τους. Έτσι οι νοσηλευτές είναι ελεύθεροι να ασκήσουν την εξουσία τους. Αυτή η ελευθερία νομιμοποιείται από τους εσωτερικούς κανονισμούς των διάφορων τμημάτων, αλλά και από την περιγραφή της εργασίας, την αξιολόγηση επίδοσης και την υποστήριξη των αποφάσεων των νοσηλευτών από την διοίκηση (Roussel&Swansburg, 2010). Η ανεξάρτητη συμπεριφορά των νοσηλευτών περιλαμβάνει την παραδοχή των σφαλμάτων, την ανάληψη δράσεων για τη διόρθωση των σφαλμάτων και την αποφυγή επανάληψης τους.

Ο επαγγελματίας νοσηλευτής είναι υπόλογος για τις πράξεις του. Υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ ευθύνης, αυτονομίας, εξουσίας και υπευθυνότητας (Roussel&Swansburg, 2010). Για να θεωρούνται αυτόνομοι, οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στην επιλογή των στόχων τους και να τους επιτρέπεται ο καθορισμός του τρόπου με τον οποίο θα τους επιτύχουν. Η αρχή αυτή ισχύει για όλους τους νοσηλευτές. Όταν οι επαγγελματίες νοσηλευτές συνεργάζονται με άλλους νοσηλευτές, οφείλουν να διευκολύνουν τη συμμετοχή τη συμμετοχή και τις εισροές από αυτές τις ομάδες (Roussel&Swansburg, 2010). Η προσέγγιση αυτή προωθεί το ενδιαφέρον, την εμπιστοσύνη και την δέσμευση.

Προκειμένου να προαχθεί η αυτονομία, οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, στη χάραξη πολιτικής και στις οικονομικές αποφάσεις. Πρέπει να έχουν σαφείς και ξεκάθαρους ρόλους και να είναι εκπαιδευμένοι σε υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους. Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στον σχεδιασμό των ρόλων ώστε αυτοί να γίνονται κατανοητοί σε ασθενείς και συγγενείς.

Ένας επιτυχημένος νοσηλευτής είναι αυτός που παραμένει ενήμερος για τις αποφάσεις που λαμβάνονται σε διαφορετικά επίπεδα του οργανισμού, αυτός που χειρίζεται αποφάσεις που απαιτούν τη δική του εξειδίκευση, αυτός που υποστηρίζει την υλοποίηση της απόφασης και που αναλαμβάνει την ευθύνη να πάρει τις αποφάσεις. Ο McKenzie υποστηρίζει ότι οι

διοικητές που λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις μόνοι τους χάνουν την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση του προσωπικού τους (Roussel&Swansburg, 2010). Η επιλεκτική εκπροσώπηση στη λήψη αποφάσεων κερδίζει την υποστήριξη των μελών του προσωπικού και ενισχύει την ασφάλεια του.

Το σύστημα υγείας κάθε χώρας επηρεάζει άμεσα τον τρόπο καταμερισμού εργασιών στα εργασιακά στρώματα. Όπως έχει αναφερθεί η Ελλάδα έχει ένα βιοιατρικό σύστημα λειτουργίας το οποίο περιθωριοποιεί την νοσηλευτική δυναμική και θέτει τον πρωταρχικό ρόλο στον γιατρό. Τα τελευταία χρόνια η Σλοβακία μέσα από την υιοθέτηση καινούργιων στρατηγικών τείνει να αναβαθμίσει ολιστικά το σύστημα υγείας και τον τρόπο λειτουργίας αυτού. Στις συγκεκριμένες στρατηγικές εντάσσεται :

- η αναβάθμιση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας με κεντρικό ρόλο στην νοσηλευτική δυναμική
- η μείωση των ημερών νοσηλείας
- η μείωση του κόστους
- ο σωστός καταμερισμό εργασίας
- η αύξηση κρατικών κονδυλίων για τον υγειονομικό φορέα
- η επίσημη κοστολόγηση ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειοψηφία τόσο των Ελλήνων όσο και των Σλοβάκων νοσηλευτών είχαν θετική στάση απέναντι στην έρευνα και την διαφορετικότητα του τρόπου διεξαγωγής αυτής. Υπήρχε μια μερίδα συμμετεχόντων Σλοβάκων συμμετεχόντων οι οποίοι δυσανασχετούσαν για την αγγλική γλώσσα λόγω φόβου για λάθος χρήση της γλώσσας. Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Σλοβακία η πλειοψηφία των νοσηλευτών ανταποκρίνονται στα καθήκοντα τους, δείχνουν σεβασμό στον ασθενή και σε πολλές περιπτώσεις παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη καθώς η ψυχολογία κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο στην γενική πορεία της νόσου.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας απαιτεί άμεση αναδιάρθρωση και διαφάνεια. Μερικές προτάσεις που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν θετικά είναι :

- η πρόσληψη επαρκούς και σωστά καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού,
- η δημιουργία ενιαίας πανεπιστημιακής εκπαίδευση στην Ελλάδα
- η δημιουργία μιας εκπαιδευτικής ταυτότητας,
- η δημιουργία πρωτοκόλλων και κατ' επέκταση
- η δημιουργία ολιστικής νομικής κάλυψης θα προωθήσουν τον επαναπροσδιορισμό του νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- η στελέχωση των νοσοκομείων θα πρέπει να γίνεται με πτυχιούχους νοσηλευτές οι οποίοι θα έχουν τις γνώσεις και την αυτοπεποίθηση να αναλαμβάνουν ευθύνες και να αναλάβουν έναν βασικό ρόλο στο σχέδιο φροντίδας.
- τα νέα συστήματα υγείας και μοντέλα φροντίδας που θα εισαχθούν θα πρέπει να προωθούν στο ίδιο βαθμό το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και να έχουν ως επίκεντρο τον ασθενή .

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Οι βασικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Αν και η έρευνα πρόσφερε σημαντικά στοιχεία για τον τρόπο λήψης κλινικών αποτελεσμάτων, για να υπάρχει η δυνατότητα

μελλοντικής γενίκευσης των συμπερασμάτων είναι απαραίτητη η χρήση μεγαλύτερου δείγματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Ahn YHandChoiJ (2015). Factors affecting Korean nursing student empowerment in clinical practice. *Nurse Education Today*, 35(12): 1301–1306.

Aitken LM (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Critical Nursing*, 12(1): 476–483.

Aitken LM, Marshall AP, Elliott R and McKinley S (2009). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1): 36–45.

Akhtar-Danesh N, Baumann A and Cordingley L (2008). Q-methodology in nursing research: a promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research*, 30(6):759-773.

AL-Dossary R, Kitsantas P and Maddox PJ (2014). The impact of residency programs on new nurse graduates' clinical decision-making and leadership skills: A systematic review. *Nurse Education Today*, 34(6):1024–1028.

Al-Hamdan ZM, Bawadi, HA, Redman RW and Al-Nawafleh AH (2016). Perception of Jordanian nurses regarding involvement in decision-making. *Applied Nursing Research*, 30: 1-5

Bakalis N and Watson R (2004). Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing standard*, 19(23):33-39.

Bakalis N, Bowman GS and Porock D (2003). Decision making in Greek and English registered nurses in coronary care units. *International Journal of Nursing Studies*, 40(7):749–760.

Banning M (2007). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of clinical nursing*, 17(2): 187-195.

Banning M (2008). Clinical reasoning and its application to nursing: Concepts and research studies. *Nurse Education in Practice*, 8(3): 177–183.

Bowers D (2011). Θεμελιώδεις Έννοιες στη Βιοστατιστική εισαγωγή για επαγγελματίες υγείας. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Bowling A (2014). Μεθοδολογία έρευνας στην υγεία - Μελέτη της υγείας και των υπηρεσιών υγείας. Broken Hill, Κύπρος.

Brown (1993). A Primer on Q methodology. *Operant Subjectivity*. 16(3-4): 91-138
https://www.researchgate.net/publication/244998835_A_Primer_on_Q_Methodology

Brown SR (1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*, New Heaven, Yale University Press

Brown SR (2008). Q methodology. The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods, CA

Buckingham CD and Adams A (2000). Classifying clinical decision making: interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4): 990-998

Bucknall TK (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1): 25-36.

Chinnis et al. (2001). Q Methodology: A new way of Assessing Employee Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 31(5): 252 – 259.

Dennis K (1986). Q methodology: Relevance and application to nursing research. *Advances in Nursing Science*, 8(3): 6-17.

Denzine GM (1998). The use of Q methodology in student affairs research and practice. *StudentsAffairsJournal – Online*

Donaldson S (2002). Nursing Science Defined in Less Than 10 Words. *Journal of Professional Nursing*, 18(2):61.

Dowding D et al. (2009). The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9): 1313–1324.

Endacott R et al. (2015). Leadership and teamwork in medical emergencies: performance of nursing students and registered nurses in simulated patient scenarios, *Journal of clinical nursing*, 24 (1-2): 90-100.

Florin J, Ehrenberg A and Ehnfors M (2006). Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 15(12): 1498 – 1508.

Gallagher K and Porock D (2010). The use of interviews in Q methodology. *NursingResearch*, 59(4): 295-300.

Goldberg RM et al. (2002). Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3): 287-292.

Ha EH (2015). Attitudes toward clinical practice in undergraduate nursing students: A Q methodology study. *Nurse Education Today*, 35(6): 733 – 739.

Hagbaghery MA, Salsali M and Ahmadi F (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 3(1): 2

Johnsena HM et al. (2016). Teaching clinical reasoning and decision-making skills to nursing students: Design, development, and usability evaluation of a serious game. *International Journal of Medical Informatics*, 94: 39–48.

- Junnola T, Eriksson E, Salanterä S and Lauri S (2002). Nurses' decision-making in collecting information for the assessment of patients' nursing problems. *Journal of Clinical Nursing*, 11 (2): 186–196.
- Kapalla M, Kappalova D and Turecky L (2010). An overview of the healthcare system in the Slovak Republic. *EPMA Journal*, 1(4): 549-561.
- Karim K (2001). Q methodology-advantages and the disadvantages of this research method. *J Community Nurs*, 15(4):8-10.
- Kelly J (2007). Literature review: decision-making regarding slow resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11): 1989 – 1996.
- Levett-Jones T et al. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Education Today*, 30(6): 515–520.
- Mendes MA, Cruz DA and Angelo M (2015). Clinical role of the nurse: concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4): 318-331.
- Ministry of Education, Research, Science and Sports of Slovak Republic (2014). Social security and health insurance in Slovakia – your rights and duties, 1-38
- Özdemir Land Akdemir N (2009). Turkish nurses' utilization of research evidence in clinical practice and influencing factors. *International Nursing Review*, 56(3): 319 – 325.
- Papaspyrou E et al. (2004). International EMS systems : Greece. *Resuscitation*, 63(3): 255-259.
- Papathanassoglou ED et al. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 13(2): 154–164.
- Pazitny P, Zajac R and Maruncini A (2003). Reform models - Health reform in Slovakia. *Health Policy Institute*, 2-11.
- Roussel L and Swansburg RC (2010). Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Rycroft-Malone J, Fontenla M, Seers K and Bick D (2009). Protocol-based care: the standardisation of decision-making?. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10): 1490–1500
- Schlinger MJ (1969). Cues on Q-methodology. *Journal of Advertising Research*, 9(3):53-60.
- Shabila NP, Ahmed HM and Yasin MY (2014). Women's views and experiences of antenatal care in Iraq: a Q methodology. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14, 2-11.
- Simou E and Koutsogeorgou E (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 115(2-3) 11-119.

Stanfield LM (2015). Clinical decision making in triage: an integrative review. *Journal of Emergency Nursing*,41(5): 396 – 403.

Stephenson W (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology – Chapter 5*. Chicago, University of Chicago press.

Stricklin M and Almeida R (1999). *PCQ Software Manual*.
<http://www.PCQWin/Help/index.htm>

Suliman WA (2006). Critical thinking and learning styles of students in conventional and accelerated programmes. *International Nursing Review*,53(1): 73–79.

Szalay T et al. (2011). Slovakia Health System review. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 13(2): 13-44.

Tashiro J et al. (2013). Concept analysis of reflection in nursing professional development. *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2): 170-179.

Taylor A, Lillis C and Lemone P (2006). Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής: Η επιστήμη και τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Πασχαλίδης,Αθήνα.

ThompsonC, AitkenL, DoranD, DowdingD (2013). An agenda for clinical decision making and judgment in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12):1720–1726.

Tiffen J, Corbridge SJ and Slimmer L (2014). Enhancing clinical decision making: development of a contiguous definition and conceptual framework. *Journal of Professional Nursing*, 30(5):399–405.

Van Exel J and De Graaf G (2005). Q methodology: A sneak preview.https://www.researchgate.net/publication/228574836_Q_Methodology_A_Sneak_Preview

Van Graan A, Williams M and Koen M (2015).Clinical judgment within the South African clinical nursing environment: A concept analysis. *Health SA Gesondheid*, 21: 33-45.

Vasli P and Dehghan-Nayeri N (2016). Emergency nurses' experience of crisis: A qualitative study. *Japan Journal of Nursing Science*,13(1): 55–64.

Wang Y, Chien WT and Twinn S (2011). An exploratory study on baccalaureate-prepared nurses' perceptions regarding clinical decision-making in mainland China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11-12): 1706–1715.

Watts S and Stenner P (2005). Doing Q methodology: theory, method and interpretation. *Qualitative Research in Psychology*, 2:67-91.

Wong et al. (2004). By person factor analysis in clinical ethical decision making: Q methodology in end-of-life care decisions. *American Journal of Bioethics*, 4(3): 4-22.

Yang BM, Prescott N, Bae EY(2001). The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. Health Policy Plan, 16(4):372-385.

Zabalegui Yarnoz A (2002). Nursing education in Spain – past, present future. Nurse Education Today, 22:311-318

Ελληνική

Βλαχόπουλος Γ και Κουτσογιάννης Κ (2012). Βιοστατιστική Εφαρμογή με το SPSS και το R-Project. Αλγόριθμος, Πάτρα.

Δαρβίρη Χ (2009). Μεθοδολογία έρευνας στον χώρο της υγείας. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Δημητριάδου – Παντέκα Α και Λαβδανίτη Μ (2014). Κριτική αποτίμηση της επιρροής του προτύπου της Nightingale στην Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Αγγλία, στην Ελλάδα και στην Αμερική. Το Βήμα του Ασκληπιού, 13(2): 123-133.

Ζαφειρόπουλος Κ (2005). Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία, επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Κριτική, Αθήνα.

Θεοφανίδης Δ και Φουντούκη Α (2006). Η δια βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη. Νοσηλευτική, 45(4): 476-482.

Καρρά Β (2014). Λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές: Παρόν και Μέλλον. Νοσηλευτική, 53 (4):315-318.

Καρρά Β (2014). Μελέτη της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε μονάδες εντατικής θεραπείας . (Ανέκδοτη διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Αθήνα, Ελλάδα

Κοτζαμπασάκη Σ (2006). Μοντέλα κλινικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης Εξέλιξη και επιδράσεις των φοιτητών της νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 45(3):315-325.

Λαχανά Ε (2007). Οικονομική αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας Ένα χρήσιμο εργαλείο στη λήψη αποφάσεων. Νοσηλευτική, 46(3): 367-373.

Μπακάλης Ν και Θεοδωρακοπούλου Γ (200). Η ανάγκη αλλαγής στη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στην Ελλάδα: Παρουσίαση πλάνου (επιδράσεις στην βασική νοσηλευτική φροντίδα). Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(2): 105-110.

Μπακάλης Ν και Θεοδωρακοπούλου Γ (2006). Ποιότητα σημαντικός παράγοντας για τη νοσηλευτική. Νοσηλευτική, 45(3): 352-358.

Μπακάλης Ν και συν (2012). Οι απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση. Νοσηλευτική, 51(1): 55-62.

Ν. 1579/1985 – ΦΕΚ 217^Α/1985 (1985). Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

- N. 1397/1983 – ΦΕΚ 143^Α/1983 (1983). Εθνικό σύστημα υγείας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 1404/1983 – ΦΕΚ 173Α/1983 (1983). Οργάνωση και λειτουργία της ανώτατης εκπαίδευσης, ρυθμίσεις για την έρευνα και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 1846/1951 – ΦΕΚ 179^Α/1951 (1951). Αναγκαστικός Νόμος Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 2071/1992 – ΦΕΚ 123^Α/1992 (1992). Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 2889/2001 – ΦΕΚ 37^Α/2001 (2001). Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 2916/2001 – ΦΕΚ 114^Α/2001 (2001). Διάρθρωση της ανώτατης εκπαίδευσης και ρύθμιση θεμάτων του τεχνολογικού τομέα. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 3252/2004 – ΦΕΚ 132^Α/2004 (2004). Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών –Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 4837/2016 – ΦΕΚ 85^Α/2016 (2016). Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού – συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N. 6298/1934 – ΦΕΚ 346^Α/1934 (1934). Περί κοινωνικών ασφαλίσεων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N.1865/1989 – ΦΕΚ 210Α/1989 (1989).Μετεγγραφές Φοιτητών και σπουδαστών Εσωτερικού- Εξωτερικού και κατατάξεις πτυχιούχων στα ανώτατα και στα τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N.2519/1997 – ΦΕΚ 165^Α/1997 (1997). Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N.2955/2001 – ΦΕΚ 256^Α/2001 (2001).Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N.3918/2011 – ΦΕΚ 31^Α/2011 (2011). Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.
- N.4009/2011 – ΦΕΚ 195^Α/2011 (2011). Δομή, λειτουργία, διασφάλιση της ποιότητας των σπουδών και διεθνοποίηση των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

N.4024/2011 – ΦΕΚ 226^A/2011 (2011). Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

N.4238/2014 – ΦΕΚ 38^A/2014 (2014). Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

N.4354/2015 – ΦΕΚ 176^A/2015 (2015). Διαχείριση των μη εξυπηρετούμενων δανείων, μισθολογικές ρυθμίσεις και άλλες επείγουσες διατάξεις εφαρμογής της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

N.4368/2016 – ΦΕΚ 21^A /2016 (2016). Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

N. 4485/2017 – ΦΕΚ 114^A/2017 (2017). Οργάνωση και λειτουργία της ανώτατης εκπαίδευσης, ρυθμίσεις για την έρευνα και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

ΠΔ/ΓΜΑ. 174/1985 – ΦΕΚ 59^A/1985 (1985). Άσκηση στο επάγγελμα των σπουδαστών των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (Τ.Ε.Ι). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

ΠΔ/ΓΜΑ. 184/1979 – ΦΕΚ 51^A/1979(1979). Περί Ιδρύσεως Τμήματος Νοσηλευτικής εις την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Π.Δ/ΓΜΑ. 247/1991 – ΦΕΚ 93^A/1991 (1991). Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Π.Δ/ΓΜΑ. 293 – ΦΕΚ 158^A/1994. Τροποποίηση του με αρ. 376/1988 Προεδρικού Διατάγματος (Οργανισμός του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, ΕΚΑΒ) ΦΕΚ 169^A/1988. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Π.Δ/ΓΜΑ. 351/1989 – ΦΕΚ 159^A/1989 (1989). Καθορισμός Επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων των τμημάτων α) Νοσηλευτικής, β) Μαιευτικής, γ) Επισκεπτών και Επισκεπτριών Υγείας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, δ) του τμήματος Διοίκησης μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Π.Δ/ΓΜΑ. 376/1988 – ΦΕΚ 169^A/1988 (1988). Οργανισμός του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, Ε.Κ.Α.Β. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Παλάσκα Ε και Αποστολοπούλου Ε (2005). Η διαδικασία λήψης απόφασης στη νοσηλευτική διοίκηση. Νοσηλευτική. 44(3): 314 – 323.

ΠΔ/ΓΜΑ. 356/1995 – ΦΕΚ 191^Α/1995 (1995). Τροποποίηση του ΠΔ/ΓΜΑ 327/1983 "παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους φοιτητές των Α.Ε.Ι. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

ΠΔ/ΓΜΑ. 357/2001 – ΦΕΚ 240^Α/2001 (2001). Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας.

Παπαθανασίου Ι (2016). Η Κριτική Σκέψη στη Νοσηλευτική Πρακτική: επίκαιρη για το 2016, όσο ποτέ!. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 9(1): 3-7.

Πατελάρου Α και συν (2011). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία – Προτάσεις για παρέμβαση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4(3):53-61.

Πατιστέα Ε (1998). Προφίλ και δημόσια εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος: Ελληνική και διεθνής πραγματικότητα. Νοσηλευτική, 37(4): 361-369.