ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση νοσηλευτών ΤΕΙ Κρήτης σε περίοδο οικονομικής κρίσης»

Υπό τους φοιτητές:

Δημήτρης Μαστοράκης

Ελένη Σπυριδοπούλου

Νίκος Τσιγώνης

Επιβλέπων καθηγητής:

Μιχάλης Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

2019

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ……4

SYMMARY……5

ΜΕΡΟΣ Α' : ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^{ο} : Εισαγωγή……..……7

1.1 Τοποθέτηση του προβλήματος ……..…….....8

1.2 Τα προβλήματα στη υγειονομική περίθαλψη……..…...9

1.3 Επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας…….....9

1.4 Ορισμός νοσηλευτικής επιστήμης……..11

Κεφάλαιο 2^{ο}: Ιστορική εξέλιξη του επαγγέλματος της Νοσηλευτικής……..12

2.1 Νοσηλευτική κατά την χριστιανική περίοδο ……..……..…….....12

2.1.2 Μεσοποταμία ……..……..…….....12

2.1.3 Παλαιστίνη ……..……..…….....12

2.1.4 Ινδία ……..……..……..13

2.1.5 Αιγύπτος……..……..12

2.1.6 Περσία……..13

2.1.7 Αρχαία Ελλάδα…….....14

2.1.8 Αρχαία Ρώμη…….....14

2.2.Νοσηλευτική κατά την χριστιανική περίοδο ……16

2.2.1 Διακόνισσες……16

2.2.2 Παραβολάνοι……...16

2.2.3 Βυζάντιο……....16

2.2.4 Μεσαίωνας……..16

2.2.5 Μεταρρύθμιση-Διαφωτισμός-Αναγέννηση…….....17

2.2.6 Νοσηλευτική στην Τουρκοκρατία ……..18

2.2.7 Florence Nightingale……18

2.3.Νοσηλευτική από τον 2^{ο} Παγκόσμιο Πόλεμο μέχρι σήμερα ……..……..23

2.4.Νοσηλευτική στην σύγχρονη Ελλάδα ……..……23

Κεφάλαιο 3^{ο}: Νοσηλευτική στελέχωση…….....26

3.1 Ορισμός στελέχωση……..26

3.2Νοσηλευτική στελέχωση στην Ελλάδα ……..29

3.3Αναβάθμιση του ρόλου του νοσηλευτή……..32

Κεφάλαιο 4^{ο}: Νοσηλευτική διοίκηση ……..33

4.1 Προϊστάμενος Νοσηλευτικού τμήματος……34
4.2 Επιτυχημένο μοντέλο νοσηλευτικού τμήματος……...35
4.3 Διοίκηση νοσηλευτικού τμήματος..……35
4.4 Άσκηση της Νοσηλευτικής Διοίκησης……...36
4.5 Προκλήσεις για τη νοσηλευτική διοίκηση……39

Κεφάλαιο 5ο: Οι επίπτωσης της οικονομικής κρίσης σε κοινωνικό και σε επαγγελματικό επίπεδο κοινωνικό επίπεδο ……40

5.1Κοινωνικό επίπεδο …….....40
5.1.1 Εγκληματικότητα ……41
5.1.2 Οικογένεια……42
5.1.3Αυτοκτονίες ……..43
5.2 Επαγγελματικό επίπεδο…….....44
5.2.1Εργάτικο Προσωπικό
5.2.2Ανεργία……...46
Κεφάλαιο 6ο : Επαγγελματική αποκατάσταση νοσηλευτών…….....47
6.1Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Πρόληψη……...48
6.2Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη…….....49
6.3 Ελεύθεροι επαγγελματίες……..51
6.4 Νοσηλευτές στην εκπαίδευση…….....52
ΜΕΡΟΣ Β' : ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
Κεφάλαιο 7ο : Μεθοδολογία της έρευνας ……...53
7.1Σκοπός…… ……53
7.2 Υλικό και Μέθοδος…. ……...53
7.3 Ερευνητικά ερωτήματα …….....53
7.4. Ερευνητικό εργαλείο ……53
7.5 Στατιστική ανάλυση ……...54
Κεφάλαιο 8ο : Αποτελέσματα ……....55
Κεφάλαιο 9ο : Συζήτηση-Συμπέρασμα ……68
Βιβλιογραφία……..76
Πηγές Internet ……...79
Παραρτήματα ……80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εργασία διερευνά το πόσο έχει αλλάξει, τόσο η επαγγελματική όσο, και η κοινωνική αποκατάσταση των απόφοιτων νοσηλευτικής από την προ οικονομικής κρίσης εποχή σε σχέση με το χρονικό διάστημα εντός της οικονομικής κρίσης, το οποίο εξακολουθούμε να διανύουμε μέχρι και σήμερα.

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετηθεί η επαγγελματική και η κοινωνική αποκατάσταση των απόφοιτων Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ: Χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα αποφοίτων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας ΤΕΙ Κρήτης. Για τη συλλογή στοιχείων διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο με τη μορφή διαδικτυακής φόρμας μέσω του συστήματος Google Forms, το οποίο στη συνέχεια αποστάλθηκε στους προσωπικούς λογαριασμούς e-mail των αποφοίτων που είχαν αποφοιτήσει κατά τις χρονικές περιόδους 2014/2015.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ: Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι:

- Εάν οι απόφοιτοι που ενδιαφέρονται να ασκήσουν τη νοσηλευτική επιτυγχάνουν να ενταχθούν στην αγορά εργασίας και πότε.
- Κατά πόσο ασχολούνται με τη συνέχιση της εκπαίδευσής τους στο οικείο γνωστικό αντικείμενο ή διαφορετικό.
- Η πορεία της οικογενειακής αποκατάστασης σε σχέση με την επαγγελματική εξέλιξή τους.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ: Το Ερωτηματολόγιο διαθέτει 44 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου και συμπληρώνεται μέσα σε χρόνο 6–9 λεπτών. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων καλύπτει πληροφορίες για δημογραφικά στοιχεία των αποφοίτων, εργασιακά στοιχεία, προσόντα και εμπειρία των αποφοίτων εντός και εκτός του Νοσηλευτικού αντικειμένου και τέλος στοιχεία της οικογενειακής και οικονομικής κατάστασης.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ: Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 25.0.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Επαγγελματική Αποκατάσταση, Δημιουργία Οικογένειας, Ανεργία, Τεκνοποίηση, Αγορά Εργασίας, Απόφοιτοι

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :Παρουσιάζεται φαινόμενο Brain Drain της τάξης του 19,4% των σπουδαστών με πιο δημοφιλή προορισμό το Ηνωμένο Βασίλειο σε 10,4%. Η πλειοψηφία των

σπουδαστών ήταν γυναίκες (83,6%) έναντι των ανδρών (16,4%). Στην οικογενειακή κατάσταση του 59,7% είναι ελεύθεροι, ενώ το υπόλοιπο 40,3% έχει προβεί στην δημιουργία οικογένειας. Περίπου το 30% του συνόλου αποτελεί μέλος ενός εθελοντικού συλλόγου. Ο μέσος χρόνος εκπαίδευσης και των δυο γονιών ήταν 11,6±3,0 χρόνια ενώ δεν διέφεραν σημαντικά του πατέρα από τις μητέρας (έλεγχος Student: 11,5 χρόνια έναντι 11,7, αντίστοιχα, p=0,848). Το 80,6% βρήκε δουλειά ως Νοσηλευτής εντός διετίας μετά την αποφοίτηση , με το 34,3% το πρώτο εξάμηνο αφού αποφοίτησε και το 6% εκτός Νοσηλευτικής.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι απόφοιτοι παρουσιάζουν μεταβολές της μόνιμης κατοικίας πριν και μετά την αποφοίτησή τους. Υπάρχει αύξηση των μόνιμων κατοίκων της πόλης του Ηρακλείου. Ένα ποσοστό της τάξης του 19,4% μετανάστευσε στο εξωτερικό μετά την απόκτηση του πτυχίου του από τη σχολή. Μεγάλη συμμετοχή των αποφοίτων σε εθελοντικούς οργανισμούς. Ένα ποσοστό 79,1% τελείωσε εντός 5 ετών και το 59,7% συμπεριέλαβε τη σχολή στις δύο πρώτες θέσεις επιλογής στο μηχανογραφικό τους. Το 26,9 % των αποφοίτων διαθέτει ένα επιπλέον πτυχίο. Το 59,7% των αποφοίτων απασχολείται στον Ιδιωτικό τομέα ως Νοσηλευτής, αλλά μόνο το 11,9% σε δημόσιο Νοσοκομείο. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας για τους αποφοίτους είναι πάνω από δύο έτη, ενώ πάνω από 80% έχει εργασιακή εμπειρία εκτός Νοσηλευτικού κλάδου, με το 41,2% των φοιτητών να εργάζεται παράλληλα με τις σπουδές τους. Πιθανές αιτίες μπορεί να είναι οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν λόγω της κρίσης. Το 13,4% των πτυχιούχων Νοσηλευτικής είναι άνεργοι. Για την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών καθώς και για την μεγαλύτερη πιθανότητα εξασφάλισης εργασίας στο Νοσηλευτικό κλάδο βασικός κριτήριο είναι ο μεγαλύτερος βαθμός πτυχίου. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι αυτοί που αποφοιτούν νωρίτερα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν μόνιμη κατοικία εκτός της πόλης του Ηρακλείου. Το 40,3% των αποφοίτων της σχολής, δημιούργησαν ήδη οικογένειας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Επαγγελματική Αποκατάσταση, Δημιουργία Οικογένειας, Ανεργία, Τεκνοποίηση, Αγορά Εργασίας, Απόφοιτοι

SYMMARY

INTRODUCTION: The project researches the rate at which the professional, as well as the social integration of the nursing graduates from the pre-financial crisis era has changed in relation to the time period within the crisis that we still traverse until today.

MATERIAL: A random sample of graduates from the Nursing Department of the Heraklion School of Professions for Health and Welfare.

METHOD: For data collection , a questionnaire was created in the format of an online form through the Google forms system , which was then sent to the personal e-mail accounts.

RESEARCH QUESTIONS: The main research questions of this project are:

- If the graduates interested in practicing nursing achieve their integration into the labor market and when.
- The level at which they are continuing their education on the subject.
- The course of family making in relation to their professional development.

RESEARCH TOOL: The questionnaire has 44 closed and open type questions and could be completed within the time of 6 – 10 minutes. The contents of the questions cover information on graduate demographics, job related data, qualifications and experience of the graduates within and outside the Nursing subject, family and financial status.

STATISTICAL ANALYSIS: For the statistical analysis of the data the program IBM SPSS 25.0 was used.

RESULTS: A "Brain Drain "phenomenon at the rate of 19.4% of thegraduates is presented with the United Kingdom as the most popular destination at 10. 4%. The majority of the graduates were women (83, 6%) against (16, 4%) for men. The family status of 59.7% is free, while the remaining 40.3% have proceeded to make a family. About 30% of the total is a member of a voluntary association. The average education time of both parents was 11.6 ± 3.0 years and the father's did not differ significantly from the mother's (Control Student: 11.5 years versus 11.7 years, respectively, p=0.848). 80.6% found work as a nurse within two years after graduation, with 34.3% in the first semester after graduating and 6% out of Nursing.

DISCUSSION – CONCLUSIONS: The graduates present changes in permanent residence before and after graduation. There is an increase in the permanent residents of the city of Heraklion. A figure at the rate of 19.4% migrated abroad after obtaining their degree from the department. There is large participation of graduates in voluntary organizations. The level of education of the graduates' parents is generally satisfactory.3.7 years have passed on average after graduation. A rate of 79.1% finished within 5 years and 59.7% included the department at their top 2 schools of choice. 26.9% of the graduates have an additional degree. 59.7% works in the private sector as a nurse but only 11.9% in a public hospital. The average time of prior service for graduates is over 2 years, while over 80% have experience outside the Nursing sector with 41.2%

of the undergraduates working alongside their studies. Possible causes may be financial difficulties because of the crisis. 13.4% of nursing graduates are unemployed. In order to obtain a post-graduate degree and the highest probability of getting a job in the nursing branch, the average grade is most vital. It is worth mentioning that those who complete their studies earlier are more likely to have permanent residence outside the city of Heraklion. 40.3% of all graduates proceed to form a family.

KEY WORDS: Professional Integration, Family-making,Unemployment, Childbirth, Labor Market, Graduates

ΜΕΡΟΣ Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} : Εισαγωγή

ΜΕΡΟΣ Α' : ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Τοποθέτηση του προβλήματος

Οι συνεχείς αλλαγές στην αγορά εργασίας καθώς και στην κοινωνία στις πιο πολλές ανεπτυγμένες χώρες, απασχολούν πολυάριθμους ερευνητές σε διάφορους πανεπιστημιακούς, δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Οι αλλαγές αυτές τους νέους, να ξανά ξανασκεφτούν τις προτεραιότητες τους ως προς την επαγγελματική τους αποκατάσταση, με αποτέλεσμα να προσπαθούν πρώτα να αποκατασταθούν επαγγελματικά και κοινωνικά και μετά κάτω από ευνοϊκές συνθήκες να ασχοληθούν με τις σπουδές τους και τη συνεχή εκπαίδευση στο χώρο της υγείας. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται την τελευταία δεκαετία λόγω της οικονομικής κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα, που έχει ως αποτέλεσμα τις αυξημένες απαιτήσεις παραγωγικότητας και εξειδικευμένων γνώσεων, η υψηλή ανεργία και οι ανάγκες ομαλού καταμερισμού του ανθρώπινου δυναμικού ανάλογα με την παραγωγική διάρθρωση της οικονομίας.

Γίνεται απόλυτα κατανοητό ότι οι επαγγελματικές επιλογές αποτελούν σημαντικές αποφάσεις που καθορίζουν το μέλλον κάθε ανθρώπου. Γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται με σύνεση, περίσκεψη και αυτογνωσία, με προσεκτική και όχι επιπόλαια και γρήγορα, ανάλυση της προσωπικότητας, των κλίσεων, των ταλέντων, των δυνατοτήτων, των δεξιοτήτων, των επίλογων και των ενδιαφερόντων ενός ατόμου.

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια επιλέγονται σχόλες, στις οποίες το άτομο μπορεί με την αποφοίτησή του, να έχει άμεση επαγγελματική αποκατάσταση. Αποτέλεσμα του «φαινομένου» αυτού είναι τομείς όπως της υγείας, συνήθως, να μη θέτονται ως πρώτη επιλογή. Πρέπει να αναφερθεί όμως ότι περίπου το 50% των νοσηλευτών πριν ή μετά την αποφοίτηση εγκαταλείπει το επάγγελμα, λόγω των χαμηλών αποδοχών, της κακής ποιότητας της εκπαίδευσης και των δυσμενών συνθηκών εργασίας[1]. Για το λόγο αυτό η ενημέρωση και η πληροφόρηση των φοιτητών αλλά και των πτυχιούχων Νοσηλευτικής για τις συνθήκες εργασίας στον επαγγελματικό τους χώρο, αποτελεί πρωταρχικό μέλημα για μια επιτυχημένη επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση.

Η αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με τις δυνατότητες της αγοράς εργασίας μπορεί να συντελέσει στην χάραξη προσωπικής επαγγελματικής στρατηγικής, για την επίτευξη μιας επιτυχημένης επαγγελματικής σταδιοδρομίας στη Νοσηλευτική. Αυτό συμβαίνει κυρίως, γιατί κάθε άνθρωπος το μόνο που ζητάει μετά την απόκτηση του πτυχίου του είναι γρήγορη

επαγγελματική αποκατάσταση και σταθερή απασχόληση. Οι νοσηλευτές όμως, έρχονται αντιμέτωποι με ποικίλες και σύνθετες απαιτήσεις στη σύγχρονη κοινωνία και καλούνται παράλληλα να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στο έργο τους, παρακάμπτοντας ελλείψεις, παραλείψεις και στρατηγικής σημασίας λάθη της πολιτείας.

Τα προβλήματα στο υγειονομικό σύστημα

Με την οικονομική κρίση παγκοσμίως, διαμορφώνεται μια αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η παροχή τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εφαρμογή τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι πολίτες, οι κυβερνήσεις και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με σημαντικότερο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν σαράντα εφτά εκατομμύρια άνεργοι[2]. Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα φανερώνει δύο σημαντικούς παράγοντες:

− Εξαιρετικής σημασίας τη λειτουργία των συστημάτων ασφαλιστική και κοινωνικής κάλυψης.

− Ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών[3]. Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη[4].

Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) αποτελεί σημαντικής σημασίας και βασίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία. Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Επομένως, είναι πιθανό λόγω της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης[1].

. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας μειώθηκε το 2008 λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ[3], περαιτέρω μείωση υπάρχει και το 2009 λόγω της πτώσης των εξαγωγών. Η ανεργία στην Ελλάδα τον Ιούλιο του 2009 ήταν 9,6% σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ)[4]. Το μεγαλύτερο πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας είναι το υψηλό έλλειμμα, καθώς μειώνει τις επιλογές για την άσκηση αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής, η οποία θα στηρίξει την αγορά και θα ενισχύσει την οικονομία οδηγώντας την ελληνική οικονομία στην έξοδο από την κρίση. Στη χώρα μας αυξήθηκε η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του εισοδήματος έστρεψε την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν χαμηλή και εύκολη πρόσβαση ασφαλιστική κάλυψη.

Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ετοιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας[5,6]. Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα[7,8]. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την ΕΣΥΕ, όπου, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό[5].

Τα ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία (6,5 δις €) και στους ασφαλιστικούς οργανισμούς υγείας (4,5 δις €) θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή

τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, ανάλογα προβλήματα. Ωστόσο, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας ελαττώθηκε εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος. Προβλήματα πρόκειται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Εντωμεταξύ, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις, ενδέχεται να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό της φτώχειας[9]. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν >40% του εισοδήματός τους εξαιτίας ενός αιφνίδιου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος[5]. «ισχυρά» σημεία της Ελλάδας, σύμφωνα με το Δείκτη Ευημερίας, είναι δύο. Η εκπαίδευση και η υγεία. «Μέτρια» με κίτρινη σήμανση στο δείκτη είναι η οικονομία, η επιχειρηματικότητα και οι ευκαιρίες, η διακυβέρνηση και η ασφάλεια. Στο «κόκκινο», βρίσκονται οι ατομικές ελευθερίες και το κοινωνικό κεφάλαιο. Η επιστημονική έρευνα έχει καταδείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού ανισομερώς κατανεμημένα στην κοινωνική κλιμάκωση. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχει οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα. Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την αναβολή ή την καθυστέρηση της θεραπείας και την μη εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εγείροντας ηθικό και κοινωνικό ζήτημα

Ορισμός νοσηλευτικής επιστήμης

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, η επιστήμη της Νοσηλευτικής, ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας καθώς και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα νοσοκομεία, κέντρα υγείας, σπίτι, σχολείο, ευρύτερη κοινότητα). Εκτείνεται δηλαδή, η νοσηλευτική υπηρεσία από την

προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και τη διενέργεια προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού[10].

Οι κυριότεροι επιγραμματικά στόχοι της Νοσηλευτικής συνοψίζονται στους εξής:

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

Αξιοσημείωτο είναι, ότι στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας, σε αντίθεση με τις πολύ αρνητικές εργασιακές προοπτικές των γιατρών και των οδοντιάτρων, θετικό είναι το ισοζύγιο των νοσηλευτών, των τεχνολόγων ιατρικών μηχανημάτων και εργαστηρίων, των φυσιοθεραπευτών, των διαιτολόγων, των αισθητικών, των ψυχολόγων, των κοινωνικών λειτουργών, και των ειδικών για τα άτομα με ειδικές ανάγκες[1]. Εντυπωσιακό είναι μάλιστα, το γεγονός ότι το 80% περίπου του νοσηλευτικού προσωπικού απασχολείται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το 10% στα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι υπόλοιπο στα κέντρα υγείας, στο ΙΚΑ κ. α.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο} : Ιστορική διαδρομή στη νοσηλευτική επιστήμη

Νοσηλευτική στη προχριστιανική περίοδο

Νεολιθική εποχή

Στην Νεολιθική εποχή, οι άνθρωποι θεωρούσαν πως η αρρώστια προερχόταν από υπερφυσικά αίτια. Έτσι, αναπτύχτηκε η θεωρία του ανιμισμού στην προσπάθεια να εξηγήσουν τις αιτίες των μυστήριων αλλαγών στις λειτουργίες του σώματος. Η θεωρία αυτή βασιζόταν στην αίσθηση ότι όλα τα στη φύση είναι ζωντανοί οργανισμοί με αόρατες δυνάμεις και ευνοημένοι με κάποια υπερφυσική ικανότητα. Τα καλά πνεύματα έφερναν υγεία, ενώ τα κακά την αρρώστια και τον θάνατο. Ο γιατρός ήταν ένας μάγος που θεράπευε τις διάφορες αρρώστιες ψέλνοντας ύμνους, προκαλώντας το φόβο ή ανοίγοντας το κρανίο για να φύγουν τα κακά πνεύματα. Αντίθετα, ο νοσηλευτής, ήταν συνήθως η μητέρα του αρρώστου που φρόντιζε τα άρρωστα μέλη της οικογένειας προσφέροντας , για σωματική ανακούφιση, βότανα. Ο προσδιορισμός στο νοσηλευτή των δύο αυτών ρόλων ,της τροφού/μητέρας και του ατόμου που παρέχει φροντίδα υγείας διατηρείται μέχρι σήμερα[11].

Μεσοποταμία

Στη Μεσοποταμία πίστευαν πως οι αρρώστιες ήταν η κατάρα των θεών και η αντιμετώπιση τους ήταν από τα χέρια των ιερέων, οι οποίοι χωρίζονταν σε τρεις κατηγορίες: σ' αυτούς που ασχολούνταν με τη διάγνωση αλλά και με τις αιτίες των νόσων ,στους «εξορκιστές» που απόμειναν από τον ασθενή το κακό και τους δαίμονες και σε θεραπευτές οι οποίοι ασχολούνταν με τη χρήση θεραπευτικών μέσων. Τα θεραπευτικά μέσα τα οποία χρησιμοποιούσαν αφορούσαν θεραπείες με επιθέματα, γάζες , μαλάξεις, πλύσεις τραυμάτων, δίαιτα και ανάπαυση, χρήση εμετικών και υπόθετων , συστάσεις ατομικής υγιεινής. Διέθεταν σωρεία φυτικών φαρμάκων. Οι γνώσεις γύρω από τις μεθόδους θεραπείας και νοσηλείας που είχαν φανερώθηκαν κυρίως από 700 περίπου πλάκες 10που ανακαλύφθηκαν το 1849 και αποτελούν κομμάτι της μεγάλης βιβλιοθήκης του βασιλιά Σαρδανάπαλου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της ανακάλυψης του αρχαιότερου κειμένου στον κόσμο τον περίφημο «Κώδικας του Χαμουραμπί» περιεχόμενο του οποίου είναι νομικές διατάξεις που ρυθμίζουν θέματα θεραπείας και γενικά γίνονται αναφορές περί ιατρικής και νοσηλευτικής δεοντολογίας[12].

Παλαιστίνη

Τις πιο πολλές γνώσεις σχετικά με τη νοσηλευτική των Εβραίων τις έχουμε από το κείμενο της Παλαιάς Διαθήκης. Έτσι πληροφορούμαστε πως εισήγαγαν την περιτομή (που φαίνεται ότι μάλλον την απέκτησαν από τους Αιγύπτιους), πως περιποιούνταν τα τραύματα με λάδι, πως χρησιμοποιούσαν ράμματα και επιδέσμους. Ακόμα, γίνονται αναφορές για κανόνες

υγιεινής διατροφής όπως νηστείες, δίαιτες, χρήση βδελλών, αφαιμάξεις, χειρουργικές επεμβάσεις με ναρκώσεις. Επίσης πληροφορούμαστε για τις γνώσεις ανατομίας και φυσιολογίας της εποχής ότι π.χ. η καρδιά αποτελεί το σημαντικότερο όργανο για τη ζωή. Το κύριο χαρακτηριστικό της θρησκείας των Εβραίων είναι ότι καθιέρωσε υποχρεωτική την φιλοξενία γεγονός που συντέλεσε στην οργάνωση της φιλανθρωπίας [13].

Ινδία

Όσο αφορά την ιατρική και τη νοσηλευτική των Ινδών, μας διαφωτίζουν οι μυθικές παραδόσεις τους. Από τα τέσσερα βιβλία των Βέδα, το αρχαιότερο και με τους ελάχιστους μύθους κείμενο είναι το «επιστήμη της ζωής». Το συγκεκριμένο αποτελείται από τέσσερα μέρη στα οποία πραγματεύεται για την ιατρική, χειρουργική, οφθαλμολογική και παιδιατρική, συγκεντρώθηκαν δε από το γιατρό Σουσρούτα. Η ακμή του πολιτισμού στην Ινδία διήρκησε από το 800 π. Χ. μέχρι το 1000 μ. Χ. οπότε άνθισε και η ιατρική για την οποία λειτουργούσε στο Μπεναρές κέντρο εκπαίδευσης , αν και ασκούνταν αποκλειστικά από τους ιερείς. Ιδιαίτερης σημασίας είναι ότι οι Ινδοί απαριθμούν περί τις χίλιες εκατό παθήσεις, από πλευράς δε θεραπείας α να φέρουν λουτρά, υποκλυσμούς, εμετικά, κολπικές πλύσεις, ουρητικά όργανα κλπ. Με αντίστοιχες νοσηλείες[12].

Οι σοφοί της Αιγύπτου έδωσαν πολύ μεγάλη σημασία στην ιατρική και νοσηλευτική, οι δε σχετικές γνώσεις προέρχονται από τους τόμους της «Ερμητικής Συλλογής». Επίσης ο Έλληνας ιστορικός Ηρόδοτος μας παρέχει σαφείς πληροφορίες για την άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής μάλιστα σε επιστημονικές βάσεις και μεθόδους. Πιο αναλυτικά γράφει (5ος π.Χ. αιώνας) ότι κάθε γιατρός είχε την ειδικότητα του λ.χ. υπήρχαν οφθαλμίατροι, χειρούργοι, οδοντίατροι, κ.λπ. είχαν δε εξαιρετική εκτίμηση για τις ειδικές γνώσεις και την επιτηδειότητα, που διέθεταν. Πολλοί βασιλείς, όπως ο Κύρος της Περσίας και ο Δαρείος καλούσαν για να συμβουλευτούν Αιγυπτίους γιατρούς.

Πατέρας της ιατρικής των αρχαίων Αιγυπτίων ήταν ο Inhotepo ο οποίος ήταν συγχρόνως μάγος, αρχιτέκτονας, ιερέας και θεοποιήθηκε μετά το θάνατό του. Από πάπυρους και άλλα έγγραφα έχουμε πολλές μαρτυρίες που δείχνουν ότι η ιατρικ στην Αίγυπτο είχε προαχθεί σε υψηλό βαθμό. Ειδικότερα, ιατρικού περιεχομένου είναι οι πάπυροι Έμπερς, Χερστ, Σμιθ στους οποίους περιγράφονται θεραπευτικά μέσα όπως ειναι οι αλοιφές, οι εισπνοές, η χρήση επιδέσμων και εμπλάστρων [14].

Περσία

Η ιατρική των Περσών όπως και εκείνη της Βαβυλώνας στηρίχθηκε στην πρόληψη και στον εξορκισμό δαιμόνων ως προέλευση ασθενειών. Το μόνο διασωθέν έργο των Περσών είναι το φιλοσοφικό «Zend Avesda» (Ζεντ Αβέστα), το οποίο μεταφράζεται ως «Νόμος κατά

των δαιμόνων» και είναι ένας κώδικας εξαγνισμού. Όπως και ο κώδικας του Χαμουραμπί, ορίζει αμοιβές γιατρών τριών κατηγοριών: γιατροί του μαχαιριού, γιατροί βοτάνων, για τρίτου λόγου.

Οι γιατρούς αμείβονταν ανάλογα με την κοινωνική τάξη και την περιουσία που μπορούσε να διαθέτει του αρρώστου. Πατέρας της περσικής ιατρικής θεωρείται ο Θρίτας, ο οποίος μετά το θάνατό του θεοποιήθηκε[15].

Αρχαία Ελλάδα

Η ιατρική στην αρχαία Ελλάδα την συντελούνταν από τρία στοιχεία: το υπερφυσικό, το «μαγικό», το οποίο είναι ένα μείγμα εμπειρικής ιατρικής αλλά και της ιατρικής των Ασκληπιείων και το «Ιπποκράτειο» βασικά χαρακτηριστικά του οποίου ήταν η παρατήρηση και η επιστήμη. Η μελέτη της εξελικτικής πορείας των πρώτων λαών της Γης, και ειδικά αυτών που διαμόρφωσαν την θρησκεία τους μέσω της Μυθολογίας, μας δείχνει την προσπάθεια των λαών αυτών για ταύτιση της Θρησκείας με την Ιατρική. Οι περισσότεροι από τους πρώτους λαούς απαξίωσαν την ιατρική στην κατώτατη βαθμίδα και ενδιαφερόταν για αυτήν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να είναι ωφέλιμη για την ανθρωπότητα. Η νοσηλευτική φροντίδα παρεχόταν:

- Εν οίκω στα στενά πλαίσια της οικογένειας,
- Εν καιρώ πολέμου στα πεδία των μαχών από απλούς πολίτες , οπλίτες, ευγενείς οι οποίοι κατείχαν γνώσεις της θεραπευτικής και της φροντίδας ασθενών και
- Σε πρώιμης μορφής οργανωμένα νοσοκομεία (θεραπευτήρια, Ασκληπιεία, ιατρεία, ιερούς ναούς) άλλοτε αμισθί ,άλλοτε υπό την μορφή «αναθημάτων». Η θεραπευτική των αρχαίων Ελλήνων εξελίχθηκε σε τρείς ιστορικές περιόδους:
  - Προϊπποκρατική περίοδο (3000 π.Χ.- 5ο αιώνα π. Χ.)
  - Ιπποκρατική (5ος- 3ος πΧ.) συμπίπτει με το απόγειο του Ελληνικού Πολιτισμού
- Αλεξανδρινή ή Ελληνιστική (3ος π Χ. αιών.). συμπίπτει με το αποκορύφωμα του Ελληνικού Πολιτισμού της Τροίας.

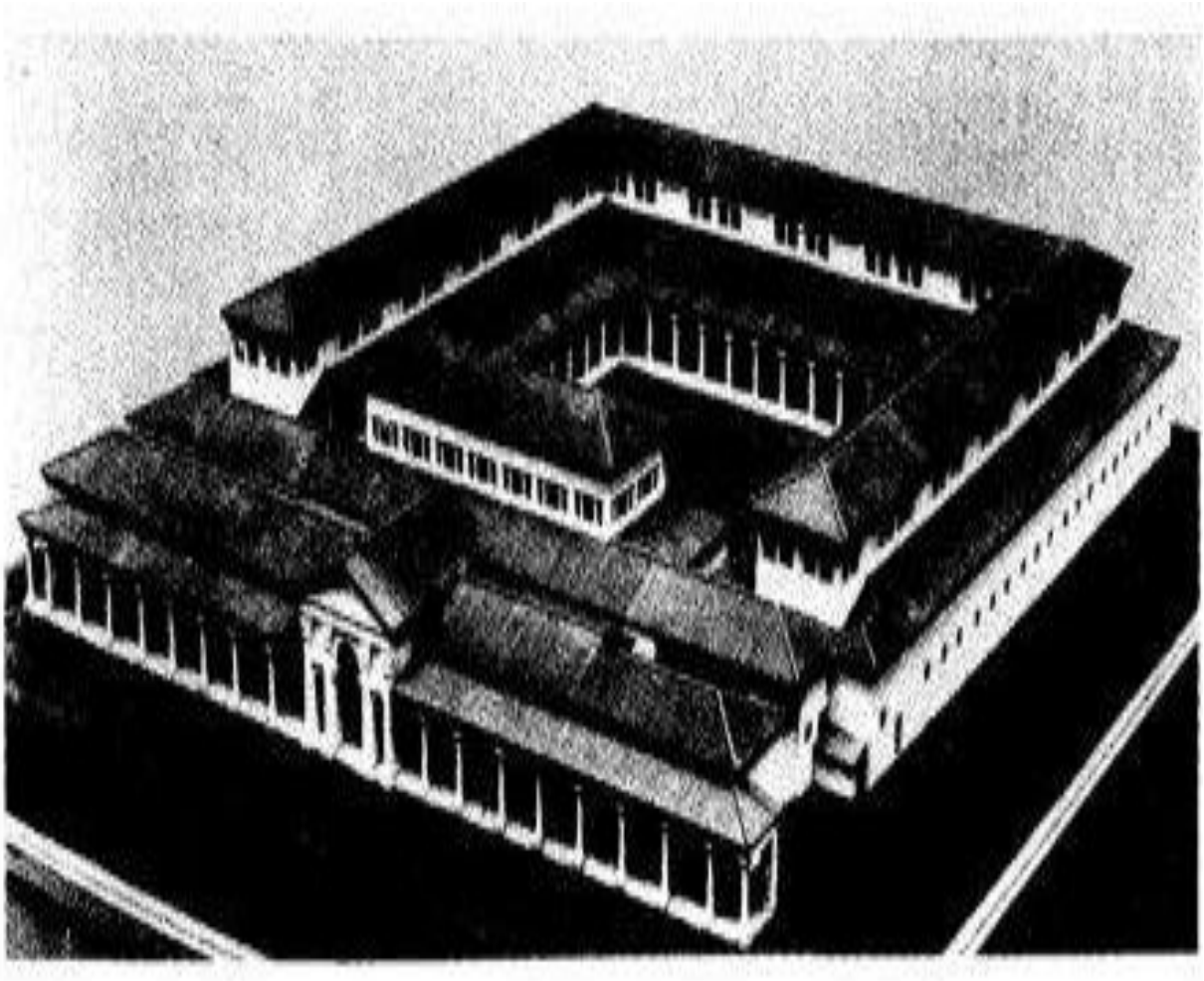
Η αρχαία Ελλάδα γέννησε δύο πολύ μεγάλες προσωπικότητες στο χώρο της ιατρικής τον Ασκληπιό και τον Ιπποκράτη όπου η προσφορά τους μνημονεύεται παγκόσμια [12].

Αρχαία Ρώμη

Και στη Ρώμη όπως και στους αρχαίους Ανατολικούς λαούς, οι δεισιδαιμονίες, οι προλήψεις, οι μαγεία, καθώς και η θεϊκή προέλευση και ίαση ασθενειών, ήταν διαδεδομένες. Ο τομέας της οδοντιατρικής γνώρισε ιδιαίτερη ανάπτυξη. Οι αρχαίοι Ρωμαίοι ασχολούνταν

περισσότερο με τις κατακτήσεις παρά με τις επιστήμες και ιδιαίτερα αυτή της ιατρικής καθώς έβαζαν τους δούλους τους να ασχολούνται μ' αυτήν γιατί δεν την θεωρούσαν σημαντική[12].

Αρχικά οι πληγωμένοι και οι άρρωστοι νοσηλεύονταν σε σπίτια πλούσιων και ευγενών. Κατά την περίοδο της ρωμαϊκής επέκτασης κτιστήκαν και τα πρώτα στερεωτικά νοσοκομεία, τα οποία ονομάζονταν <<Valetudinaria>>, για τους στρατιώτες που πολεμούσαν στα σύνορα της αυτοκρατορίας. Έχουν ανασκαφεί περίπου είκοσι πέντε κατάλοιπα τέτοιων νοσοκομείων σε φρούρια του ρωμαϊκού στρατού σε περιοχές από την Σκωτία μέχρι την Παλαιστίνη.



ΕΙΚΟΝΑ1 Αρχαίο ρωμαίικο σπαρτιάτικο νοσοκομείο

Νοσηλευτική στην Χριστιανική περίοδο

Διακόνισσες

Λόγω των μηνυμάτων της αγάπης που έφερε ο Χριστιανισμός βοήθησε στην δημιουργία και τη υλοποίηση ως ιδέες την φιλανθρωπίας και την φιλαλληλίας. Σε αυτό το κλίμα προστέθηκε η σημαντική δράση των Διακονισσών οι οποίοι μεταξύ των καθηκόντων

τους είχαν και την εκπαίδευση ορφανών, τη επίσκεψη σε φυλακισμένους και την περίθαλψη αρρώστων. Η πρώτη διακόνισσα η οποία τόσο από Έλληνες όσο και από ξένους συγγραφείς χαρακτηρίζεται ως η πρώτη επισκέπτρια αδελφή, είναι η Φοίβη για την οποία ο Απόστολος Παύλος σε επιστολή του λέει πως έχει διακριθεί σε όλα της τα καθήκοντα και έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα με την φροντίδα ασθενών. Παρόλο που στη Ρωμαϊκή εκκλησία δεν υπάρχουν αρκετές ιστορικές αναφορές για Διακόνισσες αξίζει να σημειωθεί η προσφορά γυναικών ανωτέρων τάξεων που αφιέρωσαν τη ζωή τους στη περίθαλψη αρρώστων. Αυτές ήταν: η Φαβιόλα η οποία μάζευε ασθενείς με βαριές και ανίατες αρρώστιες από τους δρόμους και τους περιέθαλπε στο σπίτι της, η Μαρκέλλαη οποία μετέτρεψε το σπίτι της σε κοινοβιακό μοναστήρι, και η Πάουλα η οποία μαθήτεψε δίπλα στη Μαρκέλλα και ίδρυσε πολλά ιδρύματα για περίθαλψη και νοσηλεία ασθενών. Οι Διακόνισσες και λαϊκές χριστιανές των 4^{ου} και 5ουαιώνα πλην εξαιρέσεων, έχουν ασαφή προέλευση. Στα βιβλία των Αποστόλων περιγράφονται ότι είναι χήρες, ή είναι κάποιες που παντρεύτηκαν μόνο μια φορά, ή παρθένες άψογης διαγωγής. Οι χήρες πρέπει να ήταν εύπορες γιατί βοηθούσαν οικονομικά την εκκλησία[12].

Βυζάντιο

Στη βυζαντινή χριστιανική περίοδο παρατηρείται ανάπτυξη των συστημάτων περίθαλψης πάνω στις βάσεις της χριστιανικής θεωρίας. Τιμάται πολύ το ιατρικό και νοσηλευτικό επάγγελμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι γυναίκες ασκούσαν ιατρική. Ύπαρξη όμως νοσοκόμων τόσο από τις τάξεις των μοναχών όσο και των λαϊκών διατηρήθηκε έως και την πτώση του Βυζαντίου μέχρι τον 15οαιώνα[12].

Μεσαίωνας

Η νοσηλευτική πέρασε από πολλές και διάφορες φάσεις μέσα από τις περιόδους που έγιναν ορόσημο στην ιστορία. Στη διάρκεια του Μεσαίωνα η νοσηλευτική υπηρεσία καλύφθηκε από γυναίκες μοναχές αλλά και λαϊκές, αξιόλογη όμως ήταν και η συνεισφορά των ανδρών νοσοκόμων. Παράλληλα τη συγκεκριμένη περίοδο ιδρύθηκαν πολλά νοσοκομεία και ένα από τα αρχαιότερα το «HotelDieu» στη Λυών. Στη Γαλλία η Αυγουστινιανές μοναχές, νοσηλεύτριες, γνωστές και ως Αδελφές του Ελέους έχουν πολύ έντονη δράση καθώς φροντίζουν, νοσηλεύουν, περιποιούνται αδιακρίτως πάρα πολύ κόσμο. Επίσης είχαν το χρέος της ταφής όσων πέθαιναν στο νοσοκομείο. Εξυπηρετούσαν τα νοσοκομεία σε περίπου 20 περιφέρειες στη Γαλλία[12].

Κατά την περίοδο των σταυροφοριών υπό μορφή προσκυνήματος είχαν ξεκινήσει ήδη από τον 4οαιώνα. Τα ταξίδια αυτά στην αρχή ήταν ατομικά και στη συνέχεια άρχισαν να οργανώνονται μαζικά. Ένα μεγάλο γεγονός όμως έρχεται να ταράξει τα νερά στην ιστορία.

Τέλη του 11ου αιώνα οι Σελτζούκοι Τούρκοι καταλαμβάνουν την Ιερουσαλήμ και ο πάπας Ουρβανός ο Β' καλεί κόσμο να γίνουν Σταυροφόροι για την ανακατάληψη των Αγίων Τόπων. Οι συνθήκες πολέμου και ο τεράστιος αριθμός των νεκρών έκαναν επιτακτική την ανάγκη για την ύπαρξη οργανωμένων μεθόδων νοσηλείας τόσο για τους τραυματισμένους όσο και για την ταφή των νεκρών. Αυτό είναι ένα γεγονός που σηματοδοτεί την ακμή των στρατιωτικών νοσηλευτικών ταγμάτων. Σημαντικότερα από αυτά είναι .

•Οι Ιωαννίτες: ήταν μια μοναστική αδελφότητα Βενεδικτίνων με έντονη δράση στη νοσηλεία αρρώστων, προσκυνητών, ψυχασθενών και χρόνιων ασθενών. Η αδελφότητα υπηρετούσε ένα ανδρικό και ένα γυναικείο μοναστήρι στην Ιερουσαλήμ τα οποία λειτουργούσαν ήδη από το 1050. Μετονομάστηκαν αργότερα σε Ιππότες της Μάλτας.

•Οι Ιππότες του Αγίου Λαζάρου: μια αδελφότητα που νοσήλευε λεπρούς και δημιούργησε τα γνωστά ως «Λαζαρέτα Απομονωτήρια». Έπαψε να υφίσταται το 1830. Αρχικά, τα μέλη ήταν μόνο νοσηλευτές αργότερα όμως προστέθηκαν πολεμιστές πολλοί εκ των οποίων είχαν προσβληθεί από λέπρα. Το Τάγμα των Ιπποτών του Αγίου Λαζάρου έπαψε να υφίσταται το 1830.

•Γερμανικό Τάγμα Ιπποτών: ιδρύθηκε το 1191 κατά την Τρίτη Σταυροφορία. Αποτελούνταν από: τους ιερείς, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για τα θρησκευτικά καθήκοντα των πολεμιστών, τους Ιππότες, οι οποίοι ήταν προετοιμασμένοι σε περίπτωση πολέμου ενώ σε περίπτωση ειρήνης φρόντιζαν ασθενείς, και τους νοσοκόμους οι οποίοι ασχολούνται με την περιποίηση των ασθενών. Αργότερα προστέθηκε στο Τάγμα και μια τέταρτη τάξη γυναικών που ονομάστηκαν Αδελφές Λαϊκές (όχι μοναχές).[17]

Μεταρρύθμιση-Διαφωτισμός-Αναγέννηση

Η περίοδος της Αναγέννησης κατά τη διάρκεια 15ου αιώνα, είναι μία περίοδος στην οποία είχαμε πολλές ανακαλύψεις και σημαντική προόδου σε επιστήμες όπως η ανατομία, η επιδημιολογία, η παιδιατρική και η φυσιολογία. Κατά την εποχή του Διαφωτισμού τον 18οαιώνα, η επιστημονική πρόοδος είχε άμεση επιρροή στην ιατρική και κατ' επέκταση στην ανθρωπότητα. Τότε ξεκινά μία περίοδος προληπτικής ιατρικής καθώς ασθένειες όπως η χολέρα, η ευλογιά, η φυματίωση, ο τύφος, η πανώλη κ.α. θερίζουν ολόκληρη την Ευρώπη. Παρόλη, όμως, την σπουδαία ανάπτυξη εκείνης της εποχής για την Νοσηλευτική ξεκινά μια δύσκολη περίοδος[17].

Το 1517, ο Μαρτίνος Λούθηρος με τη διακήρυξη που απέρριψε τον ευσεβιστικό εθελοντισμό, έδωσε τέλος στα νοσηλευτικά τάγματα και τα νοσηλευτήρια και άλλαξε τις νοσηλευτικές προοπτικές. Ωστόσο, κάποιες χώρες που είχαν επιμείνει στο καθολικό δόγμα

(όπως Ισπανία και Ιταλία)ασχολούνται με την νοσηλεία και οργανώνονται νοσηλευτικά τάγματα τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι:

- Το τάγμα του Καμίλλου της Λίλλης
- Το τάγμα του Ιωάννη του Θεού
- Το τάγμα των Ουρσουλινών
- Οι αδελφές του Ελέους

Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί και η προσφορά του Βικεντίου Παύλου, ο οποίος εκτός από τις αδελφές του Ελέους, ίδρυσε και το «Σώμα Ιεραποστόλων» αφιερωμένων στους απόρους και στους αρρώστους, τις «Κυρίες του Ελέους» που νοσήλευαν αρρώστους στο σπίτι τους. Και το «Τάγμα των Μικρών Αδελφών». Ο ίδιος είχε καταλάβει πως ο όρκος των μοναχών περιόριζε την δράση τους και αποφάσισε γι' αυτό να παραμείνουν ελεύθερες και να μην ασπαστούν τον μοναχικό βίο. Τέλος, το 1633 ιδρύει την πρώτη Σχολή Νοσοκόμων στον κόσμο[18].

Νοσηλευτική στην Τουρκοκρατία

Η ελληνική Νοσηλευτική είναι φυσικά λογικό πως δεν έμεινε ανεπηρέαστη από την παγκόσμια ανάπτυξη της Νοσηλευτικής και ακολούθησε ισάξια πορεία στο πέρασμα των χρόνων, με ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης, το 1453, η οργανωμένη Νοσηλευτική σταματά να αναπτύσσεται και αφήνεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Παρ όλα αυτά ιδιαίτερη ανάπτυξη γνωρίζουν τα, «νοσοκομεία- ξενώνες», με πρώτο το ελληνικό «νοσοκομείο-ξενώνας» στη Κωνσταντινούπολη το 1517 με ιδιωτική πρωτοβουλία(ρούσου,1991) Μέχρι το 18 ο αιώνα λειτουργούσαν τρία νοσηλευτήρια τα οποία ήταν αυτόνομα και ήταν: το Νοσοκομείο της Πανώλης, του Βαλουκλή, και των Γεμιτζίδων. Αυτά τα τρία ενώθηκαν αργότερα υπό την διοίκηση μιας κεντρικής επιτροπής και ονομάστηκαν «Εθνικά Φιλανθρωπικά Καταστήματα». Η κεντρική αυτή επιτροπή ήταν υπεύθυνη για την αναβάθμιση των νοσοκομείων και είχε σημαντική οικονομική ενίσχυση από δωρεές ευεργετών και ομογενών(κουρκούτα,2008) Στις αρχές του 20 ου αιώνα ιδρύθηκε και «Σχολή Νοσοκόμων» η οποία σαν σύστημα εργασίας είχε νέες εργαζόμενες οι οποίες ενώ δουλεύανε, παρακολουθούσαν μαθήματα νοσηλευτικής από τους γιατρούς. Αυτό το σύστημα βοήθησε πολλά ορφανά κορίτσια τα οποία και είχαν εκπαιδευτεί, αλλά και ασκούσαν την τέχνη της νοσηλευτικής. Όμως αν και υπάρχει αυτή η αναβάθμιση στα νοσοκομεία και γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στους φαρμακοποιούς και στους γιατρούς, για το νοσηλευτικό προσωπικό δεν υπάρχει ωστόσο σαφής διαχωρισμός μεταξύ αυτού και του υπηρετικού προσωπικού(κόκκινου,1972) Πολύ σημαντική ήταν και η ανάπτυξη στην Αθήνα τον 16 ο αιώνα καθώς αναφέρεται η ύπαρξη «ξενώνων- νοσοκομείων» που είχε ιδρύσει η μοναχή Φιλοθέη Μπενιζέλου καθώς και την μονή της Πεντέλης. Στο ίδρυμά της νοσηλεύονταν ασθενείς ανεξαρτήτου εθνικότητας όπως Ορθόδοξοι, Εβραίοι, Τούρκοι. Το έργο της είχε εξοργίσει τους Τούρκους οι οποίοι

την βασάνισαν και την παράτησαν ημιθανή (1588). Πέθανε στις 19 Φεβρουαρίου 1589 και αγιοποιήθηκε από την εκκλησία για το έργο της(κουρκούτα,2008) Γενικότερα σε ολόκληρη την Ελλάδα αυτή την περίοδο σημειώνεται έντονη ανάπτυξη στην ίδρυση Νοσοκομείων και φιλανθρωπικών ιδρυμάτων σημαντικότερα εκ των οποίων είναι: το «Μπικούρ Χολίμ» που ιδρύθηκε από τους Εβραίους οι οποίοι αργότερα ίδρυσαν και το νοσοκομείο Χίρς (σήμερα είναι το κεντρικό κτήριο του Ιπποκράτειου), το δημοτικό νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος» που ιδρύθηκε από την Μουσουλμανική Κοινότητα.

Florence Nightingale

Η Florence Nightingale είναι αρκετά δημοφιλής για τη συνεισφορά της κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου. Η βασική εστίασή της πάνω σε αυτή τη συνεισφορά, ξεκίνησε με τις αναφορές που έφταναν στη Βρετανία για τη φρικιαστική κατάστασ που βρίσκονταν οι τραυματισμένοι. Στις 21 Οκτωβρίου 1854, αυτή και ένα πλήρωμα από 38 εθελόντριες νοσοκόμες, εκπαιδευμένες από τη Νάιτινγκεϊλ και συμπεριλαμβάνοντας και την θεία της Mai Smith, στάλθηκαν (κατά τη διάρκεια της κυβέρνησης το Sidney Herbert) στη Τουρκία, γύρω στα 545 χλμ κατά μήκος της Μαύρης Θάλασσας, από το Μπαλακλαβά μέχρι τη Κριμαία, όπου ήταν η βάση του Βρετανικού στρατού (Ζηρογιάννης,1994). Η Νάιτινγκεϊλ έφτασε νωρίς το Νοέμβριο του 1854 στο Σελιμιγιέ Μπαρράκς στο Σκουτάρι (το σημερινό Üsküdar στη Κωνσταντινούπολη)

Αυτή και οι νοσοκόμες της, βρήκαν πληγωμένους στρατιώτες να είναι σε άσχημη κατάσταση και χωρίς να έχουν εκλάβει τη κατάλληλη φροντίδα. Τα φάρμακα ήταν πολύ λίγα, η υγιεινή δεν υπήρχε, και οι μαζικές μολύνσεις ήταν κάτι το συνηθισμένο, ενώ πολλές από αυτές ήταν και θανατηφόρες. Επιπλέον, δεν υπήρχε καθόλου εξοπλισμός για να παρασκευαστεί φαγητό για τους ασθενείς[17].

Τα ποσοστά θανάτων δεν έπεσαν, αντίθετα, άρχισαν να αυξάνονται. Ο αριθμός τω θανάτων ήταν ο μεγαλύτερος από όλα τ νοσοκομεία της περιοχής. Κατά τη διάρκεια του πρώτου της χειμώνα στο Σκουτάρι, 4.077 στρατιώτες πέθαναν εκεί. Δεκαπλάσιος αριθμός στρατιωτών πέθανε από αρρώστιες όπως τύφος, χολέρα και δυσεντερία παρά από πληγές που δημιουργήθηκαν στη μάχη. Οι συνθήκες στα τότε νοσοκομεία ήταν τόσο θανάσιμες για τους ασθενείς λόγω της πληθώρας τραυματιών και της έλλειψης αερισμού των χώρων[12].

Κατά την διάρκεια που ήταν στην Κριμαία, στις 29 Νοεμβρίου 1855, πραγματοποιήθηκε μια δημόσια συνάντηση για να αναγνωριστεί η Florence Nightingale για την εργασία της στον πόλεμο. Αυτό οδήγησε στην ίδρυση του Ταμείου Nightingale για την εκπαίδευση των νοσοκόμων. Η Sidney Herbert υπηρέτησε ως επίτιμος γραμματέας του ταμείου, ενώ ο δούκας του Cambridge ως πρόεδρος. Η Nightingale θεωρήθηκε πρωτοπόρος

στην έννοια του ιατρικού τουρισμού, καθώς, με βάση τις επιστολές της από το 1856 όπου και έγραψε για τα ιαματικά λουτρά στην Οθωμανική Αυτοκρατορία. Εκεί περιγράφει λεπτομερώς τις προϋποθέσεις για την υγεία, τις φυσικές περιγραφές, διατροφικές πληροφορίες, και άλλα ζωτικής σημασίας στοιχεία των ασθενώ τους οποίους κατεύθυνε εκεί(όπου η θεραπεία ήταν σημαντικά λιγότερο δαπανηρή από ότι στην Ελβετία). Μπορεί να υποτεθεί ότι κατεύθυνε τους ασθενείς που διέθεταν πενιχρά μέσα στις διαθέσιμες θεραπείες[12].

Επιστρέφοντας στο Λονδίνο κύριο μέλημά της υπήρξε η βελτίωση των συνθηκών στα νοσοκομεία. Καρπός αυτών των προσπαθειών της, οι οποίες περιλάμβαναν αναρίθμητες επαφές με πολιτικούς παράγοντες, ακόμη και με τη Βασίλισσα Βικτωρία ήταν η σύσταση της Βασιλικής Επιτροπής για την Υγεία (1857) η οποία συνέβαλε στην ίδρυση της Στρατιωτικής Ιατρικής Σχολής[12].

Μέχρι το1859 η Nightingale είχε £ 45.000 στη διάθεσή της από το Ταμείο Nightingale για τη δημιουργία της Σχολής Εκπαίδευσης Nightingale στο νοσοκομείο StThomas στις 9 Ιουλίου 1860.Ονομάζεται πλέον η Florence Nightingale Σχολή Νοσηλευτικής και Μαιευτικής και αποτελεί μέρος του King College του Λονδίνου. Οι πρώτες εκπαιδευμένες νοσοκόμες άρχισαν τις εργασίες τουςστις 16 του Μαΐου του 1865 στο Θεραπευτήριο του Λίβερπουλ.[17]

Το πρώτο επίσημο πρόγραμμα κατάρτισης, η Σχολή Νοσοκόμων Nightingale, άνοιξε το 1860. Στόχος της σχολής ήταν να εκπαιδεύσει νοσοκόμες για να εργαστούν σε νοσοκομεία. Αυτό είχε ως σκοπό, οι μαθητές να νοιάζονται για τους ανθρώπους στα σπίτια τους, μια εκτίμηση που εξακολουθεί να βελτιώνεται σε φήμη και επαγγελματική ευκαιρία για τους νοσηλευτές σήμερα [16]. Διαρκής συνεισφορά της Florence Nightingale υπήρξε ο ρόλος της στην ίδρυση του σύγχρονου νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έχει δώσει το παράδειγμα της συμπόνιας, της δέσμευσης για την φροντίδα των ασθενών, και της επιμελούς και στοχαστικής διοίκησης του νοσοκομείου[12].

Η Nightingale έγραψε τις «Σημειώσεις Νοσηλευτικής», οι οποίες δημοσιεύθηκαν το Ήταν ένα λεπτό βιβλίο136 σελίδων, που υπηρέτησε ως τον ακρογωνιαίο λίθο του προγράμματος σπουδών στη Σχολή Nightingale και άλλες νοσηλευτικές σχολές, παρόλο που γράφτηκε ειδικά για την εκπαίδευση των ατόμων για νοσηλεία στο σπίτι. Η Nightingale έγραψε: «Κάθε μέρα η γνώση περί υγιεινής, ή η γνώση της νοσηλευτικής, ή με άλλα λόγια, του πώς να τεθεί ο οργανισμός σε τέτοια κατάσταση, ώστε να μην έχει καμία ασθένεια, ή να μπορεί να αναρρώσει μετά από μία ασθένεια, παίρνει όλο και υψηλότερη θέση. Είναι η γνώση που ο καθένας πρέπει να έχει -. διακριτή από ιατρικές γνώσεις, που μόνο ένα επάγγελμα μπορεί να έχει»(nightingale,1978). Οι «Σημειώσεις της Νοσηλευτικής» πωλήθηκαν ευρέως και στο ευρύ αναγνωστικό κοινό και θεωρείται μία κλασική εισαγωγή στη

νοσηλεία. Η Nightingale πέρασε το υπόλοιπο της ζωής της στην προώθηση της δημιουργίας και της ανάπτυξης του επαγγέλματος της νοσηλευτικής και την οργάνωση της στη σύγχρονη μορφή της. Η Nightingale ήταν ένας υπέρμαχος της βελτίωσης της φροντίδας και των όρων στα στρατιωτικά και πολιτικά νοσοκομεία στη Βρετανία. Μεταξύ των δημοφιλών βιβλίων της είναι τα: «Σημειώσεις για Νοσοκομεία», το οποίο ασχολείται με τη συσχέτιση των υγειονομικών τεχνικών σε ιατρικές εγκαταστάσεις, «Σημειώσεις Νοσηλευτικής», το οποίο ήταν το πιο αξιόλογο βιβλίο νοσηλείας της εποχής, «Σημειώσεις σχετικά με θέματα που αφορούν την Υγεία» και «Αποδοτικότητα και Διοίκηση Νοσοκομείου του Βρετανικού Στρατού»(Gordon,1980) Στη δεκαετία του 1870, η Nightingale έγινε μέντορας της Λίντα Ρίτσαρντς (Linda Richards), που έγινε γνωστή ως «Η πρώτη εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια της Αμερικής», και την ενθάρρυνε να επιστρέψει στις ΗΠΑ με την κατάλληλη κατάρτιση και τις γνώσεις για τη δημιουργία υψηλής ποιότητας νοσηλευτικών σχολών. Η Λίντα Ρίτσαρντς κατέληξε μία από τις μεγαλύτερες πρωτοπόρους της νοσηλευτικής στις ΗΠΑ και την Ιαπωνία . Απότο 1882, οι νοσοκόμες της Nightingale είχαν μια αυξανόμενη παρουσία και επιρροή στο εμβρυϊκό νοσηλευτικό επάγγελμα. Κάποιες έγιναν προϊσταμένες σε διάφορα κορυφαία νοσοκομεία στο Λονδίνο και σε όλη την Αγγλία(Robinson,1946) Το έργο της Σχολής της Νοσηλευτικής συνεχίζεται σήμερα ως «Σχολή Florence Nightingale της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής» στο King s College του Λονδίνου. Το κτίριο Nightingale στη Σχολή Νοσηλευτικής και Μαιευτικής στο Πανεπιστήμιο του Σαουθάμπτον, επίσης, πήρε το όνομά της. Η Διεθνής Ημέρα των Νοσηλευτών γιορτάζεται την ημέρα των γενεθλίων της κάθε χρόνο. Ακόμη, η Ιατρική Σχολή Agostino Gemelli στη Ρώμη, το πρώτο πανεπιστήμιο με βάση το νοσοκομείο στην Ιταλία και ένα από τα πλέον έγκυρα ιατρικά κέντρα του, τίμησε τη συμβολή της Nightingale για το επάγγελμα της νοσηλευτικής δίνοντας το όνομα "Florence στο προσκεφάλι" σε ένα ασύρματο σύστημα υπολογιστή που αναπτύχθηκε να βοηθήσει τη νοσηλευτική [17].



EIKONA2 Florence Nightingale

Τόσο η συνεισφορά όσο και η δράση της Nightingale είχαν τα εξής αποτελέσματα :

- Την αναγνώριση των πρωσικών αναγκών του ατόμου και του ρόλου του νοσηλευτή στην κάλυψη των αναγκών αυτών
- Την καθιέρωση προτύπων για τη διαχείριση του νοσοκομείου
- Την καθιέρωση μιας σεβαστής ενασχόλησης για τις γυναίκες
- Την καθιέρωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.
- Την αναγνώριση δύο στοιχείων της νοσηλευτικής –υγεία και ασθένεια.
- Την πίστη ότι η νοσηλευτική είναι ευδιάκριτη και διαφορετική από την ιατρική
- Την αναγνώριση της αξίας της διατροφής για την υγεία
- Την εγκαθίδρυση της οροθεραπείας και ψυχαγωγικής θεραπείας στους ασθενείς
- Την έμφαση της ανάγκης για συνεχιζόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών
- Την διατήρηση ακριβών αρχείων, που αναγνωρίζουν ως τη ως η αρχή της νοσηλευτικής έρευνας

Νοσηλευτική από τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο μέχρι σήμερα

Ο 2ο Παγκόσμιο πόλεμο είχε σημαντική επίδραση στη νοσηλευτική. Για πρώτη φόρα τόσο μεγάλος αριθμός γυναικών εργάζονταν εκτός σπιτιού, οι οποίες στην πορεία έγιναν πιο ανεξάρτητες. Αυτές οι αλλαγές στις γυναίκες και στην κοινωνία. Είχαν ως αποτέλεσμα να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση. Ο πόλεμος δημιούργησε την ανάγκη για περισσότερους νοσηλευτές επιπλέον είχε ως αποτέλεσμα μια έκρηξη γνώσεων στην ιατρική και την τεχνολογία που διεύρυνε το ρόλο των νοσηλευτών. Μετά το 2ο Παγκόσμιο πόλεμο οι προσπάθειες κατευθυνθήκαν προς την αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Οι νοσηλευτικές σχόλες πλέον βασίζονται σε εκπαιδευτικούς στόχους και όλο και περισσότερο αναπτύσσονται σε πανεπιστήμια παρέχοντας πτυχία νοσηλευτικής τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες

Τη δεκαετία του ’50, η νοσηλευτική επεκτάθηκε σε όλες τις περιοχές με την κλινική άσκηση σε διάφορους χώρους παροχής φροντίδα υγειάς, την ανάπτυξη ειδικού σώματος νοσηλευτικής γνώση, τη διεξαγωγή και δημοσίευση νοσηλευτικών στην προαγωγή της υγείας. Η μεγάλη έμφαση η οποία δόθηκε στη σπουδαιότητα της νοσηλευτικής γνώσης ως βάση για της νοσηλευτικής άσκησης, οδήγησε στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και ως επιστήμη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη σύγχρονη εποχή είναι στην επιτέλεση εργασιών, στην συμβουλευτική και την ανάπτυξη, στην υποστήριξη των εργαζομένων και των ενεργειών τους, στην εποπτεία των διαδικασιών, της απόδοσης και των στόχων, αι η αναγκαιότητα της νοσηλευτικής ηγεσίας στη διαμόρφωση και διαχείριση εφαρμογής νέων προγραμμάτων και συστημάτων αναπροσανατολισμού, θεωρείται πρωταρχικής σημασίας. Η γνώση των ευθυνών πρέπει να αποτελούν, για όσους θέλουν να αναγνωρίσουν το έργο του νοσηλευτή, απαίτηση από την κοινωνία. Οι νοσηλευτές, διακατέχονται με προσωπική ευθύνη απέναντι στους ανθρώπους που εξυπηρετούν, αλλά και της κοινωνίας και πολιτείας ολόκληρης, η οποία με τη σειρά της πρέπει να αναλάβει και τις υποχρεώσεις έναντι του νοσηλευτικού επαγγέλματος, αφού παράλληλα εντάσσεται σε ένα διεπιστημονικό, συστημικό κλάδο με πολύπλευρες και πολυδιάστατες μορφές άσκησης σε μία δια βίου προσπάθεια άσκησης ισορροπιών[11].

Νοσηλευτική στην σύγχρονη Ελλάδα

Μετά την επανάσταση του 1821 η Νοσηλευτική ακολουθεί την πορεία της Ιατρικής και Υγιεινής, όπως ακριβώς παρασχέθηκε διαδοχικά από το γείτονα, τον ιερέα, τις διακόνισσες και μοναχές, χριστιανές κυρίες ανώτερης κοινωνικής τάξης, και, τέλος, από εκ-παιδευμένες νοσηλεύτριες[19]. Έτσι υπάρχει αντικατάσταση των ταγμάτων μοναχών από τις

νοσηλεύτριες και η καθιέρωση του θεσμού της επισκέπτριας υγείας στην Ευρώπη, αυτά χρονολογούνται το 19ο αιώνα και συμπίπτουν με την περίοδο των μεγάλων μικροβιολογικών και ανοσολογικών ανακαλύψεων, την οργάνωση της δημόσιας υγείας, την άνθιση της Κλινικής Ιατρικής και την οργάνωση των σύγχρονου τύπου νοσοκομείων. Στην Ελλάδα, τον αιώνα αυτό δημιουργείται το νέο Ελληνικό Κράτος, που συγκροτεί τις υπηρεσίες υγείας με πρωταρχικό σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών αναπαραγωγής του πληθυσμού. Έτσι, το 1835 δημιουργούνται τα μαιευτικά σχολεία και προσδιορίζεται ο επαγγελματικός ρόλος των μαιών[20]. Οι πολεμικές επιχειρήσεις της εποχής καθιστούν αναγκαία και την εκπαίδευση νοσηλευτών. Το 1875, μόλις 9 έτη από την ίδρυση της πρώτης σχολής νοσοκόμων από τη F. Nightinghale, δημιουργείται το «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο», που το 1881 οδηγεί στην ίδρυση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», προσανατολισμένου στην εκπαίδευση νοσοκόμων[21]. Το 1898, ιδρύθηκε η «Αστυκλινική», στην οποία φαρμακοποιοί εκτελούσαν συνταγές απόρων ασθενών. Η ίδρυση του «Θεραπευτηρίου» από τους Φράγκους που λειτουργεί σήμερα ως «Νομαρχιακό Νοσοκομείο Άγιος Παύλος» ήταν δημιούργημα του τάγματος των «Αδελφών του Ελέους» και παρείχε δωρεάν φάρμακα και περίθαλψη ανεξαρτήτως εθνικότητας (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 1996). Η σημαντικότερη περίοδος της υγειονομικής ανάπτυξης κατά τον 20ό αιώνα συμπίπτει με τη διακυβέρνηση της χώρας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909−1932). Τότε δημιουργήθηκαν τα «Εθνικά Νοσοκομεία» και τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το 1917 δημιουργείται το Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημοσίας Αντιλήψεως και το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως και ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή. Το 1914 ιδρύεται η Σχολή Αδελφών Διπλωματούχων Νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1923 ιδρύθηκε η πρώτη επαγγελματική οργάνωση νοσηλευτριών, ο ΕΣΔΕΝ, που σήμερα ονομάζεται ΕΣΝΕ. Το 1929 δημιουργείται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και το 1930 η Σχολή Επισκεπτριών Υγιεινής[22].

Αργότερα, κατά τη διάρκεια της δικτατορίας του Μεταξά, στη θέση της Σχολής Επισκεπτριών Υγιεινής ιδρύθηκε η Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων (ΑΣΕΑΝ) προβλέπει την ίδρυση νοσηλευτικών σχολών στα νοσοκομεία. Η ανάπτυξη των υγειονομικών υποδομών της χώρας κατά την προ του Β΄ παγκοσμίου πολέμου περίοδο και η συστηματική προσπάθεια προληπτικής αντιμετώπισης της μάστιγας της ελονοσίας και των λοιπών λοιμωδών νοσημάτων, που αποτελούσαν τις βασικές αιτίες θνησιμότητας, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευμένων επαγγελματιών νοσηλευτών για την περίθαλψη αλλά και για την πρόληψη. Έτσι, δημιουργούνται δύο διακριτές επαγγελματικές ιδιότητες, αυτή της

επισκέπτριας υγείας, με αντικείμενο κατά βάση την πρόληψη, και του νοσηλευτή, με αντικείμενο την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας[22].

Ο επόμενος μεγάλος σταθμός είναι η μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο ανοικοδόμηση του σύγχρονου Κράτους. Η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας την εποχή αυτή διέπεται από προνοιακό πνεύμα. Η Νοσηλευτική ως λειτούργημα αναδείχτηκε ιδιαίτερα από τον πόλεμο, λόγω της συμμετοχής των εθελοντριών στην περίθαλψη των τραυματιών. Ωστόσο, άρχισε η ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομειακών υποδομών στην Αθήνα και σχεδόν σε κάθε νομό της Ελλάδας. Το ΝΔ 683/1948 αποτελεί βασικό νομοθέτημα για την επαγγελματική κατοχύρωση των νοσηλευτών, αφού προσδιορίζει ότι για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρήση του τίτλου της διπλωματούχου νοσοκόμου απαιτείται πτυχίο από αναγνωρισμένη σχολή του Κράτους και άδεια άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας[22].

Μέτα τον πόλεμο ιδρύονται νέα κρατικά νοσοκομεία σε πολλές περιοχές της χώρας. Με το νόμο 683/1948 ιδρύονται οι σχολές «Βοηθών νοσοκόμων μονοετούς φοίτησης» σε διάφορα νοσοκομεία. Το 1949 ιδρύεται σχολή βοηθών νοσοκόμων στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών, το 1955 η σχολή ΠΙΚΠΑ στο Παιδιατρικό Νοσοκομείο Πεντέλης και το 1953 το νυχτερινό φροντιστήριο «Η πρόοδος Πειραιώς», από το οποίο προήλθε η νυχτερινή σχολή του Τζανείου Νοσοκομείου. Κατά τη δεκαετία 1960–1970 ιδρύονται και άλλες σχολές σε Αθήνα (Ασκληπιείο Βούλας, 1966, 1969), Θεσσαλονίκη (ΚΑΤ/ΑΧΕΠΑ, 1968) και πολλές επαρχιακές πόλεις, όπως στο Ηράκλειο (Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, 1964), στις Σέρρες (1965), στο Αγρίνιο (1960), στο Κιλκίς (1969), στην Καλαμάτα (1963), στην Τρίπολη, στην Κοζάνη κ.λπ. Από το 1946 λειτουργεί η σχολή αξιωματικών αδελφών νοσοκόμων, ενώ από το 1931 έχει καταστεί τριετής η φοίτηση στη σχολή του Ευαγγελισμού. Οι μονοετείς σχολές των Νοσοκομείων Παίδων (Αγία Σοφία και Αγλαΐα Κυριακού) και του Λαϊκού Νοσοκομείου (Βασιλεύς Παύλος) μετατρέπονται σε τριετούς φοίτησης, ενώ το 1969 ιδρύεται σχολή τριετούς φοίτησης στο Νοσηλευτικό Ίδρυμα Κληρικών Ελλάδος, στο νοσοκομείο Παμμακάριστος και στο Γενικό Κρατικό Αθηνών. Επίσης, λειτουργούν τρεις σχολές Μαιευτικής τριετούς φοίτησης, δύο στην Αθήνα (Αλεξάνδρα και Μαρίκα Ηλιάδη) και μία στη Θεσσαλονίκη, τέσσερις σχολές Νοσηλευτικής και δύο Μαιευτικής στα ΚΑΤΕΕ[22].

Σύμφωνα με το νόμο ΝΔ 781/70[10] προβλέπεται η ειδίκευση νοσοκόμων στους εξής κλάδους: Παθολογική Νοσηλευτική, Χειρουργική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική ειδικών μονάδων. Σύμφωνα με το νόμο ΝΔ 184/79[11] προβλέπει την ίδρυση του πρώτου Τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Διαπιστώνει δηλαδή κανείς ότι μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο και με την οικονομική ανάπτυξη της χώρας πολλαπλασιάζονται οι μονάδες

περίθαλψης, καλύπτοντας πλέον όλη την Ελλάδα. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών βρισκόταν τότε κατά βάση στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας, σε αντίθεση με την εκπαίδευση των υπολοίπων επαγγελμάτων, την ευθύνη των οποίων είχε το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας. Τα τμήματα των παραπάνω σχολών παραϊατρικών επαγγελματιών των ΚΑΤΕΕ, που λειτουργούσαν σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης σε όλες τις σχολές 3 ετών φοίτησης προσδιορίζεται με το ΒΔ 141/1970. Μετά την ίδρυση των ΤΕΙ και ειδικότερα μετά το 1983, όλες οι σχολές τριετούς φοίτησης καταργούνται και η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχεται από τις σχολές Νοσηλευτικής των ΤΕΙ[22].

Κατά την αρχή της δεκαετίας του 1980 προωθείται στην Ελλάδα η σημαντικότερη μεταπολεμικά μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση στοχεύει στη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, δηλαδή στη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση αυτή εισάγεται με το νόμο 1397/83.[13] Το άρθρο 1 του νόμου αυτού προχωρά πέρα από την επιταγή του Συντάγματος του 1975 (άρθρο 21),[14] σύμφωνα με την οποία το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών, και προβλέπει ότι το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 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[8]. Σημαντικό σημείο του νόμου είναι σαφώς η διάκριση των διοικητικών δομών και ιδιαίτερα η διάκριση της νοσηλευτικής από την ιατρική υπηρεσία συνιστά ουσιαστική θεσμική παρέμβαση, αφού πλέον οι νοσηλευτές αποκτούν διοικητική αυτοτέλεια[23].

Ακόμα σημαντική είναι η πρόβλεψη πως τα κέντρα υγείας δεν περιορίζονται στην παροχή θεραπευτικών ιατρικών υπηρεσιών, αλλά καλύπτουν και ανάγκες εξωνοσοκομειακής νοσηλείας, σχολικής υγιεινής, οικογενειακού προγραμματισμού, υγειονομικής ενημέρωσης και πρόληψης, καθώς και κοινωνικής φροντίδας. Έτσι, τα κέντρα υγείας, ως μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναδεικνύονται ως ο προνομιακός τόπος άσκησης της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Προκύπτει δηλαδή έμμεσα η διάκριση της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σαφή προσανατολισμό την πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, και σε δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα, δηλαδή στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Γίνεται, επομένως, διάκριση δύο βασικών κατηγοριών ειδικοτήτων Νοσηλευτικής, της Κοινοτικής και της Νοσοκομειακής Νοσηλευτικής[23].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} : Νοσηλευτική στελέχωση

Η Αμερικανική Ομοσπονδία Νοσηλευτών (1995) ορίζει την εγγυημένη στελέχωση, ως «έναν ικανό αριθμό προσωπικού, με κατάλληλο συνδυασμό επιπέδου ικανοτήτων, διαθέσιμο όλες τις ώρες, ώστε να διασφαλίσει ότι οι ανάγκες στα πλαίσια της φροντίδας του ασθενούς αντιμετωπίζονται και ότι διατηρούνται εργασιακές συνθήκες χωρίς επικείμενους κινδύνους». Η επιλογή και η σύνθεση του προσωπικού σε ένα νοσηλευτικό τμήμα, θα πρέπει να έχει ως στόχο την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, την ικανοποίηση των ασθενών, την ικανοποίησή του προσωπικού και τέλος την αποτελεσματική απόδοση του[40].

Η οργάνωση και η στελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών των μονάδων υγείας, έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πλήθος ερευνητών λόγω των πολλαπλών επιδράσεων που επιφέρει:

- Ασφάλεια
- Παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή αλλά και
- επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία

Η στελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχει γίνει αντικείμενο μελέτης από πλήθος ερευνητών, λόγω των πολλαπλών επιδράσεων που επιφέρει στην ασφάλεια, την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή αλλά και την επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία. Αυτό που προσθέτει το παρόν άρθρο στη νοσηλευτική επιστήμη είναι η σύνθεση της βιβλιογραφίας για τις επιπτώσεις της νοσηλευτικής υποστελέχωσης στο προσωπικό, τους ασθενείς και τους οργανικούς, η επικέντρωση στα μμέτρα που λαμβάνονται από τη διεθνή νοσηλευτική κοινότητα για την επίλυση του προβλήματος καθώς και η προώθηση της ανάγκης για θεσμοθέτηση ασφαλών αναλογιών νοσηλευτών ανά ασθενή[43.]

Σύμφωνα και με τον Σύνδεσμο Νοσηλευτών Βόρειας Καρολίνας (2005), η εγγυημένη στελέχωση απεικονίζει, τόσο τη διατήρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας ,όσο και τον εργασιακό βίο των νοσηλευτών και τις οργανωτικές εκβάσεις. Οι ασφαλείς πρακτικές στελέχωσης ενσωματώνουν την πολυπλοκότητα των δραστηριοτήτων και την ένταση των νοσηλευτών: ποικίλα επίπεδα προετοιμασίας των νοσηλευτών, ικανότητα και εμπειρία, ανάπτυξη του υγειονομικού προσωπικού, υποστήριξη της διαχείρισης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό και εκτελεστικό επίπεδο, πλαίσιο και τεχνολογικό περιβάλλον της υποστήριξης, διαθέσιμες υπηρεσίες υποστήριξης (International Council of Nurses,2006). Η στελέχωση συνδέεται με τον αριθμό και το είδος του προσωπικού που απαιτείται για την παροχή φροντίδας στον ασθενή αλλά πρέπει πάντα να συσχετίζεται και με μεταβλητές, όπως ο

φόρτος εργασίας, το εργασιακό περιβάλλον, η αποδοτικότητα, η αποτελεσματικότητα των δαπανών, η πολυπλοκότητα του ασθενούς και το επίπεδο ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού για το σωστό καθορισμό των πραγματικών αναγκών κάθε νοσηλευτικής μονάδας[24].

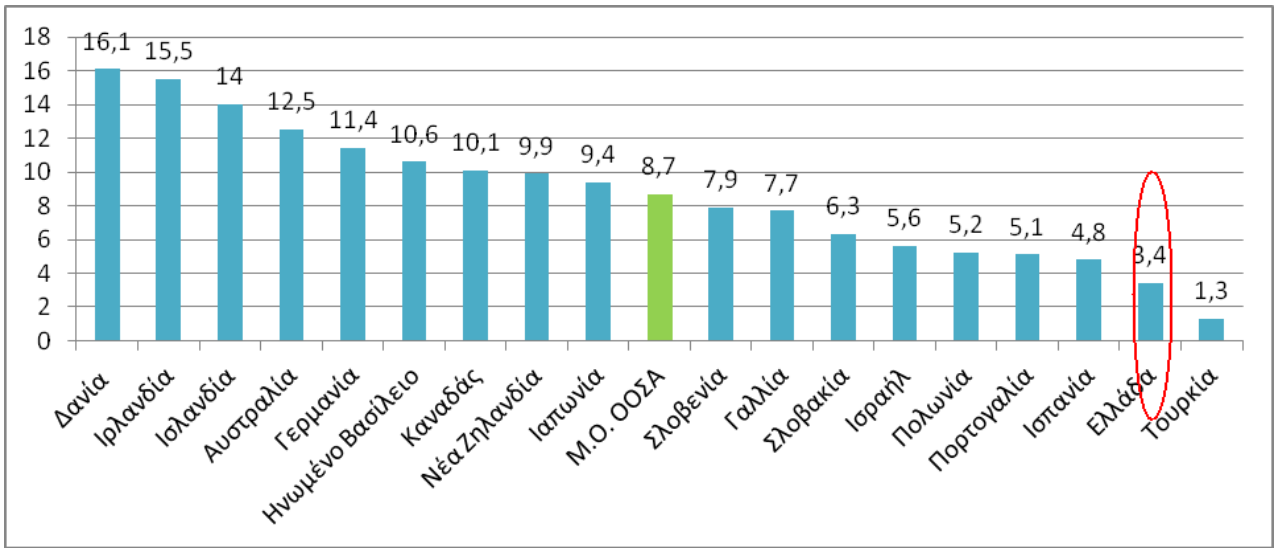
Η στελέχωση περιλαμβάνει την επιλογή προσωπικού καθώς και την τοποθέτηση και διατήρηση του στις προβλεπόμενες θέσεις που προσδιορίστηκαν από την οργάνωση. Συγκεκριμένα προσδιορίζει το είδος και τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού, που απαιτείται για να παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα προκαθορισμένων προτύπων, σε μια ομάδα ασθενών, μέσα σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον. Για την επιτυχημένη λειτουργία ενός νοσηλευτικού τμήματος θα πρέπει να υπάρχει Διασφάλιση Ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η Διασφάλιση Ποιότητας είναι ένα σύστημα διαχείρισης που εστιάζει κυρίως στις κλινικές πλευρές της φροντίδας υγείας και στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας και σχεδιάζεται για να διαβεβαιώσει τους ασθενείς ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αγγίζουν το επιθυμητό όριο ποιότητας.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών προτείνει 4 ασθενείς ανά 1 νοσηλευτή/ τρια και τονίζει ότι αυξάνοντας το φόρτο εργασίας σε 6, αυξάνεται και η πιθανότητα των ασθενών κατά 14% να πεθαίνουν μέσα σε 30 ήμερες από την εισαγωγή τους . Σε μελέτη που διενεργήθηκε στις Ηνωμένες πολιτείες το 2010 εξετάστηκαν τα ποσοστά της θνησιμότητας σε ασθενείς, σε αναλογία με τον αριθμό των νοσηλευτών ανά ασθενή. Συγκεκριμένα αναφέρεται αύξηση 7% της θνησιμότητας για κάθε επιπλέον ασθενή που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής. Επίσης μια αύξηση της τάξεως του 0,25 νοσηλευτών ανά ήμερα νοσηλείας συνδέεται με μείωση 20% της θνησιμότητας για διάστημα 30 ημερών. Σε Καναδική μελέτη ατυχών συμβάντων αναφέρεται ένα ποσοστό επίπτωσης 7,5% για δυσμενή γεγονότα, ενώ σε σύνολο περίπου 2,5 εκατομμυρίων εισαγωγών σε νοσοκομεία του Καναδά, περίπου 185.000 συνδέονται με ατυχή περιστατικά εκ των οποίων τα 70.000 (38%) θα μπορούσαν να προληφθούν

Πίνακας 3. Ασφαλείς αναλογίες νοσηλευτών ανά ασθενή και βάρδια στην Καλιφόρνια (CNA, 2008).	
Χειρουργείο	1:1
Μονάδα τραυμάτων	1:1
Αναισθησιολογικό τμήμα ανάνηψης	1:2
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων	1:2
Παιδιατρικό τμήμα	1:4
Τμήμα Επειγόντων	1:4
Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας	1:4
Παθολογικό τμήμα	1:5
Χειρουργικό τμήμα	1:5
Ψυχιατρικό τμήμα	1:6
Μαιευτική κλινική	1:6

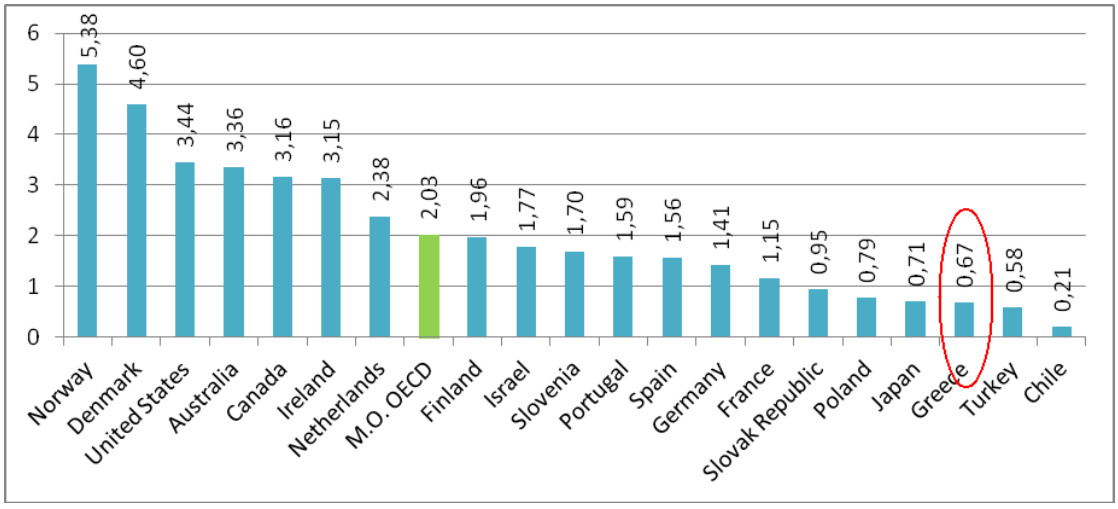
Νοσηλευτική στελέχωση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το μέγεθος και η σύνθεση του ανθρωπίνου δυναμικού καθιερώθηκε μετά την εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Νομοθετική ρύθμιση που να επιβάλει συγκεκριμένα ποσοστά στελέχωσης στα δημόσια νοσοκομεία, δεν υπάρχει. Για την στελέχωση των ιδιωτικών κλινικών υπάρχει το Π.Δ. 517/1991, το οποίο επιβάλει την απαραίτητη σύνθεση σε νοσηλευτικό προσωπικό. Μία από τις ιδιομορφίες του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, είναι η συντριπτική υπεροχή του ιατρικού προσωπικού έναντι του νοσηλευτικού, όπως προκύπτει από τη δημογραφική τους εξέλιξη. Αυτό έχει ως συνέπεια το νοσηλευτικό προσωπικό στη χώρα, να υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών και ευρωπαϊκών τάσεων στις επιμέρους συγκρίσεις. Όπως διαφαίνεται στον παρακάτω πίνακα, από το 1990 έως το 2009 ο ρυθμός αύξησης του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζεται μεσοσταθμικά σταθερός εν αντιθέσει του αντίστοιχου ρυθμού των ιατρών, ο οποίος βαίνει σταθερά αυξανόμενος. Κατ' επέκταση είναι λογικό ο λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό να υπολογίζεται εμφανώς δυσανάλογος, καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2009. Αναλυτικότερα, ο λόγος νοσηλευτές ανά ιατρό υπολογίζεται στους 0,61 όταν ο μέσος όρος στις χώρες μέλη του οργανισμού είναι 4,6 φορές μεγαλύτερος (2,83 νοσηλευτές/ιατρό)[23].

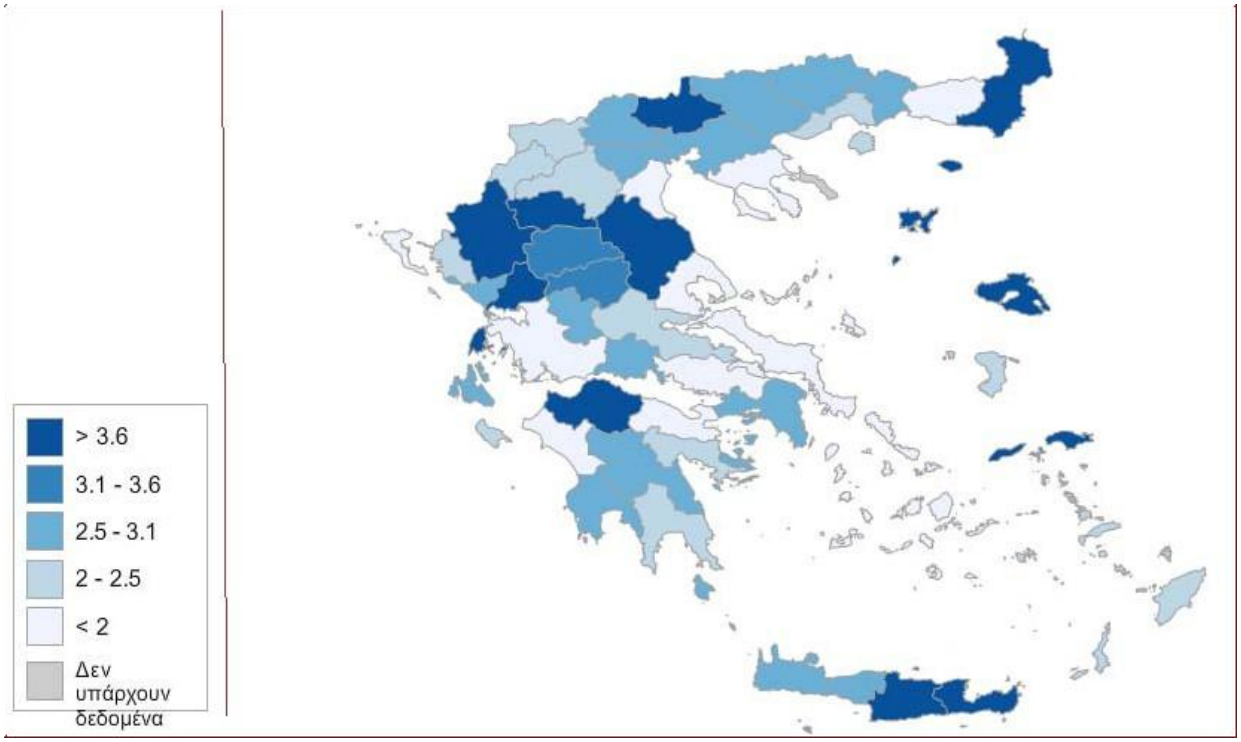


Στον πίνακα που παρουσιάστηκε παραπάνω, αποδεικνύεται ότι ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εμφανίζει σημαντική έλλειψη σε νοσηλευτικό προσωπικό. Παρά ταύτα, το πρόβλημα οξύνεται περισσότερο όταν ο ήδη μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού κατανέμεται άνισα μεταξύ των περιοχών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της χώρας, δημιουργώντας έτσι περιοχές υπερβάλλουσας ζήτησης για νοσηλευτικές υπηρεσίες και λειτουργικά προβλήματα στα κατά τόπους ιδρύματα.

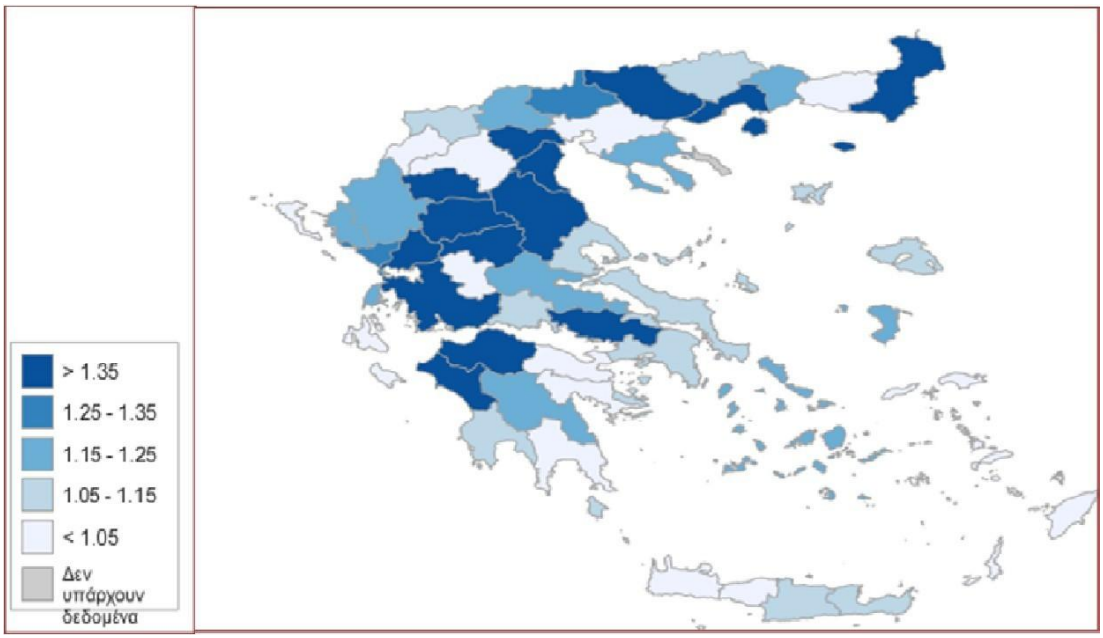
Στον πίνακα που ακολουθεί, απεικονίζεται η συγκέντρωση του νοσηλευτικού προσωπικού ανανόμιο, εκτιμώντας του δείκτες νοσηλευτικό προσωπικού ανά 1000 κατοίκους και ανά κλίνη. Οι νομοί στους χάρτες των αντίστοιχων γραφημάτων (9 και10) εμφανίζονται με διαφορετικές αποχρώσεις υποδηλώνοντας την υψηλή ή χαμηλή συγκέντρωση νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς, στην κλίμακα νοσηλευτικό προσωπικό/ 1000 κάτοικοι ή νοσηλευτικό προσωπικό/κλίνη.



Βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων, το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα φαίνεται να κατανέμεται δυσανάλογα μεταξύ των νομών της χώρας, γεγονός το οποίο υποδηλώνει έλλειψη σχεδιασμού και ανυπαρξία κριτηρίων κατανομής. Ενδιαφέρον στοιχειό αποτελεί, ότι αντίθετα με τους ιατρούς όπου σύμφωνα με το αντίστροφο νόμο του Julian Hurt συγκεντρώνονται σε περιοχές υψηλού βιοτικού επιπέδου και στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα, οι νοσηλευτές δεν φαίνεται να ακολουθούν το νόμο αυτό καθώς η υψηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών εμφανίζεται στο νομό Ιωαννίνων, Άρτας, Έβρου και Κιλκίς και όχι στα αστικά κέντρα της χώρας. Παρ' όλα αυτά, περιοχές όπως Κυκλάδες και Εύβοια εμφανίζουν τη χαμηλότερη συγκέντρωση νοσηλευτών αριθμώντας λιγότερους από 2 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.



Όσον αφορά την κατανομή των νοσηλευτών ανά νομό βάσει της προσφοράς κλινών, η ανισοκατανομή είναι επίσης εμφανής υποδηλώνοντας έτσι υποστελέχωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε αρκετές περιπτώσεις. Η συγκέντρωση των νοσηλευτών σε αυτή την περίπτωση εμφανίζεται διαφορετική σε αρκετούς νομούς απ’ ότι αυτή βάσει του δείκτη νοσηλευτές/ 1000 κάτοικοι, γεγονός το οποίο αναδεικνύει την ανισοκατανομή και των κλινών.



Αναβάθμιση του ρόλου των νοσηλευτών στον χώρο της υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναβαθμιστεί το επάγγελμα των νοσηλευτών έχοντας ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών και μείωση των λιστών αναμονής. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δύνανται να παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες ανάλογης ποιότητας με τον ιατρό, αυξάνοντας έτσι την ικανοποίηση του ασθενή, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι οι νοσηλευτές περνούν περισσότερο χρόνο με τον ασθενή δίνοντας του πληροφορίες και συμβουλές. Κατά την περίπτωση υποκατάστασης υπηρεσιών που προσφέρονται από ιατρούς μειώνεται το κόστος ή μένει ουδέτερο με ταυτόχρονη αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον δεδομένου του φαινομένου διαρροών του επαγγέλματος η αναβάθμιση του ρόλου τους αποδεικνύεται ότι βελτιώνει την επαγγελματική προοπτική και καθιστά τη νοσηλευτική έναν περισσότερο ελκυστικό κλάδο συμβάλλοντας έτσι στην αύξηση της προσφοράς νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού[23]. Τα τελευταία χρόνια η ΕΝΕ έχει προτείνει ένα πρόγραμμα αναβάθμισης του ρόλου των νοσηλευτικών ειδικοτήτων, αλλά και της αντιμετώπισης της έλλειψης προσωπικού, που θα συμμετέχουν νοσηλευτές ειδικοτήτων και άνεργων νοσηλευτών, σε ποσόστωση 20%-80%, τροποποιώντας την προϋπόθεση της διετούς ευδόκιμης υπηρεσίας[42].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{ο} :Νοσηλευτική διοίκηση

Η άσκηση της διεύθυνσης στους οργανισμούς της υγείας είναι ένα ιδιαίτερα δύσκολο έργο, το οποίο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και για αυτό πρέπει να χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευελιξία και να προσαρμόζεται συνεχώς στις εκάστοτε καταστάσεις και συγκυρίες. Η ιδιομορφία του αγαθού «υγεία», οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, η ανάγκη συντονισμού των πολλών και ποικίλων δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σ΄αυτές, η κατάσταση της συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας τους, οι κρίσιμες και συχνά επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και οι προσδοκίες της κοινωνίας είναι μερικοί μόνο από τους

πολλούς παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν σοβαρά τον τρόπο άσκησης της διεύθυνσης στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.[24-30]

Η οργανωτική δομή των οργανισμών υγείας, οι προσλήψεις του προσωπικού τους, οι εργασιακές σχέσεις και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού, η αξιολόγηση και η προαγωγή των στελεχών, το σύστημα αμοιβών, η χρηματοδότηση τους, οι κανόνες της οικονομικής διαχείρισης καθορίζονται αποκλειστικά από την πολιτεία με τον δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα ,το δημόσιο λογιστικό και διάφορους άλλους νόμους και ρυθμίσεις. Ένας οργανισμός υγείας μπορεί να έχει σχεδιαστεί και προγραμματιστεί σωστά, να έχει σαφείς στόχους και οικονομική στήριξη, επαρκή εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό, όμως η αποδοτικότητα του εξαρτάται απόλυτα από την καθημερινή εφαρμογή των στόχων, από την πρακτική διαχείριση των πόρων και των δυνατοτήτων του και από την επίλυση των καθημερινών μικρών ή μεγαλύτερων προβλημάτων. Αυτός είναι ο ρόλος της διεύθυνσης του οργανισμού και των επιμέρους υπηρεσιών και τμημάτων του. Η μεταρρύθμιση που συντελείται στον τομέα υγείας αλλάζει κατά πολύ τους τρόπους με τους οποίους σχεδιάζεται, διαχειρίζεται και εκτιμάται η παρεχόμενη φροντίδα. Η διεύθυνση στους οργανισμούς υγείας αποτελεί την πιο σύνθετη λειτουργία της διοίκησης, επειδή βασίζεται κυρίως στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ηγετικά στελέχη που ασχολούνται με το ανθρώπινο δυναμικό αναπτύσσουν δραστηριότητες που χρειάζονται τη σύμπραξη και τη συμμετοχή περισσότερων ατόμων και συχνά διάφορων ειδικοτήτων, ώστε να είναι τελικά αποτελεσματικές. Οι σύγχρονες μονάδες υγείας απαιτούν υψηλής ποιότητας εργασία από κάθε στέλεχος που απασχολείται σ΄αυτές. Οι λειτουργικές τους ανάγκες και απαιτήσεις, οι οποίες συνεχώς γίνονται όλο και πιο πολύπλοκες, δεν μπορούν να καλυφθούν αν όλοι οι εργαζόμενοι δεν αποδίδουν ποσοτικά και ποιοτικά για τους ίδιους κοινούς στόχους. Η υψηλή ποιότητα γιατρών και νοσηλευτών δεν αρκεί για την υψηλή αποδοτικότητα και τη σωστή αποτελεσματικότητα των σύγχρονων οργανισμών υγείας. Κάθε εργαζόμενος οφείλει να στηρίξει τους κοινούς στόχους και τον κοινό[24-30].

Προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος

Συμφώνα με τις διατάξεις του Ν.3528/2007καθόριζεται ο προϊστάμενου ενός τμήματος. Η επιλογή γίνεται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο που κρίνει τους προϊστάμενους βάσει του Υπαλληλικού κώδικα και του οργανισμού του Νοσοκομείου. Ο Προϊστάμενος Νοσηλευτής έχει 3 ετών θητεία. Κανείς δεν γνωρίζει με βάση ποια κριτήρια γίνεται η επιλογή εργαζομένων με ταυτόσημα άριστα «ουσιαστικά προσόντα». Στην ουσία όμως, όλα καθορίζονται την εύνοια προς κάποιο εργαζόμενο. Το δε Συμβούλιο Διοίκησης του Νοσοκομείου κάνει την τοποθέτηση στο νοσηλευτικό τμήμα. Ο προϊστάμενος του τμήματος για να μπορέσει να ανταποκριθεί σωστά στις υποχρεώσεις του, πρέπει να διαθέτει επαγγελματική κατάρτιση, γνώσεις, εμπειρία και ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων. Ακόμα, θα πρέπει να είναι ικανός νοσηλευτής ώστε να μπορεί να μπορεί να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα υψηλού επιπέδου, να είναι ικανός να βοηθήσει τους νοσηλευτές να αντιληφθούν τις ευθύνες τους απέναντι στους ασθενείς, στην υπηρεσία και στον εαυτό τους[34]. Ο προϊστάμενος αναπτύσσοντας ένα πολύπλοκο πλέγμα σχέσεων με τα μέλη της ομάδας του επηρεάζει τη συμπεριφορά τους προς την κατεύθυνση της αποτελεσματικότητας και ταυτόχρονα εξασφαλίζει την ικανοποίηση τους. Ο προϊστάμενος-ηγέτης πρέπει να έχει την ικανότητα της ευελιξίας, χωρίς αυτή είναι αδύνατον να φθάσει σε υψηλά επίπεδα αποτελεσματικότητας. Η ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων εκδηλώνεται όταν ο προϊστάμενος γνωρίζει τι οφείλει να πράξει αλλά και το πως θα το πράξει, αντιλαμβάνεται το πρόβλημα δίνει λύσεις και είναι φορέας αλλαγών[35].

Ο προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος είναι αρμόδιος να:

- Φροντίζει για την καλή οργάνωση, λειτουργία και την ασφάλεια του περιβάλλοντος του νοσηλευτικού τμήματος στο οποίο προΐσταται.
- Εξασφαλίζει την άνετη και ασφαλή διαμονή των ασθενών του τμήματος.
- Φροντίζει για τον έγκαιρο και επαρκεί εφοδιασμό με κάθε είδους υλικά, την παρακολούθηση της χρήση τους και την συντήρηση.
- Έχει την φροντίδα της προμήθειας του τμήματος του με τα αναγκαία φάρμακα ,την ευθύνη για την σωστή χρήση και διαφύλαξη.
- Φροντίζει για την επάρκεια του τμήματος σε υγειονομικό υλικό καθώς και άλλου υλικού. Έχει την επίβλεψη για την αποστείρωση των υλικών και μηχανημάτων.
- Φροντίζει για την παροχή υψηλής ποιότητας ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών του τμήματος.
- Καθοδηγεί και κατευθύνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος του, ώστε να καλύπτονται οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών.

- Επιβλέπει και ελέγχει τις νοσηλευτικές ενέργειες και τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών σε σχέση με την εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος των ασθενών. Αξιολογεί την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών.
- Καταρτίζει το εβδομαδιαίο πρόγραμμα εργασίας του προσωπικού της ,σύμφωνα με τις ανάγκες του τμήματος της και τις ιδιαίτερες ανάγκες του προσωπικού της, καθώς και την κατανομή των ετήσιων αδειών τους.
- Είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, κατεύθυνση τον έλεγχο και την αξιολόγηση του νοσηλευτικού προσωπικού του τμήματος του.
- Ενθαρρύνει και διευκολύνει το νοσηλευτικό προσωπικό για την επαγγελματική του ανάπτυξη με την παροχή ευκαιριών και μέσων.
- Συμβάλλει στην καλή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτικού, ιατρικού και το άλλο[24-30]

Επιτυχημένο μοντέλο νοσηλευτικού τμήματος

Για να μπορέσει ένα νοσηλευτικού τμήματος να λειτουργήσει σωστά και με συνοχή πρέπει να πλήρη τα εξής αρχές λειτουργίας :

- Κατάλληλη οργάνωση του νοσηλευτικού τμήματος.
- Επαρκή στελέχωση του τμήματος με το ανάλογο και κατάλληλο προσωπικό.
- Σωστή λειτουργία του τμήματος.
- Ακριβή καθορισμό των αρμοδιοτήτων του προσωπικού.
- Αποτελεσματική πρόληψη και επίλυση των συγκρούσεων.
- Αποτελεσματική συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.
- Τήρηση των κριτηρίων διασφάλισης ποιότητας στο νοσηλευτικό τμήμα.
- Συνεχή έλεγχο και αξιολόγηση του προσωπικού.
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ανάπτυξη του προσωπικού.
- Διεξαγωγή έρευνας με σκοπό.[33-36]

Διοίκηση νοσηλευτικού τμήματος

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς γίνεται στα ιατρικά τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας. Κάθε ιατρικό-νοσηλευτικό τμήμα αποτελεί λειτουργική μονάδα του νοσοκομείου και έχει ιατρική και νοσηλευτική αυτοτέλεια. Η διοίκηση της νοσηλευτικής μονάδας δεν είναι απρόσωπη, το βασικό κομμάτι της είναι ο άνθρωπος με την έννοια του ασθενούς ή του εργαζόμενου, μέσω του οποίου παρέχονται ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες στον ασθενή. Υπάρχουν δύο πλευρές συντονισμού του προϊστάμενου: α) ο συντονισμός του προσωπικού του τμήματος και της εργασίας και β) ο συντονισμός άλλων

υπηρεσιών, εκτός του τμήματος που συμβάλλουν στη θεραπεία και την περίθαλψη των ασθενών[24-30].

Κάθε μια από τις αρμοδιότητες γίνεται όλο και πιο περίπλοκη. Η πολιτική της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο νοσηλευτικό τμήμα πρέπει να είναι σύμφωνη με την ιατρική πολιτική, διαχείριση στο θέμα της αγωγής των ασθενών, τη διάγνωση και θεραπεία. Όσο οι διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές πολλαπλασιάζονται τόσο το βάρος πέφτει στον προϊστάμενο.

Άσκηση της Νοσηλευτικής Διοίκησης

Η άσκηση της διεύθυνσης στους οργανισμούς της υγείας είναι ένα εξαιρετικά δύσκολο έργο, το οποίο επηρεάζεται από πολλούς και διάφορους παράγοντες και για αυτό πρέπει να χαρακτηρίζεται από μεγάλη ευελιξία και να προσαρμόζεται συνεχώς στις εκάστοτε καταστάσεις και συγκυρίες. Η ιδιομορφία του αγαθού «υγεία», οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την οργάνωση και τη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, η ανάγκη συντονισμού των πολλών και ποικίλων δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σ ΄αυτές, η κατάσταση της συνεχούς λειτουργίας και ετοιμότητας τους, οι κρίσιμες και συχνά επείγουσες καταστάσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουν, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών και οι προσδοκίες της κοινωνίας είναι μόνο μερικοί από τους πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν σοβαρά τον τρόπο άσκησης της διεύθυνσης στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας[24-30].

Η οργανωτική δομή των οργανισμών υγείας, οι προσλήψεις του προσωπικού τους, οι εργασιακές σχέσεις και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού, η αξιολόγηση και η προαγωγή των στελεχών, το σύστημα αμοιβών, η χρηματοδότηση τους, οι κανόνες της οικονομικής διαχείρισης καθορίζονται αποκλειστικά από την πολιτεία με τον δημοσιοϋπαλληλικό κώδικα ,το δημόσιο λογιστικό και διάφορους άλλους νόμους και ρυθμίσεις. Ένας οργανισμός υγείας μπορεί να έχει σχεδιαστεί και προγραμματιστεί σωστά, να έχει σαφείς στόχους και οικονομική στήριξη, επαρκή εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό, όμως παρόλα αυτά η αποδοτικότητα του εξαρτάται από την καθημερινή εφαρμογή των στόχων, από την πρακτική διαχείριση των πόρων και των δυνατοτήτων του και από την επίλυση των καθημερινών μικρών ή μεγαλύτερων προβλημάτων. Αυτός είναι ο ρόλος της διεύθυνσης του οργανισμού και των επιμέρους υπηρεσιών και τμημάτων του. Η μεταρρύθμιση που συντελείται στον τομέα υγείας αλλάζει κατά πολύ τους τρόπους με τους οποίους σχεδιάζεται, διαχειρίζεται και εκτιμάται η παρεχόμενη φροντίδα[24-30].

Η διεύθυνση στους οργανισμούς υγείας αποτελεί την πιο σύνθετη λειτουργία της διοίκησης, επειδή βασίζεται κυρίως στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα ηγετικά στελέχη που

ασχολούνται με το ανθρώπινο δυναμικό αναπτύσσουν δραστηριότητες που χρειάζονται τη σύμπραξη και τη συμμετοχή περισσότερων ατόμων και συχνά διάφορων ειδικοτήτων, ώστε να είναι τελικά αποτελεσματικές. Οι σύγχρονες μονάδες υγείας απαιτούν υψηλής ποιότητας εργασία από κάθε στέλεχος που απασχολείται σε αυτές. Οι λειτουργικές τους ανάγκες και απαιτήσεις, οι οποίες συνεχώς δυσκολεύουν, δεν μπορούν να καλυφθούν αν όλοι οι εργαζόμενοι δεν αποδίδουν τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά για τους ίδιους κοινούς στόχους. Η υψηλή ποιότητα γιατρών και νοσηλευτών δεν αρκεί για την υψηλή αποδοτικότητα και τη σωστή αποτελεσματικότητα των σύγχρονων οργανισμών υγείας. Κάθε εργαζόμενος οφείλει να στηρίξει τους κοινούς στόχους και τον κοινό[24-30].

Η επιστήμη της νοσηλευτικής διοίκησης όπως είναι γνωστή σήμερα, βασίζεται στη μελέτη του Herman Finer υποστηριζόμενη από το ίδρυμα Kellogg, η οποία αναζητούσε τρόπους βελτίωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έδειξαν την μεγάλη ανάγκη για νοσηλευτική διοίκηση μέσα στο πολυσύνθετο νοσοκομειακό περιβάλλον, προσδιόρισαν θεωρίες, αντιλήψεις και αρχές της νοσηλευτικής πρακτικής, ενώ παράλληλα καθόρισαν τα προγράμματα εκπαίδευσης των νοσηλευτών .

Επηρεασμένες από τις θεωρίες της διοίκησης της εποχής αυτής, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες οργανώθηκαν δίνοντας μεγάλη σημασία στην προαγωγή της νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία αποτέλεσε το επίκεντρο της. Μερικές δεκαετίες αργότερα η νοσηλευτική υποχρεώθηκε να υιοθετήσει τα κριτήρια της επιτυχίας των υγειονομικών συστημάτων, που περιλαμβάνουν τους όρους της διαχείρισης, του κόστους και της ποιότητας, ενώ η νοσηλευτική ηγεσία άρχισε δείχνει την υποστήριξη της στην αναγκαιότητα του ελέγχου του κόστους νοσηλείας σε συνδυασμό με την βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας[33].

Η ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγελματισμού και ο μεγαλύτερος ρόλος του για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και την αύξηση της αποδοτικότητας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, γίνεται εμφανής μέσα από[32]:

- Τη δυνατότητα εντοπισμού και πρόσβασης των νοσηλευτικών στελεχών σε κάθε επίπεδο διοίκησης.
- Την ανοικτή επικοινωνία (συνέδρια) με θέματα που επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών.
- Την προώθηση της ασφάλειας και της ποιότητας του εργασιακού περιβάλλοντος.
- Την υιοθέτηση της συμμετοχικής διοίκησης και την ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων.
- Την έμφαση στην ποιότητα της φροντίδας του ασθενούς.

Σήμερα στην χώρα μας η νοσηλευτική διοίκηση ταυτίζεται με το νοσοκομειακό χώρο και η σύνδεση μοιάζει λογική, καθώς στα νοσοκομεία απασχολούνται τα 2/3 του δυναμικού των νοσηλευτών. Η διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών προάγεται όταν καθορίζεται το περιβάλλον άσκησης της. Όσοι ασκούν τη νοσηλευτική διοίκηση έχουν και την ουσιαστική ευθύνη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος άσκησης και την ανάπτυξη νέων προτύπων φροντίδας που θα προσανατολίζουν τους εργαζόμενους των νοσοκομείων σε σύγχρονα καθήκοντα και αρμοδιότητες, έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν τις συνεχείς αλλαγές του περιβάλλοντος. Επιπλέον, οι διευθυντές των νοσηλευτικών υπηρεσιών έχουν διπλό ρόλο, που συνδυάζει τις ηγετικές ικανότητες με την υπευθυνότητα καθώς και το ενδιαφέρον για το νοσηλευτικό επάγγελμα. Διευκολύνουν την δημιουργία περιβάλλοντος νοσηλευτικής διοίκησης με την αντίληψη της θέσης και της φιλοσοφίας του νοσοκομείου σε σχέση με το περιβάλλον, καθώς και τη λήψη αποφάσεων σχετικών με τα συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας[32].

Σύμφωνα με τη Leann σήμερα στο νοσηλευτικό κόσμο αποτελεί πρόκληση ο σχεδιασμός πρότυπων μοντέλων που συνδυάζουν[32]:

- Την ικανοποίηση των ασθενών.
- Τη διατήρηση της ποιότητας του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Το οικονομικό όφελος του Οργανισμού.

Το καινούριο αυτό τοπίο δράσης απασχολεί ιδιαίτερα τη νοσηλευτική ηγεσία και πρόκειται να φέρει αλλαγές τόσο στους παραδοσιακούς ρόλους, όσο και στις ξεπερασμένες πλέον δραστηριότητες των νοσηλευτών. Αυτή η απόκλιση από τον καθιερωμένο τρόπο σκέψης παρέχει τις ευκαιρίες ανάλυσης και αξιολόγησης νέων προτύπων φροντίδας και επιτρέπει τη δημιουργία εύκαμπτης οργανωτικής δομής προκειμένου να υλοποιούνται οι στρατηγικοί στόχοι του Οργανισμού.

Οι πρωτοβουλίες για ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη, αφού πέρασαν από διάφορα στάδια όπως ο αναδρομικός διαχειριστικός έλεγχος (retrospective audit) τη δεκαετία του ’70, και η διασφάλιση ποιότητας (quality assurance) τη δεκαετία του ’80, οι τάσεις των επιχειρήσεων και των βιομηχανικών οργανισμών τη δεκαετία του ’90 στράφηκαν προς το Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας (TQM). Την σήμερον ημέρα οι υπηρεσίες υγείας δέχονται την παραπάνω πρόκληση της διοίκησης ολικής ποιότητας ως ένα εργαλείο για να εντοπίσουν τα προβλήματα και για να υπάρχει διαρκής βελτίωση της ποιότητας. Η διοίκηση ολικής ποιότητας είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί από τους διευθυντές νοσηλευτικών υπηρεσιών στον τομέα του μάνατζμεντ των νοσοκομείων. Ένα σύστημα νοσηλευτικού μάνατζμεντ είναι δυνατόν να κατευθυνθεί από το πρότυπο "μάνατζμεντ απόλυτης ποιότητας"

προκειμένου να δημιουργηθεί μακροπρόθεσμα μια δομή η οποία προσαρμόζεται σε ειδικά χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου[33].

Προκλήσεις για τη νοσηλευτική διοίκηση

Οι νοσηλευτές – διευθυντές προκειμένου να συγχρονιστούν με τον νέο τρόπο διοίκησης, είναι απολύτως απαραίτητο να επαναπροσδιορίσουν τα «εργαλεία» υπολογισμού της διαχείρισης και την νοσηλευτική πρακτική. Οι ρόλοι και οι λειτουργίες των νοσηλευτών απαιτούν την ανάπτυξη νέας κουλτούρας καθώς και νέων σχηματισμών για την εξασφάλιση αποτελεσματικών σχέσεων μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών μέσα στο περιβάλλον περίθαλψης, καθώς και τον συμβιβασμό παλαιών και νέων οικονομικών κανονισμών, όπως και την καθιέρωση υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή. Μερικές πτυχές αυτού του ρόλου σχετίζονται με την άμεση φροντίδα του ασθενή και αποτελούν σημαντικό κομμάτι του συνόλου των λειτουργιών του νοσοκομείου και συμπεριλαμβάνουν[31]:

- Καθορισμό των παραμέτρων και μεθόδων για την ποιότητα της φροντίδας.
- Σχεδιασμό πρωτοκόλλων για την παροχή φροντίδας .
- Καθιέρωση των σχέσεων νοσηλευτή – ιατρού γύρω από τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της φροντίδας .
- Διαχείριση των πόρων που απαιτούνται για τη φροντίδα.
- Οργάνωση και συντονισμός των συστημάτων για την παροχή φροντίδας.
- Πρόσληψη, διατήρηση και ανάπτυξη του προσωπικού.
- Μέτρηση και βελτίωση της παροχής της φροντίδας καθώς και των συστημάτων που την υποστηρίζουν.

Επομένως οι λειτουργίες των νοσηλευτών που σχετίζονται με τον οργανισμό περιλαμβάνουν:

- Συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων, στην πολιτική καθώς και τον προγραμματισμό.
- Συμμετοχή στη σύνταξη τμηματικών προϋπολογισμών.
- Ουσιαστικό ρόλο στην οργάνωση.
- Καθοριστικό ρόλο σε ότι αφορά στους πόρους και τις υπηρεσίες για τη φροντίδα του ασθενή.
- Ενεργή συμμετοχή στην καθιέρωση νέας οργανωτικής νοοτροπίας.
- Συμμετοχή στην καθοδήγηση και εφαρμογή της αλλαγής.
- Προσδιορισμός και καθιέρωση των κλινικών ρόλων για τους νοσηλευτές.

- Διερεύνηση και εφαρμογή καινοτομιών για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενή.
- Αξιολόγηση και βελτίωση διοργανωτικών διαδικασιών και ροής της εργασίας.

Δεν αρκεί όμως οι νοσηλευτές να κατανοούν καλά τις διαδικασίες της φροντίδας των ασθενών, αλλά θα πρέπει και να εξοικειωθούν με την ανάπτυξη και τη χρήση διαδικασιών που υποδηλώνουν τι συμβαίνει και με τις άλλες παραμέτρους που αφορούν την περίθαλψη του ασθενή. Η παρακολούθηση του τί λειτουργεί, τί δεν λειτουργεί, και τί χρειάζεται βελτίωση γίνεται όλο και περισσότερο αναγκαία, ενώ η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί τον καλύτερο δείκτη βελτίωσης της ποιότητας[32].

Η εφαρμογή των σύγχρονων συστημάτων παροχής υπηρεσιών δεν θα μπορούσε να προχωρήσει στην ανάπτυξη και υλοποίησή τους χωρίς τη συμβολή των νέων πληροφορικών συστημάτων. Τα συστήματα υγειονομικής φροντίδας του μέλλοντος θα χρησιμοποιήσουν την ηλεκτρονική επικοινωνία για τις επιχειρησιακές δραστηριότητες και την περίθαλψη. Οι διέξοδοι στη νοσηλεία άρχισαν με την τηλεϊατρική, την ηλεκτρονική ανταλλαγή πληροφοριών και τη διεπιστημονική επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας. Η χρήση του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και η ανάπτυξη εργασιακών προτύπων που το χρησιμοποιούν αποτελεσματικά αποτελούν σημαντικές πτυχές των νέων ρόλων. Η πιο θετική πλευρά ανήκει στα επιστημονικά επιτεύγματα που παρέχονται με την μετάδοση των δεδομένων του ασθενούς (ιστορικό – παρούσα κατάσταση – προηγούμενη νοσηλεία – θεραπεία), που συμβάλλουν στην σωστή διαχείριση της φροντίδας του[32].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^{ο} : Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο

Η οικονομική κρίση όπως είναι αναμενόμενο τροφοδοτεί μια αλληλουχία γεγονότων που προκαλούν αλλαγές στις κοινωνικές ισορροπίες, ωθώντας πλατιές μάζες πολιτών στις άκρες του κοινωνικού πλαισίου, κυρίως από την απώλεια εργασίας. Η μεγάλη αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας λαμβάνουν τα χαρακτηριστικά ανθρωπιστικής κρίσης με κοινωνικές επιπτώσεις, μέρος των οποίων εντοπίζεται στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού [37].Σε έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (Μάιος 2010), για τον κοινωνικό αντίκτυπο της κρίσης στις χώρες - μέλη της Ε.Ε. οι Έλληνες εμφανίζονται να καταλαμβάνουν την πρώτη θέση μεταξύ των πολιτών της Ε.Ε. για το πόσο άσχημα θεωρούν ότι έχουν πληγεί από την κρίση. Το 69,3% των Ελλήνων θεωρούσαν ότι τους επόμενους δώδεκα μήνες θα υπάρξει επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης των νοικοκυριών τους.

Το 43,9% των Ελλήνων δήλωνε ότι έδινε συνεχώς έναν αγώνα προκειμένου να πληρώσει τους λογαριασμούς του νοικοκυριού του και το 93,7% των συμπολιτών μας πίστευε ότι η φτώχεια έχει παρουσιάσει αύξηση στην Ελλάδα τον τελευταίο χρόνο. Το 28,8% των Ελλήνων δήλωνε ότι στη διάρκεια των δώδεκα τελευταίων μηνών υπήρξε στιγμή κατά την οποία δεν είχε χρήματα να εξοφλήσει πάγιους λογαριασμούς, να αγοράσει τρόφιμα ή άλλα καταναλωτικά αγαθά. Το 30,2% των Ελλήνων εξέφραζε τον φόβο του ότι τους επόμενους 12 μήνες θα υπάρξει κίνδυνος να μην είναι σε θέση να πληρώσουν έγκαιρα το ενοίκιο του σπιτιού τους ή ακόμα και κάποιο δάνειο.

Κοινωνικό επίπεδο

Εγκληματικότητα

Η εγκληματικότητα έχει σαφώς επηρεασθεί άμεσα από τα μνημόνια. Πολλοί είναι εκείνοι που καταφεύγουν σε εγκληματικές πράξεις έτσι ώστε να εξασφαλίσουν τα προς το ζην. Αποτέλεσμα αυτού είναι να καταρρεύσει το σύστημα αξιών, της ηθικής και το σύστημα κοινωνικού ελέγχου αδυνατεί να ελέγξει την όλη κατάσταση. Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία τα ποσοστά εγκληματικότητας αυξήθηκαν από 15% - 20%. Αυτή η αύξηση οφείλεται κυρίως στην αύξηση της μικροεγκληματικότητας σε σχέση με τα κακουργήματα (Ακόμη και οι σχετικοί δείκτες αποδεικνύουν τη μείωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα. Σύμφωνα με το Δείκτη Ευημερίας του βρετανικού Legatum Institute για το 2014, για την πιο ευημερούσα χώρα στον πλανήτη, η Ελλάδα κατατάχθηκε 59η στη σχετική λίστα (πρώτη η Νορβηγία). Τα συγκριτικά «ισχυρά» σημεία της Ελλάδας, σύμφωνα με το Δείκτη Ευημερίας, είναι δύο. Η εκπαίδευση και η υγεία. «Μέτρια» με κίτρινη σήμανση στο δείκτη είναι η οικονομία, η

επιχειρηματικότητα και οι ευκαιρίες, η διακυβέρνηση και η ασφάλεια. Στο «κόκκινο», βρίσκονται οι ατομικές ελευθερίες και το κοινωνικό κεφάλαιο. Η επιστημονική έρευνα έχει καταδείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού ανισομερώς κατανεμημένα στην κοινωνική κλιμάκωση. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχει οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα. Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την αναβολή ή την καθυστέρηση της θεραπείας και την μη εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εγείροντας ηθικό και κοινωνικό ζήτημα Η οικονομική κρίση τροφοδοτεί μια αλληλουχία γεγονότων που προκαλούν αλλαγές στις κοινωνικές ισορροπίες, ωθώντας πλατιές μάζες πολιτών στις άκρες του κοινωνικού πλαισίου, κυρίως από την απώλεια εργασίας. Η υψηλή αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας λαμβάνουν τα χαρακτηριστικά ανθρωπιστικής κρίσης με κοινωνικές επιπτώσεις, μέρος των οποίων εντοπίζεται στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού.[38]Για το έτος 2014 η κατάσταση της χώρας συνέχισε να χειροτερεύει σε σχέση με το 2012. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα βρίσκεται στη 59 η θέση ανάμεσα σε 142 χώρες από την 49η που βρισκόταν. Η εκπαίδευση και η υγεία παραμένουν τα πλέον ισχυρά σημεία της Ελλάδας, ενώ η οικονομία (103η θέση) και οι προσωπικές ελευθερίες (121η) είναι τα πλέον αδύναμα σημεία της χώρας[37].

Οικογένεια

Λόγω της οικονομικής κρίσης, έχουν δημιουργηθεί νέες ισορροπίες εντός της οικογένειας. Σε έρευνα της Εταιρείας People for Business με θέμα «Κρίση και οικογενειακές ισορροπίες») προκύπτει ότι το 49,1% των ανδρών στελεχών, όσο ακόμη διατηρούσε την εργασία του, εξασφάλιζε αμοιβές που αποτελούσαν το 50-80% του οικογενειακού εισοδήματος, ενώ το 30,9% των στελεχών πριν βγει στην ανεργία είχε εισόδημα που ξεπερνούσε το 80% του οικογενειακού εισοδήματος[39].

Το 20% των στελεχών ο μισθός του δεν υπερβαίνω το 50% του εισοδήματος της οικογενείας. Το ίδιο χρονικό διάστημα μισθός των συζύγων τους ήταν πολύ μικρότερα σε σχέση με το σύνολο του οικογενειακού εισοδήματος. Σήμερα η κατάσταση είναι εντελώς διαφορετική. Η έρευνα αποδεικνύει ότι το 60% των γυναικών καλύπτει, πλέον, πάνω από το 50% του οικογενειακού εισοδήματος. Ειδικότερα, το 45,5% των γυναικών εξασφαλίζει πάνω από το 80% του οικογενειακού εισοδήματος, το 16,4% καλύπτει το 50 με 80% του συνολικού εισοδήματος στο σπίτι και το 38,2% κερδίζει αμοιβές που δεν ξεπερνούν το 50% του οικογενειακού εισοδήματος. Όσον αφορά τώρα στη μορφή απασχόλησης που διατηρούν οι γυναίκες σύζυγοι, το 69,1% έχει μόνιμη εργασία και το 30,9% προσωρινή[38]. Το ποσοστό των

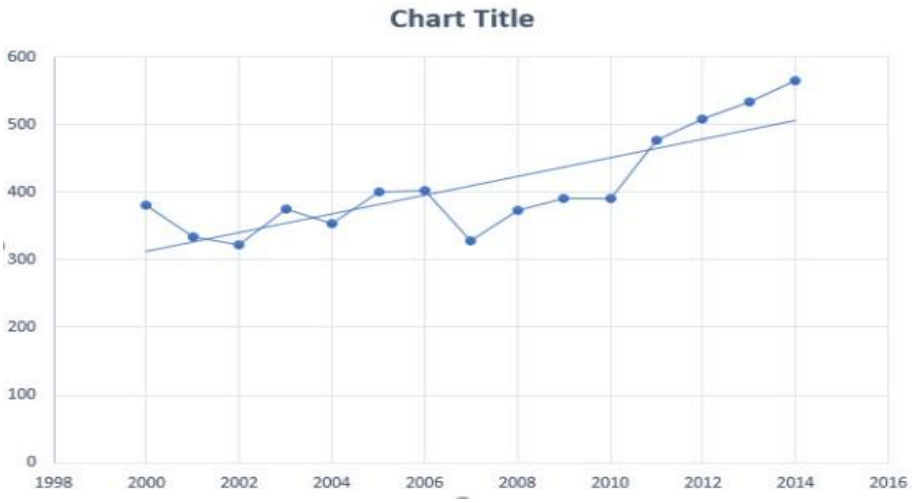
γυναικών που έχει μισθωτή εργασία είναι 72,7%, ενώ οι γυναίκες που εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες αγγίζουν μόλις το 27,3%[37].

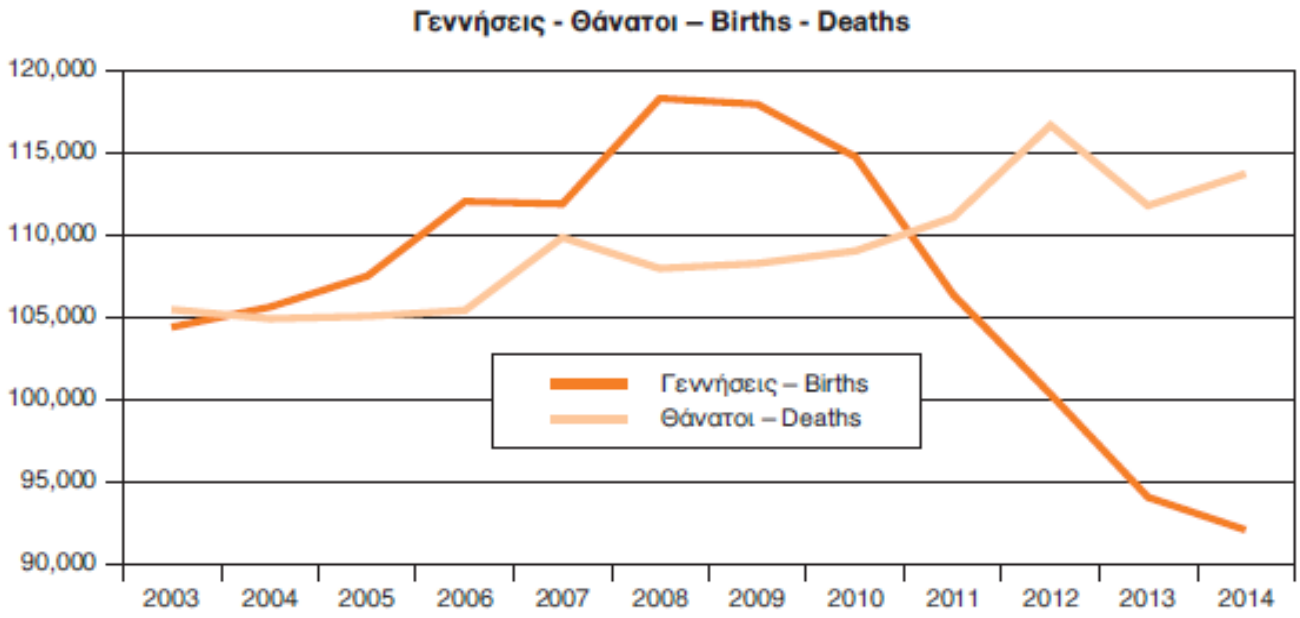
Το 70% των συνταξιούχων λαμβάνουν συντάξεις κάτω των 750€, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι η Ελλάδα έχει το υψηλότερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας που φτάνει το 57,1%. Μισθοί, συντάξεις και άλλες κοινωνικές δαπάνες παραμένουν χαμηλά, ενώ τα εργασιακά δικαιώματα μειώνονται, λόγω των ελαστικών σχέσεων εργασίας και της αγοράς. Δίπλα στους άνεργους - φτωχούς πολλαπλασιάζονται οι εργαζόμενοι - φτωχοί με γρήγορους ρυθμούς. Ταυτόχρονα, οι εργαζόμενοι αποδέχονται μορφές κατανομής της φτώχειας και της ανεργίας που μας γυρίζουν αρκετά χρόνια πίσω[39].

Έρευνα του Βιοτεχνικού Επιμελητηρίου Θεσσαλονίκης (Β.Ε.Θ.) απέδειξε ότι το 40% των συνταξιούχων αναγκάζονται να εργασθούν για να επιβιώσουν, ενώ το 69% θεωρεί ότι η σύνταξη είναι χαμηλή. Επιπλέον, το 43% απαντά ότι χειροτέρευσε η ζωή του μετά τη σύνταξη[37].

Αυτοκτονίες

Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των καταγεγραμμένων αυτοκτονιών από το 26,5% το 2012 εκτοξεύτηκε στο 58% σε σχέση με το 2007, όπου ήταν η τελευταία χρονιά πριν την κρίση. Το 2007 καταγράφηκαν 328 αυτοκτονίες (268 άνδρες και 60 γυναίκες), το 2008 373 αυτοκτονίες (268 άντρες και 65 γυναίκες), το 2009 καταγράφηκαν 391 αυτοκτονίες (333 άντρες και 58 γυναίκες), το 2010 καταγράφηκαν 377 αυτοκτονίες (336 άντρες και 41 γυναίκες) και το 2011 καταγράφηκαν 477 αυτοκτονίες (393 άντρες και 84 γυναίκες). Την περίοδο Ιανουαρίου – Αυγούστου 2013 το σύνολο των περιστατικών που αφορούσαν τις αυτοκτονίες ανερχόταν σε 231 άτομα (195 άντρες και 36 γυναίκες), σύμφωνα με το Κέντρο Πρόληψης Αυτοκτονίας Για την περίοδο μέχρι σήμερα οι πληροφορίες είναι συγκεχυμένες.





Επαγγελματικό επίπεδο

Εργατικό προσωπικό

Σοβαρό πρόβλημα παραμένει και η μείωση του ενεργού εργατικού δυναμικού. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγω σε δύο βασικές αίτιες. Πρώτα στην υπογεννητικότητα. Οι γεννήσεις έχουν μειωθεί κατά 11% από το 2007 συγκριτικά με το 2014. Σύμφωνα με τον αρμόδιο υπουργό Υγείας «το πρόβλημα της υπογεννητικότητας στον ελληνικό πληθυσμό αυξάνεται συνεχώς τις τελευταίες δύο δεκαετίες και επιδεινώνεται σημαντικά την τελευταία περίοδο, λόγω της έντονης οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα» (αναδημοσίευση από την εφημερίδα Δημοκρατία). Μόνο για το 2014 καταγράφηκε μείωση του πληθυσμού κατά 5,5%, ενώ ο αντίστοιχος στην Ε.Ε. αυξήθηκε κατά 2,2%. Πιο συγκεκριμένα, 64.000 περίπου εγκατέλειψαν τη χώρα, υπήρξαν 114.088 θάνατοι και 93.429 γεννήσεις (έναντι 107.200 το 2011) . Για το 2015, τα στατιστικά δείχνουν ότι μέχρι τις 6.3.2015 είχαμε 25.959 θανάτους και 15.682 γεννήσεις.

Δεύτερος λόγος είναι η μετανάστευση των ελλήνων και ειδικά των νέων ανθρώπων στο εξωτερικό. Σύμφωνα με τα πρώτα στοιχεία (έστω και άτυπα) τη διετία 2009 - 2011, οι μετανάστες σε χώρες κυρίως της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης και της Αμερικής ξεπερνούν τα 120.000 άτομα. Πρόκειται για άντρες (περίπου 60%-70%), ηλικίας 30 - 40 ετών (ή/και μεγαλύτερος), απόφοιτος (σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60%) ελληνικών η ξένων πανεπιστημίων, κάτοχοι μεταπτυχιακών ή διδακτορικών τίτλων, γόνοι μεσοαστικών ή μεγαλοαστικών οικογενειών Πολλοί Έλληνες που διαμένουν στο εξωτερικό τονίζουν ότι παρατηρούν «σημαντική αύξηση του αριθμού των Ελλήνων φοιτητών που επιδιώκουν το

εξωτερικό για μεταπτυχιακά και μια έντονη τάση φυγής καταξιωμένων Ελλήνων επιστημόνων»

Ανεργία

Η οικονομική κρίση οδηγεί σε επισφαλή εργασία, ανεργία, και εν τέλη στη φτώχεια που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων πράγμα που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχικές διαταραχές. Κατά το Α΄ Τρίμηνο του 2015 ο αριθμός των απασχολούμενων ανήλθε σε 3.504.446 άτομα και των ανέργων σε 1.272.541. Το ποσοστό ανεργίας ήταν 26,6%, έναντι 26,1% του προηγούμενου τριμήνου και 27,8% του αντίστοιχου τριμήνου 2014. Η απασχόληση μειώθηκε κατά 0,9% σε σχέση με το προηγούμενο τρίμηνο ενώ αυξήθηκε κατά 0,6% σε σχέση με το Α΄ Τρίμηνο του 2014. Ο αριθμός των ανέργων αυξήθηκε κατά 2,1% σε σχέση με το προηγούμενο τρίμηνο και μειώθηκε κατά 5,2% σε σχέση με το Α΄ Τρίμηνο του 2014.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^{ο} : Επαγγελματική αποκατάσταση νοσηλευτών

Οι προοπτικές για επαγγελματική αποκατάσταση των αποφοίτων γενικά είναι αισιόδοξες. Υπάρχουν σημαντικά περιθώρια απορρόφησης των αποφοίτων, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Ο μικρός αριθμός Νοσηλευτών (δυσαναλογία νοσηλευτών/ κλινών νοσηλείας) που εργάζεται στα δημόσια αλλά και στα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας, σε σχέση με νοσοκομεία χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επιβάλλει την πρόσληψη Νοσηλευτών τόσο στα πλαίσια του ΕΣΥ, όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Σύμφωνα με καταγραφή στοιχείων που ανακοινώνονται από σχετική ημερίδα στον ιστότοπο της ΠΟΕΔΗΝ, οι κενές οργανικές θέσεις Νοσηλευτών ΤΕ στα νοσοκομεία της χώρας μας, αγγίζουν περίπου το 34,5%. Συγκεκριμένα, σε ερευνητική καταγραφή που επιχειρήθηκε στο σύνολο σχεδόν των μεγαλύτερων νοσοκομείων της χώρας μας, κατά το έτος 2006, ο αριθμός των κενών οργανικών θέσεων Νοσηλευτών ΤΕ ήταν 3.253 (σε σύνολο 10.344, εκ των οποίων οι 7091 είναι μόνιμοι υπηρετούντες Νοσηλευτές)[41].

Σημαντικές επίσης δυνατότητες – περιθώρια για άσκηση του επαγγέλματος υπάρχουν και στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε, καθώς γενικά υπάρχει σοβαρή έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και κατ' επέκταση μεγάλη ζήτηση πτυχιούχων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης Νοσηλευτών, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat). Σε ότι αφορά την Ελλάδα, σύμφωνα πάντα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat), αν και σημειώθηκε η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση νοσηλευτικού προσωπικού κατά την 20ετία 1980- 1999, εν τούτοις, η αύξηση αυτή δεν στάθηκε ικανή να βελτιώσει την κατάταξη της χώρας μας, που βρίσκεται στην τελευταία θέση των 15 κρατών-μελών ως προς την αναλογία νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους. Η αναλογία αυτή σχεδόν διπλασιάσθηκε στην Ελλάδα, όμως και πάλι η χώρα μας παρέμεινε στην τελευταία θέση της Ε.Ε.

Επίσης, η επιβεβλημένη πλέον επίσπευση των διαδικασιών που εκκρεμούν για την δυνατότητα υλοποίησης της άσκησης αυτοαπασχόλησης των Νοσηλευτών, θα δώσει επί πλέον περιθώρια άσκησης του επαγγέλματος και θα εξασφαλίσει καινούργιες θέσεις εργασίας[41].

Πιο αναλυτικά, στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί ότι οι απόφοιτοι των τμημάτων Νοσηλευτικής ΤΕΙ, φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο "Νοσηλευτής – Νοσηλεύτρια" (παρ.2 άρθρο 5 του Ν.1579/85) και έχουν το δικαίωμα απασχόληση τους στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, είτε ως στελέχη Νοσηλευτικών μονάδων στον ιδιωτικό τομέα είτε αυτοαπασχολούμενοι ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων, στα πλαίσια των επαγγελματικών δικαιωμάτων. Επίσης καλύπτουν τομείς

Νοσηλευτικών ειδικοτήτων ελλείψει Ειδικών Νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν σε ταχύρρυθμα προγράμματα[41].

Μπορούν επίσης:

- Να απασχολούνται στην εκπαίδευση σύμφωνα κάθε φορά με την ισχύουσα Νομοθεσία.
- Μπορούν να εξελίσσονται σε όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας σύμφωνα κάθε φορά με την ισχύουσα Νομοθεσία.
- Έχουν το δικαίωμα να διεξάγουν μελέτες για έρευνα με σκοπό την προαγωγή της Νοσηλευτικής Επιστήμης και Μεθοδολογίας.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Πρόληψη

Η διακήρυξη της Alma – Ata, προσανατολισμένη σε μια σφαιρική στρατηγική υγείας, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη και ενίσχυση των παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας βασιζόμενη σε επιστημονικά τεκμηριωμένες εφαρμογές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, είναι προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα και προσεγγίζει τα άτομα όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους που ζουν και εργάζονται.

Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** (σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma – Ata, αποδεκτή από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) στοχεύει στα βασικά προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες που συντελούν στη:

- Διατήρηση της Υγείας
- Πρόληψη της Αρρώστιας
- Τη Θεραπεία και την Αποκατάσταση της Υγείας των ατόμων της κοινότητας

Περιλαμβάνει τουλάχιστον:

- Εκπαίδευση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τους τρόπους πρόληψης και περιορισμού τους.
- Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού και τροφής, φροντίδα υγείας μητέρας και βρέφους καθώς και οικογενειακό προγραμματισμό, εμβολιασμούς, πρόληψη και περιορισμό των τοπικών ενδημικών νόσων.
- Κατάλληλη θεραπεία στα καθημερινά παρουσιαζόμενα νοσήματα και ατυχήματα.
- Εξασφάλιση απαραίτητων φαρμάκων.

- Η **Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική** και **Κοινοτική Νοσηλευτική**, ασκούμενες στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομειακό χώρο (όπως, εξωτερικά ιατρεία, εξειδικευμένα τμήματα προαγωγής υγείας π.χ. για διακοπή του καπνίσματος κ. λπ,.) αλλά ασκούνται κυρίως στα Κέντρα Υγείας καθώς και στην ευρύτερη κοινότητα, όπως χώροι εργασίας, κατ' οίκον νοσηλεία, σχολεία, ιδρύματα ευγηρίας, σε διάφορους οργανισμούς, Δήμους, Νομαρχία, ΙΚΑ, υπουργεία, κ.λπ.[41]
- Η **Προληπτική Φροντίδα Υγείας**, κατέχοντας τη σημαντικότερη θέση στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εφαρμόζεται σε τρία επίπεδα: στην Πρωτογενή Φροντίδα Υγείας, στην Δευτερογενή Φροντίδα Υγείας και στην Τριτογενή Φροντίδα Υγείας.
- Στις μη αστικές περιοχές υπάρχουν 190 περίπου Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ, 1350 περίπου αποκεντρωμένες υπηρεσίες - περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ, ενώ στις αστικές περιοχές τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, τα διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και τα Τακτικά και Έκτακτα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων.
- Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχονται από την τοπική αυτοδιοίκηση :
- Οι Νομαρχίες (π.χ. Υγειονομικές Υπηρεσίες των Νομαρχιών, Διεύθυνση Υγιεινής κ.λπ.) Δήμοι (π.χ. Υγειονομικές Υπηρεσίες των Δήμων, Δημοτικά ιατρεία, Παιδικοί σταθμοί, Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων- ΚΑΠΗ)
- Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι- κατ' οίκον νοσηλείας. Ξενώνες φιλοξενίας ατόμων με Ψυχικές Παθήσεις (και σε διάφορα ιδρύματα ή υπηρεσίες παροχής φροντίδας που κατά περίπτωση μπορούν να ιδρύσουν και υποστηρίξουν οι Δήμοι)Το ΠΙΚΠΑ, Ι.Κ.Α., Δ.Ε.Κ.Ο
- Τα ειδικά σχολεία

Οι Νοσηλευτές που θέλουν να κινηθούν επαγγελματικά στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μπορούν να εργαστούν σε κέντρα υγείας, σε σχολεία ειδικής αγωγής ως σχολικοί νοσηλευτές, να ακολουθήσουν τον κλάδο της επαγγελματικής νοσηλευτικής ή ακόμα και την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα.

Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τον τομέα ΙΙ μπορούν να εργαστούν σε:

- Δημόσια Νοσοκομεία (Γενικά και Ειδικά) τα οποία λειτουργούν στα πλαίσια του ΕΣΥ και την ευθύνη για την διοίκηση, οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση την έχει το κράτος.

- Δημόσια Νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ, λοιπά μη κερδοσκοπικά).
- Ιδιωτικά Νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές κερδοσκοπικές επιχειρήσεις.

Στα ανωτέρω παρέχεται ιδίως Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η Τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα μεγάλα Περιφερειακά Νοσοκομεία και κυρίως από τις εξειδικευμένες κλινικές των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδομή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας που αποτελούν επίσης πλαίσια άσκησης του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος.

Όπως προαναφέρθηκε η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται[41]:

- Από Δημόσια Νοσοκομεία (Γενικά, Ειδικά, Περιφερειακά, Πανεπιστημιακά ή Ακαδημαϊκά) η οργανωτική δομή των οποίων ορίζεται βάσει διαδοχικών νόμων από την ίδρυση του ΕΣΥ το ΄83 μέχρι και σήμερα.
- Από Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Ιδιωτικές κλινικές, (Γενικές Μικτές και Ειδικές), με αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο και τα οποία υπάγονται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργεί του Παιδείας.

Οι σχετικοί νόμοι είναι καθοριστικοί και περιοριστικοί για το πως οργανώνεται και λειτουργεί η Νοσηλευτική Υπηρεσία και το νοσηλευτικό προσωπικό μέσα σε αυτή. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία είναι μία σχετικά αυτόνομη υπηρεσία, αλληλοεξαρτώμενη όμως σε πολλά θέματα και από τις λοιπές υπηρεσίες του νοσοκομείο3. Σε κάθε Νοσοκομείο του ΕΣΥ διακρίνονται τέσσερεις υπηρεσίες:

- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Τεχνική
- Σε κάθε Ιδιωτικό Νοσοκομείο διακρίνονται τρεις υπηρεσίες:
- Ιατρική
- Νοσηλευτική
- Διοικητική

Οι Νοσηλευτές πτυχιούχοι ΤΕΙ εργάζονται και εξελίσσονται στα Δημόσια Νοσοκομεία ως[41]:

- Νοσηλευτές Τμήματος ή Μονάδας ή Ιατρείου (που εντάσσονται σε κάποιον από τους Τομείς του Νοσοκομείου)
- Υπεύθυνοι Νοσηλευτές Μονάδας
- Προϊστάμενοι Νοσηλευτές Τμήματος
- Τομεάρχες Νοσηλευτές (4-5 τμημάτων) π.χ. Χειρουργικού Τομέα, Παθολογικού Τομέα κ.λπ
- Διευθυντές της όλης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου

Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία, παρά το γεγονός ότι η Νοσηλευτική Υπηρεσία δεν παρουσιάζει την έκταση και το εύρος της αντίστοιχης του Δημοσίου, έχει όμοια διάρθρωση, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την ελληνική εμπειρία και πρακτική[41].

Η συνήθης οργάνωση – σύνθεση των Τομέων σε ένα μεγάλο Δημόσιο Νοσοκομείο έχει ως εξής:

- Παθολογικός τομέας
- Χειρουργικός Τομέας
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Γενική)
- ΗμερήσιαςΝοσηλείαςΕπειγόντων Περιστατικών
- Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Κ/Χ)
- Εργαστηριακός Τομέας
- Ψυχιατρικός Τομέας

Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφερθεί, ότι πλαίσιο εργασίας των Νοσηλευτών στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη αποτελούν όλα τα προαναφερόμενα Τμήματα και Μονάδες των, Παθολογικού, Χειρουργικού, Ψυχιατρικού τομέα, τα Διατομεακά τμήματα και τα περισσότερα επίσης τμήματα του Εργαστηριακού Τομέα.

Ελεύθεροι επαγγελματίες

Παρόλο που, βάσει των θεσμοθετημένων Επαγγελματικών Δικαιωμάτων, οι Νοσηλευτές δύνανται να παρέχουν έργο ως ελεύθεροι επαγγελματίες, ωστόσο εκκρεμεί ακόμη, όπως προαναφέρθηκε, η θεσμοθετημένη έκδοση καταλόγου κοστολόγησης των νοσηλευτικών πράξεων, με αποτέλεσμα τη μη δυνατότητα υλοποίησης αυτοαπασχόλησης των Νοσηλευτών.

Νοσηλευτές στην εκπαίδευση

Η Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (καθηγητές σε ΤΕΕ με πτυχίο ΠΑΤΕΣ/ΣΕΛΕΤΕ), τα ΙΕΚ, η Τριτοβάθμια εκπαίδευση (εκπαιδευτικό προσωπικό σε τμήματα Νοσηλευτικής ΤΕΙ, όπου απαιτούνται συνήθως, προϋπηρεσία, μεταπτυχιακές σπουδές και ερευνητικό έργο, ανάλογα με την προκηρυσσόμενη θέση), καθώς και τα γραφεία εκπαίδευσης πολλών νοσηλευτικών ιδρυμάτων που υλοποιούν διάφορα εξειδικευμένα επιμορφωτικά προγράμματα στο πλαίσιο της αναβάθμισης του Νοσηλευτικού Επαγγέλματος.

ΜΕΡΟΣ Β

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μεθοδολογία της έρευνας

ΣΚΟΠΟΣ

Στην συγκεκριμένη έρευνα σκοπός ήταν να μελετηθεί η επαγγελματική και η κοινωνική αποκατάσταση των απόφοιτων Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης κατά τις χρονικές περιόδους 2014/2015.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι:

- Κατά πόσο οι απόφοιτοι που ενδιαφέρονται να ασκήσουν τη νοσηλευτική επιτυγχάνουν να ενταχθούν στην αγορά εργασίας και πότε;
- Κατά πόσο ασχολούνται με τη συνέχιση της εκπαίδευσής τους στο γνωστικό αντικείμενο.
- Η πορεία της οικογενειακής αποκατάστασης σε σχέση με την επαγγελματική εξέλιξή τους.

Υλικό και μέθοδος

Η εν λόγω έρευνα έλαβε χώρα κατά το διάστημα Αυγούστου – Δεκεμβρίου 2018 και χρησιμοποιήθηκε τυχαίο δείγμα αποφοίτων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας Ηρακλείου. Για την συλλογή στοιχείων διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο με τη μορφή διαδικτυακής φόρμας μέσω του συστήματος Google Forms, το οποίο στη συνέχεια αποστάλθηκε στους προσωπικούς λογαριασμού e-mail των ερωτηθέντων προς συμπλήρωση.

Ερευνητικό εργαλείο

Το Ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε διαθέτει 44 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου και μπορούσε να συμπληρωθεί μέσα σε χρόνο 6 – 10 λεπτών. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων κάλυπτε ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών με δημογραφικά στοιχεία των αποφοίτων, εργασιακά στοιχεία, προσόντα και εμπειρία των αποφοίτων εντός και εκτός του Νοσηλευτικού αντικειμένου, στοιχεία οικογενειακής και οικονομικής κατάστασης. Το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των αποφοίτων, ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων μέσω των μεθόδων χ2 & Mann-Whitney. Στις κατανομές, εκτιμήθηκαν επίσης για σύγκριση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης μέσω τεχνικών bootstrap. Εκτιμήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman του βαθμού πτυχίου των αποφοίτων ως προς τα χαρακτηριστικά τους και εκείνα της επιμόρφωσης και εργασίας.

Στη σύγκριση του χρόνου αποφοίτησης με χαρακτηριστικά σπουδών, επιμόρφωσης και εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι Mann-Whitney & Kruskall-Wallis, ενώ για την μεταβολή της κατοικίας τους από πριν την έναρξη έως και μετά το τέλος των σπουδών τους, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος περιθωριακής ομογένειας (Marginal Homogeneity Test). Τέλος, εφαρμόστηκε γραμμική παλινδρόμηση (συσχέτιση) του βαθμού πτυχίου των αποφοίτων της μελέτης με τα χρόνια αποφοίτησης τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : Αποτελέσματα

Γενικά χαρακτηριστικά των αποφοίτων της μελέτης

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

		Σύνολο	**Άνδρες**	**Γυναίκες**
			ν (%)	
Σύνολο		67	11 (16,4)	56 (83,6)
Ηλικία, *χρόνια*	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	28,4±3,6 (25-48)	28,5±1,6 (26-32)	28,4±3,9 (25-48)
	<30	58 (86,6)	9 (81,8)	49 (87,5)
	30+	9 (13,4)	2 (18,2)	7 (12,5)
Μόνιμη κατοικία (**πριν** την εισαγωγή στη σχολή)	*Ηράκλειο*	22 (32,8)	6 (54,5)	16 (28,6)
	Υπόλοιπη Κρήτη	9 (13,5)	1 (9,1)	8 (14,3)
	Αθήνα	14 (20,9)	1 (9,1)	13 (23,2)
	Λοιπή Ελλάδα ή εξωτερικό	22 (32,8)	3 (27,3)	19 (33,9)
Μόνιμη κατοικία (**μετά** την αποφοίτηση)	*Ηράκλειο*	28 (41,7)	7 (63,6)	21 (37,5)
	Υπόλοιπη Κρήτη	4 (6,0)	1 (9,1)	3 (5,4)
	Αθήνα	17 (25,4)	1 (9,1)	16 (28,6)
	Λοιπή Ελλάδα ή εξωτερικό [α]	18 (26,9)	2 (18,2)	16 (28,6)
Περιφέρεια μόνιμης κατοικίας	*Κρήτης*	30 (44,8)	7 (63,6)	23 (41,1)
	Αττικής	12 (17,9)	-	12 (21,4)
	Άλλες [α]	25 (37,3)	4 (36,4)	21 (37,5)
Οικογενειακή κατάσταση	*Ελεύθερος/η*	40 (59,7)	9 (81,8)	31 (55,3)
	Αρραβωνιασμένος/η	16 (23,9)	2 (18,2)	14 (25,0)
	Διαζευγμένος/η	1 (1,5)	-	1 (1,8)
	Έγγαμος/η [β]	10 (14,9)	-	10 (17,9)
Μέλος εθελοντικού συλλόγου	*ναι*	19 (28,4)	3 (27,3)	16 (28,6)

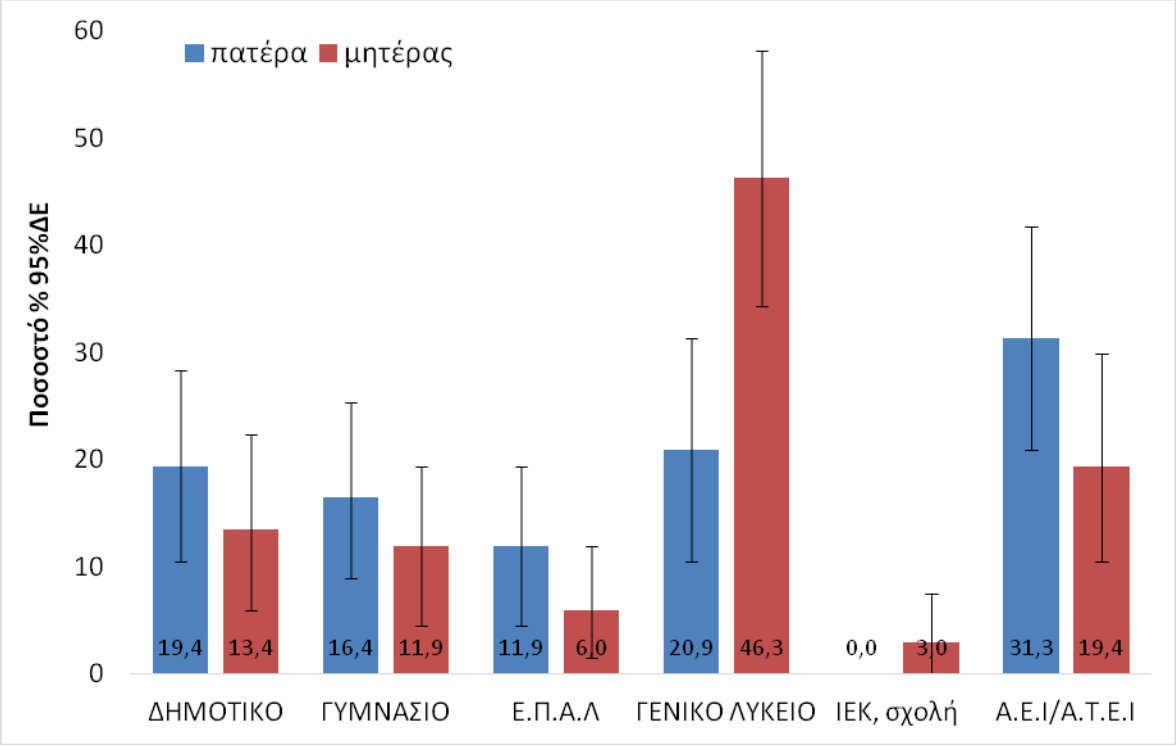
[α] 13 απόφοιτοι ή 19,4% δήλωσαν ότι ζουν σε Γαλλία (ν=1), Γερμανία (ν=2), Ηνωμένο Βασίλειο (ν=7) & Κύπρο (ν=3).

[β] Οι 10 έγγαμες έχουν μέσο χρόνο έγγαμου βίου 4,9 χρόνια (±5,4). Αυτές οι 10 ή 100,0% (ή 15,0% του συνόλου) δήλωσαν ότι έχουν τεκνοποιήσει (οι 8 εντός της τελευταίας διετίας) με μέση ηλικία πρώτης τεκνοποίησης τα 27,8 χρόνια (±3,7). Οι 7 έχουν από ένα παιδί και 3 από δύο παιδιά.

Έλεγχοι διαφοράς φύλων: Έλεγχοι χ^2 & Mann-Whitney (δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις).

Στον Πίνακα 1 φαίνεται ότι η ηλικία των ερωτηθέντων έχει εύρος τιμών από 25-48 έτη με μ.τ. 28,4±3,6 έτη. Το ένα τρίτο περίπου των αποφοίτων (32,8%) κατοικούσε στο Ηράκλειο πριν την εισαγωγή τους, ενώ το ίδιο ποσοστό ισχύει και για τους κατοίκους λοιπής Ελλάδας καθώς και εξωτερικού. Μετά την αποφοίτηση εμφανίζεται αύξηση στο 41,7% για τους μόνιμους κατοίκους Ηρακλείου, ενώ οι 13 από τους 67 έμειναν στο εξωτερικό. Έτσι παρουσιάζεται φαινόμενο Brain Drain της τάξης του 19,4% των σπουδαστών με πιο δημοφιλή προορισμό το Ηνωμένο Βασίλειο ν=7 ή 10,4%. Η πλειοψηφία των σπουδαστών ήταν γυναίκες (83,6%) έναντι των ανδρών (16,4%). Στην οικογενειακή κατάσταση του 59,7% είναι ελεύθεροι, ενώ το υπόλοιπο 40,3% έχει προβεί στην δημιουργία οικογένειας. Περίπου το 30% του συνόλου αποτελεί μέλος ενός εθελοντικού συλλόγου.

Σχήμα 1. Κατανομή εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων των αποφοίτων της μελέτης.



Ο μέσος χρόνος εκπαίδευσης και των δυο γονιών ήταν 11,6±3,0 χρόνια ενώ δεν διέφεραν σημαντικά του πατέρα από τις μητέρας (έλεγχος Student t: 11,5 χρόνια έναντι 11,7, αντίστοιχα, p=0,848).

Στο σχήμα φαίνεται ότι το 31,3% από τους πατέρες των αποφοίτων και το 19,4% από τις μητέρες έχουν αποφοιτήσει από κάποιο ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα. Το 64,1% των πατέρων και το 74% των μητέρων έχει ολοκληρώσει την βασική εκπαίδευση (12 έτη) όμως

υπάρχει ένα 35,8% και 25,3% αντίστοιχα, που δεν την έχει ρίχνοντας τον μέσο χρόνο εκπαίδευσης στα 11,6 έτη.

Χαρακτηριστικά σπουδών των αποφοίτων της μελέτης

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά σπουδών, αποφοίτησης & επιμόρφωσης των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

		ν (%)
Έτος εισαγωγής στη Σχολή	*πριν το 2008*	5 (7,5)
	2008-2010	59 (88,0)
	μετά το 2010	3 (4,5)
Έτος αποφοίτησης	*πριν το 2014*	6 (9,0)
	2014-2015	59 (88,0)
	μετά το 2015	2 (3,0)
Χρόνια φοίτησης	*μέση τιμή ±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	5,3±2,1 (4-15)
	έως 5	53 (79,1)
Χρόνια από την αποφοίτηση	*μέση τιμή ±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	3,7±0,8 (0-5,0)
Βαθμός Πτυχίου	*μέση τιμή ±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	7,24±0,63 (5,5-8,45)
	έως 7,00	28 (41,8)
Οδός εισαγωγής στην Σχολή	*Γενικό Λύκειο*	57 (85,1)
	ΕΠΑΛ/ΕΠΑΣ	9 (13,4)
	Κατατακτήριες	1 (1,5)
Η Νοσηλευτική στις δυο πρώτες επιλογές	*ναι*	40 (59,7)
Κάτοχος επιπλέον πτυχίου	*ναι*	18 (26,9)
πτυχίο[α]:	*ΑΣΠΑΙΤΕ*	5 (27,8)
	Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ	4 (22,2)
	Μεταπτυχιακό [β]	11 (61,1)
Κάτοχος διδακτορικού	*ναι*	-
Πτυχίο Αγγλικής γλώσσας	*ναι*	62 (92,5)
πτυχίο:	*LOWER ή ισότιμο*	43 (69,4)
	ADVANCED ή ισότιμο	4 (6,5)
	PROFICIENCY	19 (30,6)
	IELTS Band 8	1 (1,6)
Πτυχίο άλλης ξένης γλώσσας	*ναι*	21 (31,3)
γλώσσα:	*Γερμανικά*	12 (57,1)
	Γαλλικά	5 (23,8)
	άλλες	4 (19,0)
Πιστοποιημένος τίτλος χρήσης Η/Υ	*ναι*	62 (92,5)

[α] Από τους 18 με επιπλέον πτυχίο, ν=11 δηλώνουν τον κλάδο που ανήκει με ν=1 Διατροφή/Διαιτολόγια, ν=1 Θετικές Επιστήμες, ν=3 Ιατρική, ν=5 Παιδαγωγικά και ν=1 Σχολή Κοινωνικής Θεολογίας, ΕΚΠΑ (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών).

[β] Από τους 11 με μεταπτυχιακό ν=1 δηλώνουν να ανήκει στον Τομέα telemedicine and e-health, ν=4 Δημόσια Υγείας-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ν=2 Εντατικής & Επείγουσας Ιατρικής, ν=2 Νευρολογικών νοσημάτων, ν=1 Νευρολογικό και ν=1 Προηγμένη Κλινική Πρακτική.

Το 88% (ν=59) εισήχθη τα έτη 2008-2010 και αποφοίτησε τα έτη 2014-2015. Ο μέσος χρόνος σπουδών φτάνει τα 5,3 με τ.α. ±2,1 έτη και ελάχιστο τα 4 με μέγιστο τα 15. Το 79,1% (ν=53) τελείωσε έως τα 5 έτη. Έχουν περάσει κατά μέσο όρο 3,7 έτη από την αποφοίτηση των φοιτητών , ενώ ο μέσος βαθμός πτυχίου κυμαίνεται στο 7,24 με ελάχιστο το 5,5 έως το μέγιστο 8,45 και μέχρι 7 για το 41,8%. Το 85,1% (ν=57) εισήχθη μέσω Γενικού Λυκείου και το 59,7% (ν=40) τοποθέτησε τη Νοσηλευτική στις δύο πρώτες επιλογές του μηχανογραφικού . Το 26,9% (ν=18) διαθέτει επιπλέον πτυχίο με το 61,1% από αυτούς (ν=11) μεταπτυχιακό. Το 92,5% των ερωτηθέντων έχει πτυχίο ξένης γλώσσας και πιστοποίηση χρήσης Η/Υ. 30,6% έχουν Proficiency στα Αγγλικά με το 31,3% να διαθέτει και πτυχίο δεύτερης ξένης γλώσσας .

Πίνακας 3. Συχνότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης & επιμόρφωσης των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

		ν (%)
Έτος εισαγωγής στη Σχολή	*πριν το 2008*	5 (7,5)
	2008-2010	59 (88,0)
	μετά το 2010	3 (4,5)
Έτος αποφοίτησης	*πριν το 2014*	6 (9,0)
	2014-2015	59 (88,0)
	μετά το 2015	2 (3,0)
Χρόνια φοίτησης	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	5,3±2,1 (4-15)
	έως 5	53 (79,1)
Χρόνια από την αποφοίτηση	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	3,7±0,8 (0-5,0)
Βαθμός Πτυχίου	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	7,24±0,63 (5,5-8,45)
	έως 7,00	28 (41,8)
Οδός εισαγωγής στην Σχολή	*Γενικό Λύκειο*	57 (85,1)
	ΕΠΑΛ/ΕΠΑΣ	9 (13,4)
	Κατατακτήριες	1 (1,5)
Η Νοσηλευτική στις δυο πρώτες επιλογές	*ναι*	40 (59,7)
Κάτοχος επιπλέον πτυχίου	*ναι*	18 (26,9)
πτυχίο[α]:	*ΑΣΠΑΙΤΕ*	5 (27,8)
	Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ	4 (22,2)
	Μεταπτυχιακό [β]	11 (61,1)
Κάτοχος διδακτορικού	*ναι*	-
Πτυχίο Αγγλικής γλώσσας	*ναι*	62 (92,5)
πτυχίο:	*LOWER ή ισότιμο*	43 (69,4)
	ADVANCED ή ισότιμο	4 (6,5)
	PROFICIENCY	19 (30,6)
	IELTS Band 8	1 (1,6)
Πτυχίο άλλης ξένης γλώσσας	*ναι*	21 (31,3)
γλώσσα:	*Γερμανικά*	12 (57,1)

	Γαλλικά	5 (23,8)
	άλλες	4 (19,0)
Πιστοποιημένος τίτλος χρήσης Η/Υ	*ναι*	62 (92,5)

[α] Από τους 18 με επιπλέον πτυχίο, ν=11 δηλώνουν τον κλάδο που ανήκει με ν=1 Διατροφή/Διαιτολογία, ν=1 Θετικές Επιστήμες, ν=3 Ιατρική, ν=5 Παιδαγωγικά και ν=1 Σχολή Κοινωνικής Θεολογίας, ΕΚΠΑ (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών).

[β] Από τους 11 με μεταπτυχιακό ν=1 δηλώνουν να ανήκει στον Τομέα telemedicine and e-health, ν=4 Δημόσια Υγείας-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ν=2 Εντατικής & Επείγουσας Ιατρικής, ν=2 Νευρολογικών νοσημάτων, ν=1 Νευρολογικό και ν=1 Προηγμένη Κλινική Πρακτική.

Στον Πίνακα 3 αναγράφεται ότι την τρέχουσα περίοδο το 28,4% (ν=19) των ερωτηθέντων συνεχίζει να σπουδάζει, με το 16,4% (ν=11) να εστιάζει σε κάποιο μεταπτυχιακό, κυρίως σε Ιατρική σχολή. Το 23,9% (ν=16) δεν είχε λάβει μέρος σε κάποιο συνέδριο/σεμινάριο τα πρώτα δύο χρόνια μετά το πέρας των προπτυχιακών σπουδών, αλλά το 76,1% (ν=51) έχει με το 16,4% να φτάνει τουλάχιστον τα 6.

Χαρακτηριστικά εργασίας των αποφοίτων της μελέτης

Πίνακας 4. Χαρακτηριστικά εργασίας & εμπειρίας των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

		ν (%)
Έτος εισαγωγής στη Σχολή	*πριν το 2008*	5 (7,5)
	2008-2010	59 (88,0)
	μετά το 2010	3 (4,5)
Έτος αποφοίτησης	*πριν το 2014*	6 (9,0)
	2014-2015	59 (88,0)
	μετά το 2015	2 (3,0)
Χρόνια φοίτησης	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	5,3±2,1 (4-15)
	έως 5	53 (79,1)
Χρόνια από την αποφοίτηση	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	3,7±0,8 (0-5,0)
Βαθμός Πτυχίου	*μέση τιμή±τ.α. (ελαχ.-μεγ.)*	7,24±0,63 (5,5-8,45)
	έως 7,00	28 (41,8)
Οδός εισαγωγής στην Σχολή	*Γενικό Λύκειο*	57 (85,1)
	ΕΠΑΛ/ΕΠΑΣ	9 (13,4)
	Κατατακτήριες	1 (1,5)
Η Νοσηλευτική στις δυο πρώτες επιλογές	*ναι*	40 (59,7)
Κάτοχος επιπλέον πτυχίου	*ναι*	18 (26,9)
πτυχίο[α]:	*ΑΣΠΑΙΤΕ*	5 (27,8)
	Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ	4 (22,2)
	Μεταπτυχιακό [β]	11 (61,1)
Κάτοχος διδακτορικού	*ναι*	-
Πτυχίο Αγγλικής γλώσσας	*ναι*	62 (92,5)
πτυχίο:	*LOWER ή ισότιμο*	43 (69,4)

	ADVANCED ή ισότιμο	4 (6,5)
	PROFICIENCY	19 (30,6)
	IELTS Band 8	1 (1,6)
Πτυχίο άλλης ξένης γλώσσας	*ναι*	21 (31,3)
γλώσσα:	*Γερμανικά*	12 (57,1)
	Γαλλικά	5 (23,8)
	άλλες	4 (19,0)
Πιστοποιημένος τίτλος χρήσης Η/Υ	*ναι*	62 (92,5)

[α] Από τους 18 με επιπλέον πτυχίο, ν=11 δηλώνουν τον κλάδο που ανήκει με ν=1 Διατροφή/Διαιτολογία, ν=1 Θετικές Επιστήμες, ν=3 Ιατρική, ν=5 Παιδαγωγικά και ν=1 Σχολή Κοινωνικής Θεολογίας, ΕΚΠΑ (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών).

[β] Από τους 11 με μεταπτυχιακό ν=1 δηλώνουν να ανήκει στον Τομέα telemedicine and e-health, ν=4 Δημόσια Υγείας-Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ν=2 Εντατικής & Επείγουσας Ιατρικής, ν=2 Νευρολογικών νοσημάτων, ν=1 Νευρολογικό και ν=1 Προηγμένη Κλινική Πρακτική.

Εδώ αποτυπώνεται το γεγονός , ότι το 80,6% (ν=54) βρήκε δουλειά ως Νοσηλευτής εντός διετίας μετά την αποφοίτηση , με το 34,3% το πρώτο εξάμηνο αφού αποφοίτησε και το 6% (ν=4) εκτός Νοσηλευτικής. Κυρίαρχος φορέας απασχόλησης ο Ιδιωτικός τομέας (59,7%) με ν=40. Με 11,9% (ν=8) έχουμε με διαφορά το δημόσιο νοσοκομείο. Το 74,6% (ν=50) εξακολουθεί να απασχολείται στο νοσηλευτικό τομέα. Οι άνεργοι κυμαίνονται στο 13,4%(ν=9), με το υπόλοιπο 86,6% να απασχολείται ή να αυτοαπασχολείται . Το 79,1% (ν=53) έχει κατά μέσο όρο 24,8 μήνες προϋπηρεσία με τ.α. ± 16,6.Το 80,6% δήλωσε ότι έχει εργαστεί εκτός Νοσηλευτικού κλάδου, με το 39,2% να έχει βρει την εργασία αυτή εντός του πρώτου εξαμήνου από την αποφοίτηση και το 41,2% (ν=21) να εργάζεται ήδη κατά την διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών.

Πίνακας 5. Χαρακτηριστικά εισοδήματος των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

		ν **%**
Πηγή προέλευσης ετήσιου εισοδήματος	*Γονείς & Εργασία*	3
	Εργασία	54
	Κρατικό επίδομα	2
	Μικτό	8
Επίπεδο ετήσιου εισοδήματος, *ευρώ*	*0-5000*	18
	6000-9000	31
	10000-14000	12
	παραπάνω	6
Ικανοποίηση από το εισόδημα *(σε σχέση με την προσφορά και όχι τις ανάγκες), ν=56*	*Καθόλου*	2
	Ελάχιστα	11
	Λίγο	12
	Μέτρια	12

	Πολύ	15
	Πάρα πολύ	4

Στον Πίνακα 5 αναγράφεται ότι για το 80,6% (ν=54) έχουν ως κύρια πηγή εισοδήματος την εργασία στην οποία απασχολούνται. Το επίπεδο εισοδήματος χαρακτηριστικά για το 46,3% (ν=30) είναι 6.000-9.000 Ευρώ και για το 26,9% (ν=18) είναι μόλις 0-5.000 Ευρώ. Παρ όλα αυτά μόνο το 33,9% (ν=19) είναι ικανοποιημένο

με τις απολαβές, με μεγάλο ποσοστό, 44,6% (ν=25) να δείχνει λίγη έως και καθόλου ικανοποίηση. Συσχετίσεις μεταξύ χαρακτηριστικών των αποφοίτων της μελέτης

Πίνακας 6. Συντελεστές συσχέτισης του βαθμού πτυχίου των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης ως προς τα χαρακτηριστικά τους και εκείνα της επιμόρφωσης & εργασίας.

	Βαθμός πτυχίου
	Spearman's
Ηλικία *(χρόνια)*	**-0,301***
Χρόνια φοίτησης *(χρόνια)*	**-0,450***
Πτυχίο Αγγλικής γλώσσας *(1:όχι, 2:ναι)*	0,172
Πτυχίο άλλης ξένης γλώσσας *(1:όχι, 2:ναι)*	**0,436***
Πιστοποιημένος τίτλος χρήσης Η/Υ *(1:όχι, 2:ναι)*	0,103
Κάτοχος Μεταπτυχιακού *(1:όχι, 2:ναι)*	**0,274***
Εργασία ως νοσηλευτής/τρία *(τα πρώτα δυο χρόνια μετά την αποφοίτηση)* *(1:όχι, 2:ναι)*	0,065
Τρέχουσα εργασιακή κατάσταση *(1:απασχολούμενος/η, 2:αυτοαπασχολούμενος/η, 3:άνεργος/η)*	-0,200

Εργασία έως σήμερα ως νοσηλευτής/τρια *(1:όχι, 2:ναι)*	**0,245***
Χρόνια προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια *(χρόνια)*	0,173
Χρονικό διάστημα εύρεσης εργασίας εκτός Νοσηλευτικού κλάδου μετά την αποφοίτηση *(1:0-6 μήνες, 2:7-12, 3:13-18, 4:19-24, 5:εργαζόταν ήδη)*	-0,009
Μέσος χρόνος εκπαίδευσης των δύο γονιών *(χρόνια)*	-0,055
Συμμετοχή σε Συνέδρια/Σεμινάρια *(τα πρώτα δυο χρόνια μετά την αποφοίτηση) (1:κανένα, 2:1-2, 3:3-5, 4:6+)*	0,224

* p-value<0.05

Παρατηρώντας τις τιμές στον Πίνακα 6 φαίνεται ότι με σημαντικά υψηλότερο βαθμό πτυχίου σχετίζονται τα άτομα μικρότερης ηλικίας (αρνητική συσχέτιση, r=-0.301, p<0.05), με λιγότερα χρόνια φοίτησης (αρνητική συσχέτιση, r=-0.450, p<0.05), με κατοχή πτυχίου αγγλικής γλώσσας (r=0.436, p<0.05) ή μεταπτυχιακού (r=0.274, p<0.05) ή έχουν εργαστεί έως σήμερα ως νοσηλευτές (r=0.245, p<0.05).

Πίνακας 7. Σύγκριση χρόνου αποφοίτησης με χαρακτηριστικά σπουδών, επιμόρφωσης και εργασίας των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

	Χρόνια φοίτησης *μέση τιμή±τ.α.*

Η Νοσηλευτική στις δυο πρώτες επιλογές	*ναι*	5,40±2,12	0,662
	όχι		
Κάτοχος επιπλέον πτυχίου	*ναι*	5,11±2,27	0,327
	όχι		
Μόνιμη κατοικία ***(μετά*** *την αποφοίτηση)*	*Ηράκλειο*	6,25±2,83	0,026
	Υπόλοιπη Κρήτη		
	Αθήνα		
	Λοιπή Ελλάδα ή εξωτερικό		
Εργασία ως νοσηλευτής/τρια *(τα πρώτα δυο χρόνια μετά την αποφοίτηση)*	*ναι*	5,14±0,75	0,249
	όχι	6,08±3,04	
Εργασία εκτός Νοσηλευτικού κλάδου	*ναι*	5,31±1,84	0,531
	όχι		

Έλεγχοι Mann-Whitney & Kruskall-Wallis.

Εδώ γίνεται αντιληπτό, ότι μεγαλύτερο μέσο χρόνο φοίτησης έχουν όσοι διαμένουν μόνιμα στο Ηράκλειο, σε σχέση με την Υπόλοιπη Ελλάδα (6,25 χρόνια έναντι 4,25, αντίστοιχα, p=0.026)

Πίνακας 8. Μεταβολή στη συχνότητα κατοικίας πριν και μετά τις σπουδές των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

	Μόνιμη κατοικία		
	πριν την εισαγωγή στη σχολή	**μετά την αποφοίτηση**	
Περιοχή	%		p-value
Ηράκλειο	32,8	41,7	0,166
Υπόλοιπη Κρήτη	13,5	6,0	
Αθήνα	20,9	25,4	
Λοιπή Ελλάδα ή εξωτερικό	32,8	26,9	

Marginal Homogeneity Test

Στον παραπάνω πίνακα δεν παρατηρείται να υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση, που να αφορά στη συχνότητα κατοικίας πριν την εισαγωγή και μετά του πέρατος της φοίτησης.

Πίνακας 9. Συχνότητα κατανομής οικογενειακής κατάστασης και αριθμού παιδιών ως προς την τρέχουσα εργασιακή κατάσταση των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης.

		Τρέχουσα εργασιακή κατάσταση			
		Απασχολούμενος/η	Αυτό-απασχολούμενος/η	Άνεργος/η	
		%			p-value
Οικογενειακή κατάσταση	*Ελεύθερος/η*	62,5	50,0	44,4	0,036
	Αρραβωνιασμένος/η	25,0	50,0	11,1	
	Διαζευγμένος/η	1,8	-	-	
	Έγγαμος/η	10,7	-	44,4	
Αριθμός παιδιών	*κανένα*	89,3	100,0	55,6	0,041
	1	8,9	-	22,2	
	2	1,8	-	22,2	

Έλεγχοι χ^2.

Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται ότι υπάρχει μεγάλης σημασίας στατιστική συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης, τεκνοποίησης και εύρεσης απασχόλησης. Σημειώνεται ότι υπάρχει η τάση για πολλούς απασχολούμενους να είναι ελεύθεροι (62,5%) και παράλληλα μια τάση για τους άνεργους στην απόκτηση ενός ή και δύο τέκνων (22,2%).

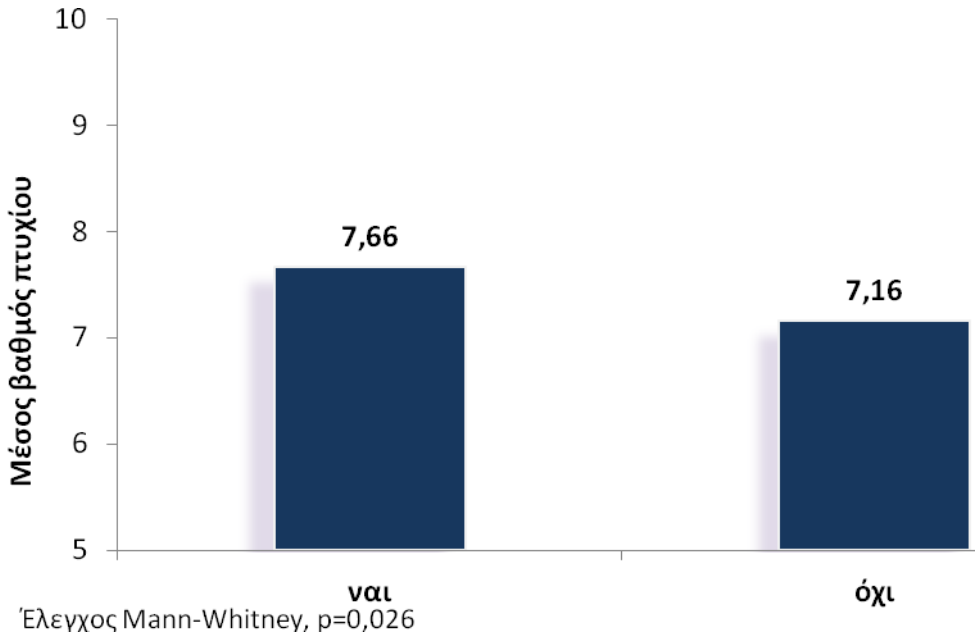
Πίνακας 10. Σύγκριση χρόνου προϋπηρεσίας ως νοσηλευτές/τριες των 67 αποφοίτων Νοσηλευτικής της μελέτης, ως προς την οικογενειακή κατάστασης και τον αριθμό παιδιών.

		Μήνες προϋπηρεσίας ως νοσηλευτές/τριες, ν=53	
		μέση τιμή±τ.α.	p-value
Οικογενειακή κατάσταση	*Ελεύθερος/η*	24,2±16,5	0,541
	Αρραβωνιασμένος/η	25,9±12,1	
	*Διαζευγμένος/η**	48,0	
	Έγγαμος/η	22,3±23,1	

Αριθμός παιδιών	*κανένα*	25,2±15,7	
	1	31,2±21,3	0,060
	2	0,0±0,0	

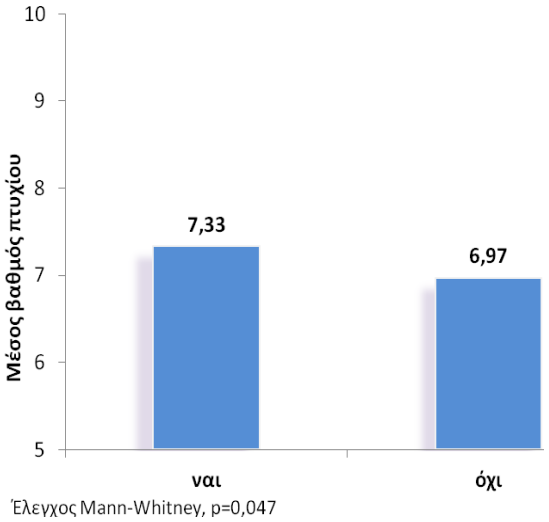
* Μία περίπτωση διαζευγμένου/ης Έλεγχοι Kruskall-Wallis. Εν αντιθέσει με τον πίνακα 9, στον πίνακα 10 δεν φαίνεται ουσιαστική στατιστική συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και τεκνοποίησης, με το χρόνο προϋπηρεσίας των ερωτηθέντων νοσηλευτών.

Σχήμα 2. Βαθμός πτυχίου των αποφοίτων της μελέτης ως προς την μεταγενέστερη «απόκτηση μεταπτυχιακού διπλώματος».



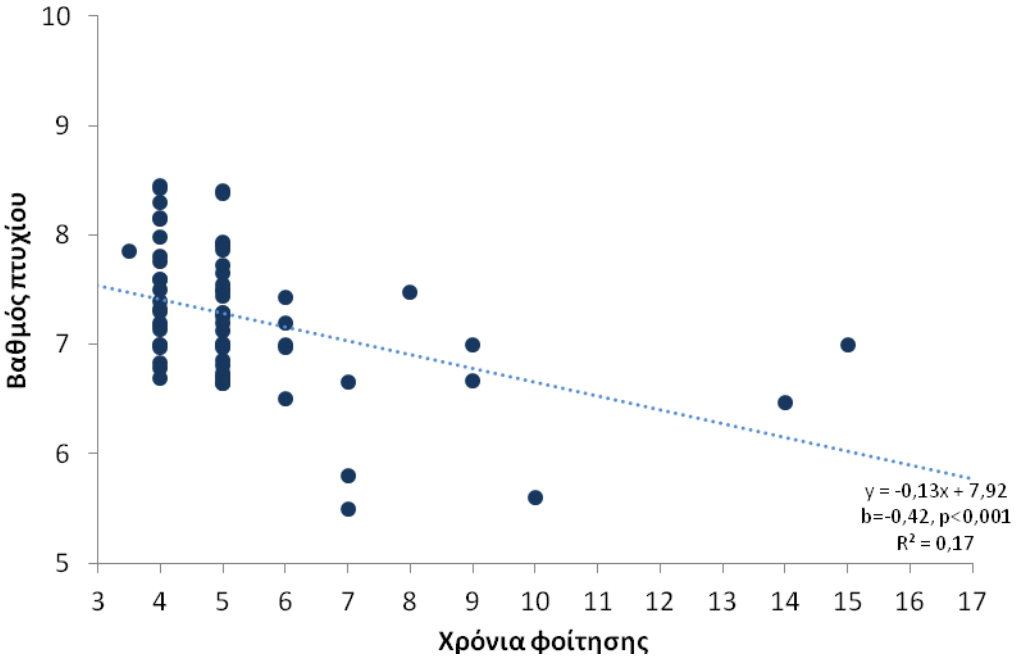
Στο παραπάνω σχήμα (2) παρατηρείται ότι ο Μέσος Βαθμός Πτυχίου σε όσους ακολούθησαν μεταπτυχιακές σπουδές είναι αισθητά μεγαλύτερος από αυτούς που δεν συνέχισαν σε τέτοιου είδους σπουδές. Παρατηρείται επίσης αξιοσημείωτη στατιστική συσχέτιση μεταξύ μεγαλύτερου βαθμού πτυχίου και απόκτησης μεταπτυχιακού (p=0,026). Φαίνεται δηλαδή ότι η επίδοση των φοιτητών καθορίζει τη μετέπειτα ακαδημαϊκή πορεία τους.

Σχήμα 3. Βαθμός πτυχίου των αποφοίτων της μελέτης ως προς την «*εργασία έως σήμερα ως νοσηλευτής/τρία*».



Στο σχήμα 3 φαίνεται πως τα άτομα , που εργάζονται ως Νοσηλευτές μέχρι σήμερα έχουν μεγαλύτερο βαθμό πτυχίου από αυτούς που δεν εργάζονται στο Νοσηλευτικό τομέα ή είναι άνεργοι μέχρι σήμερα . Γίνεται σαφής η άμεση σχέση του μεγαλύτερου μέσου βαθμού πτυχίου με την εργασία έως σήμερα ως Νοσηλευτής. Εν κατακλείδι ο απόφοιτος του τμήματος με υψηλότερο μέσο βαθμό πτυχίου έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να εργάζεται ως Νοσηλευτής μέχρι τώρα.

Σχήμα 4. Γραμμική συσχέτιση του βαθμού πτυχίου των αποφοίτων της μελέτης με τα χρόνια αποφοίτησης τους.



Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως ο μεγαλύτερος βαθμός πτυχίου συνδέεται με μικρότερο χρονικό διάστημα σπουδών. Έτσι παρατηρώντας το παραπάνω διάγραμμα, παρατηρούμε ότι αυξάνοντας το χρόνο φοίτησης π.χ. κατά 1 χρόνο, φαίνεται σημαντική μείωση στο βαθμό πτυχίου κατά 0,13 μονάδες.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η ερευνητική διαδικασία αυτής της έρευνας, χαρακτηρίστηκε από δυσκολία εύρεσης ενός μεγαλύτερου δείγματος αποφοίτων, λόγω αδυναμίας έγκαιρης και έγκυρης απόκρισης από επιπλέον ερωτηθέντες. Ένα μεγαλύτερο δείγμα θα προσέδιδε στα αποτελέσματα της έρευνας μία παραπάνω διάσταση ακρίβειας και ευαισθησίας. Ακόμη το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε προσωπικούς λογαριασμούς e-mail εγείρει προβληματισμούς

για την αληθοφάνεια των απαντήσεων, καθότι είναι δύσκολο να καθοριστεί η ειλικρίνεια που οι ερωτηθέντες επιστράτευσαν, ώστε να συμπληρώσουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 : Συζήτηση-Συμπεράσματα

Από την έρευνα προέκυψε μια πληθώρα από στοιχεία , τα οποία μπορούν να εγείρουν τον προβληματισμό και να φωτίσουν διάφορες πτυχές της αποκατάστασης των αποφοίτων της Νοσηλευτικής. Ιδιαιτέρως έμφαση δίδεται στο γεγονός, ότι επικεντρώνεται στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύουμε.

Οι απόφοιτοι οι οποίοι στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες, (83,6%) παρουσιάζουν μεταβολές της μόνιμης κατοικίας, πριν και μετά την αποφοίτησή τους. Έχουμε αύξηση των μόνιμων κατοίκων του Ηρακλείου (από 32,8 % σε 41,7 %) και ένα ποσοστό της κλάσης του 19,4 % το οποίο μετανάστευσε στο εξωτερικό μετά την απόκτηση του πτυχίου του από τη σχολή. Το πρώτο μπορεί να συμβαίνει λόγω του ότι το Ηράκλειο αποτελεί ένα σημαντικό αστικό και ακαδημαϊκό κέντρο με ευκαιρίες , το οποίο έδωσε την δυνατότητα στους φοιτητές να μείνουν στον τόπο σπουδών τους και να εδραιωθούν από κοινωνικής και εργασιακής άποψης . Το δεύτερο στοιχείο όμως μπορεί να σημαίνει ότι περίπου το ένα πέμπτο των φοιτητών βρήκε τις προσδοκίες του για καριέρα εκτός Ελλάδας , πράγμα που συνεπάγεται υψηλό ποσοστό ¨Brain Drain", απορρόφησης δηλαδή των πτυχιούχων της χώρας από χώρες του εξωτερικού[8].

Άξια προσοχής αποτελεί η μεγάλη συμμετοχή των αποφοίτων σε εθελοντικούς οργανισμούς(28,4%). Αυτό το γεγονός ίσως δεν είναι τυχαίο , αφού η Νοσηλευτική άλλωστε είναι μια επιστήμη με επίκεντρο την ολιστική και πολυδιάστατη φροντίδα και προστασία του ανθρώπου. Έτσι λοιπόν αν και θετική επιστήμη στον πυρήνα της, της προσδίδεται μια ανθρωπιστική χροιά, που συχνά εκδηλώνεται με τη μορφή του αλτρουισμού.

Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων των αποφοίτων κυμαίνεται σε γενικά ικανοποιητικά επίπεδα , με την πλειοψηφία των γονέων να έχει ολοκληρώσει την βασική δωδεκαετή εκπαίδευση . Βέβαια πρέπει να πούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό(19,4 % για τους πατέρες και 13,4 % για τις μητέρες) ολοκλήρωσε μόνο το δημοτικό σχολείο. Παρόλα ταύτα αυτό δεν φαίνεται να αποτελεί εμπόδιο για τα παιδιά τους στην κατάκτηση της ανώτατης παιδείας στην Νοσηλευτική.

Το μέγιστο ποσοστό των ερωτηθέντων (88 %) εισήχθη στην σχολή μέσα στην περίοδο, που ξέσπασε η μεγάλη οικονομική κρίση το διάστημα 2008–2010, ενώ κατά μέσο όρο έχουν περάσει μόλις 3,7 έτη από την αποφοίτησή τους. Ένα ποσοστό 79,1 % τελείωσε εντός πενταετίας και το 59,7 % συμπεριέλαβε την σχολή στις δύο κορυφαίες θέσεις των επιλογών του στο Μηχανογραφικό τους. Έτσι μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι σπουδαστές του τμήματος στην πλειοψηφία τους, έχουν κάνει την συνειδητή επιλογή πάνω στον κλάδο

που τους ενδιαφέρει και ολοκληρώνουν την προπτυχιακή τους περίοδο αρκετά σύντομα. Ο μέσος όρος του βαθμού πτυχίου τους επίσης κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα με 7,24 , ενώ οι πιο πολλοί πέρασαν στη σχολή μέσω Πανελλαδικών εξετάσεων του Γενικού Λυκείου (85,1 %) .

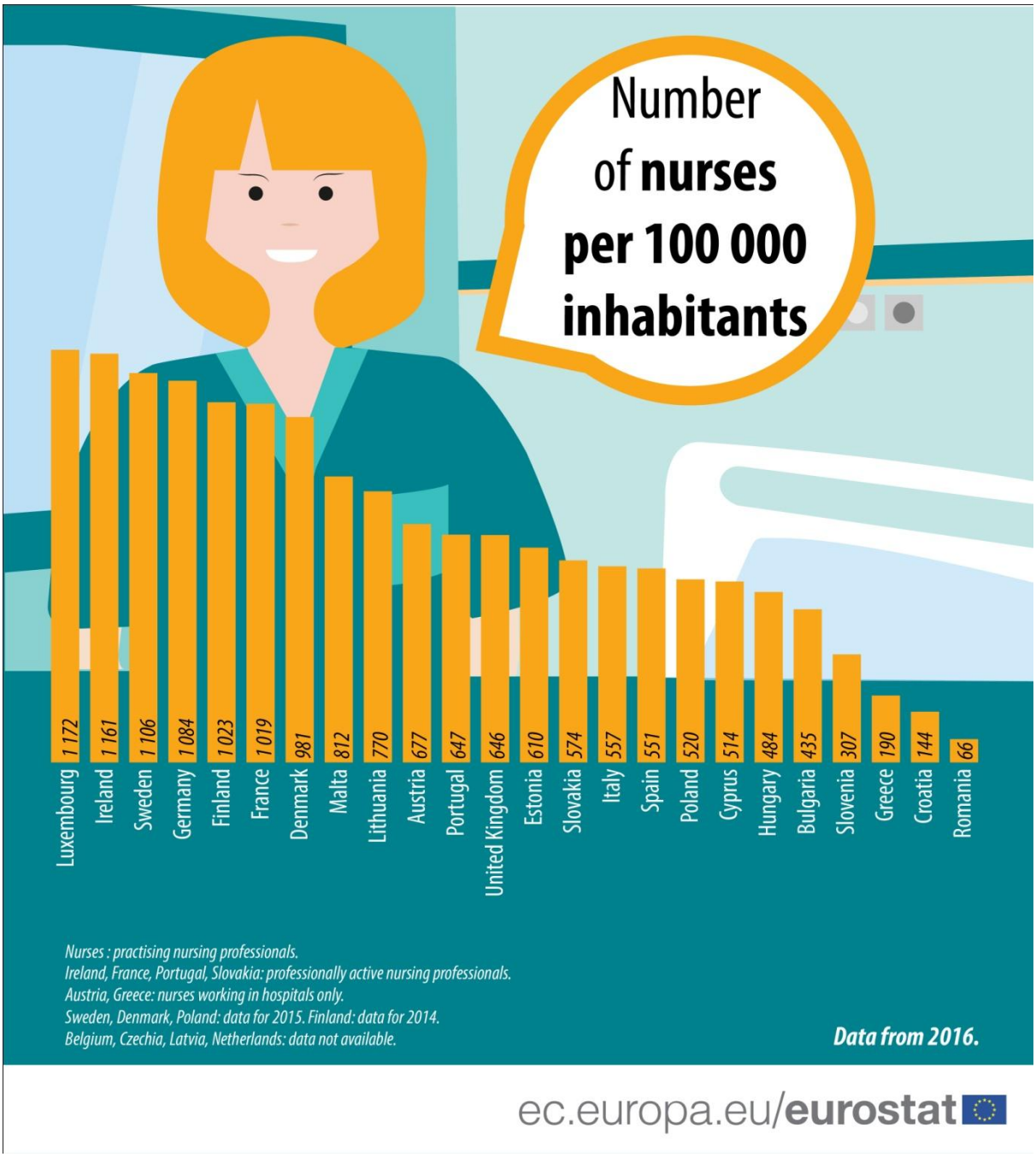
Το 26,9 % των αποφοίτων διαθέτει ένα επιπλέον πτυχίο, με το 92,5 % να διαθέτει πτυχίο στα Αγγλικά αλλά και στους Ηλεκτρονικούς Υπολογιστές . Το ένα τρίτο περίπου των φοιτητών έχει λάβει το Proficiency και το 31,3 έχει γνώση και δεύτερης ξένης γλώσσας. Έτσι λοιπόν το πλέον πιθανό σενάριο που μπορεί να συνταχθεί για τον μέσο σπουδαστή Νοσηλευτικής , είναι ότι είναι πνεύμα ανήσυχο, το οποίο έχει αναγάγει την παιδεία στα επίπεδα της διά βίου μάθησης και φροντίζει να διευρύνει το πεδίο σκέψης και τους ορίζοντές του.

Σε αυτό το σημείο μπορούμε να προσθέσουμε στα παραπάνω το ότι , οι ερωτηθέντες στο 71,6 % τους συνεχίζουν τις σπουδές τους την τρέχουσα περίοδο, που έλαβε χώρα η έρευνα με πολλούς να εστιάζουν σε μεταπτυχιακά (16,4 %). Παράλληλα ασχολούνται και με την παρακολούθηση συνεδρίων και σεμιναρίων, πράγματα που συμβάλλουν στην ενημέρωση και στον εμπλουτισμό ενός πολυεπίπεδου και ανταγωνιστικότερου βιογραφικού.

Όσο αφορά στην εύρεση εργασίας , άξιο προσοχής αποτελεί το εύρημα ότι το 80,6 % βρήκε εργασία ως Νοσηλευτής μέσα στα πρώτα δύο έτη από την αποφοίτηση του. Το ένα τρίτο περίπου μόλις στους πρώτους έξι μήνες και μόνο το 6 % δεν έχει εργαστεί ποτέ ως Νοσηλευτής. Ένα μεγάλο ποσοστό εργάζεται ακόμη πάνω στον Νοσηλευτικό τομέα (74,6%).

Σύμφωνα με την έρευνα το 59,7 % των αποφοίτων απασχολείται στον Ιδιωτικό τομέα ως Νοσηλευτής, αλλά μόνο το 11,9 % σε δημόσιο Νοσοκομείο. Από αυτό το δεδομένο παρατηρείται ότι η κατάσταση στο Δημόσιο παρουσιάζει μεγαλύτερα επίπεδα κορεσμού έναντι των Ιδιωτικών Φορέων. Σύμφωνα με το ΙΟΒΕ υπάρχει γενικά αύξηση της απασχόλησης σπουδαστών ΤΕΙ στον Ιδιωτικό τομέα[11].

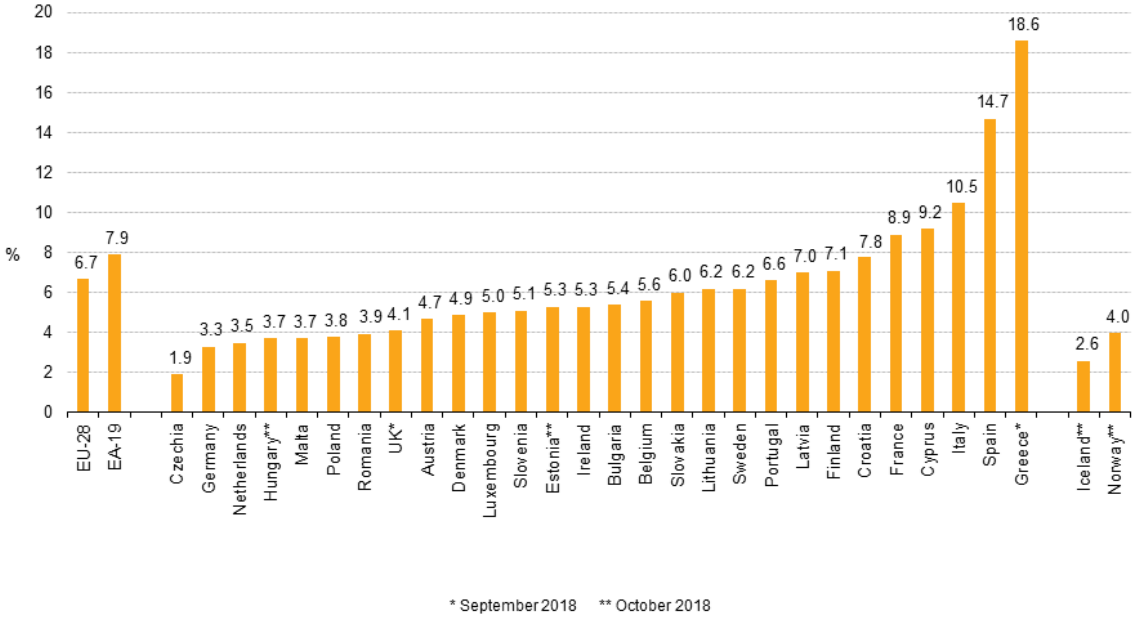
Βέβαια να προστεθεί ότι από μελέτη της EUROSTAT για το 2016 η Ελλάδα απασχολεί μόλις 190 Νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους , που είναι ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση[12].



Το 83,6 % των αποφοίτων της Νοσηλευτικής είναι απασχολούμενοι. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω οι πιο πολλοί εργάζονται πάνω στο αντικείμενο τους , στο οποίο σπούδασαν παρά το γεγονός ότι η έρευνα επικεντρώνεται σε περίοδο κρίσεως.

Θετικό θα μπορούσε να χαρακτηριστεί για το Νοσηλευτικό επάγγελμα , είναι ότι αν και σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ[10] , και την EUROSTAT[13] για το Νοέμβριο του 2018 σε έρευνα της η ανεργία φτάνει σε ποσοστό το 18,6 % στην Ελλάδα , η ανεργία των αποφοίτων του τμήματος είναι χαμηλότερη κατά 5,2 % αυτού δηλαδή στα 13,4 % . Μια διαφορά πού μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση στις ευκαιρίες και στο μέλλον των αποφοίτων.

Unemployment rates, seasonally adjusted, November 2018

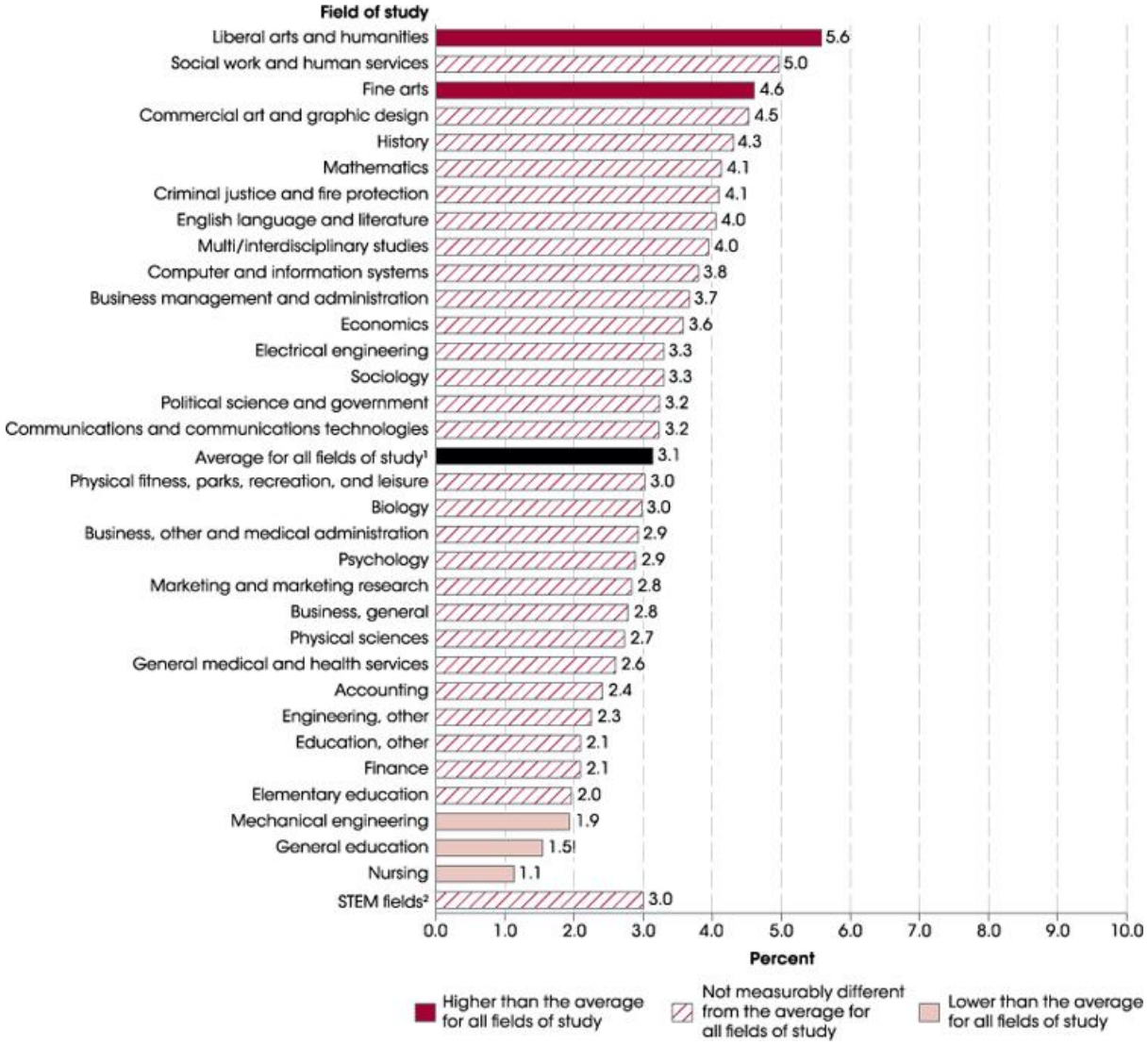


* September 2018 ** October 2018

Source: Eurostat (online data code: une_rt_m)

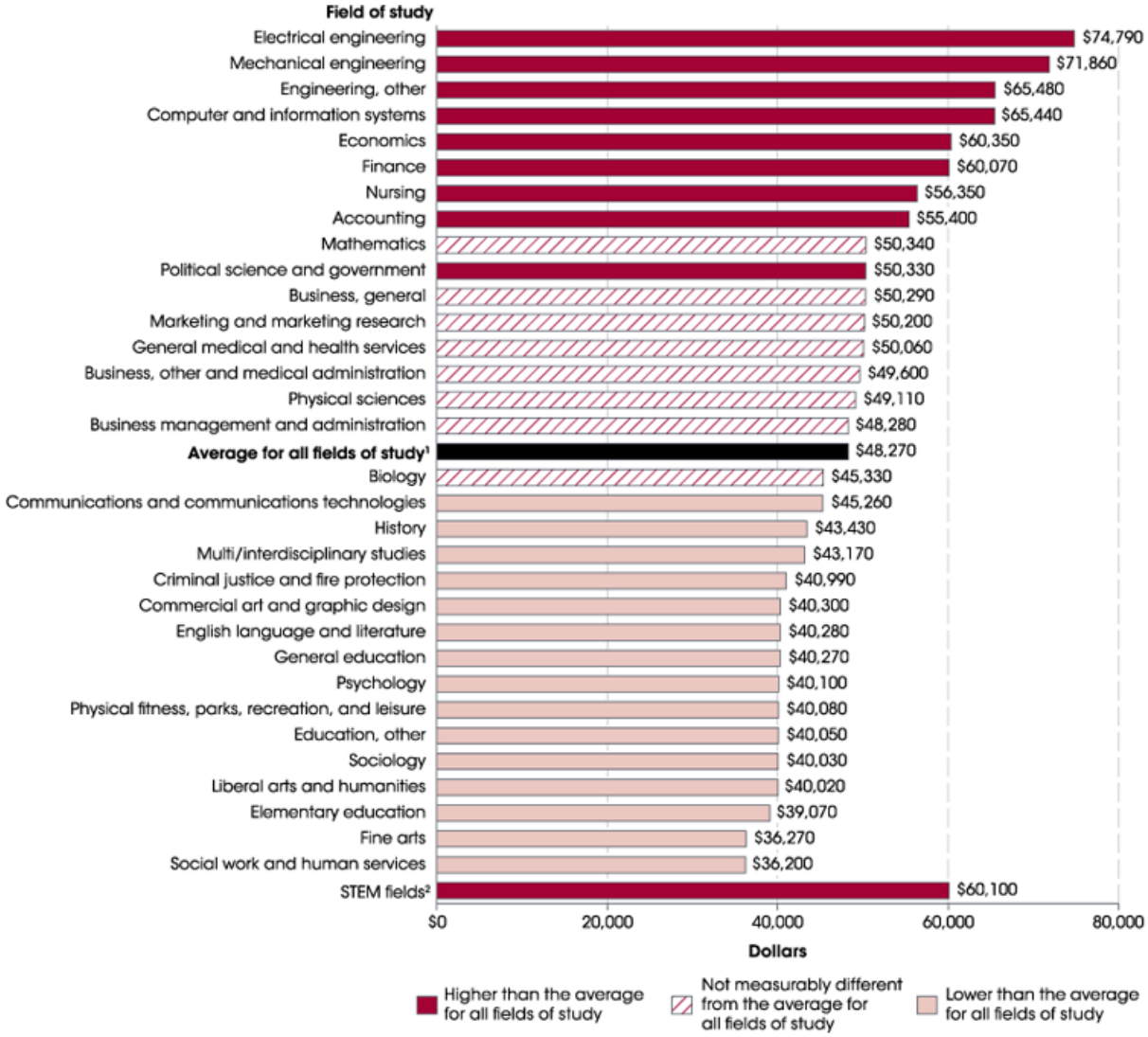
eurostat

Εδώ φαίνεται από τη στατιστική μελέτη , πως ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας για τους αποφοίτους είναι πάνω από δύο έτη , ενώ πάνω από 80 % έχει εργασιακή εμπειρία εκτός Νοσηλευτικού κλάδου με το 41,2 % των φοιτητών να εργάζεται όσο σπουδάζει. Πιθανώς και ως ένα βαθμό λόγω κρίσεως, αυτό να οφείλεται σε τυχόν οικονομικές δυσκολίες , επιθυμία κάλυψης οικονομικών υποχρεώσεων , αποταμίευση , εργασιακή εμπειρία κ.τ.λ. Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής πάντως σύμφωνα με το National Centre for Educational Statistics για το 2016 μόλις το 1,1 % των πτυχιούχων Νοσηλευτικής ετών 25-29 είναι άνεργοι[7] και στο 2017 μόλις το 17 % των σπουδαστών πλήρους ωραρίου ετών 20–34 εργάζονταν μαζί με τις σπουδές τους[9].



Ο μέσος απόφοιτος Νοσηλευτικής σύμφωνα με την έρευνα (80,6 %) αντλεί το ετήσιο εισόδημα του από την ίδια του την εργασία, πράγμα που μπορεί να σημαίνει ένα σημαντικό επίπεδο αυτονομίας. Το ετήσιο αυτό εισόδημα κυμαίνεται για τους πιο πολλούς (46,3 %) στα 600 –9000 Ευρώ, ενώ σε σχέση με την προσφορά εργασίας, μόλις το ένα τρίτο περίπου δήλωσε ικανοποιημένο πολύ έως πάρα πολύ. Αυτό μπορεί να αποτελέσει ένα αξιοσημείωτο στοιχείο για την επίδραση της κρίσεως στους νεαρούς επαγγελματίες.

Συγκριτικά στις Ηνωμένες Πολιτείες σύμφωνα με το National Centre for Educational Statistics, για τους Νοσηλευτές το 2016 το μέσο εισόδημα ανέρχεται στα 56.350 $ δηλαδή 49.485,72 ευρώ με την τρέχουσα ισοτιμία την στιγμή συγγραφής αυτού του κεφαλαίου[7].



Από τα στατιστικά παρατηρούμε ότι ένας από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες για την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών καθώς και για την μεγαλύτερη πιθανότητα εξασφάλισης εργασίας στον Νοσηλευτικό κλάδο, είναι ο μεγαλύτερος βαθμός πτυχίου. Γενικά πάντως στην Αμερική υπάρχει σχέση μεταξύ ανώτερων σπουδών και εύρεσης εργασίας[8]. Ο μεγαλύτερος βαθμός πτυχίου όμως με τη σειρά του όπως έγινε σαφές έχει άμεση σχέση με συντομότερες σπουδές, ικανότητα χρήσης Αγγλικής γλώσσας, όσο το δυνατόν νεαρότερη ηλικία και άλλους παράγοντες. Συνεπώς κάποιος που θα τα έχει λάβει αυτά υπ'όψην του όσο πιο έγκαιρα γίνεται και ενδιαφέρεται να ακολουθήσει τον δρόμο της Νοσηλευτικής, πιθανώς θα αυξήσει μακροπρόθεσμα ή βραχυπρόθεσμα τις πιθανότητες και τις ευκαιρίες του για επιτυχία στον τομέα αυτόν.

Άξιο αναφοράς είναι ότι αυτοί που τελειώνουν νωρίτερα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν μόνιμη κατοικία εκτός της πόλης του Ηρακλείου. Μπορεί να θεωρηθεί ότι τα έξοδα στέγασης (μίσθωση οικίας, εστίαση), έξοδα μεταφοράς (αεροπλάνα , πλοία, λεωφορεία) και η αποστασιοποίηση από τον τόπο τους εξωθούν τους φοιτητές αυτούς σε γρηγορότερη εκπλήρωση των υποχρεώσεων τους με συντομότερες και λιγότερο δαπανηρές προπτυχιακές σπουδές.

Πάνω από το 40 % των αποφοίτων της σχολής προβαίνουν στον σχηματισμό οικογένειας και στην τεκνοποίηση. Στους απασχολούμενους το χαμηλότερο ποσοστό έγγαμων μπορεί να σημαίνει ότι

αυτό το σύνολο ατόμων εστιάζει πιο πολύ στην καριέρα παρά στον σχηματισμό οικογένειας , ίσως δεν επιθυμεί ή δεν δύναται να διαχειριστεί την πολυμορφικότητα των ρόλων, που θα συνεπάγονταν το σενάριο αυτό (εργαζόμενος πολίτης, γονέας ,οικογενειάρχης). Αντιθέτως στους άνεργους παρατηρούμε μεγαλύτερο ποσοστό έγγαμων (για κάποιους μπορεί να φανεί απρόσμενο) και μάλιστα και αυτών με δύο τέκνα. Αυτά τα άτομα μπορούν θεωρηθούν, ότι εστιάζουν κυρίως στο ρόλο του γονέα, με τους συντρόφους τους να ασχολούνται με επαγγελματικές, οικονομικές και άλλες εξωτερικές υποχρεώσεις. Παρατηρείται λοιπόν ότι η κρίση , η ανεργία και πιθανές άλλες δυσχέρειες δεν εμποδίζουν τους απόφοιτους να δομήσουν μια τυπική πυρηνική οικογένεια.

Έτσι λοιπόν είναι οφθαλμοφανές ότι η κατάσταση εντός κρίσεως για τους Νοσηλευτές, έχει τόσο θετικά, όσο και αρνητικά στοιχεία. Αν ο σπουδαστής έχει ανησυχίες, ικανοποιητικό βαθμό πτυχίου και σπουδές και μια επαρκή συλλογή προσόντων, ίσως θα ανοίξουν πόρτες , που δεν θα μπορούσε κάποιος εκ προοιμίου να εντοπίσει, διότι όπως φάνηκε παρά την οικονομική δυσχέρεια υπάρχουν ακόμη επιλογές και ευκαιρίες.

Βιβλιογραφία

1) Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., «Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2000, 17(6):627-639.
2) . Commentary: Look after the pennies. Br Med J 2009, 338:1380
3) . The credit crisis and health care. Br Med J 2008, 337:a2259
4) ROULEAU K, REDWOOD-CAMPBELL L.. International development and humanitarian aid. In times of economic crisis, should Canada maintain its spending? Can Fam Physician 2009, 55:575−577
5) ECONOMOU C, GIORNO C.. Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722. OECD Publishing, Paris, France, 2009
6) BJÖRNBERG A, GARROFÉ BC, LINDBLAD S. Euro health consumer index 2009. Health Consumer Powerhouse
7) DANIILIDOU NV, GREGORY S, KYRIOPOULOS JH, ZAVRAS DJ.. Factors associated with self-rated health in Greece. A population based postal survey. Eur J Public Health 2004, 14:209−21
8) GEITONA M, ZAVRAS D, KYRIOPOULOS J. Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. Eur J Gen Pract 2007, 13:144−15
9) ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΓΚΡΕΓΚΟΡΥ Σ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003
10) Λέφα - Τσιρώνη Β. «Οδηγός Επαγγέλματος "Νοσηλευτή"» Οριζόντια Δράση Γραφείων Διασύνδεσης ελληνικών ΑΤΕΙ (Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης - Έργο του ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ) Υποέργο 2 «Σύνταξη Οδηγού Επαγγελμάτων του ΑΤΕΙ Πατρών» Πάτρα, 2008.
11) Carol Taylor Carol Lillis Priscilla Lemone Θεμελιώδης Αρχές της Νοσηλευτικής ΤΟΜΟΣ Ι κεφάλαιο 1 σελ 33-35
12) ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ ΒΥΖΑΝΤΙΟ, (Διατριβή) Αθήνα, Εθνίκο και Κποδιστιακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,1990:55
13) Παναγιώτα Μελιτζανά, Στεργιανή Χατζίδου (2000). Νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά Ημερίδας «κατ οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» σελίδες 115-116.
14) Κοτσαμπασάκη Σ.. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα. Τρέχουσες εξελίξεις, μελλοντικές αλλαγές και προοπτικές. Αθήνα 2004. Νοσηλευτική 43(1):14-22
15) Ζηρογιάννης Π. Η Διαχρονική Εξέλιξη Ιατρικής και Νοσηλευτικής.Πρακτικά 1 ου Παννελ.Συνέδ. Νοσηλ.,Κέρκυρα,1994:5-35
16) Ρηγάτος Α.Γ. Ιστορία της Νοσηλευτικής. Από την φιλανθρωπική Τέχνη στη Σύγχρονη Επιστήμη. ΒΗΤΑ, 2006, :82-108
17) Μόσχου-Κάκκου Α.. Νοσηλευτική επιστήμη στη διαχρονική πορεία μέχρι το 2000. Αθήνα 1998. Νοσηλευτική 37(1):41-47
18) Θεοδώρου Ε.Δ. Τα Τάγματα των αδερφών του Ελέους.Αναγέννησις,1945,4:51-4
19) Κουρκούτα Λ. Ιστορία Νοσηλευτικής. Αθήνα, 2008,: 86-100 Ζαβιτσάνος Θ., «Δημόσια Κοινωνική Υγιεινή», 1977, Τεύχος Α, Τόμος Α:237–275, Τεύχος Β, Τόμος Α:1265–1336, 1705–1706
20) Ρόζος Β., «Τα 150 χρόνια της Ελληνικής Επανάστασης. Ερανίσματα από την Υγειονομική Νομοθεσία της πρώτης Ελληνικής Πολιτείας», Δεκέμβριος 1971, σελ. 11–16.

21) Λανάρα Β. «Τα εκατό χρόνια της Σχολής Αδελφών Νοσοκόμων του Ευαγγελισμού 1875–1975», Εκδόσεις Θεραπευτηρίου Ευαγγελισμός, Αθήνα, 1978:35–4015.
22) Βελονάκη Β. Σ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., «Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και Νοσηλευτική στην Ελλάδα», ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2006, 45(4):491–499.
23) Σκρουμπέλος Α, Δάγλας Α., Σκουτέλης Δ., Κυριόπουλος Γ., «Το νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα: Παρούσα κατάσταση και τρέχουσες προκλήσεις», 5ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο της ΕΝΕ
24) Λανάρα Β. Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Έκδ., Παρισιάνος, Αθήνα, 2008
25) Νιάκας Δ. Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία. Έκδ., Mediforce, Αθήνα, 2004.
26)
27) Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ. Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ. Βασικές αρχές Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999
28) Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας. Έκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 2002
29) Ζαβλάνου Μ. Οργάνωση και Διοίκηση. Έκδ., Έλλην, Αθήνα, 1996
30) Smansburg R, Smansburg R. Εισαγωγή στη νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. 2η Επιστημονική Επιμέλεια: Αποστολοπούλου Ε. Έκδ., Λαγός, Αθήνα, 1999
31) Έλληνας, Δ. Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία Ομοιότητες και Διαφορές. Επιθεώρηση Υγείας 2004;25(87):17-21
32) Σαράφης Π., Μαλλιαρού Μ., Σωτηριάδου Κ., «Ο διακριτός ρόλος της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο μάνατζμεντ του νοσοκομείου», Interscientific Health Care (2010) Τόμος 2, Τεύχος 4, 148-154.
33). Rousel L., Swansburg R.C., «Νοσηλευτική Διοίκηση και Ηγεσία», Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2010, 244-271, 576-59.
34) Λιαρόπουλος Λ., «Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αθήνα Εκδόσεις Βήτα, 2007,2010, 49-50, 73-89, 91-103, 105-114, 129-135.
35) Wolper LF. Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Οργανωμένης Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Εκδ Mediforce Services S.A, Αθήνα 2001
36) Wolper LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Το νοσοκομείο στα πλαίσια ενός συστήματος οργανωμένης παροχής φροντίδας. Τόμος Β. Εκδόσεις. Mediforce Services S.A, Αθήνα 2001.
37) Sotiropoulos, D., 2014, "The Social Effects of the Economic Crisis in the Western Balkans: A Case Study of Unreconstructed Welfare Regimes," Southeastern Europe, 38(2-3), 250–266
38) Koutsogeorgopoulou, V., Matsaganis, M., Leventi, C., Schneider, J.D., 2014, "Fairly Sharing the Social Impact of the Crisis in Greece," OECD Economics Department Working Papers, 1106, OECD Publishing, Paris.
39) Madianos, M.G., Alexiou, T., Patelakis, A. and Economou, M., 2014, Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. Eur. J. Psychiat.], 28(1), 39-49
40) Καραλή Μ., Γαλάτου Ν. Οργάνωση & Στελέχωση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, Μονάδων Υγείας 2018

41) Μαλλιαρού Μ,Καραθανάση Κ, Σαράφης Π. Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση: μια συστηματική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης 2008 1(1): 40-48.

42) Stanhope M, Lancaster J. Κοινοτική Νοσηλευτική. 2η έκδ. Αθήνα : Πασχαλίδης , 2009 : 737-743, 767-781, 797-817, 823-838.

Πήγες internet

1) http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_ financial_ crisis_ report_ en_ .pdf προσπελάστηκε : (10/01/2019)
2) http://www.worldbank.org
3) OECD economic outlook, Greece. 2009. Available at: http://www.oecd.org/dataoecd/6/18/20211579.pdf προσπελάστηκε : (15/01/2019)
4) ttp://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-consumerworks?inputA=6
5) EUROSTAT.
6) Real GDP growth rate, 2009. Available at: http://epp. eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do? tab=table& init=1&plugin= 1&language=en& pcode=tsieb020 ().ECONOMOU C, GIORNO C προσπελάστηκε : (15/01/2019)
7) http://www.statistics.gr
8) https://ec.europa.eu/eurostat
9) National Centre for Education Statistics (n.d.) Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: https://nces.ed.gov/programs/coe/introduction3.asp προσπελάστηκε : (17/01/2019)
10) Employment Outcomes for Bachelor Degree Recipients (2016) Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: https://nces.ed.gov/programs/coe/indicator_sbc.asp προσπελάστηκε : (18/01/2019)
11) Employment and Unemployment rates by Educational Attainment (2017) Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: https://nces.ed.gov/programs/coe/indicator_cbc.asp προσπελάστηκε : (18/01/2019)
12) College Student Employment (2017) Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: https://nces.ed.gov/programs/coe/indicator_ssa.asp προσπελάστηκε : (18/01/2019)
13) Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ελλάς με αριθμούς,2018, 9: 103-114 Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο:http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2018Q4_GR.pdf/6b31b525-ab5d-412e-a059-7cedd02800a1 προσπελάστηκε : (18/01/2019)
14) Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών. Εκπαίδευση και αγορά εργασίας στην Ελλάδα: Επιπτώσεις της κρίσης και προκλήσεις. (2018).Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_F_09072018_REP.pdf προσπελάστηκε : (19/01/2019)
15) http://enne.gr
16) Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών. Εκπαίδευση και αγορά εργασίας στην Ελλάδα: Επιπτώσεις της κρίσης και προκλήσεις. (2018).Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_F_09072018_REP.pdf προσπελάστηκε : (19/01/2019)
17) http://www.suicide-help.gr

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Φύλο :
Άνδρας
Γυναίκα
Έτος γέννησης:
……..

Μόνιμη κατοικία (πριν την εισαγωγή στην σχολή):

Αθήνα

Θεσσαλονίκη
Ηράκλειο
Χανιά
Ρέθυμνο
Άγιος Νικόλαος
Λοιπή Ελλάδα

Μόνιμη κατοικία(μετά την αποφοίτηση):

Αθήνα

Θεσσαλονίκη
Ηράκλειο
Χανιά
Ρέθυμνο
Άγιος Νικόλαος
Λοιπή Ελλάδα

Περιφέρεια μόνιμης κατοικίας: *
Αττική
Στερεά Ελλάδα χωρίς Αττική
Μακεδονία
Πελλοπόννησος
Κρήτη
Ιονίου
Αιγαίου
Θράκη
Θεσσαλία
Ήπειρο

Έτος εισαγώγης στη σχολή :

…….

Έτος αποφοίτησης από την σχολή:

……

Βαθμός πτυχίου:

……

Οδός στην ανώτατη εκπαίδευση :

Γενικό Λύκειο
Ε.Π.Α.Λ/Ε.Π.Α.Σ
Άλλο…….

Ήταν η νοσηλευτική στις 2 πρώτες επιλογές στο μηχανογραφικό σας ;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Είστε κάτοχος πτυχίου επιπλέον σπουδών ;
ΟΧΙ
Μεταπτυχιακό
Πτυχίο άλλου Α.Ε.Ι/Α.Τ.Ε.Ι
ΑΣΠΑΙΤΕ

Αν είστε κάτοχος επιπλέον πτυχίου Α.Ε.Ι/Α.Τ.Ε.Ι ,σε ποιό κλάδο ανήκει: *
Ιατρική
Μαιευτική
Διατροφή/Διαιτολογία
Βρεφονηπιοκομίας
ΆΛΛΟ .....

Εάν είστε κάτοχος μεταπτυχιακού , σε ποιό τομέα είναι : *
Κλινική Νοσηλευτική γενικά
Πληροφορική Υγείας
Ψυχικής Υγείας
Δημόσιας Υγείας
Διοίκηση Υπ. Υγ.
ΑΛΛΟ

Είστε κάτοχος διδακτορικού; *
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Είστε κάτοχος πτυχίου Αγγλικής γλώσσας; *
LOWER
ADVANCE
PROFICIENCY
ΟΧΙ

Είστε κάτοχος πτυχίου σε 2η ξένη γλώσσα ;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Εάν ναι , ποιά είναι αυτή ;
γερμανικά
γαλλικά
ισπανικά
ιταλικά
άλλο

Είστε κάτοχος πιστοποιημένου διπλώματος Η/Υ(ανεξάρτητα εάν ισχύει ακόμα ή όχι) ;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Τη Δεδομένη Χρονική Στιγμή Συνεχίζετε τις Σπουδές σας(ανεξάρτητα εάν έχετε ολοκληρώσει τις σπουδές σας ή αν είστε ακόμα φοιτητής) ;
ΟΧΙ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΑΤΕΙ/ΤΕΙ
ΑΣΠΑΙΤΕ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

Εάν Συνεχίζετε Τις Σπουδές Σας Σε Κάποιο ΑΕΙ/ΤΕΙ Ποιό είναι αυτό;
ΙΑΤΡΙΚΗ
ΜΕΑΙΥΤΙΚΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ
ΔΙΑΤΡΟΦΗ/ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΑΛΛΟ……..

Εάν Συνεχίζετε Τις Σπουδές Σας Σε Μεταπτυχιακό Επίπεδο , Ποιό είναι αυτό ;
Μονάδες Εντατικής
Πληροφορική Υγείας
Ψυχικής Υγείας
Δημόσιας Υγείας
ΑΛΛΟ……..

Έχετε εργαστεί ως νοσηλευτής τα δυο πρώτα χρόνια μετά την αποφοίτηση;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Μετά από πόσο χρονικό διάστημα υπήρξε εύρεση εργασίας ως νοσηλευτής;
0-6 μήνες
7-12 μήνες
13-18 μήνες
19-24 μήνες

Ποιος είναι ο φορέας απασχόλησής σας; *
Δημόσιο νοσοκομείο
Εκπαιδευτικές δομές
Δημοτικές δομές υγείας
Ιδιωτικός τομέας (ως νοσηλευτής)
Γραμματέας σε διαγνωστικά ιατρεία
ΑΛΛΟ (π.χ. γ) .....

Ποία είναι η τωρινή εργασιακή σας κατάσταση :
Άνεργος
Αυτοαπασχολούμενος
Απασχολούμενος

Εργάζεστε Μέχρι Και Σήμερα Ως Νοσηλευτής ;
ΝΑΙ
ΟΧΙ
Εάν έχετε εργαστεί ως νοσηλευτής πόσα χρόνια προϋπηρεσίας έχετε έως και σήμερα ;
……..

Έχετε εργαστεί εκτός νοσηλευτικού κλάδου;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Σε Πόσο Χρονικό Διάστημα Βρήκατε Εργασία Εκτός Νοσηλευτικού κλάδου Μετά Την Αποφοίτηση ;
0 - 6 μήνες
7 - 12 μήνες
13 - 18 μήνες
19 - 24 μήνες

Από που προέρχεται το ετήσιο εισόδημα σας ;
ΓΟΝΕΙΣ
ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕΙΚΤΟ
ΚΡΑΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΜΑ
ΑΛΛΟ.....

Που κυμαίνεται το ετήσιο εισοδήμα σας ;
0-5000
5000-9000
10000-14000
15000-20000
Παραπάνω

Πόσο ικανοποιημένος είστε από το ετήσιο εισόδημα σας?
ΚΑΘΟΛΟΥ
ΕΛΑΧΙΣΤΑ
ΛΙΓΟ
ΜΕΤΡΙΑ
ΠΟΛΥ
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ

Ποιό είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα:
ΔΗΜΟΤΙΚΟ
ΓΥΜΝΑΣΙΟ
Ε.Π.Α.Λ
ΓΕΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ
Α.Ε.Ι/Α.Τ.Ε.Ι
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

Ποιό είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας
ΔΗΜΟΤΙΚΟ
ΓΥΜΝΑΣΙΟ
Ε.Π.Α.Λ
ΓΕΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ
Α.Ε.Ι/Α.Τ.Ε.Ι
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση ;
Ελεύθερος

Αρραβωνιασμένος
Έγγαμος
Διαζευγμένος

Εάν είστε έγγαμος , ποιά είναι η χρονική περίοδος τέλεσης του γάμου;

……..

Η πρώτη τεκνοποίηση ήταν εντός διετίας από την αποφοίτηση ;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Σε ποιά ηλικία ήταν η πρώτη τεκνοποίηση; *

……

Αριθμός Τέκνων : *

……

Είστε μέλος κάποιου εθελοντικού συλλόγου ;
ΝΑΙ
ΟΧΙ

Εάν ναι , ποιός είναι αυτός ;
Ερυθρός Σταυρός
Γιατροί χωρίς σύνορα
Χαμόγελο του παιδιού
Ηλιαχτίδα
ΑΛΛΟ…….

Σε πόσα Νοσηλευτικά Συνέδρια/Σεμινάρια παρευρεθήκατε τη Πρώτη Διετία Μετά Την Αποφοίτηση;
κανένα
1 εως 2
3 εως 5
περισσότερα