

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΤΗΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ»**

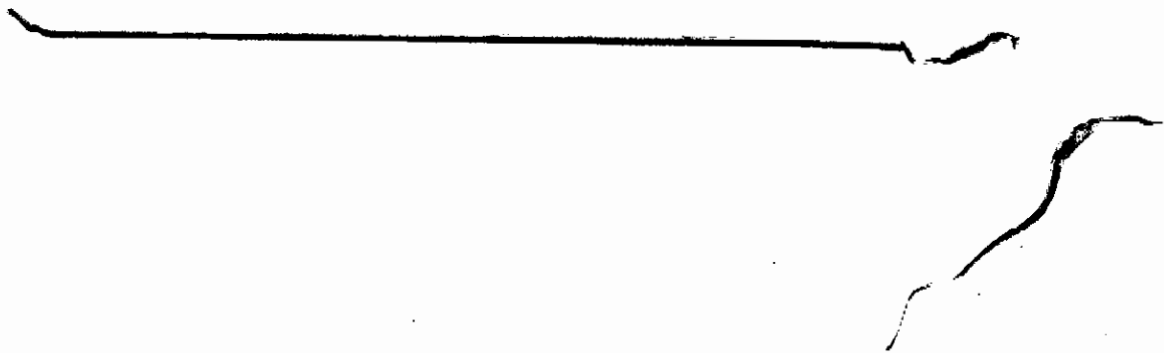


**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:**  
Πικέα Ιωάννα

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:**  
Μόσχου - Κάκκου Αθηνά Ms  
Καθηγήτρια Εφαρμογών  
Νοσηλευτικής

**ΠΑΤΡΑ 2000**

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	3354
----------------------	------



## **Αφιέρωση**

*Αφιερώνεται σ' όσους προωθούν και συντείνουν με το  
έργο τους στην εδραίωση νοσηλευτικής συνείδησης.*

## **Ευχαριστίες**

*Ευχαριστώ θερμά την κ. Μόσχου - Κάκου Αθηνά την εισηγήτρια της εργασίας για την εποικοδομητική καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράσταση της καθώς επίσης και τον κ. Κουτσογιάννη χωρίς την συμβολή των οποίων θα ήταν ανέφικτη η εκπόνηση της παρούσας μελέτης.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>6</b>
<b>Γενικό Μέρος</b>	<b>8</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	<b>9</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>	<b>9</b>
<b>ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	<b>9</b>
Σχέση ποιοτικής εξασφάλισης και παροχής - αποδοχής νοσηλευτικής φροντίδας	9
Τα πλαίσια εργασίας ποιοτικής εξασφάλισης - οι αρχές στις οποίες στηρίζονται και η ανάμιξή τους στη βελτίωση της φροντίδας υγείας - Μέθοδοι ελέγχου ποιότητας	11
1. Διασφάλιση ποιότητας - πλαίσιο εργασίας Dana bedian	11
2. Μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας	11
3. Μοντέλο ομπρέλα για την διασφάλιση της ποιότητας	12
4. Έξι προσεγγίσεις διασφάλισης της ποιότητας Green και Lewis	13
Η εξασφάλιση της ποιότητας αποτελεί στόχο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων - Βασικές αρχές για επιτυχία προγραμμάτων: Αποτελεσματικότητα, ικανότητα, πρόσβαση, ικανοποίηση, αποδοχή, παραδοχή	14
Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας	17
Σύγχρονα νοσηλευτικά συστήματα φροντίδας, πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα	18
Κριτήρια επιλογής και εφαρμογής ενός συστήματος παροχών νοσηλευτικής φροντίδας	23
Η επικοινωνία ως παράγοντας παροχής - αποδοχής - ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών	29
Η επικοινωνία και η συμβολή της στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής	30
Παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα	33
α. Έλλειψη ικανού βαθμού αυτογνωσίας από πλευράς των νοσηλευτών	33
β. Έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης σε διαπροσωπικές δεξιότητες	34
γ. Έλλειψη ενός συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου όσον αφορά την επικοινωνία στην νοσηλευτική	34
δ. έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά τους σκοπούς και τη χρήση της επικοινωνίας	34

Η συμβολή της συμβουλευτικής στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα _____	37
Πως τα υπάρχοντα μοντέλα συμβουλευτικής συντείνουν στην αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας _____	41
<b>ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ _____</b>	<b>43</b>
Η έρευνα στη νοσηλευτική πρακτική _____	44
Οργάνωση έρευνας για αύξηση ερευνητικής δραστηριότητας ____	44
Έρευνες που βελτιώνουν την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα	46
<b>Ειδικό Μέρος _____</b>	<b>49</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> _____</b>	<b>50</b>
<b>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ _____</b>	<b>50</b>
1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ _____	50
2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ _____	50
3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ _____	51
4. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ _____	52
5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ _____	52
6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ _____	53
7. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ _____	53
8. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ _____	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> _____</b>	<b>56</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ _____</b>	<b>56</b>
1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ _____	56
2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (ΑΘΗΝΑ-ΕΠΑΡΧΙΑ) _____	78
3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ _____	90
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> _____</b>	<b>102</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ _____</b>	<b>102</b>
Εισαγωγή _____	102
Κατηγοριοποίηση παραμέτρων ερωτηματολογίου _____	102
Ανάλυση αποτελεσμάτων και συζήτηση των δεδομένων ____	104
Ανάλυση και συζήτηση των συσχετίσεων _____	107
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> _____</b>	<b>110</b>
<b>ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΓΙΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ _____</b>	<b>110</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ _____</b>	<b>112</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____</b>	<b>113</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ _____</b>	<b>120</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η φροντίδα υγείας σήμερα χαρακτηρίζεται από πολλές και σημαντικές αλλαγές. Ανταποκρινόμενη στις πιέσεις για εφαρμογή νέων μεθόδων αξιολόγησης της ποιότητας, η νοσηλευτική, όπως και άλλα επαγγέλματα υγείας, έχει αρχίσει να υιοθετεί συστήματα αξιολόγησης της παρεχόμενης φροντίδας. Λόγω της αυξημένης έμφασης στην εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μεγάλη προσοχή, δίνεται στις απόψεις των καταναλωτών των υπηρεσιών αυτών δηλαδή των νοσηλευόμενων. Αποτέλεσμα αυτών είναι έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Οι απόψεις των ασθενών δεν αντικατοπτρίζουν μόνο την ικανοποίηση τους από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις αλλά δίνουν και μια σφαιρική εικόνα για τις εμπειρίες τους από τους επαγγελματίες υγείας.

Έχοντας όλα αυτά υπόψη, ετέθησαν σκοποί της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

1. Τη διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευόμενων
2. Την αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και
3. Τη διατύπωση προτάσεων για αντιμετώπιση των προβλημάτων που ίσως εντοπιστούν

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής βρίσκεται στην φροντίδα υγείας των ανθρώπων. Προσπαθεί να εξασφαλίζει την διάρκεια της ζωής, προλαμβάνονται αιτίες που θα συμβάλλουν στην διακοπή της ζωής, αλλά περισσότερο ασχολείται με την φροντίδα την εξασφάλιση της ποιότητας της ζωής. Το εν ζω... του Μεγάλου Αλεξάνδρου 356-323 π.Χ. συμβάλει στην προσπάθεια των νοσηλευτών για συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων. Όταν λέμε ποιοτική εξασφάλιση στην φροντίδα υγείας εννοούμε τρόπους και μέσα που χρησιμοποιούνται για την εξασφάλιση της ποιότητας ζωής.

Οι βασικές αρχές που συνδέουν και αλληλοεξαρτούν τις βασικές έννοιες «ποιότητα» και «φροντίδα» στην υγεία θα αναλυθούν σ' αυτή την εργασία μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την συνεχή βελτίωση της γνώσης για να συντελέσει στην παροχή συνεχώς βελτιωμένης φροντίδας υγείας. Ένα πιλοτικό πλαίσιο εργασίας θα παρουσιαστεί στο δεύτερο μέρος της εργασίας περιγράφοντας μια πτυχή ποιοτικής εξασφάλισης. Φροντίδα υγείας προς τον χειρουργημένο ασθενή και βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Η αξία της ζωής και της φροντίδας της είναι τόσο παλιά όσο και τα γραπτά κείμενα. Οι προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας ζωής και οι μέθοδοι με τις οποίες θα επιτευχθεί η βελτίωση ή η αλλαγή αναφέρεται σε αρχαία ελληνικά κείμενα. Αναφέρεται επιλεκτικά και σύμφωνα με τον Πλούταρχο 150-120 μ.Χ. «η τέχνη του να ζεις είναι φιλοσοφία». Ο Πλάτωνας (427-347 π.χ.) πιστεύει ότι «προορισμός της ζωής δεν είναι η μεγάλη της διάρκεια αλλά η καλοζωία». Ο Κριστιάν Μπάρναρντ (1997) λέει ότι πρέπει να προσπαθούμε για την βελτίωση και ποιότητα της ζωής συνεχώς. Η Hornquins (1982) περιγράφει την ποιότητα ζωής ως βαθμό της ικανοποίησης των



αναγκών του ατόμου μέσα στα πλαίσια φυσικών ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. (Papadonaki 1993). Η εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας από την άποψη των αρρώστων συνήθως δείχνει ότι περιμένουν περισσότερα από τους επαγγελματίες υγείας και προσδιορίζουν την ποιότητα με διαφορετικό τρόπο απ' ότι οι νοσηλευτές που οι προσωπικές και οι επαγγελματικές τους αξίες φαίνονται από την επαγγελματική τους κουλτούρα.

# Γενικό Μέρος

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### ***ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ***

#### ***Σχέση ποιοτικής εξασφάλισης και παροχής - αποδοχής νοσηλευτικής φροντίδας***

Η ανησυχία των νοσηλευτών για την εκτίμηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχουν συνεχώς αυξάνεται. Έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία σοβαρές προσπάθειες των νοσηλευτών ώστε να προσεγγίσουν με δοκιμή διαφόρων μεθόδων, την εξασφάλιση της ποιότητας, στην νοσηλευτική φροντίδα. Δημιουργήθηκαν προγράμματα με βάση τη σχέση αποτελεσματικότητας κόστους για το σχεδιασμό των ποσοτικών μετρήσεων της νοσηλευτικής φροντίδας (Πλατή 1991) όμως αυτά τα προγράμματα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (Redfern and Norman 1990).

Η ποιότητα ως αντίληψη έχει μια αξία η οποία είναι μεταφυσική, αλλά η ίδια η φύση της προκαλεί τη μέτρηση. Η διασφάλιση της ποιότητας, στο περιεχόμενο της υγείας είναι συνώνυμη με εκτέλεση υψηλών σταθμών έργου (Πλάτη 1993).

Το 1992 ιδρύθηκε το Ευρωπαϊκό δίκτυο για την εξασφάλιση της ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Νοσηλευτές και κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών αναζητούν τρόπους παροχής υψηλής ποιότητας φροντίδας με υπηρεσίες υγείας αποτελεσματικού κόστους (Lanara 1992).

Για να γίνει αυτό επιτευκτό, ο σχεδιασμός του προγράμματος θα πρέπει να εξασφαλίζει ικανό προσωπικό, επαρκή μέσα, κατάλληλη μεθοδολογία, εξασφάλιση, πρόσβασης στους χώρους και στα άτομα στα οποία επιθυμεί να τους βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους ή στους οργανισμούς που επιθυμεί να ανεβάσει τα ποιοτικά στάνταρ παραγωγής έργου. Τέλος τα

νοσηλευτικά προγράμματα και η νοσηλευτική γενικά για να επιτύχει την παραδοχή από τις διοικήσεις και τους χρηματοδοτικούς οργανισμούς θα πρέπει να επιτύχει αποτελέσματα αποδεκτά από όλους στο μέγιστο βαθμό.

Η ανάγκη εύρεσης κατάλληλου μεθοδολογικού εργαλείου ως πρότυπο για την ποιοτική εκτίμηση του αποτελέσματος της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας είναι από τα σοβαρά ενδιαφέροντα των νοσηλευτών της εποχής μας. Από τη μεγάλη ποικιλία των μεθόδων που εφαρμόστηκαν για τον έλεγχο της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας μεγαλύτερη εφαρμογή βρήκαν οι μέθοδοι των Donabedian Phanent Ceglatak and Rine Craig 1986 (Πλατή 1991).

Αναζητώντας ο Danabedian (1980) το νόημα της ποιότητας συμπέρανε ότι ποιότητα είναι η ιδιοκτησία κάθε επαγγέλματος. Κάθε επάγγελμα είναι καταξιωμένο ή όχι ανάλογα με την ποιότητα που έχει δημιουργήσει μέσα στις επαγγελματικές του δομές. Οι έννοιες, οι διαφορετικές σε κάθε επάγγελμα είναι η διοίκηση, η τεχνική, η φροντίδα, η επιστήμη και η τέχνη.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι η ισότητα, ή ποσότητα, η αποδοχή, η επάρκεια, η αποτελεσματικότητα και η καταλληλότητα, δηλαδή η φροντίδα θα πρέπει να παρέχεται με τον ίδιο τρόπο σ' όλους τους ανθρώπους, να είναι διαθέσιμη χωρίς χρονικούς και γεωγραφικούς περιορισμούς, να ικανοποιεί τις προσδοκίες αρρώστων και επαγγελματιών υγείας, να χρησιμοποιούνται οι πηγές με δικαιοσύνη και να μην σπαταλώνται από ορισμένους σε βάρος άλλων, να επιτυγχάνεται η μεγαλύτερη δυνατή ωφέλεια και τέλος να καλύπτονται πραγματικές ανάγκες ατόμων, ομάδων πληθυσμού και κοινοτήτων (Πλατή 1991).

## ***Τα πλαίσια εργασίας ποιοτικής εξασφάλισης - οι αρχές στις οποίες στηρίζονται και η ανάμιξή τους στη βελτίωση της φροντίδας υγείας - Μέθοδοι ελέγχου ποιότητας***

### **1. Διασφάλιση ποιότητας - πλαίσιο εργασίας Donabedian**

Ο Donabedian περιγράφει τη διεργασία διασφάλισης της ποιότητας με τρία αλληλοεξαρτώμενα συστατικά.

Δομή  $\leftrightarrow$  Διεργασία  $\leftrightarrow$  Αποτέλεσμα

- Στον όρο δομή περιλαμβάνονται φυσικά οργανωτικά και λοιπά χαρακτηριστικά του συστήματος. Αναφέρονται μηχανισμοί ελέγχου φροντίδας, συνεχιζόμενη εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού, εγχειρίδιο διαδικασιών, σύστημα εργασίας, ταξινόμηση ασθενών κ.α.
- Στην διεργασία αναφέρονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και οι συμπεριφορές που απαιτούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την παροχή της φροντίδας καθώς και τις αντιδράσεις ασθενών, και νοσηλευτών. Οι διεργασίες είναι νοσηλευτικές λειτουργίες όπως εκτίμηση ασθενούς, ανάπτυξη νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας εκτέλεση του σχεδίου αξιολόγηση και τεκμηρίωση της φροντίδας. Το στοιχείο της διεργασίας σχετίζεται περισσότερο με τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα.
- Με τον όρο τελικό αποτέλεσμα ο Donabedian θέλει να δείξει τι έχει επιτευχθεί. Δηλαδή, ποιες βελτιώσεις σημειώθηκαν στην υγεία, στη στάση, στις γνώσεις ή στην συμπεριφορά του ασθενούς (Πλατή 1993).

### **2. Μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας**

Το δεύτερο πλαίσιο εργασίας, που αναφέρεται στην οργάνωση της δραστηριότητας με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας, παρέχει μια

συνολική εικόνα των βασικών απόψεών της Long. Το μοντέλο της Long δημοσιεύτηκε το 1976 συνεχίζει να είναι βιώσιμο και να αποτελεί τη βάση για ν' αναπτυχθούν διάφορα πλαίσια εργασίας σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας (Πλατή 1993).

### **3. Μοντέλο ομπρέλα για την διασφάλιση της ποιότητας**

Το τρίτο μοντέλο περιγράφηκε από τον Marker το 1987. Το πλαίσιο εργασίας που προσφέρει ο Marker προορίζεται για τοπικές δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας, περικλείει επτά χαρακτηριστικά και απαιτεί απόλυτη συμμετοχή. Σύμφωνα με τον Marker ένα πρόγραμμα εξασφάλισης της ποιότητας θα πρέπει:

1. Να είναι αποκεντρωμένο.
2. Να διαθέτει προσεκτικά σχεδιασμένη προσέγγιση.
3. Να βεβαιώνει ότι οι δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας συμφωνούν.
4. Να αποφεύγει τη μέθοδο ανάκτησης δεδομένων και την επαναληπτική δραστηριότητα.
5. Να έχει σχέση με νοσηλευτικά επίπεδα.
6. Να ολοκληρώνεται στην καθημερινή ρουτίνα των νοσηλευτών που συμμετέχουν στη συνεχιζόμενη παρακολούθηση.
7. Να έχει διπλό επίκεντρο: α) την εντόπιση του προβλήματος και την αποφασιστικότητα και β) τα επίπεδα και τα κριτήρια.

Το μοντέλο ομπρέλα του Market ενσωματώνει εννέα δραστηριότητες.

1. Ανάπτυξη επιπέδων και κριτηρίων.
2. Πιστοποίηση.
3. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

4. Εκτίμηση εκτέλεσης.
5. Έλεγχος.
6. Συνεχής παρακολούθηση.
7. Δραστήρια εντόπιση προβλήματος, συνεχή παρακολούθηση.
8. Έλεγχος της επάρκειας των πηγών και τη χρησιμοποίηση των πόρων.
9. Διευθέτηση κινδύνων (πρόληψη ατυχημάτων, λοιμώξεων, προαγωγή ασφαλείας).

Το μοντέλο του Market συνηγορεί υπέρ της άποψης ότι κάθε νοσηλευτική μονάδα καθορίζει τις δικές της ανθρώπινες και υλικές πηγές, όπως νοσηλευτική στελέχωση, διαθέσιμος αριθμός κρεβατιών, προϋπολογισμός, εφοδιασμός υλικού κ.α., τα οποία πρέπει να αναλύονται κάθε μήνα. Ακόμα, δίνει έμφαση στη συστηματική και συνεχιζόμενη εξέταση, της φροντίδας του ασθενή, στην εργασία του προσωπικού, στην οργανωτική λειτουργία, καθώς και στις απόψεις του προσωπικού, για τη συμμετοχή του στις διάφορες επιτροπές αυτοελέγχου και στην επαγγελματική του ευθύνη (Πλατή 1993).

#### **4. Έξι προσεγγίσεις διασφάλισης της ποιότητας Green και Lewis**

Το πλαίσιο εργασίας που περιέγραψαν ο Green και Lewis περιλαμβάνει έξι προσεγγίσεις, οι οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στη δραστηριότητα της εξασφάλισης της ποιότητας.

Από τις γενικές αρχές του μοντέλου και ειδικότερα από τη νοσηλευτική διεργασία και την τεκμηρίωση της, είναι δυνατόν να σχηματιστεί βάση για πολλές διεργασίες ελέγχου ποιότητας, φροντίδας. Επιπλέον τα συστατικά κάθε προσέγγισης ή και ο συνδυασμός τους χρησιμοποιούνται προκειμένου να δημιουργηθούν ορισμένες δραστηριότητες, όπως έλεγχος ποιότητας, έρευνες σχετικές με τη στάση του αρρώστου, έλεγχος λοιμώξεων κ.α. Τα παραπάνω πολύ συχνά,

χρησιμοποιούνται ως μέρος προγράμματος εξασφάλισης της ποιότητας (Πλατή 1993).

Οι ειδικές μέθοδοι ελέγχου ποιότητας που χρησιμοποιούνται στη νοσηλευτική είναι:

- Δείκτες εκτέλεσης.
- Νοσηλευτικός έλεγχος.
- Κλίμακα ποιότητας φροντίδας.
- Παρακολούθηση.
- Ανάπτυξη κριτηρίων μέτρησης νοσηλευτικής φροντίδας.
- Θεραπευτική φροντίδα.
- Θεραπευτική νοσηλευτική λειτουργία.
- Ποιότητα κύκλων (Πλατή 1993).

***Η εξασφάλιση της ποιότητας αποτελεί στόχο των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων - Βασικές αρχές για επιτυχία προγραμμάτων: Αποτελεσματικότητα, ικανότητα, πρόσβαση, ικανοποίηση, αποδοχή, παραδοχή***

Η εξασφάλιση της ποιότητας θεωρήθηκε μια αποτελεσματική δραστηριότητα για ανασύνταξη και αλλαγή της νοσηλευτικής φροντίδας. Η μελέτη των Kroebe et al (1993) επέδειξε μια ανάγκη περαιτέρω εκπαίδευσης επί των δεξιοτήτων και σχετίζονται με τις δραστηριότητες που συμμετέχουν στην εξασφάλιση της ποιότητας. Η έρευνα της Feeley (1995), απέδειξε ότι η φροντίδα που οδηγεί στην βελτίωση βασίζεται στην γνώση που πιστοποιείται από την έρευνα και ότι η πρόβλεψη της φροντίδας, καλής ποιότητας είναι δικαίωμα όλων των ασθενών και ευθύνη όλων όσων την παρέχουν.

Ο στόχος της εργασίας των Schiener et al (1994) ήταν η εξασφάλιση της ποιότητας, της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο ορισμός του επιθυμητού



αποτελέσματος ήταν η ευεξία και η ασφάλεια των ασθενών. Με την εκτεταμένη χρήση των μετρήσεων και της αξιολόγησης σε συνεργασία με την ιατρική διεύθυνση επετεύχθη προσέγγιση του στόχου. Η ευεξία των ασθενών, η ικανοποίηση των αναγκών για την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών ήταν μεγάλης αξίας και από την όλη ομάδα εισήχθησαν νοσηλευτικά στάνταρ.

Η ευεξία, η ασφάλεια, η ακεραιότητα και η πρόληψη, θεωρήθηκαν από την Idvall (19093) βασικές έννοιες ώστε εφαρμόζοντας το μοντέλο του Dyssay αναπτύχθηκαν στάνταρ και αξιολογήθηκαν οι στρατηγικοί και επαγγελματικοί στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας, χρησιμοποιώντας ως όργανο το ερωτηματολόγιο.

Με τον όρο **αποτελεσματικότητα** εκφράζουμε με μια έννοια τόσο την επάρκεια όσο και την καταλληλότητα. Πολλοί νοσηλευτές δεν διαθέτουν την ικανότητα να ερμηνεύουν και να αξιολογούν κριτικά την ιατρική βιβλιογραφία και γι' αυτό προσεγγίζουν το ίδιο κλινικό πρόβλημα με διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις, συνεισφέροντας σε ποικιλίες στα μοντέλα πρακτικής. Επίσης δυσκολεύονται στο να ενσωματώσουν τις πληροφορίες σχετικά με τις πιθανότητες των ασθενών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας στις αποφάσεις που λαμβάνονται και πολλές διαδικασίες που μπορεί να φανούν χρήσιμες στην αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων, συχνά επιτελούνται όχι με κατάλληλο τρόπο. Αυτές οι αποτυχίες στην επιτέλεση δεν επιδεικνύουν απαραίτητα ελλείψεις αντικατοπτρίζουν το γεγονός ότι υπάρχει μια αύξηση της γνώσης και της πολυπλοκότητας της σημερινής φροντίδας υγείας (Roper et. al. 1988).

Η αποτελεσματικότητα είναι κύριο συστατικό της διαδικασίας της αξιολόγησης βελτιωτικών προγραμμάτων υγείας. Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας, αποβλέπει στη βελτίωση του σχεδιασμού των προγραμμάτων, μέσα από την ανάλυση του βαθμού επίτευξης των αντικειμενικών τους σκοπών. Η ικανότητα του προσωπικού και των προγραμμάτων προκύπτει από το βαθμό επίτευξης, ο οποίος όποτε είναι δυνατό, θα πρέπει να αριθμοποιείται (W.H.O. 1981).

Μια άλλη, αρχή που σχετίζεται με την ποιοτική εξασφάλιση της φροντίδας υγείας είναι βάσει ποιων ηθικών κανόνων θα εφαρμοστεί ένα βελτιωτικό πρόγραμμα αλλά και πότε. Γνωρίζοντας το νόμο γράφουν οι Assal και Schmele (1993), το δικαστήριο σημείωσε ότι θα πρέπει να μην εφαρμόζεται το πρόγραμμα πριν την έγκριση της συζήτησης και της καταλληλότητας στην εφαρμογή του σχεδίου. Επίσης η νοσηλευτική να είναι αφιερωμένη στο να παρέχει αποτελεσματική φροντίδα με συγκαταβατικότητα και σε βαθμό προς την αξιοπρέπεια και να έχει ειλικρινείς σχέσεις με τους ασθενείς και τους συνεργάτες. Ο Dart (1987) λέει ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τις ηθικές αρχές σαν μια ειδική επιβάρυνση και σαν μια ευθύνη στον ασθενή, τον οργανισμό για τον οποίο δουλεύουν, το προσωπικό του και τελικά με έναν λιγότερο ευθύ τρόπο στην κοινωνία.

Όταν ένα πρόγραμμα πετύχει και γίνει αποδεκτό δίνει τις προϋποθέσεις για να δημιουργήσει την αλλαγή στη φροντίδα υγείας.

Οι αρχές για αλλαγή όπως γράφει η Schtoeder (1991), είναι χρήσιμες για τις δραστηριότητες, της ποιοτικής εξασφάλισης. Οι αρχές αυτές αναφορικά είναι:

- Υπάρχει μια σχεδόν παγκόσμια τάση να ψάχνουμε να διατηρούμε το status εκείνων των οποίων χρειάζονται να παραμείνουν ως έχουν.
- Η αντίσταση στην αλλαγή αυξάνει την αναλογία σε βαθμό στην οποία η αλλαγή προβάλλεται σαν μια απειλή και την άμεση απάντηση στην πίεση της αλλαγής
- Η αντίσταση στην αλλαγή μειώνεται όταν αυτοί οι οποίοι αναμειγνύονται είναι ικανοί να προβλέψουν μια νέα ισορροπία καλύτερη από την προηγούμενη
- Το να αφιερωθεί στην αλλαγή αυξάνεται όταν αυτοί που αναμειγνύονται με αυτή την αλλαγή, συμμετέχουν στις αποφάσεις που παίρνονται και που εφαρμόζουν

- Η αντίσταση στην αλλαγή βασίζεται στο φόβο με τις νέες συνθήκες. Ο φόβος μειώνεται όταν οι μετέχοντες έχουν εμπειρίες από τις νέες αλλαγές κάτω από τις συνθήκες περιορισμένης απειλής.
- Παροδικές αλλαγές σε πολλές περιπτώσεις μπορούν να επέλθουν με την χρήση της άμεσης πίεσης με την εντολή από τον διευθυντή αλλά αυτή η δραστηριότητα οδηγεί σε ασταθή κατάσταση και μακροπρόθεσμα δεν είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος (Schroeder 1991).

Η παραδοχή είναι ο τελικός στόχος της βελτίωσης της ποιότητας και η πεμπουσία της έννοιας «ποιότητα». Εάν η παραγωγή αποτελεσμάτων δεν είναι επαρκώς αποδοτική προτείνονται τρόποι βελτίωσης και προγραμματισμού. Ξανά με τρόπους που θα μπορούν να επιφέρουν τέτοιες βελτιώσεις. Για να τύχει παραδοχής ένα πρόγραμμα θα πρέπει να εξασφαλίζει τις βασικές αρχές της παραδοχής. Αυτές είναι: Να είναι εύκαμπτο για ατομική θέσπιση - να εξασφαλίζει την συσχέτιση της ποιότητας της φροντίδας με την ποιότητα του περιβάλλοντος - να βασίζεται στη συνείδηση - να δημιουργεί αντικειμενικούς στόχους - να είναι επιτευκτό - και τέλος να είναι μετρήσιμο (Davis 1997).

### ***Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας***

Στα πρόθυρα του 21<sup>ου</sup> αιώνα νέα μοντέλα και δομές παροχής φροντίδας θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται στην προσπάθεια βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μείωση του κόστους.

Με όση ταχύτητα αλλάζει το περιβάλλον φροντίδας, με την ίδια ταχύτητα θα πρέπει να αλλάζει και η άσκηση της Νοσηλευτικής. Οι μελλοντικές απαιτήσεις των σύγχρονων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης αντανακλώνται σε τέσσερις αναμενόμενες μεταβολές:

- Η νοσηλευτική πράξη θα καθοδηγείται όχι μόνο από τις ανάγκες φροντίδας, αλλά και τους περιορισμένους πόρους

- Η ποιότητα φροντίδας θα εξαρτάται όχι μόνο από τους διαθέσιμους πόρους αλλά την κριτική σκέψη των νοσηλευτών.
- Η εξατομίκευση και η δημιουργικότητα θα αντικαταστήσουν την τυποποίηση και ρουτίνα της φροντίδας.
- Η υπευθυνότητα και εξουσία της λήψης κλινικών αποφάσεων, Μετακινείται από τον προϊστάμενο στον κλινικό νοσηλευτή σε συνεργασία με τον άρρωστο.
- Η υπευθυνότητα και εξουσία της λήψης κλινικών αποφάσεων. Μετακινείται από τον προϊστάμενο στον κλινικό νοσηλευτή σε συνεργασία με τον άρρωστο.

Ο παραδοσιακός ρόλος του νοσηλευτή θα συνεχίσει να τροποποιείται καθώς η φροντίδα μετακινείται σε υπηρεσίες περιπατητικών ασθενών. Φαίνεται ότι το μέλλον της νοσηλευτικής δεν θα είναι στο νοσοκομείο, αλλά στην κοινότητα και οι νοσηλευτές όπως ποτέ πριν στο παρελθόν βιώνουν την μεγάλη ευκαιρία να σχεδιάσουν το μελλοντικό τους ρόλο στην ομάδα υγείας.

Πρωταρχική ευθύνη της νοσηλευτικής διοίκησης ήταν είναι και θα παραμείνει η κινητοποίηση της διαδικασίας για παροχή ποιοτικής φροντίδας σε αρρώστους ή άτομα και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η διαρκής επιζήτηση ενός καλύτερου τρόπου οργάνωσης και παροχής φροντίδας αποδεικνύεται με την σταδιακή ανάπτυξη σημαντικού αριθμού συστήματος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

### ***Σύγχρονα νοσηλευτικά συστήματα φροντίδας, πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα***

- Πλήρης / ολική φροντίδα ή κατά περίπτωση μέθοδος

Είναι η ανάθεση ενός μικρού αριθμού ασθενών σε πτυχιούχο νοσηλευτή ο οποίος παρέχει πλήρη φροντίδα, κατά το διάστημα ενός ωραρίου εργασίας του. Η ανάθεση μπορεί να γίνει και σε εκπαιδευόμενο νοσηλευτή που αναλαμβάνει τη φροντίδα με την επίβλεψη και καθοδήγηση

της κλινικής εκπαιδευτριας αλλά και της προϊσταμένης της νοσηλευτικής μονάδας.

- Λειτουργική ή κατά εργασία μέθοδος

Είναι η πιο συνηθισμένη μέθοδος, νοσηλευτικής φροντίδας, κατά την οποία γίνεται από την προϊσταμένη ανάθεση φροντίδας, σύμφωνα με εργασίες στα διάφορα επίπεδα νοσηλευτικού προσωπικού (ένας νοσηλευτής αναλαμβάνει τη χορήγηση των φαρμάκων, άλλοι τη λήψη ζωτικών σημείων, οι βοηθοί νοσηλευτών την ατομική υγιεινή, οι βοηθοί θαλάμου την καθαριότητα και επιπλέον η οικογένεια, οι επισκέπτες και άλλοι ασθενείς μπορεί να συμμετέχουν στη φροντίδα.

Αυτή θεωρείται η αποδοτικότερη διοικητικά μέθοδος, γιατί επιτυγχάνεται ταχύτατη διεκπεραίωση εργασιών και αξιοποιείται το ανειδίκευτο προσωπικό, αναφορικά με το κριτήριο της ικανοποίησης των αναγκών των αρρώστων που δεν περιλαμβάνονται στις προκαθορισμένες κατηγορίες εργασιών. Βαθμολογείται χαμηλά αφού η φροντίδα κατατεμαχίζεται και τα προβλήματα των αρρώστων που δεν περιλαμβάνονται στις προκαθορισμένες κατηγορίες εργασιών είναι αδύνατον να καλυφθούν.

Ο διαχωρισμός και η επανάληψη ιδίων εργασιών καθημερινά γίνονται ένα απρόσωπο μηχανιστικό ανιαρό έργο ρουτίνας. Η ανάπτυξη προσωπικής ευθύνης προορίζεται και η ομαδική προσέγγιση αποκλείεται. Ορισμένοι το αξιολογούν ως το πλέον οικονομικό σύστημα εφόσον υλοποιείται με μικρό αριθμό προσωπικού διαφόρων επιπέδων κατάρτισης, ενώ κάποιιοι άλλοι χαμηλής ποιότητας που συνεπάγεται παράπονα από τους χρήστες του.

Η χρήση της μεθόδου στην κοινότητα αντενδείκνυται γιατί οι άρρωστοι συνήθως ενοχλούνται από τις επισκέψεις μεγάλου αριθμού νοσηλευτικού προσωπικού το σημαντικότερο μειονέκτημα είναι η επικοινωνία μεταξύ των μελών της νοσηλευτικής ομάδας που τον επισκέπτονται είναι ελάχιστη και συνήθως κανένας δεν γνωρίζει τι βιώνει ο συγκεκριμένος άρρωστος. Επιπλέον μπορεί να προκύψει σοβαρό κενό στην φροντίδα χωρίς να το αντιληφθεί κανένας.

- Ομαδική νοσηλευτική.

Είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο, φροντίδα, ομάδας ασθενών σε υπεύθυνο αρχηγό νοσηλευτή μαζί με μια ομάδα νοσηλευτικού προσωπικού για ένα ωράριο εργασίας. Συνήθως ομάδα τριών ως πέντε ατόμων αναλαμβάνει φροντίδα δέκα ως είκοσι ασθενών. Ο αρχηγός κάθε ομάδα πρέπει να είναι αφενός εμπειρογνώμων στην κλινική νοσηλευτική για να καλύπτει ανεπαρκείς υπηρεσίες του πλημμελούς εκπαιδευμένου προσωπικού αλλά και διοικητικά προσόντα για να συντονίζει αποτελεσματικά το έργο του. Αν και οι περισσότεροι αρχηγοί ομάδων θεωρούν ότι παρέχουν οι ίδιοι νοσηλευτική φροντίδα, τις περισσότερες φορές δαπανούν το χρόνο τους κυρίως στην επίβλεψη των μελών της ομάδας τους και σε γραφική εργασία.

Η έλλειψη ικανοποιητικής διοικητικής αποδοτικότητας αποδίδεται στην σπατάλη χρόνου σε συντονισμό, ανάθεση εργασιών, συναντήσεις ομάδας, έλεγχο εργασιών και απουσία ικανών αρχηγών. Όμως οι υποστηρικτές της θεωρούν ότι αναπτύσσεται το ομαδικό πνεύμα, νέα διοικητικά στελέχη και αξιοποιούνται οι δυνατότητες κάθε μέλους της ομάδας. Οι ανάγκες των αρρώστων αναγνωρίζονται και καταβάλλεται προσπάθεια παροχής ολιστικής φροντίδας.

Εάν ο αρχηγός ασκεί αποτελεσματική ηγεσία υπάρχει ικανοποίηση των μελών της ομάδας, διαφορετικά η παραγωγικότητα είναι χαμηλή και αυξάνεται η πιθανότητα δημιουργίας λαθών. Από οικονομική πλευρά είναι ίσως η πιο δαπανηρή μέθοδος γιατί απαιτεί περισσότερο προσωπικό και ορισμένοι ίσως δεν ανταποκρίνονται σε ανάγκες αρρώστων άλλης ομάδας με τη δικαιολογία ότι δεν ανήκουν σ' αυτή.

- Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική

Είναι η ανάθεση από τον προϊστάμενο μικρής ομάδας ασθενών (3-6) σ' ένα πτυχιούχο, νοσηλευτή που είναι υπεύθυνος της φροντίδας του όλο το 24ώρο όλο το διάστημα της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Επίκεντρο της μεθόδου είναι το άτομο / ασθενής με το δικό του νοσηλευτή ο οποίος πρέπει να διατηρεί ικανοποιητική επικοινωνία με το θεράποντα γιατρό, την

προϊσταμένη και τα μέλη άλλων υπηρεσιών του νοσοκομείου για το καλύτερο συντονισμό του προγράμματος φροντίδας.

Κάθε πρωτοβάθμιος νοσηλευτής παρέχει με αυτονομία κατά το δυνατόν όλη τη φροντίδα στους δικούς του ασθενείς στη διάρκεια του ωραρίου του, ενώ την κατευθύνει στα άλλα ωράρια μέσω λεπτομερών γραπτών προγραμμάτων. Έτσι βαθμολογείται υψηλά στο κριτήριο, ικανοποίησης αναγκών των αρρώστων και παράλληλα αυξάνεται η ικανοποίηση, των νοσηλευτών από την αποτελεσματική άσκηση του έργου τους.

Η διοικητική αποδοτικότητα του συστήματος μειώνεται με τη γνώση περιορισμένου αριθμού αρρώστων που αντιστοιχεί σε κάθε πρωτοβάθμιο νοσηλευτή. Η επιτυχία ή αποτυχία του συστήματος οφείλεται στην προετοιμασία των νοσηλευτών για τον πρωτοβάθμιο ρόλο. Αντικρουόμενες θέσεις προβάλλονται στη βιβλιογραφία ως προς το κόστος της έναντι των άλλων μεθόδων.

- Η προσωπική διευθέτηση του αρρώστου

Είναι ένας νεώτερος τρόπος οργάνωσης όπου ο νοσηλευτής προγραμματίζει και διεκπεραιώνει το σχέδιο φροντίδας αρρώστων με τον ταχύτερο καλύτερο τρόπο από την είσοδο μέχρι την έξοδο και τη συνεχιζόμενη φροντίδα εάν χρειάζεται. Είναι μια διεργασία συνεργασία που προάγει την ποιότητα φροντίδας με την αποτελεσματική μείωση του κόστους.

Στο σύστημα αυτό οι νοσηλευτές είναι μόνο πτυχιούχοι με ειδική κατάρτιση και εμπειρία (είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών) και είναι υπεύθυνοι για τη διαχείριση της φροντίδας ατόμων με πολύπλευρες ανάγκες ως συνήθως υψηλού κόστους ασθένειες όπως π.χ. ο καρκίνος. Οι νοσηλευτές ως διαχειριστές ατομικής φροντίδας λειτουργούν ως συνήγοροι τόσο του αρρώστου όσο και του συστήματος υγείας. Συνήθως δεν παρέχουν άμεση φροντίδα αλλά συντονίζουν εκείνη που παρέχεται από άλλους.

Επίκεντρο του συστήματος είναι η εξασφάλιση αποτελεσματικής χρήσης των πόρων και ικανοποίηση στόχων φροντίδας με τη μικρότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο. Παλαιότερα το μόνο κόστος που ενδιέφερε τους κλινικούς νοσηλευτές ήταν το ποσό που και ο τύπος των παροχών. Σήμερα στην προσπάθεια μείωσης του κόστους ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας επανεισάγονται στις ίδιες νοσηλευτικές μονάδες όπου παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας τους γεγονός που επιτρέπει στους νοσηλευτές να αναλαμβάνουν ως διαχειριστές φροντίδας την παρακολούθηση των ίδιων ασθενών.

- Η διαχείριση φροντίδας,

Που πιστεύεται ότι θα επικρατήσει στο μέλλον δίνει την προοπτική ευρείας προσέγγισης πληθυσμού. Έχει τις ρίζες του στην κοινοτική νοσηλευτική και την κοινωνική εργασία. Επίκεντρο του ο συντονισμός των υπηρεσιών για την καλύτερη ποιοτική φροντίδα ατόμου και οικογένειας.

- Η διαχείριση της νοσηλευτικής φροντίδας

Αποτελεί συνδυασμό της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής και της ατομικής διαχείρισης του αρρώστου. Η φροντίδα οργανώνεται γύρω από τον άρρωστο. Στοχεύει στη βελτίωση της συνέχισης της φροντίδας με τον συντονισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και τον ακολουθεί ως την αποκατάσταση και έξοδό του από το νοσοκομείο. Η καινοτομία του είναι ότι επεκτείνεται και ξεπερνά το φραγμό των ορίων των διαφορετικών νοσηλευτικών μονάδων καθώς και των διαφόρων επιστημονικών ειδικοτήτων, δηλαδή ο υπεύθυνος νοσηλευτής συνοδεύει τον ασθενή του σ' όλη τη διάρκεια νοσηλείας του.

- Η επικεντρωμένη στον άρρωστο φροντίδα

Είναι ένα ακόμα σύστημα που όπως φαίνεται από την επωνυμία του φέρνει τις υπηρεσίες φροντίδας κοντά στον άρρωστο αντί να μετακινεί εκείνον προς αυτές. Στην πραγματικότητα δεν αναφερόμαστε απόλυτα σε ένα σύστημα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας γιατί εμπλέκεται σ' αυτό και το νοσηλευτικό προσωπικό.



Ένα ζεύγος νοσηλευτή και ενός άλλου επαγγελματία υγείας (τεχνολόγου), προετοιμάζονται για να προσφέρουν όσο το δυνατόν περισσότερες νοσηλευτικές και μη υπηρεσίες όπως βασική νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, αναπνευστικές ασκήσεις, φλεβοκεντήσεις, ηλεκτροκαρδιογράφημα σε κάθε άρρωστο που τους ανατίθεται.

Αρκετά ζεύγη θεραπειών εκφράζουν ικανοποίηση από το παρεχόμενο έργο καθώς και τη νεωτεριστική φύση του. Οι δυσκολίες χρήσης του είναι το μεγάλο κόστος της έναρξης εφαρμογής του γιατί προϋποθέτει ύπαρξη απαραίτητης υποδομής, (π.χ. μικροβιολογικό, ακτινολογικό εργαστήριο τοποθετούνται κοντά στο χώρο νοσηλείας ασθενών). Το σοβαρότερο πρόβλημα που προκύπτει από την εφαρμογή του είναι ο κίνδυνος να χαθεί η αυθεντία κάθε ξεχωριστού επαγγελματία και να γίνει μία ομοιογενοποίηση προσωπικού ενώ δημιουργείται κίνδυνος ανταλλαγής της ποιότητας φροντίδας με την αποτελεσματικότητα (Πατηράκη - Κουρμπάνη 1998).

### ***Κριτήρια επιλογής και εφαρμογής ενός συστήματος παροχών νοσηλευτικής φροντίδας***

Πολλοί νοσηλευτικοί οργανισμοί επιλέγουν συστήματα οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας που βασίζονται στις τελευταίες τάσεις ή σε αυτά που τελευταία είναι πιο δημοφιλή παρά αποφασίζονται αντικειμενικά για το πιο είναι το καλύτερο μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας για τη συγκεκριμένη μονάδα κάθε οργανισμού. Η αλλαγή έχει πάντα το στοιχείο του άγχους, γι' αυτό είναι σημαντικό να εκτιμηθεί το χρησιμοποιούμενο μοντέλο παροχής φροντίδας πριν αποφασιστεί οριστικά ότι η αλλαγή είναι απαραίτητη.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι εξής (Tappen R. M. 1995):

- Η μόνιμη έλλειψη των νοσηλευτικών πόρων σε συνδυασμό με την τάση της συνεχούς μείωσης του κόστους φροντίδας υγείας, οι οποίοι

καθιστούν αναγκαία την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με τον αποδοτικότερο τρόπο.

- Τα διαφορετικά επίπεδα πτυχιούχων και μη πτυχιούχων νοσηλευτών που συνεχώς αγωνίζονται για επαγγελματική αυτονομία και αυξανόμενη ειδίκευση.
- Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών ερευνών που καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να γίνουν συνεργάτες και ενεργοί συμμετοχοί στη φροντίδα που λαμβάνουν προκειμένου να εξασφαλίσουν την προαγωγή της υγείας τους και την αποτελεσματική πρόληψη της ασθένειας.
- Η επιθυμία των νοσηλευτών να οργανώσουν την εργασία τους με αποδοτικό και προσωπικά ευχάριστο τρόπο.

Εν τούτοις δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος για την επίτευξη αποτελεσματικής και ικανοποιητικής παροχής φροντίδας. Ως παράγοντες κλειδιά προς την κατεύθυνση αυτή είναι η παραχώρηση εξουσίας στους νοσηλευτές για την λήψη αποφάσεων σχετικά με την άμεση παροχή φροντίδας και οι αποτελεσματικοί τρόποι επικοινωνίας με τους συναδέλφους, τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τους διοικούντες (Sullivan et al 1992).

Έτσι κάθε μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας προκειμένου να είναι αποτελεσματικό χρειάζεται να ικανοποιεί τουλάχιστον τα ακόλουθα κριτήρια (Marquis B.L et. al. 1987):

- Να παρέχει το επίπεδο της φροντίδας που έχει καθοριστεί από τη φιλοσοφία του οργανισμού (ως προς την ποιότητα, την επάρκεια και την ασφάλεια των ασθενών).
- Να είναι κόστος - αποτελεσματικό.
- Να παρέχει ικανοποίηση στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.
- Να παρέχει κάποιου βαθμού εκπλήρωση του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού.

- Να επιτρέπει τη χρήση της νοσηλευτικής διαδικασίας. Αν το παρόν σύστημα οργάνωσης της φροντίδας έχει μερικές ατέλειες ο προϊστάμενος της μονάδας χρειάζεται να εξετάσει τις διαθέσιμες πηγές και να τις συγκρίνει με αυτές που απαιτούνται για την αλλαγή. Οι προϊστάμενοι συχνά επιλέγουν να αλλάξουν προς ένα σύστημα παροχής φροντίδας που απαιτεί ένα υψηλό ποσοστό νοσηλευτών και μετά ανακαλύπτουν ότι οι απαραίτητοι πόροι δεν είναι διαθέσιμοι, με αποτέλεσμα η προγραμματισμένη αλλαγή να αποτυγχάνει.

Η Beach (1980) η οποία έχει αναφέρει τις παγίδες που κρύβονται κατά την αναδόμηση της εργασίας θίγει ότι οι προϊστάμενοι θα πρέπει να θυμούνται ότι όλοι οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί. Δεν θέλουν όλοι οι νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην εργασία τους ούτε επιδιώκουν αυτονομία για τη λήψη αποφάσεων, πολλές δυνάμεις επιδρούν ταυτόχρονα στους εργαζόμενους σε μία κατάσταση σχεδιασμού εργασίας. Η ικανοποίηση στο χώρο της εργασίας δεν είναι μόνο αποτέλεσμα της εκπλήρωσης των ρόλων. Συχνά είναι το αποτέλεσμα κοινωνικών και διαπροσωπικών συσχετίσεων. Η Beach προτείνει ότι οι οργανισμοί που ανασχεδιάζουν την οργάνωση της εργασίας τους χρειάζονται να λάβουν σοβαρά υπόψη τους πως τα παρακάτω στοιχεία θα μεταβληθούν ως αποτέλεσμα της αναδιοργάνωσης.

- Πως η αυτονομία και η λήψη αποφάσεων από τα άτομα και τις ομάδες θα μεταβληθούν ως απόρροια της αλλαγής; ποιον θα επηρεάσουν; θα υπάρξει μείωση ή αύξηση της αυτονομίας;
- Θα επέλθουν αλλαγές στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και στις διαπροσωπικές σχέσεις;
- Θα απαιτηθεί μια μεγαλύτερη ποικιλία δραστηριοτήτων και ικανοτήτων για την πραγματοποίηση της αλλαγής;
- Θα επιφέρει ο νέος σχεδιασμός μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο οι εργαζόμενοι θα δέχονται κρίσεις σχετικά με την απόδοση στην

εργασία τους ή ακόμα στον τρόπο που οι ίδιοι αξιολογούν την εργασία τους ή την εργασία των άλλων;

Όταν αλλάζει ένα σύστημα παροχής φροντίδας μερικοί ή όλοι από τα παραπάνω στοιχεία που αναφέρθηκαν θα επηρεαστούν. Αυτό δεν σημαίνει φυσικά ότι η άποψη δεν πρέπει να πραγματοποιηθεί αλλά ότι κάθε προϊστάμενος όταν επιλέγει να εφαρμόσει ένα νέο μοντέλο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να είναι ενήμερος για τις συνέπειες αυτής της αλλαγής. Θα πρέπει λοιπόν να γνωρίζει πως πρόκειται να επηρεαστούν οι ρόλοι και πως θα ανακατανεμηθούν οι δεδομένοι πόροι.

Όποιο σύστημα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας και αν επιλεγεί είναι αναγκαίο να συζητηθεί πριν επέλθουν οι αλλαγές. Το περιβάλλον θα πρέπει να είναι κατάλληλο και κανένα σύστημα δεν θα πρέπει να γίνει αποδεκτό αν δεν είναι προς όφελος των ασθενών, του προσωπικού και της κοινότητας.

Ενδέχεται να χρειαστεί να αλλάξει ο προϋπολογισμός της μισθοδοσίας των νοσηλευτών αν απαιτείται να μεταβληθεί η σύνθεση του προσωπικού. Επίσης η περιγραφή των νέων θέσεων εργασίας που πιθανόν να δημιουργηθούν θα πρέπει να οριστεί επακριβώς και να καταγραφεί.

Είναι ουσιώδες να προλαμβάνονται οι επιπτώσεις, των αλλαγών, όχι μόνο από οικονομικής πλευράς, αλλά και λόγω, της επίδρασης που μπορεί να έχουν στο προσωπικό το οποίο θα χρειαστεί σίγουρα υποστήριξη.

Προτείνεται ότι τα ακόλουθα θα βοηθήσουν σε μια ομαλή εφαρμογή ενός νέου συστήματος (Kempt et. al. 1994).

- Διαβάστε τη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία.
- Μελετήστε τις επιδράσεις της αλλαγής και προετοιμαστείτε για αρνητικές αντιδράσεις.
- Συμβουλευτείτε να συζητήστε για το σύστημα που έχετε επιλέξει με όλες τις βαθμίδες του νοσηλευτικού προσωπικού, με το ιατρικό και

παραϊατρικό προσωπικό και ακούστε τις απόψεις τους και τα ενδιαφέροντά τους.

- Βρείτε κάποιον βοηθό και εφοδιάστε τον με την κατάλληλη εκπαίδευση.
- Φτιάξε ένα πλάνο δράσης και καθορίστε βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους.
- Συζητήστε με τον διευθυντή και βρείτε τους διαθέσιμους πόρους.
- Επισκεφτείτε κλινικές που έχουν εφαρμόσει επιτυχώς το σύστημα που έχετε επιλέξει και προετοιμάστε μια λίστα ερωτήσεων για όσα ενδιαφέρεστε να μάθετε.

Αφού έχετε καταλήξει σε μια απόφαση σχετικά με το πιο αποδοτικό σύστημα τότε:

- Ενημερώστε το νοσηλευτικό και το παραϊατρικό προσωπικό και απαντήστε στις ερωτήσεις τους.
- Καθορίστε τις απαιτούμενες δραστηριότητες και τα όρια του κάθε ρόλου. Βεβαιωθείτε ότι ο καθένας γνωρίζει το ρόλο των άλλων.
- Γράψτε οδηγίες σχετικά με το πως θα εφαρμόσετε το νέο σύστημα.
- Ξεκινήστε ένα πιλοτικό πρόγραμμα.
- Επινόηστε ένα σύστημα ελέγχου για να μετρήσετε τις απόψεις του προσωπικού, των ασθενών και των συγγενών τους.
- Γίνετε μέλος κάποιων ομάδων υποστήριξης που υπάρχουν σε τοπικό ή σε εθνικό επίπεδο και αν δεν υπάρχουν τότε δημιουργήστε μία.
- Διαφημίστε το πρόγραμμα και ενημερώστε σχετικά τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

- Να έχετε ένα πίνακα όπου οι συνεργάτες οι ασθενείς και οι επισκέπτες της μονάδας θα μπορούν εύκολα να αναγνωρίσουν ποιος είναι ο υπεύθυνος νοσηλευτής για κάθε ασθενή.

Ο διευθυντής και ο προϊστάμενος θα πρέπει να υποστηρίζουν το προσωπικό. Αν το σύστημα δεν αποδίδει μετά την εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος θα πρέπει να διερευνηθούν οι αιτίες και αν κάτι δεν είναι κατάλληλο για την κλινική ή την ομάδα και δεν μπορεί να αλλαχθεί τότε απαιτείται η επιλογή διαφορετικού συστήματος ή επιστροφή στο προηγούμενο σύστημα. Οι προϊστάμενοι θα πρέπει να εκτιμήσουν όλες τις μεταβλητές που επιδρούν στην εργασία τους πριν προχωρήσουν στην αναδιοργάνωση οποιουδήποτε συστήματος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο προϊστάμενος εκτός από την οργάνωση του τρόπου παροχής φροντίδας στους ασθενείς χρειάζεται να διευθετήσουν και το πως θα διεκπεραιώνονται όλες οι δραστηριότητες στη μονάδα και να επινοούν μεθόδους που θα κάνουν την εργασία περισσότερο εύκολη και αποδοτική. Δεν υπάρχει ένα μοντέλο το οποίο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το καλύτερο. Το ιδανικό μοντέλο εφαρμογής διαφέρει ανάλογα με τη στελέχωση του προσωπικού την αναλογία των νοσηλευτών και του βοηθητικού προσωπικού, του μεγέθους της υποστήριξης του νοσηλευτικού συστήματος του επιπέδου εξάρτησης των ασθενών καθώς και άλλων παραγόντων που είναι ξεχωριστοί για κάθε εφαρμογή (Diekmann 1990).

Κανένα σύστημα εργασίας δεν πρέπει να κρίνεται μακριά και έξω από το περιβάλλον που εφαρμόζεται. Τα συστήματα είναι περισσότερα ή λιγότερα αποτελεσματικά ανάλογα με τις συνθήκες που χρησιμοποιούνται. Τα σχόλια για τα συστήματα δίνουν γενικές ιδέες και τρόπους που μπορεί να είναι σωστοί ή όχι για το συγκεκριμένο περιβάλλον που εφαρμόζονται (Λανάρα Β.Α. 1993).

## ***Η επικοινωνία ως παράγοντας παροχής - αποδοχής - ποιοτικών νοσηλευτικών υπηρεσιών***

Τις τελευταίες δεκαετίες δίνεται μια έμφαση στη μελέτη των προβλημάτων επικοινωνίας σε όλους τους τομείς ενώ έντονο είναι τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον για την επικοινωνία των επιστημόνων αλλά και των άλλων εργαζόμενων που απασχολούνται στην παροχή υπηρεσιών υγείας (McLeod 1993). Το θετικό όλης αυτής της έμφασης ήταν ο εντοπισμός προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στην επικοινωνία μεταξύ τους στοιχείο που αποτελεί το πρώτο βήμα για την αντιμετώπισή τους. Τα κυριότερα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί να λειτουργούν σαν φραγμοί στην αποτελεσματική επικοινωνία είναι έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και σχετική εκπαίδευση ή έλλειψη πόρων και χρόνου, συναισθηματική ταυτότητα και παιχνίδια εξουσίας.

Η κάθε ανθρώπινη επικοινωνία εμπεριέχει ένα νοηματικό περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση. Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων που μπορεί να βασίζονται στις αρχές της ισότητας και την ανισότητα και στις εκάστοτε διαμορφούμενες σχέσεις (Gole 1996).

Η επικοινωνία που αναπτύσσει ο νοσηλευτής στα πλαίσια άσκησης του επαγγελματικού του έργου με άτομα και οικογένειες αποτελεί μια μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας και συνίσταται από απαλλαγές μηνυμάτων που λαμβάνουν χώρα μεταξύ των επικοινωνούντων ανθρώπινων όντων (ο νοσηλευτής στην επικοινωνία λαμβάνει υπόψη το κοινωνικό και πολιτιστικό υπόβαθρο μέσα στο οποίο τόσο ο ίδιος όσο και οι ασθενείς δρουν. (Σαπουντζή - Κρέπια 1998). (Argyle 1988).

Στην άσκηση νοσηλευτικής οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν στην επικοινωνία τους προφορικό και γραπτό λόγο, την αντίληψη, τη δική του, των ασθενών των συγγενών τους και άλλων επαγγελματιών υγείας, γραπτά σημεία όπως προϋπάρχουν ιατρικό και νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενούς και τα τεχνολογικά μέσα για άντληση επί πλέον πληροφοριών προκειμένου να εκτιμήσουν την κατάσταση του ασθενή. Ακόμα οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν

επικοινωνιακές τεχνικές για να δώσουν πληροφορίες στον ασθενή για τους συγγενείς του, για να εφαρμόσουν πρόγραμμα αγωγής υγείας για συμβουλευτικές παρεμβάσεις και για την παροχή γενικότερης φροντίδας. Χρησιμοποιούν δηλαδή τις τεχνικές επικοινωνίας όπως όλοι οι άνθρωποι και η διαφοροποιός διάκριση στην προκειμένη περίπτωση είναι ότι χειρίζονται την επικοινωνία για να επιτύχουν θεραπευτικά αποτελέσματα. Ένας τομέας που δεν έχει τύχη της δέουσας προσοχής σε μορφή επικοινωνίας, από πλευρά νοσηλευτών, είναι η οπτική επαφή στην οποία λόγω της φύσης του νοσηλευτικού επαγγέλματος έχουν οι νοσηλευτές σε μεγαλύτερο βαθμό από άλλους επαγγελματίες υγείας για τα άτομα στα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Είναι ακόμα σημαντικό για τους νοσηλευτές να λαμβάνουν υπόψη τους ότι τους επιτρέπεται αυτός ο μεγαλύτερος βαθμός οπτικής επαφής και η παρουσίαση της ιδιωτικής ζώνης που κάθε άτομο απαιτεί για τον εαυτό του εξαιτίας του επαγγελματικού τους ρόλου (Σαπουντζή - Κρέπια 1998).

Η Weiss υποστηρίζει ότι η αφή αποτελεί ένα σημαντικό μέσο επικοινωνίας στη νοσηλευτική πράξη το νόημά της προσδιορίζεται με τους ακόλουθους τρόπους.

- α) Διάρκεια οπτικής επαφής.
- β) Σημεία οπτικής επαφής.
- γ) Ταχύτητα και ένταση της οπτικής επαφής.
- δ) Συχνότητα της οπτικής επαφής.
- ε) Αίσθηση της οπτικής επαφής (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α. 1998).

### ***Η επικοινωνία και η συμβολή της στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής***

Οι ταχείες αλλαγές στην φροντίδα υγείας επιβάλλουν στους νοσηλευτές να έχουν κριτική σκέψη να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να λειτουργούν με δύναμη όταν αντιμετωπίζουν επαγγελματικά ζητήματα. Για να μπορέσουν οι απόφοιτοι νοσηλευτικών σχολών να λειτουργήσουν κατ' αυτόν



τον τρόπο, οι καθηγητές οργανώνουν προγράμματα ώστε να ενσωματώσουν νέες διδακτικές στρατηγικές για την καλλιέργεια κριτικής σκέψης και για τη βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας (Garret, Schoener, Hood 1996).

Η εκπαιδευτική συζήτηση (επικοινωνία) ξεκίνησε περίπου 2.400 χρόνια πριν (Ο Πρωταγόρας των Αβδήρων) είναι ο πατέρας της συζήτησης και διεξήγαγε συζητήσεις ανάμεσα στους φοιτητές των Αθηνών. Στη συνέχεια, οργανώθηκε το 1.400 μ.Χ. μεταξύ των κολεγίων της Οξφόρδης και του Cambridge. Στη συνέχεια πέρασε στην Αμερική όπου οι λόγοι αποτελούσαν αναπόσπαστο μέρος διαφόρων τελετών. Το 1800 μ.Χ. άνησε και με την αλλαγή του αιώνα η συζήτηση καθιερώθηκε ως μια διασχολική και διαπανεπιστημιακή δραστηριότητα. Παρά τη μεγάλη ιστορία της συζήτησης ως καλή μέθοδος διδασκαλίας, έχασε την αξία της στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα και έπεσε σε νάρκη για πολλά χρόνια (Combs Bornl 1989), (Frelen 1986). Η ανάγκη για νέες μορφωτικές δομές έφερε πάλι στην επιφάνεια το 1980 το ενδιαφέρον για τη συζήτηση σαν μια αποτελεσματική διδακτική διεργασία για την προαγωγή προφορικής επικοινωνίας και κριτικής σκέψης. Η συζήτηση είναι μια εμπειρική δραστηριότητα μάθησης. Διαφέρει από την απλή κουβέντα γιατί προϋποθέτει μια τοποθέτηση πάνω στο θέμα. Για να πεισθεί το ακροατήριο να δεχτεί ή να απορρίψει μια θεμελιωμένη άποψη θα πρέπει οι συζητήσεις να του προβάλλουν θεμελιωμένα επιχειρήματα υπέρ και κατά του θέματος (Garett, et. al. 1996).

Η χρήση της συζήτησης ως δραστηριότητα μάθησης ή διδασκαλίας απαιτεί εκτεταμένη έρευνα και κριτική σκέψη. Οι Kurfiss and Ross (1996) ορίζουν την κριτική σκέψη σαν μια έρευνα της οποίας ο στόχος είναι να εξερευνήσει μια κατάσταση, ένα φαινόμενο, ένα πρόβλημα ή ένα ερώτημα ώστε να καταλήξει σε ένα συμπέρασμα ή σε μια υπόθεση γύρω από το θέμα τα οποία ολοκληρώνουν όλες τις παρεχόμενες πληροφορίες και γι' αυτό θα πρέπει να είναι πειστικά τεκμηριωμένες. Η συζήτηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη των προφορικών δεξιοτήτων επικοινωνίας και να ορίσει θέματα σχετικά με την επαγγελματική νοσηλευτική. Ο Fuzzard (1995) ισχυρίζεται ότι η συζήτηση είναι μια χρήσιμη διδακτική και

μορφωτική δραστηριότητα για τους φοιτητές της νοσηλευτικής σε όλα τα επίπεδα.

Η επικοινωνία θα πρέπει να επικεντρώνεται στην δουλειά ενός επαγγέλματος το οποίο εξαρτάται τόσο από τις διαπροσωπικές ικανότητες όσο και από τις κλινικές. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι το επάγγελμα της φροντίδας υγείας αντιμετώπισε μεγάλη δυσκολία (κατά την διάρκεια της ιστορίας του) στο να εξασκήσει τις ικανότητες επικοινωνίας; όταν φροντίζει τους ασθενείς (Naish 1996). Η έρευνα σχετικά με την πρακτική των νοσηλευτών δείχνει ότι η ικανότητα επικοινωνίας είναι αδύνατη και συνεχής απαραίτητη στην νοσηλευτική. Χρειάζεται ένα περιβάλλον στήριξης γιατί οι τρέχουσες πιέσεις που ασκούνται στους νοσηλευτές από τους ταχύτερους και πιο άρρωστους ασθενείς κάνουν πιο δύσκολη την κατάσταση στους νοσηλευτές που εφαρμόζουν στην πράξη την νοσηλευτική στο να αφιερώσουν χρόνο στο βασικό θέμα της επικοινωνίας.

Σε συμφωνία με άλλους ερευνητές οι Armstrong - Esther et. al. (1994) κρίνουν ότι το πρόβλημα της έλλειψης επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς και με το προσωπικό θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με το να δοθεί προτεραιότητα στην ανάπτυξη των ικανοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών κατά την διάρκεια των σπουδών τους. Μόνο βελτίωση της ικανότητας επικοινωνίας δεν είναι αρκετή προϋπόθεση εάν στο περιβάλλον της νοσηλευτικής φροντίδας δεν υπάρχει σωστή οργάνωση. Με δεδομένο το γεγονός λέει η Wilkinson (1992) ότι η επικοινωνία τόσο ανάμεσα σε εργαζόμενους νοσηλευτές και ασθενείς όσο και ανάμεσα σε εργαζόμενους στο σύστημα υγείας είναι ένα σημαντικό στοιχείο της ποιοτικής φροντίδας, και ότι τα ενεργά υποστηρικτικά περιβάλλοντα χρειάζονται για να ενθαρρύνουν την ύπαρξή τους, η λογική διοικητική απόκριση θα ήταν να διασφαλίσει ότι στους νοσηλευτές δίδεται ο απαραίτητος χρόνος αλλά και η υποστήριξη για να βελτιώσουν την πρακτική τους σε αυτόν τον τομέα.

Η επικοινωνία είναι ένα κομμάτι της νοσηλευτικής, στο οποίο δεν δίδεται η πέπουσα σημασία. Τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι ο χρόνος που διατίθεται από τους νοσηλευτές στο να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς

είναι μακροπρόθεσμα αποτελεσματική και ένα στοιχείο κλειδί στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Σε ένα περιβάλλον όπου ο χρόνος είναι χρήμα, ο χρόνος που διατίθεται από τους νοσηλευτές στο να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς είναι καλά επενδεδυμένο (Waish, 1996).

Για την βελτίωση της επικοινωνίας η Suitliff (1996) αναφέρει τα Clinicians Forum. Στα προγράμματα αυτά υπάρχουν ένα κέντρο του αρρώστου και ένα πλάνο φροντίδας για τους ασθενείς κατά το Σαββατοκύριακα και τις διακοπές. Η ιδέα του κέντρου μηνυμάτων προέκυψε μέσα από την σύγκυση που αναπτυσσόταν ανάμεσα στο γενικό προσωπικό και τις νοσηλεύτριες που καλούσαν τα γραφεία των εσωτερικών γιατρών για να αναφέρουν αλλαγές του ασθενούς να αποσαφηνίσουν την φαρμακευτική αγωγή, ή να ζητήσουν άδεια για να κάνουν κάτι ή να ακολουθήσουν μια φαρμακευτική αγωγή, ή να ζητήσουν άδεια για να κάνουν κάτι ή να ακολουθήσουν μια διεργασία. Τα προγράμματα αυτά βοήθησαν στην επικοινωνία του προσωπικού με τους επικεφαλείς ώστε να αναπτυχθεί η ποιοτική προσφορά υπηρεσιών και η συνεχής υποστήριξη.

### ***Παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα***

Κατά την Betts οι τέσσερις κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στην μεγέθυνση των προβλημάτων επικοινωνίας στη νοσηλευτική είναι:

#### **α. Έλλειψη ικανού βαθμού αυτογνωσίας από πλευράς των νοσηλευτών**

Ένας από τους λόγους που καθιστούν την επικοινωνία αναποτελεσματική είναι η μη επίγνωση από πλευράς του ατόμου των πτυχών της προσωπικότητάς του που επιδρούν σημαντικά και επηρεάζουν την επικοινωνία του με τους άλλους. Οι προσωπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία είναι στάσεις, αξίες, συναισθήματα και συμπεριφορές. Η αύξηση της αυτογνωσίας βοηθά στην κατανόηση του μηχανισμού με τον

οποίο αυτοί οι παράγοντες παρεμβαίνουν στην επικοινωνία με τους άλλους. Η γνώση και η κατανόηση της συμπεριφοράς τους βοηθά το νοσηλευτή να γνωρίζει κάθε στιγμή τι ακριβώς κάνει, για ποιο λόγο και πως αυτή η ενέργεια επιδρά στον ασθενή.

### **β. Έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης σε διαπροσωπικές δεξιότητες**

Η εκπαίδευση σε διαπροσωπικές δεξιότητες είναι το πρώτο βήμα για τη σωστή χρήση αυτών των δεξιοτήτων σε καθημερινή βάση. Τα νοσηλευτικά προγράμματα λόγω του όγκου γνώσης που πρέπει να μεταδώσουν στους φοιτητές νοσηλευτικής συνήθως παραλείπουν την συστηματική έμφαση στον τομέα των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και αυτό έχει συνέχεια στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου.

### **γ. Έλλειψη ενός συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου όσον αφορά την επικοινωνία στην νοσηλευτική**

Το θεωρητικό πλαίσιο βοηθά το νοσηλευτή να προσδιορίσει νοητικά την επικοινωνία που έχει με τον ασθενή προβαίνει σε ανάλυση και αξιολόγηση των αλληλεπιδράσεων την επικοινωνία. Στην νοσηλευτική όντως υπάρχουν διάφορες θεωρίες επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση, στη συμβουλευτική υπάρχει μια ασάφεια σχετικά με την θεωρία που είναι καθαρά επικεντρωμένη στην επικοινωνία.

### **δ. έλλειψη σαφήνειας όσον αφορά τους σκοπούς και τη χρήση της επικοινωνίας**

Η ανάπτυξη της ικανότητας από τον νοσηλευτή να κατανοεί την κατάσταση του ασθενούς είναι σημαντική για να χρησιμοποιήσει επικοινωνία η οποία στοχεύει σε κάποιο συγκεκριμένο σκοπό. (Σαπουντζή Κρέπια κ.α. 1998).

Η Perlau (1988) υποστηρίζει ότι η άσκηση νοσηλευτικής αποτελεί μια διαπροσωπική διαδικασία όπου απαιτείται από τους νοσηλευτές να είναι γνώστες των επικοινωνιακών τεχνικών και έχουν επαγγελματική ευθύνη να

αναπτύσσουν συνεχώς τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Η Dunn (1991) υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει ιστορικά αποτύχει να εφοδιάσει επαρκώς τους νοσηλευτές στον επικοινωνιακό τομέα παρά την παρατηρούμενη έμφαση που δίνεται τα τελευταία χρόνια.

Παρά τις αντικρουόμενες απόψεις η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη που χρησιμοποιεί στην εφαρμοσμένη της μορφή μια μεγάλη ποικιλία επικοινωνιακών τεχνικών. Η παρατήρηση είναι μια από τις σπουδαιότερες δεξιότητες που πρέπει να έχει αναπτυγμένες ο νοσηλευτής. Για την παρατήρηση χρησιμοποιείται η κάθε στιγμή που ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τον ασθενή και περιλαμβάνει ότι περιέρχεται στην αντίληψη του νοσηλευτή δια μέσου των αισθήσεων (Σαπουντζή - Κρέτια 1998), (Ραγιά 1995).

Η κατανόηση της καταστάσεως και των συναισθημάτων του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει την ποιότητα της επικοινωνίας στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου.

Η αυτογνωσία και ο βαθμός αυτογνωσίας που έχει επιτύχει ο νοσηλευτής συντελεί στην καλή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενών και συμβάλλει στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (Burnard 1994). Η λέξη αυτογνωσία σύμφωνα με το λεξικό της δημοτικής γλώσσας του Τεγόπουλου Φυτράκη (1996) σημαίνει η γνώση του εαυτού.

Αυτογνωσία κατά τον Burnard, είναι η συνεχή προοδευτική διαδικασία της διερεύνησης και του εντοπισμού πτυχών του εαυτού που αφορούν στην συμπεριφορά, σε ψυχολογικές ή φυσικές ιδιότητες με στόχο την ανάπτυξη ατομικής και διαπροσωπικής κατανόησης (Burnard 1994).

Η Campell (1980) στη δική της προσπάθεια προσέγγισης την έννοια εαυτός ανέπτυξε και περιέγραψε ένα νοσηλευτικό μοντέλο αυτογνωσίας που εμπεριέχει τέσσερα στοιχεία :

1. Τα ψυχολογικά συνθετικά της αυτογνωσίας περιλαμβάνουν γνώση των ατομικών συναισθημάτων, κινήτρων, αυτοεικόνα και αυτοιδέα και ιδιαίτερων πτυχών της προσωπικότητας

2. Τα φυσικά χαρακτηριστικά της αυτογνωσίας είναι η γνώση της προσωπικής και γενικής φυσιολογίας, κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του σώματος, των αισθήσεων και των φυσικών δραστηριοτήτων που υφίσταται
3. Η περιβαλλοντική διάσταση της αυτογνωσίας συνίσταται από το κοινωνικό περιβάλλον τις σχέσεις με τους άλλους και γνώση της σχέσης του ανθρώπου με τη φύση
4. Τα φιλοσοφικά συστατικά της αυτογνωσίας αναφέρονται στην ατομική συναίσθηση ότι η ζωή έχει νόημα. Μια αίσθηση πως η ανάπτυξη της αυτογνωσίας είναι μια προσωπική φιλοσοφία σχετικά με τη ζωή που λαμβάνει υπόψην της τον περιβάλλοντα κόσμο, την επικρατούσα ηθική και τις συμπεριφορές που απορρέουν από αυτήν.

Το θεωρητικό πλαίσιο μέσα από το οποίο προσεγγίζεται η επικοινωνία στη νοσηλευτική πρέπει να εμπλουτιστεί κατά τέτοιο τρόπο που να εφοδιάζει τους νοσηλευτές με τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες για την επιστημονική προσέγγιση των επικοινωνιακών τεχνικών που χρησιμοποιούν. Η γνώση των τεχνικών ανάλυσης της επικοινωνίας κάνει τον νοσηλευτή ικανό να αντιλαμβάνεται τι ακριβώς εφαρμόζει στην πράξη, το σκοπό για τον οποίο εφαρμόζει αυτή ακριβώς την τεχνική και δίνει το πλαίσιο για ανάπτυξη επαγγελματικών συζητήσεων για τη σημασία της επικοινωνίας στη νοσηλευτική (Σαπουντζή - Κρέπια κ.α. 1998).

Η Heron (1990) ισχυρίζεται ότι η ανάλυση της επικοινωνίας με το σύστημα των έξι κατηγοριών αποτελεί μια από τις καλύτερες τεχνικές που είναι χρήσιμο να την χρησιμοποιεί ο κάθε νοσηλευτής. Το μοντέλο της Heron αποτελείται από ενότητες οι οποίες προτρέπουν τον νοσηλευτή να ξεκαθαρίσει πλήρως το σκοπό της κάθε επικοινωνίας στην οποία συμμετέχει. Οι κατηγορίες αυτές είναι:

1. Επικοινωνία που δίνει κατευθύνσεις με εντολές και κανόνες.
2. Πληροφοριακή, κατατοπιστική επικοινωνία.

3. Επικοινωνία αντιπαράθεσης.
4. Επικοινωνία κάθαρσης.
5. Καταλυτική επικοινωνία που οδηγεί σε κάποια λύση.
6. Υποστηρικτική επικοινωνία.

Οι Burnard and Morrison (1991) σε μελέτη τους σχετικά με το είδος της επικοινωνίας όπου οι νοσηλευτές θεωρούν ότι είναι περισσότερο εξοικειωμένοι βρήκαν πως οι νοσηλευτές προσδιορίζουν τους εαυτούς τους να έχουν περισσότερη εξοικείωση με την πρώτη κατηγορία (επικοινωνία που δίνει κατευθύνσεις με εντολές και κανόνες) τη δεύτερη κατηγορία (πληροφοριακή, κατατοπιστική επικοινωνία) και την έκτη επικοινωνία (υποστηρικτική επικοινωνία). Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να αναθεωρηθεί η νοσηλευτική εκπαίδευση για να εφοδιάζονται οι νοσηλευτές με μια μεγαλύτερη γκάμα επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

### ***Η συμβολή της συμβουλευτικής στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα***

Οι νοσηλευτές αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς καθώς και με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον αυτών στην πλειοψηφία της καθημερινής εργασίας στην προσπάθεια τους να προσεγγίσουν τον ασθενή με θεραπευτικό τρόπο χωρίς αυτό να συνεπάγεται την εξομοίωση της νοσηλευτικής με τη συμβουλευτική. Είναι σίγουρο όμως ότι όλοι μας πρέπει να αποκτήσουμε συγκεκριμένες συμβουλευτικές ικανότητες.

Γενικότερα, η συμβουλευτική έχει περιγραφεί ως η επιτηδευμένη χρήση κάποιων ικανοτήτων που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν τον πελάτη ασθενή να αναπτύξει αυτογνωσία, συναισθηματική αντίληψη, κατανόηση και αποδοχή των προσωπικών του σκέψεων και δυνάμεων (Rowland 1993). Μεταξύ άλλων δηλαδή τον βοηθά να προσδιορίσει και να λύσει προβλήματα ή να αντιμετωπίσει δυσκολίες άμεσα σχετιζόμενες με προσωπικές σχέσεις και καταστάσεις της ζωής του που εμπεριέχουν κάποια αλλαγή, απώλεια ή οποιαδήποτε άλλη σοβαρή εξέλιξη ενός κύκλου της ζωής του.

Ειδικότερα τώρα πρόκειται για μια λέξη που χρησιμοποιείται ποικιλοτρόπως. Οι Abel Smith, Irving και Brown (1989) έδωσαν ένα εύρος ερμηνειών όσον αφορά την συμβουλευτική στον ιατρικό χώρο κυμαίνοντας τη από την προσεκτική ακρόαση του ασθενή ως την αυστηρή επίκρισή του. Κατά πολλούς μάλιστα η παρουσία ενός γνώστη ψυχολογίας και συμβουλευτικής μεταξύ των νοσηλευτών παίζει σημαντικό ρόλο στην επαύξηση της ποιότητας της φροντίδας του ασθενή. (Tshudin 1991), (Burnard 1994), (Welson - Jones 1995).

Οι συμβουλευτικές ικανότητες είναι ένα σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής γνώσης. Η Tschudin (1991) αναφέρει τα τέσσερα βασικά ερωτήματα που πρέπει να θέτουμε ώστε να είμαστε ικανοί να βοηθήσουμε τους ασθενείς μας. Ο τρόπος με τον οποίο θα θέτουν τα ερωτήματα και τι ερωτήματα τίθενται έχει μεγάλη σημασία. Όσο πιο πολλά ή πιο λανθασμένα ερωτήματα τίθενται τόσο λιγότερο εξερευνά ο ασθενής τον εαυτό του. Οι περισσότεροι νοσηλευτές τρέμουν όταν τους ρωτάει ο ασθενής «θα πεθάνω;» ή δηλώνοντας «δεν βλέπω καμία βελτίωση». Σ' αυτές τις περιπτώσεις χρειάζεται ένας τύπος συμβουλευτικής απάντησης. Ο νοσηλευτής αντί να δώσει κατ' ευθείαν μια απάντηση σ' αυτά τα ερωτήματα θα πρέπει να κατευθύνουμε τον ασθενή να κατανοήσει την κατάστασή του.

Τα ερωτήματα «τι συμβαίνει;» είναι μάλλον ένα από τα πιο χρήσιμα ερωτήματα στην βοηθητική διεργασία, πολλές φορές ο ασθενής αναλύει ιστορίες που φαίνονται άσχετες με το πρόβλημα. Αν διερωτηθεί ο σύμβουλος και ο ασθενής γιατί το κάνει ίσως να δοθούν κάποιες ιδέες για να βοηθηθεί ο ασθενής με τον τρόπο που χρειάζεται περισσότερο εάν αντί να δουλεύουμε με κάποια δικά μας συμπεράσματα ίσως να ήταν πολύ πιο πρακτικό να ρωτήσουμε τον ασθενή μας για το τι ακριβώς του συμβαίνει. Η συμβουλευτική και η βοήθεια είναι κατευθυνόμενες από τον στόχο και όχι από την επίλυση του προβλήματος γι' αυτό με το ερώτημα «τι είναι το νόημα αυτό;» θα μπορούσαμε να εντοπίσουμε το πρόβλημα να θέσουμε τους αντικειμενικούς στόχους για το πως θα κοντρολάρουμε το πρόβλημα και σε δεύτερη φάση θα ολοκληρώσουμε τον προσδιορισμό του προβλήματος με αποτέλεσμα την



ενεργοποίηση των συναισθημάτων. Όταν τεθεί η αρχική κατεύθυνση και δοθεί το ερώτημα «ποιος είναι ο στόχος» αξίζει να διατεθεί χρόνος ώστε ο άρρωστος να βρει το στόχο του. Να μην ξεχνάμε ότι ο στόχος είναι του αρρώστου και όχι του συμβούλου. Με το τελευταίο ερώτημα «τι κάνουμε σχετικά με αυτό, η συμβουλευτική κατορθώνει να επιτύχει μια καλύτερη ζωή, ύπαρξη και πράξη για τον ασθενή.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι δεν πρέπει να περιμένουμε θαύματα. Συμπεριφορές που αναπτύχθηκαν κατά τα χρόνια δεν αλλάζουν σε μια νύχτα. Αν όμως αλλάξει κάποια πεποίθηση μπορεί να κινήσει και βουνά. Οι ερωτήσεις βοηθούν στην διεργασία της συμβουλευτικής. Δεν δίνουν τη λύση, πρέπει να αφήνουν με τον ασθενή να δουλεύει και να μην δουλεύουν, οι νοσηλευτές σύμβουλοι με τα δικά τους συμπεράσματα. Είναι θετικό να αφήσουμε τον ασθενή να κάνει αυτό που χρειάζεται ο ασθενής στην συγκεκριμένη στιγμή.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων και γι' αυτό το λόγο υπάρχει ένας θετικός συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον τρόπο που εμείς αντιμετωπίζουμε τα δικά μας αισθήματα και τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε ή χειριζόμαστε τα αισθήματα των άλλων. Εάν εμείς κατανοήσουμε και μπορούμε με κατάλληλο τρόπο να εκφράσουμε τον δικό μας τον θυμό, τον πόνο, τους φόβους και την απογοήτευση θα γίνουμε ακόμα πιο ικανοί να αντιμετωπίσουμε τα ίδια συναισθήματα και των άλλων.

Στα πλαίσια της φροντίδας για τους άλλους πρέπει για να είμαστε καλύτεροι να φθάνουμε να μάθουμε και τους εαυτούς μας καλύτερα (Burnard 1996).

Ο Rawlinson (1990) αναφέρει ότι η νοσηλευτική διεργασία συχνά περιγράφεται σαν μια προσέγγιση επίλυσης προβλημάτων. Η αυτογνωσία της νοσηλευτικής θα την εξοπλίσει με το να δώσει απαντήσεις στα προβλήματα π.χ. δουλεύοντας με μια γυναίκα που έκανε μαστεκτομή, θα μπορούσε αν έχει αυτογνωσία να αναγνωρίσει την ένταση στην οποία οι δικοί της φόβοι επηρεάζουν την δυνατότητα επικοινωνίας με την ασθενή της.

Για τους νοσηλευτές των οποίων η επίδραση πάνω στους άλλους είναι μέρος μιας προσεκτικά σχεδιασμένης και αξιολογημένης παρέμβασης είναι σημαντικό να δώσουν αρκετή προσοχή όχι μόνο στο να κατανοήσουν οι ίδιοι τον όρο αυτογνωσία αλλά θα πρέπει να αναπτύξουν κατάλληλες διδακτικές μεθόδους για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

Η Hanlon (1996) προτείνει την ανάπτυξη προτροπή και διατήρηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό. Στόχος είναι να αναπτυχθούν διαπροσωπικές σχέσεις για αύξηση της ικανοποίησης από την δουλειά και η μείωση του στρες που έχει σχέση με την δουλειά των νοσηλευτών το οποίο στρες αποκομίζουν με την σχέση τους με τους ασθενείς.

Αυτοί που δίνουν φροντίδα με πολλαπλούς τρόπους και ένα απρόσμενο πρόγραμμα, μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα μια μη καλή επικοινωνία μεταξύ των ασθενών, των οικογενειών τους και της ομάδας υγείας. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να βρεθεί ένα πρόγραμμα φροντίδας για τις πολύπλοκες περιπτώσεις ασθενών, το πρόγραμμα (Kreiger et al 1996), που εφαρμόστηκε στις Ηνωμένες πολιτείες της Αμερικής, διέσχισε τα παραδοσιακά σύνορα μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και βελτίωσε την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς οικογένειας και νοσηλευτών.

Η Yamashita (1996), επισημαίνει ότι το να δίνεις φροντίδα τείνει να είναι περιορισμένο χωρίς την οικογένεια. Αυτή που δίνουν αυτή τη φροντίδα σπάνια λαμβάνουν την υποστήριξη και την μόρφωση για να αντεπεξέλθουν σ' αυτά που χρειάζονται. Οι νοσηλευτές ως επιστήμονες και υπερασπιστές της οικογένειας μπορούν να ενθαρρύνουν ή να αρχίσουν την εξάπλωση της μεταχείρισης της προσανατολισμένης οικογένειας, πλησιάζοντας και δίνοντας έμφαση στην εκπαίδευση και τις ικανότητες ώστε η οικογένεια να αντεπεξέλθει αποτελεσματικά στα προβλήματα. Ενώ τα περισσότερα προγράμματα αποκλείουν το συγγενή ώστε η οικογένεια να μπορεί να εκφράσει ελεύθερα τις ανησυχίες της φαίνεται καθήκον στην Yamashita, να εφαρμόσει τις ανησυχίες της και να προτείνει ότι οι αποδέκτες της φροντίδας πρέπει να είναι πληροφορημένοι έτσι ώστε να αναλάβουν την ευθύνη της αυτοφροντίδας. Όταν οι οικογένειες είναι καλά πληροφορημένες κυρίως για

τις διανοητικές αρρώστιες μπορούν να γίνουν σχετικοί για την θεραπεία να ελέγχουν το στρες και να συμμετέχουν στη λύση του προβλήματος.

### ***Πως τα υπάρχοντα μοντέλα συμβουλευτικής συντείνουν στην αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας***

Θα μπορούσαμε να διακρίνουμε έναν τεράστιο αριθμό θεωρητικών μοντέλων συμβουλευτικής πολλά από τα οποία διαφέρουν μεταξύ τους σε ελάχιστα και μόνο σημεία. Στη Μεγάλη Βρετανία για παράδειγμα το μοντέλο που απαντάται περισσότερο συχνά είναι αυτό της μη καθοδηγητικής συμβουλευτικής γνωστό επίσης και ως συμβουλευτική του Kogers. Αυτή η μέθοδος μερικές φορές αναφέρεται και ως προσέγγιση προσανατολισμένη στο άτομο. Βασίζεται δηλαδή στην αντίληψη ότι ο ασθενής μπορεί με κάποια βοήθεια να αντιμετωπίσει μόνος του τις δυσκολίες του.

Ο ρόλος του συμβούλου - νοσηλευτή σ' αυτήν την περίπτωση είναι να ακούει και να υποβάλλει ερωτήσεις στον ασθενή δίνοντάς του παράλληλα τη δυνατότητα να λάβει ο ίδιος μια καλύτερη αντίληψη και μια εμπειριστατωμένη άποψη της κατάστασής τους. Η όλη διαδικασία του επιτρέπει να ανακαλύψει νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του, ενώ την ίδια στιγμή ο νοσηλευτής ποτέ δεν προσφέρει συμβουλές (Rogers 1983).

Άλλη σημαντική μέθοδος είναι η προσέγγιση διευθέτησης των προβλημάτων του Egan. Εδώ όλη η διαδικασία προχωρά ένα βήμα πιο μπροστά αποτελούμενη από τρία στάδια καθώς βοηθά τον ασθενή να προσδιορίζει και να διευκρινίζει τα προβλήματά του, να θέτει κάποιους στόχους δεσμευμένος να επιφέρει κάποια αλλαγή και τέλος να φέρνει εις πέρας τις ενέργειες τις απαιτούμενες για την αλλαγή αυτή (Egan 1986). Σύμφωνα με τον Morrell αυτή η μέθοδος συμβουλευτικής θα μπορούσε να υιοθετηθεί κυρίως από τους κλινικούς νοσηλευτές μιας και δίνει έμφαση στη δράση και την αλλαγή (Morrell 1992).

Από πάρα πολλούς συγγραφείς έχει υποστηριχτεί ότι εκείνη η θεωρία που πρέπει να υποβαστάζει την νοσηλευτική πράξη είναι η συμβουλευτική θεωρία του Rogers καθώς μαθαίνει στους νοσηλευτές να μην είναι πιεστικοί στην καθοδήγηση των ασθενών αλλά βοηθοί και πολύτιμοι σύντροφοι. Αυτό επιτυγχάνεται με μια διπλή δράση των νοσηλευτών στην παροχή συμβουλών και πληροφοριών και παράλληλα στην προτροπή των ασθενών να βρίσκουν τις δικές τους λύσεις σε ότι τους απασχολεί. Κατά τον Burnard η θεωρία αυτή έφερε επανάσταση στην αλληλεπίδραση νοσηλευτή - ασθενή αφού ο ασθενής ξαναβρίσκει την αυτονομία και αυτογνωσία του μια και δεν είναι οι νοσηλευτές αυτοί που λαμβάνουν πια όλες τις αποφάσεις μα και αυτός ο ίδιος (Burnard 1996).

Η κυριότερη ίσως συμβουλευτική ικανότητα που πρέπει να κατέχει ένας νοσηλευτής είναι το να αποτελεί έναν καλό ακροατή του ασθενή. Είναι σημαντικό για όλους μας όμως να μπορούμε να διακρίνουμε τη διαφορά μεταξύ του «ακούω» και «αντιλαμβάνομαι», το «ακούω» αναφέρεται στην ικανότητα του να λαμβάνουν διάφορους ήχους, ενώ το «προσεκτικά ακούω» σημαίνει να κατανοώ επακριβώς το νόημα των ήχων που λαμβάνω. Είναι σημαντικό να μπορεί ο νοσηλευτής να κατανοεί ότι ο ασθενής του λέει τι αισθάνεται, να μπαίνει όπως λέμε, μέσα στο μυαλό του, στον τρόπο που σκέπτεται.

Σύμφωνα με την Price ορισμένες απαραίτητες προϋποθέσεις για να είναι ένας νοσηλευτής καλός σύμβουλος και ακροατής του ασθενή του είναι η δημιουργία ενός ασφαλούς, σίγουρου και άνετου περιβάλλοντος στο οποίο ο νοσηλευτής παραφράζει ή επαναλαμβάνει τα λόγια του ασθενή για του αποδείξει ότι τον αφουγκράνεται, τον ενθαρρύνει να διερευνήσει τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και τις εμπειρίες του εκείνες που σχετίζονται με το πρόβλημα του και έτσι να προσδιορίσει κάποιες συγκεκριμένες ανησυχίες του (Price 1993).

Επίσης είναι σημαντικό για τον ασθενή να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής που τον φροντίζει τον αποδέχεται ακριβώς όπως είναι, χωρίς καμία διάκριση ή κάτω από κάποιες προϋποθέσεις ή κριτήρια και ότι είναι

δεκτικός, θετικός ακροατής (Stuare 1995). Εξάλλου όλη αυτή η συμπεριφορά αντανακλάται στους τρόπους και τη γενικότερη στάση του νοσηλευτή μέσω του τόνου και της χροιάς της φωνής του, του κατά πόσο γνήσιος και ζεστά ανθρώπινος είναι ο τρόπος που ανταποκρίνεται στον ασθενή. Γιατί από αυτόν και μόνο τον γνήσιο τρόπο επαφής του νοσηλευτή με τον ασθενή του θα ενθαρρυνθεί ο τελευταίος έχοντας νιώσει σιγουριά και ασφάλεια να εκμυστηρευτεί τις εσωτερικές του ανησυχίες και έγνοιες.

### **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η νοσηλευτική έρευνα έχει πλούσια κληρονομιά κατευθύνεται προς τις υψηλές αξίες της ζωής, παραμένει επιδίωξη των νοσηλευτριών και νοσηλευτών και έχει λαμπρό μέλλον (Λανάρα 1985).

Η νοσηλευτική έρευνα διεξάγεται σε οποιοδήποτε χώρο νοσηλευτικής αρμοδιότητας ποιοι νοσηλευτές μπορούν να παίρνουν αποφάσεις. Όταν η νοσηλευτική δεν έχει υπευθυνότητα η νοσηλευτική έρευνα δεν έχει νόημα. Η νοσηλευτική έρευνα δεν αποτελεί μια επιπλέον επιλογή μια πολυτέλεια ή μια δραστηριότητα για την ακαδημαϊκή ελίτ που επέλεξε να απομακρυνθεί από την φροντίδα του αρρώστου. Είναι υπευθυνότητα κάθε νοσηλεύτριας και η μορφή και το επίπεδο συμμετοχής εξαρτώνται από την επιστημονική κατάρτιση, το ενδιαφέρον, τις ικανότητες, τα κριτήρια και τις ευκαιρίες, τα κίνητρα και τις ευκαιρίες που της δίνονται. Κάθε επιστήμονας νοσηλευτής είναι εν δυνάμει να συμβάλλει, στην διεξαγωγή μιας νοσηλευτικής έρευνας. Οι νοσηλευτές διδάσκονται την ερευνητική διαδικασία που βέβαια δεν διαφέρει από εκείνη που ακολουθείται σε οποιασδήποτε άλλη ερευνητική μελέτη και επί πλέον η νοσηλευτική σαν διαπροσωπικό έργο μαθαίνουν καθημερινά να παρατηρούν να σκέπτονται λογικά, επεκτατικά, πρακτικά συμπερασματικά και σύνθετα (Ε. Πατηράκη - Κουρμπάνη 1989). Σήμερα οι νοσηλευτικές έρευνες πραγματοποιούνται όπου υπάρχει νοσηλευτική που διαθέτει ακαδημαϊκή κατάρτιση, επιστημονική περιέργεια πόθο για μάθηση, δημιουργικό πνεύμα ενθουσιασμό και αγάπη για την νοσηλευτική θάρρος, υπομονή και επιμονή (Ραγιά 1987).

Οι νοσηλευτές και αν δεν εκπονούν έρευνα οφείλουν να ενημερώνονται για τα νοσηλευτικά ευρήματα τουλάχιστον όσον αφορά τον τομέα τους να είναι πρόθυμοι, να βοηθούν συναδέλφους που διεξάγουν ερευνητικές μελέτες να είναι εποικοδομητικά κριτικοί και εκλεκτικοί, στην εισαγωγή νέας γνώσης που αποκτήθηκε με έρευνα αν την κρίνουν κατάλληλη να βελτιώσει το νοσηλευτικό έργο που προσφέρει (HOLL 1982).

### ***Η έρευνα στη νοσηλευτική πρακτική***

#### **Οργάνωση έρευνας για αύξηση ερευνητικής δραστηριότητας**

Τα εφαρμοσμένα πορίσματα της έρευνας στην νοσηλευτική πρακτική είναι προφανής ή μεγαλύτερη πρόκληση, που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική έρευνα. Η πληροφόρηση η οποία στοχεύει σ' αυτούς που είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν την έρευνα στην πράξη κατά κάποιο τρόπο τους ενθαρρύνει να την χρησιμοποιήσουν είναι ιδιαίτερα σημαντική αν η έρευνα πρόκειται να παίξει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ασθενών. Η όλη ύπαρξη της έρευνας δεν μπορεί από μόνη της να αντικαταστήσει την νοσηλευτική πρακτική όμως πρέπει να χρησιμοποιηθεί το να χρησιμοποιεί κανείς την έρευνας είναι πολύπλοκος ρόλος. Στην νοσηλευτική πρακτική ή χρήση της έρευνας θα μπορούσε να συμβεί απλά αν οι ερευνητές αναφέρουν τα πορίσματά τους και οι σπουδαστές ή οι νοσηλευτές, διαβάζουν, τα πορίσματα αυτά. Πρέπει επίσης οι νοσηλευτές να σκεφτούν βαθιά το θέμα της έρευνας στην πράξη γιατί τείνουν να υπεραπλοποιούν και να αδιαφορούν γι' αυτό (Rierney 1991).

Η Helena Leina - Kilpi (1996) ανέπτυξε τις ανάγκες της έρευνας και τόνισε ότι θα πρέπει να υπάρχει μεγαλύτερη γνώση στο χώρο της ποιότητας στην ποιοτική αξιολόγηση και στην βελτίωση. Καθένας πρέπει, να ξέρει πολλά για την ποιότητα για να είναι ικανός για να βελτιωθεί. Επίσης πρέπει να ξέρει την έννοια της ποιότητας, την διοίκηση των ποιοτικών προγραμμάτων. Οι πηγές και η έρευνες απαιτούν χρήματα αλλά και

ανταγωνίστους ανθρώπους, κι εδώ ανταγωνίστους ανθρώπους εννοεί ανθρώπους που θέλουν να βελτιώσουν τις γνώσεις του.

Καθώς οι νοσηλεύτριες κερδίζουν περισσότερη εμπειρία (Sperba et al; 1994), πολλές φορές θέτουν ερωτήματα, ως προς τη βάση, της νοσηλευτικής πρακτικής έρευνας. Με ίδιο κόστος και συναίσθηση της ποιότητας στο περιβάλλον της νοσηλευτικής φροντίδας η αξία της νοσηλευτικής έρευνας είναι σαφώς εμφανή. Οι εφαρμοστές της νοσηλευτικής κατευθύνονται στο να συνδέουν τα ευρήματα της έρευνας με την πράξη ή την έρευνα με την φροντίδα του ασθενούς. Παρ' όλα αυτά για τους περισσότερους νοσηλευτές η ερευνητική δραστηριότητα δεν είναι ακόμα μέρος της καθημερινής τους δουλειάς. Οι εφαρμοστές της κλινικής νοσηλευτικής άσκησης στην προσπάθεια τους να συνδέσουν τα ευρήματα της έρευνας με την εφαρμογή τους στην φροντίδα του ασθενούς προκαλούνται να βρουν τρόπους και μέσα για να δώσουν πρωτόβουλίες, υποστήριξη και επιβράβευση στους νοσηλευτές που ασχολούνται με την κλινική έρευνα. Το περιβάλλον της κλινικής είναι ένα περιορισμένο περιβάλλον μέσα στο οποίο θα μπορούσαν να τεθούν ερωτήματα επί της νοσηλευτικής πράξης.

Οι αξίες της νοσηλευτικής έρευνας έρχονται σε κόντρα με τον υπάρχοντα προσανατολισμό που δίνεται προς την κατεύθυνση των κλινικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την απόδοση πολλών νοσηλευτών στο περιβάλλον εργασίας. Η πρόκληση είναι η δημιουργία ενός τμήματος με συνδυασμό συνέχισης της εκπαίδευσης και της έρευνας στην κλινική νοσηλευτική. Στο νέο περιβάλλον θα μπορούσαν να καθοδηγηθούν αλλά και να συμμετέχουν οι νοσηλευτές στην νοσηλευτική έρευνα. Οι ερευνητές και οι εφαρμοστές της πίστευαν ότι οι νοσηλευτές άρχισαν να βλέπουν την έρευνα και αν δούλευαν μαζί με συναδέλφους που έκαναν έρευνα θα μπορούσαν να δουν τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν να προσεγγίσουν την κλινική έρευνα θα μπορούσε τότε η σκέψη, η κουλτούρα και η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας των νοσηλευτών να αλλάξει ριζικά.

## Έρευνες που βελτιώνουν την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Αναρίθμητες νοσηλευτικές μελέτες παρέχουν έγκυρα και αξιόπιστα ευρήματα που όταν χρησιμοποιούνται βελτιώνουν την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Hunt 1981) όπως αποδεικνύεται από τα παραδείγματα που θα αναφερθούν.

Στην έρευνα του Θεοδώρου (1992) στην οποία 497 ογκολογικοί ασθενείς ερευνήθηκαν κατά πόσο είναι προετοιμασμένοι και ενημερωμένοι πριν από το χειρουργείο, αλλά και για το τι επιθυμούν στη φάση μέσα στο χειρουργείο πριν από την νάρκωση αποφάνθηκαν ότι μεγάλο ποσοστό και κυρίως γυναίκες και εργάτες δεν είχαν επαρκώς ενημερωθεί αν και υπέγραφαν ότι δέχονται να χειρουργηθούν. Το 21,47 των ερωτηθέντων επιθυμούσαν να ακούσουν μουσική πριν από τη νάρκωση ενώ το 75,42 επιθυμούσαν να συζητούν με την νοσηλεύτρια και να τους ενθαρρύνει. Τα ευρήματα επηρέασαν τις νοσηλεύτριες των χειρουργείων ώστε να δίδουν εξατομικευμένη επιστημονική νοσηλευτική φροντίδα στον άρρωστο και όχι μόνο τεχνική βοήθεια την ώρα της εγχείρησης.

Σε μια άλλη όμως έρευνα όπου χειρουργούνται άρρωστοι στα εξωτερικά ιατρεία με επεμβάσεις με τοπική αναισθησία και επέρχονται την ίδια μέρα από το νοσοκομείο διαπιστώθηκε ότι η διεγχειρητική θεραπεία δια μουσικής ελαττώνει το προεγχειρητικό άγχος και την αρτηριακή πίεση επίσης μπορεί να μειώσει την ατυχία των περιεγχειρητικών επιπλοκών να σμικρύνει την παραμονή στο νοσοκομείο των χειρουργημένων αυτών ασθενών με συνέπεια και την μείωση του κόστους νοσηλείας και την προαγωγή του επιπέδου υγείας γενικά (Μπαλτά - Λυπηρίδου 1992).

Τα ανωτέρω ερευνητικά ευρήματα φαίνονται εύκολα να έχουν άμεση εφαρμογή στην πράξη. Υπάρχουν όμως ευρήματα που αλλού και άλλοτε έχουν άμεση εφαρμογή αλλού όμως και άλλοτε δεν εφαρμόζονται. Σε πολλές περιοχές διατίθενται επαρκή νοσηλευτικά ευρήματα που παρέχουν στους νοσηλευτές αξιόπιστους οδηγούς για την πρακτική εφαρμογή. Τα νοσηλευτικά ερευνητικά αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι η νοσηλευτική



πρακτική συχνά «ξεφεύγει» από τα αποδεκτά standards φροντίδα. Όμως υπάρχουν ακόμα πολλές περιοχές της νοσηλευτικής πρακτικής που είτε δεν έχουν μελετηθεί καθόλου είτε δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και στις οποίες οι νοσηλευτές χρειάζονται καθοδήγηση. Αλλά υπάρχουν ακόμα πολλές πρακτικές που συνεχίζουν να εφαρμόζονται ακόμα γιατί κανείς δεν τις έχει αμφισβητήσει και αυτές επίσης χρειάζονται συστηματική έρευνα. Τα ερευνητικά αποτελέσματα οδηγούν τους νοσηλευτές στο:

- Τι πρέπει να κάνουν.
- Τι πρέπει να προσπαθούν.
- Ποιες πρακτικές και διαδικασίες δεν έχουν ισχυρή βάση.

1. Εκεί που υπάρχουν αρκετά έγκαιρα και αξιόπιστα ερευνητικά αποτελέσματα μπορούν να αναγνωριστούν οδηγοί που πληροφορούν τους νοσηλευτές τι πρέπει να κάνουν. Τέτοιοι οδηγοί δεν μπορούν να παραχωρηθούν από μια μεμονωμένη μελέτη αλλά από μια σειρά μελετών. Αυτό σημαίνει ότι οι μελέτες αυτές πρέπει να επαναλαμβάνονται άμεσα ή έμμεσα.

2. Ακόμα και όταν τα ερευνητικά αποτελέσματα δεν παρέχουν στις νοσηλεύτριες έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα για να αποφασίσουν τι πρέπει να κάνουν, παρέχουν όμως οδηγούς για το τι θα μπορούσαν να κάνουν.

3. Τα ερευνητικά ευρήματα μας βοηθούν να αναγνωρίσουμε ποιες πρακτικές και διαδικασίες δεν έχουν ισχυρή βάση. Βασίζονται δηλ. αποκλειστικά στην πείρα και στην παράδοση. Αυτά όπως είναι φανερό απαιτούν περαιτέρω έρευνα. Οι περισσότερες νοσηλευτικές πράξεις ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία.

Τα ερευνητικά αποτελέσματα παρέχουν διαταγές, προτάσεις, ερωτήσεις και πληροφορίες τις οποίες οι ερευνητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν σαν βάση για συνεχόμενη έρευνα και τις οποίες οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν σαν βάση για να εφαρμόσουν στα πλαίσια των δικών τους Standards επί της πρακτικής.

Υπάρχουν και άλλα επαγγέλματα που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα στην μη εφαρμογή των ερευνητικών ευρημάτων στην πράξη. Σύμφωνα με την μελέτη του Punder (1989) στον εκπαιδευτικό τομέα ελάχιστοι δάσκαλοι διαβάζουν περιοδικά έρευνα. Είναι απαραίτητο να ψάξουμε λίγο βαθύτερα για να βρούμε γιατί δεν χρησιμοποιούνται τα ερευνητικά ευρήματα. Πέντε είναι οι πιο βασικοί λόγοι:

1. Δεν γνωρίζουν τα ερευνητικά αποτελέσματα.
2. Δεν τα κατανοούν.
3. Δεν τα πιστεύουν.
4. Δεν ξέρουν πως να τα εφαρμόσουν
5. Δεν τους επιτρέπεται να τα εφαρμόσουν.

Οι ερευνητές δεν θα πρέπει να τελειώνουν την έρευνα με την ετοιμασία, της επιστημονικής αναφοράς αλλά και οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να περιορίζονται στην παθητική αποδοχή της γνώσης. Η ευθύνη των ερευνητών είναι να διασφαλίσουν ότι η έρευνα έγινε γνωστή στους εκπαιδευτές, διευθυντές και νοσηλευτές. Αλλά πολύ σημαντικό είναι να είναι ενήμεροι οι γιατροί σχετικά με τα ερευνητικά αποτελέσματα.

# Ειδικό Μέρος

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### **1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η εργασία αυτή πραγματοποιήθηκε στα εκπαιδευτικά πλαίσια της νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι για τη λήψη πτυχίου νοσηλευτικής.

Σκοποί της έρευνας είναι να διευρευνηθεί η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και η αποδοχή αυτής από τους χειρουργημένους ασθενείς.

Να συσχετιστεί η ικανότητα αποδοχής της νοσηλευτικής φροντίδας από τους χειρουργημένους ασθενείς με βάση το επίπεδο επικοινωνίας και τις συμβουλευτικές ικανότητες που διέπουν τους νοσηλευτές.

Τα αποτελέσματα θα αναλυθούν και θα συζητηθούν, προκειμένου να συσχετιστεί η νοσηλευτική με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και να προταθούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις με στόχους όπως:

1. Αύξηση της νοσηλευτικής γνώσης σχετικά με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας
2. Βελτίωση των παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από τον σχεδιασμό πλάνων φροντίδας και προσφοράς στους χειρουργημένους ασθενείς και εκπαίδευση αυτών για ταχεία ανάρρωση και αποκατάσταση της υγείας τους.

#### **2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη στηρίζεται στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας. Η περιγραφική έρευνα έχει διάφορες μορφές όπως είναι η ποσοτική, πολυπαραγοντική και ενεργή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

Στόχοι της μελέτης ήταν να διερευνηθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες που συντελούν στην εδραίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα καθώς και το πώς αποδέχονται οι χειρουργημένοι ασθενείς την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Τα πλεονεκτήματα είναι τα εξής:

1. Προσφέρει αξιοπιστία και εγκυρότητα στα αποτελέσματα.
2. Συνδυάζει ευκαμψία περιεχομένου και σκοπού με στοιχεία ακρίβειας και ελέγχου.
3. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων με σχετικά ελάχιστη διάθεση χρόνου και χρήματος,
4. Η μεθοδολογία της μπορεί να εκτεθεί ρητά και πάντα ευκολότερη την αξιολόγηση και την επανάληψη της έρευνας.
5. Μπορεί να δομηθεί έτσι ώστε η ανάλυση των δεδομένων να είναι δυνατή με τη χρήση Η/Υ.

Τα μειονεκτήματα είναι:

1. Η αναγκαιότητα ανάπτυξης ενός συστήματος για εναποθήκευση και διατήρηση κάποιας τροχιάς στην πελώρια ποσότητα δεδομένων.
2. Η τάση τα δεδομένα να είναι σχετικά επιφανειακά (Σαχίνη - Καρδάση 1997).

Στην παρούσα μελέτη ακολουθήθηκε το σχέδιο της ποσοτικής πολυπαραγοντικής διερεύνησης.

### **3. ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις χειρουργικές κλινικές του Π.Π.Γ.Ν.Π., στην χειρουργική και ουρολογική κλινική του νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας». Επιπλέον ερωτηματολόγια εδόθησαν στην χειρουργική κλινική του νοσοκομείου «Παμουκάριστος» και στην Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.

Αυτή η εκλογή έγινε για τους κάτωθι βασικούς λόγους:

1. Υπήρχε διαθεσιμότητα πληροφοριών σχετικά με τους χειρουργημένους ασθενείς.
2. Υπήρχε η δυνατότητα πρόσβασης στις παραπάνω κλινικές.
3. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε νοσοκομεία τριών νομών για να είναι πιο έγκαιρα τα αποτελέσματα της έρευνας.

#### **4. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ**

Ο πληθυσμός σε αυτή την μελέτη ήταν χειρουργημένοι ασθενείς ηλικίας 18 έως 80 ετών της περιφέρειας Νοτιοδυτικής Ελλάδας και της περιφέρειας Αττικής.

Το Δείγμα ήταν τυχαίο και περιλαμβάνει πληθυσμό που χειρουργήθηκε στις κλινικές που προαναφέρθηκαν από τον Δεκέμβριο του 1999 έως και τον Οκτώβριο του 2000 και το αποτέλεσαν 150 άτομα. Ο πληθυσμός που καλύπτει τα κριτήρια που τέθηκαν και αποτελεί το στατιστικό δείγμα ήταν τελικά 100 άτομα.

#### **5. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ**

Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα είναι:

- Χειρουργημένοι ασθενείς των πρώτων μετεγχειρηματικών ημερών ηλικίας 18-80 ετών.

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν

- Χειρουργημένοι ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 15 ετών.
- Χειρουργημένοι ασθενείς που δεν είχαν την διαθητική ικανότητα να απαντήσουν.
- Χειρουργημένοι ασθενείς που αντένδειξε το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

## **6. ΣΥΛΛΟΓΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου 20 ερωτήσεων, τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη.

Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε συνεννόηση και συνεργασία με τις προϊσταμένες και το προσωπικό όλων των χειρουργικών κλινικών και εξασφαλίστηκε η ανωνυμία στους ερωτηθέντες, ότι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν μόνο αν το επιθυμούσαν καθώς και η δυνατότητα να διακόψουν την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου αν το επιθυμούσαν. Επίσης είχαν τη δυνατότητα να μην απαντήσουν σε ρωτήσεις που δεν επιθυμούσαν να απαντήσουν.

## **7. ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου (Content Validity), το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο συντάχθηκε αφού μελετήθηκαν ελληνικές διεθνείς μελέτες και εργασίες και ελήφθησαν υπόψη βιβλιογραφικές αναφορές.

Επίσης έγινε επίδειξη του ερωτηματολογίου σε συναδέλφους νοσηλεύτριες (μη ειδικευμένες στο αντικείμενο της μελέτης) που επέδειξαν πως ήταν αρκετά κατανοητό, έδινε σε αυτό που το διάβαζε εύκολα να καταλάβει τόσο τις ερωτήσεις όσο και τον σκοπό του ερωτηματολογίου (Face validity) (Anastasi A).

Η δομική εγκυρότητα (Construct Validity) ελέγχθηκε με την παραγωγή αποτελεσμάτων, συμπερασμάτων και συσχετίσεων, οι οποίες είναι λογικά και θεωρητικά αναμενόμενες και δεν αντιφάσκουν μεταξύ τους.

Η εξωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με την σύγκριση και συμφωνία αποτελεσμάτων με αποτελέσματα δημοσιευμένοι σε περιοδικά κύρους και δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Τέλος, η αξιοπιστία (Teliability) των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, επιτεύχθει με τη σύνταξη ερωτήσεων κλειστού τύπου με αυστηρά κωδικοποιημένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις καταγράφονταν κατά τη διάρκεια συνέντευξης από την ερευνητική ομάδα η οποία έθετε τις ερωτήσεις με κατάλληλο τρόπο, ώστε να αποφεύγονται λάθη κατανόησης και να μειώνεται η πιθανότητα ψευδούς απάντησης.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η συνέντευξη διήρκησε περίπου 10 - 15 λεπτά.

## **8. ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

Μια σωστή έρευνα πρέπει να συμμορφώνεται με τα ηθικά και νομικά κριτήρια της επιστημονικής έρευνας. (Ωστόσο η διατήρηση ισορροπίας ανάμεσα στην υποχρέωση εκτέλεσης πολύτιμων ερευνών και στην υποχρέωση φρούρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν είναι εύκολο έργο.

Ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η Διακήρυξη του Ελσίνγκι επισημαίνουν ότι σε όλες τις έρευνες με ανθρώπους πρέπει να προστατεύονται 4 βασικά δικαιώματα από ηθικής απόψεως.

1. Το δικαίωμα να μην υποστεί ο άνθρωπος βλάβη φυσική, συγκινησιακή, οικονομική και κοινωνική.
2. Το δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.
3. Το δικαίωμα να αποφασίζει για τον εαυτό του.
4. Το δικαίωμα για ιδιαιτερότητα, ανωνυμία και εχεμύθεια.

Η ηθική έρευνα προστατεύει, τα παραπάνω ανθρώπινα δικαιώματα. Έχει όμως και μια σειρά ευρύτερων χαρακτηριστικών που είναι:

1. Επιστημονική αντικειμενικότητα.
2. Εντιμότητα στην αναγνώριση της συνεισφοράς άλλων, στην έρευνα.
3. Λεπτότητα στην εφαρμογή των διαδικασιών, ώστε να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα.



4. Διαφάνεια στην έκθεση σκοπού, διαδικασιών μεθόδων και ευρημάτων.
5. Αποκάλυψη των πηγών των οικονομικών πόρων.
6. Διερεύνηση του σώματος επιστημονικής γνώσης της νοσηλευτικής μέσω δημοσιεύσεων και παρουσιάσεων των ερευνητικών ευρημάτων.

Στην παρούσα μελέτη λοιπόν δεν προκύπτουν ηθικά και οικονομικά ζητήματα για τον ασθενή, την ιατρική τους παρακολούθηση, την οικογενειακή και κοινωνική του ζωή. Τα στοιχεία που συλλέγονται είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης (Σαχίνη - Καρδάση 1997).

Το ιατρικό και νοσηλευτικό έργο δεν παρεμποδίζεται ενώ ο ασθενής δεν δεσμεύεται να συμμετέχει στην μελέτη με κανένα λόγο μέσο ή τρόπο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

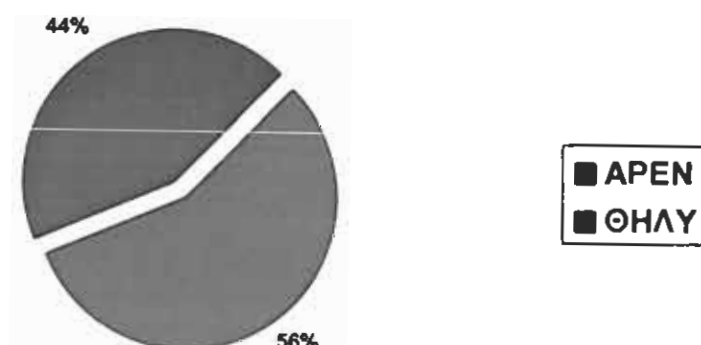
Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά με μορφή πινάκων, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο*

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΘΗΛΥ	44	44 %
ΑΡΡΕΝ	56	56 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν άνδρες.

*ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο*

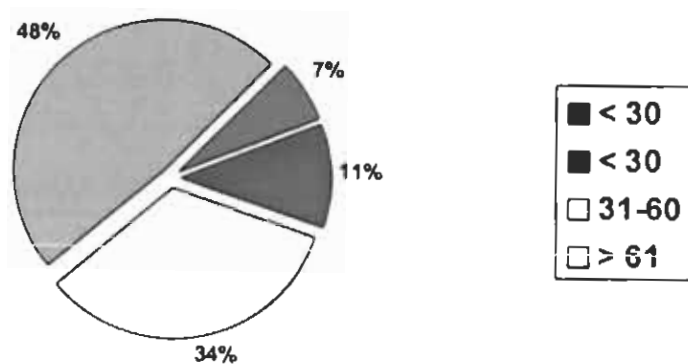


**ΠΙΝΑΚΑΣ 2 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 30	12	12 %
31 έως 60	36	36 %
> 61	52	52 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας μεγαλύτερης των 61 ετών.

**ΣΧΗΜΑ 2:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία.

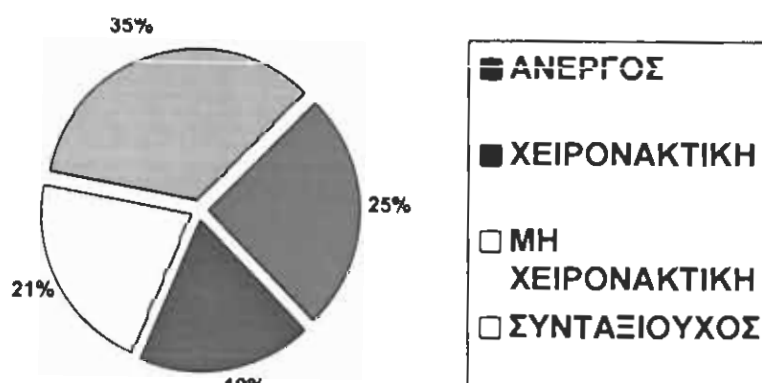


**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το που εργάζονται

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΕΡΓΟΣ- ΦΟΙΤΗΤΗΣ- ΟΙΚΙΑΚΑ ΜΑΘΗΤΗΣ	27	27 %
ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΗ	20	20 %
ΜΗ ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΗ	23	23 %
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	30	37 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν συνταξιούχοι.

**ΣΧΗΜΑ 3:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασία τους

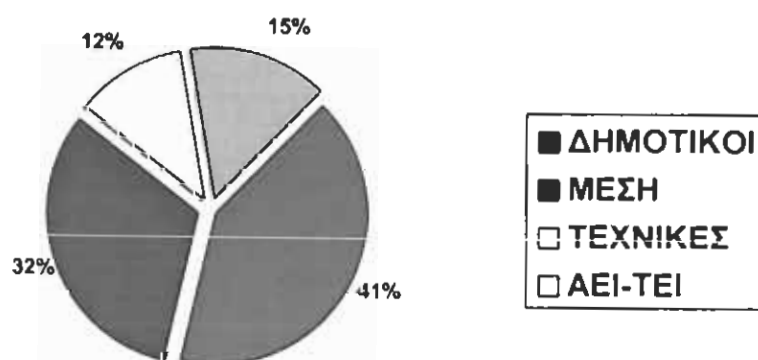


**ΠΙΝΑΚΑΣ 4 :** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	41	41 %
ΓΥΜΝΑΣΙΟ-ΛΥΚΕΙΟ	32	32 %
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	12	12 %
ΤΕΙ-ΑΕΙ	15	15 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν επιπέδου κατώτερης εκπαίδευσης.

**ΣΧΗΜΑ 4:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την εκπαίδευσή.

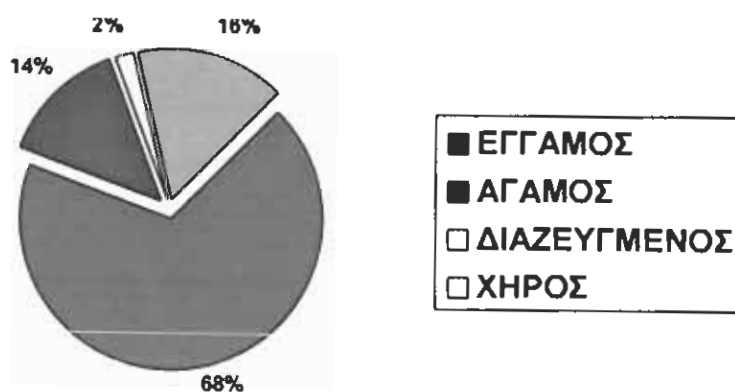


**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΕΓΓΑΜΟΣ	68	68 %
ΑΓΑΜΟΣ	14	14 %
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	2	2 %
ΧΗΡΟΣ	16	16 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

**ΣΧΗΜΑ 5:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση .

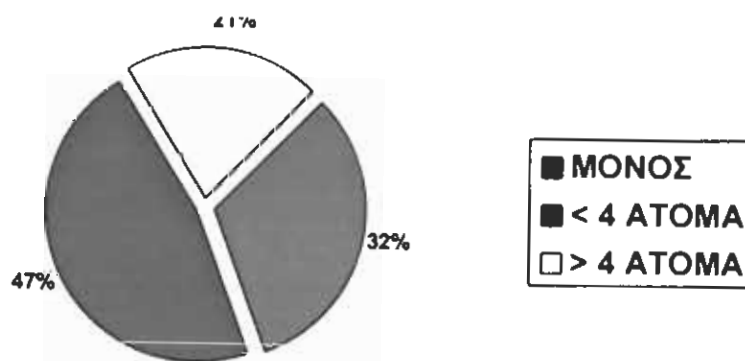


**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τα άτομα που συγκατοικούν.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Μόνος	32	32 %
< 4 άτομα	47	47 %
> 5 άτομα	21	21 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα διαμένουν μαζί με οικογένεια μέχρι 4 άτομα.

**ΣΧΗΜΑ 6:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη συγκατοίκηση.

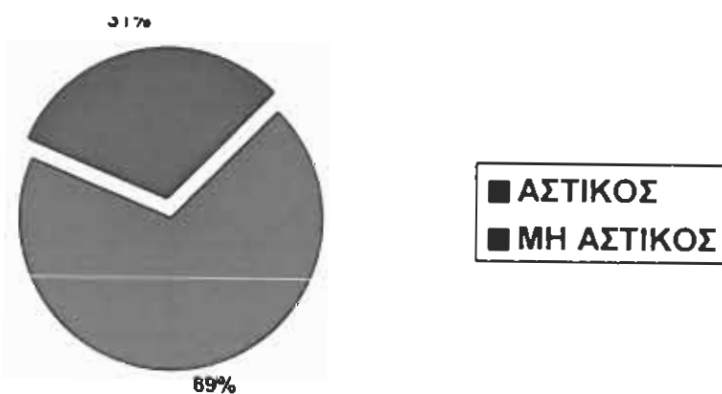


**ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το τόπο διαμονής**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΣΤΙΚΟΣ	69	69 %
ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ	31	31 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα διαμένουν σε πόλη.

**ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη διαμονή τους.**



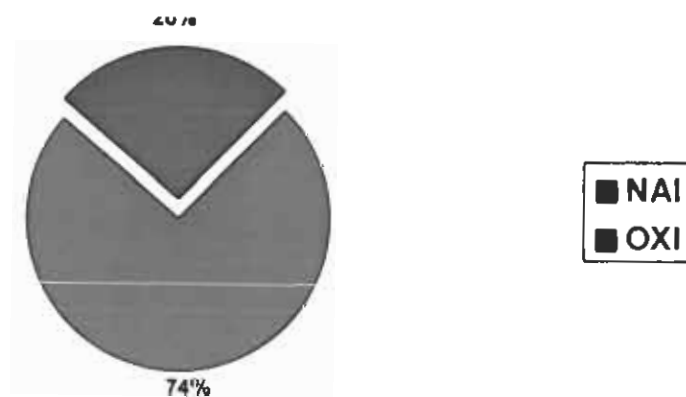


**ΠΙΝΑΚΑΣ 8:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν εισαχθεί ξανά στο Νοσοκομείο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	74	74 %
ΟΧΙ	26	26 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν εισαχθεί ξανά στο Νοσοκομείο

**ΣΧΗΜΑ 8:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν εισαχθεί ξανά στο Νοσοκομείο.

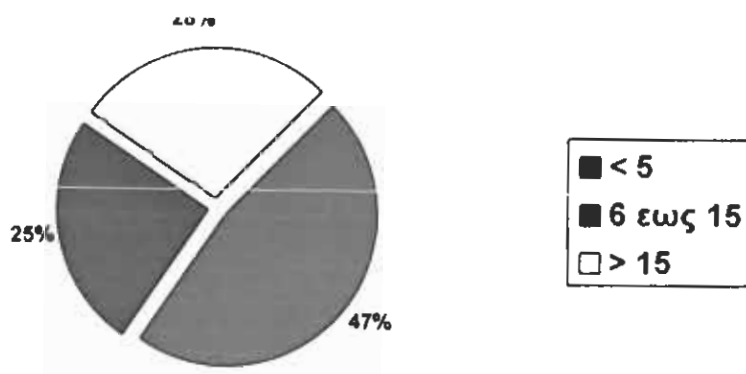


**ΠΙΝΑΚΑΣ 9:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ημέρες νοσηλείας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
< 5 ημέρες	47	47 %
6 – 15 ημέρες	25	25 %
> 15 ημέρες	28	28 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα νοσηλεύονται για λιγότερο από 5 ημέρες.

**ΣΧΗΜΑ 9:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις ημέρες νοσηλείας τους.

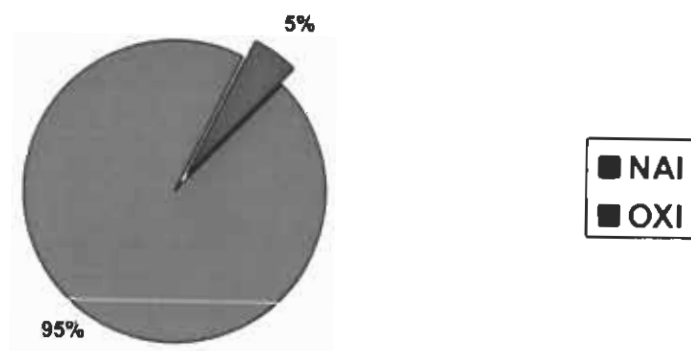


**ΠΙΝΑΚΑΣ 10:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν γνωρίζουν τη διάγνωση εισόδου τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	95	95 %
ΟΧΙ	5	5 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα γνωρίζουν τη διάγνωση εισόδου τους

**ΣΧΗΜΑ 10:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100ερωτηθέντων σε σχέση με τη διάγνωση εισόδου τους.

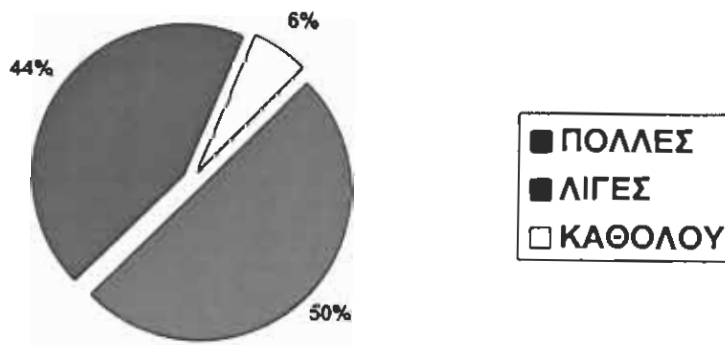


**ΠΙΝΑΚΑΣ 11:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΛΕΣ	50	50 %
ΛΙΓΕΣ	44	44 %
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	6 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν πολλές γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους.

**ΣΧΗΜΑ 11:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έχουν γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους.



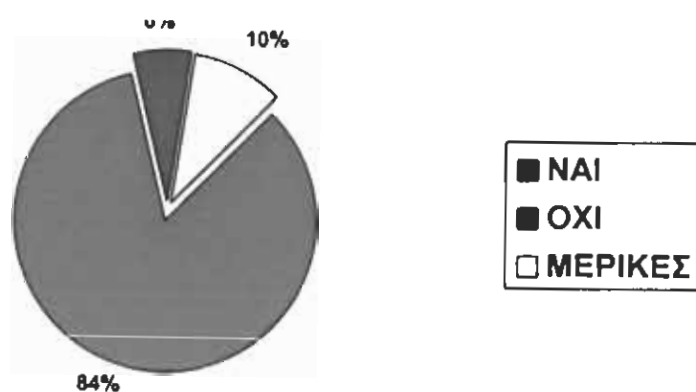
**ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά:**

Α. τον προσανατολισμό μέσα στη μονάδα νοσηλείας

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	84	84%
ΟΧΙ	6	6 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	10	10 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν καλή ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τον προσανατολισμό μέσα στη μονάδα νοσηλείας

**ΣΧΗΜΑ 12α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το προσανατολισμό στην μονάδα**

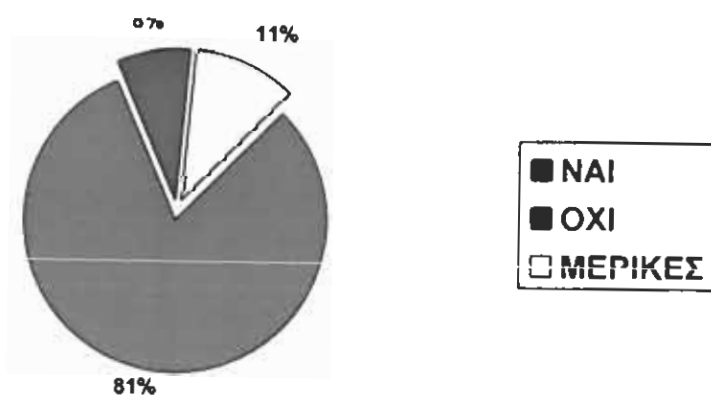


Β. Με τις εξετάσεις

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	81	%
ΟΧΙ	8	%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	11	%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι ικανοποιημένοι από την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τις εξετάσεις

**ΣΧΗΜΑ 12β:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις εξετάσεις

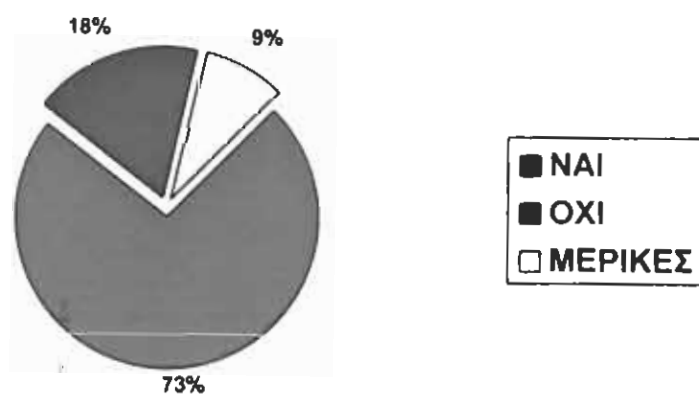


Γ. Σε σχέση με τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα φάρμακα

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	73	73%
ΟΧΙ	18	18%
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	9	9%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιημένοι από το προσωπικό σε σχέση με την ενημέρωση γιά τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα φάρμακα

**ΣΧΗΜΑ 12γ:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τις θεραπευτικές διαδικασίες

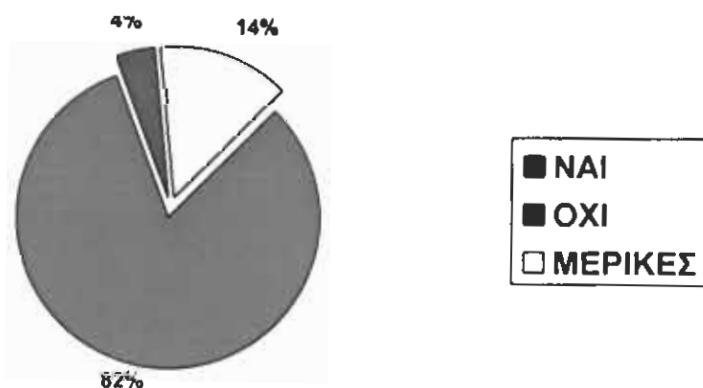


**ΠΙΝΑΚΑΣ 13:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανακούφιση του πόνου

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	82	82 %
ΟΧΙ	4	4 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	14	14 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιημένοι με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανακούφιση του πόνου

**ΣΧΗΜΑ 13:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανακούφιση του πόνου.



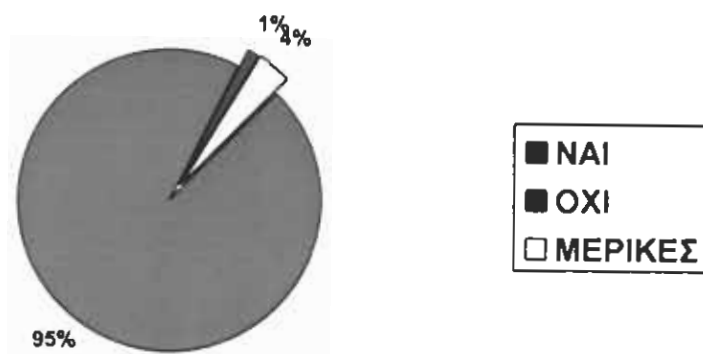


**ΠΙΝΑΚΑΣ 14:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του προσωπικού

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	95	95 %
ΟΧΙ	1	1 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	4	4 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ικανοποιημένοι με την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του προσωπικού.

**ΣΧΗΜΑ 14:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του προσωπικού

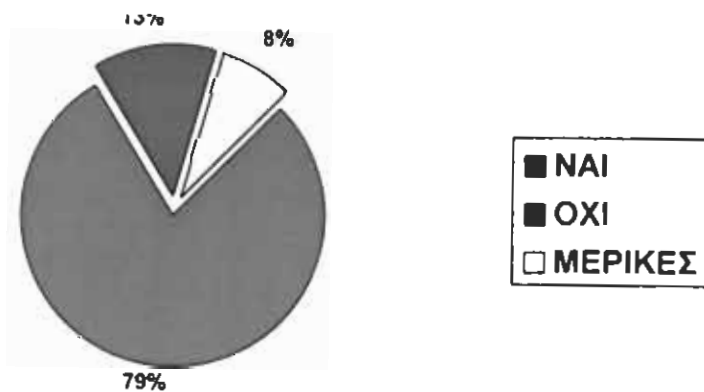


**ΠΙΝΑΚΑΣ 15:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό επιζητεί τη συμμετοχή τους στη φροντίδα υγείας τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	79	79 %
ΟΧΙ	13	13 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	8	8 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το προσωπικό επιζητεί τη συμμετοχή τους στη φροντίδα υγείας τους.

**ΣΧΗΜΑ 15:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό επιζητεί τη συμμετοχή τους στη φροντίδα υγείας τους

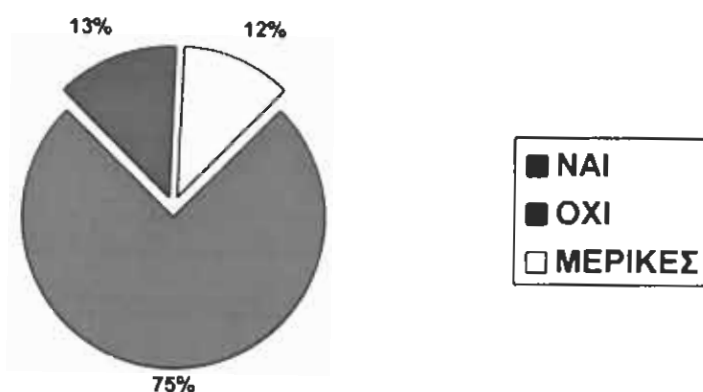


**ΠΙΝΑΚΑΣ 16:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη φιλική - ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	75	75 %
ΟΧΙ	13	13 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	12	12 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι ικανοποιημένοι με τη φιλική - ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού.

**ΣΧΗΜΑ 16:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με τη φιλική - ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού.

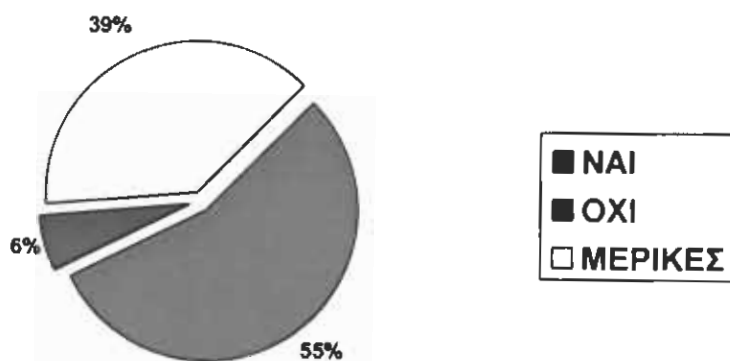


**ΠΙΝΑΚΑΣ 17:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	55	55 %
ΟΧΙ	6	6 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	39	39 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι ικανοποιημένοι σχετικά με σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους.

**ΣΧΗΜΑ 17:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους

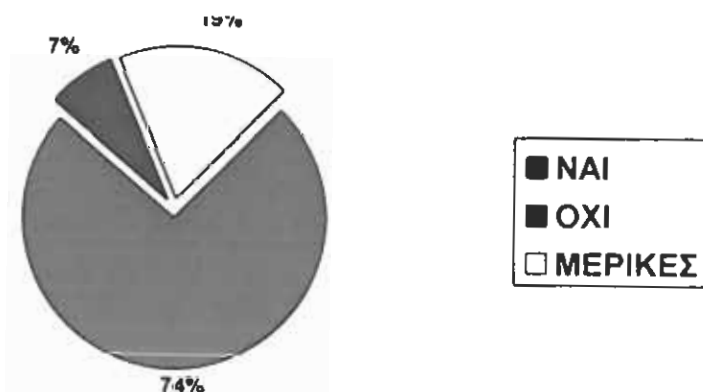


**ΠΙΝΑΚΑΣ 18:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ύπνο και ξεκούραση

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	74	74 %
ΟΧΙ	7	7 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	19	19 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρού ότι το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ύπνο και ξεκούραση.

**ΣΧΗΜΑ 18:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ύπνο και ξεκούραση.

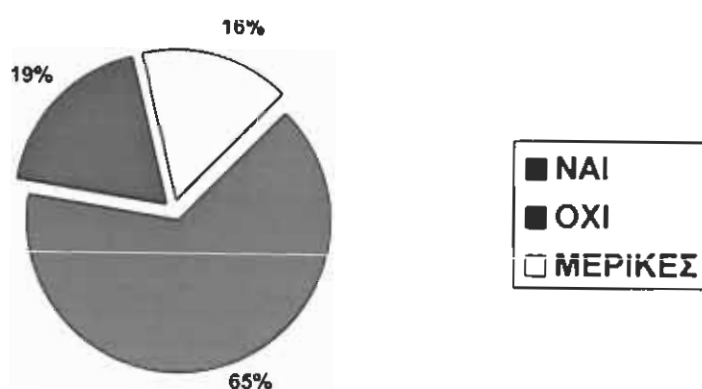


**ΠΙΝΑΚΑΣ 19:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό λαμβάνει υπόψιν του τις προσωπικές τους επιθυμίες και προτιμήσεις.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	65	65 %
ΟΧΙ	19	19 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	16	16 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι το προσωπικό λαμβάνει υπ' όψιν του τις προσωπικές τους επιθυμίες και προτιμήσεις

**ΣΧΗΜΑ 19:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν το προσωπικό λαμβάνει υπ' όψιν του τις προσωπικές τους επιθυμίες και προτιμήσεις

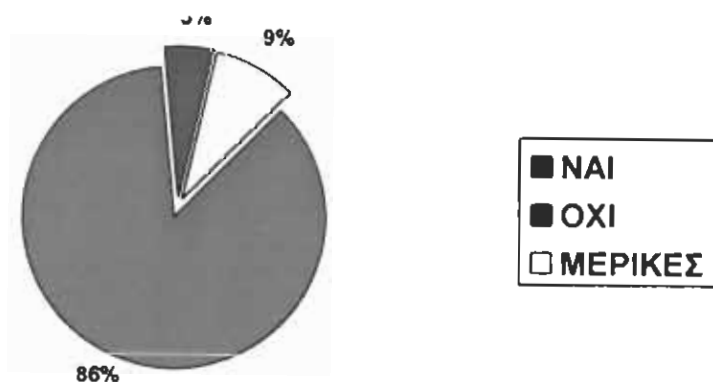


**ΠΙΝΑΚΑΣ 20:** Κατανομή των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι γενικά ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	86	86 %
ΟΧΙ	5	5 %
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	9	9 %
ΣΥΝΟΛΟ	100	100 %

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι γενικά ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες

**ΣΧΗΜΑ 20:** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν είναι γενικά ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.



## 2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ (ΑΘΗΝΑ-ΕΠΑΡΧΙΑ)

*ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με τις γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 11)*

Αριθμός	ΠΟΛΛΕ Σ ΦΟΡΕΣ	ΛΙΓΕΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	12	9	2	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	38	35	4	69
ΣΥΝΟΛΟ	50	44	6	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4.7	0.7

Στις απαντήσεις σε σχέση με τις γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.



*ΠΙΝΑΚΑΣ 22α : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα προσανατολισμού μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 12α )*

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	24	2	5	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	60	4	5	69
ΣΥΝΟΛΟ	84	6	10	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4.7	0.6

Στις απαντήσεις σε σχέση με την με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό τους σε θέματα προσανατολισμού στο τμήμα νοσηλείας μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας , δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22β :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα εξετάσεων μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 12β)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	21	7	3	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	60	1	8	69
ΣΥΝΟΛΟ	81	8	11	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	8.5	0.08

Στις απαντήσεις σε σχέση με την με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό τους σε θέματα εξετάσεων μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. Όμως στην επαρχία το 17% δεν ενημερώνεται ενώ στην Αθήνα το 32% γιατί δεν υπάρχει χρόνος και γιατί είναι ιατρική υποχρέωση όχι νοσηλευτική.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22γ :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα θεραπείας και φαρμάκων μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 12γ )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	26	2	3	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	58	4	7	69
ΣΥΝΟΛΟ	84	6	10	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	4.4	0.3

Στις απαντήσεις σε σχέση με την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό τους σε θέματα θεραπείας μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την ανταπόκριση στην ανακούφιση του πόνου μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 13 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	19	8	4	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	54	10	5	69
ΣΥΝΟΛΟ	73	18	9	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	3.9	0.09

Στις απαντήσεις σε σχέση με την ανταπόκριση στην ανακούφιση του πόνου τους μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. Παρ' όλα αυτά το προσωπικό της Αττικής είναι διπλάσιο στην ΟΧΙ ή Μ.Φ ανταπόκριση στην ανακούφιση από τον πόνο. Περισσότερους ασθενείς πιο βαριά περιστατικά, πιο απρόσωπο επικοινωνία Νοσηλεύτριας και αρρώστου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 24 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του προσωπικού μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 14)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	30	0	1	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	65	1	3	69
ΣΥΝΟΛΟ	95	1	4	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	5.8	0.5

Στις απαντήσεις σε σχέση με την επιδεξιότητα και τη συνέπεια του προσωπικού μεταξύ Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. Στην επιδεξιότητα και συνέπεια οι Νοσηλευτές των Αθηνών έχουν περισσότερη επιδεξιότητα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν το προσωπικό επιζητεί την συμμετοχή τους στη φροντίδα τους μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 15 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	24	5	2	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	55	8	6	69
ΣΥΝΟΛΟ	79	13	8	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	7.7	0.4

Στις απαντήσεις σε σχέση με με το αν το προσωπικό επιζητεί την συμμετοχή τους στη φροντίδα τους μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με τη συμπεριφορά του προσωπικού μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 16 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	20	7	4	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	55	6	8	69
ΣΥΝΟΛΟ	75	13	12	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	6.7	0.3

Στις απαντήσεις σε σχέση με την με τη συμπεριφορά του προσωπικού μεταξύ ασθενών Αθηνών και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 17 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	12	0	19	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	43	6	20	69
ΣΥΝΟΛΟ	55	6	39	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	6.9	0.2

Στις απαντήσεις σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 28 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με τις συνθήκες που δημιουργούνται για ξεκούραση και ύπνο μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση18)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	19	3	9	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	55	4	10	69
ΣΥΝΟΛΟ	74	7	19	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	9.2	0.7

Στις απαντήσεις σε σχέση με τις συνθήκες που δημιουργούνται για ξεκούραση και ύπνο μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν λαμβάνει το προσωπικό υπόψιν του τις προσωπικές τους επιθυμίες μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 19 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	11	10	10	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	54	9	6	69
ΣΥΝΟΛΟ	65	19	16	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	2.7	0.4

Στις απαντήσεις σε σχέση με το αν λαμβάνει το προσωπικό υπόψιν του τις προσωπικές τους επιθυμίες τους μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. Στην επαρχία υπάρχει μεγαλύτερη επικοινωνία Νοσηλευτών και ασθενών και υπάρχει χρόνος και διάθεση για να λαμβάνονται υπ' όψη η επιθυμίες των αρρώστων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 30 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την ικανοποίησή τους από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες μεταξύ ασθενών Νοσοκομείων της Αθήνας και αυτών της Επαρχίας (Ερώτηση 20 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΘΗΝΑ	26	1	4	31
ΕΠΑΡΧΙΑ	60	4	5	69
ΣΥΝΟΛΟ	86	5	9	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	9.8	0.07

Στις απαντήσεις σε σχέση με την ικανοποίησή τους από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες τους μεταξύ ασθενών Αθήνας και Επαρχίας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

### 3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 31:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν το προσωπικό επιζητεί την συνεργασία τους στις υπηρεσίες φροντίδας μεταξύ ασθενών με διαφορετικές ημέρες νοσηλείας (Ερωτήσεις 9 και 15)

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
< 5 ημέρες	39	4	4	47
6 – 15 ημέρες	17	6	2	25
> 15 ημέρες	23	3	2	28
ΣΥΝΟΛΟ	79	13	8	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	6.8	0.3

Στις απαντήσεις σε σχέση με το αν το προσωπικό επιζητεί την συνεργασία τους στις υπηρεσίες φροντίδας μεταξύ ασθενών με διαφορετικές ημέρες νοσηλείας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 32 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους μεταξύ ασθενών με διαφορετικές ημέρες νοσηλείας ( Ερωτήσεις 9 και 17 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
< 5 ημέρες	25	2	20	47
6 – 15 ημέρες	15	1	9	25
> 15 ημέρες	15	3	10	28
ΣΥΝΟΛΟ	55	6	39	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	5.7	0.7

Στις απαντήσεις σε σχέση με την υγιεινή του θαλάμου τους μεταξύ ασθενών με διαφορετικές ημέρες νοσηλείας δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 33 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό των διαφορετικών απόψεων σε σχέση με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. ( Ερωτήσεις 9 και 20 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
< 5 ημέρες	42	3	2	47
6 – 15 ημέρες	21	1	3	25
> 15 ημέρες	23	1	4	28
ΣΥΝΟΛΟ	86	5	9	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	3.4	0.5

Στις απαντήσεις μεταξύ ασθενών με διαφορετικές ημέρες νοσηλείας, δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 34 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με τις γνώσεις των ασθενών για τα προβλήματα υγείας τους και το μορφωτικό τους επίπεδο ( Ερωτήσεις 4 και 11 )

Αριθμός	ΠΟΛΛΕΣ	ΛΙΓΕΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	30	10	1	41
ΓΥΜΝΑΣΙΟ-ΛΥΚΕΙΟ	18	11	3	32
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	2	10	0	12
ΑΕΙ-ΤΕΙ	0	13	2	15
ΣΥΝΟΛΟ	50	44	6	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	2.3	0.03

Στις απαντήσεις σε σχέση με τις γνώσεις των ασθενών για τα προβλήματα υγείας τους και το μορφωτικό τους επίπεδο, διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 35 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν θεωρούν ότι το προσωπικό επιζητεί τη συμμετοχή τους στη φροντίδα υγείας τους μεταξύ ασθενών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης ( Ερωτήσεις 4 και 15 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚ Ο	40	1	0	41
ΓΥΜΝΑΣΙ Ο-ΛΥΚΕΙΟ	27	2	3	32
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	6	4	2	12
ΑΕΙ-ΤΕΙ	6	6	3	15
ΣΥΝΟΛΟ	79	13	8	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	3.6	0.4

Οι απαντήσεις σε σχέση με το αν θεωρούν ότι το προσωπικό επιζητεί τη συμμετοχή τους στη φροντίδα υγείας τους μεταξύ ασθενών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ξεκούραση και ύπνο μεταξύ ασθενών με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης ( Ερωτήσεις 4 και 18 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	37	2	2	41
ΓΥΜΝΑΣΙΟ- ΛΥΚΕΙΟ	25	1	6	32
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	5	2	5	12
ΑΕΙ-ΤΕΙ	7	2	6	15
ΣΥΝΟΛΟ	74	7	19	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	6.8	0.3

Οι απαντήσεις σε σχέση με το αν το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ξεκούραση και ύπνο μεταξύ ασθενών με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης . Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ασθενών διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης ( Ερωτήσεις 9 και 5 )**

Αριθμός	ΕΓΓΑΜΟΣ	ΑΓΑΜΟΣ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	ΧΗΡΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
< 5 ημέρες	46	0	0	1	47
6 – 15 ημέρες	22	0	1	2	25
> 15 ημέρες	0	14	1	13	28
ΣΥΝΟΛΟ	68	14	2	16	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	3.4	0.02

Οι απαντήσεις σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ασθενών διαφορετικής οικογενειακής κατάστασης διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 38 : Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν έχουν γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους μεταξύ ασθενών διαφορετικών τόπων διαμονής ( Ερωτήσεις 7 και 11 )*

Αριθμός	ΠΟΛΛΕ Σ	ΛΙΓΕΣ	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΣΤΙΚΟΣ	41	24	4	69
ΜΗ ΑΣΤΙΚΟΣ	9	20	2	31
ΣΥΝΟΛΟ	50	44	6	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	7.5	0.4

Οι απαντήσεις σε σχέση με το αν έχουν γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα υγείας τους μεταξύ ασθενών διαφορετικών τόπων διαμονής. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 39:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το φύλο μεταξύ ασθενών διαφορετικών ημερών νοσηλείας ( Ερωτήσεις 9 και 1 )

Αριθμός	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
< 5 ημέρες	28	19	47
6 – 15 ημέρες	13	12	25
> 15 ημέρες	15	13	28
ΣΥΝΟΛΟ	56	44	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	2.7	0.8

Οι απαντήσεις σε σχέση με το φύλο μεταξύ ασθενών διαφορετικών ημερών νοσηλείας δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 40 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν λαμβάνει το προσωπικό υπόψιν του τις ιδιαίτερες ανάγκες τους μεταξύ ασθενών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης ( Ερωτήσεις 19 και 4 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	30	6	5	41
ΓΥΜΝΑΣΙΟ- ΛΥΚΕΙΟ	24	5	3	32
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΧΟΛΕΣ	5	3	4	12
ΤΕΙ-ΑΕΙ	6	5	4	15
ΣΥΝΟΛΟ	65	19	16	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	7.8	0.7

Οι απαντήσεις σε σχέση με το αν λαμβάνει το προσωπικό υπόψιν του τις ιδιαίτερες ανάγκες τους μεταξύ ασθενών διαφορετικών επιπέδων εκπαίδευσης δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 41:** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με την ικανοποίηση από την υγιεινή του θαλάμου μεταξύ ασθενών διαφορετικού φύλου ( Ερωτήσεις 17 και 1 )

Αριθμός	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
ΝΑΙ	53	2	55
ΟΧΙ	0	6	6
ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	3	36	39
ΣΥΝΟΛΟ	56	44	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	9.8	0.04

Οι απαντήσεις σε σχέση με την ικανοποίηση από την υγιεινή του θαλάμου μεταξύ ασθενών διαφορετικού φύλου διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 42 :** Συσχέτιση των απαντήσεων 100 ερωτηθέντων για εντοπισμό διαφορών σε σχέση με το αν το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ύπνο και ξεκούραση μεταξύ ασθενών διαφορετικού φύλου (Ερωτήσεις 18 και 2 )

Αριθμός	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΡΡΕΝ	50	0	6	56
ΘΗΛΥ	24	7	13	44
ΣΥΝΟΛΟ	74	7	19	100

	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (r)	9.5	0.01

Οι απαντήσεις σε σχέση με το αν το προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για ύπνο και ξεκούραση μεταξύ ασθενών διαφορετικού φύλου διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

#### ***Εισαγωγή***

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε το πιλοτικό πλαίσιο των χειρουργημένων ασθενών για την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας επειδή οι ασθενείς αυτοί δέχονται μια ποικιλία από νοσηλευτικές παρεμβάσεις μέσα σε μικρό σχετικά χρονικό περιθώριο. Οι ασθενείς ερωτήθηκαν αφού πρώτα βίωσαν μέσα στους νοσηλευτικούς θαλάμους ένα χρονικό διάστημα κατά την προεγχειρητική τους ετοιμασία και επιλέχθηκε η χρονική στιγμή που έχει ξεπεράσει τις δυσκολίες των προεγχειρητικών ημερών.

Πιστεύουμε ότι η στιγμή της χρονικής στιγμής της συμπλήρωσης των δεδομένων μέσω του ερωτηματολογίου ήταν η πλέον κατάλληλη και τα δεδομένα είναι τα πλέον αξιόπιστα γιατί οι ασθενείς έχουν ξεπεράσει το προεγχειρητικό stress, έχουν βιώσει αρκετό χρονικό διάστημα στις υπηρεσίες υγείας και έχουν προσαρμοστεί στο χώρο της κλινικής. Επίσης είχαν ανάλογο χρόνο για να εκτιμήσουν την συνεργασία, την προσφορά υπηρεσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό και είχαν τον χρόνο να γνωρίσουν τις δυνατότητες των χώρων, την κάλυψη των αναγκών τους από τις ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες.

#### ***Κατηγοριοποίηση παραμέτρων ερωτηματολογίου***

Προκειμένου οι νοσηλευτές να δημιουργήσουν εξατομικευμένα πλάνα νοσηλευτικής φροντίδας στους χειρουργημένους ασθενείς είναι απαραίτητο να γνωρίζουν την φυσική - σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενή πόσο η ασθένεια επηρεάζει τα συστήματα του οργανισμού, την υποδοχή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, την ανταπόκριση των νοσηλευτών απέναντι στις ανάγκες των ασθενών. Επίσης το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων και το



επίπεδο επικοινωνίας είναι στοιχεία απαραίτητα για την δημιουργία των ποιοτικών πλάνων παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Με το πιλοτικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε μελετήθηκαν οι βασικές παράμετροι που αναφέρθηκαν. Ως εργαλείο συλλογής των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν και ομαδοποιήθηκαν για την καλύτερη ανάλυση των δεδομένων. Έτσι έχουμε.

1. Τα δημογραφικά στοιχεία στη μελέτη αυτή περιλαμβάνουν το φύλο (άντρας - γυναίκα), την ηλικία (<30, 31-60, >60), το επάγγελμα (ερώτηση 1, 2, 3).
2. Το περιβάλλον διαβίωσης περιλαμβάνει:
  - α) Τον τόπο διαμονής (πόλη - χωριό) (ερώτηση 7)
  - β) Τον τρόπο διαμονής. Οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος - άγαμος - διαζευγμένος - χήρος, μόνος με οικογένεια). (Ερώτηση 5,6)
3. Η νοσοκομειακή εμπειρία του ασθενούς εστιάζεται στο αν έχει εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο και πόσες μέρες έχει νοσηλευτεί μέχρι τη στιγμή που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο (ερωτήσεις 8,9).
4. Το επίπεδο γνώσεων του ασθενούς αξιολογείται από το μορφωτικό του επίπεδο (Δημοτικό, Γυμνάσιο - Λύκειο, Τεχνικές Σχολές, Τ.Ε.Ι. - Α.Ε.Ι.) από το αν γνωρίζει την διάγνωση της εισόδου και αν έχει γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα της υγείας του (Ερωτήσεις 4, 10, 11).
5. Η ενημέρωση των ασθενών από τους νοσηλευτές μετριέται στην ερώτηση 12α, β, γ.
6. Η εκτίμηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας από τους ασθενείς ως προς την ταχύτητα, επιδεξιότητα, συμπεριφορά των νοσηλευτών μετρούνται στις ερωτήσεις 13, 14, 16, 18.

7. Η εκτίμηση της υγιεινής των νοσηλευτικών χώρων από τους ασθενείς αξιολογείται στην ερώτηση 17
8. Η εκτίμηση του επιπέδου συνεργασίας νοσηλευτών και ασθενών μετρούνται στις ερωτήσεις 15, 19
9. Τέλος η αξιολόγηση των αισθημάτων ικανοποίησης ασθενών σχετικά με την φροντίδα υγείας τους από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες μετράται στην ερώτηση 20

### ***Ανάλυση αποτελεσμάτων και συζήτηση των δεδομένων***

Το 56% του δείγματος ήταν άνδρες και το 52% άτομα με ηλικία >61 χρονών. Από αυτούς το 37% ήταν συνταξιούχοι και το 41% με μορφωτικό επίπεδο: Δημοτικό σχολείο. Το 68% ήταν παντρεμένοι και ζούσαν με <4 άτομα το 47%.

Η αστικοποίηση επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη αφού το 69% ζούσαν σε αστική περιοχή.

Οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ξανά εμπειρία με εισαγωγή στο νοσοκομείο και σε ποσοστό 74%.

Η βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας των χειρουργικών κλινικών συμβάλλει στην μείωση των ημερών νοσηλείας και στην ταχεία χειρουργική αντιμετώπιση. Έτσι το 47% δήλωσε ότι είχε νοσηλευτεί <5 ημέρες.

Οι ασθενείς σχεδόν όλοι το 95% γνώριζαν την διάγνωση εισόδου και το 5% που δήλωσαν ότι δεν την γνώριζαν ήταν άτομα που περίμεναν εργαστηριακές απαντήσεις για την τελική διάγνωση, στοιχείο που δηλώθηκε κατά την συνέντευξη.

Στην παρούσα μελέτη οι ασθενείς αν και γνωρίζουν την διάγνωση της εισόδου οι ασθενείς δεν έχουν όμως πολλές γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα της υγείας τους. Έτσι μόνο το 50% έχει πολλές γνώσεις (ενώ το 95% γνωρίζει την διάγνωση) και το 44% έχει λίγες γνώσεις. Το ποσοστό όσων

δεν γνωρίζουν την διάγνωση συμπίπτει με το ποσοστό όσων δεν έχουν καθόλου γνώσεις για τα προβλήματα της υγείας τους (πιν. 11).

Το πόσο καλά και σωστά ενημερώνουν οι νοσηλευτές τους ασθενείς φαίνεται από την ερώτηση 12 α, β, γ και παρατηρείται ότι οι νοσηλευτές σχετικά με τον προσανατολισμό του αρρώστου μέσα στη μονάδα νοσηλείας ενημερώνουν το 84%, των ασθενών σχετικά με τις εξετάσεις το ποσοστό πέφτει στο 81% ενώ σχετικά με τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα φάρμακα το ποσοστό πέφτει ακόμα περισσότερο στο 73%. Αν και τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να παρέχουν ενημέρωση σε όλους τους αρρώστους, δηλ. σε ποσοστό 100%. Στην έρευνας της Καντιά (1997) σχεδόν το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων δεν είναι ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που έπαιρναν για τη θεραπεία τους. Το ίδιο βρέθηκε και σε πολλές έρευνες του εξωτερικού 13,17%. Περίπου το 10% των ασθενών έκανε αρνητικά σχόλια σχετικά με την μη επεξήγηση των νοσηλευτικών ενεργειών και με τον τρόπο που οι πληροφορίες παρέχονται (Mc Coll et. al. 1996).

Στην έρευνα της Καντιά (1997) το 14,70% των ασθενών του δείγματος θεωρεί ότι οι νοσηλευτές καταβάλλονται από τις καταστάσεις και δεν αναπτύσσουν πρωτοβουλίες, χωρίς την παρουσία γιατρών (22,27%). Επίσης ποσοστό 89% είναι δυσαρεστημένοι με την παράδοση πληροφοριών γύρω από τους ασθενείς ανά βάρδια.

Τέλος αναφορικά με την παροχή πληροφοριών, όταν κρινόταν αναγκαίο, το 13,28% δεν ήταν ικανοποιημένοι.

Οι ασθενείς στις ερωτήσεις 13, 14, 16 και 18 κλήθηκαν να εκτιμήσουν με τα προσωπικά τους κριτήρια την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Έτσι σχετικά με την ταχύτητα ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανακούφιση του πόνου το 82% των αρρώστων απάντησε Ναι ενώ το 14% απάντησε ότι μερικές φορές ανταποκρίνεται το νοσηλευτικό προσωπικό ταχύτερα στην αντιμετώπιση του πόνου.

Στην έρευνα της Καυτιά (1997) οι ασθενείς σε ποσοστό, 10,90% τοποθετήθηκαν αρνητικά αναφορικά με την ταχύτητα απάντησης σε κλήση με το κουδούνι, και επίσης αρνητικά σε ποσοστό 4,27% ως αναφορά την προθυμία των νοσηλευτών. Σε παρόμοια έρευνα (Mc Coll et al 1996) βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές δεν ήταν πάντα στην διάθεση των ασθενών όταν τους ζητούσαν σε ποσοστό 11,2%.

Όπως αποδεικνύεται από τα παραπάνω ερευνητικά στοιχεία, στην παρούσα μελέτη το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται με περισσότερη ταχύτητα στην ανακούφιση από τον πόνο.

Οι ασθενείς στις ερωτήσεις 13, 14, 16 και 18 κλήθηκαν να εκτιμήσουν με τα προσωπικά τους κριτήρια την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Έτσι σχετικά με την ταχύτητα ανταπόκρισης του νοσηλευτικού προσωπικού στην ανακούφιση του πόνου το 82% των αρρώστων απάντησε «Ναι» ενώ το 14% απάντησε ότι «μερικές φορές» ανταποκρίνεται το Νοσηλευτικό Προσωπικό με ταχύτητα στην αντιμετώπιση του πόνου. Τα ποσοστά σχετικά με την επιδεξιότητα και την συνέπεια του Νοσηλευτικού Προσωπικού ανεβαίνουν στο 95%. Είναι ένα ενθαρρυντικό στοιχείο για επιβράβευση του Νοσηλευτικού Προσωπικού ότι γνωρίζει να εφαρμόζει με δεξιοτεχνία τις νοσηλευτικές του εφαρμογές. Όμως η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού Προσωπικού αρχίζει να χάνει γιατί μόνο το 75% είναι φιλικό και ευγενικό, το 13%, όχι και το 12% μερικές φορές. Ίσως εδώ θα πρέπει να ενισχύεται το Νοσηλευτικό Προσωπικό να ξεπεράσει την κούραση, το stress την ελλιπή οργάνωση του διοικητικού κενού και να βελτιωθεί η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού Προσωπικού. Ένα άλλο σημείο που χρειάζονται οι νοσηλευτές να βελτιώσουν είναι η δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για ύπνο και ξεκούραση των ασθενών και εδώ οι ασθενείς απαντάν ότι το 74% έχει καλές συνθήκες, ύπνου και ξεκούρασης και το 19% μόνο μερικές φορές.

Στην έρευνα της Καυτιά (1997) σε ένα ποσοστό 48% εκφράζεται χαμηλή ικανοποίηση λόγω μη εξασφάλισης ήσυχου περιβάλλοντος (φώτα, θόρυβος).

Επιπλέον, στην έρευνα των Abdallah - Levine (1957) ένας στους τρεις ασθενείς ανέφεραν σημαντικές παραλείψεις σχετικά με την ξεκούραση και το περιβάλλον.

Η επαγγελματική συνήθεια ότι οι νοσηλευτές εργάζονται τις ώρες που οι ασθενείς πρέπει να κοιμηθούν δημιουργεί σημεία έλλειψης κατανόησης των διαφορετικών αναγκών εργαζόμενου νοσηλευτή που πρέπει να εργαστεί και νοσηλευόμενη ασθενή που πρέπει να κοιμηθεί.

Σχετικά με τους χώρους, τους θαλάμους και την υγιεινή τους έχουμε τα μικρότερα ποσοστά που το 55% των ασθενών πιστεύουν ότι οι νοσηλευτικοί χώροι είναι υγιεινοί. Το σημείο αυτό θα πρέπει πολύ να το προσέξουν οι νοσηλευτές που πιστεύουν στην ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα.

Οι νοσηλευτές εργαζόμενοι μέσα στους νοσηλευτικούς χώρους νοιώθουν σαν να είναι οικοδεσπότες και για το λόγο αυτό δυστυχώς δεν εφαρμόζουν την νοσηλευτική αρχή που πιστεύει ότι οι ασθενείς για να γίνουν γρήγορα θεραπευμένοι θα πρέπει να συμμετέχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας του. Έτσι λοιπόν έχουμε την απάντηση των ασθενών ότι οι 79% δηλώνουν ότι το προσωπικό επιζητεί την συμμετοχή τους στην φροντίδα υγείας τους και το 65% δηλώνει ότι οι νοσηλευτές λαμβάνουν υπ' όψη τους τις επιθυμίες των ασθενών.

Σε γενικές γραμμές όμως οι ασθενείς σε ποσοστό 86% είναι ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και μόνο 5% δεν είναι ικανοποιημένοι (πιν. 20).

### ***Ανάλυση και συζήτηση των συσχετίσεων***

Ανιχνεύοντας τυχόν διαφορές στις γνώσεις και τις εμπειρίες των νοσηλευτών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων Αθηνών και Επαρχίας κάνουμε μερικές συγκριτικές συσχετίσεις.

Έτσι παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς σε νοσοκομεία Αθήνας και Επαρχίας δεν έχουν στατιστικές διαφορές. Ούτε η ενημέρωση που παρέχουν οι νοσηλευτές σχετικά με την προσαρμογή στους χώρους, την

ενημέρωση των εξετάσεων και την θεραπεία με φάρμακα διαπιστώθηκε στατιστική διαφορά. Όμως αν και δεν φαίνεται στατιστική διαφορά, μπορεί κανείς να αναφέρει ότι στην επαρχία το 17% των ασθενών δεν ενημερώνονται ενώ στην Αθήνα το 32% δεν ενημερώνεται. Αν και πιστεύουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό των Αθηνών έχει τις ίδιες ή και περισσότερες γνώσεις και εμπειρίες δεν ενημερώνει τους ασθενείς πιθανόν λόγω έλλειψης χρόνου ή γιατί πιστεύει ότι κάποιος άλλος θα έπρεπε να κάνει την ενημέρωση (πιν. 22).

Σχετικά με την ανταπόκριση στην ανακούφιση από τον πόνο, αν και δεν έχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα διαφοράς μεταξύ Αθήνας και Επαρχίας εν τούτοις στο (πιν. 23) φαίνεται ότι οι νοσηλευτές στην Αθήνα καθυστερούν περισσότερο να ανταποκριθούν στην ανακούφιση του πόνου των αρρώστων. Προσπαθώντας να δικαιολογήσουμε το αποτέλεσμα πιθανολογούμε ότι φταίει ότι στα μεγάλα νοσοκομεία υπάρχουν περισσότεροι ασθενείς, πιο βαριά περιστατικά και η επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών είναι περισσότερο απρόσωπη. Πιστεύουμε ότι τα σημεία αυτά χρειάζονται επισήμανση και βελτίωση για να έχουμε ποιοτική Νοσηλευτική Φροντίδα.

Οι ασθενείς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων Αθηνών δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται Αθήνα έχουν μεγαλύτερη επιδεξιότητα αλλά δεν επιζητούν την συμμετοχή των ασθενών στην φροντίδα (πιν. 25).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό σύμφωνα με τα πιστεύω των ασθενών ζητούν την επιθυμία των ασθενών περισσότερο: οι Νοσηλευτές που εργάζονται στην επαρχία και λιγότερο, όσοι εργάζονται σε νοσοκομεία των Αθηνών. Και εδώ θα αιτιολογηθεί ότι στην Αθήνα υπάρχει μεγάλος αριθμός ασθενών και φυσικά λιγότερος χρόνος των νοσηλευτών για επικοινωνία (πιν. 29).

Οι ασθενείς που έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δηλώνουν αντίθετα ότι έχουν πολλές γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα της υγείας τους. Ενώ αντίθετα όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο τόσο οι ασθενείς δηλώνουν ότι έχουν λίγες ή καθόλου γνώσεις (εδώ πρέπει να αναφερθεί το Ελληνικό ρητό ότι «Εν είδα ότι ουδέν είδα») (πίν. 34 -  $p=0,03$ ).

Τα άτομα που ζουν μόνα τους ως άγαμοι ή χήροι, παρατηρείται ότι έχουν πολλές ημέρες νοσηλείας, αντίθετα με τους έγγαμους που ζουν στην οικογένεια. Ίσως εδώ θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη μας τα κοινωνικά προβλήματα (πιν. 37 -  $p=0,02$ ).

Σχετικά με την εκτίμηση των αρρώστων όσον αφορά την ικανοποίησή τους από την υγιεινή των θαλάμων παρατηρείται ότι οι άντρες θεωρούν ότι είναι υγιεινοί οι θάλαμοι, αντίθετα από τις γυναίκες που δηλώνουν ότι μόνο μερικές φορές οι θάλαμοι είναι υγιεινοί (πίν. 41 -  $p=0,04$ ).

Όσον αφορά τις συνθήκες ύπνου και ξεκούρασης παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες είναι εκείνες που πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες για ύπνο και ξεκούραση ενώ οι άνδρες δήλωσαν το αντίθετο (πιν. 42 -  $p=0,01$ ).

Με τη συζήτηση των ανωτέρω αποτελεσμάτων και τις συσχετίσεις με Ελληνική και Διεθνή βιβλιογραφία που παρουσιάζουν ομοιότητες, πιστεύουμε ότι η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία θα δώσει τα μηνύματα της σχετικά με την ποιοτική παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Ελπίζουμε ότι η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών, να συνεχίζουν να ασχολούνται με θέματα παροχής ποιότητας στην Νοσηλευτική Φροντίδα θα βελτιώσει και θα ανεβάσει το Νοσηλευτικό Επίπεδο και την παρεχόμενη Νοσηλευτική φροντίδα μέσα από κριτήρια ποιότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### **ΩΦΕΛΕΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της ερευνητικής εργασίας προέκυψαν κάποια συμπεράσματα τα οποία μπορούν να ωφελήσουν τόσο τους χειρουργημένους ασθενείς και το περιβάλλον τους όσο και την ίδια την νοσηλευτική στην ανάπτυξη και εξέλιξη του νοσηλευτικού της έργου.

- Αναγνωρίστηκε ο βαθμός ικανοποίησης του χειρουργημένου ασθενή από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα
- Αποδείχθηκε ότι το επικοινωνιακό επίπεδο νοσηλευτών - χειρουργημένων ασθενών επιδέχεται βελτίωση
- Αναγνωρίστηκε η ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να ανταποκρίνεται με επιδεξιότητα, ταχύτητα και συνέπεια, στις ανάγκες των χειρουργημένων ασθενών
- Επισημάνθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών δεν είναι ικανοποιημένο από την υγιεινή του νοσοκομειακού περιβάλλοντος
- Προέκυψε ότι οι ασθενείς είναι διατεθημένοι να συμμετάσχουν ενεργά στο σχεδιασμό της φροντίδας τους με την προϋπόθεση ότι παροτρύνονται για κάτι τέτοιο από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Αποδείχθηκε ότι οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στην επαρχία δεν υπολείπονται σε ποιότητα από αυτές που παρέχονται στην Αθήνα

Για να αποβούν ωφέλημα τα πιο πάνω συμπεράσματα πρέπει να προταθούν μερικές ιδέες στην άμεση εφαρμογή των οποίων θα συμβάλλουν ενεργά φορείς όπως η πολιτεία, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι νοσηλευτές, οι χειρουργημένοι ασθενείς και οι οικογένειές τους.



Η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας εδραιώνεται

- Με την επαρκή στελέχωση των νοσηλευτικών τμημάτων και δη των χειρουργικών κλινικών από καταξιωμένους νοσηλευτές
- Με την αύξηση της αποδοτικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού μέσω της δημιουργίας κινήτρων (όπως οικονομικές παροχές, δημιουργία αντιστρεσιγόνων προγραμμάτων), εφάμιλλων των υπηρεσιών που προσφέρουν.
- Με τη καλλιέργεια της συμβουλευτικής και της επικοινωνιακής δεξιότητας μέσα στην υποχρεωτική νοσηλευτική εκπαίδευση.
- Με την δημιουργία προγραμμάτων αποσυμπίεσης από το στρες και το άγχος της χειρουργικής επέμβασης του ασθενή και της οικογένειάς του

Η παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και η δυνατότητα αποδοχής της από τον χειρουργημένο ασθενή αποτελεί πρωταρχικό στόχο της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης.

Ολοκληρωμένη θεωρείται η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται με αξιοπρέπεια αγάπη και ανιδιοτέλεια.

Νοσηλευτική είναι: Επιστήμη - Φιλοσοφία & Τέχνη. Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα θεωρείται ολοκληρωμένη όταν συνδυάζει τις τρεις αυτές παραμέτρους. Μόνο τότε εντάσσεται στα πλαίσια της ποιότητας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί η συμβολή της ποιότητας, στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, να αξιολογηθεί η φροντίδα που παρέχεται στους χειρουργημένους ασθενείς τριών νομών (Αττική, Αχαΐα, Ηλεία) και να καταγραφεί ο βαθμός ικανοποίησης και αποδοχής της νοσηλευτικής φροντίδας από τους χειρουργημένους ασθενείς.

Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης τον αποτέλεσαν άρρωστοι που νοσηλεύτηκαν στις χειρουργικές, κλινικές του Π.Π.Γ.Ν.Π. στην χειρουργική και ουρολογική κλινική του νοσοκομείου Πατρών Άγιος Ανδρέας, στην χειρουργική κλινική του νοσοκομείου Πύργου, στη χειρουργική κλινική Παμακάριστος, και στην Πανεπιστημιακή χειρουργική κλινική του Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.

Χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική ερευνητική μέθοδος και ένα ερωτηματολόγιο 20 κλειστών ερωτήσεων δόθηκε σε 150 ασθενείς από τους οποίους απάντησαν οι 100 που βρίσκονταν στην μετεγχειρητική φάση.

Σε γενικές γραμμές οι χειρουργημένοι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, ωστόσο ο τομέας επικοινωνίας και ψυχολογικής υποστήριξης είναι πλημμελής και επιδέχεται βελτιωτικές αλλαγές. Αποδείχθηκε ακόμα ότι η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στα νοσοκομεία της επαρχίας δεν υπολείπονται σε ποιότητα από τα αντίστοιχα της Αθήνας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική Βιβλιογραφία*

Θεοδώρου Σ., Ανδριώτου Ε., Τσιόρτση Μ., Φιλόπουλος Ε., :  
«Έρευνα σε 479 χειρουργικούς ασθενείς». Πρακτικά 19<sup>ου</sup>  
Παν. Νοσ. Συν. 6. 164 – 169, Ρόδος 1992

Καυκιά Ο. : «Αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής  
φροντίδας». Νοσηλευτική Ι, 298-307, 1997.

Λανάρα Β. : «Νοσηλευτική έρευνα – Αξιολογική θεώρηση».  
Πρακτικά Β΄ Επιμορφωτικού Σεμιναρίου, 653 – 74,  
Θεσσαλονίκη 1985.

Μπαλά – Λυπηρίδου Β. : «Διεγχειριστική θεραπεία δια μουσική.  
Η επίδραση στο άγχος και την αρτηριακή πίεση». Πρακτικά  
19<sup>ου</sup> Παν. Νοσ. Συν. 6 113-124, Ρόδος 1992.

Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. : «Συστήματα παροχής νοσηλευτικής  
φροντίδας. Ορίζοντες και πραγματικότητα». Νοσηλευτική 2  
: 114-122, 1998.

Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε. : «Πρόβλημα: Η νοσηλευτική  
έρευνα». Νοσηλευτική Ι : 28-34, 1989.

Πλατή Χ. : «Εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας: Παλαιά και  
νέα πρόκληση». Νοσηλευτική 4 : 189-196, 1993.

Ραγιά Α. : Βασική Νοσηλευτική, Αθήνα 1995.

Σαπουντζή – Κρέπια Δ. : «Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική  
φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση». Έλλην, Αθήνα 1998.

Σαπουντζή – Κρέπια Δ., Καλοκαιρικού – Αναγνωστοπούλου Α. :  
«Η επικοινωνία στη Νοσηλευτική». Νοσηλευτική 3 : 273-  
281, 1998.

Σαχίνη – Καρδάση Α. : «Μεθοδολογία έρευνας – Εφαρμογές στο  
χώρο της υγείας», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997

Τεγόπουλος – Φυτράκης : «Μικρό-Ελληνικό Λεξικό», Αρμονία,  
Αθήνα 1996.

### ***Ξένη Βιβλιογραφία***

Abel Smith A., Irving I., Brown P. : “Counseling in the medical con  
text” In W. Deyden, D.Charles, Edwards and R. Wooltt C  
Eds hand –book of counseling in Britain Tavistock /  
Routledge , London 1989

Abdellah F.G., Levine E. : “What personnel say about nursing  
care”, Hospitals 31 : 53-57, 1957

Al – Assot A.E., Schmdt A. : “The text book of total quality in  
Health care”, St. Lysie, Press Florida, 1993

Armstrong Estern C., Brommnek., Matte J. : “Elderly patients still  
clean and string quietly”. Journal of Advanced Nursing 19 : 2,  
264-271, 1994

Argull M. : “Boding communication” 2th edn, Methnen, London  
1998

Batnard C. : Διάλεξη, Ιατρική πληροφορική” , Απρίλιος 1997

- Barnard p., Marrison P. : "Nurses' interpersonal skills", Nurse Education. Today, 11, 24-29, 1991
- Burnard p. : "Counseling skills for health professionals" 2<sup>nd</sup> end, Chapman and Itall, London 1994.
- Burnard p. : "Counseling skills for health professionals" 2<sup>nd</sup> end, Chapman and Itall, London 1994.
- Burnard p. : "Counseling how should it be defined and evaluated?" Nursing Times Juan 31 Volyme 92, Nos p.p 35-40, 1996
- Burnard p. : "Nurses Counseling thw view from the practitioners" Butter worth-Itainemant, Oxford 1996
- Campell J : "The relationship of nursing and self awareness" Advanced Nursing Science, 2 (4), 15, 1980.
- Cole G. : "Fuydamental nursing. Concepts and skills" Mosby, St. Louis, 1996.
- Coubs HW., Borne G.: "The impact of marketing debates on oral communications skills" 52(2): 21-25, 1989
- Darr F.: "Ethincs in Health Services Management", New York Praeger Publishers, Furrow AR et all Requalating thw quality of health care in Heaith Law Cases, Majeriols 1987.
- Davis B.D.: "Module: Quality Assurance, Univercity of Wales, College of Medicine, School of Nursing Studies, April 1997.
- Donahedian A.: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The definition of quality and Approaches to its

Assessment Health Administration. Press, University of Michigan 1980

Dunn B.: "Communication in the Taction skills". Senior Nurse II 4, 4-8, 1991

Egan G.: "Exercises in helping skills" 3<sup>rd</sup> edn Books/ Gole Monterey Cal 1980.

Feely M.: "Hand -in Hand to the same goal. Quality Assurance and research in nursing". Prof-Nurse 10(4): 210-2, 1995

Freely Aj.: "Argumentation and debate 6<sup>th</sup> ed. Belmont, CA: Wadsworth CO 1986.

Garret M., Schoenerl, Hood: "A teaching strategy to improve verhol communication and critical thinking skills". Nurse Educator vol 21, p.p. 37-40 July - August 1996

Hall D. Reserch: "A challenge for nursing practicer". Proceedings 5<sup>th</sup> WENR Conference Uppsalar p. 62, 1982

Hanlon J.M. "Teaching effective communication skills" Nurs - Manage Apr. 27/4 48R, 48D, 1996

Helena leina -Kilpi: "Patient on an evaluator of nursing services. Πρακτικά 23<sup>ου</sup> Πανελλήνιου Νοσοκομειακού Συνδέσμου 6.22-23, Καβάλα 1996

Heron J.: «Helping the Client a crative practical guide», Sage, London, 1990

- Horqwist Jo: «The centent quality at life», Standinavion journal of Socialized Medicine 10: 57-61, 1982
- Hunt J: «Inticators for nursing practice: The use of res earch findings», Journal of Advanced Nursing, pp. 89-194, 1981
- Idvall E., Rooke L.: Quality Assurance by developing Strategical and Professional Nursing Categoals», Vard – Nord – Utveckl – Forsk, Fall, 13(3): 16-22
- Kreiger – Sohl P.: Lagard – MW Schetter J «Nursing care management: telations hips a strategy to improve care». Chin-Nurse – Spec Mar 10(2): 106, 1996
- Kroeher M. J. – Bolby DP., Batlett HP., Dent L: «The contri bution of quality assurance to the achievement at quality nursing care», Aust – Clin – Rev. 13(4): 175-84, 1993
- Layata V.: «European network of quality assurance in nursing», Noseleutire 31 (141): 174-7, Jul – Sep. 1992
- Mc Coll E., Thoma L, Bond S: «A study to determine patient satisfaction with nursing care», Nursing Standard 10, 52, 34-38, 1996
- Mc Leod J «An Introduction to counselling, Open University Press, Buckingham, Philadelpia 1993
- Morrel V.: «Developing cansel lings Kills», Royal College of Central Practitioners 1992
- Naish J.: «The route to effective nurse patient communication», Nursing Times, April 24, Vol 92, No 17, p.p. 27-30, 1996

- Nelson – Jones R.: «The theory and practice of counseling», Cassell, London, 1995
- Papantonaki A.: «Quality of life of Cardiac Patients. A nursing approach» *Nurse Education* 1: 15-22, 1993
- Peplau H. : «Interpersonal relations in nursing», Macmillan, Basingstoke, 1988
- Plati CD.: «Quality Assurance in Nursing Care – a Challenge for nurses», *Nurse Education* April – Jun, 30(136): 133-6, 1991
- Price V.: «Counseling Helping you to help yourself» *Technic* 1993: 9
- Punder M., Hutchings B.: «Nursing», Vol 3, No 35, March 1989
- Rawlinson J.: «Self Awareness Conceptual influences, contribution nursing and approaches to attainment», *Nurse Education Today*, 10, 111-117, 1990
- Read Form S., Norman J.: «Measuring the quality of nursing care A consideration of different approaches», *Journal Advanced nursing* 15, 12, 1260, 1996
- Rogers C.R.: «Freedom to learn for the eighties», Merrill Columbus, 1983
- Raper W.L. , Winjenwerder W Hackbarthm, Kra Kauer H.: «Effectiveness in health Care. An initiative to Evaluate and Improve Medical Practice», *The new England Journal of Medicine*, Vol 319, No 18 Nov. 8, 1998



- Rowland N.: «What is Consoling? In Corney R., Jenkins R.,  
Counselling in General Practice, Routledge, London 1993
- Schiener P., Herting A., Quevedoc, Schlegel S., Student M.:  
«Quality Assurance in Nursing: Nursing Standard Nausea,  
gagging and vomiting during emetogenic cytostatic therapies  
Report of research in to the development and introduction of  
nursing standards» Pflege Dec. 7 (4). 261- 71, 1994
- Schroeder P.: «Monitoring and Evaluation in Nursing», The  
Encyclopedia of Nursing Care quality Vol 111, An Aspen  
Publication, Pp 265-270, 1991
- Sperbac Ariene Sbeila A., Haos, Janie o' Malley: «Supporting  
Nursing Research, (A Representative program) Jay, Vol. 24  
No 5, Pp 2831, J. B. Lippincott, 1994
- Stuart: «Therapeutic nurse relationship», Mosby, New York, 1995
- Suteiff DP: «Tips to improve communication», Home Healthcare  
Nurse Volume 14, number 3, Pp 195-6, 1996
- Rierney A.: «The research process in Nursing», Black Weel scientific  
publications, P. 331, 1991
- Rschudin V.: «Just four questions», Nursing Times 87, (39), 46-47,  
1991
- Wilkinson S.: «Consusions and Challenges», Nursing Times 88:35,  
24-25, 1992
- World Health Organization: «Health programmer evaluation:  
Gelding Principles for its Application in the Managerial  
process for national Health Development», Who Geneva 1981

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία: < 30  31-60  > 61
3. Επάγγελμα:.....
4. Μορφωτικό επίπεδο : Δημοτικό  Γυμνάσιο- Λύκειο   
Τεχνικές σχολές  ΤΕΙ- ΑΕΙ
5. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος  Άγαμος   
Διαζευγμένος  Χήρος
6. Πόσα άτομα συγκατοικείτε μέσα στο σπίτι.....
7. Τόπος διαμονής: Πόλη  Χωριό
8. Είχατε εισαχθεί ξανά στο νοσοκομείο; Ναι  Όχι
9. Πόσες ημέρες νοσηλεύεστε; .....
10. Γνωρίζετε την διάγνωση της εισόδου; Ναι  Όχι
11. Έχετε γνώσεις σχετικά με τα προβλήματα της υγείας σας:  
Πολλές  λίγες  καθόλου
12. Έχετε πλήρη ενημέρωση και πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά :
- α. με τον προσανατολισμό στη μονάδα την πρώτη ημέρα που έρχεσθε στην κλινική:  
Ναι  Όχι  Μερικές φορές
- β. με τις εξετάσεις: ( προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτέλεσμα)  
Ναι  Όχι  Μερικές φορές
- γ. με τις θεραπευτικές διαδικασίες και τα φάρμακα:  
Ναι  Όχι  Μερικές φορές

13. Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται με ταχύτητα στην ανακούφισή σας από τον πόνο;

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

14. Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επιτελεί με επιδεξιότητα και συνέπεια (ως προς την ώρα) τις νοσηλευτικές διαδικασίες (δηλ. χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορού, επιδέσμων, φλεβοκεντήσεις)

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

15. Το νοσηλευτικό προσωπικό σας επισκέπτεστε και επιζητεί την συμμετοχή σας στον τρόπο και την εφαρμογή της φροντίδας της υγείας σας.

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

16. Πιστεύετε ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού δείχνει σεβασμό, ευγένεια και φιλική συμπεριφορά απέναντί σας;

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

17. Θεωρείτε ότι τι δωμάτιό σας, η τουαλέτα, ο διάδρομος και οι κοινόχρηστοι χώροι πληρούν τους κανόνες υγιεινής και καθαριότητας;

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

18. Πιστεύετε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες για επαρκή ξεκούραση και ύπνο;

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

19. Το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις σας;

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

20. Συνολικά είστε ικανοποιημένος /η από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και τη συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας;

Ναι  Όχι  Μερικές φορές

