

Α.Τ.Ε.Ι.

Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

*«Ποιότητα στη Νοσηλευτική Φροντίδα»*



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΔΗΜΖΑ ΘΕΟΛΟΓΙΑ

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2004



## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	ΣΕΛ.
<b>1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	1
<b>Α΄ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	4
<b>3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>	6
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	6
3.2. ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	8
3.2.α) Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ W. EDWARD DEMING	8
3.2.β) Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ JOSEPH JURAN	9
3.2.γ) Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ PHILIP CROSBY	10
<b>4. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	12
4.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
4.2. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΥΛΕΥΤΙΚΗ	16
<b>5. ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>	27
5.1. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	27
5.2. ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	30
5.3. ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	35
5.4. ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	36

5.5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	38
5.6. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ - ΡΟΛΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	45
<b>6. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>	49
6.1. ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	49
6.2. ΜΕΘΟΔΟΙ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	53
6.3. ΤΡΙΓΩΝΟΠΟΙΗΣΗ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	69
6.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ Ν.Φ.	75
<b>7. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ</b>	78
7.1. ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	78
7.2. ΕΠΕΝΔΥΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ	81
<b>8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ) ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΥΤΟ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ</b>	83
8.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	83
8.2. ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΑ ΝΕΟ ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	87

<b>9. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>92</b>
<b>10. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>95</b>
<b>11. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ</b>	<b>98</b>
<b>Β' ΜΕΡΟΣ</b>	<b>105</b>
<b>ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ</b>	<b>106</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	<b>111</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ</b>	<b>134</b>
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	<b>141</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>174</b>

## 1. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Ευ ζην* : Η φράση που συνεχώς προβληματίζει και ταυτόχρονα ανησυχεί τον καθένα. Όλοι για μια φορά στη ζωή τους, έχουν απασχοληθεί με θέματα όπως εγκληματικότητα, ανεργία, εκπαίδευση / μόρφωση των παιδιών, το σύστημα υγείας, την οικονομική κατάσταση της χώρας, τη ρύπανση του περιβάλλοντος. Με άλλα λόγια με το θέμα «Ποιότητα Ζωής».

Το αίτημα για ποιότητα επεκτείνεται σήμερα σε ολόένα και περισσότερους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας και το περιεχόμενό του διευρύνεται διαρκώς.

Στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, και ιδιαίτερα σε αυτές του νοσοκομείου, ο χαρακτήρας των οποίων είναι διαγνωστικός και θεραπευτικός ταυτόχρονα, η ανάγκη για συνεχή ανάπτυξη και εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών έχει αναδειχθεί σε βασική προϋπόθεση της όλης λειτουργίας τους, στη δεκαετία του '90.

Η βασική αυτή προϋπόθεση επικυρώνεται με την αναγνώρισή της από όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών. Για την υλοποίησή της απαιτείται όχι μόνο η θετική τους στάση, αλλά και η υπεύθυνη και ενεργός συμμετοχή τους σε κάθε προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας, ακολουθώντας τις ηθικές αρχές του επαγγελματισμού και της μεταχείρισης του ασθενή με τέτοιο τρόπο

ώστε η όλη διαδικασία παροχής φροντίδων να τον ωφελήσει και σε καμιά περίπτωση να μην προκαλέσει βλάβη.

Η προσδοκία / απαίτηση για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα αυξάνεται συνεχώς τα επόμενα χρόνια καθώς οι ασθενείς και γενικά οι πολίτες έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται έντονα για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και οι πολιτικοί και οι υγειονομικές αρχές απαιτούν τη μέτρησή της και τη συνεχή της βελτίωση. Οι απαιτήσεις αυτές συμπίπτουν σε μια εποχή όπου οι δυνατότητες που υπάρχουν για αύξηση στην ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων, μέσω της αύξηση των δαπανών για την υγεία, είναι περιορισμένες.

**ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ**

## 2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα αποτελεί διαχρονική προσδοκία και σήμερα πλέον είναι καθολικό αίτημα κυρίως στις υπηρεσίες υγείας. Η προσέγγισή της όμως στις υπηρεσίες υγείας είναι ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση γιατί αποτελούν μια μορφή ανθρωποκεντρικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερο από όσα προσδοκά από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία.

Η έννοια της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να προκαλεί σύγχυση εξαιτίας τόσο της ιδιαιτερότητας των υπηρεσιών αυτών, όσο και της διαφορετικής, συχνά, αντίληψης που έχουν γι' αυτήν όσοι εμπλέκονται στην παραγωγή, παροχή και χρήση (θεσμικά όργανα, φορείς, επαγγελματίες υγείας, χρήστες). Ωστόσο, διευρύνεται συνεχώς, καλύπτοντας ολοένα και ευρύτερο πεδίο.

Η αναζήτηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους, αποτελεί σήμερα αναγνωρισμένη ανάγκη σε όλο τον κόσμο. Η εξέλιξη αυτή έγινε σταδιακά, με την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας, αλλά κυρίως με την άνοδο του βιοτικού, του μορφωτικού και του πολιτισμικού επιπέδου των λαών.

Οι προσδοκίες και οι απαιτήσεις των χρηστών για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων σε αυτούς υπηρεσιών έχουν παγιωθεί ως αναγκαίες συνθήκες λειτουργίας των μονάδων παραγωγής και παροχής τους. Κάθε παρέκκλιση από την ικανοποίηση αυτών των προσδοκιών δημιουργεί την εντύπωση της κακής ποιότητας.



Παράλληλα, η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί θέμα ζωτικής σημασίας για την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικό υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Αποτελεί δηλαδή σε κάθε περίπτωση προτεραιότητα και έχει για όλους ξεχωριστή σημασία.

Η νοσηλευτική περίθαλψη ήταν και εξακολουθεί να είναι, παγκοσμίως, το μεγαλύτερο υποσύστημα κάθε συστήματος υγείας. Επομένως, κάθε βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας έχει ως φυσικό αποτέλεσμα και τη βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται από τους άλλους τομείς του συστήματος υγείας, αφού όλοι οι τομείς λειτουργούν συνεκτικά, αλληλοσυμπληρώνοντας και υποστηρίζοντας ο ένας τον άλλο. Η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος στις υπηρεσίες υγείας και το σημαντικότερο στοιχείο στη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας. Αποτελεί τέλος, πρωταρχική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου - επιστημονικής και κλινικής - του νοσηλευτικού έργου.<sup>1</sup>

### 3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

*«Μπορεί η ανθρώπινη ζωή να είναι κάτι  
πρόσκαιρο  
πρόσκαιρη η ζωή της ανθρωπότητας,  
του πλανήτη μας, του σύμπαντος.  
Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν έχουν αξία  
όσα περαστικά περιέχει.  
Δεν τα καταξιώνει ο χρόνος αλλά η Ποιότητα»*  
Κ. Τσάτσος

#### 3.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούργιο. Αναζήτηση ανθρώπινη, από τους αρχαίους χρόνους ήταν συνώνυμη με την αρετή, το «αείν αριστεύειν». Οι ρίζες της, όπως αποδεικνύεται από τα κείμενα της αρχαίας ελληνικής γραμματείας και τις ενεπίγραφες στήλες, φθάνουν βαθιά στη μακρινή αρχαιότητα. Στην πορεία του χρόνου τράβηξε το ενδιαφέρον φιλοσόφων, ηθικολόγων, γιατρών, παιδαγωγών, που ασχολήθηκαν με την ερμηνεία και το βαθύτερο περιεχόμενο της έννοιας αυτής.<sup>2</sup>

Ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος. Εσωκλείει και αντιμετωπίζει θέματα Κοινωνιολογίας, Ψυχολογίας, Γεωγραφίας, Οικονομίας, Διοίκησης, Ιστορίας, Ιατρικής και Νοσηλευτικής, Μόρφωσης και Εκπαίδευσης, Αρχιτεκτονικής, Κοινωνικής Πρόνοιας.

Μια ευρύτερα διαδεδομένη άποψη, αναφέρει ότι, η έννοια της ποιότητας δεν επιδέχεται σαφή προσδιορισμό δεδομένου ότι έχει να κάνει με κάτι αστάθμητο, το οποίο δεν επιδέχεται μέτρηση. Στην πραγματικότητα, το περιεχόμενο της ποιότητας προσφέρεται για

πολύπλευρη προσέγγιση, τόσο σε ότι αφορά τον ορισμό, όσο και σε ότι αφορά τη μέτρησή της.

Το πολύπτυχο περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αναφέρεται στο αίτημα κάθε πολίτη για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί την αθέατη αλλά βασική παράμετρό της, δεδομένου ότι επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες της εποχής. Τέλος η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών.<sup>3</sup>

Στις διαφορετικές θεωρίες και προσεγγίσεις της ποιότητας, παρατηρούμε ότι ορίζεται πάντα σε σχέση με τον αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας.

Ο Juran (1988) ορίζει την ποιότητα ως : *«το βαθμό στον οποίο δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη»*.

Ο Crosby (1989) αναφέρει : *«η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη»*.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) (1987) ορίζει την ποιότητα ως : *«το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες»*. Διευκρινίζεται ότι οντότητα μπορεί να είναι ένα άτομο, μια επιχείρηση ή μια κοινωνία.

Κοινό σημείο των διαφορετικών θεωριών και προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) του οποίου οι ανάγκες, οι επιθυμίες και οι προσδοκίες πρέπει να ικανοποιηθούν.<sup>4</sup>

## 3.2. ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΙ ΚΑΙ Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 3.2.α Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ W. EDWARD

#### DEMIGN

Το θέμα της ποιότητας κατά την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης επικεντρωνόταν περισσότερο στην εποπτεία και τον έλεγχο των εργαζομένων με στόχο την αυξημένη παραγωγικότητα.

Στην πορεία του χρόνου η αντίληψη αυτή αντικαταστάθηκε με τη φιλοσοφία των διαπροσωπικών σχέσεων και της ομαδικής προσέγγισης. Τις τελευταίες δεκαετίες ο παράγοντας άνθρωπος αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, ενώ η συμμετοχή του στη διαδικασία της εκτίμησης της ποιότητας θεωρήθηκε αναγκαία. Τη φιλοσοφία αυτή εισήγαγαν μεγάλες φυσιογνωμίες από το χώρο της βιομηχανίας, όπως ο Deming, Crosby, Juran.

Ο **Deming** καθιερώθηκε ως ένας από τους κορυφαίους δασκάλους της ποιότητας. Η φιλοσοφία του για αποτελεσματική διοίκηση και ποιοτική παραγωγή συνοψίζεται στα παρακάτω βασικά σημεία :

1) Η διοίκηση μιας εταιρείας πρέπει να εστιάζεται σε μακροχρόνια προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας και όχι στην αύξηση του κέρδους βραχυπρόθεσμα.

- 2) Η έμφαση πρέπει να δοθεί στην ηγεσία, στην συνεχή εκπαίδευση και ανάπτυξη των ικανοτήτων των εργαζομένων και όχι στον έλεγχο και τους ποσοτικούς στόχους παραγωγής, οι οποίοι συχνά αποβαίνουν σε βάρος της ποιότητας.
- 3) Η διασφάλιση της ποιότητας βασίζεται στην αρχική σχεδίαση και τη διαδικασία παραγωγής ενός προϊόντος και όχι στον έλεγχο μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας παραγωγής.
- 4) Η ενθάρρυνση και δραστηριοποίηση ομάδων σε διαφορετικά τμήματα μέσω συστηματικής και διαρκούς εκπαίδευσης, η οποία εφοδιάζει τους εργαζόμενους με τις γνώσεις και τις μεθόδους για να βελτιώσουν την ποιότητα και να αισθανθούν υπερήφανοι για την εργασία τους.
- 5) Η αξιοποίηση των μεθόδων στατιστικού ποιοτικού ελέγχου για τον περιορισμό της διακύμανσης (μεταβλητότητας) στα βασικά χαρακτηριστικά της ποιότητας και κατά συνέπεια στην αύξηση της ικανοποίησης του πελάτη.<sup>5</sup>

### **3.2.β Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ JOSEPH JURAN**

Πολύπλευρη και εξίσου σημαντική είναι η συμβολή του **Joseph Juran**. Έγινε ευρύτατα γνωστός με το βιβλίο του «Εγχειρίδιο Ελέγχου Ποιότητας» που εκδόθηκε το 1951, ενώ έχει γράψει γύρω στα 12 βιβλία για την ποιότητα. Σημαντικό είναι το εκπαιδευτικό του έργο με διαλέξεις και μαθήματα σε όλες τις χώρες σχεδόν του κόσμου.

Η τριλογία του αναφέρεται στις λειτουργίες :

*«σχεδιασμός - έλεγχος - βελτίωση της ποιότητας»*

Οι τρεις αυτές λειτουργίες αποτελούν τον κατάλληλο μηχανισμό για την ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, η οποία αποτελεί και το βασικό στρατηγικό στόχο κάθε εταιρείας.

Ο Juran θεωρεί ως βασικό δείκτη για την αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας μιας εταιρείας το κόστος ποιότητας και όπως και οι Deming και Crosby, θεωρεί απαραίτητη τη δέσμευση και ενεργό συμμετοχή της ηγεσίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Juran χρησιμοποιεί συχνά ορολογία από το χώρο της Υγείας, της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής : *«στο διαγνωστικό ταξίδι», «η θεραπευτική δράση», «οι θεραπείες ποιότητας»* κ.λπ.<sup>2</sup>

### **3.2.γ Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ PHILIP CROSBY**

Μεγάλη επιρροή στην ανάπτυξη της θεωρίας της ποιότητας έχει ασκήσει διεθνώς ο **Philip Crosby**, ο οποίος έγινε ευρύτερα γνωστός από τη διδασκαλία του για το μάνατζμεντ της ποιότητας.

Η προσέγγιση του Crosby είναι ευρύτερα γνωστή με την αρχική *«κάνε τα πράγματα σωστά από την πρώτη φορά»* και *«μηδέν ελαττώματα»*.

Η φιλοσοφία του γύρω από το μάνατζμεντ της ποιότητας συνοψίζεται επιγραμματικά στις λεγόμενες τέσσερις *«Απόλυτες θέσεις»* που είναι κατά σειρά :

- 1) Ποιότητα σημαίνει συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη και όχι το πόσο καλό είναι κάτι.
- 2) Η ποιότητα επιτυγχάνεται με την πρόληψη και όχι με τον έλεγχο και την αξιολόγηση αφού έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία παραγωγής.
- 3) Το πρότυπο απόδοσης θα πρέπει να είναι τα μηδέν ελαττώματα και όχι κάποια αποδεκτά επίπεδα ποιότητας.
- 4) Το μέτρο της ποιότητας είναι το κόστος της μη συμμόρφωσης στις απαιτήσεις των πελατών και όχι οι διάφοροι δείκτες.

Και οι Crosby συνηθίζει να χρησιμοποιεί ορολογία από το χώρο της Υγείας όπως : *«η διάγνωση του προβλήματος χαμηλής ποιότητας»* και το *«εμβόλιο ποιότητας»*.

Βέβαια υπάρχουν πολλοί ακόμη ξεχωριστοί επιστήμονες. Ονομαστικά θα αναφέρουμε τους Maasaki Imai, Feigenbaum, Ishikawa, Ohno, Shingo, Filgerbaum.<sup>4</sup>

## 4. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

*«ωφελεεῖν ἢ μὴ βλάπτειν»*

**Ιπποκράτης**

### 4.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στο χώρο της Υγείας, η ανάγκη για ποιότητα είχε εμφανιστεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών της διοίκησης.

Στη Βαβυλώνα, περίπου το 2000 π.Χ., ο αυτοκράτορας Χαμουραμπί έγραψε τον πρώτο νόμου που αναφερόταν στη σχέση της ποιότητας της φροντίδας με την κακή εξάσκηση, στο πως ορίζεται και μετριέται η ποιότητα, ποιος είναι τελικά υπεύθυνος για την ποιότητα της φροντίδας και ποια είναι τα άτομα που έχουν πρόσβαση στην υψηλής ποιότητας φροντίδα.<sup>6</sup>

Στην αρχαία Ελλάδα, από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του Ιατρικού Επαγγέλματος έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τον ασθενή υπηρεσιών. Επίσης, στα πλαίσια της υγειονομικής ποιότητας, αξίζει να σημειωθεί ότι ο Αριστοτέλης στο έργο του «Αθηναίων Πολιτεία» αναφέρει ότι οι Αθηναίοι όριζαν με νόμο δέκα αγορανόμους, που είχαν την φροντίδα να μην πετούν οι οδοκαθαριστές τα σκουπίδια σε απόσταση μικρότερη από δέκα στάδια από τον περίβολο της πόλης. Επίσης, εμπόδιζαν τον αποκλεισμό του δημόσιου δρόμου από τους κατοίκους και φρόντιζαν



να εγείρονται ξύλινοι εξώστες, που προεξείχαν στην οδό. Τέλος, επέβλεπαν την τοποθέτηση των υδρορροών στα σπίτια σε υψηλό σημείο και τη μεταφορά των πτωμάτων των νεκρών, που αποβίωναν στους δρόμους με τη βοήθεια δημόσιων υπηρετών.

Ουσιαστικά όμως, ο «ποιοτικός έλεγχος»μαζί με τον «απολογισμό πεπραγμένων» ξεκινά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα στην Αγγλία, από τη θεμελιώτρια της Νοσηλευτικής, Αγγλίδα Florance Nightingale. Η Florance προβαίνει σε μια σειρά μελετών περιγραφής της νοσοκομειακής φροντίδας του Βρετανικού στρατού στον πόλεμο της Κριμαίας. Χρησιμοποιεί τον αριθμό των νοσοκομειακών θανάτων στις τρεις παρακάτω περιπτώσεις : α) κατά τη διάρκεια της μεταφοράς τους στο νοσοκομείο, β) κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και γ) κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο μετά από χειρουργική επέμβαση, και υποστηρίζει ότι οι συνθήκες υγιεινής επηρεάζουν την θνησιμότητα. Επιπλέον, το 1863 προτείνει ομοιόμορφο σύστημα εξιτηρίου για να συσχετίσει τους δείκτες υγείας με τη χρησιμοποίηση των κλινών. Με την συλλογή των στοιχείων εκτιμά την ανάγκη να διερευνηθεί η πορεία του ασθενή στο νοσοκομείο, αποτιμά και αξιολογεί τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Μερικά χρόνια αργότερα ο Golman, γενικός χειρουργός στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ανέλυσε την έκβαση των χειρουργηθέντων ασθενών ένα χρόνο μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Σκοπός του ήταν να ελέγξει εάν η διάγνωση που έγινε ήταν σωστή, εάν η χειρουργική επέμβαση ωφέλησε τον ασθενή βελτιώνοντας την υγεία του ή αντιθέτως εάν παρουσιάστηκαν κάποια

προβλήματα που μπορούν να αποδοθούν στην χειρουργική επέμβαση. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής πρότεινε μέτρα για τη βελτίωση του επιπέδου νοσηλείας.

Το 1952, στις ΗΠΑ, ιδρύθηκε η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Υγείας, εθελοντική μη κυβερνητική οργάνωση, υπεύθυνη για την αξιολόγηση των προδιαγραφών λειτουργίας των νοσοκομείων και την εκτίμηση της ποιότητας βάσει προκαθορισμένων προτύπων που ανέπτυξε η ίδια η υπηρεσία.<sup>7</sup>

Έκτοτε, πολλοί επιστήμονες του χώρου της υγείας, τόσο σε θεωρητικό όσο και πρακτικό επίπεδο ασχολήθηκαν και συνέβαλλαν αποφασιστικά στον προσδιορισμό και την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας.

Από τους πρωτοπόρους, ο Αρμενικής καταγωγής Avedis Donabedian, γιατρός και διακεκριμένος μελετητής θεμάτων υγείας, καθιέρωσε στον ακαδημαϊκό χώρο τη διασφάλιση της ποιότητας της Ιατρικής και Νοσηλευτικής φροντίδας ως ξεχωριστό πεδίο επιστημονικής διερεύνησης.

Στις δεκαετίες του 1970 και 1980, στις ΗΠΑ, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας, ο οποίος έγινε αντικείμενο ειδικών προσπαθειών, προγραμμάτων και φορέων. Οι προσπάθειες αυτές αξιοποίησαν εξειδικευμένες μεθοδολογίες, μεγάλες βάσεις δεδομένων, νομοθετημένα υποχρεωτικά προγράμματα ελέγχου και σημαντικούς οικονομικούς πόρους.

Και στην Ευρώπη, η ευαισθητοποίηση σχετικά με την ποιότητα ξεκίνησε κυρίως από τον προβληματισμό γύρω από το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις αυτές έπαιξε και η προσπάθεια για συμμόρφωση με τους στόχους 31 και 38 της πολιτικής «Υγεία για όλους» του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Π.Ο.Υ.

Στόχος 31 : *«Ως το 1990, όλα τα Κράτη - Μέλη θα πρέπει να έχουν εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς που εξασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων στα πλαίσια των ιδιαίτερων συστημάτων τους».*

Στόχος 38 : *«Πριν από το 1990, όλα τα Κράτη - Μέλη θα πρέπει να έχουν θεσπίσει έναν επίσημο μηχανισμό συστηματικής αξιολόγησης της καταλληλότητας χρησιμοποίησης των τεχνολογιών στην Υγεία καθώς και της αποτελεσματικότητας, ικανότητας και αποδοχής τους και των ανταποκρίσεών τους στις εθνικές πολιτικές υγείας και τους οικονομικούς περιορισμούς, σύμφωνα με όσα προδιαγράφουν σε εθνικό επίπεδο οι πολιτικές υγείας και οι οικονομικοί περιορισμοί».*

Πολλές χώρες δημιούργησαν εθνικά προγράμματα δράσης για την ποιότητα στην υγεία, όπως Αγγλία, Βέλγιο, Ισπανία, Ιταλία, Δανία, Σουηδία. Άλλες πάλι συμπεριέλαβαν τη διασφάλιση της ποιότητας στη νομοθεσία τους όπως Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία και Ιταλία.

Οι πρωτοβουλίες αυτές ανέπτυξαν μοντέλα για ποιοτική διοίκηση, καθόρισαν κριτήρια, βελτίωσαν υπάρχουσες μεθοδολογίες και απέδειξαν στην πράξη τη βελτίωση των υπηρεσιών και τον περιορισμό του κόστους.<sup>4</sup>

## 4.2. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Στον υγειονομικό χώρο, η ποιότητα αναγνωρίστηκε ως ουσιώδες συστατικό της υγείας. Ο ορισμός της είναι πολυδιάστατος αλλά και υποκειμενικός. Πολλοί ασχολήθηκαν και πρωτοπόρησαν στο θέμα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία παραθέτοντας τις απόψεις τους.

Μεγάλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί της Αμερικής διατύπωσαν την άποψη ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να καλύπτουν όλες τις ανάγκες του πληθυσμού και να διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Οργανισμοί όπως ο **Lee και Jones** όρισαν ως ποιότητα την *«παροχή όλων των αναγκαίων υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες των ανθρώπων»*. Ο **Blue Cross** την όρισε ως *«τον βαθμό στον οποίο η φροντίδα είναι διαθέσιμη, αποδεκτή, περιεκτική, συνεχής και τεκμηριωμένη»*. Σύμφωνα με τον **Brook**, η ποιότητα είναι *«πολυδιάστατη και σύνθετη»*. Ο **Thompson** όρισε την ποιότητα *«ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενή, το κόστος και την αποτελεσματικότητα»*. Αργότερα η **Joint Accreditation of Healthcare Organization** των ΗΠΑ ανέπτυξε πρότυπα, κριτήρια και συστήματα μέτρησης για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.<sup>5</sup>

Από τον ιατρικό χώρο, πρωτοπόρος είναι ο **Avedis Donabedian**, που προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους

οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. Ο Donabedian μιλώντας για την ποιότητα είπε *«ο καθορισμός της ποιότητας περιορίζει την έννοιά της»*. Ωστόσο ο ίδιος καθόρισε την ποιότητα της φροντίδας ως *«συμφωνία μεταξύ πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων. Ο βαθμός της συμφωνίας μας υποδεικνύει ποια μέρη επικρατούν ως καλά και ποια μέρη χρειάζονται βελτίωση»*.

Επίσης, ασχολήθηκε με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας :

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine)
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τους επαγγελματίες υγείας, και τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.

Το τρίτο μέρος αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Και, με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις, προχώρησε στον πρώτο, κλασσικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας ως *«Αυτό το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το*

*καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».*

Δύο άλλες διαστάσεις απασχόλησαν στην συνέχεια το μεγάλο στοχαστή :

α) Η ποσότητα της φροντίδας και η ποιότητα.

Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών έχει δύο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια των φροντίδων. Η δεύτερη αντίθετα, αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις.

β) Το οικονομικό κόστος της ποιότητας.

Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων, ωστόσο η επένδυση αυτή θα συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους με τον περιορισμό περιττών και αναποτελεσματικών πράξεων.<sup>4</sup>

Ο **Williamson**, καθηγητής στο Πανεπιστήμιο John Hopkins των ΗΠΑ, ορίζει την ποιότητα ως *«την έκταση στην οποία τα οφέλη επιτυγχάνονται κάτω από επιθυμητές καταστάσεις φροντίδας και με λογικούς περιορισμούς κόστους»*. Ο ίδιος θεωρεί σε άλλη περίπτωση την ποιότητα ως *«αποτελεσματική φροντίδα που βελτιώνει την κατάσταση υγείας και ικανοποιεί τον πληθυσμό στα πλαίσια των πόρων που η κοινωνία διαθέτει για την υγεία του»*. Αλλού, ο ίδιος συγγραφέας ορίζει την ποιότητα ως *«μέτρηση του πραγματικού επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών με την πρόβλεψη να*

αναληφθούν προσπάθειες τροποποίησης των αποτελεσμάτων της μέτρησης όταν προκύψουν διαφορές».<sup>5</sup>

Οι **Laffel και Blumenthal** (1989) προτείνουν ως ορισμό της ποιότητας : «Τη συνεχή προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού, με σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των «ασθενών» ή «χρηστών» αλλά και των άλλων πελατών».

Η **Palmer** (1991), λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε κοινωνία, δίνει τον εξής ορισμό : «Η ποιότητα της φροντίδας μετράται με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο».

Η **Povar** (1991), αναφέρεται διεξοδικά στην ηθική διάσταση της φροντίδας, τους ηθικούς και δεοντολογικούς κώδικες αλλά και τις συνθήκες (δυνατότητες και περιορισμούς) των συστημάτων υγείας που λειτουργούν στα πλαίσια μιας δεδομένης κοινωνίας με τους πόρους της οποίας καλούνται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας του συνόλου, χωρίς να παραβιάζουν θεμελιώδεις αρχές των δημοκρατικών πολιτευμάτων. Έτσι καταλήγει ότι :

«Η ποιότητα πρέπει να ορίζεται πάντα σε σχέση με :

- Τους επιθυμητούς στόχους
- Τους ενυπάρχοντες κινδύνους στην διαδικασία παροχής φροντίδων υγείας
- Τους διατιθέμενους πόρους».

Ο ορισμός της ποιοτικής φροντίδας του **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας** (1993) έχει αρκετά κοινά σημεία με την προσέγγιση της Ροναγ.

Συγκεκριμένα, η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά :

- Ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού (επαγγελματικής υπεροχής)
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων.
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Η συνοπτική παράθεση των επιμέρους προσεγγίσεων των ερευνητών που προέρχονται από χώρες με διαφορετικά υγειονομικά συστήματα και αναπτύχθηκαν σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, μας αποδεικνύει ότι :

Υπάρχει μια σειρά παραμέτρων, οι οποίες προσδιορίζουν τον καθένα από αυτούς τους ορισμούς.

Ο κάθε ορισμός τοποθετείται στα πλαίσια συγκεκριμένου υγειονομικού συστήματος.

Ο κάθε ορισμός, με βάση τις παραμέτρους που τον προσδιορίζουν, αντανακλά τις αξίες και τους προβληματισμούς του υγειονομικού συστήματος στα πλαίσια του οποίου διαμορφώνεται.

Όλοι οι ορισμοί επικεντρώνονται στο όφελος το οποίο προκύπτει για τον ασθενή και το οποίο σε κάθε περίπτωση πρέπει να είναι μεγαλύτερο από την πιθανή βλάβη.



Το συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο και η αποτελεσματική χρήση των διατιθέμενων πόρων υπεισέρχονται στους περισσότερους από τους ορισμούς της ποιότητας.<sup>4</sup>

Το θέμα της ποιότητας σε υγειονομικά συστήματα που στοχεύουν στη συλλογική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών και ενδιαφέρονται για όλες τις υφιστάμενες παραμέτρους της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν είναι μόνο ένα τεχνικό θέμα που αφορά την επιστημονική - τεχνική ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν αποδεκτές υπηρεσίες στον πληθυσμό, αλλά ένα συνολικό ζήτημα που περιλαμβάνει την αποδοτικότητα των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων, την ίση δυνατότητα πρόσβασης και την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σ' αυτά τα πλαίσια, ο Maxwell (1993) προσδιορίζει την ποιότητα αναφερόμενος σε έξι παραμέτρους : **Προσπελασιμότητα, Ισότητα, Κοινωνική αποδοχή, Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, Αποδοτικότητα και Τεχνική αποτελεσματικότητα.**

**α) Προσπελασιμότητα :** η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών) προκειμένου να διασφαλισθεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας.

**β) Ισότητα :** η παροχή υπηρεσιών που εξυπηρετούν τις ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.

**γ) Κοινωνική αποδοχή :** η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται.

**δ) Σχετικότητα ως προς τις ανάγκες :** συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων, στην έννοια της αρρώστιας και της αναπηρίας

που αναπτύσσεται και γίνεται δεκτή σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο και στην υπηρεσία που παρέχεται.

ε) **Αποδοτικότητα** : το χαμηλότερο δυνατό κόστος για τη συγκεκριμένη ιατρική και νοσηλευτική πράξη.

στ) **Τεχνική αποτελεσματικότητα** : η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή.

Ο Hopkins (1990), προσεγγίζει την ποιότητα αναφερόμενος κατ' αρχήν στις παραμέτρους **ιδανική αποτελεσματικότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα.**

#### **Ιδανική αποτελεσματικότητα - Efficacy**

Είναι η δυνατότητα μιας συγκεκριμένης χειρουργικής ή συντηρητικής ιατρικής παρέμβασης να επιφέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα (έκβαση) σε ένα συγκεκριμένο αριθμό ασθενών κάτω από ιδανικές συνθήκες.

#### **Αποτελεσματικότητα - Effectiveness**

Η αποτελεσματικότητα μετρά το βαθμό στον οποίο μπορεί να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα κάτω από τις συνηθισμένες συνθήκες. Η ικανότητα και η αποτελεσματικότητα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις τεχνικές ικανότητες και την κατάρτιση του προσωπικού που στελεχώνει τις υπηρεσίες υγείας.

#### **Αποδοτικότητα - Efficiency**

Αναφέρεται στην άριστη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Στη συνέχεια, ο Hopkins αναφέρεται σε μια δεύτερη, εξίσου σημαντική ομάδα παραμέτρων, στην οποία περιλαμβάνονται : **Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας, Το δικαίωμα στην**

**παροχή φροντίδων υγείας, Ηθική φροντίδα, Σημασία, Δίκαιη κατανομή, Η δυνατότητα πρόσβασης, Η συνέχεια και η οργάνωση, Ο κοινωνικά αποδεκτός τρόπος.**

#### **Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας - Appropriate Care**

Ενδεδειγμένη κρίνεται η παροχή υπηρεσιών υγείας όταν το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενή, το οποίο μπορεί να εκφράζεται ως ανακούφιση από πόνους, παράταση ζωής, καλύτερη ποιότητα ζωής, είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αρνητικές επιπτώσεις (νοσηρότητα, θάνατοι, παρενέργειες).

#### **Το δικαίωμα στην παροχή φροντίδων υγείας - Right to Care**

Το δικαίωμα όλων των πολιτών για προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους.

#### **Ηθική φροντίδα - Ethical Care**

Μια διάσταση που αποκτά ιδιαίτερη σημασία στις μέρες μας όπου κυριαρχεί ο διάλογος για τις εξελίξεις της γενετικής και την κλωνοποίηση.

#### **Η Σημασία - Relevance**

Η συνάφεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ιδιαίτερες ανάγκες μιας συγκεκριμένης κοινωνίας.

#### **Η δίκαιη κατανομή - Equitably Delivered Care**

Η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από διακρίσεις φυλετικές, κοινωνικο-οικονομικές, και πολιτικών πεποιθήσεων.

#### **Η δυνατότητα πρόσβασης - Accessible Care**

Η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η πρόσβαση αναφέρεται σε εμπόδια τοπικά, χρονικά και οικονομικά.

## **Η συνέχεια και η οργάνωση - Continuity and Coordination of Care**

Η διάσταση αυτή αποκτά ξεχωριστή σημασία σε περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων και προβλημάτων υγείας (π.χ. καρκίνος). Αναφέρεται στο βαθμό που ο ίδιος ο ασθενής παρακολουθείται μακροπρόθεσμα από το ίδιο επιστημονικό προσωπικό καθώς και στη δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας που τον παρακολουθούν.

### **Ο κοινωνικά αποδεκτός τρόπος - Socially Acceptable**

Ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα υγείας, δηλ. με αξιοπρέπεια, σεβασμό και ευαισθησία.

Στην περιοχή της νοσηλευτικής πολλοί νοσηλευτές ασχολήθηκαν με την ανάπτυξη προτύπων, κριτηρίων, πλαισίων εργασίας, εργαλείων μέτρησης και γράφτηκαν εκατοντάδες άρθρα και αρκετά βιβλία για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας.<sup>5,8</sup>

Τι σημαίνει όμως **ποιότητα στη νοσηλευτική**; Αρμόδιοι για να την ορίσουν είναι οι νοσηλευτές, οι άρρωστοι και το αποτέλεσμα της επικοινωνίας και συνεργασίας τους, όπως επηρεάζεται και από το περιβάλλον της υπηρεσίας υγείας. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας δεν μπορεί παρά να είναι προσανατολισμένη στους δέκτες της, δηλαδή τους νοσηλευόμενους. Αυτοί την ορίζουν και αυτοί την μετρούν. Γιαυτό είναι απαραίτητο να εξετάζεται η άποψή τους, τι θεωρούν ότι είναι ποιοτικά ανώτερο ή ανεπαρκές στη φροντίδα τους. Η έννοια της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Ποιότητα είναι η σχετική αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, που θεωρείται ως ένα σύνολο αξιών και

δεικτών κατάστασης υγείας, στα πλαίσια της διατήρησης ή βελτίωσης της υγείας των νοσηλευομένων.

Η περιγραφή και η εξακρίβωση της ποιότητας της νοσηλευτικής ενέχει πολλές δυσκολίες που σχετίζονται εν μέρει με τη δυσκολία του ορισμού και της μέτρησης της ίδιας της νοσηλευτικής. Χρειάζεται γνώση της διεργασίας της νοσηλευτικής φροντίδας και προσδιορισμός της επαγγελματικής επάρκειας καθώς και των νοσηλευτικών δεξιοτήτων: τεχνικών, κοινωνικών, διαπροσωπικών, διανοητικών, διδακτικών, οργανωτικών, ηγετικών, ερευνητικών, συνεργασίας, αυτο-αξιολόγησης κ.ά. Ακόμη χρειάζεται προσδιορισμός της σημαντικότητας της αξίας της νοσηλευτικής πράξεως και της καταλληλότητάς της στις συγκεκριμένες περιστάσεις.

Η **Shaw** ισχυρίζεται ότι *«ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια κοινωνική δομή διαπραγματεύσιμη μεταξύ εκείνων που την παρέχουν, αυτών που τη δέχονται και εκείνων που την ελέγχουν»*. Η **Koch** θεωρεί ότι *«η ποιότητα αυτή καθ' εαυτή είναι μια κοινωνική δομή η οποία απεικονίζει τις αντιλήψεις μας για την αξία της υγείας, τις προσδοκίες μας στις σχέσεις μας με τον ασθενή ή το άτομο και τις απόψεις μας για τη νομιμότητα του ρόλου της βιομηχανίας της υγείας»*. Οι **Redfem** και **Norman** βλέπουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ως *«κάτι περισσότερο από την ικανοποίηση του καταναλωτή, αφού οι προσδοκίες των καταναλωτών μπορεί να μην είναι μεγάλες και οι γνώσεις τους να είναι περιορισμένες»*. Η **Bergman** θεωρεί ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ολοκληρώνεται μέσα στην ολιστική ανθρωπιστική φροντίδα του ασθενή και αποτελεί μέρος της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής άσκησης.

Παρά τις εννοιολογικές διαφορές που παρατηρούνται στον ορισμό της ποιότητας, κοινό σημείο αναφοράς όλων των ορισμών είναι η επίτευξη του «τέλειου» ή του «άριστου». <sup>6,9</sup>

## 5. ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 5.1. ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Το επόμενο βήμα σε σχέση με την ποιότητα της φροντίδας είναι η εξασφάλισή της. Η ποιοτική διασφάλιση είναι ένα σύστημα διαχείρισης σχεδιασμένο έτσι ώστε να δίνει τη μεγαλύτερη πεποίθηση ότι ένα αποδεκτό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών πετυχαίνεται με τις λιγότερες δυνατές δαπάνες. Ο κύριος τρόπος με τον οποίο ένας οργανισμός υγείας εξασφαλίζει την ποιότητα είναι μέσω ενός συστήματος ποιότητας. Ένα σύστημα ποιότητας καθιερώνει την ποιοτική διάρθρωση και την ποιοτική διαχείριση και βεβαιώνει ότι αυτές οι ενέργειες εκτελούνται και βελτιώνονται συνεχώς.<sup>6</sup>

Η διασφάλιση της ποιότητας στο περιεχόμενο της υγείας είναι συνώνυμη με την εκτέλεση υψηλής στάθμης έργου. Σύμφωνα με τον **Lee και τους συνεργάτες του**, η διασφάλιση της ποιότητας είναι μια πολυσχιδής άποψη που περιέχει διαφορετικές ομάδες ιδεών και πρακτικών. Όμως ο πυρήνας της παραμένει η καθιέρωση, διατήρηση και προαγωγή «καλών επαγγελματικών» standards (επιπέδων) για την παροχή υγείας και με επίσημους οργανωτικούς όρους συχνά εξισώνεται με την αποτελεσματικότητα και την επίτευξη των στόχων.

Η ποιοτική διασφάλιση στη νοσηλευτική φροντίδα ενσωματώνεται όλο και περισσότερο στη νοσηλευτική φιλοσοφία, ως λογικό αποτέλεσμα της υπάρχουσας ιδέας για επέκταση του κλινικού ελέγχου. Ο **Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών** την όρισε ως το

σύνολο των δραστηριοτήτων που βεβαιώνουν τον ασθενή ότι λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα και δημοσίευσε το 1973 τις πρώτες ευρείες οδηγίες σχετικές με τα επίπεδα. Στις οδηγίες αυτές αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την παροχή εντατικής και συνεχούς φροντίδας στους ασθενείς και ότι είναι σε στρατηγική θέση να επιβλέπουν τα αποτελέσματα των διαφόρων κλινικών εισροών.

Η **Smeltzel** την ορίζει ως *«μέσο που χρησιμοποιεί η Νοσηλευτική για να βεβαιώσει τον ασθενή ότι η άριστη φροντίδα που του παρέχεται μετράται συνεχώς με προκαθορισμένα κριτήρια που αντιστοιχούν στο πλαίσιο Δομή / Διεργασία / Αποτέλεσμα»*.

Η **Shaw** λέει ότι η διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας απαιτεί τρία στοιχεία : συμφωνημένες προσδοκίες, - που είναι τα πρότυπα ή οι στόχοι -, συγκρίσεις, δηλαδή τι ακριβώς συμβαίνει με τις προσδοκίες και εφαρμογή της αλλαγής προκειμένου να επέλθει ο συμβιβασμός και στα δύο.

Σύμφωνα με τη **Schmadl**, ο σκοπός της διασφάλισης της ποιότητας στη Νοσηλευτική είναι να βεβαιώνει τον ασθενή ότι η νοσηλευτική φροντίδα που του παρέχεται προσδιορίζεται μέσω συνεχούς αξιολόγησης και μέτρησης. Το τελικό προϊόν δεν είναι η εντόπιση των προβλημάτων ή ακόμα και των λύσεών τους, αλλά η εφαρμογή των κατάλληλων αλλαγών.

Η διασφάλιση της ποιότητας όπως ορίστηκε από τους **Lang και Clinton** περιλαμβάνει την περιγραφή ενός επιπέδου ποιότητας, τη μέτρηση αυτού του επιπέδου και την ανάληψη δράσεως για



τροποποίηση των αποτελεσμάτων της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, όπου απαιτείται.

Το **Βρετανικό Ίδρυμα** περιγράφει τη διασφάλιση της ποιότητας για θεωρητικούς σκοπούς ως εξής : η αντίληψη της διασφάλισης της ποιότητας κάτω από τους όρους ανάπτυξης επιπέδων και κριτηρίων αγκαλιάζει όλες τις δραστηριότητες και τις λειτουργίες που σχετίζονται με την επίτευξη της ποιότητας μάλλον, παρά με τη στενότερη έννοια, της οποίας η πρόβλεψη εστιάζεται μόνο στην απόδειξη της λέξης «διασφάλιση». Έτσι η εξασφάλιση της ποιότητας περιλαμβάνει τον καθορισμό και την εκτίμηση της ποιότητας.

Ο **Donabedian** σχολιάζοντας τον όρο «διασφάλιση της ποιότητας» γράφει : ο όρος είναι σταθερά συγκαλυμμένος, όμως είναι αρκετά ανεπαρκής. Και αυτό γιατί η ποιότητα στην καλύτερη περίπτωση προστατεύεται, ανυψώνεται αλλά δεν ασφαρίζεται. Επίσης, θεωρεί άσκοπο να μπαίνει ο καθορισμός της ποιότητας σε περιττές συζητήσεις, επειδή η ίδια η ποιότητα είναι μια κοινωνική δομή, η οποία απεικονίζει τις αντιλήψεις μας για την αξία της υγείας, τις προσδοκίες μας για τη σχέση ασθενούς / υγείας και τις απόψεις μας για τη νομιμότητα των ρόλων στο σύστημα της υγείας.

Ο όρος διασφάλιση της ποιότητας, αναφερόμενος σε μία μόνο διάσταση της επαγγελματικής μας ευθύνης, περιλαμβάνει μια ομάδα ατόμων, όπως λειτουργοί υγείας, ασθενείς και προϊστάμενοι νοσηλευτικών μονάδων, που ζητούν να μάθουν αν οι επαγγελματικές τους δραστηριότητες εκτελέστηκαν κατάλληλα. Η διασφάλιση της ποιότητας, επιπλέον, μας βεβαιώνει κατά πόσο η άσκηση της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν απαραίτητη και σωστή. Ο **Wilson** στο

βιβλίο του «εξασφάλιση Ποιότητας στο νοσοκομείο» ορίζει τη διασφάλιση της ποιότητας σαν διοικητικό σύστημα, μέσω του οποίου βεβαιώνουμε τους εαυτούς μας και τους άλλους για την ποιότητα της εργασίας που προσφέρουμε.

Στη συνέχεια, θα εξεταστούν τα κυριότερα πλαίσια εργασίας στα οποία στηρίζεται η διασφάλιση της ποιότητας.<sup>4,10</sup>

## **5.2. ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

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

Ο πρωτοπόρος ερευνητής σε θέματα ποιότητας Avedis Donabedian παρουσίασε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στο θέμα της ποιότητας, σύμφωνα με την οποία, εξαρτάται από τρεις παραμέτρους :

#### **α) Τη δομή, δηλαδή :**

- τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους
- τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορίες και την κατάρτισή τους (εκπαίδευση και εμπειρία)
- την οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων, τη διαδικασία επιλογής του προσωπικού.

#### **β) Τη διαδικασία - διεργασία, δηλαδή :**

- όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη

- όλες τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τη συμπεριφορά που απαιτείται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την παροχή της φροντίδας
- τη μέση διάρκεια νοσηλείας και μετεγχειρητικής νοσηλείας
- τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους.

Οι διαδικασίες - διεργασίες είναι νοσηλευτικές λειτουργίες όπως εκτίμηση ασθενούς, ανάπτυξη νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας, εκτέλεση του σχεδίου, αξιολόγηση και τεκμηρίωση της φροντίδας.

### γ) Την έκβαση, δηλαδή Σ

Τα αποτελέσματα, τη μεταβολή - τρέχουσα ή μελλοντική - στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή. Εδώ περιλαμβάνεται η ικανοποίηση του ασθενή και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής του.

Ο **Hopkins** (1990), προτείνει αναλυτικά τους παρακάτω δείκτες έκβασης.

#### 1) Δείκτες θνητότητας

- Γενικά (σύνολο πληθυσμού)
- Νοσοκομειακή θνητότητα.

2) Ανεπιθύμητες ενέργειες και ατυχή συμβάντα.

3) Θάνατος στη διάρκεια χειρουργικής επέμβασης και θάνατος μετά από χειρουργική επέμβαση.

4) Θάνατοι που θα μπορούσαν να αποφευχθούν (μη αναμενόμενοι).

5) Επανεπεμβάσεις (μη προγραμματισμένες).

6) Νοσοκομειακές λοιμώξεις.

- 7) Προβλήματα από τη χορήγηση φαρμάκων, από εγχύσεις ή μεταγγίσεις.
- 8) Αποτυχία στην αντιμετώπιση ενός παθολογικού αποτελέσματος.
- 9) Εισαγωγή προς νοσηλείας, μετά από επέμβαση στα εξωτερικά ιατρεία ή σε μονάδα μιας ημέρας νοσηλείας.
- 10) Κατακλίσεις, τραυματισμοί από πτώσεις και τυχόν άλλες βλάβες που επήλθαν στον ασθενή στη διάρκεια της νοσηλείας.
- 11) Παράπονα, διαμαρτυρίες.
- 12) Μεταβολές στην κατάσταση υγείας του ασθενή.
- 13) Ικανοποίηση ασθενών.
- 14) Επανεισαγωγές στο νοσοκομείο ή την κλινική (μη προγραμματισμένες).<sup>4</sup>

## 2) Διασφάλιση της ποιότητας - πλαίσιο εργασίας του Williamson's

Σ' αυτό αναλύεται η διαφορά μεταξύ διασφάλισης της ποιότητας και επιστημονικής έρευνας. Σ' αυτήν την προσέγγιση όλες οι δραστηριότητες κατευθύνονται προς τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας σύμφωνα με προκαθορισμένα κριτήρια ενώ, η επιστημονική έρευνα, γίνεται για να προσθέσει γνώσεις και μεθόδους στο υπάρχον σώμα γνώσεων.

## 3) Το μοντέλο διασφάλισης της ποιότητας της Lang

Παρέχει τη συνολική εικόνα των βασικών απόψεων της διασφάλισης της ποιότητας και αναφέρεται στην οργάνωση ή αλλαγή της δραστηριότητας με σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας. Αν και το μοντέλο της Lang δημοσιεύτηκε το 1976, συνεχίζει να χρησιμοποιείται και να αποτελεί τη βάση για να αναπτυχθούν διάφορα πλαίσια εργασίας σχετικά με τη διασφάλιση της ποιότητας.

#### 4) Το μοντέλο ομπρέλα του Marker

Περιγράφηκε από τον Marker το 1987 και προορίζεται για τοπικές δραστηριότητες διασφάλισης της ποιότητας. Περικλείει επτά χαρακτηριστικά και απαιτεί απόλυτη συμμετοχή των νοσηλευτών. 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 της διασφάλισης της ποιότητας συμφωνούν,
4. να αποφεύγει τη μέθοδο ανάκτησης δεδομένων και την επανάληπτική δραστηριότητα,
5. να σχετίζεται με τα νοσηλευτικά πρότυπα,
6. να ολοκληρώνεται στην καθημερινή εργασία των νοσηλευτών που συμμετέχουν στην συνεχιζόμενη παρακολούθηση,
7. να επικεντρώνεται : α) στην εντόπιση του προβλήματος και στην λήψη αποφάσεων, β) στα πρότυπα και τα κριτήρια.

Το μοντέλο ομπρέλα του Marker ενσωματώνει εννέα δραστηριότητες :

1. ανάπτυξη προτύπων και κριτηρίων,
2. πιστοποίηση,
3. συνεχιζόμενη εκπαίδευση,
4. εκτίμηση εκτέλεσης,
5. έλεγχος,
6. συνεχής παρακολούθηση,

7. δραστήρια εντόπιση προβλήματος,
8. έλεγχος της επάρκειας των πηγών και της χρησιμοποίησης των πόρων,
9. διευθέτηση κινδύνων (πρόληψη ατυχημάτων, λοιμώξεων, προαγωγή ασφάλειας).

Το μοντέλο του Marker 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, τα οποία πρέπει να αναλύονται κάθε μήνα. Ακόμη 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.

### **5) Οι έξι προσεγγίσεις διασφάλισης της ποιότητας του Green και Levis**

Το πλαίσιο εργασίας που περιέγραψαν οι Green και Levis περιλαμβάνει έξι προσεγγίσεις, οι οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην δραστηριότητα διασφάλισης της ποιότητας. Από τις γενικές αρχές του μοντέλου και ειδικότερα από τη νοσηλευτική διεργασία και την τεκμηρίωσή της είναι δυνατόν να σχηματιστεί η βάση για πολλές διεργασίες ελέγχου ποιότητας της φροντίδας. Και επιπλέον, τα συστατικά κάθε προσέγγισης ή και ο συνδυασμός τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να δημιουργηθούν ορισμένες δραστηριότητες, όπως έλεγχος ποιότητας, έρευνες σχετικές με τη στάση του αρρώστου, έλεγχος λοιμώξεων κ.ά.<sup>10</sup>

### 5.3. ΚΙΝΗΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Γιατί όμως η ποιοτική διασφάλιση θεωρείται αναγκαία; Οι απαντήσεις ποικίλουν. Φαίνεται όμως ότι υπάρχουν τρεις διαφορετικές ομάδες κινήτρων που απαιτούν προσοχή και που μεμονωμένα και συλλογικά απαντούν στην ερώτηση «Γιατί».

#### - **Επαγγελματικά κίνητρα**

Η ποιοτική διασφάλιση μπορεί να θεωρηθεί ως ένα σημαντικό μέσο για τους επαγγελματίες υγείας να αναγνωρίσουν τις ελλείψεις τους και τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ομοίως, η συμμετοχή στις δραστηριότητες της ποιοτικής διασφάλισης μπορεί να δημιουργήσει ένα περιβάλλον επαγγελματικής πρόκλησης με αποτέλεσμα στην αύξηση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας. Η ενεργός τους συμμετοχή είναι ένας σημαντικός μηχανισμός για την ανάλυση και επεξήγηση των διαφορών στα πρότυπα της άσκησης και στα αποτελέσματα της φροντίδας.

#### - **Κοινωνικά κίνητρα**

Είναι η ανάγκη η ποιοτική διασφάλιση να χρησιμοποιείται με ευθύνη απέναντι στην κοινωνία για τα κεφάλαια που ξοδεύονται για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Μια εξίσου σημαντική κοινωνική κίνηση για την ποιοτική διασφάλιση είναι να εξασφαλίσει την ασφάλεια του κοινού και να το προστατέψει από φροντίδα που είναι απρεπής ή βλαβερή.

### - Πρακτικά κίνητρα

Μια σειρά πρακτικών κινήτρων που σχετίζονται με τον πολλαπλασιασμό των πληροφοριών και με την πιθανότητα οι ασθενείς είτε να μην παίρνουν διαθέσιμες υπηρεσίες, είτε να βλάπτονται από υπερβολικές ή ακατάλληλες υπηρεσίες, κάνουν ουσιώδες το ότι τα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης, πρέπει να αναπτυχθούν για να ελαττώσουν την ταλαιπωρία. Αυτός ο αντικειμενικός σκοπός των προγραμμάτων ποιοτικής διασφάλισης μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την ενεργό ανάμειξη των επαγγελματιών υγείας και τη διαρκή υποστήριξη των συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας.

### 5.4. ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Τέσσερις παράμετροι είναι απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών ή του αντικειμένου των δραστηριοτήτων της ποιοτικής διασφάλισης.

- επαγγελματική απόδοση (τεχνική ποιότητα)
- χρησιμοποίηση πόρων (αποδοτικότητα)
- διαχείριση κινδύνων (κίνδυνος τραυματισμού ή ασθένειας που συνδέεται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες)
- ικανοποίηση των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ενσωματώνοντας αυτές τις τέσσερις παραμέτρους, μπορεί κάποιος να επιχειρήσει να ορίσει τους αντικειμενικούς σκοπούς ενός προγράμματος ποιοτικής διασφάλισης ως :



**α)** η βεβαιότητα ότι κάθε ασθενής λαμβάνει τέτοιες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας ώστε να παράγεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, **β)** η επίτευξη αυτού του αποτελέσματος με την ελάχιστη δαπάνη πόρων, με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο για πρόσθετο τραυματισμό ή ανικανότητα ως συνέπεια της θεραπείας και με τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή για την πορεία της φροντίδας, την αλληλεπίδρασή του με το σύστημα φροντίδας υγείας και τα απαιτούμενα αποτελέσματα. Ενώ μια μεμονωμένη δραστηριότητα ποιοτικής διασφάλισης δεν χρειάζεται απαραίτητως να πληροί και τα τέσσερα συστατικά αυτού του ορισμού, είναι σημαντικό ότι τα συνολικά προγράμματα Ποιοτικής διασφάλισης που οργανώνονται και αρχίζουν από ιδρύματα ή χώρες να δίνουν ίση σημασία στην σπουδαιότητα του καθενός.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της ποιοτικής διασφάλισης είναι :

**α) Δημόσια ευθύνη :** Ένα σημαντικό μέρος όλων των υπηρεσιών υγείας χρηματοδοτείται σήμερα από δημόσιους πόρους. Είναι κρίσιμο οι ενέργειες της ποιοτικής διασφάλισης να παρέχουν αντικειμενικές αποδείξεις ότι οι πόροι ξοδεύονται και αποτελεσματικά και αποδοτικά.

**β) Βελτίωση της διαχείρισης :** Η εκτίμηση της φύσης των προβλημάτων που επηρεάζουν κάποια από τις τέσσερις παραμέτρους και η προσπάθεια αναγνώρισης των αιτιών ώστε να διευκολυνθεί η αποτελεσματική διαχείριση, να μειωθούν ή να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα που αναγνωρίζονται.

**γ) Διευκόλυνση της υιοθέτησης των νεωτερισμών :** Μέσω της διαδικασίας αξιολόγησης της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας

και της θέσπισης κατάλληλων κριτηρίων και διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας, οι νεωτερισμοί (όπως τα τεχνολογικά επιτεύγματα) μπορούν να διαδοθούν ταχύτατα.<sup>6</sup>

## **5.5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Η ποιότητα αποτελεί θέμα αυξανόμενης σπουδαιότητας της «βιομηχανίας της υγείας». Πολλές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για την εκτίμησή της με βάση το μέγεθος και την πολυπλοκότητα του νοσοκομείου και νέες μέθοδοι διασφάλισης της ποιότητας εμφανίζονται. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των υφιστάμενων και των νέων μεθόδων είναι τα ακόλουθα :

### **Υφιστάμενες μέθοδοι**

**1) Επαγγελματική διαπίστευση (Individual Accreditation ή Professional Credentialing) :** Στην επαγγελματική διαπίστευση οι γιατροί υποβάλλουν αίτηση στο νοσοκομείο που επιθυμούν να εργασθούν. Οι αιτήσεις ελέγχονται από μια επιτροπή διαπίστευσης, που αποτελείται από γιατρούς του νοσοκομείου και ιατρικών σχολών.

Αρχικά εξετάζονται τα προσόντα, η μόρφωση και εκπαίδευση, η προηγούμενη εμπειρία και η γνώμη των συναδέλφων. Ύστερα η επιτροπή συμβουλεύει την διοίκηση του νοσοκομείου για τα καθήκοντα, που είναι δυνατό να αναλάβει ο συγκεκριμένος γιατρός.

Επιπρόσθετα, η διαδικασία επιτρέπει να εκφρασθεί άποψη για την απόδοση του γιατρού από ειδικούς εκτός νοσοκομείου, ενώ οι

κρινόμενοι γιατροί που διαφωνούν με την απόφαση της επιτροπής είναι δυνατό να κάνουν πρόσφυγή κατά της απόφασής της.

Τέλος, η επαγγελματική διαπίστευση, επαναλαμβάνεται με την συμπλήρωση ενός έτους υπηρεσίας και αργότερα κάθε 3-5 έτη.

Μειονεκτήματα μεθόδου : Η μέθοδος είναι υποκειμενική με αποτέλεσμα να αναδεικνύει διαφορές ανάμεσα στην κρίση των γιατρών. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι η έξοχη επαγγελματική διαπίστευση δεν αποτελεί εγγύηση για το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης.

**2) Επισκόπηση θνησιμότητας και νοσηρότητας (Mortality and Morbidity Review) :** Επιχειρείται είτε με την στατιστική ανάλυση ή την ανάλυση ατομικών περιπτώσεων.

**Στατιστική ανάλυση :** Κατά την στατιστική ανάλυση των στοιχείων θνησιμότητας και νοσηρότητας συλλέγονται στοιχεία από τα τμήματα του νοσοκομείου και χρησιμοποιούνται για συγκρίσεις.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Τα στοιχεία είναι συνήθως χαμηλής ποιότητας, λόγω σφαλμάτων στους διαγνωστικούς κώδικες και στη συμπλήρωση των πιστοποιητικών θανάτου.

β) Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα είναι δυνατόν να διαφοροποιούνται με βάση το μείγμα (mix) των διαγνώσεων.

γ) Οι ασθενείς που λαμβάνουν περίθαλψη σε περισσότερα του ενός νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της περίθαλψης είναι δυνατό να επηρεάσουν δυσμενώς τα στατιστικά στοιχεία ενός νοσοκομείου, που παρέχεται «άριστη» περίθαλψη.

**Ανάλυση ατομικών περιπτώσεων :** Τα στοιχεία θνησιμότητας και νοσηρότητας συλλέγονται συνήθως από τα τμήματα του νοσοκομείου και παρουσιάζονται στο σύνολό τους ή επιλεκτικά.

**Πλεονεκτήματα μεθόδου :** Η επιλεκτική ανάλυση είναι δυνατό να ανιχνεύσει με γρήγορο ρυθμό αδύνατα σημεία ή μειονεκτήματα.

**Μειονεκτήματα μεθόδου :** α) Τα στοιχεία δε συλλέγονται με τυχαία δειγματοληψία με αποτέλεσμα να υπάρχει στατιστικό πρόβλημα.

β) Οι γιατροί είναι δυνατό να παρακάμψουν τη μέθοδο ή να συλλέγουν στοιχεία για «ενδιαφέρουσες ιατρικές περιπτώσεις».

γ) Η μέθοδος εξαντλείται συνήθως σε αέναη συζήτηση, χωρίς σημαντική αλλαγή στην περίθαλψη του ασθενή.

**3) Έλεγχοι κριτηρίων (Criteria Audits) :** Οι έλεγχοι των κριτηρίων σχετίζονται με την επιλογή κριτηρίων σε μια συγκεκριμένη περιοχή της περίθαλψης και την σύγκρισή τους με τα «άριστα κριτήρια περίθαλψης».

**Πλεονεκτήματα μεθόδου :** Η διαδικασία της μεθόδου συμβάλλει στην ολοκλήρωση της επανατροφοδοτικής καμπύλης.

**Μειονεκτήματα μεθόδου :** α) Οι έλεγχοι έχουν συστηματικά αξιολογηθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, αφού η επιλογή ενός θέματος σύμφωνα με την μέθοδο είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί από τον γιατρό, που συγχρόνως επιβλέπει τη διαδικασία αξιολόγησης.

β) Η μέθοδος δεν είναι δυνατό να ελέγξει κάθε τμήμα της περίθαλψης με αποτέλεσμα να επιλέγονται μόνο «ενδιαφέροντα» θέματα.

γ) Δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθούν εύκολα σαφή κριτήρια ελέγχου των διαγνώσεων, με αποτέλεσμα, το κόστος της μεθόδου να είναι υψηλό.

δ) Συχνά οι έλεγχοι κριτηρίων ασχολούνται μόνο με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και παραμελούν τα στοιχεία της διαπροσωπικής σχέσης.

**4) Νεκροψία :** Οι νεκροψίες αποτελούν αργοπορημένο έλεγχο του συστήματος και συγχρόνως προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στον ποιοτικό έλεγχο των νοσοκομείων απαιτούν τον σχηματισμό μιας συστηματικής διαδικασίας προκειμένου να συλλεγεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα περιπτώσεων.

**5) Έλεγχος ιστών (Tissue Audit) :** Οι αφαιρούμενοι ιστοί των ασθενών, που αποστέλλονται στο παθολογοανατομικό εργαστήριο, αποτελούν μέθοδο διασφάλισης της ποιότητας στα νοσοκομεία, αφού είναι δυνατό να αξιολογηθεί η ορθότητα της αφαίρεσης του ιστού.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Δεν αποστέλλονται όλοι οι ιστοί στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.

β) Ο έλεγχος ιστών απαιτεί την λειτουργία μηχανισμού επίλυσης παθολογικών και διαγνωστικών αντιφάσεων.

**6) Επισκόπηση της χρησιμοποίησης (Utilisation Review) :** Η μέθοδος ασχολείται κατά κύριο λόγο με την χρησιμοποίηση των πόρων, αλλά είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί και στην ανίχνευση της ποιότητας.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Μελετά τα θέματα κυρίως με ποσοτικούς όρους.

β) Είναι οικονομικά προσανατολισμένα.

**7) Η ικανοποίηση του χρήστη (Patient Satisfaction) :** Η μέθοδος συνίσταται στη χορήγηση ερωτηματολογίων στους ασθενείς είτε κατά την έξοδό τους ή μετά την έξοδο. Τα ερωτηματολόγια συνήθως προσπαθούν να ανιχνεύσουν προβλήματα της διαδικασίας εισαγωγής, της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας, της διατροφής και της διαδικασίας εξόδου.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Ο αριθμός των απαντήσεων είναι συχνά περιορισμένος.

β) Τα αποτελέσματα είναι συνήθως θετικά.

**8) Αναφορά περιστατικών (Incident Reporting) :** Η μέθοδος εφαρμόζεται με επιτυχία στην αναισθησιολογία και τις μονάδες εντατικής θεραπείας και απαιτεί την λειτουργία ενός συστήματος αναφοράς περιστατικών του νοσοκομείου, που χρησιμοποιείται στην στοιχειοθέτηση αντενδείξεων ή σφαλμάτων στην χορήγηση των φαρμάκων και άλλων ατυχών συμβάντων.

Μειονεκτήματα μεθόδου : Το βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι ο χαμηλός βαθμός ανίχνευσης προβλημάτων.

**9) Ιατροδικαστής (Coroner) :** Η μέθοδος αυτή συνίσταται στην παραπομπή αποβιώσαντος ασθενή στον ιατροδικαστή.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Η έκδοση πιστοποιητικού θανάτου διακόπτει την έρευνα της υπόθεσης.

β) Η λειτουργία του μηχανισμού απαιτεί να επισυμβεί ο θάνατος.

γ) Ο ιατροδικαστής δεν έχει ουσιαστικές αρμοδιότητες και καταφεύγει μόνο σε συστάσεις.

**10) Μονάδες παραπόνων (Health Complaint Units) :** Είναι ειδικές μονάδες που διερευνούν παράπονα για τις υπηρεσίες υγείας.

Μειονεκτήματα μεθόδου : Δεν αποτελούν ασφαλές «μέτρο ποιότητας», αφού λαμβάνουν μικρό αριθμό καταγγελιών με αποτέλεσμα να ασχολούνται μόνο με μικρό αριθμό εμπειριών των ασθενών.

**11) Αξιολόγηση νοσοκομείου (Hospital Accreditation) :** Η μέθοδος περιλαμβάνει την δημιουργία συμβουλίων προτύπων περίθαλψης, στα οποία καταφεύγουν τα νοσοκομεία για αξιολόγηση. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από επιθεωρητές του συμβουλίου, που ελέγχουν τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και το πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας του νοσοκομείου.

Μειονεκτήματα μέθοδο : α) Δίνεται έμφαση κυρίως στα δομικά χαρακτηριστικά, που επιτρέπουν την διασφάλιση υψηλής ποιότητας.

β) Συμβάλλει στη ροπή διασφάλισης υψηλής αξιολόγησης του νοσοκομείου.

**12) Παράμετροι πρακτικής (Practice Parameters of Guidelines) :** Οι παράμετροι πρακτικής είναι στρατηγικές, που ακολουθούν οι γιατροί κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους. Αποτελούν αποδεκτές προσεγγίσεις για την πρόληψη, την διάγνωση και την περίθαλψη του ασθενή και σχεδιάζονται για να βοηθήσουν στην κλινική πράξη. Εάν αναπτυχθούν και χρησιμοποιηθούν κατάλληλα, θεωρούνται σοβαρό εργαλείο στη διασφάλιση της ποιότητας. Το θεωρητικό υπόβαθρο των παραμέτρων πρακτικής αναγνωρίζει ότι ο κάθε ασθενής αποτελεί διαφορετική περίπτωση που προβάλλει νέα ερωτήματα.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Η ανάπτυξη παραμέτρων πρακτικής είναι χρονοβόρα.

β) Είναι δυνατό να ξεπεραστούν με ταχύ ρυθμό.

γ) Η ανάπτυξή τους αποτελεί μόνο την εκκίνηση στη βελτίωση της ποιότητας.

### Νέες μέθοδοι

**1) Τυχαίοι έλεγχοι (Random Audits) :** Η μέθοδος δίνει τη δυνατότητα στο νοσοκομείο να ελέγξει τυχαία επιλεγμένους φακέλους ασθενών.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Δεν ελέγχεται σημαντικός αριθμός φακέλων.

β) Η εμπειρική ανάλυση της μεθόδου αναδεικνύει τάση ελέγχου των ίδιων περιπτώσεων.

**2) Φιλτράρισμα συμβάντων (Occurrence Screening) :** Η μέθοδος περιλαμβάνει την ανάπτυξη κριτηρίων για την εξέταση των ιατρικών φακέλων, που βοηθούν στην εύρεση υψηλής πιθανότητας συμβάντων, που απαιτούν λεπτομερή ιατρική εξέταση. Οι φάκελοι αρχικά εξετάζονται από το προσωπικό του τμήματος αρχείων και το νοσηλευτικό προσωπικό. Εάν το ιστορικό συμπίπτει με κάποιο από τα κριτήρια, τότε στέλνεται σε κριτή, που αποφασίζει εάν ο φάκελος περιέχει «σημαντικό συμβάν».

«Σημαντικό συμβάν» στην περίπτωση αυτή θεωρείται οποιοδήποτε ατυχές γεγονός, που δεν θα συνέβαινε κάτω από «άριστες συνθήκες» και δεν αποτελεί φυσική συνέπεια της ασθένειας.

Τα ευρήματα αναφέρονται σε επιτροπή εποπτείας, η οποία επιλέγει την κατάλληλη δράση σε κάθε περίπτωση.



Πλεονεκτήματα μεθόδου : α) Υπολογίζεται ότι είναι δυνατό να ελεγχθούν 90-95% των ατυχών συμβάντων.

Μειονεκτήματα μεθόδου : α) Απαιτείται η ύπαρξη σημαντικών πόρων.

β) Επιβάλλεται η εκπαίδευση του προσωπικού στο φιλτράρισμα των φακέλων.

**3) Διαχείριση ολικής ποιότητας (Total Quality Management) :** Η διαχείριση ολικής ποιότητας εστιάζεται στις διαδικασίες που επιδρούν σημαντικά στις ανάγκες και προσδοκίες εσωτερικών και εξωτερικών καταναλωτών. Μετατοπίζει τον ποιοτικό έλεγχο από τον αναδρομικό έλεγχο των φακέλων, στην ανάλυση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων και θεωρητικά είναι δυνατό να συνδυασθεί με τις υπάρχουσες μεθόδους διασφάλισης της ποιότητας.<sup>7</sup>

## **5.6. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ - ΡΟΛΟΣ ΟΜΑΔΑΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Θα ήταν παράλειψη αν δεν γινόταν καμιά αναφορά στο Κέντρο Υγείας το οποίο αποτελεί έναν από τους βασικότερους φορείς παροχής φροντίδας υγείας και που σχεδιάστηκε για να καλύπτει όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.).

Στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι υπηρεσίες που εξασφαλίζονται μέσω των Κ.Υ. στους πληθυσμούς είναι α) πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη (διάγνωση - θεραπεία - αποκατάσταση), β) προληπτικές

υπηρεσίες (εμβολιασμοί - παιδική και σχολική υγεία - οικογενειακός προγραμματισμός - υγιεινή της εργασίας) και γ) κοινωνική φροντίδα (περίθαλψη στο σπίτι χρόνιων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα).

Στην Ελλάδα ο θεσμός του Κ.Υ. δεν υπήρχε συστηματικά μέχρι την έναρξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983. Με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. τα Κ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής Π.Φ.Υ. Απασχολούν ειδικούς για την κοινοτική φροντίδα (οικογενειακούς γιατρούς, επισκέπτες υγείας και κοινοτικές νοσηλεύτριες) οι οποίες παρέχουν προσιτές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Όσον αφορά την **ποιότητα φροντίδας** στα Κ.Υ., στόχος είναι η άνοδος της αποτελεσματικότητας της παροχής φροντίδας υγείας στην κοινότητα και στα μέλη της σε συνεργασία μ' αυτήν. Ένας σίγουρος τρόπος να μειωθεί η συνεχής παράκαμψη των Κ.Υ. είναι η εξασφάλιση ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι υψηλής ποιότητας. Η ποιότητα δεν συνδέεται μόνο με την υπερσύγχρονη τεχνολογία και διαδικασία. Έχει περισσότερο να κάνει με την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και την παροχή τους, με τρόπους που προωθούν την προσπελασιμότητα και το συνεχές της φροντίδας υγείας.

Τα **κριτήρια** φροντίδας στα Κ.Υ. πρέπει να εξεταστούν σε εσωτερικά και εξωτερικά. Τα εσωτερικά αφορούν το Κ.Υ., το

διοικητικό και κλινικό του προσωπικό. Τα εξωτερικά αφορούν θέματα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

### **Εσωτερικά**

Τα Κ.Υ. λειτουργούν με διεπαγγελματικές ομάδες και τα κριτήρια της κάθε επαγγελματικής ομάδας πρέπει να αναγνωριστούν. Ο Boland περιέγραψε 6 δείκτες ποιότητας που πρέπει να ληφθούν υπόψη σαν μέρος της απόδοσης των κριτηρίων για τους χορηγούς υγείας.

- 1) Διαδικασία της φροντίδας μέσω της επιθεώρησης των ιατρικών και νοσηλευτικών αρχείων.
- 2) Συμμόρφωση των χορηγών με τα κατάλληλα κριτήρια.
- 3) Επίδραση των ιατρικών και νοσηλευτικών συναντήσεων στην ευεξία των ασθενών.
- 4) Αποτελεσματικότητα της διάγνωσης και άλλων θεραπευτικών μέσων.
- 5) Ένταξη των υπηρεσιών που προσαρμόζονται στον τύπο του ασθενή ή της φροντίδας.
- 6) Ικανοποίηση του ασθενή, βασισμένη στα αποτελέσματα ερευνών.

### **Εξωτερικά**

Ο Palmer δήλωσε ότι η εξωτερική ποιοτική διασφάλιση *«χρησιμοποιείται από ένα τακτικό, ένα διαπιστευτή ή έναν αγοραστή της φροντίδας υγείας για να διεγείρει καλύτερες εσωτερικές προσπάθειες»*. Η Αμερικανική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας αξιολογεί τα Κ.Υ. σε ετήσια βάση. Το Primary Care Effectiveness Review

(PCER) υποδεικνύει τα κριτήρια φροντίδας ή τους δείκτες που αναμένεται να βρεθούν σ' ένα Κ.Υ.

Η διασφάλιση της ποιότητας πρέπει πάντα να αποτελεί μέρος της φροντίδας υγείας. **Η ομάδα Π.Φ.Υ.** πρέπει να αποδεχτεί την ευθύνη να είναι φύλακας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και υπεύθυνη για τη δημιουργία ενός συλλογικού πλαισίου έρευνας για την ποιότητα.

Η αποστολή της ομάδας Π.Φ.Υ. έχει να κάνει με το σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση παροχής όλων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης και με την υιοθέτηση ενός πλαισίου εργασίας που θα εξασφαλίζει την ποιότητα.<sup>6,11</sup>

## 6. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 6.1. ΤΑ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η μέτρηση της ποιότητας χρησιμοποιείται για τη διασφάλισή της. Σύμφωνα με την Palmer (1991), μέτρηση είναι : *«Η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια».*

Η μέτρηση συνιστά μια κυκλική δραστηριότητα. Κατ' αρχήν προϋποθέτει τη μέτρηση του επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων φροντίδων. Εάν αυτή η μέτρηση αποκαλύψει ανεπάρκεια ως προς τη φροντίδα, τότε απαιτούνται οι αναγκαίες επεμβάσεις για τη βελτίωση και στη συνέχεια μια νέα μέτρηση που θα μας επιτρέψει να διαπιστώσουμε τη επιτυχία ή μη αυτής της επέμβασης.

Ως εκ τούτου η μέτρηση προϋποθέτει :

- Δεδομένα (Data)
- Κριτήρια (Criteria)
- Πρότυπα (Standards)<sup>4</sup>

Η Νοσηλευτική, σαν κοινωνικό έργο, έχει κύρια ευθύνη την ανάπτυξη κριτηρίων αξιολόγησης και εξασφάλισης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και της νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτό άλλωστε αποδεικνύει και την ωριμότητα του επαγγέλματος, που συνειδητοποιεί την ευθύνη του προς το κοινωνικό σύνολο. Η

ανάπτυξη κριτηρίων και προκαθορισμένων προτύπων προέκυψε από την ανάγκη μείωσης της υποκειμενικότητας που μπορεί να παρουσιαστεί κατά την αξιολόγηση. Αυτά αναπτύσσονται από επιτροπή νοσηλευτών με ευρεία θεωρητική γνώση, βαθιά αντίληψη του αντικειμένου της νοσηλευτικής και παράλληλη ανάπτυξη κλινικών δεξιοτήτων και εμπειριών.

Δεδομένα, προκαθορισμένα πρότυπα και κριτήρια είναι επίσημα αναγνωρισμένα μέτρα αξιολόγησης της ποιότητας ή ποσότητας. Είναι ουσιώδη για τη Νοσηλευτική γιατί καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών. Παρέχουν ειδικές εκτιμήσεις και τονίζουν αποτελέσματα που μπορούν να μετρηθούν. Είναι απαραίτητα για την προστασία του κοινού - παροχή των κατάλληλων νοσηλευτικών υπηρεσιών - και την κατοχύρωση των νοσηλευτών που τις προσφέρουν.

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ορίζει ότι τα δεδομένα, που αποτελούν το πρώτο απαραίτητο στοιχείο για τη μέτρηση, είναι πολύ χρήσιμα για τη διαβεβαίωση ότι η στελέχωση, ο εξοπλισμός και ο τρόπος οργάνωσης μιας μονάδας, διασφαλίζουν τις απαραίτητες συνθήκες για την παροχή κατάλληλης νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης μπορούν να αποτελέσουν αναλυτικές αντικειμενικές κρίσεις για το είδος των νοσηλευτικών ενεργειών και δραστηριοτήτων που έχουν θετική επίδραση στην υγεία του ασθενή και βελτιώνουν την ποιότητα, ενώ ακόμη μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να επισημανθούν τα αποτελέσματα εκείνα, τα οποία υποδηλώνουν φτώχη και ανεπαρκή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

Επίσης, το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, ορίζει τα **πρότυπα**, που είναι το δεύτερο απαραίτητο στοιχείο της μέτρησης της φροντίδας, σαν το επιθυμητό και κατορθωτό επίπεδο εκτέλεσης προς το οποίο συγκρίνεται η πραγματική νοσηλευτική φροντίδα.

Ενώ τα πρότυπα αντιπροσωπεύουν προκαθορισμένο επίπεδο εφαρμογής, τα κριτήρια αποτελούν ειδικές μετρήσεις και παραμέτρους που αντανακλούν την πρόθεση του προτύπου. Το **κριτήριο** ορίζεται σαν αντικειμενικός, μετρήσιμος, σχετικός και ευέλικτος δείκτης ποιοτικής φροντίδας σε σχέση με την εκτέλεση, συμπεριφορά, συνθήκες, περίπτωση ή την κλινική κατάσταση.

**Χαρακτηριστικά κριτηρίων :** Τα κριτήρια για να είναι έγκυρα πρέπει να :

- Καθορίζονται από αρμόδια αρχή
- Βασίζονται σε θεωρητικές και πρακτικές αρχές
- Στοχεύουν σε συγκεκριμένο σκοπό
- Δίνουν κατευθύνσεις για περιγραφή καθηκόντων
- Διακρίνονται από ευρύτητα αλλά και σαφήνεια
- Σχετίζονται με το συγκεκριμένο σκοπό
- Είναι λογικά και εφαρμόσιμα
- Παραδεκτά από εκείνους που τους αφορούν
- Ευέλικτα
- Καθορίζουν τη δυνατότητα υλοποίησης
- Παρέχουν δυνατότητα μέτρησης της ποιότητας και αποδοτικότητας
- Υπόκεινται σε συνεχή εκτίμηση και αναθεώρηση.

**Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικής μονάδας :**

- Πλήρης γνώση της εργασίας της Ν.Μ.
- Προγραμματισμός και οργάνωση της εργασίας του 24ώρου.
- Έναρξη εργασίας της ημέρας την προκαθορισμένη ώρα
- Προσανατολισμός του προσωπικού της Ν.Μ.
- Δημιουργία και διατήρηση ευχάριστου και υγιεινού περιβάλλοντος
- Εξασφάλιση κατάλληλου και επαρκούς υλικού / εξοπλισμού
- Εφαρμογή των νόμιμων ιατρικών οδηγιών
- Εφαρμογή του γραπτού συστήματος Ν.Φ.
- Διατήρηση υψηλού ηθικού του προσωπικού
- Εξασφάλιση καλής συνεργασίας
- Ανάθεση ευθύνης σε κάθε μέλος της νοσηλευτικής ομάδας

#### **Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών υπηρεσιών :**

- Καθορισμός νοσηλευτικής πολιτικής - φιλοσοφίας Ν.Υ.
- Καθορισμός επιθυμητών επιπέδων Ν.Φ. αρρώστων
- Καθορισμός αριθμού και κατηγορίας νοσηλευτικού προσωπικού
- Κάλυψη όλων των Ν.Υ. με νοσηλευτές σε 24ωρη βάση
- Εξασφάλιση και επάρκεια κατάλληλου εξοπλισμού / υλικού και συντήρησης
- Οργάνωση κεντρικών υπηρεσιών
- Εξασφάλιση συστημάτων επικοινωνίας με τα νοσηλευτικά τμήματα και υπόλοιπες υπηρεσίες
- Επίβλεψη νοσηλευτικών τμημάτων, χειρουργείου, εφημερείου εργαστηρίου, εξωτερικών ιατρείων, νοσηλείας στο σπίτι κ.α.
- Γενική επίβλεψη νοσοκομείου, κέντρων υγείας και άλλων υπηρεσιών



- Οργάνωση γραφείου διευθυντή και τομέων Ν.Υ.
- Επιμόρφωση και ανάπτυξη προσωπικού
- Οργάνωση και συμμετοχή σε επιτροπές του ιδρύματος
- Έρευνα νοσηλευτικών θεμάτων και προβλημάτων
- Ανάπτυξη δημοσίων σχέσεων
- Οργάνωση και συμμετοχή στην κλινική άσκηση φοιτητών νοσηλευτικής και άλλων λειτουργών υγείας.

#### **Κριτήρια αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας :**

- Καθορισμός ελαχίστων ορίων παροχής Ν.Φ.
- Αριθμός και κατηγορία προσωπικού
- Επαρκής και κατάλληλος εξοπλισμός
- Επαρκές και κατάλληλο υλικό
- Σύστημα οργάνωσης της εργασίας
- Διδασκαλία αρρώστου και συγγενών
- Διερεύνηση νοσηλευτικών προβλημάτων
- Μετανοσοκομειακή φροντίδα αρρώστων
- Επέκταση Ν.Φ. στην κοινότητα - σπίτι.<sup>12</sup>

## **6.2. ΜΕΘΟΔΟΙ, ΤΕΧΝΙΚΕΣ, ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

Η ποιότητα μετριέται με ποικίλες μεθόδους και τεχνικές. Ο Π.Ο.Υ. το 1983 ταξινόμησε πέντε γενικά είδη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας όπως :

**1. Μεταβλητότητα δεικτών :** Οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται σ' αυτή τη μέθοδο βασίζονται στην υπόθεση ότι η φροντίδα που προκύπτει από τους δείκτες είναι διαφορετική και μπορεί να είναι ενδεικτική ενός πιθανού προβλήματος στην ποιότητα.

**2. Κριτήρια σχετιζόμενα με προσυμπτωματικό έλεγχο :** Η μέθοδος της εντόπισης των προβλημάτων βασίζεται στον ορισμό των πιθανών προβλημάτων.

**3. Πολυπαραγοντικοί δείκτες :** Είναι σύνθετη μέθοδος. Περιλαμβάνει ανάπτυξη δεικτών ποιότητας, οι οποίοι μπορεί να συνδυάζουν επίπεδα και κριτήρια αναφερόμενα στις πληροφορίες.

**4. Μέθοδοι περιορισμένων ομάδων :** Η χρήση μικρών δομημένων ομάδων αποδεικνύεται χρήσιμη προκειμένου να αναζητηθούν πληροφορίες οι οποίες θα καθορίσουν τις προτεραιότητες και τις παρεμβάσεις.

**5. Χρησιμοποίηση δημοσκοπήσεων :** Οι μηχανισμοί αυτοί έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικοί για την εντόπιση της ποιότητας σε θέματα φροντίδας, τόσο για τους ασθενείς, όσο και γι' αυτούς που παρέχουν την φροντίδα.<sup>2</sup>

Συγκεκριμένα όμως, η συστηματική και συνεχής προσπάθεια για αξιολόγηση και βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας χρειάζεται να οργανωθεί πάνω στις ακόλουθες γραμμές και **τεχνικές :**

- |   |            |
|---|------------|
| 1) Διατύπωση σκοπού.                      | ΓΙΑΤΙ;     |
| 2) Ποια στοιχεία θα εκτιμηθούν            | ΤΙ;        |
| 3) Επιθυμητά επίπεδα φροντίδας            | ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ; |
| 4) Κριτήρια επίτευξης επιθυμητών επιπέδων | ΠΩΣ;       |

- |                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| 5) Σύστημα επίβλεψης           | ΠΟΙΟΣ; ΠΟΤΕ; ΠΟΥ; |
| 6) Σύστημα ανατροφοδότησης     | ΠΩΣ;              |
| 7) Σύστημα διενέργειας αλλαγών | ΓΙΑΤΙ;            |

Συνήθως, τρεις διαστάσεις της φροντίδας υγείας μετρώνται συστηματικά.

- α) Η οργάνωση και τα μέσα υπηρεσίας - Μετρήσεις υποδομής
- β) Η διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας - Μετρήσεις διαδικασίας
- γ) Τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας - Μετρήσεις έκβασης.

Η αξιολόγηση της οργάνωσης της υπηρεσίας αφορά πρόσωπα, εξοπλισμό και περιβάλλον. Εξετάζονται δηλαδή οι φυσικοί χώροι, ο εξοπλισμός, τα εκπαιδευτικά και άλλα προσόντα του προσωπικού, το σύστημα στελέχωσης, το οργανόγραμμα και η φιλοσοφία του ιδρύματος.

Η ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου εξετάζεται βάσει των σταδίων της νοσηλευτικής διεργασίας, που είναι τα ακόλουθα :

- Η συλλογή των δεδομένων για την κατάσταση υγείας, ανάγκες και προβλήματα του αρρώστου είναι συστηματική και συνεχής.
- Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις απορρέουν από τα δεδομένα για την κατάσταση υγείας και τις αντιδράσεις του αρρώστου.
- Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει σκοπούς που προέρχονται από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις.
- Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει τις προτεραιότητες και τις προτεινόμενες ενέργειες και παρεμβάσεις για την επίτευξη των σκοπών που απορρέουν από τις νοσηλευτικές διαγνώσεις.

- Η νοσηλευτική φροντίδα προβλέπει τη συμμετοχή του αρρώστου στη διατήρηση, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του.
- Η νοσηλευτική φροντίδα βοηθάει τον άρρωστο να μεγιστοποιήσει τις δυνατότητες υγείας του.
- Η πρόοδος ή η έλλειψη προόδου του αρρώστου προς την εκπλήρωση των σκοπών της νοσηλείας του διαπιστώνεται από τον ίδιο και από το νοσηλευτή και ανάλογα οδηγεί σε επανεκτίμηση, επαναταξινόμηση προτεραιοτήτων, διατύπωση νέων σκοπών και αναθεώρηση του σχεδίου φροντίδας.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας εκτιμά την ποσότητα, την ποιότητα και την ικανοποίηση του αρρώστου. Εξετάζεται πως ο άρρωστος ανταποκρίνεται στη νοσηλεία και τη θεραπεία, αν υποχώρησαν τα συμπτώματα, αν επανέκτησε την ικανότητα, τη δύναμη και θέληση να εκτελεί τα έργα της καθημερινής ζωής, αν ανάρρωσε. Αντιπροσωπευτικά αναφέρονται μερικές κατηγορίες μετρήσιμων αποτελεσμάτων νοσηλευτικής φροντίδας :

- Ικανοποίηση του αρρώστου
- Κατανόηση της αρρώστιας και νοσηλείας
- Λειτουργική κατάσταση υγείας
- Κλινική κατάσταση υγείας
- Ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο υγείας
- Αντιλήψεις αρρώστου, οικογένειας, νοσηλευτών, ιατρών
- Διάθεση του αρρώστου
- Αρνητικά αποτελέσματα - επιπλοκές
- Ετοιμότητα του αρρώστου να εξέλθει από το νοσοκομείο

- Συμμόρφωση του αρρώστου στη νοσηλεία και θεραπεία.<sup>12</sup>

Επίσης, έχουν αναπτυχθεί και διάφορες ειδικές μέθοδοι και κλίμακες μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας όπως :

- **Νοσηλευτικός έλεγχος της Phaneuf.**

Σκοπός αυτής της μεθόδου είναι η εκτίμηση της ποιότητας της νοσηλευτικής διεργασίας, από τον τρόπο με τον οποίο οι διάφορες νοσηλευτικές λειτουργίες εκτελούνται στον ασθενή. Στη μέθοδο αυτή η αξιολόγηση θεωρείται σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής ευθύνης. Ο Νοσηλευτικός έλεγχος της Phaneuf παρουσιάζει πολλές δυνατότητες αλλά και αδυναμίες. Δυνατότητες γιατί στις καθορισμένες λειτουργίες και τα συστατικά τους φαίνεται να παρέχει μια σαφή περιγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας. Ακόμη περιλαμβάνει κατάλληλη γνώση των νοσηλευτικών θεωριών και ένα ικανοποιητικό επίπεδο δεξιοτήτων. Αδυναμίες γιατί την, πηγή των πληροφοριών αποτελούν οι αναδρομικές καταγραφές και όχι η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

- **Δείκτες εκτέλεσης**

Πρόκειται για στατιστικές αναλογίες, οι οποίες προέρχονται από διαφορετικές υγειονομικές περιφέρειες και η επεξεργασία τους γίνεται κεντρικά. Οι δείκτες εκτέλεσης επιτρέπουν συγκρίσεις των δραστηριοτήτων ανάμεσα στις διάφορες υγειονομικές περιφέρειες. Η αξιοπιστία των δεικτών έχει αμφισβητηθεί εξαιτίας των διαφορών στις τοπικές καταστάσεις και στα πρακτικά που υπάρχουν στις διάφορες περιοχές. Έχουν περιγραφεί περίπου 450 δείκτες εκτέλεσης οι οποίες καλύπτουν σημαντικές πληροφορίες της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Από τις αναλύσεις των δεικτών εκτέλεσης, μπορούν

να διαπιστωθούν αδρές μεταβλητότητες στην εκτέλεση μεταξύ των περιοχών και κατά μέσο όρο σε εθνικό επίπεδο. Ακόμη μας πληροφορούν για τις πηγές και τον τρόπο που διατίθενται.

• **Κλίμακα ποιότητας φροντίδας ασθενούς κατά τους Wandelt και Aget.**

Το μεθοδολογικό εργαλείο κλίμακας ποιότητας φροντίδας ασθενούς αρχίζει από το 1964 και περιλαμβάνει 68 αντικείμενα τα οποία διαιρούνται σε 6 περιοχές φροντίδας. Και τα 68 αντικείμενα τοποθετούνται σε κλίμακα 5 σημείων. Η μέθοδος αποσκοπεί :

- 1) Να μετρήσει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται οι ασθενείς σε οποιοδήποτε ίδρυμα στο οποίο υπάρχει σχέση νοσηλευτή - ασθενή.
- 2) Να παρέχει ποσοτική μέτρηση της ποιότητας του συνόλου της νοσηλευτικής φροντίδας που λαμβάνει ο άρρωστος.

• **Παρακολούθηση (Monitor) κατά του Goldstone, Ball και Collier.**

Είναι μια προσαρμογή της μεθόδου που αναπτύχθηκε από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία του Ιατρικού Κέντρου του Σικάγου. Η μέθοδος ερευνά τη σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής διεργασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας του ασθενή και περιλαμβάνει :

- 1) Ανασκόπηση του αποτελέσματος της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως μετρήθηκε με προκαθορισμένα κριτήρια.
- 2) Ανασκόπηση της πραγματικής νοσηλευτικής διεργασίας.
- 3) Στατιστική αξιολόγηση της μελέτης που προκύπτει από τη σύνδεση της διεργασίας και του αποτελέσματος της φροντίδας.

Οι πληροφορίες λαμβάνονται από ποικίλες πηγές, όπως :

1. Από τις καταγραφές των ασθενών.
2. Την παρατήρηση των ασθενών.
3. Την συνέντευξη με τον ασθενή και τη συνέντευξη με το νοσηλευτικό προσωπικό.
4. Την παρατήρηση του νοσηλευτικού προσωπικού και της διοίκησης της νοσηλευτικής μονάδας.
5. Την παρατήρηση του περιβάλλοντος του ασθενή.

Ως προς την εκτίμηση της μεθόδου υπάρχουν πολλές υποθέσεις που βλέπουν αμφίβολη την εγκυρότητα, δαπανηρή την εφαρμογή της και ότι χρειάζεται επιπλέον δοκιμή. Η βασική της αδυναμία εστιάζεται στην εγκυρότητα του περιεχομένου και της δομής των κριτηρίων που πιστεύεται ότι στερούνται αξιοπιστίας και καταλληλότητας.

#### • **Ανάπτυξη Κριτηρίων Μέτρησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας**

Στη μέθοδο αυτή αξιολογείται η νοσηλευτική διεργασία και τα αποτελέσματα της φροντίδας για να χρησιμοποιηθεί η κατάσταση της υγείας. Από τη θεωρία της Orem προέκυψαν εννέα κατηγορίες κατάστασης της υγείας για να υποδιαιρεθούν σε άλλες τέσσερις. Η νοσηλευτική φροντίδα εξετάζεται μέσα σ' αυτό το πλαίσιο εργασίας. Οι ασθενείς ταξινομούνται σε 90 ομάδες σύμφωνα με την ιατρική διάγνωση. Το κέντρο της μελέτης το κατέχει ο ασθενής. Το εργαλείο μέτρησης συνθέτουν 539 έγκυρα αντικείμενα (κριτήρια). Οι φυσικές παρατηρήσεις και οι συνεντεύξεις είναι οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν. Η εγκυρότητα καθιερώθηκε σε όλα τα κριτήρια και η δοκιμασία της αξιοπιστίας εκτελέστηκε σε 414.

- **Θεραπευτική Νοσηλευτική Λειτουργία**

Η Θ.Ν.Λ. είναι μία εναλλακτική προσέγγιση, η οποία καθορίζει απόψεις σχετικές με τη νοσηλευτική. Στη συνέχεια δίνει έναν αριθμό προτάσεων στις οποίες περιγράφεται η υποθετική σχέση αυτών των απόψεων. Αντικειμενικός σκοπός της προσέγγισης είναι να βρει μετρήσεις που να είναι λειτουργικές με τις απόψεις. Με τη μέθοδο αυτή διερευνούνται και επεξηγούνται σχέσεις μεταξύ των απόψεων οι οποίες φαίνεται να είναι δυνητικά θεραπευτικές.

- **Θεραπευτική Νοσηλευτική Λειτουργία της Kitson**

Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει :

1. Την έκταση στην οποία οι στόχοι της νοσηλευτικής φροντίδας εντοπίστηκαν και,
2. Να παρατηρήσει τον τρόπο με τον οποίο η νοσηλευτική πράξη έχει καταγραφεί.

Η Θ.Ν.Λ. διαιρεί την αντίδραση νοσηλευτή - ασθενή σε τρεις φάσεις : την έναρξη, τη διεργασία και το αποτέλεσμα. Στην παρατήρηση της φροντίδας βρέθηκαν σημαντικές διαφορές και στις δύο προσεγγίσεις. Οι προσεγγίσεις βρίσκονται στο αναπτυξιακό στάδιο, ενώ η άποψη να δοκιμαστούν ως προς τη δομή και το περιεχόμενο κρίνεται αναγκαία.

- **Ποιότητα κύκλων του Hutchins**

Η μέθοδος αυτή καθορίζει την ποιότητα ως εξής : *«Μια μικρή ομάδα ανθρώπων (3-12 άτομα) που κάνουν την ίδια ή παρόμοια εργασία συγκεντρώνονται εθελοντικά μία φορά την εβδομάδα. Η διάρκεια της συνάντησης είναι μία ώρα αμειβόμενη, με δική τους ηγεσία και επίβλεψη. Τα άτομα εκπαιδεύονται στην εντόπιση, ανάλυση*



*μερικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στην εργασία τους, παρουσιάζουν λύσεις σε θέματα διοίκησης και όπου είναι δυνατό να εφαρμόζουν μόνοι τους τις λύσεις».*

Τα άτομα που χρησιμοποιούν αυτή τη μέθοδο είναι προσανατολισμένα με τέτοιο τρόπο ώστε, όταν οι εφαρμογές είναι επιτυχείς, να μπορούν να επηρεάσουν θετικά τις οργανωτικές βελτιώσεις. Δηλαδή, το έργο τους είναι να εντοπίζουν, αναλύουν και λύνουν προβλήματα στην περιοχή της εργασίας τους.

#### • **Η Κλίμακα SLATER**

Αυτή περιλαμβάνει 84 νοσηλευτικές πράξεις και συμπεριφορές και εκτιμά τις ικανότητες και τις αδυναμίες του νοσηλευτή καθώς φροντίζει τον άρρωστο. Η εργασία του νοσηλευτή βαθμολογείται σε 6 γενικές περιοχές : την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των αρρώστων ως ατόμων και ως μελών μιας ομάδας, την αντιμετώπιση των σωματικών αναγκών των αρρώστων και των συνδυασμένων βιοψυχοκοινωνικών αναγκών τους, την επικοινωνία με τους αρρώστους και την εκπλήρωση των επαγγελματικών ευθυνών τους. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι οι νοσηλευτικές πράξεις είναι οι παρακάτω :

- Διδασκαλία του αρρώστου και νοσηλεία.
- Οργάνωση, διοίκηση, ηγεσία στη νοσηλευτική υπηρεσία.
- Ανάληψη ευθύνης ή ανάθεση ευθύνης σε μέλη του προσωπικού ανάλογα με την εκπαίδευση και την πείρα τους.
- Σχεδιασμός και διεκπεραίωση ενδοϋπηρεσιακών προγραμμάτων.
- Άσκηση συμβουλευτικής τέχνης.
- Έρευνα.

Αναθεώρηση της κλίμακας SLATER αποτελεί η **κλίμακα Qualpacks** με 68 στοιχεία προς εξέταση και με επικέντρωση στην τρέχουσα διεργασία φροντίδας.

- **Η κλίμακα QUEST**

Αυτή αξιολογεί τα πρότυπα υγείας στους εξής 5 τομείς : τη μορφή του νοσηλευτικού τμήματος, το περιβάλλον του τμήματος, τη φροντίδα του αρρώστου, τη διοίκηση του τμήματος και τη διαδικασία χορήγησης φαρμάκων.

Συμπερασματικά, πρέπει να λεχθεί ότι χωρίς τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας οι νοσηλευτές δεν μπορούν να κάνουν γνωστές τις ανάγκες των ασθενών και τις δικές τους, να θέσουν προτεραιότητες, να εκτιμήσουν την πρόοδο και να αποδείξουν την αποτελεσματικότητα μιας προηγμένης νοσηλευτικής.<sup>2,12</sup>

Παρακάτω εξετάζονται με κριτικό τρόπο οι πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες ποσοτικές στρατηγικές διερεύνησης της έννοιας «νοσηλευτική φροντίδα» - **όργανα** μέτρησης της φροντίδας - όπως την αντιλαμβάνονται τόσο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, όσο και οι νοσηλευτές και στη συνέχεια παρουσιάζονται δείγματα μελετών στα οποία έχει υιοθετηθεί καθεμία από τις περιγραφόμενες ερευνητικές μεθοδολογίες καθώς και τα βασικότερα ευρήματά τους, ενώ τέλος αναφέρονται και οι ψυχομετρικές ιδιότητες των ποικίλων οργάνων μέτρησης που έχουν σχεδιαστεί για την προσέγγιση της «φροντίδας».

- **Όργανο αξιολόγησης της Φροντίδας (Caring Assessment Instrument, CARE-q)**

Αποτελεί ένα από τα γνωστότερα όργανα προσδιορισμού των αντιλήψεων για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα κι έχει ευρεία εφαρμογή σε μεγάλο αριθμό προτύπων και επαναληπτικών μελετών. Το Όργανο Αξιολόγησης της Φροντίδας αναπτύχθηκε αρχικά στα σουηδικά, αλλά, στη συνέχεια μεταφράστηκε και στην αγγλική γλώσσα. Αποτελείται από έναν κατάλογο 50 νοσηλευτικών διαδικασιών φροντίδας οι οποίες έχουν ομαδοποιηθεί στις παρακάτω έξι υποκατηγορίες : **(α)** δυνατότητα πρόσβασης του ασθενή στο νοσηλευτικό προσωπικό και στις υπόλοιπες πηγές υγειονομικής υποστήριξης, **(β)** την παρεχόμενη επεξήγηση, ενημέρωση και διευκόλυνση, **(γ)** την ανακούφιση και άνεση του ασθενή, **(δ)** την ικανότητα πρόβλεψης των αναγκών του ασθενή, **(ε)** την δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης μαζί του, **(στ)** την καταγραφή, παρακολούθηση και αντιμετώπιση της κλινικής του κατάστασης.

Από τους ανθρώπους που συμμετέχουν στην εκάστοτε μελέτη ζητείται να καθορίσουν το πόσο σημαντική θεωρούν καθεμία από τις περιγραφόμενες διαδικασίες, ώστε να αισθάνονται ότι φροντίζουν αποτελεσματικά τον ασθενή (όταν το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται από νοσηλευτές) ή να νιώθουν ότι τους παρέχεται επαρκής φροντίδα (όταν συμπληρώνεται από ασθενείς). Το CARE-q φαίνεται να είναι ένα καλά ανεπτυγμένο ερωτηματολόγιο του οποίου τα επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας έχουν προσδιορισθεί με ποικίλες ερευνητικές στατιστικές δοκιμασίες. Στην ερευνητική βιβλιογραφία, περιγράφονται δύο μορφές του οργάνου : **(α)** η μορφή

«αναγκαστικής επιλογής» και (β) η μορφή «ελεύθερης επιλογής». Πρόσφατη συγκριτική μελέτη μεταξύ των δύο έδειξε ότι η χρησιμοποίηση του ενός ή του άλλου τύπου δεν επηρεάζει τις αντιλήψεις ούτε των νοσηλευτών, ούτε των ασθενών για τη σπουδαιότητα των διαφόρων συμπεριφορών που περιγράφονται στο όργανο. Η μόνη διαφορά που εντοπίστηκε ήταν οι υψηλότερες τιμές ως προς τη σπουδαιότητά του που απέδωσαν και οι δύο ομάδες πληθυσμού σε όλες τις νοσηλευτικές διαδικασίες φροντίδας και των έξι υποκλιμάκων στην μορφή «ελεύθερης επιλογής» του ερωτηματολογίου.

Παρά την άρτια δόμησή του και την ευρεία εφαρμογή του αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει συγκεκριμένες αδυναμίες. Έτσι αναφερόμενοι στο CARE-q οι Lutzen και Tichelm έχουν αμφισβητήσει το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σχετικά με (α) την ικανότητά του - ως μονοδιάστατης και γραμμικής μεθόδου αξιολόγησης - να μετρήσει μια πολύπλοκη συμπεριφορική διαδικασία όπως η φροντίδα και (β) τη χρησιμότητα των πληροφοριών που συγκεντρώνει στην παροχή εξατομικευμένης επαγγελματικής φροντίδας στον κάθε ασθενή. Αρνητική κριτική έχει δεχτεί, επίσης, και ως προς τη δυσκολία των οδηγιών που παρέχονται για τη συμπλήρωσή του καθώς και τον σημαντικό χρόνο που απαιτείται για να απαντηθεί.

#### **- Όργανο Αξιολόγησης Συμπεριφορών Φροντίδας (Caring Behaviors Assessment - CBA)**

Οι Cronin και Harrison ανέπτυξαν αυτό το ερωτηματολόγιο με σκοπό τον προσδιορισμό των νοσηλευτικών διαδικασιών οι οποίες

κατά την άποψη των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου υποδηλώνουν επαρκή φροντίδα. Το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης είναι μια κλίμακα τύπου Likert 5 διαβαθμίσεων ως προς τη σπουδαιότητα και περιλαμβάνει 61 νοσηλευτικές παραμέτρους. Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από τις παρακάτω 7 υποκλίμακες διαδικασιών : (α) ανθρωπισμός, πίστη - ελπίδα, ευαισθησία, (β) σχέσεις υποστήριξης και εμπιστοσύνης, (γ) διευκόλυνση της έκφρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, (δ) διαδικασίες διδασκαλίας και μάθησης, (ε) δημιουργία περιβάλλοντος προστασίας και ανάνηψης, (στ) παροχή βοήθειας στην κάλυψη των πρακτικών ανθρώπινων αναγκών, (ζ) αναγνώριση των υπαρξιακών, φαινομενολογικών και πνευματικών δυνάμεων και αναγκών του ανθρώπου.

Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του CBA καθορίστηκε επαρκώς από ομάδα νοσηλευτών οι οποίοι έχουν εξειδικευτεί στον τομέα της φροντίδας. Συγκριτικά με το CARE-q έχει χρησιμοποιηθεί σε πιο περιορισμένη έκταση.

Μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το Όργανο Αξιολόγησης Συμπεριφορών Φροντίδας έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται, συσχετίζεται σε βαθμό στατιστικά πολύ σημαντικό με την αντίληψη που έχουν για τη σπουδαιότητα των ποικίλων διαδικασιών με τις οποίες αυτή εκφράζεται, και η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία εστιάζει στον ασθενή και εκλαμβάνεται από αυτόν ως σφαιρική συμβάλλει στη μείωση των επιπέδων άγχους και προάγει την υγεία και τη διαδικασία ίασης και επούλωσης.

## - Όργανο Διαστάσεων και Φροντίδας (Caring Dimensions Inventory - CDI)

Το όργανο αυτό αναπτύχθηκε από τις νοσηλεύτριες Watson και Lea και συνιστά μια καλή προσπάθεια ανάπτυξης ενός έγκυρου και αξιόπιστου εργαλείου ποσοτικής μέτρησης της φροντίδας. Το CDI είναι μια αυτοχορηγούμενη κλίμακα τύπου Likert 5 διαβαθμίσεων οι οποίες αρχίζουν από το «συμφωνώ απόλυτα» και καταλήγουν στο «διαφωνώ απόλυτα». Η κλίμακα αποτελείται από 25 ερωτήσεις οι οποίες έχουν σκοπό να διερευνήσουν τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού για ποικίλες νοσηλευτικές διαδικασίες που στοιχειοθετούν την επαγγελματική φροντίδα. Οι δύο σημαντικότερες ομάδες νοσηλευτικής φροντίδας του ερωτηματολογίου είναι (α) η «ψυχολογική και κοινωνική διάσταση» και (β) η «επαγγελματική και βασική (τεχνική) διάσταση». Μια ακόμη υποομάδα νοσηλευτικής συμπεριφοράς είναι αυτή που σχετίζεται με την προθυμία του νοσηλευτή να «δώσει τον εαυτό του» στη διαδικασία φροντίδας και αφορά τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές εκδηλώσεις της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Η εγκυρότητα του προαναφερόμενου οργάνου μέτρησης εξασφαλίζεται από το γεγονός ότι η ανάπτυξή του βασίστηκε στην εκτενή και κριτική αξιολόγηση των ποικίλων θεωρητικών και ερευνητικών καταγραφών γύρω από το θέμα της φροντίδας που οφείλει να παρέχει ο επαγγελματίας νοσηλευτής. Με τον τρόπο αυτό, οι Watson και Lea συμπεριέλαβαν στο ερωτηματολόγιό τους τις κυριότερες εννοιολογικές (θεωρητικές) προσεγγίσεις του όρου «φροντίδα» καθώς και ένα ευρύ φάσμα κλινικών νοσηλευτικών

παρεμβάσεων. Η αξιοπιστία του Οργάνου Διαστάσεων Φροντίδας - καθορίστηκε πολλαπλά με τη χρησιμοποίηση ποικίλων στατιστικών δοκιμασιών.

Αν και υπάρχουν αρχικές ενδείξεις ότι το CDI αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη μέθοδο προσδιορισμού των αντιλήψεων που έχουν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα, οι ψυχομετρικές ιδιότητες του οργάνου απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση πριν από την ευρεία εφαρμογή του. Η δε χρησιμότητά του είναι πιθανό να περιορίζεται μόνο στη Βρετανία, αφού η ανάπτυξή του έγινε με βάση την επικρατούσα επαγγελματική κουλτούρα της συγκεκριμένης χώρας. Ένα επιπρόσθετο μειονέκτημα του CDI αποτελεί το γεγονός ότι το όργανο έχει αναπτυχθεί προκειμένου να μετρήσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα καθώς και αυτές των σπουδαστών της Νοσηλευτικής και έτσι ο προσδιορισμός των πεποιθήσεων των ασθενών με την εφαρμογή του είναι δύσκολος.

Τέλος, δύο ακόμη τρόποι ποσοτικής διερεύνησης των αντιλήψεων για τη φροντίδα αναφέρονται, αλλά, με σημαντικά περιορισμένη χρήση. Η πρώτη αφορά τη συγκριτική μεθοδολογία q- Sort, κατά την οποία ο άνθρωπος που συμμετέχει στην έρευνα συγκρίνει και κατανέμει σε προκαθορισμένες ομάδες έναν αριθμό καρτών οι οποίες αναγράφουν επάνω τους προτάσεις για το θέμα που μελετάται. Η ταξινόμηση και κατανομή των καρτών γίνεται με βάση τη διαβάθμιση «κάλλιστο» ως «ελάχιστα καλό». Σε μελέτη τους η Scharf και Caley εφάρμοσαν τη συγκεκριμένη ερευνητική τεχνική για να συγκρίνουν τις αντιλήψεις, περί φροντίδας μεταξύ ασθενών, νοσηλευτών και ιατρών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και οι τρεις

υποομάδες του δείγματος απέδωσαν τη μέγιστη σημασία στην εκτέλεση των πρακτικών καθηκόντων και κατέγραψαν ως προτεραιότητα την κάλυψη των βασικών αναγκών του ασθενή. Ως προς τις υπόλοιπες συμπεριφορές όμως, ενώ οι ασθενείς βρέθηκαν να συμφωνούν μεταξύ τους για τη σημασία της καθεμίας από αυτές, ανάλογη συναίνεση δεν παρατηρήθηκε ούτε μεταξύ των νοσηλευτών, ούτε μεταξύ των ιατρών. Όπως και άλλες μελέτες, τα ευρήματα της προαναφερόμενης έρευνας καταγράφουν για μια ακόμη φορά τη διάσταση που υφίσταται μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών για τα στοιχεία που αποτελούν την επαρκή υγειονομική φροντίδα.

Ένα ακόμη όργανο είναι αυτό που ανέπτυξε η Golden με σκοπό την αξιολόγηση από μέρους των σπουδαστών της Νοσηλευτικής της συμπεριφοράς φροντίδας των εκπαιδευτών τους. Συνιστά μια **Διαφορική Κλίμακα Σήμανσης 7 Επιλογών**, η οποία αποτελείται από 16 ερωτήσεις που συγκεντρώνουν πληροφορίες για τις ικανότητες του επαγγελματία νοσηλευτή στον εκπαιδευτικό του ρόλο (π.χ. ευελιξία, αυστηρότητα, γνωστική επάρκεια, ευαισθησία, εκδήλωση ενδιαφέροντος για κάθε σπουδαστή κ.ά.). Η Διαφορική Κλίμακα Σήμανσης είναι ένα όργανο το οποίο αποτελείται από τα δύο αντίθετα ενός ουσιαστικού ή επίθετου τα οποία αποκλείονται αμοιβαία (π.χ. καλός - κακός, ωραίος - άσχημος, αυστηρός - ελαστικός, ευέλικτος - άκαμπτος κ.ο.κ.). Αυτός που συμπληρώνει την κλίμακα καλείται να επιλέξει κάποια από τις 7 διαβαθμίσεις που αφορούν σε κάθε ουσιαστικό ή επίθετο και η οποία περιγράφει καλύτερα τη γνώμη του για την έννοια που εξετάζεται ως ιδιότητα του συγκεκριμένου εκπαιδευτή που αξιολογείται.



Η επάρκεια της κλίμακας της Golden ως προς τα διδακτικά χαρακτηριστικά που βαθμολογούνται εκτιμήθηκε από ομάδα νοσηλευτών με μεγάλη πείρα στον εκπαιδευτικό χώρο.

Η Golden καταγράφει με σαφήνεια τα πλεονεκτήματα που έχει η χρήση της κλίμακας αυτής στη μέτρηση γενικά της φροντίδας. Επίσης αν και αναφέρει ότι η αξιοπιστία του οργάνου βρέθηκε να είναι επαρκής, εντούτοις δεν παρέχει πληροφορίες ούτε για τον τρόπο ούτε για τις συγκεκριμένες τιμές εκτίμησής της, γεγονός που δυσκολεύει πολύ την αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της κλίμακας.<sup>13</sup>

### **6.3. ΤΡΙΓΩΝΟΠΟΙΗΣΗ : ΜΙΑ ΝΕΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

Η νοσηλευτική έρευνα στο ξεκίνημά της εστίασε στην αιτιοκρατική προσέγγιση της μελέτης των φαινομένων που απαρτίζουν ή επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία λόγω της επικρατούσας τότε αντίληψης ότι αυτός είναι ο μόνος τρόπος για την αναγνώρισή της ως επιστήμης. Πιο πρόσφατα οι ερευνητές νοσηλευτές θεωρώντας ότι, το αιτιοκρατικό μοντέλο δεν δίνει απαντήσεις σε όλες τις παραμέτρους που απαρτίζουν ή επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία, προσανατολίστηκαν στην υιοθέτηση και της φυσιολογικής προσέγγισης, που είναι η βάση των κοινωνικών επιστημών.

Στο πλαίσιο αυτών των αναζητήσεων, προέκυψε και το ερώτημα του σχεδιασμού μιας μελέτης που εστιάζει σε φαινόμενα τα

οποία απασχολούν την Νοσηλευτική, όπως η ποιότητα στη νοσηλευτική φροντίδα. Το ερώτημα που γεννάται στο πλαίσιο διεξαγωγής μιας μελέτης αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο ερευνητής εξετάζει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των δεδομένων της μελέτης του. Μια στρατηγική έρευνας που απαντά στο παραπάνω ερώτημα και δύναται να προάγει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα μιας μελέτης είναι η τριγωνοποίηση (triangulation).

Διαφορετικοί συγγραφείς έχουν υποστηρίξει ότι ο σκοπός της τριγωνοποίησης είναι η επιβεβαίωση, ενώ άλλοι η επίτευξη πληρότητας στην κατανόηση ενός φαινομένου. Για τον Denzin ο σκοπός της τριγωνοποίησης είναι η επιβεβαίωση. Το επίκεντρο είναι η αποκάλυψη των περιοχών επικάλυψης από τους διαφορετικούς τύπους τριγωνοποίησης που χρησιμοποιούνται.

Ως τριγωνοποίηση ορίζεται η ερευνητική μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για να μελετηθεί μια μεταβλητή ή ένα φαινόμενο μέσα από διαφορετικές πηγές δεδομένων, παραπάνω από έναν ερευνητές, θεωρίες ή ανάλυση των δεδομένων, καθώς και παραπάνω από μία μεθόδους ξεχωριστά ή σε συνδυασμό (οπότε έχουμε πολλαπλή τριγωνοποίηση).

Υπάρχουν πέντε τύποι τριγωνοποίησης, των οποίων τα χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στη συνέχεια.

#### **A) Μεθοδολογική τριγωνοποίηση**

Υπάρχουν δύο είδη μεθοδολογικής τριγωνοποίησης : η εντός της μεθόδου και η μεταξύ των μεθόδων.

**Εντός της μεθόδου τριγωνοποίηση :** Είναι η χρήση διαφορετικών τύπων της ίδιας μεθόδου στη μέτρηση ενός

φαινομένου. Για παράδειγμα, η χρήση διαφορετικών κλιμάκων σ' ένα ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση του πόνου, όπως μια οπτική αναλογική κλίμακα, μια κλίμακα τύπου Likert και μια διαφορική σημασιολογική κλίμακα. Όλες αυτές διαφέρουν ως προς τον τρόπο που αποτιμούν το βαθμό του πόνου που αναφέρει ένας ασθενής, αλλά αποτελούν όλες παραδείγματα της ίδιας μεθόδου. Η δοκιμασία ελέγχου της εγκυρότητας με αυτόν τον τρόπο γίνεται όταν αποδειχθεί ότι οι διαφορετικές κλίμακες δίνουν την ίδια απάντηση όταν απευθύνονται στους ίδιους ασθενείς την ίδια χρονική στιγμή. Η εντός της μεθόδου τριγωνοποίηση μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της αξιοπιστίας, δοκιμασίας - επαναδοκιμασίας, όταν μια κλίμακα χρησιμοποιείται στους ίδιους συμμετέχοντες σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

**Η μεταξύ των μεθόδων τριγωνοποίηση :** Χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για να αξιολογήσει ή να μετρήσει το ίδιο φαινόμενο με σκοπό να επιτευχθεί εγκυρότητα και να αντισταθμιστούν τα όποια αδύνατα σημεία κάθε μεθόδου όταν χρησιμοποιείται μόνο μία από αυτές. Η τριγωνοποίηση μεταξύ των μεθόδων θεωρείται η πιο δημοφιλής. Επειδή μπορεί να συνδυάζει ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις, φαίνεται να βελτιώνει την πιθανότητα επίτευξης αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Ένα παράδειγμα αυτού του τύπου τριγωνοποίησης είναι να ζητηθεί από τον συμμετέχοντα να ελέγξει τις παρατηρήσεις του ερευνητή. Σ' αυτήν την περίπτωση χρησιμοποιούνται δύο μέθοδοι, παρατήρηση και συνέντευξη για τον έλεγχο της ακρίβειας των παρατηρήσεων.

Ένα άλλο παράδειγμα : στη μελέτη παροχής φροντίδας υγείας είναι η χρήση ενός ποσοτικού εργαλείου που θα μέτρα τα φυσιολογικά σημεία του στρες σε μετεγχειρητικούς ασθενείς συνδυασμένη με συνεντεύξεις που θα διαφωτίσουν την εμπειρία του άγχους, όπως την έζησε ο κάθε ασθενής.

### **B) Η τριγωνοποίηση με χρήση πολλαπλών πηγών δεδομένων.**

Αυτή η μέθοδος μπορεί να παρέχει μοναδικές και διαφορετικές απόψεις πάνω στο ίδιο θέμα, συμβάλλοντας έτσι στην εγκυρότητα. Ο Denzin περιέγραψε τρεις τύπους τριγωνοποίησης με διαφορετικές πηγές δεδομένων.

- Δεδομένα που συλλέγονται από άτομα ή ομάδες (person data) και τα δεδομένα από μία πηγή χρησιμοποιούνται για να επιβεβαιώσουν ή να ισχυροποιήσουν τα δεδομένα από μία άλλη.
- Δεδομένα που συλλέγονται σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (time data) και η επανάληψη χρησιμοποιείται για να ελέγξει τη σύμπτωσή τους.
- Δεδομένα χώρου από διαφορετικές τοποθεσίες (Space data) αναλύονται για να ελέγξουν τη συνάφεια μεταξύ αυτών.

### **Γ) Τριγωνοποίηση μέσω ανάλυσης δεδομένων.**

Ο Kimtsi και οι συνεργάτες του περιγράφουν την τριγωνοποίηση μέσω ανάλυσης δεδομένων π.χ. διαφορετικές στατιστικές δοκιμασίες ή τεχνικές ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων με σκοπό τον έλεγχο εγκυρότητας. Οι Knafl και Breitmager θεωρούν ότι τα δεδομένα από διαφορετικές μεθόδους και πηγές μπορούν να αναλυθούν σε διαφορετικά επίπεδα και ενότητες.

### **Δ) Τριγωνοποίηση ερευνητών.**

Μιλούμε για «τριγωνοποίηση ερευνητών» όταν χρησιμοποιούνται δύο ή περισσότεροι ερευνητές για να εξετάσουν τα δεδομένα. Αναλυτικότερα, η τριγωνοποίηση ερευνητών παρατηρείται όταν διαφορετικά ενδιαφέροντα, γνώσεις ή και θεωρητικές προσεγγίσεις - που πηγάζουν από διαφορετικά μέλη της ερευνητικής ομάδας - χρησιμοποιούνται στην ανάλυση. Ο σκοπός είναι να μειωθεί το πιθανό σφάλμα μεροληψίας ενός μόνο ερευνητή.

### **Ε) Θεωρητική τριγωνοποίηση.**

Ο Denzin όρισε τη θεωρητική τριγωνοποίηση ως την αξιολόγηση της ωφέλειας ή της ισχύος ανταγωνιζόμενων θεωριών ή υποθέσεων που προσπαθούν να εξηγήσουν ένα φαινόμενο. Με αυτό τον τρόπο, μια υπόθεση ή θεωρία μπορεί να γίνει περισσότερο αποδεκτή εάν δοκιμαστεί έναντι μιας ανταγωνιστικής θεωρίας. Ο Denzin χρησιμοποίησε τη θεωρητική τριγωνοποίηση για να επιβεβαιώσει μια θεωρία.

### **Πολλαπλή τριγωνοποίηση**

Στην πράξη σπάνια χρησιμοποιείται ένας μόνο τύπος τριγωνοποίησης από τους πέντε προαναφερθέντες. Η χρήση παραπάνω του ενός τύπου ονομάζεται πολλαπλή τριγωνοποίηση. Το επιχείρημα είναι ότι ο συνδυασμός διαφορετικών τύπων τριγωνοποίησης θα αυξήσει την αξιοπιστία και εγκυρότητα και θα παράσχει μια περιεκτικότερη κατανόηση του υπό μελέτη φαινομένου. Πολλαπλή τριγωνοποίηση χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και στην αξιολόγηση των

δραστηριοτήτων προαγωγής υγείας στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

#### **Πλεονεκτήματα τριγωνοποίησης.**

- Ξεπερνά το σφάλμα της «μίας μεθόδου», του ενός ερευνητή, της μίας θεωρίας.
- Αυξάνει την εμπιστοσύνη στα αποτελέσματα.
- Επιτρέπει την ανάπτυξη και τον έλεγχο αξιοπιστίας και εγκυρότητας εργαλείων και μεθόδων.
- Παρέχει κατανόηση του πεδίου μελέτης.
- Επιτρέπει τον εμπλουτισμό της ερμηνείας μέσα από αποκλίνοντα αποτελέσματα.

#### **Πλεονεκτήματα τριγωνοποίησης**

- Έλλειψη εγγύησης για εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα.
- Οι μέθοδοι που επιλέγονται μπορεί να μην είναι οι σωστές για τους σκοπούς της μελέτης ή τη θεωρητική προσέγγιση.
- Η μέθοδος ανάλυσης μπορεί να μην είναι η κατάλληλη για όλες τις μεθόδους.
- Δεν δύναται να εξουδετερώσει το σφάλμα του ερευνητή.
- Ακριβή σε πόρους.
- Δυσκολία επαναληψιμότητας.

Τέλος, πρέπει να τονίσουμε ότι η τριγωνοποίηση ως μεθοδολογική προσέγγιση στη μελέτη των φαινομένων που συναντώνται στην εφαρμογή της Νοσηλευτικής μπορεί να αποτελέσει ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο στην παραγωγή νέας γνώσης η οποία θα καθοδηγήσει τη νοσηλευτική πράξη και θα προκαλέσει τη βελτίωση

της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας που είναι το τελικό ζητούμενο.<sup>14</sup>

#### **6.4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ - ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ Ν.Φ.**

Οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν μια έγκυρη τεχνική μέτρησης της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και για το λόγο αυτό τα προγράμματα διασφάλισης ποιότητας στα νοσοκομεία πρέπει να εμπεριέχουν τέτοιου είδους εργαλεία. Για τη Νοσηλευτική Επιστήμη η άποψη του ασθενή αποτελεί από μόνη της θεραπευτική μέθοδο. Παρόλα αυτά τέτοιου είδους έρευνες μπορεί να καταλήξουν σφυγμομετρήσεις της κοινής γνώμης χωρίς καμιά χρησιμότητα. Τα εργαλεία αυτά είναι χρήσιμα μόνο όταν διασφαλιστούν η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, η δυνατότητα συγκρίσεων, τα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης καθώς και ο αξιόπιστος τρόπος συλλογής των δεδομένων.

Καθώς οι τεχνικές για τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας που παρέχεται στα νοσοκομεία πληθαίνουν και βελτιώνονται, οι επαγγελματίες υγείας αρχίζουν να κατανοούν ότι οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους, μπορούν να αποτελέσουν ύψιστης σημασίας πηγές συλλογής πληροφοριών. Κάθε πρόγραμμα διασφάλισης ποιότητας σε ένα νοσοκομείο θεωρείται επαρκές εάν περιλαμβάνει συστηματικό τρόπο αναφοράς και εκτίμησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που λαμβάνει τελικά ο ασθενής.

Δικαιολογημένα λοιπόν οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών θεωρούνται δείκτες αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Η διάσταση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι συνισταμένη που αποτελείται από τις εξής συνιστώσες : τη διαχειριστική ποιότητα που μετράται σε όρους κόστους αποτελεσματικότητας όλων των ενεργειών, την επαγγελματική που προσδιορίζεται από την εφαρμογή αποδεκτών πρωτοκόλλων εργασίας και τη διάσταση που εκλαμβάνει τελικά ο ασθενής και η οποία μετράται με τις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών.

Οι αντιλήψεις που ίσχυαν μέχρι πρότινος ότι οι ασθενείς στερούνται μόρφωσης, τεχνικών γνώσεων και κατ' επέκταση αξιώσεων και δυνατοτήτων επιλογής υπηρεσιών υγείας, ανήκουν πλέον στο παρελθόν. Στις προηγούμενες δεκαετίες τα νοσοκομεία ήταν μονάδες προσανατολισμένες στους επαγγελματίες υγείας και οι αποφάσεις που λαμβάνονταν ήταν ικανοποιητικές για το νοσοκομείο και τους επαγγελματίες υγείας, αλλά αγνοούσαν πλήρως τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή. Στις μέρες μας, η διάσταση της ποιότητας στο χώρο του νοσοκομείου προκύπτει ως συνισταμένη ευρύτερων πεδίων της φροντίδας υγείας, όπως είναι η νοσηλεία, η στάση του προσωπικού, η χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, ο τρόπος διοίκησης, η γενική εικόνα. Επίσης, λαμβάνονται υπόψη η πρόσβαση, το κόστος, η καταλληλότητα, η συνέχεια στη φροντίδα, η συναίνεση του ασθενούς, ακόμα και το ίδιο το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας.



Σήμερα οι χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης, γνωρίζουν περισσότερα και είναι περισσότερο ενήμεροι σε θέματα υγείας. Επιζητούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας τους, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις στις οποίες θα υποβληθούν, ακόμη και στην κατανόηση της διάγνωσης του νοσήματος από το οποίο πάσχουν. Για πολλούς η ικανοποίηση του ασθενή δεν είναι απλά ένα μέσο για την εκτίμηση της ποιότητας αλλά ο λόγος ύπαρξης και ο στόχος κάθε οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας.

Πολλές από τις θεωρίες και τις πρακτικές της Νοσηλευτικής, όπως για παράδειγμα η νοσηλευτική διεργασία και η πρωτοβάθμια νοσηλευτική προϋποθέτουν τη συμμετοχή του ασθενή και τη δυνατότητα επιλογής στη διαδικασία παροχής φροντίδας. Έτσι το να επιζητείται η άποψη του χρήστη / ασθενή τον ωθεί να είναι ενεργό μέλος στη θεραπεία του, παρά παθητικός αποδέκτης.

Συμπερασματικά λοιπόν, στις μέρες μας οι νέες προσταγές οδηγούν σε αυτό που ονομάζουμε φροντίδα προσανατολισμένη στις ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του ασθενή. Από τη στιγμή που ο λόγος και ο σκοπός ύπαρξης των νοσοκομείων και των άλλων οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο ασθενής, δεν μπορεί να αγνοείται. Έχει το δικαίωμα να εκφράζει την άποψή του και πολλές φορές η γνώμη του αποτελεί το βαρόμετρο των ενεργειών που λαμβάνουν χώρα στον ευαίσθητο χώρο των υπηρεσιών υγείας.<sup>15,16,17</sup>

## 7. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

### 7.1. ΚΟΣΤΟΣ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΕΛΛΕΙΨΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Πριν επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας στο κόστος ποιότητας, θα πρέπει να τονίσουμε ότι **α)** η έμφαση στη βελτίωση των προσφερόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών ουσιαστικά υπήρξε μία ακόμη προσπάθεια για την έξοδο από την κρίση των σύγχρονων υγειονομικών συστημάτων, κρίση που χαρακτηρίζεται από το διαρκώς **αυξανόμενο κόστος** και την **αυξανόμενη ζήτηση** για τις υπηρεσίες υγείας. Έτσι είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι η καλύτερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μπορεί να συμβαδίσει με τον περιορισμό του κόστους. Και **β)** στον ορισμό της ποιότητας υπεισέρχεται και η έννοια των **διαθέσιμων πόρων** τόσο με τη λογική των περιορισμών που το κάθε σύστημα υγείας έχει να αντιμετωπίσει όσο και με την έννοια της **καλύτερης δυνατής αξιοποίησης** ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Θα πρέπει επίσης να επισημάνουμε ότι τόσο στην παραγωγή όσο και στην παροχή υπηρεσιών, οι επιχειρήσεις, ανεξάρτητα εάν ανήκουν στον ιδιωτικό ή το δημόσιο τομέα, αν είναι κερδοσκοπικές ή κοινωφελούς χαρακτήρα, ασχολούνται ιδιαίτερα με τον υπολογισμό του κόστους και αξιοποιούν τα πάσης φύσεως στοιχεία και πληροφορίες που σχετίζονται με την διαμόρφωση του κόστους για

τον έλεγχο αλλά και τον προγραμματισμό, βραχυπρόθεσμο, μεσοπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο. Αυτό επιτυγχάνεται και μέσω του ετήσιου προϋπολογισμού ο οποίος αποτελεί ένα στρατηγικό εργαλείο για κάθε επιχείρηση ή φορέα.

Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχει η διαχρονική εκτίμηση και παρακολούθηση του κόστους ποιότητας, τόσο για τη αξιολόγηση των διαχρονικών μεταβολών στην ποιότητα, όσο και για την ιεράρχηση των διαφορετικών προτάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας.

Ενδεχομένως, για πολλούς να φαντάζει αντιφατικό το γεγονός ότι ποιότητα σημαίνει τελικά μικρότερο κόστος. Η αλήθεια αποκαλύπτεται στις δύο παρακάτω προτάσεις :

**α) Τη σχέση μεταξύ της ποιότητας και της ποσότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών**

Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών έχει δύο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια των φροντίδων. Η δεύτερη αντίθετα, αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες νοσηλευτικές πράξεις. Η έλλειψη επαρκών φροντίδων σαφώς περιορίζει το επίπεδο της ποιότητας, εξίσου όμως επικίνδυνη και τελικά εις βάρος της ποιότητας είναι και η πρακτική των περιττών και κυρίως μη τεκμηριωμένων πράξεων.

**β) Το οικονομικό κόστος της ποιότητας.**

Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων για την ενίσχυση της υποδομής, την εκπαίδευση του προσωπικού, για την αναβάθμιση της φροντίδας και για την επάρκεια του εξοπλισμού και υλικού.

Αυτή είναι η μία πλευρά και η μία παράμετρος του κόστους ποιότητας, δηλαδή το κόστος επίτευξης της ποιότητας.

Η στρατηγική σημασία όμως της ποιότητας γίνεται ευκολότερα αντιληπτή από την εκτίμηση του κόστους έλλειψης ποιότητας και από τον τρόπο που αυτό το κόστος επηρεάζει τη γενικότερη λειτουργία του οργανισμού υγείας. Το κόστος έλλειψης ποιότητας χαρακτηρίζεται ως «το υψηλό κόστος της χαμηλής ποιότητας». Έτσι το κόστος ποιότητας αναλύεται σε κόστος επίτευξης και σε κόστος έλλειψης ποιότητας.

#### **A) Κόστος επίτευξης της ποιότητας.**

Εδώ συμπεριλαμβάνονται και οι δαπάνες :

- Εκπαίδευσης
- Βελτίωσης υποδομής
- Εισαγωγής συστημάτων ποιότητας
- Μέτρησης και γενικότερα αξιολόγησης επιπέδου ποιότητας
- Εντοπισμού προβλημάτων ποιότητας
- Εξάλειψης αιτιών κακής ποιότητας

#### **B) Κόστος έλλειψης ποιότητας**

Το κόστος έλλειψης ποιότητας είναι αυτό που θα απέφυγε ο οργανισμός υγείας εάν κάθε υπηρεσία που προσφέρει ή κάθε δραστηριότητα για την φροντίδα εκτελείται άψογα κάθε φορά την πρώτη φορά.

Εύκολα μπορούμε να παραθέσουμε παραδείγματα έλλειψης ποιότητας : παράταση νοσηλείας, επανάληψη εξετάσεων, μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις,

ανεπιθύμητα συμβάματα από λάθη στη χορήγηση φαρμάκων ή από μετάγγιση, κ.α.

## **7.2. ΕΠΕΝΔΥΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**

Οι συνέπειες που μπορεί να έχει άμεσα ή έμμεσα η έλλειψη της ποιότητας των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών αποτελούν το καλύτερο επιχείρημα για την άμεση βελτίωση της ποιότητάς τους. Οι κάθε είδους δαπάνες που θα απαιτηθούν κυρίως για την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού, τη βελτίωση της υποδομής και την επάρκεια του εξοπλισμού αποτελούν στην πραγματικότητα την καλύτερη δυνατή επένδυση, εφόσον με τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών επιτυγχάνεται :

### **α) Για τον ασθενή**

- αύξηση προσδόκιμου επιβίωσης
- έγκαιρη διάγνωση
- κατάλληλη θεραπεία
- αποφυγή (μείωση κινδύνου) επιπλοκών
- ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες
- βελτίωση ποιότητας ζωής

### **β) Για το νοσηλευτικό προσωπικό**

- ικανοποίηση από την εργασία τους
- υψηλό φρόνημα

### **γ) Για την κλινική**

- καλύτερη αξιοποίηση υποδομής

- μείωση μέσου όρου νοσηλείας
- μείωση θνησιμότητας, επιπλοκών, επανεισαγωγών, επανεγχειρήσεων
- περισσότερος διαθέσιμος χρόνος για έρευνα και εκπαίδευση

#### **δ) Για το νοσοκομείο**

- καλύτερη διαχείριση πόρων
- ορθολογικότερη αξιοποίηση υποδομής
- μείωση κόστους νοσηλείας
- μείωση μέσης διάρκειας νοσηλείας
- καλύτερα αποτελέσματα σε δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας

#### **ε) Για το σύστημα υγείας**

- βελτίωση επιπέδου υγείας λαού
- βελτίωση ικανοποίησης πολιτών.<sup>4</sup>

Νοσηλευτικών Δεδομένων παρέχοντας έτσι στη Νοσηλευτική ένα σημαντικό επιστημονικό εργαλείο.

Ως **Νοσοκομειακό Πληροφοριακό Σύστημα (HIS)** ορίζουμε το πληροφοριακό σύστημα που στα πλαίσια των νοσοκομειακών αναγκών είναι προσανατολισμένο στη συλλογή, αποθήκευση, επεξεργασία, ανάκληση και επικοινωνία πληροφοριών σχετικά με τη θεραπεία και την παρεχόμενη φροντίδα, καθώς και των διοικητικών δεδομένων με σκοπό την υποστήριξη, κατά κύριο λόγο, των εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας που παρέχουν άμεση φροντίδα και των σχετικών τμημάτων.

Ως **Νοσηλευτικό Πληροφοριακό Σύστημα** ορίζουμε το Πληροφοριακό Σύστημα το οποίο συλλέγει, αποθηκεύει, επεξεργάζεται, διαθέτει και επικοινωνεί πληροφορίες με σκοπό :

- Τη διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τη διαχείριση των πηγών σ' ένα Νοσηλευτικό Ίδρυμα.
- Τη διαχείριση τυποποιημένων πληροφοριών για την φροντίδα των ασθενών με σκοπό την υποστήριξη και την εξασφάλιση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Τη διαχείριση ατομικών πληροφοριών για κάθε ασθενή, με σκοπό την υποστήριξη της λήψης αποφάσεων και την κατάρτιση θεραπευτικών πλάνων νοσηλευτικής φροντίδας.
- Την εφαρμογή των ερευνητικών πορισμάτων και των εκπαιδευτικών μέσων στη Νοσηλευτική πρακτική.

Τα Νοσηλευτικά Πληροφοριακά Συστήματα **προάγουν την ποιότητα** της Νοσηλευτικής φροντίδας είτε α) εξαιτίας των προϋποθέσεων που απαιτούν για την εφαρμογή τους ή β) μέσω

## 8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ (ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΛΕΓΧΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ) - ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### 8.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στη Νοσηλευτική και στις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας λαμβάνει χώρα μια εντατική διακίνηση πληροφοριών, η αποτελεσματικότητα της οποίας στηρίζεται στην επιτυχή διαχείριση, ανάλυση, επεξεργασία και διατήρηση των πληροφοριών αυτών. Εξαιτίας αυτών η τεχνολογία της Πληροφορικής έχει μια καθοριστική επίδραση πάνω στη Νοσηλευτική και στις υπηρεσίες υγείας. Η εφαρμογή της Πληροφορικής θα επηρεάσει την ποιότητα της Νοσηλευτικής κατά τρεις τρόπους :

- 1) Θα μεταβάλλει την παροχή των υπηρεσιών είτε με τεχνολογικά μέσα άμεσης παροχής φροντίδας, είτε με υποστήριξη της λήψης αποφάσεων και της τεκμηρίωσής τους.
- 2) Θα παρέχει πολυδύναμα μέσα για την αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
- 3) Θα απαιτήσει την εκ των προτέρων θέσπιση και αποδοχή κριτηρίων ποιότητας από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών νοσηλευτών. Οι ανάγκες διακίνησης πληροφοριών μέσω δικτύων θα οδηγήσουν αναπόφευκτα στην ταξινόμηση των Σημαντικών



ειδικών εφαρμογών και άλλων λειτουργικών ωφελειών που προσφέρουν. Πληροφοριακά Συστήματα χωρίς συνειδητή κατεύθυνση προς την επίλυση προβλημάτων, που προκύπτουν απλά μέσα από μια επιθυμία εκσυγχρονισμού, είναι καταδικασμένα να αποτύχουν. Τα προβλήματα, κατά προτεραιότητα, πρέπει να καθοριστούν - διατυπωθούν και να γίνουν κατανοητά από όλα τα μέλη της ομάδας. Στη συνέχεια διεξάγεται η «έρευνα δυνατοτήτων» όπου διερευνάται το εφικτό της επίλυσης και θέτονται οι στόχοι και οι περιορισμοί του συστήματος. Αυτή είναι η λεγόμενη φάση του προγραμματισμού. Κατά τη δεύτερη φάση, τη φάση της ανάλυσης, λαμβάνει χώρα σχολαστική συλλογή και ανάλυση πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα ώστε να γίνει κατανοητή η δεδομένη κατάσταση και οι απαιτήσεις που υπάρχουν από το σύστημα. Ακολουθεί η φάση του σχεδιασμού, όπου σχεδιάζονται οι εισροές και οι εκροές του συστήματος. Στη φάση αυτή, ένα τέτοιο σύστημα, παρέχει τα κατάλληλα αρχεία για τον προγραμματισμό και την τεκμηρίωση των :

- Σχεδίων Νοσηλευτικής Φροντίδας
- Νοσηλευτικού Ιστορικού
- Αρχείου χορήγησης Φαρμάκων
- Αρχείου εργαστηριακών εξετάσεων
- Αρχείου Ισοζυγίου Υγρών και
- Αρχείου Ιατρικών Οδηγιών.

Η τελική φάση είναι αυτή της αξιολόγησης του συστήματος. Έτσι ένας σχεδιασμός Ν.Π.Σ. όχι απλά αυτοματοποιεί μια διαδικασία,

αλλά τη διαμορφώνει καθορίζοντας παράλληλα και το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο τρόπος εκτίμησης της παρεχόμενης νοσηλευτικής ποιότητας και των κλινικών αποτελεσμάτων μέσω πληροφοριακών συστημάτων γίνεται μέσω της ευκολίας καταχώρησης, πρόσβασης και αξιολόγησης μεγάλου όγκου κλινικών δεδομένων και μέσω της αυτοματοποιήσεως της διαδικασίας ελέγχου της ποιότητας. Το computer μπορεί να βοηθήσει στην επιλογή των καταλληλότερων παρεμβάσεων και στρατηγικών για ειδικές περιπτώσεις. Μπορεί να δώσει έμφαση στους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε συγκεκριμένες επιλογές ή στην αποφυγή σφαλμάτων και να προειδοποιήσει για αποκλίσεις των κλινικών παραμέτρων, πριν οδηγήσουν σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Ιδιαίτερη θέση κατέχουν τα έμπειρα συστήματα λήψης αποφάσεων (expert systems), που έχουν την δυνατότητα να αναπαράγουν τη λογική νοητική διαδικασία των ειδικών σ' ένα συγκεκριμένο πεδίο προκειμένου για τη λήψη αποφάσεων.

Τέλος, η έγγραφη τεκμηρίωση του συνόλου των Νοσηλευτικών δεδομένων (αξιολόγηση, παρεμβάσεις, αποτελέσματα, υποκειμενικά ευρήματα, επικοινωνία με μέλη της θεραπευτικής ομάδας) είναι θεμελιώδης προϋπόθεση για την ποιοτική παροχή φροντίδας. Έτσι λοιπόν, τα πληροφοριακά συστήματα προάγουν την έγγραφη τεκμηρίωση καθιστώντας υποχρεωτική την καταχώρηση ορισμένων δεδομένων προκειμένου να λειτουργήσουν και μειώνοντας το χρόνο καταγραφής τους. Σημαντική επίσης συμβολή στην βελτίωση της καταγραφής νοσηλευτικών δεδομένων θα επιφέρει η ανάπτυξη του

«ελαχίστου Συνόλου Νοσηλευτικών Δεδομένων», που ορίζεται ως το σύνολο των κοινά αποδεκτών, ταξινομημένων και σταθμισμένων στοιχείων της Νοσηλευτικής όσον αφορά

- την παρεχόμενη φροντίδα
- τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών
- τις υπηρεσίες υγείας.<sup>18</sup>

## **8.2. ΔΙΚΤΥΑΚΟΙ ΤΟΠΟΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ : ΕΝΑ ΝΕΟ ΠΕΔΙΟ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ**

Ο χώρος της υγείας έχει ιστορία τριών δεκαετιών στην προσπάθεια να διασυνδέσει υπολογιστές με στόχο να βελτιώσει τη φροντίδα υγείας.

Η υγεία αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή θέματα προς αναζήτηση στο διαδίκτυο και οι δικτυακοί τόποι που έχουν συναφή θέματα υπολογίζεται ότι ανέρχονται σε 10.000 ή και περισσότερους. Στο πλαίσιο αυτών των επισκέψεων οι καταναλωτές αναζητούν πληροφορίες σχετικά με ασθένειες ή θεραπείες, θέτουν ερωτήσεις σε προμηθευτές υγείας, διαχειρίζονται χρόνιες ασθένειες, συμμετέχουν σε ομάδες συζήτησης ή αγοράζουν προϊόντα σχετικά με την υγεία. Εκτός όμως από την ευρεία διάδοση του internet στους καταναλωτές, αυτό χρησιμοποιείται ευρέως πλέον και από τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας, τους ερευνητές και εκείνους που διοικούν τις υπηρεσίες υγείας.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμη κριτήρια ανάπτυξης δικτυακών τόπων για τον χώρο της υγείας, παρά την έντονη ανάγκη για κάτι τέτοιο. Παράλληλα, υπάρχει μεγάλη ανακρίβεια σε ότι αφορά την παροχή πληροφοριών μέσω του διαδικτύου, όπως επιβεβαιώθηκε και από τη μελέτη των Impicciatore et al. το 1997 που μελέτησαν το βαθμό συμφωνίας διαφόρων πηγών στο διαδίκτυο σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση ενός κοινού προβλήματος, όπως είναι ο πυρετός στα παιδιά.

Ανταποκρινόμενοι στην ανάγκη για ασφαλή και ποιοτική ενημέρωση στο διαδίκτυο γύρω από θέματα υγείας, έχουν αναπτυχθεί διάφοροι κώδικες που επιχειρούν να κατοχυρώσουν την εγκυρότητα και ποιότητα των πληροφοριών υγείας που παρέχονται στο διαδίκτυο. Μεταξύ αυτών ιδιαίτερα γνωστός και χρησιμοποιούμενος είναι ο κώδικας αρχών από τον Οργανισμό «Υγεία στο Δίκτυο».

Η διασφάλιση των αρχών μπορεί να πιστοποιήσει ως ένα βαθμό την ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών. Ωστόσο, οι αρχές αυτές πρέπει να ενταχθούν στο πλαίσιο μιας μελετημένης διαδικασίας ανάπτυξης που ονομάζεται Στρατηγικός Σχεδιασμός Δικτυακού Τόπου. Συνοψίζοντας τα κύρια βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν, περιγράφεται το παρακάτω μοντέλο ανάπτυξης ενός δικτυακού τόπου, που περιλαμβάνει 6 στάδια.

### **1) Καθορισμός στόχων :**

Πρώτος και καθοριστικός στόχος για την επιτυχία ενός δικτυακού τόπου είναι η αναγνώριση των επιθυμητών προς επίτευξη στόχων. Αυτοί δεν αποτελούν παρά τα επιθυμητά αποτελέσματα που πρέπει να επιτευχθούν και που η διατύπωσή τους θα συντελέσει και

στην αξιολόγηση της επίτευξής τους μετά από ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα.

## **2) Προσδιορισμός των αναγκών :**

Αυτό περιλαμβάνει την αναγνώριση των ατόμων ή / και των ομάδων ατόμων που θα χρησιμοποιήσουν τον συγκεκριμένο δικτυακό τόπο (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, συγγενείς ασθενών). Αυτό περιλαμβάνει την απόπειρα ανταπόκρισης στις ανάγκες, προσδοκίες και περιορισμούς των πιθανών χρηστών.

## **3) Οργάνωση πληροφοριών :**

Το πληροφοριακό περιεχόμενο είναι σημαντικό να απευθύνεται στις ανάγκες του χρήστη, ωστόσο όμως είναι αναγκαίο να ακολουθεί τέτοια αρχιτεκτονική, ώστε να είναι εύκολο να την αναγνωρίσει κανείς και να την ακολουθήσει με τρόπο αποτελεσματικό, σύντομο και αποδοτικό.

## **4) Σχεδιασμός**

Εφόσον οι πληροφορίες οργανωθούν κατάλληλα, πρέπει να ληφθούν υπόψη θέματα όπως η δομή και η αισθητική. Ο χρήστης πρέπει να μπορεί να προηγηθεί άνετα και να έχει συνεχώς συναίσθηση του σημείου του δικτυακού τόπου όπου βρίσκεται. Παράλληλα, σχεδιαστικά θέματα, όπως η τοποθέτηση κατάλληλων εικόνων και χρωμάτων, μπορούν να βοηθήσουν ακόμη περισσότερο στην επίτευξη του παραπάνω στόχου.

## **5. Εφαρμογή :**

Το στάδιο της εφαρμογής αφορά στην επιλογή της κατάλληλης γλώσσας προγραμματισμού, του διακομιστή που θα φιλοξενήσει τον δικτυακό τόπο, καθώς και των πολιτικών δημοσιοποίησης του τόπου.

## 6. Συνεχής αξιολόγηση

Απαραίτητο και όχι προαιρετικό, το στάδιο της διατήρησης, αποτελεί το τελευταίο και παράλληλα το πρώτο βήμα στη δημιουργία ενός δικτυακού τόπου. Περιλαμβάνει τη συνεχή παρακολούθηση της λειτουργίας, της επίλυσης προβλημάτων και την επίτευξη στόχων, καθώς και τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και των μεθόδων επίτευξής τους σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Με την ανάλυση των παραπάνω τίθεται εύλογα ο προβληματισμός σχετικά με τον ρόλο των νοσηλευτών στην ανάπτυξη δικτυακών τόπων που έχουν σχέση με το χώρο της υγείας.

Είναι αδιαμφισβήτητο ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να αναπτύξουν ενεργό δραστηριότητα προκειμένου να προσεγγίσουν τις πληροφοριακές ανάγκες των χρηστών - ασθενών και να βελτιώσουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που προσφέρουν.

Η Νοσηλευτική είναι ένας τομέας που έρχεται να προστεθεί στο ευρύ πεδίο δράσης της Νοσηλευτικής Πληροφορικής. Ο τομέας της Νοσηλευτικής Πληροφορικής αναφέρεται σε εκείνο το κομμάτι της Πληροφορικής που είναι σχεδιασμένο και χρησιμοποιείται από Νοσηλευτές.

Έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί από το 1984, αλλά εκείνος που γίνεται ευρέως αποδεκτός προέρχεται από την Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών, σύμφωνα με την οποία : *«Η Νοσηλευτική Πληροφορική είναι εκείνη η ειδικότητα που ενσωματώνει τη Νοσηλευτική επιστήμη, την επιστήμη των υπολογιστών και της πληροφορίας για προσδιορισμό, συλλογή, επεξεργασία και διαχείριση δεδομένων και πληροφοριών προκειμένου να υποστηριχθεί η*

*νοσηλευτική πρακτική, διοίκηση, εκπαίδευση, έρευνα και να προαχθεί η νοσηλευτική ποιότητα».*

Πιο συγκεκριμένα και σε σχέση με το μοντέλο του στρατηγικού σχεδιασμού που περιγράφηκε παραπάνω, ο νοσηλευτής

1. Καθορίζει σε συνδυασμό με τη διοίκηση του εκάστοτε οργανισμού τους στόχους του αναπτυσσόμενου τόπου, καθώς και τις ομάδες των χρηστών - ασθενών
2. Διερευνά τις πραγματικές ανάγκες των χρηστών - ασθενών με στόχο την βελτίωση της ποιότητας
3. Αναλαμβάνει την επιστημονική επιμέλεια των παρεχόμενων πληροφοριών και την οργάνωσή τους γύρω από λογικές ενότητες
4. Συνεργάζεται με τους επαγγελματίες της Πληροφορικής Υπηρεσίας για τη διεκπεραίωση του έργου
5. Ελέγχει και αξιολογεί το τελικό αποτέλεσμα και είναι υπεύθυνος για τη διατήρηση και ανανέωση του δικτυακού τόπου βάσει νέων αναγκών που θα προκύψουν.

Συμπληρωματικά λοιπόν, οι νοσηλευτές μπορούν και οφείλουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη παρόμοιων εφαρμογών συνδυάζοντας την επιστημονική τους κατάρτιση με τη μέριμνα για την διαφύλαξη των βασικών συμφερόντων / δικαιωμάτων των ασθενών και για την βελτίωση της προσφερόμενης ποιότητας στη Νοσηλευτική.<sup>19</sup>

## 9. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ

Η Νοσηλευτική είναι κατεξοχήν έργο ευθύνης, λόγω της μέγιστης αξίας του ανθρώπου, τον οποίο υπηρετεί, και λόγω της σοβαρότητας των συνεπειών, τόσο των νοσηλευτικών πράξεων, όσο και των νοσηλευτικών παραλείψεων. Γιαυτό, όσο θεμελιώνει και ενδυναμώνει την επιστημονική της βάση, οφείλει με την ίδια μέριμνα και ένταση να ατσαλώνει το δεσμό της με τις ανθρώπινες αρχές, θεωρήσεις και αξίες. Τότε μόνο θα διατηρήσει το λόγο της ύπαρξής της ως επιστήμης της ζωής και την κοινωνική της επικαιρότητα.

Κάθε μέρα αποδεικνύεται ότι η εξασφάλιση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται όχι μόνο από την επιστημονική και τεχνική κατάρτιση των νοσηλευτών, αλλά και από :

- την πνευματική τους τοποθέτηση για την αξία του ανθρώπου και της ζωής του,
- την νοσηλευτική τους συμπεριφορά προς ασθενείς και συνεργάτες
- τις υπεύθυνες αποφάσεις τους σε κρίσιμες, απρόβλεπτες και προβληματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν ολοένα και συχνότερα στην ανατολή της 3<sup>ης</sup> χιλιετίας.

Όσο περισσότερο ένα έργο ασχολείται με τον άνθρωπο, τόσο η δεοντολογία του είναι περισσότερο απαιτητική και επιτακτική. Η Νοσηλευτική, ως επιστήμη υγείας, είναι ανθρωπιστική επιστήμη και επομένως έχει ηθικό θεμέλιο.



Δεοντολογία σημαίνει το να λέει κανείς τα πρέποντα. Είναι η θεωρία περί του ηθικός προσήκοντος, ο τρόπος του φέρεσθαι του επιστήμονα στο επάγγελμά του. Δεοντολογία είναι η επιστήμη των καθηκόντων. Περιγράφει πως οι άνθρωποι πρέπει να σχετίζονται μεταξύ τους με ένα σύστημα ανώτερων αξιών, με φιλοσοφία εντιμότητας, ευθύτητας και φιλοσοφίας.

Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών δεν είναι καθόλου εύκολο έργο. Προϋποθέτει γνώση, θάρρος, επιμονή, δύναμη, εργατικότητα, ψυχική ευαισθησία, ανώτερες χριστιανικές αρχές, ικανότητα λήψης και εκτέλεσης ηθικών αποφάσεων που έχουν σχέση με το σεβασμό της ιερότητας της ανθρώπινης ζωής και την υπεράσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Όλα αυτά τα πραγματεύεται και τα διδάσκει η νοσηλευτική δεοντολογία. Είναι μια επιτομή γενικών και ειδικών ηθικών αρχών και αξιών, που χωρίς αυτές, η φροντίδα υγείας γίνεται απρόσωπη. Χάνει δηλαδή τη θεώρηση της αξίας και της μοναδικότητας του ανθρώπινου προσώπου με αθάνατη ψυχή και ανώτερο προορισμό.

Η νοσηλευτική δεοντολογία, ως περιγραφή επαγγελματικών κανόνων, εμφανίστηκε από την εποχή της Florence Nightingale και έκτοτε, οι νοσηλευτές τελειώνοντας την βασική νοσηλευτική τους εκπαίδευση δίνουν τον καθιερωμένο όρκο.

Επειδή η Νοσηλευτική αποτελεί οικουμενική ανάγκη το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (I.C.N.) έχει καταρτίσει έναν διεθνή κώδικα ηθικών καθηκόντων των νοσηλευτών. Ο κώδικας αυτός δίνει οδηγίες συμπεριφοράς και σχέσεων συνεργασίας κατάλληλων για την εκπλήρωση των νοσηλευτικών ευθυνών με συνεπή τήρηση των

ηθικών υποχρεώσεων του επαγγέλματος και της άριστης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Εξάλλου, η εξοικείωση με τον κώδικα μπορεί να βοηθήσει τον νοσηλευτή να ετοιμαστεί για τις απρόβλεπτες στιγμές και τα ηθικά διλήμματα, όταν πρέπει να ληφθεί αμέσως μια κρίσιμη απόφαση και η κατάσταση δεν φαίνεται να έχει μια ευδιάκριτη σωστή ή λανθασμένη λύση.

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη, τέχνη και φιλοσοφία της φροντίδας. Ενσωματώνει την επιστημονική γνώση, την ανθρωπιστική συμπεριφορά και τις βαθύτερες αξίες της ανθρώπινης ζωής. Γιαυτό η επιτυχημένη άσκησή της - κλινική, συμβουλευτική, διοικητική, διδακτική, συγγραφική, ερευνητική - απαιτεί από τον νοσηλευτή τον συνδυασμό επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων και καλλιεργημένης προσωπικότητας. Έτσι κατορθώνεται η άριστη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, η οποία αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των ασθενών και συντελεστή προόδου του νοσηλευτικού έργου. Ο αξιολογικός προσανατολισμός που προβάλλεται από τη νοσηλευτική δεοντολογία και συνοψίζεται στον θεσπισμένο πλέον κώδικά της, φωτίζει τον ασφαλή, πλην όμως ανηφορικό δρόμο προς την επίτευξη αριστείας στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.<sup>20,21,22</sup>

## 10. ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πριν από μερικά χρόνια, οι κοινωνίες χαρακτηρίζονταν κυρίως από πληθυσμούς ομοιόμορφους. Η διάσταση των πολυπολιτισμικών κοινωνιών ήταν άγνωστη, σε αντίθεση με σήμερα, που σχεδόν όλα τα αστικά κέντρα χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία στον πληθυσμό τους. Η νέα αυτή πραγματικότητα έφερε νέα δεδομένα και νέες ανάγκες και στον χώρο της υγείας. Η εξατομικευμένη φροντίδα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της και τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά κάθε ατόμου, έτσι ώστε η φροντίδα του να είναι άρτια και αποτελεσματικότερη. Με αυτή τη γνώση, γεννιέται ένας νέος κλάδος της Νοσηλευτικής, η Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, με στόχο την παροχή υψηλής και ποιοτικής φροντίδας υγείας, ανεξάρτητα από την καταγωγή του ασθενούς, λαμβάνοντας όμως πάντοτε υπόψη τις πολιτισμικές του καταβολές.

Η ανάγκη ύπαρξης και εφαρμογής της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής είναι πιο έντονη στις μέρες μας λόγω της παγκοσμιοποίησης και της μετακίνησης των πληθυσμών και λόγω των αυξημένων προβλημάτων υγείας των μεταναστών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Οι ανθρωπολόγοι λένε ότι κάθε άτομο είναι ανθρωποκεντρικό, το οποίο σημαίνει ότι υποσυνείδητα τείνει να κρίνει τους άλλους ανθρώπους χρησιμοποιώντας κριτήρια της δικής του ομάδας ή των δικών του εθίμων. Ενώ θεωρεί τον δικό του τρόπο ζωής φυσιολογικό

και καλό, τείνει υποσυνείδητα να κρίνει τους διαφορετικούς τρόπους διαβίωσης ως κατώτερους από τον δικό του. Οι επαγγελματίες νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν αυτές τις εθνοκεντρικές τάσεις και να αναπτύσσουν στρατηγικές ώστε να αποφεύγουν την πολιτισμική επιβολή, δηλαδή να επιβάλλουν στους ασθενείς τα δικά τους πολιτισμικά πιστεύω και πρακτικές, ενώ ταυτόχρονα να αγνοούν ή να υποτιμούν αυτά των ασθενών.

Έλλειψη πολιτισμικών ικανοτήτων από τους επαγγελματίες υγείας προκαλεί απώλεια εκατομμυρίων κάθε χρόνο και μερικές φορές καταλήγει σε λανθασμένη διάγνωση, συχνά με τραγικές και επικίνδυνες συνέπειες. Σε ακραίες περιπτώσεις, ο εθνοκεντρισμός των επαγγελματιών υγείας και η πολιτισμική επιβολή έχει καταλήξει στην ιδρυματοποίηση ανθρώπων από διαφορετικούς πολιτισμούς που λανθασμένα διαγνώστηκαν λόγω της ελλιπούς κατανόησής τους από τους επαγγελματίες υγείας.

Η πολυπολιτισμικότητα που χαρακτηρίζει στις μέρες μας τις κοινωνίες στις οποίες ζούμε υποδεικνύει ένα νέο τρόπο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενεργεί πάντοτε, λαμβάνοντας υπόψιν του το πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε ασθενούς. Οι πολιτισμικές αξίες, ο τρόπος με τον οποίο ο καθένας βλέπει τον εαυτό του και τους άλλους, ο τρόπος ζωής και ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων έχουν βάση στο πολιτισμικό υπόβαθρο κάθε λαού. Η γνώση όλων αυτών των στοιχείων βοηθά τους νοσηλευτές να ανταποκρίνονται καλύτερα και αποτελεσματικότερα στις ανάγκες των ασθενών, να παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας αποδοτικότερα.

Ο νοσηλευτής μέσα στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης θα πρέπει να διαθέτει :

- Πολιτισμική ταυτότητα. Όσο καλύτερα γνωρίζει κάποιος τον εαυτό του, τόσο πιο εύκολο είναι να γνωρίσει καλύτερα τους άλλους.
- Ικανότητα χειρισμού ξένων γλωσσών. Γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών και των εργασιακών δικαιωμάτων των νοσηλευτών στις ξένες χώρες.
- Ικανότητα προσαρμογής σε διαφορετικές περιστάσεις και απαιτήσεις.<sup>23</sup>

## 11. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η Νοσηλευτική συνεχώς αναπτύσσεται ως επιστήμη και έργο διευρύνοντας τους ρόλους, τις αρχές και τις εστίες έμφασής της.

Από όλες σχεδόν τις επιστήμες αντλεί η Νοσηλευτική εκλεκτικά αρχές και γνώσεις, τις οποίες προσαρμόζει, συσχετίζει, συνθέτει σε ποικίλους και μοναδικούς συνδυασμούς. Τις επιστημονικές αυτές αρχές τις ενσωματώνει στις δικές της θεμελιώδεις νοσηλευτικές αρχές και τις χρησιμοποιεί στην νοσηλεία των ασθενών και την περιφρούρηση της υγείας της κοινωνίας. Αυτή ακριβώς η συνθετική δημιουργία είναι η Νοσηλευτική επιστήμη που αναπτύσσεται και εξελίσσεται με ταχύτατο ρυθμό στην εποχή της και που πρωτείο στους στόχους της είναι η βελτίωση της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας σε όλες τις διαστάσεις της.

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί την τεχνική, εκτελεστική, πρακτική, βιωματική διάσταση του κλάδου. Η παρουσία ή απουσία φροντίδας, αλλά και η ποιότητα γίνεται αμέσως αντιληπτή. Και η αλήθεια αυτή δεν πρέπει να υποτιμάται. Άλλωστε η αξία των επιστημονικά εκπαιδευμένων νοσηλευτών διαπιστώνεται και αποδεικνύεται κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας ανώτερης ποιότητας με ευνοϊκό αποτέλεσμα στην υγεία των νοσηλευομένων και στην ελάττωση του κόστους της νοσηλείας.

Η Νοσηλευτική τέχνη περιλαμβάνει ένα σύνολο τεχνικών νοσηλείας, οι οποίες πρέπει να εκτελούνται με δεξιοτεχνία και σύστημα, με λεπτούς και σταθερούς χειρισμούς, με πειθαρχία στους

συγκεκριμένους κανόνες εκτέλεσης. Επιπλέον, περιλαμβάνει τον χειρισμό ορισμένων οργάνων, συσκευών και μηχανημάτων. Ο χειρισμός αυτών απαιτεί γνώση της λειτουργίας τους, υπεύθυνη παρακολούθηση και κριτική ερμηνεία των πληροφοριών τις οποίες μεταδίδουν για την κατάσταση του ασθενούς, αλλά και την αντίληψη της μη καλής λειτουργίας τους, ώστε να εξασφαλίζεται η συνεχής νοσηλεία και παρακολούθηση του ασθενούς. Διότι κανένα μηχάνημα δεν μπορεί να σώσει τη ζωή του ανθρώπου, αν δεν χρησιμοποιηθεί κατάλληλα και επιδέξια.

Εκτός όμως αυτών, η Νοσηλευτική παρουσιάζει μια πολυμέρεια και πολυμορφία. Αναφέρονται ορισμένες από τις συνηθέστερες μορφές της, οι οποίες ανάλογα με τη νοσηλευτική περίσταση ασκούνται μεμονωμένα ή σε ποικίλους συνδυασμούς για μια ποιοτική άσκηση της Νοσηλευτικής φροντίδας :

- Διδακτική τέχνη
- Τέχνη του νοσηλευτικού διαλόγου
- Τέχνη της παρατήρησης
- Τέχνη της νοσηλευτικής έρευνας
- Τέχνη της συνεργασίας. Συνεργασία με τον ασθενή, την οικογένεια, τους άλλους νοσηλευτές, του ιατρούς, άλλους επιστήμονες υγείας και κοινωνικούς φορείς. Συνεργασία μεταξύ κλινικών, ακαδημαϊκών και ερευνητών νοσηλευτών. Ακόμη, συνεργασία στο επίπεδο του Εθνικού Συνδέσμου Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος και στο επίπεδο του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών, όπου διαμορφώνονται οι στόχοι και τα οράματα της Νοσηλευτικής για την επίτευξη άριστης φροντίδας υγείας.<sup>24</sup>

- Τέχνη εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας. Η νοσηλευτική διεργασία είναι πρωταρχικά μια πνευματική δραστηριότητα. Κατά την εφαρμογή της ο νοσηλευτής συλλέγει τα δεδομένα στοιχεία, εκτιμάει την κατάσταση του ασθενή, εξακριβώνει τη νοσηλευτική διάγνωση και πραγματοποιεί τους στόχους του. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια ρεαλιστική προσέγγιση για εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Είναι υιοθετημένη για κάθε ασθενή και κάθε κατάσταση και απαντά στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενή για τη φροντίδα υγείας. Επίσης, ανταποκρίνεται σε αλλαγές όσον αφορά την κατάσταση στη φροντίδα του ασθενή και είναι μια λογική και οργανωμένη προσέγγιση, βασισμένη στη διαδικαστική λύση του προβλήματος.

Κατά την νοσηλευτική διεργασία, ο νοσηλευτής εκτιμά την κατάσταση του ασθενή. Η εκτίμηση είναι καθορισμένη σαν μια συνεχιζόμενη δραστηριότητα για μια συστηματική συλλογή και οργάνωση πληροφοριών από τον ασθενή. Ο νοσηλευτής συγκεντρώνει τα δεδομένα στοιχεία για τον άρρωστο και στη συνέχεια τα οργανώνει σε μια προσπάθεια εξακρίβωσης των προβλημάτων της ασθένειας και της λύσης τους.

Το δεύτερο στάδιο του μοντέλου της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διάγνωση. Η διάγνωση είναι μια δραστηριότητα με την οποία γίνεται μια ακριβής δήλωση για τα πραγματικά ή πιθανά προβλήματα του ασθενή και εκείνα που συσχετίζονται με την πρόκληση της ασθένειας, βασισμένα στα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν. Η προσέγγιση περιλαμβάνει την αξιολόγηση της εκτίμησης των στοιχείων, και την αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων με



σκοπό την επιλογή της καταλληλότερης νοσηλευτικής διάγνωσης, βασισμένη στα στοιχεία του ασθενή, καθορίζοντας τη σχετική αιτία πρόκλησης του προβλήματος.

Μετά το σχηματισμό της νοσηλευτικής διάγνωσης, αρχίζει να συντίθεται το πεδίο δράσης του σχεδιασμού. Η φάση του σχεδιασμού είναι ιδιαίτερα σημαντική για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής εγκαθιστά στόχους που θα πραγματοποιηθούν από τους ασθενείς, καθιερώνει την προτεραιότητα αυτών των στόχων και καθορίζει τα κριτήρια με τα οποία η επίτευξη αυτών των στόχων μπορεί να μετρηθεί. Επίσης διαλέγει τις νοσηλευτικές δραστηριότητες, σχεδιάζει ένα σχέδιο δράσης και επικοινωνεί με όλα τα μέλη που εμπλέκονται στη φροντίδα του αρρώστου.

Τέλος ακολουθούν η εφαρμογή, που αποτελεί την αναγκαία δράση για να πραγματοποιηθούν οι αναγνωρίσιμοι στόχοι και η αξιολόγηση της νοσηλευτικής διεργασίας. Ως αξιολόγηση έχει οριστεί η εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας. Δραστηριότητες του νοσηλευτή που περιλαμβάνονται στην σύνθεση της αξιολόγησης της νοσηλευτικής διεργασίας είναι : α) Κρίση, όπου οι πλήρεις νοσηλευτικές δραστηριότητες βοηθούν στην αναγνωρισμένη νοσηλευτική διάγνωση του προβλήματος του ασθενή, β) Παρακολούθηση της ανταπόκρισης του ασθενή και γ) Καθορισμός εναλλακτικών δραστηριοτήτων και επανεκτίμηση του ασθενή και της κατάστασης της φροντίδας του.<sup>25</sup>

Η νοσηλευτική προσφέρει τις υπηρεσίες της σ' όλες τις ηλικίες και σ' όλα τα άτομα. Αντιμετωπίζει τις ψυχικές και οργανικές

ανάγκες των αρρώστων. Μέσα στο όλο πλαίσιο της φροντίδας υγείας, η φροντίδα του παιδιού κατέχει ξεχωριστή θέση. Η φροντίδα αυτή έχει ριζικά αλλάξει τον τελευταίο αιώνα. Στην αλλαγή αυτή συντέλεσαν διάφοροι παράγοντες. Τα παιδιά δεν αντιμετωπίζονται πλέον σαν «μικροί ενήλικες», αλλά ως άτομα με δική τους προσωπικότητα και μοναδικότητα και με ιδιαίτερες ανάγκες. Η νοσηλευτική φροντίδα του άρρωστου παιδιού, που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο, σχεδιάζεται με βάση όλες τις ανάγκες του, σωματικές, ψυχικές και αναπτυξιακές, καθώς και τις ανάγκες της οικογένειάς του. Η νοσηλευτική πρακτική δεν ακολουθεί το βιοϊατρικό πρότυπο, όπως στο παρελθόν, αλλά νοσηλευτικά εννοιολογικά πρότυπα. Έτσι το άρρωστο παιδί, παίρνει πραγματική νοσηλευτική φροντίδα που του είναι τόσο απαραίτητη για τη διατήρηση της ακεραιότητάς του ως ατόμου με βιοψυχοκοινωνική οντότητα.

Η προσπάθεια της νοσηλευτικής για προσφορά ολοκληρωμένης και ποιοτικής φροντίδας συνεχίζεται και στα άτομα της τρίτης ηλικίας, που όπως είναι γνωστό παρουσιάζουν πολλά προβλήματα, τα οποία αυξάνονται με την ηλικία και αποτελούν πρόκληση για διεπιστημονική προσέγγιση και ειδικότερα για νοσηλευτική αντιμετώπιση. Η στροφή του ενδιαφέροντος της Νοσηλευτικής για την ανάπτυξη της γεροντολογικής νοσηλευτικής ειδικότητας αποτελεί ανταπόκριση στις νέες προκλήσεις, ίσως και την πιο σημαντική πρόοδο που σημείωσε τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Για την καλύτερη αντιμετώπιση των ειδικών νοσηλευτικών αναγκών των υπερηλίκων απαιτείται πλήρης γνώση των φυσιοπαθολογικών μεταβολών της προχωρημένης ηλικίας, αλλά και των κλινικών

παθολογικών εκδηλώσεων. Η νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων περιλαμβάνει εκτός από τις βασικές αρχές που διέπουν την φροντίδα όλων των αρρώστων και ειδικότερες αρχές για τους ηλικιωμένους που εντάσσονται στα πλαίσια της γεροντολογικής νοσηλευτικής.

Ακόμη, αναπόσπαστη διάσταση της γενικής νοσηλευτικής αποτελεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Η γνώση των κριτηρίων της ψυχικής υγείας και της ψυχικής αρρώστιας βοηθούν τον νοσηλευτή να κατανοήσει ότι κατά την ψυχική νόσο δεν πάσχει ένα μέλος, αλλά ασθενεί όλη η προσωπικότητα. Συνεπώς δεν πρέπει να προσεγγίζεται και να νοσηλεύεται ο ασθενής απλά ως πάσχων από ορισμένη ασθένεια που χρειάζεται θεραπεία αλλά ως ανθρώπινης οντότητας που έχει ανάγκη κατανόησης και βοήθειάς της στο σύνολό της. Ο νοσηλευτής για να ασκεί ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να βλέπει τον ψυχικά πάσχων σαν πρόσωπο και όχι σαν απαλλοτριωμένο αντικείμενο. Να τον θεωρεί ως ολόκληρο πρόσωπο, που οσωνδήποτε στερημένων δυνατοτήτων και να είναι, διατηρεί τον προσωπικό του χαρακτήρα. Να βλέπει τον ασθενή σαν ολότητα και όχι σαν άθροισμα συμπτωμάτων διαταραγμένης συμπεριφοράς, ούτε σαν υποκείμενο για ψυχομέτρηση βάσει θεωρητικών κριτηρίων με υπολογιστικές τεχνικές. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, ορατές πράξεις και την προσέγγιση και ανταπόκριση του νοσηλευτή προς τον άρρωστο καθώς προωθεί ή διατηρεί την βιοψυχοκοινωνική του υγεία και ευεξία, προστατεύει και ενισχύει την προσωπική του ταυτότητα ή βοηθά στην ανάρρωσή του.

Επίσης, η Νοσηλευτική κατακτά νέα πεδία εφαρμογής και επεκτείνεται διαρκώς σε νέους τομείς δράσης. Σημαντικός αριθμός νοσηλευτών εργάζεται σε χώρους παροχής υπηρεσιών, που απευθύνονται σε χρήστες υγείας που ανήκουν σε ειδικές ομάδες. Τέτοιες ομάδες αποτελούν τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι σακχαροδιαβητικοί και οι καρκινοπαθείς. Η φύση και η ποιότητα της Νοσηλευτικής φροντίδας διαφοροποιείται στο σημείο των χρηστών υγείας, οι οποίοι διαμορφώνουν το πλάνο της νοσηλευτικής διεργασίας σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας τους αλλά και με γνώμονα το εύρος ευθύνης των νοσηλευτικών πράξεων.

Το νοσηλευτικό έργο καθημερινά εκτίθεται και αξιολογείται τόσο άτυπα όσο και επίσημα, αφενός από τους συναδέλφους και αφετέρου από τους επιστημονικούς και διοικητικούς προϊσταμένους. Τα κριτήρια ποιότητας στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα με ειδικές ανάγκες, συνίστανται στα εξής :

- 1) Διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας σε επίπεδο ικανής συμμετοχής των Α.Μ.Ε.Α. στις δράσεις της καθημερινής ζωής.
- 2) Άμεση αποκατάσταση ή ανακούφισή τους από βλάβες ή νοσήματα, ώστε να αρθεί έγκαιρα ο παράγοντας που τα καθιστά δυσλειτουργικά.
- 3) Παροχή καθημερινής εξατομικευμένης και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, που συνάδει τόσο με το ιστορικό υγείας τους, όσο και με τις νέες εξελίξεις στην παρούσα φάση της ζωής τους.
- 4) Η παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα καθοδηγείται από τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και υπόκειται στα επαγγελματικά δικαιώματα, που κατοχυρώνουν νομικά τους νοσηλευτές.<sup>26,27,28,29,30</sup>

**ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή (Σαχίνη - Καρδάση 1991).

### **B. Πληθυσμός - Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ερευνήτρια με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 97 νοσηλευτές-τριες ηλικίας 25-50 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση (τυχαίο).

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 21 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Από αυτές 9 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και 12 εναλλακτικών απαντήσεων.

### **Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Νοέμβριο του 2003 έως και τον Φεβρουάριο του 2004 στην πόλη της Πάτρας στα εξής νοσοκομεία : Γενικό Νοσοκομείο Πάτρας «Άγιος Ανδρέας», Νοσοκομείο Παίδων «Καραμανδάνειο» Πατρών και Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείου Ρίου Πατρών.

#### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

#### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Η ιδιότητα του ερωτώμενου ως νοσηλεύτη-τριας

Κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

#### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην

υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

## **Z. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS για Windows.



## 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

## 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων

ήταν  $\chi^2$ -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates)

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R) (Spearman Rank Order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Οι τιμές +1, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα  $p < 0.05$  (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 97 νοσηλευτές-τριες, ηλικίας 25 έως 50 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

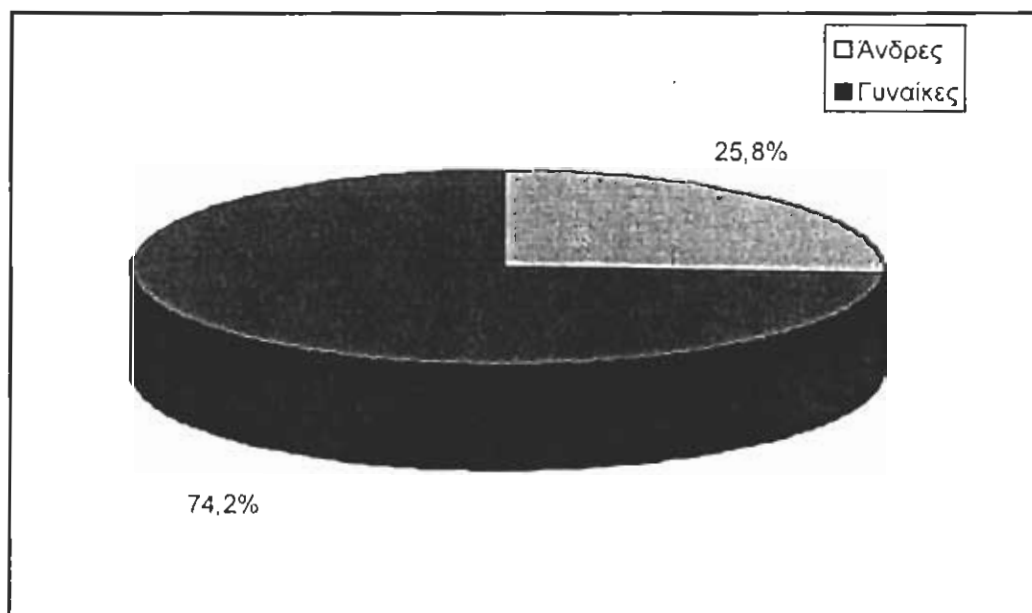
### Άξονας I (Δημογραφικά στοιχεία)

Το 74,2% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες και το 25,8% άνδρες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

ΦΥΛΟ	N=97	Percent
Άντρες	25	25,8%
Γυναίκες	72	74,2%

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

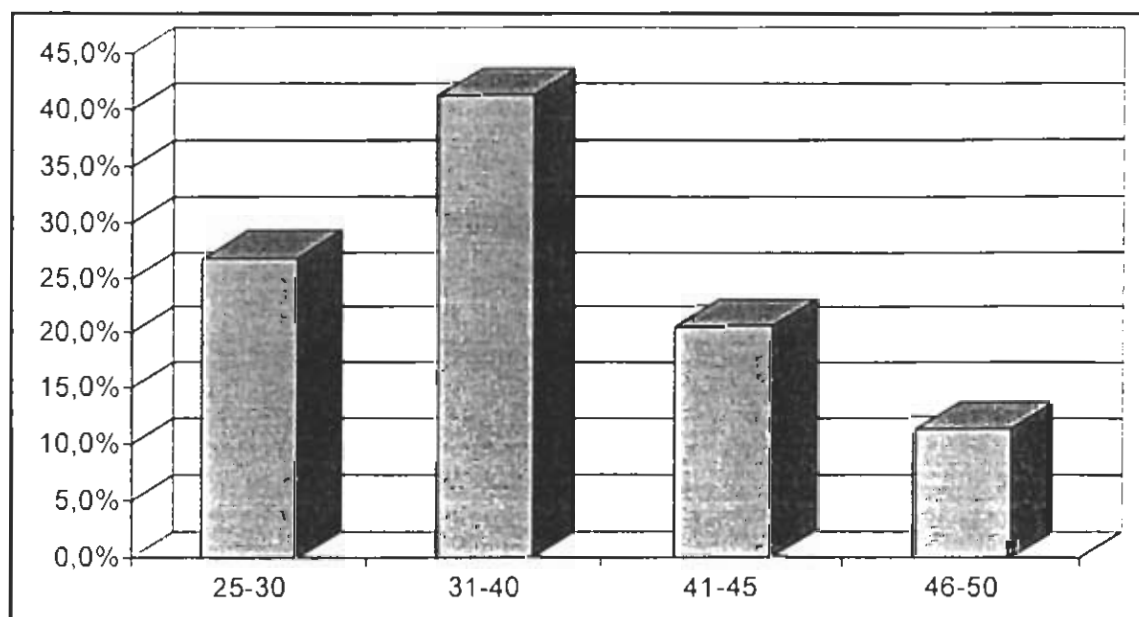


Η ηλικία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων κυμάνθηκε μεταξύ 25 και 50 ετών (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	N=97	Percent
25-30	26	26,8%
31-40	40	41,2%
41-45	20	20,6%
46-50	11	11,3%

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

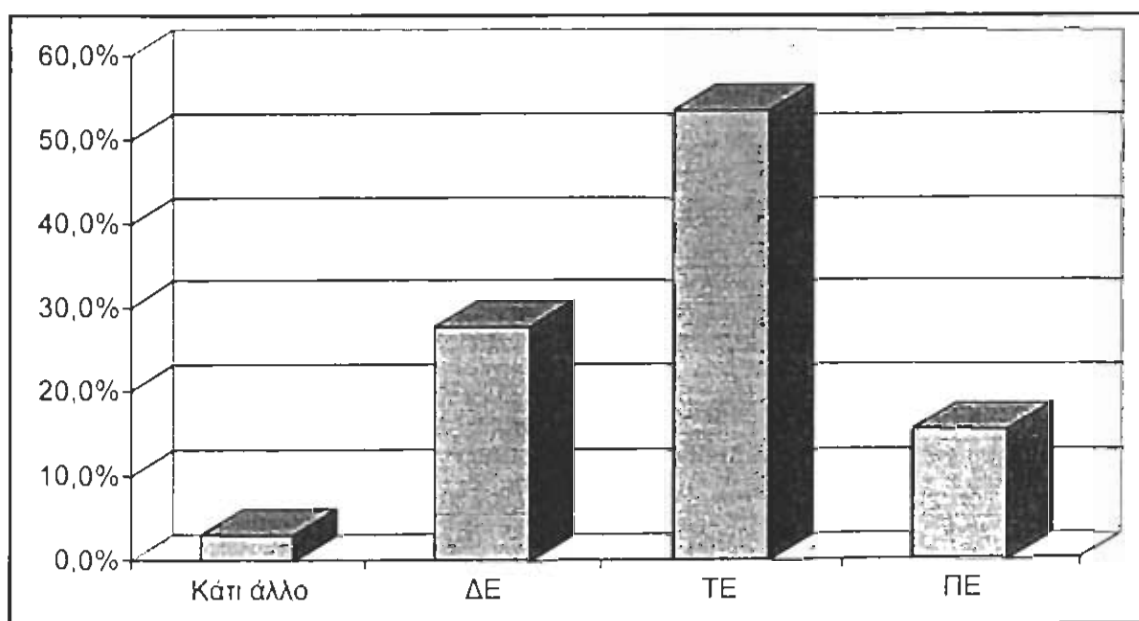


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (52 άτομα - ποσοστό 53,6%) και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (27 άτομα - ποσοστό 27,8%). Άλλα 15 άτομα (ποσοστό 15,5%) ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και τα υπόλοιπα 3 κάτι άλλο (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευσή τους.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	N=97	Percent
Κάτι άλλο	3	3,1%
ΔΕ	27	27,8%
ΤΕ	52	53,6%
ΠΕ	15	15,5%

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την εκπαίδευσή τους.

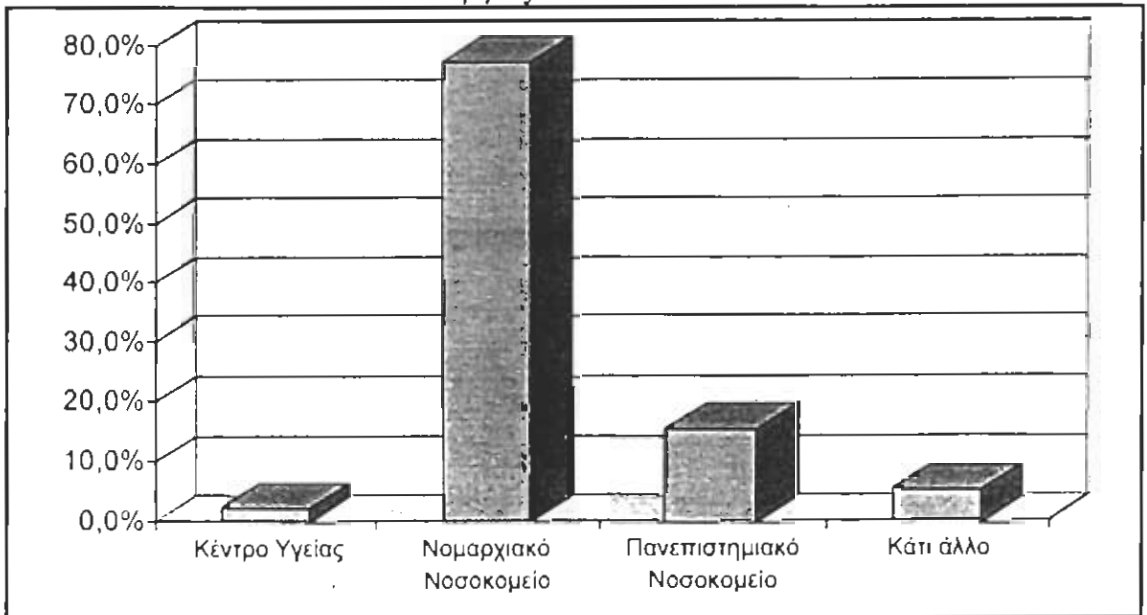


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων εργάζονταν σε νομαρχιακό νοσοκομείο (75 άτομα - ποσοστό 77,3%) και πανεπιστημιακό νοσοκομείο (15 άτομα - ποσοστό 15,5%). Άλλα 5 άτομα (ποσοστό 5,2%) εργάζονταν κάπου αλλού και τα υπόλοιπα 2 σε κέντρα υγείας (Πίνακας 4, Σχήμα 4). Από τα παραπάνω άτομα μόνο 2 εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα (ποσοστό 2,1%) ενώ όλα τα υπόλοιπα (95 άτομα – ποσοστό 97,9%) στον δημόσιο τομέα.

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το νοσοκομείο που εργάζονται.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ	N=97	Percent
Κέντρο Υγείας	2	2,1%
Νομαρχιακό Νοσοκομείο	75	77,3%
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	15	15,5%
Κάτι άλλο	5	5,2%

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το νοσοκομείο που εργάζονται.



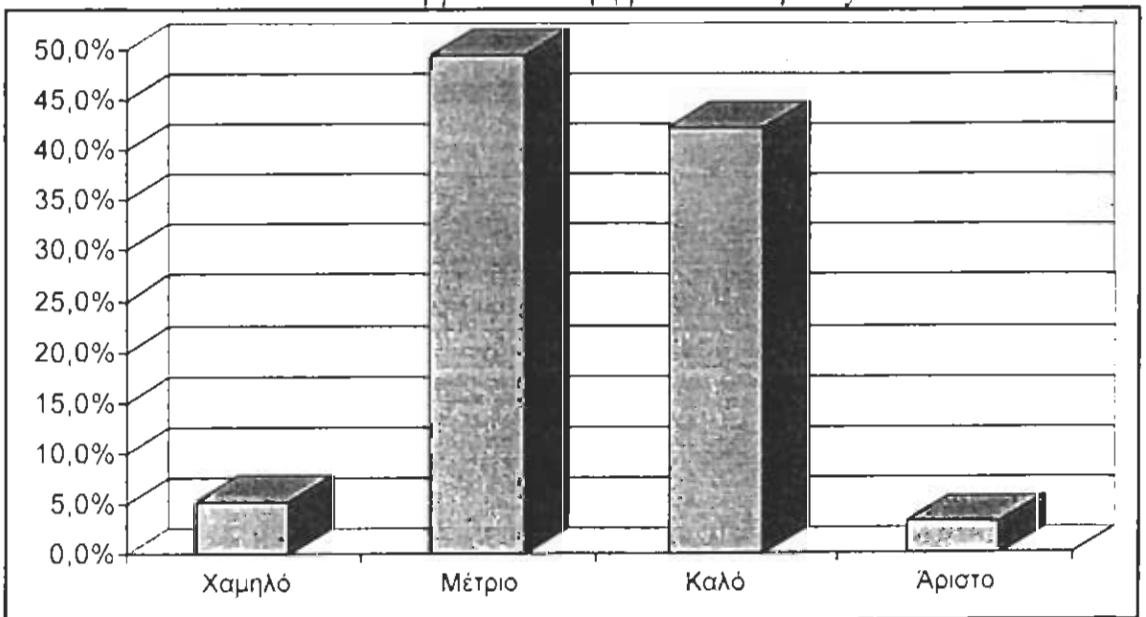
## Άξονας II (Αποτελεσματικότητα – Αποδοτικότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων πιστεύουν ότι το επίπεδο που βρίσκεται η φροντίδα υγείας είναι μέτριο (48 άτομα - ποσοστό 49,5%) και καλό (41 άτομα - ποσοστό 42,3%). Άλλα 5 άτομα (ποσοστό 5,2%) πιστεύουν ότι το επίπεδο που βρίσκεται η φροντίδα υγείας είναι χαμηλό ενώ αντίθετα μόνο 3 άτομα πιστεύουν ότι το επίπεδο που βρίσκεται η φροντίδα υγείας είναι άριστο (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο που πιστεύουν ότι βρίσκεται η φροντίδα υγείας.

<b>ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Χαμηλό	5	5,2%
Μέτριο	48	49,5%
Καλό	41	42,3%
Άριστο	3	3,1%

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο που πιστεύουν ότι βρίσκεται η φροντίδα υγείας.



Το μεγαλύτερο ποσοστό ιεραρχεί ως πιο σημαντική αιτία για την χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας την ανεπαρκή στελέχωση των νοσοκομείων (74 άτομα - ποσοστό 76,3%) ενώ ένα επίσης σημαντικό ποσοστό που πλησιάζει το 50% (47 άτομα - ποσοστό 48,5%) θεωρεί τον δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα για την χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας την ανεπαρκή νοσηλευτική κάλυψη τα σαββατοκύριακα και τις αργίες. Ακολουθεί ως τρίτος πιο σημαντικός παράγοντας για την χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας η χαμηλή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού όπως δηλώνουν το 44,3% των ερωτηθέντων και το κάτι άλλο θεωρείται ως τελευταίος παράγοντας από το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (78 άτομα - ποσοστό 80,4%) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Ιεράρχηση απόψεων για το που πιστεύουν ότι οφείλετε η τυχόν χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΕ Η ΤΥΧΟΝ ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Ανεπαρκής στελέχωση νοσοκομείων	74	76,3%
Ανεπαρκής νοσηλευτική κάλυψη τα σαββατοκύριακα και τις αργίες	47	48,5%
Χαμηλής εκπαίδευσης νοσηλευτικό προσωπικό	43	44,3%
Κάτι άλλο	78	80,4%

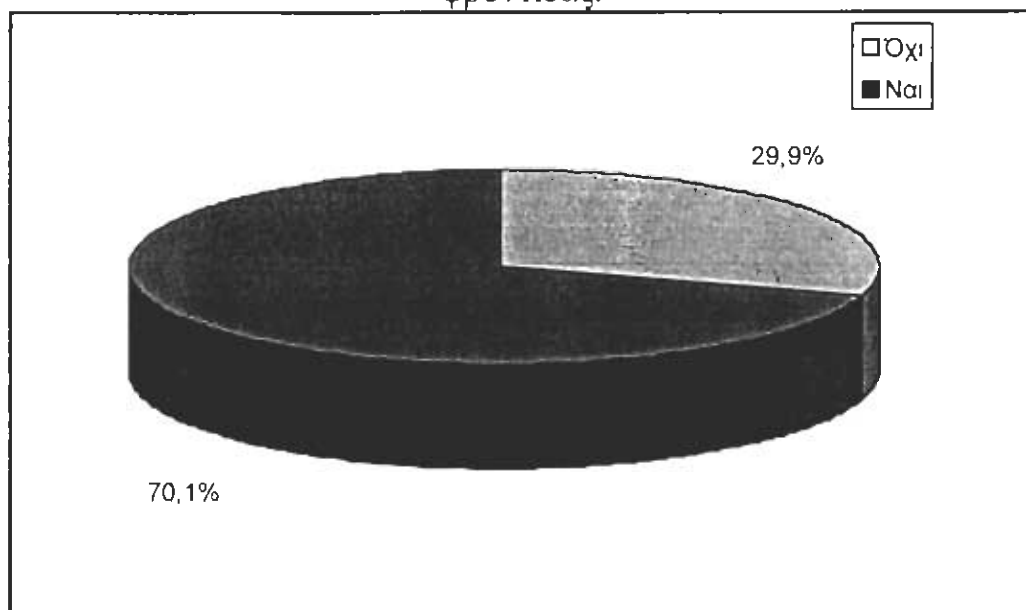


Το 70,1% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι το κόστος νοσηλείας έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ενώ το υπόλοιπο 29,9% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 7, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι το κόστος νοσηλείας έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΕΧΕΙ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Όχι	29	29,9%
Ναι	68	70,1%

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι το κόστος νοσηλείας έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

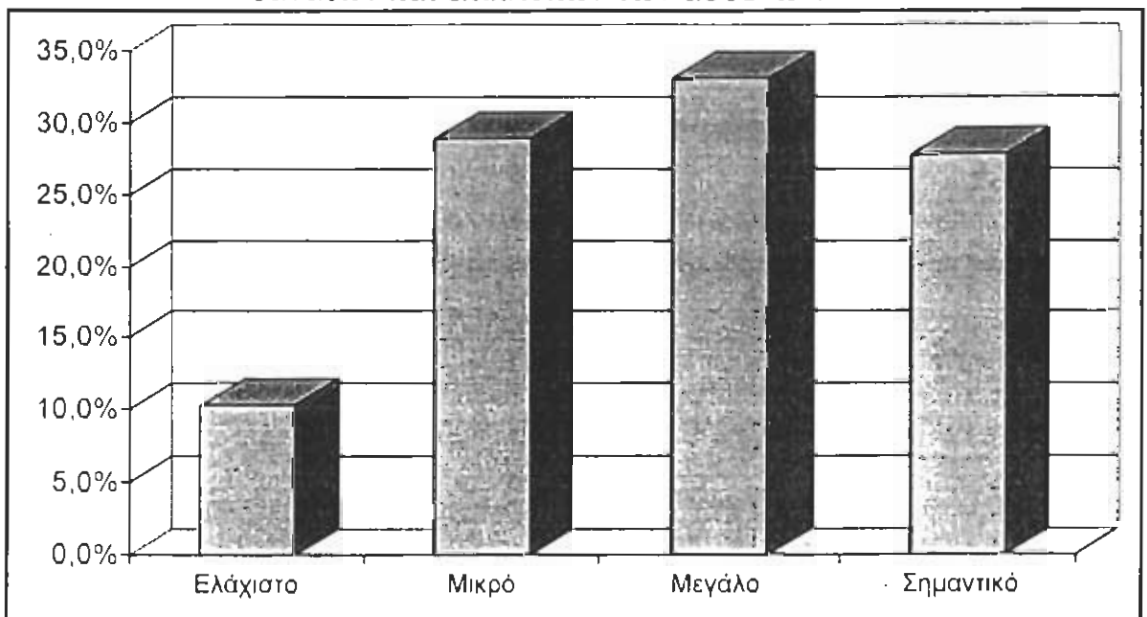


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων πιστεύουν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παίζει μεγάλο (32 άτομα - ποσοστό 33,0%) και σημαντικό (27 άτομα - ποσοστό 27,8%) ρόλο στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών. Άλλα 28 άτομα (ποσοστό 28,9%) πιστεύουν ότι παίζει μικρό ρόλο και τα υπόλοιπα 10 (ποσοστό 10,3%) ελάχιστο (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την άποψή τους για τον ρόλο που παίζει η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών.

<b>ΤΙ ΡΟΛΟ ΠΑΙΖΕΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΘΑΝΑΤΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Ελάχιστο	10	10,3%
Μικρό	28	28,9%
Μεγάλο	32	33,0%
Σημαντικό	27	27,8%

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την άποψή τους για τον ρόλο που παίζει η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών.



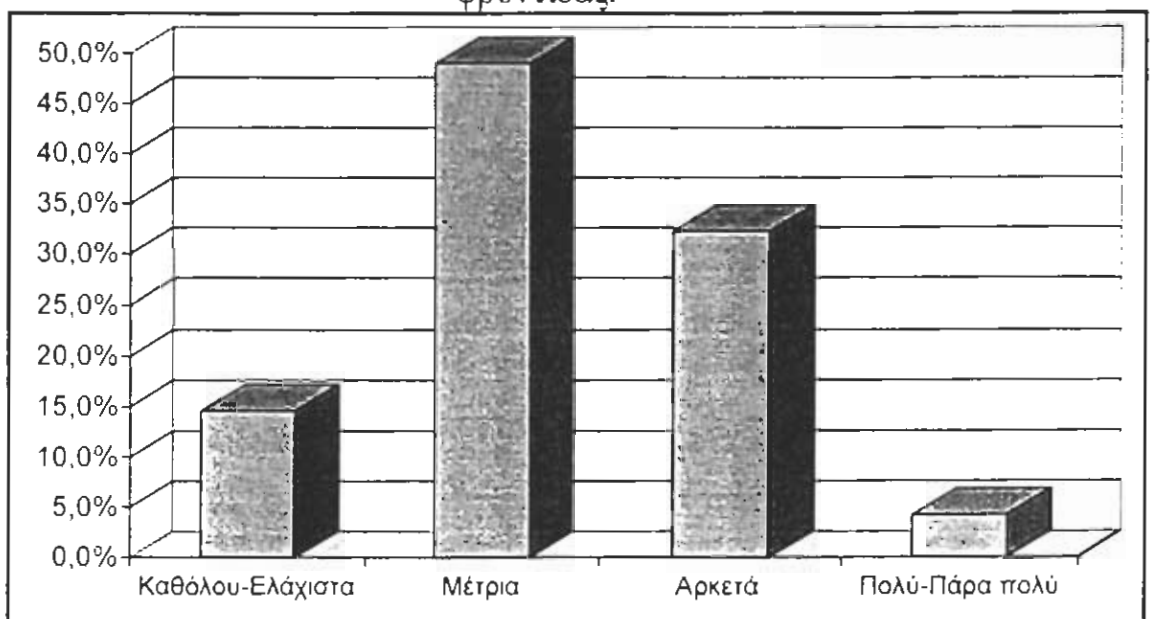
### Άξονας III (Ικανοποίηση ασθενών)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μέτρια (47 άτομα - ποσοστό 49,0%) και καθόλου-ελάχιστα (14 άτομα - ποσοστό 14,6%). Αντίθετα 31 άτομα (ποσοστό 32,3%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι αρκετά και πολύ έως πάρα πολύ τα υπόλοιπα 4 άτομα (ποσοστό 4,1%) (Πίνακας 9, Σχήμα 8).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι πιστεύουν για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Καθόλου-Ελάχιστα	14	14,6%
Μέτρια	47	49,0%
Αρκετά	31	32,3%
Πολύ-Πάρα πολύ	4	4,1%

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι πιστεύουν για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

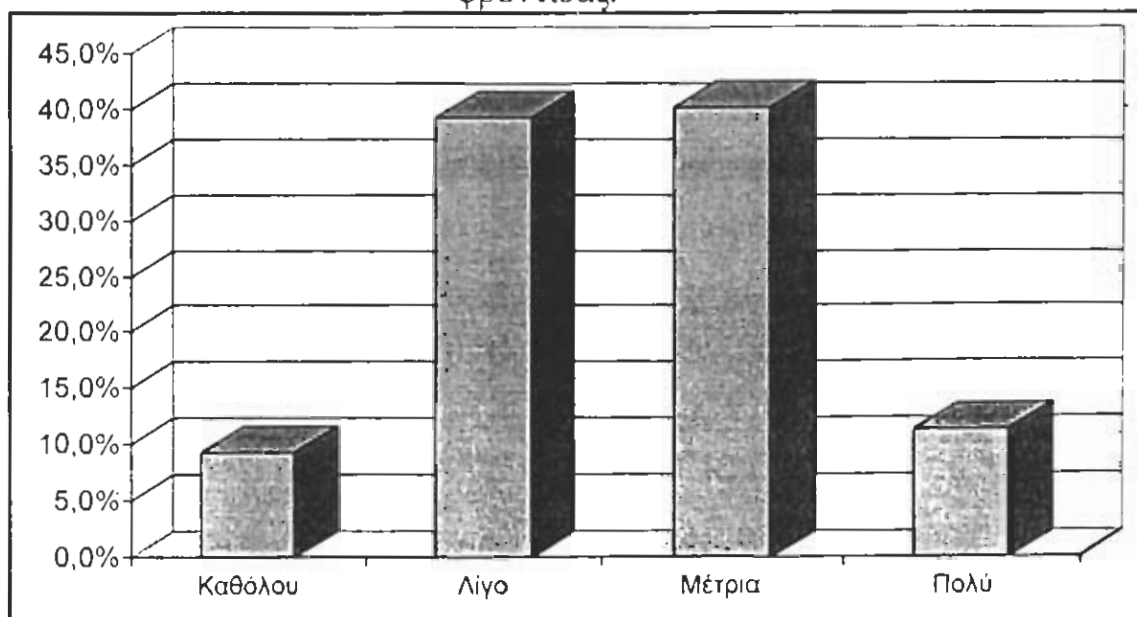


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων πιστεύουν ότι οι ασθενείς συμμετέχουν στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας μέτρια (39 άτομα - ποσοστό 40,2%) και πολύ (11 άτομα - ποσοστό 11,3%). Αντίθετα 38 άτομα (ποσοστό 39,2%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς συμμετέχουν λίγο και καθόλου (9 άτομα – ποσοστό 9,3%) (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι πιστεύουν για την συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Καθόλου	9	9,3%
Λίγο	38	39,2%
Μέτρια	39	40,2%
Πολύ	11	11,3%

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι πιστεύουν για την συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.



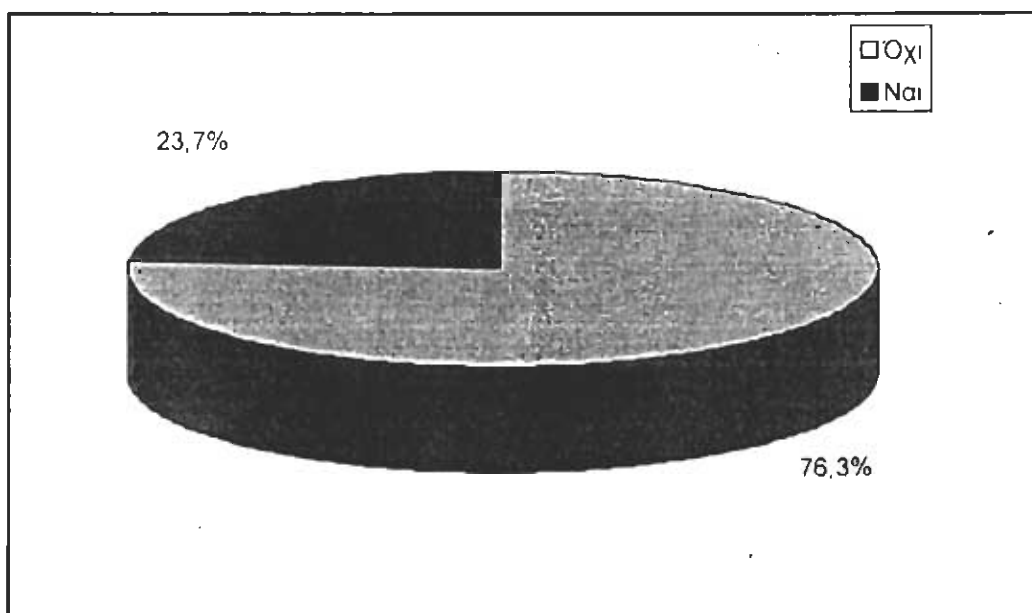
#### Άξονας IV (Διαδικασία χειρισμού ασθενών)

Το 76,3% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα δεν πιστεύουν ότι ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών είναι ο ενδεδειγμένος ενώ το υπόλοιπο 23,7% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών είναι ο ενδεδειγμένος.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΟΣ;</b>	<b>N=96</b>	<b>Percent</b>
Όχι	74	76,3%
Ναι	23	23,7%

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι ο χρόνος νοσηλείας των ασθενών είναι ο ενδεδειγμένος.

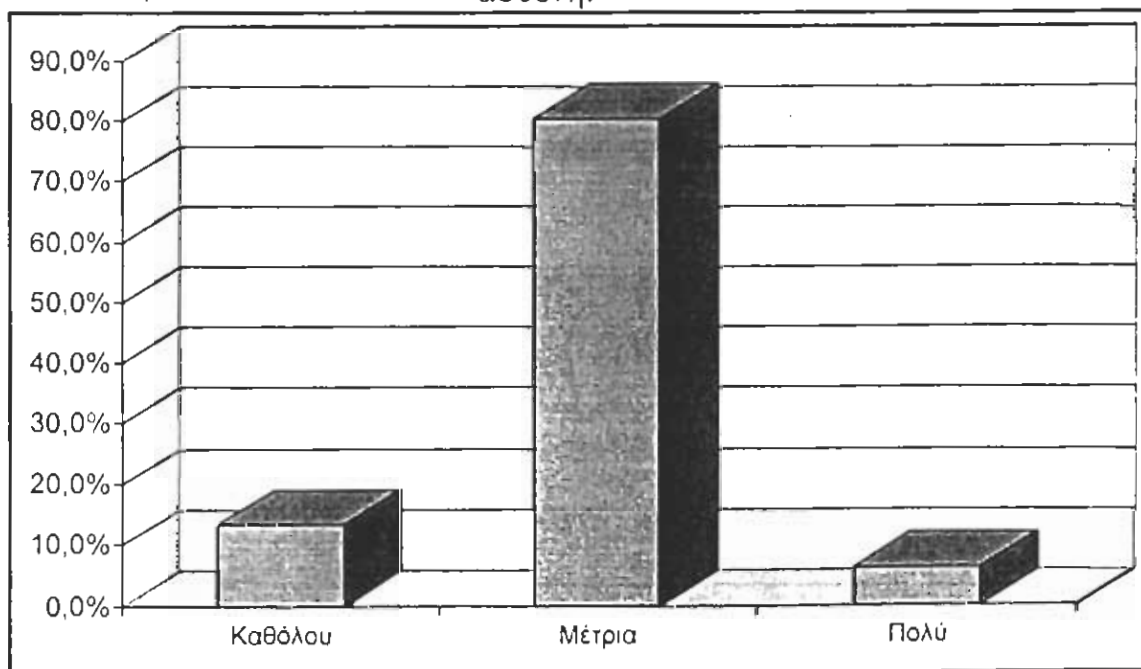


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων πιστεύουν ότι η διαδικασία χειρισμού του ασθενούς από την παραλαβή του μέχρι την έξοδό του ικανοποιεί το νοσηλευτή και τον ασθενή μέτρια (78 άτομα - ποσοστό 80,4%) ενώ άλλα 13 άτομα (ποσοστό 13,4%) πιστεύουν ότι η διαδικασία χειρισμού του ασθενούς δεν ικανοποιεί καθόλου ούτε το νοσηλευτή ούτε τον ασθενή ενώ μόνο 6 ερωτηθέντες (ποσοστό 6,2%) πιστεύουν ότι η διαδικασία αυτή είναι πολύ ικανοποιητική τόσο για το νοσηλευτή όσο και για τον ασθενή (Πίνακας 12, Σχήμα 11).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η διαδικασία χειρισμού του ασθενούς ικανοποιεί το νοσηλευτή και τον ασθενή.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Καθόλου	13	13,4%
Μέτρια	78	80,4%
Πολύ	6	6,2%

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η διαδικασία χειρισμού του ασθενούς ικανοποιεί το νοσηλευτή και τον ασθενή.



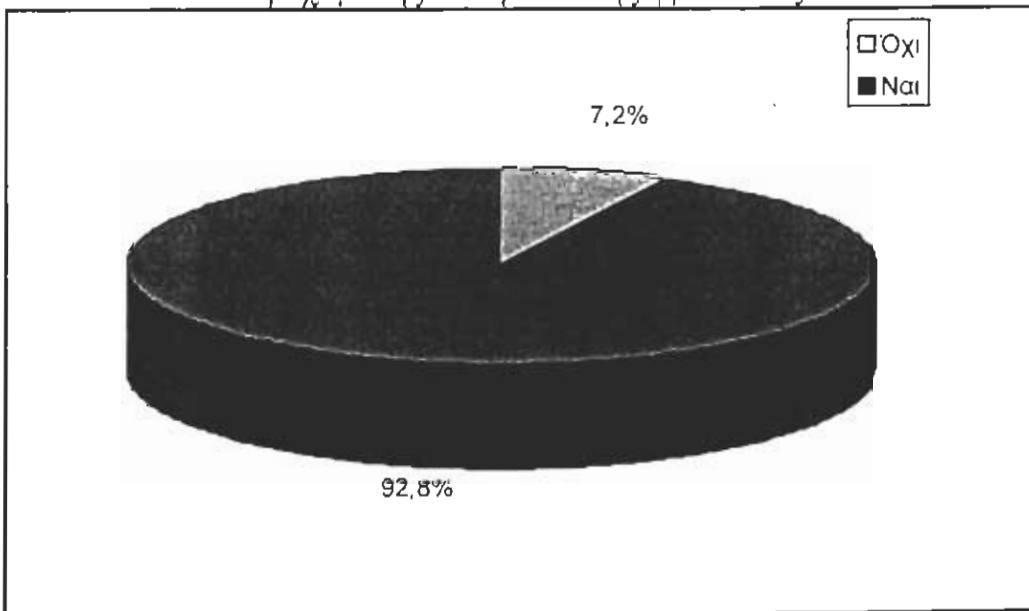
### Άξονας V (Διαχείριση κινδύνων)

Το 92,8% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ενώ το υπόλοιπο 7,2% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Όχι	7	7,2%
Ναι	90	92,8%

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.



Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει ότι ως πιο σημαντικό παράγοντα στον οποίο οφείλονται οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις θεωρείται η έλλειψη γνώσεων, η οποία ακολουθείται από τον φόρτο εργασίας, την ανεπάρκεια προληπτικών μέτρων, την κακή τεχνική, την έλλειψη χρόνου, την αδιαφορία του προσωπικού και την ελλιπή καταγραφή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Ιεράρχηση απόψεων για το που πιστεύουν ότι οφείλετε η τυχόν χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΕ Η ΤΥΧΟΝ ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>N=90</b>	<b>Percent</b>
Έλλειψη γνώσεων	19	21,1%
Φόρτος εργασίας	18	20,0%
Ανεπάρκεια προληπτικών μέτρων	17	18,9%
Κακή τεχνική	19	21,1%
Έλλειψη χρόνου	19	21,1%
Αδιαφορία του προσωπικού	27	30,0%
Ελλιπή καταγραφή των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων	18	20,0%

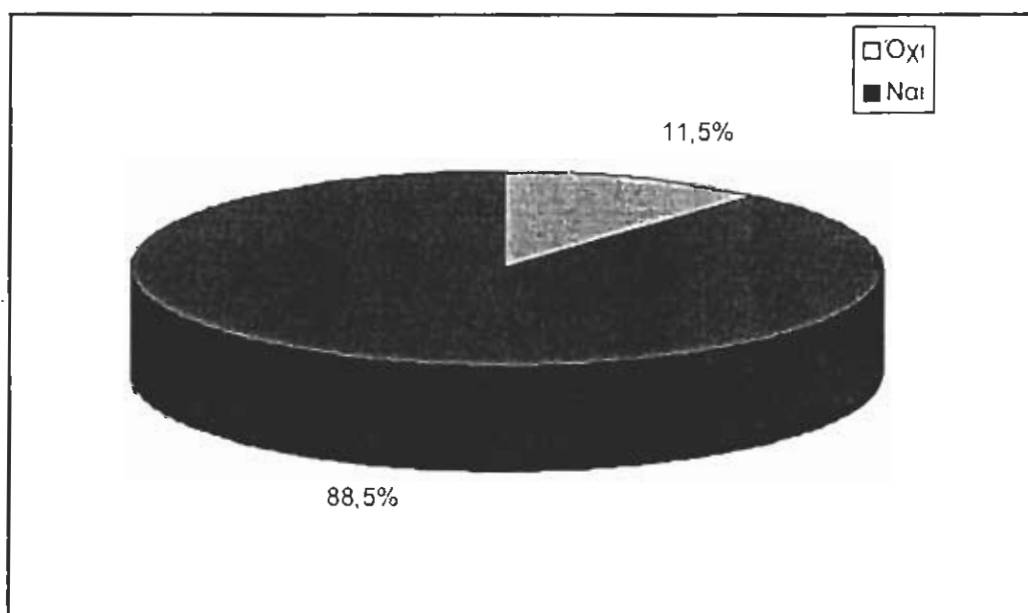


Το 88,5% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ενώ το υπόλοιπο 11,5% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 15, Σχήμα 13).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ ΕΙΝΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΑΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=96</b>	<b>Percent</b>
Όχι	11	11,5%
Ναι	85	88,5%

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

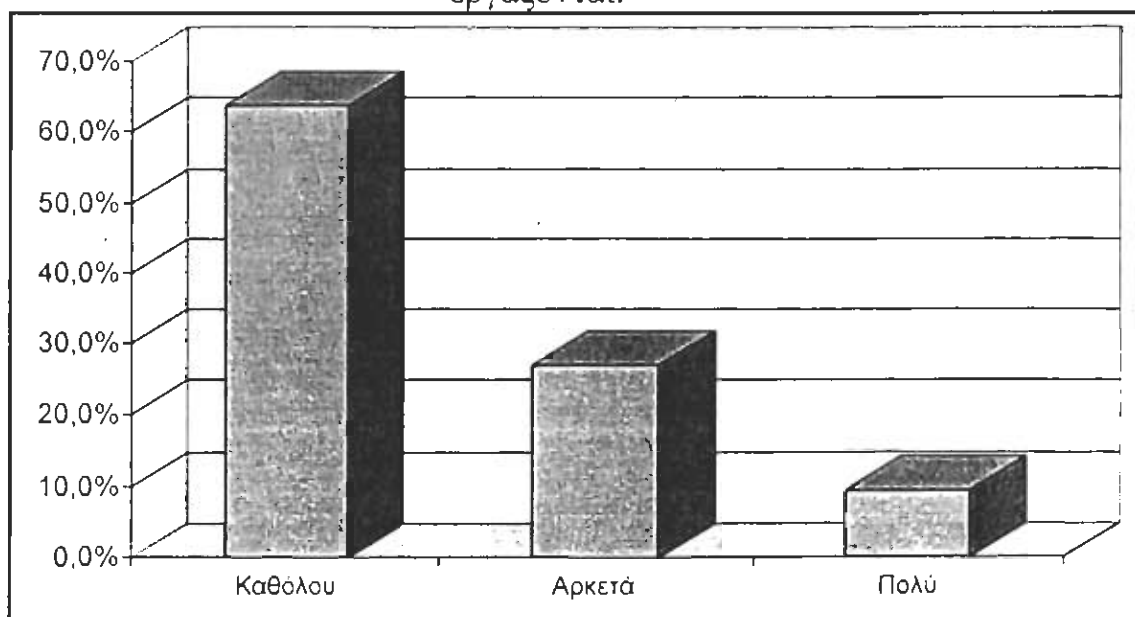


Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων δηλώνουν ότι δεν είναι καθόλου συχνά τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) στο τμήμα που εργάζονται (39 άτομα - ποσοστό 40,2%) ενώ άλλα 26 άτομα (ποσοστό 39,2%) δηλώνουν ότι τα ατυχήματα αυτά είναι αρκετά συχνά. Τέλος, τα υπόλοιπα 9 άτομα (ποσοστό 9,3%) δηλώνουν ότι τα ατυχήματα αυτά είναι πολύ συχνά στο τμήμα που εργάζονται (Πίνακας 16, Σχήμα 14).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) είναι συχνά στο τμήμα που εργάζονται.

<b>ΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ (ΠΤΩΣΕΙΣ, ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ κλπ) ΕΙΝΑΙ ΣΥΧΝΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Καθόλου	62	63,9%
Αρκετά	26	26,8%
Πολύ	9	9,3%

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) είναι συχνά στο τμήμα που εργάζονται.



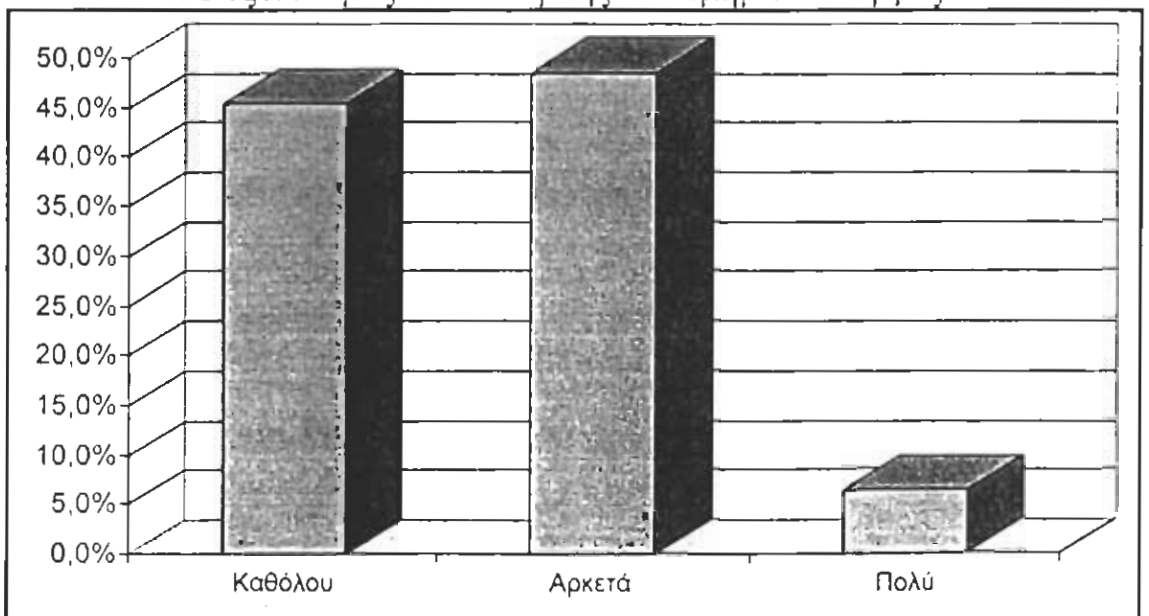
### Άξονας VI (Δομή νοσηλευτικής μονάδας)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων δηλώνουν ότι είναι αρκετά επαρκές το υλικό και ο εξοπλισμός στο τμήμα που εργάζονται (47 άτομα - ποσοστό 48,5%) ενώ άλλα 44 άτομα (ποσοστό 45,4%) δηλώνουν ότι το υλικό και ο εξοπλισμός δεν είναι καθόλου επαρκής. Τέλος, τα υπόλοιπα 6 άτομα (ποσοστό 6,2%) δηλώνουν ότι το υλικό και ο εξοπλισμός είναι πολύ επαρκής στο τμήμα που εργάζονται (Πίνακας 17, Σχήμα 15).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν το υλικό και ο εξοπλισμός είναι επαρκής στο τμήμα που εργάζονται.

<b>ΤΟ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Καθόλου	44	45,4%
Αρκετά	47	48,5%
Πολύ	6	6,2%

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ερώτηση εάν το υλικό και ο εξοπλισμός είναι επαρκής στο τμήμα που εργάζονται.

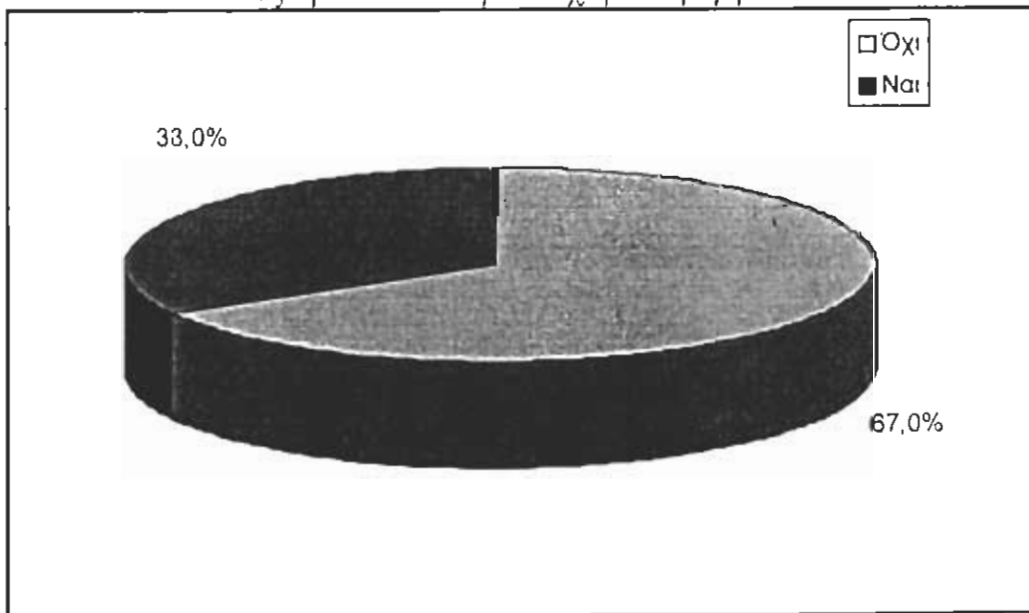


όνο το 33,0% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι το φυσικό περιβάλλον (θόρυβοι, διακόσμηση κλπ) του τμήματος που εργάζονται τους προδιαθέτει για ευχάριστη εργασία ενώ το υπόλοιπο 67,0% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 18, Σχήμα 16).

Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν το φυσικό περιβάλλον (θόρυβοι, διακόσμηση κλπ) του τμήματος που εργάζονται τους προδιαθέτει για ευχάριστη εργασία.

<b>ΤΟ ΦΥΣΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (ΘΟΡΥΒΟΙ, ΔΙΑΚΟΣΜΗΣΗ ΚΛΠ) ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΕΙ ΓΙΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Όχι	65	67,0%
Ναι	32	33,0%

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν το φυσικό περιβάλλον (θόρυβοι, διακόσμηση κλπ) του τμήματος που εργάζονται τους προδιαθέτει για ευχάριστη εργασία.



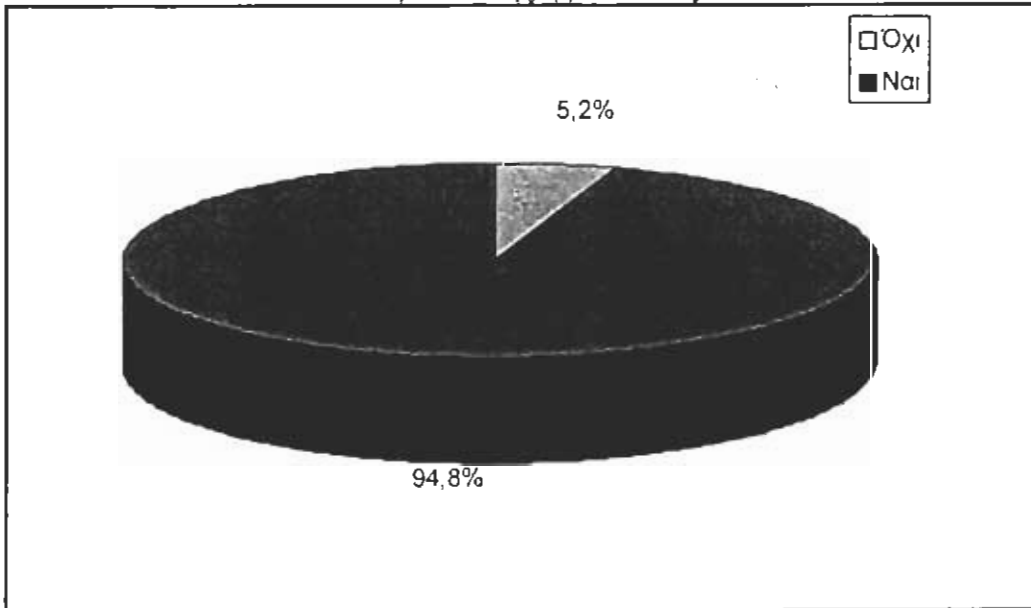
## Άξονας VII (Προτάσεις)

Το 94,8% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ενώ το υπόλοιπο 5,2% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 19, Σχήμα 17).

Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΜΕΡΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Όχι	5	5,2%
Ναι	92	94,8%

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.



Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προκύπτει ότι ως πιο σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην μη ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται η επαγγελματική κόπωση (εξουθένωση), η οποία ακολουθείται από την οικονομική ανικανοποίηση, την απουσία επανατροφοδότησης της γνώσης, την αδυναμία επιλογής αδειών του προσωπικού, την αδυναμία ανεξαρτησίας και αυτόνομης βούλησης, την έλλειψη ηθικής επιβράβευσης και την έλλειψη ποιότητας εναλλαγών (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Ιεράρχηση απόψεων για το που πιστεύουν ότι οφείλετε η τυχόν χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

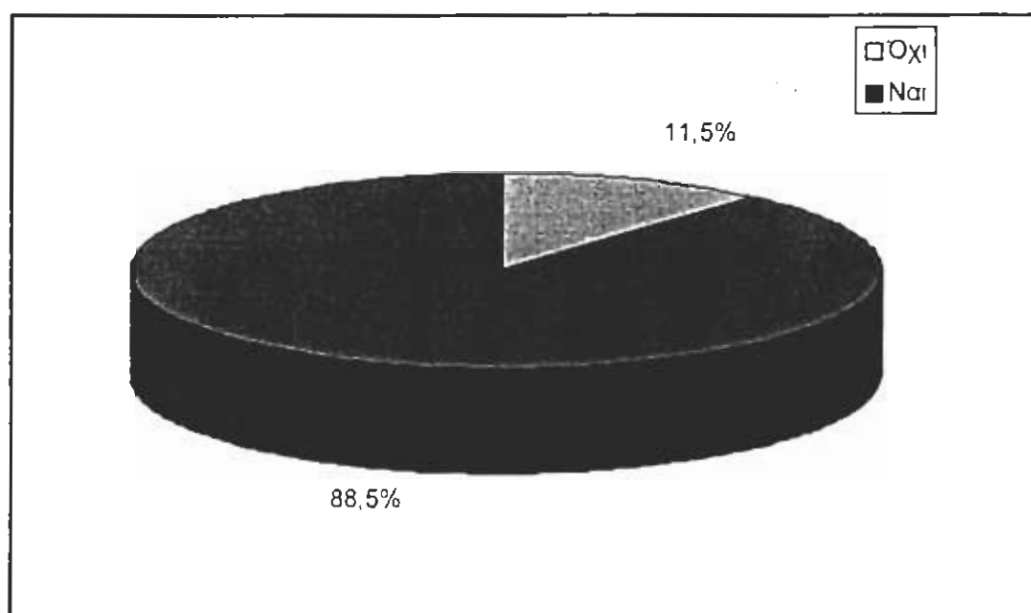
<b>ΙΕΡΑΡΧΗΣΗ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΟΦΕΙΛΕΤΕ Η ΤΥΧΟΝ ΧΑΜΗΛΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>N=92</b>	<b>Percent</b>
Επαγγελματική κόπωση (εξουθένωση)	37	40,2%
Οικονομική ανικανοποίηση	25	27,2%
Απουσία επανατροφοδότησης της γνώσης	22	23,9%
Αδυναμία επιλογής αδειών του προσωπικού	18	19,6%
Αδυναμία ανεξαρτησίας και αυτόνομης βούλησης	18	19,6%
Έλλειψη ηθικής επιβράβευσης	21	22,8%
Έλλειψη ποιότητας εναλλαγών	29	31,5%

Το 88,5% των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων στην παρούσα έρευνα πιστεύουν ότι η επαγγελματική διαπίστευση (εκπαίδευση) εξασφαλίζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ενώ το υπόλοιπο 11,5% έχει αντίθετη άποψη (Πίνακας 21, Σχήμα 18).

Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η επαγγελματική διαπίστωση (εκπαίδευση) εξασφαλίζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

<b>ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΙΣΤΕΥΣΗ (ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ) ΕΞΑΣΦΑΛΙΖΕΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;</b>	<b>N=96</b>	<b>Percent</b>
Όχι	11	11,5%
Ναι	85	88,5%

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το αν πιστεύουν ότι η επαγγελματική διαπίστευση (εκπαίδευση) εξασφαλίζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

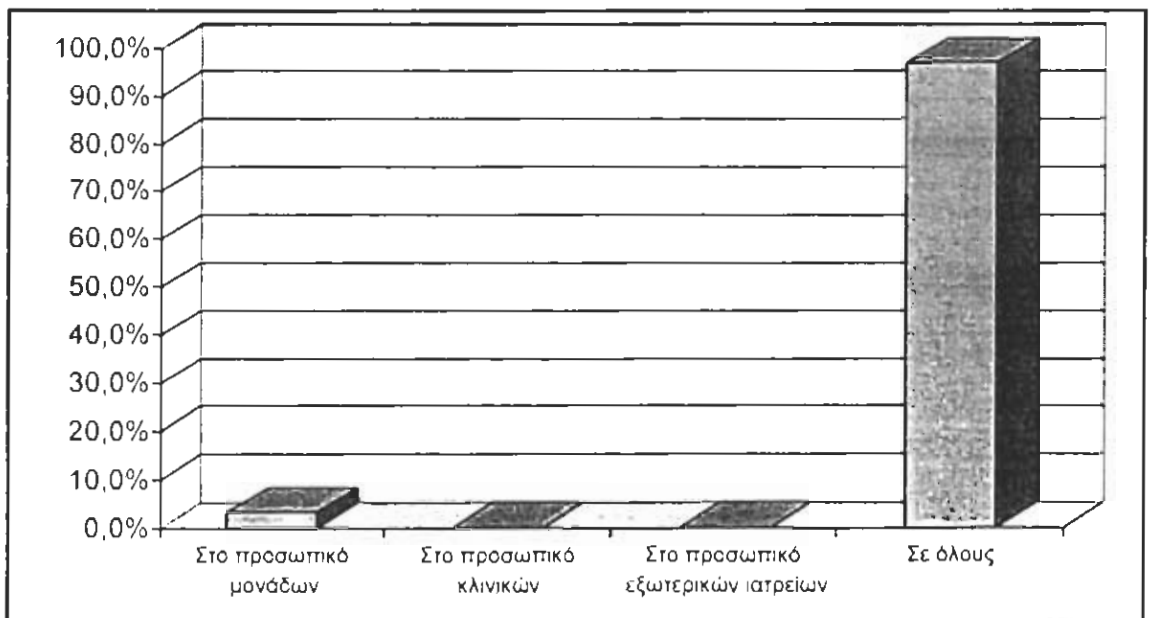


Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων πιστεύουν ότι τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης είναι απαραίτητα σε όλους (94 άτομα - ποσοστό 96,9%) και μόνο 3 ερωτηθέντες (ποσοστό 3,1%) πιστεύουν ότι τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης είναι απαραίτητα αποκλειστικά στο προσωπικό των μονάδων (Πίνακας 22, Σχήμα 19).

Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιους πιστεύουν ότι είναι απαραίτητα τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης.

<b>ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ;</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Στο προσωπικό μονάδων	3	3,1%
Στο προσωπικό κλινικών	0	0,0%
Στο προσωπικό εξωτερικών ιατρείων	0	0,0%
Σε όλους	94	96,9%

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιους πιστεύουν ότι είναι απαραίτητα τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης.



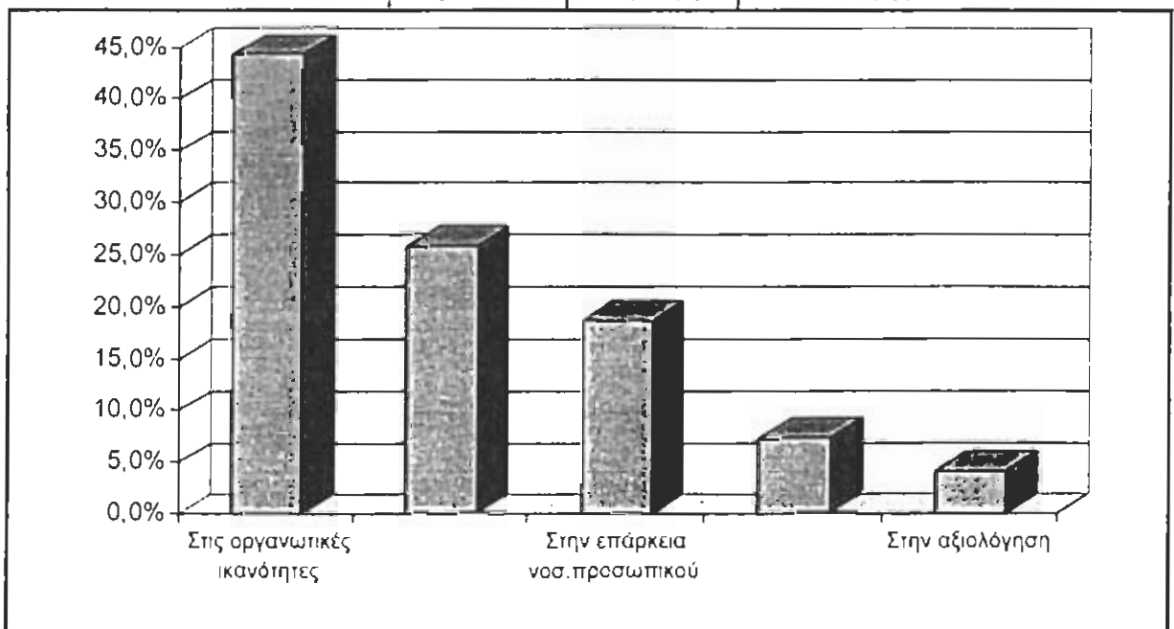


Στις οργανωτικές ικανότητες της/του προϊσταμένης/ου και στο σωστό καταμερισμό εργασίας αποδίδει η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού (43 άτομα - ποσοστό 44,3% και 25 άτομα - ποσοστό 25,8% αντίστοιχα). Άλλα 18 ερωτηθέντες (ποσοστό 18,6%) αποδίδουν τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού στην επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού ενώ πολύ λιγότεροι τον αποδίδουν είτε στην διοικητική εποπτεία είτε στην αξιολόγηση – κρίση των νοσηλευτικών πράξεων (Πίνακας 23, Σχήμα 20).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το που αποδίδουν τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

<b>ΠΟΥ ΑΠΟΔΙΔΕΤΕ ΤΟΝ ΚΑΛΟ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ</b>	<b>N=97</b>	<b>Percent</b>
Στις οργανωτικές ικανότητες της/του προϊσταμένης/ου	43	44,3%
Στο σωστό καταμερισμό εργασίας	25	25,8%
Στην επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού	18	18,6%
Στην διοικητική εποπτεία	7	7,2%
Στην αξιολόγηση – κρίση των νοσηλευτικών πράξεων	4	4,1%

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το που αποδίδουν τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 97 νοσηλευτές-τριες, ηλικίας 25 έως 50 ετών. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ελέγχοντας την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ως προς το εάν πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική στις απαντήσεις αυτών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ( $\chi^2 = 1,01$ ,  $df = 3$ , NS). Δηλαδή όλοι εξίσου πιστεύουν ανεξάρτητα εκπαίδευσης ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

		Πιστεύετε ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;		
		Όχι	Ναι	
Εκπαίδευση	Κάτι άλλο		3 100,0%	3 100,0%
	ΔΕ	3 11,1%	24 88,9%	27 100,0%
	ΤΕ	3 5,8%	49 94,2%	52 100,0%
	ΠΕ	1 6,7%	14 93,3%	15 100,0%
		7	90	97

$$\chi^2 = 1,01, df = 3, NS$$

Ελέγχοντας την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούμε όπως και παραπάνω ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική στις απαντήσεις αυτών σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης ( $\chi^2 = 3,66$ ,  $df = 3$ , NS). Δηλαδή όλοι εξίσου πιστεύουν ανεξάρτητα εκπαίδευσης ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Συσχέτιση της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση αν πιστεύουν ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

		Πιστεύετε ότι η ύπαρξη κατακλίσεων είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;		
		Όχι	Ναι	
Εκπαίδευση	Κάτι άλλο		3 100,0%	3 100,0%
	ΔΕ	5 18,5%	22 81,5%	27 100,0%
	ΤΕ	6 11,8%	45 88,2%	51 100,0%
	ΠΕ		15 100,0%	15 100,0%
		11	85	96

$$\chi^2 = 3,66, df = 3, NS$$

Ελέγχοντας την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ως προς το τι πιστεύουν για τον ρόλο που παίζει η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική στις απαντήσεις αυτών σε σχέση με το νοσοκομείο που εργάζονται ( $\chi^2 = 9,19$ ,  $df = 9$ , NS). Δηλαδή όλοι (περίπου) εξίσου πιστεύουν ανεξάρτητα νοσοκομείου που εργάζονται ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παίζει μεγάλο και σημαντικό ρόλο στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Συσχέτιση του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται οι ερωτηθέντες με το τι πιστεύουν για τον ρόλο που παίζει η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών.

		Τι ρόλο παίζει η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο ποσοστό θανάτων και επιπλοκών των ασθενών				
		Ελάχιστο	Μικρό	Μεγάλο	Σημαντικό	
Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε	Κέντρο υγείας			2 100,0%		2 100,0%
	Νομαρχιακό Νοσοκομείο	8 10,7%	23 30,7%	24 32,0%	20 26,7%	75 100,0%
	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	1 6,7%	5 33,3%	3 20,0%	6 40,0%	15 100,0%
	Κάτι άλλο	1 20,0%		3 60,0%	1 20,0%	5 100,0%
		10	28	32	27	97

$$\chi^2 = 9,19, df = 9, NS$$

Ελέγχοντας την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ως προς το εάν είναι συχνά τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) στο τμήμα που εργάζονται παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική στις απαντήσεις αυτών σε σχέση με το νοσοκομείο που εργάζονται ( $\chi^2 = 10,19$ ,  $df = 6$ , NS). Δηλαδή όλοι (περίπου) εξίσου πιστεύουν ανεξάρτητα νοσοκομείου που εργάζονται ότι δεν είναι καθόλου συχνά τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) στο τμήμα που εργάζονται (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με την ερώτηση εάν είναι συχνά τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) στο τμήμα που εργάζονται.

		Είναι συχνά τα ατυχήματα (πτώσεις, αυτοκτονίες κλπ) στο τμήμα που εργάζεστε;			
		Καθόλου	Αρκετά	Πολύ	
Νοσοκομείο στο οποίο εργάζεστε	Κέντρο υγείας	1 50,0%	1 50,0%		2 100,0%
	Νομαρχιακό Νοσοκομείο	52 69,3%	18 24,0%	5 6,7%	75 100,0%
	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο	5 33,3%	7 46,7%	3 20,0%	15 100,0%
	Κάτι άλλο	4 80,0%		1 20,0%	5 100,0%
		62	26	9	97

$$\chi^2 = 10,19, df = 6, NS$$

Ελέγχοντας την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική στις απαντήσεις αυτών σε σχέση με το αν πιστεύουν που οι ερωτηθέντες αποδίδουν τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού ( $\chi^2 = 3,16$ ,  $df = 4$ , NS). Δηλαδή όλοι οι ερωτηθέντες ανεξάρτητα που αποδίδουν τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύουν εξίσου ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Συσχέτιση της άποψης των νοσηλευτών-τριων ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με το που οι ερωτηθέντες αποδίδουν τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

		Πιστεύετε ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;		
		Όχι	Ναι	
<b>Που αποδίδετε τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού;</b>	Στις οργανωτικές ικανότητες της/του προϊσταμένης/ου	4 9,3%	39 90,7%	43 100,0%
	Στο σωστό καταμερισμό εργασίας	1 4,0%	24 96,0%	25 100,0%
	Στην επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού		18 100,0%	18 100,0%
	Στην διοικητική εποπτεία		7 100,0%	7 100,0%
	Στην αξιολόγηση – κρίση των νοσηλευτικών πράξεων		4 100,0%	4 100,0%
		5	92	97

$$\chi^2 = 3,16, df = 4, NS$$

Ελέγχοντας την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων ως προς το εάν πιστεύουν ότι η επαγγελματική διαπίστευση (εκπαίδευση) εξασφαλίζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση στατιστικά σημαντική στις απαντήσεις αυτών σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ( $\chi^2 = 0,83$ ,  $df = 1$ , NS) (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση της άποψης των ερωτηθέντων ότι η (...) σε σχέση με το αν πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

		Πιστεύετε ότι η επαγγελματική διαπίστευση (εκπαίδευση) εξασφαλίζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας;		
		Όχι	Ναι	
Πιστεύετε ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας;	Όχι		6	6
	Ναι	11	79	90
		12,2%	87,8%	100,0%
		11	85	96

$$\chi^2 = 0,83, df = 1, NS$$

Τέλος, όσον αφορά την άποψη των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων σχετικά με το εάν πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρούμε ότι συσχετίζεται θετικά με την άποψη των νοσηλευτών/τριων για την συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Δηλαδή οι ερωτηθέντες νοσηλευτές/τριες θεωρούν ότι όσο περισσότερο συμμετέχει ο ασθενής στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας τόσο περισσότερο είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα αυτής ( $R=0,196$ ,  $p<0,05$ ) (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Συσχέτιση της άποψης των ερωτηθέντων νοσηλευτών-τριων σχετικά με το εάν πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με την άποψη των νοσηλευτών/τριων για την συμμετοχή των ασθενών στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Spearman Rank Order Correlations	R	p-level
<b>Πιστεύετε ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας;</b>		
Πιστεύετε ότι οι ασθενείς συμμετέχουν στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας;	0,196	p<0,05



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών πιστεύουν ότι το επίπεδο στο οποίο βρίσκεται η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι μέτριο (46,5%) και καλό (42,3%). Η συγκρατημένη αυτή απάντηση που δίνουν οι εργαζόμενοι δείχνει ότι δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από το επίπεδο της φροντίδας υγείας σήμερα, λόγω και των γενικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στη χώρα μας, και αυτή τη γενική παρατήρηση επιβεβαιώνει και η ανάλυση των αποτελεσμάτων που θα επιχειρήσουμε παρακάτω, στις απαντήσεις που ακολουθούν.

Το μεγαλύτερο ποσοστό ιεραρχεί ως πιο σημαντική αιτία για την χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας την ανεπαρκή στελέχωση των νοσοκομείων και ένα επίσης σημαντικό ποσοστό την ανεπαρκή νοσηλευτική κάλυψη τα σαββατοκύριακα και τις αργίες. Ακολουθεί ως τρίτος σημαντικός παράγοντας η χαμηλή εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με έρευνα για την ποσοτική και ποιοτική προσέγγιση του νοσηλευτικού δυναμικού. Ένα σύνολο παραγόντων προσδιορίζει τις πραγματικές και τρέχουσες νοσηλευτικές ανάγκες όπως : (α) η ανάγκη για αναβάθμιση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που είναι αποκλειστική ευθύνη του προσωπικού που έχει τον τίτλο του νοσηλευτή (Π.Ε/Τ.Ε), (β) η μεγάλη ανάγκη θεσμικής διάκρισης, εφαρμογής και ελέγχου διακριτών αρμοδιοτήτων νοσηλευτών (Π.Ε/Τ.Ε) ή βοηθών

νοσηλευτών (Δ.Ε), (γ) οι υψηλές τρέχουσες ανάγκες στη νοσηλευτική φροντίδα, (δ) η έλλειψη βοηθών νοσηλευτών (Δ.Ε) με τεκμηριωμένη εκπαίδευση νοσηλευτικής φροντίδας, (ε) η σημαντική έλλειψη εξειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού, (στ) οι διαρροές ως ετεροαπασχόληση και η μακροχρόνια απουσία από την εργασία, (ζ) η ανάγκη για κάλυψη των κενών οργανικών θέσεων και τέλος (η) η κάλυψη απουσιών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

Επίσης, σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι οι παράγοντες που παρακινούσαν τους επισκέπτες να μένουν κοντά στους ασθενείς ήταν κυρίως για να καλύπτουν τις ανάγκες νοσηλείας, αφενός λόγω της βαρύτητας της κατάστασης των ασθενών και αφετέρου επειδή, όπως ανέφεραν, υπάρχει έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι ασθενείς με σοβαρές ασθένειες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πεθάνουν στο νοσοκομείο εάν εισαχθούν κατά το Σαββατοκύριακο, παρά εάν εισαχθούν μια άλλη μέρα της εβδομάδας. Το συμπέρασμα αυτό είναι το αποτέλεσμα μιας μεγάλης κλινικής μελέτης που έγινε στον Καναδά, τα ευρήματα της οποίας έδειξαν ότι όταν δοθεί έγκαιρα θεραπεία με όλες τις τεχνολογικές μεθόδους υποστήριξης, κάτω από καλές συνθήκες με επαρκές προσωπικό, αυτό μπορεί να σώζει ζωές.

Η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας συνδέεται άμεσα λοιπόν με την αντιμετώπιση των φραγμών που δημιουργούνται από την έλλειψη αφενός ενός μακροχρόνιου σχεδιασμού για το αναγκαίο συνολικό και εξειδικευμένο νοσηλευτικό δυναμικό και αφετέρου της διάκρισης των αρμοδιοτήτων και των υπευθυνοτήτων που χαρακτηρίζουν τα διαφορετικά επίπεδα της νοσηλευτικής εργασίας.

Συμπερασματικά, απαραίτητη είναι η άμεση αντιμετώπιση της υποστελέχωσης της νοσηλευτικής φροντίδας, με προτεραιότητες παρέμβασης στα ακόλουθα σημεία :

- 1) Αύξηση του νοσηλευτικού δυναμικού της χώρας (κατ' ελάχιστο διπλασιασμός των νοσηλευτών Π.Ε/Τ.Ε και 25% των βοηθών νοσηλευτών Δ.Ε. με τεκμηριωμένη, διετή τουλάχιστον νοσηλευτική εκπαίδευση.
- 2) Θεσμική ρύθμιση διακριτών αρμοδιοτήτων του νοσηλευτικού και του βοηθητικού νοσηλευτικού δυναμικού, του διακριτού ρόλου του Κοινοτικού Νοσηλευτή και του Επισκέπτη Υγείας, καθώς επίσης και ανάπτυξη μηχανισμών εφαρμογής αντίστοιχου καθηκοντολογίου και κατάργηση του θεσμού της αποκλειστικής νοσοκόμας.
- 3) Αυτοί που διοικούν τα νοσοκομεία πρέπει με κάθε τρόπο να προσπαθούν να υπάρχει το ίδιο δυναμικό κατά τα Σαββατοκύριακα, όπως και τις καθημερινές.
- 4) Συνεχής και συστηματική καταγραφή των αναγκών νοσηλευτικής στελέχωσης των μονάδων υγείας (βαθμίδα εκπαίδευσης και εξειδίκευσης) για την έγκαιρη πρόβλεψη αναγκαίων θέσεων εργασίας.
- 5) Ανάπτυξη μηχανισμών αντιμετώπισης των διαρροών του επαγγέλματος.
- 6) Το επισκεπτήριο αποτελεί πληθυσμιακή ομάδα στην οποία μπορεί να εφαρμοστεί η ενημέρωση - διδασκαλία - αγωγή για παροχή φροντίδας ασθενών στο σπίτι, ενώ περιορίζεται και ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο.<sup>31,32,33</sup>

Το 70% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι το κόστος νοσηλείας έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η μόνιμη

έλλειψη των νοσηλευτικών πόρων σε συνδυασμό με την τάση της συνεχούς μείωσης του κόστους φροντίδας υγείας καθιστούν αναγκαία την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με τον αποδοτικότερο τρόπο. Η μείωση του κόστους μπορεί να επιτευχθεί μέσω της καλλιέργειας πνεύματος περιορισμού των εξόδων. Η κατάλληλη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων και η αποφυγή περιττών, μη τεκμηριωμένων πράξεων, συμβάλλει στον περιορισμό του κόστους έλλειψης ποιότητας.<sup>4,34</sup>

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών (61%) πιστεύουν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας παίζει μεγάλο και σημαντικό ρόλο στο ποσοστό των θανάτων και επιπλοκών των ασθενών ανεξάρτητα από το νοσοκομείο που εργάζονται.

Η επίδραση της επαφής του νοσηλευτή με τον άρρωστο σε 24ωρη βάση για παροχή άνεσης, ανάπαυσης, τροφής και υγρών και εξασφάλιση επικοινωνίας, δηλ. η ισχυρή μεταβολή που ονομάζεται νοσηλευτική φροντίδα έχει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα στον άρρωστο που είτε είναι μετρήσιμο, είτε βιώνεται υποκειμενικά από τον ίδιο.<sup>35</sup>

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ποσότητα, με την έννοια του αριθμού ωρών που προσφέρονται προς τον κάθε ασθενή, μπορούν να μειώσουν τους θανάτους στα νοσοκομεία και να διαφυλάξουν τους ασθενείς από σοβαρές επιπλοκές κατά την ενδονοσοκομειακή περίθαλψή του.

Τα νοσοκομεία τα οποία είναι επαρκώς στελεχωμένα με διπλωματούχους εγγεγραμμένους νοσηλευτές και έχουν λιγότερο

νοσηλευτικό προσωπικό με χαμηλότερα προσόντα, έχουν λιγότερους θανάτους και επιπλοκές μεταξύ των ασθενών τους.

Οι διαπιστώσεις αυτές προέκυψαν από μια μεγάλη έρευνα σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς που απολάμβαναν φροντίδα από άρτια εγγεγραμμένους νοσηλευτές παρουσίαζαν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο λιγότερα επεισόδια ουρολοίμωξης, πνευμονίας, καρδιακής ανακοπής, κατάπληξης και αιμορραγίας του στομαχιού και του πεπτικού συστήματος.

Το συμπέρασμα λοιπόν είναι ότι τα νοσοκομεία πρέπει να στελεχώνονται από επαρκή αριθμό διπλωματούχων νοσηλευτών υψηλής επαγγελματικής κατάρτισης.

Και ακόμη, ότι και οι πλέον προσοντούχοι νοσηλευτές θα πρέπει να υποβάλλονται σε ένα πρόγραμμα συνεχούς εκπαίδευσης διασφαλίζοντας έτσι τη διαχρονική επάρκεια των δεξιοτήτων τους.<sup>33</sup>

Στην παρούσα έρευνα το 49% πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και η άποψη αυτή έρχεται σε συμφωνία με άλλες έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.

Έτσι σε έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς με βάση τα ποσοτικά δεδομένα ήταν ικανοποιημένοι σε μεγάλο βαθμό, ενώ τα ποιοτικά δεδομένα δείχνουν σαφώς μικρότερη ικανοποίηση, χαμηλές προσδοκίες και μια τάση δικαιολόγησης της κατάστασης. Γιαυτό άλλωστε είναι αναγκαία η ευαισθητοποίηση και η καλύτερη πληροφόρηση των ασθενών.

Από τις απαντήσεις των εσωτερικών ασθενών νοσοκομείου, φάνηκε ότι είναι ικανοποιημένοι συνολικά απ' την ιατρονοσηλευτική

φροντίδα, που αν το αντιπαραθέσουμε με την έλλειψη προσωπικού που προκύπτει από τις επισημάνσεις των ίδιων, τούτο επιτυγχάνεται από τις υπεράνθρωπες και φιλότιμες προσπάθειες όλου του προσωπικού. Η υψηλή ικανοποίηση για την τεχνική πλευρά της φροντίδας είναι δυνατό να αποδοθεί στην έλλειψη ειδικών γνώσεων ή στο φόβο των ασθενών λόγω της εξάρτησης απ' το προσωπικό.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες, οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και τις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο από την πληροφόρηση, την εκπαίδευση και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται σε βαθμιό στατιστικά πολύ σημαντικό με την αντίληψη που έχουν για τη σπουδαιότητα των ποικίλων διαδικασιών με τις οποίες αυτή εκφράζεται.

Τέλος, ερευνητικές προσπάθειες έδειξαν έλλειψη συσχετίσεων μεταξύ των αντιλήψεων των νοσηλευτών και των ασθενών και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει αποτύχει στο να διαμορφώσει σωστή γνώμη σχετικά με το ποιες παραμέτρους φροντίδας θεωρούν πιο σημαντικές και χρήσιμες οι ασθενείς. Οι νοσηλευτές οφείλουν να ακούνε προσεκτικά τι λένε οι ασθενείς, να το καταγράφουν και να προσπαθούν να επιλύσουν τα προβλήματα που παρουσιάζονται. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να έχει συνέχεια προκειμένου να διαμορφωθεί το μέτρο σύγκρισης και να γίνει δυνατή η αξιολόγηση των αλλαγών στην παροχή της φροντίδας.<sup>37,13,15,36</sup>

Για τη συμμετοχή του ασθενή στην διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας οι ερωτηθέντες κατά πλειοψηφία (73,4%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς συμμετέχουν μέτρια και λίγο. Επίσης, η άποψή τους αυτή σχετίζεται θετικά με την άποψη των νοσηλευτών/τριών για την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Δηλαδή οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι όσο περισσότερο συμμετέχει ο ασθενής στη διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας τόσο περισσότερο είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα αυτής.

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι ένας τρόπος να αυξήσουμε τη συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα του, αφού την προϋποθέτει, όπως και τη δυνατότητα επιλογής στη διαδικασία παροχής φροντίδας. Το ίδιο βέβαια ισχύει και στην πρωτοβάθμια νοσηλευτική. Κατά την άσκηση της Νοσηλευτικής Διεργασίας, Νοσηλευτής και ασθενής έχουν ξεχωρίσει τους ρόλους στο σχεδιασμό της φροντίδας που θα προνοηθεί και αποκαλυφθεί. Έτσι η αμοιβαιότητα των αναγνωρισμένων στόχων μπορεί να επιτευχθεί. Η εργασία είναι δυναμική και ο νοσηλευτής εμπλέκεται στη φροντίδα του αρρώστου, ενώ ο άρρωστος είναι ένας ενεργητικός μέτοχος.

Εξάλλου η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τον διάλογο, τη συμμετοχή και την ψυχοσωματική υποστήριξη. Ο σύμβουλος - νοσηλευτής σε ειδικές ομάδες ασθενών, όπως με διαταραχή της εικόνα του σώματος, είναι σε θέση να διδάξει τεχνικές και μεθόδους προσαρμογής και με την αξιοπρέπεια και άνευ όρων αποδοχή του ασθενούς διαβεβαιώνει ότι με τη βοήθειά του μπορεί να ξεπεράσει οποιοδήποτε πρόβλημα.

Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών ερευνών καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να γίνουν συνεργάτες και ενεργοί συμμετέχοντες στη φροντίδα που λαμβάνουν προκειμένου να εξασφαλίσουν την προαγωγή της υγείας τους και την αποτελεσματική πρόληψη της ασθένειάς τους.<sup>24,25,34,35,37</sup>

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών (76,3%) στην παρούσα έρευνα δεν πιστεύουν ότι ο χρόνος νοσηλείας είναι ο ενδεδειγμένος και ότι η διαδικασία χειρισμού του ασθενούς από την παραλαβή του μέχρι την έξοδό του ικανοποιεί μέτρια το νοσηλευτή και τον ασθενή. (80,4%).

Σε μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι οι ασθενείς είναι αρκετά επικριτικοί με το νοσηλευτικό προσωπικό και καταδεικνύουν ως δεύτερο πεδίο δυσαρέσκειας τη νοσηλευτική φροντίδα μετά τις λίστες αναμονής. Έτσι τονίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει πάψει πλέον να είναι τόσο αφοσιωμένο στον ασθενή όπως ήταν παλιότερα. Χαρακτηριστικά κάποιος αναφέρει «Λειτουργούν λες και σου κάνουν χάρη που σε νοσηλεύουν». Επίσης οι ασθενείς επισημαίνουν την έλλειψη προσωπικού η οποία έχει σοβαρότατες επιδράσεις στο χρόνο που αφιερώνουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς αλλά και γενικότερα στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται.

Η Carnebali έχει τονίσει το πρόβλημα : *«Ως νοσηλευτές, ερχόμαστε αντιμέτωποι με την πρόκληση να γνωρίζουμε τον κάθε ασθενή εντός περιορισμένου χρονικού περιθωρίου και μέχρις αυτού του συγκεκριμένου σημείου είναι δυνατό να αντιλαμβανόμαστε τις ανάγκες του και να ενεργούμε με σκοπό την ικανοποίησή του».*



Απαντήσεις σε έρευνα η δυσαρέσκεια των ασθενών όσον αφορά τη διάθεση χρόνου γι' αυτούς και την πληροφόρηση για τις θεραπευτικές διαδικασίες αποδίδεται στην έλλειψη προσωπικού, αλλά δεν πρέπει να παραβλέπουμε και τον παράγοντα αδιαφορία. Αυτός ήταν ένας από τους λόγους που ανάγκαζε τους επισκέπτες να μένουν κοντά στον ασθενή συγγενή τους σύμφωνα με άλλη έρευνα. Αν και μικρό το ποσοστό, πρέπει να προβληματίσει τους νοσηλευτές να αναζητήσουν τα αίτια και τους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος. Η αιτία της αδιαφορίας είναι πιθανό βέβαια να μην αφορά μόνο τους ίδιους αλλά και τις υπεύθυνες αρχές και υπηρεσίες που τους αναγκάζουν να εργάζονται κάτω από προβληματικές συνθήκες στρες με πολλές ελλείψεις συνεργατών αλλά και υλικοτεχνικής υποδομής, που τους οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση.

Εκφράσεις που πρέπει να αποφεύγει το νοσηλευτικό προσωπικό είναι οι εξής :

**Δεν ξέρουμε :** Οι ασθενείς προσμένουν απαντήσεις στα γεμάτα αγωνία και άγχος ερωτήματά τους. Ακόμη και αν δεν γνωρίζει ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει ότι θα προσπαθήσει να μάθει. Ο ασθενής εκτιμάει πολύ την ειλικρίνεια.

**Δεν μας ενδιαφέρει :** Οι ασθενείς κρίνουν πάντα έναν οργανισμό από την προθυμία που δείχνουν οι εργαζόμενοί του.

**Μην μας ενοχλείτε :** Η άφιξη του ασθενή πρέπει να συνοδεύεται με άμεση προσοχή και αναγνώριση, ειδάλλως η αρνητική εντύπωση δύσκολα ανατρέπεται.

**Δε σε συμπαθούμε :** Η γλώσσα του σώματος στέλνει μηνύματα στον ασθενή ότι δεν εκτιμάται.

**Δεν επιθυμούμε ασθενείς του «είδους σου» εδώ :** Άσχετα από κοινωνική τάξη, χρώμα, ενδυμασία και μόρφωση κάθε ασθενής αξίζει σεβασμό και προσοχή.

**Εμείς τα ξέρουμε όλα :** Η ενεργητική ακρόαση δείχνει ενδιαφέρον σε αντίθεση με την μονοπώληση των συζητήσεων.

**Εμείς έχουμε δίκαιο, εσύ άδικο :** Οι διαφωνίες με τον ασθενή δημιουργούν προβλήματα. Δεν έχει πάντα δίκαιο αλλά δεν πρέπει να του στερείται το δικαίωμα της αμφιβολίας.

**Κάνε γρήγορα ή περίμενε :** Για όλους ο χρόνος είναι πολύτιμος, ακόμη και για τον ασθενή.

Σύμφωνα με μελέτες, όταν κάποιος ήταν ευγενικός και εξηγούσε τις διαδικασίες, το κυρίαρχο συναίσθημα ήταν η συγκίνηση, ενώ όταν ήταν βιαστικός και μη επικοινωνιακός αυτό που κυριαρχούσε ήταν το συναίσθημα της παραμέλησης και της αγνόησης.

Ο δυσαρεστημένος ασθενής είναι πιθανό - ειδικά αν έχει τη δυνατότητα - να αναζητήσει άλλο οργανισμό για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του. Έπειτα μιλά σε μελλοντικούς πελάτες. Αποτελεί έτσι μια δυσφήμιση και αλλοιώνει την εικόνα και τη φήμη του οργανισμού. Από τη στιγμή που ο σκοπός ύπαρξης των νοσοκομείων είναι ο ασθενής, δεν μπορεί να αγνοείται. Έχει το δικαίωμα να εκφράζει την γνώμη του, που πολλές φορές αποτελεί το βαρόμετρο των ενεργειών που λαμβάνουν χώρα στον ευαίσθητο χώρο της υγείας.<sup>15,16,32,38,39</sup>

Η συντριπτική πλειοψηφία (92,8%) των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών ανεξάρτητα από το πεδίο εκπαίδευσής τους και την άποψη που έχουν για την επαγγελματική διαπίστευση, πιστεύουν ότι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις είναι δείκτης ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και ως πιο σημαντικός παράγοντας θεωρείται η έλλειψη γνώσεων, ακολουθεί ο φόρτος εργασίας, η ανεπάρκεια των προληπτικών μέτρων και η κακή τεχνική.

Η ανεπαρκής εκπαίδευση, επίβλεψη και ενημέρωση σχετικά με τη βασική υγιεινή είναι ένας σημαντικός συντελεστής της διασποράς των λοιμωδών νοσημάτων. Η διατήρηση των κατάλληλων συνθηκών υγιεινής, το επιμελές πλύσιμο των χεριών και η αλλαγή γαντιών σε κάθε επαφή με τον ασθενή είναι μέτρα που πρέπει να εφαρμόζονται από όλο το προσωπικό μέσα στο νοσοκομείο. Όταν είναι εφικτό, θα πρέπει να αποφεύγονται προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης λοιμώξεως όπως η διασωλήνωση και ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης. Εξίσου σημαντικό μέτρο είναι και η απομόνωση των ευαίσθητων και ανοσοκατασταλμένων ατόμων, καθώς και των ασθενών με λοιμώξεις που προκλήθηκαν από πολυανθεκτικά μικρόβια.

Για την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων οι Επιτροπές Ελέγχου Λοιμώξεων πρέπει να αναπτύξουν ένα σύστημα το οποίο θα εξασφαλίζει την εκπαίδευση των ασθενών, του προσωπικού και των επισκεπτών στη χρήση των τεχνικών απομόνωσης και την υπευθυνότητά τους για την προσκόλληση στις τεχνικές αυτές. Επίσης, θα πρέπει να γίνεται περιοδική εκτίμηση της προσκόλλησης στις

προφυλάξεις και να χρησιμοποιούνται τα ευρήματα για άμεσες βελτιώσεις.<sup>40,41</sup>

Επιπλέον, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (88,5%) ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσης, πιστεύει ότι οι κατακλίσεις είναι δείκτης κακής ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Αν και οι δείκτες κατάκλισης εξαρτώνται άμεσα από τη μεθοδολογία που ακολουθείται μάλλον υπάρχει αύξηση που πιθανόν αντανakλά την τεχνολογική πρόοδο και την ηλικιακή μεταβολή του πληθυσμού. Όλοι οι ηλικιωμένοι που νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα πρέπει να θεωρούνται εξ' ορισμού ασθενείς σε υψηλό κίνδυνο. Είναι όμως πολύ πιθανό, να αντανakλά και την υποβάθμιση του προβλήματος αυτού, από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από την μη ύπαρξη ενίσχυσης της διατροφής των ασθενών αυτών, παρ' όλο που η σχέση κατακλίσεων και θρέψης είναι διεθνώς αποδεδειγμένη. Η πρόληψη των κατακλίσεων θα περιορίσει και το κόστος χαμηλής ποιότητας που συνεπάγεται λόγω της παράτασης της παραμονής του ασθενή στο νοσοκομείο.

Σημαντικός είναι ο ρόλος της εκπαίδευσης, που δεν θα πρέπει να εστιάζει στις γνώσεις ή στις δεξιότητες, αλλά στην αλλαγή της στάσης του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο πρόβλημα καθώς και ο σχεδιασμός ερευνών που θα εστιάζουν στην αξιολόγηση αυτής της στάσης. Επίσης προτείνεται να γίνουν έρευνες στις οποίες να αξιολογείται η επίπτωση των κατακλίσεων για εκτίμηση των προγραμμάτων πρόληψης, που σε συνδυασμό με έρευνες

αξιολόγησης του κόστους θα αναδείξουν το πραγματικό μέγεθος του προβλήματος.<sup>42</sup>

Ένα όχι τόσο αμελητέο ποσοστό (63,9%) δηλώνει ότι τα ατυχήματα είναι αρκετά συχνά στο τμήμα που εργάζεται, ανεξάρτητα το νοσοκομείο, στο δυναμικό του οποίου ανήκουν.

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν και να είναι ικανοί στη χρήση συμβουλευτικής, ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και στήριξη στους ασθενείς και να είναι γνώστες των αναγκών συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

Η ανησυχία ενός παιδιού εξαιτίας του αποχωρισμού από τη μητέρα του μπορεί να ελαττώνεται αν επιτρέπεται στη μητέρα να παρευρίσκεται στο δωμάτιο αναισθησίας και στον χώρο ανάρρωσης.

Για ανάπηρους ασθενείς, πρέπει να τονίζονται οι μη λεκτικές μέθοδοι φροντίδας, και για ασθενείς έκτακτης ανάγκης και σοβαρά πάσχοντες ασθενείς, αν και πιθανόν να υπάρχει ελάχιστος χρόνος για επικοινωνία, το προσωπικό μπορεί ακόμη να επιδεικνύει το ενδιαφέρον του με καθησυχαστικές λέξεις.

Ο ασθενής ο οποίος διατηρεί τις αισθήσεις του με την άφιξή του στο χειρουργείο δεν θα πρέπει ποτέ να αφήνεται μόνος, καθώς η παρουσία ενός ικανού νοσηλευτή ο οποίος ενδιαφέρεται πραγματικά μπορεί να προσφέρει πολλά στην ανακούφιση των συναισθημάτων φόβου και μοναξιάς σε ένα νέο, άγνωστο χώρο.

Τέλος ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολλαπλός και κυρίως συμβουλευτικός - υποστηρικτικός - μεσολαβητικός. Έτσι, έχοντας τα εφόδια (γνώση, πείρα) καλείται να αντιμετωπίσει κάθε καταστροφική συμπεριφορά που εκδηλώνεται, συμβάλλοντας στην

προστασία και του εαυτού του αλλά και του συνόλου των νοσηλευόμενων, προάγοντας παράλληλα την ποιοτική παροχή εξατομικευμένης φροντίδας.<sup>43,44,45,46</sup>

Αρκετό και καθόλου επαρκές αναφέρει το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (93,9%) ότι είναι το υλικό και ο εξοπλισμός στο τμήμα που εργάζονται, ενώ η πλειοψηφία (67%) θεωρεί ότι το φυσικό περιβάλλον του τμήματος δεν τους προδιαθέτει για ευχάριστη εργασία. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνει και τον συνεχή περιορισμό των διαθέσιμων πόρων για παροχή φροντίδας υγείας λόγω της ανοδικής πορείας του κόστους.

Προβλήματα σχετικά με την υπολειτουργία και την ανεπάρκεια των οργανωτικών και λειτουργικών δομών του συστήματος υγείας προκαλούν ανυπέρβλητα εμπόδια στην εφαρμογή μηχανισμών ελέγχου ποιότητας. Τα κυριότερα από αυτά αφορούν : την ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού, την έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού, ξενοδοχειακού εξοπλισμού, την κακή συντήρηση των κτιριακών νοσοκομειακών μονάδων, άλλο υγειονομικό και λοιπό υλικό καθώς και πληθώρα λειτουργικών θεμάτων.

Σύμφωνα με τον Leebon οι ασθενείς κρίνουν την τεχνική και ιατρική ικανότητα ενός οργανισμού από το φυσικό περιβάλλον και τις ευκολίες που διαθέτει, ώστε να τίθεται το ερώτημα : «αν η τηλεόραση δεν δουλεύει, γιατί ο τομογράφος να είναι αξιόπιστος;» Οι νοσηλευτές καλούνται να συμμετάσχουν στις αποφάσεις για τη βελτίωση και τον έλεγχο της υποδομής των υπηρεσιών υγείας καθώς και τη δημιουργία συνθηκών για την ηλεκτρονική επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφοριών. Το νοσηλευτικό προσωπικό πιστεύει ότι η

σωστή χρήση της τεχνολογίας θα επιφέρει σημαντική εξέλιξη στη νοσηλευτική και οι επιπτώσεις θα είναι θετικές για τους ασθενείς αλλά και για τους ίδιους. Σύμφωνα με αυτά τα συμπεράσματα προτείνουμε :

- Το κράτος να μεριμνήσει ώστε να εγκατασταθούν ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα στα νοσοκομεία, όπως ακριβώς συμβαίνει σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τον σχεδιασμό των ηλεκτρονικών ιατρο-νοσηλευτικών φακέλων, η δημιουργία των οποίων θα αποτελέσει βάση προτυποποίησης και ανάδειξης των δεικτών ποιότητας.

- Καλλιέργεια πνεύματος περιορισμού των εξόδων για μείωση του κόστους.<sup>36,47,48</sup>

Το πιθανό αντιθεραπευτικό αποτέλεσμα των νοσοκομείων έχει αναγνωρισθεί. Τα νοσοκομεία αναφέρονται συχνά και ίσως είναι απειλητικά και απάνθρωπα περιβάλλοντα. Επιπλέον, το γενικό επίπεδο του ηθικού που διαχέεται στο νοσοκομείο και τα τμήματα, μπορεί να έχει σοβαρές και ανεπιθύμητες επιδράσεις τόσο στους ασθενείς, όσο και στο προσωπικό.

Ο προϊστάμενος θα πρέπει να είναι ενθουσιώδης γιατί ο ενθουσιασμός είναι μεταδοτικός, να έχει αίσθηση του χιούμορ και επίσης οφείλει να δημιουργεί ανθρώπινη ατμόσφαιρα στο τμήμα γιατί αυτό επιτρέπει στον ίδιο αλλά και στους συνεργάτες του να λειτουργούν αποτελεσματικότερα.

Σήμερα, στα περισσότερα νοσοκομεία, η διατροφή, η καθαριότητα και ο θόρυβος δεν είναι ευθύνη αποκλειστικά των νοσηλευτών, αλλά κυρίως της διοικητικής υπηρεσίας, στην οποία

υπάγονται οι εργαζόμενοι στους τομείς αυτούς. Είναι όμως επαγγελματική ευθύνη η επίβλεψη για την καθαριότητα των χώρων για την ποιότητα του φαγητού και τον θόρυβο. Οι συζητήσεις δεν πρέπει να γίνονται με δυνατή φωνή και τα δυνατά φώτα, οι ήχοι των μηχανημάτων και των τηλεφώνων να περιορίζονται, ειδικά το βράδυ.

Τέλος, σε έρευνα ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών νοσοκομείου, οι περισσότερες από τις προτάσεις - σχόλια των ίδιων, αναφέρονται στην δομή της νοσηλευτικής μονάδας όπως : Αποπεράτωση κτιρίου και βελτίωση εξοπλισμού, όχι ράντζα και κατανομή με κριτήρια, σεβασμός ωρών ησυχίας από όλους, κλιματισμός, καλύτερη υγιεινή θαλάμου - τουαλέτας, τήρηση ωρών επισκεπτηρίου, μουσική στα δωμάτια, πλουσιότερο πρωινό κ.α.<sup>15,35,36,38,49</sup>

Η συντριπτική πλειοψηφία (94,8%) πιστεύει ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με την μειωμένη ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και ως πιο σημαντικός παράγοντας θεωρείται η επαγγελματική κόπωση. Ακολουθεί η οικονομική ανικανοποίηση η απουσία επανατροφοδότησης της γνώσης, η αδυναμία επιλογής αδειών, ανεξαρτησίας και αυτόνομης βούλησης, η έλλειψη ηθικής επιβράβευσης και ποιότητας εναλλαγών.

Έντονες ελλείψεις και κενά διαπιστώνονται όσον αφορά στον σωστό σχεδιασμό της εργασίας, στην παρακολούθηση των διαδικασιών, στον έλεγχο του αποτελέσματος και, τέλος, στην κατοχύρωση ξεκάθαρων και αυτόνομων νοσηλευτικών διαδικασιών.



Η επαγγελματική εξουθένωση, όπως και η αδυναμία επιλογής αδειών, φαίνεται να είναι παράγοντες που ευνοούν τις παραιτήσεις του προσωπικού, τις συχνές αργοπορίες και απουσίες από την εργασία και την χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παράλληλα, αυξημένα φαίνεται να είναι τα επίπεδα μη ικανοποίησης απ' την εργασία, ενώ αντίθετα διαπιστώνονται μειωμένα επίπεδα συμμετοχής των εργαζομένων στις δραστηριότητες της υπηρεσίας. Η ανάπτυξη αρνητικής στάσης του εργαζόμενου απέναντι στους χρήστες της φροντίδας υγείας και τον ίδιο τον οργανισμό αναφέρεται συχνά από τους ερευνητές. Στη Μ. Βρετανία ερευνήθηκε η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και παραιτήσεων, καθώς και επαγγελματικής εξουθένωσης και απουσιών μεταξύ των νοσηλευτών. Βρέθηκε ότι στην πραγματικότητα η παραίτηση των νοσηλευτών σχετιζόταν με μέτρια επίπεδα αποπροσωποίησης, ενώ δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση των παραιτήσεων τόσο με την συναισθηματική εξάντληση όσο και με τα μειωμένα αισθήματα προσωπικών επιτευγμάτων.

Το νοσηλευτικό επάγγελμα διακατέχεται κυρίως από παθητικό - αμυντικό στιλ, ενώ πολύ συχνά προωθείται το ανταγωνιστικό και ουμανιστικό στιλ. Αρκετά συχνά βλέπουμε νοσηλευτές προβληματισμένους, αδιάφορους, χωρίς ενδιαφέρονται και κίνητρα και με χαμηλό βαθμό αυτοπεποίθησης. Η σύγχρονη διοικητική σκέψη προσπαθεί να εξαλείψει τέτοιες εικόνες και καλείται να δώσει λύση σε προβλήματα που σχετίζονται με την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των εργαζομένων, καθώς και με την ανία, την απάθεια, την κινητικότητα, τις απουσίες και τη χαμηλή ποιότητα.

Από τα αποτελέσματα μελέτης προκύπτει ότι χρησιμοποιείται μια ποικιλία στρατηγικών διαχείρισης του εργασιακού στρες, όπως η εστίαση στο πρόβλημα, η κοινωνική στήριξη, η απόσυρση, η μεταστροφή, η άρνηση. Ιδιαίτερη θετικό είναι το αποτέλεσμα ότι η συντριπτική πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού ελέγχει το εργασιακό στρες. Ωστόσο, υπάρχουν στατιστικά διαφορές ανάλογα με το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και τον τόπο διαμονής.

Δεν υπάρχει στην πραγματικότητα στρατηγική διαχείρισης που να είναι αποτελεσματική από μόνη της και είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός παρεμβάσεων στον εργασιακό χώρο του νοσηλευτικού προσωπικού για την αποτελεσματικότερη διαχείριση του εργασιακού άγχους. Ως μέθοδο αντιμετώπισης φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης και έλλειψης ικανοποίησης μέσα από την εργασία, η διεθνής βιβλιογραφία εστιάζεται στον σωστό σχεδιασμό εργασίας και στην υποκίνηση του προσωπικού.

Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η πλειονότητα του νοσηλευτικού προσωπικού επιθυμεί την αλλαγή επαγγέλματος, αποδίδοντας τα αίτια στην κόπωση, στις ανεπαρκείς, όπως θεωρούν οικονομικές απολαβές, και στις ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Εκείνοι που θα αποφάσιζαν να αλλάξουν πιο εύκολα επάγγελμα είναι οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη προϋπηρεσία.

Επίσης, στην ποιοτική τεκμηρίωση της έρευνας για τον ποσοτικό και ποιοτικό προσδιορισμό του νοσηλευτικού δυναμικού αναφέρονται η οριοθέτηση νοσηλευτικού ωραρίου - βάρδιας - και διαρροές που οφείλονται στην κοινωνική απαξίωση του

επαγγέλματος, στον φόρτο εργασίας, στην έλλειψη κινήτρων και στη διεθνή απαξίωση των πτυχίων.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (99%) πίστευε ότι το επάγγελμα του νοσηλευτή μπορεί να έχει επίδραση σε πολλούς ανθρώπους ανάλογα με το πόσο καλά και σωστά γίνεται και το 79% θεωρούσε ότι νοσηλευτικό επάγγελμα ανήκει στα σημαντικότερα κοινωνικά επαγγέλματα.

Το 53,3% των νοσηλευτών υποστήριζε ότι η εργασία τους δεν τους παρέχει ποικιλία εναλλαγών και σημείωσε την απουσία επανατροφοδότησης εξαιτίας της έλλειψης συστημάτων ελέγχου και οργάνωσης.

Επίσης, η πλειονότητα των νοσηλευτών υποστήριζε ότι δεν παρέχεται η δυνατότητα για ανεξαρτησία και ελευθερία στον τρόπο που κάνουν τη δουλειά τους και στον τρόπο που ενεργούν.

Το 60% των νοσηλευτών ισχυριζόταν ότι καταφέρνει να ολοκληρώσει τη δουλειά που ξεκινάει ενώ ένα μικρό ποσοστό έδινε έμφαση στην αδυναμία προγραμματισμού της εργασίας λόγω της φύσης του επαγγέλματος.

Το 64% σημείωσε την έλλειψη οργάνωσης εργασίας ως ανασταλτικό παράγοντα προκειμένου να παρακολουθούνται οι εξελίξεις και η πορεία των ενεργειών από την εκκίνηση έως την ολοκλήρωσή τους.

Η χρησιμοποίηση της νοσηλευτικής διεργασίας μετατρέπει το νοσηλευτή σε ένα επαγγελματία με αυτονομία και ανεξαρτησία στη δράση, και με το γιατρό συνεργάτη. Η σχεδίαση της νοσηλευτικής φροντίδας είναι συναρπαστική πρόκληση και εμπειρία, που

ανταμείβει το άτομο που την παρέχει, όταν βλέπει τα θετικά αποτελέσματα των προσπαθειών του.

Προκειμένου να αυξηθεί η ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους, προτείνονται τα παρακάτω :

- Το Υπουργείο Υγείας, να προβεί στην πρόσληψη προσωπικού, ώστε να καλυφθούν οι κενές θέσεις και να μειωθεί ο φόρτος εργασίας, να ικανοποιήσει οικονομικά τους νοσηλευτές, όπως συμβαίνει και σε άλλες χώρες της Ε.Ε. με σκοπό την προσέλκυσή τους και την παραμονή τους στο μάχιμο νοσηλευτικό επάγγελμα, το οποίο ομολογουμένως, είναι πολύ κουραστικό και να δοθούν όσο το δυνατόν περισσότερα κίνητρα για τους νοσηλευτές.
- Ανάθεση καθηκόντων που να απαιτούν περισσότερες δεξιότητες, παρότρυνση για λήψη αποφάσεων και πρωτοβουλιών και καλλιέργεια συναισθήματος πραγματοποίησης του καθήκοντος.
- Ολοκλήρωση συγκεκριμένης εργασίας σε προκαθορισμένο χρόνο (ανάπτυξη χρονοδιαγράμματος).
- Καθιέρωση συστήματος ανατροφοδότησης από τους υπεύθυνους, με άμεση και αντικειμενική πληροφόρηση του νοσηλευτή για την αποδοτικότητά του.
- Να αναπτυχθούν από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού μηχανισμοί άμυνας, ώστε να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά στην εργασία τους και να διατηρούν την ψυχική και σωματική υγεία τους.
- Προσπάθεια από πλευράς της διοίκησης προκειμένου να κατανοήσει ο νοσηλευτής τη σπουδαιότητα της εργασίας του.

- Οι νοσηλευτές και οι νοσηλευτικές διοικήσεις να φροντίζουν για τη βελτίωση του περιβάλλοντος εργασίας μέσω :

- Της ισότιμης ανάπτυξης δραστηριοτήτων μεταξύ του προσωπικού, με σκοπό την αύξηση του ενδιαφέροντος και της συνεργασίας.
- Της δημιουργίας υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, ομάδων υποστήριξης και η εισαγωγή ατομικής συμβουλευτικής στο χώρο της εργασίας.
- Του σαφούς καθορισμού του ρόλου των νοσηλευτών.
- Της ανάπτυξης ευχάριστου φυσικού εργασιακού περιβάλλοντος.<sup>31,34,35,50,51,52,53</sup>

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών (88,5%) πιστεύουν ότι η επαγγελματική διαπίστευση (εκπαίδευση) εξασφαλίζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων πιστεύει ότι τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης είναι απαραίτητα σε όλους. (96,9%)

Οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για την άρτια βασική εκπαίδευσή τους και τη συνεχή επιμόρφωση, τη διατήρηση, τον εκσυγχρονισμό και την τελειοποίηση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων, μεθόδων και εφαρμογών καθώς έχει ιδιαίτερη σημασία η διαθεσιμότητα ενός κατάλληλα εκπαιδευμένου νοσηλευτικού δυναμικού, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στη δυναμική φύση της υγείας, στην πρόοδο και στις συνεχείς ανάγκες αλλαγής και προσαρμογής στις νέες τάσεις.

Οι ανάγκες υγείας μπορούν να ελέγχονται με μέτρα πρόληψης και διασταυρούμενες πρωτοβουλίες δράσης, δεδομένα που απαιτούν

τη συμμετοχή και την κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στην Κοινωνική Νοσηλευτική.

Στα πλαίσια της ανάπτυξης του σύγχρονου σχεδιασμού για την Υγεία στην Ελλάδα, οι νοσηλευτές καλούνται να συμμετάσχουν μέσα από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο στη διαμόρφωση νέων ρόλων και εφαρμογών. Σε επίπεδο αποκεντρωμένων μονάδων υπάρχει η δυνατότητα της διεξαγωγής των μαθημάτων ειδικότητας από επιλεγμένους εκπαιδευτές και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των νοσοκομείων αυτοτελώς. Σε τοπικό επίπεδο παρέχεται η δυνατότητα - ισότιμα με τις άλλες υπηρεσίες - της υποβολής προτάσεων επαγγελματικής κατάρτισης και σύστασης στα νοσοκομεία άνω των 400 κλινών αυτοτελών τμημάτων εκπαίδευσης ποιότητας και έρευνας για τον καλύτερο συντονισμό του εκπαιδευτικού έργου. Σε περιφερειακό επίπεδο δίνεται η δυνατότητα σύστασης στα τμήματα εκπαίδευσης κοινού γραφείου για την νοσηλευτική και την ιατρική. Η πραγματικότητα αυτή αποτελεί πρόκληση για την νοσηλευτική και την ιδιαίτερα αργή αλλαγή της κουλτούρας των εργαζομένων που αντιλαμβάνομαι σταδιακά τη σημασία της διαρκούς εκπαίδευσης για την τεκμηρίωση των πράξεών τους και για την ανάδειξη της επιστημονικότητας του έργου τους.

Τα ευρήματα έρευνας δείχνουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα στα υπό μελέτη νοσηλευτικά τμήματα ήταν τεχνικού τύπου και προσανατολισμένη στη θεραπεία της αρρώστιας μάλλον, παρά στην φροντίδα του ανθρώπου, ενώ η κοινωνικοποίηση των σπουδαστών

γινόταν σ' ένα τεχνικό ρόλο μακριά από τον άρρωστο. Αναμφισβήτητα, τόσο οι σπουδαστές, όσο και οι κλινικοί καθηγητές και οι προϊστάμενες, εκδήλωσαν κάποια επιθυμία παροχής ψυχοκοινωνικής φροντίδας στον άρρωστο. Το γεγονός όμως ότι οι αναφορές στην εξατομικευμένη και ολιστική φροντίδα και τη νοσηλευτική διεργασία ήταν συγκριτικά πολύ λίγες δείχνει ότι δεν γνωρίζουν με ποιο τρόπο η νοσηλευτική θα μπορούσε να δοθεί επιστημονικά για την κάλυψη και αυτών των αναγκών. Είναι απαραίτητη λοιπόν η αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης για οργάνωση και παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας με επιστημονικό τρόπο, με άσκηση των σπουδαστών στη νοσηλευτική διεργασία, την πρωτοβάθμια νοσηλευτική και στην ολιστική φροντίδα του αρρώστου μέσω και της ανάπτυξης των δεξιοτήτων του νοσηλευτικού διαλόγου, της παρατήρησης, της νοσηλευτικής έρευνας και της διδακτικής τέχνης.

Αισιόδοξα είναι τα στοιχεία της τελευταίας τριετίας (2000, 2001, 2002) τα οποία δείχνουν μια έκρηξη ενδιαφέροντος για τη νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα.

Η δυσφορία του νοσηλευτικού δυναμικού από την υπερφόρτωση καθηκόντων, η παρακολούθηση περιστατικών που χρειάζονται αυξημένη φροντίδα λόγω μείωσης της μέσης διάρκειας νοσηλείας και η έλλειψη επιμόρφωσης των νοσηλευτών, λόγω έλλειψης χρόνου, έχουν επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Γενική παρατήρηση αποτελεί ότι οι συνεχείς αλλαγές της επιστήμης και της τεχνολογίας έχουν διαμορφώσει ένα σύνθετο ρόλο

στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι ανάγκες της νοσηλευτικής εκπαίδευσης εστιάζονται στην παροχή κατάλληλης συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ιδιαίτερα στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την επεξεργασία και επίλυση υψηλού επιπέδου προβλημάτων.

Για την προτυποποίηση της νοσηλευτικής στελέχωσης στις Μ.Ε.Θ. στην Ελλάδα πρέπει να ληφθεί υπόψη η κλινική βαρύτητα των ασθενών, καθώς επίσης και το επίπεδο εκπαίδευσης που πρέπει να έχει το νοσηλευτικό προσωπικό ώστε να ανταποκρίνεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα όμως και με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων (96,9%) τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης, είναι απαραίτητα σε όλους. Αυτό φαίνεται και σε έρευνα όπου διαπιστώθηκε μεγάλη άγνοια αναφορικά με τη νέα τεχνολογία στα ελληνικά νοσοκομεία. Η ευαισθητοποίηση και η αναζήτηση ευκαιριών για επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού στις νέες τεχνολογίες θα βοηθήσει στην αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας στους συνανθρώπους μας.

Για όλους τους νοσηλευτές αποτελεί πρόκληση η βελτίωση των γνώσεων και της εξειδικευμένης φροντίδας την οποία θα παρέχουμε στους χρήστες των υπηρεσιών φροντίδας, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των χρηστών, αλλά και τη δική μας επαγγελματική καταξίωση και ικανοποίηση.

Από τα συμπεράσματά μας προκύπτουν οι παρακάτω προτάσεις:

- Το Υπουργείο Υγείας να προβεί στην κάλυψη σημαντικών ελλείψεων του νοσηλευτικού δυναμικού που οδηγούν σε αδυναμία



συμμετοχής σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ανεπαρκή εκπαίδευση του νέου προσωπικού, με άμεση επίπτωση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και να ορίσει καθηκοντολόγιο σε συνεργασία με τους νοσηλευτικούς φορείς, με σκοπό οι άρτια καταρτισμένοι και υπεύθυνοι νοσηλευτές να ασχολούνται αποκλειστικά και μόνο με τους ασθενείς και όχι με τις γραφικές εργασίες οι οποίες απαιτούν αρκετό χρόνο.

- Ανάπτυξη ενιαίας εκπαιδευτικής βάσης για τη νοσηλευτική φροντίδα και αναγνώριση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, εξειδίκευσης και εργασίας σε εθνικό και διακρατικό επίπεδο, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.

-Κάλυψη απουσιών και δυνατότητα συμμετοχής σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ημερίδες, σεμινάρια.

- Διαμόρφωση κατάλληλων προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ανάλογα με τις ανάγκες των νοσοκομείων.

- Το Υπουργείο Παιδείας να μεριμνήσει για την εκμάθηση της πληροφορικής επιστήμης και της τηλενοσηλευτικής στους φοιτητές των σχολών της νοσηλευτικής.

- Τα νοσηλευτήρια στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης να οργανώνουν σεμινάρια κατάρτισης για τη χρήση των υπολογιστών, της τηλενοσηλευτικής, της τηλεϋγείας κ.ά. έτσι ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό να μπορεί να βοηθήσει και διαμέσου της νέας τεχνολογίας, ως απαραίτητο διοικητικό και επιστημονικό εργαλείο και ως μέσο επικοινωνίας με τον ασθενή, στην πρόοδο και τη βελτίωση της ποιότητας παροχής φροντίδας στους ασθενείς, στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα.

- Αποτελεσματική διαχείριση του πρόσφατα αυξημένου ενδιαφέροντος για τη νοσηλευτική εκπαίδευση (κίνητρα προσέλκυσης και απορρόφησης νέων νοσηλευτών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας στο σύστημα υγείας της χώρας).<sup>21,31,35,38,47,48,54</sup>

Στις οργανωτικές ικανότητες της/του προϊσταμένης/ου (44,3%) και στο σωστό καταμερισμό της εργασίας (25,8%) αναδίδει η πλειοψηφία των ερωτηθέντων τον καλό συντονισμό του νοσηλευτικού προσωπικού ανεξάρτητα με το αν πιστεύουν ότι η μερική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σχετίζεται με τη μειωμένη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Η απόδοση των νοσηλευτών στην εργασία τους και η ικανοποίηση των αναγκών τους από αυτήν έχουν σχέση αφενός με το περιεχόμενο και τη φύση του επαγγέλματος και αφετέρου με τον σχεδιασμό και την οργάνωση της εργασίας.

Σχεδιασμός μιας εργασίας είναι ο τρόπος με τον οποίο τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις συνδυάζονται για να σχηματίσουν μια ολοκληρωμένη και με νόημα εργασία. με άλλα λόγια, είναι η οργάνωση της εργασίας με τέτοιο τρόπο, ώστε να εκπληρώνονται οι τεχνικές και οργανωτικές απαιτήσεις της δουλειάς παράλληλα με τις ανθρώπινες ανάγκες των ατόμων που πραγματοποιούν τη συγκεκριμένη εργασία.

Είναι αδύνατον να υπάρξει αποτελεσματικός προγραμματισμός χωρίς να υπάρχουν καλές σχέσεις προϊσταμένου - υφισταμένων. Οι νοσηλευτές συνδέουν τις ικανότητες καλής επικοινωνίας του προϊσταμένου τους με την ικανοποίησή τους από την εργασία και την

αφοσίωσή τους στο τμήμα. Σημαντική είναι και ενίσχυση του ηθικού των εργαζομένων μέσω της ηθικής επιβράβευσης του προϊσταμένου όταν χρειάζεται.

Ο προϊστάμενος χρειάζεται να προλαμβάνει προβλήματα και δυσκολίες που απορρέουν από συγκρούσεις, αδυναμία επίλυσης προβλημάτων, αδυναμία γνώσης των εργασιακών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη συμπεριφορά των εργαζομένων. Είναι ανάγκη να αναγνωρίζει, να εκτιμά και να διαχειρίζεται καταστάσεις που απειλούν τη διαταραχή του θετικού κλίματος στον εργασιακό χώρο.

Μία από τις σημαντικότερες αλλαγές στον εργασιακό χώρο είναι και η έμφαση η οποία δίνεται σε διεθνές επίπεδο στην εκπαιδευτική προετοιμασία των νοσηλευτικών στελεχών, ώστε να αναλάβουν το ρόλο του προϊσταμένου νοσηλευτικού τμήματος. Στο παρελθόν, η κατοχή επαγγελματικής εμπειρίας φαινόταν να έχει κυρίαρχη θέση στη διαδικασία της προπαρασκευής για την άσκηση των καθηκόντων του προϊσταμένου. Αντίθετα, τώρα διαφαίνεται η ανάγκη συμπλήρωσης της επαγγελματικής εμπειρίας με την απόκτηση προηγμένων γνώσεων διοίκησης.

Ο προϊστάμενος χρησιμοποιεί διάφορους τρόπους και μέσα για να βελτιώσει την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και το επίπεδο των γνώσεων του προσωπικού και εφαρμόζει τις αρχές της διοίκησης οι οποίες προάγουν την παραγωγικότητα.

Τα απαραίτητα προσόντα του προϊσταμένου είναι :

- 1) Επαγγελματική κατάρτιση.
- 2) Γνώσεις.
- 3) Εμπειρία.

Οι γνώσεις θα πρέπει να αφορούν στη μέθοδο εργασίας που πρέπει να ακολουθήσει και στις βασικές λειτουργίες της διοίκησης.

Επιπλέον, τα ατομικά χαρακτηριστικά τα οποία θα πρέπει να έχει ο προϊστάμενος συνίστανται στα εξής :

- Ευρύτητα γνώσεων και αντιλήψεων.
- Διορατικότητα - Φαντασία.
- Αυτοπεποίθηση.
- Ενθουσιασμό - Αίσθηση του χιούμορ.
- Ερευνητικό πνεύμα.
- Ικανότητα για επιτυχή επικοινωνία.
- Ικανότητα λήψης αποφάσεων.
- Αποδοτικότητα.
- Ηγετική συμπεριφορά.

Όπως προκύπτει από τα προαναφερόμενα, ο προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ομαλή λειτουργία του νοσηλευτικού τμήματος. Για να μπορέσει να ανταποκριθεί με επιτυχία στο ρόλο του είναι ανάγκη να έχει βαθιά γνώση των αρχών της διοίκησης. Όμως, η γνώση δεν θα πρέπει να περιορίζεται σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά αντίθετα, θα πρέπει να συμπληρώνεται και από την ικανότητα εφαρμογής των αρχών της διοίκησης στην καθημερινή πράξη.

Τέλος, η ιδέα της οργανωσιακής κουλτούρας είναι ασαφής αλλά ταυτόχρονα δυναμική. Σήμερα εξαιτίας των μειωμένων οικονομικών πόρων, της έλλειψης προσωπικού και της απαίτησης των πελατών για παροχή ποιοτικής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, οι ανώτεροι ιεραρχικά προσπαθούν να επιδείξουν την εσωτερική

οργανωσιακή τους κουλτούρα, δηλ. προτεραιότητα στη δράση, παραγωγικότητα μέσω των ατόμων, εμμονή στην εξειδίκευση, απλή οργανωτική δομή και ευέλικτη ηγεσία.

Η συνειδητοποίηση των υπονοούμενων δυνάμεων μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της συμπεριφοράς του προσωπικού, να αναγνωρίσει τις απαιτούμενες οργανωτικές αλλαγές και να βοηθήσει στην ανάπτυξη και την αύξηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας όσον αφορά στη λειτουργία του οργανισμού.<sup>49,50,55</sup>

Από τα συμπεράσματα της έρευνας προκύπτουν και οι εξής προτάσεις :

- Οι σχολές της Νοσηλευτικής να προωθούν τις ερευνητικές εργασίες μέσα απ' τις οποίες προκύπτουν συνεχώς νέα στοιχεία που θα συμβάλλουν στην εξέλιξη της νοσηλευτικής επιστήμης και στην βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας.
- Η ανάπτυξη ενός ενιαίου εθνικού πλαισίου πολιτικής για τη νοσηλευτική φροντίδα με διαρκή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και ενός κατάλληλου συστήματος διαχείρισης, ευαίσθητου στις επίκαιρες νοσηλευτικές ανάγκες και ευέλικτου στις αναγκαίες αλλαγές, με σκοπό την ανάπτυξη επαγγελματισμού στην καθημερινή νοσηλευτική πράξη.
- Οι προτάσεις που προέκυψαν αναφορικά με την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, την εκπαίδευσή του και τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας.<sup>32,50,51,53</sup>

- Ανεξάρτητο τμήμα Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σε επίπεδο Υπουργείου Υγείας. Τη δημιουργία του καθιστούν απαραίτητη οι εξής λόγοι :

- Η Νοσηλευτική είναι αυτοτελής και αυθύπαρκτη επιστήμη, λειτούργημα και επάγγελμα.
- Η Νοσηλευτική αποτελεί τη μεγαλύτερη ομάδα ανθρώπινου δυναμικού που ασχολείται στις υπηρεσίες υγείας κάθε χώρας.
- Ένας προσοντούχος νοσηλευτής/τρια με την κατάλληλη εμπειρία προΐσταται του τμήματος κι αναφέρεται απ' ευθείας στο Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, ενώ το τμήμα στελεχώνεται από νοσηλευτές οι οποίοι προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων της Νοσηλευτικής.
- Το Τμήμα Νοσηλευτικών Υπηρεσιών θεωρείται σαν ο πιο αποτελεσματικός τύπος διοίκησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο.
- Εφαρμόζει την νοσηλευτική πολιτική, είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την ανάπτυξη των νοσηλευτών, για την διαμόρφωση επαγγελματικών προτύπων και πρωτοκόλλων και την εφαρμογή ελέγχου και διασφάλιση της ποιότητας, αναπτύσσοντας τον επαγγελματισμό σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής.
- Η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών επιτυγχάνεται με τον κατάλληλο σχεδιασμό, τον έγκαιρο προγραμματισμό και την συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση της λειτουργίας των υπηρεσιών που προσφέρονται, με : την έγκαιρη διακρίβωση των αναγκών σε Νοσηλευτικό προσωπικό, την ορθολογιστική στελέχωση, τον καθορισμό κατευθυντήριων

γραμμών σχετικά με την εκπαίδευση και των προϋποθέσεων για  
συνεχή επιμόρφωση και εξειδικεύσεις, την προαγωγή νοσηλευτικής  
έρευνας κ.α.<sup>31,48,56</sup>

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

*Η ποιότητα δεν επιβάλλεται  
προκύπτει ως απαίτηση του ευαισθητοποιημένου  
πελάτη και ως συνειδητή επιλογή του κατασκευαστή  
του προϊόντος ή του παρόντος την υπηρεσία.  
Η καλύτερη υποδομή για την ποιότητα μας χώρας είναι  
η κουλτούρα για την ποιότητα που έχει ο λαός της.*

Κάθε επίπεδο των υπηρεσιών υγείας έχει την ευθύνη για την ανάπτυξη της ποιότητας. Σε εθνικό επίπεδο, οι υγειονομικές αρχές είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη και την εφαρμογή μιας εθνικής πολιτικής για την βελτίωση της ποιότητας. Αυτές οι υπευθυνότητες συμπεριλαμβάνουν την έρευνα, τον προσδιορισμό εθνικών πολιτικών υγείας και στόχων ποιότητας, τον συντονισμό σε εθνικό επίπεδο, τη δημιουργία βάσεων δεδομένων, κατάλληλους μηχανισμούς εξασφάλισης - πληροφόρησης, νομοθεσία, feed-back. Σε τοπικό επίπεδο, οι υγειονομικές αρχές οφείλουν να εγκαταστήσουν στόχους και στρατηγικές στον υγειονομικό σχεδιασμό για την περιφέρεια και επαρκείς βάσεις δεδομένων, να ενθαρρύνουν μέσω κινήτρων τους εργαζομένους και να διευκολύνουν την συνεργασία στην περιφέρεια.

Η δημιουργία του κατάλληλου οικονομικού, τεχνικού, οργανωτικού και πολιτιστικού περιβάλλοντος για την ανάπτυξη εκ μέρους των επιχειρήσεων και των οργανισμών της ποιότητας που θα βελτιώσει την απόδοσή τους θα ενισχύσει την ανταγωνιστικότητα της



εθνικής οικονομίας και θα συμβάλλει στην ποιότητα της ζωής των πολιτών.

Σοβαρές ανησυχίες για βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας εκδηλώνονται σχεδόν απ' όλες τις χώρες. Στην Ελλάδα, χώρα Ευρωπαϊκή, παρά την αμφισβήτηση βελτίωση που παρουσιάζει σε ευαίσθητους δείκτες υγείας όπως βρεφική και μητρική θνησιμότητα, αλλά και τη γενικότερη βελτίωση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου της ζωής, δε φαίνεται προς το παρόν να γίνονται σοβαρές προσπάθειες προς την κατεύθυνση της εκτίμησης και διασφάλισης της ποιότητας.

Ειδικότερα, στην εποχή μας που η οικονομική κρίση επιδεινώνεται, η ανεργία αυξάνει, οι αντιπαραθέσεις μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων οξύνονται και οι απαιτήσεις βρίσκονται σε αναντιστοιχεία με τις υποχρεώσεις, όλα τα παραπάνω δεν μας επιτρέπουν να αισιοδοξούμε ότι γρήγορα θα εφαρμοστούν προγράμματα αξιολόγησης και συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όμως, παρά την αναμφισβήτητη ύπαρξη των χρόνιων και πιεστικών προβλημάτων, είναι ανάγκη να καθορίσουμε το επίπεδο της ποιότητας και να το βελτιώνουμε συνεχώς. Αν δεν το πράξουμε μόνοι μας, θα μας το επιβάλλουν άλλοι και τότε θα είναι αργά.<sup>4,5,6</sup>

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Νοσηλευτική 3, 288-294, 2002. Ελένη Λαχανά, Ευαγγελία Κοτρώτσιου. Διαφοροποίηση και διασφάλιση της ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας.
2. Νοσηλευτική 4, 189-196, 1993. Χρυσάνθη Δ. Πλατή. Εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας : παλαιά και νέα πρόκληση.
3. <http://www.qualitynet.gr>
4. <http://www.utoria.duth.gr/-oikonomo>
5. Νοσηλευτική 2, 99-108, 1997. Χρυσάνθη Πλατή, Μαρία Πριάμη. Εξασφάλιση Ποιότητας στη φροντίδα Υγείας : Τάσεις και Προοπτικές.
6. <http://www.mednet.gr/elegeia>
7. Υγεία και Ποιότητα, 1997. Αναστάσιος Μουμτζόγλου : Οικονομολόγος - Πτυχιούχος Διοίκησης Μονάδων Υγείας Π.Γ. Νοσοκομείο Παίδων «Π. ΑΓΛ. ΚΥΡΙΑΚΟΥ».
8. [file:///D:/Nutsing Care Delivery Systems.htm](file:///D:/Nutsing%20Care%20Delivery%20Systems.htm)
9. 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Αφροδίτη Ραγιά. Ποιότητα στη Νοσηλευτική. Αλεξανδρούπολη, Μάϊος 1984.
10. Νοσηλευτική 4, 179-184, 1998. Margaretta Madden Styles. Ποιότητα στη Νοσηλευτική. Πραγματικότητα και Προοπτικές.
11. Κοινωνική Νοσηλευτική. Ελένη Θ. Κυριακίδου. Έκδοση τέταρτη βελτιωμένη Copyright, Αθήνα 2000.
12. 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Αθηνά Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου. Βελτίωση ποιότητας νοσηλευτικής πράξης.

Αλεξανδρούπολη, Μάϊος 1984.

13. Νοσηλευτική 3, 301-310, 2002. Δρ Ευαγγελία Πατιστέα. Περιγραφή και κριτική αξιολόγηση των ποσοτικών οργάνων μελέτης της έννοιας «φροντίδα».
14. Νοσηλευτική 3, 258-265, 2002. Στυλιανή Τζιαφέρη, Παναγιώτα Σουρτζή. Τριγωνοποίηση : Μία μεθοδολογική προσέγγιση στη μελέτη της φροντίδας υγείας.
15. 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Νάνη Αγγελική, Κοντοδήμα Παναγιώτα, Σταύρου Σταύρος. Αλεξανδρούπολη, Μάϊο 1984.
16. Νοσηλευτική 4, 375-379, 2000. Παναγιώτα Λαζάρου. Η ποιότητα της φροντίδας υγείας μέσα από τα μάτια των ασθενών.
17. Νοσηλευτική 3, 271-283, 2002. Παναγιώτου Καλλιόπη, Χρυσοσπάθη Στεφανία. Η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν παράμετρος για την μέτρηση της αποτελεσματικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
18. 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Ε. Παπαθανασόγλου. Κριτήρια νοσηλευτικής ποιότητας κατά την εισαγωγή ενός νοσηλευτικού πληροφοριακού συστήματος - Αυτοματοποίηση ελέγχου νοσηλευτικής ποιότητας. Αλεξανδρούπολη, Μάϊος 1984.
19. Νοσηλευτική 3, 274-280, 2002. Μαρία Κυιράνου. Δικτυακοί τόποι στο χώρο της υγείας : ένα νέο πεδίο εφαρμογής στη Νοσηλευτική.
20. Νοσηλευτική 2, 204-210, 2002. Μαρία Κοτσινάρη.

Νοσηλευτικά ηθικά διλήμματα.

21. Νοσηλευτική 3, 305-312, 2002. Α. Γιαννοπούλου. Νοσηλευτές - Μέλη των επιτροπών ηθικών διλημμάτων : Μια νέα προοπτική στη νοσηλευτική του 2000.
22. Νοσηλευτική 3, 266-273, 2002. Δρ Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. Νοσηλευτική δεοντολογία και ποιότητα στη φροντίδα υγείας.
23. Νοσηλευτική, 42 4, 451-456, 2003. Αθηνά Καλοκαιρινού, Κων/να Κοδέλλα, Φωτεινή Τολίκα. Θεωρητικές προσεγγίσεις της Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής.
24. Νοσηλευτική 3, 8-13, 2001. Δρ Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής.
25. 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Βασιλική Μπαλτά. Βελτίωση ποιότητας στην περιεγχειρητική Νοσηλευτική - Κόστος - Όφελος. Αλεξανδρούπολη, Μάϊος 1984.
26. <http://www.medicare.gov/nhcompare/search/Related/NHQualityMeasures.Asp>
27. Παιδιατρική Νοσηλευτική. Εννοιολογική Προσέγγιση, Β' Ανατύπωση. Μαρία Πάνου. Copyright Αθήνα 1998.
28. Γεροντολογική Νοσηλευτική. Χρυσάνθη Δ. Πλατή. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών. Copyright Αθήνα 2002.
29. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Γ' έκδοση Βελτιωμένη. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. Copyright Αθήνα 2001
30. Νοσηλευτική 42 4, 395-404, 2003. Σάββας Καρασαββίδης. Η Νοσηλευτική σε ειδικούς πληθυσμούς : Προνοιακά Ιδρύματα για άτομα με ειδικές ανάγκες.

31. Νοσηλευτική 42 4, 457-468. Μαριλένα Κάβουρα, Δημήτριος Τάβρας, Ιωάννης Κυριόπουλος. Ποσοτικός και ποιοτικός προσδιορισμός του αναγκαίου νοσηλευτικού δυναμικού της Ελλάδας.
32. Νοσηλευτική 3, 92-98, 2001. Παναγιώτα Μπέλου - Μυλωνά, Ελένη Κυριακίδου, Παναγιώτα Ιορδάνου, Σταυρούλα Ανδρεά. Παράγοντες που παρακινούν επισκέπτες να παραμένουν κοντά σε νοσηλευόμενους συγγενείς τους.
33. <http://www.medlook.net/rdhospdh.htm>
34. 21<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Παυλή Άννα. Καστανιώτη Αικατερίνη. Κριτήρια επιλογής και εφαρμογής ενός συστήματος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Αλεξανδρούπολη, Μάϊος 1984.
35. Νοσηλευτική 1, 28-38, 1996. Στέλλα Κοτζαμπασάκη, Βασιλική Λαναρά, Δημήτρης Μάνος. Ποιότητα Νοσηλευτικής φροντίδας και κλινικό περιβάλλον μάθησης.
36. Νοσηλευτική 3, 74-84, 2001. Αναστάσιος Μερκούρης, Αικατερίνη Ουζουνίδου, Δέσποινα Μουδερίδου, Μαρία Ρουμπή, Πέτρος Ζουγρής, Χρυσούλα Λεμονίδου. Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο.
37. Νοσηλευτική 3, 253-257, 2002. Αντιγόνη-Μαρία Μιχαλοπούλου, Ελένη Μιχαλοπούλου. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος του ασθενούς.
38. Νοσηλευτική 3, 39-41, 2001. Ευαγγελία Κοτρώτσιου,

Εμμανουήλ Αργυρούδης. Προεγχειρητική ανησυχία - άγχος : Ο ρόλος του νοσηλευτή.

39. Νοσηλευτική 42 4, 420-434, 2004. Ιωάννης Σαλταγιάννης, Ελένη Μουλούδη, Ευσεβία Βιτσαζάκη, Αναστασία Γκαβανού. Πρόληψη και αντιμετώπιση ψυχολογικών διαταραχών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.).
40. Νοσηλευτική 3, 295-300, 2000. Κασσιανή Μέλλου, Ιωάννης Ζάχος. Η συμβολή των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής.
41. Νοσηλευτική 3, 281-287, 2002. Ελένη Αποστολοπούλου. Σύγχρονες τεχνικές απομόνωσης στα νοσοκομεία.
42. Νοσηλευτική 2, 197-205, 2002. Αναστάσιος Μερκούρης, Αικατερίνη Δημητρούλη, Ευτυχία Γεωργαντά, Αικατερίνη Ουζουνίδου. Αξιολόγηση των κατακλίσεων : Επιπολασμός και αναγνώριση των ασθενών σε υψηλό κίνδυνο.
43. Νοσηλευτική 2, 233-239, 2002. Αθανασία Νέστωρ, Χριστίνα Μαρβάκη, Φωτούλα Μπαμπάτσικου. Αντιμετώπιση της διαταραχής της εικόνας σώματος και αυτοφροντίδα.
44. Νοσηλευτική 3, 27-38, 2001. Ελένη Ευαγγέλου, Ευαγγελία Κοτρώτσιου. Προεγχειρητική ανησυχία.
45. Νοσηλευτική 3, 311-317, 2002. Νικόλαος Μπαϊζάνης, Ευγενία Παπανικολάου. Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαταραχές διαγωγής των εφήβων.
46. Νοσηλευτική 3, 46-52, 2001. Αγγελική Σταθαρού, Αριστέα Μπερκ. Νοσηλευτική αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ψυχικά ασθενούς.

47. Νοσηλευτική 42 4, 389-394, 2003. Δρ Μαρία Τσιριντάνη, Δρ Σπυρίδων Μπινιώρης. Συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαμόρφωση νέων ρόλων και εφαρμογών στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας.
48. Νοσηλευτική 42 4, 469-478, 2003. Μαρία Παπαδημητρίου, Βασιλική Αρβανίτη, Αναστασία Τρικαλιώτου. Η νέα τεχνολογία στη Νοσηλευτική - Θετικές και αρνητικές επιπτώσεις.
49. Νοσηλευτική 424 4, 414-419, 2003. Ελένη Βουκάλη, Προϊστάμενος νοσηλευτικού τμήματος : Ρόλοι και λειτουργίες.
50. Νοσηλευτική 2, 191-186, 2002. Μαρία Κάπελλα, Ελευθερία Μινέτου, Σοφία Ζυγά. Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους.
51. Νοσηλευτική 3, 292-297, 2000. Ευαγγελία Αδαλή, Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών : έννοια, συνιστώσες, συνέπειες.
52. Νοσηλευτική 42 4, 479-496, 2003. Μαρία Θεοδωράτου, Βασίλειος Μπέκος, Γιώργος Σκυλογιάννης. Τρόποι διαχείρισης του εργασιακού άγχους από το νοσηλευτικό προσωπικό.
53. Νοσηλευτική 3, 329-336, 2002. Μαρία Παπαδημητρίου, Βασιλική Γιαννοπούλου, Ασπασία Καραγιαννοπούλου. Οι επιπτώσεις του επαγγέλματος στη διατροφή του νοσηλευτικού προσωπικού.
54. Νοσηλευτική 42 2, 206-218, 2003. Ελισάβετ Δ.Ε. Παπαθανασόγλου, Αναστάσιος Μερκούρης, Δημήτριος Πιστόλας, Βασιλεία Παπαγιαννάκη, Δημήτριος Τζιάλλας,

Χρυσούλα Λεμονίδου. Μονάδες εντατικής θεραπείας, Εμφραγμάτων στην Ελλάδα : Διερεύνηση της οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

55. Νοσηλευτική 3, 22-26, 2001. Σοφία Ζυγά. Προσέγγιση της κουλτούρας στον τομέα της υγείας.
56. file://D:\Nursingdivision.htm

