

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΙΣ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ –  
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ, ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ – ΙΔΙΩΤΙΚΟ  
ΤΟΜΕΑ, ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ.**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΔΕΔΕ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΠΑΡΑΣΧΟΥΔΗ ANNA**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**Dr. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2009**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτή την προσπάθεια.

Ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την στήριξη που μας έδειξαν σε αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας ζωής.

Τον καθηγητή μας Μπακάλη Νικόλαο για την πολύτιμη βοήθεια του στην παρούσα εργασία και για την καθοδήγηση του.

Ακόμα, τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κ. Κουτουλάκη, για την βοήθεια και συμπαράσταση της για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος της παχυσαρκίας θεωρείται τώρα μια από τις σημαντικότερες απειλές υγείας στον αναπτυγμένο κόσμο. Παχυσαρκία ορίζεται ως η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό. Στη χώρα μας η κατάσταση είναι εκρηκτική καθώς μία στις 3 Ελληνίδες και ένας στους 3,5 Έλληνες είναι υπέρβαροι, ενώ στον τομέα των παχύσαρκων βρίσκονται στις πρώτες θέσεις μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών.

Η παρούσα έρευνα σκοπό είχε να εντοπίσει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην καθημερινή τους νοσηλευτική άσκηση και κυρίως την εφαρμογή των βασικών νοσηλευτικών κλινικών πράξεων σε παχύσαρκους ασθενείς, δεύτερον, να διαπιστώσει τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση παχύσαρκων ατόμων στο νοσηλευτικό τους έργο και τρίτον να προταθούν αλλαγές, όπου και αν χρειάζεται.

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για την συλλογή πληροφοριών. Το δείγμα αποτέλεσαν 110 νοσηλευτές από ένα ιδιωτικό και ένα δημόσιο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS.

Το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν 100%. Η πλειοψηφία του δείγματος είχε αρκετές γνώσεις για την παχυσαρκία κυρίως από τα M.M.E. ενώ νοσηλεύει 1 έως 5 παχύσαρκους ασθενείς κάθε μήνα στο τμήμα της. Ακόμα στον δημόσιο τομέα δεν υπάρχει ειδικός τεχνολογικός εξοπλισμός για παχύσαρκους ασθενείς σε αντίθεση με το ιδιωτικό. Επιπλέον, στον ιδιωτικό τομέα οι νοσηλευτές δυσκολεύονται

περισσότερο στην αλλαγή θέσης των ασθενών επί κλίνης. Αντίθετα οι νοσηλευτές του δημοσίου αντιμετωπίζουν περισσότερη δυσκολία στη μετακίνηση των παχύσαρκών ασθενών στην τουαλέτα. Ανεξαρτήτου τομέα, όμως βρίσκουν πάρα πολύ δύσκολο την μετακίνηση αυτών των ασθενών για εξετάσεις.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών κυρίως στον ιδιωτικό τομέα δυσκολεύεται πάρα πολύ κατά την τοποθέτηση φλεβικού καθετήρα σε παχύσαρκο ασθενή. Επίσης, στη λήψη ζωτικών σημείων δεν αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία με μόνη εξαίρεση τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι νοσηλευτές του δημόσιου τομέα δεν δυσκολεύονται τόσο στην ενημέρωση των παχύσαρκων ασθενών για τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία τους και στην διδασκαλία για τις διατροφικές τους συνήθειες, όσο οι νοσηλευτές του ιδιωτικού τομέα καθώς ο ρόλος τους είναι πιο περιορισμένος.

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν υπάρχει στη νοσηλευτική βιβλιογραφία στην Ελλάδα, παρόμοιο θέμα. Το νοσηλευτικό προσωπικό επιπλέον δεν λαμβάνει μέρος σε συνέδρια που αφορούν την παχυσαρκία. Εν κατακλείδι, οι νοσηλευτές ως ερευνητές θα έπρεπε να αναγνωρίζουν τα κενά τους και να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους, ώστε να παρέχεται ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα στον παχύσαρκο ασθενή.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	5

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή.....	7
1.2 Ορισμός.....	7
1.3 Επιδημιολογία	
1.3.1 Βασικά χαρακτηριστικά.....	9
1.3.2 Επιδημιολογικά δεδομένα.....	10
1.3.2.1 Παχυσαρκία στον κόσμο.....	10
1.3.2.2 Παχυσαρκία στην Ελλάδα.....	14
1.4 Μέθοδοι εκτίμησης της παχυσαρκίας.....	16
1.5 Βασικές νοσηλευτικές πράξεις.....	18
1.5.1 Ζωτικά σημεία.....	18
1.5.2 Φλεβοκέντηση.....	19
1.5.3 Ατομική υγιεινή – Καθαριότητα.....	19
1.5.4 Αλλαγή θέσης.....	20
1.5.5 Κατακλίσεις.....	21
1.5.6 Μη τήρηση του ειδικού διαιτολογίου.....	21
1.5.7 Ψυχολογική υποστήριξη.....	22
1.5.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	23
1.6 Χειρουργική κλινική.....	29
1.7 Παθολογική κλινική.....	31
1.8 Ιδιωτικός τομέας στην υγεία.....	32
1.9 Δημόσιος τομέας στην υγεία.....	34

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Μέθοδος.....	37
2.2 Σχεδιασμός.....	37
2.3 Δείγμα.....	39
2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	41
2.5 Διαδικασία.....	44
2.6 Στατιστική ανάλυση.....	44

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

3.1 Αποτελέσματα.....	46
3.2 Χαρακτηριστικά δείγματος.....	46
3.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 1 <sup>ο</sup> ).....	51
3.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 2 <sup>ο</sup> ).....	55

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

4.1 Συζήτηση.....	62
4.2 Περιορισμοί έρευνας.....	69
4.3 Προτάσεις.....	69

Βιβλιογραφία.....	71
-------------------	----

Παράρτημα 1 Ερωτηματολόγια την παχυσαρκία.....	76
---	----

Παράρτημα 2 Γράμμα προς την προϊσταμένη του κάθε τμήματος.....	80
---	----

Παράρτημα 3 Γράμμα για έγκριση της έρευνας από την διεύθυνση του νοσοκομείου..	81
---	----

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι σε πολλές ανθρώπινες κοινωνίες το φαινόμενο της παχυσαρκίας είναι συχνό και σχεδόν ανεπίλυτο. Κατά τον Φαινέκο (2007) η πανδημία της παχυσαρκίας απειλεί, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, την υγεία μας. Η αντίδραση των πολιτών δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική μια και τα ποσοστά αύξησης της παχυσαρκίας αυξάνονται δραματικά. Σήμερα πάνω από το 30% του ενήλικου πληθυσμού στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα, είναι παχύσαρκοι (Κατσιλάμπρος και Τσίγγος, 2000). Σημαντική αιτία είναι το αποτέλεσμα συνήθως μειωμένης σωματικής άσκησης και αυξημένης πρόσληψης τροφής. (Φαινέκος, 2007). Όπως αναφέρουν οι Κατσιλάμπρος και Τσίγγος (2000), η παχυσαρκία, ως νοσολογική οντότητα, υποθεραπεύεται σε μεγάλη έκταση από την ιατρική κοινότητα και η πρόληψή της παραμελείται. Υπάρχει λόγος αλλά και θεσμικό πλαίσιο για τις κυβερνήσεις να παρέμβουν επιβάλλοντας περιορισμούς (Φαινέκος, 2007).

## 1.2 Ορισμός

Ο ορισμός της παχυσαρκίας ποικίλλει. Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2002) η παχυσαρκία αποτελεί μια πολύπλοκη παθολογική διαταραχή, η οποία ανάλογα με την μορφή της είναι πολυπαραγοντική. Παρακάτω παραθέτουμε μια σειρά ορισμών για μια ολοκληρωμένη και περιεκτική εικόνα της νόσου. Η παχυσαρκία ορίζεται ως η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το ολικό σωματικό βάρος έχει αυξηθεί δυσανάλογα προς τους

άλλους ιστούς και μάλιστα σε ποσοστό τουλάχιστον κατά 20% περισσότερο του φυσιολογικού (Παπανικολάου, 2002). Παχυσαρκία ορίζεται και ως η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό (Παπανικολάου, 2002).

Κατά την εκτίμηση του Ράπτη (1998) η παχυσαρκία σχετίζεται με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν ενδοκρινικά μεταβολικά και ρυθμιστικά τον οργανισμό και χαρακτηρίζεται από αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από 10% του φυσιολογικού εξαιτίας συσσώρευσης, κυρίως στο υποδόριο αλλά και σε διάφορα όργανα του σώματος, υπερβολικής ποσότητας λίπους. Η παχυσαρκία αποτελεί γενικά μια διαταραχή της ενεργειακής ισορροπίας (Ράπτης, 1998)

Ένας άλλος ορισμός της παχυσαρκίας την διαχωρίζει σε εξωγενή και ενδογενή. Η εξωγενής παχυσαρκία οφείλεται στην υπερσίτιση. Το άτομο αποταμιεύει λίπος που μπορεί να ξοδέψει όταν αυξήσει τις καύσεις του ή ελαττώσει την τροφή του (Διμπινούδη και Καραφυλλίδου, 1998). Η ενδογενής παχυσαρκία οφείλεται σε ενδοκρινικές διαταραχές. Ο οργανισμός εναποθηκεύει επί πλέον λίπη παρά τη λογική ή τη λίγη λήψη τροφής. Ακόμα παχυσαρκία θεωρείται η παθολογική εκείνη κατάσταση κατά την οποία περίσσεια λίπους ή λιπώδους ιστού εναποθηκεύεται στον οργανισμό (Διμπινούδη και Καραφυλλίδου, 1998).



## 1.3 Επιδημιολογία

### 1.3.1 Βασικά χαρακτηριστικά

#### A) Ηλικία

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2002), η παχυσαρκία χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τη μέση ηλικία. Με την πάροδο όμως του χρόνου, στις αναπτυγμένες κοινωνίες, παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση της συχνότητας της στην παιδική και στην εφηβική ηλικία ως αποτέλεσμα της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας ή και του υπερσιτισμού (συνηθέστερα).

#### B) Φύλο

Εμφανίζεται και στα δυο φύλα αλλά συχνότερα στις γυναίκες μετά από κύηση ή την εμμηνόπαυση. Μέρος της αυξημένης συχνότητας μετά από κύηση οφείλεται στην απουσία θηλασμού και στην έλλειψη βασικών γνώσεων διατροφής κατά την εγκυμοσύνη (Παπανικολάου, 2002). Φυσιολογικά το λίπος, στο σύνολό του, αποτελεί το 15-20% του σωματικού βάρους για τον άνδρα και το 20-25% για τη γυναίκα. Στην παχυσαρκία το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 40%, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις και το 70% (κακοήθης παχυσαρκία) ([www.incardiology.gr](http://www.incardiology.gr)).

#### Γ) Κοινωνική τάξη

Στις αναπτυγμένες κοινωνίες αποτελεί χαρακτηριστικό της μέσης και της φτωχότερης κοινωνικής τάξης (Παπανικολάου, 2002).

### 1.3.2 Επιδημιολογικά δεδομένα

#### 1.3.2.1 Παχυσαρκία στον κόσμο

Τα στοιχεία είναι βασισμένα σε μελέτες των λευκών ατόμων που ζουν στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) έχει παράσχει την πιο πρόσφατη ταξινόμηση των ενηλίκων βασισμένη στο βάρος σε σύγκριση με το ύψος ως δείκτη μέτρησης της παχυσαρκίας. Σε πολλές κοινοτικές μελέτες στις εύπορες κοινωνίες αυτό το σχέδιο ταξινόμησης έχει απλοποιηθεί, και τα όρια 25 και 30 kg/m<sup>2</sup> χρησιμοποιούνται για περιγραφικούς λόγους ( Bouchard, 2000).

Κατά την εκτίμηση του Bouchard (2000), πολλές αναθεωρήσεις έχουν δείξει ότι η παχυσαρκία (που καθορίζεται εδώ ως μαζικός δείκτης σωμάτων 30 kg/m<sup>2</sup> ή υψηλότερα) είναι ένας επικρατών όρος στις περισσότερες χώρες με τις καθιερωμένες οικονομίες της αγοράς. Εντούτοις, υπάρχει μια ευρεία παραλλαγή στην επικράτηση της παχυσαρκίας μέσα και μεταξύ σε αυτές τις χώρες. Μερικές χώρες επιδεικνύουν τουλάχιστον μια διπλή διαφορά στην επικράτηση της παχυσαρκίας από μια περιοχή σε άλλη. Παραδείγματος χάριν, στο Toulouse της Γαλλίας, 9% των ανδρών και 11% των γυναικών είναι παχύσαρκοι ενώ στο Στρασβούργο, 22% των ανδρών και 23%" των γυναικών είναι παχύσαρκοι ( Bouchard, 2000).

Συνήθως, η παχυσαρκία είναι συχνότερη μεταξύ εκείνων με μια σχετικά χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση. Επίσης, η επικράτηση της παχυσαρκίας αυξάνεται με την ηλικία μέχρι περίπου 60-70 ετών, και μετά μειώνεται. Στις περισσότερες από αυτές τις καθιερωμένες οικονομίες της αγοράς, η επικράτηση της παχυσαρκίας αυξάνεται επίσης

με το χρόνο. Το μέγεθος της αύξησης στην παχυσαρκία ποικίλλει μεταξύ των χωρών, και σε πολλές εύπορες χώρες η αύξηση φαίνεται να είναι ισχυρότερη στους άνδρες απ' ό τι στις γυναίκες (Bouchard, 2000).

Σε άλλα μέρη του κόσμου, οι περιοχές με μια σχετικά υψηλή συχνότητα της παχυσαρκίας είναι οι προηγούμενες σοσιαλιστικές οικονομίες της Ευρώπης, η Λατινική Αμερική, οι Καραϊβικές Θάλασσες, και της μέσης ανατολής (συμπεριλαμβανομένων των βόρειων χωρών της Αφρικής) ( Bouchard, 2000).

Μερικά πρόσφατα στοιχεία αναφέρουν ότι το πολύ υψηλό ποσοστό της παχυσαρκίας σε μερικές προηγούμενες σοσιαλιστικές οικονομίες της Ευρώπης (τόσο υψηλής όπως 45% στις γυναίκες που ζουν στα μέρη της Ρωσίας και της Λιθουανίας) μειώνεται. Άλλες εκθέσεις δείχνουν ότι η παχυσαρκία αυξάνεται ακόμα σε Λατινική Αμερική, στις Καραϊβικές Θάλασσες, και τη μέση Ανατολή ( Bouchard, 2000).

Στην συνέχεια, οι Κατσιλάμπρος και Λιάτης (2004), αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξάνεται παγκοσμίως με ταχύτατο ρυθμό, προσεγγίζοντας τις διαστάσεις επιδημίας. Η αυξητική τάση παρατηρείται περισσότερο στις χώρες του τρίτου κόσμου. Για παράδειγμα, στην Γκάνα τα άτομα ( $\Delta\text{Μ}\Sigma >25$ ) είναι πλέον ελαφρώς λιγότερα από τα υποσιτιζόμενα ( $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$ ). Στην Ευρώπη, δεδομένα από διάφορες εθνικές μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας κυμαίνεται μεταξύ 10 -20% στους άνδρες και 10 – 25% στις γυναίκες, έχοντας αυξηθεί κατά 10 - 50% κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών (Κατσιλάμπρος και Λιάτης, 2004).

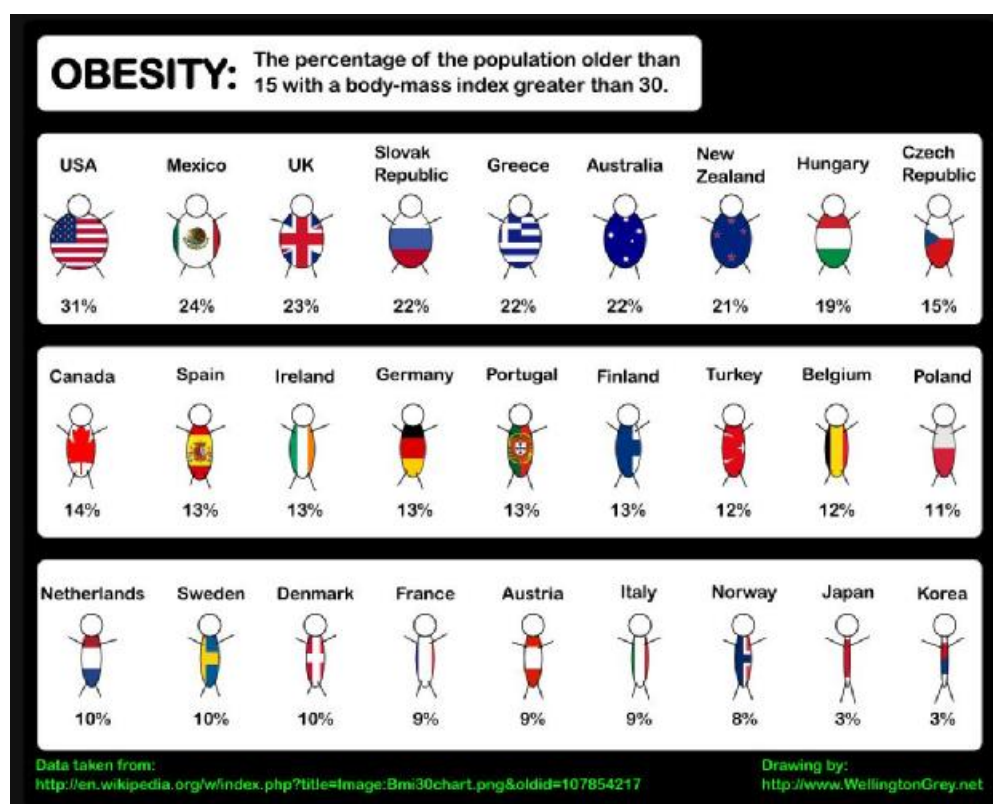
Η παχυσαρκία είναι ασυνήθιστη στην νότια - Σαχάρα της Αφρικής, στην Κίνα, και στην Ινδία. Εντούτοις, ακόμη και σε αυτές τις περιοχές η επικράτηση της παχυσαρκίας φαίνεται να αυξάνεται, ιδιαίτερα στα εύπορα μέρη του πληθυσμού στις μεγάλες πόλεις. Σε αυτές τις χώρες, οι παράδοξες καταστάσεις του αυξανόμενου υποσιτισμού και του υπερσιτισμού είναι παρούσες. Αυτό συσχετίζεται με την ανάπτυξη των αδικιών στο εισόδημα και στην πρόσβαση των τροφίμων σε αυτές τις περιοχές ( Bouchard, 2000).

Ο Bouchard (2000) διαπίστωσε ότι η έλλειψη αξιόπιστων στοιχείων δημιουργεί μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών και καθιστά την εκτίμηση αβέβαιη. Το περίπου άθροισμα των μεσαίων σημείων αυτών των εκτιμήσεων παράγει συνολικά περίπου 250 εκατομμύρια παχύσαρκους ενήλικους παγκοσμίως. Αυτό είναι ίσο με περίπου 7% του παγκόσμιου πληθυσμού των ενηλίκων και εμφανίζεται να είναι μια λογική εκτίμηση. Εντούτοις, στις περισσότερες χώρες η εκτίμηση ενός υπέρβαρου (μεταξύ 25 και 30 kg/m<sup>2</sup> ) είναι περίπου δύο έως τρεις φορές μεγαλύτερες από την εκτίμηση της παχυσαρκίας, η οποία υπονοεί ότι τουλάχιστον ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι είναι είτε υπέρβαροι είτε παχύσαρκοι ( Bouchard, 2000).

Ανησυχητικό είναι ότι οι ρυθμοί εμφάνισης της παχυσαρκίας ειδικότερα στις κοινωνίες δυτικού τύπου είναι ραγδαία αυξανόμενοι. Έτσι, στην Αυστραλία περισσότεροι από το 65% του πληθυσμού είναι υπέρβαροι, ενώ υπάρχει η πρόβλεψη ότι μέσα στα επόμενα 35 χρόνια με τους σημερινούς ρυθμούς όλοι οι Αυστραλοί άνδρες θα είναι υπέρβαροι (Παπαλαζάρου, 2004). Στην Αμερική το 56,4% του πληθυσμού είναι υπέρβαροι και το 20% παχύσαρκοι (Παπαλαζάρου, 2004). Στην

Ευρωπαϊκή ένωση, το 30.1% των ανδρών και το 35.4% των γυναικών θεωρούνται πάνω από το φυσιολογικό βάρος (Παπαλαζάρου, 2004).

Σχήμα 1: Ποσοστά πληθυσμών με ΔΜΙ > 30 άνω των 15 ετών



Φαίνεται ότι τις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν ανεπτυγμένες χώρες όπως Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με ένα ποσοστό 31% και το Ηνωμένο Βασίλειο με 23%. Ενώ, εξίσου ανεπτυγμένες χώρες Ευρώπης και Ασίας βρίσκονται σε χαμηλότερες θέσεις όπως η Ιαπωνία με ένα ποσοστό 3%. Στην πέμπτη θέση της κατάταξης βρίσκεται η Ελλάδα με ποσοστό 22%.

### 1.3.2.2 Παχυσαρκία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον Καραγιώργο (2008) οι παχύσαρκοι εμφανίζονται να είναι σήμερα οι Έλληνες σε ποσοστό 26% και οι Ελληνίδες σε ποσοστό 18,2%, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους υπέρβαρους είναι 41,1% και 29,9%. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού περίπου 17.000 ατόμων (8.000 άνδρες και 9.000 γυναίκες), ηλικίας 20-70 ετών (Καραγιώργος, 2008).

Συνολικά, συνεπώς, το 67% του ενήλικου ανδρικού πληθυσμού και το 48,1% του ενήλικου γυναικείου πληθυσμού έχουν σωματικό βάρος μεγαλύτερο από το φυσιολογικό. Στις ηλικίες άνω των 50 ετών, τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 68 – 72% (άνδρες) και 70,1 – 77,2% (γυναίκες). Χαρακτηριστικό είναι το εύρημα ότι ενώ στις μικρότερες των 50 ετών ηλικίες οι άνδρες παχύσαρκοι είναι περισσότεροι από τις γυναίκες, στις ηλικίες άνω των 50 ετών τα ποσοστά αντιστρέφονται, με τις παχύσαρκες γυναίκες να είναι περισσότερες (Κατσιλάμπρος και Λιάτης, 2004).

Σε άλλη, πρόσφατη επίσης, μελέτη το 2004 του Ευρωπαϊκού Προγράμματος συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας (ΕΠΙΚ) βρέθηκε ότι περίπου 50% των ανδρών και 33% των γυναικών είναι υπέρβαροι, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους παχύσαρκους είναι 20 – 33% για τους άνδρες και 15 – 55% για τις γυναίκες, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να διαπιστώνονται στις ηλικίες άνω των 45 ετών. Είναι χαρακτηριστικό ότι, σε μελέτη που έγινε το 1990 σε 837 νεοσύλλεκτους του ελληνικού στρατού, το 22,8% βρέθηκαν υπέρβαροι και το 4,4% παχύσαρκοι (Κατσιλάμπρος και Λιάτης, 2004). Στη μελέτη της Ελληνική Ιατρικής

Εταιρείας Παχυσαρκίας, τα αντίστοιχα ποσοστά στην ηλικιακή ομάδα 20 - 30 ετών 30,5% και 11,4% (Κατσιλάμπρος και Λιάτης, 2004).

Κατά τους Κατσιλάμπρο και Λιάτη (2004), στα παιδιά και τους εφήβους, το μηνύματα από τις επιδημιολογικές μελέτες είναι εξίσου αποθαρρυντικά, όπως αναφέρονται στα ποσοστά των παχύσαρκων και υπέρβαρων παιδιών και εφήβων, ηλικίας 2 -19 ετών, σύμφωνα με τα αποτελέσματα δύο πρόσφατων μελετών, της Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας (2004) και τις Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (2004).

Απογοητευτικό είναι ακόμα, σύμφωνα με τον Πετροχείλο (2008) ότι τρίτη αιτία θανάτων στη χώρα μας αποτελεί η παχυσαρκία πίσω από τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο ενώ σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στατιστικά δεδομένα, την επόμενη 5ετία αναμένεται να πεθάνουν γύρω στους 35.000 Έλληνες από αιτία που σχετίζεται με βαριά μορφή παχυσαρκίας (Πετροχείλος, 2008). Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρθηκε, σύμφωνα με τα στοιχεία του 2006, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονταν για το 47,66% των θανάτων στη χώρα μας, οι νεοπλασίες για το 24,76%, η παχυσαρκία για το 6,64% και τα τροχαία για το 1,80% (Πετροχείλος, 2008).

Το πρόβλημα γίνεται ακόμη πιο σοβαρό από τη στιγμή μάλιστα που ο αριθμός των παχύσαρκων ατόμων με πολύ βαριά μορφή παχυσαρκίας (με Δείκτη Μάζας Σώματος > 40) υπολογίζεται ότι αγγίζει στην Ελλάδα τους 400.000 με τον κίνδυνο θνησιμότητας για τα άτομα αυτά να πολλαπλασιάζεται επί 2,5% σε σχέση με άτομα φυσιολογικού βάρους και με την πιθανότητα αυτά τα άτομα να θεραπευτούν με συντηρητικές

μεθόδους (δίαιτες, φαρμακευτική αγωγή κλπ.) να είναι μικρότερη του 5% (Πετροχείλος, 2008).

#### 1.4 Μέθοδοι εκτίμησης παχυσαρκίας

Δύο δείκτες είναι ιατρικά αποδεκτοί για την ποσοτική εκτίμηση της παχυσαρκίας, το σχετικό βάρος (relative weight, RW) και ο δείκτης μάζας σώματος (body mass index, BMI). Ο δείκτης μάζας σώματος απεικονίζει με μεγαλύτερη ακρίβεια την παρουσία περίσσειας λιπώδους ιστού. Ορίζεται ως το πηλίκο του σωματικού βάρους σε κιλά προς το τετράγωνο του ύψους σε μέτρα  $\Delta\Sigma\text{B} = \frac{\text{Βάρος}}{\text{Ύψος}^2}$  (Kg/m<sup>2</sup>) (Αυγίκος, 2004).

Κατά τον Σκρέκα (2008) με το Δείκτη Σωματικού Βάρους γίνεται η παρακάτω κλινική σταδιοποίηση της θρεπτικής κατάστασης (πίνακας 1). Οι φυσιολογικές τιμές είναι μεταξύ 20-25 Kgr/m<sup>2</sup>. Στην παχυσαρκία ο ΔΣΒ είναι μεγαλύτερος από 30 Kgr/m<sup>2</sup>. Αυτό πρακτικά σημαίνει υπέρβαση του φυσιολογικού βάρους (πλεονάζον βάρος) κατά 20 τουλάχιστον κιλά.

<b>Πίνακας 1. Κλινική σταδιοποίηση της θρεπτικής κατάστασης</b>	
<b>ΔΣΒ (Kgr/m<sup>2</sup>)</b>	
< 19	Ελλειποβαρής
19 - 25	Φυσιολογικό βάρος
25 - 30	Υπέρβαρος
30 - 35	Παχύσαρκος
35 - 40	Σοβαρή παχυσαρκία
40 - 50	Νοσογόνος παχυσαρκία
> 50	Υπερνοσογόνος (κακοήθης) παχυσαρκία



Ο πίνακας 2 δείχνει το θεωρητικό ιδανικό βάρος ανάλογα με το ύψος σε άνδρες και γυναίκες (Σκρέκας, 2008).

<b>Πίνακας 2. Θεωρητική ιδανική σχέση Ύψους - Βάρους σε άνδρες και γυναίκες</b>		
Ύψος (cm)	Ιδανικό Βάρος (Kgr) - Άνδρες	Ιδανικό Βάρος (Kgr) - Γυναίκες
152	45 - 57	41 - 50
155	47 - 60	43 - 52
157	48 - 61	45 - 54 a
160	51 - 64	47 - 57
162	53 - 65	49 - 59
165	55 - 68	51 - 62
168	58 - 71	53 - 64
170	59 - 72	55 - 67
172	60 - 74	57 - 69
175	61 - 76	59 - 72
177	63 - 79	61 - 74
180	64 - 81	63 - 77
183	67 - 84	65 - 79
185	70 - 86	67 - 82
188	72 - 89	69 - 84
190	74 - 91	71 - 87

Φαίνεται ότι η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για την κοινωνία. Το ποσοστό των παχύσαρκων στην Ελλάδα αυξάνεται σύμφωνα με τις παραπάνω εκτιμήσεις. Ένα πρόβλημα που προκαλεί οικονομικό αλλά και επιστημονικό κόστος καθώς όλο και περισσότεροι υπέρβαροι ασθενείς καταλαμβάνουν θέσεις κρεβατιών στα νοσοκομεία της χώρας.

Κατά την περίθαλψη τους, οι επιστήμονες υγείας αντιμετωπίζουν ορισμένα προβλήματα κατά την καθημερινή άσκηση του έργου τους. Κάποια από αυτά είναι: ο μη συμβιβασμός με το ειδικό διαιτολόγιο, κατακλίσεις, νοσηλευτικές πράξεις όπως έλεγχος ζωτικών σημείων, φλεβοκέντηση, αλλαγή θέσης, ατομική υγιεινή – καθαριότητα και τέλος, η απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη. Τα παραπάνω κιλά καθιστούν την μετακίνηση των ασθενών πιο δύσκολη και τους αποτρέπουν από τις καθημερινές δραστηριότητες προαγωγής της υγείας.

## 1.5 Βασικές κλινικές νοσηλευτικές πράξεις

### 1.5.1 Ζωτικά σημεία

Ζωτικά σημεία ονομάζονται η θερμοκρασία, ο σφυγμός, η αναπνοή και η αρτηριακή πίεση (Αθανάτου, 2004). Όπως αναφέρει η Ραγιά (1995) τα ζωτικά σημεία φανερώνουν τη λειτουργική κατάσταση του σώματος. Καλούνται ζωτικά γιατί οι πληροφορίες που δίνουν θεωρούνται σαφείς δείκτες αξιολόγησης της γενικής κατάστασης ισορροπίας. Ελέγχονται καθημερινά και αξιολογούνται συγκριτικά με τις προηγούμενες τιμές (Ραγιά, 1995). Σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασης του αρρώστου λαμβάνονται συχνότερα. Μεγαλύτερη αξία παίρνουν όταν συγκρίνονται με τη διάγνωση, τα εργαστηριακά ευρήματα, το ιστορικό υγείας και τον φάκελο του αρρώστου. Η Ραγιά (1995) ορίζει ως θερμοκρασία την ισορροπία μεταξύ της παραγόμενης και αποβαλλόμενης θερμότητας και ρυθμίζεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου. Ο σφυγμός είναι δείκτης της λειτουργίας της καρδιάς. Η αναπνοή είναι η λειτουργία προσαγωγής οξυγόνου στο σώμα και αποβολής διοξειδίου του άνθρακα. Οι τιμές της αρτηριακής πίεσης παρέχουν πληροφορίες για την κατάσταση της καρδιάς, των αρτηριδίων, τις αγγειακές αντιστάσεις και την παροχή

αίματος (Ραγιά, 1995). Η λήψη ζωτικών σημείων θεωρείται σημαντική νοσηλεία, διότι αποτελούν βασικά κριτήρια για την εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου (Αθανάτου, 2004).

### 1.5.2 Φλεβοκέντηση

Σύμφωνα με τις Σαχίνη και Πάνου (2006), με τον όρο φλεβοκέντηση εννοούμε τη διαδερμική εισαγωγή βελόνας μέσα σε φλέβα. Σκοποί της είναι η λήψη αίματος, η χορήγηση φαρμάκων, υγρών και αίματος, και τέλος η εξασφάλιση βασικής θρέψης αρρώστου με υπερθρεψία (Σαχίνη και Πάνου 2004). Σύμφωνα με την Αθανάτου (2004) η φλεβοκέντηση είναι ευθύνη γιατρού, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων λόγω οξύτητας των ενδεχομένων συμβαμάτων. Παρόλα αυτά, στην καθημερινή κλινική πράξη οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την διενέργεια της φλεβοκέντησης (Αθανάτου, 2004). Τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών που ψηφίστηκαν το 1989, και ισχύουν μέχρι σήμερα, δεν διευκρινίζουν αν οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν φλεβοκέντηση, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να είναι διχασμένοι.

### 1.5.3 Ατομική υγιεινή - καθαριότητα

Όπως αναφέρει η Αθανάτου (2004) η ατομική υγιεινή περιλαμβάνει μέτρα και μέσα που αποβλέπουν στην προφύλαξη και διατήρηση της υγείας του ατόμου. Μερικά από αυτά είναι το λουτρό καθαριότητας, το λούσιμο κεφαλής και η φροντίδα του στόματος (Αθανάτου, 2004).

Όταν μάλιστα το άτομο είναι κλινήρης, η ανάγκη για υγιεινή φροντίδα αυξάνει, διότι η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης του είναι μειωμένη. Ο

τύπος και η έκταση των μέτρων για κάθε άρρωστο εξαρτάται από τη γενική του κατάσταση, την ηλικία και άλλους παράγοντες (Αθανάτου, 2004).

Ο άρρωστος έχει ανάγκη ατομικής υγιεινής για ψυχοσωματικούς λόγους. Οι νοσηλευτές που δίνουν τη φροντίδα έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις, να εκτιμήσουν και αξιολογήσουν τη γενική του κατάσταση, να προλάβουν πιθανές λοιμώξεις, να τον ανακουφίσουν και συγχρόνως να του διδάξουν υγιεινές συνήθειες που πιθανόν δεν είχε (Αθανάτου, 2004).

Η φροντίδα του αρρώστου περιλαμβάνει λουτρό καθαριότητας, φροντίδα προσώπου, κεφαλής, στόματος, αλλαγή λευχειμάτων, χορήγηση πρωινού γεύματος. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να περιοριστούν οι νοσηλευτές σε μερική φροντίδα όπως πλύσιμο προσώπου, χεριών και τοπική καθαριότητα (Αθανάτου, 2004).

#### 1.5.4 Αλλαγή θέσης

Η θέση του αρρώστου για ορισμένες καταστάσεις είναι μέρος της θεραπευτικής του αγωγής. Οι βασικές θέσεις είναι τρεις: η ύπτια, η πλάγια και η πρηνής. Όλες οι άλλες είναι παραλλαγές τους (Αθανάτου, 2004). Προσθέτοντας, η Αθανάτου (2004) υποστηρίζει ότι η σωστή και κατάλληλη θέση για κάθε περίπτωση καθώς και η συχνή αλλαγή συμβάλλουν: στην ανακούφιση του αρρώστου, στην μείωση άσκησης πίεσεως σε ορισμένα σημεία του σώματος με κίνδυνο τη δημιουργία κατακλίσεων. Ακόμα, στην πρόληψη παραμορφώσεων και συσπάσεων και στην βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος (Αθανάτου, 2004).

### 1.5.5 Κατακλίσεις

Σαν κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς αυτής της περιοχής. Οι κατακλίσεις παραμένουν ένα σοβαρό πρόβλημα με δυσμενείς επιπτώσεις για τον ασθενή (Αθανάτου, 2004). Σύμφωνα με τον Πετρίδη (2004) κατακλίσεις χαρακτηρίζονται οι εξελκώσεις και τα άτονα έλκη που δημιουργούνται σε χρόνια κατακεκλιμένα άτομα για διάφορες αιτίες. Οι κατακλίσεις μπορούν να συμβούν σε διάφορα σημεία του σώματος λόγω της ιστικής ισχαιμίας από παρατεταμένη πίεση. Τέτοια σημεία είναι η ιεροκοκκυγική περιοχή, τα ισχία, οι φτέρνες ακόμα και το τριχωτό της κεφαλής ( Πετρίδης, 2004).

### 1.5.6 Μη τήρηση του ειδικού διαιτολογίου

Μια επιθυμητή δίαιτα περιλαμβάνει εκτός από το νερό, επαρκή αλλά όχι υπερβολική ενέργεια και τα πέντε θρεπτικά συστατικά που είναι: υδατάνθρακες, λιπίδια, πρωτεΐνες, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες. Η επιτυχία μιας δίαιτας βασίζεται στην ποικιλία, δηλαδή ένα υγιές άτομο πρέπει σε κάθε γεύμα του να περιλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά (Τριχοπούλου και Τριχόπουλος, 1986).

Η ενημέρωση του κοινού αποτελεί επιτακτική ανάγκη στη χώρα μας. Βρισκόμαστε στο σταυροδρόμι επιρροών, αλλαγής ηθών και εθίμων και όλα αυτά έχουν άμεση αντανάκλαση τόσο στην συμπεριφορά μας όσο και στην διατροφή μας. Όπως αναφέρουν οι Τριχόπουλος και Τριχοπούλου (1986) στα βόρεια ανατολικά κράτη και τις Η.Π.Α., οι επιταγές της επιστήμης της διατροφής σήμερα βρίσκονται πολύ κοντά

προς τον ελληνικό παραδοσιακό τρόπο διατροφής. Το πώς και ποια μηνύματα για σωστή διατροφή θα δοθούν αποτελεί αντικείμενο προγραμματισμού βάσει στοιχείων που αφορούν τη διατροφική κατάσταση του ελληνικού πληθυσμού (Τριχοπούλου και Τριχόπουλος, 1986).

Εκείνο που έχει σημασία για μια σωστή διατροφή είναι η δίαιτα την οποία ένα άτομο ακολουθεί και όχι ένα συγκεκριμένο τρόφιμο. Η δόση και η συχνότητα κατανάλωσης ενός τροφίμου καθορίζει εάν το δεδομένο τρόφιμο είναι τελικά χρήσιμο ή επιβλαβές (Τριχοπούλου και Τριχόπουλος, 1986). Το ουσιαστικό σημείο φαίνεται να είναι η προσαρμογή του ατόμου σε μια κοινωνία αφθονίας και τεχνολογικού πληθωρισμού (Τριχοπούλου και Τριχόπουλος, 1986).

#### 1.5.7 Ψυχολογική υποστήριξη

Η εξασφάλιση στον άρρωστο ψυχολογικής υποστήριξης είναι μεγάλης σπουδαιότητας και αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού ρόλου. Όταν λέμε ψυχολογική υποστήριξη εννοούμε την εξειδικευμένη βοήθεια που παρέχεται στον ασθενή από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, ευαισθητοποιημένο στις ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών. Συνήθως υπάρχει ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης που αποτελείται από κλινικό ψυχολόγο, νοσηλεύτρια ψυχολογικής υποστήριξης, κοινωνική λειτουργό και τέλος γραμματειακή υποστήριξη (Σταϊκοπούλου και Καπεταναπουλος, 2002).

Κατά τον Ξηρέα (2008) πολλά παχύσαρκα άτομα έχουν συναισθηματικά προβλήματα. Η ψυχολογική εξάρτηση του παχύσαρκου απ' την τροφή, προκαλεί συχνά τέτοιες ενοχλήσεις στον ίδιο, ώστε να συναντά

προβλήματα προσαρμογής. Έχει συγκεκριμένα διαπιστωθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα είναι επιρρεπή στην εκδήλωση φοβιών, ιδεοληπτικών νευρώσεων και μελαγχολίας. Καθοριστικός παράγοντας της νεύρωσης είναι το αυτοσυναίσθημα (Ξηρέας, 2008).

Αν κι η εικόνα που έχει το παχύσαρκο άτομο για τον εαυτό του δεν είναι ο λόγος για τον οποίο εκδηλώνονται αυτά τα προβλήματα, είναι σίγουρο ότι δρα ενισχυτικά σ' αυτή την κατεύθυνση. Αίσθημα μειονεκτικότητας, κοινωνική απομόνωση, αυξημένη ευαισθησία για ψυχονευρώσεις, μειωμένη κινητικότητα, αυξημένη κι αδικαιολόγητη αποχή απ' την εργασία (Ξηρέας, 2008).

Η αισθητική υποβάθμιση λόγω της παχυσαρκίας είναι τεράστια, ιδιαίτερα στις νέες κοπέλες, αλλά και σε γυναίκες και άντρες κάθε ηλικίας. Ειδικά για τις γυναίκες, που τα κοινωνικά πρότυπα περί αισθητικής τις θέλουν με τέλεια σώματα, μάλλον αδύνατες, παρα κανονικές (Ξηρέας, 2008).

#### 1.5.8 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η φροντίδα για τον παχύσαρκο ασθενή είναι μια πρόκληση για τις ειδικότητες υγειονομικής περίθαλψης. Για τους παχύσαρκους ασθενείς που απαιτείται παραμονή εντατικής παρακολούθησης, η φροντίδα που παρέχεται από την πολλαπλών ειδικοτήτων ομάδα, ειδικά η νοσηλευτική, μπορεί να είναι αρκετά δύσκολη. Σε κάθε στάδιο της αποκατάστασης του ασθενή, οι διαφορετικές πτυχές της παροχής φροντίδας απαιτούν προσαρμογή και δημιουργικότητα, δεδομένου ότι οι απαιτήσεις του παχύσαρκου ασθενή δεν σκιαγραφούνται εύκολα από οποιαδήποτε οδηγία παροχής φροντίδας. Πράγματι, παρά την συχνή εμφάνιση παχυσαρκίας στους ασθενείς, υπάρχει έλλειψη πληροφοριών για την

καλύτερη φροντίδα τους. Αντίθετα, μια συστηματική προσέγγιση επιβεβαιώνει ότι η φροντίδα μπορεί να επιτύχει καλές εκβάσεις στον πληθυσμό παχύσαρκων ασθενών (Bugus και άλλοι, 2004). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι τετραπλός: Διοικητικός, Εκπαιδευτικός, Ερευνητικός και Συμβουλευτικός.

### *Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή*

Ως σύμβουλος, ο νοσηλευτής παρέχει πληροφορίες, διενεργεί παραπομπές και βοηθάει τα άτομα στην ανάπτυξη συστηματικής προσέγγισης στη λύση προβλημάτων και στη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων (Taylor και άλλοι, 2002). Η εκπαίδευση των φοιτητών οφείλει να ακολουθεί τις αρχές και τη μεθοδολογία της ψυχολογίας του αναπτυσσόμενου ανθρώπου με βάση την ανθρωπιστική προσέγγιση. Οι δεξιότητες προσδιορισμού και επίτευξης νέων, εφικτών για το συγκεκριμένο άτομο δημιουργικών στόχων και διαχείρισης του χρόνου αποτελούν ένα ακόμη ενδιαφέρον και ωφέλιμο κεφάλαιο στην εκπαίδευση του νοσηλευτή (Taylor και άλλοι, 2002).

Σύμφωνα με την Λέφα (2006) ο σύμβουλος νοσηλευτής πρέπει να έχει την ικανότητα να κατανοεί τον κόσμο των αρρώστων του έτσι όπως οι ίδιοι τον αντιλαμβάνονται. Η ενσυναίσθηση δηλαδή προϋποθέτει την κατανόηση του τι σκέπτεται και τι λέει ο συμβουλευόμενος αλλά και τι αισθάνεται (Λέφα, 2006). Ο σεβασμός επίσης στη προσωπικότητα των ατόμων που καλείται να φροντίσει, δείχνοντας ότι τους αποδέχεται ως ξεχωριστά άτομα δίχως να επιβάλλει όρους γι' αυτό (Λέφα, 2006).

Η γνησιότητα, η ικανότητα δηλαδή του Νοσηλευτή συμβούλου να έχει επίγνωση των προσωπικών εμπειριών και βιωμάτων του καθώς



προσπαθεί να κατανοήσει τις εμπειρίες , τα βιώματα των ατόμων που φροντίζει και να μην διστάζει να τις εμφανίζει στη συμβουλευτική σχέση όποτε χρειάζεται (Λέφα, 2006). Η ζεστασιά και η άνευ φόρων θετική αναγνώριση της μοναδικότητας του κάθε ατόμου. Η αυτοαποκάλυψη του νοσηλευτή, η διαδικασία δηλαδή αποκάλυψης πτυχών της προσωπικότητας του τόσο στον εαυτό του όσο και στον συμβουλευόμενο με αυθόρμητη ειλικρίνεια (Λέφα, 2006).

Τέλος, η ικανότητα της ευκρίνειας της ακριβούς δηλαδή επισήμανσης των συναισθημάτων και των εμπειριών των συμβουλευόμενων από το σύμβουλο νοσηλευτή. Η ευκρινής αντανάκλαση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών των συμβουλευόμενων από το σύμβουλο νοσηλευτή τους βοηθάει στην καλύτερη κατανόηση του εαυτού τους (Λέφα, 2006).

#### *Ο ερευνητικός ρόλος του νοσηλευτή*

Σύμφωνα με την Σαχίνη – Καρδάση (2007) οι χώροι προβληματισμού που ενδιαφέρουν τους νοσηλευτές ερευνητές είναι τόσο πολλοί και διαφορετικοί, όσο και τα ενδιαφέροντα των νοσηλευτών, η πολλαπλότητα των πλαισίων στα οποία ασκούν οι νοσηλευτές, η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης και η προσωπικότητα του κάθε νοσηλευτή ( Σαχίνη – Καρδάση, 2007).

Υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες θεμάτων που ενδιαφέρουν ιδιαίτερα τους νοσηλευτές ερευνητές. Τα θέματα αυτά αφορούν, την προαγωγή θετικών πρακτικών υγείας στον πληθυσμό, τη νοσηλευτική διεργασία ή κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις, ομάδες πληθυσμού

υψηλού κινδύνου, συμμόρφωση με καθορισμένο θεραπευτικό σχήμα ( Σαχίνη – Καρδάση, 2007).

Ως ερευνητής, κατά τον Τσίρο (2008), ο νοσηλευτής πιθανόν να διεξάγει έρευνα, να χρησιμοποιήσει ερευνητικά δεδομένα για τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας ή να συμμετάσχει σε ερευνητικά προγράμματα άλλων. Προς τούτο χρειάζεται να έχει γνώση της ερευνητικής μεθοδολογίας αλλά και δεξιότητες αναστοχαστικής κριτικής σκέψης προκειμένου να αξιολογήσει, να επιλέξει και να χρησιμοποιήσει με ορθό και ακίνδυνο τρόπο τα δεδομένα διαφόρων ερευνών (Τσίρος, 2008).

Οι ερευνητικές μελέτες για την νοσηλευτική εκπαίδευση, διοίκηση και άσκηση, επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τη φροντίδα των ασθενών (Taylor και άλλοι, 2002). Πολύ συχνά, οι κλινικοί νοσηλευτές λανθασμένα συνδέουν την έρευνα με επαγγέλματα που απέχουν πολύ από την άμεση φροντίδα των ασθενών. Η λανθασμένη αυτή εντύπωση έχει καθυστερήσει τη πρόοδο της κλινικής νοσηλευτικής έρευνας, με αποτέλεσμα να παραμένουν πολλά αναπάντητα κλινικά ερωτήματα (Taylor και άλλοι, 2002).

Οι κύριοι φραγμοί για την νοσηλευτική έρευνα, όπως αναφέρουν οι Taylor και άλλοι (2002) περιλαμβάνουν, την πρόσβαση στις πηγές, το χρόνο που απαιτείται για τις ερευνητικές δραστηριότητες και την έλλειψη επαρκούς εκπαιδευτικής προετοιμασίας. Τα προγράμματα νοσηλευτικής έρευνας αντιμετωπίζουν δυο σημαντικές προκλήσεις:

- § Τη συνέχιση της βελτίωσης της σχέσης μεταξύ της έρευνας και της κλινικής άσκησης

§ Τη απόδειξη της μοναδικής συνεισφοράς της νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας και περιορισμού του κόστους της φροντίδας υγείας (Taylor και άλλοι, 2002).

### *Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή*

Σύμφωνα με τον Κακαβούλη (1997) η εκπαίδευση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία αλλά και μια ανθρώπινη συνθετική και δημιουργική πράξη. Για να εξασφαλίζεται η επιτυχία της ο νοσηλευτής θα πρέπει να συνδυάζει επιστημονική κατάρτιση, κατάλληλη μέθοδο, παιδαγωγικό ήθος και δυναμική προσωπικότητα (Κακαβούλης, 1997).

Οι σκοποί του νοσηλευτή – εκπαιδευτικού είναι η επιστημονική νοσηλευτική αγωγή, η καλλιέργεια δηλαδή της επιστημονικής σκέψης και έρευνας και η κατάρτιση επιστημόνων ικανών να προάγουν τη νοσηλευτική επιστήμη (Κακαβούλης, 1997).

Ως εκπαιδευτικός, σύμφωνα με τους Taylor και άλλοι (2002) ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί δεξιότητες επικοινωνίας για να διδάξει τα άτομα και τις οικογένειες. Η διδασκαλία όταν εφαρμόζεται στο πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας, ακολουθώντας τις αρχές και τη μεθοδολογία του νεοαναδυόμενου επιστημονικού κλάδου της Εκπαίδευσης ενηλίκων, χρησιμεύει για την κάλυψη των αναγκών μάθησης όλων των εμπλεκόμενων προσώπων μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα (Taylor και άλλοι, 2002).

Η καλλιέργεια του επιστημονικού και επαγγελματικού ήθους, η μόρφωση, δηλαδή, υπεύθυνων ανθρώπων με επιστημονική, κοινωνική, πολιτική και πολιτιστική συνείδηση, ικανών να θέτουν στην υπηρεσία

του κοινωνικού συνόλου τα επιστημονικά επιτεύγματα και την επαγγελματική νοσηλευτική ειδίκευση, αποτελεί ένα ακόμη σκοπό του νοσηλευτή – εκπαιδευτικού (Κακαβούλης, 1997).

Οι άλλοι δύο σκοποί του νοσηλευτή – εκπαιδευτικού είναι η πλήρης και συστηματική νοσηλευτική κατάρτιση, η προετοιμασία δηλαδή των διδασκόμενων σε όλες τις βαθμίδες ώστε να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της ειδικότητας τους, και η συστηματική πληροφόρηση ατόμων ή ομάδων σε θέματα νοσηλευτικής δεοντολογίας και πρακτικής, ώστε η νοσηλευτική να συμβάλλει θετικά στην επίλυση σύγχρονων ατομικών ή κοινωνικών προβλημάτων υγείας (Κακαβούλης, 1997).

#### *Ο διοικητικός ρόλος του νοσηλευτή*

Σύμφωνα με την Λανάρα (2006) ο ρόλος νοσηλευτή και διοικητικού στελέχους έχει εφαρμογή σε κάθε επίπεδο νοσηλευτικής άσκησης. Ο ρόλος των διοικητικών νοσηλευτών περικλείει τα εξής χαρακτηριστικά: να κατανοούν τις επίσημες διοικητικές σχέσεις των υπηρεσιών και τμημάτων του οργανισμού, να κατανοούν την ανεπίσημη οργάνωση που αναπτύσσεται από τις σύνθετες αλληλεπιδράσεις των εργαζομένων (Λανάρα, 2006). Να αναγνωρίζουν επίσης ότι κάθε εργαζόμενος οποιουδήποτε επιπέδου και ειδικότητας αποτελεί τη βασική ομάδα του οργανισμού.

Να συνειδητοποιούν ότι κάθε μέλος του προσωπικού καθημερινά εισερχόμενο στο χώρο της εργασίας φέρνει μαζί του τις αξίες, τα κίνητρα, τις γνώσεις και τις ικανότητες του αλλά και τα προβλήματα του, άρα όλοι έχουν ανάγκη από σεβασμό, αναγνώριση και κατάλληλο

χειρισμό για να βοηθούνται και να αποδίδουν παραγωγικό έργο για την εκπλήρωση των σκοπών του ιδρύματος και της υπηρεσίας (Λανάρα, 2006).

## 1.6 Χειρουργική Κλινική

Είναι το τμήμα εκείνο της νοσολογίας που ασχολείται με τα χειρουργικά ιάσιμα νοσήματα του σώματος (Πετρίδης, 2004). Η χειρουργική κλινική δέχεται ασθενείς που έχουν ανάγκη υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και συνήθως μεταφέρονται στην κλινική είτε πριν, είτε μετά το χειρουργείο. Λίγοι είναι εκείνοι οι οποίοι νοσηλεύονται στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και μετά από κάποιο διάστημα επανέρχονται στην κλινική (Διομήδους και άλλοι, 2005). Σύμφωνα με τον Διομήδους και άλλοι (2005) η εναλλαγή ασθενών είναι μεγάλη και συνολικά 25 – 40 ασθενείς εναλλάσσονται την εβδομάδα. Ο μέσος όρος παραμονής των ασθενών στην κλινική κυμαίνεται από μία εβδομάδα έως δέκα ημέρες (7 – 10 ημέρες) (Διομήδους και άλλοι, 2005).

Κατά την διάρκεια αυτής της παραμονής, τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς, τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Επίσης, προσπαθεί να ενημερώσει τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, τόσο για την προεγχειρητική όσο και για τη μετεγχειρητική τους κατάσταση (Διομήδους και άλλοι, 2005).

Επιπλέον, η χειρουργική κλινική αποτελείται από ιατρούς που εργάζονται στον τομέα της χειρουργικής. Κάνει χειρουργικές επεμβάσεις για να θεραπεύσει διάφορα τραύματα, ασθένειες ή διαταραχές των οργάνων του ανθρώπινου σώματος. Μελετά την περίπτωση κάθε ασθενή

και διατηρεί αρχείο με το ιατρικό του ιστορικό. Τον εξετάζει για να εξακριβώσει αν είναι απαραίτητη η επέμβαση και επιλέγει την κατάλληλη χειρουργική μέθοδο. Προσδιορίζει την ημερομηνία της επέμβασης και δίνει οδηγίες στους συνεργάτες του για την προετοιμασία του ασθενή για την εγχείριση. ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)).

Συνεργάζεται με τον αναισθησιολόγο που κάνει τη νάρκωση στον ασθενή και με όποιον άλλο γιατρό χρειαστεί. Μετά την εγχείριση, υποδεικνύει τη μεταχειρουργική αγωγή και θεραπεία. Εξετάζει τακτικά τον ασθενή για να εξακριβώσει την πρόοδο της υγείας του. Τηρεί βιβλίο ή δελτία όπου καταγράφεται η χειρουργική επέμβαση, η πορεία της και το αποτέλεσμα της. Ακόμη, συνεργάζεται με συναδέλφους του που απασχολούνται στους τομείς της παθολογίας και της κλινικοεργαστηριακής και εργαστηριακής ιατρικής ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην χειρουργική κλινική είναι εξίσου επιτακτικός (Σαχίνη και Πάνου, 2006). Συγκεκριμένα, η φυσική νοσηλευτική εκτίμηση πριν και μετά από τη χειρουργική επέμβαση περιλαμβάνει: (α) θρεπτική και υδατοηλεκτρολυτική κατάσταση, (β) αναπνευστική κατάσταση, (γ) καρδιαγγειακή κατάσταση, (δ) ηπατική και νεφρική λειτουργία, (ε) ενδοκρινική λειτουργία, (στ) νευρική λειτουργία, (ζ) αιματολογική λειτουργία, (η) ανοσολογική λειτουργία, (θ) χρήση φαρμάκων, (ι) ηλικιακή κατάσταση (Σαχίνη και Πάνου, 2006). Υποστηρίζει τον ασθενή ψυχολογικά, τον ενθαρρύνει να αποδεχθεί την εξωτερική του εικόνα και τον κατατοπίζει για την μετεγχειρητική του πορεία.

## 1.7 Παθολογική κλινική

Στο παθολογικό τμήμα παρέχονται τα μέσα για τη διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία παθήσεων της εσωτερικής παθολογίας και της ειδικής νοσολογίας. Το έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό εξασφαλίζει την άριστη νοσηλεία και την ακριβή εφαρμογή των οδηγιών θεραπείας από τον ιατρό. Το επιστημονικό έργο υποστηρίζεται από σύγχρονα συστήματα πληροφορικής, με αποτέλεσμα την άμεση άντληση πληροφοριών από τον ιατρικό φάκελο του ασθενούς ([www.iaso.gr](http://www.iaso.gr)).

Στην συνέχεια, ο ιατρός που εργάζεται στην παθολογική κλινική εξετάζει τον άρρωστο, κάνει τη διάγνωση της ασθένειας και του υποδεικνύει την κατάλληλη φαρμακευτική ή κλινική αγωγή για τη θεραπεία του. Σε ειδικές περιπτώσεις καθορίζει και άλλες θεραπευτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Στη δουλειά του χρησιμοποιεί όργανα όπως στηθοσκόπιο, πιεσόμετρο, καρδιογράφο και άλλα. Όταν το κρίνει απαραίτητο, παραπέμπει τον ασθενή του για ακτινολογικές, μικροβιολογικές και άλλες ειδικές εργαστηριακές εξετάσεις. Μελετά τα πορίσματα των εξετάσεων, των αναλύσεων ή των ιατρικών επεμβάσεων από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων με τους οποίους συνεργάζεται μεμονωμένα ή σε ομάδα (ιατρικό συμβούλιο) σχετικά με τη διάγνωση και θεραπεία μιας ασθένειας ([www.el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org)).

Και σ' αυτή την κλινική, ο νοσηλευτής εκτελεί το καθημερινό νοσηλευτικό του έργο για την άμεση και αποτελεσματική βελτίωση της υγείας του ασθενή. Συγκριμένα, ελέγχει τα ζωτικά σημεία, χορηγεί φάρμακα, συμμετέχει σε διαγνωστικές εξετάσεις και σε ιατρικές επισκέψεις. Επίσης, στέκεται δίπλα στον ασθενή, τον ακούει με προσοχή και τον στηρίζει ψυχολογικά.

## 1.8 Ιδιωτικός τομέας στην υγεία

Κατά την Φυντανίδου (2007) τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι η Ελλάδα έχει περισσότερο ιδιωτικοποιημένο σύστημα υγείας ακόμη και απ' αυτό των ΗΠΑ, με την ιδιωτική δαπάνη να ενισχύεται δραματικά τα τελευταία δύο-τρία χρόνια και να φθάνει στο 57.2%. Αυτό σημαίνει ότι οι Έλληνες καταβάλλουν οι ίδιοι μεγαλύτερα χρηματικά ποσά για την υγεία τους απ' ό, τι οι Αμερικανοί, παρ' ότι το σύστημα υγείας εκείνων βασίζεται στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Η μεγάλη στροφή των πολιτών προς τον ιδιωτικό τομέα είναι ιδιαίτερα εμφανής στο νοσοκομειακό κομμάτι (Φυντανίδου, 2007).

Όπως προκύπτει, πολλοί Έλληνες προτιμούν να νοσηλευθούν σε κάποια ιδιωτική κλινική, ακόμη κι αν πρόκειται να πληρώσουν τα έξοδα εξ ολοκλήρου από την τσέπη τους, καθώς και να επισκεφθούν ιδιώτες γιατρούς ή συναδέλφους τους στα απογευματινά ιατρεία δημοσίων νοσοκομείων (Φυντανίδου, 2007).

Από την άλλη πλευρά, κατά τους Πιερράκος και άλλους (2005) στον ιδιωτικό τομέα υπάρχει μεγαλύτερη ευελιξία και για τον λόγο αυτόν οι εργαζόμενοι είναι πιο ικανοποιημένοι από το δημόσιο νοσοκομείο. Επιπλέον, επισημαίνεται ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι ισχνός στην περιφέρεια και εξαιρετικά διογκωμένος στο κέντρο.

Οι Taylor και άλλοι (2002) αναφέρουν ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία μπορεί να είναι κερδοσκοπικά ή μη κερδοσκοπικά και ανήκουν σε εκκλησίες, κοινότητες, επιχειρήσεις ή εταιρίες και φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Πολλοί από τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ιδιωτικά



νοσοκομεία έχουν κάποια μορφή προσωπικής ασφάλισης ή ανήκουν σε κάποιο πρόγραμμα φροντίδας.

Σύμφωνα με τους Σωκράτους και Χαραλάμπους (2006) το ιδιωτικό νοσοκομείο επιτελεί σχεδόν αποκλειστικά δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και ένα είδος πρωτοβάθμιας για προληπτική διαγνωστική ιατρική. Επιπρόσθετα, η πλειονότητα των γιατρών είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί οι οποίοι δεν έχουν μόνιμοι εργασία και πληρώνονται από τους ασθενείς - πελάτες τους. Το προσωπικό στο ιδιωτικό τομέα μπορεί να αυξομειωθεί σχεδόν αυτόματα και προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες της κλινικής και με βάση των οικονομικών κερδών της (Σωκράτους και Χαραλάμπους, 2006).

Υπάρχουν όμως κίνδυνοι στον ιδιωτικό τομέα. Για χάρη του κέρδους, μπορεί να κινδυνεύει η ασφάλεια και η σωστή λειτουργία των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Αυτό μπορεί να δημιουργηθεί είτε με τη μείωση της ιατρικής ή της νοσηλευτικής υπηρεσίας με σκοπό την μείωση των εξόδων σε βάρος πάντοτε του ασθενή (Σωκράτους και Χαραλάμπους, 2006).

Κατά την εκτίμηση του Καραγιώργου (2005) το μεγαλύτερο μέρος της καθαρής υγειονομικής δαπάνης των νοικοκυριών κατανέμεται σε υπηρεσίες εκτός του νοσοκομείου (€4.180 εκατ., ή 68% της συνολικής ιδιωτικής, το 2005). Τα ιδιωτικά θεραπευτήρια απορροφούν λιγότερο από το 8% της καθαρής δαπάνης των νοικοκυριών (€ 484 εκατ.), εκ των οποίων το περίπου 50% αφορά σε νοσήλια και τα υπόλοιπα σε αμοιβές γιατρών (κύρια καρδιοχειρουργών). Όπως αναφέρει η Φυντανίδου (2007) αναφέρει ότι η ιδιωτική δαπάνη αυξήθηκε από 7,7 δις ευρώ σε 10,1 δις ευρώ το 2005.

## 1.9 Δημόσιος Τομέας στην υγεία

Όπως αναφέρουν οι Taylor και άλλοι (2002) τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία είναι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, χρηματοδοτούνται και λειτουργούν από τοπικές, κρατικές ή εθνικές υπηρεσίες. Πολλοί ασθενείς σε δημόσια νοσοκομεία έχουν ασφάλιση υγείας και οι υπηρεσίες τους παρέχονται δωρεάν ή με ελάχιστο κόστος. Το κόστος καλύπτεται από τους φόρους ή από δημόσιους πόρους (Taylor και άλλοι, 2002).

Οι Σωκράτους και Χαραλάμπους (2006) αναφέρουν ότι τα δημόσια νοσοκομεία έχουν αποστολή να καλύψουν όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συγκεκριμένα, το δημόσιο νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες: την ιατρική, την νοσηλευτική, την διοικητική και την τεχνική. Όλες οι υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι ιεραρχικά ισότιμες, αλληλένδετες, εξαρτώμενες και αλληλοεπηρεαζόμενες με σκοπό την αρμονική συνεργασία για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος δηλαδή η σωστή, έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών. Και οι τέσσερις υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι οργανωμένες έτσι ώστε να έχουν την δική τους ξεχωριστή οργάνωση και ιεραρχική διάρθρωση (Σωκράτους και Χαραλάμπους, 2006).

Η δομή και η ανάπτυξη των διαφόρων τμημάτων και μονάδων κάθε νοσοκομείου γίνεται κατά υπηρεσία (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική και τεχνική) και βασίζεται από κανονισμούς που απαρτίζουν την λειτουργία του νοσοκομείου. Η κάθε υπηρεσία είναι αλληλοεξαρτώμενη με τις υπόλοιπες και η κάθε μια συμπληρώνει το έργο της άλλης (Σωκράτους και Χαραλάμπους, 2006).

Είναι γεγονός ότι περισσότερα νοικοκυριά της υπαίθρου δαπανούν για δημόσια υγεία παρά για ιδιωτική υγεία. Στην Ελλάδα ο δημόσιος τομέας καλύπτει πλέον πολύ κάτω από το 50% του συνόλου των δαπανών υγείας. Η δημόσια κατανάλωση από 46.4% το 2003 έπεσε στο 42.8% το 2005 (Φυντανίδου, 2007).

Αρνητικός παράγοντας στα δημόσια νοσοκομεία είναι η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού). Ακόμα, αναποτελεσματική γίνεται η λειτουργία του δημόσιου νοσοκομείου πολλές φορές λόγω της γραφειοκρατικής οργάνωσης, του μειωμένου βαθμού παραγωγικότητας, της έλλειψη κινήτρων και ανταγωνιστικότητας (Σωκράτους και Χαραλάμπους, 2006).

Κάνοντας μια ανασκόπηση στην ελληνική νοσηλευτική βιβλιογραφία (περιοδικά, Νοσηλευτική και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), δεν βρήκαμε παρόμοια δημοσιευμένη έρευνα. Θα θέλαμε να ερευνήσουμε την επίδραση των παχύσαρκων ασθενών στο νοσηλευτικό έργο. Η αναφορά των δυσκολιών πάνω στις βασικές νοσηλευτικές κλινικές πράξεις σύμφωνα με το νοσηλευτικό προσωπικό που θα ερωτηθεί, ίσως να αποδείξει ότι είναι ένα ιδιαίτερο πρόβλημα που χρειάζεται κατάλληλες μεθόδους και χώρους, ιδιαίτερη προσέγγιση και επιστήμονες υγείας με ειδικότητα στην παχυσαρκία.

Ο σκοπός της έρευνας μας είναι να διαπιστώσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση παχύσαρκων ατόμων στο νοσηλευτικό έργο, να εντοπίσουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην καθημερινή τους νοσηλευτική άσκηση και κυρίως την εφαρμογή των βασικών νοσηλευτικών κλινικών πράξεων σε

παχύσαρκους ασθενείς και να προταθούν αλλαγές, όπου και αν, χρειάζεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Νοέμβριο του 2008. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε να αναγνωρίσει και να συγκρίνει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές κατά την άσκηση του νοσηλευτικού τους έργου σε παχύσαρκους ασθενείς. Για να διαχειριστούμε μια συγκεκριμένη, αναλυτική και αποτελεσματική έρευνα αποφασίσαμε να επικεντρωθούμε σε νοσηλευτές τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, που εργάζονται σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.

### 2.2 Σχεδιασμός

Για τον σχεδιασμό της έρευνας, βάση αποτέλεσε η πιλοτική έρευνα με 20 ερωτηματολόγια που διεξαχθεί τον Μάιο του 2008 στα πλαίσια του μαθήματος των σεμιναρίων. Σύμφωνα με το πιλοτικό ερωτηματολόγιο εντοπίσαμε τις επτά βασικές νοσηλευτικές πράξεις που οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν περισσότερη δυσκολία για την φροντίδα ενός παχύσαρκου ασθενή. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, στο προηγούμενο κεφάλαιο, έδειξε ότι δεν έχουν γίνει παρόμοιες έρευνες σχετικά με το πόσο επηρεάζει η παχυσαρκία τους νοσηλευτές κατά την άσκηση του νοσηλευτικού τους έργου. Αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει έλλειψη ερευνητικής μελέτης στην Ελλάδα όσον αφορά το συγκεκριμένο θέμα. Ως αποτέλεσμα, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί τέτοια έρευνα, που θα διαπίστωνε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν σε βασικές κλινικές νοσηλευτικές πράξεις οι νοσηλευτές σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε. Σύμφωνα με τους Μαντά και Ντάνο (1994) η περιγραφική έρευνα δίνει έμφαση στα ειδικά χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης και προσπαθεί να ανακαλύψει αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων τους. Επιπροσθέτως, ο Παρασκευόπουλος (1985) αναφέρει ότι μελετά τις τάσεις και τις κατευθύνσεις που αναπτύσσονται μέσα σε μια κοινωνική ομάδα και προσπαθεί να προβλέψει τις πιθανές συνέπειες ενός γεγονότος.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν χρησιμοποιώντας το “Ερωτηματολόγιο για την παχυσαρκία και τους νοσηλευτές” που κατασκευάστηκε από τους ερευνητές, με συνολικά 24 ερωτήσεις (παράρτημα 1). Γενικές ερωτήσεις για τις γνώσεις των νοσηλευτών και τις πηγές ενημέρωσης τους για την παχυσαρκία, καθώς και πόσους παχύσαρκους ασθενείς νοσήλεψαν και ποιους τεχνολογικούς εξοπλισμούς χρησιμοποιούν στην καθημερινή τους κλινική άσκηση, συμπεριλήφθηκαν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου. Διατυπώθηκαν συνολικά τέσσερις ερωτήσεις.

Στο δεύτερο μέρος χρησιμοποιήθηκε κλίμακα διαβάθμισης Likert, από το όνομα αυτού που την επινόησε και χρησιμοποιήθηκε για μέτρηση στάσεων. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις είχαν διαβάθμιση από το μηδέν (0) που σημαίνει “δεν με δυσκολεύει καθόλου” ως και το δέκα (10), “με δυσκολεύει πολύ”, με σύνολο ερωτήσεων σε αυτό το μέρος έντεκα (11). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την κλίμακα και την ανάλυση των δεδομένων, από 0 - 2 σημαίνει “καθόλου”, από 2 - 4 σημαίνει “ελάχιστο”, από 4 - 6 σημαίνει “λίγο”, από 6 - 8 σημαίνει “πολύ” και από 8 - 10 “πάρα πολύ”. Οι παραπάνω ερωτήσεις περιλάμβαναν τις επτά βασικές νοσηλευτικές πράξεις, χωρίζοντας τα ζωτικά σημεία σε τέσσερις και το είδος της μετακίνησης σε δύο ξεχωριστές ερωτήσεις.

Δημογραφικά στοιχεία αποκτήθηκαν σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την κλινική και τα χρόνια που εργάζονται οι νοσηλευτές σ' αυτή, το πτυχίο που κατέχουν, εάν έχουν κάποιο μεταπτυχιακό ή και κάποια νοσηλευτική ειδικότητα. Ακόμη, τη συχνότητα παρακολούθησης συνεδρίων ή ημερίδων και σε ποιο τομέα απασχολούνται.

Τέλος, η πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε το ίδρυμα που υποστήριζε την έρευνα, το σκοπό της έρευνας και τα ονόματα των ερευνητών. Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα συμπεριλήφθηκαν στην πρώτη σελίδα.

### **2.3 Δείγμα**

Η δειγματοληψία αποτελεί ένα ουσιαστικό βήμα της ερευνητικής διεργασίας, αφού η μέθοδος με την οποία αποτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν ο ερευνητής θα είναι σε θέση να συμπεράνει ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε όλο το πληθυσμό της. Αν και δεν υπάρχει μέθοδος που να εγγυάται πλήρως ότι ένα δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό, η Σαχίνη – Καρδάση (2007) υποστηρίζει ότι ορισμένες διαδικασίες δειγματοληψίας είναι λιγότερο πιθανόν να δώσουν διαβλητά δείγματα από ότι οι άλλες. Σύμφωνα με τους Brint και Wood (1989), η αντιπροσωπευτικότητα ενός δείγματος καθορίζεται κυρίως από δυο παράγοντες: α) το μέγεθος του δείγματος και β) τον τρόπο επιλογής του δείγματος.

Στη παρούσα έρευνα, δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιήθηκε λόγω της έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων.

Σύμφωνα με τον Bowling (1997) η δειγματοληψία ευκολίας απαιτεί τη χρήση του πιο βολικού δείγματος από τον πληθυσμό. Όμως, οι Polit και Hungler (1997) αναφέρουν ότι το πρόβλημα στη δειγματοληψία ευκολίας είναι ότι το διαθέσιμο δείγμα μπορεί να είναι μη αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού σε ότι έχει σχέση με τις μεταβλητές που εξετάζονται. Για να ελαττώσουμε το λάθος, στην έρευνα μας, συλλέξαμε ομοιογενή πληθυσμό. Όλο το δείγμα ήταν νοσηλευτές με πτυχίο Τει ή Αει και εργάζονται σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές σε ένα νοσοκομείο του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα του Νομού Αττικής.

Τα μεγάλα δείγματα προτιμώνται από τα μικρά και καλό είναι να καθορίζονται πριν ξεκινήσει η έρευνα. Σύμφωνα με τον Sirkin (1995) όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο περισσότερο αξιόπιστα είναι τα συμπεράσματα που εξάγονται, είναι πιο αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού, έχουν λιγότερα δειγματολογικά λάθη και παρέχουν καλύτερη στατιστική ανάλυση. Στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος “rule of thumb” που απαιτεί περισσότερους συμμετέχοντες από ότι μεταβλητές.

Η έρευνα είχε 24 μεταβλητές και το δείγμα μας θα έπρεπε να είχε τουλάχιστον 24 νοσηλευτές από κάθε τομέα δημόσιο και ιδιωτικό. Ύστερα από συζήτηση με τον εισηγητή μας, αποφασίσαμε και αυξήσαμε το δείγμα για στατιστικούς κυρίως λόγους. Το συνολικό δείγμα ήταν 110 νοσηλευτές, ιδιωτικού νοσοκομείου (n=56) και δημόσιου νοσοκομείου (n=54).



## 2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην περιγραφική μας έρευνα, ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιήθηκε διότι σύμφωνα με τους Burns και Grove (1987), είναι η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει, να εξετάσει σχέσεις και θεωρείται η πιο αποδεκτή μέθοδος για την ανάπτυξη της επιστήμης. Το πιο διαδεδομένο μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με το Δημητρόπουλο (1994) το ερωτηματολόγιο συνθέτει έναν τρόπο γραπτής επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και υποκειμένου. Επιπροσθέτων, ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και να αναλυθεί εύκολα (Cormack, 2000). Επίσης, ο Burns (2000) παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου:

- § Είναι λιγότερα δαπανηρά και χρειάζονται λιγότερο χρόνο για να διανεμηθούν
- § Παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας
- § Στις απαντήσεις τους δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανακλούν την αντίδραση τους υποκειμένου στον ερευνητή, και τέλος
- § Μειώνει τα λάθη της συνέντευξης

Η Δημητριάδη (2000) αναφέρει μερικές από τις κυριότερες γενικές αρχές ανάπτυξης αποτελεσματικών ερωτηματολογίων.

- Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου θα πρέπει να εδράζεται στους συγκεκριμένους στόχους της έρευνας.

- Το λεξιλόγιο και η συντακτική δομή των ερωτήσεων να είναι ανάλογα με το αντιληπτικό και μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων.
- Να αποφεύγονται οι σύνθετες ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε η χρήση όρων που φορτίζουν / καθοδηγούν τον ερωτώμενο προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση.
- Να αποφεύγονται οι πολλές αρνήσεις.
- Να προσδιορίζεται με ακρίβεια και σαφήνεια η διατύπωση τους περιεχομένου της ερώτησης.
- Να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις – κλειδιά για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των απαντήσεων.

Παρότι το ερωτηματολόγιο έχει πολλά πλεονεκτήματα, τα παρακάτω μειονεκτήματα όπως τα περιγράφουν οι Glifford και Cough (1990) πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν:

- § χαμηλός αριθμός ανταπόκρισης
- § δυσκολία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου
- § ο ερωτώμενος δεν έχει τη δυνατότητα να του δοθούν διευκρινήσεις
- § έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ ερευνητή και συμμετέχοντος στην έρευνα

Οι δυσκολίες των νοσηλευτών για τους παχύσαρκους ασθενείς μετρήθηκαν με την χρησιμοποίηση ενός νέου ερωτηματολογίου, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 24 ερωτήσεις. Στο πρώτο μέρος, αναπτύχθηκαν απαντήσεις κυρίως χρησιμοποιώντας τέσσερα σημεία της κλίμακας Likert, πάρα πολλές – αρκετές – λίγες-ελάχιστες – καθόλου, που υιοθετήθηκε από τον Frommelt (1991).

Ενώ στο δεύτερο μέρος, οι απαντήσεις αναπτύχθηκαν υπό την μορφή γραφικής κλίμακας με αριθμούς. Οι καταγραφές στην κλίμακα Likert διατυπώνονται ουδέτερα για το θέμα. Αυτό προλαβαίνει απαντητικές προκαταλήψεις, στις οποίες ορισμένα άτομα έχουν την τάση να επηρεάζονται από την φορά των ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο επίσης περιλάμβανε δημογραφικά δεδομένα στο τρίτο μέρος.

Επιπλέον, εξετάστηκε προσεκτικά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας. Σύμφωνα με τη Σαχίνη – Καρδάση (2007) αξιοπιστία, ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ελαχιστοποιείται το σφάλμα μέτρησης, ενώ οι Polit και Hungler (1997) την ορίζουν ως ο λόγος μεταβλητότητας του πραγματικού βαθμού προς τη μεταβλητότητα του οργάνου μέτρησης όταν οι ερευνητές συλλέγουν δεδομένα: η σταθερότητα, η εσωτερική συνοχή και η ισοδυναμία. Στην έρευνα μας, ένα μέρος από το παρών ερωτηματολόγιο υιοθετήθηκε από τη βιβλιογραφία και έδειξε ικανοποιητική σταθερότητα στις απαντήσεις των νοσηλευτών.

Η εγκυρότητα αναφέρεται στη μαρτυρία ότι το όργανο μετρά πραγματικά ότι προτίθεται να μετρήσει. Η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για την εγκυρότητα ενός οργάνου. Χρησιμοποιούνται τρεις τύπου εγκυρότητας: εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα συσχετιζόμενη με κριτήριο και δομική εγκυρότητα. Στην παρούσα έρευνα για την εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα χρησιμοποιήθηκε πρώτον, η βιβλιογραφία αφού ένα μέρος του ερωτηματολογίου υιοθετήθηκε από τον Frommelt (1991) και δεύτερον, από ειδική ομάδα καθηγητών που πιστοποίησε ότι το περιεχόμενο, η δομή και η μετάφραση του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική.

## 2.5 Διαδικασία

Το δείγμα των συμμετεχόντων (n=110) συλλέχτηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δύο νοσοκομεία στον νομό Αττικής. Αφού αναγνωρίστηκαν τα νοσοκομεία, γράμματα στάλθηκαν στις προϊσταμένες και των δύο κέντρων περίθαλψης (παράρτημα 2 και 3). Τα γράμματα εξηγούσαν το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο σύλλεξης πληροφοριών και ζητώντας άδεια να προσεγγίσουν νοσηλευτές της κλινικής τους. Ανωνυμία, εμπιστευτικότητα και εθελοντική συμμετοχή των νοσηλευτών περιλαμβάνονταν στα γράμματα. Αφού η αίτησή εξετάστηκε από τα Διοικητικά Συμβούλια των δύο νοσοκομείων, δόθηκε η έγκριση για πραγματοποίηση της έρευνας. Στη συνέχεια, ελέγξαμε τις βάρδιες των νοσηλευτών, έτσι ώστε να ξέρουμε πότε να τους προσεγγίσουμε όλους σε κάθε κλινική. Μετά από συνεννόηση με τις προϊσταμένες, τα ερωτηματολόγια μοιράζονταν στους νοσηλευτές. Διευκρινιζόταν ότι πρώτον, η συμμετοχή ήταν εθελοντική και δεύτερον, ότι οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμαινόταν από 5 έως 7 λεπτά. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλοί νοσηλευτές δεν γνώριζαν ότι υπάρχει τεχνολογικός εξοπλισμός για τους παχύσαρκους ασθενείς.

## 2.6 Στατιστική ανάλυση

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα το SPSS14.0. Επιλέξαμε στάθμη αξιοπιστίας σε βαθμό  $p < 0,05$  για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Επίσης, χρησιμοποιήσαμε περιγραφική στατιστική για την περιγραφή και παρουσίαση των δεδομένων. Ο Δημητρόπουλος (1994)

προτείνει ότι με τη χρήση της περιγραφικής στατιστικής μπορούμε να πετύχουμε:

- α) την περιγραφή ποσοτικών δεδομένων μέσω πινάκων
- β) γραφικών απεικονίσεων
- γ) την περιγραφή της κεντρικής τάσης και της διασποράς της κατανομής
- δ) τη μεταφορά δεδομένων στις διάφορες κλίμακες έκφρασης τιμών.

Τέλος, επειδή οι ανθρώπινες υπάρξεις είναι πραγματικά πολύπλοκες, για τη μελέτη τους θα πρέπει να εξετάζονται ταυτόχρονα πολλές μεταβλητές. Αυτό επιτυγχάνεται με το συντελεστή συσχέτισης, όπου παρέχει ένα μέτρο συσχέτισης ανάμεσα σε δύο μεταβλητές, ενώ ταυτόχρονα διευθετεί τις συσχετίσεις τους με μια ή περισσότερες πρόσθετες μεταβλητές. Εκτός λοιπόν από τη περιγραφική στατιστική, χρησιμοποιήσαμε δοκιμασία συσχέτισης (Crosstabs) με σκοπό την διαπίστωση των αλληλεξαρτήσεων μεταξύ μεταβλητών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Αποτελέσματα

Συμπληρώθηκαν 110 ερωτηματολόγια που μοιράσθηκαν στους νοσηλευτές. Παρότι το δείγμα είναι μικρό, οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από τους νοσηλευτές που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, θα προσφέρουν την εικόνα για τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση παχύσαρκων ατόμων στο νοσηλευτικό τους έργο.

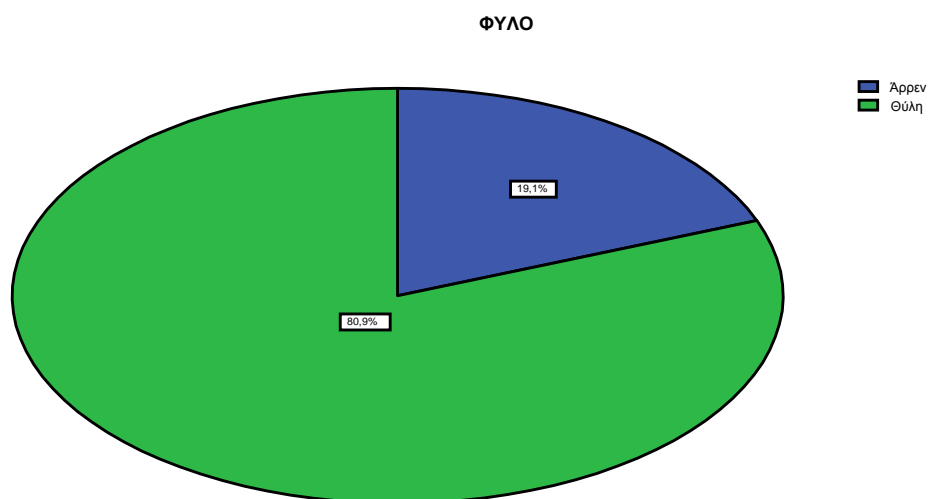
### 3.2 Χαρακτηριστικά δείγματος

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία

Ηλικία	Αριθμός - Ποσοστό
20 - 30	64 (58,2%)
31 - 40	37 (33,6%)
41 - 50	6 (5,5%)
51 και πάνω	3 (2,7%)

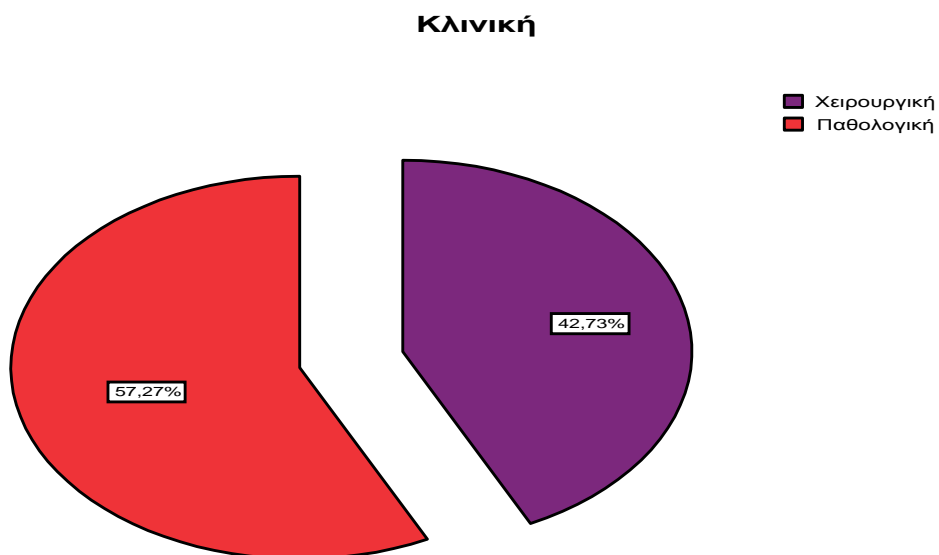
Η ηλικία των περισσότερων νοσηλευτών κυμαινόταν από από **20** έως **30** ετών ενώ το 36.6% ήταν ηλικίας από 31 έως 40 ετών.

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



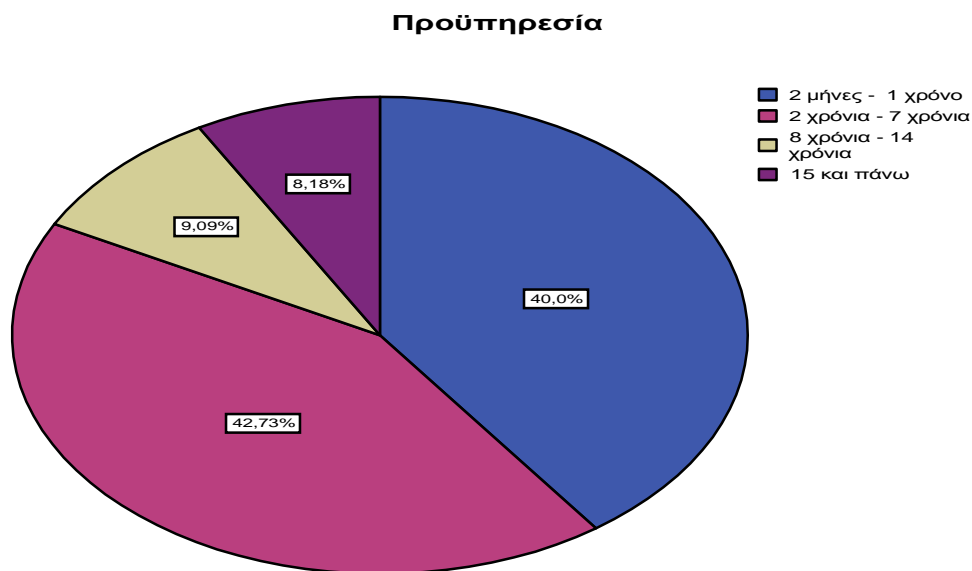
Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν **γυναίκες**.

Γράφημα 3: Κλινικές που εργάζονται οι νοσηλευτές.



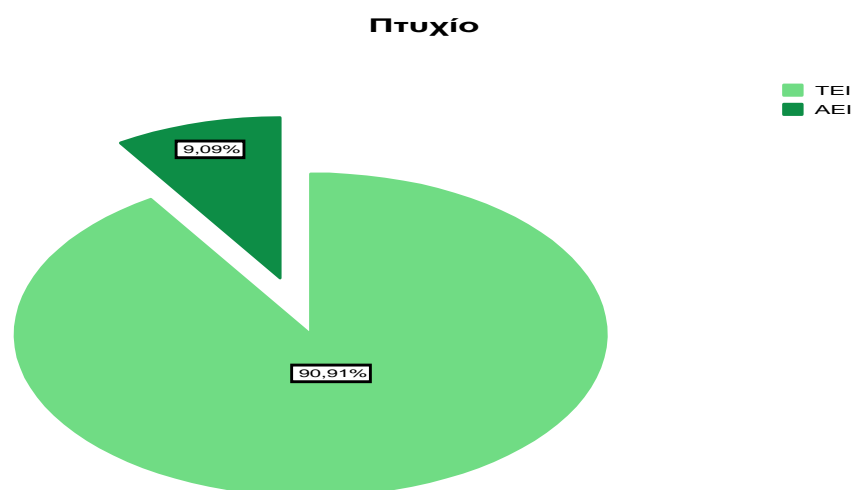
Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών δουλεύει σε **παθολογική** κλινική ενώ το 42,73% δουλεύει σε χειρουργική κλινική.

Γράφημα 4: Προϋπηρεσία των νοσηλευτών στην κλινική που δουλεύουν.



Οι περισσότεροι νοσηλευτές έχουν προϋπηρεσία από **2 χρόνια έως 7 χρόνια** ενώ το 40% έχει προϋπηρεσία από 2 μήνες έως 1 χρόνο.

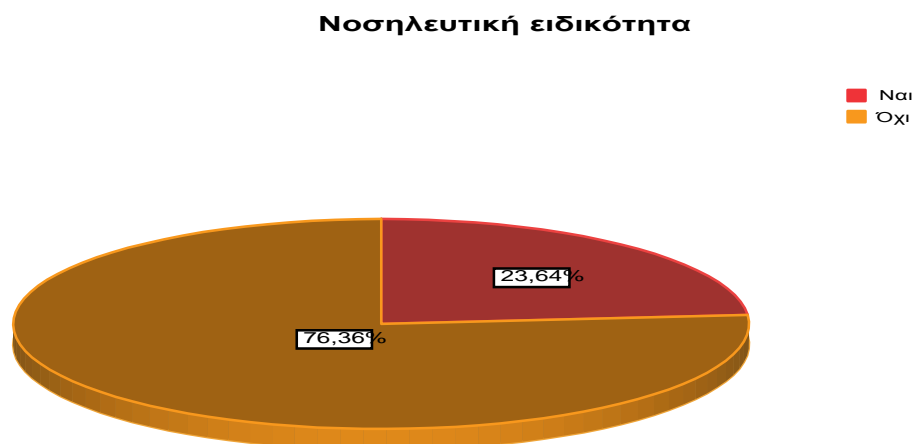
Γράφημα 5: Το πτυχίο που κατέχουν οι νοσηλευτές.



Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (90,9%) έχει πτυχίο **Τ.Ε.Ι.**

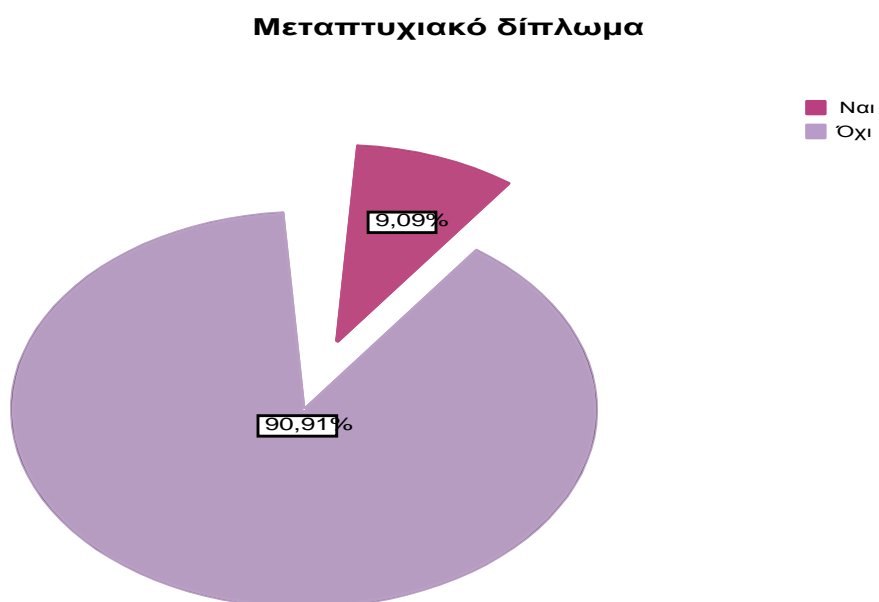


Γράφημα 6: Νοσηλευτική ειδικότητα που έχουν οι νοσηλευτές.



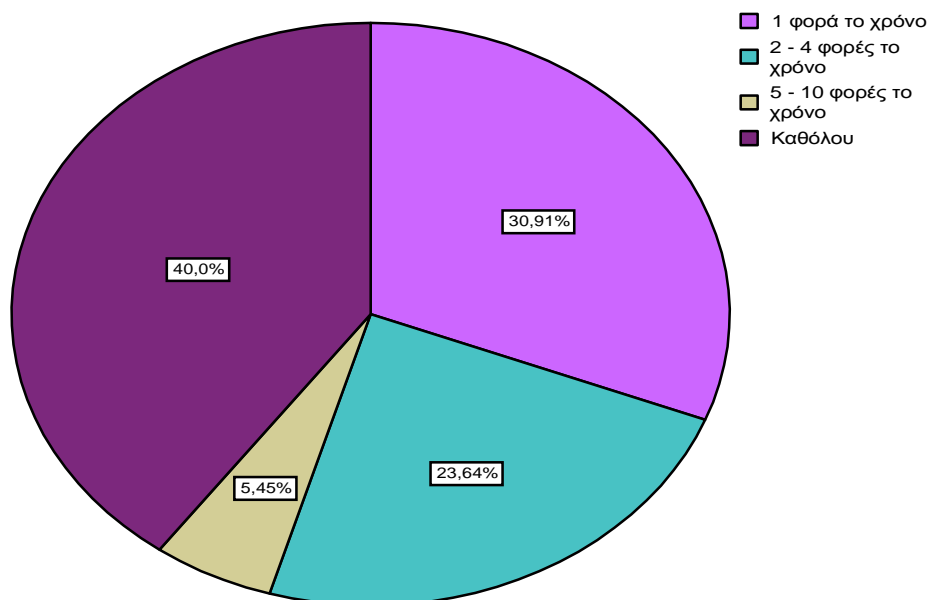
Η πλειοψηφία του δείγματος **δεν έχει** νοσηλευτική ειδικότητα, ενώ μόνο ένα ποσοστό 23,64% έχει.

Γράφημα 7: Μεταπτυχιακό δίπλωμα νοσηλευτών.



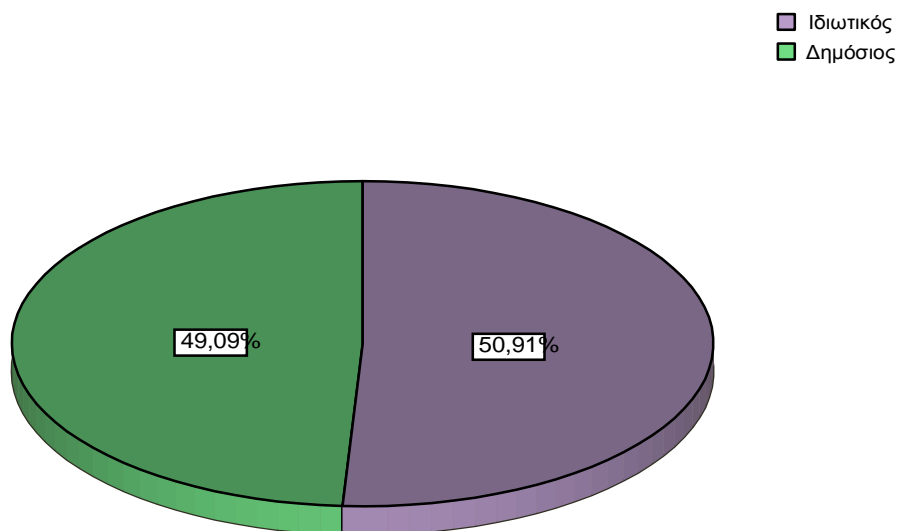
Οι νοσηλευτές (90,9%) **δεν έχουν** μεταπτυχιακό δίπλωμα.

Γράφημα 8: Νοσηλευτικά συνέδρια



Οι περισσότεροι νοσηλευτές (40%) **δεν έχουν** παρακολουθήσει νοσηλευτικά συνέδρια, ενώ 30,9% έχουν συμμετάσχει 1 φορά το χρόνο σε νοσηλευτικά συνέδρια.

Γράφημα 9: Τομέα στον οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές



Οι μισοί νοσηλευτές (50,9%) εργάζονται στον **ιδιωτικό** τομέα, ενώ 49% εργάζονται στο δημόσιο.

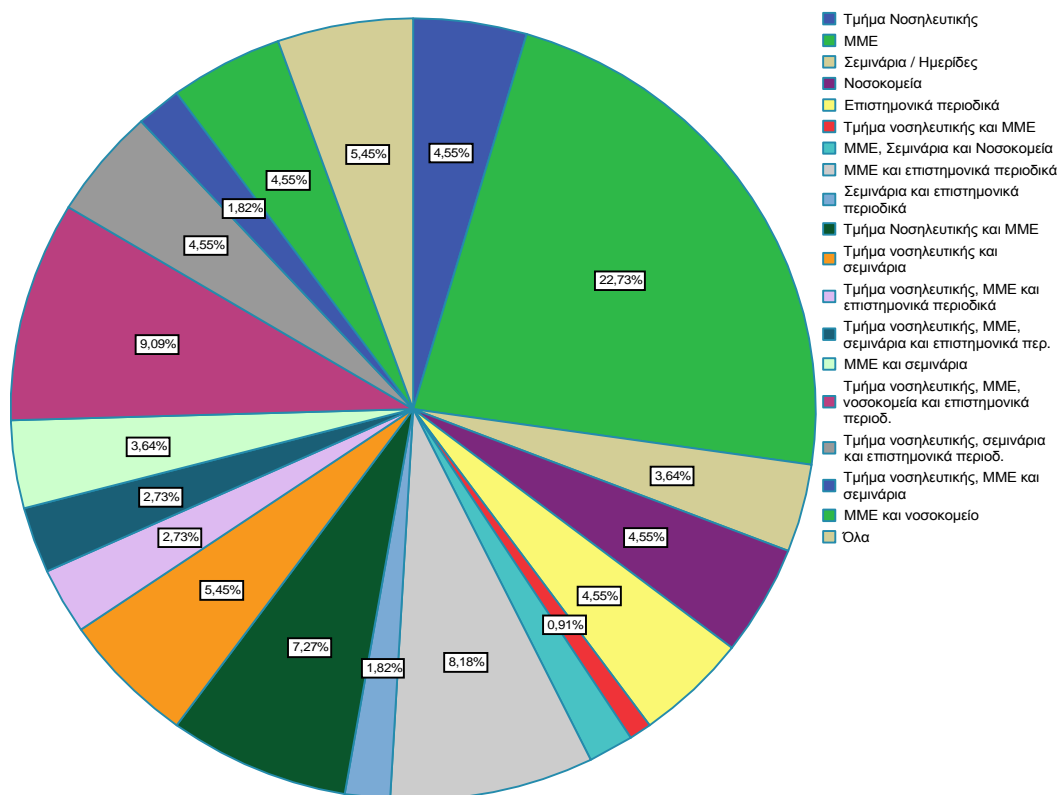
### 3.3 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 1<sup>ο</sup>)

Πίνακας 2: Οι γνώσεις των νοσηλευτών για την παχυσαρκία σε σχέση με τον τομέα που εργάζονται.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Γνώσεις	Πάρα πολλές	4	4	8
	Αρκετές	42	40	82
	Λίγες	10	6	16
	Ελάχιστες	0	4	4
Σύνολο		56	54	110

Δεν παρουσιάζουν διακυμάνσεις στις απαντήσεις τους οι νοσηλευτές σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Και στους δυο τομείς, οι νοσηλευτές έχουν αρκετές γνώσεις σχετικά με την παχυσαρκία.

Γράφημα 11: Οι κύριες πηγές ενημέρωσης των νοσηλευτών για την παχυσαρκία.



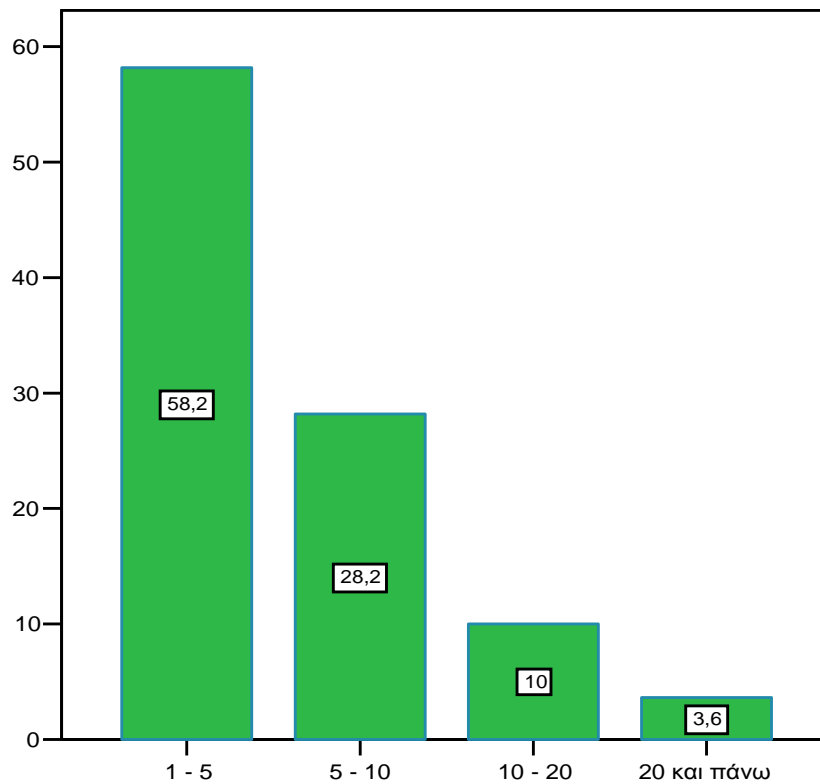
Το μεγαλύτερο ποσοστό (22,7%) ενημερώνεται για την παχυσαρκία από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ακολουθεί το 9% που ενημερώνεται από το χώρο του νοσοκομείου και από επιστημονικά περιοδικά.

Πίνακας 3: Η χρήση των τεχνολογικών μέσων από τους νοσηλευτές σε σχέση με τον τομέα που εργάζονται.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Τεχνο- λογικός εξοπ- λισμός	Βαριϊατρικά κρεβάτια	4	3	7
	Ειδική περιχειρίδα	5	16	21
	Ειδικοί ανελκυστήρες	0	1	1
	Όλα τα παραπάνω	16	0	16
	Τίποτα από τα παραπάνω	2	34	36
	Ειδική περιχειρίδα και πολυθρόνες	2	0	2
	Βαριϊατρικά κρεβάτια και ειδική περιχειρίδα	10	0	10
	Βαριϊατρικά κρεβάτια και πολυθρόνες	3	0	3
	Βαριϊατρικά κρεβάτια, ειδική περιχειρίδα και πολυθρόνες	4	0	4
	Βαριϊατρικά κρεβάτια και ανελκυστήρες	3	0	3
	Βαριϊατρικά κρεβάτια, ειδική περιχειρίδα και ανελκυστήρες	3	0	3
	Βαριϊατρικά κρεβάτια, ειδική περιχειρίδα, ανελκυστήρες, πολυθρ.	1	0	1
	Βαριϊατρικά, πολυθρόνες και ανελκυστήρες	1	0	1
	Ειδική περιχειρίδα, πολυθρόνες και ανελκυστήρες	2	0	2
	Σύνολο	56	54	110

Στον ιδιωτικό τομέα 16 από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι διαθέτουν όλο τον τεχνολογικό εξοπλισμό, ενώ στον δημόσιο 34 απάντησαν ότι δεν διαθέτουν τίποτα από τα παραπάνω.

Γράφημα 12: Αριθμός παχύσαρκων ασθενών που νοσηλεύουν στο τμήμα τους τον τελευταίο μήνα.



Η πλειοψηφία νοσηλεύει από 1 έως 5 παχύσαρκους ασθενείς στο τμήμα τους, ακολουθεί το 28, 5% που νοσηλεύει 5 έως 10 παχύσαρκους ασθενείς.

### 3.4 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου (Μέρος 2<sup>ο</sup>)

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στην φροντίδα παχύσαρκων ασθενών:

Πίνακας 4: Ανάλογα με την θέση, σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Θέση	Καθόλου	2	1	3
	Ελάχιστα	2	1	3
	Λίγο	3	8	11
	Πολύ	9	11	20
	Πάρα πολύ	40	33	73
Σύνολο	56	54	110	

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα δυσκολεύονται περισσότερο στην αλλαγή θέση από τους νοσηλευτές που εργάζονται στο δημόσιο.

Πίνακας 5: Ανάλογα με την μετακίνηση στην τουαλέτα σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Μετακίνηση στην τουαλέτα	Καθόλου	3	2	5
	Ελάχιστα	1	3	4
	Λίγο	4	4	8
	Πολύ	8	12	20
	Πάρα πολύ	40	33	73
Σύνολο		56	54	110

Στο δημόσιο τομέα, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν περισσότερη δυσκολία απ' ότι στον ιδιωτικό όσον αφορά την μετακίνηση των παχύσαρκων ασθενών στην τουαλέτα.

Πίνακας 6: Ανάλογα με την μετακίνηση για εξετάσεις σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Μετακίνηση για εξετάσεις	Καθόλου	0	2	2
	Ελάχιστα	3	0	3
	Λίγο	10	10	20
	Πολύ	15	14	29
	Πάρα πολύ	28	28	56
Σύνολο		56	54	110

Και στους δύο τομείς, οι περισσότεροι νοσηλευτές δυσκολεύονται πάρα πολύ στην μετακίνηση των παχύσαρκων ασθενών για εξετάσεις.



Πίνακας 7: Ανάλογα με την τοποθέτηση φλεβικής γραμμής σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Φλεβική γραμμή	Καθόλου	2	4	6
	Ελάχιστα	1	3	4
	Λίγο	7	12	19
	Πολύ	14	15	29
	Πάρα πολύ	32	20	52
Σύνολο		56	54	110

Ο δημόσιος τομέας δεν δυσκολεύεται τόσο όσο ο ιδιωτικός στην τοποθέτηση φλεβικής γραμμής.

Πίνακας 8: Ανάλογα με την ατομική καθαριότητα σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Ατομική καθαριότητα	Καθόλου	3	3	6
	Ελάχιστα	3	5	8
	Λίγο	5	1	6
	Πολύ	15	21	36
	Πάρα πολύ	30	24	54
Σύνολο		56	54	110

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στον δημόσιο τομέα, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία με την ατομική καθαριότητα σε έναν παχύσαρκο ασθενή.

Πίνακας 9: Ανάλογα με την μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Αρτηριακή Πίεση	Καθόλου	16	13	29
	Ελάχιστα	7	5	12
	Λίγο	11	10	21
	Πολύ	16	14	30
	Πάρα πολύ	6	12	18
Σύνολο		56	54	110

Ανεξαρτήτου τομέα οι μισοί ερωτηθέντες απάντησαν θετικά όσον αφορά την δυσκολία που αντιμετωπίζουν στην μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε παχύσαρκο ασθενή και το άλλο μισό αρνητικά.

Πίνακας 10: Ανάλογα με την μέτρηση της θερμοκρασίας σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Θερμοκρασία	Καθόλου	33	47	80
	Ελάχιστα	7	4	11
	Λίγο	5	2	7
	Πολύ	8	1	9
	Πάρα πολύ	3	0	3
Σύνολο		56	54	110

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα η πλειοψηφία, δηλαδή, 33 από τους ερωτηθέντες στον ιδιωτικό τομέα και 47 στον δημόσιο δεν δυσκολεύονται στην μέτρηση της θερμοκρασίας σε παχύσαρκο ασθενή.

Πίνακας 11: Ανάλογα με την μέτρηση των σφυγμών σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Σφυγμοί	Καθόλου	22	31	53
	Ελάχιστα	13	10	23
	Λίγο	11	5	16
	Πολύ	6	6	12
	Πάρα πολύ	4	2	6
Σύνολο		56	54	110

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος και στους δυο τομείς απάντησε ότι δυσκολεύεται ελάχιστα έως καθόλου στην μέτρηση των σφυγμών σε παχύσαρκο ασθενή.

Πίνακας 12: Ανάλογα με την μέτρηση αναπνοών σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Αναπνοές	Καθόλου	28	37	65
	Ελάχιστο	10	5	15
	Λίγο	7	5	12
	Πολύ	6	5	11
	Πάρα πολύ	5	2	7
Σύνολο		56	54	110

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 28 από τους ερωτηθέντες στον ιδιωτικό τομέα και 37 στον δημόσιο απάντησαν ότι δεν δυσκολεύονται καθόλου στην μέτρηση αναπνοών σε παχύσαρκο ασθενή.

Πίνακας 13: Ανάλογα με την ενημέρωση για τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία του, σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Ενημέρωση	Καθόλου	16	14	30
	Ελάχιστα	4	12	16
	Λίγο	12	14	26
	Πολύ	11	9	20
	Πάρα πολύ	13	5	18
Σύνολο		56	54	110

Στον ιδιωτικό τομέα, οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη δυσκολία στην ενημέρωση, ενώ στο δημόσιο το ποσοστό είναι μικρότερο.

Πίνακας 14: Ανάλογα με την διδασκαλία για τις διατροφικές τους συνήθειες, σε σύγκριση με τον τομέα.

		ΤΟΜΕΑΣ		Σύνολο
		Ιδιωτικός	Δημόσιος	
Διδασκαλία	Καθόλου	15	17	32
	Ελάχιστα	2	6	8
	Λίγο	17	13	30
	Πολύ	8	11	19
	Πάρα πολύ	14	7	21
Σύνολο		56	54	110

Ο μεγαλύτερος αριθμός απαντήσεων των ερωτηθέντων δόθηκε στην επιλογή καθόλου, (15 από τον ιδιωτικό τομέα και 17 από τον δημόσιο).

Ακολουθεί ένα μικρότερο μέρος του δείγματός που δυσκολεύεται λίγο ενώ 14 από τον ιδιωτικό και 7 από το δημόσιο δηλώνουν ότι δυσκολεύονται πάρα πολύ στην διδασκαλία ενός παχύσαρκου ασθενή για τις διατροφικές του συνήθειες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Συζήτηση

Η παχυσαρκία, αποτελεί διαταραχή μιας καθημερινής συνήθειας που έχουν όλοι οι άνθρωποι, της διατροφής. Παρόλα αυτά την αντιμετωπίζουμε σαν κάτι το απεχθές και τα άτομα που πάσχουν από αυτήν τα θεωρούμε αποκρουστικά και αυτό γιατί την σημερινή εποχή η εικόνα έχει καθοριστικό ρόλο στην ζωή μας.

Το θέμα της παχυσαρκίας είναι ένα επίκαιρο και πολυσυζητημένο στο τομέα της υγείας. Καθώς τα ποσοστά της παχυσαρκίας αυξάνονται στην χώρα μας, οι νοσηλευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν όλο και περισσότερους υπέρβαρους ασθενείς. Με αποτέλεσμα, να παρουσιάζονται προβλήματα στην καθημερινή κλινική τους πράξη, ανεξάρτητα από την ειδικότητα και το τομέα που εργάζονται.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε την έλλειψη σε θέματα παχυσαρκίας και ειδικότερα στην σχέση των παχύσαρκων ασθενών και νοσηλευτών στην ελληνική βιβλιογραφία. Ως αποτέλεσμα, ένας από τους στόχους της παρούσας έρευνας, ήταν να διαπιστωθούν οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση των παχύσαρκων ατόμων στο νοσηλευτικό τους έργο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών (74.5%) είχαν αρκετές γνώσεις για την παχυσαρκία κυρίως από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καθώς και από το τμήμα νοσηλευτικής, τα επιστημονικά περιοδικά και τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Είναι αποδεκτό ότι οι διάφορες ενημερωτικές εκπομπές καταφέρνουν να κερδίσουν το ενδιαφέρον του κοινού, παρουσιάζοντας αληθινές ιστορίες με παχύσαρκους ασθενείς, τρόπους αντιμετώπισης της νόσου ή και πρόληψης της. Ενώ είναι εξίσου λογικό, ότι τα μαθήματα που γίνονται στο τμήμα της νοσηλευτικής, διδάσκονται περισσότερο σε θεωρητική βάση και δίνεται έμφαση περισσότερο στην πρόληψη.

Σε σχέση με τον τομέα, τον ίδιο αριθμό απαντήσεων παρουσιάζονται στον ιδιωτικό αλλά και στον δημόσιο τομέα, καθώς οι νοσηλευτές έχουν διδαχθεί για την παχυσαρκία στο μάθημα της διαιτολογίας στην σχολή τους. Τα αποτελέσματα ήταν αναμενόμενα, αν και υπάρχει ένα ποσοστό που δηλώνει ότι έχει λίγες έως ελάχιστες γνώσεις για την παχυσαρκία.

Είναι ενδιαφέρον, ότι το 58.2% των ερωτηθέντων νοσηλεύει στο τμήμα τους 1 έως 5 παχύσαρκους ασθενείς κάθε μήνα. Το αμέσως επόμενο ποσοστό 28.2% νοσηλεύει 5 έως 10 ενώ το 10% νοσηλεύει 10 έως 20 παχύσαρκους ασθενείς. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν παρόμοιες έρευνες ώστε να υπάρξει σύγκριση αποτελεσμάτων, τα παραπάνω ποσοστά αποδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με παχύσαρκους ασθενείς στην καθημερινή κλινική τους άσκηση.

Σημαντικό είναι ότι υπάρχει τεχνολογικός εξοπλισμός που διευκολύνει το νοσηλευτικό τους έργο αλλά δεν χρησιμοποιούνται σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Συγκεκριμένα, στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με την πλειοψηφία των νοσηλευτών, τα μέσα που προσφέρονται από το νοσοκομείο για την φροντίδα παχύσαρκων ασθενών είναι η ειδική περιχειρίδα, βαριάτρικά κρεβάτια, ειδικοί ανελκυστήρες και ειδικές πολυθρόνες. Αντίθετα, στο δημόσιο τομέα, οι 34 από τους 54 απάντησαν

ότι δεν υπάρχει τίποτα από τα παραπάνω τεχνολογικά μέσα στο νοσηλευτικό τους ίδρυμα. Ενώ μόλις 16 χρησιμοποιεί ειδική περιχειρίδα. Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα, προκύπτει το συμπέρασμα ότι στον δημόσιο τομέα, υπάρχει έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού για την φροντίδα παχύσαρκων ασθενών καθώς οι οικονομικοί πόροι δεν μπορούν να καλύψουν τέτοιου είδους αγορές.

Αυτό επιβαρύνει τόσο την σωματική ακεραιότητα όσο και τον χρόνο των νοσηλευτών. Από την άλλη πλευρά, στον ιδιωτικό τομέα, με την ύπαρξη αυτού του είδους τεχνολογικών μέσων, η ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας αυξάνεται ενώ μειώνεται η σωματική καταπόνηση των νοσηλευτών. Επιπλέον, αυτό αποδεικνύει ότι υπάρχει σεβασμός προς τους εργαζόμενους και τις υπηρεσίες που προσφέρουν καθώς και για τους νοσηλευόμενους υπέρβαρους ασθενείς.

Μια από τις πιθανές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές είναι η αλλαγή θέσης του παχύσαρκου ασθενή επί κλίνης. Επιβάλλεται αυτή η διαδικασία ειδικά σ' αυτούς τους ασθενείς, για την πρόληψη κατακλίσεων, την σωστή λειτουργία του κυκλοφορικού αλλά και του αναπνευστικού συστήματος. Ένα ποσοστό 66.4% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δυσκολεύεται "πάρα πολύ" κατά την παραπάνω διαδικασία, δηλαδή 40 νοσηλευτές στον ιδιωτικό και 33 στον δημόσιο τομέα. Εδώ διακρίνουμε ότι παρ' ότι υπάρχει ειδικός τεχνολογικός εξοπλισμός, η αλλαγή θέσης αποτελεί επίπονη διαδικασία για τους νοσηλευτές.

Ακόμα, τα ίδια ποσοστά εμφανίζονται και στην βοήθεια κατά την μετακίνηση του ασθενή στην τουαλέτα. Λόγω της μη κινητικής δραστηριότητας και της πολύωρης παραμονής στην κλίνη, οι ασθενείς είναι περισσότερο επιρρεπείς σε λιποθυμικά επεισόδια όταν σηκώνονται



και αρκετές είναι οι φορές που χρειάζεται να στηριχθούν πάνω στον νοσηλευτή. Η μετακίνηση όμως για εξετάσεις με μικρότερο ποσοστό (50.9%) των ερωτηθέντων σε σύγκριση με την μετακίνηση στην τουαλέτα (66.4%), είναι εξίσου πάρα πολύ δύσκολη. Αυτό προκύπτει επειδή η μεταφορά γίνεται συνήθως με ειδικό καροτσάκι ή φορείο.

Άλλη μια δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές είναι η ανεύρεση φλεβικής γραμμής. Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση του πρώτου κεφαλαίου, οι απόψεις διχάζονται στο αν είναι στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή, η φλεβοκέντηση. Οι περισσότεροι νοσηλευτές (73.7%) απάντησαν ότι δυσκολεύονται στην τοποθέτηση φλεβικού καθετήρα με 46 στον ιδιωτικό και 35 στον δημόσιο τομέα από πολύ έως πάρα πολύ. Είναι γεγονός ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν περίσσεια λιπώδους ιστού, ο οποίος καλύπτει την φλέβα και δυσχεραίνει την αποκάλυψη της με αποτέλεσμα να γίνεται επίπονη διαδικασία για τον ασθενή και χρονοβόρα για τον νοσηλευτή.

Ένα από τα πιο σημαντικά κομμάτια της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ατομική καθαριότητα κυρίως στους παχύσαρκους ασθενείς λόγω της έντονης εφίδρωσης και της δυσσομίας που προκαλείται, όπως επίσης και της πρόληψης πιθανών λοιμώξεων. Σύμφωνα με την Αθανάτου (2004) η ατομική καθαριότητα μπορεί να είναι μερική, μέχρι και γενική όπως λουτρό σώματος και κεφαλής. Σύμφωνα με την έρευνα μας, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, απάντησαν το ίδιο θετικά σε ποσοστό 81% ότι η ατομική καθαριότητα σε ένα παχύσαρκο ασθενή εμποδίζει την καθημερινή κλινική τους άσκηση από πολύ έως πάρα πολύ.

Επίσης, όταν η ατομική καθαριότητα γίνεται σε κλινήρη παχύσαρκο ασθενή, τότε ο βαθμός δυσκολίας αυξάνεται. Αυτό συμβαίνει επειδή ο

νοσηλευτής χρειάζεται να στηρίζει με το σώμα του τον ασθενή για την πρόληψη πτώσεων από την κλίνη. Όπως επίσης και η συχνή καθαριότητα λόγω απώλειας κοπράνων και ούρων, είναι χρονοβόρα και καθυστερεί χρονικά άλλες νοσηλευτικές πράξεις.

Υπάρχουν όμως αντικρουόμενες απόψεις, όσον αφορά την μέτρηση αρτηριακής πίεσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 27.4% δυσκολεύεται "πολύ" κατά την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ένα παχύσαρκο ασθενή ενώ το 26.4% δήλωσε ότι δεν δυσκολεύεται "καθόλου" ανεξαρτήτου τομέα. Παρατηρώντας τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, προκύπτει ότι στον ιδιωτικό τομέα μόλις 6 στους 56 έχουν επιλέξει την επιλογή "πάρα πολύ" ενώ στον δημόσιο τομέα 12 στους 54. Εδώ πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας όπως αναφέρθηκε παραπάνω, την έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού στον δημόσιο τομέα, καθώς μια συμβατική περιχειρίδα δεν κλείνει σωστά στο παχύσαρκο χέρι. Είναι λογικό ότι μια ειδική περιχειρίδα θα μείωνε τον χρόνο της νοσηλευτικής πράξης και θα έδινε πιο ακριβή αποτελέσματα.

Έβδομη στην σειρά δυσκολία, είναι η μέτρηση της θερμοκρασίας. Σύμφωνα με την έρευνα μας οι 47 νοσηλευτές στους 54 στον δημόσιο τομέα δεν δυσκολεύονται "καθόλου" στην μέτρηση. Τα ίδια περίπου νούμερα εμφανίζονται και στον ιδιωτικό τομέα, με μια μικρή απόκλιση 8 απαντήσεων που έχουν επιλέξει "πολύ". Επιπλέον, στην μέτρηση αναπνοών συναντάμε 65 ερωτηθέντες να μην δυσκολεύεται "καθόλου" και 15 "ελάχιστα", με μια μικρή απόκλιση στον δημόσιο τομέα.

Κλείνοντας τα Ζωτικά Σημεία, συναντάμε την μέτρηση των σφυγμών, που σύμφωνα με την Ραγιά (1995) θεωρείται δείκτης για την λειτουργία της καρδιάς. Σύμφωνα με τους στατιστικούς πίνακες, 31 στους 54

νοσηλευτές του δημοσίου απάντησαν ότι δεν δυσκολεύονται "καθόλου" στην μέτρηση και 22 στους 56 στον ιδιωτικό. Χάρη στην περίσσεια λιπώδους ιστού στους παχύσαρκους ασθενής, η διαδικασία της ψηλάφησης τους σφυγμού πολλές φορές δεν είναι εύκολη. Αξιοσημείωτο είναι ότι σε τέτοιες περιπτώσεις γίνεται χρήση οξυμέτρων η οποία δίνει ακριβή αποτελέσματα σε μικρό χρονικό διάστημα. Κλείνοντας, η λήψη ζωτικών σημείων είναι καταλυτική καθώς αποτελούν οδοδείκτες για την λειτουργία του οργανισμού, γι' αυτό αποτελεί βασική νοσηλευτική πράξη και δεν πρέπει να παραλείπεται, κυρίως σε ένα παχύσαρκο ασθενή.

Η νοσηλευτική φροντίδα επίσης, περιλαμβάνει και την ενημέρωση των ασθενών για τις επιπτώσεις που έχει η παχυσαρκία στην υγεία του. Κάποιες από αυτές είναι η υπέρταση, ζαχαρώδης διαβήτης, υπνική άπνοια, άσθμα, στεφανιαία νόσος, κατάθλιψη κ.α. (Σκρέκας, 2007). Παρ' ότι η ενημέρωση σε αυτό το κομμάτι είναι περισσότερο ιατρική, εμείς ως νοσηλευτές ερχόμαστε σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς, η προσέγγιση μας πρέπει να είναι φιλική αλλά και συμβουλευτική. Μελετώντας τα ποσοστά της έρευνας μας βρίσκουμε το 27.3% των νοσηλευτών να μην δυσκολεύονται "καθόλου" αλλά και ένα 18.2% να δυσκολεύεται "πολύ" στο κομμάτι της ενημέρωσης των παχύσαρκων ασθενών για τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας.

Επιπλέον, πιο ειδικά στον ιδιωτικό τομέα 13 στους 56 δυσκολεύονται πάρα πολύ ενώ στον δημόσιο 5 στους 54. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί ο ρόλος του νοσηλευτή στον ιδιωτικό τομέα είναι πιο περιορισμένος απ' ότι στον δημόσιο, δίνοντας περισσότερο βάση στην φαρμακευτική αγωγή καθώς οι γιατροί είναι συνεχώς δίπλα στους ασθενείς, συζητώντας μαζί τους και συμβουλευώντας τους. Αντίθετα, στα δημόσια νοσηλευτικά

ιδρύματα, οι χρηματικές απολαβές είναι λιγότερες και ο αριθμός των ασθενών μεγαλύτερος, με αποτέλεσμα ιατρικός χρόνος για το κομμάτι της ενημέρωσης.

Παράλληλα, το κοινό βομβαρδίζεται συχνά από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και από τις ειδικές εκστρατείες από το Υπουργείο Υγείας για ότι έχει να κάνει με το θέμα της παχυσαρκίας, μεγάλο μέρος του κοινού αντιδρά παθητικά. Βιώνοντας την εποχή του υπερκαταναλωτισμού, τα εξωτερικά ερεθίσματα όπως από μεγάλες εταιρίες γρήγορου φαγητού, δεν βοηθούν την απόφαση ενός παχύσαρκου ασθενή να υιοθετήσει ένα υγιεινό τρόπο διατροφής και γενικά σωστό τρόπο ζωής. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει και να διδάσκει τον ασθενή τα σωστά οφέλη μια υγιεινής διατροφής αλλά και τις θετικές συνέπειες που θα αποκτήσει από αυτήν.

Η έρευνα έδειξε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά 29.1% των νοσηλευτών δεν δυσκολεύεται καθόλου στην διδασκαλία παχύσαρκου ασθενή για τις διατροφικές συνήθειες του, 27.3% δυσκολεύεται λίγο και το 19.1% δυσκολεύεται πάρα πολύ. Σε σχέση με τον τομέα, στον ιδιωτικό 14 στους 56 νοσηλευτές έχουν επιλέξει την απάντηση "πάρα πολύ " ενώ στο δημόσιο 7 στους 54.

Σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου μας, δυσάρεστο είναι ότι το 40% δήλωσε ότι δεν παρακολουθεί συνέδρια σχετικά με την παχυσαρκία. Το 30.9% παρακολουθεί μια φορά το χρόνο και μόλις 5.5% παρακολουθεί 5 έως 10 φορές το χρόνο. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε ότι οι ίδιοι οι νοσηλευτές δεν προθυμοποιούνται να λάβουν μέρος σε ένα τέτοιου είδους συνέδριο, είτε δεν διοργανώνονται σχετικά συνέδρια στην χώρα μας συχνά. Εν κατακλείδι, είναι γνωστό ότι

τα συνέδρια ανανεώνουν τις γνώσεις, προσφέροντας συνεχιζόμενη εκπαίδευση στους νοσηλευτές και ενημερώνοντας τους για νέες εξελίξεις τόσο στον ιατρικό όσο και στον τεχνολογικό χώρο.

#### **4.2 Περιορισμοί της έρευνας**

Ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Αν και η έρευνα πρόσφερε σημαντικά στοιχεία για τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επίδραση των παχύσαρκων ατόμων στο νοσηλευτικό τους έργο, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος. Ακόμα ένας περιορισμός, η άρνηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων για διεξαγωγή έρευνας, όπως επίσης και η απροθυμία μερικών νοσηλευτών για την συμμετοχής τους στην συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Επιπλέον, η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων ανάγκασε τους ερευνητές σε δείγμα από δυο μόνο νοσηλευτικά ιδρύματα.

#### **4.3 Προτάσεις**

Το θέμα της παχυσαρκίας είναι επίκαιρο και πολυσυζητημένο και αφορά όλους τους νοσηλευτές. Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, παραθέτουμε τις ακόλουθες προτάσεις:

- Τον εμπλουτισμό του προγράμματος σπουδών της βασικής εκπαίδευσης (αύξηση μαθημάτων και διδακτικών ωρών) με θέματα σχετικά με την διδασκαλία και ενημέρωση των ασθενών.
- Την επάνδρωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με ειδικό τεχνολογικό εξοπλισμό για παχύσαρκους.

- Την πλήρη και σωστή ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού για την σωστή χρήση του ειδικού τεχνολογικού εξοπλισμού.
- Την ανάγκη της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές κατά την διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας (σεμινάρια, συνέδρια, μεταπτυχιακά)
- Την πλήρη και σωστή ενημέρωση των φοιτητών και νοσηλευτών για την δια - βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Διεξαγωγή ερευνών πάνω στο θέμα της παχυσαρκίας για την βελτίωση και τον εμπλουτισμό των γνώσεων για την νόσο τόσο των υγειονομικών φορέων όσο και για το παχύσαρκο πληθυσμό
- Την κατασκευή ειδικών κλινικών για παχύσαρκους ασθενείς.
- Επανάδρυση της Ελληνικής Εταιρίας κατά της Παχυσαρκίας.
- Επανάληψη της παρούσας έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα νοσηλευτών και νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αθανάτου Ε (2004) Κλινική νοσηλευτική: βασικές και ειδικές νοσηλίες. Αθήνα. σ. 46 – 69

Αυγίκος Κ (2004) Παχυσαρκία: από τη διάγνωση στην θεραπεία. [www.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=41770](http://www.health.in.gr/news/article.asp?lngArticleID=41770)

Bouchard (2000) Physical Activity and Obesity. 1<sup>st</sup> edition, published by Human Kinetics, σ. 21 – 27

Bowling A (1997) Research Methods in Health: investigating health and health services. Open university Press, Buckingham.

Brint P και Wood M (1989) Advanced Design in Nursing Research. Sage, News bury Park.

Burns N και Grove S. (1987) Nursing Research. WB Saunders, Philadelphia.

Burns R (2000) Introduction to Research Methods. Sage, London.

Burus SM Charlebois D Deivert M krevitsky J Wilmoth D (2004) Mordid obesity peri – operative management. Gambridge, Argentina. σ. 371 – 377

Cormack I (2000) The Research Process in Nursing. 4<sup>th</sup> ed. Blackwell science, London.

Δημητριάδη Ζ (2000) Μεθοδολογία έρευνας. Interbooks, Αθήνα.

Δημητρόπουλος Ε (1994) Εισαγωγή στην μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Ελλην, Αθήνα.

Διομήδους Μ Διαμαντής Θ Λιάσκος Ι Πιστόλης Ι Μαντάς Ι (2005) Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού νοσοκομείου. 44(1) εκδόσεις Δίκτυνα ΕΠΕ, Αθήνα

Διμπινούδη Σ και Καραφυλλίδου Μ (1998) Παχυσαρκία και υπέρταση. Πρακτικά, 25<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Ηράκλειο Κρήτης, 19-21 Μαΐου, σ. 328

Frommelt M (1991) The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. American Journal of Hospice and Palliative Care, 8(5): 37-43.

Glifford C και Cough S (1990) Nursing Research: a skill-based introduction. Prentice-Hall, New York.

Κακαβούλη Α (1997) Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης : ψυχοπαιδαγωγική θεώρηση, Αθήνα.

Καραγιώργου Δ (2005) Ακριβά μας κοστίζει η δωρεάν υγεία. [www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art\\_id=3538&pr=](http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=3538&pr=)

Καραγιώργου Δ (2008) Η εθνική μας παχυσαρκία. [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)

Κατσιλάμπρος Ν και Λιάτης Σ (2004) Η παχυσαρκία στην κλινική πράξη. Έκδοση ΒΗΤΑ, Αθήνα, σ. 14 – 16, 55 – 61



Κατσιλάμπρος Ν και Τσίγκος Κ (2002) Παχυσαρκία: Νεότερα δεδομένα και προοπτικές. Ιατρική, 77(2):127 – 129.

Λανάρα Β (2006) Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών: Θεωρητικό και Οργανωτικό πλαίσιο. Παπανικολάου, Αθήνα.

Λέφα Β (2006) Συμβουλευτική Νοσηλευτική. Πάτρα.

Μαντάς Ν και Ντάνος Α (1994) Μεθοδολογία εκ πόνεσις πτυχιακών εργασιών. Σύγχρονη εκδοτική, Αθήνα.

Ξηρέας Α (2008) Παχυσαρκία <http://www.healthdiet.gr/art.html>

Παπαλαζάρου Ν (2004) Επιδημικές διαστάσεις της Παχυσαρκίας. [www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=762](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=762)

Παπανικολάου Γ (2002) Σύγχρονη διατροφή & Διαιτολογία. 5<sup>η</sup> έκδοση σ.522

Παρασκευόπουλος Ι (1985) Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα.

Πετρίδης Α (2004) Εγχειρίδιο Χειρουργικής. Εκδόσεις Ελλην, Αθήνα

Πετρόχειλος (2008) Πιο σημαντική η περίμετρος μέσης από το βάρος. Τρίτη αιτία θανάτου η παχυσαρκία, [www.mednutrition.gr/content/view/1552/112/](http://www.mednutrition.gr/content/view/1552/112/)

Πιερράκος Γ Υφαντόπουλος Ι Πολύζος Ν Μπαρτσώκας Μούγια Β (2005) Διερεύνηση της ικανοποίησης των εργαζομένων σε δύο νοσοκομεία της Αττικής. 44(1) εκδόσεις Δίκτυνα ΕΠΕ, Αθήνα

Ραγιά (1995) Βασική νοσηλευτική: Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές. Παπανικολάου ΑΒΕΕ, Αθήνα.

Ράπτης Σ (1998) Εσωτερική παθολογία. 2<sup>ος</sup> τόμος σ. 666

Polit I και Hungler P (1997) Nursing Research: Methods, appraisal and utilization. 4<sup>th</sup> ed. Lippincott, Philadelphia.

Σαχίνη – Καρδάση Α (2007) Μεθοδολογία Έρευνας : Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Βήτα. Αθήνα.

Σαχίνη – Καρδάση Α και Πάνου Μ (2006) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Τόμος 1<sup>ος</sup>. Βήτα. Αθήνα.

Sirkin M (1995) Statistics for the social sciences. Sage, Thousand Oaks.

Σκρέκας Γ (2008) Κλινική σταδιοποίηση της παχυσαρκίας. [www.paxysarkia.net/obesity\\_stag.htm](http://www.paxysarkia.net/obesity_stag.htm)

Σωκράτους Σ και Χαραλάμπους Α (2006) Δημόσιο νοσοκομείο Vs Ιδιωτικό νοσοκομείο, συγκριτική μελέτη για τον προγραμματισμό και την οργάνωση τους. Περιοδικό κυπριακά νοσηλευτικά χρονικά, 7(3):15-20

Taylor C Lillis C LeMone P (2002) Θεμελιώδεις Αρχές της νοσηλευτικής: Η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα.

Τριχοπούλου Α και Τριχόπουλος Δ (1986) Προληπτική Ιατρική. Παρισιανός, Αθήνα.

Τσίρος Τ (2008) Ο Ρόλος του νοσηλευτή ως δάσκαλος, σύμβουλος, ηγέτης, ερευνητής, συνήγορος: Επιστημονικές Δημοσιεύσεις, Σπάρτη, [http://sparti.uop.gr/~nosil/index\\_files/dimosiefseis.htm](http://sparti.uop.gr/~nosil/index_files/dimosiefseis.htm)

Φυντανίδου Ε (2007) Ιδιωτική υπόθεση η υγεία στην Ελλάδα. Βήμα, [www.ppol.gr/fullarticle.php?id=3169](http://www.ppol.gr/fullarticle.php?id=3169)

Φαινέκος Κ (2007) Σημείωμα σύνταξης. Αρμονία και Ζωή, 31:2

[www.el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE](http://www.el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%B9%CE%BA%CE%AE)

[www.iaso.gr/gr/IasoG/Content.aspx?PID=185&BC=0,0,88](http://www.iaso.gr/gr/IasoG/Content.aspx?PID=185&BC=0,0,88)

[http://www.incardiology.gr/pathiseis\\_paxisarkia/paxisarkia\\_orismos.htm](http://www.incardiology.gr/pathiseis_paxisarkia/paxisarkia_orismos.htm)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**  
**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ**

17.10.2008

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί νοσηλευτές,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις και διατυπώσεις έτσι ώστε να ερευνήσουμε την επίδραση της παχυσαρκίας στο κλινικό νοσηλευτικό σας έργο. Περιλαμβάνει επίσης μερικές δημογραφικές ερωτήσεις. Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις**, διαλέγοντας **μία** μόνο επιλογή.

**ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ**

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνηση, μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας!

Δεδε Κατερίνα

Παρασκούδη Άννα

## ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup>

Πως θα αξιολογούσατε τις γνώσεις σας για την παχυσαρκία;

- Πάρα πολλές  Αρκετές  Λίγες  Ελάχιστες  Καθόλου

Ποιες είναι οι κύριες πηγές ενημέρωσης σας για την παχυσαρκία; (Επιλέξτε παραπάνω από μια απάντηση αν χρειάζεται).

- Τμήμα Νοσηλευτικής  ΜΜΕ  Σεμινάρια / Ημερίδες  
 Νοσοκομεία  Επιστημονικά περιοδικά  Άλλο \_\_\_\_\_

Πόσοι παχύσαρκοι ασθενείς νοσηλεύτηκαν στην κλινική σας το τελευταίο μήνα;

- 1 – 5  5 – 10  10 – 20  20 και πάνω

Ποιους από τους παρακάτω τεχνολογικούς εξοπλισμούς χρησιμοποιείτε στην καθημερινή κλινική σας άσκηση; (Επιλέξτε παραπάνω από μια απάντηση αν χρειάζεται).

- Βαριάτρικά κρεβάτια  
 Ειδική περιχειρίδα  
 Ειδικοί ανελκυστήρες (ή χαλίδινη αδερφή, ή γερανός)  
 Πολυθρόνες (ειδικές για παχύσαρκους)  
 Όλα τα παραπάνω  
 Τίποτα από τα παραπάνω  
 Άλλο \_\_\_\_\_

## ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup>

Νοσηλεύοντας παχύσαρκους ασθενείς, βαθμολογείτε τις παρακάτω νοσηλευτικές πράξεις από το **0** (δεν με δυσκολεύει καθόλου) έως το **10** (με δυσκολεύει πολύ), που πιστεύετε ότι ανταποκρίνονται στην καθημερινή σας νοσηλευτική άσκηση.

Αλλαγή θέσης στο κρεβάτι

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Μετακίνηση στην τουαλέτα

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Μετακίνηση για τυχόν εξετάσεις

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ανεύρεση φλεβικής γραμμής

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ατομική καθαριότητα

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Μέτρηση θερμοκρασίας

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Μέτρηση σφυγμών

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Μέτρηση αναπνοών

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ενημέρωση για τις επιπτώσεις της παχυσαρκίας στην υγεία του

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Διδασκαλία για τις διατροφικές του συνήθειες

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## ΜΕΡΟΣ 3<sup>ο</sup>

### Δημογραφικά Στοιχεία

Ποιο έτος γεννηθήκατε; \_\_\_\_\_

Φύλο: Άρρεν  Θήλυ

Σε ποια κλινική εργάζεστε; \_\_\_\_\_

Πόσα χρόνια εργάζεστε στην συγκεκριμένη κλινική; \_\_\_\_\_

Τι πτυχίο νοσηλευτικής κατέχετε;

ΤΕΙ  ΑΕΙ

Έχετε νοσηλευτική ειδικότητα στον τομέα σας;

Ναι  Όχι

Έχετε μεταπτυχιακό δίπλωμα; (Μάστερ ή Διδακτορικό).

Ναι  Όχι

Πόσο συχνά παρακολουθείτε συνέδρια/ημερίδες σχετικά με την παχυσαρκία;

1 φορά το χρόνο

2 – 4 φορές το χρόνο

5 – 10 φορές το χρόνο

Πάνω από 10 φορές το χρόνο

Καθόλου

Τομέας: Ιδιωτικός  Δημόσιος

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΜΕΓ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ 1  
Τ.Κ. 26334  
ΠΑΤΡΑ

17 Οκτωβρίου 2008

Αγαπητή κα Προϊσταμένη,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Πάτρας. Η πτυχιακή μας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά την επίδραση της παχυσαρκίας στο νοσηλευτικό έργο. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να προσδιορίσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα σε παχύσαρκους ασθενείς. Το δείγμα θα αποτελείται από νοσηλευτές που εργάζονται σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές. Ερωτηματολόγιο έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνοντας 24 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των νοσηλευτών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Θα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε νοσηλευτές της κλινικής σας. Η συμμετοχή τους είναι εθελοντική.

Με εκτίμηση  
Δέδε Κατερίνα  
Παρασχούδη Άννα

Τηλ: 210-2475885, κινητό: 6938712663

Email: [anshoudi@hotmail.com](mailto:anshoudi@hotmail.com)



### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ΠΡΟΣ: ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ

ΗΜΕΡ.: 14.10.2008

ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

ΑΠΟ: ΔΕΔΕ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΚΟΙΝ.: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΑΡΑΣΧΟΥΔΗ ANNA

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

Θέμα: Έγκριση για συμπλήρωση ερωτηματολογίων.

Παρακαλώ όπως εγκρίνατε την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων το οποίο επισυνάπτεται από νοσηλευτές χειρουργικής και παθολογικής κλινικής με σκοπό την διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια της προπτυχιακής μας εργασίας, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, με θέμα «Επίδραση της παχυσαρκίας στις βασικές κλινικές νοσηλευτικές πράξεις, σε παθολογική και χειρουργική κλινική».

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να προσδιορίσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα σε παχύσαρκους ασθενείς.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των νοσηλευτών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**. Θα είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε νοσηλευτές του νοσοκομείου σας. Η συμμετοχή τους είναι εθελοντική.

Μπακάλης Ν. (επιβλέπων καθηγητής): 6949206167

Δεδε Α.: 6938712663

Παρασχούδη Α.: 6936648515